

資料

道立病院における平成30年度下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、年2回、半期毎に発生状況を公表しており、今回平成30年度下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

日常診療の現場において、患者に被害が発生することはなかったが、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした事例をいう。

(2) インシデントの区分及び発生状況

区 分		平成30年度下半期
1	前もって気づいた事例（薬の取り違いなど）	409 件（32.1%）
2	検査や処置を要しなかった事例（転倒など）	866 件（67.9%）
合 計		1,275 件（100.0%）

(3) インシデント発生件数の過去3年間の推移

区 分	平成30年度	平成29年度	平成28年度
上半期実績	1,451 件	1,512 件	1,457 件
下半期実績	1,275 件	1,335 件	1,423 件
年間実績	2,726 件	2,847 件	2,880 件

2 医療事故の発生状況について

(1) 医療事故の定義

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) 医療事故の区分及び発生状況

区 分		平成30年度 下 半 期	主 な 事 例
小 ↑	1 確認のための検査 や簡単な処置・治 療を要した事例	102 件 (91.1%)	○患者が一人で車椅子に移乗しようとした際に右 膝を床について軽度の皮膚剥離を生じた。 ○患者が歩行している際に点滴スタンドのバラ ンスが崩れて転倒し、軽度の皮膚切創を生じた。
	2 処置や治療を要し た事例	3 件 (2.7%)	○患者が病室内で転倒し腰椎を圧迫骨折した。 ○血液透析の回路に空気が混入したため、回路中 に残った患者の血液を廃棄し、貧血治療のため 輸血を行った。 ○自傷行為により患者がドアを蹴り、右足の指を 骨折した。
患者 への 影 響 ↓ 大	3 濃厚な処置や治療 を要した事例	6 件 (5.3%)	○腹部大動脈瘤のステントグラフト手術において 機器を挿入する部位の動脈を損傷したため修復 手術を行った。 ※ほか5件は概要公表事案
	4 永続的な障害や後 遺症が残った事例	0 件 (0.0%)	—
	5 死亡した事例	1 件 (0.9%)	※本件事故は、患者家族に対する配慮から事故内容の 公表は行わない。
合 計		112 件	—

(3) 医療事故発生件数の過去3年間の推移

区 分	平成30年度	平成29年度	平成28年度
上半期実績	85 件	124 件	120 件
下半期実績	112 件	123 件	125 件
年間実績	197 件	247 件	245 件

(4) 公表区分別内訳

公表区分	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	106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	5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	1件	原則随時	・患者及び家族の同意を得て公表
合計		112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により患者に被害が発生し、且つ故意・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（事故区分2及び3のうち医療過誤が認められる事例）

区分	事例	原因	改善・対応策
3 濃厚な処置や治療を要した事例	事例1 心臓の手術において、手術の一部を未実施のまま手術を終了したため、再度手術を行った。	長時間に及ぶ手術において手術の進行状況の確認が不十分であった。	関係職員が術前に詳細な手術内容の情報共有を行うとともに、手術中は進行状況の確認・記録を徹底することとした。
	事例2 胃瘻を造設する開腹手術において、誤って経管栄養チューブを大腸へ挿入したため、再度手術を行った。	出来るだけ小さな手術創で手術を行うおうとしたため、手術部位の確認が不十分になった。	経管栄養チューブを挿入する際は、術前のリスク評価と手術中におけるチューブ先端位置の確認を十分に行うよう注意喚起を行った。
	事例3 痙攣発作が生じている患者に点滴を実施する際、末梢血管を広げる目的で温枕を使用すべきところ、誤って氷枕に熱湯を入れて使用したため広範囲に火傷が生じた。	早急に末梢血管のルート確保が必要な状況において、手技の確認が不十分になった。	温枕を使用した手技をホットパックによるものに変更するとともに、ホットパックの使用方法を含めて末梢血管のルート確保に関するマニュアルを整備した。

区 分	事 例	原 因	改善・対応策
	事例 4 心臓の手術において、誤って目的外の血管を糸で縛ったため再度手術を実施した。	患者の身体構造が特殊であったことなどから、目視による手術部位の確認が困難であった。	手術中に目視に加えエコーなどを用いて十分に確認を行うよう注意喚起を行った。
	事例 5 手術部位にドレーンチューブを挿入する際、誤って大腸を損傷させたため、損傷部の縫合手術を実施した。	当該患者が以前に受けた手術の影響により、チューブを挿入する部位に腸管が癒着していたため、挿入時に腸管を損傷した。	手術前にCTなどにより腹壁等の状況を十分に確認するよう注意喚起を行った。

3 今後の対応について

病院事業経営推進会議や医療安全推進担当者会議において、医療事故等の発生状況や個別事案の情報を共有し、各病院に設置している医療安全対策委員会等を通じて、病院職員各々の注意喚起を図るとともに、外部講師による研修会の開催や院外で開催される医療安全研修会へ職員を派遣するなど、引き続き医療事故等の発生防止に取り組む。