

一 括 公 表

平成21年度上期

区 分		19年度	20年度	21年度 4-9月	平成21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	件 1,229	件 1,097	件 604	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検査のための食止めを忘れたが配膳時に気づいた。</li> <li>・点滴に混注する薬剤量の間違いを確認作業で気づいた。</li> <li>・冷所保管薬を冷蔵庫に保管するのを忘れた。</li> <li>・処方箋の処方日数と調剤した日数の違いに気づいた。</li> <li>・処方箋の薬剤名の間違いに気づいた。</li> <li>・食事箋に禁忌食材の記載がないことに気づいた。</li> <li>・類似薬品を間違っ払い出したが、確認作業で気づいた。</li> <li>・注射指示伝票の患者名が人違いであることに気づいた。</li> </ul>
	レベル1 患者への実害がなかった事例	2,763	2,640	1,343	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同じ内服薬が他診療科でも処方されていたため、重複処方となっていた。</li> <li>・輸液ポンプ誤操作で、点滴が開始されていなかった。</li> <li>・退院時に処方薬を渡し忘れた。</li> <li>・患者を間違えてレントゲン撮影をした。</li> <li>・食事内容の変更指示を見落とした。</li> <li>・検査のための食止めの説明が不十分で食事を摂取したため、検査が翌日になった。</li> <li>・自己注射をしている患者に、注射量の指示変更を伝えなかった。</li> <li>・採血検査の日時を間違えた。</li> </ul>
	計	3,992	3,737	1,947	

区 分		19年度	20年度	21年度 4-9月	平成21年度上期における主な事例
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や治療を要した事例	件 273	件 351	件 131	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ワックス清掃中、廊下で足を滑らせた。(湿布貼用)</li> <li>・レントゲン撮影後、撮影台からレントゲン室の入口に置いてある車椅子までの歩行中に転倒した。(頭部打撲、CT結果異常なし)</li> <li>・トイレで滑って転倒した。(右肘擦過傷、背部打撲)</li> <li>・長時間の手術後、耳介に発赤ができた。</li> <li>・中心静脈カテーテルを自己抜去した。</li> <li>・胃ろうチューブを自己抜去した。(再挿入)</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>・離床センサーマットのコールで訪室すると、床に転倒していた。(左上眼瞼切創、左大腿部骨折)1件</li> <li>・(右大腿骨頸部骨折、右上腕骨遠位端骨折)1件</li> <li>・患者の声で訪室すると、室内トイレ手前で転倒していた。(大腿骨骨折)</li> </ul>
	過誤なし	21	18	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟の窓から飛び降りた。(腰椎破裂骨折、両かかと骨折)</li> <li>・ベッドから転落し頭部を打撲した。直後のレントゲン撮影では異常はなかったが、2週間後のレントゲン撮影で骨折線を認めた。(左頭蓋骨骨折)</li> <li>・長時間の手術後、側頭部の一部に皮膚損傷が見られた。</li> <li>・右上腕に発赤腫脹がありレントゲン撮影すると、骨折を認めた。(右上腕骨骨折・弾力包帯固定)</li> </ul>
	過誤あり	4	4	1	・別紙「概要公表」のとおり
	レベル4a 永続的な障害や後遺症(機能障害や美容上の問題は伴わない)				
	過誤なし	0	0	0	
	過誤あり	0	0	0	
	レベル4b 永続的な障害や後遺症(機能障害や美容上の問題を伴う)				
	過誤なし	1	1	0	
	過誤あり	1	1	0	
レベル5 死亡(原疾患の自然経過によるものを除く)	2	2	0		
計	302	377	139		

【平成21年度上期】

概要公表

平成21年度上期（4月～9月）においてレベル3の医療過誤は1件発生した。

	概要	原因	改善・対応策
レベ ル 3	<p>（事故の内容） 経肛門的直腸ポリープ・ 粘膜切除術を行った際に、 術者はガーゼ1枚の不足の 報告を受けたが、ガーゼ残 存の確認を十分行わないま ま、手術を終了した。</p> <p>（措置） 患者の帰室後、手術室の 看護師は再度、術者にガー ゼ枚数が不足していたこと を伝えた。それを受けレン トゲン撮影を行った結果、 体内にガーゼ残存が確認さ れたため、翌日、開創手術 を行い、ガーゼを除去した。</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>・術者はガーゼ不足の報告を受けたが、手術創部が狭くガーゼが入り込むスペースがないことから、ガーゼの残存はないと思い込んだこと。</li><li>・手術時間が予定より長くかかり、出血量が多く患者への侵襲が大きくなったため早く手術を終了したいと思ったこと。</li><li>・手術室でのレントゲン撮影でガーゼ残存の確認を怠ったこと。</li></ul>	<p>緊急協議会議において、関係者から事実の確認及び検証を行い、担当部長から術者に対して嚴重注意し、ガーゼ残存の確認について周知徹底を図るよう指導した。</p> <p>（ ）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・手術終了前に、ガーゼの枚数が合わないときは、術者は手術創部内のガーゼ残存の有無を再度確認する。</li><li>・再度確認してもガーゼが不明の場合には、必ず手術終了前に、レントゲン撮影を行う。</li></ul>