

平成 29 年度 小田原市立病院 インシデント・アクシデント

1. 件数

レベル別項目別

区分	件数
レベル 0	152
レベル 1	1,023
レベル 2	372
レベル 3 a	78
レベル 3 b	10
レベル 4 a	0
レベル 4 b	0
レベル 5	0
その他	253
合計	1,888

(表 1)

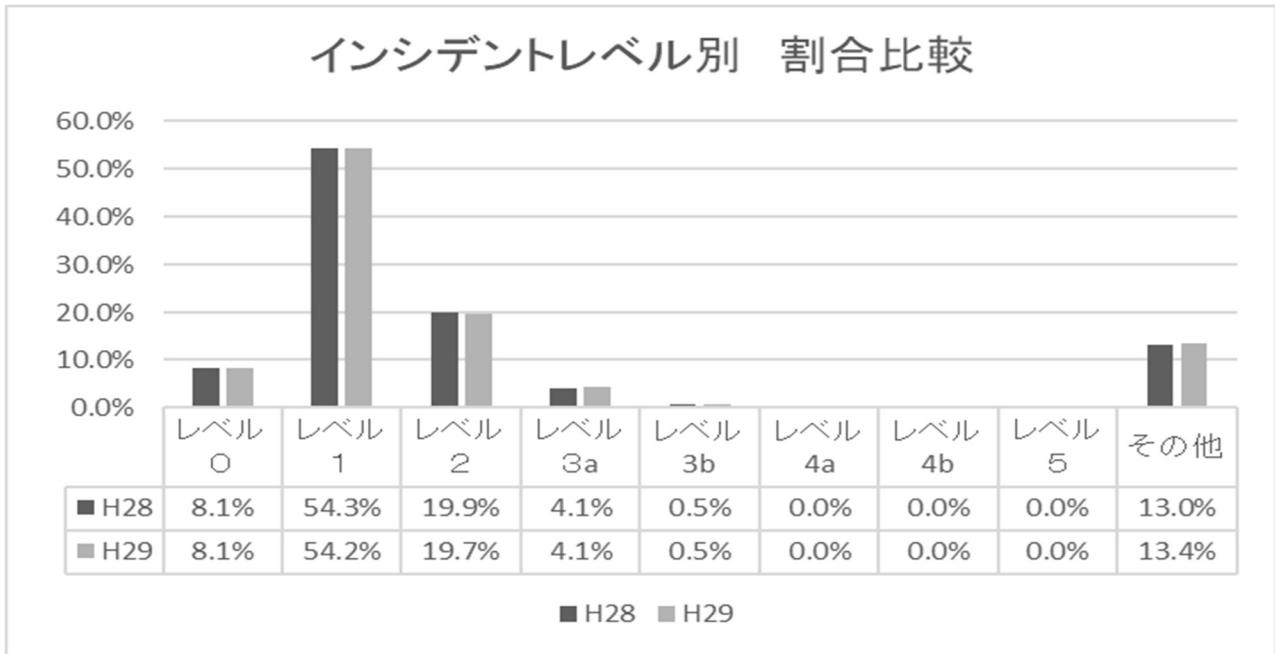
項目	件数
診療に関するもの (与薬、処置、手術 等)	1,302
療養上の場面に関するもの (転倒、転落 等)	424
その他 (接遇、感染 等)	162
合 計	1,888

(表 2)

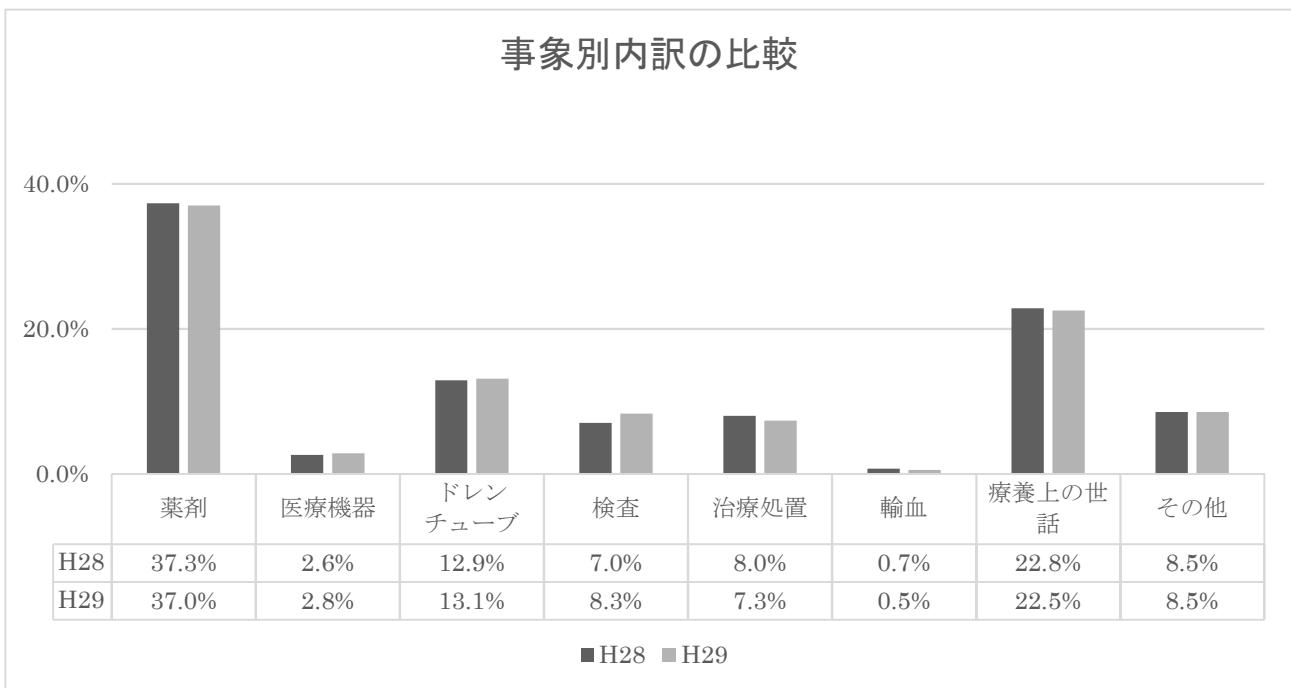
小田原市立病院におけるインシデント・アクシデントの推移 (単位: 件)

区分	H27	H28	H29	患者への影響
レベル 0	138	150	152	患者に実施されなかった
レベル 1	1,092	1,001	1,023	患者には変化が生じなかった
レベル 2	251	367	372	観察の強化や検査の必要性が生じた
レベル 3 a	56	75	78	簡単な治療や処置の必要性が生じた
レベル 3 b	12	10	10	治療・処置の必要性、入院日数の延長が生じた
レベル 4 a	0	0	0	障害や後遺症が残った 美容上の問題は伴わない
レベル 4 b	0	0	0	障害や後遺症が残った 美容上の問題を伴う
レベル 5	0	0	0	事故が死因となった
その他	221	240	253	施設上の問題 医薬品の紛失、破損
合計	1,770	1,843	1,888	

(表 3)



(図 1)



(図 2)

2. 結果及び分析

平成 29 年度、インシデント・アクシデントレポート報告件数は 1,888 件でした。

今回、インシデント・アクシデントレポートを公表するにあたり、平成 28 年度と平成 29 年度のレベル別の変化を比較し分析しました。(図 1、図 2)

「小田原市立病院におけるインシデント・アクシデントの推移」(表 3) に示したように、平成 29 年度インシデント報告件数に大きな変化はみられていません。

① インシデント・アクシデントレベル別件数は、H28 年度とほぼ変化は認めておりませんが、今後も職員一同医療安全の徹底に努める所存です。

具体的な例として、患者誤認防止に関しては、検査や処置の前に患者に氏名を名乗っていただくことに加え、H29 年度は「タイムアウトの実施」を取り入れました。これは、検査、処置に携わるスタッフ全員で開始前に「患者氏名、検査・処置名、左右、部位」の声出し確認をするという確認方法です。今後もチーム医療を提供するうえで継続して実施していきたいと考えています。

- ② 事象別内訳の比較に関しても、H28 年度と大きな変化は認めておりません。薬剤関連が多く発生しており、内服薬の投薬忘れ、中止薬の実施などが多く報告されました。また、注射、点滴では血管外漏出が前年度に比べ報告件数の増加が目立ちました。対策として、院内マニュアルの再整備、早期発見のためのチェック方法の見直し、発見後の対応フローの改訂などに取り組んでいます。
- ③ 平成 28 年度と比べ、アクシデントに区分される「レベル 3b」の増加はなく、「レベル 4a、4b、5」のアクシデント発生は認めておりません。

今後も、注意点や改善点を周知徹底することで、安全で質の高い医療の提供に繋げていきたいと考えています。

3. 主な事例概要と再発防止策

種類	概要（代表的事例）	改善策（再度起こさないための方策）
薬（内服）	① 配薬・内服確認忘れ ② 量や時間の間違い ③ 重複処方・内服 • ジェネリック薬 • 持参薬 ④ 調剤後の監査で間違えを発見できなかった	• 薬の内容を確認徹底 (薬品名、量、用法、日時、患者名) • 配薬時の患者確認の徹底（フルネーム、ID番号の指差し・声だし確認） • 調剤された薬剤の監査の徹底 • 疑義照会時のスムーズな対応、診療部との連携、情報交換 • お薬手帳の活用、薬剤師会との情報共有・連携
薬（注射）	① 施行忘れ ② 投与量間違い ③ 投与速度間違い ④ 患者間違い ⑤ 血管外漏出	• ダブルチェック方法の行動確認、 • チェック用紙の改訂 • 研修会実施 • 患者認証システムでの確認徹底 • 院内マニュアルの再整備、早期発見のためのチェック方法の見直し、発見後の対応フローの改訂
手術・処置	① 実施忘れ ② 指示変更時のもれ ③ 記録記載の不備	• 処置を実施する時間の調整 • 医療チーム内の連携強化 新たな看護方式の導入による連携強化 • 勤務終了時、未実施項目の再確認の徹底
検査	① 採血、レントゲン等の実施忘れ ② 時間や日付違い	• 勤務開始時の電子カルテに指示登録されている検査のチェック、また終業時の検査終了のチェックの徹底 • 検査時の注意点・手順の周知徹底、教育
転倒転落	① トイレに行こうとして転んだ ② 更衣中に転んだ ③ 歩行練習中に転んだ ④ クロックスタイルのサンダルでつまづいて転んだ	• 入院中の履き物について、スリッパ・サンダル（クロックスタイルも含む）を禁止する • 定期的な研修実施 転倒予防対策、転倒後対策、介助歩行、移乗方法 • けが防止対策 衝撃吸収マットの導入 • 転倒する危険性の高い患者・家族へ個別の説明、指導の充実
チューブトラブル	① 管を自分で抜いた ② 管が自然に抜けた	• 院内基準に準じたドレーン、チューブの固定の周知徹底、実施 • 医療者間でのドレーン、チューブの抜去のリスクの査定と共有
栄養	① 食事提供の際の異物混入（毛髪等）の指摘 ② 部署間の連携不足による食事の未提供	• 調理時、配膳時の異物混入防止対策の徹底を図る • 各部署での確認作業の徹底 • 緊急入院、急な食事内容の変更など、部署間の連携強化