

## 【 参考資料 】

### 平成28年度 神奈川県立病院機構ヒヤリ・ハット事例及びアクシデントの公表について

1	神奈川県立病院機構におけるヒヤリ・ハット事例及びアクシデントの状況	1
	(1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳	
	(2) アクシデント事象別内訳	
2	神奈川県立病院機構におけるヒヤリ・ハット事例の代表的事例及び再発防止策	2
3	神奈川県立病院機構におけるヒヤリ・ハット事例及びアクシデントの状況(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	
4	安全管理に係る会議及び研修の開催状況	13
5	各病院における医療安全確保体制と業務分担	14
6	地方独立行政法人神奈川県立病院機構ヒヤリ・ハット事例 及びアクシデントの公表に関する指針	15

(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。

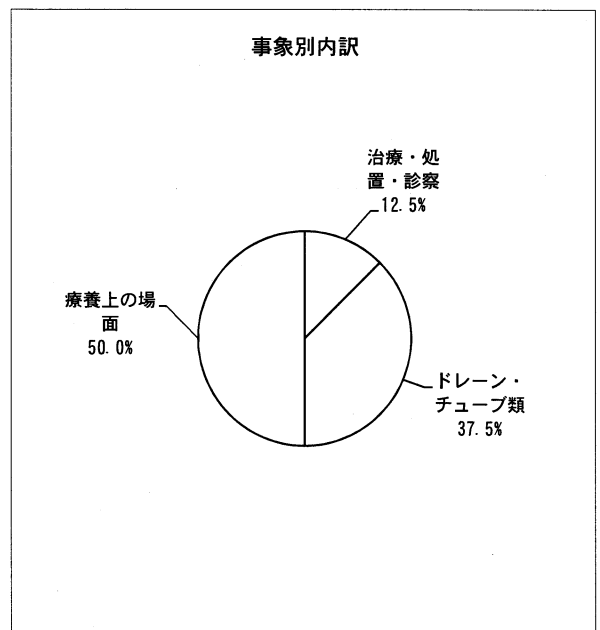
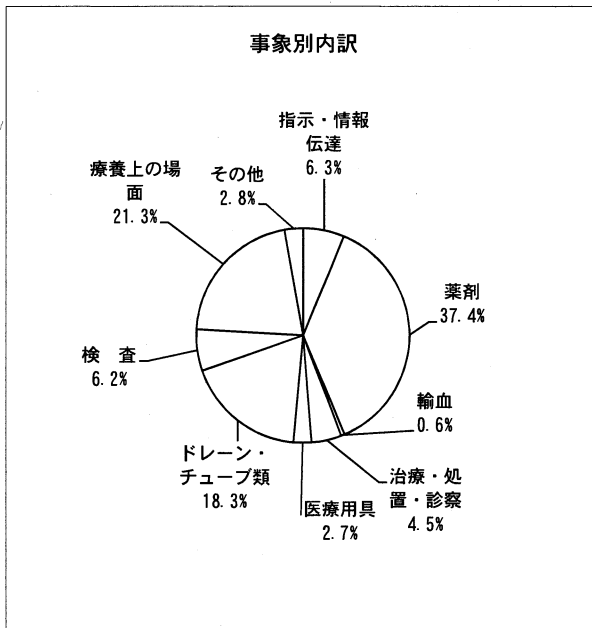
# 1 神奈川県立病院機構におけるヒヤリ・ハット事例及びアクシデントの状況

(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	533	6.3%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	3179	37.4%
注射・点滴	1117	13.1%
内服薬	1856	21.8%
その他	206	2.4%
輸血	47	0.6%
治療・処置・診察	385	4.5%
手術	103	1.2%
麻酔	10	0.1%
その他治療	41	0.5%
処置	206	2.4%
診察	25	0.3%
医療用具(機器)使用管理	231	2.7%
ドレーン・チューブ類使用・管理	1556	18.3%
検査	529	6.2%
療養上の場面	1813	21.3%
転倒・転落	799	9.4%
給食・栄養	430	5.1%
その他	584	6.9%
その他	237	2.8%
合計	8,510	100.0%

(2) アクシデント事象別内訳

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	12.5%
手術	0	0.0%
麻酔	0	0.0%
その他治療	0	0.0%
処置	1	12.5%
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	3	37.5%
検査	0	0.0%
療養上の場面	4	50.0%
転倒・転落	3	37.5%
給食・栄養	0	0.0%
その他	1	12.5%
その他	0	0.0%
合計	8	100.0%



## 2 神奈川県立病院機構におけるヒヤリ・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	時間外にソルデム3A 500ml中止の指示を出したが連絡をしなかったため、指示に気がつかず点滴が実施された。150ml投与したところで受け持ち看護師が気づき中止した。(レベル1)	医師は時間外の指示変更時は看護師に連絡する。看護師は実施前にオーダー画面を確認して行なうことを医療安全会議で再確認した。同様のエラー発生の際は現場で声に出しルールを遵守するように伝える。
薬剤 (注射・点滴)	常備薬点検時に、フロセミド20mg1Aが不足していることに気づき、患者のベッドサイドに置いてあった注射トレイをみると、フロセミド1Aの空アンプルがありメクロプラミド10mgを投与するところ、フロセミド20mgを誤投薬したことが発覚した。直ちに医師に報告し補液投与、採血を実施し経過観察となった。(レベル3a)	薬剤準備時・作成時・投与時の手順に沿ったダブルチェックを徹底した。薬剤科と検討し常備薬棚の整理と定数の見直しを行っている。院内安全ニュースで注意喚起を行った。
薬剤 (内服薬)	抗菌薬3錠を分3で処方予定が、各3錠を分1で夕食後の用法で処方していたことに5日目に気づき正しい用法で処方した。(レベル1)	マスター登録および処方デザインを改良し見やすくした。
治療・処置・診察 (手術)	手術室入室時、患者が金具で固定するウィックを装着していることに気が付いた。手術室看護師が念のために確認したところ、患者から申告があり判明。入室前であり患者に実害はなかった。手術室へ移送した病棟看護師は「ウィックであることを全く知らなかった、そのような情報もなかった」とのことであった。(レベル0)	ウィック、義歯、コンタクトレンズ、マニキュアなど、手術時に外す必要のあるものの周知が、患者家族、病棟看護師へ徹底されていない。術前の情報収集、患者指導・パンフレットの見直し、手術前の確認内容を修正し、各セクションに周知した。
ドレーン・チューブ 類使用・管理	術後人工呼吸器装着中の患者が、挿管チューブを自己抜管した。体動が大きく安静が保てないため鎮静していたが、覚醒気味であり調整に難渋していた。すぐに再挿管し呼吸状態に変化はなかった。(レベル3a)	挿管中の患者の鎮静の評価と、身体拘束を含む安全確保についてチーム内で再度周知徹底した。
検査	検査室前で名前を呼んだところ、違う患者が入室した。患者が違うことに気づかず撮影し、撮影終了後に間違いに気づき、撮り直した。(レベル2)	入室後の患者確認時、名乗ってもらい確認することを徹底する。
療養上の場面 (転倒・転落)	トイレに行こうと走った患者がスタッフステーションのガラスにぶつかった。頭頂部2cm程度の切創あり、軟膏塗布しガーゼで保護した。頭部CT撮影し、骨折、頭蓋内出血はなかった。(レベル2)	トイレが部屋から遠いため、夜間はポータブルトイレを準備する。トイレに近い部屋への転室を検討する。廊下は走らないように、繰り返し伝えていく。ガラスがあることがわかるように、ガラスにテープを貼ることなど検討する。
療養上の場面 (給食・栄養)	入院時の問診で卵アレルギーが確認されていたが、電子カルテに入力がなく、食事オーダーに反映していないことを発見した。(レベル0)	アレルギー問診票と運用基準の見直しを実施。マニュアルを改訂し、入力者を明確にした。

### 3 神奈川県立病院機構におけるヒヤリ・ハット事例及びアクシデントの状況(病院別)

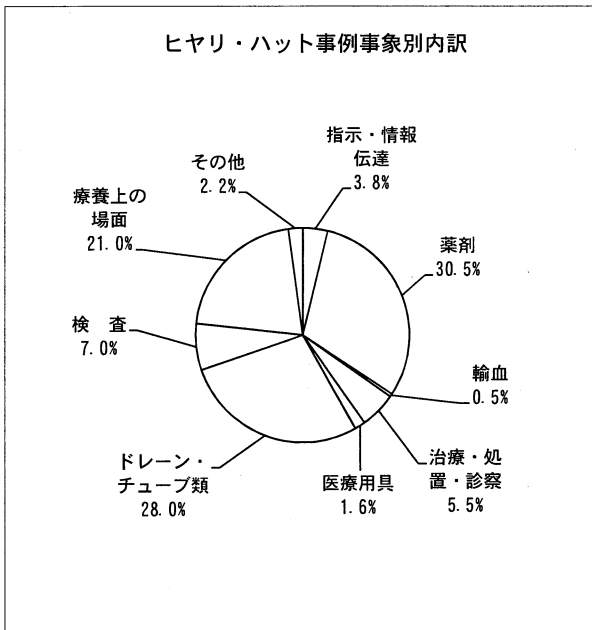
病院名：足柄上病院

(1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳

(2) アクシデント事象別内訳 なし

※ アクシデントの発生 0件

事象	件数	構成比
指示・情報伝達	56	3.8%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	452	30.5%
注射・点滴	162	10.9%
内服薬	251	16.9%
その他	39	2.6%
輸血	7	0.5%
治療・処置・診察	81	5.5%
手術	29	2.0%
麻酔	3	0.2%
その他治療	1	0.1%
処置	47	3.2%
診察	1	0.1%
医療用具(機器)使用管理	24	1.6%
ドレーン・チューブ類使用・管理	415	28.0%
検査	104	7.0%
療養上の場面	312	21.0%
転倒・転落	177	11.9%
給食・栄養	41	2.8%
その他	94	6.3%
その他	33	2.2%
合計	1,484	100.0%



(3) アクシデントの事例及び再発防止策(レベル3b) なし

※アクシデントの発生 0件

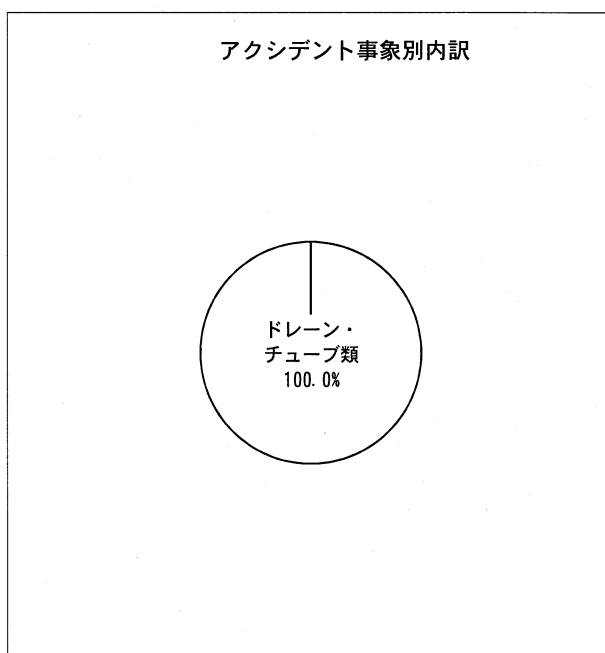
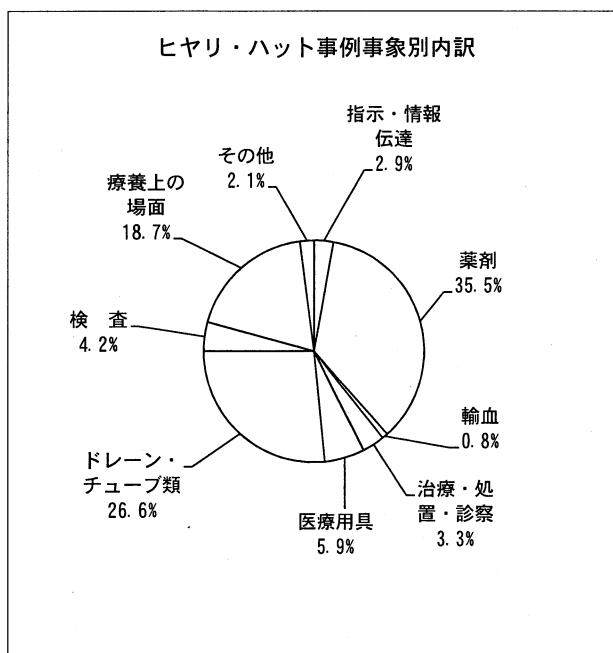
病院名 : こども医療センター

(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	62	2.9%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	762	35.5%
注射・点滴	330	15.4%
内服薬	341	15.9%
その他	91	4.2%
輸血	18	0.8%
治療・処置・診察	70	3.3%
手術	23	1.1%
麻酔	3	0.1%
その他治療	8	0.4%
処置	31	1.4%
診察	5	0.2%
医療用具(機器)使用管理	126	5.9%
ドレーン・チューブ類使用・管理	570	26.6%
検査	91	4.2%
療養上の場面	400	18.7%
転倒・転落	56	2.6%
給食・栄養	248	11.6%
その他	96	4.5%
その他	45	2.1%
合計	2,144	100.0%

(2) アクシデント事象別内訳

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	3	100.0%
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	0	0.0%
合計	3	100.0%



(3) アクシデントの事例及び再発防止策(レベル3b)

		概要
レベル 3b	1	<p>尿道口からカテーテルを挿入したが、排尿直後であったため膀胱内の確認が難しく、カテーテル内に尿流出を目視した後にバルーンを膨らませたところ、カテーテル内に血液が流出した。尿道損傷を疑い、留置を中止。全身麻酔下で創部の確認と、尿道カテーテルの留置を行った。</p> <hr/> <p>【再発防止策】 尿流出の確認ができなかった時の対応の方法を再確認することを周知した。</p>
	2	<p>2つの抗生剤（強酸性と強アルカリ性）を連続して投与し、CVカテーテルが閉塞した。開通せず、全身麻酔下で入れ替えを行った。麻酔で摘出術を行った。</p> <hr/> <p>【再発防止策】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・抗生剤投与時、抗菌薬溶解基準の溶解液性状を確認する習慣をつける。</li> <li>・配合禁忌についての一覧表を作成することとした。</li> </ul>
	3	<p>手術室にて全身麻酔下で十二指腸チューブを挿入した。半覚醒の状態で回復室に入室。患者が手でチューブをつかんでいるのを発見し、すぐに手をつかんだが間に合わず、抜去にいたった。全身麻酔下で再挿入となった。</p> <hr/> <p>【再発防止策】 患者情報を共有し、必要に応じ、抑制帯を使用する。移送時の役割分担を明確にすることとした。</p>

病院名：精神医療センター

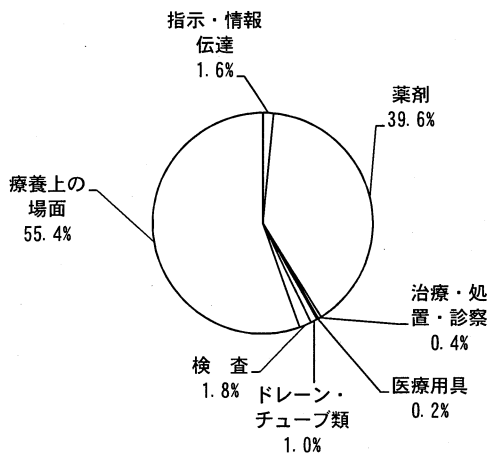
(1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳

事象	件数	構成比
指示・情報伝達	14	1.6%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	356	39.6%
注射・点滴	20	2.2%
内服薬	333	37.0%
その他	3	0.3%
輸血	0	0.0%
治療・処置・診察	4	0.4%
手術	0	0.0%
麻酔	0	0.0%
その他治療	0	0.0%
処置	4	0.4%
診察	0	0.0%
医療用具(機器)使用管理	2	0.2%
ドレーン・チューブ類使用・管理	9	1.0%
検査	16	1.8%
療養上の場面	499	55.4%
転倒・転落	147	16.3%
給食・栄養	31	3.4%
その他	321	35.7%
その他	0	0.0%
合計	900	100.0%

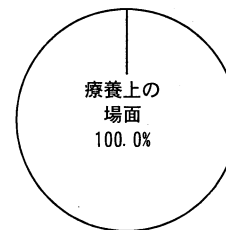
(2) アクシデント事象別内訳

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	0	0.0%
給食・栄養	0	0.0%
その他	1	100.0%
その他	0	0.0%
合計	1	100.0%

ヒヤリ・ハット事例事象別内訳



アクシデント事象別内訳





(3) アクシデントの事例及び再発防止策(レベル3b)

		概要
レベル 3b	1	<p>朝食時に箸2本を飲み込み、看護師の見守りで自力で取り出す。当日他院を受診し内視鏡検査施行。咽頭・食道の粘膜損傷は軽度で飲食は問題なしという結果で、食事を開始した。その後も発熱が続き、縦隔膿瘍・縦隔炎で転院となった。</p> <hr/> <p>【再発防止策】 異食の危険性がある場合は、食事時付き添い観察する。チームで病状の把握、アセスメントを行い、情報共有していくことを検討した。</p>

病院名： がんセンター

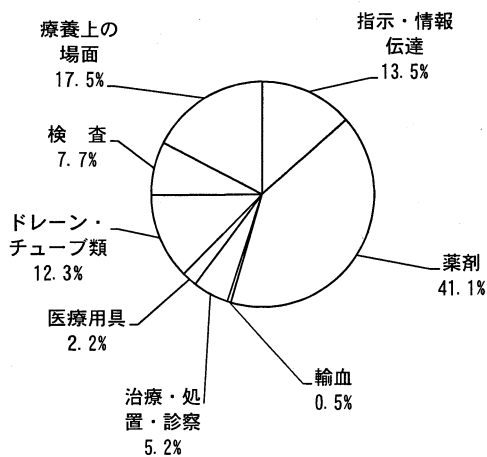
(1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳

事 象	件数	構成比
指示・情報伝達	329	13.5%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	1005	41.1%
注射・点滴	427	17.5%
内服薬	525	21.5%
その他	53	2.2%
輸血	13	0.5%
治療・処置・診察	127	5.2%
手術	29	1.2%
麻酔	2	0.1%
その他治療	29	1.2%
処置	53	2.2%
診察	14	0.6%
医療用具(機器)使用管理	54	2.2%
ドレーン・チューブ類使用・管理	301	12.3%
検 査	188	7.7%
療養上の場面	427	17.5%
転倒・転落	287	11.7%
給食・栄養	69	2.8%
その他	71	2.9%
その他	0	0.0%
合 計	2,444	100.0%

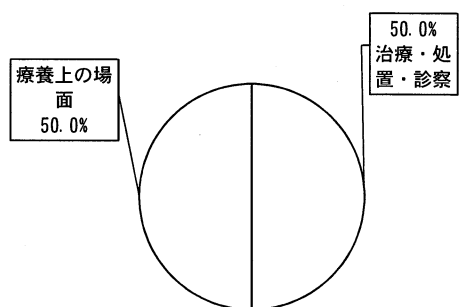
(2) アクシデント事象別内訳

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	1	50.0%
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



アクシデント事象別内訳



(3) アクシデントの事例及び再発防止策(レベル3b)

		概要
レベル 3b	1	<p>起床後トイレに行き、ベッドに戻る際転倒し左大腿を打撲した。自力でナースコールできず配膳に行った職員が発見し事故が発覚した。立ち上がることができず当直医に診察を依頼し、レントゲン検査の結果、左大腿を骨折していた。</p> <p>-----</p> <p>【再発防止策】 履き物の確認（滑りやすいスリッパを使用していた） 日常生活は自立していたが、高齢で転倒リスクが高かった。その患者に合った具体的な転倒防止対策を立てることとした。</p>
	2	<p>抗がん剤治療のため増設したポートが、挿入10日後に途中で断裂した。点滴開始前の生理食塩水によるフラッシュの際、脇からもれたため発見した。右大腿静脈より穿刺し、カテーテルを用いて断裂カテーテルをとりだした。</p> <p>-----</p> <p>【再発防止策】 早期発見、対応が重要である。ポートの使用状況を観察し、異常の早期発見ができるようマニュアルを整備した。</p>

病院名：循環器呼吸器病センター

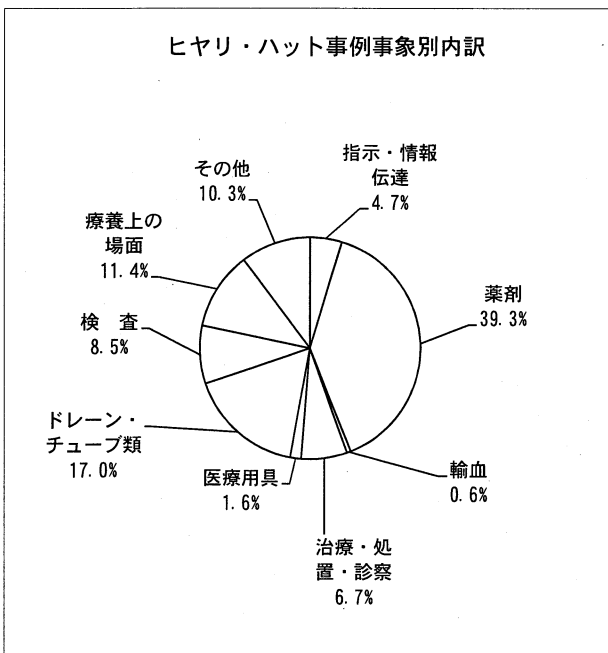
(1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳

事象	件数	構成比
指示・情報伝達	72	4.7%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	604	39.3%
注射・点滴	178	11.6%
内服薬	406	26.4%
その他	20	1.3%
輸血	9	0.6%
治療・処置・診察	103	6.7%
手術	22	1.4%
麻酔	2	0.1%
その他治療	3	0.2%
処置	71	4.6%
診察	5	0.3%
医療用具(機器)使用管理	25	1.6%
ドレーン・チューブ類使用・管理	261	17.0%
検査	130	8.5%
療養上の場面	175	11.4%
転倒・転落	132	8.6%
給食・栄養	41	2.7%
その他	2	0.1%
その他	159	10.3%
合計	1,538	100.0%

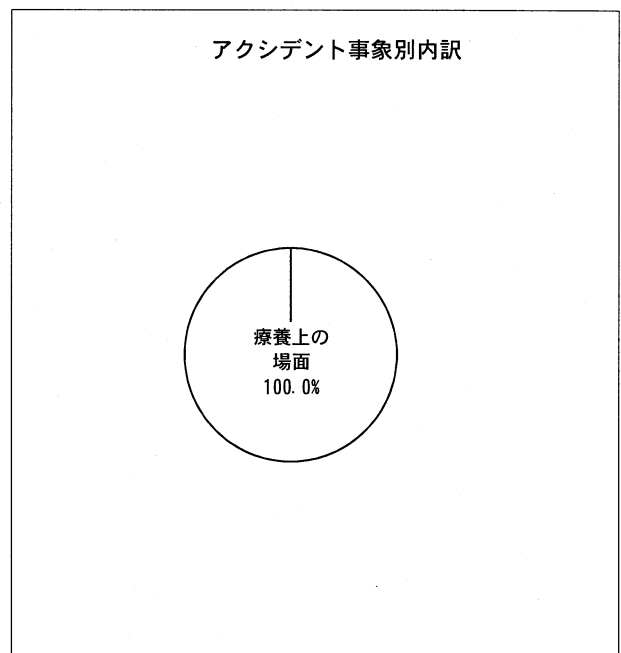
(2) アクシデント事象別内訳

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



アクシデント事象別内訳



(3) アクシデントの事例及び再発防止策(レベル3b)

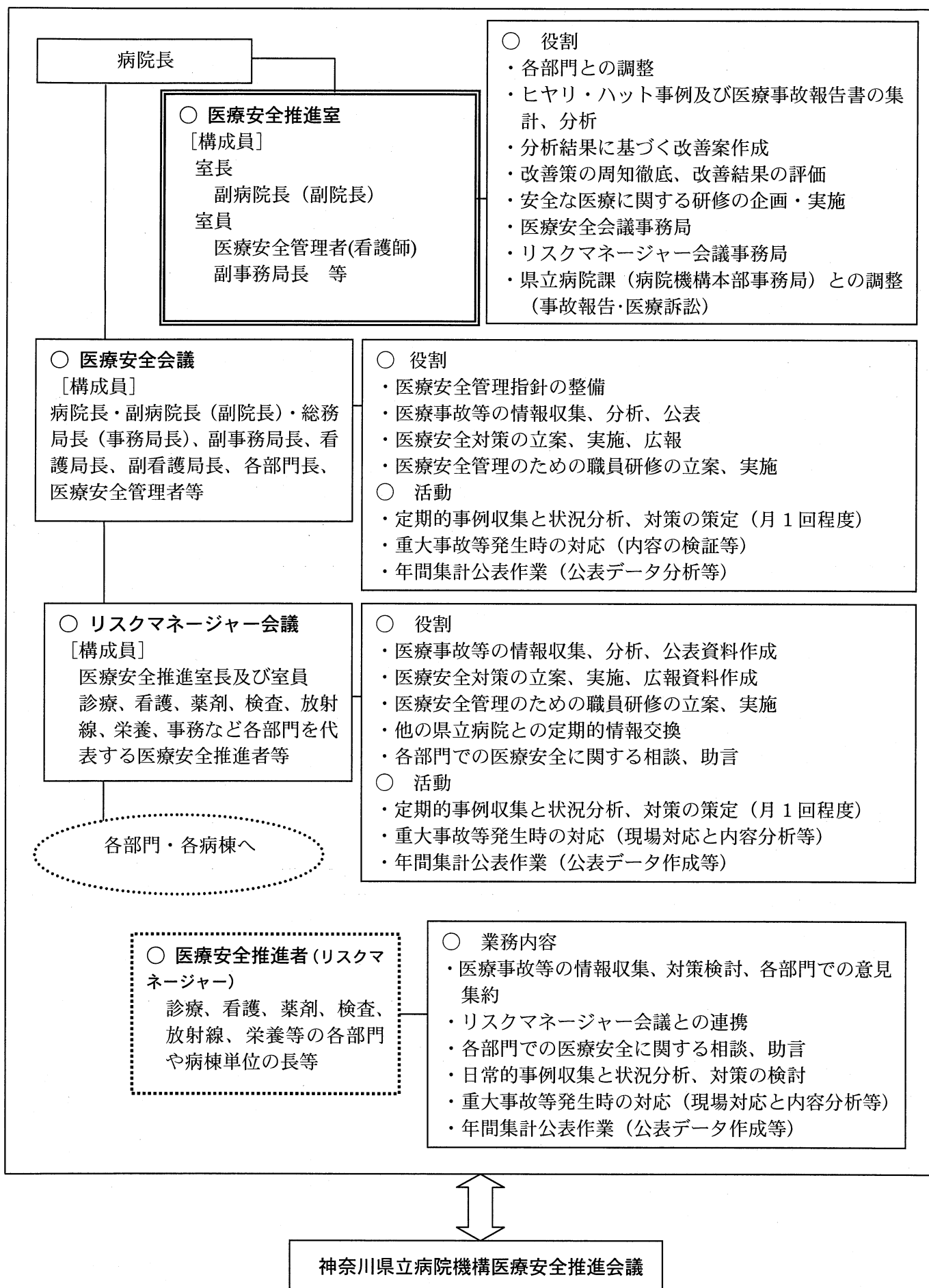
		概要
レベル 3b	1	<p>ポータブルトイレで排泄後、ナースコールを取ろうとして起立した際に転倒した。 レントゲンの結果、左大腿骨頸部骨折を認め他院で手術を行った。</p> <hr/> <p>【再発防止策】 多職種間で予防策を検討し介入の統一を図った。</p>
	2	<p>車椅子でX線撮影室にきた患者。手すりにつかまってもらい立位になり撮影位置を合わせ、技師が離れ後ろを向いた数秒の間に左側に倒れた。頭部CTの結果、左頭頂部骨折、くも膜下出血、硬膜下出血を認め転院となった。</p> <hr/> <p>【再発防止策】 一般撮影室における車椅子利用者への対応をマニュアルに追加した。</p>

#### 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	1,168人
こども医療センター	12回	6回	2,858人
精神医療センター	12回	11回	1,337人
がんセンター	12回	12回	2,264人
循環器呼吸器病センター	18回	11回	1,489人
合 計	66回	52回	9,116人

※院内研修のみを記載。

## 5 各病院における医療安全確保体制と業務分担



## 6 地方独立行政法人 神奈川県立病院機構 ヒヤリ・ハット事例及びアクシデントの公表に関する指針

### 1 目的

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、様々な医療安全の取組を実施している。

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として、平成15年に「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」が定められ、公表が行われてきた。

平成22年に地方独立行政法人神奈川県立病院機構が設立された。医療安全についても一層自律的な取組みを推進するため、平成28年に「地方独立行政法人神奈川県立病院機構 医療安全推進規程」を定めた。

これに伴い、医療法の立法の理念に基づいた法人による自律的な対応を推進し、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・ハット事例及びアクシデントを公表することに関する取扱いを整理するものである。

### 2 用語の定義 及び 分類レベル

「地方独立行政法人神奈川県立病院機構 医療安全推進規程」の定義とする。

#### (1) 医療事故

医療法における医療事故の定義と同一とする。すなわち「当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるもの」をいう。なお、医療事故に該当するかどうかの判断に当たっては過誤の有無は問わないから、過誤が無くても医療事故となる場合もあり、過誤があっても医療事故とはならない場合もあることに、特に病院管理者は留意する。

#### (2) アクシデント

過誤の有無に関わらず、医療の全過程において発生する下記 (5) 表のレベル3 b以上の事例のことをいう。

#### (3) ヒヤリ・ハット事例

ヒヤリ・ハット事例とは、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」とした事例で、アクシデントに至らなかったものをいう。

#### (4) 以上の(1)(2)(3)を包括的に「医療事故等」という。



(5) ヒヤリ・ハット事例及びアクシデントのレベル (表)

	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
	レベル3	a
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・治療の必要性が生じた場合
アクシデント	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

3 公表

(1) ヒヤリ・ハット事例およびアクシデントについては、件数、分析結果、および企画実施した防止対策について、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。

(2) (1)の公表者は理事長とする。

(3) 特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、上記以外に個別の公表を実施する場合には、個人情報の保護に十分留意した上で、事前に患者本人(患者本人が対応不能な場合には代理人や家族等)と十分に話し合いを行うこととし、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。

4 その他

この指針に定めるもののほか、ヒヤリ・ハット事例及びアクシデントの公表に関し必要な事項は別途定める。

5 施行日

この指針は、平成29年4月1日から施行する。