

小田原市立総合医療センター インシデント・アクシデント報告

1. 医療事故等の公表

小田原市立総合医療センターは、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て取り組んでいます。

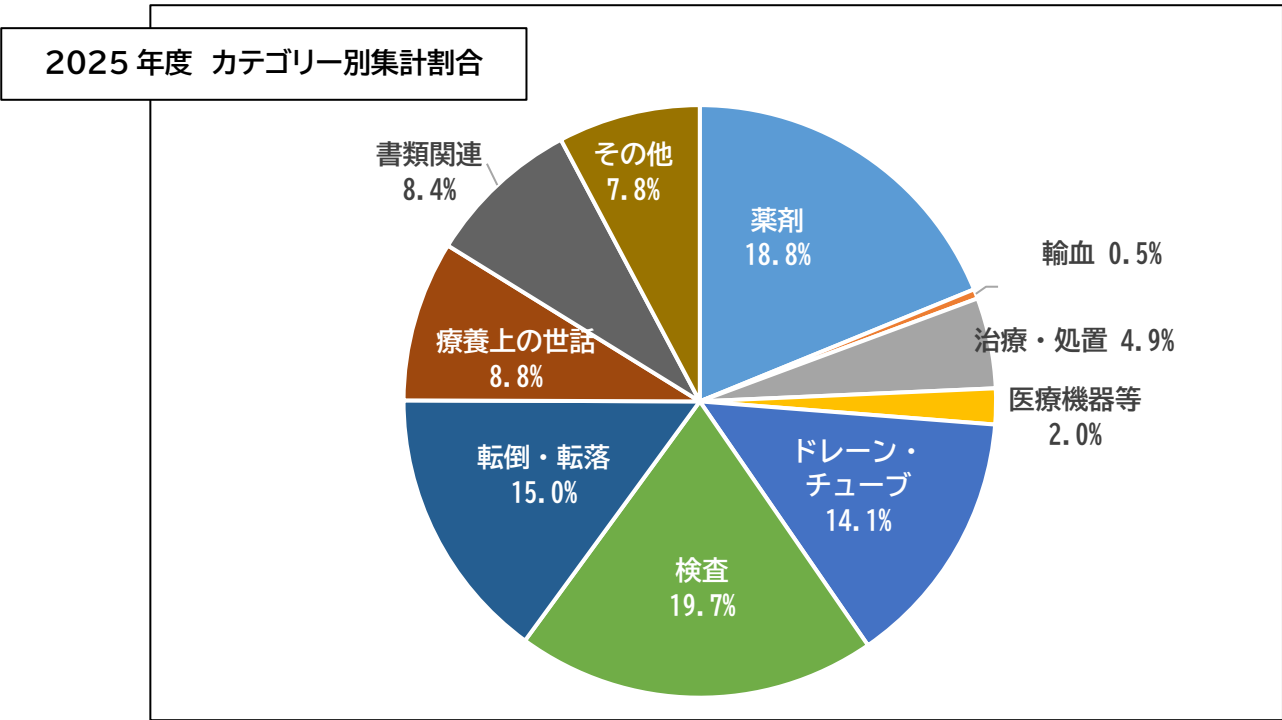
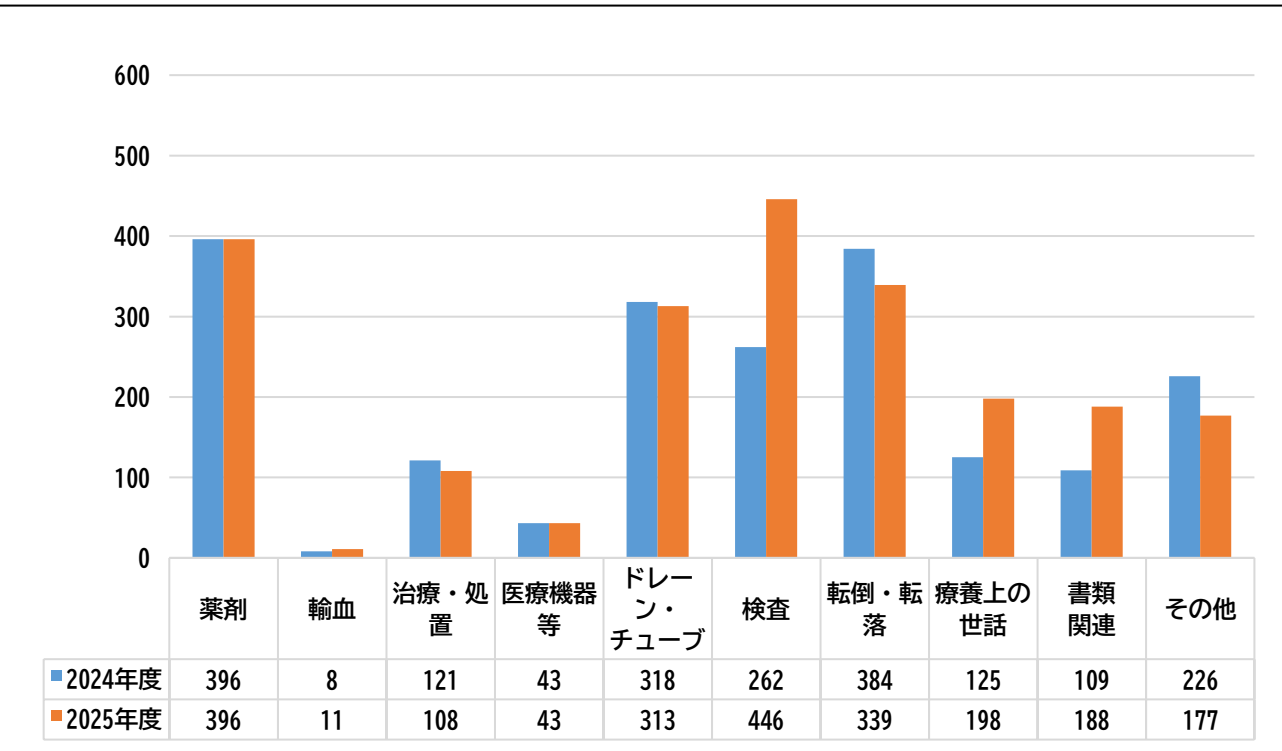
医療事故等に関して、医療の透明性を高め安全管理を充実させる目的で、当院の公表基準に基づきインシデント・アクシデント事例を公表しています。事例の公表という取り組みが、当院の安全管理体制の構築、医療事故防止の助けとなり、より安全な医療を提供できるよう職員一丸となり研鑽しています。

2. 医療事故等報告件数の推移

レベル		内 容	報 告 件 数		
			2023 年度	2024 年度	2025 年度
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事例	477	434	659
	レベル1	実害は無いが、何らかの影響がある可能性ある事例	877	882	762
	レベル2	観察強化や検査の必要性が生じた事例（処置・治療なし）	473	469	503
	レベル3 a	消毒・湿布・皮膚縫合・投薬など、簡単な処置や治療を要した事例	87	92	112
アクシデント	レベル3 b	事故により手術・骨折・入院日数の延長などの治療を要した事例	18	24	18
	レベル4 a	事故により永続的な障害や後遺症は残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない事例	0	0	0
	レベル4 b	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事例	0	0	0
	レベル5	原疾患の自然経過を除く死亡	0	0	0
	オカレンス報告	治療経過上で発生した有害事象により、患者に不利益を生じた事例		33	14
	その他	施設上の問題、医薬品の紛失・破損医療従事者に発生した事態等	309	58	149
合 計			2,241	1,992	2,217

カテゴリー別集計結果

診療に関する項目						療養上の場面に 関する項目		その他	合計
薬剤	輸血	治療処置	医療機器	ドレーン類	検査	転倒	療養上の 世話		
396	11	108	43	313	446	339	198	363	2,217
						537			



3. 2025 年度 医療事故等の代表的事例概要と再発防止策

種類	概要（代表的事例）	再発防止策
薬 剤	夜間に指示された点滴を準備する際、病棟にストックがなかったことから、救急カートの中に常備されていた薬剤を取り出したところ誤った薬品を取り出し、点滴を実施した。	・ ストック薬は極力使用せず、薬剤師が指示確認し払い出された薬剤を使用する ・ 救急カートは緊急時以外使用しないルールとし、封印テープを採用した
	点滴の内容をダブルチェックで確認した。しかし、一つのトレーに複数の点滴を入れており、更にすぐに調剤しなかったため、点滴内に混注するべき薬剤が正しく調剤されないまま点滴が実施された。	・ 点滴は1 施用 1 トレーで準備する ・ 点滴ダブルチェックのルール変更 点滴実施直前に2 回目の確認者がチェックし、その後すぐに薬剤の調剤を行う
転倒・転落	自分の部屋がわからなくなった患者が廊下に立っていたため、声をかけ病室に案内しようとしたところで転倒し、患者は前額部を受傷し鼻出血が見られた。患者は退院当日だったが、急性硬膜下血腫発症の恐れがあることから退院が1 日延期となった。	・ 他院で同様の事例後、転倒 12 時間後に急変し急性硬膜下血腫を発症していたという報告があったことから、退院は頭部打撲後 24 時間以降とする ・ 退院の際は「頭部を打撲された患者さんへ」というリーフレットを渡し、症状出現時の受診説明を行うこととした
治療・処置	手術前には手術部位のマーキングをすることになっているが、医師が患者から左右のどちら側を手術するか尋ねたところ、患者が間違えて答えたため左右を誤ってマーキングした。その後、看護師が手術同意書と照合して誤りに気づいた。	・ これまで、医師がマーキングを行った後、看護師が手術同意書と照合して確認していたが、マーキングを実施する医師、その後確認する看護師それぞれが自分の目で同意書を確認する方法へ変更した
検 査	入院患者の血液検査で患者確認を怠り、採血の誤認が発生した。採血データがこれまでの推移と異なることから医師が患者誤認を疑い発覚した。	・ 患者確認行動の徹底 検査前、患者にフルネームを名乗ってもらいネームバンドと採血検体を照合する ・ 検体検査に患者確認のバーコード認証導入
療 養 上 の 世 話	食事配膳時、同姓の患者がいることに気づかず誤配膳した。患者にフルネームで名乗ってもらいネームバンドを見ていたが、食札との照合をしなかったため間違いに気づくことができなかった。その後、患者の指摘で気づいた。	・ 配膳時の確認行動の動作を統一した 配膳時、まず食札を手に取り患者に名乗ってもらいネームバンドを見ながら照合する ・ 食札に患者確認のバーコード認証を導入
書 類	他院へ送付する書類の誤送付 電子カルテの検索システムから宛先を選択する際、同じ名称の医療機関を選択していた。	・ 紹介元へ書類を送付する場合は電子カルテシステムの「返書ボタン」を活用し宛先の誤りを防止する
	コピー機の中に他患者の検査データが残っており、外来診療中に誤って渡してしまった。	・ 検査データは安易に出力しない ・ 出力したら速やかに自身で回収する ・ 患者に渡す前に患者と一緒に確認する