

インシデント報告・事故報告の公表について

(2018年4月1日～2019年3月31日)

伊賀市立上野総合市民病院では、地域の方々に安心して医療を受けていただくために、医療安全の推進に日々積極的に取り組んでいます。その一つに、インシデント報告・事故報告の集約・分析・改善策の検討があります。医療の透明性を高め、公的病院として市民等に説明責任を果たし、医学的に的確な情報を提供することにより、事故再発防止を図る事を目的に、平成30年度一年間のインシデント事例及び事故事例の発生状況について「伊賀市立上野総合市民病院医療事故等の公表基準」に沿って公表します。

1. 用語について

①インシデント（ヒヤリ・ハット）

誤った医療行為などが患者さんに実施される前に発見されたもの、あるいは誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者さんに影響を及ぼすに至らなかったものをいいます。

②アクシデント（医療事故）

医療行為の中で患者さんに傷害が及び、既に損害が発生しているものをいいます。不可抗力によるものや自傷行為なども含みます。なお医療従事者の過誤の有無は問いません。

2. 医療事故等のレベル区分

分類	患者への影響度	内容
インシデント	レベル0	間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった
	レベル1	間違ったことを実施したが、患者には変化がなかった *何らかの影響を与えた可能性は否定できない
	レベル2	処置や治療は行わなかったが、観察強化が必要 *バイタルサイン軽度変化、安全確認のための検査等を施行
		レベル3a
アクシデント	レベル3b	濃厚な処置や治療を要した *バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術 入院日数の延長、外来・入院患者の骨折等を含む
	レベル4	事故により長期にわたり治療が続く、または障害が永続的に残る
	レベル5	事故が死因となる

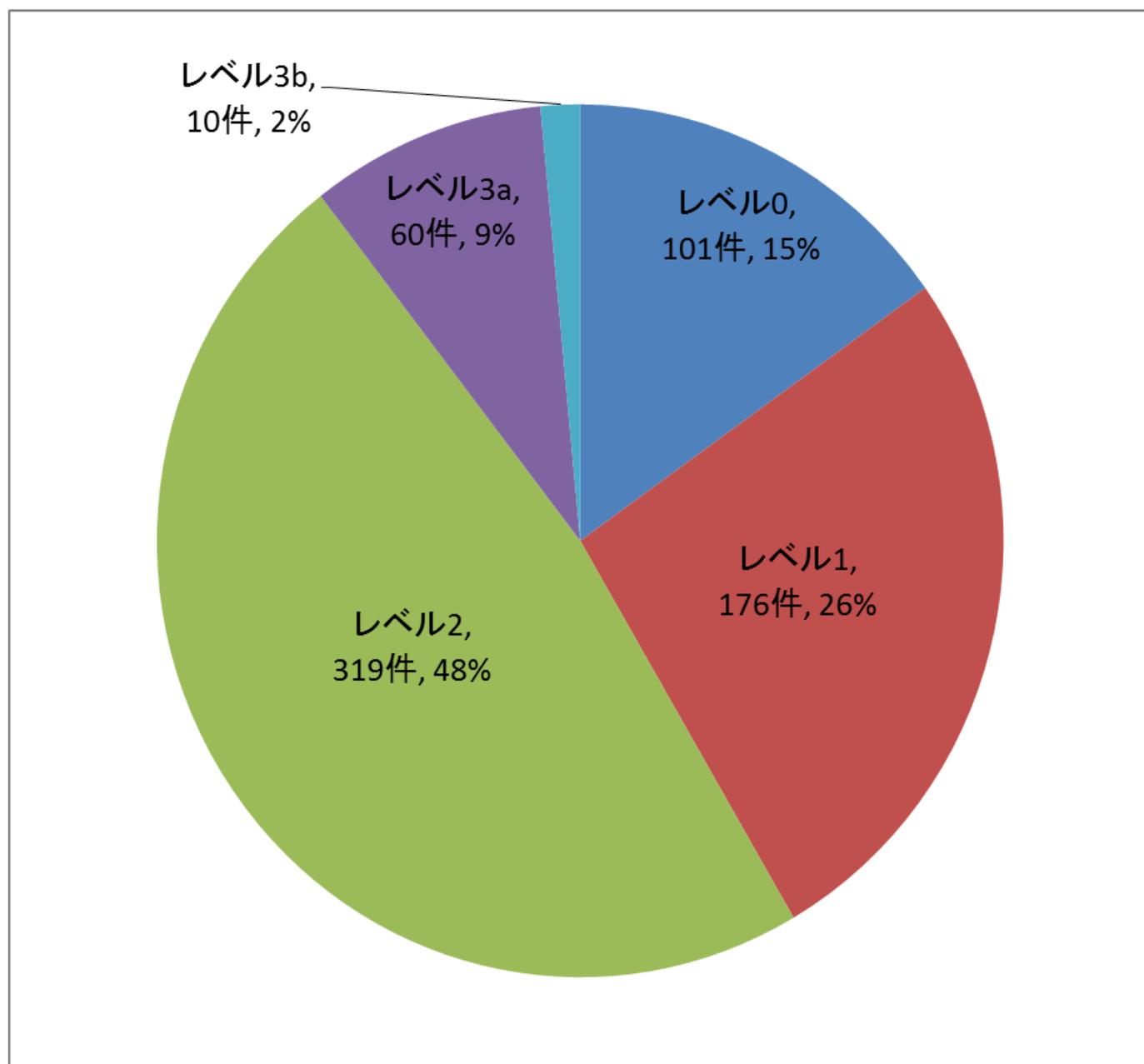
3. 発生の状況について

2018年度のインシデント及び医療事故事例の報告は666件、前年度より195件の減少でした。

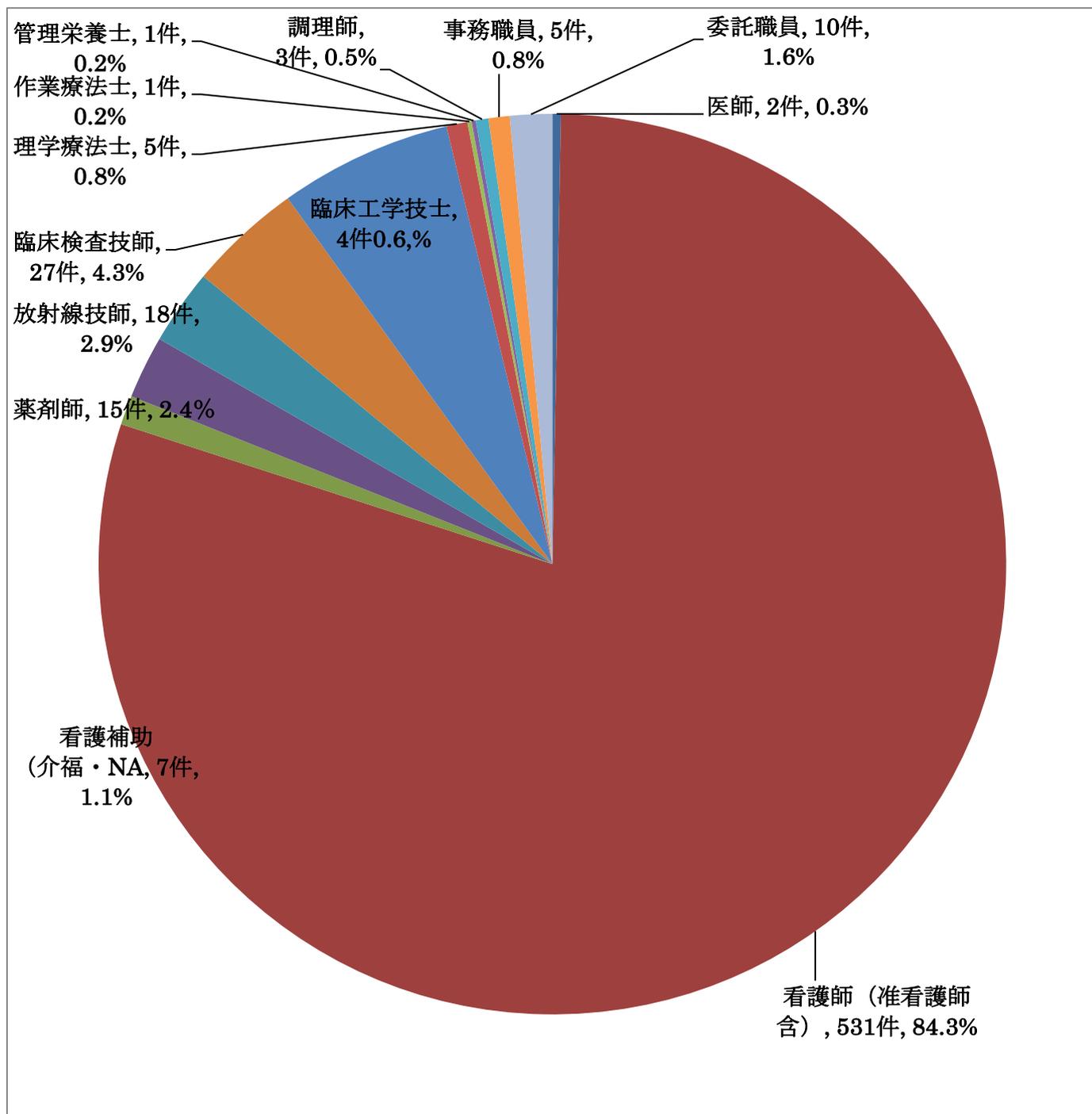
4. レベル別報告件数

【Total 666件】

(事例1件に複数の報告がある場合も、報告された全ての数をカウントしています)



5. 報告者別報告件数



6. 代表的な事例及び再発防止策

レベル0（報告数 101 件）

●救急車が入ると電話連絡を受けた事務職員は、氏名を確認しないで、生年月日だけで検索したところ3名該当者があったので、連絡を受けた苗字だけで患者の受付の登録を行ってしまった。救急患者の搬送連絡を受けた看護師が、以前の受診歴を電子カルテで確認したところ、別の患者で受付がされている事を発見した

【再発防止策】

患者登録は生年月日と氏名（フルネーム）の両方から行うよう、ルール遵守徹底を指導した。患者確認マニュアルを整備した。

レベル1（報告数 176 件）

●腹水穿刺部をイソジン棒にて消毒施行時に患者よりヨードのアレルギーがあると言われた。消毒剤の使用前にアレルギー有無の確認不足であった。

【再発防止策】

ベッドネームにアレルギー表示をすることを看護部と検討し、実施した。

レベル2（報告数 319 件）

●インシュリン量の変更がされていたが、申し送りが不十分でインシュリンが過剰投与された。

【再発防止策】

指示用紙の確認徹底、十分に注意しインシュリンを投与するよう注意喚起した。

●持参薬を検薬する時にとても古い袋に入っていた為中止と思い込んでしまい、確認を怠り、降圧剤を持参薬鑑別結果にあげなかった。服用中の降圧剤を中止にしてしまった

【再発防止策】

持参薬取扱いのマニュアルを修正した。

レベル3a（報告数 60 件）

●85歳の男性右視床出血で左不全麻痺のある患者が、車椅子移乗後、訓練室にてリハビリテーション実施。平行棒内で立ち上がり訓練中に左手背部に擦過創による出血が出現した。すぐに訓練を中止、詰め所の病棟看護師に報告し、処置を依頼した。

【再発防止策】

訓練中、左不全麻痺である左上下肢の位置を常に確認し、外的刺激が加わらない様注意喚起をした。

●午前5時頃、輸液ポンプアラームの警報が鳴った時、接続・滴下の確認をした。午前7時15分頃訪室時に、CVポート部からコアレスニードル針を自己抜針しているところを発見した。通院中は自宅で自己抜針していた患者で、抜針の手技を把握していた。抜針当日、輸液が終了す

ることを主治医から説明を聞いていたことと、看護師に迷惑をかけてはいけないと思い、自己抜針してしまった。

【再発防止策】

患者へは自分で抜針しないように、事前に十分な説明を行う事とした。

レベル3b (事例数9件)

●退院前日ポータブルトイレ移動時に転倒し、右股関節脱臼と診断された。手術室で徒手整復術にて整復術を受け、その後特に問題なく退院となった。

【再発防止策】

ナースコールなしでの移動を発見したときに転倒ムシ装着などの対策をし、退院まで見守りをする事とした。

●高齢患者で寝たきりの状態で1人での体動は出来ない患者、受傷機転不明の大腿骨骨幹部骨折

【再発防止策】

骨粗鬆症が重度で体位変換やオムツ交換によるものでも骨折の引き金となる。充分注意を行い体位変換を行う事とした。

●原因不明の左腓骨骨折

高齢で骨の脆弱性が強い患者で、てんかん重積状態時に患者の身体が強く揺れてぶつけた際に骨折した可能性は否定できない。明確な骨折の原因は不明だが入院後に発症している新しい骨折と診断された。アンクルフィットを装着した治療となった。

【再発防止策】

原因が不明ではあるが、高齢患者にケアを行うときの対応は十分気をつけていく事とした。

●ポータブル移乗時転倒左大腿骨骨折

【再発防止策】

センサーマット・転倒むしを再装着した。排泄時ナースコールを押していただくよう指導を行った。滑りにくい履物を患者へすすめる事を指導した。

●午前4時前に安全対策中であったが、足元の柵を外し転倒・転落でくも膜下出血

【再発防止策】

患者の巡視回数の増加を行い、充分注意を行い観察する事とした。

●トイレ利用後ベッドへ戻る際に、ベッド上の布団へ手を置き滑って転倒、右大腿骨転子部骨折

【再発防止策】

排泄行動が自立している患者だが、高齢患者へはポータブルトイレ使用時はナースコールの使用や、固定する物に捕まり移動するなどの説明を行った。

●ポータブルトイレ利用時ベッドの柵が不安定で転倒、左大腿骨頸部骨折

【再発防止策】

トイレ介助時に柵の点検も行うことを周知徹底した。

●排泄困難な患者へ浣腸を実施、その後出血し再度クリッピング術を実施

【再発防止策】

今回の事例は病棟全体のリスクに対する感性が低く、情報共有が不足していたことも問題点であった。患者の状態をワークシートへ記載・申し送りの徹底・看護計画を立案し、実施していくことを周知徹底した。

●約2年間にわたり定期的にフォーリーカテーテル交換のため家庭訪問していた。月に一度のカテーテル交換を施行したがフォーリーカテーテル挿入中に抵抗がありカフ水は入れず抜去した。その後尿道口より出血を認めた。尿道損傷となった。

【再発防止策】

病院受診で医師によるカテーテル交換への移行とした。