

一 括 公 表

平成20年度

区 分		19年度 4-9月	19年度 10-3月	20年度 4-9月	備 考 (平成20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	618	611	657	<ul style="list-style-type: none"> ・夕食後薬の薬袋に、朝食後薬が入っていた。 ・不眠時の薬の指示において、医師指示簿の記載と処方箋の内容が異なっていた。 ・定期薬が臨時薬の保管場所に入っていた。 ・検査のための食止めを忘れたが、配膳する看護師が気づき、検査ができた。 ・禁忌食物のある患者の食事に禁忌食物が入っているのを配膳前に気づいた。 ・歩行中バランスを崩したが、看護師が支えたため転倒しなかった。 ・輸液を間違えて準備していたが、施行前に気づいた。 ・転落防止のためのベッド柵を上げ忘れたが、看護師が気づいた。 ・処方箋の内容と調剤が異なっていた。 ・検査方法の変更の申し送りを忘れたが、検査前処置の確認で変更を知った。
	レベル1	1,374	1,389	1,482	<ul style="list-style-type: none"> ・食前薬を食後に服用した。 ・処方内容と薬袋記載が異なっていた。 ・点滴速度の調節を忘れた。 ・胃ろうチューブのカフ圧が低下し、自然抜去した。 ・名前の聞き違いで採血する患者を間違えた。 ・採血項目の確認不足で、再度採血を行った。 ・器械のアラーム音の再開スイッチを入れ忘れた。 ・説明した方法の蓄尿ができなかった。 ・飲水禁止の患者に、水分を飲ませた。 ・階段の段差につまずき、両膝を打った。(外傷なし)
	計	1,992	2,000	2,139	

区 分		19年度 4-9月	19年度 10-3月	20年度 4-9月	備 考 (平成20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	140	133	200	<ul style="list-style-type: none"> ・気管内チューブの固定が不十分だったため、自然抜去した。(再挿管) ・胃ろうチューブ挿入術後、体動により自己抜去した。(再挿入) ・車椅子からベッドに移動する時、車椅子が倒れ、ベッドに後頭部を打撲した。(異常なし) ・患者が病室の床に転倒していた。離床センサーのスイッチがオフになっていた。(異常なし) ・長時間の手術にあたり褥創予防をしていたが、両膝に発赤ができていた。 ・体内薬液注入器の誤操作のため、薬液が注入されていなかった。 ・配合禁忌薬剤を混注したことにより点滴ルート内が閉塞した。
	レベル3 過誤無し	10	11	8	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間にトイレから病室に戻り、杖代わりに使用していた点滴台がカーテンに引っかかり、病室で転倒した。(胸椎圧迫骨折) ・洗面終了時に呼ぶように説明していたが、数分離れている間に一人で歩行器に移ろうとして転倒した。(左大腿骨転子間骨折) ・歩行時はナースコールで呼ぶように説明していたが、一人で洗面所から病室に戻る姿を見かけた。訪室すると、ベッドサイドで転倒していた。(右大腿骨頸部外側骨折) ・同室の患者同士が病室で殴りあった。(左頬骨骨折)
	レベル3 過誤有り	1	3	4	・別紙「概要公表」のとおり
	レベル4a				
	レベル4b 過誤無し		1	1	・心臓カテーテル検査における穿刺手技中に血胸が発症し、緊急処置を施行したが、結果として脳障害が生じた。
	レベル4b 過誤有り		1		
レベル5		2	1	・死亡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	151	151	214		

概 要 公 表

平成20年4月から平成20年9月に確認されたレベル3以上の医療事故のうち、医療過誤に該当する事例

No.	区分	概 要	原 因	改 善・対 応 策
1	レベル3	・退院時に、退院時処方薬と患者から預かっていた持参薬を一緒に渡した。退院後、誤って両方の薬を内服して眩暈が悪化、食欲低下があり、定期受診の際、薬の倍量投与による影響が予測されたため、安静目的で入院となった。	・退院時に服薬に対する説明が不十分だったこと。 ・他院の持参薬管理手順が不十分だったこと。	・看護師、薬剤師による服薬指導の連携を強化するとともに、退院時に再度チェックリストを用いて確認する。 ・持参薬管理手順を追加修正し、周知徹底を図る。
2	レベル3	・看護師が付き添ってトイレからベッドのそばまで戻り、患者が杖代わりに使用していた点滴台を手放した。看護師は患者がベッドに移動しやすいように点滴台を動かした時、一瞬患者に背を向けて振り返ると、患者は足の力が抜けたように尻餅をついた。X線写真の結果、腰椎圧迫骨折と診断された。	・患者の日常生活行動の情報が共有されていなかったこと。 ・転倒歴があり、転倒リスクの高い患者に対する安全確保が不十分だったこと。	・患者の身体状況の適切な把握と情報の共有を図る。 ・介助の必要な患者は、転倒等の危険性が高いことを認識し、安全を確認するまで手を放さないようにする。
3	レベル3	・車椅子からベッドに移ろうと立ち上がった際、下肢が不安定になったためベッド柵につかまらせたが、バランスを崩し転倒した。翌日、大腿部の腫脹と疼痛があり、X線写真の結果、大腿部転子間骨折と診断された。	・患者の日常生活行動の情報が共有されていなかったこと。 ・車椅子移乗時における安全確保が不十分だったこと。	・患者の身体状況の適切な把握と情報の共有を図る。 ・介助の必要な患者は、転倒等の危険性が高いことを認識し、安全を確保できるようにそばを離れないようにする。
4	レベル3	・シャント手術後、X線写真で確認したところ、バルブが間違った方向に設置されていたため、再手術を施行した。	・新器材に不慣れだったこと。 ・術中及び術後における観察と確認を怠ったこと。	・新器材を導入する場合は、その取付操作等について十分熟知した上で、慎重に実施する。 ・診療、治療方針について担当科内での連携を強化するとともに、介助者とともに取付中及び取付直後の確認行為を実施する。