

○ 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3（2021）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 <https://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3年度 (2021)年度	参考:令和2年度 (2020)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。	165	159
	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。）。	598	577
	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。）。	327	472
	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）。	104	153
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）。	6	4
	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	(※4) 1
計			1,200	1,366

※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

※4 原疾患の治療中に急変された事例。

・事象別件数

事 象	内 容	件数
薬剤	注射、点滴、内服薬など	363
輸血	血液検査、輸血など	16
治療・処置	手術、麻酔、処置など	107
医療用具	医療用具、医療機器など	28
ドレーン、チューブ類	チューブ、カテーテルなど	122
検査	採血、撮影など	138
療養上の場面	転倒、転落、給食、栄養など	213
その他		213
計		1,200

（(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

事象分類	レベル 分類	代表的事例	対応策
検査	1	<p>患者 A に渡す採尿コップを患者 B に渡してしまった。</p> <p>検査技師は、検査受付職員に患者 A が尿検査の再検査に戻って来ることを伝えた。間もなく患者 B が検査受付に来て「再検査があると言われてきました」と言った。検査受付職員は名前を確認せずに患者 A の採尿カップを渡してしまった。その後、患者 A が採尿カップを取りに来たことで採尿カップの渡し間違いが発覚した。</p>	<p>採尿コップの渡し間違えに気づかなかった場合、患者 A の診断や治療に影響を及ぼす可能性があった。再発防止策として、以下のことを周知した。</p> <p>① 患者誤認防止のため、患者自身に名前を名乗っていただく。</p> <p>② 患者と検体容器のラベル情報が一致することを声出し確認し、検体容器のラベル情報を患者に示して一緒に確認する。</p>
ドレーン・チューブ類	1	<p>患者に CV ポート針^{*1)} が留置されたままであることに気づかず退院させてしまった。</p> <p>看護師は、患者が一連の治療が終了した後も副作用に対して点滴をする可能性があったため、CV ポート針を抜針しなかった。追加の点滴をするのではなく退院を迎えた。CV ポート針の抜針を確認せずに退院させてしまった。外来受診時に、CV ポート針を抜針していなかったことが発見された。</p>	<p>CV ポート針を一定期間以上に留置した状態は、感染やポートが閉塞するリスクが高まる。再発防止として、以下のことを周知した。</p> <p>① 注射用留置針を使用しない場合、速やかに抜針する</p> <p>② 退院時チェックリストの確認行為を徹底する。</p>
その他 (記録・情報)	1	<p>手術予定患者に、病名の左右記載が違って記載された文書が発行されていた。</p> <p>看護師は、手術前の問診の際に同意文書の病名は、「右〇〇〇」、手術申込書には、「左〇〇〇」とあり、病名の左右記載が違うことを発見した。患者と共に手術予定部位を確認し、カルテ情報を確認の上、医師に報告した。医師が再確認し、正しい病名に修正された。</p>	<p>病名の左右記載間違いは、治療部位の間違いという重大な医療事故に繋がる可能性がある。この事例を全職員対象の医療安全研修の教材として採用し、確認行為や多職種連携の重要性について病院全体で学びを深めた。</p>
医療用具	1	<p>病室のナースコールの断線アラームが反応せず、ナースコールが使えない状態であった。</p> <p>入院患者付き添い家族からの指摘で発見された。スタッフは、離床センサーマットをセットする際に鳴る警報音を止めるために、断線アラームを停止設定に切り替えていたが、その設定を元に戻さすことを失念していたことが判明した。</p>	<p>患者と医療者を繋ぐナースコールが機能しないことは、重大な事故に繋がりがねない。速やかに、院内すべてのナースコールシステムを点検し、正しく作動することを確認した。また、ナースコールシステムに関わる職員に対し、定期点検の実施や取り扱いの留意点を周知した。</p>

・ 代表的事例及び対応策

事象分類	レベル 分類	代表的事例	対応策
療養上の 場面	3 b	<p>外来患者用更衣室内で患者が更衣中に転倒し、骨折した。</p> <p>患者は外来検査のため家族と来院した。患者は治療の影響から指先のしびれがあったが、更衣室には1人で入り、ズボンを脱ごうとした際にバランスを崩して転倒した。患者は携帯電話で付き添いの家族に助けを求め、家族から職員に報告された。</p> <p>打撲部位を検査したところ、四肢の骨折が判明し入院加療した。</p>	<p>転倒転落検証 WG で、安全対策を検討し、以下の3点を改善した。</p> <p>① 更衣室に配置してある椅子の利用を呼び掛ける掲示を行った。</p> <p>② 更衣室内のナースコールの位置を明示する掲示を追加した。</p> <p>③ 医療者の介助や家族と一緒に利用できる更衣室もあるため、介助を要すると思われる方への声掛けや案内表示を行った。</p>
検査	0	<p>閉所恐怖症で検査困難の経過があった患者に対し、多部門と連携してCVポート留置を実施できた。</p> <p>点滴治療のためにCVポート留置が予定された患者について、閉所恐怖症によりMRI検査やCT検査が困難だった経過があるとの情報を外来看護師から伝達された。当センターでは、CVポート留置は、IVR室において閉鎖的な環境で行うことが通例である。</p> <p>そこで、IVR科医師、外来看護師など関係部署職員が連携して患者に治療室の見学や体位の確認などを事前に実施した結果、患者は不安を軽減してCVポートを安全に留置することができた。</p>	<p>外来看護師が収集してきた有効な情報を他部門に適宜に伝達されることにより、安全に処置を行えた Good-Job 事案である。</p> <p>当センターでは、事故を未然に防ぐことに繋がった良い気づきや行動を Good-Job 事案として報告することを推進し、医療安全推進室から全職員に発信することにより、医療安全への意識向上に取り組んでいる。</p>

※1)「CVポート」とは、皮下埋め込み型中心静脈アクセスポートをいう。専用の注射針を留置することで、中心静脈に薬液注入ができる。