

インシデント・アクシデント報告の公表について

(2022年4月1日～2023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4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

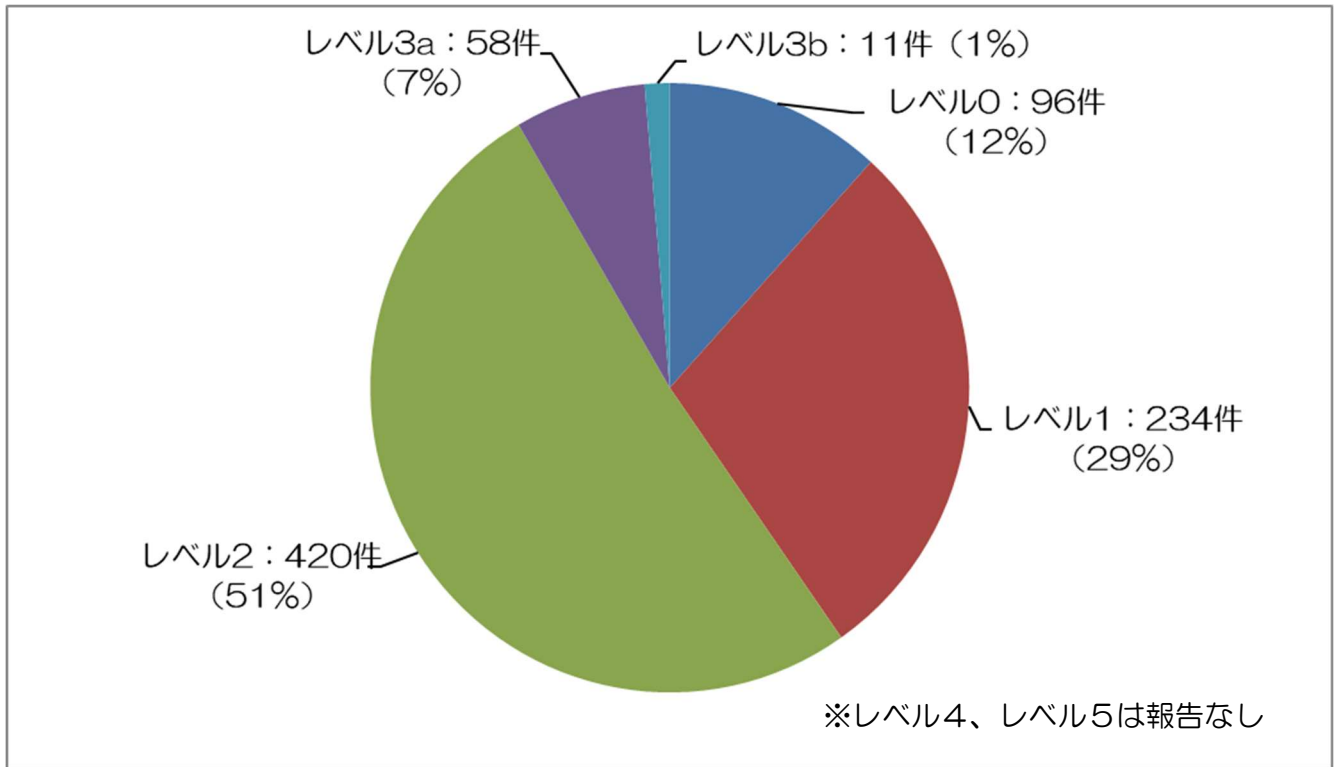
2. 医療事故等のレベル区分

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

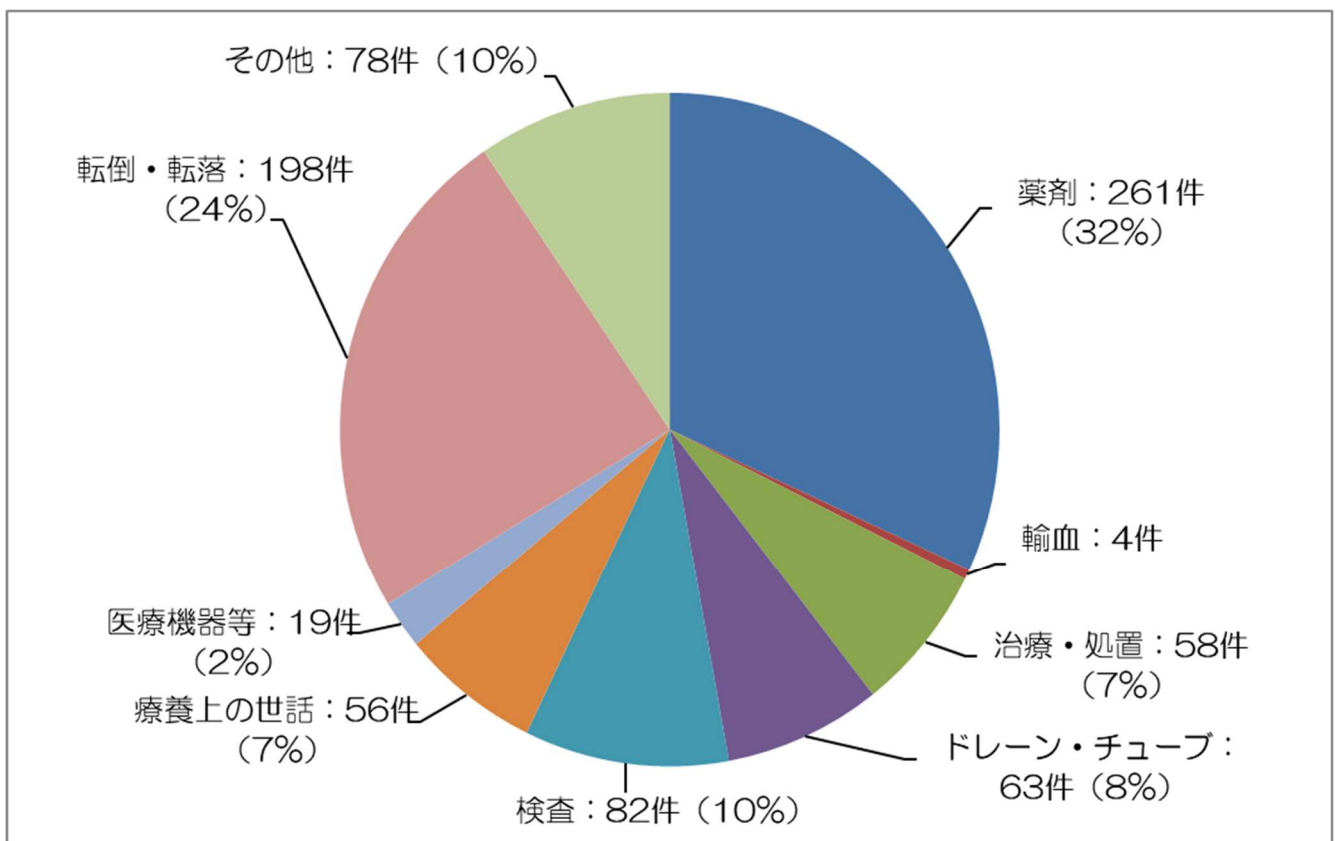
3. 発生状況について

令和4年度のインシデント・アクシデント事例の報告は819件（前年度は734件）

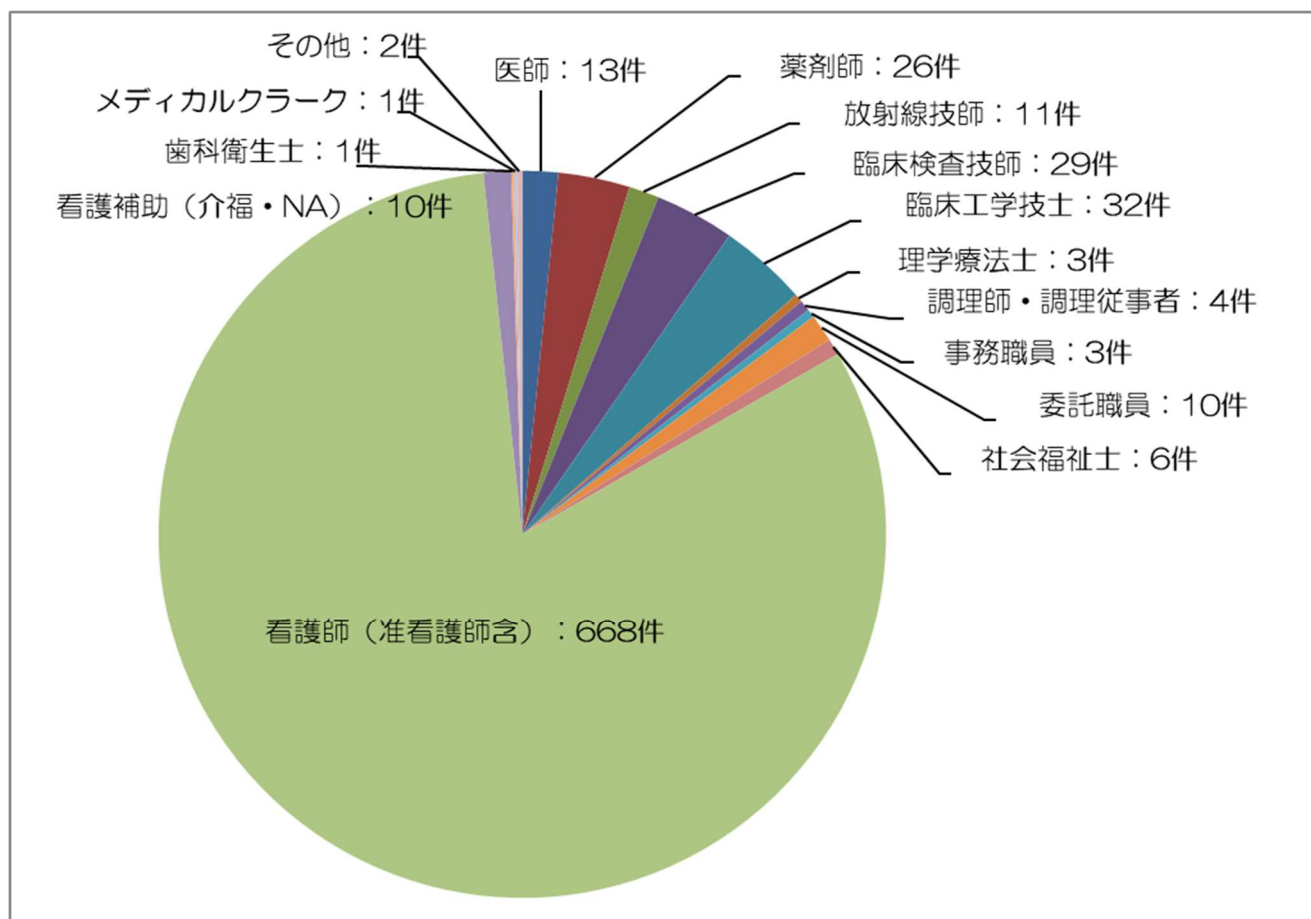
4. レベル別報告件数



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：96件）

【薬剤】《抗腫瘍剤・処方量間違い》

薬剤師からの指摘により薬の処方量を間違えたことに気付く。患者から薬が余っていると申告があり、投薬日数を14日から12日に変更するはずが、1回の処方量を12錠にしてしまった。

〈背景要因〉処方箋発行時のダブルチェックを失念した。

〈再発防止策〉処方箋発行時には、必ずダブルチェックで確認を行う。

レベル1（報告件数：234件）

【療養上の世話】《食事内の異物混入》

患者の指摘によりご飯の上に1.5cm程の髪の毛を発見。謝罪しご飯を交換。厨房で配膳前の検品は行っており、検品時に入っていれば発見できる長さであった。

〈背景要因〉盛り付け担当者、検品担当者ともヘアキャップを被っていたが、病棟配膳者はヘアキャップを使用していなかった。

〈再発防止策〉配膳時には必ずヘアキャップを使用するようマニュアルに追加した。

【治療・処置】《手術室出棟時の手術部位確認不足》

手術当日、患者が「自分で着替えれます」とのことで、術衣への更衣を患者に任せた。出棟後、手術室より手術部位である腰部に湿布が貼られたままであったと指摘あり。

〈背景要因〉着替えを本人に任せ、その後手術部位の確認を怠った。

〈再発防止策〉手術前チェックリストに「貼付物確認」の項目を追加した。

レベル2（報告件数：420件）

【転倒・転落】《ポータブルトイレからの転倒》

センサーマット（*1）使用中の患者であったが、ポータブルトイレへ移乗後、別の患者対応のためその場を離れた。センサーコール鳴動し訪室すると床で四つん這いになっていた。前額部に2cm大の皮下血腫認め。当直医に診察受け、頭部CT撮影実施。結果異常なし。

〈背景要因〉夜勤帯でスタッフが少ない中、他患者からナースコールがあり、安全対策を行っていない状況で患者の側を離れてしまった。

〈再発防止策〉安全対策中の患者に対し、対策を行っていない状況で患者を一人にしないことを周知した。

*1 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（離床センサー）

【薬剤】《睡眠導入剤・薬剤間違い》

不眠時指示の内服薬を準備し、患者に服用させたが、翌日薬剤間違いに気付く。不眠時指示はゾピクロンであったがゾルピデムを服用させた。

〈背景要因〉よく似た名称であったため同様の内服薬と思い込み投与してしまった。

〈再発防止策〉薬剤投与前のダブルチェックによる確認を徹底するよう再周知した。また、病棟配置薬として主に使用されているゾルピデムのみを置くこととした。

【薬剤】《麻薬・無投薬》

入院時に持参薬を預かった。持参薬継続指示であったが時間外で薬剤課に検薬依頼ができず詰所で保管していた。医師の指示確認中に「疼痛時オキノーム」と記載されているため持参薬を確認すると麻薬を発見。前日夕分の麻薬が無投薬となった。

〈背景要因〉麻薬を服用しているという申し送りや情報がなかった。

〈再発防止策〉入院時チェックリストに麻薬情報についての確認項目を追加した。

レベル3a（報告件数：58件）

【薬剤】《外皮用薬の誤点眼》

患者から「何かおかしい」と訴えあり確認すると、リンデロンローション（顔面塗布用）を両眼に点眼していた。医師に報告。流水で洗浄するよう指示あり実施。家では薬を自己管理していたため目薬は本人管理となっていた。

〈背景要因〉リンデロンローションを渡す際には、薬剤師から使用方法について説明されていたが、点眼とよく似た容器であり区別がつきにくい可能性があった。

〈再発防止策〉点眼薬と間違える可能性のある容器、性状の薬剤については別の性状（クリーム、軟膏等）への変更を検討する。

レベル3b（報告件数：11件）

【転倒・転落】

《歩行時に転倒①》

5/3廊下で横たわっていた。5/6意識レベルの低下認め、頭部CT、MRI実施。慢性硬膜下血腫

みとめ手術適応にて他病院へ転院となった。

〈背景要因〉腰痛のため自力での起き上がり困難と判断し、必要時ナースコールを押すよう説明はしていたが離床センサー等の設置は行わなかった。

〈再発防止策〉腰痛で起き上がりは困難であると思いつまず、患者や家族からの聞き取りを十分行い適切な安全対策を実施する

《歩行時に転倒②》

同室患者よりコールあり訪室するとドア付近に横たわっていた。腰部打撲し疼痛あり。レントゲン撮影実施。腰椎椎体骨折判明し手術となった。

〈背景要因〉車椅子移乗時には安全ベルト（*2）を使用していたが、離床センサーは使用していなかった。

〈再発防止策〉安全対策については安全対策用具選択基準に準じ適切な対策を取るよう周知徹底した。

*2 安全ベルト、安全帯：安全確保のために一時的に体幹や手、足を拘束するもの

《歩行時に転倒③》

トイレへ杖歩行中にふらついて転倒。殿部と右肘打撲、疼痛あり。レントゲン、CTにて右肘頭骨折、右坐骨骨折みとめ右肘頭骨折に対し手術、坐骨骨折に対しては保存的治療となった。

〈背景要因〉松葉杖歩行は不安定であったため歩行する際はコールするよう説明し実施されていた。理解力良好な患者であり、安全対策を行う事による転倒の回避は難しい状況であった。

〈再発防止策〉歩行が不安定で転倒のリスクがある患者に対しては、転倒の危険性や看護師に見守りを依頼することについて何度も説明するよう周知した。

《ポータブルトイレへの移乗時転倒》

患者がポータブルトイレごと右側臥位で倒れていた。右頭部血腫、右側胸部痛あり。CT撮影にて右第4肋骨骨折あり。バストバンド使用し保存的治療となった。

〈背景要因〉リハビリでポータブルトイレへの自立移乗の許可が出たため、センサーマット（*1）を外してしまった。

〈再発防止策〉リハビリから許可が出たとしても、転倒転落危険度や認知レベルの評価等を用いアセスメントを十分に行った上で対応を検討する。

《ベッドからの転落》

患者がベッドサイドで横になっていた。左殿部～大腿部にかけての疼痛あり。レントゲンにて異常なし。3日後、左大腿部の痛み持続し股関節CT撮影実施。骨盤で一部骨折認め、保存的に経過観察となった。衝撃吸収マット（*3）やセンサーマットは使用していた。

〈背景要因〉ポータブルトイレへの移動は自立となり、それ以外の行動を察知できるよう、センサーマットはベッドから少し離して設置していたため、行動の察知が遅れた。

〈再発防止策〉ポータブルトイレへの移動は安定している患者であっても、認知症の症状が強く見られる場合は、想定外の行動を起こす可能性を考慮し、標準的な安全対策を講じる。

*3 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

【療養上の世話】《発症時期不明の骨折》

左手に内出血、疼痛みとめ、4日前から痛みがあったとのこと。整形外科へコンサルト。CT撮

影の結果、左橈骨遠位端骨折と診断され、ギプス固定となった。

〈背景要因〉超高齢で長期間寝たきり状態の患者は、強い外的刺激を与えなくても骨密度等の低下により骨折リスクがある事について、アセスメントが十分行えていなかった。また、入院後より体位変換の際に上下肢、腰部など軽度の疼痛があったため、ケアを行う際には注意していたが1名で実施することが多かった。

〈再発防止策〉超高齢で長期間寝たきりの患者に対しては、骨折リスクを十分に考慮し、清拭、オムツ交換、寝衣交換等のケアに2名以上で行うよう周知徹底した。

【治療・処置】

《内視鏡的粘膜切除術施行中の腸管穿孔》

S状結腸ポリープに対して内視鏡的粘膜切除術施行したところ穿孔をみとめた。クリップにて縫縮中、漿膜に穿破した。患者へ状況説明し、外科へコンサルト。開腹S状結腸切除術施行された。

〈背景要因〉腸管にクリップをかける際に呼吸性の腸管移動をみとめクリップが穿通した。

〈再発防止策〉内視鏡的粘膜切除術でクリップをかける際には呼吸性の腸管移動に十分注意を払い、慎重に実施する。

《内視鏡的粘膜下層剥離術中の胃穿孔》

内視鏡的粘膜下層剥離術中に胃穿孔を起こす。速やかに病変の切除を行い、穿孔部を縫合。処置後CTにて腹腔内に多量の空気貯留を認めたため、腹腔穿刺し脱気を行った。その後胃管挿入し、胃内減圧管理を開始した。

〈背景要因〉処置中に周囲の医師への相談が不十分であった。

〈再発防止策〉処置中に不安な点があれば、他の医師に相談を行いながら慎重に手技にあたる。

《中心静脈カテーテル挿入時の気胸併発》

終末期で経口摂取不良のため補液加療中。末梢静脈ルート確保困難となっていたため、透視室にて中心静脈カテーテル挿入。体動や呼吸によりエコー下での内頸静脈の視認と針先の確認が安定せず3回ほど穿刺を要した。その際気胸を併発し胸腔ドレーン挿入となった。

〈背景要因〉呼吸が荒く内頸静脈の内腔が呼吸により潰れてしまう状況であったため末梢挿入型中心静脈カテーテルへの変更をする機会があったが、経験数の違いから内頸静脈穿刺を選択した。

〈再発防止策〉内頸静脈からの中心静脈カテーテル挿入が可能と思われても、終末期や重症例ほど末梢挿入型中心静脈カテーテルを第一選択とする。

《内視鏡治療中の消化管穿孔》

膵頭部癌術後1年の患者。肝内結石、胆管空腸吻合部狭窄にて内視鏡治療で拡張、切石行った。処置中、帰宅後に異常なかったが、約10時間後に腹痛出現、CT検査にて遅発性の消化管穿孔が見つかり、人工肛門造設術、腹腔内ドレナージ術施行となった。

〈背景要因〉腸管の癒着が強く、内視鏡操作に難渋したが、患者の体力的に全身麻酔による外科的治療は避けたかったため、リスクを承知で内視鏡的治療の継続を優先した。

〈再発防止策〉バイタルサインを含む全身状態の観察や評価を処置中、帰宅後も継続して行い異常の早期発見に努める。