

令和4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

	令和4年度	令和3年度
インシデント報告件数	12,678件 (98.8%)	10,924件 (98.9%)
アクシデント報告件数	151件 (1.2%)	119件 (1.1%)
合計	12,829件 (100.0%)	11,043件 (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4年度
指示・伝達	943 (7.4%)
処方・与薬	3,283 (25.6%)
輸血	95 (0.7%)
手術・麻酔	403 (3.1%)
治療・処置	563 (4.4%)
医療機器等の使用・管理	613 (4.8%)
ドレーンチューブ類の使用・管理	1,797 (14.0%)
検査	988 (7.7%)
療養上の世話	1,477 (11.5%)
転倒・転落	755 (5.9%)
給食・栄養	444 (3.5%)
その他	1,468 (11.4%)
合計	12,829 (100.0%)

(参考) 令和3年度

事象	令和3年度	
処方・与薬	3,118	(24.3%)
ドレーンチューブ類の使用・管理	1,746	(13.6%)
転倒・転落	717	(5.6%)
検査	906	(7.1%)
療養の世話	775	(6.0%)
治療・処置	533	(4.2%)
食事	332	(2.6%)
手術(※)	341	(2.7%)
その他	2,575	(20.1%)
合計	11,043	(86.1%)

※「手術」については、物品準備や手術室と病棟の連携に関することなども含む。

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4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、感染症対策のためセーフマスター研修メニューで、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。院内の倫理委員会と連携した研修も実施した。

開催日	内容	参加数
5月12日～6月30日	医療倫理研修「すぐに役立つ医療倫理」 ～臨床の倫理的問題を法的に検討～	697名 (96.1%)
7月1日～7月31日	放射線を安全に扱うための研修 ～放射線とは～	703名 (96.7%)
8月29日～10月31日	医療機器安全管理研修 ～輸液ポンプの使用法～	685名 (94.4%)
10月31日～11月30日	医薬品安全管理研修 ～2022年度上半期インシデント集計と傾向、他～	657名 (91.2%)
2月20日～3月31日	輸血の安全な取り扱い ～輸血過誤の防止～	610名 (86.2%)

- チームステップス（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6回実施した。Zoomによる講義、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3名、看護師54名、コメディカル19名、事務職員4名で、計80名が参加した。

また、部署単位としては、腎・透析センターで実施した。医師・臨床工学士・看護師が参加し、演習を通してコミュニケーションや情報共有の大切さなど気づきを得られ、医療における安全に関する調査結果からも効果が得られた。

- 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た。しかし、集合研修実施予定の時期に感染拡大が懸念され、令和4年度は動画視聴のみの開催となった。令和5年度は集合研修による実技トレーニングを開催予定である。

【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 words」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 words」と職員の笑顔写真を、本館棟1階通路（ホスピタルストリート）に展示した。



- 昨年度に続き「感謝の木」ポスター制作に取り組んだ。「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、お互いに向けたポジティブなメッセージを付箋に記載し作成した。たくさんの方の期間終了後、メッセージは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、週1回の院内ラウンドを継続して実施している。状態変化のある患者の報告を受け、令和4年度は6件の症例に対して介入した。

- 医療安全関係マニュアル内、「医療安全管理マニュアル」「緊急事態発生時対応マニュアル」「医療事故防止マニュアル」「造影剤を安全に使用する基準」「インスリン使用マニュアル」「救急カート管理マニュアル」等の一部改正を実施した。医療事故防止薬剤マニュアルは、ハイリスク薬の見直しを行い、部署内ですぐに確認できるリストの配布、および管理薬品の表示変更も実施した。
令和4年度からマニュアルを電子化し、電子カルテ用PCから閲覧できるように掲載した。

- 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。前年度と比較し、レベル0報告は78件増加（+1.8%）、医師の総報告件数は18件増加（+0.6%）増加した。

- 医療安全に関する情報の周知として、「医療安全ニュース」を発行し、院内掲示板への掲載を継続して実施。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実施した。
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。

- 医療安全地域連携による評価は近隣4施設と連携して取り組み、医療安全の質の向上に向けて取り組んでいる。感染状況もあり部署ラウンドは控えたが、対面による評価の実施を行った。

【インシデント・アクシデント事例と再発防止策】

- 患者基本情報の誤入力があり、食事オーダーと連携されなかったことによる、アレルギー食材の提供が発見された事象報告が複数あった。入力間違いを防ぐために電子カルテ内の表示変更をわかりやすく変更し、患者基本情報の正しい入力方法を周知した。

- DNARの方針の患者に対し、コードブルー発令した事象があった。緊急時に医師記録から治療方針がすぐに確認できないことも課題であることがわかった。緊急時対応の方針や医師の指示について、電子カルテの「注意メモ」機能を活用して記載することを全科共通として周知し、情報共有できるようにした。

- 気管内挿管困難事例のアクシデント報告があった。外来救急処置室の物品を見直し、緊急時気道確保に必要な器材や診療材料を整備した。また、全医師を対象に、気管支鏡を用いた気管内挿管、輪状甲状軟膏穿刺や輪状甲状膜切開キットの使用方法に関する説明会・実技練習を実施した。

- 複数の患者カルテを開いた操作による患者誤認のインシデント報告が複数あった。
1 患者による電子カルテ操作の徹底を周知し、誤登録防止のためにオーダー登録時にアラートが表示される機能をつけ対応した。

(2) がんセンター

【医療安全研修】

- 医療安全研修は、以下 12 テーマで行った。院内感染対策のため、個人動画視聴できる研修を中心に、集合研修は参加者数を制限し、後日動画配信を行った。
- 職員の 85.7%が 2 テーマ以上の研修に参加した。

テーマ	受講者
(1) 輸血用血液製剤の取り扱い	424 名
(2) 輸血副作用	407 名
(3) 輸血過誤の防止	347 名
(4) サルコペニア	189 名
(5) DNAR	349 名
(6) 心理的安全性	344 名
(7) チーム STEPPS～入門編～	124 名
(8) 除細動装置の使用法	74 名
(9) 生体情報モニタの使い方	68 名
(10) AED・一次救命	304 名
(11) 診療用放射線の安全利用のための研修	631 名
(12) スピルキット研修	122 名

※(1)～(6)はeラーニング、(9)は集合研修以外にオンデマンドでも実施、
(11)は個人動画視聴、(12)は集合研修及び個人動画視聴対応。

【医療安全推進月間の取組み】

- 11月の医療安全推進月間中は全職員が緑リボンシールを名札につけ、安全意識の強化を図った他、医療安全推進月間ポスターを院内・全部署に掲示した。
- 医療安全を推進する 3 words の入った各部署の写真を 1 階廊下に掲示した。職員や患者・家族に投票してもらい、上位 10 作品を公表した。



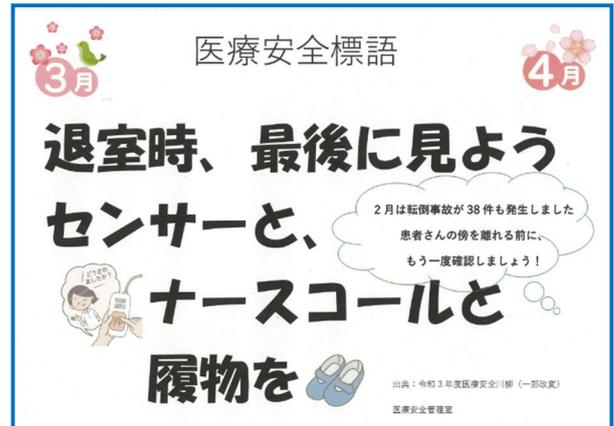
【医療安全マニュアル改訂】

- 静脈血栓塞栓症（VTE）院内ガイドラインを改訂し、VTEスクリーニングを開始した。
- 説明と同意に関して、身体拘束と身体抑制に関して、体制やルールを見直し、記録様式の全面改訂を行い、院内周知した。
- 身寄りのない患者が意思決定できなくなった時の対応方針の整備をした。
- 虐待・DV被害対応マニュアルを作成した。

【その他の医療安全活動】

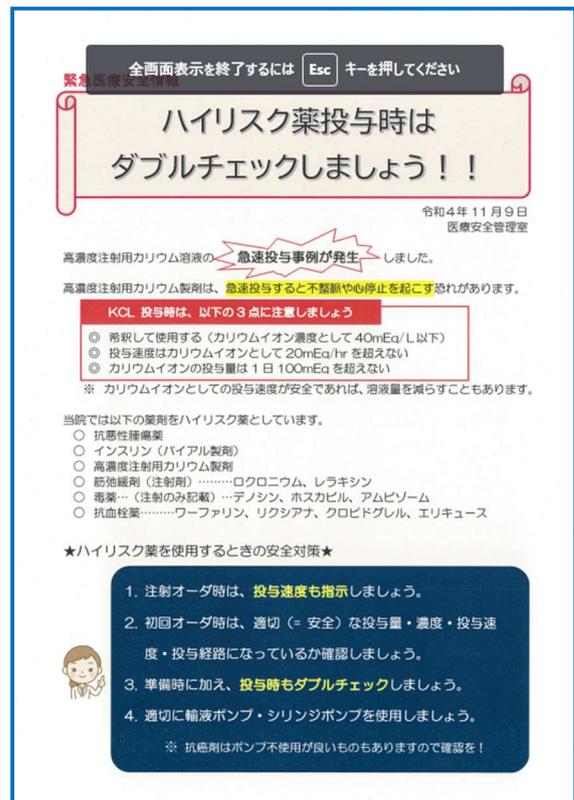
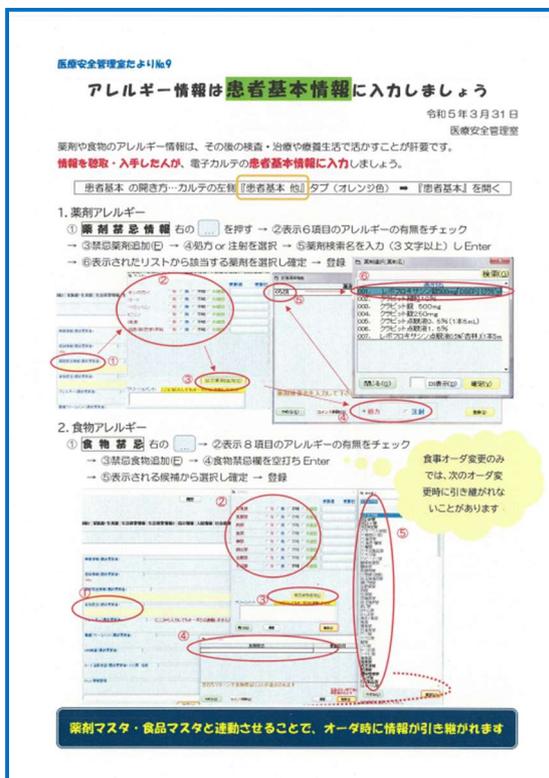
- 各部門・部署にある生体情報モニタのアラーム設定および時刻、安全カメラの時刻設定の確認を行い、適切なアラーム管理および定期的な時刻確認を促進した。
- 転倒事故防止の取組として、入院中は踵のある靴を推奨する患者・家族向けポスターを作成・掲示するとともに、院内電子掲示板に定期的に表示した。
- 患者誤認防止のため、患者・家族向けポスターを作成・掲示した。また、患者確認モデル動画を作成し、各部署での教育に取り入れた。また、患者確認の実施状況をラウンドで確認した。

- 頻回に発生するものや警鐘すべき事案については、医療安全標語を作成し、全部署に配信した。(7回/年)



【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、事故を未然に防いだGood Job報告を、医療安全管理室たよりとして発行した(計11回)



- 手術時の装着品をはずしたかの確認不足の報告が複数発生した。装着したまま手術をすることでのリスクや入院前の準備の必要性が患者に伝わりやすい事前説明用ツールの作成をすすめた。
- レントゲン撮影時に患者に名前と生年月日を名乗ってもらったが、生年月日が聞き取れず、フルネームがあっていたため撮影したところ、同姓同名の別の患者であったことが分かった。患者確認は原則として 2 つの識別子を用いること、告げられた識別情報と手元の情報とを照合することを取り決め、マニュアル改訂、全職員に周知を行った。
- MRI 検査時、シリンジポンプを外さずに出棟し検査前に発見された。出棟前のチェック忘れ対策として、MRI 問診票出力時に出棟前チェック表が出力されるようにした。また看護師対象の研修で注意喚起、説明を行った。

(3) 小児医療センター

【医療安全研修】

○ 医療安全研修は、COVID-19感染症対策のため、eラーニング研修を実施した。

- ・「みんなでつくり、みんなで根づかす医療安全文化」
- ・「磨け、コミュカ！医療安全のためのコミュニケーション」
- ・「チームの力で転倒・転落を防止する」

3テーマのうち1テーマを選択受講。eラーニング受講後にテストを実施し、提出する方法とした。1テーマ以上の受講者数は805名となった。

○ チーム医療の質の向上を目指し、感染防止対策を実施しながら「部署間編」としてチームSTEPPS研修を継続し、多職種での集合研修を実施した。12月以降、感染拡大のため集合研修の開催が困難となり、eラーニング「もう一度振り返ろう！チーム医療の基本」を視聴、テストの提出をもって受講とした。集合研修の開催回数は15回、受講者数は713名、eラーニング受講者数は162名となった。2年ぶりの集合研修だったが、初対面であっても「より良いチームとは何か」ということを考えながら多職種が協力し合い楽しく学ぶことができた。チームSTEPPS研修の受講者数は、延べ7, 314人となった。



【医療安全推進月間の取組み】

- 医療安全推進月間の取組みでは、患者家族からの指差し呼称他者評価の結果と各部署で医療安全に関わる3Word（3つの言葉）を決定し、職員の笑顔とともに写真を2階正面玄関に提示した。



- 医療安全管理室および各部署で、組織の安全文化の醸成に向けて「医療における安全文化に関する調査」の結果を踏まえ、課題や目標を明確にし、取り組みを実施し、3月に結果を各部署へ配布した。

【医療安全マニュアル新規作成】

- 自殺企図・自傷行為対策マニュアル、自殺行為発見時対応マニュアル

【その他の医療安全活動】

- 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、「指差し呼称」の他者評価を年3回実施した。平成23年度より継続している取り組みであり、医療者間だけでなく、患者家族からの評価も受けている。評価結果については、各部署・職員へフィードバックし、患者確認行動の定着を促進した。また、3月に結果を各部署へ配布した。

- 医療安全ラウンドは計12回実施した。各部署のリスクマネージャーと連携し、「輸液管理」「5S」「時刻確認」などの視点で行い、物品管理や作業環境の改善を図った。
- テクニカルスキルの向上を図ることを目的に、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、3回/年間の講習会を開催し、27名が認定された。
- 各部門・部署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実施した。
- 5S活動については、25部署で整理・整頓を中心に、年間計画を立て取り組み、年度末にまとめを各部署に配布した。
- インシデント報告等の改善への取り組みとして、前年度に発生した事象について、各部署での対策後の経過や防止策の実施状況について、病院全体で確認・周知するために会議で報告した。

【インシデント・アクシデント事例と再発防止策】

- 高柵ベッドからの転落事象を受け、転倒転落防止対策の強化を昨年度から継続して実施。看護部と連携し、高柵ベッドの中段ロックの廃止、患者家族向けDVD視聴の運用、ベビーモニターの導入などを実施した。
- ナースコールとモニターアラームがスマホに連動していたことによる緊急電話や緊急対応の遅れの防止対策として、モニターアラームのスマホ連動廃止に伴い、モニタービューアの運用を開始した。

(4) 精神医療センター

【医療安全研修】

- 医療安全職員研修は、17 テーマについて年間 21 回開催した。全職員が年 2 回以上研修に参加した。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
◆やさしく学ぶ精神科の医療安全	93 名
◆安全な医療ガスの取り扱いのために	82 名
◆医薬品の安全使用のために	117 名
◆安全な給食・栄養を提供するために	119 名
◆感染防止対策	114 名
◇精神保健福祉法	76 名
◇AED 講習会	40 名
◇静脈血栓塞栓症予防について	35 名
◇行動制限最小化に向けて	78 名

◆は e ラーニングや動画視聴 ◇は集合研修

上記に加え、令和 4 年度は以下の研修を新たに企画し、開催した。

- チーム STEPPS 概論研修
外部講師を迎え、医師や看護師・精神保健福祉士など、60 名の多職種が受講した。この研修では、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んだ。この学びを活かし、チーム STEPPS のスキルを活用した取り組みを各部署で実施し、共有した。
- 急変時アクションカード共有研修と急変対応シミュレーション研修
急変時対応の体制を強化する目的で、職員一人ひとりの役割を具体的かつ分かりやすく記載した「急変時アクションカード」を作成した。このカードの導入と定着に向けて、共有研修とシミュレーション研修を実施した。共有研修は 40 名、シミュレーション研修は 16 名が受講した。今後も「急変時アクションカード」の活用を推進し、運用方法やフォーマットのブラッシュアップを図る。

【医療安全推進月間の取組み】

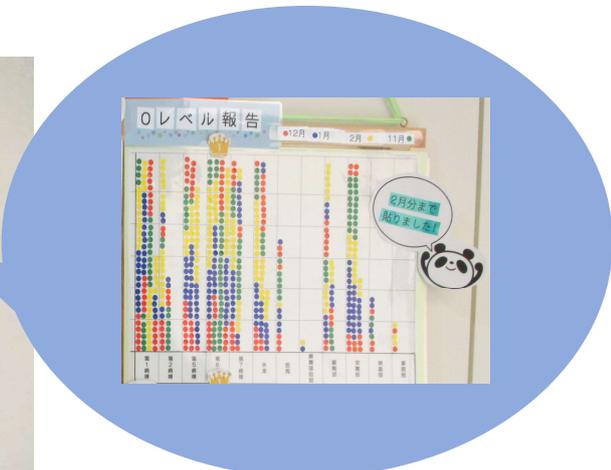
- 全部署が「自部署の 0 レベル事象の活用」に関する取り組みを紹介した。「0 レベル事象」とは事故を未然に防ぐことができた事象のことで、この事例をもとに医療安全管理に関する機能や業務の改善に繋げた取り組みを掲示して共有した。
- 「医療安全のために大事にしている言葉 (3words)」とともに撮影した各部署のスタッフ写真を「医療安全の木」に掲示し、患者さんやご家族にもご紹介した。



医療安全の木（左）
0レベル事象の活用に関する取組（右）

【その他の医療安全活動】

- 部署ごとにKYTを行った。KYTとは、「Kiken（危険） Yochi（予知） Training（トレーニング）」の略称で、「まだ発生していない、目には見えない危険を察知する能力を高めるトレーニング」のことである。令和4年度は、各部署のリスクマネージャーがKYTに対する理解を深め、それぞれの部署で起こりうる場面を想定してKYTを実施した。各部署の実施報告を掲示して共有した。
- センター全体で取り組んでいる医療安全活動の見える化を図るため、医療安全掲示板を多職種が利用する通路に設置し、ニュースレターや各部署の0レベル報告の推移を掲示した。



【インシデント・アクシデント事例と再発防止策】

- 鰯アレルギーのある患者に、正月のおせちとして田作り（材料はカタクチイワシ）を提供し、軽度のアレルギー症状（腹部の発疹と掻痒感）が出現してしまった。栄養士や看護師の禁止食品に関するチェックでの見落としが原因であった。抗アレルギー薬の投与により、患者の症状は速やかに軽快した。病棟と栄養部は、行事食のような提供頻度の少ない献立時には、個々の食材や成分の確認をより徹底することを対策とした。

- 翌日の日中に使用する注射薬（使用まで専用保冷庫での保管が必要な薬剤）のオーダーがなかったため、主治医に処方依頼した。薬剤師が不在である夜間帯であったため、医師が注射薬を薬剤部から病棟まで運搬した。受け取った看護師らは、処方箋に記載があった「要冷」を見落とし、常温で保管してしまった。常温保管では6時間以内の使用制限があり、翌日日勤の看護師が発見した時はすでに6時間以上経過していたため、廃棄処分とした。医師が注射薬を再処方し、患者には予定どおり投与した。誤薬防止のためのチェック項目6R（患者氏名、薬剤名、薬剤量、投与経路、投与時間、投与目的）は正しく確認していたが、保管方法を確認できていなかったことが要因であった。薬剤の確認の際は、6Rのほかに、処方箋に印字されているすべての情報に目を向け、読み上げることを職員に周知した。