

2024 年度 市立病院医療事故等の公表について

1 医療事故等の公表

市立病院では、医療における安全管理に対して、安全で質の高い医療を目指し様々な取り組みを実施しているところですが、医療の透明性を高めることで市民との信頼関係を築くとともに、医療事故の未然防止・再発防止を図ることなどを目的とした公表基準に基づき、2024 年度の市立病院医療事故等の一括公表を行います。

2 医療事故等の区分

区分		内容
インシデント	レベル0	・間違った行為が実施される前に気が付き患者には実施されなかった事例
	レベル1	・間違った行為が実施されたが、患者に被害（変化）が生じなかった事例
	レベル2	・事故により、何らかの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事例
	レベル3a	・事故により、治療が必要となった事例（保存的治療、皮膚の縫合など）
アクシデント	レベル3b	・事故により、濃厚な処置や治療を要した事例（人工呼吸器の装着、承諾書を要する侵襲的治療など）
	レベル4a	・事故により、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事例
	レベル4b	・事故により、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を伴う事例
	レベル5	・事故が原因で死亡した事例

3 2024 年度 医療事故等報告件数

【レベル別件数の前年度比較】

レベル	2024 年度	2023 年度
0	153	154
1	914	882
2	317	253
3a	29	19
3b	12	6
4a	0	0
4b	0	0
5	0	0
合計	1,425	1,314

※報告数は、単に「それだけ危険なことがあった」ではなく、「どれだけ危機意識をもって各自が医療安全に取り組んでいるか」という指標でもあります。インシデント事例の報告を積極的に行うことで、アクシデント事例事前防止につなげることに取り組んでいます。

4 2025 年度 医療事故等の代表的事例および再発防止策

レベル	代表事例	再発防止策
レベル0 153 件	注射薬の準備時に、薬剤の QR コードを読み込むとエラーメッセージが表示された。注射薬を確認すると規格違いの薬剤が準備されていた。	注射薬を準備する時に、薬剤の QR コードと電子カルテと照合するシステムを導入している。引き続きシステムを活用していく。
	外来問診票を渡す時に患者氏名の誤りに気づいた。確認すると同姓の他の患者を誤って受付していたことが分かった。	患者確認方法として患者自身に名乗ってもらうことを実践している。患者誤認がないか継続して確認する。
レベル1 914 件	毎食栄養付加ゼリーが必要な患者の食事トレイに配膳し忘れ、病棟より連絡を受け気づいた。	栄養科では食札と食事内容を 2 名で確認することを徹底していく。
	食事前の血糖測定検査があるため食事を食べないで待つよう説明を行うも、病室に訪室すると食事を摂っていた。	食事配膳リストを作成し、検査のある患者は検査が終了するまで食事を配膳しない。
レベル2 317 件	手術後、心電図モニターのアラームが鳴り訪室すると、せん妄状態となり胃管が抜去されていた。	手術後は痛みのコントロールを行い、せん妄予防と観察を強化する。
	内服確認のため昼食後薬の空シートを確認すると、朝食後 1 回内服する薬を誤って昼食後に内服していた。	内服自己管理査定の再評価を行い、内服を確認するタイミングを食前に変更した。
レベル3a 29 件	気管カニューレを挿入し人工呼吸器管理を行っていた。予測困難な体動により、気管カニューレが事故抜去された。	気管カニューレの固定方法を検討し、患者の好む体位や姿勢などの工夫を実施した。
レベル 3b 12 件	移動時はナースコールを押すよう説明していたが、自力でトイレに行こうとして転倒し、頭部外傷を負った。	患者の状態を観察し、転倒転落防止対フローチャートに則った転倒転落防止策を実施する。

2024 年度 医療安全に関する活動状況

1.会議等

会議等の名称	開催回数	検討内容等
医療安全管理委員会	12 回	医療事故等に関する情報共有・医療安全関連に関して組織として決定が必要な事象の協議・検討等
医療安全管理室会議	46 回	インシデント・アクシデントに関する事例共有・分析・対策検討 リスクマネージャー会議の企画、運営 研修会の企画等
リスクマネージャー（RM）会議	11 回	ワーキンググループによる目的、目標をもった組織横断的活動、全体で検討が必要なインシデント・アクシデント事例の共有
医薬品安全管理部会	6 回	医薬品の安全使用に関する基準の整備、研修会企画、医療安全管理委員会から付託事案の検討等
医療機器安全管理部会	4 回	医療機器の安全使用に関する基準の整備、研修会企画、医療安全管理委員会から付託事案の検討等

2.研修会

1)対象：全職員

前期・後期共にセーフティ・プラス（e-learning）としました。

研修会名称	開催期日	内容
前期 医療安全研修会	2024 年 6月1日～ 6月30日	1. 搬送時の患者取り違え 2. 輸液ポンプの操作ミス 3. 抑制と注意点 4. 患者・家族への説明でのキーポイント（医師のみ）
後期 医療安全研修会	2025 年 1月27日～ 2月24日	1. 医療安全と関連法 医療に関する法的責任概要 2. 抗がん剤の過量投与 3. アラームへの不適切な対応

2)対象：職種限定

看護補助員採用者研修 4 回/年（10/1・10/15・11/6・11/26）

3.医療安全巡視活動

医療安全管理委員会や医療安全管理室メンバー、リスクマネージャーが院内を巡視し、各部門における医療安全対策の実施状況を確認し、結果に応じて改善への働きかけを実施した。（主なラウンド）

実施月	ラウンド監査実施場所	巡視活動内容
2024 年 5 月	全病棟	衝撃緩衝マット使用患者の療養環境

2024 年 6 月	栄養科	栄養科食事準備～下膳 配膳車の管理調査
2024 年 6 月	病棟	輸血管理に関する調査
2024 年 6 月	病棟	病棟注射薬薬品庫管理の調査
2024 年 8 月	全病棟	モニターアラーム対応状況の調査
2024 年 9 月	病棟	ベッドサイドモニター管理の調査
2024 年 11 月	全病棟	医療安全環境ラウンド
2025 年 1 月	病棟	内視鏡室 タイムアウトの調査
2024 年 4 月～ 2025 年 3 月	全病棟	衝撃緩衝マット運用状況の調査（2 回/月）

4.医療安全 NEWS（全職員への医療安全管理意識の啓発）

発行月	主な記事内容
2024 年 6 月	1. 栗山副院長（医療安全管理室長）より 2. 2023 年度 インシデントレポート集計報告 3. 2023 年度 ヒヤリグッド報告
2024 年 7 月	知って得するインシデントと知識共有 1. 人はなぜ思い込みをするのか
2024 年 9 月	1. 増田腎臓内科部長（医療安全管理室員）より 2. インシデントレポートからの再発防止対策 3. 前期医療安全研修会報告
2024 年 12 月	患者さんを守るリスクマネジメント 1. 人はなぜ思い込みをするのか

5.医療安全管理に関する会議等の構成員

会議等の名称	構成員
医療安全管理委員会 14 名	副院長・事務局長・診療部長・中央診療部長・薬局長・看護部長・副看護部長・患者支援センター所長・医事課長・病院総務課長・放射線科技師長・臨床検査科技師長・専従リスクマネージャー・病院総務課課長補佐（事務局）
医療安全管理室会議 7 名	副院長・診療部 1 名・薬局 1 名・ME 室 1 名 事務職員 2 名・看護部（専従リスクマネージャー）1 名

リスクマネージャー会議 29 名	医療安全管理室 5 名・診療部 4 名・看護部 12 名 薬局・放射線科・臨床検査科・ME 室・栄養科・病院総務課・ 医事課・リハビリテーション科 各 1 名
ワーキンググループ (WG) 24 名	・患者誤認防止 WG (6 名) 診療部 1 名・看護部 2 名・放射線科 1 名・臨床検査科 1 名・ 医事課 1 名 ・転倒転落防止 WG (6 名) 診療部 1 名・看護部 3 名・栄養科 1 名・用度課 1 名 ・誤薬防止 WG (6 名) 診療部 1 名・看護部 4 名・薬局 1 名 ・身体拘束最小化 WG (6 名) 診療部 1 名・看護部 3 名・ME 室 1 名・リハビリ科 1 名