

令和6年度平塚市民病院医療事故等の公表

令和7年6月27日
病院長 中川 基人

平塚市民病院では、市民が安心して受診できるよう、常に安全で質の高い医療の提供を目指し努力しています。その取組の一環として、診療の透明性を高め、患者・市民の知る権利に応えるとともに、医療機関への情報提供を通じて同様の事故を未然に防ぐ一助とするため、院内で発生した医療事故等を「平塚市民病院医療事故公表基準」に基づき、一括して公表しています。

1 公表の方法

「医療事故等のレベル」及び「公表基準」に基づき、年度ごとに一括公表します。公表の対象は、事故報告件数及び代表的な事例とします。医療事故に関して個別公表が必要と判断される場合は、会見により公表します。

2 対象となる事例の範囲

(1) 医療事故等

- ア 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例
- イ 誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例
(行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る)
- ウ ア、イに掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例

(2) インシデント事例等

- ア 医療に誤りがあったが、患者に実施される前に発見された事例
- イ 誤った医療が実施されたが、患者への影響が認められなかった事例または軽微な処置・治療を要した事例。ただし、軽微な処置・治療とは、消毒、湿布、鎮痛剤投与等とする。
- ウ 誤った医療が実施されたが、患者への影響が不明な事例
- エ 誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者に予期しなかった軽微な処置・治療を要した事例又は予期しなかった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

3 医療事故等の公表の判断について

報告された医療事故等について、病院内の医療安全に関する委員会等において速やかに検討を行い、院内事故調査委員会等の設置の必要性、検討事例が公表事例に該当するか否かの判断、公表の時期、公表の内容、公表の方法について、医療安全に関する委員会等での意見を踏まえ、病院長が決定する。

4 インシデント・アクシデント公表の基準

(1) 医療事故等のレベル

区 分	レベル	内 容
インシデント	0	エラーや医薬品、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場合
	1	患者への実害がなかった場合（何らかの影響を与えた可能性は否定できない。）
	2	処置や治療は行わなかった場合（観察の強化、バイタルサイン軽度変化、検査の必要性を生じた。）
	3 a	簡単な処置や治療を要した場合
アクシデント	3 b	濃厚な処置や治療を要した場合
	4	永続的な後遺症が残る（残った）場合
	5	事故が死因となった場合（原疾患の自然経過によるものは除く。）

(2) 公表基準

レベル	医 療 過 誤	過失のない医療事故
0	一括公表	
1		
2		
3 a		
3 b		
4	個 別 公 表	一 括 公 表 ※
5		

※レベル 4、5のうち過失のない医療事故については一括公表とし、個々の事案ごとには公表しませんが、社会的影響を考慮のうえ個別公表を検討します。

上記のほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例については、緊急性に応じて速やかに、又は一括して事例を公表します。

5 インシデント・アクシデント報告件数

【レベル別件数の前年度比較】

(単位：件)

レベル	令和 5 年度	令和 6 年度
0	1,302	1,380
1	1,390	1,561
2	453	485
3 a	33	25
3 b	1	4
4	0	0
5	0	0
合計	3,179	3,455

インシデント・アクシデントレポート報告件数は、「病床数の 5 倍、その内 1 割が医師からの報告であること」が、医療安全活動の透明性の目安であるとされています。当院では、全報告 3,455 件、医師報告 219 件（病床数 416 床の 5 倍 2,080 件、医師報告 その内の 1 割 208 件）と目安を超えており、また、全報告件数の約 40%が患者に実施されない段階で発見されるレベル 0 の報告であることから、「ミスを未然に防ぐために報告をする」という安全意識が定着していることがうかがえます。

軽微なインシデントを積極的に報告し、改善に努める姿勢と、事象が発生する前にリスクを予測し、対策を講じるリスクマネジメントが職員間で共有されていることの表れと考えられます。

入院患者の高齢化、医療の高度化・複雑化に伴い、エラー起因も複雑で報告数を増加させる要因となりましたが、レベル 4～5 といったレベルの高いアクシデント発生はありません。

6 インシデント・アクシデント報告件数の内訳

【項目別内訳】

（単位：件）

項 目	令和 5 年度	令和 6 年度
内服	782	705
注射	452	521
チューブ類管理	589	708
検査	516	673
療養上の世話等	373	389
*転倒転落	*201	*205
医療機器等	92	106
栄養・給食	117	136
その他	258	217
合計	3,179	3,455

報告項目では、医薬品（内服・注射）に関するエラーが報告数全体の約 35%を占めています。引き続き、各病棟に配置した薬剤師による疑義照会強化、看護師による投薬時認証システム確認等、より安全な医療が提供できるよう努めます。

7 代表的な改善項目及び安全対策

分類	項目	改善内容及び安全対策
診断	診断報告者見落とし予防	【報告書確認管理者を配置】 画像・病理診断報告書の未確認によって生じた診療の遅れは患者に与える影響が高い。医師個人が確認を忘れないように注意するだけでは、未確認リスクを十分に低減することが難しいため、医療安全管理センターに専属の報告書確認管理者を配置。報告書確認状況の把握、診断報告から治療が開始しているか確認する管理体制を構築した。重要な診断報告書確認率はこの体制構築後より100%を維持している。
チーム医療	特定行為看護師の育成	【特定行為看護師導入】 特定行為看護師の院内育成を推進し、本年度初めて特定行為研修修了者を輩出した。特定行為看護師の育成を継続的に行うことにより、医師・看護師の業務連携が強化され、迅速かつ適切な医療提供が可能となる。引き続き安全確保に寄与できる体制向上を目指す。 ※特定行為看護師とは、医師の包括的な指示のもと一定の医療行為を実施する看護師
倫理	身体抑制適正化	【認知症ケアスクリーニングの徹底】 厚生労働省の通知に基づき「緊急やむを得ない場合を除き身体拘束禁止」を目標に、身体抑制適正化委員会を新設した。認知症ケアチームによる定期的ラウンド・カンファレンスの結果、身体抑制率は令和4年度21%、令和5年度16%から、令和6年度には13%まで低下した。今後も多職種連携を強化し身体抑制ゼロを目指す。 また、職員の認知症ケア及び抑制適正化に対する理解を深めるため、2024年11月・12月に全職員を対象に「認知症とせん妄」についての研修会を開催した。
薬剤管理	周術期における抗血栓薬等の休薬基準	【周術期休薬期間の明確化】 抗血栓薬等服用患者の周術期出血リスク管理を目的に、明確な休薬基準を作成した。特に抗凝固薬・抗血小板薬に対しては、術式や処置ごとのリスクを分類し、患者の安全性を最大限に高める措置を導入するとともに、同種同効薬が複数存在することや治療・処置が多岐にわたることを考慮し、医師が誤ることなく適切に薬剤コントロールを行えるように、休薬基準を整理・統一した。
感染管理	COVID-19 感染初期の偽陰性予防	【COVID-19 抗原定量検査の再検範囲見直しと感染管理強化】 COVID-19 感染初期の偽陰性を防ぎ、院内アウトブレイクのリスクを軽減するため、抗原定量検査結果の再検範囲を拡大した。再検後、陰性だが定量値が高めの場合、感染管理センターと情報共有を行い24時間経過後、再検査を推奨するなど積極的な感染予防策を導入した。