

【2】食事に関連した医療事故

(1) 食事に関連した医療事故の現状

① 発生状況

平成22年7月から平成23年6月まで、ヒヤリ・ハット事例のテーマとして「食事に誤った実施がなされたため、軽微な処置・治療を要した、または必要な検査・治療が延期・中止になった事例(注:経管栄養は除く)」を取り上げ、事例収集を行っている。

第23回報告書では、平成16年10月から平成22年9月30日の間に報告された医療事故182件について分析を行った。本報告書では、本報告書対象期間(平成22年10月1日～12月31日)に報告された13件を加え、さらに集計・分析を進めた。

② 食事に関連した医療事故の内容

食事に關する医療事故を第23回報告書と同様に分類した。(図表Ⅲ-2-14)。

報告された食事に關する事例195件について、内容を分析すると、「指示外の提供・摂取」「アレルギーの提供・摂取」「異食」「未提供」「誤嚥」等の内容の事例があった。これらのうち、それぞれの内容に該当する主な事例は、第23回報告書に掲載した(第23回報告書、96—97ページ、図表Ⅲ-2-16)。

図表Ⅲ-2-14 食事に關連した医療事故の内容

内 容	発生件数
指示外の提供・摂取	7
アレルギーの提供・摂取	10
異物混入	0
異食	3
未提供	0
誤嚥	172
その他	3
合計	195

食事に關する業務には、食事の計画から調理、配膳など、患者が食事を摂取するまで様々な段階の業務がある。医療機関によって、業務工程の内容や順序は必ずしも同一ではないが、23回報告書で示した「食事に關する業務工程図の一例と起こりやすいエラー」(23回報告書、94ページ、図表Ⅲ-2-14)を用いて分類し、図表として取りまとめた(図表Ⅲ-2-15)。

図表Ⅲ-2-15 食事に関する業務工程図の一例と起こりやすいエラーによる医療事故の分類

業務工程	起こりやすいエラーの分類	事例の内容							合計
		指示外の提供・摂取	アレルギーの提供・摂取	異物混入	異食	未提供	誤嚥	その他	
食事計画	未計画	0	0	0	0	0	5	0	5
	評価不足	0	0	0	0	0	77	0	77
食事指示	未指示	1	0	0	0	0	0	0	1
	食事指示内容間違い	1	0	0	0	0	1	0	2
	食事指示伝達間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
入力	未入力	0	1	0	0	0	0	0	1
	入力間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
食事指示受け	食事指示未確認	0	0	0	0	0	0	0	0
	食事指示確認不足	0	0	0	0	0	0	0	0
	システムエラー	0	1	0	0	0	0	0	1
患者説明	未説明	1	0	0	0	0	0	0	1
	説明不足	0	0	0	0	0	6	0	6
	患者の理解不足	1	0	0	0	0	7	0	8
集計・食札作成	食札未作成	0	0	0	0	0	0	0	0
	食札記載間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
	食数集計間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
調理指示	未指示	0	0	0	0	0	0	0	0
	調理指示内容間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
	調理指示伝達間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
調理指示受け	調理指示未確認	0	1	0	0	0	0	0	1
	調理指示確認不足	0	1	0	0	0	0	0	1
調理	食材選択間違い	0	5	0	0	0	5	1	11
	食形態の間違い	0	0	0	0	0	15	0	15
	提供量の間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
	特別食の内容間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
	異物の混入	0	0	0	0	0	0	0	0
配食	食事載せ間違い	1	0	0	0	0	0	0	1
	食札入れ間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
配膳	未配膳	0	0	0	0	0	0	0	0
	配膳遅れ	0	0	0	0	0	0	0	0
	患者間違い	0	1	0	0	0	0	0	1
	遅食・欠食時の誤配膳	0	0	0	0	0	0	0	0
摂食	観察・判断不足	0	0	0	3	0	32	0	32
	情報共有不足	2	0	0	0	0	12	1	15
	患者の判断による摂取	0	0	0	0	0	5	0	8
下膳	食事未回収	0	0	0	0	0	0	0	0
	食札未回収	0	0	0	0	0	0	0	0
不明		0	0	0	0	0	7	1	8
合計		7	10	0	3	0	172	3	195

③ 食事に関する「指示外の提供・摂取」の医療事故

本報告書では、食事に関する医療事故の中から、その内容が「指示外の提供・摂取」であった事例を取り上げ、その原因を分析した。

i 食事に関する「指示外の提供・摂取」の医療事故の分類

「指示外の提供・摂取」の医療事故報告は、平成16年10月から本報告書分析対象期間を含め、7件であった。「指示外の提供・摂取」の内容を分類すると、「欠食・延食の食事」を「摂取した事例」が5件と最も多かった(図表Ⅲ-2-16)。また、報告された7件の事例の概要を掲載した(図表Ⅲ-2-17)。

図表Ⅲ-2-16 食事に関する「指示外の提供・摂取」の医療事故の分類

	分類	内容
摂取しなかった事例	内容の違う食事	1
	欠食・延食の食事	0
摂取した事例	内容の違う食事	1
	欠食・延食の食事	5

図表Ⅲ-2-17 食事に関する「指示外の摂取・提供」の医療事故の概要

No.	事故の程度	提供・摂取した事例の分類	事故の内容	背景・要因	改善策
【摂取しなかった事例】					
1	障害なし	内容の違う食事	患者は1日600mlの水分制限あり、朝食の味噌汁も禁止であった。患者の食札には、名前の下に水分制限と記載があり、味噌汁は横線を引いて消してあった。朝、調理室で味噌汁を配膳車に配膳した際、他の調理師が「味噌汁が足りない」と言ったが数え間違いだと思い、十分に確認しないまま病棟に配膳した。患者へ配膳後、患者から指摘があり発覚した。	配膳車の確認後に「味噌汁が足りない」と言う報告があり、数え間違いと思いついた。食札の確認不足。	<ul style="list-style-type: none"> 調理前に献立表を管理栄養士二人で確認し、配膳車に入れた時点で、配膳担当調理師と他の調理師がダブルチェックを行う。 昼、夕食は配膳担当調理師と管理栄養士の二人でダブルチェックを行う。
【摂取した事例】					
2	障害残存の可能性なし	内容の違う食事	患者の血清カリウム値が高値であったため、主治医が、患者に普段の食生活について聞いたところ、毎日野菜ジュースを1本ずつ飲んでいて、以前に「エネルギー2000kcal、たんぱく質30g、塩分6g、カリウム制限」の栄養指導した際、患者の食事内容は、穀類とアルコールに偏っており、野菜ジュースを不規則に飲んでいて、栄養指導では、1日に1食はたんぱく質食品と茹でた野菜等がとれるように調理方法を説明した。しかし、患者は1日1本の野菜ジュースと置き換えていた。	食生活がかなり偏っているために、ビタミンやミネラルの慢性不足が考えられた。野菜ジュースを禁止してしまうと、さらにこれらの栄養素欠乏が進む可能性があると考え、現状程度を続けていただくようお願いしたが、これが1日1本はよいと患者に誤認識を与えた。	<ul style="list-style-type: none"> 慢性腎不全で血清カリウム値が上昇しやすいと判断される患者においては、野菜ジュースはできるだけ控えるように指導する。
3	障害なし	欠食・延食中の食事	心臓の単純造影CTであったが、欠食指示、欠食入力が入ってなかったため、看護師は、患者に欠食の説明はしなかった。患者が、枝豆をひとつ摂取してしまい、CTが延期になった。	禁食の指示は医師が入力する。本来、前日に担当看護師が検査の説明を行うが、今回禁食の指示が出ていなかったため、禁食の必要性も説明しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 欠食が必要な検査は必ず食止めになっているか確認する。 どの検査に欠食が必要か勉強会を行い、一覧を掲示する。

No.	事故の程度	提供・摂取した事例の分類	事故の内容	背景・要因	改善策
4	障害残存の可能性 がある (高い)	欠食・延食 中の食事	誤嚥性肺炎の為胃ろう造設中の患者。隠れて水を飲んでいたりしたが、指示は経口摂取不可であった。主治医でない医師の摂取許可があり、看護師がアイソトニックゼリーを摂取させた。翌日、発熱し、誤嚥性肺炎の疑いで抗菌薬を開始した。	誤嚥の可能性があったにも関わらず、主治医の許可なく摂取させた。	<ul style="list-style-type: none"> 根拠に基づく治療方針の理解。 主治医の指示の意味をスタッフ全員が理解する。 主治医とスタッフの間で患者の治療方針について十分コミュニケーションをとる。
5	障害なし	欠食・延食 中の食事	朝、採血予定であり、延食の必要性があった。看護師は延食ということは把握していたが、患者・家族には説明しておらず、配膳車から延食者のお膳を出す前に家族が食事を取りに来て、そのまま食事をした。看護師が訪室した際、食事をしたことが判明した。	患者・家族への説明不足。説明を受けたかどうかの確認不足。延食者のお膳を別の場所に移したかどうかの確認不足。	<ul style="list-style-type: none"> 説明の徹底。
6	障害なし	欠食・延食 中の食事	看護師は夕方から受け持った患者の情報を口頭で伝達され、指示などを確認していなかった。ポリペクの迎えがあったため、ヘルパーと迎えに行き、帰室後バイタルサインを測定した。夜勤へは、食止めであること、飲水可能となる時間を伝えた。翌日、食事が止まっていなかったため、患者に食事が配られ、患者は朝食を摂取した。その数時間後、患者は下血し、再度大腸内視鏡検査を行うこととなった。	内視鏡室から送りをうけたが、その内容を省略し夜勤に申し送った。患者の情報収集ができていなかった。8箇所切除し、3箇所EMRしたということを聞いたが、食事の指示の確認には至らなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 内視鏡室からの送りを印刷して、ファイルに挟むようにする。 勤務の途中で受け持った患者に対しての情報収集もしっかりと行う。 ポリペクの個数や状況など、詳しく申し送るようにする。 食事の指示の確認を行う。
7	障害なし	欠食・延食 中の食事	EUS 予定の患者。午前中、患者に検査が終わるまで食べたり、飲んだりしないように説明し、患者も「分かりました」と話していた。昼の点滴を更新のため訪室すると、食事を全量摂取している姿を発見した。患者に尋ねると「ご飯がきたから食べてもいいと思った。」と話す。主治医に報告し、EUSは中止となった。	食待ち板に名前が書かれていなかった。食待ち説明用紙が床頭台の側面に張り付いており、配膳したスタッフから見えにくい状態であった。情報収集時に、食事について確認できてなかった(欠食になっている)か確認できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 食待ちの紙を看護師にも見えやすいよう頭側のネームプレートの横に貼る。 配膳時、受け持ち患者でない場合は食待ち板がベッドサイドにないか注意する。 食事が欠食または待ちになっているか確認を行う。

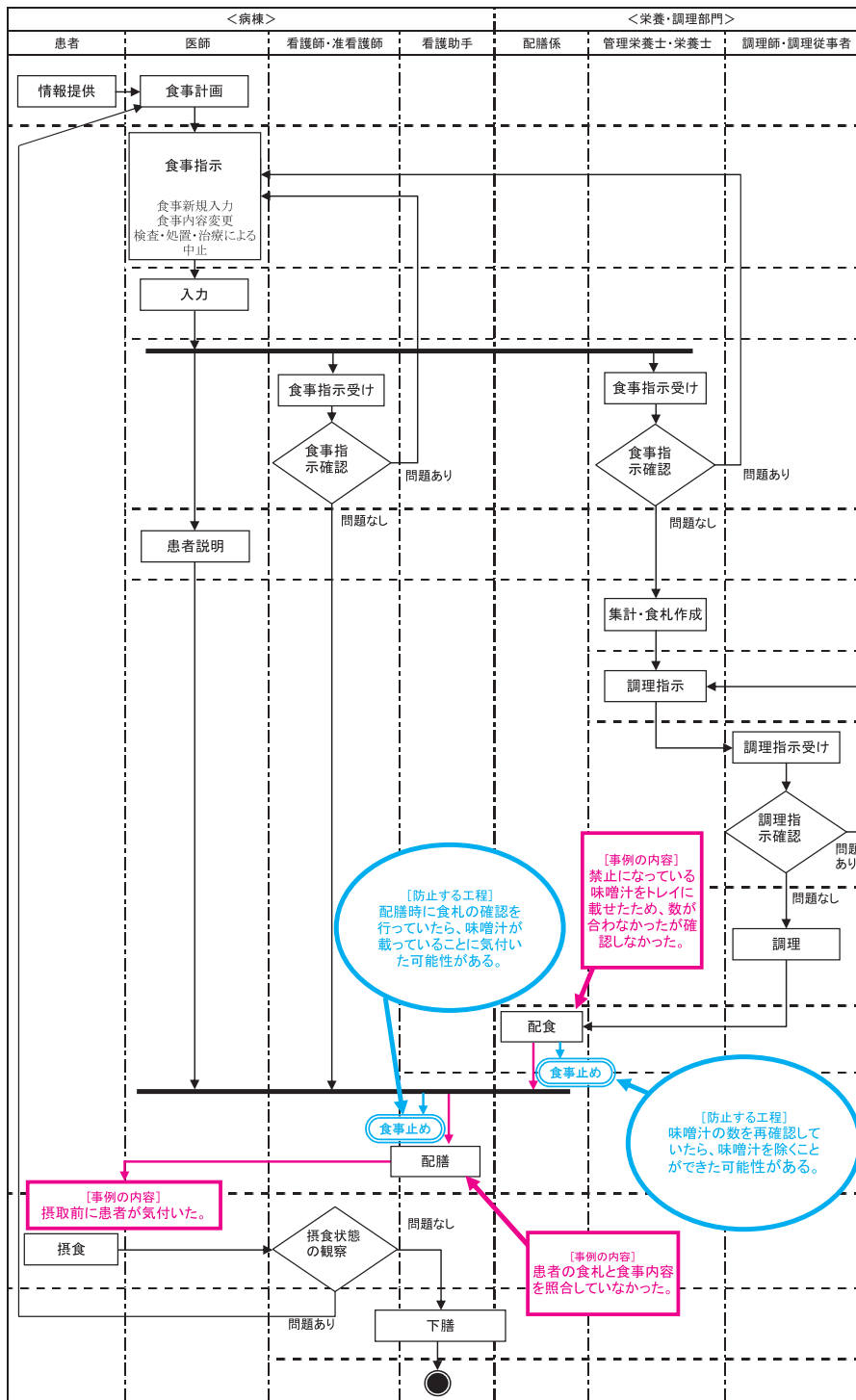
ii 「指示外の提供・摂取」の医療事故の検討

前述の「食事に関する業務工程図の一例と起こりやすいエラー」を用いて、「指示外の提供・摂取」事例の一部を分析した。医療事故として報告された事例の内容とそこから推測される内容を赤色で示した。また、本来の業務工程を行えば医療事故を防止する可能性がある工程を青色で示した(図表Ⅲ-2-18~20)。業務工程に照らし合わせてみると、エラーを防止する段階がいくつか存在していることがわかる。

■医療事故の概要No.1の業務工程図

事例概要No.1は、患者には必要のない味噌汁をトレイに載せ、そのまま誤った食事が患者に配膳された事例である。この事例の場合は、味噌汁の数と食札の再確認を行ってれば誤った食事を配膳しなかった可能性があるが、患者自身が事前に気づき摂取までは至っていない。

図表Ⅲ-2-18 医療事故の概要No.1の業務工程の比較

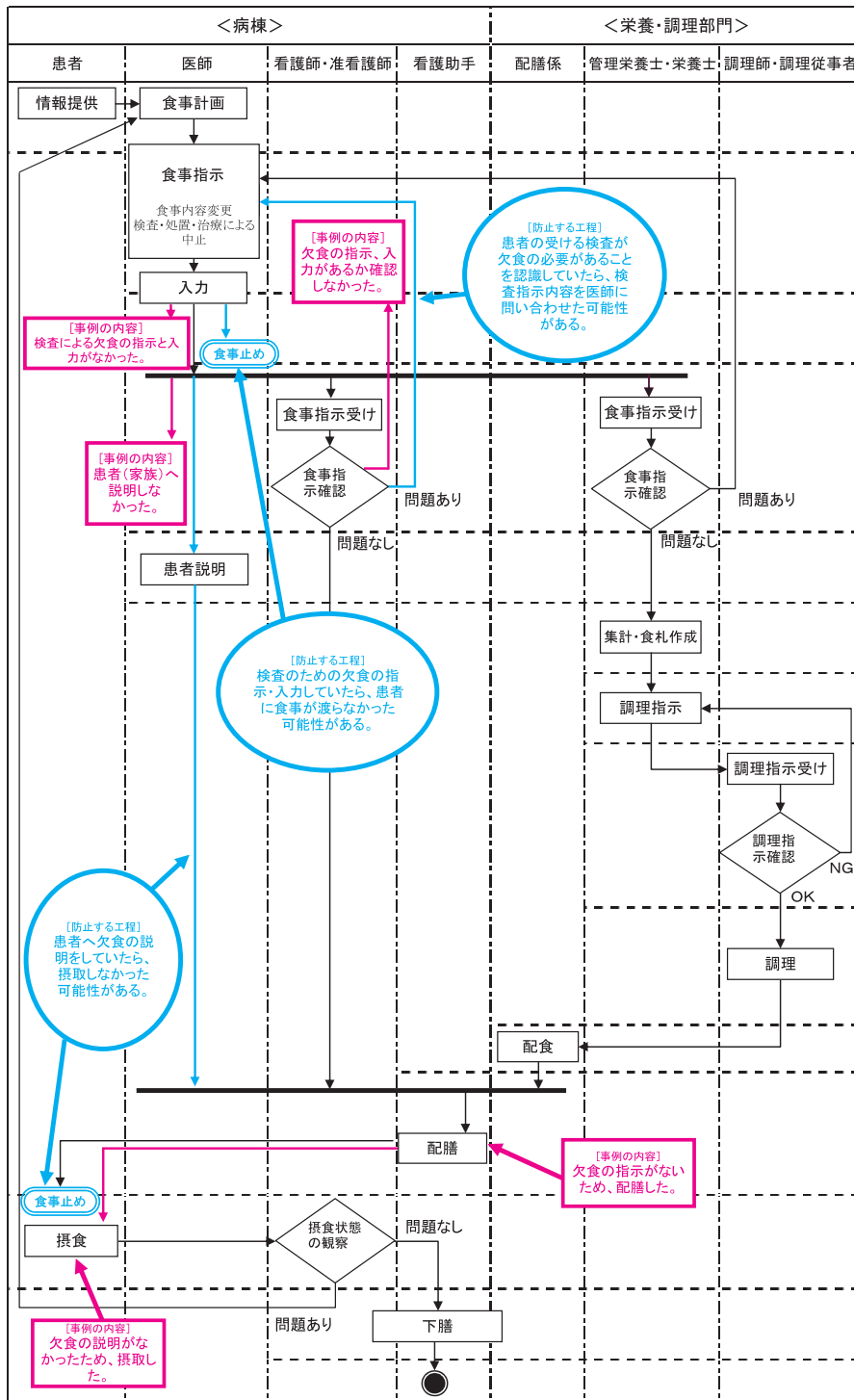


注)掲載している業務工程図は、当事業部に報告された事例を参考に作成。

■医療事故の概要No.3の業務工程図

事例概要No.3は、検査のための欠食の指示と入力が行われなかったことにより患者に欠食の説明がなく、食事を摂取した事例である。この事例の場合は、検査による欠食の指示と入力が行われているか、という確認や、指示がない場合でも、患者に対して行う検査が欠食が必要なものであると認識できていれば、食事を摂取しなかった可能性がある。

図表III-2-19 医療事故の概要No.3の業務工程の比較

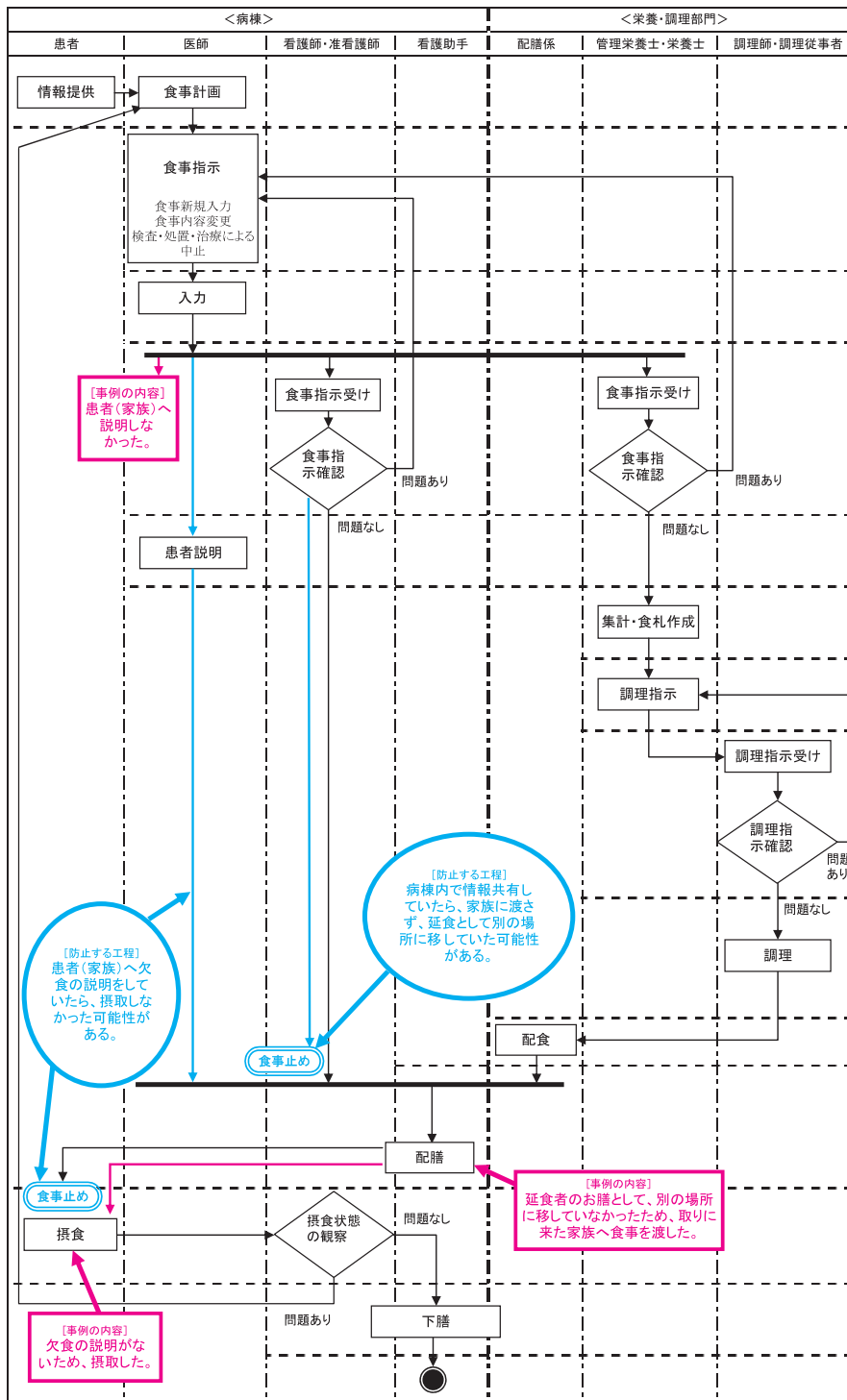


注)掲載している業務工程図は、当事業部に報告された事例を参考に作成。

■医療事故の概要No.5の業務工程図

事例概要No.5は、検査を受ける患者や家族への説明がなかったために食事を摂取した事例である。この事例の場合は、患者や家族へ延食の必要な検査があることの説明がされ、また、その情報を病棟内で共有できていれば、食事が患者(家族)へ摂取しなかった可能性がある。

図表Ⅲ-2-20 医療事故の概要No.5の業務工程の比較



注)掲載している業務工程図は、当事業部に報告された事例を参考に作成。

iii 「指示外の提供・摂取」の背景・要因

医療事故の報告の際に選択する「発生意因」の項目を見ると、「確認を怠った」「患者への説明が不十分であった(怠った)」が多かった(図表Ⅲ-2-21)。「確認を怠った」具体的な内容は、食事の指示、食札の内容や患者の理解度などの確認ができていなかったことである。

図表Ⅲ-2-21

確認を怠った	5
患者への説明が不十分であった(怠った)	4
判断を誤った	2
記録などに不備があった	2
連携ができていなかった	1
知識が不足していた	1
技術・手技が未熟だった	1
コンピュータシステム	1
その他	1

※発生意因は、複数回答が可能である。

専門分析班では、前述の背景・要因の他に、次に記述する要因についても指摘された。医療機関で提供される食事は、多くの場合、食事の摂取が可能な患者に対して、食事を提供することが前提となっている。さらに、医療機関は、一般的な食事のほかに、エネルギー制限食、アレルギー対応食、あるいは宗教に配慮した食事など多様な食事を大量かつ一斉に提供する必要がある。つまり、食事は一斉にセットし提供することが前提となっている。しかし、例えば一般的な食事では通常は載せる味噌汁を治療のために載せない場合、出されている食事のうち数回分を検査・治療のために止める場合、または食事を別の場所で一時的に保存し、後で配膳する場合などがあり、セットされた副食の一部を「抜く」作業や、セットされた食事の膳を一時的に「抜く」作業が存在している点もエラーにつながりやすいということを考慮する必要があると指摘された。

iv 「指示外の提供・摂取」の医療事故が及ぼす影響

食事に関する「指示外の提供・摂取」の事例のうち、患者が「摂取した事例」6件の影響をまとめた(図表Ⅲ-2-22)。検査が延期や中止になった事例の他に、検査データの変動、発熱や下血など患者に直接影響を与える事例が報告されている。

図表Ⅲ-2-22

検査延期・中止	2
血清カリウム値の上昇	1
発熱	1
下血	1
不明	1

Ⅴ 「指示外の提供・摂取」の医療事故の改善策

ア) 報告書に記載されている改善策

1) 確認作業

- ① 検査や治療に合わせた食事内容が入力されているか確認する。
- ② 患者に欠食や延食の説明を受けているか確認する。
- ③ 配膳車に載せる際や患者に配膳する際は、食札と食事内容を確認する。
- ④ 患者に配膳する時は、欠食・延食の指示がベッドサイドにないか確認する。
- ⑤ 延食の場合の食事を、別の場所に保管しているか確認する。

2) 患者への説明

- ① 欠食の必要な検査・治療の際は、必ず患者へ説明する。

3) 情報の共有

- ① 患者の情報収集を行う。
- ② 主治医とスタッフ間で患者の治療方針についてコミュニケーションをとる。
- ③ 欠食・延食の表示の紙を他のスタッフにも見えやすい位置に掲示する。
- ④ どの検査に欠食が必要か勉強会を行い、一覧を掲示する。

イ) 専門分析班や総合評価部会で指摘された改善策

専門分析班では、前述の改善策の他に次に記述する改善策も考慮することが重要であることが指摘された。

1) 内容の違う食事を提供・摂取した事例から考えられること

- ① 特別な指示の食事は、食札への記載だけではなく、トレイや皿の色を変えるなど視覚に訴える表示を検討する。
- ② 特別な指示の食事の調理、配食時は、入ってはいけない主食や副食を「抜く」というマイナスの作業ではなく、多種類の食事が混在しない環境で、食事の内容に必要な主食や副食を「足す」というプラスの作業に変える。
- ③ 配膳時は、食事の提供においての最後の確認の機会である。目の前にある食事の内容が合っているか、患者に提供してよいかどうかを必ず確認する。
- ④ 患者に食事指導する際は、患者の生活背景や理解度に合わせた、患者にとって実践可能な具体的な内容とする。

2) 欠食・延食中の食事を摂取した事例から考えられること

- ① 患者に欠食または延食を説明する際は、患者に食事が止まることだけでなく、なぜ食事を止める必要があるのか根拠も合わせて説明する。
- ② どの医療従事者が見ても、患者が欠食または延食であることが分かるような表示を患者のベッドサイド周辺の見えやすい位置に掲示し、表示について患者にも説明する。
- ③ 欠食または延食の食事が配膳車に載っている場合に、患者へ食事が渡らないようにするために、配膳に関わるスタッフの情報共有ができる環境を作る。
- ④ 電子カルテ上で、欠食が必要な検査の入力をした場合に、同時に食事が止まるようなシステムの仕組みがあるとよい。

3) 摂取しなかった事例から考えられること

「指示外の提供摂取」事例の概要No. 1の事例(図表Ⅲ-2-18事例概要No. 1の業務工程図)では、患者自身が食事内容に誤りがあることに気付いている。これは、患者に対して、行われている治療内容が説明され、また、当該患者がその内容を理解できていたことにより食事内容の誤りに気付いたと考えられる。説明が可能な患者に対しては、十分に説明を行い、患者に理解してもらうことは重要である。

(2) 食事に関するヒヤリ・ハット事例の現状

① 発生状況

第23回報告書に記載した通り、平成22年7月1日から9月30日の間に食事に関するヒヤリ・ハット事例は、127件であった。その後、10月1日から12月31日までに164件の報告があり、計291件となった。今後も、引き続きテーマとして取り上げ、報告を受け付ける平成23年6月までの間、継続して報告されると見込まれる。本報告書では、対象としている期間に報告された事例を医療事故と同様に分類、集計した。

② 食事に関するヒヤリ・ハット事例の内容

報告されたヒヤリ・ハット事例を内容で分類し、発生件数を集計した(図表Ⅲ-2-23)。

また、平成22年7月1日から12月31日までに報告された291件について事例の内容を分析し、食事に関する業務工程図の一例と起こりやすいエラーを用いて分類しとりまとめた(図表Ⅲ-2-24)。

図表Ⅲ-2-23 食事に関連したヒヤリ・ハット事例の内容

内 容	発生件数
指示外の提供・摂取	175
アレルギーの提供・摂取	12
異物混入	35
異食	5
未提供	44
誤嚥	9
その他	11
合計	291

図表Ⅲ-2-24 食事に関する業務工程図の一例と起こりやすいエラーによるヒヤリ・ハット事例の分類

業務工程	起こりやすいエラーの分類	事例の内容							合計
		指示外の提供・摂取	アレルギーの提供・摂取	異物混入	異食	未提供	誤嚥	その他	
食事計画	未計画	0	0	0	1	0	2	0	3
	評価不足	0	0	0	0	0	0	0	0
食事指示	未指示	3	0	0	0	0	0	0	3
	食事指示内容間違い	1	0	0	0	0	0	0	1
	食事指示伝達間違い	1	0	0	0	1	0	0	2
入力	未入力	17	2	0	0	1	0	0	20
	入力間違い	7	0	0	0	6	0	0	13
食事指示受け	食事指示未確認	9	1	0	0	0	0	1	11
	食事指示確認不足	18	1	0	0	10	1	0	30
	システムエラー	1	0	0	0	1	0	1	3
患者説明	未説明	4	0	0	0	0	0	0	4
	説明不足	16	0	0	0	0	0	0	16
	患者の理解不足	5	0	0	0	0	0	0	5
集計・食札作成	食札未作成	0	0	0	0	5	0	0	5
	食札記載間違い	6	0	0	0	2	1	0	9
	食数集計間違い	1	0	0	0	1	0	1	3
調理指示	未指示	0	0	0	0	0	0	0	0
	調理指示内容間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
	調理指示伝達間違い	0	0	0	0	1	0	0	1
調理指示受け	調理指示未確認	2	0	0	0	0	0	0	2
	調理指示確認不足	14	4	0	0	0	0	0	18
調理	食材選択間違い	1	2	1	0	0	1	1	6
	食形態の間違い	2	0	0	0	0	0	0	2
	提供量の間違い	7	0	0	0	0	0	0	7
	特別食の内容間違い	3	0	0	0	0	0	0	3
	異物の混入	0	0	34	0	0	0	0	34
配食	食事載せ間違い	6	1	0	0	4	0	0	11
	食札入れ間違い	0	0	0	0	1	0	0	1
配膳	未配膳	0	0	0	0	11	0	0	11
	配膳遅れ	0	0	0	0	0	0	0	0
	患者間違い	16	0	0	0	0	0	0	16
	遅食・欠食時の誤配膳	26	0	0	0	0	0	1	27
摂食	観察・判断不足	2	0	0	3	0	2	0	7
	情報共有不足	5	1	0	0	0	0	0	6
	患者の判断による摂取	0	0	0	1	0	2	0	3
下膳	食事未回収	0	0	0	0	0	0	1	1
	食札未回収	2	0	0	0	0	0	0	2
不明		0	0	0	0	0	0	5	5
合計		175	12	35	5	44	9	11	291

③ 食事に関する「指示外の提供・摂取」のヒヤリ・ハット事例

テーマとして取り上げた平成22年7月1日から12月31日までに報告された「指示外の提供・摂取」のヒヤリ・ハット事例175件を医療事故の報告と同様に分類した(図表Ⅲ-2-25)。ヒヤリ・ハット事例でも、「欠食・延食中の食事」を「摂取した事例」が医療事故と同じく最も多かった。また、ヒヤリ・ハット事例では、「内容の違う食事」の提供・摂取事例も多数みられた。

図表Ⅲ-2-25 食事に関する「指示外の提供・摂取」のヒヤリ・ハット事例の分類

	分 類	件 数
摂取しなかった事例	内容の違う食事	49
	欠食・延食中の食事	5
摂取した事例	内容の違う食事	39
	欠食・延食中の食事	82

(3) まとめ

食事に関する「指示外の提供・摂取」の事例は、患者に食事が提供され、摂取するまで様々な種類の医療事故が発生している。また、医療事故には至らなかったものの、ヒヤリ・ハット事例の発生も多数報告されている。本報告書では、23回報告書に引き続き、報告された事例を食事に関する業務工程の一例と起こりやすいエラーによって分類した。また、「指示外の提供・摂取」の事例全体を概観し、一部の事例の業務工程図を示し、事例の背景・要因や患者に及ぼす影響について分析した。今後も、具体的な医療事故やヒヤリ・ハット事例の内容に注目し、発生する原因を検討し、分析班において一つの焦点をあてた分析を行っていくこととしている。