

平成 27 年度 名張市立病院 ヒヤリ・ハット及び医療事故の公表について

1. 公表の主旨

名張市立病院では、医療活動の透明性を高めることで、市民・患者等の知る権利に応え、るとともに、医療への信頼を獲得することを目的として、「名張市立病院医療事故防止マニュアル」に定める公表の基準に基づき、平成 27 年度の名張市立病院のヒヤリ・ハット及び医療事故を公表します。

2. 公表の内容及び方法

市立病院におけるヒヤリ・ハット、医療事故の発生件数、並びに主な事例の概要について、報道機関、ホームページを通じ公表します。

平成 28 年 12 月 14 日

名張市立病院 院長 伊藤 宏雄

平成 27 年度発生件数（平成 27 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日）

<ヒヤリ・ハット件数>

患者影響レベル		発生件数
レベル 0	間違いが発生したが、患者には実施されなかった。	361 (192)
レベル 1	間違いにより、患者への実害はなかったが、何らかの影響を与えた可能性があるか、観察の必要性が生じた。	548 (498)
合 計		909 (690)

() 内は前年度数値

<医療事故件数>

レベル 2	事故により、患者のバイタルサインに変化が生じたか、検査の必要性が生じた。	14 (30)
レベル 3	事故のため、治療の必要性が生じた場合や、必要でなかった治療が発生し、それにより入院日数が増加した。または事故により、軽度・中等度の障害が残った。	8 (2)
レベル 4	事故により、高度障害が残った。 生命の危機の可能性が生じた。	0 (0)
レベル 5	事故が原因で死亡に至った。	0 (0)
合 計		22 (32)

() 内は前年度数値

用語の定義

(1) ヒヤリ・ハット

ある医療行為が、患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合、あるいは患者には実施されたが、結果的に被害がなく、またその後の観察も不要であった場合、これを「ヒヤリ・ハット」と定義しています。(インシデント、ニアミスとも呼ばれる。)

(2) 医療事故

医療のすべての過程において発生し得る人身事故で、医療現場でアクシデントとも呼ばれ、以下の三つの事態を含みます。

- ① 患者に死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害あるいは苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合。
- ② 患者が廊下で転倒し負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しないが、患者に被害が加わった場合。
- ③ 患者についてだけでなく、注射針の誤刺のように、医療従事者に被害が生じた場合。

代表的事例と対応策

区分	概要（上段は事故内容、下段はその防止対策等）	
Ⅰ 361 件	内容	検査室にて、患者 A 氏の尿の検体と患者 B 氏の尿の検体を、互いの試験管に入れ間違えて検査を行ってしまった。診察をした医師が、検査結果から異常に気付いた。
	対策	尿カップに貼られたラベルと試験管のラベルの確認を徹底するよう指導し、試験管ラックにも受付番号を表記し、間違いが起これないように対策を講じた。
	内容	患者さまの転院先への紹介状に、誤って他の患者さまの心電図結果を添付してしまった。間違いに気づき、転送先の病院に電話連絡し心電図結果を FAX で送付した。
	対策	紹介状に検査結果等を同封する時には、医師と看護師間で確認し、受付の事務職員が封筒に入れる時にも必ず氏名の確認を行うよう徹底した。
Ⅱ 548 件	内容	無断で屋外の喫煙場所に出ていた入院患者さまが、玄関付近で膝をついてうずくまっているところを発見された。病棟に連絡し、看護師付添いのもと病室へ。診察の結果、異常はなかった。
	対策	患者さまの病状に応じた安静度（行動制限）の説明を入院時に行うことを徹底した。また、安静度の説明を「入院のしおり」に追加し、院内にも安静度の説明についての注意文書を掲示した。
	内容	点滴を行った小児入院患者さまに、輸液ポンプ（滴下速度調整）を装着する必要があったが、他の処置に気を取られてしまい、10分程経過したところで、装着を忘れていたことに気付いた。すでに患者さまには50ccの点滴が投与されていた。主治医に報告し、診察後、輸液ポンプを装着。点滴の滴下速度を医師の指示に合わせ、経過観察を行った。
	対策	小児科患者さまの入院時は、採血や尿検体の採取、他の処置等が集中する中で、点滴についても細心の注意が必要であり、こうした状況下では、医師、看護師の声掛けによる連携体制が必要であることの再教育と、点滴開始時には、患者名、薬剤名、投与量を声に出して必ず確認し、輸液ポンプを設定するよう指導した。
Ⅲ 14 件	内容	鼻腔から栄養チューブを挿入していた入院患者さまのチューブが30cm程抜けかけた状態となっていたところを訪室した看護師が発見する。 この患者さまは、入院中、チューブをいじる動作が見受けられたため、両手に防護具、右上肢に抑制帯を使用（左上肢に麻痺あり）していたが、栄養剤投与のためベッドを挙上した際に、抑制帯が緩み自己抜去されたと考えられる。栄養剤の投与を中止し、主治医に報告。抜けかけていた栄養チューブを再挿入する処置を行った。
	対策	栄養剤を注入する際にベッドを約30度挙上するが、抑制帯を使用している患者さまのベッドを挙上すると抑制帯に弛みが生じ、ベッドを挙上した位置で抑制帯の緩みがないことの確認と再固定、訪室による定期的な観察の実施について、看護師に再教育を行った。
	内容	認知症がある患者さまで、ベッド柵を乗り越えようとする危険行動がみられたため、ナースステーションに近い部屋に移し見守りを行っていた。夜間にドスンという音が聞こえたため訪室すると、ベッドの折り畳み柵が畳まれた状態になっており、患者さまが床に倒れていた。意識はクリアであったが、体の左側を打撲したと訴えがある。当直医に連絡し、レントゲン撮影を実施したところ、異常はなかった。
	対策	ベッド柵や見守りでは危険回避できない可能性のある患者さまには、家族さまへ説明し、同意の上で体幹抑制を実施すること。また、安定剤使用の検討を早期に行うことを医師・看護師に依頼した。
Ⅳ 8 件	内容	（80代男性、憩室出血で入院中） 消灯時に睡眠剤を内服していた患者さま。24時の訪室では傾眠状態で尿失禁されていたので、シーツや寝衣を交換。2時20分の訪室ではよく眠っておられた。2時50分、病室近くを通ると、病室入口付近で倒れていた。患者さまの意識は鮮明であったが、頭部に皮下血腫と右腕に表皮剝離を認めた。直ちに当直医の診察を受け、翌朝、頭部CT・右股関節のレントゲン検査を実施。頭部CTでは異常は認められなかったが、レントゲンで右恥骨骨折を認めた。
	対策	投与後、傾眠状態で失禁されていたことから、患者さまには睡眠薬が効きすぎていたことが考えられる。睡眠剤の投与が必要な場合、家族や在宅主治医から睡眠薬の既往情報を収集し、薬剤の選択を行うことや、訪室による観察強化、家族への協力依頼等の対策を事前検討するとともに、患者さまの夜間の排尿パターンに合わせた適時誘導を行うよう周知徹底した。
	内容	（80代男性、尿閉で膀胱留置カテーテル留置、発熱で入院中） 認知症がある患者さまで、ベッド横に設置してあったコイルマット（負荷がかかるとコイルされる）が鳴り訪室すると、患者さまはカテーテルを抜去された状態でベッド横に起立されていた。排尿時の痛みと血尿があるとのことで、当直医に連絡する。CT・エコー検査で膀胱内の残留物がないことを確認。カテーテル挿入を試みるが尿道損傷のため困難な状況にあり、泌尿器科医師のいる病院へ搬送。無事再挿入が行われた。
	対策	入院後の環境の変化に対応できず、せん妄状態になる高齢患者さまも多く、認知症もあり自己抜去の危険性があった。事前にご家族さまに付き添ってもらえるよう協力を得ることや、患者さまにも安静度の内容を繰り返し丁寧に説明することで、出来るだけご本人にもご理解いただくよう、病棟看護師に指導した。