

2021年度 インシデント・アクシデント一括公表

1 インシデント

レベル	件数	説明
レベル0 a	2084件 60.82%	誤った行為が発生したが、患者に実施される前に発見された場合 仮に実施されていても患者への影響は小さかった(処置不要)と考えられる事例
レベル0 b	351件 10.25%	誤った行為が発生したが、患者に実施される前に発見された場合 仮に実施されていた場合、身体への影響は大きい(生命に影響しうる)と考えられる事例
レベル1	822件 23.99%	誤った行為が実施されたが患者への影響が認められなかった事例(例：薬の与薬時間が遅れた等)
レベル2	137件 4.00%	誤った行為が実施されたが、処置や治療は行なわなかった事例(例：転倒で打撲した箇所のレントゲン検査を行った等)
レベル3 a	17件 0.50%	簡単な処置や治療(皮膚の縫合、消毒、湿布、鎮静剤投与等の軽微なもの)が必要になった事例

2 アクシデント

レベル	件数	事例概要	
レベル3 b	13件 0.38%	○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・人工呼吸器装着・手術・入院日数の延長・外来患者の入院等)	
		(事例の概要)	(再発防止の取り組み)
		・拘縮の強い患者のレントゲン撮影時の体位固定による骨折の発生。	・拘縮が強い患者の介助は一人で行わず、数人で協力し合う
		・経管栄養チューブ挿入時、気管から右下肺野にチューブが誤挿入。	・慎重な操作を行う
		・喀血患者の気管挿管時、食道挿管となり発見が遅れた。	・挿管後の確認(タイムアウト)を行う・確認チェックリストを作成し確認内容を統一する
		・手術中に動脈を損傷、術後に出血し処置を実施。	・慎重な操作を行う
		・内視鏡処置中に腸管穿孔を起こし、緊急手術。	・慎重な操作を行う
		・内視鏡検査中に治療用機器が破損し、体内に遺残し手術。	・慎重な操作を行う・症状に合わせた機器の選択
		・手術中に尿管損傷を起こし、翌日再手術。	・慎重な操作・合併症を予測した観察強化
		・レントゲン撮影中に転倒、後頭部を強打し創部出血。	・患者の正確な情報共有・危険を予測した行動(家族の協力・必要な介助方法を選択)
		・転倒による外傷・骨折(2件)	・患者の状況に合わせた観察・介助方法の選択
		・経管栄養チューブの気管誤挿入により肺損傷し気胸を併発。	・実施医師は手順を再度確認した上で安全な手技に努める
・尿道カテーテルの挿入による出血、退院延期。	・十分な判断と観察を行う		
・大腸粘膜下層剥離術により腸管穿孔。	・慎重な操作を行う		
レベル4 a	0件	○永続的な障害や後遺症が残ったが、ADLを害する機能障害や美容上の問題は伴わない事例 ・なし	
レベル4 b	0件	○永続的な障害や後遺症が残る、ADLを害する機能障害や美容上の問題を伴う事例 ・なし	
レベル5	2件 0.06%	○行った行為が死因となった事例(原疾患の自然経過によるものを除く)	
		(事例の概要)	(再発防止の取り組み)
		・腫瘍により気管カニューレが自然抜去。再挿入時腫瘍から出血、状態悪化。 ・術後6日目の歩行開始時に肺塞栓症を偶発し、状態悪化。	緊急対応時のマニュアル遵守。マニュアルの再周知 ・肺血栓塞栓症予防の対策方法の周知徹底・予防管理票の見直し・職員間での情報共有の徹底
計	3426件 100%		