

○ 医療事故等包括公表について

医療の透明性と県民の皆様の医療に対する信頼性の向上を図るとともに、医療現場における安全性の確保に資するため、令和2（2020）年度における当センターの医療事故等の状況について公表します。

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/byouinkouhyou.html>

・レベル別件数

区分	レベル	内 容	件 数	
			令和2年度 (2020年度)	参考：令和元年度 (2019年度)
ヒヤリ・ハット事例 ※1	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。	160	209
	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。）。	577	696
	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。）。	472	384
	3a	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）。	154	86
医療事故 ※1	3b	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）。	2	2
	4a	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
	4b	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
	5	死亡（原疾患の自然経過によるものを除く。）	0	1
計			1,365	1,378

※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
薬 剤	注射、点滴、内服薬など	406
輸 血	血液検査、輸血など	13
治療・処置	手術、麻酔、処置など	217
医療用具	医療用具、医療機器など	15
ドレーン、チューブ類	チューブ、カテーテルなど	126
検 査	採血、撮影など	116
療養上の場面	転倒、転落、給食、栄養など	189
その他		283
計		1,365

（(公財)日本医療機能評価機構による分類に準じる）

事象分類	レベル 分類	代表的事例	対応策
療養上の 場面	2	<p>患者が薬を服用しようとして口にしたペットボトルの中身が液体洗剤だった。</p> <p>退院を控えていた患者は入院中に使用していた洗濯用液体洗剤の残りを持ち帰るために空のペットボトルに入れ替えていた。患者はこのことを失念し、ペットボトルを無意識に口に運び、口に入った液体が洗剤であることに気づき慌てて吐き出した。</p>	療養環境に潜む誤認の危険性をキャッチできるよう発生事案を院内に周知した。また、患者や第三者が誤認する可能性がある事象を確認したときは、その場で注意を促すとともに、警鐘事案として院内で共有することとした。
その他 (情報)	1	<p>看護師による入院予定患者の間診時に、カルテに入力されている既往歴の情報は、夫の既往歴であることが分かった。</p> <p>当該患者の間診票は、初診時に付き添ってきた夫が記載したものである。夫は自分自身のことと混同して記入しまい、提出された間診票の情報がそのままカルテに入力された。</p>	問診票は患者自身の情報が記載されていることが前提である。引き続き、患者と共に基礎情報を確認するなど患者参加の安全確認を継続し、誤情報の発見に努める。
治療	0	<p>抗がん剤治療前に患者の体重が前回より著しく減少していることに看護師が気づいた。医師、薬剤師に迅速に情報を提供し、抗がん剤の量を変更して再調剤することとなった。</p> <p>体重減少に気づかず前回と同量の薬剤が使用された場合、強い副作用をきたす可能性があったが未然に防止できた。</p>	抗がん剤の過剰投与は重大な医療事故につながる可能性がある。改めて治療前確認事項を遵守し、多職種が連携することにより、患者に最適で安全な治療の提供に努める。
薬剤	0	<p>保険薬局からの疑義照会に薬剤部で対応した際、同一薬効の重複投与に至る可能性を未然に防止し、誤解の解消、重複投与回避、並びに適切な服用期間の指示に至った。</p> <p>保険薬局からの照会内容は薬歴収集の不足など誤った情報を元にしたものであることを病院薬剤師が察知できたため、適切な情報確認を行い、安全な服薬指示に繋がった。</p>	①添付文書情報確認、②当該患者のカルテの確認、③相手先に詳細確認を重ねる、などの具体的な安全確認行動により、病院薬剤師と調剤薬局薬剤師の連携にもチーム STEPPS (※1) を活かして相互支援してゆく。
その他 (診察)	1	<p>患者を取り違えて診察を行った。</p> <p>医師は患者Aを呼び出したが患者Bが診察室に入室した。医師は入室した患者Bを患者Aと思い込んで診察・処方し結果をカルテに記録した。診察終了後、患者Bが受付に提出した書類が患者Aの氏名だったため、受付担当者が患者間違いに気づいた。</p>	診察室内では、診察開始前に必ず患者に名乗っていただき、開いている電子カルテの氏名と照合することを再度周知徹底するとともに、多職種が複数の場面で確認する体制を継続することとした。

治療・処置	3 b	<p>手術中に使用したガーゼのうち1枚が体内遺残となり、再手術を行って摘出した。</p> <p>閉腹前に確認したガーゼ使用枚数と回収枚数が合わずX線撮影を行った。複数の医師で所見を確認したがガーゼ遺残所見は認められず、家族に翌日CT撮影による再確認をする旨説明し閉腹した。翌日、CT撮影を実施したところガーゼの体内遺残が判明し、再開腹してガーゼ摘出術を行った。</p>	<p>ガーゼカウントのタイムアウト(※2)を実施するタイミングについて多職種で再検討し、「検体(臓器)摘出後、再建前」を原則ルールとした他、高解像度モニターによる検像、手術に入っていない医師による客観的読影など複数の対策をまとめ周知した。</p>
検査(医療機器)	1	<p>HCU(集中治療室)入院中の患者にカプセル内視鏡がオーダーされた際、カプセル内視鏡とHCU内モニターとの電磁干渉(※3)について詳細確認をした結果、検査が中止となった。</p> <p>当該病棟看護師が臨床工学技士と内視鏡室に問いあわせをした。関係者間で資料や説明書等を確認したことでHCUのモニター類とカプセル内視鏡の電磁干渉が判明し、HCU内で検査を実施することのリスクを回避することができた。</p>	<p>カプセル内視鏡が受ける他の医療用の各種電磁器機からの影響を最小にするための注意事項を再確認し、カプセル内視鏡検査を実施する際の禁忌や注意についてマニュアルに記載して院内に配布した。</p> <p>患者には、カプセル内視鏡検査中は、普段の生活において電磁波の発生源に近づかないよう文書による注意喚起を継続することとした。</p>

※1) チーム STEPPS : チーム STEPPS とは、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ための「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全職種が参加して実施している。気になることは声に出して伝える、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、仲間と目標を共有する、生じている問題を整理するなど、具体的な行動がとれるよう、4つの原則(コミュニケーション、リーダーシップ、状況モニター、相互支援)を学んでいる。

※2) タイムアウト : 全員が一旦手を止めて、必要事項を声に出して確認し合うこと

※3) 電磁干渉 : 複数の電気機器・電子機器相互間において発生する望ましくない電磁的影響。(電波がぶつかり合い不安定になる、正しく動作しない状況が生じたりすること)