

令和2年度 医療事故・インシデントについて

宮城県立病院機構が運営する各県立病院における令和2年度の医療事故・インシデントの状況について、下記のとおり公表します。

令和3年7月2日現在

地方独立行政法人宮城県立病院機構
理事長 荒井 陽一

1 レベル別事象件数

レベル	精神医療センター	がんセンター	合計
5	1件	0件	1件
4	0件	0件	0件
3	32件	110件	142件
(3a)	24件	105件	129件
(3b)	8件	5件	13件
2	135件	63件	198件
1	230件	962件	1,192件
0	54件	229件	283件
合計	452件	1,364件	1,816件

※令和2年度は、公表すべき医療過誤による事故等はありませんでした。

2 事象別件数（主な医療事故・インシデントの種類）

精神医療センター	がんセンター
転倒・転落（96件）	オーダー・指示・情報伝達（306件）
患者の暴言・暴力（71件）	転倒・転落（235件）
与薬・服薬関係（38件）	ドレーン・チューブ関係（224件）

3 令和2年度に実施した主な防止対策

○精神医療センター

種類	対策
転倒・転落	<ul style="list-style-type: none">・転倒・転落アセスメントスコアシートでの評価実施を徹底し、転倒を繰り返す危険度の高い患者については、当該病棟での発生状況をデータ化して病棟にフィードバックし個別ケース毎の防止対策立案に活用した。・療養環境の点検を行ない危険箇所を院内で情報共有し、安全性を重視した備品の整備を心掛けた。・転倒・転落防止を呼びかけるポスターを作成、掲示し、患者・家族に注意喚起するとともに防止対策への協力を依頼した。・転倒・転落の事故発生時の記録の在り方や対応について現場にフィ

	<p>ードバックし対策に活用した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当院患者特性上危険行動の回避が困難な患者さんが転倒を繰り返すケースもあり、ハイリスク患者に対し危険行動の予防、危険行動の検出、個別対策を強化し、事故が発生しても患者への影響度を低減させる影響緩和の視点で介入する対策をとった。
患者の暴言・暴力	<ul style="list-style-type: none"> ・暴力行為や職員に対する誹謗中傷を禁止する項目を掲示物に明示して病院としての方針を示した。 ・暴力発生時の緊急時院内非常招集コールについて、応援要請する対象が明確に伝わるように一部変更した。ポスターを改定し各部署に配布、掲示後、非常警報装置関連の実地訓練を実施した。 ・CVPPP トレーナーが、暴言暴力に関する事故カンファレンスや看護部医療安全委員会に参加し、事故の発生要因の分析や対策について助言し防止に努めた。 ・被害職員が病棟看護師だけでなく、ケースワーカーや、リハビリスタッフなどコメディカルにも及ぶ傾向にあるため躊躇せず非常警報ボタンを押すことを周知した。
与薬・服薬関係	<ul style="list-style-type: none"> ・与薬時のダブルチェックの方法を、看護師二人で同時に確認する並列確認から、一人一人がそれぞれ確認する縦列確認に統一し、その周知と実施の徹底を図った。また、指差し・声出し確認の徹底を周知した。 ・全病棟を対象に医療安全管理者が与薬ラウンド場面に同行し、与薬マニュアルが遵守されているか、患者毎の処方薬管理が適切に行なわれているか等を確認・評価し、結果を病棟にフィードバックした。
無断外出・離院・離棟	<ul style="list-style-type: none"> ・建物の構造上、離院につながる脆弱な部分がないか窓設備点検を実施し、不具合箇所を修繕、また強化が必要な箇所について設備強化策を講じた。 ・病棟出入口での施錠確認徹底を呼び掛けるポスター作成し掲示・周知に努めた。 ・新規採用者・転任者オリエンテーションの際、事故事例をもとに離院防止の具体策を講義に盛り込んだ。 ・新規採用者・転任者配布用にリーフレット「病棟出入りの際に注意していただきたいこと～離院事故防止対策～」を作成した。
療養生活の援助	<ul style="list-style-type: none"> ・日常の病室環境点検チェックポイントを作成し危険予測の観点から新たな危険箇所はないか普段から意識して療養環境を整えることにつなげた。 ・危険物の持ち込み有無について確認徹底と、日用生活用品を用いた想定外の危険行動をとる可能性に留意をするように周知した。職員間だけでなく面会後の家族にも積極的に声がけを行い情報共有を図った。

○ がんセンター

種 類	対 策
オーダー・指示・情報伝達	<ul style="list-style-type: none"> ・指示内容が電子カルテ画面の最下段にある「その他」の項目に記載されていることがあり、見落とされたまま実施されてしまい、インシデントに繋がった事例があった。研修での指差し呼称での確認、指示簿記載されている内容を最後までスクロールし確認することを徹底した。(研修会がコロナ感染防止策のため実施できず、その都度部署に出向き対応した) ・内服薬に関する指示内容と処方内容に齟齬があり、指示簿か処方カレンダーなのかのどちらを優先するのかをカンファレンス等で医師と再確認した。必要時医師への確認を徹底するように勉強会をした。
転倒・転落	<ul style="list-style-type: none"> ・65歳以上、転倒歴のある患者にはアセスメントスコアシートで評価している。 ・転倒リスクの高い患者には個々にあった環境整備を行い、チームで情報共有しながら赤外線センサー、センサーマットを設置する等の対応をしている。
ドレーン・チューブ関係	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢患者が多く、点滴ラインの自己抜去が多かった。必要性を医師より説明し、看護師の訪室を頻回に行う等の対策を講じた。点滴の必要性については医師や他職種とカンファレンスを行い、点滴を必要最小限にする事で患者が安全に過ごせるような配慮を行った。
与薬・服薬関係	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時、患者の内服アセスメントを行い、管理方法の評価をしている。 ・内服に関するインシデントが発生した場合には、チームカンファレンス等を行い、内服方法について検討している。 ・内服方法や、抗がん剤治療については外来・病棟薬剤師が患者に十分に説明することで患者が安全に内服できるように努めている。
麻薬関係	<ul style="list-style-type: none"> ・麻薬に関する内容は全てインシデントレポートの提出を義務づけている。患者誤認防止には、リストバンドで認証後、患者に生年月日、名前を名乗ってもらう。麻薬に関する誤認投与はなかった。 ・持続で麻薬注入している患者が、せん妄症状により麻薬注入ラインの自己抜去等の対策は、注入ラインができるだけ患者の目にふれないようにする事、頻回に訪室し点滴ライン等の観察を密に行う事とした。 ・麻薬に関する研修会を看護副部長、医療安全管理者が主催で看護部全員に行った。 ・誤認防止、指示確認ミスを防止するために麻薬管理者、看護部副部長、看護師長、医療安全管理者で監査を行った。