

2021年8月02日

皆様へ

柏市立柏病院  
院長 野坂 俊壽

### 2020年度医療事故の一括公表について

当院では医療事故を振り返り、その原因と対応を追求し、医療の安全と質を高めると同時に開かれた医療を目指すことを目的に、毎年度、事故の内容について公表しています。2020年度に生じた医療事故については下記の通りです。

#### 1 医療事故（\*インシデントレベル3b以上）の件数

内容分類	概要	件数
薬剤	薬剤投与誤り	3
	与薬交付漏れ	
	輸液ポンプ滴下速度誤り	
検査	検査結果報告誤り	2
	検査結果確認漏れ	
ドレーン・チューブ	自己抜去	1
療養上の世話	誤嚥	4
	転倒・転落	
合計		10

#### 2 医療事故の具体例

事故内容	事例概要
検査結果報告誤り	<b>【概要】</b> 検査担当者が、夕方検査の試薬を交換後、検査値が正しく出るように調整したが、一部異常値を示す値が表示されていたことに気付かず、そのまま当直者に引き継いだ。 その結果、当直者が測定した際、誤ったデータが出て、報告された。
	<b>【改善策】</b> ・検査の試薬交換後は、全項目表示画面で確認を行う。 ・翌日測定する際にも再度確認する。

誤嚥	<p><b>【概要】</b> 嚥下訓練用の食事を全量食べた後に、水分補給のゼリーを摂取した際に誤嚥したのに気付いたが、職員一人では吸引できず、同僚に助けを求めた。 その間、酸素飽和度（SPo2）が47%まで下がり、一時的に意識レベルが低下した。</p>
	<p><b>【改善策】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・嚥下訓練前に十分な吸引を行い、その後も吸引を実施できる環境を整えておく。</li> <li>・急変時の対応についてスタッフ間で事前に確認しておく。</li> </ul>
輸液ポンプ滴下速度誤り	<p><b>【概要】</b> 緊急検査後に点滴の追加指示があり、輸液ポンプの準備を行い点滴を開始した。 その後他の看護師から点滴が終了していると報告があり、滴下速度を誤って速くセットしたことがわかった。</p>
	<p><b>【改善策】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・輸液ポンプを使用して点滴を開始する前に、注射箋と輸液ポンプチェックリストの内容に沿って、1項目ごと間違いがないことを確認する。</li> </ul>

※インシデントのレベル

区分	内容
インシデント	レベル0 間違っただけの行為が実施される前に気がつき、患者には実施されなかった事例
	レベル1 間違っただけの行為が実施されたが、患者への実害は無かった事例（何らかの影響を与えた可能性が否定できない場合）
	レベル2 間違っただけの行為が実施されたが、処置や治療を要しなかった事例（患者観察強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査等の必要性が生じた場合）
	レベル3 a 間違っただけの行為が実施され、簡単な処置や治療を要した事例（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与等の必要性が生じた場合）
アクシデント	レベル3 b 濃厚な処置や治療を要した事例（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折等が生じた場合）
	レベル4 a 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を伴わない事例
	レベル4 b 永続的な障害や後遺症が残る、有意な機能障害や美容上の問題を伴う事例
	レベル5 医療行為又は管理上の問題が原因で死亡した事例（原疾患の自然経過によるものを除く）