

インシデント・アクシデント報告の公表について

(2020年4月1日～2021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・アクシデント報告の集約、分析、改善策の検討があります。医学的に的確な情報提供を行うことにより医療の透明性を高め、公立病院として市民に説明責任を果たし、事故再発防止を図ることを目的に令和2年度のインシデント・アクシデント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」に沿って公表いたします。

1. 用語について

①インシデント（ヒヤリ・ハット）

日常診療の場で、誤った医療行為などが患者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、結果として患者に傷害を及ぼすに至らなかったものをいう

②アクシデント（医療事故）

防止可能か過失によるものかに関わらず、医療に関わる場所で医療の過程において、不適切な医療行為（必要な医療行為がなされなかった場合も含む）が結果として患者へ意図しない傷害を生じ、その経過が一定程度以上の影響を与えた事象をいう

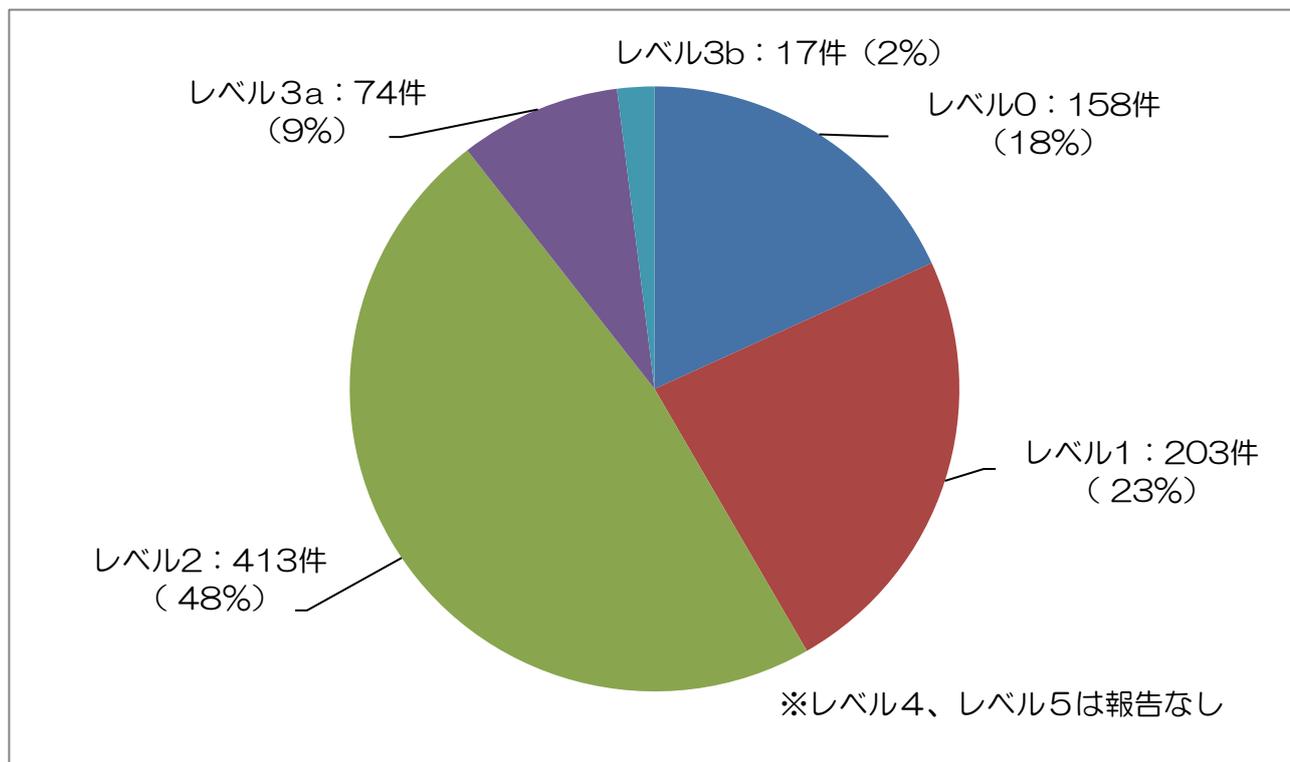
2. 医療事故等のレベル区分

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、患者には実害がなかった *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、観察強化が必要となった *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	簡単な処置や治療を要した *消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与 チューブの再挿入、造影剤を伴わないレントゲン撮影
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
その他		自殺企図、暴力、クレーム等医療紛争に発展する可能性がある

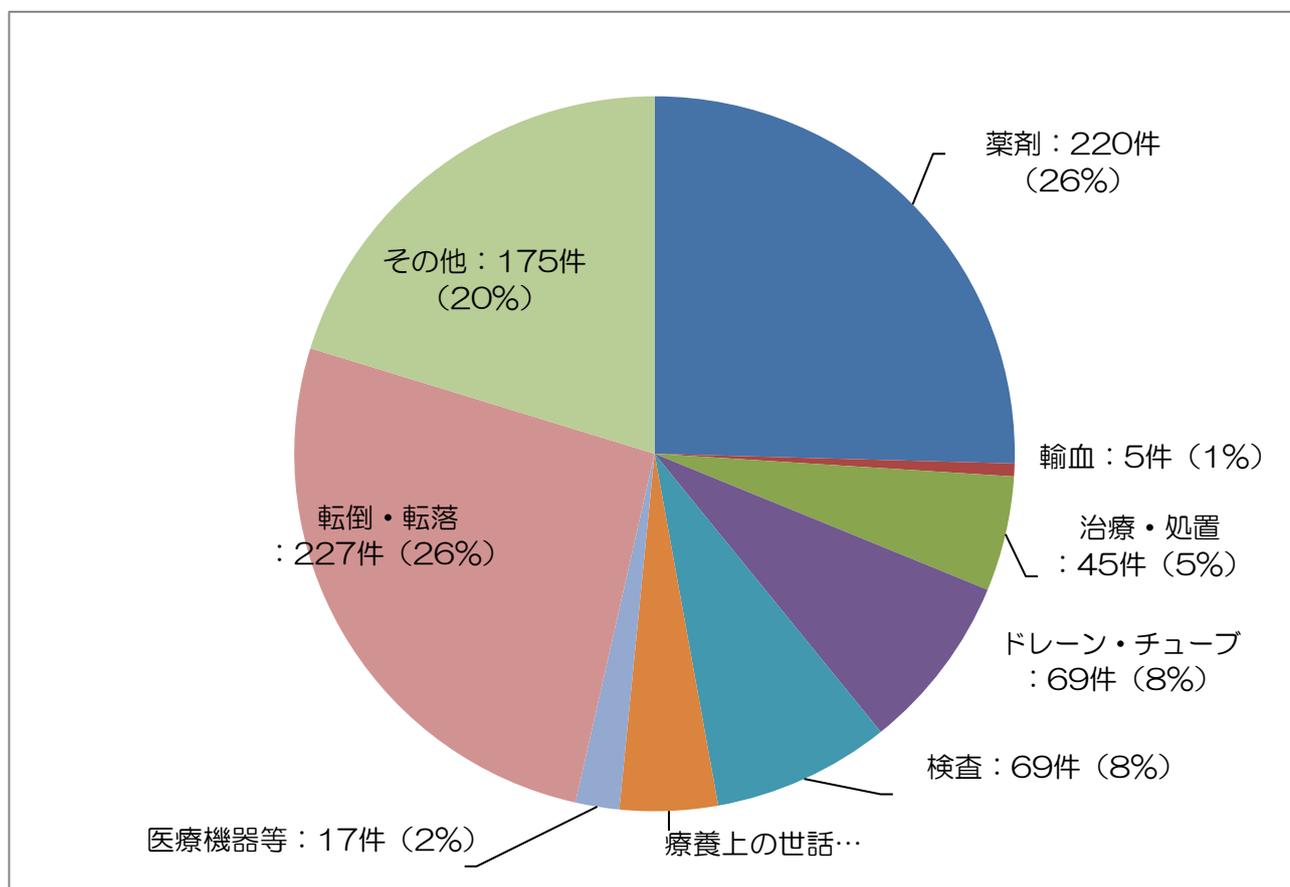
3. 発生状況について

令和2年度のインシデント・アクシデント事例の報告は865件（前年度は679件）

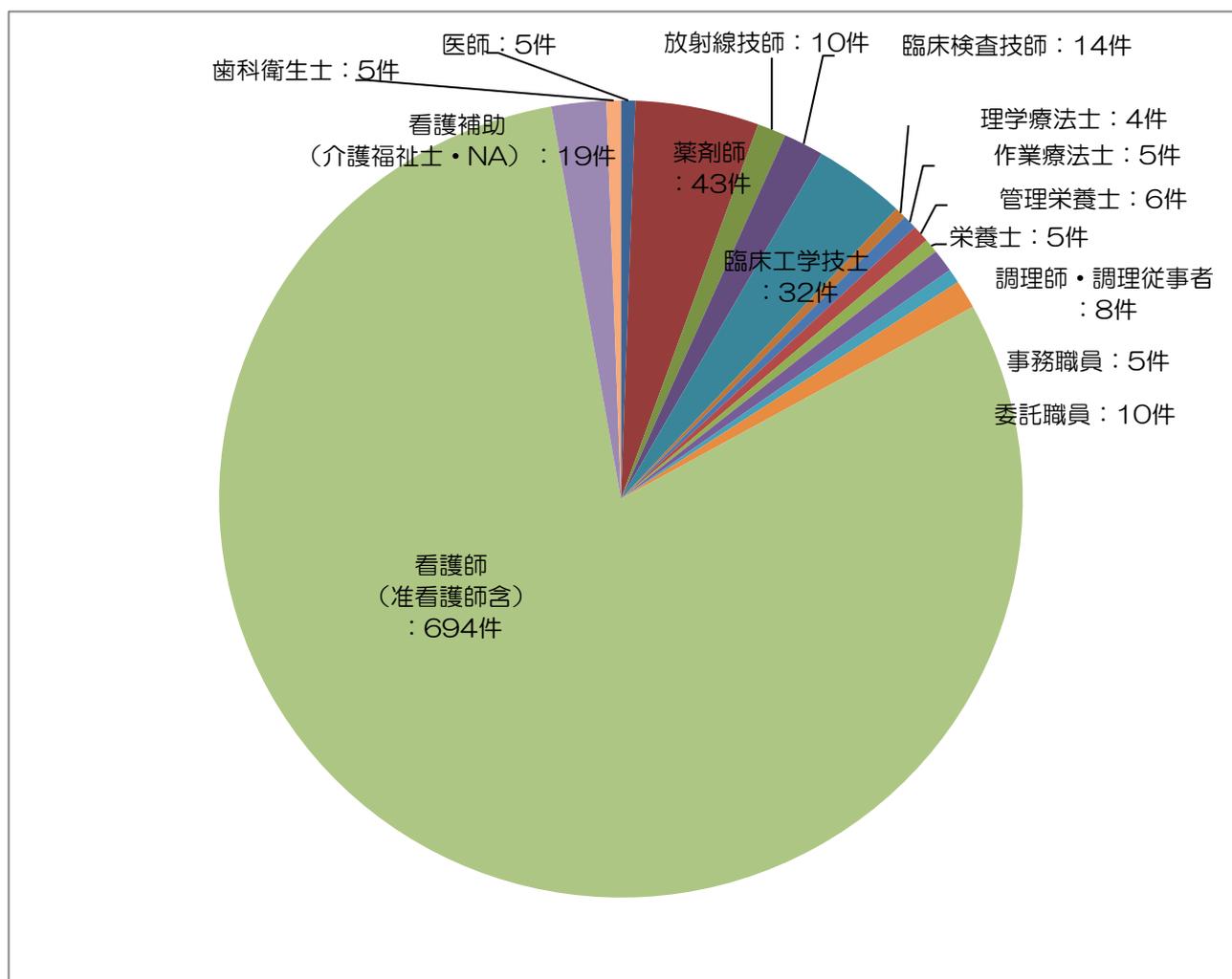
4. レベル別報告件数



5. 内容別報告件数



6. 職種別報告件数



7. 代表的な事例及び再発防止策

レベル0 (報告件数 : 158 件)

【退院時内服薬渡し忘れ】

患者退院後、配薬カート内に内服薬が残っているのを発見した。後刻、患者の元へ届けられた。

《再発防止策》退院時に確認すべき項目のチェックリストを作成した。

レベル1 (報告件数 : 203 件)

【患者確認エラー】

別の患者の受付票で診察されたことが患者からの指摘で発覚した。診察での患者呼び込み時、本来受付票で患者照合すべきところを患者が首から下げている診察券で照合した。診察後は受付票を患者に返却したがその際も患者確認をしなかった。

《再発防止策》診察時の患者確認は受付表の氏名、生年月日を患者と共に確認しながら実施する。

レベル2 (報告件数 : 413 件)

【ベッドからの転落】

病室の扉の前まで這って出ているのを発見した。転倒むしは使用していたが外してあった。センサーマットに変更することを考えたが在庫がなかった。

*転倒むし、センサーマット：患者がベッドから離れるとナースコールに知らせる装置

《再発防止策》転倒むしを手の届きにくい背部へ設置した。センサーマットを追加購入した。

【内服薬の過剰投与】

内服薬自己管理のため患者へ説明し翌日からの内服薬を渡した。翌日服薬確認のため訪室すると、朝分内服薬の不足が発覚した。患者の管理能力を正しく判断できなかった。

《再発防止策》内服薬自己管理から詰所管理へ変更した。内服薬の自己管理導入基準を作成した。

レベル3a（報告件数：74件）

【尿道カテーテル事故抜去】

介護浴時、入浴用ストレッチャーからベッドへ移動した際に尿道カテーテルが抜去された。主治医へ報告しカテーテル再挿入となった。移動時尿バックは患者の体の上に乗せ注意をしていたが、チューブの確認が不十分であった。後日泌尿器科受診にて様子観察となった。

《再発防止策》患者移動介助時には挿入されているチューブを一つずつ指さし呼称で確認する。

レベル3b（報告件数：17件）

【発症時期不明の骨折①】

寝たきり、四肢の拘縮著明で普段より体を触ると痛みを訴える患者であった。右大腿部の腫脹、皮下出血、大腿部のぐらつきみとめたため主治医へ報告した。大腿骨遠位部の骨折みとめた。高齢で骨粗鬆症があり手術は侵襲が高いため保存的に経過観察となった。転倒転落のエピソードはなかった。

《再発防止策》骨粗鬆症や四肢拘縮がある患者などの体位変換や更衣介助する時は体を支える位置や介助する力加減に注意する（可動域に制限がある場合は必ず2人以上で行う）

【発症時期不明の骨折②】

リハビリスタッフが下肢の異常を発見し主治医へ報告した。CT検査を行ったところ左大腿骨骨折をみとめた。整形外科へ転科し手術となった。寝たきりで入院時より左下腿の神経痛があった。入院後も下肢痛の訴えはあったが股関節部の痛みを訴えることはなく神経痛の痛みと考えていた。入院後、転倒転落のエピソードはなかった。

《再発防止策》患者の日々の状態変化は詳細に観察し精査するようチームで取り組む。

【床が濡れていて職員が転倒】

麻酔科医師が裏の通路から手術室に入ったところで転倒した。入口に直径10cm程度の水溜りあり、そこを踏んで濡れたスリッパで滑って転倒された。右腓骨骨折にてギプス固定となった。掃除の後で床が乾ききっていないかった。

《再発防止策》床に吸水シートを貼り、床清拭後は乾燥不良がないか確認することを徹底した。

【ベッドからの転落①】

大きな物音がし訪室するとベッドの下に転倒しているのを発見した。尿器を持っており排泄しようとしたとのこと。明らかな外傷なく四肢運動問題なし。2日後下肢の痛み訴えCT撮影実施したところ左大腿骨骨折みとめ保存的に様子観察となった。

《再発防止策》転倒むしの使用を開始し、患者の行動に迅速に対応できるようにした。

【ベッドからの転落②】

訪室するとポータブルトイレとベッドの間に横たわっているのを発見した。レントゲン、CT 施行し、左脛骨腓骨遠位骨端骨折と診断された。転倒むしは使用していたが外れていた。ショートステイ利用中も複数の転倒歴あったと家族より情報があつた。

《再発防止策》入院時には骨折歴や認知機能など正確に情報を把握し安全対策を行う。

【歩行時に転倒①】

介護福祉士より患者が廊下で転倒していると報告を受け向かうと右側臥位の状態で倒れていた。転倒むし装着中であつたが外して歩行していた。左大腿骨頸部痛、腫脹があり当直医師に報告した。レントゲンにて左大腿骨頸部骨折みとめ手術となつた。

《再発防止策》センサーマットを使用開始し患者の行動に迅速に対応できるようにした。転倒しても被害が最小限になるよう衝撃吸収マットを購入した。

【歩行時に転倒②】

廊下の手すりに掛まり部屋の入り口で倒れているのを発見した。「車椅子使うのが面倒でいけると思った」とのこと。左股関節～臀部の痛みの訴えあり。CT 撮影にて左大腿骨転子部骨折と診断され手術となつた。もともと独歩で自立している患者であり、普段は自己で転倒予防行動がとれていた。

《再発防止策》日常生活行動が自立していても転倒を起こすことを前提に、生活環境を整えるだけでなく、患者自身が自分の能力を自覚し安全行動がとれるような支援を行う。

【ポータブルトイレからの移乗時に転倒】

転倒むし使用中の患者が看護補助者の介助でポータブルトイレへ移乗した。排泄終了後ナースコールを押すように患者へ説明しその場を離れた。数分後看護補助者が前屈みで床に手をついている患者を発見した。左手関節痛、腫脹あり。検査、診察にて左橈骨遠位端骨折と診断され手術となつた。

《再発防止策》安全対策実施中の患者に対しては特に、安全が確保されるまで処置やケアの途中で患者の傍から離れないよう徹底する。

【抗がん剤の血管外漏出①】

本日より抗がん剤投与開始した。30 分後の観察では異常はなかつた。1 時間後本人より穿刺部付近が腫れていると報告を受ける。血管外漏出による腫脹、熱感あり。主治医へ報告し穿刺部より薬液回収、クーリング開始した。その後主治医によりステロイド剤による処置が実施された。

《再発防止策》皮下組織に厚みのある患者であつたため穿刺針を長いものに変更した。

【抗がん剤の血管外漏出②】

抗がん剤投与中、穿刺部から頭側鎖骨下にかけて時々痛みがあると訴えあり。血管外漏出による前胸部軽度紅潮みとめた。点滴中止し注射器にて薬液回収した。主治医によりステロイド剤による処置が実施された。

《再発防止策》体格が良く、皮下組織に厚みのある患者であつたため穿刺針を長いものに変更した。

【ナファモスタットによるアナフィラキシーショック】

検査処置後で本日のみナファモスタット使用し透析を開始した。直後、バイタルサイン、意識レベルの低下があつた。ナファモスタットによる薬物アレルギー反応と診断された。ナファモスタットは過

去に他院で使用されているがアレルギーの情報はなかった。

*ナファモスタット：出血傾向がある場合、透析時の灌流血液凝固防止目的で使用する
《再発防止策》アレルギー登録行いスタッフ間で情報を共有した。

【胃瘻ボタンの自己抜去】

訪室時、介護衣が血液で汚染されていたため確認すると保護ガーゼが剥がれ胃瘻ボタンが側腹部に落ちていた。同日、再度胃瘻造設術施行となった。両手に安全帯を使用していたが、胃瘻部に手が届き自己抜去された。

《再発防止策》腹帯と両手に介護手袋、安全帯を使用した。

【中心静脈ポートのカテーテル断裂】

中心静脈ポート挿入術施行中、留置位置調整中にカテーテルが断裂した。血管内に遺残していたため循環器医師に診察依頼。当院での処置は難しく他院にてカテーテル除去を行った。翌日再度中心静脈ポート挿入術施行した。

《再発防止策》医材を十分に理解した上でカテーテルの種類等の選定を行い慎重に処置にあたる。

【腎瘻チューブ事故抜去】

CT 検査を受ける際、自力での服の着脱が困難であったため家族の協力を得ながらズボンを下げたところ、腎瘻チューブを巻き込み抜いてしまった。他院にて腎瘻チューブ再挿入となった。CT 依頼文には腎瘻チューブに関する情報は記載されていた。

《再発防止策》検査依頼文の情報を充分把握した上で介助を行うことを周知徹底した。

【胃瘻チューブ先端の腹腔内留置】

在宅胃瘻管理中の患者が胃瘻自己抜去で来院され再挿入となった。透視下にて瘻孔が胃内へと続いているのを確認したため、ガイドワイヤー下で留置を試みたところ胃瘻チューブが腹腔内へと留置された。開腹手術にて胃瘻再造設となった。家人が自己抜去を発見してからの経過時間を抜去されてからの時間と思い込み瘻孔の閉鎖が生じていないと判断し処置を行った。

《再発防止策》事故抜去からの正確な時間の把握に努め、慎重に判断をし処置を行う。

【アスピレーションキット留置時の管理不足】

気胸患者に対し救急担当医師により透視下にてアスピレーションキット留置が行われ入院となった。翌日、日直担当医師が朝から撮影されたレントゲンで肺の拡張不全に気付いた。アスピレーションキットが再留置された。入院時より患者はトイレ歩行など行い呼吸困難の増悪はなかった。

*アスピレーションキット：胸腔に留置し排気を行うためのカテーテルとチューブ

《再発防止策》ドレーンチューブ等挿入時、患者への体動時の注意事項の指導や持続吸引器等を含めた患者の観察を徹底する。

【シャント閉塞状態での退院】

十二指腸潰瘍治療のため入院していた患者であった。退院翌日、透析のため他院へ受診されたがシャント音が聴取出来ず透析実施困難となった。透析施設より問い合わせあり発覚した。同日当院へ入院し透析用カテーテル挿入となった。退院前から退院時までのシャント観察が不十分であった。

《再発防止策》主病名に直接関わるだけでなく患者の全体像を把握した上で日々の観察を行う。