

## 【 参考資料 】

### 平成26年度 県立病院ヒヤリ・ハット事例及び医療事故等の公表について

1	県立病院におけるヒヤリ・ハット事例及び医療事故の状況	1
	（1）ヒヤリ・ハット事例事象別内訳	
	（2）医療事故事象別内訳	
2	県立病院におけるヒヤリ・ハット事例の代表的事例及び再発防止策	2
3	県立病院におけるヒヤリ・ハット事例及び医療事故の状況（病院別）	3
	・ 足柄上病院	
	・ こども医療センター	
	・ 精神医療センター	
	・ がんセンター	
	・ 循環器呼吸器病センター	
	・ 汐見台病院	
	・ 神奈川リハビリテーション病院	
	・ 七沢リハビリテーション病院脳血管センター	
4	安全管理に係る会議及び研修の開催状況	19
5	県立病院における医療安全確保体制と業務分担	20
6	神奈川県立病院ヒヤリ・ハット事例及び医療事故に関する公表基準	21

（注）掲載の構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、内訳の合計が100%にならない場合があります。

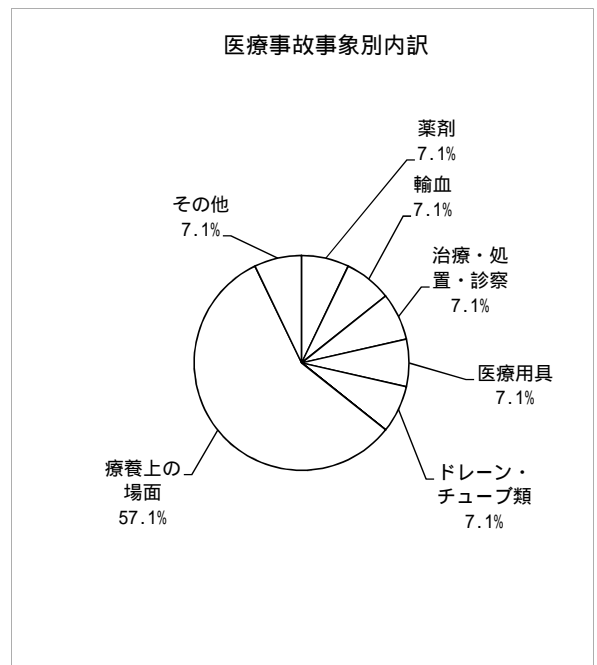
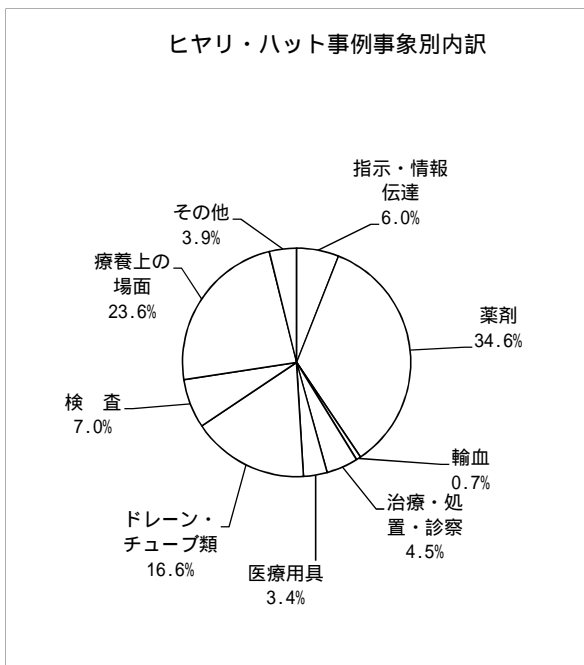
# 1 県立病院におけるヒヤリ・ハット事例及び医療事故の状況

(1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳

事 象	件 数	構成比 (%)
指示・情報伝達	623	6.0%
薬剤 (処方・与薬・調剤・製剤管理)	3,605	34.6%
注射・点滴	1,250	12.0%
内服薬	2,134	20.5%
その他	221	2.1%
輸血	68	0.7%
治療・処置・診察	466	4.5%
手術	127	1.2%
麻酔	8	0.1%
その他治療	59	0.6%
処置	225	2.2%
診察	47	0.5%
医療用具 (機器) 使用管理	351	3.4%
ドレーン・チューブ類使用・管理	1,728	16.6%
検 査	728	7.0%
療養上の場面	2,456	23.6%
転倒・転落	1,256	12.0%
給食・栄養	591	5.7%
その他	609	5.8%
その他	402	3.9%
合 計	10,427	100.0%

(2) 医療事故事象別内訳

事 象	件 数	構成比 (%)
指示・情報伝達	0	0.0%
薬剤 (処方・与薬・調剤・製剤管理)	1	7.1%
注射・点滴	0	0.0%
内服薬	0	0.0%
その他	1	7.1%
輸血	1	7.1%
治療・処置・診察	1	7.1%
手術	0	0.0%
麻酔	0	0.0%
その他治療	0	0.0%
処置	1	7.1%
診察	0	0.0%
医療用具 (機器) 使用管理	1	7.1%
ドレーン・チューブ類使用・管理	1	7.1%
検 査	0	0.0%
療養上の場面	8	57.1%
転倒・転落	7	50.0%
給食・栄養	0	0.0%
その他	1	7.1%
その他	1	7.1%
合 計	14	100.0%



2 県立病院におけるヒヤリ・ハット事例の代表的事例及び再発防止策  
(レベル0～レベル3a)

事象区分	事例	再発防止策（対応の状況等）
指示・情報伝達	急患対応で準備したカルテが同姓同名の他患者のカルテだった。（レベル0）	受診歴の検索時、名前だけで確認した事が要因である。カルテ準備の時はフルネーム・生年月日で検索することとした。
薬剤（注射・点滴）	外来で抗がん剤を投与中、血管外漏出がみられたため、患部の処置（ステロイド剤の局所注射）および軟膏処置を行った。（レベル3a）	抗がん剤治療を繰り返しており、血管壁も脆弱であり穿刺困難な患者であった。壊死性抗がん剤投与中のトイレ移動後などの観察注意点や刺入部固定の工夫について検討し徹底した。
薬剤（内服薬）	1週間分の薬を配薬トレイに配薬した際、2種類の錠剤の錠数を読み間違えて配薬した。配薬後にダブルチェックをしたが錠数までは確認しなかった。与薬前に担当看護師が配薬間違いに気づいたため、患者には投与されなかった。（レベル0）	配薬時の内容確認の徹底、配薬後のダブルチェックの内容確認の徹底、内服時の6R（正しい患者・正しい薬剤・正しい目的・正しい用法・正しい用量・正しい時間）の確認の徹底を行った。
治療・処置・診察（処置）	気道確保で喉頭鏡を使用する際にぐらついていた前歯が抜けてしまった。（レベル3a）	歯のぐらつきがある場合には使用物品を考慮し選択していくこととした。
ドレーン・チューブ類使用・管理	経管（ED）チューブより粉碎された薬剤を微温湯で溶解後注入した際、途中で薬剤が詰まった。EDチューブを抜去して、胃管チューブを再挿入した。（レベル2）	簡易懸濁法の手順通り与薬注入していたか、再確認する。薬剤が多種類ある時は、一度に溶解せず2回に分けて注入する。薬剤師らと簡易懸濁法による適非薬剤リスト一覧表に照らし合わせ、薬剤の調整をすることとした。
検査	検査のため禁食の患者に食事が配膳され喫食し、検査が延期になった。食事指示締め切り後の指示入力、絵表示掲示無し、食事シートへの欠食の記載が無いなどが重なった。（レベル1）	絵表示の掲示、食事シートの欠食記載が無いなどルールを逸脱している現状を調査し各病棟に報告し、注意喚起をした。食事指示締め切り後に入力できないようにシステムを変更、入力できない指示は共有フォルダに手入力し各部署でチェックする事を徹底した。
療養上の場面（転倒・転落）	食事介助中に他患者から声をかけられ、他患者からの用事を行っている間にベッドから転落した。CT検査の結果異常は無かった。（レベル2）	何らかの理由で、介助中の患者のベッドサイドを離れる際はベッドマットなど危険のない位置にしてから退室することを周知した。
療養上の場面（給食・栄養）	Aさんに付くはずの栄養補助食品がBさんに付いていたのを、配膳前に看護師が気づいてセットし直した。（レベル0）	看護師が引き続き配膳時確認をしていく。栄養科職員のダブルチェックを徹底するとともにトレイに乗せる食事内容が書かれた名札を見やすくした。

### 3 県立病院におけるヒヤリ・ハット事例及び医療事故の状況(病院別)

病院名：足柄上病院

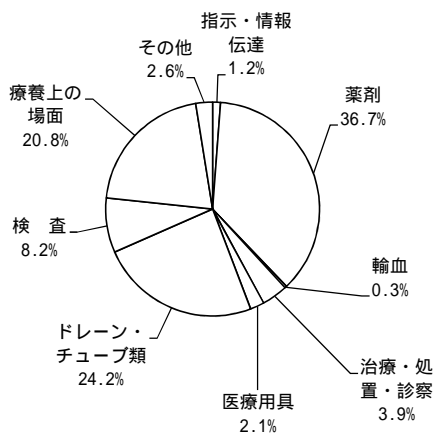
#### (1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳

事象	件数	構成比
指示・情報伝達	19	1.2%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	589	36.7%
注射・点滴	213	13.3%
内服薬	344	21.4%
その他	32	2.0%
輸血	5	0.3%
治療・処置・診察	63	3.9%
手術	29	1.8%
麻酔	2	0.1%
その他治療	2	0.1%
処置	25	1.6%
診察	5	0.3%
医療用具(機器)使用管理	34	2.1%
ドレーン・チューブ類使用・管理	389	24.2%
検査	132	8.2%
療養上の場面	334	20.8%
転倒・転落	176	11.0%
給食・栄養	54	3.4%
その他	104	6.5%
その他	41	2.6%
合計	1,606	100.0%

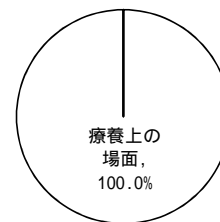
#### (2) 医療事故事象別内訳

事象	件数	構成比
指示・情報伝達	0	0.0%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	0	0.0%
注射・点滴	0	0.0%
内服薬	0	0.0%
その他	0	0.0%
輸血	0	0.0%
治療・処置・診察	0	0.0%
手術	0	0.0%
麻酔	0	0.0%
その他治療	0	0.0%
処置	0	0.0%
診察	0	0.0%
医療用具(機器)使用管理	0	0.0%
ドレーン・チューブ類使用・管理	0	0.0%
検査	0	0.0%
療養上の場面	2	100.0%
転倒・転落	2	100.0%
給食・栄養	0	0.0%
その他	0	0.0%
その他	0	0.0%
合計	2	100.0%

ヒヤリ・ハット事例事象別内訳



医療事故事象別内訳



(3) 医療事故の事例及び再発防止策(レベル3b)

		概要
レベル 3b	1	<p>歩行器を使用していた患者が、退院指導のため来院した家族が帰った直後、歩行器を使用せずに歩き病室入り口で転倒。下肢の骨折が判明し手術をした。</p> <p><b>【再発防止策】</b> リハビリでは杖歩行の訓練をしていた。訓練中であり一人で歩行するリスクの説明を徹底し、患者指導の強化をした。</p>
	2	<p>疼痛コントロール目的で入院、内服・点滴治療で症状安定し、食欲も増しリハビリも意欲的で日常生活動作（ADL）も拡大していた。事故発生前、眠剤を服用し就寝、深夜“ドン”の音で訪室するとベッドサイドで転倒を発見。X-Pで下肢の骨折が判明し手術をした。</p> <p><b>【再発防止策】</b> 筋力低下がありリハビリ継続中、安定剤・睡眠薬服用等、転倒のリスクはあったが、ADL自立、危険行動が無かった事で、リスク評価の受け止めに甘さがあった。看護師へ転倒リスク要因の再確認と患者に転倒リスクや日常生活上の注意点を説明した。</p>

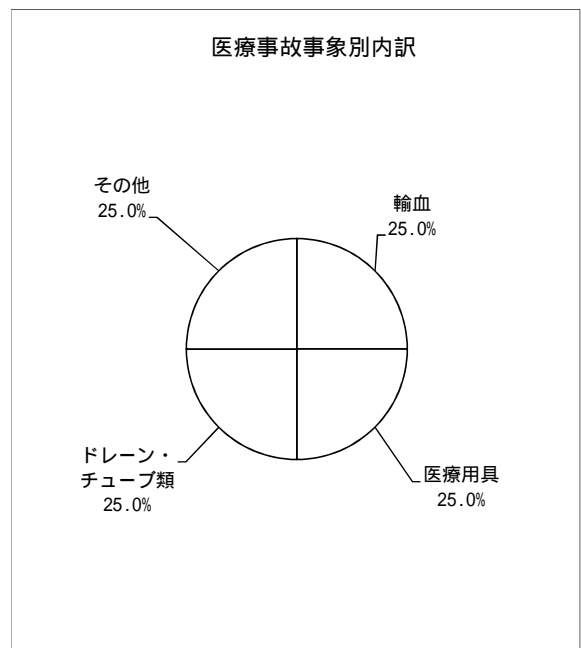
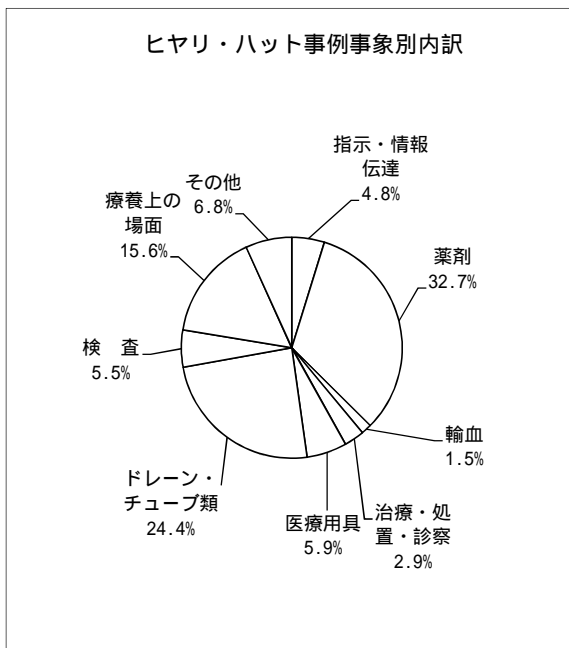
病院名：こども医療センター

(1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳

事象	件数	構成比
指示・情報伝達	97	4.8%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	665	32.7%
注射・点滴	278	13.7%
内服薬	318	15.6%
その他	69	3.4%
輸血	31	1.5%
治療・処置・診察	60	2.9%
手術	20	1.0%
麻酔	1	0.0%
その他治療	11	0.5%
処置	25	1.2%
診察	3	0.1%
医療用具(機器)使用管理	120	5.9%
ドレーン・チューブ類使用・管理	496	24.4%
検査	111	5.5%
療養上の場面	318	15.6%
転倒・転落	61	3.0%
給食・栄養	215	10.6%
その他	42	2.1%
その他	138	6.8%
合計	2,036	100.0%

(2) 医療事故事象別内訳

事象	件数	構成比
指示・情報伝達	0	0.0%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	0	0.0%
注射・点滴	0	0.0%
内服薬	0	0.0%
その他	0	0.0%
輸血	1	25.0%
治療・処置・診察	0	0.0%
手術	0	0.0%
麻酔	0	0.0%
その他治療	0	0.0%
処置	0	0.0%
診察	0	0.0%
医療用具(機器)使用管理	1	25.0%
ドレーン・チューブ類使用・管理	1	25.0%
検査	0	0.0%
療養上の場面	0	0.0%
転倒・転落	0	0.0%
給食・栄養	0	0.0%
その他	0	0.0%
その他	1	25.0%
合計	4	100.0%



(3) 医療事故の事例及び再発防止策(レベル3b)

		概要
レベル 3b	1	<p>血液振盪器に2名分の血小板がシリンジに吸われた状態で準備してあった。受け持ち患者の輸血を追加するつもりが、別の患者の輸血を接続してしまった。</p> <p><b>【再発防止策】</b> 輸血療法マニュアルの見直しを行い、分割輸血の手順を作成した。その上でマニュアルに準じた確認方法を徹底した。 血小板振盪器を追加購入した。</p>
	2	<p>中心静脈カテーテル刺入部からの出血がありカテーテルが抜けてきているのを発見した。その後も出血と腫脹がみられたため抜去し、後日全身麻酔下で再挿入となった。</p> <p><b>【再発防止策】</b> 固定性の強い素材を導入するとともに、中心静脈カテーテルの圧迫固定の期間について、診療科や関連病棟で検討し、共通理解を図った。</p>
	3	<p>患者がオムツを口に入れていたのを発見し、取り出そうと試みたところ飲み込んでしまった。全身麻酔下で内視鏡を行い、食道、気管内異物が無いことを確認した。</p> <p><b>【再発防止策】</b> 安全に治療を受けられるように、使用物品の選択及び観察の強化を行い、併せて、発見時の対応についても検討した。</p>
	4	<p>ペースメーカーに心房挿入のワイヤーを接続するところ、心室挿入のワイヤーを接続したため、心室細動となり処置を行った。ワイヤーには挿入部位が表記されておらず、表記に関して院内統一した取り決めもなかった。</p> <p><b>【再発防止策】</b> ワイヤー挿入部位の表記場所と表記方法を統一し、周知徹底した。</p>

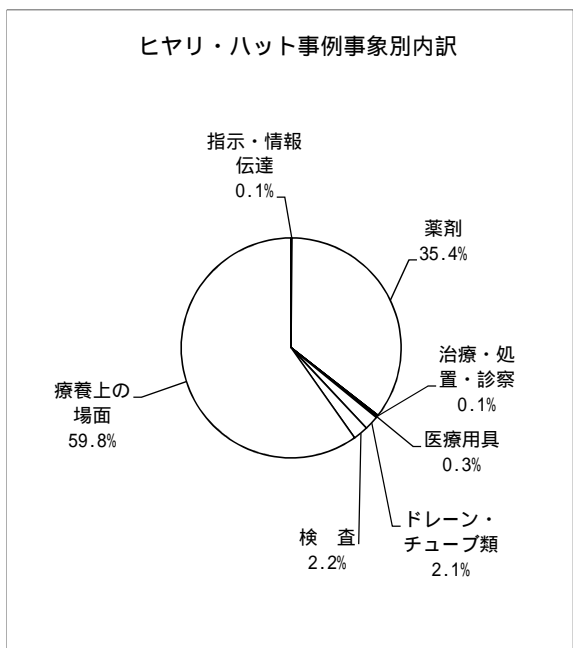
病院名：精神医療センター

(1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳

事象	件数	構成比
指示・情報伝達	1	0.1%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	271	35.4%
注射・点滴	9	1.2%
内服薬	257	33.6%
その他	5	0.7%
輸血	0	0.0%
治療・処置・診察	1	0.1%
手術	0	0.0%
麻酔	0	0.0%
その他治療	0	0.0%
処置	1	0.1%
診察	0	0.0%
医療用具(機器)使用管理	2	0.3%
ドレーン・チューブ類使用・管理	16	2.1%
検査	17	2.2%
療養上の場面	458	59.8%
転倒・転落	165	21.5%
給食・栄養	53	6.9%
その他	240	31.3%
その他	0	0.0%
合計	766	100.0%

(2) 医療事故事象別内訳 なし

医療事故の発生 0件





(3) 医療事故の事例及び再発防止策(レベル3b) なし

医療事故の発生 0件

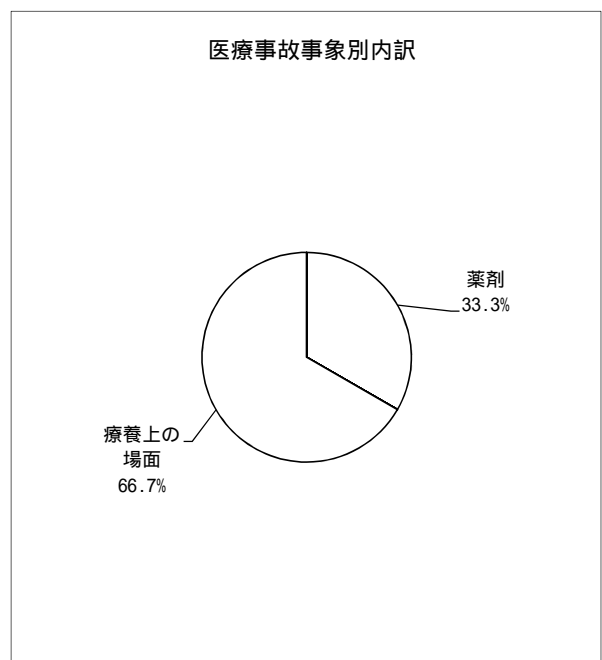
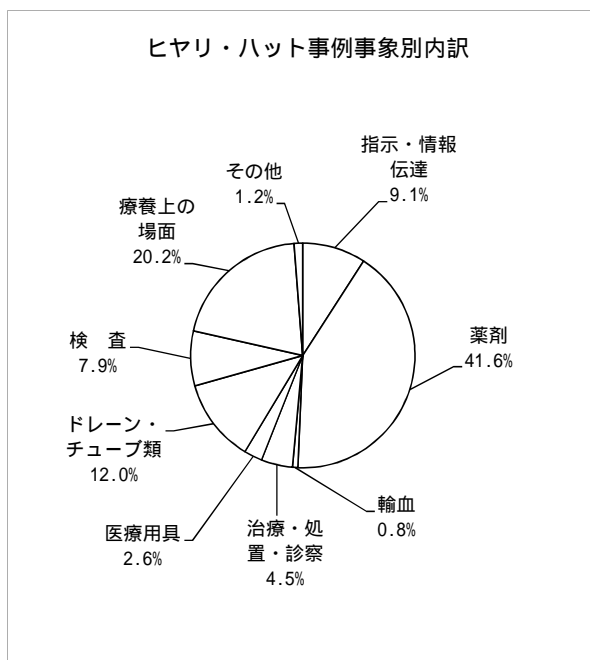
病院名： がんセンター

(1) ヒヤリ・ハット事件事象別内訳

事 象	件数	構成比
指示・情報伝達	241	9.1%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	1101	41.6%
注射・点滴	440	16.6%
内服薬	627	23.7%
その他	34	1.3%
輸血	21	0.8%
治療・処置・診察	119	4.5%
手術	29	1.1%
麻酔	1	0.0%
その他治療	7	0.3%
処置	75	2.8%
診察	7	0.3%
医療用具(機器)使用管理	70	2.6%
ドレーン・チューブ類使用・管理	318	12.0%
検 査	209	7.9%
療養上の場面	535	20.2%
転倒・転落	297	11.2%
給食・栄養	128	4.8%
その他	110	4.2%
その他	33	1.2%
合 計	2,647	100.0%

(2) 医療事件事象別内訳

事 象	件数	構成比
指示・情報伝達	0	0.0%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	1	33.3%
注射・点滴	0	0.0%
内服薬	0	0.0%
その他	1	33.3%
輸血	0	0.0%
治療・処置・診察	0	0.0%
手術	0	0.0%
麻酔	0	0.0%
その他治療	0	0.0%
処置	0	0.0%
診察	0	0.0%
医療用具(機器)使用管理	0	0.0%
ドレーン・チューブ類使用・管理	0	0.0%
検 査	0	0.0%
療養上の場面	2	66.7%
転倒・転落	2	66.7%
給食・栄養	0	0.0%
その他	0	0.0%
その他	0	0.0%
合 計	3	100.0%



(3) 医療事故の事例及び再発防止策(レベル3b)

		概要
レベル 3b	1	<p>皮膚粘膜障害に対する症状緩和目的で、薬剤を使用している患者。通常は、点滴スタンドにつかまりながら自力歩行していた。洗面に行く際、洗面用具など荷物が多いため、点滴スタンドを置いて歩行し、洗面所でバランスを崩して転倒し、左大腿骨頸部骨折で手術を行った。</p> <p><b>【再発防止策】</b> 治療による身体的影響を理解し、特に薬剤に関する評価が難しい場合は、専門チームに依頼するなどの対応について検討を行った。</p>
	2	<p>トイレに行こうとし、歩行して転倒する。転倒時、頭部を打撲。意識状態に変化がみられたため頭部CTを施行したところ、脳内出血がわかり緊急手術を行った結果、意識状態の改善がみられた。</p> <p><b>【再発防止策】</b> 入院時、治療時と患者の状態に合わせて、タイムリーに転倒・転落アセスメントシートの活用および評価を行う必要性について、改めて周知した。</p>
	3	<p>院内のみで取り扱う処置用薬剤（病変部位に塗布し固定した組織をメス等で取り除く処置に使用）を処方薬として患者・家族に渡し、院外において使用を続けた結果、右手の皮膚に炎症や壊死を起こしたため入院し治療を行った。</p> <p><b>【再発防止策】</b> 本来患者に渡ってはならない薬剤が渡された経緯・原因について詳細に分析し、院内のみで取扱う薬剤について、院内ルールの整備を行った。特に、薬剤の搬送から受領、保管・管理方法、薬剤を使用する場所の取り決めを行い周知した。</p>

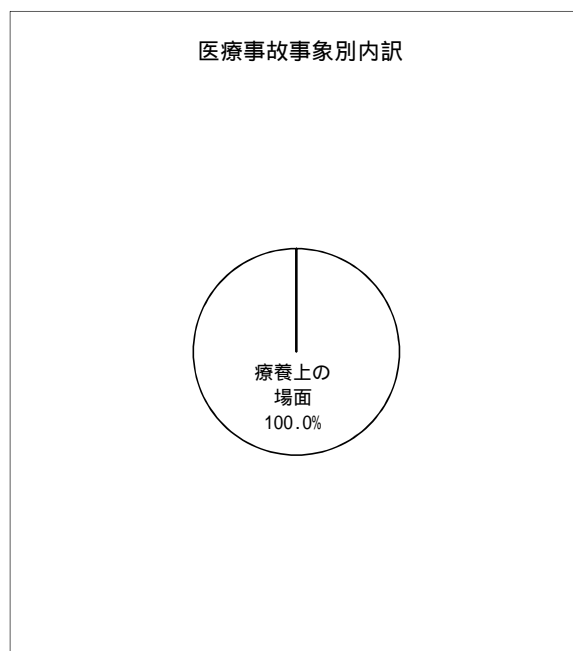
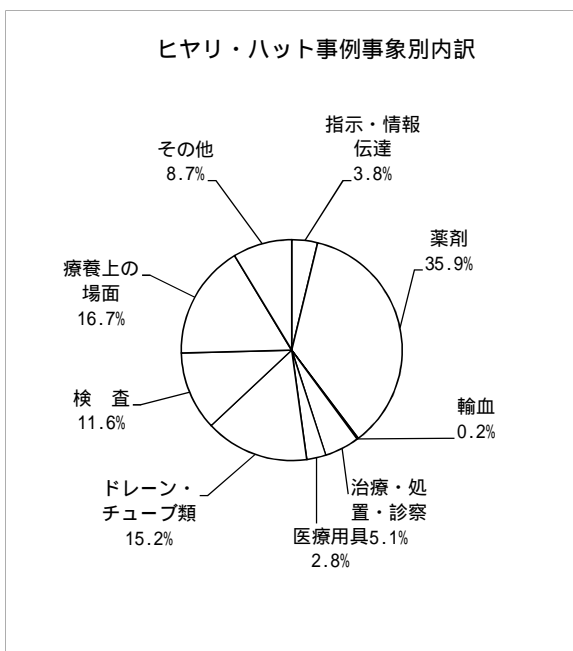
病院名：循環器呼吸器病センター

(1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳

事象	件数	構成比
指示・情報伝達	54	3.8%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	515	35.9%
注射・点滴	199	13.9%
内服薬	300	20.9%
その他	16	1.1%
輸血	3	0.2%
治療・処置・診察	73	5.1%
手術	24	1.7%
麻酔	0	0.0%
その他治療	0	0.0%
処置	24	1.7%
診察	25	1.7%
医療用具(機器)使用管理	40	2.8%
ドレーン・チューブ類使用・管理	218	15.2%
検査	166	11.6%
療養上の場面	240	16.7%
転倒・転落	156	10.9%
給食・栄養	84	5.9%
その他	0	0.0%
その他	124	8.7%
合計	1,433	100.0%

(2) 医療事故事象別内訳

事象	件数	構成比
指示・情報伝達	0	0.0%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	0	0.0%
注射・点滴	0	0.0%
内服薬	0	0.0%
その他	0	0.0%
輸血	0	0.0%
治療・処置・診察	0	0.0%
手術	0	0.0%
麻酔	0	0.0%
その他治療	0	0.0%
処置	0	0.0%
診察	0	0.0%
医療用具(機器)使用管理	0	0.0%
ドレーン・チューブ類使用・管理	0	0.0%
検査	0	0.0%
療養上の場面	1	100.0%
転倒・転落	1	100.0%
給食・栄養	0	0.0%
その他	0	0.0%
その他	0	0.0%
合計	1	100.0%



(3) 医療事故の事例及び再発防止策(レベル3b)

		概要
レベル 3b	1	<p>入院患者が病室内で体をベッドに引っかけ転倒し、上腕骨近位端骨折をした。その後、手術のため転院した。</p> <hr/> <p><b>【再発防止策】</b> 入院時に転倒リスクが低い患者に対しても、慎重な行動をとるように丁寧に説明することを徹底した。さらに、転倒転落アセスメントシートの改訂と転倒予防に関する患者・家族の具体的な説明内容と方法を見直した。</p>

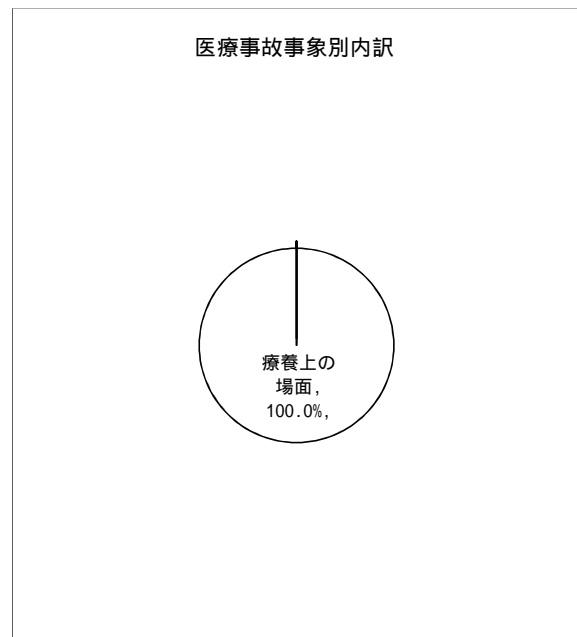
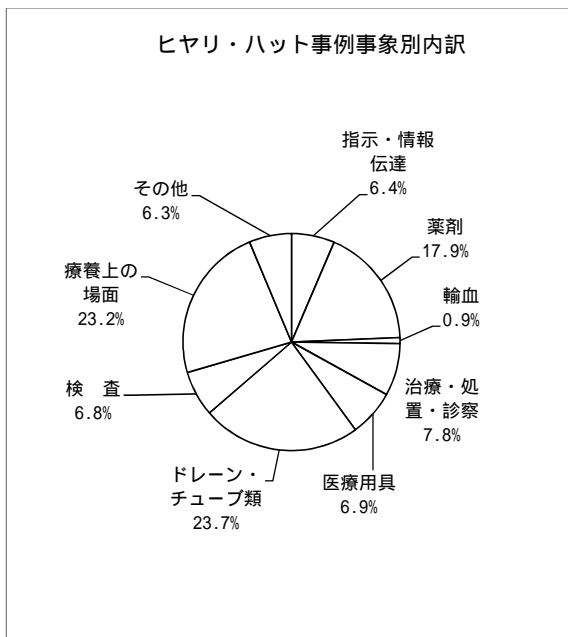
病院名：汐見台病院

(1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳

事象	件数	構成比
指示・情報伝達	51	6.4%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	142	17.9%
注射・点滴	77	9.7%
内服薬	61	7.7%
その他	4	0.5%
輸血	7	0.9%
治療・処置・診察	62	7.8%
手術	25	3.2%
麻酔	4	0.5%
その他治療	0	0.0%
処置	32	4.0%
診察	1	0.1%
医療用具(機器)使用管理	55	6.9%
ドレーン・チューブ類使用・管理	188	23.7%
検査	54	6.8%
療養上の場面	184	23.2%
転倒・転落	129	16.3%
給食・栄養	22	2.8%
その他	33	4.2%
その他	50	6.3%
合計	793	100.0%

(2) 医療事故事象別内訳

事象	件数	構成比
指示・情報伝達	0	0.0%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	0	0.0%
注射・点滴	0	0.0%
内服薬	0	0.0%
その他	0	0.0%
輸血	0	0.0%
治療・処置・診察	0	0.0%
手術	0	0.0%
麻酔	0	0.0%
その他治療	0	0.0%
処置	0	0.0%
診察	0	0.0%
医療用具(機器)使用管理	0	0.0%
ドレーン・チューブ類使用・管理	0	0.0%
検査	0	0.0%
療養上の場面	2	100.0%
転倒・転落	2	100.0%
給食・栄養	0	0.0%
その他	0	0.0%
その他	0	0.0%
合計	2	100.0%



(3) 医療事故の事例及び再発防止策(レベル3b)

		概要
レベル 3b	1	<p>外来受診のため駐車場から杖歩行で受付に向かう途中の廊下で転倒し大腿骨を骨折。入院し手術を行った。</p> <p><b>【再発防止策】</b> 杖歩行等で家族が付き添って受診する場合は、患者さん一人での移動は控え一緒に行動をするように説明を行った。</p>
	2	<p>ベッドサイドの床に横たわっている患者さんを発見。大腿骨を骨折していたため、手術を行った。</p> <p><b>【再発防止策】</b> 手術後、再度転倒・転落するリスクが高いと評価した場合に、固定柵の低床ベッドに変更し、観察室での観察対応とすることとした。</p>

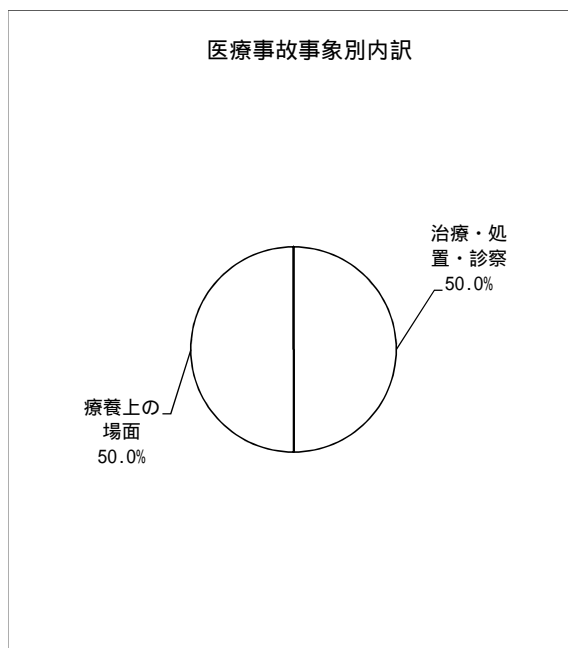
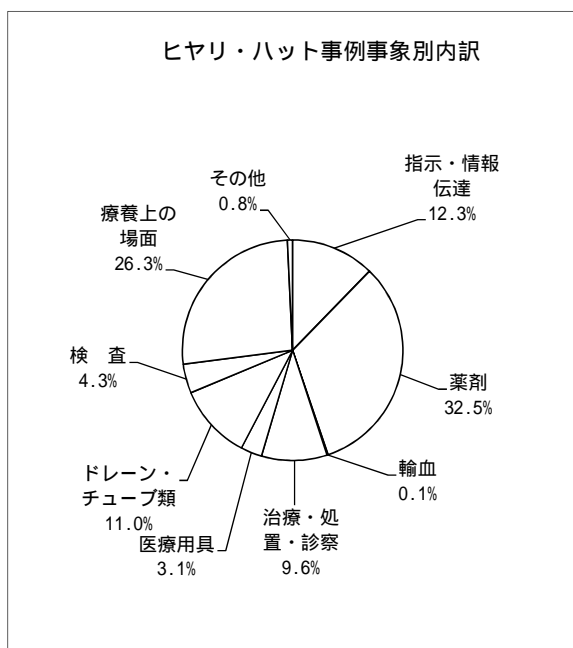
病院名： 神奈川リハビリテーション病院

(1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳

事 象	件数	構成比
指示・情報伝達	98	12.3%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	260	32.5%
注射・点滴	31	3.9%
内服薬	173	21.7%
その他	56	7.0%
輸血	1	0.1%
治療・処置・診察	77	9.6%
手術	0	0.0%
麻酔	0	0.0%
その他治療	38	4.8%
処置	33	4.1%
診察	6	0.8%
医療用具(機器)使用管理	25	3.1%
ドレーン・チューブ類使用・管理	88	11.0%
検 査	34	4.3%
療養上の場面	210	26.3%
転倒・転落	123	15.4%
給食・栄養	25	3.1%
その他	62	7.8%
その他	6	0.8%
合 計	799	100.0%

(2) 医療事故事象別内訳

事 象	件数	構成比
指示・情報伝達	0	0.0%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	0	0.0%
注射・点滴	0	0.0%
内服薬	0	0.0%
その他	0	0.0%
輸血	0	0.0%
治療・処置・診察	1	50.0%
手術	0	0.0%
麻酔	0	0.0%
その他治療	0	0.0%
処置	1	50.0%
診察	0	0.0%
医療用具(機器)使用管理	0	0.0%
ドレーン・チューブ類使用・管理	0	0.0%
検 査	0	0.0%
療養上の場面	1	50.0%
転倒・転落	0	0.0%
給食・栄養	0	0.0%
その他	1	50.0%
その他	0	0.0%
合 計	2	100.0%





(3) 医療事故の事例及び再発防止策(レベル3b)

		概要
レベル 3b	1	<p>術後にせん妄が激しかったため、鎮静薬を投与した。その後、舌根沈下があり、挿管しICU管理となった。</p> <p><b>【再発防止策】</b> 薬剤投与は慎重に行うとともに、頻度の低い合併症であっても手術前に患者・家族に説明することを周知した。</p>
	2	<p>骨粗鬆症の患者が、退院前日に右膝が腫れているのを発見し、レントゲン撮影し骨折等が明らかではなかったため、穿刺処置を行い退院をした。1週間後、腫れが引かなかったため受診し、右脛骨骨折と診断され手術を行った。骨折原因は不明である。</p> <p><b>【再発防止策】</b> 骨折を繰り返しており、日常生活動作全般に渡り、ひねらない、圧迫しないなど慎重にケア計画を進めていくことを周知した。</p>

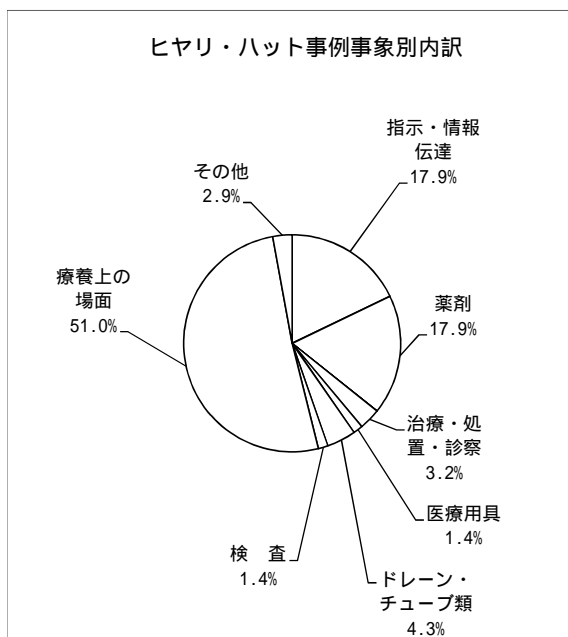
病院名：七沢リハビリテーション病院脳血管センター

(1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳

事象	件数	構成比
指示・情報伝達	62	17.9%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	62	17.9%
注射・点滴	3	0.9%
内服薬	54	15.6%
その他	5	1.4%
輸血	0	0.0%
治療・処置・診察	11	3.2%
手術	0	0.0%
麻酔	0	0.0%
その他治療	1	0.3%
処置	10	2.9%
診察	0	0.0%
医療用具(機器)使用管理	5	1.4%
ドレーン・チューブ類使用・管理	15	4.3%
検査	5	1.4%
療養上の場面	177	51.0%
転倒・転落	149	42.9%
給食・栄養	10	2.9%
その他	18	5.2%
その他	10	2.9%
合計	347	100.0%

(2) 医療事故事象別内訳 なし

医療事故の発生 0件



(3) 医療事故の事例及び再発防止策(レベル3b) なし

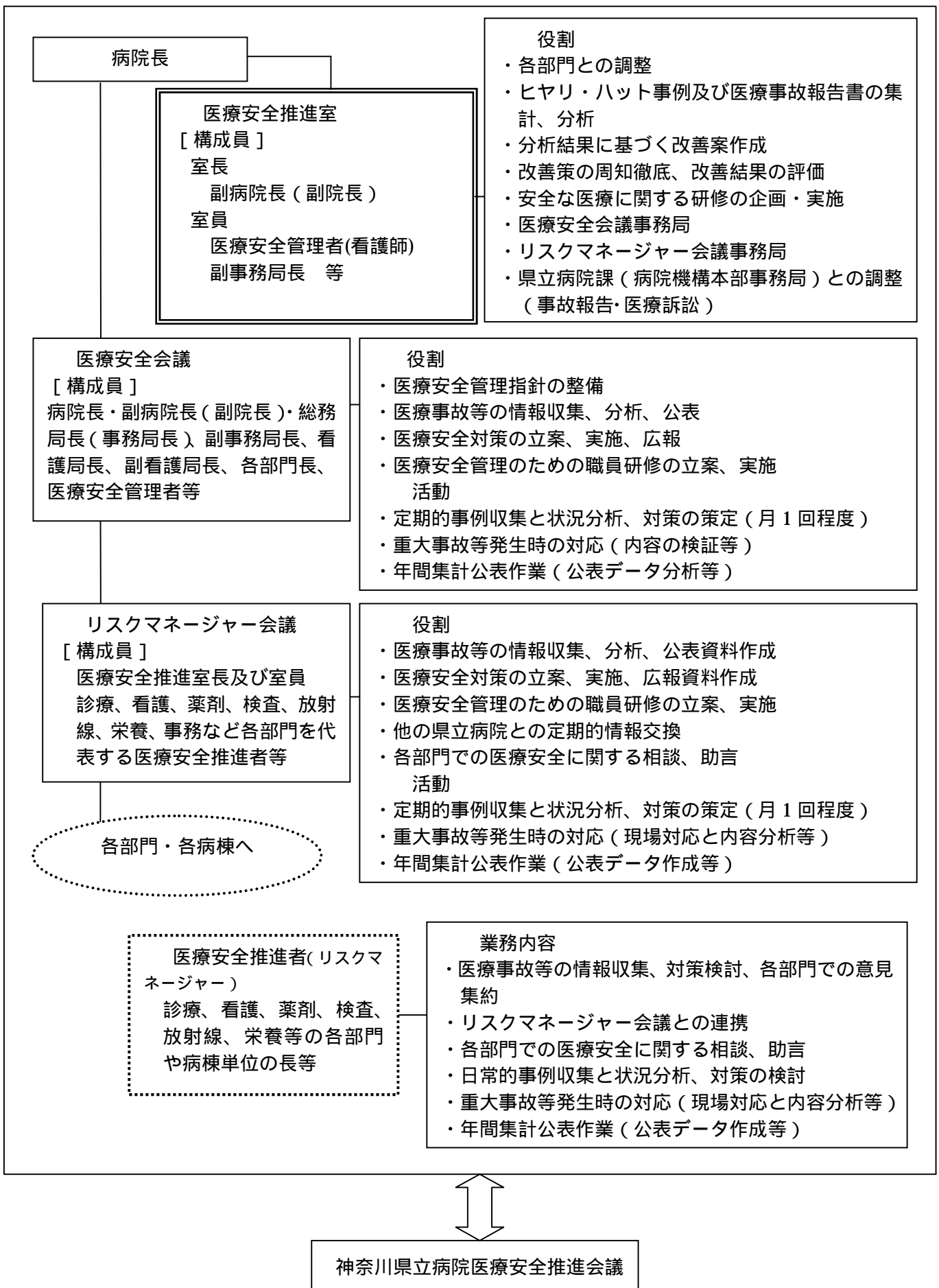
医療事故の発生 0件

#### 4 安全管理に係る会議及び研修の開催状況

病 院 名	医療安全会議	リスクマネージャー会議	医療安全に関する研修
	回数	回数	参加者数
足柄上病院	12回	12回	2,589人
こども医療センター	15回	6回	2,409人
精神医療センター	12回	11回	1,491人
がんセンター	12回	12回	1,999人
循環器呼吸器病センター	15回	11回	1,110人
汐見台病院	12回	12回	865人
神奈川リハビリテーション病院	14回	12回	1,028人
七沢リハビリテーション病院 脳血管センター	12回	12回	1,053人
合 計	104回	88回	12,544人

院内研修のみを記載。

## 5 県立病院における医療安全確保体制と業務分担



## 6 神奈川県立病院ヒヤリ・ハット事例及び医療事故に関する公表基準

### 1 目的

県立病院においては、医療における安全管理の徹底を図り、患者本位の安全で質の高い医療を提供するため、様々な取組を実施しているところである。このような取組に加えて、自発的にヒヤリ・ハット事例及び医療事故を公表することが県立病院の責務として求められている。

本基準は、医療の透明性を高め、県民からの信頼を得るとともに、他の医療機関への情報提供を行い類似事故の発生防止を目的として、ヒヤリ・ハット事例及び医療事故を公表することに関する取扱いを定めるものである。

### 2 用語の定義

#### (1) ヒヤリ・ハット事例

日常診療の場で、患者に医療又は管理を行う上で、ヒヤリとしたり、ハットとした経験を有する事例（災害等に起因するものを除く。）で、(2)の医療事故に至らなかったものをいう。

#### (2) 医療事故

医療に関わる場所で実施された医療又は管理により、予期せず患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（災害等に起因するものを除く。）をいう。

### 3 分類レベル指標

ヒヤリ・ハット事例及び医療事故の内容に応じて、そのレベルを次のように設定する。

	区 分	内 容	
ヒヤリ・ハット事例	レベル0	間違ったことが発生したが、患者には実施されなかった場合	
	レベル1	間違ったことを実施したが、患者には変化が生じなかった場合	
	レベル2	実施された医療又は管理により、患者に予期しなかった影響を与えた可能性があり、観察の強化や検査の必要性が生じた場合	
医療事故	レベル3	a	実施された医療又は管理により、患者に予期しなかった軽微な処置・治療（1）の必要性が生じた場合
		b	実施された医療又は管理により、患者に予期しなかった若しくは予期していたものを上回る何らかの変化が生じ、濃厚な処置・治療（2）の必要性が生じた場合
	レベル4	実施された医療又は管理により、患者の生活に影響する予期しなかった若しくは予期していたものを上回る高度の後遺症が残る可能性が生じた場合	
	レベル5	実施された医療又は管理により、予期せず患者が死亡した場合	

1 薬剤投与等の保存的治療

2 バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術等

#### 4 公表基準

各レベルに対応する公表基準は次のとおりとする。

区 分	レ ベ ル	公 表 基 準
ヒヤリ・ハット事例	レベル 0	一 括 公 表
	レベル 1	
	レベル 2	
	レベル 3	
医療事故	a	個 別 公 表
	b	
	レベル 4	
	レベル 5	

#### 5 一括公表

(1) ヒヤリ・ハット事例については、各県立病院で収集、分析を行い、企画実施した防止対策について、県立病院全体を取りまとめて、当該年度一年分を一括して翌年度の5月を目処に公表するものとする。

なお、すでに個別公表した医療事故の件数についても、一括公表時に併せて公表するものとする。

(2) ヒヤリ・ハット事例及び医療事故の集計は、別に行うものとする。

(3) 一括公表によって個人の特定に繋がる情報は提供しない。

#### 6 個別公表

個別公表を行う場合には、個人情報保護に十分留意した上で、次のとおり事故後速やかに公表することを原則とする。

(1) 公表に当たっての患者又は家族等の同意について

個別公表を行う場合には、事前に患者や家族等と十分に話し合いを行い、原則として、公表内容について文書により同意を得るものとする。

(2) 患者又は家族等の同意が得られた場合の公表内容

事故発生場所（「神奈川県立 病院」）

事故発生年月日

患者の年代

患者の性別

事故発生状況・結果の概要（個々の症例により公表できる範囲・内容が異なるが、個人の特定に繋がらないように留意する。）

再発防止策等

(3) 患者又は家族等の同意が得られない場合の公表内容

事故発生場所（「神奈川県立病院」のみ）

事故発生年月

事故の領域（例：人工呼吸器に関連する事故、薬剤に関連する事故等）と結果

再発防止策等

## 7 公表者 ( )

### (1) 一括公表

一括公表の公表者は、知事とする。

### (2) 個別公表

個別公表の公表者は、原則として病院長とする。

## 8 その他

この基準に定めるもののほか、ヒヤリ・ハット事例及び医療事故の公表に関し必要な事項は別途定める。

### 附 則

この基準は、平成 15 年 4 月 1 日から施行する。

### 附 則

この基準は、平成 17 年 4 月 1 日から施行する。

### 附 則

この基準は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

### 附 則

この基準は、平成 22 年 9 月 13 日から施行する。

### 附 則

この基準は、平成 23 年 12 月 1 日から施行する。ただし、3 分類レベル指標については、平成 23 年 4 月 1 日から適用する。

地方独立行政法人神奈川県立病院機構が運営する病院の場合、公表者は次のとおりです。

### (1) 一括公表

一括公表の公表者は、理事長とする。

### (2) 個別公表

個別公表の公表者は、原則として所属長とする。