

# 一 括 公 表

平成 20 年度

区 分		18年度	19年度	20年度 4-9月	20年度 10-3月	備 考 (平成20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	件 718	件 1,229	件 657	件 440	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者が病室から廊下に這って出てきたところを発見した。</li> <li>・患者が自分の部屋がわからなくなり、他病室に入っているのを発見した。</li> <li>・車椅子に浅く座り転落しかけたが、看護師が支えたため、転落しなかった。</li> <li>・貼付剤が交換されていないことに気づいた。</li> <li>・夕薬投与前、声出し確認中に昼薬であることに気づいた。</li> <li>・処方薬と指示簿の照合で薬量間違いに気づいた。</li> <li>・点滴ボトルに別患者の名前シールが貼ってあったが実施前に気づいた。</li> <li>・処方箋の薬剤名記載誤りを処方前に気づいた。</li> <li>・処方薬量を間違えて処方したが、受理点検作業で気づいた。</li> <li>・準備された時間内服薬を再確認すると、不足薬があるのに気づいた。</li> </ul>
	レベル1	2,466	2,763	1,482	1,158	<ul style="list-style-type: none"> <li>・シートベルトを着用して車椅子に乗っていたが、自力で外し立ち上がり椅子ごと転倒した。</li> <li>・排尿時、寝衣が膝に絡まり滑って転倒した。</li> <li>・検査指示がないのに、血糖測定を実施した。</li> <li>・持続点滴において、3種類の輸液の順番を間違え実施した。</li> <li>・指示の部位を間違えてレントゲン撮影し、再撮影した。</li> <li>・点滴滴下数の設定を間違えた。</li> <li>・立ち上がる際、足元がふらつき尻もちをついた。</li> <li>・中心静脈カテーテルを自己抜去した。</li> <li>・末梢点滴チューブの接続部はずれ、血液が逆流した。</li> </ul>
	計	3,184	3,992	2,139	1,598	

区 分		18年度	19年度	20年度 4-9月	20年度 10-3月	備 考 (平成20年度下期における主な事例)
医療事故 (アクシデント)	レベル2	件 309	件 273	件 200	件 151	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食前薬を重複して与薬した。</li> <li>・トイレで排泄後、前かがみとなり点滴台に顔面をぶつけた。(異常なし)</li> <li>・トイレで排泄介助し、終了後に呼ぶよう説明したが、自力で立ち上がり転倒した。(異常なし)</li> <li>・絆創膏固定が緩み穿刺針が抜けて出血した。</li> <li>・吸入中にガラス製のネブライザーを歯で咬み破損した。(下口唇を2針縫合)</li> <li>・階段で転倒し膝をついた。(表皮はく離)</li> <li>・歩行中、廊下で滑って転倒し前額部を打撲した。(前額部腫脹)</li> <li>・胸腔内ドレーンチューブが抜けているのを発見した。</li> <li>・人工呼吸器回路の接続が不完全であることを発見した。</li> <li>・異物を食べようとして喉につまらせ、チアノーゼが出現しているのを発見した。</li> </ul>
	レベル3 過誤無し	17	21	8	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ポータブルトイレに座ろうとした時、転倒した。(胸椎圧迫骨折)</li> <li>・入院患者が痛みを訴えたため検査したところ、骨折を確認した。(肋骨骨折)</li> <li>・危険行動があるため、ベッドサイドで見守り、入眠を確認して側を離れたが、5分後に訪室すると転倒していた。(頭蓋内出血)</li> <li>・低床ベッドを使用していた患者が、訪室時、床に仰向けで倒れていた。(脳内出血)</li> <li>・物音がしたため、確認に向かったところ、患者がトイレ前で転倒していた。(左大腿骨頸部骨折)</li> </ul>
	レベル3 過誤有り	1	4	4	0	
	レベル4a	0	0	0	0	
	レベル4b 過誤無し	0	1	1	0	
	レベル4 過誤あり	0	1	0	1	・別紙「個別公表」のとおり
	レベル5	4	2	1	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
計	331	302	214	163		

個別公表

1 事故の概要

道立北見病院の手術室において、体温低下を防止するための機器を患者様の下肢の保温のために使用したところ、本体（温風送風機）の送風管とブランケット（温風を受け入れる器具）の接続方法等が不適切であったため、温風が直接患者様の両下肢に当たり低温熱傷をおこした。

(1) 事故発生日時 平成21年1月14日（水）午後5時頃

(2) 医療機関名 道立北見病院

(3) 患者の性別 男性 年齢 80歳代

(4) 事故発生の状況

腹部大動脈瘤手術の終了間際、足元の器械台を取り外した時に、覆布が通常より熱いことを感じて下肢を観察すると、両足の皮膚の剥離や変色を発見した。温風送風機の送風管とブランケット（温風を受け入れる器具）の接続部分がずれており、直接温風が患者様の下肢に当たり両下肢足底部から太ももの内側にかけて低温熱傷をおこしていた。

(5) 医療上の処置

両下肢の皮膚の剥離部分に抗生物質入りの軟膏を塗布し、両下肢足底部から両大腿部にかけてクーリング（冷却）処置を行った。翌日、市内医療機関から形成外科医の往診を受けていたが、専門的治療を要するため、1月20日札幌市内の医療機関へ転院となった。検査の結果、両下肢の損傷が大きく、1月23日両下肢切断術（両大腿部中程）が施術された。

(6) 事故発生の原因

下肢保温のためのブランケットの使用にあたり、次のとおり注意・確認を怠ったことによる。

- ・ ブランケットは、本来一回限りの使用が原則であるが、これまで破損がなかったものは再利用しており、今回は、同一のブランケットを三回使用していたこと。
- ・ 温風送風管を受け入れるブランケットの受入口に破損を認めたものの、始動させるとブランケットが膨らんだためそのまま使用したこと。
- ・ 腹部の手術のため、両下肢の上のブランケットの上に滅菌覆布がかかり、また、その上部に器械台を設置したとはいえ、ブランケットの接続状況の確認や下肢の観察を怠ったこと。

2 発生後の事故防止対策

ブランケット等医療材料の使用にあたり、次の事故防止対策を講じた。

- ・ 単回使用の医療材料の再利用を禁止した。
- ・ 術中の体温調整の管理については、機器の作動状況や温度等を確認するなど安全管理の方法を再確認し、関係職員に周知徹底した。
- ・ ブランケット（温風を受け入れる器具）を始めとして、全ての機器及び医療材料の取扱説明書の確認と理解について、再度関係職員に徹底した。
- ・ 術中にかかわらず、身体に直接電気や熱が加わる機器の使用にあたっては、安全確認を行うことを徹底した。

機器及び医療材料の取扱いについては、今後も引き続き、職員のリスク感性を高め、医療安全対策の強化につながるよう学習会等を実施していくこととしている。