

令和7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7年度		令和6年度	
インシデント報告件数 (レベル0～3 a)	15,539	(98.8%)	13,765	(98.7%)
アクシデント報告件数 (レベル3 b～5)	196	(1.2%)	178	(1.3%)
合計	15,735	(100.0%)	13,943	(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7年度		令和6年度	
指示・伝達	1,069	(6.8%)	1,142	(8.2%)
処方・与薬	4,902	(31.2%)	3,893	(27.9%)
輸血	86	(0.5%)	106	(0.8%)
手術・麻酔	496	(3.2%)	420	(3.0%)
治療・処置	464	(2.9%)	536	(3.8%)
医療機器等の使用・管理	960	(6.1%)	771	(5.5%)
ドレーンチューブ類の使用・管理	1,864	(11.8%)	1,750	(12.6%)
検査	948	(6.0%)	949	(6.8%)
療養上の世話	1,727	(11.0%)	1,499	(10.8%)
転倒・転落	850	(5.4%)	879	(6.3%)
給食・栄養	491	(3.1%)	344	(2.5%)
その他	1,878	(11.9%)	1,654	(11.9%)
合計	15,735	(100.0%)	13,943	(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7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、セーフマスターのeラーニング機能を活用し、研修内容に応じて対象者を選定して以下のとおり実施した。TQM 推進委員会と連携した研修は、集合研修と動画視聴を併用した。

開催日	内容	参加数
6月17日～7月16日 (合計20回)	一次救命処置トレーニング	107名
6月1日～7月31日	放射線安全管理研修	700名
9月24日～10月24日 2月27日～3月27日	本部主催「医療安全に関する研修会」	727名
11月18日～12月15日	チームSTEPPS (初級編)	73名
11月19日～12月25日	医療機器安全管理研修 「輸液ポンプの使い方」	519名
1月13日～2月27日	医薬品安全管理研修	697名
2月9日～3月23日	医療の質向上に係る講演会 「QI活動の実際と取り組み」	713名
3月4日～3月31日	栄養部事故防止対策研修	556名

- チームステップス (全体・初級編) と一次救命処置 (BLS) 研修は、集合研修による実技トレーニングを実施した。

【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、各部署で安全につながる「3words」を検討し、作成したポスターとともに写真撮影した。また、「3words」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。令和7年度の投票数1位は、『「言ったけど、伝わらなければ ひとりごと」』で、手術室が作成した標語だった。



【その他の医療安全活動】

- 医療安全関係マニュアル内、「医療安全管理マニュアル」「説明と同意（インフォームド・コンセント）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」「RRS（Rapid Response System）起動マニュアル」「インスリン使用に関するマニュアル」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各委員会で呼びかけた。レベル0報告は、レベル判定の見直しや医療安全ニュースで啓蒙活動を実施し、報告件数は1538件、割合では46.06%と目標の30%を大幅に上回ることができた。TQMの取組報告会では、病院長賞を受賞した。医師の総報告件数は164件で112件も増加し、割合も4.91%となった。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、繰り返される事象や警鐘事例の注意喚起は、「医療安全通知」を16回発行して周知した。
- 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。RRSやRRTについてeラーニングで研修を実施し、啓蒙活動に取り組んだ。
- 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、令和7年度からは電子カルテメールのみの通知に変更した。また、年間を通して未読のレポートをゼロにする取り組みを医師と共に取り組むことができた。

【インシデント・アクシデント事例と再発防止策】

- 間歇スキャン式グルコースモニタリングを装着したまま、心臓カテーテル検査を実施した事例が報告された。糖尿病患者が地域のクリニックで導入されていることが多く、当センターでは導入していないため、取り扱い方法を知らなかった。そのため、注意事項などを掲載した医療安全通知を発行し注意喚起した。
- 画像診断の見落としがないよう、体系的なことで改善策があるか、繰り返し検討した。重要なレポートであると表示はしているが、インパクトに欠けるため、画像診断レポートを開いた際にすぐわかるようレポートのレイアウトを変更した。また、未読レポートが残っていないか確認する方法を、医療安全通知や医療安全関連の会議で伝達した。
- 新鮮凍結血漿は解凍後 24 時間以内に使用することとなっているが、24 時間以上経過したものを投与してしまった事例が 2 件発生した。有効期間を過ぎてしまうと輸血の廃棄につながるため、輸血療法委員会でも検討し、解凍時間の表示をわかりやすく変更するなど、管理方法について検討し、院内全体で管理方法を改善した。

(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。
- 必須研修は 2 テーマで実施。2 テーマの受講率は 92.5%であった。
- チーム STEPPS 研修は、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昨年度から引き続き、基礎編研修を 4 回開催した。また、次のレベルに相当する中級編を 1 回開催した。

	研修概要/テーマ	出席者数
1: 必須	法人本部主催「医療紛争とならないために」	1011
	悪性高熱症の安全管理と対策	994
2	チーム STEPPS 研修 ～基礎編～	185
	チーム STEPPS 研修 ～中級編～	51
3-1)	チームで取り組む身体拘束最小化と患者安全の考え方	145
3-2)	病院における転倒・転落予防のポイント	159
3-3)	エコーを用いた末梢静脈カテーテル留置がもたらす「安全」	98
3-4)	病院の全職員が知っておくべき職場のメンタルヘルスの基本	121
3-5)	STANP/STPA 手法の考え方 ～コミュニケーションエラーをなくしていくために～	90
4	薬剤関連のインシデント報告と取り組みについて オピオイドスイッチングのインシデント対策	175
5	診療用放射線に係る安全管理体制の研修	674
6	院内救急に関する研修	350
	コードブルー訓練	74
7	医療ガス安全管理研修	397
8	CVC・PICC ハンズオン研修	26

※3 はeラーニング、4,5,7 は動画視聴、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】

各部門・部署、患者さんやご家族から医療安全をテーマにした標語や川柳・短歌を募集した。91 作品の応募があり、作品すべてを、エントランスに続く外来廊下、医局前廊下、職員更衣室前廊下の 3 か所に 1 カ月間掲示した。職員だけでなく、多くの患者、家族等にみていただき、良いと思う作品への投票も行った。

今年の 1 位の作品は、「しないでね 安全キャンセル界限を」と今年の流行を取り入れた斬新な作品が選ばれた。



【医療安全マニュアルの改訂】

- CVC・PICC・CV ポートガイドライン改訂（6月）
- 口頭指示に関するルール改訂（7月、9月、10月）
- CT 検査造影剤投与ガイドライン Ver. 4 改訂（10月）
- 入院患者における本人確認のためのリストバンドの使用について改訂（11月）
- 薬剤アレルギー登録に関するルール 新規作成（1月）
- パニック値対応指針 新規作成（1月）
- 手術・検査・処置の実施前後における常用薬の休止・再開マニュアル改訂（1月）
- 処置（ドレーン・カテーテル管理）における事故防止対策改訂（1月）
- 赤血球製剤における ABO 型不適合輸血対応指針 新規作成（3月）

【そのほかの医療安全活動】

- CVC・PICC・CV ポート挿入状況の確認 毎月実施
- 肝炎検査陽性患者の対応状況、患者情報、受診推奨の確認 毎月実施
- 画像・病理・内視鏡診断報告書既読確認、未読リスト作成、各診療科配信 毎月実施
- 病棟における口頭指示発生状況確認 毎月実施
- リストバンド未装着患者発生状況 適宜かつ毎月ラウンド
- 生体情報モニター管理：アラーム設定、ナースコール連動、時刻、点検状況等のラウンド
- 救急カート管理マニュアルおよび点検表等の改訂（11月）
- 暴言・暴力対応マニュアル改訂（1月）

【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12回）

医療安全管理室たより№7

オピオイド自動換算表の改訂

「レスキュー1 回当たりの mg 換算」を表示しました！

オピオイド細粒変換時のレスキュー量の換算間違いが複数報告されています。これを受け、緩和ケアチームのご協力で「オピオイド自動換算表」に「レスキュー1 回当たりの mg 換算」を自動計算する機能が追加されました。

レスキュー1 回当たり mg 換算

レスキュー1 回当たりの mg 換算	レスキュー1 回当たりの mg 換算
レスキュー1 回当たり mg 換算	0.2 mg/回
オピオイド換算	0.00 mg/回
オピオイド換算	2.67 mg/回
オピオイド換算	4.00 mg/回
オピオイド換算	1.33 mg/回
オピオイド換算	2.00 mg/回
オピオイド換算	0.04 mg/回
オピオイド換算	0.20 mg/回
オピオイド換算	0.20 mg/回

レスキュー投与量 (mL/回) を、
①に入力すると、「mg 換算」が
表示されます。
②を正しく入力し、
確認をお願いします。

＊「オピオイド自動換算表」は、Web 文書 F213「医療安全対策」のフォルダ内にあります。思い込みや計算間違いなどのヒューマンエラー防止のため、ぜひご確認ください。

令和7年6月13日 医療安全管理室

医療安全管理室たより№9

腹水濾過濃縮再静注法 (CART療法) のため

採取した腹水が専用バッグから漏れる事象がありました

腹水バッグは2種類があります！
クレンメの形状が異なりますのでご注意ください！！

ローラークレンメタイプ
クレンメ3か所

ワンタッチクレンメタイプ
クレンメ2か所

今回は、ローラークレンメタイプのバッグを使用して腹水を採取し冷蔵庫に保管しました。翌日、腹水ろ過濃縮操作のため、腹水バッグを冷蔵庫から出したところ、左右のローラークレンメが開放になっており、腹水が漏れだしてしまいました。

**必ず腹水バッグのクレンメが
すべて閉じているか確認する！**

- ・ 腹水ドレナージ開始前
- ・ 腹水ドレナージ終了後
- ・ 冷蔵庫保管するとき
- ・ 冷蔵庫から取り出すとき

令和7年6月25日 医療安全管理室

【事例】

- 薬剤アレルギー情報の入力エラーによりアレルギーの既往がある薬剤を内服した事象が発生した。アレルギー情報の聞き取り入院前診察・入院時には、アレルギー情報の聞き取りができていないかを確認し、チームで共有することや、患者基本に入力されているかを確認するよう、医療安全管理会議、各推進委員会で周知し、医療安全だよりで全職員へ配信した。
- 必要時指示に「降圧剤スキップ」「糖尿病薬スキップ」などの指示があるが、「降圧剤」「糖尿病薬」などスキップする薬剤の「薬剤名」が指示されていないことにより、誤った薬をスキップされ無投薬となった、または直前に発見される事象が続いた。
また、必要時指示のセット入力により、不要な指示が出されていることもあった。そこで、医師が意図している薬剤と薬剤師・看護師が意図している薬剤が合致するようメンタルモデル（認識）の共有を行うよう全職員に周知した。
- 腹水濾過濃縮再静注法 (CART療法) に必要な廃液バックは2種類あり、クレンメの形状が違うため採取した腹水が閉め忘れたことによる専用バッグから漏れる事象

があった。今回は、ローラークレンメタイプのバッグを使用して腹水を採取し冷蔵庫に保管した。翌日、腹水ろ過濃縮操作のため、腹水バッグを冷蔵庫から出したところ、左右のローラークレンメが開放になっており、腹水が漏れだしていた。そこで、必ず腹水バッグのクレンメがすべて閉じているか確認するポイントを周知した。

<クレンメ確認のポイント>

腹水ドレナージ開始前

腹水ドレナージ終了後

冷蔵庫保管するとき

冷蔵庫から取り出すとき

(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。

内容	参加者数
①職員間のコミュニケーション	822名
②患者・家族とのコミュニケーション	
病院の電気設備と医療安全	712名
診療放射線安全利用のための研修	659名
医療紛争とならないために	989名
看護師のための輸血基礎知識	472名
医薬品安全使用のために研修会	578名
生体情報モニタの活用	507名
チーム STEPPS 研修 (8回開催)	275名

【医療安全推進月間の取組み】

- 医療安全推進月間の取り組みとして、「3WORDS で医療安全宣言」を実施した。各部署で発生したインシデントを振り返り、「安全につながる」と考える3つの言葉(3WORDS)を部署ごとに選定し、ポスターを作製した。その後、完成したポスターを手に記念撮影を行い、その写真を正面エントランスと6階管理エリアに掲示した。掲示された写真の前では、スタッフだけでなく、外来受診の患者や家族も足を止めて見入る姿が見られ、医療安全への意識共有に寄与する取り組みとなった。





【その他の医療安全活動】

- 患者誤認防止対策として、操作や確認の対象を指で差し示し、患者の名前を呼称して確認する「指差し呼称」は有効な方法である。そのため、この確認行動を現場に定着させることを目的に、年3回の他者評価を実施した。
この取り組みは平成23年度から継続しており、医療者同士の評価だけでなく、患者家族からの評価も受けている。評価結果については、会議や各セクションへのフィードバックを通じて共有した。また、患者家族へのフィードバックは、医療安全推進月間のポスターとともに掲示し、広く周知を図った。
- 医療安全ラウンドは年間で計12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、主に「輸液管理」と「5S(整理・整頓・清掃・清潔・しつけ)」を重点項目として確認を行った。また、インシデント発生後に策定された再発防止策が実際に現場で運用されているかについても、ラウンドの中で継続的に確認した。
ラウンド結果については、改善が必要な点だけでなく、良好な取り組みや模範となる事例についても紙面にてフィードバックを行った。
- 生体情報モニタの適正管理の強化を目的として、今年度よりモニタアラームコントロールチーム(MACT)を立ち上げた。医師・看護師・臨床工学技士をメンバーとし、毎月1回のラウンドを実施している。また、生体情報モニタのマニュアルも整備した。
- 医療安全対策マニュアルの改訂を行い、ホルマリンの取り扱いに関する規定を新たに作成した。また、各部門別医療安全対策について一部改訂を行った。
- 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 7 年度は 2 回の講習会を開催し、計 25 名が認定された。

- 各セクションにある生体情報モニタおよび時計、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。
- RRS 活動について、院内急変症例報告を医療安全管理委員会・リスクマネージャー会議にて共有を行った。
- 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。(15 回実施)
- 警鐘事例発生時や物品使用時の注意点などを中心に、医療安全ニュースを 8 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】

- 複数の症例において、術前に休薬が必要な内服薬が中止されておらず、手術が延期となる事象が発生した。再発防止策として、以下の取り組みを実施した。
 - ・ 術前に中止が必要となる薬剤の一覧表を作成
 - ・ 電子カルテ内に一覧表を掲載し、診察室にも配布
 - ・ 医師・看護師が容易に確認できる体制の整備
- シリコン製気管切開チューブが上下逆に挿入される誤操作が発生した。再発防止策として、以下の対応を行った。
 - ・ 挿入時の注意点および挿入後の確認方法を整理
 - ・ 医療安全ニュースを発行し、全スタッフに注意喚起
 - ・ 正しい挿入手順の再確認

(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 17 回開催し、全職員の年 2 回以上参加率は 99.2%であった。

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
◆チーム医療における 5S の意味を考えよう	126 名
◆医療ガスのリスクとヒヤリハット事例	118 名
◇チーム STEPPS (基礎) 研修 (年 2 回)	54 名
◇チーム STEPPS (アドバンス) 研修 (年 2 回)	59 名
◇KYT (危険予知トレーニング) 研修	105 名
◇暴力対応に関する研修 (年 2 回)	44 名
◇急変対応に関する研修	71 名
◆医薬品の安全使用のために	162 名
◆精神科病院における虐待防止のための研修	117 名
◆診療用放射線の利用に係る安全な管理の研修	123 名
◇AED 講習会	49 名
●医療安全に関する研修 (機構本部主催)	111 名
●行動制限最小化研修「精神保健福祉法に関する研修」	205 名
●行動制限最小化研修「組織やチームで取り組む行動制限最小化」	116 名

◆は e ラーニングや動画視聴 ◇は集合研修 ●集合研修後に動画視聴配信

- ※ 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。
- ※ 暴力対応に関する研修 (CVPPP) は、より実践力の向上を目的に全職種対象にシミュレーション研修を実施した。
- ※ 急変対応に関する研修では、夜勤帯を想定し、限られた人員での急変時対応についてシナリオに沿ってシミュレーション研修を実施。実施の様子をビデオ撮影し、撮影した動画をもとにデブリーフィングを行った。また、研修当日は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、臨床検査室における検体誤認防止や、暴力（傷害）事故対応マニュアル、食中毒発生時の対応マニュアル、医薬品等の副作用等が発生した場合の報告手順などの改訂を行った。
- 「医療安全対策マニュアル」及び「医療安全ポケットマニュアル」の改訂を毎年度実施している。特にポケットマニュアルは全職員が常に携帯し、必要時に参照できるようにしている。

- レベル0 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。
- 安全パトロールは各部署の特色を反映させたチェック表を用いて毎月実施し、全部署を確認。改善事項だけでなく、良く取り組まれている事項もフィードバックした。
- 「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7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7年度は62件の暴力事象（うち約90%はレベル0~2のインシデント）、60件の自傷・自殺事象（自殺は早期に発見し、未遂の事例は18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。
- 当センターでは薬剤治療が主となるため、内服薬に関するインシデント報告が多い。患者誤認や誤薬防止のため、電子カルテの導入後より内服薬の3点認証を実施している。令和7年度は240件の処方・与薬に関する報告があったが、95%がレベル0~レベル1の報告であり、早期に発見されている。職員の意識的な確認とシステムを併用することで、安心・安全な与薬に繋がっている。
- 電子カルテの指示や診療記録に関する患者誤認の発生をうけて、電子カルテを複数名の患者が同時に開ける運用から1患者のみに制限し、患者誤認防止に取り組んだ。