

インシデント・アクシデント報告の公表について

(2023年4月1日～2024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5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

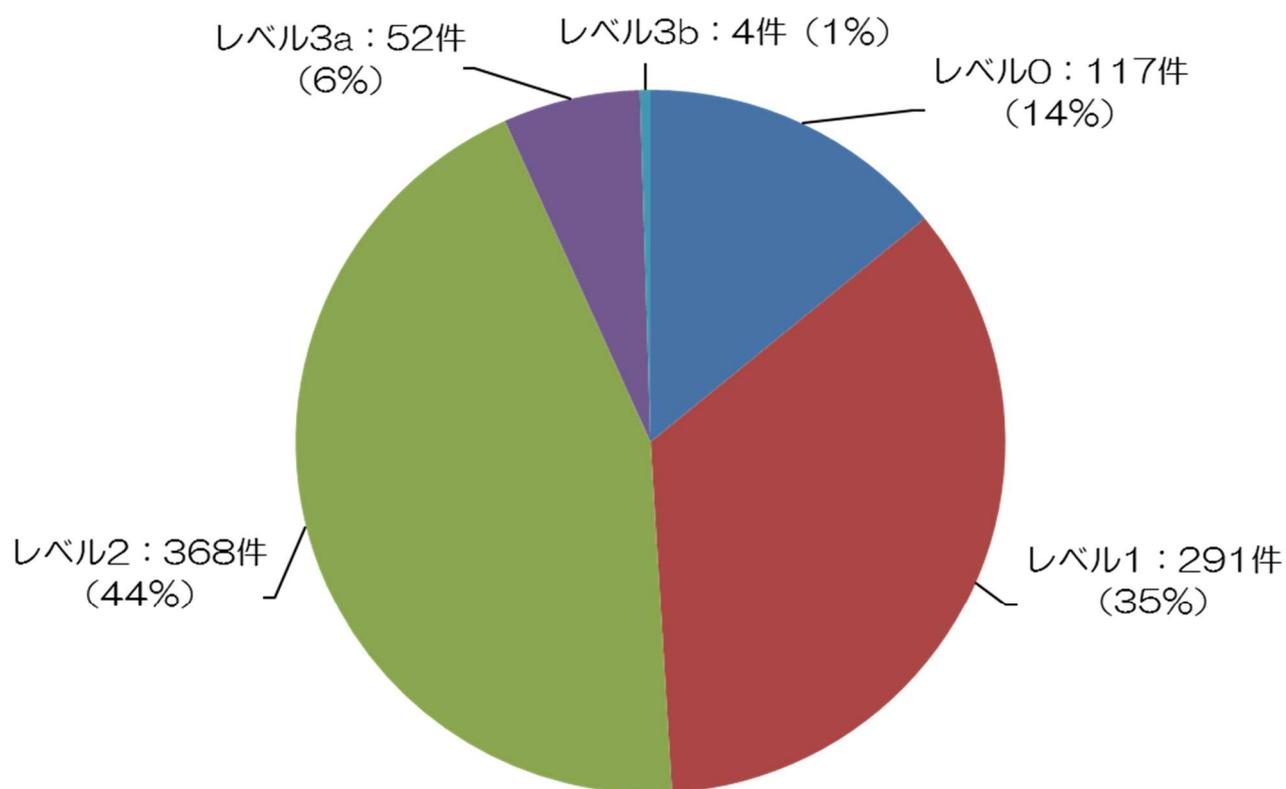
2. 医療事故等のレベル区分

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

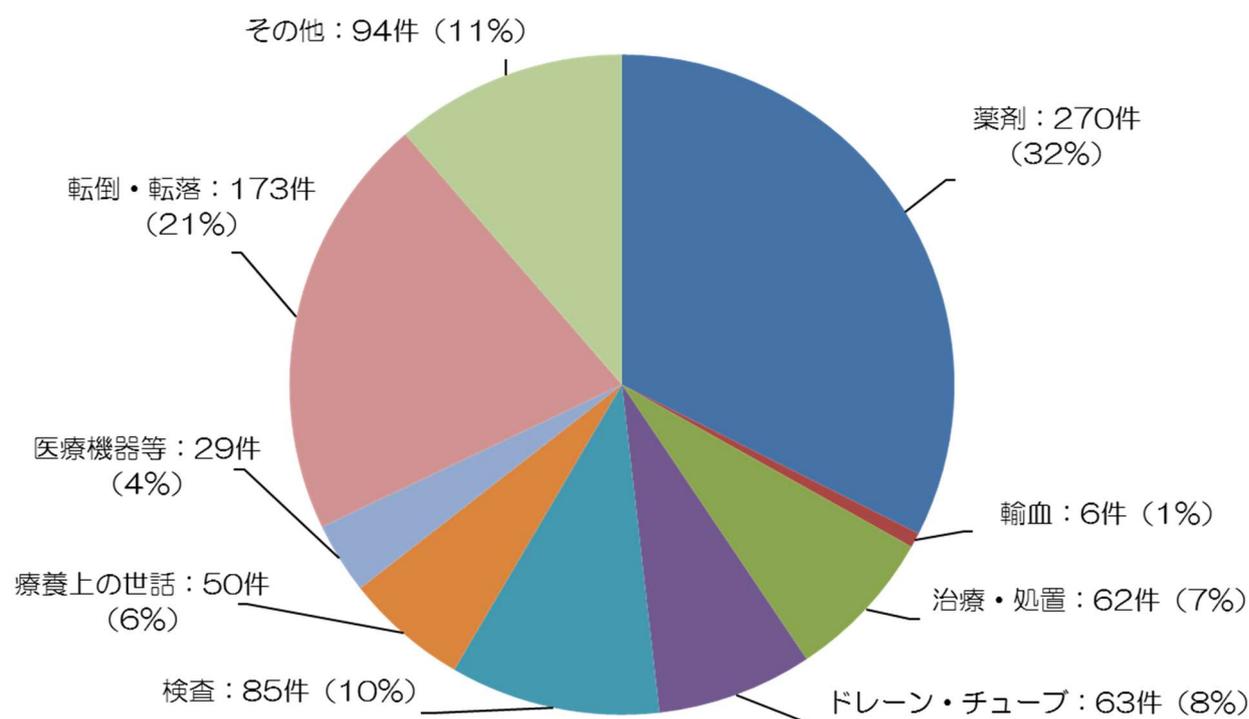
令和5年度のインシデント・アクシデント事例の報告は832件（前年度は819件）

4. レベル別報告件数

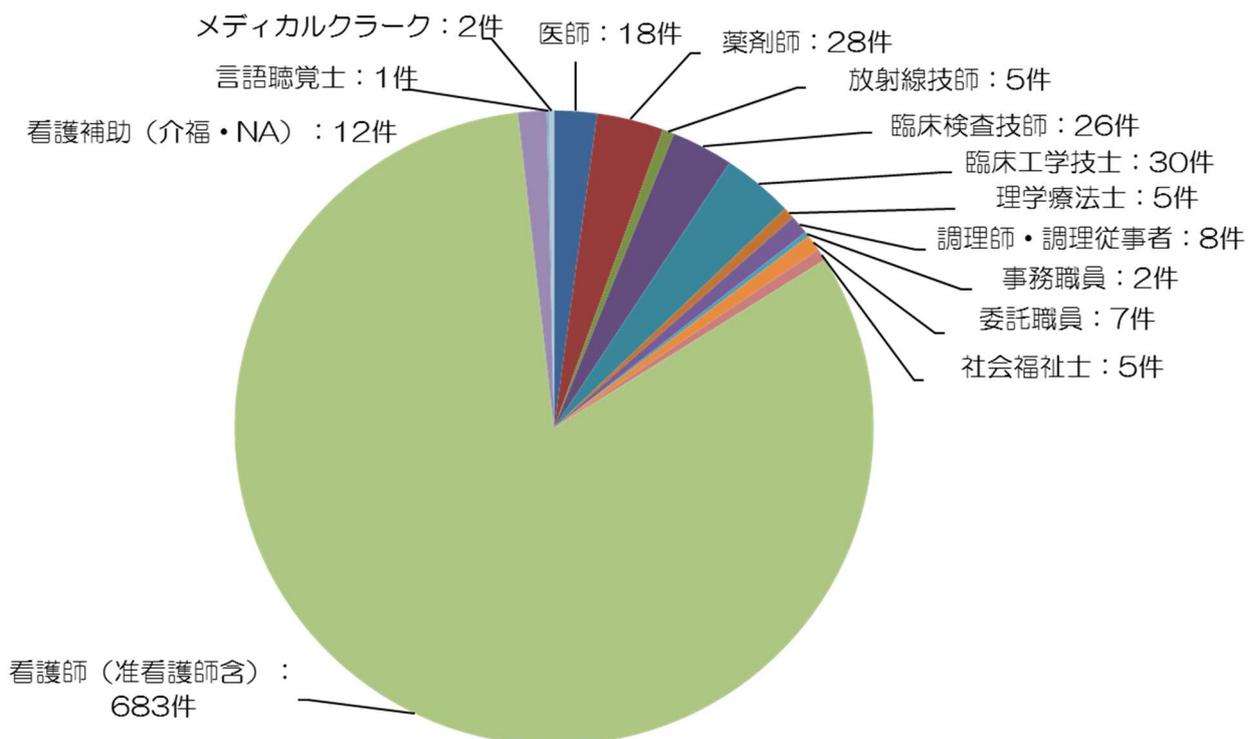


※レベル4、レベル5は報告なし

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：117件）

【検査】《患者確認に関する検査案内方法の誤り》

外来看護師がストレッチャーに乗った患者を心電図検査に連れてきてすぐに外来に戻った。検査技師が患者確認をしようとしたところ、氏名、生年月日が言えない患者で、周りにも患者の代わりに患者確認ができる人がいなかった。搬送を担当した看護師に確認し本人確認とした。

〈背景要因〉氏名、生年月日が言えない患者であると把握し、家族がいることも把握していたが付き添ってもらわなかった。

〈再発防止策〉氏名、生年月日が言えず患者確認を行えない患者については、必ず患者の代わりに本人確認が行える付き添い者と共に検査に案内する。

レベル1（報告件数：291件）

【療養上の世話】《配膳時の患者間違い》

同姓の患者 A、B が同じ病棟に入院していた。食事時の患者 B より「私の名前と違う」と指摘を受け、患者 A の名前の書かれた食札を渡された。確認すると患者 A の食事が2人分上がっており、患者 B の食札がないことが発覚。患者 B に謝罪し厨房へ報告。食事内容は全く同じであった。

〈背景要因〉名字のみを確認し思い込みで配膳した。

〈再発防止策〉配膳時の患者確認は、①食札と病室入口の氏名、②食札とベッドネーム、③フルネームで患者に名乗って貰うか、名乗れない場合はリストバンドで確認することを遵守する。

【輸血】《血液製剤払い出し後の室温放置》

検査室にて輸血施行時の経過観察表を見直していたところ、血液製剤払い出し時間が「11時53分」であるが、輸血投与前の時間が「14時07分」であることに気付く。輸血施行者に確認する

と「血液製剤が冷たかった為室温に放置した」と返答あり。

〈背景要因〉血液製剤について室温に放置してはいけないことを知らなかった。

〈再発防止策〉血液製剤受領後は速やかに使用することについて周知した。また、血液製剤の取り扱いについて文書を用いて関連部署に周知した。

レベル2（報告件数：368件）

【転倒・転落】《ベッドからの転落》

痙攣発作にて入院。声が聞こえ訪室するとベッドの左側に横たわっていた。左前頭部に発赤、腫脹あり。当直医へ報告。経過観察となった。

〈背景要因〉指示した動作はできないが、入院時に危険行動は無く安全対策は実施されていなかった。

〈再発防止策〉衝撃吸収マット（*₁）を設置し、転倒むし（*₂）の使用を開始した。また、頭部外傷がある場合には院内ルールに則り頭部CT撮影を行うことを指導した。

*₁ 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

*₂ 転倒むし：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）

【治療・処置】《血圧コントロール中の血圧低下の見落とし》

ノルアドレナリン（血圧上昇剤）にて血圧コントロール中。血圧安定し一旦中止となっていた。その後収縮期血圧80mmHg～90mmHgとなったが「収縮期血圧100mmHg以下でノルアドレナリン投与」の指示を見落とし対応が遅延した。ノルアドレナリン再開後、収縮期血圧100mmHg～150mmHg台にて経過。

〈背景要因〉ベッドサイドモニターのアラーム設定を行っておらず、アラームが鳴動しなかった。また、血圧指示の確認が不十分であった。

〈再発防止策〉ベッドサイドモニター使用開始時にはアラーム設定状況を確認する。また、血圧管理の必要性を理解し、必ず指示の確認、把握をするよう指導した。

【薬剤】《看護補助者による皮膚科用薬誤点眼》

患者から目薬を差してほしいと頼まれ、患者が指した所にあった薬を取り患者に点眼した。直後に痛みを訴えたため確認すると点眼薬ではなく皮膚外用合成副腎皮質ホルモン剤であった。看護師から当直医師に報告、流水で目を十分洗うよう指示を受け実施した。

〈背景要因〉患者に与薬行為を依頼された際、看護補助者の業務範囲を考慮せず自己判断で投薬してしまった。

〈再発防止策〉患者に与薬行為を依頼された場合、必ず看護師に報告し対応を依頼する。

レベル3a（報告件数：52件）

【療養上の世話】《非侵襲的人工呼吸療法マスクによる医療関連機器圧迫創傷》

7/10より非侵襲的人工呼吸器装着中の患者。7/11マスクを外すとマスク接触部位にMDRPU（医療関連機器圧迫創傷）が生じていた。

〈背景要因〉予防的に皮膚保護剤は貼付されていたが酸素の漏れが多く、マスクフィッティングに難渋しており、漏れをなくすためにマスクの鼻部に強く圧が加わっていた。

〈再発防止策〉漏れの程度に応じマスクの選択、調整を行う。また、MDRPUを生じ易い部位の保護を十分行い定期的な観察を実施する。

レベル 3b (報告件数: 4 件)

【転倒・転落】

《歩行時に転倒①》

理学療法士による見守りで廊下歩行中に床につまずいて転倒。患者を受け止めることができず、左膝関節と頭部を打撲。左膝関節レントゲン、頭部 CT 検査を実施したが異常なし。鎮痛薬を処方され数日後退院となった。退院翌日膝の痛みが改善せず来院。膝関節 CT にて左膝蓋骨骨折が判明。保存的加療で再入院となった。

〈背景要因〉杖なし歩行が安定しつつあり、転倒するかもしれないという意識が不十分であった。

また、転倒時に患者の身体を受け止めることができる体勢や距離を確保していなかった。

〈再発防止策〉見守り歩行では常に転倒する可能性があることを念頭に置きリハビリを行う。また、身体を受け止めることができるよう腋窩や腰などに手を構え歩行を見守ることを周知した。

《歩行時に転倒②》

12/26 レシカルボン坐薬使用。その後音がしたため確認すると廊下に座り込んでいた。便意切迫により靴をしっかりと履かずに走ったとのこと。左肘、左側頭部に打撲あり CT 撮影。左肘頭骨折の診断あり 12/27 手術となった。

〈背景要因〉坐薬挿入後に便意が切迫することを予測した対策が取れていなかった。

〈再発防止策〉坐薬挿入後は便意が切迫することを予測しポータブルトイレを設置するなどの対策を講じる。

【治療・処置】

《内視鏡的乳頭切開術後の腸管穿孔》

総胆管結石で入院。5/18 内視鏡的乳頭切開術 (*₃) 施行後のバルーンカテーテル使用時に腸管穿孔が疑われ穿孔部クリッピング、内視鏡的経鼻胆管ドレナージ、ステント留置。処置終了後の CT 検査にて腸管穿孔の所見あり。ロングチューブ (*₄) 留置となった。5/26 ロングチューブ除去され、6/1 退院となった。

〈背景要因〉内視鏡的乳頭切開が不十分であった事とバルーンカテーテル使用時のバルーンが大きすぎたために強引な採石となった可能性があった。

〈再発防止策〉バルーン量の調整は慎重に行い、またバルーンだけでなくバスケットを使用するなど、状況に合った医療機器を選択する。

*₃ 乳頭切開術部位：胆管と膵管が十二指腸につながる部位

*₄ ロングチューブ：腸内容物を間欠的に吸引除去するためのもの

《膀胱留置カテーテル挿入時の尿道損傷》

脊椎損傷で下半身麻痺のある男性患者。看護師で挿入困難であったため、救急日当直医師が対応。尿の排泄を確認後カフ水注入。その後尿量は確保され肉眼的血尿なし。2 日後熱源精査のための CT 撮影で尿道内でバルーンが膨らんでいることが発覚。泌尿器科受診となった。

〈背景要因〉カテーテルの根元までは抵抗があり入りきらなかったが、途中から尿流出があり膀胱内に達していると考えカフ水を注入した。また、患者は脊髄損傷により尿道内の固定水拡張による痛みを感じることはできなかった。

〈再発防止策〉

膀胱留置カテーテル挿入時には男性であれば 15~20 cm 挿入後尿の流出を確認したのち、カテーテル先端がまだ尿道内にある可能性があることを考慮し、さらに 2~3 cm 挿入することを遵守する。