

○ 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6（2024）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。

・レベル別件数

区分	レベル	内 容	件 数	
			令和6年度 (2024)年度	参考:令和5年度 (2023)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。	306	249
	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。）。	600	700
	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。）。	277	328
	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）。	59	88
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）。	8	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	1
	5	死亡（原疾患の自然経過によるものを除く。）	0	1
計			1,250	1,371

※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	370
輸血	血液検査、輸血など	23
治療・処置	手術、麻酔、処置など	113
医療用具	医療用具、医療機器など	39
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	112
療養上の場面	転倒、転落、給食、栄養など	208
その他		263
計		1,250

((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
治療・ 処置	0	<p><b>外来化学療法センターで未然防止につながった事案。</b></p> <p>① 抗がん剤治療前の医師診察後に、採血結果で血小板が低いことに看護師が気づき、医師に報告した。前回の抗がん剤治療の影響が残っていたため、治療が延期になった。</p> <p>② 抗がん剤治療前に、患者さんの体重が前回より著しく増えていることに気づいた。医師と薬剤師に迅速に情報提供し、体重に合わせた抗がん剤の量に変更して実施できた。</p>	<p>Good-job 報告として取り上げた。</p> <p>抗がん剤治療は、採血結果や体重により安全に実施できるか判断しているため、投与当日の患者さんの状態を正しく把握していないと、重大な医療事故につながる可能性がある。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。</p>
療養上 の場面	1	<p><b>同姓の患者さんを誤った病棟へ案内してしまった事案。</b></p> <p>入院受付の際、患者Aさんのファイルに同姓の患者Bさんの書類を入れて渡し、誤った入院病棟へ案内してしまった。</p>	<p>基本的な患者確認方法として、患者さんに名乗っていただき、電子カルテや書類の氏名と照合することを、再周知した。</p>
注射・ 麻薬・ 誤薬	2	<p><b>麻薬の量を間違い過小投与になった事案。</b></p> <p>麻薬A (20 mg) 3本と生食で作成するところ、麻薬A (2 mg) 3本と生食で作成し投与したため、過小投与となった。薬剤部から払い出される際に、20 mgと 2 mgのアンフルを誤って払い出されたが、払出時、作成時、返却時に気づけなかった。</p>	<p>再発防止策として、以下のような対策を行った。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 薬剤部から麻薬を払い出す際のダブルチェックの方法を具体的に示した。</li> <li>2 使用頻度が少ない 2 mgは削除した。</li> <li>3 麻薬使用後の返却方法について、各部署の状況を確認し対策をとった。</li> </ol>
転倒	3a	<p><b>外来駐車場で転倒した事案。</b></p> <p>診察終了後、駐車場に向かう階段を上ったところで、木の植え込み部分につまずき転倒した。膝と額から出血があり、傷を処置し、頭部 CT を撮影した。骨折や頭蓋内出血はなかった。</p>	<p>外来駐車場を点検した。木の植え込み部分の土が減り、根がむき出しになっている箇所が複数あった。植え込み部分を通らずに、アスファルトで舗装されている通路を通るよう、フェンスと案内板を設置した。</p>
内服・ 坐剤・ 一般薬・ 誤薬	3b	<p><b>座薬の包装シートを外さずに使用してしまった事案。</b></p> <p>便秘のため座薬が処方された。看護師が実施しようとするが、患者さんが自分で使用することを希望した。使用後は包装を残しておくよう説明し退室した。5分後訪室すると「入れるのが大変だった」と言ったため確認すると、包装をとらずに使用したことがわかった。医師診察の結果、大腸内視鏡で取り出すことになり、直腸穿孔を起こさずに回収できた。</p>	<p>再発防止策として、以下のような対応を行った。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 坐薬はできるだけ看護師が実施するよう、患者さんにも協力してもらう。</li> <li>2 患者さんが自分で使用することを希望した時は、看護師が包装を外して渡す。</li> </ol>