

高知県立病院医療事故包括的公表

令和元年度 レベル別医療事故件数

区分等					件数	
	レベル区分	医療事故の内容	障害の 永続性	障害の 程度	あき総合 病院	幡多けん みん病院
インシ デント	レベル1	患者さんへの実害はなかった場合	なし	—	685	1,370
医療事故	レベル2	観察強化が必要となったが、処置や治療は行わなかった 場合	一過性	軽度	28	136
	レベル3a	簡単な処置や治療を要した場合	一過性	中等度	54	19
	レベル3b	濃厚な処置や治療を要した場合	一過性	高度	5	1
	レベル4a	永続的な障害や後遺症が残ったが、 有意な機能障害や美容上の問題は伴わない場合	永続的	軽度～ 中等度	0	0
	レベル4b	永続的な障害や後遺症が残り、 有意な機能障害や美容上の問題を伴う場合	永続的	中等度 ～高度	0	0
	レベル5	死亡した場合	死亡	—	0	2
計					772	1,528

令和元年度 レベル別の事例等

レベル区分	事例	改善策
1	造影MRI検査予定の患者さんが検査の約1時間前に食事をしており、検査実施が遅れた。	前回受診時に、当該検査の注意事項を記載した紙を説明のうえ渡しているが、併せて再診予約票にも食事をせずに来院する旨がかりやすく明記し、説明する。
	保育器の頭側の窓カバーが外れた状態で出生後の新生児を収容した。	保育器を使用する際は、事前に外観や機能、動作等、複数の職員による確認を徹底する。
	CT検査において腹部から骨盤腔にかけて撮影すべきところを、誤って胸部から骨盤腔にかけて撮影した。	撮影する部位等、CT検査オーダー内容を指差し呼称するなど、確認作業を徹底する。
2	内科を受診された外来患者さんの問診時に、脳神経外科疾患を疑う症状があり、早期に脳神経外科を受診する必要があると判断したが、受診手続きが適切に行われていなかったため、問診から約1時間後の診察となった。	外来において、早期に診察や検査が必要と判断した患者さんに対しては、判断した職員が当該患者さんの受診手続きや確認を行い、迅速に診察が行われるよう対応を徹底する。
	車椅子の患者さんに外来化学療法を実施する際に、車椅子の重さを含めた体重測定値で抗がん剤の投与量を計算してしまい、過剰投与となった。	車椅子の患者さんの体重測定は、必ず職員立ち会いのもとで行うとともに、職員は患者さんの体格を観察し、測定値が車椅子の重さを含んでいないか等、確認を徹底する。
	入院患者さんが夕食後に内服する薬を、誤って別の入院患者さんに与薬したため、内服後の眠前及び翌朝に血糖測定を行った。	患者さんの氏名を確認する際には、患者さんから名乗ってもらったうえで、リストバンドで氏名の照合をすることを徹底する。
3a	患者さんが手術中に、疼痛コントロールのため、局所麻酔から全身麻酔に変更となり、口腔内へ専用の器具を挿入した際に、前歯が1本胃内に脱落し、検査の結果、自然排泄を待つこととなった。	動揺している歯の有無等、手術前の患者さんの口腔内の観察を徹底するとともに、呼吸管理用の器具を扱う際には、口腔内や気管等へのリスクを考え、慎重に行う。
	経腸栄養剤の投与後、患者さんのおむつ交換を実施した際、上半身をやや起き上がらせた状態にしていなかったため、患者さんが栄養剤を嘔吐し、誤嚥した。直ちに吸引及び体位を整え、酸素投与を行った。	誤嚥の危険の有無に関わらず、経腸栄養剤を投与した患者さんに対しては、投与後30分から1時間程度の座位もしくは上半身をやや起き上がらせた状態にするよう対応を再徹底する。
	入院患者さんに内服中のカリウム内服薬について、主治医が中止指示を出したが、指示を受けた職員が、中止処理をしたものと思い込み、実際には処理されていなかったため、3日間服用が継続され、高カリウム血症となった。心電図モニターを装着し、薬物療法を行った。	医師の指示実施に係る手順及びチェック体制を強化し、指示を受けた職員は確実に実施するよう、手順の遵守を徹底する。また、薬剤の中止等、変更指示のあった前後の患者さんの状態等について、職員間の情報共有及び観察を強化する。
	造影CT検査を受ける患者さんに造影剤を投与する際、肘関節近くの血管のルート確保ができず、手関節近くの血管に再穿刺し、投与を行ったが、同じ血管だったため薬剤が血管外に漏出した。患部のクーリングを行い、軟膏を塗布した。	造影剤等の薬剤投与において、患者さんに再穿刺する場合は、左右や部位を変える等、先に穿刺した血管と同じ血管を避ける。
3b	外来化学療法を実施中の患者さんがトイレに行った後、投与していた抗がん剤が前腕に漏出したため、漏出部に痛みをともなう発赤が生じた。直ちに緊急処置を行い、その後入院治療を要した。	同療法を実施中の患者さんへの見守り、観察を強化する。同療法開始前に、穿刺が困難であると予想される患者さんに対しては、専用器具の埋め込み等を検討する。
	MRI検査を終えた患者さんが、検査台から車椅子に移動しようとして、床に転倒し、左大腿骨頸部骨折となり、手術を要した。	患者さんの状態について、職員間での情報共有及び観察を強化するとともに、車椅子等を使用している患者さんへの移動対応は複数の職員で対応する。
	入院患者さんが院内病棟を転棟後、病室内のトイレに行こうとしたが、ふらつき症状があったため、看護師が体を支えながらトイレに移動した。排泄介助をするため、患者さんに壁側の手すりを持ってもらい、看護師が手を離れた瞬間に転倒した。右大腿骨転子下骨折となり、手術を要した。	患者さんのふらつきやめまい等の症状が強いと判断される場合には、複数の職員での介助を行う。患者さんの転倒リスクや症状等の状態について、転棟前後の病棟間及び職員間での情報共有及び観察を強化する。
	転倒歴があり滑り止めマットの使用等で対応中の入院患者さんがポータブルトイレを使用後、ベッドに戻ろうとして転倒し、大腿骨転子部骨折となり、手術を要した。	転倒歴がある患者さんに対しては、重要な転倒要因等について、職員間での情報共有及び観察、対応を強化するとともに、移動の際にはナースコールでスタッフを呼んでもらう等の説明を繰り返し行い、患者さんから理解が得られるように努める。
5	入院患者さんが食事中に食物を誤嚥し、窒息となり死亡した。嚥下評価の実施や食形態、食事介助の有無等については、患者さんの状態に合わせて適切に対応していた。昼食配膳後、患者さん自身で食べ始めたことを確認し、職員は退室し、約10分後に訪室するとベッド用テーブルにもたれかかった状態となっていた。即座に救急対応にあたったが、その後死亡が確認された。	入院患者さんの状態によっては、食事中の状況や見守り・介助の有無を含めた対応等を職員間で情報共有し、観察を強化するとともに、嚥下評価については、歯の有無等、咀嚼状態の評価も併せて行うことを徹底する。
	ペースメーカー植込術を受けた患者さんが肺出血となり死亡した。手術の必要性、合併症について医師が説明し、患者さんのご家族から同意を得たうえで実施。患者さんは手術終了から約1時間40分後に大量咯血し、救命・蘇生処置を行ったが、その後死亡が確認された。	原因は本手術の合併症としては予期していない肺出血であり、ご遺族の了承を得て、本事例を医療事故調査制度に基づく医療事故調査・支援センターに報告した。同制度の支援団体が推薦する外部の専門家による調査を実施後、調査結果を同センターに報告し、再発防止に関する普及啓発等を依頼する。手術にともなうリスクの説明を行う際には、患者さんの重症度や状態、特有の状況等を含め、これまで以上に丁寧に説明し、患者さん及びご家族の意思決定支援を強化する。