

小田原市立病院インシデント・アクシデントの状況について

小田原市立病院は、患者の権利を尊重した患者中心の医療に努めると共に、地域基幹病院としての機能を発揮し、地域住民から信頼され愛される病院を目指し、職員一同、患者への安全で質の高い医療の提供を目指し日夜努力しています。

当院では医療事故等に関し、医療の透明性を高め安全管理を充実させる目的で、当院の公表基準に準じ、インシデント・アクシデント事例を公表しています。

インシデント・アクシデントの原因は、個人や組織の問題、不可抗力など様々で、発生する事故も千差万別です。したがって、どんな些細なことでも、それを包み隠さず報告し、事例を共有し再発防止につなげることが大切だと考えています。

インシデント・アクシデント事例の公表という取り組みが、当院の安全管理体制の構築、医療事故防止の助けとなり、より安全な医療を患者へ提供できるよう職員一丸となり研鑽しています。

1. インシデント・アクシデントの区分

(1) インシデント（レベル0、1、2、3 a）

実際に患者に被害を及ぼすことがないか、非常に軽微で「ヒヤリ」としたり「ハッ」とした経験を有する事例で医療事故には至らなかった事例

(2) アクシデント（レベル3 b、4 a、4 b、5）

過失の有無にかかわらず、医療にかかわる場所で、医療の全過程において発生する人身事故

※ 医療事故とは、患者が本来持っていた疾病や体質などの基礎的条件によるものではなく、医療において、その目的に反して生じた有害な事象をさす。医療内容に問題があつて起きたものと医療内容に問題がないにもかかわらず起きたものがある。

(3) その他

コミュニケーションの問題や苦情、医薬品の紛失など医療行為に関する以外のもの
予期できなかった全く過誤のない事例

区 分		内 容
インシデント	レベル0	間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった場合
	レベル1	間違ったことを実施したが、患者には変化が生じなかった場合
	レベル2	事故により、患者に何らかの影響を与えた可能性があり、観察の強化や検査の必要性が生じた場合
	レベル3 a	事故により患者に何らかの変化が生じ、簡単な治療・処置の必要性が生じた場合
アクシデント	レベル3 b	事故により患者に何らかの変化が生じ、人工呼吸器の装着や手術など濃厚な治療・処置の必要性を生じた場合
	レベル4 a	事故により患者に軽度の障害・後遺症が残ったが、美容上の問題は伴わない場合
	レベル4 b	事故により患者に有意な障害・後遺症が残った、美容上の問題を伴った場合
	レベル5	事故が死因となった場合
	その他	患者・家族からの苦情、医薬品の紛失、医療従事者に発生した事態、予期できなかった全く過誤のない事例

平成 30 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	147
レベル 1	1039
レベル 2	340
レベル 3 a	81
レベル 3 b	14
レベル 4 a	0
レベル 4 b	0
レベル 5	0
その他	244
合計	1,865

(表 1)

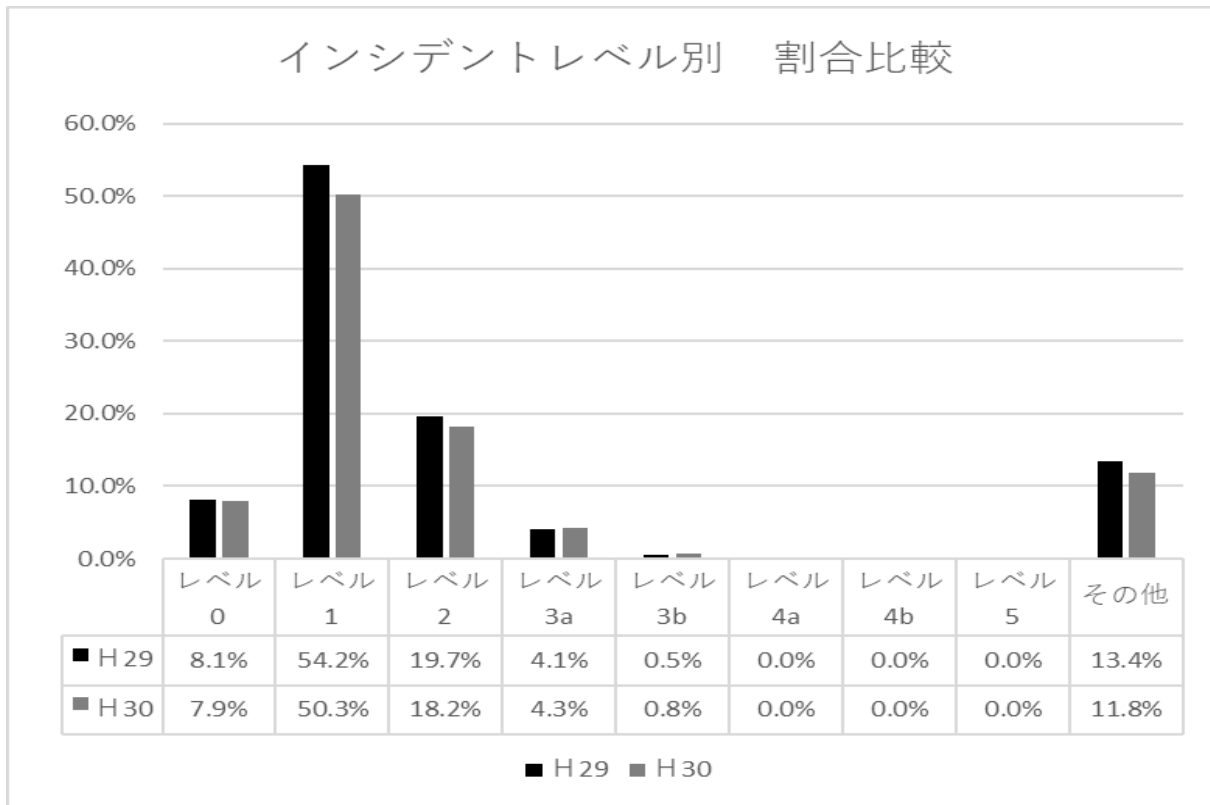
項目	件数
診療に関するもの (与薬、処置、手術 等)	1,273
療養上の場面に関するもの (転倒、転落 等)	446
その他 (接遇、感染 等)	146
合計	1,865

(表 2)

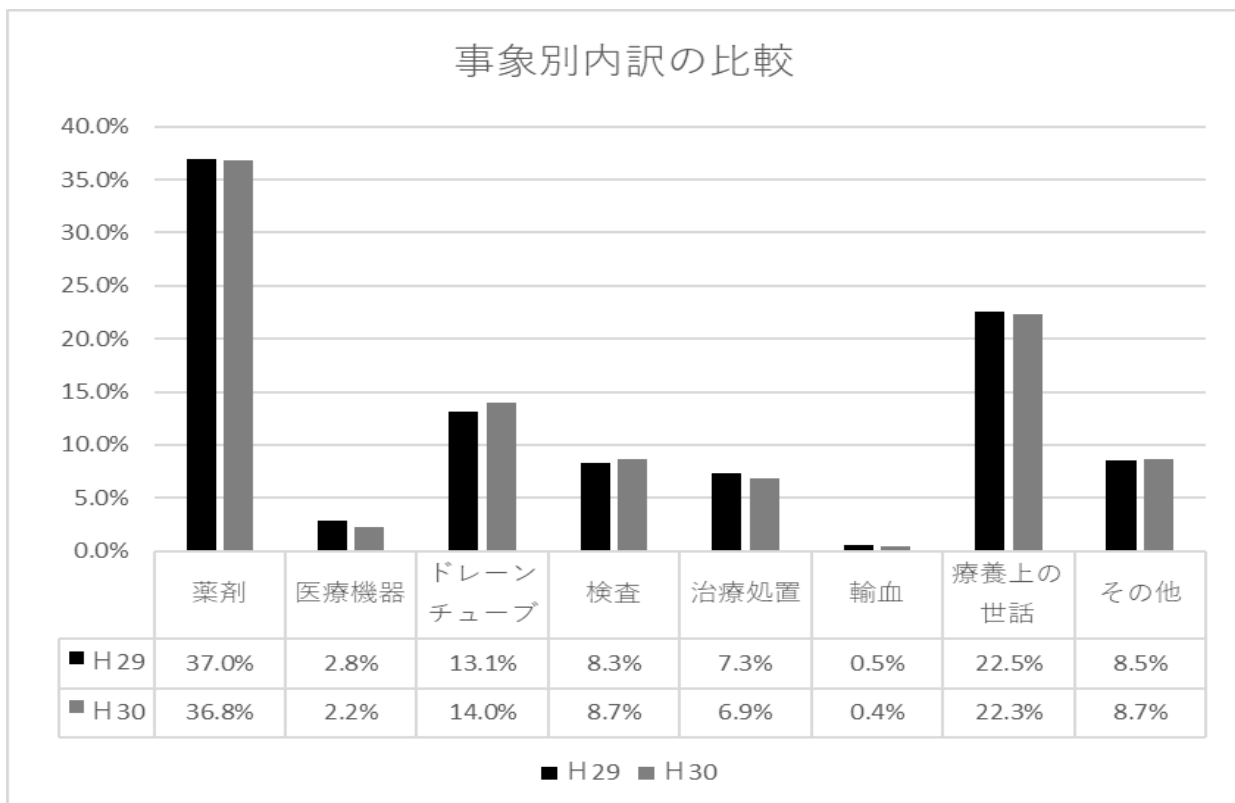
小田原市立病院におけるインシデント・アクシデントの推移 (単位：件)

区分	H28	H29	H30	患者への影響
レベル 0	150	152	147	患者に実施されなかった
レベル 1	1,001	1,023	1039	患者には変化が生じなかった
レベル 2	367	372	340	観察の強化や検査の必要性が生じた
レベル 3 a	75	78	81	簡単な治療や処置の必要性が生じた
レベル 3 b	10	10	14	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	240	253	244	施設上の問題 医薬品の紛失、破損
合計	1,843	1,888	1,865	

(表 3)



(図 1)



(図 2)

2. 結果及び分析

平成 30 年度、インシデント・アクシデントレポート報告件数は 1,865 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 29 年度と平成 30 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 30 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、H29 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 年度からは「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、H29 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、点滴での血管外漏出に関しては前年度の報告と対策をふまえ、院内マニュアルの遵守、早期発見のためのチェックと発見後の対応フロー等を活用し、血管外漏出の防止に取り組んでいます。

- ③ 平成 29 年度と比べ、アクシデントに区分される「レベル 3b」の大きな増加はなく、「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おります。

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）	<ol style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック薬 ・持参薬 ④ 調剤後の監査で間違いを発見できなかった 	<ul style="list-style-type: none"> ・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）	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ol style="list-style-type: none"> ① 実施忘れ ② 指示変更時のもれ ③ 記録記載の不備 	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ol style="list-style-type: none"> ① 採血、レントゲン等の実施忘れ ② 時間や日付違い 	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ol style="list-style-type: none"> 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 クロックスタイプのサンダルでつまづいて転んだ 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中の履き物について、スリッパ・サンダル（クロックスタイプも含む）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	<ol style="list-style-type: none"> ① 管を自分で抜いた ② 管が自然に抜けた 	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・調理時、配膳時の異物混入防止マニュアルの作成 ・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