

令和 7 年度平塚市民病院医療事故等の公表

令和 8 年 6 月 30 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の未然防止を図るため、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6年度	令和7年度
0	1,380	1,546
1	1,561	1,529
2	485	513
3 a	25	24
3 b	4	5
4	0	0
5	0	0
合計	3,455	3,617

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 3,617 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 43%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 6 年度	令和 7 年度
内服	705	795
注射	521	482
チューブ類管理	708	667
検査	673	716
療養上の世話等	389	514
*転倒転落	*205	*251
医療機器等	106	112
栄養・給食	136	153
その他	217	178
合計	3,455	3,617

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	【報告書確認管理体制の充実と全検査種別への拡大】 前年度に医療安全管理センターへ配置した専属の報告書確認管理者による取り組みをさらに充実させ、令和7年度はCT・MRI・RI・超音波・内視鏡・病理（組織診・細胞診）のすべての検査種別へ対象を拡大した。定期的な未確認状況の把握と、見落としリスクの高い場面（研修医による検査依頼・医師の退職・異動・新任着任など）に応じた個別通知を組み合わせた管理運用により、体制構築以降、重要な診断報告書確認率100%を継続して維持している。また病理領域では悪性所見の優先通知対応を開始し、診断報告から治療につなげる管理体制をさらに強化した。
チーム医療	特定行為看護師	【特定行為看護師の院内育成と活動拡大】 令和6年度に初めて院内育成による研修修了者を輩出して以降、育成をさらに推進した結果、令和7年10月に新たに4名が修了し、累計8名となった。また、特定行為看護師全体で対応できる行為は10区分15行為へと拡大し、より広範な看護実践体制が整備された。活動実績においても、院内育成による研修修了者の特定行為実施件数は令和6年度の15件から令和7年度には173件へと約11.5倍に増加した。さらに定期的な特定行為活動日を設け、特定行為看護師が各病棟をラウンドし、担当看護師とともに患者をアセスメントすることで異常の早期発見・早期対応につなげる体制を構築した。※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	身体拘束適正化	【身体拘束最小化への組織的取り組みと成果】 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、令和6年度に設置した身体拘束適正化委員会を中心として、令和7年度は指針・マニュアルの改定、観察記録の充実、同意書の見直し、多職種カンファレンスの強化に取り組んだ。従来の看護師中心の体制から、医師・メディカルスタッフがチームとして参画する体制へと発展し、組織全体での取り組みとして定着しつつある。教育面では6月に認知症ケアリンクナースを対象に「3つのロック（フィジカル・スピーチ・ドラッグ）」研修を、7～9月には全職員を対象に「身体拘束最小化の取り組みについて」動画研修を実施した。これらの取り組みの結果、身体拘束率は令和4年度21%・令和5年度16%・令和6年度13%と継続的に低下し、令和7年度には9.4%を達成した。

薬剤管理	周術期における薬剤管理の継続的改善	【周術期における薬剤管理の継続的改善】 抗血栓薬等服用患者の周術期休薬基準については、前年度の作成以降、毎年現行の診療水準およびガイドラインとの整合性を検証しながら更新を継続している。令和7年度の新たな取り組みとして、糖尿病薬使用患者が検査時に欠食を要する場合の薬剤管理基準を整備した。糖尿病薬は種類が多岐にわたる上、内視鏡・CT・MRI検査の時間帯によって対応が異なり、内服薬・各種インスリン製剤・GLP-1注射製剤ごとに継続または中止の判断が求められる。こうした複雑さが判断ミスや対応の遅れにつながるリスクがあるため、糖尿病診療対策委員会において判断基準を明確に整理・統一し、低血糖リスクおよびビグアナイド系薬剤と造影剤併用リスクの軽減を図った。抗血栓薬・糖尿病薬いずれにおいても、医師が迷わず適切な薬剤コントロールを行える運用体制の構築を推進している。
感染管理	手術部位感染（SSI）予防対策	【SSIチームの発足と周術期抗菌薬適正使用の推進】 手術部位感染（SSI）は、ひとたび発生すると発熱や疼痛などの身体的苦痛に加え、入院期間の延長や再手術が必要となるケースもあり、患者への負担が大きく増す。こうしたリスクを組織的に低減するため、令和7年度に外科医・看護師・薬剤師・臨床検査技師等で構成するSSIチームを新たに発足させた。サーベイランスの継続実施と院内情報発信（SSIジャーナルの定期刊行）を通じ、職員の感染予防意識の醸成を図っている。周術期抗菌薬の適正使用状況については、適正抗菌薬の選択率および執刀1時間前以内の投与開始率がいずれも100%を達成した。※SSIとは術後30日以内（人工物使用手術では1年以内）に手術操作が及ぶ部位に発生する感染症