

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

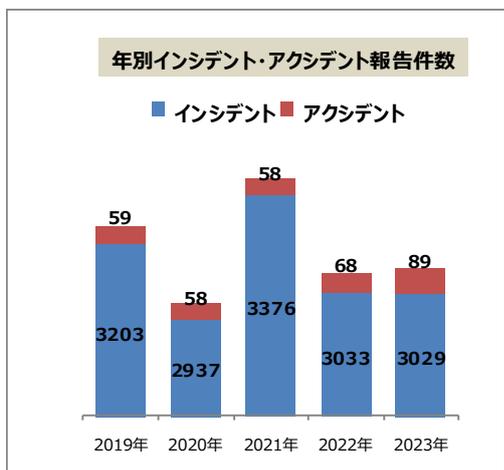


図1 年別インシデント・アクシデント報告件数

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。2023年はインシデント3,029件(97.1%)、アクシデント89件(2.9%)の合計3,118件(図1)。前年より17件増加でほぼ横ばい。アクシデントは前年より20件増加となった。

報告のあった事例は医療安全管理部会、医療安全委員会、セーフティ委員会等で対策を講じている。又、報告数の少ない医師は会議等を通じて報告を促している。前年に引き続き、アクシデントが増加傾向にあるため、重大な医療事故につながらないように引き続き安全確保のため報告の収集と分析改善について取り組んでいく。

2. 事象レベル別割合：前々年と前年の比較

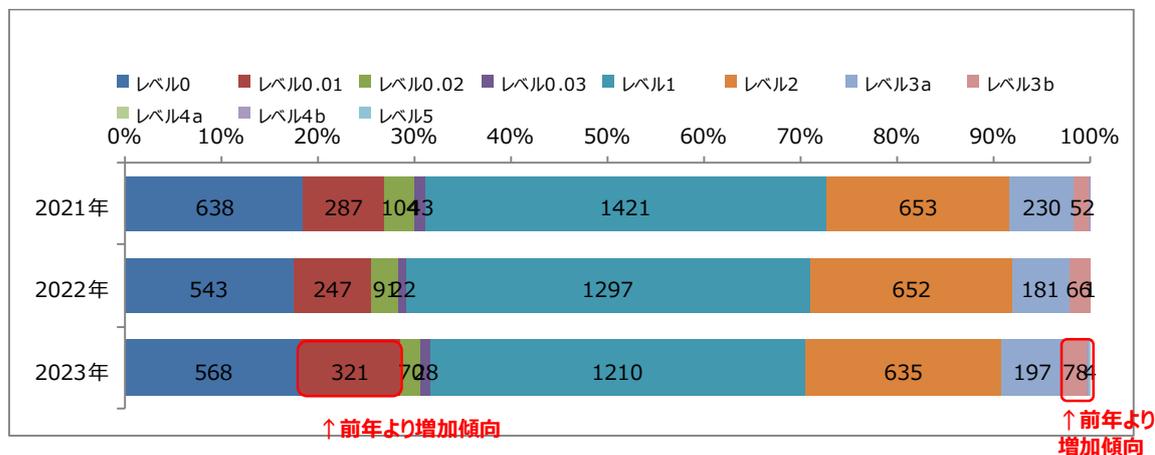


図2 2021年 2022年 2023年の事象レベル別割合

2023年の報告を事象レベル別で見ると【実施されたが患者への実害はなかった：レベル1】が1,210件(38.8%)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635件(20%)、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568件(18.2%)と続いた。前年に比べ【仮に実施されていても患者への影響は小さかった(処置不要)：0.01】が321件(10%)と74件増加したがその要因の一つとして患者認証システムの入力漏れが多く報告されていることが考えられる【濃厚な処置や治療を要した：アクシデント3b】が78件(2.5%)と前年より12件増加し3b以外のアクシデントは11件と過去最多となったため、医療事故につながらない対策が課題である。

3. 内容別割合：前々年と前年の比較

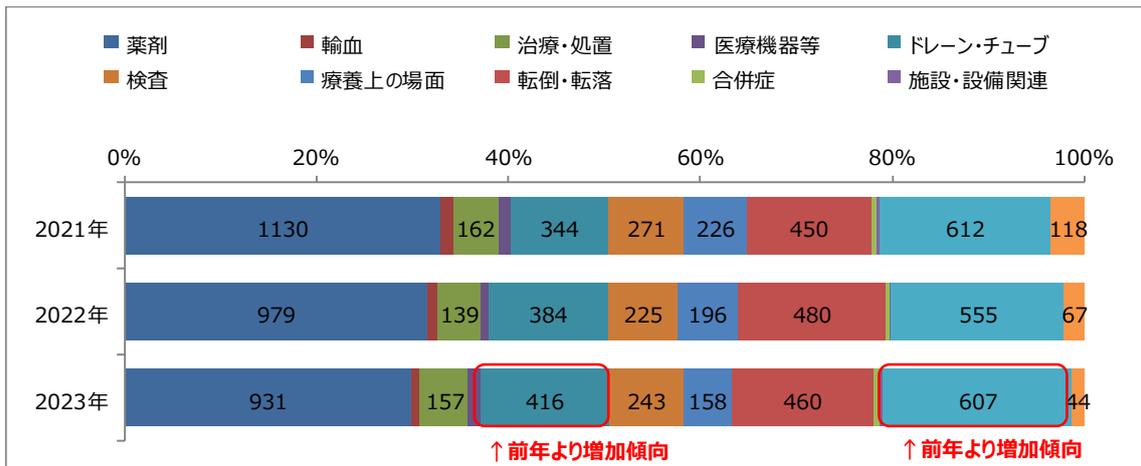


図3 2021年 2022年 2023年の内容別割合

内容別に見ると、薬剤関連が最も多く931件（29.9%）報告されたが2022年と比較すると48件減少。薬剤は3年連続減少傾向にある。次いで多く報告された情報・記録関連が607件（19.5%）と前年より52件増加し、前々年の612件とほぼ同数であった。

全体的に前年より減少傾向にあったのは転倒・転落が460件（14.8%）と前年より20件減少で色々な対策の成果が出た結果に思う。前年より増加したのはドレーン・チューブ416件と（13.3%）前年より32件増加し、前々年から増加傾向にあるので何らかの対策を講じる必要がある。

4. 職種別割合：前々年と前年の比較



図4 2021年 2022年 2023年職種別割合

職種別では、看護師からの報告が最も多く2,405件（77.1%）、次いで理学療法士(PT)123件（3.9%）、医師122件（3.9%）と続いている。看護師の報告では1年目の看護師からの報告が393件(16.3%)だった。前年と比べ特に医師からの報告は50件以上増加、理学療法士も20件以上増加した。医師からの報告を促すために2023年度は血管内治療や内視鏡治療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、院内全体へ報告を促した結果が得られたためと考える。今後も医師には引き続き継続して発信していく。

5. 情報・記録関連の事象レベル別

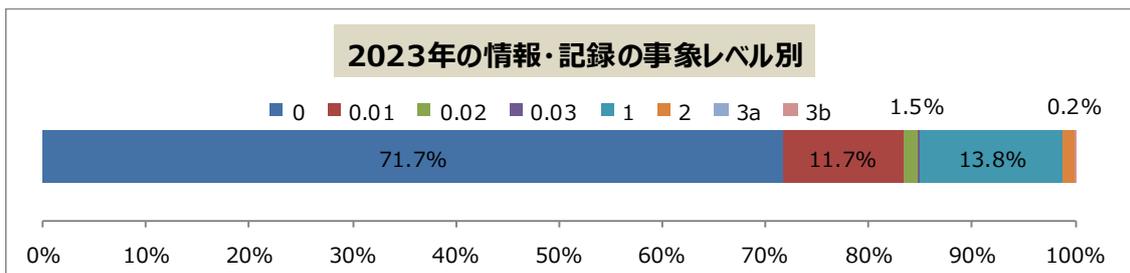


図5 2023年情報・記録関連の事象レベル

2023年に増加した内容別の1つ目は情報・記録で607件について着目した。(前年555件) 事象レベルで見ると、【医療行為の伴わない事例(クレーム・事務処理等): レベル0】が最も多く435件(71.7%)、次いでレベル1【間違っただけで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84件(13.8%)であった。アクシデントに至る事例はないに等しいが、報告件数で多かったのは看護師の患者認証システム(PDA)入力漏れ(182件)、入力・転記・記録間違い(114件)、患者誤認(94件)、入力・転記・記録忘れ(69件)が上位を占めている。患者認証システム(PDA)入力漏れの報告が全体件数の3分の1弱でその内新人看護師からの報告が58件(32%)になる。来年はPDAを認証する意味や重要性を教育するため、新人研修で患者認証について説明・指導する等、啓蒙活動を実施する。患者誤認は情報・記録関連以外の内容別にもあり、薬剤(48件)、検査(36件)、療養上の世話(25件)と、色々な場面で患者誤認防止の啓蒙活動を継続して強化する必要がある。

6. ドレーン・チューブ類の事象レベル別

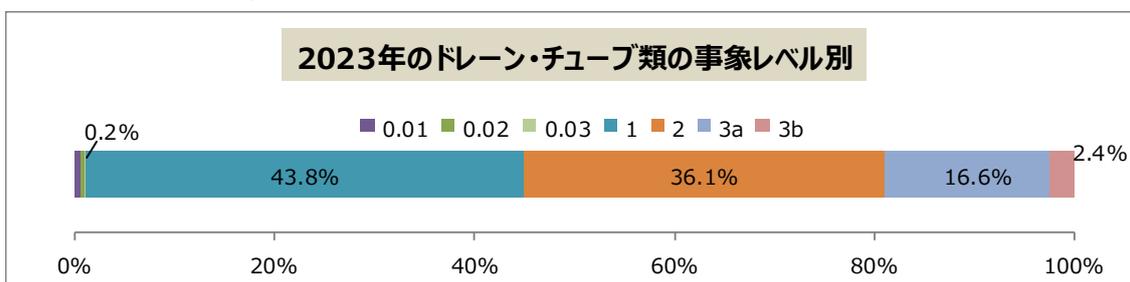
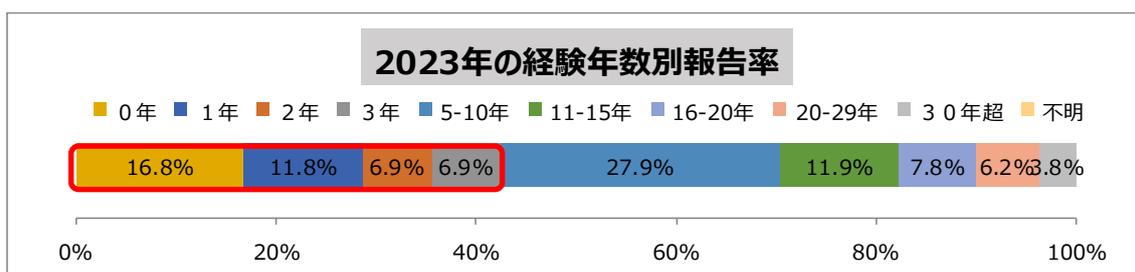


図6 2023年ドレーン・チューブ類の事象レベル

2023年に増加した内容別の2つ目はドレーン・チューブ類は416件であった。(前年384件) 事象レベルで見ると、レベル1【間違っただけで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182件(43.8%)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150件(36.1%)、レベル3a【簡単な処置や治療を要した】で69件(16.6%)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10件(2.4%)という結果でアクシデント件数は前年より増加。インシデント件数の自己抜去247件が最も多く次いで点滴漏れ(32件)、自然抜去(18件)、使用・管理(16件)、閉塞(9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。自己抜去はHCU、ICU、救命救急、北3病棟が上位を占めている。点滴漏れは救命救急病棟、放射線科外来が上位、自然抜去はICUという結果だった。3年前から増加傾向で減少傾向には至っていないが、抑制解除に向けての取り組み中、自己抜去が発生する等も要因の一つである。今後の対策として、医療安全活動の中で定期的なラウンドを行うことや使用物品の見直しを行なう等、大きな事故につながらないようにする必要がある。

7. 経験年数別報告率



報告件数の経験年数別で見ると赤枠で示す0年～3年の職員からの報告が全体の43%と半数に近い。次いで5～10年目は28%であることから、経験年数の低いことも要因の一つであるとうかがえる。経験年数の低いスタッフには個別指導をすることや、特に0年～3年目は定期的な研修や業務を行なう上で、十分な指導や教育が求められることについて定期的に医療安全から現場へ、情報発信する。

8. 全職員対象医療安全必須研修：部署別受講率

	2023年上期				2023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	151	151	0	100%	145	145	0	100%
看護部	640	637	3	99.5%	582	580	2	99.6%
診療技術部	319	319	0	100.0%	323	323	0	100.0%
管理部	217	217	0	100.0%	219	218	1	99.5%
合計	1,327	1,324	3	99.7%	1,269	1,266	3	99.7%

図7 2023年全職員対象医療安全必須研修 部署別受講率

上期のテーマは画像病理検査レポートの適切な対応とインシデントがここ数年で増加傾向にあったインスリンの危険性をテーマに糖尿病専門医と糖尿病認定看護師にも協力いただき、低血糖や事例について行なった。下期のテーマは再度画像検査レポートの適切な対応と、多職種で行なうアレルギー対策について行なった。アナフィラキシーは薬剤による死亡率が高いこと等から事例を交え被疑薬の投与が重度のアナフィラキシーを発症する危険性について行なった。2023年の全職員対象医療安全研修はセーフマスターによるE-learning研修とし上期99.7%、下期99.7%の受講結果となった。

8. まとめ

【事故対策】では5月「右室心筋生検施行時の穿孔により、心タンポナーデを来し心嚢ドレナージ中にCPAとなった事例」「大動脈解離に対する緊急手術の際に経食道エコー挿入その後臍胸診断され食道損傷が判明した事例」を行った。7月「モニター心電図が外れていることに気づかず急変対応が遅れた事例」、11月「統合失調症の既往がある患者の他院入院中に腕時計のバックルを外した文字盤を飲み込み、当院にて内視鏡的に異物除去術を施行した際、食道損傷をきたした事例」について対策会議を行なった。

その他当事者、関係者と医療安全管理部で事例の振り返り会を行い、再発防止に向け改善策について話し合った。6月は「循環不全・左室機能障害にてImpella5.5挿入中リハビリの際、Impellaが脱落し緊急でImpella抜去した事例」10月は「アブレーション後右目の微小血管を塞栓した事例」12月は「副作用出現薬剤の投与にてアナフィラキシーショックとなった事例」について開催した。

研修では医療安全研修、医療機器研修、部署で行なう事例の共有や振り返り会の開催、医療機能評価機構から毎月送られる医療安全情報、当院での医療安全ニュース、全国ニュース事例、医療安全ラウンド等を発行、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 CVC 認定医・指導医の更新条件を見直し「CVC 挿入のためにアクシデントとピットホール」の e-learning 研修動画を ER 三木医師が作成。CVC 認定医・指導医の登録希望者に受講を促した。又、医師からの報告件数が少ないことから手術以外の検査・治療中におけるインシデント報告対象の基準を設けた。診療責任者会議へ提案し、承認。【基準】インシデント事象レベル3以上
 - 検査・治療中において予期せぬ合併症、想定しうる合併症でも報告対象とする。
 - 検査・治療中において追加で新たな処置や検査が必要になった場合、報告対象とする。
 - 検査・治療中において処置を施さなくても経過観察で退院が延期になった場合、報告対象とする。特に退院が延期となった場合は必ずレポートシステム(Safe Master)へ積極的に報告する。
- 2月より入院する際に患者・家族へお渡しする「転倒説明文」について、看護師から説明を聞いた患者・家族には署名をいただき、説明を行なった看護師の氏名も公開する運用に変更した。
- 4月より「高難度医療技術導入検討委員会」を発足。院内で高難度医療技術を新規に導入する際、その医療行為が医療安全及び倫理的、社会的配慮の観点から適正であるか審議する目的とし、病院長、医療安全を担当する医師(外科系1名、内科系1名)、倫理委員会委員長及び各部門の担当者で構成。又、委員長が審査に必要と認めるときは当該診療科又は部署の責任者、当事者および外部の関係者を招聘することができる。(原則第3水曜(不定期)開催。)4月の機能評価に向けて「パニック値の報告体制についての変更」や「手術部位の間違い防止対策(マーキング方法の標準化について)」では手術施行時の部位の間違い防止対策としてマーキングを実施しているが、誤解の生じやすいマークや医師により記載方法が異なる時がある。手術部位の誤認を防ぐ目的としてマークや記載方法を統一した。「重要画像所見の対応について」は他院でもがんの見落とし事例が全国ニュースになっている事などから、事故防止のため、重要画像所見の具体的な対応について決定し、医師へ周知し医療安全研修(上期・下期)も実施した。
- 5月機能評価からの指摘事項とし、書式を統一し病院全体で使用できるよう「口頭指示を受ける際のメモ用紙」を準備することとした。メモ用紙は看護師以外でも使用可能とし、12月に完成し運用開始した
- 7月医療安全へ報告されるインシデントレポートで、血糖・インスリンに関連する報告数が多く患者の命に関わることがある。医師からの指示コメント内容にばらつきがあり、記載内容の解釈が人によって違うことがミスに繋がっている事例が多く見られる。又、指示コメント入力が多くなると画面をスクロールする必要があるため、最新の指示がどこにあるか分かりにくい問題があった。これらの問題解決のため、電子カルシステム「NEC Mega Oak HR」の新バージョンに追加された機能、インスリン指示に特化した「スライディングスケール」の導入を決定。関係者とワーキングを発足し時間をかけて話し合った。
- 8月「モニター心電図が外れていることに気づかず急変対応が遅れた事例」から、改善策の一つとして各病棟の心電図モニターの設置場所の再確認と、モニターのアラーム音量、アラーム間隔、2分後に緊急度がグレードアップする設定へ変更した。医療安全では勤務交代時のチェックの強化も促した。
- 11月栄養投与量の変更伝達抜かりによるインシデントから、改善策として一般病棟での栄養剤準備方法の運用について臨床栄養部と看護部で検討し変更した。
- 12月「心房細動アブレーション後に虚血性視神経症を合併した」事例から改善策の一つとして、血管内治療・検査説明同意書へ合併症の項目に文章を一部追加とし、患者家族へ説明を行なうよう改定した。(2024年2月にアブレーションとアブレーション以外のパスの説明同意書を改定)
- 12月「副作用出現薬剤投与後アナフィラキシーとなった事例」改善策の一つとして「患者基本」の薬剤禁忌に薬剤名と発生年月日の登録を徹底することとし(医師、看護師、薬剤師のいずれかが行う)下期の医療安全研修でも周知していくことを決定した。