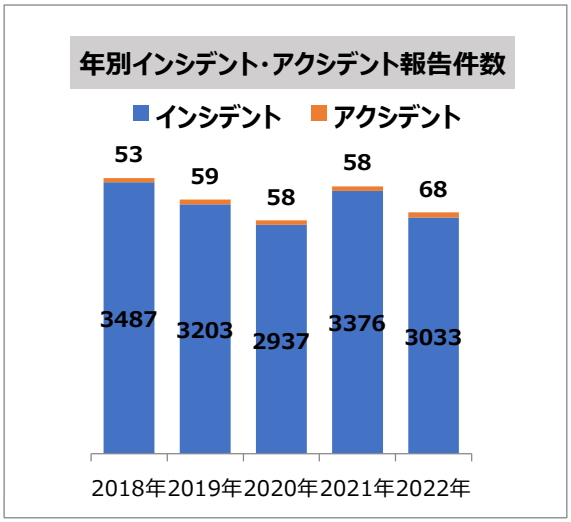
近森病院　医療安全委員会

呼吸器内科部長　医療安全委員長　中岡　大士

1. 年別インシデント・アクシデント報告件数



インシデント、アクシデント報告の集積は、事故に至った事例から分析や改善につなげる為に活用されている。2022 年はインシデント 3,033 件(97.8%)、アクシデント 68 件(2.2%)の合計 3,101 件(図 1)。前年より 333 件減少。アクシデントは前年より 10 件増加した。

インシデント報告は、2016 年にセーフマスターの導入から 7 年が経過し、直近 3 年は増加と減少を繰り返す結果となった。

医療安全管理部会、医療安全委員会、セーフティ委員会等での報告から様々な改善策を講じ、その結果減少につながっているのか報告がされていないのか定かでないが、2022 年は前年に比べアクシデントが増加したため、大きな医療事故につながらないよう引き続き安全確保のため報告の収集と改善へ取り組む。又報告件数増加につながるような対応を検討する。

2. 事象レベル別割合：前々年と前年の比較

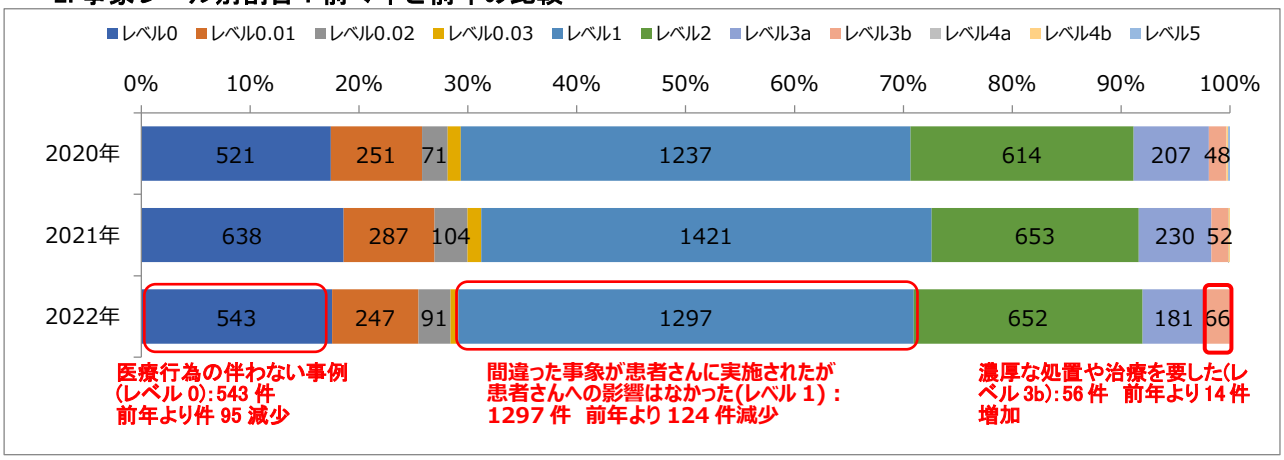


図 2　2020 年 2021 年 2022 年の事象レベル別割合

2022 年の報告を事象レベル別割合で見ると【間違った事象が患者さんに実施されたが患者さんへの影響はなかった：レベル 1】が 1,297 件（41.8%）と最も多く、次いで【実施されたが処置や治療には至らなかった：レベル 2】が 652 件（21%）、次に【医療行為の伴わない事例(ｸﾚｰﾑ･事務処理等)：レベル 0】が 543 件（17.5%）、と続いた。全体的に 2022 年は減少傾向となるも【濃厚な処置や治療を要した：アクシデント 3b】が 66 件（2.1%）

と前年より 14 件増加した。

3. 内容別割合：前々年と前年の比較

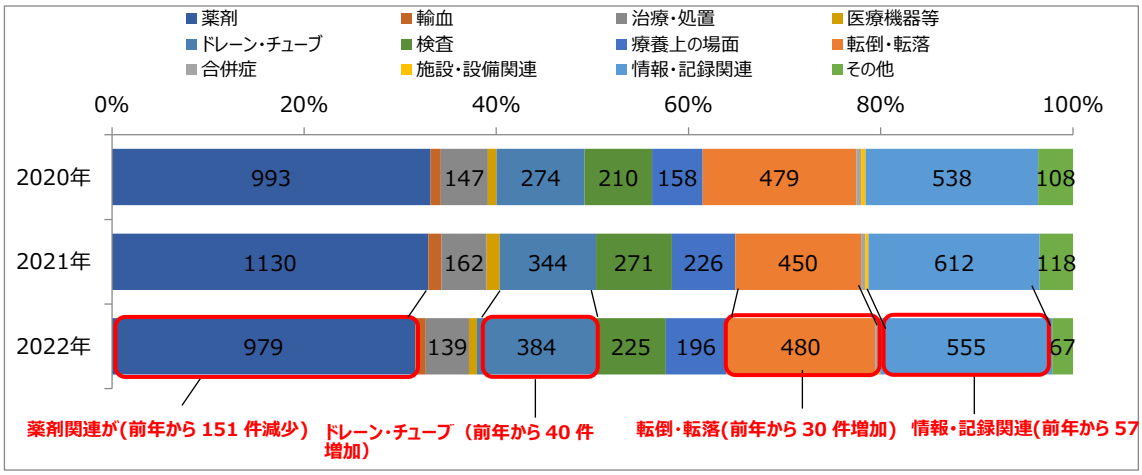


図 3　2020 年 2021 年 2022 年の事象内容別割合

内容別に見ると、医師の薬剤オーダミスや看護師の確認不十分による事象、薬剤師からの払い出し間違い等による薬剤関連が最も多く 979 件（31.5%）報告されたが 2022 年は前年より 151 件減少。次いで多く報告された情報・記録関連が 555 件（17.9%）前年より減少傾向。増加傾向にあったのは転倒・転落が 480 件（15.5%）と前年より 30 件増加した。次いでドレーン・チューブが 384 件と（12.4%）と前年より 40 件増加した。転倒・転落とドレーン・チューブについては増加した要因について細かい分析を行い、再発防止に努める。

4. 職種別割合：前々年と前年の比較

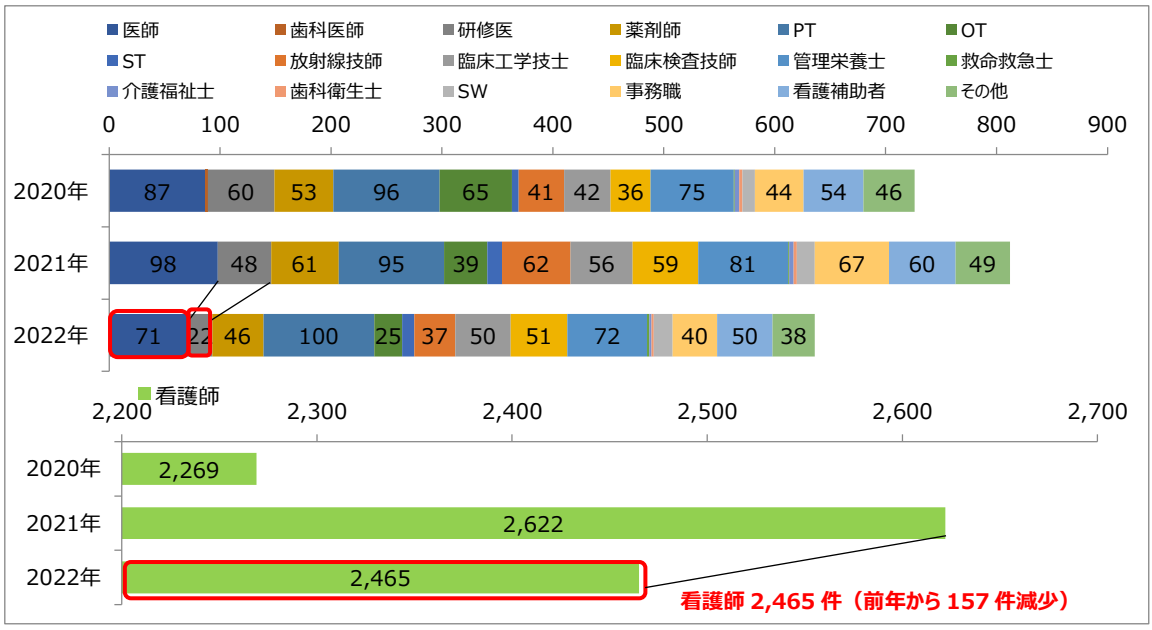


図 4　2020 年 2021 年 2022 年職種別割合

職種別では、看護師からの報告が最も多く 2,465 件(79.4%)、次いで理学療法士(PT)100 件（3.2%）、管理栄養士 72 件（2.3%）と続いている。前年と比べ全体的に減少傾向だが特に医師からの報告が 71 件(2.3%)と 27 件減少、研修医は 22 件（0.07%）で 26 件減少。3 年で比べるともっとも低い結果となった。医師からの積極的な報告を促す対策が必要になってくる。特に研修医とカテや内視鏡の治療処置などで予期せぬ合併症に限らず起こりえた合併症なども報告の対象とするなど内容を精査し医療安全委員会から発信していく。

5. 転倒・転落の事象レベル別

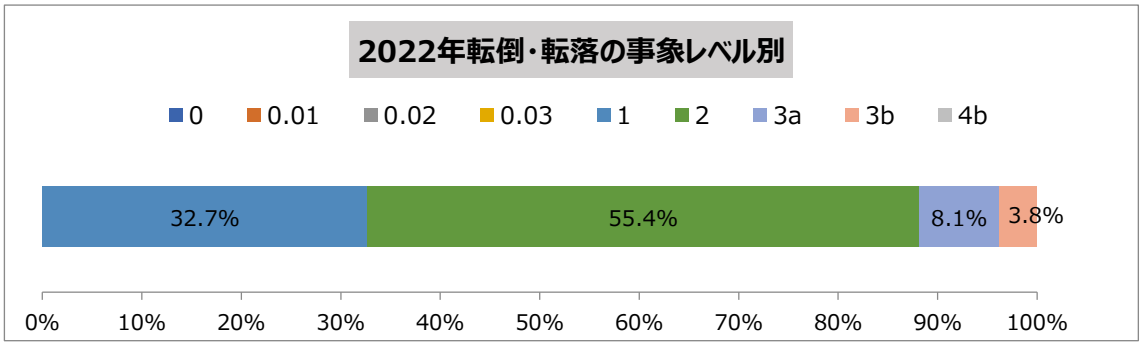


図 5　2022 年転倒・転落の事象レベル

2022 年に増加した内容別の 1 つ目は転倒・転落で 480 件について着目した。(前年 450 件）事象レベルで見てみると、レベル 2【処置や治療は行わなかったが患者観察、バイタル変化の観察、安全確認のための検査の必要性が生じた】が最も多く 266 件（55.4%)、次いでレベル 1【間違った事象が患者さんに実施されたが患者さんへの影響はなかった】が 157 件（32.7%）であった。アクシデント 3b【患者さんに濃厚な治療や処置を要し大きな影響を与えた】では 18 件(3.8%)の報告が多く、アクシデント全体件数 68 件のトップを占めた。前年はアクシデント 11 件だったため増加。転倒はトイレ時やトイレ中の移動の転倒が最も多く、転倒対策について守られているかどうかや転倒リスクアセスメント評価については入院時だけでなく、転入時、転倒転落時、状態変化時など定時評価で日頃から危険リスクを把握していく。又アクシデント発生後は部署で振り返り会を行なうなど問題点や対策について更に強化し、患者家族から訴えのなきよう転倒防止策は今後も重要になってくる。

6. ドレーン･チューブ類の事象レベル別

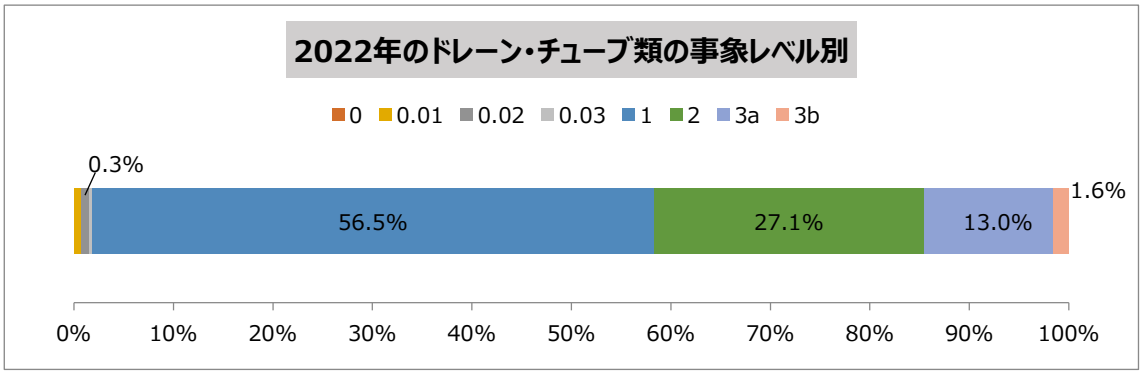


図 6　2022 年ドレーン･チューブ類の事象レベル

2022 年に増加した内容別の 2 つ目はドレーン･チューブ類は 384 件であった。(前年 344 件）事象レベルで見てみると、レベル 1【間違った事象が患者さんに実施されたが患者さんへの影響はなかった】が最も多く 217 件（56.5%）だった。次いでレベル 2【処置や治療は行わなかったが患者観察、バイタル変化の観察、安全確認のための検査の必要性が生じた】が 104 件（27.1%)、レベル 3a【簡単な処置や治療を要した】で 50 件(5.0%)であった。アクシデント 3b【患者さんに濃厚な治療や処置を要し大きな影響を与えた】は 6 件(1.6%)という結果だった。アクシデント件数は少ないがインシデント件数の自己抜去 240 件(73.8%)が最も多く次いで自然抜去(8 件)、接続外れ(8 件)、破損・切断(7 件)、不適切使用(7 件)だった。部署別では HCU(54 件)、救命救急病棟（49 件)、ICU(33 件)と集中系の病棟が多い結果となった。医療安全ニュースなどで啓蒙するなど改善を促していく。

7. 全職員対象医療安全必須研修：部署別受講率

	2022 年上期				2022 年下期			
	対象数	受講数	未受講数	受講率	対象数	受講数	未受講数	受講率
診療部	140	135	5	96.5%	156	149	7	95.5%
看護部	645	644	1	99.8%	613	611	2	99.6%
診療技術部	314	314	0	100.0%	303	303	0	100.0%
管理部	215	215	0	100.0%	211	210	1	99.5%
合計	**1,320**	**1,314**	**6**	**99.5%**	**1,273**	**1,263**	**10**	**99.2%**

図 7　2022 年全職員対象医療安全必須研修 部署別受講率

上期の医療安全研修は輸血に関するインシデントが以前から多かったため、輸血検査部と協力し全職種へ知っていただきたい内容や安全対策、緊急時の対応について研修を行なった。

下期は転倒予防の新たな取り組みと事故防止について過去に取り組んだ内容やその結果報告、介助中の転倒予防対策について盛り込み、他院での転倒死亡事例についても共有した。

2022 年の全職員対象医療安全研修では新型コロナウイルスの影響で集合研修は行わずセーフマスターによる E-learning 研修で行った。上期 99.5%、下期 99.2%の受講結果となった。

８．まとめ

【事故対策】では７月に「心臓カテーテル検査中、トリノシン10A 投与するところ誤ってパパベリンを10A 準備し投与した事例」を行った。８月は「人工股関節置換術中のガーゼ遺残」の事故対策委員会を開催し医療機能評価機構へ７月と８月に発生した２例について事故報告を行った。その他医療事故対策委員会メンバーと関係者とで事例を振り返りの会を行い、再発防止に向け改善策について話し合った。医療事故ではないが死亡された患者について 6 月に「心筋梗塞患者の出血性ショックによる死亡事例」について検討会を開催した。

医療安全研修会、医療機器研修会、事例の共有、振り返りの会、医療安全ニュース等を発行し、掲示するなど医療安全活動を行っているが、啓蒙活動は充分とは言えない。また、事例に対する要因分析が十分できていない事象もあり、次年度も引き続き情報収集と共に要因分析に力を入れ改善策に繋げ、安全な医療を提供できるよう職員の協力を得ながら活動していきたい。

(医療安全の１年間の主な取り組みについて)

・1 月胸写における重要所見の見落とし対策について:AI が異常を検知し、異常があった場合は赤色で部位とコメントが表示される。胸写X線写真 AI 試行運用医師アンケート集計結果について:昨年 12 月～約２ヶ月間試用。概ね半数以上、運用継続希望の回答あり導入となった。

・1 月「ヨード造影剤、ガドリニウム造影剤の急性副作用発症の危険性低減への対応」(成人用)フロー図作成。電子カルテ資料-「薬・細菌」への差し替えと「医療安全」タブへ追加し、周知を行なった。

・1 月電子カルテの複数起動制限について:患者間違い防止策で一番多い ER で複数起動制限の対策を講じた。(クラークリーダーNS 使用分、説明室の計 2 台は除く)

・3 月一般病棟のワゴン台のノートパソコンについて:廊下で画面が開いた状態が散見されることから、個人情報保護の観点から操作しない間スクリーンセーバーが3分後に作動するよう対策を講じた。

・4 月事故発生時の対応について:医療安全緊急対策会議を経て、事例の聞き取りを行なうと共に、医療事故として扱うかどうかの判断をする。事故対策、又死亡事例については事故調査委員会を開催する。医療安全管理指針の規約も一部改定。緊急対策会議メンバーの追加と事故対策、事故調査委員会のメンバー変更を行った。

・4 月「画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価」の 2022 年診療報酬改定で報告書管理体制加算対象となり、定期的に医療安全管理部と関係部署(放射線科、病理診断科)と情報共有し、報告書確認を行なうようにした。又、毎月の委員会と合同運営会議でも報告するようにした。

・5 月院内での録音・撮影行為について(診療中と病状説明中を含む):ソーシャルメディア(情報発信

技術）とコロナ禍が遷延する時代を背景に、医療従事者（主に医師）の説明内容を録音、録画したりする行為が増えており、当院でもこのような行為について事前の許可を患者側から求められる場面や、許可なく実行される場面に直面するため原則禁止とし入院時の書類へ記載と院内掲示を行なう。

・5 月 KCL 製剤の運用規定について: 希釈液減量規定に従い、KCL 補正液キット（20mEq/50ml） を ICU、KK、HCU 全科対象使用とする。（12 月より CU 病棟を追加）

・6 月術後の D ダイマー高値を見過ごし DVT 発症した事例からDダイマー20 以上でパニック値の報告体制の運用を開始とした。

・6 月持参薬の冷所保存が必要な薬剤に対し確認が遅れ高額な薬剤が廃棄となったことから、預かった薬で冷所の必要な薬の場合は札（シグナル）を薬剤につけて搬送する運用を開始とした。

・6 月自主退院患者の誓約書記載について：入院中に十分な説明を行ったにもかかわらず、患者個人の意思で自主退院を希望することがあり、患者に記載いただく誓約書の書式を統一した。

・8 月入院診療に同意しない時の誓約書記載について：入院前に、治療が必要な状況で入院に同意しない希望が聞かれた場合、医師の判断により誓約書に記載（サイン）していただく誓約書の書式を統一した。

・8 月患者基本：体内金属「体内金属撮影中止歴あり」項目追加について：体内金属の存在を理由に MRI 撮影を中止した場合は「有」に登録し、コメント欄に内容を入力し、中止せず実施した場合付箋へ登録することとした。

・10 月 KCL 輸液における希釈液の減量時の規定：(追記)原則 1 日投与量は 100mEq まで。但し医師の判断で使用可能とした。

・10 月血管造影室・IVRCT 室のカメラ映像の保存について：トラブルがあった事例で、相手側の弁護士から映像の開示を求められるケースが実際あった。治療時の動画の保存期間が決まっており、自動で上書き保存され消去されるため、トラブルになりそうな事例があった場合は、長期保存を行なうので医療安全管理部まで連絡いただくように発信した。

・11 月手術室・血管造影室・IVRCT 室での動画撮影による患者への説明と同意について：病院側から患者へ撮影許可に対する説明と同意が得られていないことが判明。その対応として本館正面玄関に掲載している「個人情報の保護に関する法律に基づく公表」の中に『防犯と安全管理のための撮影について』というタイトルで、施設管理権に基づき、防犯と安全管理を施行するためのカメラ設置（撮影）の文言を付け加え 12 月より掲示開始。近森病院の画像撮影・録画に関する規定も作成。

・11 月 CVC 認定制度変更について：指導医を卒後 3 年以上、認定医は卒後を外す。更新も 3 年毎。登録者リストの修正と CVC 挿入研修ビデオを作成、今後資格希望者に研修の受講を促した。

・12 月インスリン関連のインシデントが多い事などから、NEC 電子カルテにあるスライディングスケール機能についてデモを実施。糖尿病内科医、医療安全、システム担当者等と話し合いの場をもった。