

一 括 公 表

平成23年度上期

区 分	22年度 4～9月	22年度 10～3月	23年度 4～9月	備 考 (平成23年度上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 事故が起こり そうな環境に 前もって気づ いた事例	381	327	346	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剂量を間違えて準備したが、事前に気づいた。</li> <li>・点滴ボトルに別の患者名のシールが貼ってあることに事前に気づいた。</li> <li>・ダブルチェックにより薬の準備をしていなかったことに事前に気づいた。</li> <li>・起床時薬の中に朝食後薬が混ざっていることに配薬時に気づいた。</li> <li>・ダブルチェックにより検査項目の間違いに事前に気づいた。</li> <li>・視力検査の結果が前回との比較により左右の記載間違いに気づいた。</li> <li>・ダブルチェックにより透析器械の気泡警報のセット忘れを事前に気づいた。</li> <li>・食事に異物が混入しているのを発見した。</li> </ul>
	レベル1 患者への実害 がなかった事 例	607	531	461	<ul style="list-style-type: none"> <li>・内服薬の量を間違えて少なく投与した。</li> <li>・与薬の準備はしていたが、与薬時間が遅れた。</li> <li>・朝と夜の薬を間違えて投与した。</li> <li>・絶食で検査を行う患者に食事を与えたため、検査が延期になった。</li> <li>・経管栄養の注入速度が指示通りの速度で行われなかった。</li> <li>・酸素チューブの接続部が緩んでいるのを患者の呼吸状態の変化で気づいた。</li> <li>・透析回路の血液の逆流により接続の間違いに気づいた。</li> <li>・手術予定の患者の前処置が未実施だったため、手術が延期になった。</li> </ul>
	合計	988	858	807	
医療事故 (アクシデント)	レベル2 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	829	712	800	<ul style="list-style-type: none"> <li>・点滴量を間違えて投与した。</li> <li>・入院中の透析患者の内服薬を病棟と透析室で二重に投与した。</li> <li>・別の患者にCT検査を実施した (同姓同名)。</li> <li>・検査後の安静時間を間違えて、2時間早く歩かせた。</li> <li>・アレルギー食の患者の食事介助中に普通食であることに気づき、中止した。</li> <li>・気管カニューレの固定ひもの交換中に体動でカニューレが抜けてしまった (再挿入)。</li> <li>・全身状態不良の寝たきり患者の後頭部に褥瘡が発生した。</li> </ul>
	レベル3 濃厚な処置や治療を 要した事例				<ul style="list-style-type: none"> <li>・経皮的腎ろうカテーテルが抜けていた (再挿入)。</li> <li>・輸液が血管外に漏れたため点滴部位の腫脹や水泡形成により、入院期間が延長となった。</li> <li>・歩行時にふらつき、テーブルに手をついたところ、テーブルごと転倒した (右上腕骨近位骨折で手術、右肩脱臼で整復)。</li> </ul>
	計	3	2	4	・別紙「概要公表」のとおり
	過誤なし	3	1	3	
	過誤あり	0	1	1	
レベル4 a 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)					
計	0	0	0		
過誤なし	0	0	0		
過誤あり	0	0	0		
レベル4 b 永続的な障害や後遺症 (機能障害や美容上の 問題を伴う)					
計	1	0	0		
過誤なし	1	0	0		
過誤あり	0	0	0		
レベル5 死亡 (原疾患の自然経 過によるものを除く)				<ul style="list-style-type: none"> <li>・死亡1件</li> <li>※ 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。</li> </ul>	
計	1	0	1		
過誤なし	1	0	1		
過誤あり	0	0	0		
合計	834	714	805		
総 計	1,822	1,572	1,612		

※ 平成22年度分は上・下期とも旧道立紋別病院分を含む

【平成23年度上期】

概 要 公 表

区分	概 要	原 因	改善・対応策
レ ベ ル 3	<p>血圧低下や呼吸困難な状態にある患者に対して、胸部レントゲン撮影の指示があった。</p> <p>患者は呼吸困難があったため、ベッドを70度起こして経過しており、その体位で撮影することとし、看護師と放射線技師の2名で背部にフィルム板を挿入した。看護師はそのまま撮影すると思い、その場を離れた。</p> <p>その間に、放射線技師は前回撮影時坐位の指示があったため、ベッドを90度まで起こしたところ、血圧が更に低下し、ショック状態に陥り、昇圧剤を増量投与し、約3時間後に回復した。</p>	<p>①重症患者の検査は、医師または看護師の付き添いのもとで行うが、放射線技師単独で行った。</p> <p>②患者の病態について放射線技師に情報を提供していなかった。</p>	<p>①重症患者の検査は医師または看護師の付き添いのもと行うことを徹底する。</p> <p>②検査時、患者の病態について医療スタッフ間で情報を共有する。</p>