

【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。本報告書では、平成16年10月から平成22年6月30日の間に報告された医療事故の中から食事に関する医療事故173件に、本報告書分析対象期間(平成22年7月1日～9月30日)に報告された医療事故9件を合わせた182件について分析を行った。

② 食事に関連した医療事故の内容

食事に関する医療事故の種類は、誤った食事の提供により、検査または治療上において絶食の指示が出ているにも関わらず食事を摂取した事例等を含む「指示外の提供・摂取」、アレルギーとなる食物を提供・摂取したことによる事例を「アレルギーの提供・摂取」、食事の際に食物以外の物を摂取した「異食」と食事に関連した「誤嚥」をきたした事例に大きく分けた。そこで、報告された医療事故の事例を内容で分類し、発生件数を集計した(図表Ⅲ-2-12)。

図表Ⅲ-2-12 食事に関連した医療事故の内容

内容	発生件数
指示外の提供・摂取	6
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	161
その他	2
合計	182

また、報告された医療事故の選択項目である「当事者」を見ると、「医師」「看護師」「准看護師」「看護助手」「管理栄養士」「栄養士」「調理師・調理従事者」など、食事に関する医療事故は様々な職種が関わっていることが分かる。患者に接する機会の多い看護職からの報告が多い。(図表Ⅲ-2-13)

図表Ⅲ-2-13 当事者

医師	68
看護師	164
准看護師	14
看護助手	1
管理栄養士	3
栄養士	5
調理師・調理従事者	4
その他	8

※当事者は、複数回答が可能である。

④ 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

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件を、図表Ⅲ-2-14で示した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-2-15)。

さらに、報告された182件のうち、「指示外の提供・摂取」「アレルギーの提供・摂取」「異食」「誤嚥」の主な事例を一部掲載した(図表Ⅲ-2-16)。

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	72	0	72
食事指示	未指示	0	0	0	0	0	0	0	0
	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	27	0	30
	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	4	0	4
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	0	7
合計		6	10	0	3	0	161	2	182

図表Ⅲ-2-16 食事に関連する医療事故の概要

No.	事故の程度	業務工程図の一例による分類	起こりやすいエラーの分類	事故の内容	背景・要因	改善策
【指示外の提供・摂取】						
1	障害なし	配食	食事載せ間違い	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。朝、調理室で味噌汁を配膳車に配膳した。配膳後に最終確認をした。他の調理師が「味噌汁が足りない」と言われたが数え間違いだと思い、その後確認を十分せず、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、数え間違いだと思い込んだ。食札の確認不足。	確認作業の徹底。
【アレルギーの提供・摂取】						
2	障害なし	調理指示受け	調理指示未確認	看護師は配膳する際に食札に書かれた複数の食材の配膳禁止コメントを確認し、サラダの形態から判断してアレルギーの食材には該当しないと思って配膳した。食札にアレルギー食材が記載されていたため、患者本人も、当然それらの食材は避けて調理された献立だと思っていた。しかし実際にアレルギーのある食材の食事であったことに気付いた患者は、アレルギーのある食材を食べたことをナースステーションに告げた。30分後口腔内の違和感、舌のざらつき、舌と上顎のしびれ、頸部掻痒感訴えた。栄養管理室に電話にて確認、山芋サラダであったことが判明。主治医の診察受け、アレルギー症状のためステロイド点滴静注指示があった。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 栄養士は、禁止コメントに即した、アレルギー患者用の献立指示をしなかった。 2. 調理士は、アレルギー常食の食札に書かれた、アレルギー禁止コメントの内容を確認しなかった。 3. 看護師は、禁止とされている食材は使用されていない献立と思い込み患者に配膳した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養管理室において確認システムの構築（栄養士は禁止コメントのある患者の献立確認を充分に行う。調理士は赤字で書かれた禁止コメント内容を調理の時、盛りつけの時に一つ一つ確実に確認をする。最終配膳の際にも同様にアレルギーの内容のものがないかを確認する。） ・病棟看護師は、患者自身にアレルギーの食物のチェック確認をしてもらうように、献立表をコピーして渡し、患者自身にも確認をしてもらうように説明をしておく。

No.	事故の程度	業務工程図の一例による分類	起こりやすいエラーの分類	事故の内容	背景・要因	改善策
【異食】						
3	障害なし	摂食	観察・判断の不足	食事観察が必要な患者の昼食に付き添っていた。昼食についていたジョア(飲むヨーグルト)を1/3残していた。患者がストローでうまく飲めないため蓋をとると、大きな口を開けてストローと共に一気に飲んでしまった。片付ける時、ストローがないことに気付いた。患者は「飲んでいない」と言う。周囲を探すが見つからない為、主治医に報告。胃カメラ施行し、胃内に発見。除去した。	食事の丸呑み・一気食べがあるため、食事に付き添い観察が必要な患者であった。朝の牛乳は、コップに入れることになっていたが、その他のジュース等については計画にあげていなかった。ストローは危険であるため、除去してから渡すことが必要であった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の状態を十分に考慮した看護内容を具体的に計画立案し、スタッフへ周知徹底する。 配膳前に食事内容を確認し、セッティングしてから患者の前に置く。
【誤嚥】						
4	死亡	食事計画	未計画	患者本人は前歯3本のみであったが義歯はなくトイレ等は自立していた。そのため医師は入院前には食事は普通に取っていたという認識であった。入院時は禁食であったが、その後食事が開始され「腎臓食」が指示された。食事箋には特に軟菜や粥などという指示がないため、一般的な献立内容で米飯が提供された。昼食時、ベッドを約90度に看護師が調整し、3口ほど摂取するのを確認してから退室した。約5分後に他の看護師が訪室した時も普通に食事摂取していた。さらに約10分後に訪室したら患者がベッドからずり下がっており呼吸停止していた。医師により救急蘇生開始し気管内挿管されるが口腔内に食物残渣物多量あり米飯・輪切りのレモンの皮などが掻き出された。	食事形態が患者に合っていなかった可能性あり。看護師が食事形態の確認を医師に行っていない。認知症という状況から患者の食事観察を継続する必要があったが他の患者の食事介助に行ってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の入院前の状況把握を徹底する。 患者の状況に応じた食事形態かどうか疑問を声に出して確認する。 昼食時間帯の職員の配置を考慮する。

(2) 食事に関するヒヤリ・ハット事例の現状

① 発生状況

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。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 食事に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

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-2-17)。

また、127件について事例の内容を分析し、医療事故と同様に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-2-18)。

図表Ⅲ-2-17 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	75
アレルギーの提供・摂取	6
異物混入	12
異食	3
未提供	23
誤嚥	3
その他	5
合計	127

図表Ⅲ-2-18 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	0	0	0	0	0
	評価不足	0	0	0	1	0	0	0	1
食事指示	未指示	2	0	0	0	0	0	0	2
	食事指示内容間違い	1	0	0	0	1	0	0	2
	食事指示伝達間違い	1	0	0	0	0	0	0	1
入力	未入力	7	1	0	0	0	0	0	8
	入力間違い	4	0	0	0	3	0	0	7
食事指示受け	食事指示未確認	5	0	0	0	0	0	1	6
	食事指示確認不足	4	0	0	0	3	1	0	8
	システムエラー	0	0	0	0	1	0	1	2
患者説明	未説明	1	0	0	0	0	0	0	1
	説明不足	7	0	0	0	0	0	0	7
	患者の理解不足	4	0	0	0	0	0	0	4
集計・食札作成	食札未作成	0	0	0	0	1	0	0	1
	食札記載間違い	2	0	0	0	1	0	0	3
	食数集計間違い	1	0	0	0	1	0	0	2
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	1	0	0	0	0	0	0	1
	調理指示確認不足	2	1	0	0	0	0	0	3
調理	食材選択間違い	1	2	0	0	0	0	1	4
	食形態の間違い	1	0	0	0	0	0	0	1
	提供量の間違い	1	0	0	0	0	0	0	1
	特別食の内容間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
	異物の混入	0	0	12	0	0	0	0	12
配食	食事載せ間違い	2	1	0	0	4	0	0	7
	食札入れ間違い	0	0	0	0	1	0	0	1
配膳	未配膳	0	0	0	0	7	0	0	7
	配膳遅れ	0	0	0	0	0	0	0	0
	患者間違い	5	0	0	0	0	0	0	5
	遅食・欠食時の誤配膳	18	0	0	0	0	0	1	19
摂食	観察・判断不足	0	0	0	1	0	0	0	1
	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	0	0	0	0	0	0	0	0
不明		0	0	0	0	0	0	0	0
	合計	75	6	12	3	23	3	5	127

(3) まとめ

食事に関する業務は、患者の食事計画から指示、食事の提供、患者が摂取するまで、業務は多種多様な職種が関わり、その中で様々な種類の医療事故が発生している。本報告書では、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示した。また、医療事故とヒヤリ・ハット事例を業務工程図の一例と起こりやすいエラーにより分類するとともに、内容別の具体的な医療事故を示し事例全体を概観した。今後も継続して事例の収集を続け、医療事故やヒヤリ・ハット事例を具体的に掘り下げ、発生する原因を検討し、分析班においていくつかの内容の事例に焦点をあてた分析を行っていくこととしている。