

## 令和4年度 藤沢市民病院医療事故等の公表について

藤沢市民病院では、医療の透明性を高め、市民・患者さんの知る権利に応えるなど、社会的責任を果たすことを目的として、平成17年9月に「藤沢市民病院医療事故公表基準」（以下「公表基準」）を策定しました。

この公表基準に基づき、令和4年度の医療事故等を一括公表いたします。

### 1 公表の内容

令和4年度中に発生した医療事故等を内容に応じてレベル0からレベル5まで分類し、件数及び代表的事例等について公表します。

### 2 医療事故等の定義及び区分等

公表基準では、日常診療の場で、間違っただ医療行為が実施される前に気がつき、患者さんには実施されなかったもの、あるいは間違っただ医療行為が実施されたが、結果として患者さんに大きな影響を与えなかったものを「インシデント」と定義し、レベル0からレベル3 aまで分類しています。

また、患者さんが本来持っていた疾病や体質などの基礎的条件によるものではなく、医療においてその目的に反して生じた有害な事象を、医療事故「アクシデント」と定義し、患者さんに及ぼした影響に応じてレベル3 bからレベル5まで分類しています。

医療事故等の区分、レベル及び内容は下の表のとおりです。

区分	レベル	内容
インシデント	0	間違っただ医療行為が実施される前に気がつき、患者さんには実施されなかった
	1	患者さんへの実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
	2	処置や治療は行わなかった（患者さん観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）
	3 a	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）*骨折の場合は保存的療法で入院日数の延長が短期、退院が可能など
ア（医療事故）	3 b	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）*骨折の場合：手術、観血的処置、手術が患者さん病態から保存的治療を選択したが入院日数が大幅に延長した
	4 a	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
	4 b	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う
	5	死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）

\*この表は、公益財団法人日本医療機能評価機構及び国立大学附属病院医療安全管理協議会の基準を参考に作成しています。

3 レベルごとの件数と内訳

区分	レベル	内 容	件 数	件 数 の 内 訳								
				薬剤投与に伴うもの	入院療養生活に関するもの	ドレーン・チューブ類の抜去等	検査に伴うもの	治療や処置等に伴うもの	管理に伴うもの 医療機器の使用	輸血に伴うもの	その他	
インシデント	0	間違った医療行為が実施される前に気がつき、患者には実施されなかった	221	78	9	8	65	10	6	4	41	
			149	76	12	3	19	7	4	2	26	
	1	患者への実害はなかった	954	419	72	74	128	42	26	12	181	
			612	260	79	40	72	37	27	9	88	
	2	処置や治療は行わなかった	505	109	225	70	22	18	15	3	43	
			521	107	251	71	16	28	23	2	23	
	3a	簡単な処置や治療を要した	282	32	31	125	6	12	9	1	66	
			289	23	78	119	12	22	11	1	23	
	小 計			1,962	638	337	277	221	82	56	20	331
				1,571	466	420	233	119	94	65	14	160
ア（医療事故）クシデント	3b	濃厚な処置や治療を要した	16	1	6	5	1	2	1	0	0	
			12	2	4	1	1	4	0	0	0	
	4a	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害等は伴わない	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	4b	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害等を伴う	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	5	死亡	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			0	0	0	0	0	0	0	0	0	
小 計			16	1	6	5	1	2	1	0	0	
			12	2	4	1	1	4	0	0	0	
合 計			1,978	639	343	282	222	84	57	20	331	
			1,583	468	424	234	120	98	65	14	160	

※件数欄下段は令和3年度の件数

4 アクシデントの代表的事例と再発防止策

事故等の分類	年齢	代 表 的 事 例	再 発 防 止 策
ドレーン・チューブ類の抜去等	64歳	酸素投与中の患者さんを医師と看護師でストレッチャーからベッドへ移動した。移動の際に、酸素チューブが酸素ボンベと絡まっている事に気付かず酸素チューブが抜けてしまった。直ちに酸素チューブを再挿入したため、患者さんの容態に変化はなかった。	院内マニュアル（患者移動時の安全確認手順基準）に則り、ストレッチャーからベッドへ移動する際は、2者で指さし、声出し確認を行い、チューブ類に絡まりがないか安全確認を実施することを再周知した。
入院療養生活に関するもの	91歳	入院中の患者さんに朝食（パン）を配膳した。8時10分に医師が診察した際には異常なかったが、8時14分頃に病室前を通りかかった看護師が顔面蒼白で意識がない患者さんを発見した。直ちに応援を要請し口腔内に食事が残っていたため、医師が喉頭鏡でかき出したところ、気道から噛み砕かれたパンが団子状となった塊（4.0cm×4.0cm大）が摘出された。その後、患者さんの意識は回復した。	窒息のリスクが高い食事（パン等）の取り扱いを中止とした。患者さんの事情によりパンを希望する場合は、医師が誤嚥のリスクなしと判断した場合に限り提供する。