

令和4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4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5年7月7日現在

地方独立行政法人宮城県立病院機構
理事長 張 替 秀 郎

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	0件	0件	0件
4	0件	0件	0件
3	43件	97件	140件
(3b)	9件	2件	11件
(3a)	34件	95件	129件
2	128件	136件	264件
1	262件	938件	1,200件
0	65件	272件	337件
合計	498件	1,443件	1,941件

※令和4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
患者の暴言・暴力（108件）	オーダー・指示・情報伝達（333件）
転倒・転落（103件）	ドレーン・チューブ関係（249件）
与薬・服薬関係（42件）	転落・転倒（200件）

3 令和4年度に実施した主な防止対策

○精神医療センター

暴言・暴力行為	<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。・非常警報装置関連の現地訓練を実施し、暴力行為発生などの非常事態時に即行動、実践できるよう備えた。・非常警報装置が設置されていない部署（児童思春期外来・デイケアセンター）には非常ブザーを設置し、比較的近い他部署に受信器を置いて、非常時に援護に駆けつけられるようにした。・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結果や事故防止の対策について全職員に周知し助言することにより防止に努めた。
---------	--

	<ul style="list-style-type: none"> 院内職員を対象に CVPPP トレーナー養成研修を開催し、新たに4名のトレーナーを養成した。
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は転倒転落リスクに着目した看護計画を立案し、転倒転落予防に努めた。 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。 特に転倒報告が集中した場所の安全確認を行い、転倒につながる危険箇所について環境改善の提案を行った。 新しい離床センサー導入に伴い、操作研修を実施した。 当院患者の特性上危険行動の回避が困難な患者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推奨した。
与薬・服薬関係	<ul style="list-style-type: none"> 患者誤認による誤薬防止策として、与薬前の確認時に患者に名乗っていただくことを標準とし、患者への理解を得るために「名乗り確認のお願い」のポスターを院内に掲示した。 副師長会の協力のもと全病棟を対象に与薬の手順について現場確認調査を実施した。その結果をもとに与薬マニュアル一部修正案を作成し看護業務検討委員会での検討議題として提出した。(今後検討予定)
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。 新任者・転任者オリエンテーションに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。 病棟入り口からの飛び出し行為とその後の離院の危険性に対する防止策として病棟入り口上部に鏡を設置し、ドアの反対側の状況を確認してからドアを開閉できるようにした。
自傷行為・自殺企図・未遂	<ul style="list-style-type: none"> 医療安全予防ラウンドを行い、縊首行為のリスクの高い箇所を抽出し、紐状のものがかからない構造になるよう修繕を行った。 自傷行為につながる危険物の持ち込みについて確認を徹底した。日常生活用品を用いた想定外の危険行動の可能性についても留意した。職員間だけでなく面会後の家族にも積極的に声がけし情報共有を図った。 整容などを目的にカミソリなどの危険物を患者に渡す際は、管理簿に記録するとともに返却確認を徹底し、自傷・自殺企図などに使用できないよう管理を徹底した。

〇がんセンター

種 類	対 策
オーダー・指示・情報伝達	<ul style="list-style-type: none"> ・インスリン製剤の過量投与を防ぐために、電子カルテオーダー画面のインスリン製剤の表記方法を変更した。院内職員に対して医療安全ニュースレターを作成・配布し、周知・注意喚起した。 ・アレルギー情報の問診について効果的な手順を作成し、運用開始した。 ・口頭指示での薬剤投与量の指示受け間違いを防ぐために、口頭指示受け用紙にデフォルトの単位を追記した。 ・患者の荷物受け渡しの際に使用する患者確認用紙を作成し、運用開始した。 ・全職員への医療安全研修会を2回開催し、院内で発生した重大インシデントについて研修会で報告・共有し、再発防止に取り組んだ。
ドレーン・チューブ関係	<ul style="list-style-type: none"> ・せん妄症状がある患者の点滴チューブの自己抜去に対し、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
転倒・転落	<ul style="list-style-type: none"> ・65歳以上で転倒歴のある入院患者は、転倒・転落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、離床センサーやセンサーマットを使用・併用する等、患者個々に合った環境整備を行い、チームで情報共有しながら対応している。 ・転倒転落に関する医療安全研修会を開催した。 ・ベッドからの転落による頭部を中心とした外傷を予防するために、衝撃吸収マットの使用を開始した。 ・離床センサー・センサーマットの作動確認を促す注意喚起の札を作成し、これらを使用している時は、ベッドサイドへの札の掲示を周知した。 ・「乾燥機から洗濯物を取り出す際に、椅子を運び入れて座面に立って取り出さないこと」を注意喚起する張り紙を病棟の洗濯室内に掲示した。
手術・麻酔	<ul style="list-style-type: none"> ・手術室マニュアルのガーゼカウント方法について再検討し変更した。 ・手術室で使用するポータブルのレントゲン撮影装置2台に、遺残ガーゼ強調撮影用ソフトを搭載し、運用開始した。
麻薬関係	<ul style="list-style-type: none"> ・麻薬に関する誤認投与はなかった。 ・せん妄症状がある患者の麻薬投与中の点滴チューブの自己抜去や貼付剤を剥がす行為等を防止するため、患者の目に触れないように工夫し、頻回に訪室し観察を密にする等の対策をしている。 ・麻薬に関する事象は、インシデントレポートの提出を義務づけている。 ・麻薬管理に関する研修会を看護部全員に行った。 ・誤認防止や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、看護副師長、医療安全管理者で監査を行った。