

大和市立病院のインシデント及びアクシデントについて

当院では、医療事故の発生・拡大・再発を予防し「医療の質」の確保と「安全な医療」を提供するために、医療安全体制を確立する努力をしています。

1. 医療安全管理の基本方針

1. 患者の権利と立場を尊重し、患者中心の医療を念頭に最善の医療環境を整備する。
2. 円滑なコミュニケーションとインフォームド・コンセントに基づき、患者とのパートナーシップを構築し、患者から信頼される医療を実践する。
3. 医療安全管理を推進するための院内組織を整備し、医療事故防止に組織的に取り組む。
4. 医療事故防止のため、病院全体の教育・研修体制の充実に努める。
5. 職員は自らの医療知識・技能のたゆまぬ研鑽を図るとともに、常にリスクを回避する意識を持って業務に従事する。
6. 院内報告制度の確立及び検討結果のフィードバックによる再発防止策を講じる。

2. 医療事故の考え方

用語の定義

【医療事故】

医療に関わる場所または医療行為に起因して生じた事故で、損害が発生しているものを総称して医療事故と言います。この場合、医療関係者の過誤（過失）の有無は問いません。

「外来に受診に来たときに、歩いていたところつまずいて転んでしまった」、なども医療事故に含まれます。

【ヒヤリ・ハット】

医療に関わる場所または医療行為に起因して間違いがあったが、実施前に発見でき、未然に防ぐことが出来た場合を言います。インシデントに含まれ、影響レベルは0となります

【インシデント】

医療に関わる場所または医療行為に起因して間違いが発生したが、患者さんには実施されなかった場合、または患者さんに変化が生じない場合を言います。影響レベルは1～3aに分けられます。

【アクシデント】

医療に関わる場所または医療行為に起因して、患者さんに死亡を含む何らかの障害が発生した、または障害は発生していないが観察の必要性がでた場合を言います。影響レベルは3b～5に分けられます。

【オカレンス】

医療行為に関連した合併症や副作用発生時の報告を言い、インシデントやアクシデントとは区別しています。

区分	影響レベル	内容
インシデント	レベル0	エラーや医薬品・医療器具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった
	レベル1	患者への実害はなかった (何らかの影響を与えた可能性は否定できない)
	レベル2	処置や治療は行わなかった(患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた)
	レベル3 a	簡単な処置や治療を要した(皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など)
アクシデント	レベル3 b	濃厚な処置や治療を要した(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、骨折など)
	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は伴わない
	レベル4 b	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
	レベル5	死亡(原疾患の自然経過によるものを除く)

3. 医療事故等の報告体制

医療の原点は患者さんに安全な医療を提供することです。当院では、影響レベルに関係なく、医療事故発生時には報告をあげるよう努力しています。その理由として、1件の重大事故の背後には29件の軽微な事故があり、その背景には300件のヒヤリ・ハットが存在すると言われているからです。報告件数がそのまま医療の質を表すものではなく、報告を多くあげる中で、重大な医療事故の発生を防止することが報告の目的となります。

そして、報告された事例から分析を行い、対策等を考え、再発防止に努めています。

◆2022年度 医療事故等報告件数

【影響レベル別件数】

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	【横計】
ヒヤリ・ハット	26	17	16	18	15	13	19	21	17	19	24	34	239
レベル1	62	64	62	60	44	45	49	53	55	57	48	60	659
レベル2	21	20	24	26	17	20	30	29	23	12	29	26	277
レベル3a	11	12	15	10	6	7	10	10	10	10	9	7	117
レベル3b	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3
レベル4a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
レベル4b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
レベル5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オカレンス	6	1	0	4	0	2	1	2	2	1	0	1	20
事例報告書	5	4	5	0	1	1	2	2	0	1	2	1	24
【縦計】	131	119	122	119	83	88	111	117	108	100	112	129	1,339

【内容分類別件数】

※ オカレンス件数は含みません。

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	【横計】
薬剤	38	35	34	31	18	24	29	38	26	27	35	39	374
輸血	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
治療・処置	15	17	14	15	8	9	9	8	13	9	8	11	136
医療機器等	13	2	15	9	9	11	4	4	11	5	11	16	110
ドレーン・チューブ	17	16	16	10	8	9	14	12	7	17	11	12	149
検査	8	5	4	6	9	6	9	8	11	7	6	7	86
療養上の世話	10	10	10	15	7	9	10	10	9	17	14	8	129
転倒・転落	11	7	10	9	12	9	13	17	19	6	14	9	136
その他	8	22	14	18	11	8	20	16	10	10	11	25	173
【縦計】	120	114	117	115	82	85	108	113	106	98	110	127	1,295

カテゴリー	具体的な内容
薬剤	薬剤（麻薬・抗腫瘍薬・内服薬・注射薬等）の投与、管理に係ること
輸血	輸血に関すること
医療機器等	医療機器に関すること 医療器材・医療材料に関するもの
療養上の世話	食事に関すること、ケア実施時に起きたこと、褥瘡発生、自殺関連
転倒・転落	転倒。転落に関すること
検査	検査実施に関すること
治療処置	医師の指示に関すること、医師の指示の実行に関すること
ドレーン・チューブ	ドレーン・チューブ類の抜去、接続の問題、管理などに関すること
その他	書類やデータに関すること、医療器材に関すること

4. 医療事故等の公表

◆目的

当院で発生した医療事故の公表基準に従って、市民に情報提供を行います。これにより当院での医療提供の透明性の確保を図り、市民に信頼され、安心して医療が受けられる安全体制の確立を目指しています。

◆大和市立病院における医療事故等に係る公表基準

レベル	医療過誤（過失あり）	過失の無い医療事故
レベル0	包括的な形式で一括公表	
レベル1		
レベル2		
レベル3 a		
レベル3 b		
レベル4 a	重大な場合個別公表	原則非公開
レベル4 b		
レベル5	原則個別公表	

レベル	2022 年度 代表事例	再発防止策
レベル0	食止めの指示があったが、指示を見落とし食札を抜かなかった。配膳点検時に気づき配膳を中止した	リストの確認と食札確認を十分に行う
レベル1	似た名字の入院患者さんの搬送をしてしまった。検査受付にて別な患者さんであると指摘された。	フルネームでの確認と照合を徹底する。
レベル2	患者さんに確認の上アルコール噴霧介助したが、カルテにアルコールアレルギー記載があった。	情報収集、確認をしてからの介助を徹底する。
レベル3a	4本の採血指示があり注射器で採血したところ、採血量が不足していたため再採血を行った。	採血方法に併せて採血指示内容と検査項目での必要量を確認する。
レベル3b	医師より一人で病棟を離れないように指示していたが売店へ行き転倒骨折、手術となった	患者さん、家族とともに日常生活での動きの確認や院内での転倒リスクについて共有する

【総合的な評価】

医療の提供は、多重業務のなかで行われることが多い。そのため、人間であるが故の犯しやすいミスを十分認識し対応するために、フルネームでの確認、指差し呼称の徹底、確実なダブルチェックの実施、中断された作業を再開するときの注意を怠らないようにすることが重要と考える。

5. 医療事故防止への取り組み

◆2022 年度 医療安全研修会等

職員のリスク感性を高め、同じようなインシデント・アクシデントを繰り返さないために、全職員が年間を通じて同じ研修を2種類受講しています。

【医療安全研修会】 対象：全職員対象

研修名	開催方法	研修参加率	年間参加率
報告分化を育てよう！～インシデント報告の重要性～	DVD 研修	96%	96%
安全を守るための職員間コミュニケーション	動画視聴	96%	

◆委員会および会議

名称	開催回数	内容
報告書確認対策チームカンファレンス	3 回	放射線、病理検査等の報告書の確認漏れによる診断及び治療開始の遅れを防止する取り組みへの支援、業務改善等を検討する。
医療事故調査委員会	4 回	医療事故に関する臨床経過の把握、原因の究明、再発防止策の提言を行う。
医療安全管理委員会	12 回	医療事故等に関する情報共有や医療安全に関する組織の中での最終決定機関として、審議・決定を行う委員会。
医療安全対策会議	37 回	繰り返されるインシデントやアクシデント事例に対して、情報共有や再発防止策の検討を行う会議。
リスクマネジャー委員会	12 回	ワーキンググループ毎に、前年度の分析結果から医療安全に関する活動を決め実践する。現場管理者と協力し、部署内の職員に向けて医療安全の啓蒙活動を行う。
医療安全管理室会議	45 回	問題発生時にタイムリーに審議し、医療安全管理室としての活動を決定する。必要時、病院長と調整していく。

◆委員会および会議メンバー

【報告書確認対策チームカンファレンス】

診療放射線科科长、臨床検査科科长補佐
病理診断科医師、放射線科医師
診療部長（医療安全管理室長）
医療安全管理者

計 6 名

【医療事故調査委員会】

診療部長（医療安全管理室長）
病院総務課長
医事課長
医療安全管理者

病院長が指名する当該医療事故に関して専門知識を有する者その他病院長が必要に応じ指名する者

【医療安全管理委員会および医療安全対策会議（週一カンファレンス）】

診療部長（医療安全管理室長）
診療部に属する長の中から 2 名
医療技術部に所属する長
病院総務課長、医事課長
医療安全管理者
患者サポートセンター長
看護部長

計 16 名

【リスクマネジャー委員会】

診療部 10 名
各所属 1 名以上

計 33 名

【医療安全管理室会議】

診療部長（医療安全管理室長）
薬剤科科长（医療安全管理科長）
ME センター科長補佐
医療安全管理者

計 4 名