

6 / 7 (火) の発表

はじめよう、つづけよう。

「新北海道スタイル」

～新型コロナウイルスに強い北海道をつくる～ 新北海道スタイル



報道発表資料の配付日時 6月7日(火) 15時00分

発表項目 (行事名)	道立病院における医療事故等の公表について(令和3年度下半期)		
記者レクチャー のお知らせ	(実施日時)	発表者	
		発表場所	
概要	<p>平成18年度から公表している道立病院における医療事故等について、「道立病院における医療事故等の公表基準」に基づき、令和3年度下半期(令和3年10月～令和4年3月)における医療事故等の発生状況を公表します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>公表内容～別添資料のとおり</p>		
参考	<p>本件の内容は、当局のホームページ(https://www.pref.hokkaido.lg.jp/db/bkk/iryujiko.html)でも公表を行っております。</p>		

報道(取材)に当たってのお願い			
他のクラブとの関係	同時配付	(場所)	
	同時レク		

担当 (連絡先)	道立病院局病院経営課人材確保対策室(担当:柴田)		
	TEL	ダイヤルイン	011-204-5233
		内線	25-853

道立病院における令和3年度下半期の医療事故等の発生状況について

道立病院局

道立病院では、病院運営の透明性を高め、道民の医療に対する信頼を深めるとともに、職員の意識を高め、医療における安全管理体制の向上を図ることを目的として、平成18年3月に「道立病院における医療事故等の公表基準」を定め、年2回、半期毎に発生状況を公表しており、令和3年度下半期の状況を取りまとめた。

1 インシデントの発生状況について

(1) インシデントの定義

患者に被害が発生することはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした出来事を言う。

(2) インシデントの区分及び発生状況

区 分		令和3年度下半期
1	前もって気づいた事例（薬の取り違えなど）	506 件 (36.1%)
2	処置や治療を要しなかった事例（転倒など）	895 件 (63.9%)
合 計		1,401 件 (100.0%)

(3) インシデント発生件数の推移

区 分	令和3年度	令和2年度	令和元年度
上半期実績	1,672件	1,854 件	1,648 件
下半期実績	1,401件	1,598 件	1,379 件
年間実績	3,073件	3,452 件	3,027 件

2 医療事故の発生状況について

(1) 医療事故（アクシデント）の定義

疾病そのものではなく、医療に関わる場所で、医療の全過程において発生する人身事故一切で、医療行為や管理上の過失の有無を問わない。

(2) 医療事故（アクシデント）の区分及び発生状況

区 分		令和3年度 下 半 期
小 ↑ 患者への影響 ↓ 大	1 確認のための検査の必要性が生じた事例 簡単な処置や治療を要した事例	53 件 (82.8%)
	2 処置や治療を要した事例	7 件 (10.9%)
	3 濃厚な処置や治療を要した事例	4 件 (6.3%)
	4 永続的な障害や後遺症が残った事例	0 件 (0.0%)
	5 死亡した事例	0 件 (0.0%)
合 計		64 件 (100.0%)

(3) 医療事故発生件数の推移

区 分	令和3年度	令和2年度	令和元年度
上半期実績	77 件	80 件	121 件
下半期実績	64件	73 件	85 件
年間実績	141件	153 件	206 件

(4) 公表区分別内訳

区分	対 象 事 例	件数	公表時期	摘 要
一括公表	事故区分1の事例及び事故区分2～4のうち医療過誤が認められない事例	62 件	半 期 毎	・件数のみ公表
概要公表	事故区分2及び3のうち医療過誤が認められる事例	2 件	半 期 毎	・事例ごとに概要を公表
個別公表	事故区分4のうち医療過誤が認められる事例及び事故区分5の事例	0 件	原則随時	・患者及び家族の同意を得たうえで公表
合 計		64 件		—

※ 医療過誤とは、医療事故のうち、医療の遂行過程において、医療従事者の故意又は過失があり、患者に被害が発生し、且つ故意・過失と被害との間に因果関係があると認められるもの。

(5) 概要公表の事例

区分	概要	原因	改善・対応策
事故区分2	事例1 同室者のナースコールで、患者がベッドの下に倒れている状態で発見され、左上肢の骨折を認められたが、手術による合併症リスクが高いため、手術はせずに保存的治療とした。	入院前の生活状況から離床センサーを使用し安全に入院療養生活ができるように計画を立てていたが、センサー使用の情報を共有していなかったため、離床センサーの電源がオフとなっており、行動の介助ができなかった。	離床センサー使用の情報を明確にし、患者担当者が勤務開始後と終了前に離床センサーの電源及び作動確認を行うことを再徹底した。
事故区分3	事例2 患者に点滴を行ったところ、血管が細いため血管外に点滴が漏れ、足の甲の点滴刺入部から太ももにかけて腫脹し、動脈を圧迫した。血流改善のためふくらはぎの皮膚を切開し、動脈への圧を下げることにより、数日後に症状が軽快した。	点滴刺入部の確認は行ったが左右差、皮膚色の確認等の下肢全体の確認を怠った。 血管外漏出の場合、輸液ポンプアラームが鳴らないことがあることを認識していなかった。	血管が細い等で、輸液の血管外漏出の予測がつく場合は医師、看護師により治療方針の確認、相談を行い、点滴中は刺入部だけではなく全体を経時的に観察し、記録に残すことを再徹底した。 輸液ポンプの特性についてマニュアルの修正や委員会等を通じて職員に周知した。

3 今後の対応について

医療事故等の発生状況や個別事例の概要などについて、各道立病院の医療安全の担当者を対象とした、医療安全推進担当者会議等を開催して情報を共有し、各病院に設置する医療安全管理委員会等を通じて、病院職員に注意喚起を図る。

また、各病院で、医療安全研修会の開催やオンライン等で開催される院外の研修会や会議への参加など、引き続き医療事故等の発生防止に向けて取り組む。