

報道発表資料の配付日時 11月6日(水) 15時00分

発表項目 (行事名)	道立病院における令和6年度上半期の医療事故等の公表について		
記者レクチャー のお知らせ	(実施日時)	発表者	
		発表場所	
概要	<p>「道立病院における医療事故等の公表基準」に基づき、令和6年度上半期（令和6年4月～令和6年9月）における医療事故等の発生状況を取りまとめたので、公表いたします。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ インシデント（ヒヤリ・ハット）は1,737件発生し、対前年度同期比で31件の減。 ○ 医療事故は84件発生し、対前年度同期比で16件の増。 ○ 医療事故のうち、医療過誤が認められた概要公表事例は2件。 ○ 公表内容の詳細は別添資料のとおり。 		
参考	本件の内容は、当局のホームページ（ https://www.pref.hokkaido.lg.jp/db/bkk/iryoujiko.html ）でも公表を行っております。		

報道（取材） に当たって のお願い			
他のクラブ との関係	同時配付	(場所)	
	同時レク		

担当 (連絡先)	道立病院局 人材確保対策室（担当者：久米） TEL ダイヤルイン 011-204-5233 公用スマホ 20640 内線25-856		
-------------	---	--	--

道立病院における令和6年度上半期の医療事故等の発生状況について

道立病院局

道立病院では、病院運営の透明性を高め、道民の医療に対する信頼を深めるとともに、職員の意識を高め、医療における安全管理体制の向上を図ることを目的として、平成18年3月に「道立病院における医療事故等の公表基準」を定め、毎年度2回、半期毎に発生状況を公表しており、令和6年度上半期の状況を取りまとめた。

1 インシデントの発生状況について

(1) インシデントの定義

患者に被害が発生することはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした出来事をいう。

(2) インシデント発生件数（推移）

区 分	令和4年度	5年度	6年度
上 半 期	1,568 件	1,768 件	1,737 件
下 半 期	1,316 件	1,513 件	—
年 度 計	2,884 件	3,281 件	—

(3) インシデント区分別内訳

区 分		令和6年度上半期
1	前もって気づいた事例（薬の取り違いなど）	942 件（ 54.2 %）
2	処置や治療を要しなかった事例（転倒など）	795 件（ 45.8 %）
合 計		1,737 件（ 100.0 %）

2 医療事故の発生状況について

(1) 医療事故（アクシデント）の定義

疾病そのものではなく、医療に関わる場所で、医療の全過程において発生する人身事故一切で、医療行為や管理上の過失の有無を問わない。

(2) 医療事故発生件数（推移）

区 分	令和4年度	5年度	6年度
上半期	57 件	68 件	84 件
下半期	75 件	64 件	—
年度計	132 件	132 件	—

(3) 医療事故区分別内訳

区 分		令和6年度上半期
小 ↑ 患者への影響 ↓ 大	1 確認のための検査の必要性が生じた事例、 簡単な処置や治療を要した事例	75 件 (89.3 %)
	2 処置や治療を要した事例	4 件 (4.8 %)
	3 濃厚な処置や治療を要した事例	5 件 (6.0 %)
	4 永続的な障害や後遺症が残った事例	— 件 (— %)
	5 死亡した事例	— 件 (— %)
合 計		84 件 (100.0 %)

(4) 公表区分別内訳

区分	対 象 事 例	件数	公表時期	摘 要
一括公表	事故区分1の事例及び事故区分2～4のうち、医療過誤が認められない事例	82件	半 期 毎	件数のみ公表
概要公表	事故区分2及び3のうち、医療過誤が認められる事例	2件	半 期 毎	事例ごとに概要を公表
個別公表	事故区分4のうち、医療過誤が認められる事例及び事故区分5の事例	0件	原則随時	患者及び家族の同意を得た上で公表
合 計		84件		

※ 医療過誤とは、医療事故のうち、医療の遂行過程において、医療従事者の故意又は過失があり、患者に被害が発生し、かつ故意又は過失と被害との間に因果関係があると認められるもの。

(5) 概要公表の事例

区分	概要	原因	改善・対応策
事故区分3 濃厚な処置や治療を要した事例	事例1 通院中の患者がトイレでの排泄後に立ち上がったところ、めまいが生じてバランスを崩し、転倒した。大腿骨を骨折し、保存療法のため入院となった。	転倒リスクが高い患者であったため、排泄後に看護師を呼ぶよう伝えていたが、呼ぶタイミングなどの説明が不十分であった。	転倒リスクが高い患者に対して、具体的な説明の徹底を図った。
	事例2 段階的に実施する手術で、血管を縫合する際に本来つなぐ血管とは別の血管につないでいたことが術後の検査で判明した。術後の状態は安定していたため、その後の手術は予定どおり実施した。	患者の体格の関係で、通常と異なる方向に臓器を寄せて手術を実施したために、血管の位置関係が通常と異なり、本来つなぐ血管に誤認が生じた。	患者の体格によって臓器の寄せ方を変えずに確認すること、手術全例のビデオ保存、術中・術後の検査による手術評価の徹底を図った。

3 今後の対応について

医療事故等の発生状況や個別事例の概要などについて、各道立病院の医療安全の担当者を対象とした医療安全推進担当者会議等を開催して情報を共有し、各病院に設置する医療安全管理委員会等を通じて病院職員に注意喚起を図る。

また、各病院単位での医療安全研修会の開催や、オンライン等で開催される院外の研修会、会議への積極的な参加の促進など、引き続き、医療事故等の発生防止に向けて取り組む。