

# 平成 28 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 28 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 29 年 12 月 13 日

名張市立病院 院長 伊藤 宏雄

### 平成 28 年度発生件数（平成 28 年 4 月 1 日～平成 29 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。	388 (361)
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。	516 (548)
合 計		904 (909)

( ) 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。	34 (14)
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。	12 (8)
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		46 (22)

( ) 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）	
バブル0 388件	内容	《患者誤認》 検査技師が病理検査システムに患者氏名を誤って入力し、作成した検査報告書を電子カルテに反映してしまった。入力した検査技師が報告書を見直した際に気づき、診察前に訂正した。
	対策	システム入力時には指差し確認を行うとともに、別の技師による検査報告書の再点検を行うよう指導した。
	内容	《誤薬》 薬剤師が電子カルテの体重情報に基づき、入院患者さまの抗菌薬の用量設定を行おうとしたところ、体重測定の日付が2カ月前になっていることに気付いた。病棟看護師に体重測定を依頼し、現在の体重に見合った用量の抗菌薬を投与した。
	対策	入院時の体重測定については早期（原則入院当日）に実施し、直ちに電子カルテに反映させるよう病棟看護師に周知した。
バブル1 516件	内容	《その他》リハビリ室内に立てかけてあった折りたたみ式交互式歩行器が、歩行中の患者さまに倒れかかり、治療中の下肢を打撲された。理学療法士が患部を観察したところ、痛みはあるものの、熱感・腫脹はなく、歩行は可能であった。患者さまにアイシングを勧めたが、「大丈夫」との返答だったため、この日は経過を見ていただき、次のリハビリ時に再度確認したところ、異常は見られなかった。
	対策	用具の片づけが徹底されていなかったことが原因であるため、使用した用具は、使用した職員（片づけ不備に気付いた職員）が速やかに所定の位置に片づけることを周知徹底した。
	内容	《給食関連》病室で患者さまが夕食を食べられた際、主菜（野菜炒め）にビニール片（2cm×4cm）が混入しており、患者さまから病棟看護師に訴えがあった。
	対策	原因の特定はできなかったが、仕込量を記載した用紙を貼るために使用したセロテープが混入した可能性が高く、調理現場でのセロテープの使用を禁止した。
バブル2 34件	内容	（70代男性、慢性閉塞性肺疾患の増悪で入院中） 《転倒・転落》 認知症がある患者さまのため、ベッドの位置調整やセンサーマット（負荷が掛かるとコールされる）の使用等で転倒予防対策を実施していたところ、センサーマットが鳴ったため、看護師が駆けつけると、患者さまが転倒されていた。頭部を打撲したとの訴えがあり、直ちに主治医が診察を行ったところ、外傷はなく、頭部CT検査でも異常は確認されなかった。
	対策	患者さまは自分で歩行したいと希望されており、こうした患者さまの意思を尊重し、歩行時にはナースコールでお知らせしてもらうよう説明するとともに、必要な時には職員を呼びよう記載した貼り紙を掲示する等、患者さま自身にも意識していただけるようにした。 また、センサーマット等の対策だけでなく、看護師による見守り強化を徹底し、併せて、ご家族さまにも、転倒リスクについての説明と見守り協力を依頼した。
	内容	（60代男性、敗血症性ショックで入院中） 《誤薬》 血糖コントロール中の入院患者さまに対し、看護師が指示簿（医師の指示事項を記載）に沿って、インシュリンを投与していたが、指示変更の記載に気付かず、実際の指示量より多く投与してしまった。看護師が指示簿を見直していたところ、2枚目にある指示の見落としに気付いた。患者さまが低血糖に陥っていたため、すぐに主治医に報告。ブドウ糖を投与し、血糖値は改善した。
	対策	事前に指示簿全項目を確認することを再教育するとともに、見落としや思い込みによる間違いを防止するため複数の看護師で確認するよう周知徹底した。また、指示内容に変更がある場合は、指示簿に指示終了の入力を徹底した。
バブル3 12件	内容	（80代女性、胆汁性腹膜炎で入院中） 《チューブ抜去》 手術後、腹部にドレーン（排液管）を留置していた患者さまのドレーンを固定していた糸が外れていることを、巡回中の看護師が発見し主治医に報告したところ、テープで固定し翌日縫合することになった。その後巡回時には、異常は無かったが、朝方巡回した看護師が、ドレーンの先端が抜けた状態となっているところを発見した。 緊急に検査を行ったうえで、再度ドレーン留置を行い、術後経過に影響を与えることはなかった。
	対策	ドレーンが抜けそうな状態の場合は、速やかに再縫合（ドレーンが正しい状態で留置されるための縫合）の依頼を行うよう看護師に指導した。 また、やむを得ず固定テープで経過を見る場合には、巡回による観察を強化するようスタッフ間で共有した。
	内容	（80代女性、原発性肝細胞癌で入院中） 《転倒・転落》 同じ病室の患者さまよりナースコールがあり、看護師が駆けつけたところ、患者さまがベッドサイドに寝転んだ状態になっているところを発見した。疼痛（痛みの）コントロールのための薬剤の副作用による幻覚がある様子で、「子どもを追いかけようとして自分で柵を乗り越えた」と訴えていた。レントゲン・CTの結果、左大腿骨の骨折が見つかった。
	対策	薬剤投与による疼痛緩和は、副作用が起こる可能性があり、投与量の適切なコントロールが必要となる。このため、医師・薬剤師・看護師が情報を共有し、チームで患者さまの疼痛緩和について事前検討を行うとともに、患者さまの変化に速やかに対応できるよう、ナースステーションに近い部屋への移動や、ご家族さまの付き添い依頼についても検討するよう周知徹底した。