

一 括 公 表

平成24年度下期

| 区 分 | 23年度 10～3月 | 24年度 4～9月 | 24年度 10～3月 | 備 考（平成24年度下期における主な事例） | |
|--|---|--------------|---------------|--|---|
| ヒヤリ・ハット（インシデント） | レベル0 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">事故が起こり そうな環境に 前もって気づ いた事例</div> | 254 | 291 | 238 | <ul style="list-style-type: none"> ・同姓の別の患者に配膳したが、食前に気づいた。 ・違う薬剤が準備されていたことに気づいた。 ・採血検査時の患者確認で、別の患者であることに気づいた。 ・透析器械の設定の入力間違いに確認作業で気づいた。 ・作業療法手芸を実施後、針の刺さった布巾の置き忘れに気づいた。 ・薬の用量変更の指示が伝達されず、一部の薬が処方されていないことに気づいた。 ・手術前の飲水可能時間指示の間違いに気づいた。 |
| | レベル1 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">患者への実害 がなかった事 例</div> | 370 | 509 | 510 | <ul style="list-style-type: none"> ・期限切れの吸入薬剤を使用したことに気づいた。 ・透析の接続回路の間違いに開始直後に気づいた。 ・配薬したが、服薬の確認をしなかったため、遅れて投薬となった。 ・絶食指示の説明を忘れ、検査の開始時間が遅れた。 ・注射指示を見落とし、点滴実施時間が遅れた。 ・経管栄養の接続を止めたまま、注入されており、遅れて注入した。 ・内服薬の回数を変更したことに気づかず遅れて投薬した。 |
| | 合計 | 624 | 800 | 748 | |
| 医療事故（アクシデント） | レベル2 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">処置や治療を 要しなかった 又は簡単な処 置を要した事 例</div> | 705 | 684 | 628 | <ul style="list-style-type: none"> ・夜のみ投薬を朝と夜に投薬し、重複投薬となった。 ・点滴の接続を止めたまま、薬剤が投与されていなかった。 ・採血終了直後に試験管が1本残っていることに気づき、再度採血した。 ・透析除水量の計算を間違えて実施した。 ・輸液が血管外に漏れ、点滴部位の腫脹が生じた。 ・別患者に配薬して誤投薬となった。 ・指示を見誤り、倍量の薬液で浣腸を実施した。 |
| | レベル3 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">濃厚な処置や治療を 要した事例</div> | | | | <p>（過誤なし）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・トイレで急に意識がなくなると同時に直立のまま転倒し、後頭部を強打し、急性硬膜下血腫を生じた。 ・スリッパを履こうとして転倒し、右大腿骨転子部骨折で手術した。 ・ベッドから立とうとしてふらつき、臀部から転倒し、右大腿骨頸部骨折で手術した。 |
| | 計 | 8 | 6 | 4 | |
| | 過誤なし | 5 | 4 | 3 | |
| | 過誤あり | 3 | 2 | 1 | <p>（過誤あり）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・別紙「概要公表」のとおり |
| レベル4 a <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">永続的な障害や後遺症 （機能障害や美容上の 問題を伴わない）</div> | | | | | |
| 計 | 0 | 0 | 0 | | |
| 過誤なし | 0 | 0 | 0 | | |
| 過誤あり | 0 | 0 | 0 | | |
| レベル4 b <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">永続的な障害や後遺症 （機能障害や美容上の 問題を伴う）</div> | | | | <p>（過誤なし）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大量の食物を一気に口に入れたため、呼吸が停止し、蘇生後自立歩行が困難となった。 ・自殺未遂により、昏睡状態となった。 | |
| 計 | 0 | 1 | 2 | | |
| 過誤なし | 0 | 1 | 2 | | |
| 過誤あり | 0 | 0 | 0 | | |
| レベル5 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">死亡（原疾患の自然経 過によるものを除く）</div> | | | | <p>（過誤なし）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自殺1件 ※ 本件事故についてはご家族の同意が得られなかったため、個別公表を行わない。 | |
| 計 | 0 | 1 | 1 | | |
| 過誤なし | 0 | 1 | 1 | | |
| 過誤あり | 0 | 0 | 0 | | |
| 合計 | 713 | 692 | 635 | | |
| 総 計 | 1,337 | 1,492 | 1,383 | | |

| |
|---------|
| 概 要 公 表 |
|---------|

| 区分 | 概 要 | 原 因 | 改善・対応策 |
|------------------|--|--|---|
| レ ベ ル 3 | 胃管(経管栄養チューブ)挿入が困難であったため、硬性を保つためにワイヤーを使用したところ胃穿孔となった。 | 取扱説明書にワイヤーを使用して挿入することは禁忌・禁止事項とされていたが、院内での認識がなく、周知されていなかった。 | <ul style="list-style-type: none"> ・挿入困難時は硬性を保つことのできる胃管を使用する。 ・上記対応をしても挿入困難なときは専門医にコンサルトする。 ・医療材料等の使用は取扱説明書の記載事項を厳守する。 |