

○ 医療事故等包括公表について

医療の透明性と県民の医療に対する信頼の一層の向上を図るとともに、医療現場における安全確保に資するため、平成30(2018)年度に当センターにおける医療事故等の報告状況について、包括的に公表いたします。

なお、平成27(2015)年度以前の公表内容については、栃木県ホームページをご覧ください。

URL <http://www.pref.tochigi.lg.jp/e01/welfare/iryuu/kenritsu/houkatukouhyou.html>

・レベル別件数

区分	レベル	内 容	件 数	
			平成30(2018)年度	参考：平成29(2017)年度
ヒヤリ・ハット事例	0	エラー(※2)や医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった。	217	190
	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。)	606	497
	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(※3)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。)	438	338
※1	3 a	簡単な処置や治療を要した(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など)。	127	194
医療事故	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)。	4	1
	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。	0	0
	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。	0	0
※1	5	死亡(原疾患の自然経過によるものを除く。)	0	1
計			1,392	1,221

※1 ヒヤリ・ハット事例は報告件数、医療事故件数は、事象の件数を記載。

※2 ある行為が、①行為者自身が意図したものでない場合、②規則に照らして望ましくない場合、③第三者からみて望ましくない場合、④客観的期待水準を満足しない場合などに、その行為を「エラー」という。

※3 血圧、脈拍、呼吸など

・事象別件数

事象	内 容	件 数	
		平成30(2018)年度	参考：平成29(2017)年度
薬 剤	注射、点滴、内服薬など	489	380
輸 血	血液検査、輸血など	20	14
治療・処置	手術、麻酔、処置など	99	100
医療用具	医療用具、医療機器など	15	9
ドレーン、チューブ類	チューブ、カテーテルなど	144	155
検 査	採血、撮影など	161	139
療養上の場面	転倒、転落、給食、栄養など	215	200
そ の 他		249	224
計		1,392	1,221

(公財)日本医療機能評価機構による分類に準じる)

• 代表的事例及び対応策

事象	代表的事例	対応策
薬剤	【レベル0】適切な薬剤投与量への変更 抗がん剤治療予定患者が前回より5kg体重増加がみられた。医師の指示は増加前の体重に合わせた薬剤量だったが、チーム医療により、適切な薬剤量に変更して治療を行うことができた。	患者から情報を聞いた看護師は医師に確認したが指示変更にならなかった。同時に薬剤師にも情報提供しており、薬剤師からも体重に合った適正量の治療が提案され、指示が変更された。増加前の体重の薬剤量だった場合、A薬剤は適正量の95%、B薬剤は92%程度となる場所であった。 ※安全に係る懸念はしっかり伝える「チームSTEPPSの2チャレンジルール」(★)が効果的に機能した事例である。
その他	【レベル1】予約ミス 電話で他院からの紹介患者の予約を取得した。当該患者が予約日に来院したところ、受付で予約が入っていないと断られ、紹介元医療機関から問い合わせが入った。予約履歴を確認したところ同姓同名の別の患者に予約を入れていたことが発覚した。	電話での予約取得時は名前確認を発音のカナでとっているため、通常、性別、生年月日、電話番号も確認している。本ケースでは性別と名前しか確認をせず、該当した患者を思い込みで予約取得してしまった。原則に基づく確認手順を徹底する。また、来院した患者への対応としても受付担当者と予約取得部署が連携して確認することでスムーズな診療に繋がるため、再発防止に向けて関係部署間の密な連携について確認を行った。
検査	【レベル2】レントゲン写真の再撮影 胸部ポータブルX線撮影依頼表に「臥位」での撮影依頼であることを確認し、看護師と共に患者名、体位を確認して撮影した。看護師の表情が気に入り、依頼表を再確認したところ、フリーコメント欄に「可能な限り座位に近づけてください」の記載があることに気が付いた。画像処理後担当医に確認するとやはり座位撮影が必要とのコメントがあり、患者に説明して再撮影した。	座位撮影が必要だったが、指示は「臥位」で出されていた。必要な撮影体位はフリーコメントではなく、撮影指示でオーダーするよう周知した。また、多職種と連携して安全確認する際に気になったことはその時点で声に出して確認する。 ※再撮影の三大原因は①異物の映り込み、②ポジショニング不良、③オーダーミス・オーダー確認不足である。いずれも事前確認の徹底で事例の多くは再発防止可能であるが指示出し原則の徹底も重要な因子である。
ドレン、チューブ類	【レベル3a】期限切れチューブの使用 緊急入院となった患者に経鼻的体内留置チューブを留置する際、ある型のチューブの使用が提案された。当該チューブは使用頻度が少なく長期保管部物品で使用期限が過ぎていたが、通水して閉塞がないことなどの安全確認をして使用した。後日、体外に出ているチューブの部分が簡単に折れてしまうことがわかり、チューブ入れ替えが行われた。	診療材料の中には、使用頻度が少なく長期保存されている在庫品がある。今回使用されたチューブもその一部で劣化(硬化)していた。本件を受けて各部門における期限切れ在庫保管品の一斉点検と処分を実施し、診療材料は全てシステムで在庫管理とする。 ※使用頻度の少ない特殊材料でも定数配置することで緊急処置への対応がスムーズとなる。しかし、高額な材料が未使用期限切れとなる可能性も高い。物品の適正管理と用事購入の検討、両面で安全管理をする。
療養上の場面	【レベル3b】転倒骨折 夜勤の巡視時に患者が床に座っているのを発見した。患者の記憶は曖昧で肘付近に擦過傷があったため医師の診察を行い処置をした。朝方、立位になった際、股関節の疼痛を訴えたためレントゲンを撮影。股関節痛が持続したため、整形・骨軟部腫瘍科診察および読影の結果、骨折有、骨頭置換術となった。	当該患者は高齢で体力低下がみられ、歩行も不安定であった。転倒のリスクを認識し患者と相談の上、ナースコールで看護師を呼ぶことになっていたが患者には気兼ねがあった。危険に対する予見と回避について家族も含めて安全策を検討するなど、個別性に応じた安全対策を医療チームとして検討して実施する。 ※転倒のリスクアセスメントを実施しているが、再評価のタイミングや多職種での評価などチーム医療での取り組みを展開する。

★チームとしてより良い成果を上げるために必要な能力を習得するエビデンスに基づいたチームトレーニングである。がんセンターでは幹部職員も含め毎年全職種が参加して実施しており、2チャレンジルールとは「一度言って受け入れられない場合でも2回はチャレンジする。2回チャレンジされたらされた側も適切に応える」という相互支援の原則である。