

国立病院機構における医療安全対策への取り組み

〔医療安全報告書〕

～令和3年度版～



独立行政法人
国立病院機構

National Hospital Organization

〔はじめに〕

国立病院機構は、厚生労働大臣が定める中期目標において、「安心・安全な医療を提供するため、地域の医療機関との連携や機構のネットワークの活用により、医療安全対策をより一層充実させ医療事故の防止に努める」「取組の成果について適切に情報発信すること」とされています。

昨今、医療が高度化・複雑化する一方、患者さんの医療に対する関心が益々高まる中で、医療提供体制、医療の複雑性・不確実性等について医療従事者と患者さんが共通認識を有し、目の前の疾病と立ち向かうことが求められています。そのためには、わかりやすく丁寧なインフォームドコンセントを実践し、医療従事者と患者さんとの信頼関係の構築に努めることが肝要であり、そうした地道な取り組みが医療安全の向上にも資するものと考えられます。

国立病院機構は、多様な特徴を持つ140の病院で構成されており、各病院で医療事故等が発生した際には、医療安全管理室を中心に医療安全管理委員会を開催することなどにより、発生した医療事故等の検証作業を行うとともに、検証結果を踏まえた再発防止策の検討・策定にも取り組んでいるところです。

また、各病院のこのような取り組みについては、発生した医療事故の概要とともに国立病院機構本部にも「医療事故報告書」として「医療安全情報システム」を通じて報告が行われています。さらに、国立病院機構本部を中心に、平成19年度から機構全体で取り組むべき医療安全対策について、基本方針を決定する常設の委員会として「独立行政法人国立病院機構中央医療安全管理委員会」を設置し、様々な重要な課題について取り組んでまいりました。

今般お示しする令和3年度版の医療安全報告書は、この1年間に上記のシステムを通じて各病院から報告された様々な医療事故を類型化し概観するとともに、それぞれの医療事故について、発生状況や背景・要因、それに対して取り組まれた再発防止策等を総括したものであり、併せて警鐘的に意義を有すると考えられる事案についても本報告書へ収載いたしました。

この報告書を公表することで、この1年間に発生した医療事故の概要や再発防止策、医療安全対策充実を目的とした取り組み内容等について、機構全体での情報共有とともに、今後の医療安全対策の一助として広くご活用いただければ幸いです。

なお、国立病院機構においては、緊急的に共有な必要な事例については警鐘的事例としてグループを通じて各病院に対し迅速に情報発信等をする体制としており、令和2年度は、多く発生している類似の医療事故をテーマとし、それらのデータを集計した上で、原因・分析を行い共有いたしました。令和3年度においては、「生

体情報モニターのアラーム対応不備が関係する医療事故について」及び「誤嚥、嚥下、窒息が関係する医療事故について」をテーマといたしました。

このテーマについては、一定期間ごとに継続的に取り上げ、これまでの取り組み成果を併せて検証するといったことなどを通じて、より一層の医療安全対策の充実を図っていきたいと考えております。

《 目 次 》

I 年度報告

1. 医療事故報告の状況・・・・・・・・・・・・・・・・ P 5
 - 1-1 医療事故報告の概要
 - 1-2 報告件数増加のための取組
 - 1-3 転倒・転落事故の発生傾向と減少への取組
 - 1-4 公表されている分析結果等
 - 1-5 医療事故調査・支援センターへの報告件数
 - 1-6 医療事故情報収集等事業への報告状況

2. 警鐘的事例・・・・・・・・・・・・・・・・ P 18
 - 2-1 令和3年度の警鐘的事例
 - ・生体情報モニターのアラーム対応不備が関係する医療事故について
 - ・誤嚥、嚥下、窒息が関係する医療事故について
 - 2-2 過去の警鐘的事例の分析

3. 院内感染報告の状況・・・・・・・・・・・・・・・・ P 23

4. 病院間における医療安全相互チェックについて・・・・・・・・ P 27

5. 医療安全対策に係る研修の実施状況・・・・・・・・ P 28
 - 5-1 研修実施状況（全体概要）
 - 5-2 各グループ別研修実施内容等

II 資 料

1. 「独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針」
の見直しについて（抄）・・・・・・・・・・・・・・・・ P 32
2. 「国立病院機構内院内感染報告制度の設置について」の一部改正
について（抄）・・・・・・・・・・・・・・・・ P 64
3. 令和3年度における病院間医療安全相互チェックについて・・・・ P 71

I 年度報告

1. 医療事故報告の状況

医療事故が発生した際の機構本部への報告は、「独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針」（以下「指針」という。）に基づき行われている。平成18年度に指針の見直しを行い、報告を要する医療事故の範囲は、「①誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、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、②誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、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（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）、③前2号に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例」に変更し、日本医療機能評価機構と同様としている。

また、各病院からの機構本部への医療事故報告は「医療安全情報システム」を利用しており、平成22年度には医療事故分類の見直しを実施し、全国のデータと比較できるよう日本医療機能評価機構のものと同一にするよう改修をおこなった（平成23年4月運用開始）。

令和3年度に各病院から機構本部に報告された医療事故件数は1,861件であった。過去3年の医療事故報告件数は、平成30年度が1,653件、令和元年度が1,735件、令和2年度が1,723件であった。

なお、医療法の改正により平成27年10月から医療事故調査制度が施行され「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医療事故」について医療事故調査・支援センターに報告することとなり、機構病院からは制度発足後から令和3年度までに104件（うち令和3年度は13件）の報告を行った。

1-1 医療事故報告の概要

令和3年度 年間報告件数累計：1,861件（対前年度+138件）

1. 昨年度と比較して増加・減少している主な事故内容

- (1) 治療、処置 : 380件（対前年度+69件）
 - 内訳 指示、管理、準備 : 60件（対前年度△5件）
 - 実施 : 320件（対前年度+74件）
- (2) 療養上の世話 : 1,230件（対前年度+59件）
 - 内訳 転倒・転落 : 733件（対前年度+6件）
 - 誤嚥・誤飲 : 56件（対前年度+29件）
 - 介助中の骨折（原因不明含む） : 327件（対前年度+31件）
 - 問題行動 : 21件（対前年度△13件）
 - その他 : 93件（対前年度+6件）

2. 昨年度と比較して増加・減少している病院種別

- (1) 一般病床中心 : 926件（対前年度+89件）
 - 内訳 500床以上 : 416件（対前年度+99件）
 - 350～499床 : 344件（対前年度+7件）
 - 349床以下 : 166件（対前年度△17件）
- (2) 一般病床以外 : 935件（対前年度+49件）
 - 内訳 障害中心 : 443件（対前年度+62件）
 - 精神中心 : 177件（対前年度△4件）
 - 複合（その他） : 315件（対前年度△9件）

3. 事故件数（患者年齢内訳）

- (1) 一番多い患者年代 : 80代 498件
- (2) 次に多い患者年代 : 70代 496件

4. 患者影響度レベル4及び5の年間件数

- (1) 影響度5 : 113件（対前年度+21件）
- (2) 影響度4 : 61件（対前年度△4件）

5. 事故件数（事故発生時間内訳）

- (1) 一番多い時間帯 : 10～11時台 297件
- (2) 次に多い時間帯 : 14～15時台 253件

1-1 医療事故報告の概要

(1) 医療事故別の発生状況

[事故分類別報告件数]

分 類		令和3年度		令和2年度		a-b		
		件数(a)	割合	件数(b)	割合			
1	薬剤	45	2.4%	45	2.6%	0		
	内訳	処方	14	0.8%	11	0.6%	3	
		調剤、製剤管理、与薬準備	0	0.0%	0	0.0%	0	
		与薬	31	1.7%	34	2.0%	△ 3	
2	輸血	2	0.1%	1	0.1%	1		
3	治療・処置	380	20.4%	311	18.0%	69		
	内訳	治療・処置の指示、管理、準備	60	3.2%	65	3.8%	△ 5	
		治療・処置の実施	320	17.2%	246	14.3%	74	
4	医療機器等	28	1.5%	33	1.9%	△ 5		
5	ドレーン・チューブ	127	6.8%	118	6.8%	9		
6	検査	35	1.9%	34	2.0%	1		
7	療養上の世話	1,230	66.1%	1,171	68.0%	59		
	内訳	療養上の世話の計画又は指示	0	0.0%	0	0.0%	0	
		療養上の世話の管理・準備・実施	1,230	66.1%	1,171	68.0%	59	
		内訳	転倒・転落	733	39.4%	727	42.2%	6
			誤嚥・誤飲	56	3.0%	27	1.6%	29
			介助中の骨折等（原因不明の骨折等を含む）	327	17.6%	296	17.2%	31
			問題行動（自殺企図等）	21	1.1%	34	2.0%	△ 13
その他	93		5.0%	87	5.0%	6		
8	その他	14	0.8%	10	0.6%	4		
合 計		1,861	100%	1,723	100%	138		

[病院類型別報告件数]

区 分		令和3年度		令和2年度		a-b
		件数(a)	割合	件数(b)	割合	
一般病床中心	500床以上	416	22.4%	317	18.4%	99
	350床～499床	344	18.5%	337	19.6%	7
	349床以下	166	8.9%	183	10.6%	△ 17
	計	926	49.8%	837	48.6%	89
上記以外	障害中心	443	23.8%	381	22.1%	62
	精神中心	177	9.5%	181	10.5%	△ 4
	複合（その他）	315	16.9%	324	18.8%	△ 9
	計	935	50.2%	886	51.4%	49
合 計		1,861	100.0%	1,723	100.0%	138

(2) 病院類型別・事故分類別報告(発生)状況

[病院類型別・事故概要分類別報告(発生)状況]

(単位:件)

区分	病院数	薬剤			輸血	治療・処置		医療機器等	ドレーン・チューブ	検査	療養上の世話						その他	3年度計	
		処方	調剤・製剤管理・与薬準備	与薬		指示・管理・準備	実施				計画・指示	管理・準備・実施							
												転倒・転落	誤嚥・誤飲	介助中の骨折等	自殺企図等	その他			
一般病床中心	500以上	12	8	0	8	0	26	102	7	45	4	0	154	10	19	4	24	5	416
	350~499	22	1	0	5	0	11	98	1	17	9	0	155	9	22	5	9	2	344
	349以下	13	1	0	7	2	3	43	5	3	2	0	72	4	13	1	9	1	166
	計	47	10	0	20	2	40	243	13	65	15	0	381	23	54	10	42	8	926
上記以外	障害中心	51	3	0	5	0	3	32	13	35	10	0	141	10	171	1	18	1	443
	精神中心	14	1	0	2	0	1	7	0	5	0	0	85	16	42	10	6	2	177
	複合(その他)	28	0	0	4	0	16	38	2	22	10	0	126	7	60	0	27	3	315
	計	93	4	0	11	0	20	77	15	62	20	0	352	33	273	11	51	6	935
合計	140	14	0	31	2	60	320	28	127	35	0	733	56	327	21	93	14	1,861	

[病院類型別・事故概要別・100床当たり報告(発生)状況] ※「(報告[発生]件数÷運営病床数)×100床」

区分	病床数	薬剤			輸血	治療・処置		医療機器等	ドレーン・チューブ	検査	療養上の世話						その他	3年度計	
		処方	調剤・製剤管理・与薬準備	与薬		指示・管理・準備	実施				計画・指示	管理・準備・実施							
												転倒・転落	誤嚥・誤飲	介助中の骨折等	自殺企図等	その他			
一般病床中心	500以上	7,310	0.11	0.00	0.11	0.00	0.36	1.40	0.10	0.62	0.05	0.00	2.11	0.14	0.26	0.05	0.33	0.07	5.69
	350~499	9,247	0.01	0.00	0.05	0.00	0.12	1.06	0.01	0.18	0.10	0.00	1.68	0.10	0.24	0.05	0.10	0.02	3.72
	349以下	3,508	0.03	0.00	0.20	0.06	0.09	1.23	0.14	0.09	0.06	0.00	2.05	0.11	0.37	0.03	0.26	0.03	4.73
	計	20,065	0.05	0.00	0.10	0.01	0.20	1.21	0.06	0.32	0.07	0.00	1.90	0.11	0.27	0.05	0.21	0.04	4.62
上記以外	障害中心	15,223	0.02	0.00	0.03	0.00	0.02	0.21	0.09	0.23	0.07	0.00	0.93	0.07	1.12	0.01	0.12	0.01	2.91
	精神中心	4,210	0.02	0.00	0.05	0.00	0.02	0.17	0.00	0.12	0.00	0.00	2.02	0.38	1.00	0.24	0.14	0.05	4.20
	複合(その他)	10,284	0.00	0.00	0.04	0.00	0.16	0.37	0.02	0.21	0.10	0.00	1.23	0.07	0.58	0.00	0.26	0.03	3.06
	計	29,717	0.01	0.00	0.04	0.00	0.07	0.26	0.05	0.21	0.07	0.00	1.18	0.11	0.92	0.04	0.17	0.02	3.15

(注)濃い網掛けは、事故概要毎に最も発生件数が多かった病院累計である。また、病床数は、運営病床数である。

(3) 患者年齢内訳

《全体》

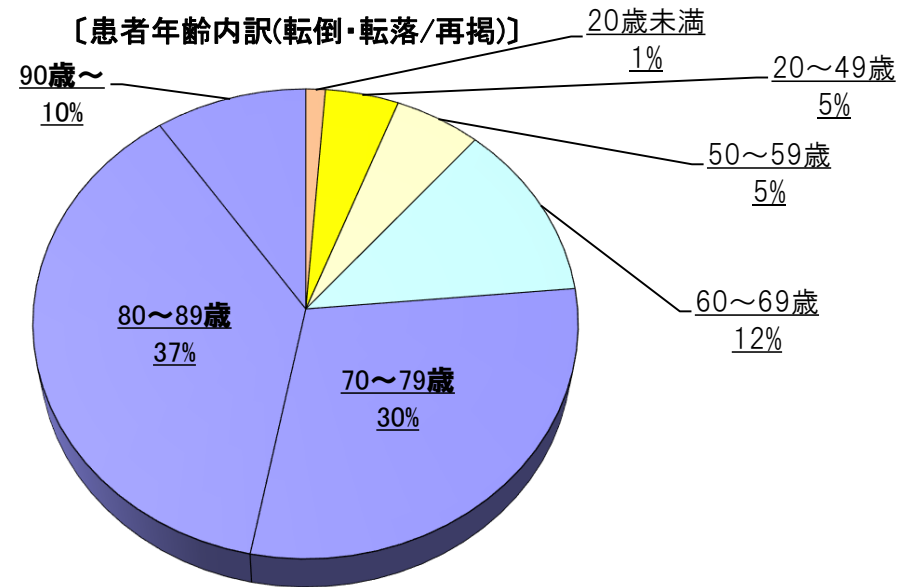
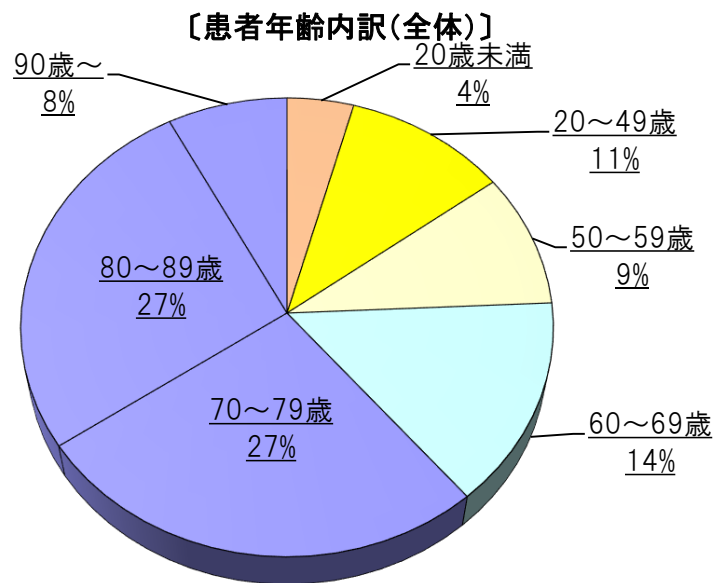
0～9歳	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90歳～	計
49	31	34	53	110	175	271	496	498	144	1,861
2.6%	1.7%	1.8%	2.8%	5.9%	9.4%	14.6%	26.7%	26.8%	7.7%	100.0%

※関与人数複数名：0件

《(再掲)転倒・転落》

0～9歳	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90歳～	計
8	1	3	10	21	40	90	216	274	70	733
1.1%	0.1%	0.4%	1.4%	2.9%	5.5%	12.3%	29.5%	37.4%	9.5%	100.0%

※関与人数複数名：0件



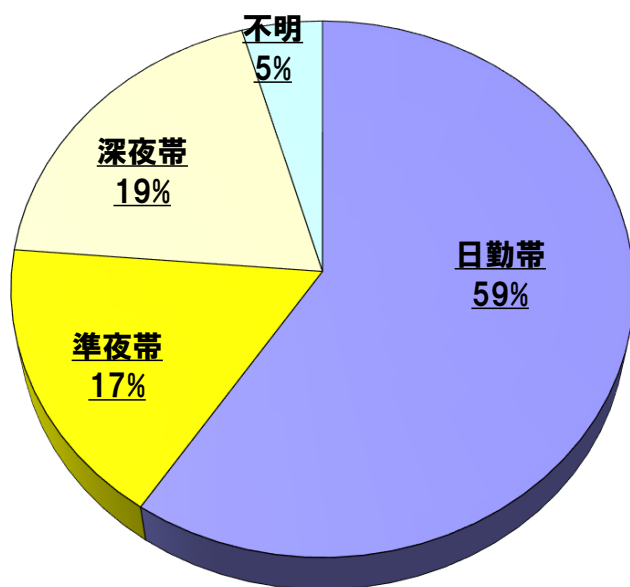
(4) 患者影響レベルによる整理

影響レベル	3a以下	3b	4	5	計
件数	41	1,646	61	113	1,861

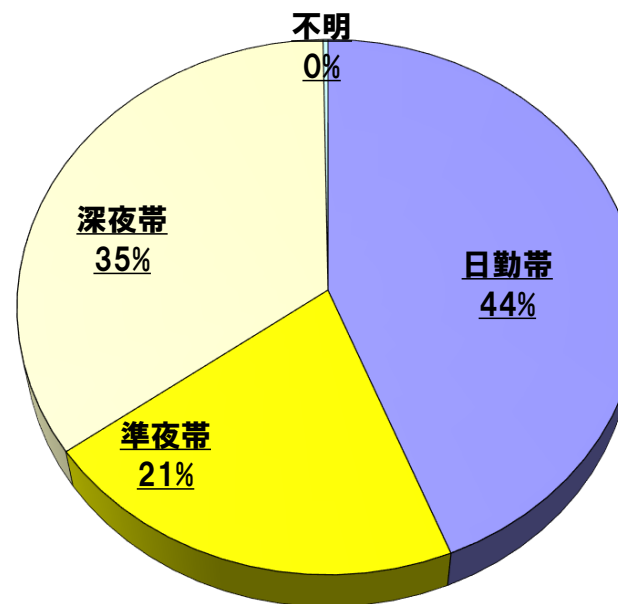
(5) 事故発生時間内訳

時間帯 (○時台～○時台)	深夜帯				日勤帯					準夜帯			不明	計
	0～1	2～3	4～5	6～7	8～9	10～11	12～13	14～15	16～17	18～19	20～21	22～23		
発生時間帯内訳	78	75	101	104	184	297	199	253	171	135	84	97	83	1,861
割合(%)	4.2%	4.0%	5.4%	5.6%	9.9%	16.0%	10.7%	13.6%	9.2%	7.3%	4.5%	5.2%	4.5%	100.0%
転倒・転落(再掲)	60	57	72	65	60	85	57	68	52	50	42	63	2	733
割合(%)	8.2%	7.8%	9.8%	8.9%	8.2%	11.6%	7.8%	9.3%	7.1%	6.8%	5.7%	8.6%	0.3%	100.0%

〔日勤・夜勤帯別発生状況(全体)〕



〔日勤・夜勤帯別発生状況(転倒・転落/再掲)〕



1-2 報告件数増加のための取組

医療事故を減少させるには、起こってしまった医療事故を適切に把握し、その原因を分析して再発防止を徹底していくことが必要。

発生した医療事故がしっかりと報告される体制の構築に向けて、各病院においては様々な取組みをされているが、今般、医療事故報告件数が大きく増加した病院における取組事例について取りまとめたので、自院において実践していない取組みがあれば、積極的な検討をお願いする。

○医療事故報告件数が大きく増えた病院の取組み例

(医師への働きかけにより報告件数が増加したケース)

- ・医師からのインシデント報告やオカレンス報告を増やすため、会議等で周知。
- ・医師から口頭で報告があった事例について、レポートでの報告を依頼。
- ・治療や処置の合併症かどうか検証を行い報告するよう運用を変更。
- ・術後に再手術となったケースを把握し、担当科のリスクマネージャーと主治医にアクシデントレポートを作成するよう依頼。
- ・合併症などの報告内容をリスクマネージャー会議にて共有。
- ・診療科ごとの報告件数などをグラフ化して提示。
- ・治療による合併症のうち、共有が必要だと思われる事例について医療安全管理委員会で検討し、事故報告を実施。
- ・医師個人の責任を問うものではない点を伝えたいうえで、オカレンス報告を行うよう指導を実施。

(その他の取組みにより報告件数が増加したケース)

- ・病棟ラウンド時に声掛けを行うなど、報告しやすい環境を構築。
- ・「合併症・偶発症に関する報告基準」を作成し、スタッフ全員へ周知。
- ・電子カルテに紐づけされたインシデント管理システムの導入により、インシデントレポートを記載しやすい環境を整備。

1-3 転倒・転落事故の発生傾向と減少への取組

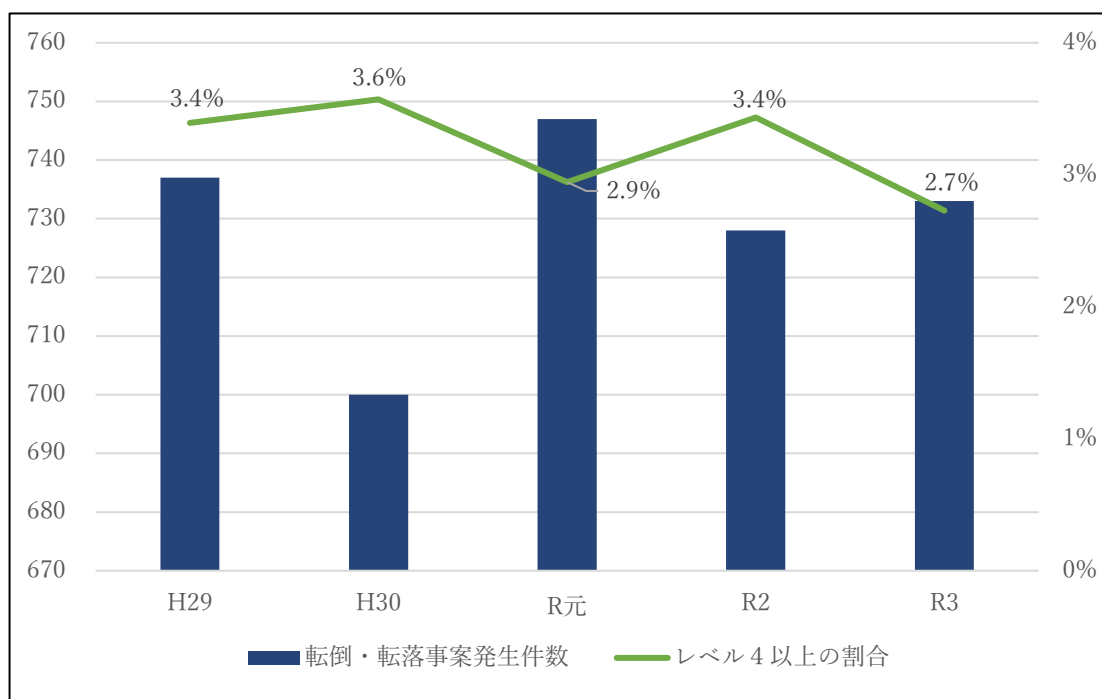
転倒・転落事故については、特に重大な医療事故に繋がりやすいことから、医療安全相互チェックの重点課題としても選定し、法人としてその対策に取り組んでいるところ。今般転倒・転落事案の発生件数と影響レベル4以上の割合の推移に関するNH0全体の傾向について取りまとめた。

また、レベル4以上の重大な転倒転落事例が減少した病院等の取組事例についても取りまとめたので、自院において実践していない取り組みがあれば、積極的な検討をお願いする。

※影響レベル4：行った医療又は管理により、生活に影響する重大な永続的障害が発生した可能性がある場合。

影響レベル5：行った医療又は管理が死因となった場合。

○転倒・転落事案の発生件数と影響レベル4以上の割合の推移



転倒・転落事案の発生件数について、直近5年間の発生件数の推移に一貫した傾向は見受けられないが、これは令和2年度及び令和3年度はコロナ禍の影響により入院患者の総数が減少している影響もあると考えられる。

なお、影響レベル4以上の割合については、平成30年度に最も高い水準となって以降概ね減少傾向となっている。

今後高齢化が進展していくことを踏まえれば、件数は増加傾向になることが想定されるため、万が一事故が起きてしまった際においても、患者さんが傷害を負わないような工夫を積極的に行うとともに、そもそも転倒・転落事案が発生しないよう、発生予防対策についても引き続き徹底していく必要がある。

○転倒・転落事案が減少した病院等の転倒・転落防止に関する取り組み例

- ・ 転倒・転落があった患者について、リハビリ科にも介入を依頼し動作指導やベッド周りの環境整備を実施。
- ・ 転倒・転落事故発生時、医療安全管理室が現場を確認し、センサーマットの使用や履物の変更などについて指示することで再度の転倒・転落を防止。
- ・ 認知症患者の転倒・転落リスクが高いため、認知症認定看護師との情報共有を実施。
- ・ 転倒・転落防止チームを作り、月に1度院内の各部門を計画的にラウンド。
 - ①転倒・転落ハイリスク患者の把握（特に転倒・転落の既往のある患者）、
 - ②アセスメントシートとカルテ記載の連動性と実施状況の確認、③患者のベッドサイド環境の確認などについて確認を行い、評価結果を各部署にフィードバック。各部署はその評価に対する改善策を立案し、最終的にリスクマネジメント部会で共有。
- ・ 鎮静剤使用後の転倒が多かったため、鎮静剤使用時に拮抗薬の使用を中止することや、センサーベッドを使用すること、ステーション近くの部屋に変更することなどを実施。

○転倒・転落事案が発生してしまった場合においても、傷害を軽減させるための取り組み例

- ・ 頭部を打撲した可能性が高い場合のCT撮影の原則化。
- ・ 医療安全管理室が現場を確認し、衝撃吸収マットの使用などについて指示することで転倒・転落時の傷害を防止。

1-4 公表されている分析結果等

医療安全対策においては、過去に発生した事例についても継続的に確認することが重要である。外部の法人が公表している医療事故に関する分析結果や事例報告について以下参考情報として一覧にまとめたので参考にされたい。

なお、これら外部の法人が公表している情報については、電子カルテのポータル画面から接続できるようにするなど、各病院の実情に合わせ、院内の各職種がいつでも閲覧できる環境を整備するよう対応をお願いする。

○ 一般社団法人 日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）において、「医療事故の再発防止に向けた提言」として以下の事項に関する分析結果が公表されている。

- 第1号 中心静脈穿刺合併症に係る死亡の分析
- 第2号 急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析
- 第3号 注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析
- 第4号 気管切開術後早期の気管切開チューブ逸脱・迷入に係る死亡事例の分析
- 第5号 腹腔鏡下胆嚢摘出術に係る死亡事例の分析
- 第6号 栄養剤投与目的に行われた胃管挿入に係る死亡事例の分析
- 第7号 一般・療養病棟における非侵襲的陽圧換気（NPPV）及び気管切開下陽圧換気（TPPV）に係る死亡事例の分析
- 第8号 救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析
- 第9号 入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析
- 第10号 大腸内視鏡検査等の前処置に係る死亡事例の分析
- 第11号 肝生検に係る死亡事例の分析
- 第12号 胸腔穿刺に係る死亡事例の分析
- 第13号 胃瘻造設・カテーテル交換に係る死亡事例の分析
- 第14号 カテーテルアブレーションに係る死亡事例の分析
- 第15号 薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析
- 第16号 頸部手術に起因した気道閉塞に係る死亡事例の分析

リンク先：医療事故の再発防止に向けた提言 | 一般社団法人 日本医療安全調査機構
https://www.medsafe.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=1

- 公益財団法人 日本医療機能評価機構において、「医療事故情報収集等事業」として医療安全情報が公表されている。

公表されている医療安全情報はおよそ190事例と多岐に渡るが、特に再発・類似事例の報告件数が多い事項として公表されている事案は以下の通り（医療安全情報の再発・類似事例（第50回報告書 別冊）に記載されている事項を抜粋）のため、医療安全担当者においては、院内において積極的に注意喚起等を行うようお願いする。

分類	番号	タイトル	提供年月	件数
薬剤	No.7	小児の輸液の血管外漏出	2007年6月	92
	No.57	P T Pシートの誤飲	2011年8月	97
	No.82	P T Pシートの誤飲（第2報）	2013年9月	
輸血	No.11	誤った患者への輸血	2007年10月	31
	No.110	誤った患者への輸血（第2報）	2016年1月	
治療・処置	No.8	手術部位の左右の取り違え	2007年7月	53
	No.50	手術部位の左右の取り違え（第2報）	2011年1月	
	No.47	抜歯部位の取り違え	2010年10月	81
医療機器等	No.48	酸素残量の未確認	2010年11月	17
ドレーン・チューブ	No.58	皮下用ポート及びカテーテルの断裂	2011年9月	69
	No.80	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷	2013年7月	69
検査	No.10	M R I 検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み	2007年9月	52
	No.94	M R I 検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（第2報）	2014年9月	
	No.63	画像診断報告書の確認不足	2012年2月	144
療養所の世話	No.46	清拭用タオルによる熱傷	2010年9月	20
その他	No.54	体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去	2011年5月	79

※（財）日本医療機能評価機構 HP 医療安全情報の再発・類似事例の報告件数（Excel）より2020年度までの報告件数を抜粋

また、上記とは別に直近の再発・類似事例として「中心静脈ラインの開放による空気塞栓症」、「小児への薬剤10倍量間違い」、「持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い」、「禁忌薬剤の投与」「胸腔ドレーンの大気への開放」といった内容についても分析結果が公表されているため、医療安全担当者においては、院内において積極的に注意喚起等を行うようお願いする。

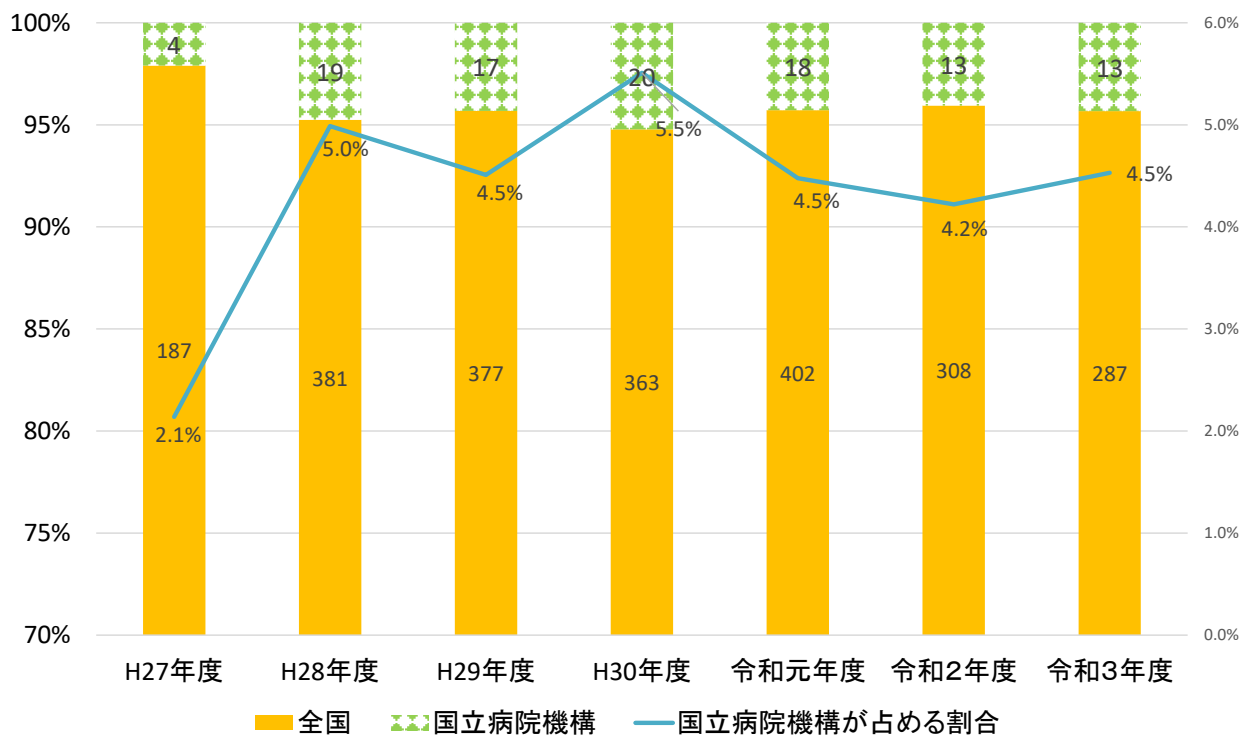
リンク先：公益財団法人日本医療機能評価機構 | 医療事故情報収集等事業：医療安全情報
<https://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>

1-5 医療事故調査・支援センターへの報告件数

全国の病院の報告件数に対し、国立病院機構の報告件数が占める割合はおよそ4%～5%程度を維持しており、一定の役割を果たしている。
各病院においては、医療事故調査・支援センターへの報告対象となる事案が発生した際には、引き続き報告を行うよう留意されたい。

	全国	国立病院機構	国立病院機構が占める割合
H27年度	187	4	2.1%
H28年度	381	19	5.0%
H29年度	377	17	4.5%
H30年度	363	20	5.5%
令和元年度	402	18	4.5%
令和2年度	308	13	4.2%
令和3年度	287	13	4.5%

医療事故調査・支援センターへの報告件数の推移



※全国については医療事故調査制度の現況報告（日本医療安全調査機構）より

※近年の報告件数の減少は、コロナ感染者数の影響が考えられるとのこと（医療事故調査・支援センター2021年 年報より）

1-6 医療事故情報収集等事業への報告状況

医療安全の推進により、報告義務対象医療機関全体の報告件数は増加傾向にある。
直近の報告実績において、報告件数全体の3分の1以上は国立病院機構からの報告が占めており、一定の役割を果たしていることから、引き続き確実な報告の実施をお願いする。

1) 機構病院における報告件数(平成16年10月～令和4年3月)

(単位:件)

区分	4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	計	国立病院機構が占める割合
平成16年度			51 (222)	71 (258)	122 (480)	25.5%
平成17年度	74 (308)	98 (273)	92 (275)	92 (330)	356 (1,186)	30.1%
平成18年度	79 (304)	158 (375)	129 (287)	108 (272)	474 (1,238)	38.3%
平成19年度	144 (309)	144 (303)	196 (383)	169 (286)	653 (1,281)	51%
平成20年度	128 (373)	212 (376)	219 (405)	263 (538)	822 (1,692)	48.6%
平成21年度	223 (408)	278 (507)	231 (442)	260 (514)	992 (1,871)	53.1%
平成22年度	246 (491)	269 (566)	260 (611)	282 (728)	1,057 (2,396)	44.2%
平成23年度	213 (630)	264 (624)	231 (501)	250 (570)	958 (2,325)	41.3%
平成24年度	261 (532)	334 (726)	309 (707)	295 (780)	1,199 (2,745)	43.7%
平成25年度	280 (661)	146 (468)	284 (799)	283 (702)	993 (2,630)	37.8%
平成26年度	293 (699)	302 (755)	318 (755)	377 (932)	1,290 (3,141)	41.1%
平成27年度	325 (771)	366 (846)	306 (825)	427 (865)	1,424 (3,307)	43.1%
平成28年度	301 (813)	319 (866)	356 (884)	390 (852)	1,366 (3,415)	40%
平成29年度	349 (890)	369 (873)	401 (983)	371 (963)	1,490 (3,709)	40.2%
平成30年度	283 (947)	323 (1,093)	375 (1,027)	368 (1,033)	1,349 (4,100)	33%
令和元年度	321 (1,004)	363 (946)	347 (1,066)	389 (1,107)	1,420 (4,123)	34.5%
令和2年度	325 (952)	421 (1,094)	379 (1,168)	370 (1,097)	1,495 (4,311)	34.7%
令和3年度	354 (1,065)	380 (1,058)	392 (1,454)	467 (1,348)	1,593 (4,925)	32.4%
合計					19,053 (48,875)	39.1%

注()は報告義務対象医療機関全体の報告数である。

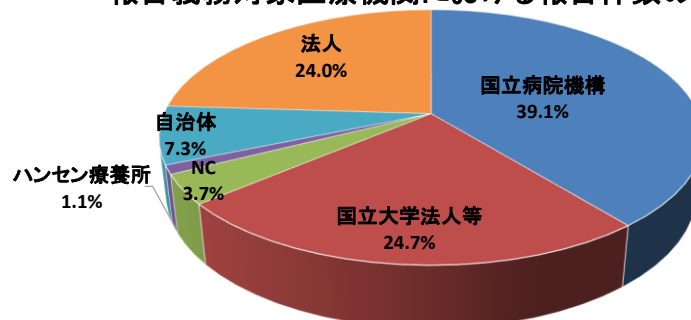
2) 報告義務対象医療機関別の報告件数(平成16年10月～令和4年3月)

(単位:件)

区分	国立病院機構: 140病院	国立大学法人等: 46病院	国立高度専門医療センター: 8病院	ハンセン療養所: 13病院	自治体立: 12病院	法人: 55病院	合計: 274病院
報告件数	19,134 (39.1%)	12,057 (24.7%)	1,822 (3.7%)	547 (1.1%)	3,581 (7.3%)	11,734 (24.0%)	48,875

注()は報告義務対象医療機関全体に対する割合である。

報告義務対象医療機関における報告件数の割合



※(財)日本医療機能評価機構公表の報告書より

2. 警鐘的事例

2-1 令和3年度の警鐘的事例

各病院から機構本部に報告された医療事故報告の中から、機構本部医療部における「医療事故全体会議」において特徴的な事例や重要と考えられる事例について選定し、警鐘的事例として背景・要因や再発防止策とともにグループを通して全病院に対し伝達を行っている。

今般、令和3年度の警鐘的事例として「生体情報モニターのアラーム対応不備が関係する医療事故について」及び「誤嚥、嚥下、窒息が関係する医療事故について」をテーマとしたので、同様の医療事故が繰り返されないよう、自院における医療安全対策と比較検討し、改善し得る部分は積極的に対応いただきたい。

○令和3年度の警鐘的事例

生体情報モニターのアラーム対応不備が関係する医療事故について

- ▶ アラーム対応不備の防止に向けて取り組んでいただきたいこと（抜粋）
 - ・ 必要なアラームが聞こえるようにする
 - ・ 不必要なアラームが鳴らない体制を構築する
 - ・ アラーム対応を行う責任者を明確化する

誤嚥、嚥下、窒息が関係する医療事故について

- ▶ 誤嚥事故防止に向けて取り組んでいただきたいこと（抜粋）
 - ・ 嚥下機能の観察、情報収集
 - ・ スクリーニングシートによるリスク判定
 - ・ 患者に合った食事形態・介助方法の選択
 - ・ 日々の状態変化を把握し、嚥下機能を評価する
 - ・ 専門家を交えたカンファレンスを実施し、結果は多職種で共有する
 - ・ 異物摂取の可能性を評価し、環境を整える
 - ・ 誤嚥時に即時対応できる環境づくり

(参考)

「生体情報モニターのアラームに関連する医療事故防止について」〈抜粋〉

出典：公益財団法人日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会検査・処置・手術安全部会 提言
(平成27年3月26日)

○テクニカルアラームの減少

- ・新品のディスプレイの心電図電極やSPO2センサーを患者に適切に装着させ、リード線の配置を工夫することが必要。
- ・患者が病棟から移動或いは退床する時のモニター操作手順を整備するとともに、新品電池へ交換する基準を策定して電池交換を迅速に行うことも必要。

○アラーム設定情報の共有

- ・一律なアラーム設定を避け、各患者の病態に対応するように測定項目のアラーム設定（上限と下限）を調節し、医師、看護師、臨床工学技士等がその情報を共有するよう努める。
- ・アラームが鳴ったときは患者の観察を怠らず、患者に異常がない場合には、モニターの装着状況を確認し、アラーム設定の見直しなども検討することが必要。

○多職種の積極的な関与

- ・アラームが付いている医療機器のリストを作成し、各医療機器のアラームのデフォルト設定を明らかにし、医療機器が正常に作動するように定期的に保守・点検する。
- ・医師、看護師、臨床工学技士等は、病棟の療養環境の中でアラーム音が聴取できるかどうかを評価し、患者の配置等にも配慮する。

○モニターアラームに関する研修の実施

- ・患者管理に直接関わる医療者に対しては、アラーム管理の座学教育ばかりだけではなく、実際に生体情報モニターを用いた多職種による安全教育を現場で行うことが望ましい。

(参考)

「食事に関連する「誤嚥」の医療事故」で紹介された改善策について〈抜粋〉

出典：公益財団法人日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業第26回報告書(平成23年4月～6月)

情報収集、情報共有に関すること

- ・患者、家族、看護サマリーや紹介状を活用し患者の入院前の食事摂取の状況把握を徹底し、慎重に食事内容を選択する。
- ・看護師交替時は、観察した内容を情報共有し継続看護を行う。
- ・言語聴覚士と共にプログラムの嚥下機能評価を行い、患者、家族、主治医、病棟スタッフ、指導室、言語聴覚士、栄養士と共にカンファレンスを行っていく。

評価に関すること

- ・嚥下障害患者に対し、摂食嚥下状況チェックシートを用いて観察、評価し、看護計画に盛り込む。
- ・覚醒状況、認知機能、嚥下機能の評価（水のみテスト、反復唾液嚥下テストなど）により、嚥下の能力についてより注意深く評価する。
- ・高齢者や嚥下機能に問題が疑われる患者については、言語聴覚士や医師との連携のもとに判断する。

説明に関すること

・誤嚥の可能性がある患者の場合、家族にもその危険性、予防法や食事介助時の注意点とともに、持ち込み食品についての説明や、差し入れを持ってきた際は看護師へ伝えることを説明し、協力を得る。

環境に関すること

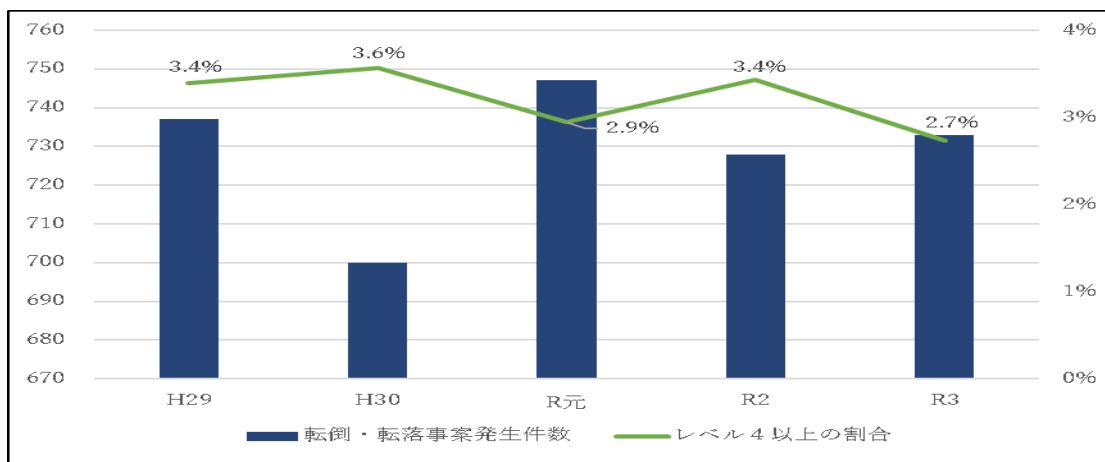
- ・嚥下障害がある患者の食事形態変更の際は、常時食事が見守れる環境を設定する。
- ・個室の場合も、できる限りデイルームで食事をするなどの見守りが容易な環境下で摂取する。
- ・吸引器の点検は各食前にリーダーが実施し、壁の吸引器の他、ポータブル吸引器の設置場所をステーション横に変更する。
- ・食堂に吸引器を設置し、ストレッチャーをすぐに取り出せる位置に置いておく。

2-2 過去の警鐘的事例の分析

国立病院機構においては、これまでも医療事故に関する警鐘的事例の注意喚起等を病院長会議などの機会を利用して毎年行っており、医療安全対策においては、過去に紹介したテーマについても継続的に確認することが重要である。

今般、過去に警鐘的事例として注意喚起した事項のうち、転倒転落事故の発生件数や影響レベルについて分析を行った。

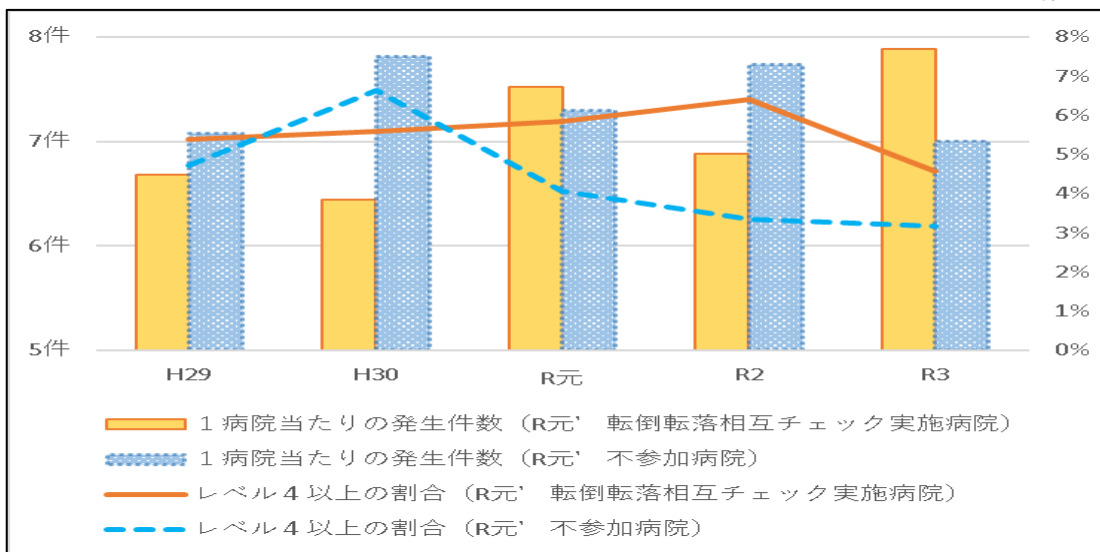
①（再掲）転倒・転落事案の発生件数と影響レベル4以上の割合の推移



①の表は国立病院機構全体の転倒・転落事案の発生件数と影響レベル4以上の割合の推移を示した表（再掲）である。

②の表は、①の表の中から一般病床中心の52病院を抜粋したものであり、国立病院機構が実施する相互チェックにおいて、令和元年度に転倒転落について個別に検討を行った病院（25病院）とそれ以外の病院（27病院）の状況について比較した表である。

②転倒・転落事案の1病院当たりの発生件数と影響レベル4以上の割合の推移



⇒ 年度毎に増減はあるものの、相互チェックに参加した病院と不参加の病院どちらの属性の病院においても、令和3年度のレベル4以上の事故の発生割合は、平成29年度比で減少傾向にあり、国立病院機構として転倒・転落事案に積極的に取り組んでいる効果が出ているものと考えている。

なお、転倒転落に関する相互チェックを実施した病院については、1病院当たりの事故発生件数が増加傾向（6.7件（H29）→7.9件（R3））にあるが、不参加病院は横ばいの傾向（7.1件（H29）→7.0件（R3））である。これは、相互チェックに参加することにより、転倒転落に意識的に取り組んだ病院は、院内の報告体制が強化されたのではないかと推測される。

国立病院機構の医療安全の質の向上と均てん化を図るため、各病院においては、報告体制の強化に取り組んでいただくようお願いする。

加えて、各病院においては、万が一事故が起きてしまった際に患者さんが受ける影響を小さくする傷害予防の取組と、そもそも転倒・転落事案が発生しないようにする発生予防の取組を実施いただくようお願いする。

なお、以下は相互チェックのチェックシート（重症心身障害版）の転倒・転落部分を抜粋したものであるが、下線部分は一般急性期中心の病院からセーフティネット分野の病院まで、病院の種別に関わらず原則実施すべき内容であるため、改めて自院の状況を確認され、改善すべき点は改善いただくようお願いする。

12 転倒・転落	
チェックの視点：転倒・転落のリスク評価が行われ、結果に基づく防止対策が実践されていることを評価する。	
129	<u>アセスメントシートを活用し、分析した結果に基づき看護計画を立案している。</u>
130	<u>環境の変化、患者の病状やADLが変化した際には、再アセスメントと看護計画の見直しを行っている。</u>
131	<u>病室、ベッドの種類、位置、柵など、使用前に安全性を点検している。（ベッドの高さ、柵の位置、車いすのブレーキ・エア、固定ベルト等）</u>
132	患者専用の車いすの使用方法について、多職種で情報共有している。
133	多職種で患者に応じた保護具（保護防止・骨折防止プロテクター・肘あて等）を検討し、装着している。
134	<u>ベッドサイドで不要となった点滴スタンド、車椅子、ポータブル便器などは速やかに片付け、ベッド周辺の医療器具、コード類は整理している。</u>
135	入浴の介助手順に転倒・転落防止の視点が入っている。
136	<u>病室、廊下等の水こぼれ等の有無を確認し対処している。</u>
137	<u>転倒・転落が起こった場合には、初期対応マニュアルに沿って患者対応を行っている。</u>

（参考：直近の警鐘的事例（事項のみ列挙））

○令和2年度警鐘的事例

- ・入院外来区分別の転倒転落事故件数及び事故に係る患者のリスクの判定状況
- ・レントゲン撮影における左右間違い
- ・人工呼吸器が関係する医療事故及びヒヤリハット事例の報告状況

○令和元年度警鐘的事例

- ・侵襲的行為を行う際の左右の取り違え

3. 院内感染報告の状況

中期計画の「安心・安全な医療の提供」において、「院内感染対策の標準化などに取り組む」とされており、標準化に資する取り組みを行っている。

○各病院における取組

- ① 院内感染対策のための指針の策定
- ② 指針に基づき、院内感染対策委員会を組織し、院内感染発生時の対応や発生状況の報告に関する基本方針を策定するとともに、PDCAサイクルにより基本方針の見直しの実施
- ③ 指針に基づく職員研修の実施等

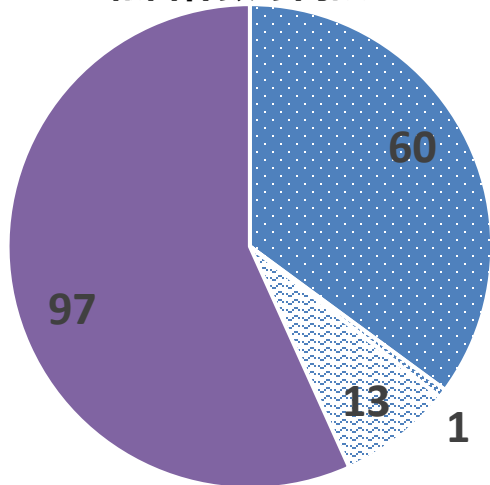
○本部における取組

- ① 医療安全相互チェックのチェック項目に院内感染対策を盛り込み、対策の向上を推進
- ② チェック項目の内容については、院内感染対策専門委員会に諮り毎年必要な見直しを実施
- ③ 平成27年度から院内感染報告制度を実施
- ④ 平成29年度から院内感染報告制度を見直し、院内感染の終息報告を実施

令和3年度院内感染報告件数の概要（1）

報告件数の内訳

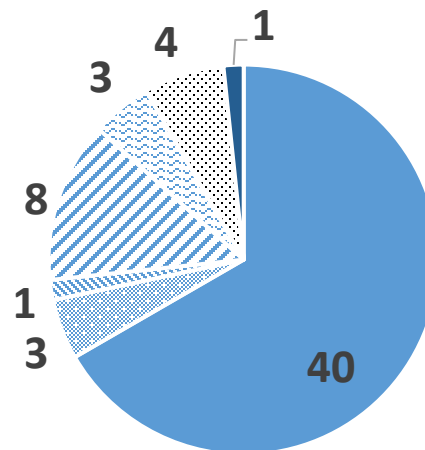
N = 171



- 薬剤耐性菌
- ▨ 季節性のある感染症
- ▩ その他（コロナ除く）
- その他（コロナ）

薬剤耐性菌の内訳

N = 60

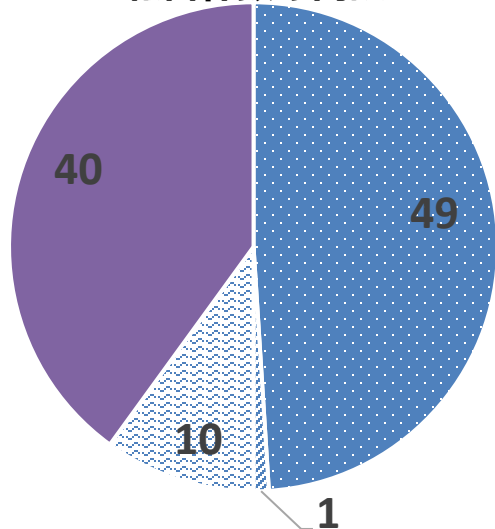


- カルバペネム耐性腸内細菌科細菌
- ▨ 薬剤耐性緑膿菌
- ▩ 2剤耐性緑膿菌
- ▨ バンコマイシン耐性腸球菌
- ▩ 基質特異性拡張型βラクタマーゼ
- ▩ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌
- 薬剤耐性アシネトバクター

(参考：令和2年度)

報告件数の内訳

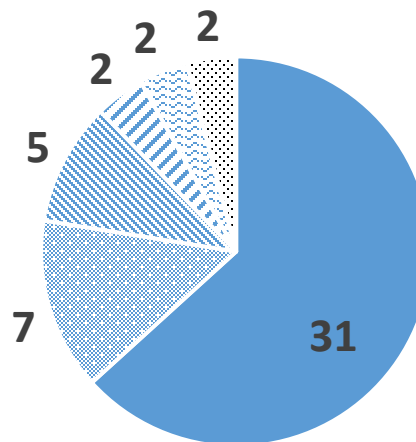
N = 100



- 薬剤耐性菌
- ▨ 季節性のある感染症
- ▩ その他（コロナ除く）
- その他（コロナ）

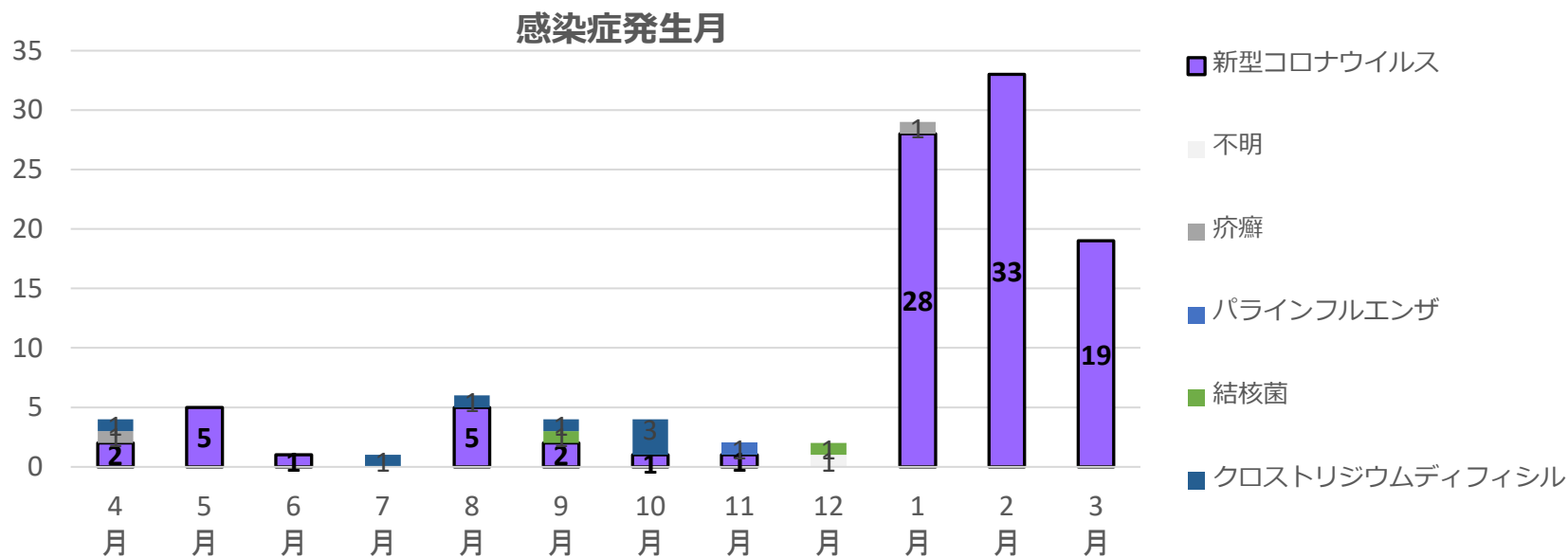
薬剤耐性菌の内訳

N = 49

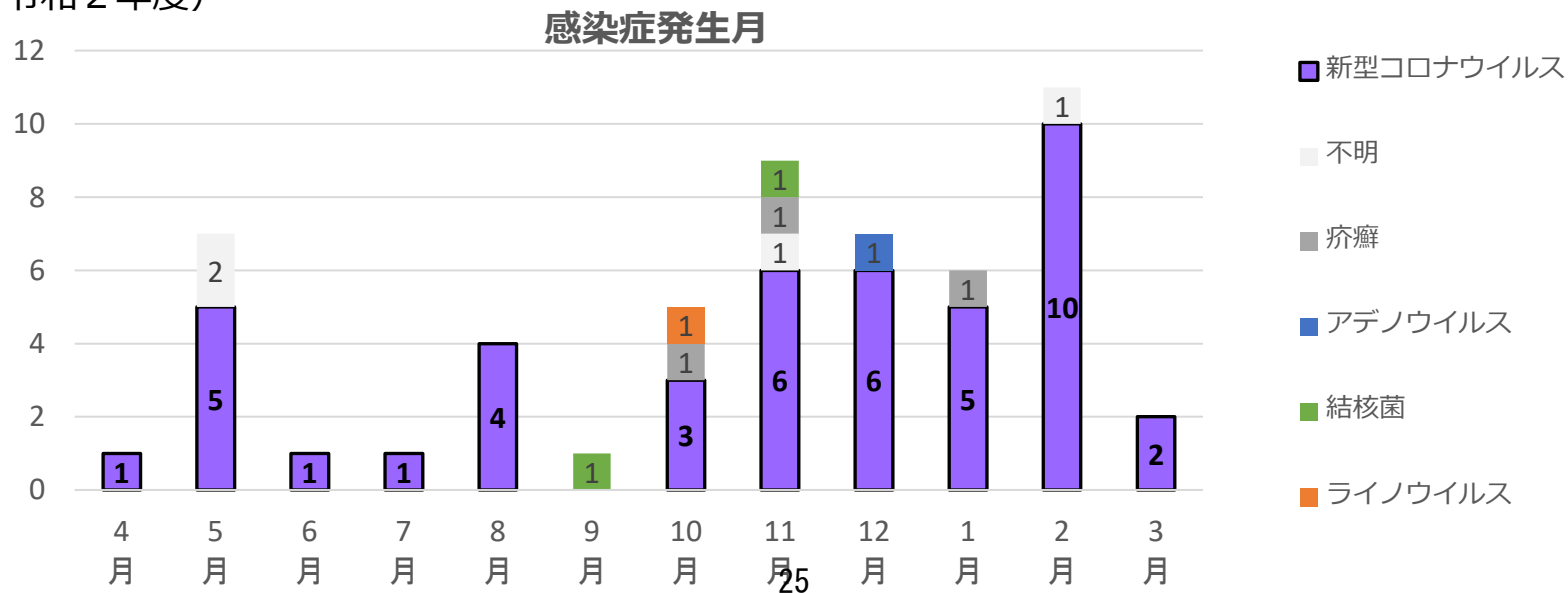


- カルバペネム耐性腸内細菌科細菌
- ▨ 薬剤耐性緑膿菌
- ▩ バンコマイシン耐性腸球菌
- ▨ 基質特異性拡張型βラクタマーゼ
- ▩ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌
- ▩ 薬剤耐性アシネトバクター

令和3年度院内感染報告件数の概要（2）



（参考：令和2年度）



○特に留意するポイント（「国立病院機構内院内感染報告制度における2021年度データについて」より）

【感染対策担当者への早期報告について】

感染症の発生が疑われた際に**早期に感染対策担当者への報告がされず、対応の遅れによる感染拡大**を招いた事例があったことから、**早期報告・早期対応の徹底**をお願いします。

【標準予防策の遵守について】

手指衛生、個人防護具、環境整備などの標準予防策が十分に行えていないことが感染原因の一つとして確認された事例が多かったことから、引き続き、**標準予防策の徹底及び研修等を実施**するようお願いする。

（参考）国立病院機構COVID-19研修特設サイト内掲載事例 <https://infection.hosp.go.jp/>

提示場所	タイトル	概要
研修動画	重症心身障害児(者)病棟における感染対策	手指衛生や個人防護具に関する内容等
感染対策動画	NHO仙台西多賀病院	手指衛生の方法やその効果に関する内容等
新着情報	”コロナ禍”に考える生活・療育支援のカスタマイズ	日中の活動の継続に関する取り組み等

【新型コロナウイルス感染症対策について】

今年度の院内感染報告書を分析したところ、以下の**感染経路からの感染拡大の事例**が確認されたため、各病院においては**それぞれのケースに関する対策**をお願いします。

<感染経路>

（1）医療的ケアや患者特性によるもの<感染拡大に特に注意が必要なハイリスク患者>

- 医療ケアニーズの高い患者（喀痰吸引、人工呼吸器管理）
- マスクの着用が困難な患者

（2）日常的な感染対策が不十分であったもの

- PPEの着脱不備
- 軽微な体調不良のあった職員が勤務を継続
- 濃厚接触に該当しない軽微な接触からの感染

▶COVID-19の感染経路としては少ないとされる**接触感染**が推定される報告が複数あったため、**接触感染への対策が必要**

（3）環境によるもの

- 休憩室など職場環境の換気が不十分

（4）その他

- ワクチン接種後の発熱や花粉症と混同された症状によって判断が遅れたことによる感染

4. 病院間における医療安全相互チェックについて

国立病院機構における医療安全対策の標準化を図ることを目的として、国立病院機構第2期中期計画において、「各病院の医療安全対策の現状について評価を実施し、医療安全対策の質の均一化を図り、もって医療安全対策の質の向上を図る」という方針を掲げ、平成21年6月から病院間での医療安全相互チェックを実施する体制の構築を進め、平成25年度から本格的に実施した。

さらに、国立病院機構第3期中期計画でも、「病院間における医療安全体制の拡充等を通じて、医療安全対策の一層の充実を図る」という方針を掲げ、引き続き取り組みを推進するとともに、同機能病院において医療安全相互チェックを実施した。

令和元年度はセーフティネット分野の病院において、「重症心身障害」「神経筋難病」「精神科医療」に特化したチェックシートにより、今後3年間1巡で実施することとし、セーフティネット分野以外の病院については、「転倒・転落防止策の実施状況の評価」を単年度の課題として実施した。

令和2年度においては、新型コロナウイルス感染対応及び感染拡大防止の観点から実施を見送った。

一方で、各病院に対し自己評価の実施を促し、令和元年度の実施時に使用した「重症心身障害」「神経筋難病」「精神科医療」のチェックシートをリバイスした。また、令和元年度に実施した「転倒・転落防止策」に加え、新たに「食事中の窒息予防」「急性肺血栓塞栓症予防」「ハイリスク薬の取扱い（持参薬の取扱いを含む）」の3つのシートを作成した。

令和3年度については、感染状況が落ち着く時期が見込めないことから、令和元年度までの実地による相互チェックではなく、「オンラインによるテーマを絞ったディスカッション」にて実施した。

なお、医療安全相互チェックシートは、前年度行った医療安全相互チェックの実施結果などから、変更すべき事項などを洗い出し、必要に応じ毎年度チェック項目の見直しを行っている。

令和3年度時点の最新のチェックシートは以下の通りであり、本報告書の「Ⅱ-3. 令和3年度における病院間医療安全相互チェックについて」に掲載しているため、業務の参考にされたい。

- ・セーフティネット分野版
 - 「重症心身障害 Ver. 2」
 - 「神経筋難病 Ver. 2」
 - 「精神科医療 Ver. 2」
- ・重点課題版
 - 「転倒・転落防止策」
 - 「食事中の窒息予防」
 - 「急性肺血栓塞栓症予防」
 - 「ハイリスク薬の取扱い（持参薬の取扱いを含む）」

5. 医療安全対策に係る研修の実施状況

国立病院機構では、発足当初（16年度）から各病院の医療安全管理者等を対象とした研修を、各グループで開催している。

令和3年度においては、計10回の研修が開催されており、参加職員は研修で得た知見を各病院に持ち帰り、安心・安全な医療の提供のために活かしている。

なお、令和2年度においては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、実施を見送ったケースが多かったが、令和3年度はTV会議システム等を利用しオンラインにて実施することで、令和元年度以前の水準にはまだ満たないものの、一定程度の参加者を確保することができた。

5-1 研修実施状況（全体概要）

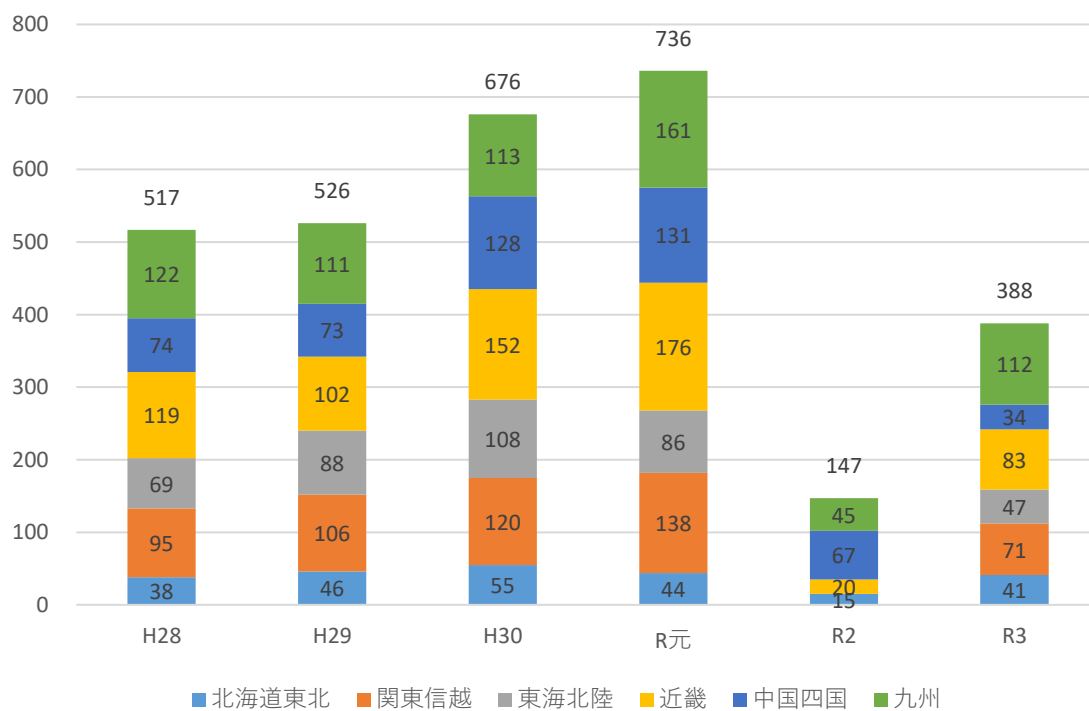
医療安全研修の参加者数について、令和元年度までは右肩上がりに増加していたが、令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により関東信越グループ及び東海北陸グループが実施を見送ったことなどにより、参加者数は大幅に減少した。

令和3年度については、令和元年度以前の件数には及ばないものの、全グループにて研修を実施する体制に戻った。

【令和3年度 医療安全研修の実施状況】

- ①研修参加人数・・・388名
- ②参加者の職種・・・各研修の目的に応じて医療安全対策に携わっている医師、看護師、コメディカル全般、事務職員等

グループ開催の医療安全研修の参加者数



5-2 各グループ研修実施内容等

北海道東北グループ主催

（医療安全対策研修Ⅰ）

日 程：令和3年8月30日～9月1日、9月27日～9月29日

人 数：26名

(医療安全対策研修Ⅱ)

日 程:令和3年11月15日～11月17日

人 数:15名

関東信越グループ主催

(医療安全対策研修Ⅰ・Ⅱ)

日 程:令和3年6月8日～6月10日、令和3年8月18日～8月20日

人 数:57名

(医療安全対策研修Ⅱ)

日 程:令和3年8月18日～8月20日

人 数:14名

東海北陸グループ主催

(医療安全対策研修Ⅰ)

日 程:令和3年11月17日～11月19日、令和3年12月7日～12月9日

人 数:47名

近畿グループ主催

(医療安全対策研修Ⅰ)

日 程:令和3年9月14日～16日、令和3年11月9日～11日

人 数:41名

(医療安全対策研修Ⅱ)

日 程:令和3年6月1日、令和3年11月2日

人 数:42名

中国四国グループ主催

(医療安全対策研修Ⅰ)

日 程:令和3年7月14日～7月16日、9月8日～9月10日

人 数:34名

九州グループ主催

(医療安全対策研修Ⅰ)

日 程:令和3年10月11日～10月13日、12月13日～12月15日

人 数:50名

(医療安全対策研修Ⅱ)

日 程:令和3年12月20日～12月21日

人 数:62名