

【 参考資料 】

平成25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	
	・ 精神医療センター芹香病院	
	・ 精神医療センターせりがや病院	
	・ 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	21
5	県立病院における医療安全確保体制と業務分担	22
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	23

(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

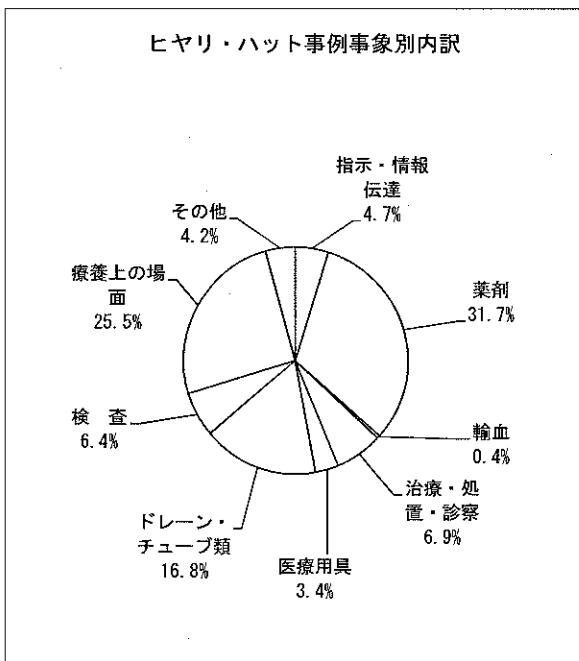
(1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳

事象	件数	構成比(%)
指示・情報伝達	476	4.7%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	3,195	31.7%
注射・点滴	1,187	11.8%
内服薬	1,771	17.6%
その他	237	2.4%
輸血	43	0.4%
治療・処置・診察	690	6.9%
手術	174	1.7%
麻酔	7	0.1%
その他治療	90	0.9%
処置	370	3.7%
診察	49	0.5%
医療用具(機器)使用管理	338	3.4%
ドレーン・チューブ類使用・管理	1,691	16.8%
検査	645	6.4%
療養上の場面	2,563	25.5%
転倒・転落	1,269	12.6%
給食・栄養	638	6.3%
その他	656	6.5%
その他	425	4.2%
合計	10,066	100.0%

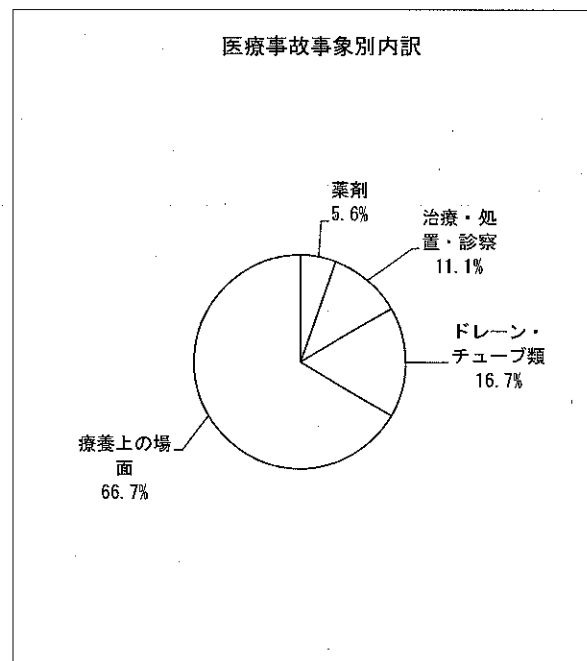
(2) 医療事故事象別内訳

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	5.6%
注射・点滴	1	5.6%
内服薬	0	0.0%
その他	0	0.0%
輸血	0	0.0%
治療・処置・診察	2	11.1%
手術	1	5.6%
麻酔	0	0.0%
その他治療	0	0.0%
処置	1	5.6%
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	16.7%
検査	0	0.0%
療養上の場面	12	66.7%
転倒・転落	11	61.1%
給食・栄養	0	0.0%
その他	1	5.6%
その他	0	0.0%
合計	18	100.0%

ヒヤリ・ハット事例事象別内訳



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 (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	内服薬の調剤時、指示の用法を間違え印字し病棟に出した。(レベル0)	処方・用法の確認を徹底することとした。
薬剤 (注射・点滴)	術後の患者に、抗生剤と止血剤の処方に加え内服できなかった時のために点滴も重複処方されていた。朝分の内服は確認したが、他患者の点滴作成の際、その患者の点滴も作成し投与してしまった。(レベル1)	投薬の中止時の薬の取り扱い、ルールを徹底することとした。
薬剤 (内服薬)	持参薬報告に1日量を間違えて入力した。薬剤科が指摘し、発覚した。(レベル0)	最終確認は病棟看護師が行い、医師に報告し、持参薬報告修正について周知した。
治療・処置・診察 (手術)	手術の申込みをする際は、アプローチ方向のマーキング部位の指示を出している。しかし、単一臓器の場合は、病変部位のマーキング指示とアプローチ方向のマーキング指示と二通りの解釈があった。(レベル1)	単一臓器の場合はマーキングする場所を病変部位のマーキングとして統一、医療安全対策マニュアルを変更した。
ドレーン・チューブ類使用・管理	患者がシャワー浴中、腎瘻チューブを足で踏んでしまい、挿入接続部より外れ再挿入となった。(レベル3a)	シャワー浴介助についての指導と確認を確実にを行うこととした。
検査	検査指示の出された患者の名前を検査予約表に誤記入し、病棟へ配布した。(レベル0)	伝票との照らし合わせ、声だし確認を確実に行なうこととした。
療養上の場面 (転倒・転落)	移動時に介助を要する患者が、ナースコールをせずにトイレへ移動することが何度もあり目が離せない状態であった。モニターでの観察を続けていたが、目を離れた間に室内で転倒をした。(レベル2)	患者の状況に合わせて、くり返しの説明を行なう。また、ポータブルトイレの置き場所、緩衝マットの設置等、病室の環境整備を行うこととした。
療養上の場面 (給食・栄養)	入院時欠食の指示であったが、食事オーダー締め切り時間を経過していたため、病棟に食事が届いた。看護師が気づき患者に配膳されなかった。(レベル0)	食事オーダー締め切り時間を医療安全推進ニュースで広報した。オーダー締め切り後の食事変更は栄養科に電話連絡することがルールになっているのでルールを周知徹底した。
療養上の場面 (その他)	患者がデイルームの給湯器からコップに湯を入れようとし熱傷を負った。軟膏処置の必要性が生じた。(レベル3a)	給湯器の使用時について、看護職員が実施するよう給湯器に注意書きを掲示した。

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)

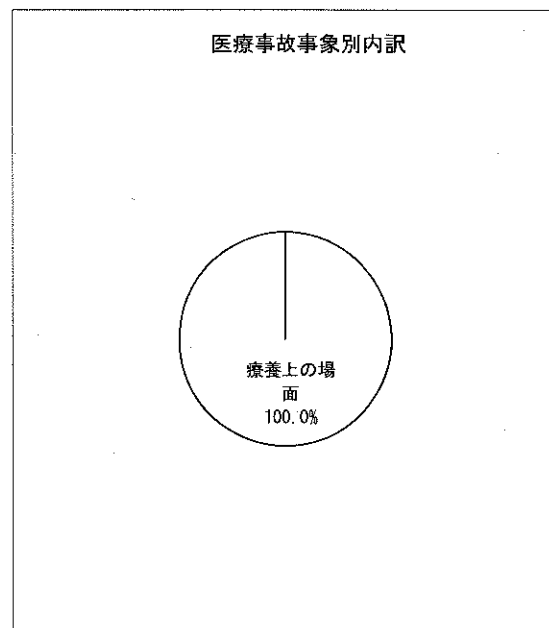
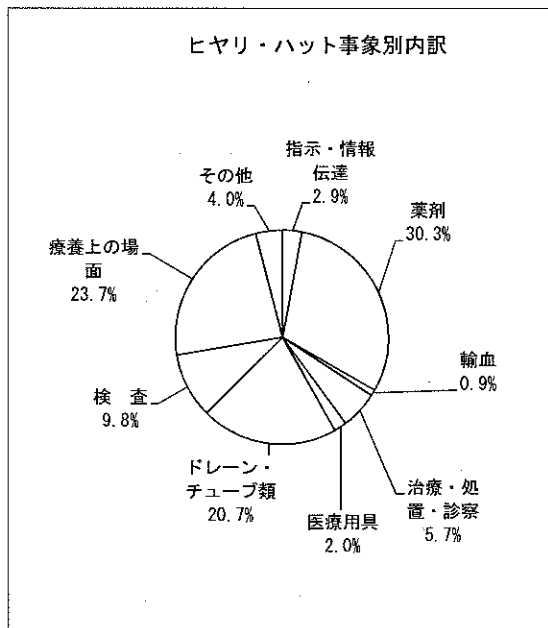
病院名：足柄上病院

(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	45	2.9%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	464	30.3%
注射・点滴	177	11.5%
内服薬	255	16.6%
その他	32	2.1%
輸血	14	0.9%
治療・処置・診察	87	5.7%
手術	47	3.1%
麻酔	0	0.0%
その他治療	4	0.3%
処置	27	1.8%
診察	9	0.6%
医療用具(機器)使用管理	30	2.0%
ドレーン・チューブ類使用・管理	318	20.7%
検 査	151	9.8%
療養上の場面	363	23.7%
転倒・転落	181	11.8%
給食・栄養	66	4.3%
その他	116	7.6%
その他	61	4.0%
合 計	1,533	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	6	100.0%
転倒・転落	5	83.3%
給食・栄養	0	0.0%
その他	1	16.7%
その他	0	0.0%
合 計	6	100.0%



(3) 医療事故の代表的事例及び再発防止策(レベル3b)

概要(上段は代表的事案、下段はその再発防止策)	
レベル 3b	<p>1</p> <p>検査入院当日、夜間にベッド周囲のカーテンを閉めようとして転倒、骨折手術を行った。</p> <p>【再発防止策】 夜間の歩行のリスクについて患者指導の強化を行った。</p>
	<p>2</p> <p>高齢で睡眠剤を服用している患者が、夜間にトイレへ行くため、看護師が歩行介助中、患者の足がもつれ転倒骨折し手術を行った。</p> <p>【再発防止策】 歩行の安全な介助方法について、全職員対象に理学療法士を講師に研修会を開催した。患者の転倒リスクを把握し、車椅子介助を選択することとした。</p>
	<p>3</p> <p>個室から大部屋に移動した当日、ひとりでトイレに行こうとして転倒、骨折し手術を行った。ベッドからの歩行通路が移動前と比べ反対側となり、そこに離床センサーを設置していたが、患者が以前の部屋と同じ側から歩行したため作動しなかった。</p> <p>【再発防止策】 特に高齢の場合、部屋移動の際はベッドから乗り降りする場所を、移動前の部屋と同じ位置に配置することとした。トイレ誘導を計画的に実施した。</p>
	<p>4</p> <p>骨折の手術後患者が、体動センサーとベッドサイドレールを外してトイレに行こうとして、ベッドサイドで転倒、骨折し再手術を行った。</p> <p>【再発防止策】 オーバーテーブルのロックを確認し、ベッドサイドレールを外れないようにした。体動センサー設置の位置を下肢に変更した。</p>
	<p>5</p> <p>シャワー中、患者がバランスを崩し右足に加重がかかり、介助者が支えたが支えきれず骨折し手術を行った。</p> <p>【再発防止策】 骨折のリスクが高い場合、シャワー浴方法の問題など情報を把握する際、安全を考慮し立位保持の荷重を極力避けるように介助することとした。</p>
	<p>6</p> <p>車椅子からベッドへ移動時、患者が下腿を切断していたことを忘れて足を着こうと思っけしまいふらつき転倒し、再縫合手術を行った。</p> <p>【再発防止策】 転倒のリスクがある患者が自立して移動することが想定される場合は、患者本人への移動の教育指導を行い、切断部の幻肢について注意を促すこととした。</p>

病院名：こども医療センター

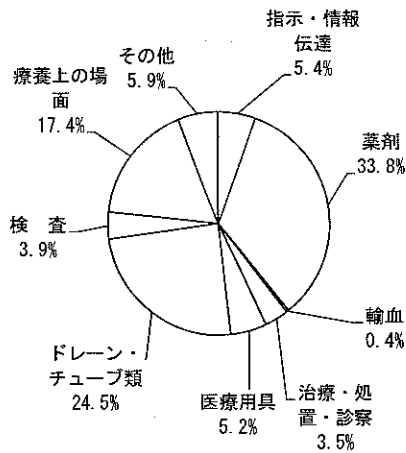
(1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳

事象	件数	構成比
指示・情報伝達	133	5.4%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	840	33.8%
注射・点滴	346	13.9%
内服薬	402	16.2%
その他	92	3.7%
輸血	9	0.4%
治療・処置・診察	86	3.5%
手術	33	1.3%
麻酔	1	0.0%
その他治療	10	0.4%
処置	32	1.3%
診察	10	0.4%
医療用具(機器)使用管理	130	5.2%
ドレーン・チューブ類使用・管理	609	24.5%
検査	97	3.9%
療養上の場面	433	17.4%
転倒・転落	73	2.9%
給食・栄養	257	10.3%
その他	103	4.1%
その他	147	5.9%
合計	2,484	100.0%

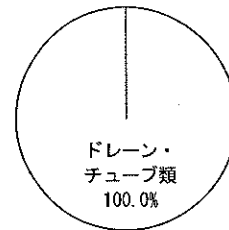
(2) 医療事故事象別内訳

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	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%

ヒヤリ・ハット事例事象別内訳



医療事故事象別内訳



(3) 医療事故の代表的事例及び再発防止策(レベル3b)

概要(上段は代表的事案、下段はその再発防止策)	
レベル 3b	<p>1</p> <p>退院指導の目的で経管栄養チューブの交換を家族が実施し、その後嘔吐出現、酸素飽和度の低下があり、右気管支へのチューブの誤挿入が発見された。人工呼吸器管理にて誤嚥性肺炎の治療を開始した。</p> <p>【再発防止策】 マニュアルに則り、胃内容物のPHチェックの実施、複数の方法を用いての位置確認とアセスメントの強化、及び複数のスタッフで挿入処置を実施し位置確認を行うこととした。</p>
	<p>2</p> <p>中心静脈カテーテルの固定テープが剥がれていたため、看護師2名がテープ固定の処置をしている時に、患者が動きカテーテルが少し引き抜かれた状態になったため、カテーテルの再挿入の手術を行った。</p> <p>【再発防止策】 固定テープが剥がれないよう適宜交換処置するとともに、剥がれにくい固定テープの導入を検討した。</p>
	<p>3</p> <p>体動後中心静脈カテーテルの刺入部の固定テープから液漏れ発見、10cm以上の脱落が見られたため、カテーテルの再挿入の手術を行った。</p> <p>【再発防止策】 患者の行動に合わせた管理・観察の徹底と、剥がれにくい固定テープの導入を検討した。</p>

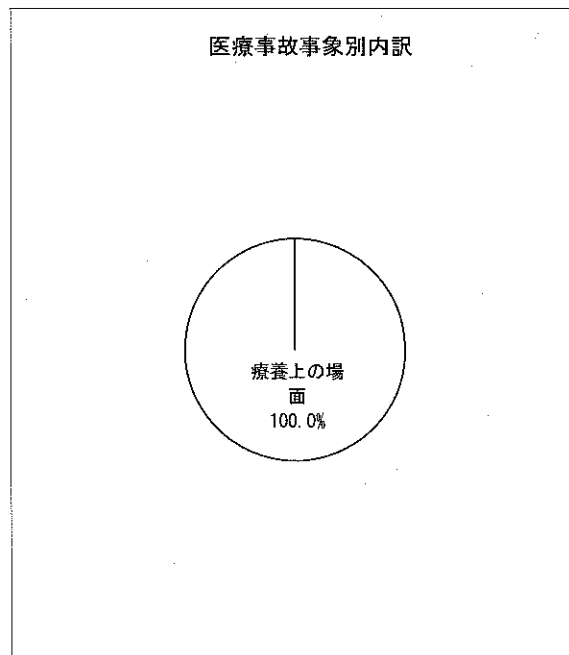
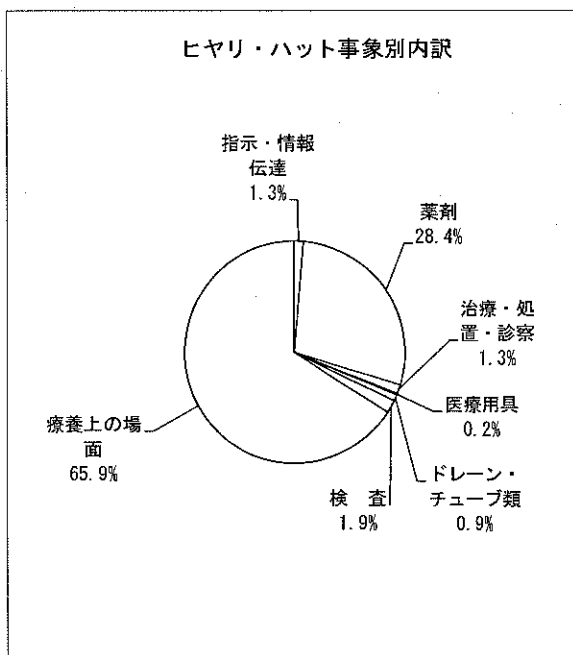
病院名：精神医療センター芹香病院

(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	7	1.3%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	151	28.4%
注射・点滴	8	1.5%
内服薬	141	26.6%
その他	2	0.4%
輸血	0	0.0%
治療・処置・診察	7	1.3%
手術	0	0.0%
麻酔	0	0.0%
その他治療	0	0.0%
処置	7	1.3%
診察	0	0.0%
医療用具(機器)使用管理	1	0.2%
ドレーン・チューブ類使用・管理	5	0.9%
検査	10	1.9%
療養上の場面	350	65.9%
転倒・転落	124	23.4%
給食・栄養	46	8.7%
その他	180	33.9%
その他	0	0.0%
合計	531	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) 医療事故の代表的事例及び再発防止策(レベル3b)

概要(上段は代表的事案、下段はその再発防止策)		
レベル 3b	1	職員付き添いのもと、近隣への買い物訓練の帰り道、病院敷地内で転倒し、大腿骨転子部骨折し、手術のため転院した。
		【再発防止策】 本人の歩行状態を把握し、外出後の疲労も考慮したうえで安全な歩行ルートを選定し、本人の足元に注意を向けることを周知した。さらに転倒した場所が危険であることを院内に注意喚起をした。

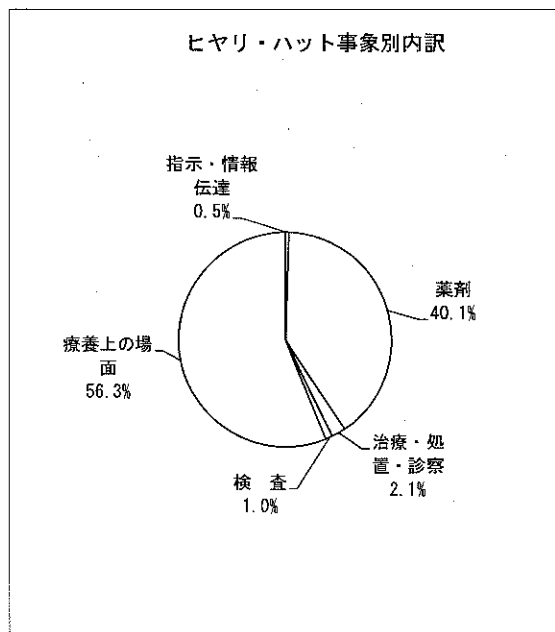
病院名：精神医療センターせりがや病院

(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	1	0.5%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	77	40.1%
注射・点滴	2	1.0%
内服薬	74	38.5%
その他	1	0.5%
輸血	0	0.0%
治療・処置・診察	4	2.1%
手術	0	0.0%
麻酔	0	0.0%
その他治療	0	0.0%
処置	4	2.1%
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	2	1.0%
療養上の場面	108	56.3%
転倒・転落	36	18.8%
給食・栄養	2	1.0%
その他	70	36.5%
その他	0	0.0%
合 計	192	100.0%

(2) 医療事故事象別内訳 なし

※ 医療事故の発生 0件



(3) 医療事故の代表的事例及び再発防止策(レベル3b) なし

※ 医療事故の発生 0件

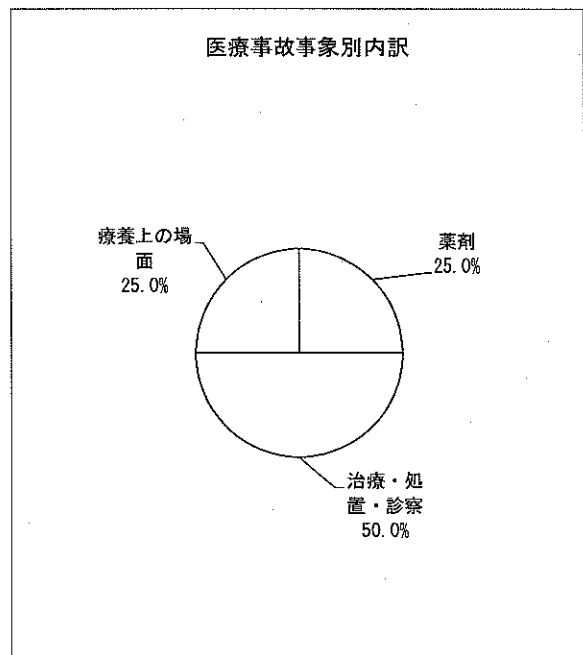
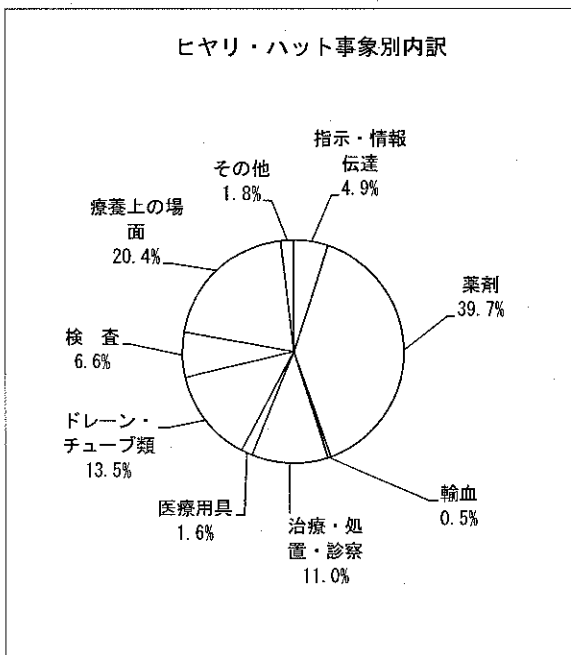
病院名： がんセンター

(1) ヒヤリ・ハット事例事象別内訳

事 象	件数	構成比
指示・情報伝達	106	4.9%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	860	39.7%
注射・点滴	429	19.8%
内服薬	405	18.7%
その他	26	1.2%
輸血	10	0.5%
治療・処置・診察	239	11.0%
手術	50	2.3%
麻酔	3	0.1%
その他治療	10	0.5%
処置	172	7.9%
診察	4	0.2%
医療用具(機器)使用管理	35	1.6%
ドレーン・チューブ類使用・管理	292	13.5%
検 査	142	6.6%
療養上の場面	441	20.4%
転倒・転落	270	12.5%
給食・栄養	124	5.7%
その他	47	2.2%
その他	39	1.8%
合 計	2,164	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	25.0%
注射・点滴	1	25.0%
内服薬	0	0.0%
その他	0	0.0%
輸血	0	0.0%
治療・処置・診察	2	50.0%
手術	1	25.0%
麻酔	0	0.0%
その他治療	0	0.0%
処置	1	25.0%
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	25.0%
転倒・転落	1	25.0%
給食・栄養	0	0.0%
その他	0	0.0%
その他	0	0.0%
合 計	4	100.0%



(3) 医療事故の代表的事例及び再発防止策(レベル3b)

概要(上段は代表的事案、下段はその再発防止策)	
レベル 3b	<p>1</p> <p>ポート（皮膚の下の埋め込み式医療機器）から抗がん剤を点滴中に、抗がん剤が血管外に漏出して皮膚症状が悪化したため、手術によりポートを除去して治療を行った。</p> <p>【再発防止策】 抗がん剤の血管外漏出についての説明文書を再整備し、説明と患者指導を徹底して患者の協力を得るようにした。ポートの安全管理について研修会を行った。</p>
	<p>2</p> <p>イレウス管（鼻から腸に挿入し留置するチューブ）を挿入中に気管に迷入し、ガイドワイヤーが肺を傷つけたため治療が必要になった。</p> <p>【再発防止策】 管の位置は、透視で正面から確認できるように患者の体位を整えることとした。</p>
	<p>3</p> <p>日常生活が自立している患者が、洗面所に行こうとしたところ、オーバーテーブルに足を引っ掛けて転倒し、骨折したため手術を行った。</p> <p>【再発防止策】 オーバーテーブルや椅子の配置を患者の行動に合わせて整えることとした。</p>
	<p>4</p> <p>人工関節置換術後、自宅で転倒したため、人工関節が緩み再度置換術が必要になり入院。術前検査で人工関節近傍にガーゼが遺残していることが判明し、人工関節再置換術時にガーゼを回収した。前回手術時について再検討を行った結果、ガーゼカウントは2人で実施していたが、数の不一致は指摘されず、手術直後のエックス線撮影（1方向）でもガーゼ遺残が発見できなかった。</p> <p>【再発防止策】 ガーゼ遺残をチェックする対策がとられてはいたものの、さらなる対策を講じる必要があるため、ガーゼカウント用パック（1か所に1枚しか入らない）を導入。人工物を入れた場合は2方向からエックス線撮影をする。撮影方向を術式に合わせて検討する。画像チェックは複数の医師で確認することを徹底することとした。</p>

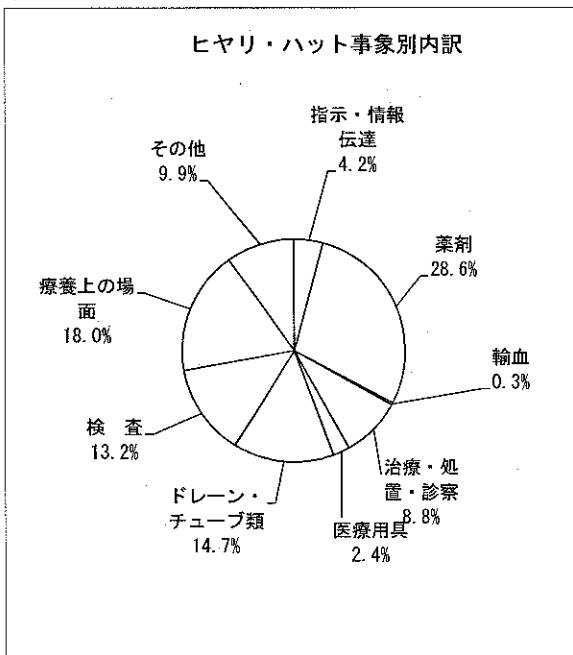
病院名：循環器呼吸器病センター

(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	55	4.2%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	379	28.6%
注射・点滴	128	9.7%
内服薬	227	17.1%
その他	24	1.8%
輸血	4	0.3%
治療・処置・診察	116	8.8%
手術	29	2.2%
麻酔	1	0.1%
その他治療	2	0.2%
処置	64	4.8%
診察	20	1.5%
医療用具(機器)使用管理	32	2.4%
ドレーン・チューブ類使用・管理	194	14.7%
検査	175	13.2%
療養上の場面	238	18.0%
転倒・転落	149	11.3%
給食・栄養	89	6.7%
その他	0	0.0%
その他	131	9.9%
合計	1,324	100.0%

(2) 医療事故事象別内訳 なし

※ 医療事故の発生 0件



(3) 医療事故の代表的事例及び再発防止策(レベル3b) なし

※ 医療事故の発生 0件

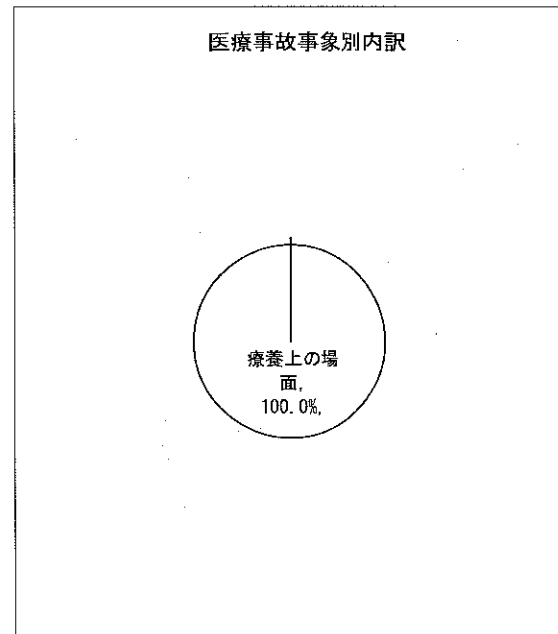
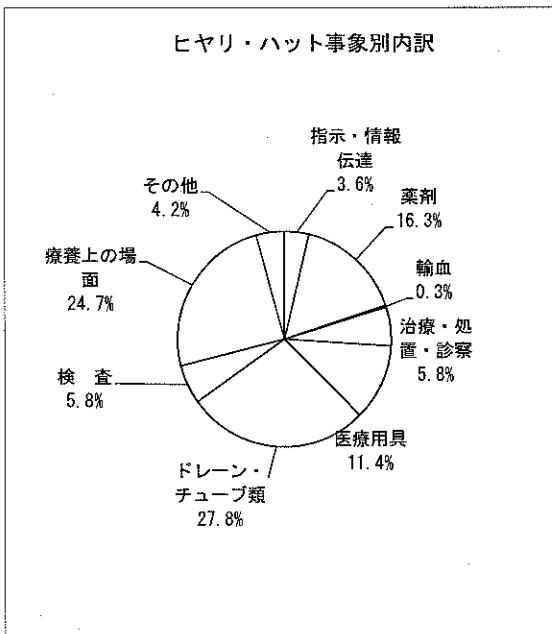
病院名： 汐見台病院

(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	25	3.6%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	112	16.3%
注射・点滴	60	8.7%
内服薬	45	6.6%
その他	7	1.0%
輸血	2	0.3%
治療・処置・診察	40	5.8%
手術	12	1.7%
麻酔	2	0.3%
その他治療	4	0.6%
処置	20	2.9%
診察	2	0.3%
医療用具(機器)使用管理	78	11.4%
ドレーン・チューブ類使用・管理	191	27.8%
検 査	40	5.8%
療養上の場面	170	24.7%
転倒・転落	115	16.7%
給食・栄養	18	2.6%
その他	37	5.4%
その他	29	4.2%
合 計	687	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	3	100.0%
転倒・転落	3	100.0%
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) 医療事故の代表的事例及び再発防止策(レベル3b)

概要(上段は代表的事案、下段はその再発防止策)		
レベル 3b	1	<p>一人で車椅子に移動する際に肘を柵にぶつけ骨折したため、手術を行った。</p> <p>【再発防止策】 自力での車椅子への移動動作を問題なく行えている場合でも、夜間帯は看護師を呼ぶように説明を行うこととした。</p>
	2	<p>廊下手摺りの端にあるコーナーキャップに掴まった際に、コーナーキャップが緩んでいたため転倒し、大腿部頸部骨折のため、手術を行った。</p> <p>【再発防止策】 全廊下手摺りのコーナーキャップを点検し、緩んでいる箇所を固定し、さらに緩んでいるのに気づいた場合は、速やかに修理を依頼するように周知した。</p>
	3	<p>一人で車イスに移動しようとした際に転倒し肘を骨折したため、手術を行った。</p> <p>【再発防止策】 車椅子への移動に介助を必要とする場合は、常時車椅子をベッドサイドに置かないようにするとともに、患者が一人で移動する際は看護師を呼ぶように改めて指導した。</p>

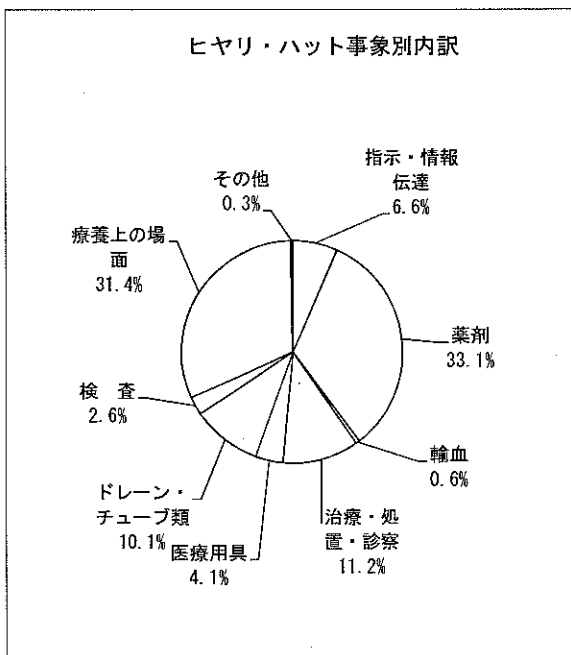
病院名： 神奈川リハビリテーション病院

(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	45	6.6%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	227	33.1%
注射・点滴	32	4.7%
内服薬	150	21.9%
その他	45	6.6%
輸血	4	0.6%
治療・処置・診察	77	11.2%
手術	3	0.4%
麻酔	0	0.0%
その他治療	46	6.7%
処置	24	3.5%
診察	4	0.6%
医療用具(機器)使用管理	28	4.1%
ドレーン・チューブ類使用・管理	69	10.1%
検査	18	2.6%
療養上の場面	215	31.4%
転倒・転落	119	17.4%
給食・栄養	31	4.5%
その他	65	9.5%
その他	2	0.3%
合計	685	100.0%

(2) 医療事故事象別内訳 なし

※ 医療事故の発生 0件



(3) 医療事故の代表的事例及び再発防止策(レベル3b) なし

※ 医療事故の発生 0件

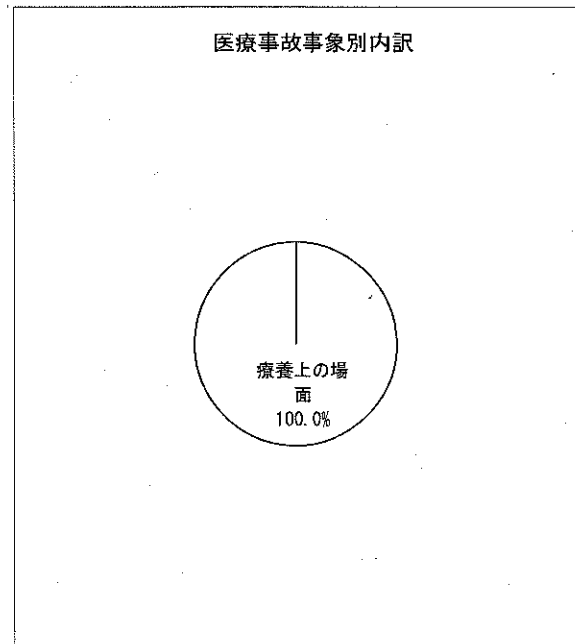
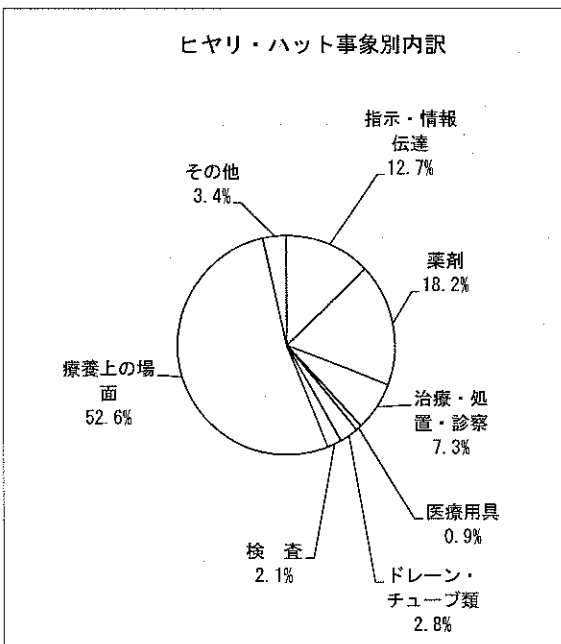
病院名：七沢リハビリテーション病院脳血管センター

(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	59	12.7%
薬剤(処方・与薬・調剤・製剤管理)	85	18.2%
注射・点滴	5	1.1%
内服薬	72	15.5%
その他	8	1.7%
輸血	0	0.0%
治療・処置・診察	34	7.3%
手術	0	0.0%
麻酔	0	0.0%
その他治療	14	3.0%
処置	20	4.3%
診察	0	0.0%
医療用具(機器)使用管理	4	0.9%
ドレーン・チューブ類使用・管理	13	2.8%
検査	10	2.1%
療養上の場面	245	52.6%
転倒・転落	202	43.3%
給食・栄養	5	1.1%
その他	38	8.2%
その他	16	3.4%
合計	466	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) 医療事故の代表的事例及び再発防止策(レベル3b)

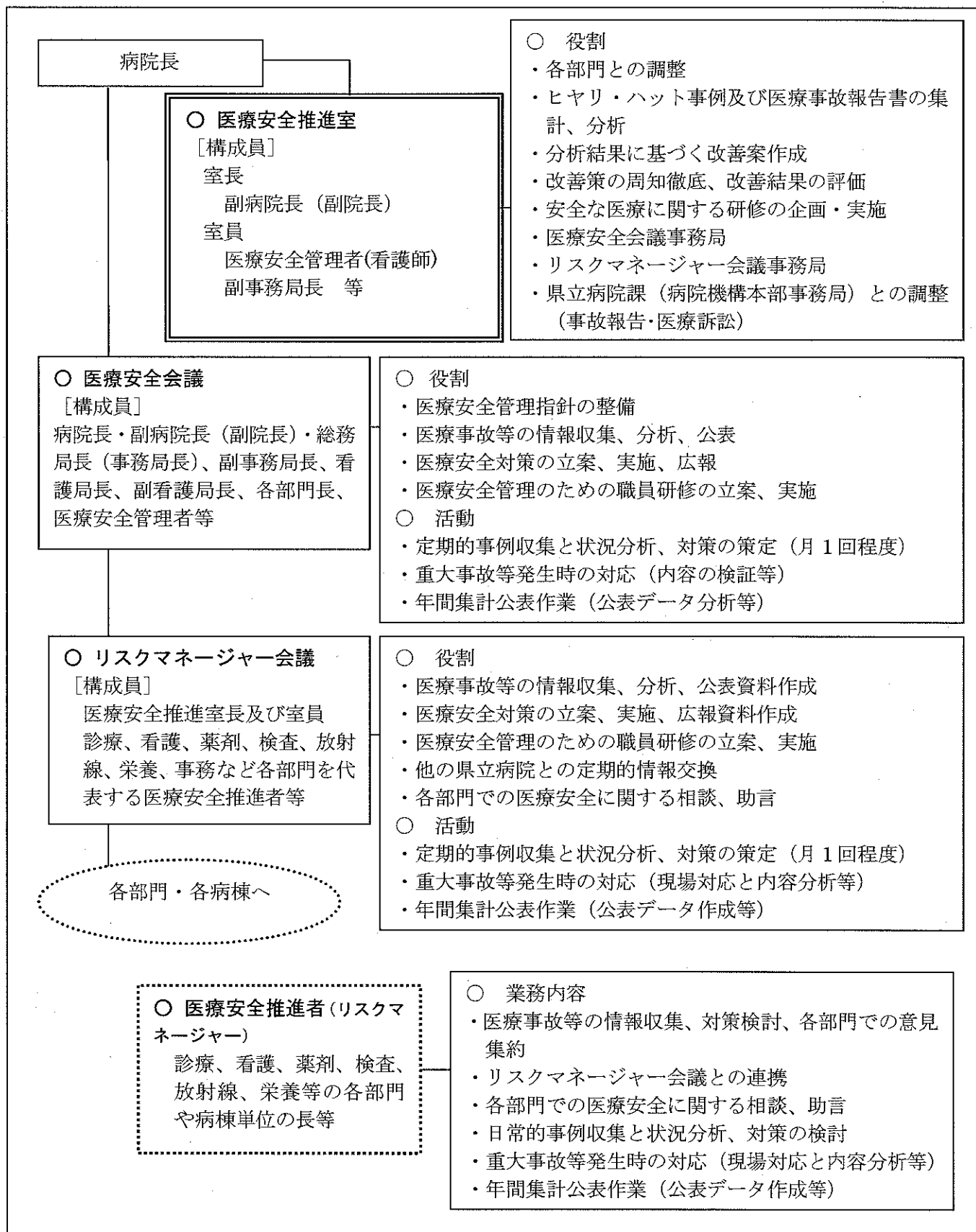
概要(上段は代表的事案、下段はその再発防止策)		
レベル 3b	1	介助が必要な患者が、移動時に転倒し、左大腿骨頸部骨折し手術のため転院した。
		【再発防止策】 移動時に介助が必要な患者は、患者・家族だけで立位や移乗動作等を行なうのは危険が伴うことから、必ず医療スタッフとともに行うことを病棟内で共有し、家族にも繰り返し説明した。

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	2,007人
こども医療センター	12回	6回	2,279人
精神医療センター芹香病院	12回	12回	951人
精神医療センターせりがや病院	11回	11回	195人
がんセンター	12回	12回	1,602人
循環器呼吸器病センター	18回	11回	1,195人
汐見台病院	11回	17回	715人
神奈川リハビリテーション病院	12回	12回	1,057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	1,609人
合 計	112回	105回	11,610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
	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（※2）の必要性が生じた場合
医療事故	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

- ① 事故発生場所（「神奈川県立〇〇病院」）
- ② 事故発生年月日
- ③ 患者の年代
- ④ 患者の性別
- ⑤ 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。）
- ⑥ 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

- ① 事故発生場所（「神奈川県立病院」のみ）
- ② 事故発生年月
- ③ 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
- ④ 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。