

## 平成25年度の医療安全管理の取組について

平成26年7月10日

公立大学法人横浜市立大学

附属病院

附属市民総合医療センター

## 目 次

■ 医療事故公表判定基準等	.....	1
I インシデント報告の状況	.....	5
II 入院患者アンケート調査結果	.....	7
III 主な改善検討事例	.....	9

(参考) 資料中での病院名の正式名称は次のとおりです。

附属病院 : 横浜市立大学附属病院

センター病院 : 横浜市立大学附属市民総合医療センター

## 医療事故の公表について

平成13年2月16日 制定

平成25年6月10日 改正

横浜市立大学附属病院及び同市民総合医療センター（以下「附属2病院」といいます。）は、平成11年1月の患者取り違え事故をはじめ、薬剤ラベル貼り付けミスなど、これまでに引き起こした医療事故の反省の上に立って、病院を挙げて医療安全管理の徹底に努めてまいりました。

医療の安全管理を進め、患者さんの安全を確保するとともに、医療事故の発生などの情報を公表することによって、病院運営の透明性を高めることが、医療の信頼を回復するために重要であります。

そこで、横浜市立大学では、附属2病院がどのような場合に医療事故の情報を公表するかを検討するため、平成12年8月7日に市立大学病院改革委員会のもとに医療事故公表基準作成特別委員会を設置しました。同特別委員会は、これまでに6回の審議のほか、市民、市会議員、医療関係者、法律専門家、評論家など多くの有識者・専門家の方々からのご意見を伺いながら検討を進め、附属2病院における医療事故の公表についての考え方をとりまとめました。

また、平成21年度からは、個人情報保護の観点から公表にあたっては同意書による確認を行うこととしました。

### 1 医療事故の公表の意義

医療事故を公表することには、次のような意義があるものと考えます。

- (1) 平成11年1月に起こした患者取り違え事故を契機に、医療事故が大きな社会問題となっているが、当事者として、医療における安全管理を徹底していくために自発的に医療事故を公表していく責務がある。
- (2) 医療事故を公表し適切な対応をとることは、附属2病院の社会的な責任であるとともに、病院運営の透明性を高めることにより、市民からの信頼回復が図られる。
- (3) 医療事故を公表することは、他の病院の医療安全管理にとっても重要な情報提供になる。

### 2 用語の定義

本報告において使用する用語の定義は、次のとおりです。

#### (1) 医療事故

患者さんが本来持っていた疾病や体質などの基礎的条件によるものではなく、医療においてその目的に反して生じた有害な事象をさす。医療事故には、医療内容に問題があつて起きたもの（過失による医療事故）と医療内容に問題がないにもかかわらず起きたもの（過失のない医療事故）とがある。

#### (2) インシデント事例

医療従事者が医療を行ううえで、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例で、医療事故には至らなかった場合をさす。

### 3 医療事故の公表基準

附属2病院は、今後、次のいずれかに該当する医療事故が発生した場合は、患者さんと御家族の同意のもとに、これを速やかに公表します。公表にあたっては、原則として、4の「医療事故公表判定委員会」の意見を聞くものとします。

- (1) 過失による医療事故で、それが死因となった場合、もしくは「生命の危険等、深刻な病状悪化をもたらす」、「治療しても治癒しない」、「治癒するがかなりの負担を強いる」など、患者さんに相当の有害な結果を生じた場合。
- (2) 過失による医療事故で、有害な事象の程度が軽微であっても、病院の医療安全管理上重大であると判断される場合。
- (3) 患者さんに相当の有害な結果を生じた医療事故で、過失によることが明らかでなくとも、公表すべきと判断される場合。

上記以外の過失による医療事故は、包括的な形で一括して公表します。

なお、インシデント事例は原則として公表しません。

### 4 医療事故の公表の判断・判定について

医療事故の公表の判断・判定に関して、法人事務系責任職、附属2病院統括安全管理者、外部有識者等で構成する「医療事故公表判定委員会」を設置します。

当委員会は、病院長の依頼により、以下の項目について協議します。

- (1) 速やかに公表すべき医療事故であるか否か、について。
- (2) 医療事故に関して患者さんと御家族に対する説明が十分になされたか、また公表に関する同意が得られたかの状況の確認、及び公表の範囲について。
- (3) 患者さんのプライバシー・人権への配慮と、社会に対する説明責任との比較考量について。
- (4) その他、医療事故公表基準の運用に当たって重要な事項について。

病院長は、委員会での協議結果を受け、公表について意思決定します。ただし、速やかに公表すべきと判断される場合で委員会を開催するいとまがない場合は、事後に報告するものとします。

### 5 公表及び公表内容についての患者さん及び御家族の同意について

医療事故を報道機関等へ公表する際には、個人情報保護の観点から別紙「報道機関等への公表について」による確認を行います。

# 医療事故公表判定委員会にかかる設置要綱

## 公立大学法人横浜市立大学附属病院及び附属市民総合医療センターにかかる 医療事故公表判定委員会設置要綱

平成17年4月1日 制定

### (目的及び設置)

第1条 公立大学法人横浜市立大学附属病院及び附属市民総合医療センター（以下「附属2病院」という。）における医療安全管理を推進するとともに、病院運営の透明性を高め、医療事故についての社会的な責任を果たすため、市立大学に医療事故公表判定委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

### (所掌事項)

第2条 委員会は、病院長の依頼により次の項目を協議するものとする。

- (1) 事案が、速やかに公表すべき医療事故であるか否かについて
- (2) 事案に関して、患者・家族に対する説明が十分になされたか、また公表に関する同意が得られたかの状況の確認、及び公表の範囲について
- (3) 事案にかかる患者のプライバシー・人権への配慮と、社会に対する説明責任との比較考量について
- (4) 医療事故公表基準の運用に当たって重要な事項について
- (5) 医療安全管理の取組、インシデント報告システムの運用等について

### (組織及び任期)

第3条 委員会は、次に掲げる委員をもって組織する。

副局長、医学・病院統括部長、市民総合医療センター管理部長、附属病院統括安全管理者、市民総合医療センター統括安全管理者、その他医療機関等の医師や医療安全管理に関する専門家等理事長が指名し委嘱する者

- 2 前項の委員の任期は2年間とし、再任を妨げないものとする。
- 3 委員会に委員長を置き、委員長は副局長をもって充てる。
- 4 委員長は、会務を統括し、委員会を代表する。
- 5 委員長は、必要に応じて委員会を招集し、会議の議長となる。

### (秘密の保持)

第4条 委員会の委員として知り得た事項に関しては、正当な理由なく他に漏らしてはならない。

### (庶務)

第5条 委員会の庶務は、医学・病院統括部医学・病院企画課、医学・病院統括部総務課及び附属市民総合医療センター管理部総務課において処理する。

### (その他)

第6条 委員会の運営その他必要な事項に関しては、委員長が別に定める。

### 附 則

この要綱は、平成25年4月5日から施行する。

医療事故公表判定委員会 委員名簿（平成26年7月現在）

（敬称略）

氏 名	現 職 等
さいとう かつとし 斉藤 勝敏	横浜市立大学 副局長
しら い たかし 白井 尚	(社) 横浜市医師会 副会長
あまの みきこ 天野 三紀子	(社) 神奈川県看護協会 専務理事
ごとう たかひさ 後藤 隆久	横浜市立大学附属病院 統括安全管理者
のぐち かずみ 野口 和美	横浜市立大学附属市民総合医療センター 統括安全管理者
かとう じゅんいち 加藤 淳一	横浜市立大学附属病院 医学・病院統括部長
とおやま すみ お 遠山 澄雄	横浜市立大学附属市民総合医療センター 管理部長

## 一括公表事例

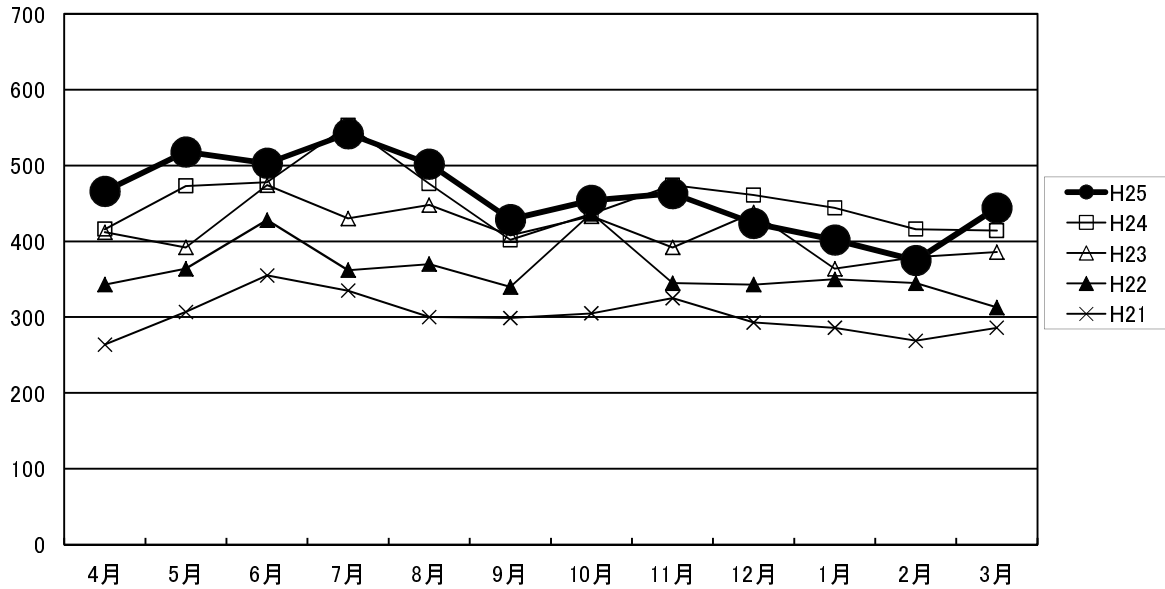
### 附属病院

1	<p>患者（60代女性）は、当院脳神経外科で髄膜腫と診断され摘出手術を行った。その際に、腫瘍と併せて切除された硬膜の欠損部を左大腿部から採取した筋膜を用いて修復した。手術終了後、ICUに入室した。</p> <p>ICU入室後、大腿部の腫れがあたため、筋膜採取創の皮下に血腫と判断し、再開創血腫除去を行い、止血のためにガーゼ圧迫を行った。創部を毎日観察したが、感染の兆候は見られなかったため手術から2週間後に退院し、退院後の外来受診時に左大腿部の抜糸を行った。</p> <p>退院から約1か月半後から左大腿創部の腫れや熱感があったため外来を受診し、同日入院した。左足の創部について、形成外科に併診を行い、CT画像を撮影して確認したところ腫瘍性病変を認め、膿瘍を疑った。</p> <p>このため、数日後に形成外科において病変部を外科的に除去して創部を清浄化し、他の組織への影響を防ぐための処置（デブリードマン）を左大腿部に行い、その際に創部の皮下に30 cm×30 cmサイズのガーゼ遺残を発見したため摘出した。</p> <p>なお、デブリードマンの処置により創部の状態は改善され退院した。</p>
	<p>&lt;再発防止策&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 手術室以外で体内にガーゼを挿入する処置を行う場合は、使用するガーゼ数について必ず医師と看護師が使用枚数をダブルチェックすることをルール化し、遺残等が生じていないかどうかを毎回確認することとする。</li><li>2. ICUなど集中治療エリアで体内にガーゼを挿入する処置を行う場合は、X線造影糸入りのガーゼを使用し、遺残が疑われる際にはレントゲン等で確認を行うこととする。</li></ol>

# I インシデント報告の状況（平成25年4月1日～平成26年3月31日）

## 1 附属病院

### (1) インシデント報告の月別件数



### (2) インシデント報告の職種別内訳と提出率

職種	件数		月平均		構成比		提出率		職員数	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
医師	169	211	14.1	17.6	3.1%	3.9%	5.8%	7.4%	243	239
看護師	4828	4,761	402.3	396.8	87.4%	87.5%	56.3%	55.4%	715	716
コ・メディカル	491	440	40.9	36.7	8.9%	8.1%	22.9%	21.5%	179	171
事務・その他	33	31	2.8	2.6	0.6%	0.6%	4.4%	4.6%	63	57
合計	5,521	5,443	460.1	453.6	100.0%	100.0%	38.3%	38.3%	1,200	1,183

※ 職員数は25年度の月平均現在員数  
 ※ 提出率(%)=(職種ごとの1ヵ月当たりの提出件数)÷(職員数)

### (3) インシデント報告の事象別内訳

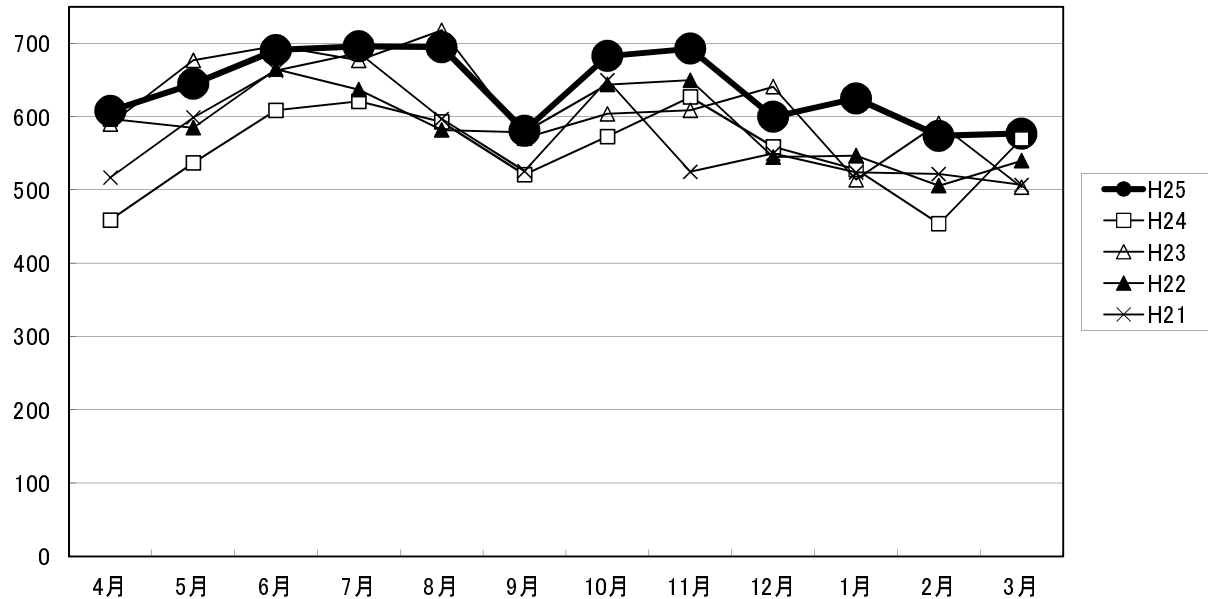
事象	件数		月平均		構成比	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
手術・鎮静・麻酔	135	185	11.3	15.4	2.4%	3.4%
処置・治療・訓練	138	163	11.5	13.6	2.5%	3.0%
輸血	52	68	4.3	5.7	0.9%	1.2%
薬剤	1,837	1,651	153.1	137.6	33.3%	30.4%
ルート・チューブ	1,022	1,111	85.2	92.6	18.5%	20.4%
検査	481	591	40.1	49.3	8.7%	10.9%
転倒・転落	423	408	35.3	34.0	7.7%	7.5%
ME機器・医療器械	240	257	20.0	21.4	4.3%	4.7%
食事	79	78	6.6	6.5	1.4%	1.4%
その他	1,114	931	92.8	77.6	20.2%	17.1%
合計	5,521	5,443	460.1	453.6	100.0%	100.0%

### (4) インシデント報告の場所別内訳

場所	件数		月平均		構成比	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
病室	3,109	3,028	259.1	252.3	56.3%	55.7%
病棟処置室	41	51	3.4	4.3	0.7%	0.9%
廊下	102	95	8.5	7.9	1.8%	1.7%
トイレ	89	95	7.4	7.9	1.6%	1.7%
浴室	20	22	1.7	1.8	0.4%	0.4%
外来診察室・処置室	234	272	19.5	22.7	4.2%	5.0%
外来待合室	19	18	1.6	1.5	0.3%	0.3%
手術室	497	509	41.4	42.4	9.0%	9.5%
検査室	281	343	23.4	28.6	5.1%	6.3%
訓練室	2	1	0.2	0.1	0.0%	0.0%
薬剤部	78	95	6.5	7.9	1.4%	1.7%
ナースステーション	491	410	40.9	34.2	8.9%	7.5%
その他	558	504	46.5	42.0	10.1%	9.3%
合計	5,521	5,443	460.1	453.6	100.0%	100.0%

## 2 センター病院

### (1) インシデント報告の月別件数



### (2) インシデント報告の職種別内訳と提出率

職種	件数		月平均		構成比		提出率		職員数	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
医師	192	128	16.0	10.7	2.5%	1.9%	8.8%	5.9%	182	180
看護師	6,961	6,101	580.1	508.4	90.8%	91.7%	64.0%	56.9%	906	894
コ・メディカル	388	320	32.3	26.7	5.1%	4.8%	17.1%	14.4%	189	185
事務・その他	127	102	10.6	8.5	1.7%	1.5%	17.7%	14.2%	60	60
合計	7,668	6,651	639.0	554.3	100.1%	100.0%	47.8%	42.0%	1,337	1,319

※ 職員数は24年度の月平均現在員数

※ 提出率(%)=(職種ごとの1ヵ月当たりの提出件数)÷(職員数)

### (3) インシデント報告の事象別内訳

事象	件数		月平均		構成比	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
手術・鎮静・麻酔	147	121	12.3	10.1	1.9%	1.8%
処置・治療・訓練	291	133	24.3	11.1	3.8%	2.0%
輸血	42	24	3.5	2.0	0.5%	0.4%
薬剤	2,633	2,327	219.4	193.9	34.3%	34.9%
ルート・チューブ	1,489	1,373	124.1	114.4	19.4%	20.6%
検査	611	564	50.9	47.0	8.0%	8.5%
転倒・転落	621	569	51.8	47.4	8.1%	8.6%
ME機器・医療器械	208	223	17.3	18.6	2.7%	3.4%
食事	266	198	22.2	16.5	3.5%	3.0%
その他	1,360	1,119	113.3	93.3	17.7%	16.8%
合計	7,668	6,651	639.0	554.3	100.0%	100.0%

### (4) インシデント報告の場所別内訳

場所	件数		月平均		構成比	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
病室	5,243	4,552	436.9	379.3	68.4%	68.4%
病棟処置室	30	42	2.5	3.5	0.4%	0.6%
廊下	124	97	10.3	8.1	1.6%	1.5%
トイレ	118	110	9.8	9.2	1.5%	1.7%
浴室	43	30	3.6	2.5	0.6%	0.5%
外来診察室・処置室	194	194	16.2	16.2	2.5%	2.9%
外来待合室	18	18	1.5	1.5	0.2%	0.3%
手術室	179	143	14.9	11.9	2.3%	2.2%
検査室	379	282	31.6	23.5	4.9%	4.2%
訓練室	15	9	1.3	0.8	0.2%	0.1%
薬剤部	77	63	6.4	5.3	1.0%	0.9%
ナースステーション	721	664	60.1	55.3	9.4%	10.0%
その他	527	447	43.9	37.3	6.9%	6.7%
合計	7,668	6,651	639.0	554.3	100.0%	100.0%













