

令和6年度 県立病院の医療安全管理の取組について

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

県立病院機構では、医療の透明性を高め、県民の皆様との信頼関係を築くため、インシデント・アクシデント報告件数や県立病院における医療安全の取組について公表しています。

1 対象病院

県立循環器・呼吸器病センター、県立がんセンター、県立小児医療センター、県立精神医療センター

2 インシデント・アクシデントの定義

本集計において、インシデント・アクシデントは、次のとおり定義しています。

区分	説明
インシデント	日常診療の場で、「ヒヤリ」としたり、「ハッ」としたりした事例で、実際には患者さんに障害を及ぼすことはほとんどなかったものの、有害な結果が発生する可能性のあった事例をいいます。
アクシデント	過失の有無に関わらず、患者さんにとって本来の治療目的に反した有害な結果が発生した事例をいいます。

《参考》県立病院におけるインシデントのレベル定義（影響度分類）

区分	レベル	説明
インシデント	レベル0	エラーや医薬品・医療用具の不具合がみられたが、患者には実施されなかった。
	レベル1	患者への実害はなかった。 （何らかの影響を与えた可能性は否定できない。）
	レベル2	処置や治療は行わなかった。 （患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた。）
	レベル3a	簡単な処置や治療を要した。 （消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
アクシデント	レベル3b	濃厚な処置や治療を要した。 （バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）
	レベル4a	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない。
	レベル4b	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は伴う。
	レベル5	死亡（原疾患の自然経過によるものを除く。）

3 インシデント・アクシデントの報告

インシデント・アクシデントの報告制度は、その収集・分析を通じて、医療事故につながる可能性のある潜在的なリスクを把握するとともに、効果的な再発防止対策を行う上で有効な手法です。

各県立病院において医療安全の向上のため積極的に取り組んでおり、インシデントやアクシデントが発生した場合、職員は病院内に設置した医療安全管理室に速やかに報告を行うこととしております。

各医療安全管理室では報告内容を分析し、再発防止対策等を院内に周知しています。

(1) 県立4病院のインシデント・アクシデント報告件数

区分	令和6年度		令和5年度	
インシデント報告件数 (レベル0～3 a)	13,764	(98.7%)	13,582	(98.7%)
アクシデント報告件数 (レベル3 b～5)	179	(1.3%)	174	(1.3%)
合計	13,943	(100.0%)	13,756	(100.0%)

(2) 事象別のインシデント・アクシデント報告件数

事象	令和6年度		令和5年度	
指示・伝達	1,142	(8.2%)	1,068	(7.8%)
処方・与薬	3,893	(27.9%)	3,951	(28.7%)
輸血	106	(0.8%)	103	(0.7%)
手術・麻酔	420	(3.0%)	527	(3.8%)
治療・処置	536	(3.8%)	523	(3.8%)
医療機器等の使用・管理	771	(5.5%)	660	(4.8%)
ドレーンチューブ類の使用・管理	1,750	(12.6%)	1,762	(12.8%)
検査	949	(6.8%)	934	(6.8%)
療養上の世話	1,499	(10.8%)	1,584	(11.5%)
転倒・転落	879	(6.3%)	829	(6.0%)
給食・栄養	344	(2.5%)	428	(3.1%)
その他	1,654	(11.9%)	1,387	(10.1%)
合計	13,943	(100.0%)	13,756	(100.0%)

4 医療安全管理の取組

各県立病院には医療安全管理室が設置され、専従の医療安全管理者を中心に、研修会の開催、インシデント・アクシデント事例の分析、再発防止策の周知など、医療安全対策を推進しています。

令和6年度に各県立病院で実施した主な医療安全の取組内容は次のとおりです。

(1) 循環器・呼吸器病センター

【医療安全研修】

- 医療安全管理研修は、研修参加率向上のため、セーフマスター研修メニューのeラーニング機能を活用し、全職員を対象に以下のとおり実施した。院内の倫理委員会やTQM推進委員会と連携した研修も実施した。

開催日	内容	参加数
5月20日～6月27日	検査技術部と多職種の連携時におけるインシデント対策について	714名 (96.8%)
8月14日～9月18日	放射線安全管理研修 「放射線とは」	718名 (95.8%)
10月29日～11月30日	医薬品安全管理研修	652名 (88.1%)
1月8日～2月10日 3月13日まで延長	医療機器安全研修 「シリンジポンプの安全な取り扱いについて」	700名 (95.0%)
2月13日～3月14日	医療倫理研修 「倫理的な安全 安全のための倫理」	587名 (85.8%)

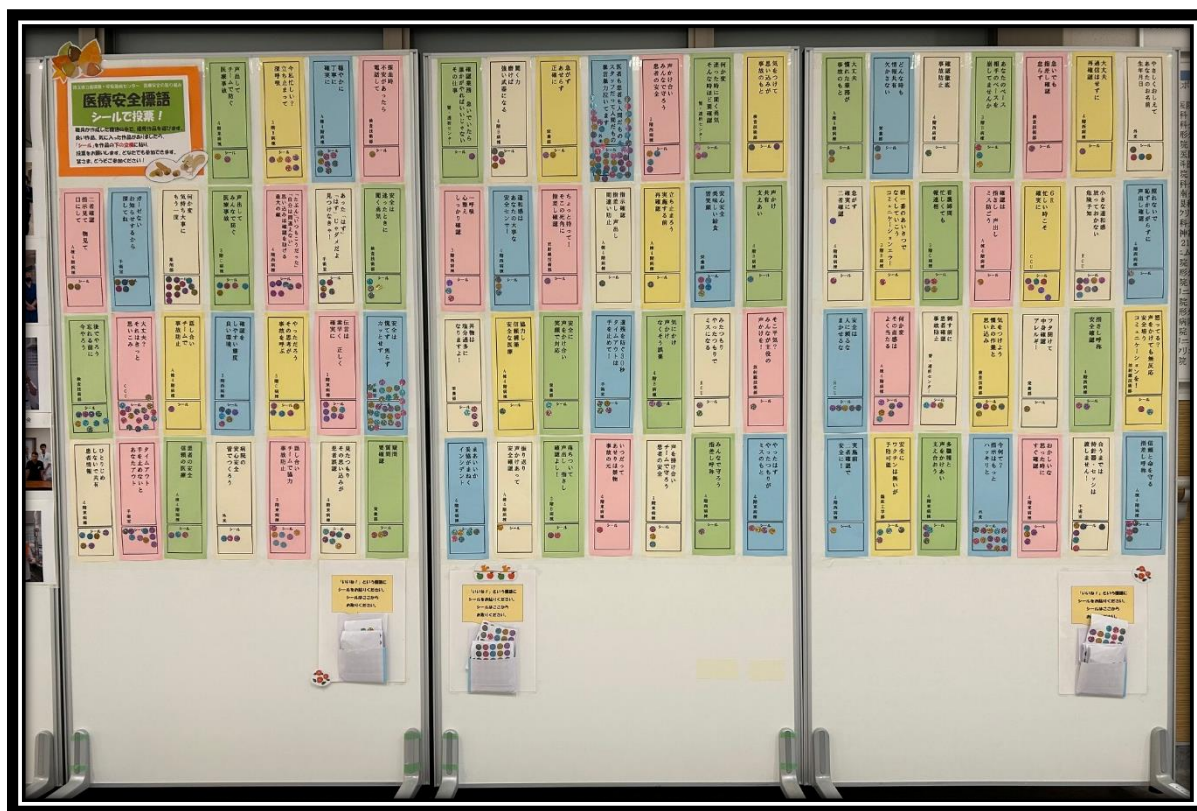
() 内は、全職員数（開催日時店）に対する参加者数の割合

- チーム STEPPS（全体・初級編）は、チームワークを高めて医療の質と安全性の向上を目指す目的で、計4回実施した。昨年度からは感染対策を継続しながら対面で研修し、講義、動画視聴、グループに分かれた演習を実施した。参加した職種は医師、看護師、コメディカル、事務職員、看護補助者、委託職員で、計73名が参加した。演習を通してコミュニケーションや情報共有の大切さや、チームの中での役割などに気づき、医療における安全に関する調査結果にも反映されていた。
- 一次救命処置（BLS）研修は、医師・看護師以外の職種を対象に、セーフマスターによる救命処置のeラーニング視聴、および訓練人形とAEDトレーナーを用いた演習を企画し、集合研修による実技トレーニングを計26回実施した。コメディカル50名、看護補助者29名、事務職員7名、委託職員1名で計87名が参加した。参加者からは継続的な研修開催の要望もあり、今後も継続する。

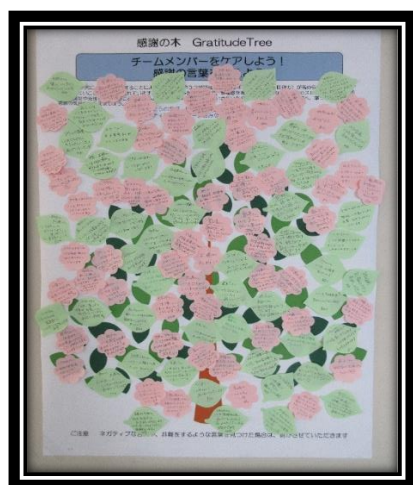
【医療安全推進月間の取組み】

- 医療安全推進月間は、ポスターの掲示や、医療安全推進のシンボルである「緑リボン」シールを職員の名札につけ、啓発活動を実施した。
- 医療安全文化醸成のための活動としては「3 w o r d s」と医療安全標語を各部署・委員会・チーム・委託業者等から募集し、医療安全にかかわる「3 w o r d s」と職員の笑顔写真、医療安全標語を本館棟1階通路（ホスピタルストリート）に展示した。医療安全標語は、職員のみならず患者やご家族にも投票して頂いた。





- 一昨年度から「感謝の木」ポスター制作にも取り組んだ。「チームメンバーをケアしよう！感謝の言葉を伝えよう」をスローガンに、「感謝の木」ポスターを各部署に貼り、チームメンバーに向けてポジティブなメッセージを付箋に記載し作成した。メッセージは、推進月間終了後クリスマスカードとして部署や各々にフィードバックした。



【その他の医療安全活動】

- RRS (Rapid Response System) では、医師・看護師・臨床工学技士のチームで週1回の院内ラウンドを継続して実施している。状態が変化しそうな患者の報告を受け、令和6年度は42回の院内ラウンドを行い、6件の症例に対して介入した。マニュアルを全体的に見直し、RRS起動を推進するために

職員ポケットマニュアルにRRS起動目的や対象、連絡方法などを掲載した。

- 医療安全関係マニュアル内、「医療安全管理マニュアル」「救急カート管理マニュアル」「医療事故防止マニュアル」「身体抑制マニュアル」「RRS（Rapid Response System）起動マニュアル」「造影剤を安全に使用するための基準」「説明と同意（インフォームド・コンセント）マニュアル」等の一部改正を実施した。
- レベル0報告（ヒヤリハット報告）の増加、医師の事象報告数増加を呼びかけた。しかし、前年度と比較し、レベル0報告は200件減少し、割合でも25.38%と目標の30%には届かなかった。医師の総報告件数は5件増加したため、引き続き啓蒙活動に取り組みたいと考えている。
- 医療安全に関する情報の周知として、医療安全カンファレンスで議題となった事象や対策の情報提供、医療安全活動に関する周知等を「医療安全ニュース」を発行し周知した。また、繰り返される事象や警鐘事例の注意喚起、マニュアル内容の変更や情報共有、研修関連のお知らせなど、「医療安全通知」を発行して周知した。
- 画像診断・病理診断報告書の未読報告を1週間毎に集計し、各医師へ書面と電子カルテメールを用いてフィードバックを実施した。病理診断についてはRPAシステムを活用し、令和6年度からは電子カルテメールのみの通知に変更した。未読報告を開始してから、未読件数は減少傾向であるため取り組みを継続する。

【インシデント・アクシデント事例と再発防止策】

- 手術室で、術後レントゲン撮影時のガーゼ遺残発覚する事象があった。昨年度にも部署内で分析を実施して、タイムアウト・ガーゼカウント方法について検討した。今年度も再度分析し、マニュアルを改訂後、手術室でガーゼ遺残防止キャンペーンを実施した。また、機構本部主催の研修に事例として上げ、全職員に周知した。
- 内服薬の過剰投与・過少投与が複数件報告され、電子カルテの内服実施画面の見難さや、「このみ与薬」が追加処方時に合算されて表示されない等のシステム上の問題あった。そのため、「このみ与薬」画面を1回投与量が表示されるように改修し、委員会などで周知した。

(2) がんセンター

【医療安全研修】

○医療安全研修は、以下 14 テーマで行った。

○チーム STEPPS 研修は、コロナ禍前と同等の規模で集合研修を再開した。チームワークやコミュニケーション向上のため、チーム STEPPS 研修未受講者ゼロを目指し同一研修を 4 回開催した。

○職員の 97.63%が 2 テーマ以上の研修に参加した。

	研修概要/テーマ	出席者数
1	チーム STEPPS 研修 ～基礎編～	307
2-1)	創部バイオフィルムに着目した褥瘡感染対策	247
2-2)	持続可能な医薬品安全管理	110
2-3)	感染制御科学に基づいた空調換気設備デザイン	70
2-4)	職員間のコンフリクト・マネジメント	299
2-5)	倫理的な安全 安全のための倫理	93
2-6)	せん妄について	228
2-7)	病院における災害対策の再考	234
3	診療用放射線の安全利用のための研修	679
4	医薬品安全管理研修 副作用報告・医薬品副作用被害救済制度について	319
5	生体情報モニターの管理方法	145
6	院内救急に関する研修	357
7	輸血療法研修 過誤輸血防止について	521
8	CVC・PICC ハンズオン研修	23

※2, 3, 4 と 7 の一部は e ラーニング、それ以外は集合研修で実施した。

【医療安全推進月間の取組み】

日頃から一緒に働く部門・部署・チームにおいて、医療安全を推進するためのキーワードになるメッセージ 3 つが載った写真付きポスター『3Words ポスター』を作成してもらった。応募のあった作品は、エントランスに続く廊下に 1 カ月間掲示し、職員だけでなく、多くの患者さん、ご家族、来院された方々にみていただき、良いと思う作品への投票も行った。

【優秀作品】



【医療安全マニュアルの改訂】

- 病理診断部門における病理解剖時の患者確認 新規作成
- AiCT 検査の運用手順 新規作成
- 入院患者における本人確認のためのリストバンド使用について改訂
- 院内救急対応マニュアル改訂、早期警戒スコア（NEWS）マニュアル追加
- 救急カート管理マニュアルおよび点検表等改訂
- 夜間・休日救急対応フロー改訂
- 平日・日勤救急対応フロー 新規追加

【その他の医療安全活動】

- 生体情報監視モニターが適切に使用されているか、管理状況の確認のラウンドを行った。
- 麻薬・向精神薬の金庫管理、要冷薬の管理状況を確認し、管理方法の適正化を推進した。
- 入院患者のリストバンド装着状況を調査、装着の重要性を再周知し装着率の向上を図った。また、やむを得ない事情で装着困難な場合の対応や未装着患者の情報の一元化を取り決め、運用開始した。
- 院内の救急整備体制において、院内救急整備委員会と協働し早期警戒スコア（NEWS）の導入、BLS 研修の推進、コードブルー案件の振り返りを行い、救急体制の向上を図った。
- 手術で採取した検体が確実に搬送保管されるために、閉創前タイムアウトの見直しを行い、手術場にいる全員での確認の徹底を図った。
- 画像診断検査の確認不足を防止するため、画像検査を依頼した主治医の役割、コメディカルの役割を整理し、確認不足防止の対策を全医師、コメディカルに周知した。
- 「埼玉県立がんセンター毒物劇物危害防止規定」を制定し、毒物劇物を管理する各部署において鍵管理及び帳簿管理の徹底を図った。

【インシデント・アクシデント事例と再発防止策】

○当院で経験した医療事故や重症合併症例を共有し、発生時の初期対応や再発防止策等についてディスカッションを行った。

○院内で共有すべき事例や注意が必要な情報を、「医療安全管理室たより」として発行した。（計 18 回）

○医療安全上緊急で注意喚起すべき情報は「緊急安全情報」として配信した。（計 9 回）

医療安全管理室たより 14

CV ポートの閉塞予防と閉塞時の対応

セルサイト CV ポートが閉塞してしまい、開通を試みましたが、改善せず入れ替えとなった事象がありました。取り出した CV ポートは、セプタム部分がめくれあがり破損していました。メーカーの調査では、ポート本体から出るノズル部分と、そこにつながるカテーテル数mmが血流由来と思われる物質で完全閉塞していたとのこと。その状態で、開通させようと一度目の処置で注入した生理食塩水を引かずに、さらに圧をかけたことにより、セプタム内腔の圧が許容を超えてしまい、セプタムがめくれあがり破損したとの見解でした。



閉塞時の処置での注意点

- ※セプタム内腔の圧が許容を超えないよう、以下の点にご注意ください。
- ・CV ポートからの注入は、原則的に 10mL 以上のシリンジでフラッシュする
- ・開通しない場合、セルサイトポートに限っては、2.5mL シリンジでのフラッシュ可能（他のメーカーのポートは、10mL 未満のシリンジは許容されない）
- ・1mL シリンジでのフラッシュは禁止
- ・何度もフラッシュし圧をかける必要がある場合は、入れた量を引いてから再注入をする

閉塞予防の対応

- ※閉塞予防のため、以下の正しい注意で薬剤投与終了時のフラッシュを実施しましょう。
- ① ボンピング注入：「8mL 注入→少し待つ」を繰り返して、断続的にフラッシュする方法
断続的に注入することで、カテーテル及びポート内腔に乱流を起こし、内腔の物理的洗浄効果高め、閉塞予防となる（薬剤投与開始時、終了時ともに推奨）
- ② 閉圧ロック：生理食塩液を注入しながらクレンメをロックする方法
- ③ 長期間使用しない場合：少なくとも4週間に1回のフラッシュロックをする

～南江室：中心静脈ポートの使い方より一部抜粋～

令和 6 年 10 月 29 日 医療安全管理室

緊急安全情報

血液分注器の使用方法的誤りにより
採血管が破損する事象が発生しています



院内にて採用されている分注器「BD フラット・トランスファードバイス」

フィルム栓の採血管のフィルム部分が破れた状態で、検査技術部に搬送されてくるケースが散見されています。
採血管の状況から、分注器を使ってフィルム栓の採血管に分注した際、分注器の奥まで採血管を押し込んだことで、採血管が破損したと考えられます。

CHECK! フィルム栓の採血管の場合、
分注器の奥まで押し込まない。

※分注器にマークされている線より
採血管を奥に押し込んだ場合、
フィルム栓が破損したり、
ゴムスリーブが取れたりする
可能性があります。

この線が目安となります

令和 7 年 3 月 31 日 医療安全管理室

【事例】

○外装が類似した薬剤においてピックアップ間違いが複数件発生した。外装が類似しない別メーカーへの変更の可能性を検討したが困難であった。事象について全職員に医療安全管理室たよりにて配信し注意喚起をしたとともに、各職員が薬剤の確認を徹底するよう周知した。

○休日夜間、自宅で腸瘻が自然抜去された患者さんに対し、適切に来院指示ができず再挿入が困難となった事象から、当直帯において他診療科医師が腸瘻管理トラブル時の初動を適切に行うための手順書を当該診療科医師と作成した。手順書は、全職員がいつでも確認できるフォルダを作成し格納、全職員に周知した。

○当該患者さんのご家族をお呼びしたが、誤ったご家族がいらしたことに気が付かず、病状や治療の説明を行ってしまった事象が発生した。ご家族が当該患者さんの家族で間違いのないかの確認においても、患者さんの確認と同様に「患者氏名、患者の生年月日（続柄）」を確認する原則を全職員に通知した。

(3) 小児医療センター

【医療安全管理研修】

○ 医療安全管理研修として以下の研修を行い、アンケートやテストの回答を以て受講とした。

開催日	内容	参加者数
6月12日～ 9月30日	①みんなが主役の医療安全～対話するチームづくり～ ②ここから始める医療安全活動！～インシデントレポートの書き方×コツ～	821名
8月21日～ 11月30日	診療放射線安全利用のための研修	627名
12月11日～ 1月14日	患者・家族が求める医療事故対応 ～患者遺族と医療対話推進者の経験から～	831名
1月21日～ 2月21日	安全な輸血のために～献血から投与まで～	683名
3月3日～ 3月28日	医薬品安全使用のために研修会	575名

【医療安全推進月間の取組み】

○ 医療安全推進月間の取組みとして、引継ぎの場面をテーマとし、うまく引き継ぐためにはどうしたらよいかについて、チーム STEPPS のツールを参考に2職種以上で話し合いを行った。話し合った内容を標語や3WORDSにし、ポスターを作製した。ポスターは、職員フロアと2階のコンビニエンスストア前に掲示し、効果的なポスターをスタッフが投票した。23セクション参加し、総投票数は574票、多得票の3部門には、病院長より表彰が行われた。



○ 患者誤認防止対策として、操作・確認の対象を「指で差し」、名前を「呼称して」確認する方法は有効であることから、患者確認行動の定着を目的に「指差し呼称」の他者評価を年3回実施した。

この取り組みは平成23年度より継続しており、医療者間だけでなく、患者家族からの評価も受けている。評価結果は、会議や各セクションへのフィードバックで共有した。

また、2 階のコンビニエンスストア前に掲示し、患者家族へもフィードバックした。
職種毎に作成・使用している評価表についても、見直し改訂を行った。

【医療安全マニュアル改訂】

○ 医療安全対策マニュアルの改訂を行った。2 つ以上での識別子での患者確認や各部門における事故防止対策を見直した。

【その他の医療安全活動】

○ 医療安全ラウンドを計 13 回実施した。各セクションのリスクマネージャーと連携し、「輸液管理」「5S」「時刻確認」などの視点で行った。ラウンド結果は改善点のみでなく、良い点についても紙面でフィードバックし、物品管理や作業環境等の改善に役立てた。

○ テクニカルスキルの向上を目的に、合併症等の危険を伴う中心静脈カテーテルの挿入に係る院内の認定制度を導入している。令和 6 年度は 2 回の講習会を開催し、計 23 名が認定された。

○ 各セクションにある生体情報モニターおよび時計、ナースコール、監視カメラなどの機器類の時刻確認を毎月継続して実施した。

○ 毎月開催の会議で、報告者名も掲載した Good Job! 報告を計 12 回配布した。

○ インシデント発生時の ImSAFER 分析を各部署で実施し、原因分析と対策立案につなげた。(16 回実施)

○ 医療安全ニュースを計 9 回発行した。

【インシデント・アクシデント事例と再発防止策】

○ 患者さんが転棟する際に、医師間・看護師間の引継ぎがうまくされなかったことによるインシデントが発生した。それぞれの部署で行った分析結果を共有し、モノ・情報をうまく引き継ぐための方法を検討し、転棟時のチェックリストの内容と運用方法について見直しを行った。

○ 針の取り扱いに関するインシデント報告が増加したため、医療安全ニュースで注意喚起をし、針使用時の針捨て容器の持参を呼び掛けた。

○ 輸血オーダー時の血液型間違いを防ぐために、オーダーシステム画面表示をわかりやすくし、注意すべきコメントが目立つように表示を変更した。

（４）精神医療センター

【医療安全研修】

- 医療安全研修は、14 テーマについて年間 16 回開催し、全職員が年 2 回以上参加した。以下は開催した研修の主なテーマと受講者数である。

テーマ	受講者数
◆心理的安全性の高い組織で取り組む転倒・転落対策 ～私がきょうからできること～	84 名
◇チーム STEPPS※概論研修（年 2 回）	91 名
◇KYT（危険予知トレーニング）研修	92 名
◇暴力対応に関する研修	55 名
◇急変対応に関する研修	69 名
◆医薬品の安全使用のために	139 名
◆精神科病棟における感染拡大を最小限にとどめるための対策	105 名
◆ノロウイルス感染症の感染対策を学ぶ	114 名
◆精神科病院における虐待防止のための研修	99 名
◇AED 講習会	33 名
◇行動制限最小化研修「精神保健福祉法に関する研修」	42 名
◇行動制限最小化研修「東京都立松沢病院における身体拘束削減」 （後日配信もあり）	125 名

◆は e ラーニングや動画視聴 ◇は集合研修

※チーム STEPPS（チームステップス）：患者安全とチームパフォーマンスの向上を図るためのアメリカで開発されたプログラム。医療の質・安全・効率をより向上させるためのチームワークの形や方法を学ぶ。

※令和 5 年度より、暴力対応、CVPPP や急変対応に関しては、より実践力の向上を目的にシミュレーション研修を実施した。他の部署からの見学者も募り、自部署以外のスタッフの意見も聞ける機会とした。

【医療安全推進月間の取り組み】

- 各部署それぞれの医療安全に関する課題や取り組みを検討し、「医療安全活動宣言」として集合写真を「医療安全の木」に掲示した。「医療安全の木」は玄関に設置し、患者さんやご家族にも当センターでの取り組みを広く知って頂き、参画して頂く機会として紹介した。
- 「KYT（危険予知トレーニング）の取り組み」について、取り組み内容のポスターを全部署が作成し、多職種が利用する通路に掲示した。他部署の取り組みをヒントに、自部署の未然防止策を考え、一人ひとりのリスク感性を高める機会となった。



【その他の医療安全活動】

- 医療安全管理対策マニュアルでは、緊急通報体制、暴力対応フローや救急カートチェック表の改訂を行った。
- 0レベル報告の推進状況や研修案内、安全パトロールなどの内容を周知するため、ニュースレターを作成、掲示した。
- 安全パトロールは令和6年度に5Sだけでなく、各部署の特色を反映させたチェック表に刷新し、それを用いて毎月実施した。
- 「医療安全地域連携加算に基づく、病院間における医療安全相互チェック」を2施設と連携して実施した。令和6年度も対面で実施でき、自施設の改善に活かすことができる意見交換の場となった。

【インシデント・アクシデント事例と再発防止策】

- 当センターは精神科という病院の機能上、「暴力」「自傷・自殺」に関するインシデント報告がある。令和6年度は51件の暴力事象（うち約8割はレベル0～2のインシデント）、47件の自傷・自殺事象（自殺は早期に発見し、未遂の事例は46件）の報告があった。医療安全研修の項で述べた「CVPPP」のスキルを活用し、暴力事象発生時には患者と医療者双方の安全を守る対応を心掛けている。また、自傷・自殺を未然に防ぐため、安全とQOLのバランスを考慮して物品の管理や設備の改修を実施している。
- 薬剤の3点認証が開始となった。しかし、手順通りに3点認証を実施したが、薬包に記載された日付が異なっていた事象が発生し、未来日の薬剤でも認証が行えるシステムであることが分かったため、未来日の認証機能を停止し、認証できない運用に変更した。

- 当センターでは途中で中止となる内服薬に関して、医師からの指示を受けた後、薬剤部に薬剤を運搬し、薬剤師が抜薬をしている。電子カルテの導入後、紙の処方箋から電子カルテ上の指示に変更となり、抜薬を薬剤部に依頼する行程を失念する事象も引き続き発生しているが、スタッフの意識も高まり、過剰投与に至る前に発見される事象も多くなってきている。
- 外泊から帰棟後、病室内の荷物内から危険物を発見した。看護師複数名で確認を行っているが、帰棟時に発見できず病室内に持ち込まれた。人的確認だけでは発見困難な場合もあるため、一部の病棟に金属探知機を導入した。