

インシデント・アクシデント報告の公表について

(2021年4月1日～2022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3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

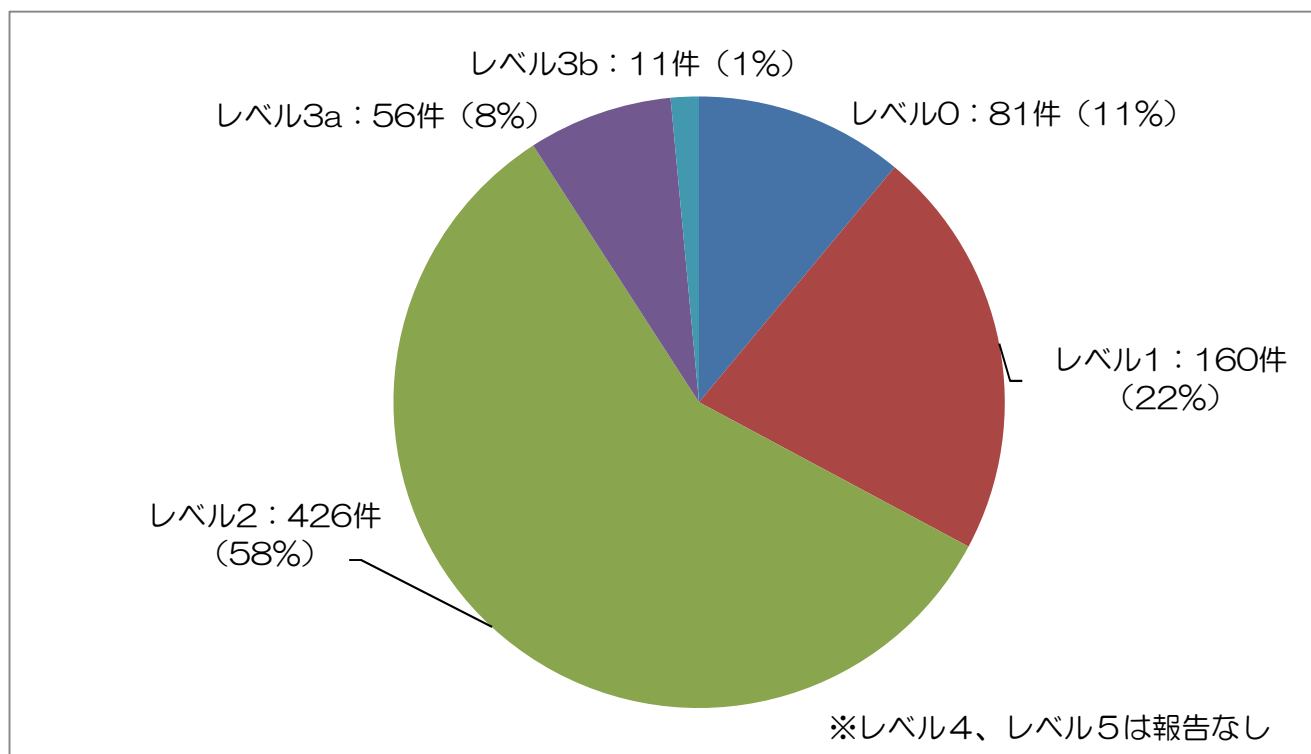
2. 医療事故等のレベル区分

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

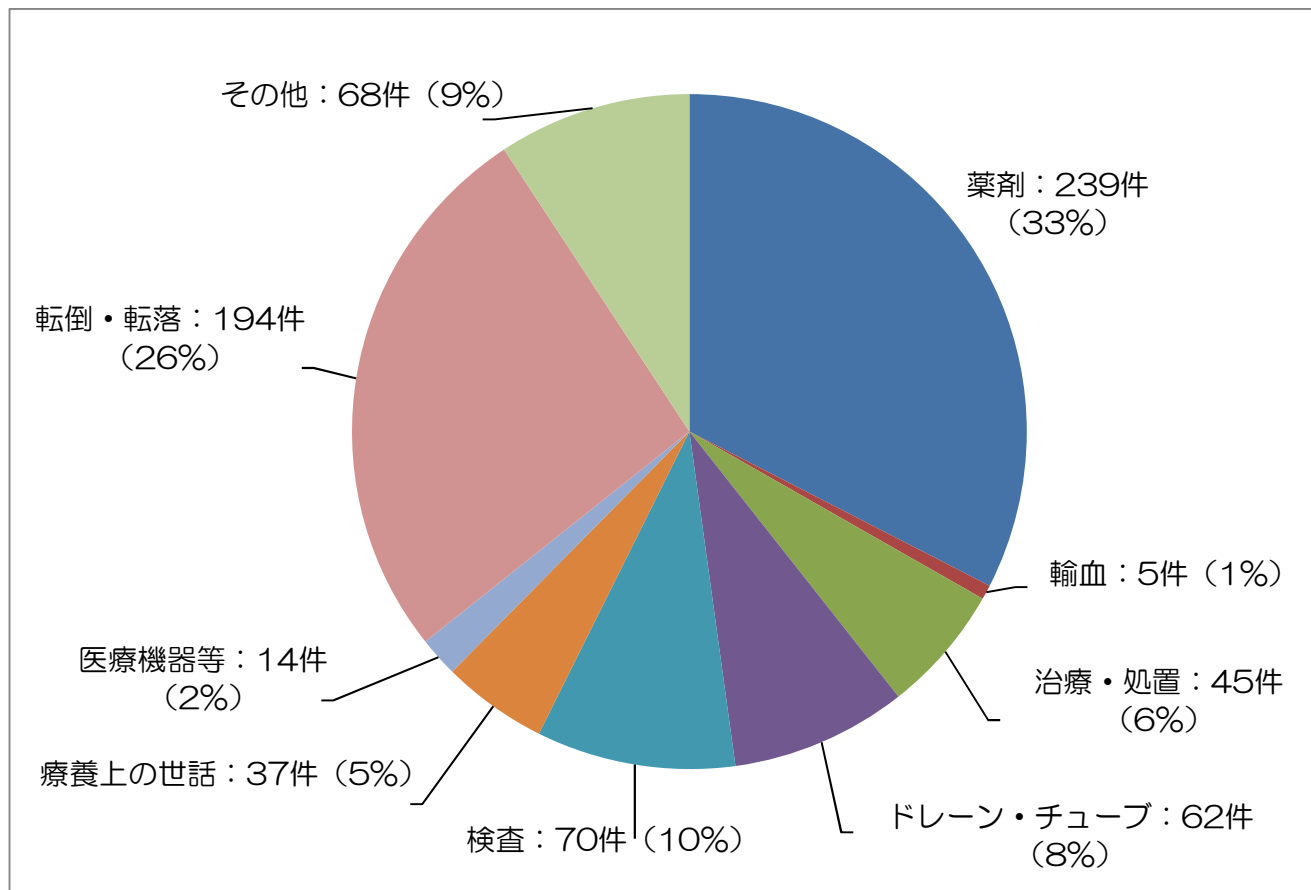
3. 発生状況について

令和3年度のインシデント・アクシデント事例の報告は734件（前年度は865件）

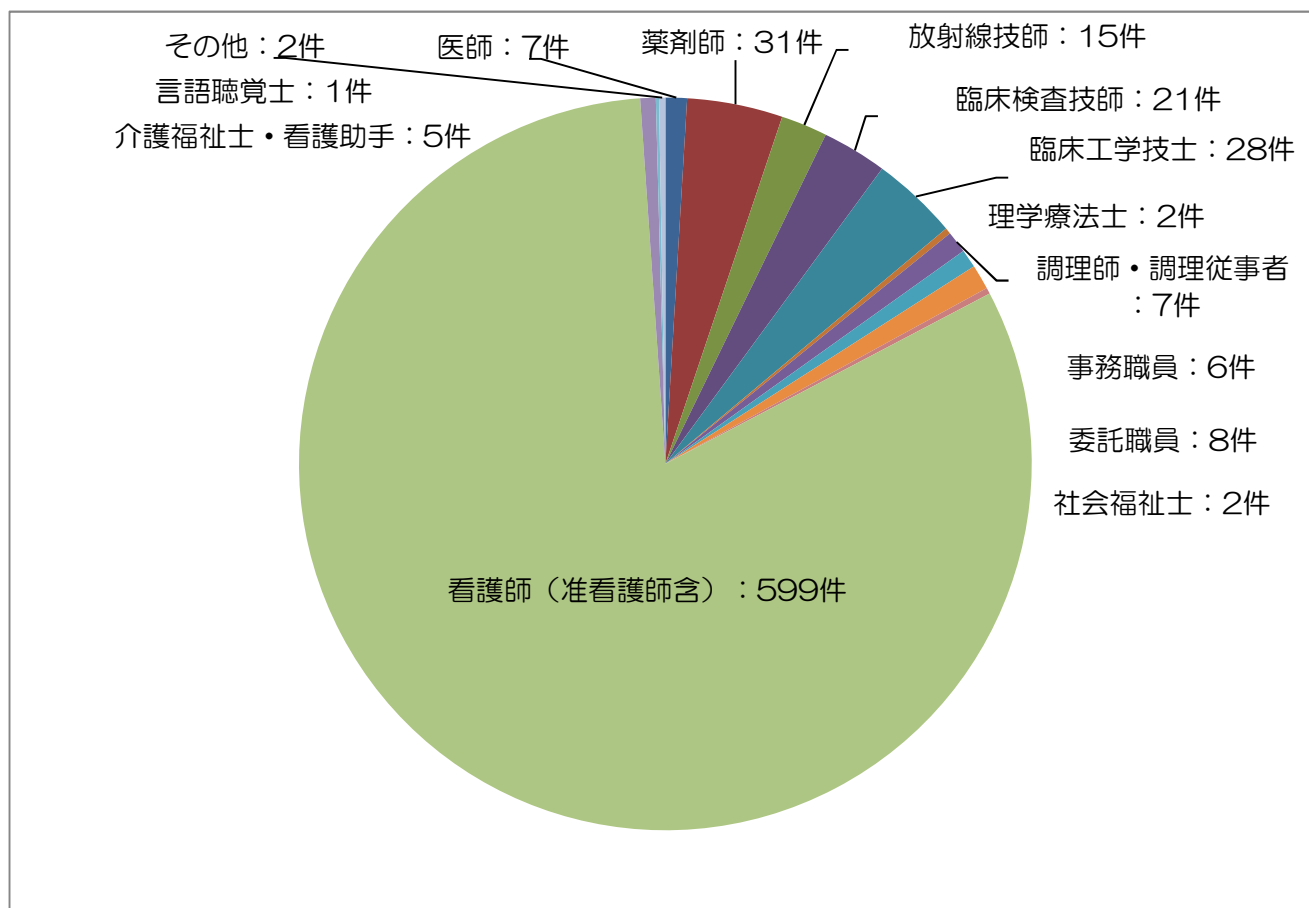
4. レベル別報告件数



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：81件）

【薬剤】《旧電子カルテからのアレルギー情報移行エラー》

入院時の患者情報用紙にアレルギーの記載はなかったが、医師事務作業補助者が以前アレルギーがあったことに気付き旧電子カルテを確認。旧カルテにはアレルギー登録がされていたが今回の電子カルテに反映されていないことがわかった。

〈再発防止策〉他患者のカルテも全て確認し、移行されていないアレルギー情報については旧カルテより現在の電子カルテに移行した。

レベル1（報告件数：160件）

【検査】《無記名検体》

検体運搬用リフトにラベルの貼られていない無記名の検体に乗っていた。未提出オーダーのある病棟に電話で問い合わせたが該当部署はなかった。午後まで検体を保存し廃棄処分とした。

〈再発防止策〉検体には必ずラベルを貼付するか名前を記入し、検体を下ろした際には連絡を必ず行うことを周知した。検体運搬用リフト前に無記名検体防止についての注意喚起を掲示した。

レベル2（報告件数：426件）

【転倒・転落】《歩行時に転倒》

トイレから点滴スタンドを押して歩行中に転倒。上肢の手術後で高齢であったが歩行は安定していた。点滴スタンドのコロの動きが悪かった。

〈再発防止策〉コロの動きがスムーズで安定した点滴スタンドに変更した。

【薬剤】《二槽バッグ製剤の開通忘れ》

二槽バッグ製剤を輸液ポンプで投与中。完了アラームが鳴ったため訪室すると上下槽が未開通であることを発見した。開通確認シールは剥がされていた。

〈再発防止策〉開通確認シールは上下槽の開通を確認後に剥がし、点滴交換時や訪室時にも開通確認を行うことを周知した。二槽バッグ製剤の開通忘れ防止について掲示を行った。

【療養上の世話】《軟膏の誤飲》

チューブ型軟膏を三分の二程度飲んで発見。軟膏はオーバーテーブルの上に置いてあった。

〈再発防止策〉病院管理の外用薬保管場所を詰所内で統一した。

レベル3a（報告件数：56件）

【ドレーン・チューブ】《気管内チューブの自然抜去》

気管内チューブが固定位置より抜けているのを発見し、再挿管となった。気管内チューブの固定方法が通常行っている方法と違っていた。固定方法についての明確なマニュアルはなく、直接的な指導で固定を行っていた。

〈再発防止策〉検温、処置ごとに気管内チューブ固定状況の確認を行うことを周知した。気管内チューブ固定方法を見直し、マニュアルを作成した。

レベル3b（報告件数：11件）

【転倒・転落】

*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

《ベッドからの転落》

同室者よりコールあり訪室すると右側臥位で横たわっているのを発見。カーテンを閉めようとしたとのこと。右大転子部痛あり、レントゲン検査にて骨折確認。センサーマットは使用していたが設置と反対側より降りていた。

〈再発防止策〉転倒のリスクがある患者に対しては、ベッドを壁付けにしたりセンサーマットの位置の工夫を行うよう指導した。また転倒むしの設置も検討した。

《ベッドからの転落》

床で壁にもたれた状態で座りこんでいた。腰部痛みとめ整形外科受診。MRIにて圧迫骨折あり。コルセット使用し経過観察となった。56歳という年齢ではあったがパーキンソン病の既往あり、排泄時はナースコールを使用し全介助で行っていた。

〈再発防止策〉高齢でなくとも、現病歴、既往歴、日常生活動作の状態を把握し、患者に合わせた安全対策を行うよう指導した。

《ポータブルトイレへの移乗時転倒》

患者から「夜中に転けて左足が痛い」と訴えあり主治医へ報告。レントゲン撮影にて左大腿骨頸部骨折とめ手術となった。離棟防止のためセンサーマットをベッド降り口ではなく部屋の入り口側に設置していた。

〈再発防止策〉センサーマットをベッド降り口に設置し早いタイミングで患者の行動を察知できるようにした。また、ベッド降り口に衝撃吸収マットも設置した。

*衝撃吸収マット：転倒や転落による衝撃を緩和するマット

《起立時に転倒》

ナースコールあり訪室すると床に膝をつき動けなくなっていた。履物は履いておらず靴下のみ着用。左下肢痛あり。整形外科医師の診察受け大腿骨頸部骨折みとめ手術となった。高度な貧血があり輸血を行っていた。ポータブルトイレ使用中であるが滑り止めマットは使用していなかった。

〈再発防止策〉ポータブルトイレ設置時は滑り止めマットも同時に設置することを周知徹底した。

《ベッドからの転落》

離床センサー作動し訪室するとベッドサイドで立っていた。頭部に血腫みとめ意識レベルの低下あり。CT 検査にて外傷性脳出血みとめた。他院に転院となり同日緊急開頭術施行となった。離床センサーや衝撃吸収マットを使用し頻回に観察は行っていた。

〈再発防止策〉患者の安全確保が困難で、やむを得ないと判断した場合は身体抑制を実施するよう周知した。

《ポータブルトイレへの移乗時転倒》

点滴スタンドにもたれかかった状況で発見。右腰部に発赤、擦過傷あり疼痛訴える。CT 検査にて右肋骨骨折が判明。バストバンド使用開始。がん終末期の状態であるがベッド周囲は自己にて移動が可能であった。

〈再発防止策〉ポータブルトイレ近くに滑り止めマットは設置していたがさらに衝撃吸収マットを設置した。トイレへ移乗する際にはナースコールを押すように本人へ説明した。患者に理解を得て転倒むしも使用開始し行動を察知できるようにした。

《ベッドからの転落》

ベッド柵が外れており端座位になっていた。転倒むしが外れていたため患者の手の届かない位置へ再装着し傍を離れた。次に訪室するとベッドで臥床していたが床に物が散らばっており「転けて腰を打った」と。腰痛あり、レントゲン、MRI 検査実施。椎体骨折認め手術となった。転倒むしを患者の手の届かないところに装着したものの、端座位にしたまま患者の傍を離れてしまった。衝撃吸収マットはベッドサイドに敷いていた。

〈再発防止策〉転倒むしを外してしまう可能性がある患者で端座位をとらせたい場合は、車椅子へ乗車し車椅子用の安全ベルトを使用するかベッドでの臥床を促しベッド柵の固定や安全帯の使用を検討する。

*安全ベルト、安全帯：安全確保のために一時的に手や足を拘束するもの

《食後起立時に転落》

透析室食堂にてドーンという音を聞き確認すると右側を下にした状態で倒れていた。明らかな外傷や痛みはないが転倒時の記憶なく頭部 CT 撮影実施。脳出血の疑いあり経過観察入院となった。翌日頭部 CT 再検。結果、脳挫傷なく退院となった。透析後で循環動態の変動が起りやすい状態ではあったが、日常生活動作は完全に自立しており普段から透析後に食事を摂取していたが異常はなかった。

〈再発防止策〉昼食摂取後はすぐに立ち上がって動かず、しばらく椅子に座り安静に過ごした後帰宅するよう説明し理解を得た。今回のような事例が起りうることを念頭に、可能な限り食堂での昼食摂取中、後の患者の観察を実施する。

【ドレーン・チューブ】

《気管切開カニューレ事故抜去》

気管切開術の翌日、医師が気管切開カニューレを押さえ、看護師、臨床工学技士が回路交換を実施。呼吸器再接続後、口腔内から空気の漏れあり気管切開カニューレが2cm程度出てきていた。気管切開カニューレ再挿入となった。鎮静薬は使用していたが、首振り行為などみとめていたこともあり事故抜管のリスクは充分にあった。

〈再発防止策〉気管切開術後は創部が不安定であり抜管のリスクが高いことを充分理解した上で処置にあたる。カニューレを押さえるだけでなく、回路を外す、頸部を後屈させないなど事故抜管を回避するための行動をとる。

*気管切開術：気管とその上部の皮膚を切開し、その部分から気管にカニューレを挿入する気道確保の方法

《イレウスチューブによる腸管穿孔》

イレウスチューブ（経肛門的）の吸引不良にて器械による間欠吸引を中止し用手洗浄開始。その後透視下にてチューブの屈曲は解除されたが数日後に腹痛出現。CT検査にて腸管穿孔みとめ、他院へ救急搬送後、人工肛門造設術が施行された。統合失調症があり明確な意思表示が困難な患者であった。

〈再発防止策〉コミュニケーションが困難な患者のアセスメントは特にバイタルサインやあらゆる身体症状を詳細に観察し、異常の早期発見に努める。

*イレウスチューブ（経肛門的）：経肛門的に腸内へ挿入し留置することで腸内ガスの減圧、腸内容物の吸引を行い腸閉塞を解除する

【治療・処置】

《中心静脈カテーテル留置後の医原性気胸》

右内頸静脈穿刺による中心静脈カテーテル留置を実施。同日確認のための胸部レントゲンにて異常なし。翌日の胸部CTにて右気胸確認。胸腔ドレナージが施行された。カテーテル留置当日は呼吸状態の変動なく経過していた。

〈再発防止策〉異常の早期発見に努められるよう、巡視時の観察を徹底する。