



福島医発第1797号(地)
平成28年 9月20日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

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平成27年年報の公表について

標記の件につきまして、今般、公益財団法人日本医療機能評価機構より、平成27年に公表した報告書を取りまとめた医療事故情報収集等事業の平成27年年報が公表された旨、厚生労働省医政局総務課並びに医薬・生活衛生局安全対策課より福岡県保健医療介護部を通じて別紙のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただきますとともに、貴会会員への周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本年報は下記の同機構のホームページに掲載されておりますことを申し添えます。

記

医療事故情報収集等事業平成27年年報の URL
URL : http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2015.pdf

小郡三井医師会より

医療安全管理担当理事 吉武靖博
会長 白石恒明

日医発第 670 号（法安 80）

平成 28 年 9 月 12 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会

会長 横倉 義武

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平成 27 年年報の送付について

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

今般、公益財団法人日本医療機能評価機構より医療事故情報収集等事業平成 27 年年報が公表された旨、厚生労働省医政局総務課長並びに医薬・生活衛生局安全対策課長より本会宛連絡がありました。

つきましては当該報告書を一部お送り申し上げます。

なお、本報告書は下記の同機構ホームページからダウンロードできますことを申し添えます。

記

医療事故情報収集等事業平成 27 年年報の URL
http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2015.pdf

以上



医政総発 0831 第 2 号
薬生安発 0831 第 2 号
平成 28 年 8 月 31 日

公益社団法人日本医師会長 殿

厚生労働省医政局総務課長
(公 印 省 略)

厚生労働省医薬・生活衛生局安全対策課長
(公 印 省 略)

医療事故情報収集等事業平成 27 年年報の公表について

医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

医療事故情報収集等事業につきましては、平成 16 年 10 月から、医療機関から報告された医療事故情報等を収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的として実施しているところです。

今般、公益財団法人日本医療機能評価機構より、平成 27 年に公表した報告書を取りまとめた医療事故情報収集等事業平成 27 年年報が公表されましたので、お知らせいたします。

貴職におかれましては、本年報の内容を御確認の上、本年報の公表について貴会会員に対する周知をお願いいたします。

なお、本年報につきましては、別途、公益財団法人日本医療機能評価機構から各都道府県知事、各保健所設置市長及び各特別区長宛に送付されており、同機構のホームページ(<http://www.med-safe.jp/>)にも掲載されていますことを申し添えます。

医療事故情報収集等事業 平成27年 年報

2016年8月29日



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

医療事故防止事業部

本事業の内容（報告書、事例等）は、以下のホームページから閲覧・検索いただけます。

（公財）日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業トップページ：<http://www.med-safe.jp/>

○ 報告書・年報：<http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>

○ 医療安全情報：<http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>

○ 公開データ検索：<http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action>

目次

はじめに	1
医療事故情報収集等事業について ～平成 27 年年報の内容を中心に～	3
I 医療事故情報収集等事業の概要	43
1 経緯	44
【1】ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の経緯	44
【2】医療事故情報収集・分析・提供事業の経緯	44
【3】本財団における事業の経緯	45
2 医療事故情報収集・分析・提供事業の概要	46
【1】事業の目的	46
【2】医療事故情報の収集	46
【3】医療事故情報の分析・提供	47
3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の概要	48
【1】事業の目的	48
【2】ヒヤリ・ハット事例の収集	48
【3】ヒヤリ・ハット事例の分析・提供	50
4 医療事故情報収集等事業の運営体制	51
【1】運営委員会	51
【2】専門家部門	51
【3】医療事故防止事業部	51
【4】分析・提供体制	51
II 報告の現況	53
1 医療事故情報収集等事業の現況	54
2 医療事故情報収集・分析・提供事業	55
【1】登録医療機関	55
【2】報告件数	57
【3】参加登録医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）	61
3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業	79
【1】登録医療機関	79
【2】発生件数情報の報告件数	81
【3】事例情報の報告件数	86
【4】事例情報の報告の内容	90

Ⅲ 医療事故情報等分析の現況 109

1 概況	110
【1】分析対象とする情報	110
【2】分析体制	110
【3】会議開催状況	110
【4】専門分析班の開催状況	111
【5】研修会の開催状況	112
【6】アンケート調査結果	112
【7】医療事故情報に対する追加情報の収集	113
2 個別のテーマの検討状況	143
【1】分析対象とするテーマの選定状況	143
【2】「個別のテーマの検討状況」で取り上げたテーマ	144
3 再発・類似事例の発生状況	157
【1】概況	157
【2】「再発・類似事例の発生状況」で取り上げた内容	163

Ⅳ 医療安全情報の提供 171

1 医療安全情報の概要	172
【1】目的	172
【2】対象医療機関	172
【3】提供の方法	172
【4】提供の内容	172

資料 197

資料1 研修会報告	198
資料2 アンケート調査結果	201
資料3 医療事故防止事業部 運営委員会名簿	206
資料4 医療事故情報収集等事業 総合評価部会名簿	207
資料5 医療事故情報収集等事業 専門分析班名簿	208

はじめに

公益財団法人日本医療機能評価機構

理事長 河北 博文

公益財団法人日本医療機能評価機構は、国民の医療に対する信頼の確保および医療の質の向上を図るため、医療機関の第三者評価を行い、医療機関が質の高い医療サービスを提供していくための支援を行うことを目的として、病院機能評価をはじめとする様々な取り組みを行っております。今日、医療に求められるものはますます高度化、多様化してきていることから、国民に対して医療提供に関する正しい情報を提供することや、良質な医療提供を推進し確保していくことが益々重要な課題となっているものと認識しております。また、そのような我が国の状況の中で、本財団の果たすべき役割は大きいものと考えております。

医療事故防止事業部では、2004年度より医療事故防止と医療安全の推進を目的として医療事故情報やヒヤリ・ハット事例収集などを行う医療事故情報収集等事業を実施しており、収集した医療事故等の情報やその集計、分析の結果を報告書として取りまとめ、医療従事者、国民、行政機関等広く社会に対し定期的な報告書や年報として公表し、またファックスにより月に1回程度、医療安全情報として提供しております。医療安全情報は、2015年年末には第109号を提供いたしました。平素より本事業において医療事故情報やヒヤリ・ハット事例等の情報を提供していただき、ご協力いただいております医療機関の皆様や、関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

この度は、過去に公表した報告書の内容を基本として作成した、平成27年年報を公表いたします。医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の1年分の集計の他、現地状況確認調査の概要、個別テーマの分析や共有すべき医療事故情報の概要、研修会の開催概要や資料など医療安全の推進に役立つ多くの情報を掲載しておりますので、医療現場でご活用いただき、また、一般の方々もわが国の医療安全の取り組みの現状について理解を深めていただくことにお役立ていただければ幸いに存じます。

これまでも報告書に対し医療事故の件数や内容に関するお問い合わせや報道など多くの反響があり、医療安全の推進や医療事故防止に関する社会的関心が依然として高いことを実感しております。今後とも皆様にとって有用な情報提供となるよう報告書の内容の一層の充実に努めてまいりたいと考えておりますので、ご指導の程お願い申し上げます。

さらに本財団としては、我が国の医療水準の向上のために、病院機能評価事業などの様々な事業を通じて国民の医療に対する信頼の確保と医療の質の向上に尽力してまいりたいと考えておりますので、今後ともご理解とご協力を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

医療事故情報収集等事業について ～平成27年年報の内容を中心に～

公益財団法人日本医療機能評価機構

執行理事 後 信

医療事故防止事業部長 坂口 美佐

1. はじめに

平素より本事業の運営にご理解とご協力をいただき、深く感謝申し上げます。

2015年3月に開催された本財団の理事会において承認された事業計画に基づき、2015年度も、医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例の収集・分析・提供と医療安全に関する研修等を事業の柱として運営いたしました。2015年末には事業参加医療機関は1,426施設となり、1年間に3,654件のご報告をいただきました。また、報告内容の充実等の質的な向上も図る必要があることから、研修会を開催するほか、文書による事例の問い合わせや医療機関のご協力を得て行う現地状況確認調査を実施しました。今後も、報告しやすい環境の整備や成果の還元により、一層多くの医療機関に参加していただき、ご報告いただけるよう努めてまいります。様々な診療科で発生する死亡事例・非死亡事例の医療事故やヒヤリ・ハット事例を分析し、それらの事例が発生した根本的な原因を把握し、医療界が共通に取り組む課題として提示してまいりたいと思っておりますので、引き続きご理解とご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

さて、このたびは2015年1月から12月までにご報告いただいた医療事故情報とヒヤリ・ハット事例をとりまとめた平成27年年報を公表いたします。本年報では、1年間の集計結果や報告書で取り上げたテーマの概要の他に、現地状況確認調査の内容なども紹介しています。安全管理を担当される方を中心に、それぞれの医療機関の実情に即した有用な部分を院内で周知していただければ幸いに存じます。

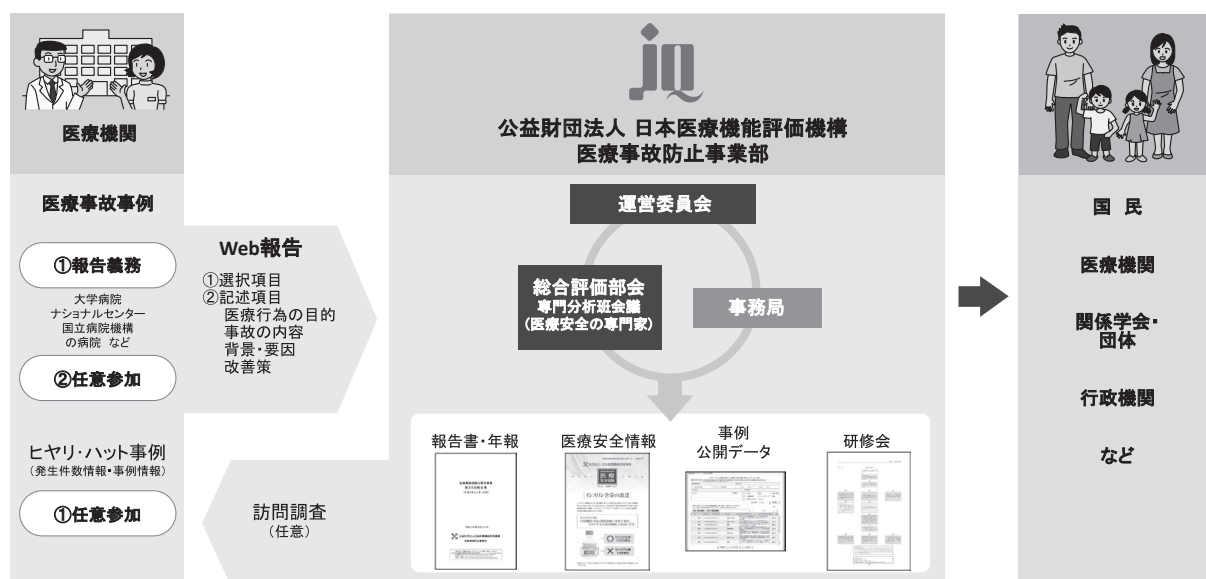
また、医療を受ける立場でこの年報や本事業のホームページをご覧の皆様におかれましては、医療事故やヒヤリ・ハット事例の種類や内容、そして医療機関や医療界が再発防止に向けて取り組んでいる現状を、ご理解いただければ幸いに存じます。

さらに、この機会に、医療事故情報収集等事業や関連する事業の現況についても、以下にご紹介いたします。

2. 2015年の事業概要

2015年2月に開催された本事業の運営委員会において、2015年度の事業計画が承認されました。従来どおり、医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例の収集・分析と情報提供、研修会の開催などがその内容となっています。

図1 事業内容



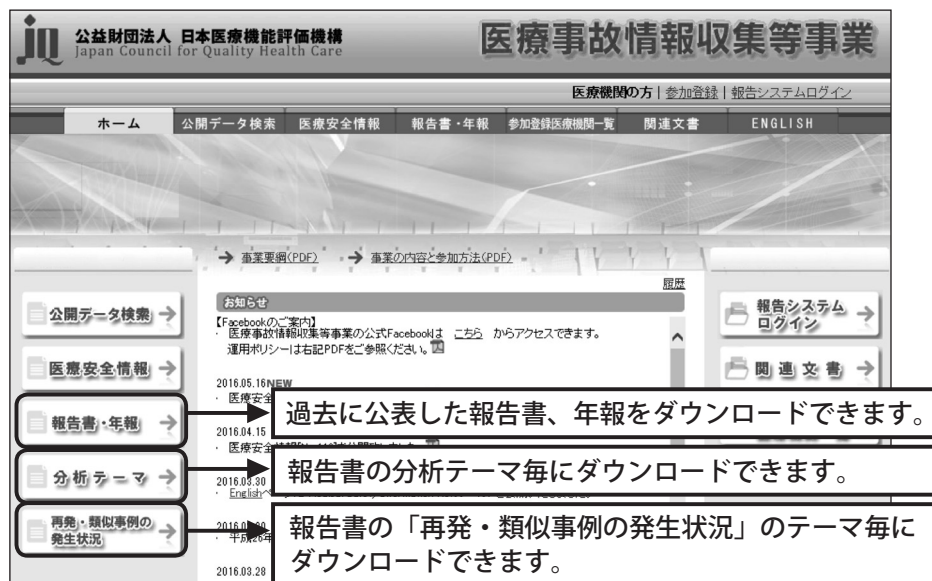
3. 平成27年年報について

1) 年報の構成について

本事業は、1年間の集計結果や公表した報告書の内容をまとめて掲載した年報を2006年から毎年作成、公表しています。最初の年報である平成17年年報は200頁程度の内容で、前年の報告件数等の集計結果と、前年の報告書に掲載した個別のテーマの分析内容をとりまとめて掲載しました。年報には、報告書の「個別のテーマの検討状況」や「再発・類似事例の発生状況」に掲載した1年分の分析内容を全文掲載し、「医療事故情報に対する追加情報の収集（現地状況確認調査）」の内容を詳細に記載するなど、内容の充実を図ってまいりました。その結果、平成25年年報、平成26年年報は約600頁の冊子となり、前年の集計結果や分析内容を網羅している一方で、情報量がきわめて多いため、医療の現場で忙しく業務に従事している皆様に目を通していただくのは容易ではなくなってきたように思います。

そこで、この平成27年年報では、報告書の「個別のテーマの検討状況」と「再発・類似事例の発生状況」に掲載した分析内容については概要を掲載することにして、よりコンパクトで閲覧していただきやすい形にまとめることにいたしました。1年間の報告書で取り上げた各テーマについては、本年報の「Ⅲ 医療事故情報等分析の現況」の中の「2 個別のテーマの検討状況」（148～160頁）および「3 再発・類似事例の発生状況」（161～174頁）で、代表的な図表とともに概要をご紹介します。詳細な内容につきましては、それぞれの掲載報告書をご参照いただければ幸いに存じます。本事業のホームページ（図2）から、報告書や分析テーマ毎にPDFファイルをダウンロードしていただくことができますので、ぜひご活用ください。

図2 本事業のホームページ



2) 事業参加医療機関数について

2015年末には、本事業に参加している医療機関数は1,426施設となりました。事業参加医療機関数の内訳を示す図表は第23回報告書から掲載しており、本年報にも2015年12月末の参加数を掲載しています（54頁）。図表では、医療事故情報を報告している医療機関数、ヒヤリ・ハット事例を報告している医療機関数、重複を除いた事業参加医療機関数などをお示ししています。また、この図表の内容は本事業の参加状況を示す基本的な内容であることから、ホームページの「参加登録医療機関一覧」（<http://www.med-safe.jp/contents/register/index.html>）において「参加登録申請医療機関の登録状況」として随時情報を更新しています。

3) 報告件数について

医療事故情報は、2015年の1年間に、報告義務対象医療機関から3,374件、参加登録申請医療機関、つまり任意で参加していただいている医療機関から280件、合計3,654件のご報告をいただきました（表1）。報告件数は、2014年の件数を超えて、事業開始以来最も多くなりました。これは、従来から申し上げてきている通り、2004年10月の報告受付開始後10年以上を経て、医療事故を報告することが着実に定着してきたことによるものと考えております。医療を取り巻く環境が厳しくなっているという指摘がなされる中で、医療機関の皆様のご協力に心より感謝申し上げます。今後も、本報告書中の「I-2【1】-（2）医療事故情報として報告していただく情報」に掲載している報告範囲（46～47頁）を再度ご確認くださいまして、該当事例を全国の医療安全の推進のためにご報告いただければ幸いに存じます。

ヒヤリ・ハット事例は、2010年1月から発生件数情報と事例情報という2つの情報に分けて、発生件数情報は全ての参加医療機関から、事例情報は参加医療機関のうち報告を希望する医療機関から報告していただく方法になっています。発生件数情報は231,981病床（2015年末現在）から784,190件（83頁）、事例情報は211,802病床（2015年末現在）から30,271事例（89頁）のご報告をいただきました。発生件数情報の導入により、以前よりもヒヤリ・ハット事例の発生と病床数との関係が正確に把握できることを期待しています。

ご報告いただく事業参加医療機関にとって、報告範囲に該当する事例の発生を把握すること、事実を確認して整理すること、そしてその内容をまとめて報告することは、決して容易なことではないと考えております。しかし、本事業に参加し、質の高い報告を継続的に行うことで、事実を把握する能力や報告する能力が高まることや、医療機関というひとつの組織として医療安全を重視した方針を決定するための有用な資料とできることなど、多くのことが期待できます。また、医療事故調査制度が2015年10月に開始され、医療機関にとって、これまで以上に事実経過の把握、背景・要因の分析、根本原因の追究に基づく改善策の立案といった能力が求められるものと考えます。本事業へのご参加とご報告は、医療機関の医療安全推進だけでなく、日本の医療安全の底上げにつながるものと考えられますので、何卒よろしくお願いいたします。

表1 医療事故の報告件数

年		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
報告件数	報告義務	1,114	1,296	1,266	1,440	1,895	2,182	2,483	2,535	2,708	2,911	3,374
	任意参加	151	155	179	123	169	521	316	347	341	283	280
	合計	1,265	1,451	1,445	1,563	2,064	2,703	2,799	2,882	3,049	3,194	3,654
医療機関数	報告義務	272	273	273	272	273	272	273	273	274	275	275
	任意参加	283	300	285	272	427	578	609	653	691	718	743
	合計	555	573	558	544	700	850	882	926	965	993	1,018

4) 任意参加医療機関からの報告件数

任意参加の医療機関から報告される医療事故の件数については、報告義務の課せられている医療機関に比べ随分少ない現状が事業開始後長く続いたあと、2010年は521件と、それまでの約3倍程度に増加しました。しかし、2011年以降の報告件数は300件前後になり、2014年も283件にとどまり、2015年も280件となっています。一方で、任意参加の医療機関数が718施設（2014年末）から743施設（2015年末）に増加していることは、本事業へのご協力の意思のあらわれと考えられ、大変ありがたく思っております。そして、「参加」していただいた後は、該当事例を「報告」していただくことが重要です。報告件数をみると、私どもの取り組みを含めてこの「報告」の段階の取り組みがまだ不十分であると考えられます。任意参加であっても、本事業のような有害事象報告制度が多くのご報告を得て活用され、維持されることは医療界だけでなく社会にとって有意義な事と考えていますので、今後も参加および報告の願いを続けてまいりたいと考えています。同時に、任意で参加していただいている医療機関のご協力をよろしくお願い申し上げます。

任意参加の医療機関からの報告件数が、報告義務対象医療機関からの報告件数よりも随分少ないことは、報告に対する意識の違いを示しているとも考えられ、本事業の運営委員会でも指摘されているところです。本事業として講演の機会をいただいた際には、この点についてご説明し、出席者の皆様にご協力をお願いしています。同時に、医療事故情報を外部報告することについて、医療機関や医療界の中で十分な動機が成熟してこそ、件数だけでなく質の高い内容の報告がなされるという考え方も併せてご説明しています。つまり、報告件数が少ないことを問題視するあまり、国がいたずらに報告義務を拡大したり、罰則を課したりする方法で達成されるものではないと考えています。

また、2015年10月に医療事故調査制度が開始された中で、本事業も必要な役割を果たしていくことが重要であると考えています。医療安全の推進のための有害事象の報告や学習のシステムである本事業の意義について、一層ご理解が広がるよう努めてまいります。

医療事故報告件数は、医療界が医療安全に積極的に取り組んでいる姿勢が評価されるひとつの目安になると思われます。報告義務が課せられている医療機関と任意で参加されている医療機関の間に報告件数の大きな差があることは、必ずしも日常の診療現場の医療安全の努力の実態を反映していないのではないかと考えられます。任意で参加されている医療機関の皆様におかれましては、報告範囲に該当する事例の適切なご報告に引き続きご協力くださいますようお願いいたします。

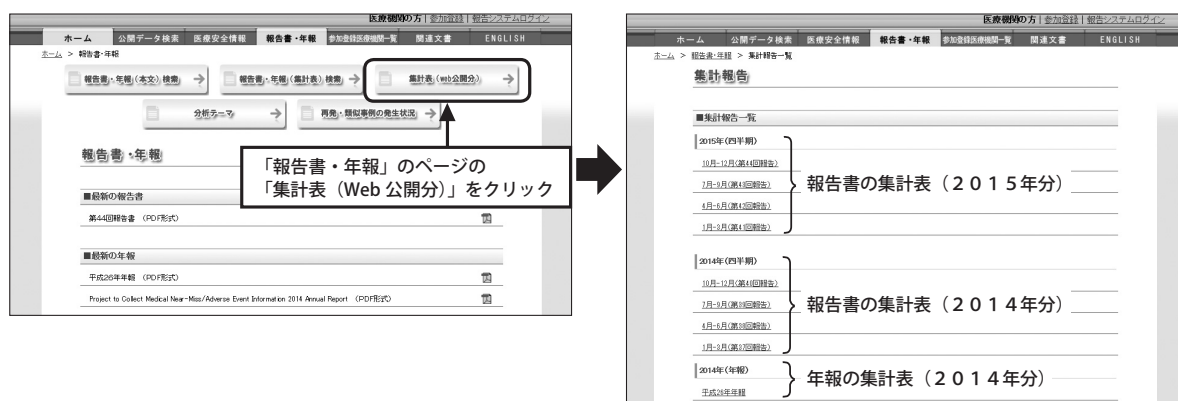
5) 報告の現況

本年報では、「Ⅱ 報告の現況」の中に「参加登録医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）」を掲載し、報告義務対象医療機関からの医療事故情報報告と参加登録申請医療機関からの医療事故情報報告を合わせた集計を行っています（61～80頁）。先述したように、参加登録申請医療機関からの報告件数が少ないため、四半期ごとの報告書にはこの集計は掲載しておらず、年報にのみ掲載しているものです。

掲載している多くの図表の数値は、毎年大きな変化は見られない傾向にあります。しかしながら、変化がある場合もない場合も、医療事故やヒヤリ・ハットの現状を社会に継続的に示し、医療の透明性を高めることに寄与していくことも本事業の役割と考えています。

なお、本年報は内容を簡潔にまとめているため、以前の年報に掲載していた「報告義務対象医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）」および「報告義務対象医療機関からの報告の内容（発生月に基づいた集計）」は掲載しておりませんが、ホームページからご覧いただくことができます。本年報に掲載していない図表は、ホームページの「集計表（Web公開分）」（<http://www.med-safe.jp/contents/report/html/StatisticsMenu.html>）に掲載していますので、ご参照ください。

図3 集計表のページ



6) 個別のテーマ分析（143～156頁）

個別のテーマ分析では、前方視的分析（前向き分析）と後方視的分析（後向き分析）の2種類の方法を行っています。2015年には、表2に示すように、合わせて9つのテーマを取り上げて分析を行いました。

前方視的分析は、テーマを設定した後、それに該当するヒヤリ・ハット事例を継続して収集しながら医療事故情報と総合的に分析を行う方法で、一年ごとに新しいテーマを取り上げて情報提供を行っています。2015年は「インスリンに関連した医療事故」を取り上げ、一年間にわたり分析を行いました。

後方視的分析は、各報告書の分析対象期間に報告された重要な事例からテーマを選定し、同種の実例を過去に遡って取り上げ、事例の内容や背景・要因、医療機関から報告された改善策などを掲載するとともに、関連する国内外の医療安全に関する情報も適宜紹介しながら、テーマ分析としてまとめています。

本年報では、2015年に取り上げた個別のテーマ分析の概要を「Ⅲ 医療事故情報等分析の現況」の中の「2 個別のテーマの検討状況 【2】個別テーマで取り上げた内容」（144～156頁）に掲載しています。各報告書では、具体事例や報告件数、背景・要因の分析、再発防止のための改善策のまとめなどを紹介していますので、詳細につきましては第41回～第44回報告書をご参照ください。また、本事業のホームページでは、分析テーマごとに閲覧・ダウンロードができますので、ご活用ください。

表2 分析テーマ一覧

分析テーマ	掲載報告書
① 1年間にわたり事例を収集して分析を行ったテーマ（前方視的分析）	
インスリンに関連した医療事故	第41回～第44回
② 報告書の対象期間に発生した事例をもとに分析を行ったテーマ（後方視的分析）	
【1】手術中の砕石位に関連した事例	第41回
【2】院内での自殺及び自殺企図に関する事例	第41回
【3】与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例	第42回
【4】パニック値の緊急連絡に関連した事例	第42回
【5】座位による中心静脈カテーテルの処置に関連した事例	第43回
【6】胃管の誤挿入に関連した事例	第43回
【7】観血的医療行為前に休薬する薬剤に関連した事例	第44回
【8】気管切開時の電気メス使用による引火に関連した事例	第44回

7) 再発・類似事例の発生状況（157～170頁）

報告書や医療安全情報で取り上げた事例は、一度情報提供しても、実際には引き続き類似事例が報告されている現実があり、フォローアップが必要と考えています。そこで、第18回報告書から、「再発・類似事例の発生状況」という項目を設けて分析を行っています。この分析では、以前に提供した情報の中から再び報告があった事例をいくつか取り上げ、それぞれのテーマについて、情報提供後の再発・類似事例の発生件数の推移を示し、医療機関から報告された事例の内容や具体的な改善策などを紹介しています。

本年報では、これまでに「共有すべき医療事故情報」や「個別のテーマの検討状況」、「医療安全情報」で提供した情報の、2015年に報告された再発・類似事例件数の一覧表を158～162頁に掲載しています。これらの再発・類似事例のうち、報告件数が多かった内容を表3、4に示します。

表3 2015年に報告された再発・類似事例のうち報告件数が多かったもの
(共有すべき医療事故情報、個別のテーマの検討状況)

内容	掲載情報	件数
体内にガーゼが残存した事例	第14回報告書 「共有すべき医療事故情報」	25
熱傷に関する事例（療養上の世話以外）	第9回報告書 「共有すべき医療事故情報」	24
施設管理の事例	第11回報告書 「共有すべき医療事故情報」	20
ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例	第13回報告書 「共有すべき医療事故情報」	20
凝固機能の管理にワーファリンカリウムを使用していた患者の 梗塞及び出血の事例	第20回報告書 「個別のテーマの検討状況」	19
画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例	第26回報告書 「個別のテーマの検討状況」	18
ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例	第11回報告書 「共有すべき医療事故情報」	15
病理検体に関連した事例	第15回報告書 「共有すべき医療事故情報」	15
「療養上の世話」において熱傷をきたした事例	第5回報告書 「共有すべき医療事故情報」	13
歯科診療の際の部位間違いに関連した事例	第12回報告書 「共有すべき医療事故情報」	12
院内での自殺及び自殺企図に関する事例	第41回報告書 「個別のテーマの検討状況」	12

表４ ２０１５年に報告された再発・類似事例のうち報告件数が多かったもの（医療安全情報）

内容	掲載情報	件数
体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去	No. 5 4	1 2
抜歯部位の取り違い	No. 4 7	1 1
P T Pシートの誤飲	No. 5 7	1 1
P T Pシートの誤飲（第２報）	No. 8 2	
画像診断報告書の確認不足	No. 6 3	1 1
膀胱留置カテーテルによる尿道損傷	No. 8 0	1 0
注射器に準備された薬剤の取り違い	No. 1 5	8
移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去	No. 8 5	7
小児の輸液の血管外漏出	No. 7	5
手術部位の左右の取り違い	No. 8	5
手術部位の左右の取り違い（第２報）	No. 5 0	
アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与	No. 3 0	5
病理診断報告書の確認忘れ	No. 7 1	5

次に、２０１５年に「再発・類似事例の発生状況」で取り上げたテーマを表５に示します。本年報では、それぞれのテーマの概要を「Ⅲ 医療事故情報等分析の現況」の中の「３ 再発・類似事例の発生状況【２】再発・類似事例の発生状況で取り上げた内容」（１６７～１７４頁）に掲載しています。各報告書では、報告件数の推移や事例、背景・要因の分析、再発防止のための改善策のまとめ、事例に関し他団体から提供された注意喚起の情報などを紹介していますので、詳細につきましては第４１回～第４４回報告書をご参照ください。また、本事業のホームページでは、再発・類似事例のテーマごとに閲覧・ダウンロードができますので、ご活用ください。

表５ 再発・類似事例の発生状況で取り上げた内容

内容	掲載報告書
【１】「抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制」 「抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制」（第２報）	医療安全情報 No. 2 医療安全情報 No. 4 5 第４１回
【２】「小児への薬剤１０倍量間違い」	医療安全情報 No. 2 9 第４１回
【３】「禁忌薬剤の投与」	医療安全情報 No. 8 6 第４１回
【４】「人工呼吸器の回路接続間違い」	医療安全情報 No. 2 4 第４２回
【５】「患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認」	医療安全情報 No. 6 2 第４２回
【６】「Ｂ型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ」	医療安全情報 No. 4 9 第４３回
【７】「体内にガーゼが残存した事例」	第１４回報告書 「共有すべき医療事故情報」 第４３回
【８】「併用禁忌の薬剤の投与」	医療安全情報 No. 6 1 第４４回
【９】「酸素ボンベ残量の管理に関連した事例」	第１７回報告書 「共有すべき医療事故情報」 第４４回

4. 医療安全情報～ファックス送付施設数が5,932施設になりました～

1) ファックス配信医療機関数の拡大

本事業は、特に周知すべき情報を提供することにより、医療事故の発生予防、再発防止を促進することを目的として、医療安全情報を提供しています。医療安全情報は、医療の現場で忙しく業務に従事している方々が手軽に活用できる情報として、A4サイズ2枚程度に情報量を絞り込み、イラストや表を入れるなど視認性に配慮して作成しています。2015年には1～12月に毎月1回、No.98～No.109を作成、公表しました。

医療安全情報は、医療事故情報収集・分析・提供事業やヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の参加医療機関に対して、毎月1回ファックスで提供するとともに、事業のホームページにも掲載しています。さらに、より広く情報を共有するため、事業に参加されていない病院でもご希望があれば医療安全情報をファックスで無料配信しています。ファックス配信は医療安全情報の公表日に行いますので、迅速に情報を受け取ることができ、院内の回覧などに利用していただくことができます。

2015年12月にファックス受信のご希望を募ったところ、ファックスを受信する医療機関数は5,932施設、つまり全国の病院の約7割になりました。医療安全情報のファックス配信のご依頼は随時受け付けています。2015年に、本事業のホームページの医療安全情報のページに、「FAX申し込みボタン」を作成しましたので、申し込み手続きが一層便利になりました。そこで、まだ手続きをされていない病院におかれましては、お申し込みいただければ幸いに存じます。

図4 医療安全情報 FAX申し込みボタン



2) 医療安全情報の提供医療機関拡大に関するアンケート調査について

医療安全情報は、継続的に提供医療機関数の拡大を図るため、講演会におけるご案内や、ファックス未受信病院に対する受信希望調査を行ってきました。2011年に調査を行ったところ、新たに697病院から提供のご希望をいただきました。このように、ご希望を募る調査を行うたびに、相当数の申し込みがあるのが現状です。そこでこのたび、再度同様な調査を行うとともに、ファックス未受信病院における医療安全情報の活用状況等について2015年12月にアンケート調査を実施しました。その結果、調査を依頼した3,385病院のうち1,021病院から回答がありました（回答率30.2%）。また、今回の調査によって、新たに579病院から提供のご希望をいただきました。

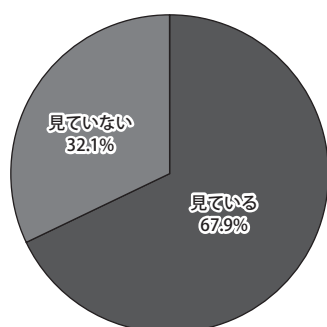
表6 医療安全情報提供拡大のためのアンケート調査年と増加数等

	第1回 2006年	第2回 2007年	第3回 2008年	第4回 2011年	第5回 2015年
(新規) 情報提供を希望した病院数	1,924	1,039	623	697	579
情報提供医療機関数合計	3,332	4,232	4,838	5,307	5,932
提供開始した医療安全情報	No. 6～	No. 15～	No. 27～	No. 63～	No. 111～

次に、ファックス未受信病院においても「医療安全情報を見ている」と回答した病院は67.9%、また、医療安全情報を「活用している」または「どちらかという活用している」と回答した病院は92.6%でした。(図7) このように医療安全情報はファックス未受信病院においても相当程度に知られており、かつ、活用もされていることが明らかとなりました。従来、医療安全情報の普及について、ファックス受信病院数や、全病院に占める割合を目安にしていたが、実際はそれ以上に普及が進んでいると考えられました。さらに、医療安全情報を「どちらかという活用していない」と回答した病院に対して、その理由をお尋ねしたところ、「自施設では内容が合致しない」とする回答が最も多く65.3%を占め、次に「その他」(14.3%)、「自施設で周知する方法がない」(10.2%)等でした。「その他」の回答の自由記載欄には、「精神科病院なので、内容が合致するものが少ないが、精神科でも身体管理が増えてきているので、今後活用したい」「当院は医療処置が少ない為、療養上の内容や医療処置・検査等に関する内容は活用している」「当院は事故はなく、軽微なインシデントが多い」等の記載がありました。このような特定の診療科や処置が少ない医療現場における有効な情報提供のあり方は、今後の医療安全情報の内容の充実にとっての課題であると考えられました。「医療安全情報を見ていない」と回答された病院も、そのうち86.9%が今後医療安全情報を入手する希望の有無について「はい」と回答し、入手の方法は、「ファックスの受信を希望する」と回答した病院が74.0%ありました。このように、医療安全情報のファックス受信のご要望は、まだ潜在的に多いものと考えられました。

図5 医療安全情報提供拡大のためのアンケート調査結果（抜粋）

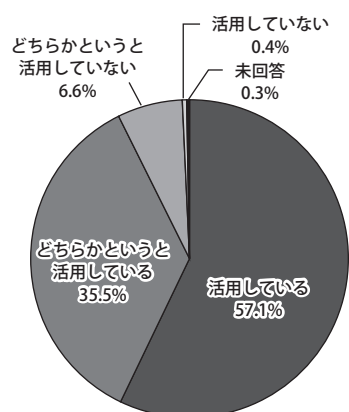
①最新の「医療安全情報」の定期的な閲覧について



項目	病院数
見ている	693
見ていない	328
合 計	1,021

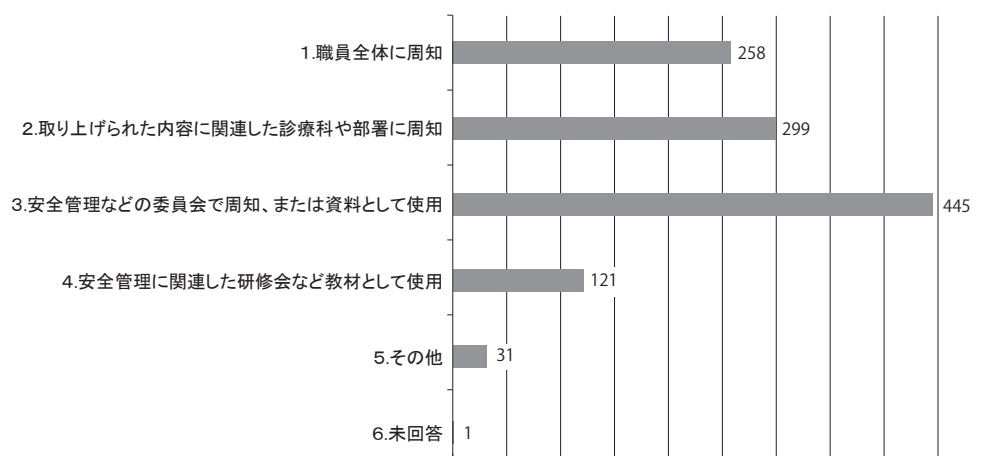
(①で「見ている」と回答した病院への問い)

②「医療安全情報」の院内での活用について



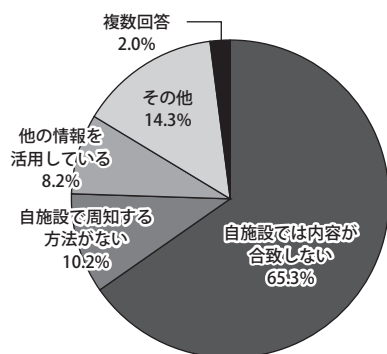
項目	病院数
活用している	396
どちらかという活用している	246
どちらかという活用していない	46
活用していない	3
未回答	2
合 計	693

●「活用している」または「どちらかという活用している」と回答した病院での活用方法



(②で「どちらかという活用していない」または「活用していない」と回答した病院への問い)

③「医療安全情報」を活用していない理由について



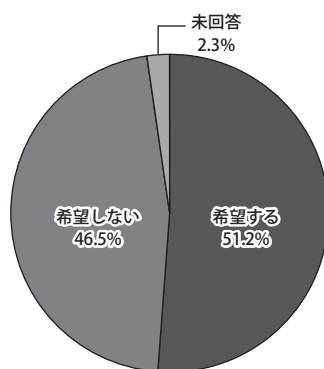
項目	病院数
自施設では内容が合致しない	32
自施設で周知する方法がない	5
他の情報を活用している	4
その他	7
複数回答	1
合 計	49

□その他の回答

- ・周知する仕組みを考えていなかったが、今後活用する予定である
- ・職員への意識づけが不十分である
- ・精神科病院なので内容が合致するものが少ないが、精神科でも身体管理が増えてきているので、今後活用したい
- ・当院は医療処置が少ない為、療養上の内容や医療処置・検査等に関する内容は活用している
- ・当院では事故はなく、軽微なインシデントが多い
- ・当院の現状から判断して関係のあるもののみを必要な部署に伝えている
- ・活用できる情報は活用しているが、今後もっと活用していきたい
- ・ホームページからその都度個人でしか情報を収集していない

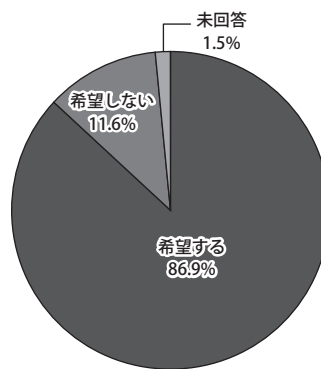
④今後の「医療安全情報」の入手について

●①で「見ている」と回答した病院



項目	病院数
希望する	355
希望しない	322
未回答	16
合 計	693

●①で「見ていない」と回答した病院



項目	病院数
希望する	285
希望しない	38
未回答	5
合 計	328

3) 医療安全情報集の作成、公表

本事業の成果のひとつである医療安全情報は、2006年12月から発行され、2015年3月で第100号という節目を迎えました。2011年12月には第1号から第50号までを掲載した「医療安全情報集 No. 1～No. 50」を公表しました。医療安全情報集 No. 1～No. 50は、多くの医療機関から、よくまとまっていて院内で活用したい、余分があれば追加送付して欲しい、院内で印刷して職員に配布し、特に新入職員の教育に活用したい、といったご連絡をいただきました。ご関心を持っていただきましたことに深く感謝申し上げます。そこで、2015年9月には第51号から第100号までを掲載した「医療安全情報集 No. 51～No. 100」を公表し、事業に参加しておられる医療機関などに送付するとともに、ホームページにも掲載しています。どなたでもダウンロードしてご利用いただくことができます (http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe-collection_051-100.pdf)。

情報集の中では、本事業の運営委員会座長である、株式会社日立製作所ひたちなか総合病院院長永井庸次先生や、総合評価部会座長である、東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野教授 長谷川友紀先生から、それぞれ「医療安全情報の意義と課題」、「医療安全情報に寄せて」としてご寄稿いただき、医療安全情報の性質や活用などについてお感じになられてきたことを執筆していただきました（医療安全情報集 No. 51～No. 100：5～8頁）。その中でも言及されていますが、100号を重ねることができたことは、本事業の参加医療機関や関係者の皆様のお陰であり、深く感謝申し上げます。また、「医療安全情報のあゆみと今後の展望」として、①医療安全情報作成の経緯、②医療安全情報の提供、③医療安全情報の構成、④医療安全情報のテーマの考え方、⑤医療安全情報の5つのパターン、⑥医療安全情報の影響、⑦医療安全情報の海外への情報発信、などについてご説明しています。特に⑥医療安全情報の影響は、医療安全情報が、医薬品の製造販売業者である企業の皆様による、医薬品の名称類似による取り違えの注意喚起につながった事例を紹介しており、情報提供による具体的成果をお示ししている部分です。

さらに、この度の「医療安全情報集 No. 51～No. 100」では、「医療機関における医療安全情報の活用」という項目を設けて、医療機関における医療安全情報の活用の実例を紹介しています。事業参加医療機関のご協力を得て、活用例を収集したところ、①医療安全情報に掲載したイラストを抜粋して使用した例、②医療安全情報に院内の事例を加えた例、③院内発行物に医療安全情報を組み込んで掲載した例、④医療安全情報を院内教育の資料に使用した例、の4つのパターンがありました。我が国の医療機関で実際に発生した事例が、このように他施設において具体的な形で活用されることにより、医療事故の発生予防に寄与するという好影響が一層広がることを期待し、本事業としても、このような活用事例をこれからもご紹介していきたいと考えています。

図6 医療安全情報 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」



図7 医療機関における医療安全情報の活用例
(医療安全情報集 No. 51～No. 100に掲載)



5. 追加情報の提供および現地状況確認調査について

本事業では、報告された事例について、事務局や専門分析班会議などで、情報収集を追加する必要があると判断した場合は、文書や現地状況確認調査によって情報収集をさせていただいています。2015年は126件の医療事故情報に対して、文書等による追加情報の提供を依頼し、121件のご回答をいただきました。また、5医療機関の9事例について現地状況確認調査の実施を依頼し、すべての医療機関にご協力いただき調査を実施しました。

特に現地状況確認調査では、報告された内容について、報告後に院内で行った検討の内容を伺うことによりさらに議論を深めることができ、その結果報告時には得られなかった知見を得ることができることから、医療安全の推進にとって有用な情報であると考えられます。また、現地状況確認調査時の議論の内容は、訪問した医療施設内でもお役立ていただいています。この現地状況確認調査の事例の概要、主な対応者、得られた知見や意見を119～146頁に掲載しております。平成23年年報では、1事例あたり1～2ページの量の記述としていましたが、平成24年年報から「報告された事例の概要」と「訪問で得られた主な知見」を図8のように対比して掲載しており、本年報においても同様の体裁としていますので、参考にいただければ幸いです。現地状況確認調査を行った具体的な事例の内容は次の通りです。

図8 現地状況確認調査概要のページの構成

事例番号		タイトル	
訪問調査の目的			
主な対応者			
【報告された実施した医療行為の目的】			
【報告された事故の内容】			
【事故の背景要因の概要】			
報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見		
 対比			
【改善策】			
 対比			
訪問での主な意見等			

(現地状況確認調査概要のページ)

GE0270001 エボプロステノール静注用の希釈方法を誤り、ダブルチェックにおいても誤りが修正されなかった事例	
訪問調査の目的	1. 事実の確認 2. 背景・要因の確認 3. 改善策について
主な対応者	院長、病院長補佐（医師）、医療安全管理部長（医師）、看護部長、看護部副部長（医療安全担当）、ゼネラルリスクマネージャー（看護部）、ゼネラルリスクマネージャー（事務職員）、副看護部長（医療安全担当）、当該病棟看護部長
【報告された実施した医療行為の目的】	
胸部人工肺腫瘍の外科手術に備えた肺動脈性高血圧症の病態コントロールでエボプロステノールを投与していた。	
【報告された事故の内容】	
患者は、重度の肺動脈性高血圧症であり入院日よりP I C Cカテーテルよりエボプロステノール5.000mg/mLを0.7mL/hで投与していた。朝、日勤受け持ち看護師2名A・Bのうち看護師Aが個別の注射保管箱より調製に必要な薬剤を正確にすべて取り出し準備したが、その後看護師Bが時間差ダブルチェック時に生理食塩液1Vでよいと思い込み、1Vを箱に戻した。調製は、注射業務の看護師Cが行い、エボプロステノールを吸引する際にリーダー看護師Dに声をかけ、ダブルチェックを行ったが、生理食塩液が1Vしかないと気付かなかった。医師の指示通りにエボプロステノールを調製するには、生理食塩液50mL2Vから各2mLずつ吸引しエボプロステノール0.5mg1Vを溶解後、各生理食塩液のボトルにエボプロステノールを2mLずつ吸引すべきだが、生理食塩液ボトルの1つのボトルから生理食塩液を4mL吸引しエボプロステノール1Vを溶解し、2mLを生理食塩液に混注作成したものを12時間投与した。同日の夜勤看護師が翌日の注射薬を準備する際に、薬剤カートに生理食塩液が1V残っていることに気づき、日勤者に調製方法を確認し事象に気付いた。	
【事故の背景要因の概要】	
報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見
・エボプロステノールは、肺動脈性高血圧症の病態の理解と薬剤の知識・調製手法を十分に理解し実施しなければ患者に重篤な影響を与えるリスクが高いため、毎年学習会の実施・調製の練習を行い、取り扱いを理解した看護師のみが実施することとしていた。 ・しかし、常時対象患者がいるわけではなく、学習会だけの経験で実際に投与経験をしたことがない看護師やエボプロステノール10.000mg/mLに調製するペース（生理食塩液50mL1Vから4mL吸引しエボプロステノール0.5mg1Vを溶解し4mLを生理食塩液ボトルに混注し作成）しか経験したことのないスタッフがいた。当事者全員が実施可能であったが、	・事例の詳細> ・薬剤は、翌日に使用する薬剤カートが前日に薬剤部から搬送され、夜勤看護師がカートから各患者の日勤で使用する薬剤をトレイに準備しておく。薬剤部から薬剤に付添してくるラベルはRpあたり1枚であり、薬剤は、エボプロステノール静注用0.5mgのバイアルが1本、専用溶解用液（生理食塩液）50mLが2本であった。夜勤看護師はエボプロステノールを溶解すると50mLのシリンジ2本分となるため、準備の際、病棟で注射ラベルの再出力機能を用いて発行し、ラベルをもう1枚準備した。 ・その際、夜勤看護師は注射ラベルの表記を「エボプロステノール静注用0.5mg1V+専用溶解用液（50mL）2V」を「エボプロステノール静注用0.5mg1V+専用溶解用液（50mL）1V」へ手書きで修正した。 ・日勤では、看護師A、Bの2人で当該患者を担当していた。業務分組は2人で相談して行っていた。

表6 現地状況確認調査の事例内容

事故の概要	事例	事例内容	掲載ページ
薬剤	GE0270001	エボプロステノール静注用の希釈方法を誤り、ダブルチェックにおいても誤りが修正されなかった事例	115～118
	GE0270002	水薬を投与する際、量が不足したため、濃度の違う他患者の水薬を追加して投与した事例	119～121
	GE0270003	部門に配置される薬品カート内の薬剤の期限の確認ができていなかったため、期限切れの薬剤を投与した事例	122～124
	GE0270004	MRI検査の造影剤を投与する際、注射器に薬剤名等の記載のない薬剤を投与したところ、鎮静剤を誤って投与した事例	125～127
輸血	GE0270005	血液製剤の依頼を受けた際、画面に表示された同姓類似名の違う患者の血液製剤を払い出した事例	128～131
治療・処置	GE0270006	右膝の手術の際、誤って左膝用の手術室の準備を行ったが、タイムアウトでも気付かず、左右を取り違えて手術した事例	132～134
医療機器等	GE0270007	ペースメーカー植え込みの情報共有ができず、MRI検査を実施した事例	135～138
ドレーン・チューブ	GE0270008	中心静脈カテーテルのヘパリンロックを行う際、座位で誤った接続部位を外したため、血管内に空気が混入した可能性がある事例	139～140
その他	GE0270009	別の患者の検査値を送信したため、誤った眼内レンズを挿入した事例	141～142

※事故の概要は医療機関の選択した報告項目の内容である。

以上のように収集された情報を活用して、報告書や年報、医療安全情報の内容の充実に努めておりますので、今後とも、それらの情報収集活動にご協力いただきますよう、お願い申し上げます。

6. ホームページの機能

1) 事例の公開・検索機能

本事業のホームページの「公開データ検索」のボタンをクリックすると、図9の画面が現れます。このページ上で、医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を閲覧することができます。また、図の下方に選択した事例を「XML」「PDF」「CSV」の3つのファイル形式で、ダウンロードできるボタンがあります。多数の事例を一度にダウンロードするご希望に応え、「全て選択」のボタンを設置して、100件を超えてダウンロードできるようになりました。本機能を活用して、安全な診療、看護、調剤などのマニュアルの整備や医薬品の表示の改善、医療安全分野の医学的、工学的な研究が行われています。また、医療事故が発生した場合に、類似事例を閲覧することで、患者の病状の推移や治療方法などの点で参考になります。本機能の活用に関するアンケート調査では、「医療事故発生時の参考資料として使用」「安全管理委員会の参考資料として使用」「安全管理に関連した研修会の教材として使用」などが多く回答されました。

以上の機能は、本事業に参加しておられる医療機関や研究者の皆様、またその他多くの皆様より、報告書に掲載される事例が多くなり内容も豊富になっているため、Webを活用した事例の閲覧や検索ができるシステムの開発を望む声を多くいただいていたことに対応したものです。そしてこの検索ページでは、本稿執筆時点で医療事故情報19,231件、ヒヤリ・ハット事例43,967件が検索できます。

ご報告いただいた情報をこのような形で公表し、それが適切に活用されることによって医療提供の仕組みやモノの改善が進み、また、紛争解決にも寄与し、その成果が実感されることによりさらに報告が定着する、といった医療安全の好循環が生じ、医療界だけでなく我が国の社会において重要な機能となることを願っています。

図9 医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例を閲覧できるページ

医療事故情報／ヒヤリ・ハット事例検索

事例の公表は、医療安全の推進を目的としています。

■事例内容で検索

報告事例区分

☐ 医療事故情報 ☐ ヒヤリ・ハット事例

発生年月

年 月 月 年 月

事例概要

☐ 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

関連診療科

当事者職種

全文検索

キーワードの入力

事例概要の選択

表示件数 10 検索

0件

全て選択 全て選択解除 表示一覧のみ選択 表示一覧選択解除

1/1

選択 事例区分 事例ID 発生年月 事例の概要 事例の内容 詳細

ファイル形式毎のダウンロードボタン

XML出力 PDF出力 CSV出力

2) 本事業を通じた医療機関による医療事故の公表

医療事故が発生した場合は、医療機関が医療の透明性を高めることや、事例を他施設での活用に供することによって、同種事例の再発防止を図ることなどを目的として、また、医療事故の当事者や家族が、医療事故を再発防止のために活用を希望することに対応する目的などから、医療機関が事例を公表することがあります。

国立大学附属病院長会議では、2005年3月に「国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針」を策定し、医療上の事故等が発生した場合の公表に関する基準を示しました。その後、本事業を通じた医療事故の概要、再発防止策その他の医療安全に関する社会的な公表システムが定着し、機能するようになっていくという認識に基づき、2012年に同指針が改訂されました。改訂前の公表指針と同様、各国立大学附属病院において、医療上の事故等につき、医療の透明性を高め、国民からの信頼向上をはかるとともに、医療機関における医療安全管理の徹底及び再発防止に資することを目的として、公表を行うための一定の基準が示されています。

国立大学附属病院における医療事故の公表に関しては、一部の医療事故を医療機関のホームページ等を通じて公表し、その他の多くの事例を本事業への報告を通じて公表することとされています。このように、本事業の成果物、特に公開データ検索の機能は、医療の安全に関する透明性の向上や、各医療機関の医療事故の公表という重要な役割を担っていると考えています。

3) 医療事故情報収集等事業のデータベースを活用した医薬品の取り違い防止のための製薬企業の対応 ～「デュファストン」と「フェアストン」及び「ノルバデックス」と「ノルバスク」の販売名類似による取り違いに関する注意喚起～

本事業の事例データベース等を活用し、「アルマールとアマリール」、「ノルバスクとノルバデックス」などの名称類似薬の取り違いについて、製薬企業から注意喚起がなされていることを、過去の年報や報告書で紹介しました（平成23年年報16～19頁、平成24年年報25～29頁、平成25年年報25～27頁、平成26年年報22～23頁）。このように、本事業に報告されたことを契機として、本財団以外の関係団体や企業から、医療事故防止のための具体的な注意喚起が行われることが継続しています。2015年7月には、「デュファストン®錠（一般名：ジドロゲステロン）」（アボットジャパン株式会社）と「フェアストン®錠（一般名：トレミフェンクエン酸塩）：乳癌治療剤」（日本化薬株式会社）について、それぞれの製造販売業者である企業から、図10のような、販売名の類似に関する注意喚起がなされました（<https://www.pmda.go.jp/files/000206336.pdf>）。それぞれの薬効は、デュファストンは、切迫流産、習慣性流産、無月経、月経周期異常、月経困難症などですが、フェアストンは、閉経後乳癌ですので、大きく異なります。

また、よく知られた名称類似薬である「ノルバデックス®（一般名：タモキシフェンクエン酸塩）：抗乳がん剤」と「ノルバスク®（一般名：アムロジピンベシル酸塩）：高血圧症・狭心症治療薬／持続性Ca拮抗薬」の取り違いについても、製薬企業より、本事業の成果を引用した注意喚起が繰り返し行われてきており、2013年11月に再び注意喚起がなされ、2014年7月及び2016年3月にもその情報が更新されました（図11）。

医療従事者に対して注意喚起をするために企業名で公表された文書には、本事業に報告された事例が紹介されているとともに、具体的な表示や検索システムの改善による対策、医薬品の外観の写真などが紹介されています。また、対策がとられていても、医師に異動や非常勤といった事情があ

ることにより、対策が十分理解されていないことによる取り違えの事例もあることから、周知徹底を呼びかけています。

このように、医療の現場の安全性を高めることにより、国民に安全な医療を提供することにつながる改善のために、本事業の成果が活用されることは、事業の趣旨に即した適切な取り組みであると考えています。同種の事例について今後も繰り返し注意喚起することが本事業の役割であるとともに、製造販売業者である企業の皆様にもこのような活動を継続していただければありがたいと考えています。

図10 「デュファストン®錠」と「フェアストン®錠」の取り違え事例発生のお知らせ

医療従事者の皆様

2015年7月

「デュファストン®錠」と「フェアストン®錠」の取り違え事例発生のお知らせ

アボット ジャパン株式会社
日本化薬株式会社

謹啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

これまでに「デュファストン®錠」（一般名：ジドロゲステロン）（アボット ジャパン株式会社）と「フェアストン®錠」（一般名：トレミフェンクエン酸塩）（日本化薬株式会社）の販売名が類似しているとの理由で、薬剤取り違えを起した事例が2件、公益財団法人 日本医療機能評価機構のホームページに公開されております。

貴施設におかれましては、以下の事例をご参考の上、より一層のご配慮をお願い申し上げます。

謹白

【デュファストン、フェアストン取り違え事例】

詳細は下表のとおりです。

No.	施設	内 容
1	薬局	【事例の内容】（発生年月：非公開） 不妊症治療のために産科・婦人科医師が「デュファストン錠5mg」を処方したところ、薬剤部が「フェアストン錠40」を調剤した。患者が1回1錠 朝・昼と2回の計2錠を服用した。交付2日後に、患者本人が違う薬であることに気づき、薬剤部に連絡が入った。 【背景・要因】 薬剤師の薬剤は、使用頻度別に配置されていた。デュファストンと創薬であるフェアストンは、使用頻度の低い同一棚に2種類の他の薬剤を挟み、同一列に配置されていた。デュファストンの薬剤名ラベルは黒字で記載されていた。一方、フェアストンは創薬のため赤字で記載され、ハイリスク薬を示す「H」の文字は付いていたが、抗癌剤を示す赤字表示はなかった。急いでいたため同一薬剤師が処方箋監査と調剤を行い、別の薬剤師が調剤監査のみを行った。調剤時に、処方箋を見ながらピッキングを行わなかった。また、ピッキングしたその場で薬剤を薬袋に入れることがあった。調剤監査時に、薬袋に入っていた薬剤の薬剤名を確認しなかった。薬剤交付時に、患者との薬剤の確認、患者への説明・指導を行わなかった。
2	薬局	【事例の内容】（発生年月：2010年4月） 患者が産婦人科の処方箋を持って来局した。「フェアストン錠40」のところ、「デュファストン錠5mg」を調剤し、監査、投薬した。帰宅後、患者から電話連絡があり、間違いが発覚し、すぐに薬剤を取り換えた。 【背景・要因】 調剤、監査時に確認を怠った。類似の薬剤名、産婦人科で使用される薬剤であることによる思い込みで調剤した。

No.1 公益財団法人 日本医療機能評価機構「医療事故・ヒヤリ・ハット報告事例検索」
(<http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action>) システムより (2015年6月末時点)

No.2 同 機構「薬局ヒヤリ・ハット報告事例検索」
(<http://www.yakkyoku-hyari.jog.or.jp/mpsearch/SearchReport.action>) システムより (2015年6月末時点)

【薬剤の比較】

販売名	デュファストン®錠 5mg	フェアストン®錠 40 フェアストン®錠 60
一般名	ジドロゲステロン	トレミフェンクエン酸塩
効能 効果	切迫流産、習慣性流産、無月経、 月経周期異常（稀発月経、多発月経）、 月経困難症、機能性子官出血、 黄体機能不全による不妊症、子宮内腫瘍	閉経後乳癌
規制 区分	処方箋医薬品	創薬、処方箋医薬品
包装	 デュファストン®錠 5mg	 フェアストン®錠 40 フェアストン®錠 60
製造 販売元	アボット ジャパン株式会社 【お問い合わせ先】くすり相談室 TEL 0120-964-980 受付時間/9:00~17:30（土・日、 祝祭日及び当社休日を除く）	日本化薬株式会社 【お問い合わせ先】医薬品情報センター TEL 0120-505-9292 受付時間/9:00~18:00（土・日、 祝祭日及び当社休日を除く）

図１１ 「ノルバデックス®」と「ノルバスク®」の販売名類似による取り違え注意のお願い
(一部掲載)

医療関係者各位

**「ノルバデックス®」と「ノルバスク®」の
販売名類似による取り違え注意のお願い**

2016年3月
アストラゼネカ株式会社
ファイザー株式会社

諸啓
時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。
また平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、アストラゼネカ株式会社が製造販売する「ノルバデックス（タモキシフェン塩酸塩）：抗乳癌剤」とファイザー株式会社製造販売する「ノルバスク（アムロジピンベシル塩酸塩）：高血圧症・狭心症治療薬／持続性Ca拮抗薬」では、両薬剤を採用頂いている施設のみならず、ノルバデックスのみを採用頂いている施設（ノルバスクの未採用施設）においても、処方オーダーシステムにおける両薬剤の選択ミスの事例が報告されております。

また、この選択ミスは、乳癌もしくは高血圧・狭心症を診療している科以外の診療科を受診した患者の持参薬処方においても認められております。

このため、特に重要と考えられる処方オーダーシステムにおける薬剤の選択ミスを未然に防ぐための対策及び処方監査によって誤処方を防いだ例をご紹介します。

また、既に取り違え対策を導入されている施設におかれましては、異動や非常勤等の理由によりその対策について十分に把握されておらず、選択ミスが生じる事例が報告されております。そのため、既に導入済であっても、改めて院内における対策の周知徹底をお願い申し上げます。

是非ご一読頂き、これらの薬剤を処方又は調剤頂く際には、薬効及び販売名等を今一度ご確認くださいませようとお申し上げます。

今後ともご指導ご鞭撻の程、よろしくお願い申し上げます。

謹白

処方監査により選択ミスが判明した実際の事例	
＜事例 1＞	薬剤部での調剤時に、処方されたノルバデックスは患者の疾患と処方病棟から考えて間違いないかと思ひ、医師に疑義照会し発覚した。患者には処方されていなかった。
＜事例 2＞	遠隔処方オーダーの内容を配薬確認表を用いて確認しているとノルバスクが処方されておらず、配薬確認表に記載のないノルバデックスがオーダーされていることに気が付いた。
【背 景】	それぞれの処方医が「ノルバスク」を処方するためにノルバの3文字検索の結果、＜事例 1＞では、薬剤の名称が類似しているノルバスクは、取り違え対策のため後発品に切り替えられていたため、「ノルバデックス」のみ表示され、＜事例 2＞では、「ノルバデックス」、「ノルバスク」の両方が表示されていたが、いずれの処方医も「ノルバデックス」を「ノルバスク」と思い込んでしまった。

出典：日本医療機能評価機構（医療事故収集等事業）第6期報告書 別添3 No.41 及び 事例ID: H8K03E324E45P12F42より改変

**処方オーダーシステム対策を導入されていない施設におかれましては、
対策導入のご検討をお願いいたします。**

**また、既に対策を導入済みの施設におかれましては、
施設における対策の周知徹底をお願いいたします。**

*既に“表示方法の工夫”に係る対策を導入されている場合でも、対策導入後の異動や非常勤等の理由により、その対策について十分に把握されておらず、選択ミスが生じる事例がくり返し報告されております。

医療機関での処方オーダーシステムにおける対策事例

【表示方法の工夫】

薬剤マスターに登録されている薬剤表示名称、表示方法を変更・工夫し、ノルバデックスとノルバスクが間違えて選択されないようにする。

注：システムの仕様により、処方処方せん印刷にも反映される場合があります。必ず、システムの仕様をご確認下さい。

- 販売名の類似した薬剤は、薬剤名称に薬効を付けて表示し注意を促す：

例) 変更前の表示：ノルバデックス
ノルバスク

変更後の表示：＜抗女性ホルモン剤＞ノルバデックス
＜Ca拮抗薬＞ノルバスク
- 販売名の類似した薬剤が選択された際に、ポップアップ画面等により、選択した薬剤に間違いがないか確認を促す：

例) ノルバデックスを選択した場合：「抗乳癌剤ですがよろしいですか？」
ノルバスクを選択した場合：「高血圧・狭心症の薬ですがよろしいですか？」
- 抗癌剤等のハリスク薬は、薬剤名称に★等のマークを表示し注意を促す：

例) 変更前の表示：ノルバデックス錠 10mg

変更後の表示：★ノルバデックス錠 10mg
- 抗癌剤等のハリスク薬は、薬剤名称に色を付けて表示し注意を促す：

例) 変更前の表示：ノルバデックス錠 10mg

変更後の表示：ノルバデックス錠 10mg

【検索方法の工夫】

薬剤マスターに登録されているノルバデックス（もしくは抗癌剤等のハリスク薬）の検索キーを変更・工夫し、特定の検索語を付けずとも検索されないようにする。
（間違えて検索・選択できないようにする）

処方オーダーシステムにおける対策例：

- ノルバデックス（もしくは抗癌剤）の接頭語を“ふ”とした場合：

例) 「のるばでくす」と入力しても、ノルバデックス錠は検索・表示されない
「んのはでくす」と入力すると、ノルバデックス錠が検索・表示される

＜参考＞本事業の成果を活用した注意喚起

本事業に報告される事例は、医薬品の製造販売業者に位置付けられる企業によって、医薬品の取り違えだけでなく適正使用に関する注意喚起もなされています。2015年8月には、ペグイントロン®皮下注用の調製に関する注意喚起が公表されています。注意喚起文書の中で、「ペグイントロン®皮下注用50μg／0.5mL用、ペグイントロン®皮下注用100μg／0.5mL用、ペグイントロン®皮下注用150μg／0.5mL用（以下、本剤）につきまして、公益財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業において、調製時に添付の注射用水0.7mLで溶解し、そのまま全量（0.7mL）を投与した事例や、注射用水0.5mLで溶解し、過量に投与した事例が複数報告されています。」と、本事業における報告事例に基づいた注意喚起情報であることが説明されています。本注意喚起文書発出後、2016年4月には、注意喚起後に同種事例の報告はないものの、引き続き注意を喚起するとして、再度同趣旨の文書が発出されています（図12）。

図12 ペグイントロン®皮下注用調製時の注意に関するお願い

**ペグイントロン®皮下注用
調製時の注意に関するお願い**

ベグインターフェロン α-2b 製剤

ペグイントロン®皮下注用50 μ g/0.5mL用
ペグイントロン®皮下注用100 μ g/0.5mL用
ペグイントロン®皮下注用150 μ g/0.5mL用
 注射用ベグインターフェロン アルファ-2b（遺伝子組換え）

医療関係者の皆様

2015年8月
MSD 株式会社

謹啓

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素より弊社及び弊社製品に対し格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

弊社製品のペグイントロン®皮下注用 50 μ g/0.5mL用、ペグイントロン®皮下注用 100 μ g/0.5mL用、ペグイントロン®皮下注用 150 μ g/0.5mL用（以下、本剤）につきまして、公益財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業において、調製時に添付の注射用水 0.7mLで溶解し、そのまま全量（0.7mL）を投与した事例や、注射用水 0.5mLで溶解し、過量に投与した事例が複数報告されています。

これらの誤調製に基づく過量投与により特定の副作用は報告されていませんが、患者さんの安全性確保のため、本剤の適正使用にご協力ください。

調製時の注意点

本剤を添付の注射用水（0.7mL全量）で溶解したときの
溶解液 0.5mL 中の含有量は
各表示量（50 μ g、100 μ g、150 μ g）となります



医療関係者の皆様におかれましては、本剤添付文書の＜用法・用量に関連する使用上の注意＞及び「**適用上の注意**」をご一読いただき、本剤の調製方法を再度ご確認くださいませようお願い申し上げます。

謹白

〔お問い合わせ先〕
MSD 株式会社 MSD カスタマーサポートセンター
電話番号：0120-024-961
受付時間：月～金 9:00～17:30（祝日・当社休日を除く）

**ペグイントロン®皮下注用
調製時の注意に関するお願い**

ベグインターフェロン α-2b 製剤

ペグイントロン®皮下注用50 μ g/0.5mL用
ペグイントロン®皮下注用100 μ g/0.5mL用
ペグイントロン®皮下注用150 μ g/0.5mL用
 注射用ベグインターフェロン アルファ-2b（遺伝子組換え）

医療関係者の皆様

2016年4月
MSD 株式会社

謹啓

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素より弊社及び弊社製品に対し格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

弊社製品のペグイントロン®皮下注用 50 μ g/0.5mL用、ペグイントロン®皮下注用 100 μ g/0.5mL用、ペグイントロン®皮下注用 150 μ g/0.5mL用（以下、本剤）につきまして、調製時に添付の注射用水 0.7mLで溶解し、そのまま全量（0.7mL）を投与した事例や、注射用水 0.5mLで溶解し、過量に投与した事例が報告されていたことから、2015年8月に注意喚起を実施いたしました。その後、同様の誤調製・過量投与に関する報告はされておきませんが、患者さんの安全性確保のため、今後も引き続き本剤の適正使用にご協力ください。

調製時の注意点

本剤を添付の注射用水（0.7mL全量）で溶解したときの
溶解液 0.5mL 中の含有量は
各表示量（50 μ g、100 μ g、150 μ g）となります



医療関係者の皆様におかれましては、本剤添付文書の＜用法・用量に関連する使用上の注意＞及び「**適用上の注意**」をご一読いただき、本剤の調製方法を再度ご確認くださいませようお願い申し上げます。

謹白

〔お問い合わせ先〕
MSD 株式会社 MSD カスタマーサポートセンター
電話番号：0120-024-961
受付時間：9:00～17:30（土日祝日・当社休日を除く）

また、本事業では、2015年8月に、医療安全情報 No. 105で「三方活栓の開閉忘れ」（図13）を取り上げ、情報提供したところです。これに関し、（独）医薬品医療機器総合機構が、本事業の事例や、医薬品、医療機器の品質及び安全性の確保等に関する法律に基づく副作用・不具合報告において収集された事例の中などから、専門家の意見を参考に医薬品、医療機器の安全使用推進の観点から情報提供を行っている「PMDA医療安全情報」において、2016年1月にNo. 48「三方活栓の取扱い時の注意について」（図14）を公表しています。このように、本事業に報告された事例や分析の内容を公表することにより、その活用が広がっています。

図13 医療安全情報 No. 105
「三方活栓の開閉忘れ」



図14 PMDA医療安全情報 No. 48
「三方活栓の取扱い時の注意について」



4) 「分析テーマ」「再発・類似事例の発生状況」の閲覧機能

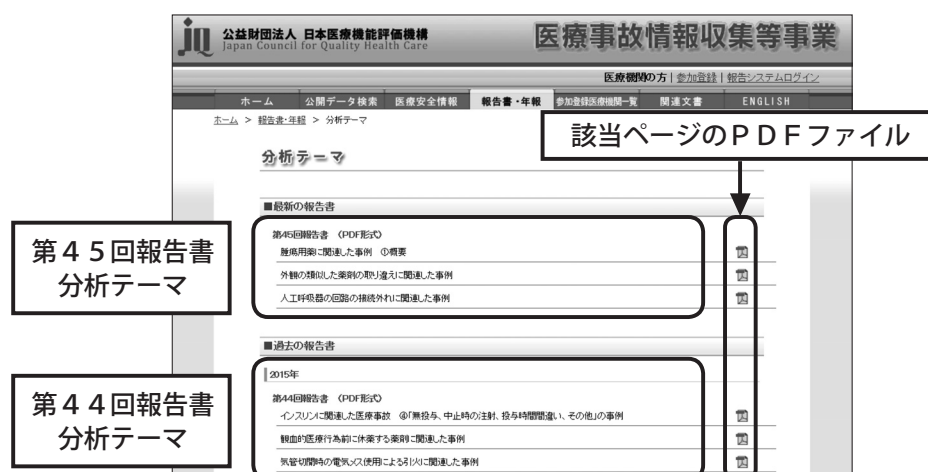
2013年、本事業のホームページに、①「分析テーマ」と②「再発・類似事例の発生状況」のボタンを追加しました(図15)。

図15 本事業のホームページ



①のボタンをクリックすると、第1～45回報告書で取り上げた分析テーマについて、テーマのタイトルと該当するページのPDFファイルを閲覧することができます(図16)。

図 16 分析テーマのページ



事業開始後、第1～45回報告書に掲載したテーマの一覧のうち過去2年分を次に示します。

表 7 報告書で取り上げた分析テーマ一覧（過去2年分）

年	回数	延べテーマ No.	テーマ
2016 年	第 4 5 回	1 8 0	腫瘍用薬に関連した事例 ① 概要
		1 7 9	外観の類似した薬剤の取り違えに関連した事例
		1 7 8	人工呼吸器の回路の接続外れに関連した事例
2015 年	第 4 4 回	1 7 7	インスリンに関連した医療事故 ④「無投与、中止時の注射、投与時間間違い、その他」の事例
		1 7 6	観血的医療行為前に休薬する薬剤に関連した事例
		1 7 5	気管切開時の電気メス使用による引火に関連した事例
	第 4 3 回	1 7 4	インスリンに関連した医療事故 ③「薬剤量間違い、投与速度間違い」の事例
		1 7 3	座位による中心静脈カテーテルの処置に関連した事例
		1 7 2	胃管の誤挿入に関連した事例
	第 4 2 回	1 7 1	インスリンに関連した医療事故 ②「薬剤間違い、対象者間違い」の事例
		1 7 0	与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例
		1 6 9	パニック値の緊急連絡に関連した事例
	第 4 1 回	1 6 8	インスリンに関連した医療事故 ① 概要
		1 6 7	手術中の碎石位に関連した事例
		1 6 6	病室での自殺及び自殺企図に関する事例
2014 年	第 4 0 回	1 6 5	職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故 ④「療養上の世話」の事例
		1 6 4	カリウム製剤の急速静注に関連した事例
		1 6 3	放射線治療の照射部位の間違いに関連した事例
		1 6 2	口頭による情報の解釈の誤りに関連した事例
	第 3 9 回	1 6 1	職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故 ③「治療・処置、医療機器等、ドレーン・チューブ、検査」の事例
		1 6 0	皮膚反応によるアレルギーテストの実施時の試薬に関する事例
		1 5 9	内視鏡の洗浄・消毒に関する事例
	第 3 8 回	1 5 8	職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故 ②「薬剤、輸血」の事例
		1 5 7	後発医薬品に関する誤認から適切な薬物療法がなされなかった事例
		1 5 6	無線式心電図モニタの送受信機に関連した事例
		1 5 5	調乳および授乳の管理に関連した事例
	第 3 7 回	1 5 4	職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故 ① 概要
		1 5 3	気管切開チューブが皮下や縦隔へ迷入した事例
		1 5 2	事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例

また、図15の②のボタンをクリックすると、第18～45回報告書で取り上げた、「再発・類似事例の発生状況」のテーマについて、テーマのタイトルと該当するページのPDFファイルを閲覧することができます。第18～45回報告書に掲載した「再発・類似事例の発生状況」のテーマのうち過去2年分を次に示します。

表8 報告書で取り上げた「再発・類似事例の発生状況」一覧（過去2年分）

年	回数	延べテーマ No.	テーマ
2016年	第45回	83	「病理診断時の検体取り違い」（医療安全情報 No. 53）について
		82	共有すべき医療事故情報「眼内レンズに関連した事例」（第15回報告書）について
2015年	第44回	81	「併用禁忌の薬剤の投与」（医療安全情報 No. 61）について
		80	共有すべき医療事故情報「酸素ボンベ残量の管理に関連した事例」（第17回報告書）について
	第43回	79	「B型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ」（医療安全情報 No. 49）について
		78	共有すべき医療事故情報「体内にガーゼが残存した事例」（第14回報告書）について
	第42回	77	「人工呼吸器の回路接続間違い」（医療安全情報 No. 24）について
		76	「患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認」（医療安全情報 No. 62）について
	第41回	75	「抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制」（医療安全情報 No. 2 第2報 No. 45）について
		74	「小児への薬剤10倍量間違い」（医療安全情報 No. 29）について
		73	「禁忌薬剤の投与」（医療安全情報 No. 86）について
2014年	第40回	72	「画像診断報告書の確認不足」（医療安全情報 No. 63）について
		71	共有すべき医療事故情報「三方活栓の閉塞や接続外れ等、使用に関する事例」（第11回報告書）について
	第39回	70	「未滅菌の医療材料の使用」（医療安全情報 No. 19）について
		69	「清拭用タオルによる熱傷」（医療安全情報 No. 46）について
	第38回	68	「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」（医療安全情報 No. 33）、 「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管炎」（医療安全情報 No. 77）について
		67	共有すべき医療事故情報「歯科診療の際の部位の取り違いに関連した医療事故」（第15回報告書）について
	第37回	66	「小児の輸液の血管外漏出」（医療安全情報 No. 7）について
		65	「電気メスによる薬剤の引火」（医療安全情報 No. 34）について

さらに、2014年には「公開データ検索」のページに、関連診療科及び当事者職種を選択できるプルダウンメニューを設定しました。本事業に対して、各診療領域の基幹的な学会から講演依頼を受けることがあり、学会の医療安全関連の委員会の事業として、有害事象の収集を検討されている学会もあるようです。しかし、事例収集をシステムとして行うことは容易ではないことから、本事業の「公開データ検索」のページの活用を検討する学会もありました。そのような検討にあたっては、この関連診療科や当事者職種を絞り込む機能は有用なものと考えられます。これらの機能追加により、「公開データ検索」の機能が医療安全の推進のために一層活用されることを願っています。

7. Webにより提供している情報へのアクセスの状況

本事業では、2010年7月から、報告書とWebの役割分担を行い、Web上の情報掲載量を増やしました。その結果、それまでにWebで提供していた情報も含めて、現在では、「参加登録医療機関一覧」「公開データ検索」「医療安全情報」「報告書類・年報」「分析テーマ」「再発・類似事例の発生状況」「関連文書」などの情報を提供しています。このうち次の3項目について、昨年に引き続きアクセス件数の経年的な推移等を調査しました。

表9 アクセス件数の調査項目

	項目	情報提供内容
①	公開データ検索	医療事故情報およびヒヤリ・ハット事例の報告事例を閲覧およびPDFの印刷、CSV形式のファイルのダウンロードができる。
②	医療安全情報	過去に公表した医療安全情報の閲覧およびPDFの印刷ができる。
③	報告書類・年報	過去に公表した報告書・年報の閲覧およびPDFの印刷ができる。

1) 年別アクセス件数の推移

年別アクセス件数を次に示します。まず、このデータは、ホームページ上の「公開データ検索」「医療安全情報」「報告書類・年報」のボタンをクリックした件数を集計しています。なお、2013年には約2ヶ月間、報告や閲覧のシステムを停止していたために、アクセス件数は少なからざるを得なかったことや、2009年のデータは6ヶ月分であること、公開データ検索の件数は2010年7月半ば以降であることに留意が必要です。

その上でアクセス件数を見ると、2014年と比較して、公開データ検索のアクセス件数は増加していました。報告された医療事故情報やヒヤリ・ハット事例に、個人や個別医療機関が特定できる情報を削除するなどのマスキング処理を行い、普段の医療安全や医療事故対応などの活動や医療安全に関する研究活動、企業による安全な製品の研究開発、製造販売などに資する情報として提供しています。それが益々活用されているものと想像しています。医療安全情報も11%増加しましたが、2010～2012年のアクセス件数よりは少ない件数でした。その理由を検討したところ、ここで示しているアクセス件数のカウント方法は、先述したようにホームページ上の「医療安全情報」のボタンをクリックした件数を集計したものです。実際には、医療安全情報にアクセスする方法はこのほかに、「新着情報欄に掲載された医療安全情報のPDFへの直接のリンクによりアクセスする方法」「医療安全情報のサイトをWebのブラウザの“お気に入り”に登録しておき、いつもトップページを経由せずにアクセスする方法」などの方法もあり、それらも活用されているために、ここで示すアクセス件数には計上されないことが挙げられます。そこで、それらの方法によるアクセスも考慮した集計として、平成26年年報より、ホームページの医療安全情報のボタンにアクセスする、ホームページの「お知らせ」画面から医療安全情報のPDFファイルにアクセスする、検索エンジンから直接アクセスするなどの方法により、医療安全情報のPDFが開かれた件数を集計しています。2014年は286,552件、2015年は349,337件と増加しています。

報告書や年報のアクセス件数は、２０１４年とほぼ同程度でした。報告書や年報は情報量が多いことから、冒頭に掲載している本稿の部分を特に周知したり、講演の際の資料として配布したりしています。

医療機関では、日々発生するヒヤリ・ハットや医療事故、あるいは改善点などへの対応が優先されることが想像されます。そこで、医療機関が参加して行っている本事業の成果を、外部からの重要な情報として、各施設で有効に活用していただくことが重要な課題と考えています。

表１０ 公開データ検索、医療安全情報、報告書・年報の年別アクセス件数

	アクセス件数						
	２００９年 (平成２１年)	２０１０年 (平成２２年)	２０１１年 (平成２３年)	２０１２年 (平成２４年)	２０１３年 ^{注３)} (平成２５年)	２０１４年 (平成２６年)	２０１５年 (平成２７年)
公開データ検索	—	17,501 ^{注２)}	36,826	31,846	34,930	37,906	42,495
医療安全情報	39,973 ^{注１)}	71,746	82,579	84,163	55,180	59,156	65,834
報告書・年報	21,769 ^{注１)}	29,626	24,766	31,179	23,743	24,400	25,420

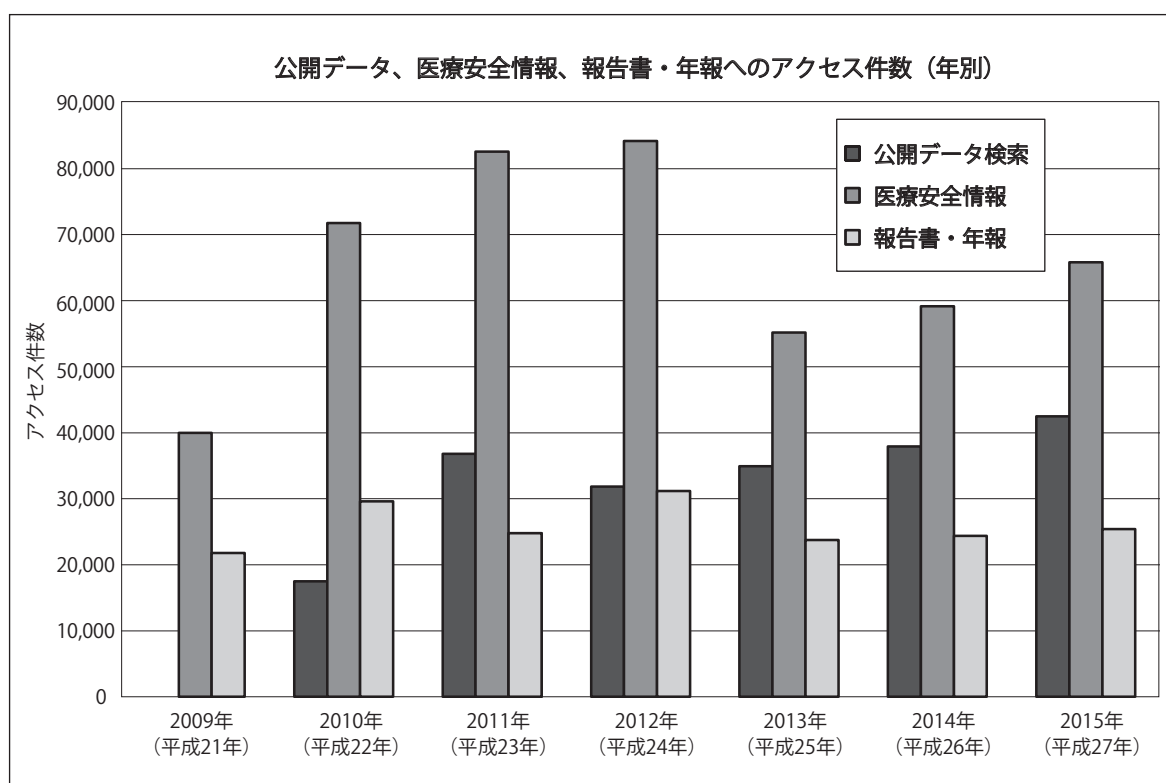
※平均値については小数点以下切り上げ。

注１) ２００９年（平成２１年）の医療安全情報及び報告書・年報の集計期間：６月１日～１２月３１日

注２) ２０１０年（平成２２年）の公開データ検索の集計期間：７月１４日～１２月３１日

注３) ２０１３年（平成２５年）の公開データ検索、医療安全情報及び報告書・年報は７月２２日～９月１６日までシステム停止していたため、アクセスできなかった。

図１７ 公開データ検索、医療安全情報、報告書・年報の年別アクセス件数



（注）２０１４年より、集計方法を変更したため、それ以前とのデータとの比較はできない。

2) 医療安全情報のアクセス件数

医療安全情報 No. 1 ～ No. 108 の各号について、2015 年 1 ～ 12 月のアクセス件数を調査したところ、アクセス件数が多かった医療安全情報は表 11 の通りでした。通常、公表月から翌月にかけてアクセス件数が増加し、3 ヶ月目以降減少していきます。したがって、公表年月によって集計期間の長短があること、図 17 で示したように、医療安全情報のアクセス件数が増加傾向にあることが医療安全情報の各号のアクセス件数にも影響している可能性があること、などに留意が必要であることから、この結果を「よく閲覧されている医療安全情報」と理解することはできませんが、先述した点にご留意の上、参考にいただければ幸いです。最もアクセス件数が多かったのは、2015 年では 1 月に提供した医療安全情報 No. 98 「カリウム製剤の投与方法間違い」（図 18）でした。

過去の年報でも述べましたとおり、アクセス件数は、必ずしも調査期間内の初期に公表し集計期間が長かったものが多かったわけではなく、医療安全情報によってアクセス件数が多いものと少ないものがある可能性があると考えています。各年のアクセス件数をみると、毎年 6 月に第 1 号の医療安全情報に遡って再発・類似事例を調査する医療安全情報である「2011 年から 2013 年に提供した医療安全情報」（★）や、「第 2 報」（☆）という位置づけで繰り返し情報提供している医療安全情報は、比較的アクセス件数が多いと考えています。

表 11 アクセス件数が多かった医療安全情報（2015 年）

	2015 年（平成 27 年）	件数
1	No. 98：[カリウム製剤の投与方法間違い]	21,032
2	No. 101：[薬剤の投与経路間違い]	16,902
3	No. 102：[口頭指示の解釈間違い]	15,892
4	No. 104：[腫瘍用薬処方時の体重間違い]	13,928
5	No. 100：[2014 年に提供した医療安全情報]	12,382
★ 6	No. 103：[2011 年から 2013 年に提供した医療安全情報]	12,137
7	No. 105：[三方活栓の開閉忘れ]	12,065
8	No. 106：[小児の薬剤の調製間違い]	11,118
9	No. 99：[胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い]	10,662
☆ 10	No. 107：[電気メスによる薬剤の引火（第 2 報）]	10,229

図18 2015年にアクセス件数が最も多かった医療安全情報
No.98「カリウム製剤の投与方法間違い」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.98 2015年1月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報

No.98 2015年1月

カリウム製剤の投与方法間違い

急速静注が禁止されているカリウム製剤を、静脈ラインから急速静注した事例が5件報告されています(集計期間:2011年1月1日～2014年11月30日)。この情報は、第19回報告書「個別のテーマの検討状況」(P71)で取り上げた内容を元に作成しました。

カリウム製剤の急速静注は禁止です。

投与したカリウム製剤	1アンプル中の量	準備した量	予定した投与方法	間違えた投与方法	件数
K.C.L.点滴液15% (40mEq/20mL)	20mL	生理食塩液(20mL)に希釈 計40mL	シリンジポンプを用いて微量持続注入	急速静注	1
KCL補正液 1mEq/mL	20mL	5mL		急速静注	1
KCL注 20mEqキット	1キット中 20mL	10mL		急速静注	1
アスパラカリウム注 10mEq	10mL	20mL		点滴内に混注	2

※プレフィルドシリンジ型製剤から注射器に吸引し、急速静注した事例です。

◆カリウム製剤の添付文書には、「カリウム製剤を急速静注すると、不整脈、場合によっては心停止を起こすので、点滴静脈内注射のみに使用すること。」と記載されています。

医療安全情報 No.98 2015年1月

カリウム製剤の投与方法間違い

事例1

医師はシリンジポンプで5mL/分で持続投与を意図し、ICV内腔 側室1 KCL点滴液15% (40mEq/20mL) + 生理食塩液(20mL) 1日3回と指示したが、投与速度、投与方法の指示はしていなかった。看護婦はアンプルに記載してある「点滴専用 薄めて点滴」という表示を見て、指示内容を確認するため手術室に電話した。手術室看護婦に「オーダー通りに投与していいの」と手術室中の処置に驚いてもらったところ、医師はシリンジポンプを使用すると思っていたため、「いいです」と返答があった。看護婦は指示通りに調製し、モニタを見ながら中心静脈ラインの側室からカリウム製剤の調製液を注入した。残量が9mLのところまでSpO₂低下のアラームが鳴ったため、注入を中止した。

事例2

上級医は「患者の補液(リデム3A)に、KCL 10mL追加」と口頭で指示した。看護婦は、KCL注 20mEqキット(プレフィルドシリンジ型製剤)に専用針を付けず、注射器に10mL吸引し、点滴室に運んだ。点滴室は、カリウム製剤の投与は初めてであったため不安になり、上級医に「静注でもいいですか」と確認したところ、「やっばおいて」と返答があった。点滴室は、静脈ラインの側室に注射器を接続し、KCL注 10mLの注入を開始した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・投与指示(投与量、投与方法、投与速度)のルールを守る。
- ・薬剤マスタのカリウム製剤名に「点滴専用」や「要希釈」などと記載する。カリウム製剤の払い出し時に薬剤と一緒「急速静注禁止」の紙を入れる。など注意喚起を行う。
- ・プレフィルドシリンジ型製剤の削形目的を理解し、使用時は注射器に吸引しない。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として匿名化等加工がなされたものである。医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://www.med-safe.jp/
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を特許にたいし保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の職業を制約したり、医療従事者に義務や責任を課したものではありません。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒101-0361 東京都千代田区三越1-4-17 東武ビル
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)
http://www.med-safe.jp/

8. 第7回業務工程図・医療事故情報収集等事業研修会

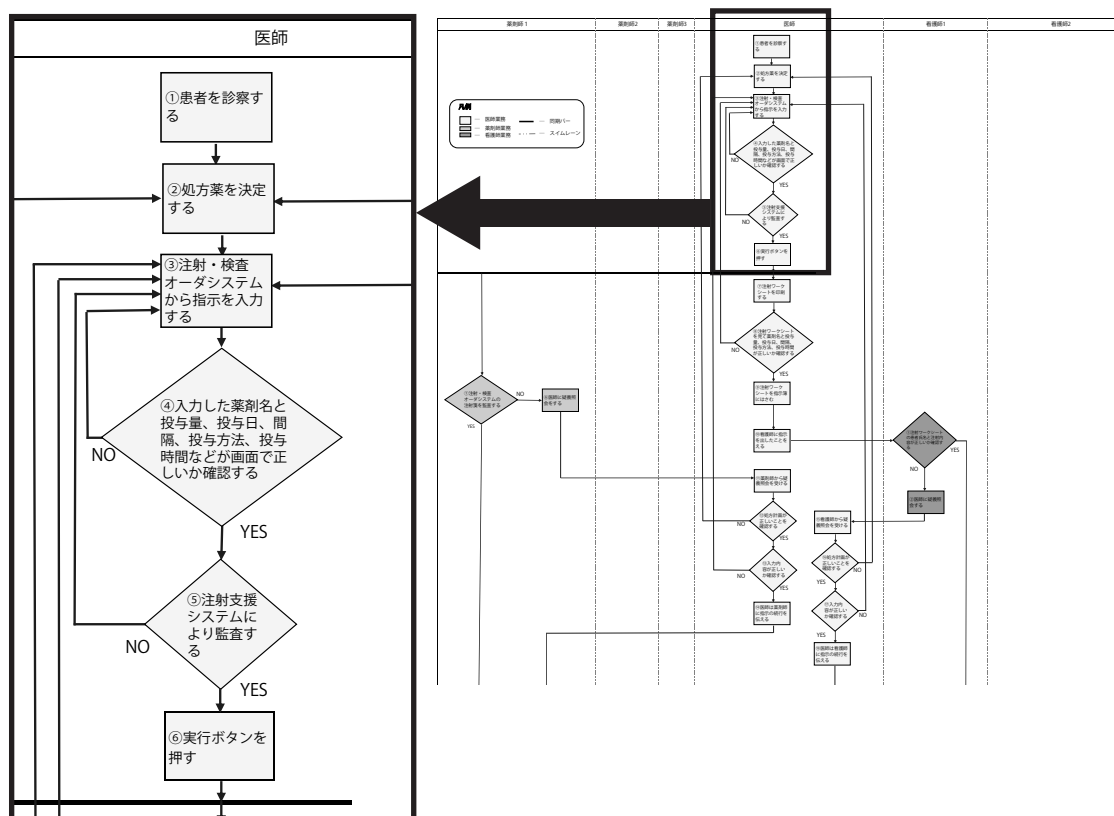
医療機関では、普段から、様々な診療や看護、調剤等の場面で、様々な業務工程が動いて業務が遂行されています。しかし実際には、医療機関の中でも、最適で標準化された業務工程が構築されているとはいえないのが現実ではないでしょうか。そのため、医療者によって業務工程が異なっていたり、医療機関の間では、同じ医療行為に関する工程が大きく異なっていたりすることもあるのではないかと思います。例えば、「指示簿を見て定数配置薬から注射薬を準備して注射する」「口頭指示で薬剤を注射する」といった行為について、皆様の医療機関では、どのような工程を辿って実施されるか想像できるでしょうか。また、その工程は、無駄や無理がなく、さらに医療事故のリスクを最小限にとどめるように検討されたものでしょうか。このような疑問に答えるのが、業務工程を作成する演習です。

研修会には、15医療機関から、医師11名、歯科医師1名、看護師19名、薬剤師9名、事務職4名の計44名の方々が参加されました。プログラムの主な内容は、午前中はまず後から、本事業の現況についてご説明しました。その後、株式会社日立製作所ひたちなか総合病院院長の永井庸次先生から「業務工程図について」をご講演いただきました。続いて、坂口より「医療安全における業務工程図の作成と意義」についてご説明しました。続いて東邦大学医学部社会医学講座 講師の藤田茂先生より、「医療事故情報を基にした業務工程の改善及び作図上の注意点」を解説していただきました。

午後は、自施設における定時と臨時の注射の業務工程について、医療機関ごとのチームで、自施設の業務工程図の見直しや修正、自施設の業務工程の脆弱性を探し可能な修正を検討しました。研修後のアンケートでは「演習内容を(よく)理解できた」とする回答が95.4%と高い値となりました。

また、今回の研修に対して「工程図を作成することで、問題点が明確化された。問題点の解決策について、どう対処していくかが今後の課題と実感した。」「業務フローを作成することで、普段の業務、行動がダブルチェックになっていなかった事を知ることが出来、今後の業務改善に生かしていきたいと思った。」などのご意見をいただき、参加者が意欲的に取り組んでおられたことがアンケートからもうかがえました。また、今後の研修に関し「このような研修を続けてやっていただきたい。」などのご要望もいただきましたので、研修の企画の参考とさせていただくこととしています。

図 19 業務工程図の例（一部分）



9. 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業との連携

1) 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 第13、14回集計報告と平成27年年報

(1) 参加薬局数や報告件数の現況

医療事故防止事業部では、2008年10月から、薬局で発生した、または、発見されたヒヤリ・ハット事例を収集する、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業を開始し、2009年4月よりヒヤリ・ハット事例の受付を行っています。2015年10月には平成26年年報を公表し、また、2015年10月と2016年3月にはそれぞれ第13、第14回集計報告を公表いたしました。現在は、平成27年年報の作成作業をしています。

参加薬局数は、現在も増加を続けており、本稿執筆時点で8,541軒となっています。報告していただく事例数は、現在では毎月約340～450事例程度で推移しています。

「薬局ヒヤリ・ハット」といっても、医療機関で発生した処方箋のエラーが薬局による疑義照会によって発見されることもあり、そのような事例も薬局による報告の対象となっています。それらの事例を、同事業のホームページにおいて、既に47,094事例を公表しています。また、ホームページの「公開データ検索」のボタンをクリックしていただくと、キーワード等を入力することにより検索することができるようになっています (<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/phsearch/SearchReport.action>)。その他に特に重要な事例を抽出して、「共有すべき事例」として、個別事例を専門家のコメントを付して公表しています (http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/contents/sharing_case/index.html)。

このような情報提供の方法は、医療事故情報収集等事業に先駆けて、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業で開始したものであり、医療事故情報収集等事業においても、その後、同様の情報提供を行っています。

(2) 平成27年年報

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業では、2015年1月～12月に報告された4,779事例を集計、分析した平成27年年報を作成、公表することになっています。2009年4月の事例受付開始後、平成22年年報として初めての本格的な年報を作成しましたので、比較可能な6冊目の年報となる予定です。事業の成果物としての集計報告、年報、共有すべき事例、薬局ヒヤリ・ハット分析表の作成にあたっては、医療事故情報収集等事業の報告書、年報、医療安全情報に用いられている方法論を活用し、集計結果やテーマ分析を示したり、情報を絞り込んだ少数の具体事例の提示、色彩やデザインの工夫など視認性に配慮した媒体の作成を行ったりするなどしています。

平成27年年報で取り上げる予定であるテーマを表12に示しますので、年報公表後は、病院の薬剤部門でもご活用いただければ幸いに存じます。

表 1 2 平成 2 7 年年報 テーマ分析（案）

テーマの内容	
1	名称類似に関する事例
2	一般名処方に関する事例
3	後発医薬品への変更に関する事例
4	ハイリスク薬に関する事例 —免疫抑制剤に関する事例—
5	疑義照会に関する事例
6	共有すべき事例の再発・類似事例 —「小児において年齢別に処方量や剤形が異なる医薬品」に関する事例—
7	腎機能が低下した患者に関する事例

また、テーマ分析の中で特に重要な図表は、別途デザインを見やすくした 1 枚のカラー P D F に加工し、昨年同様に「薬局ヒヤリ・ハット分析表」としてホームページ（http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/contents/analysis_table/index.html）に掲載する予定です。

薬局で発生するヒヤリ・ハット事例の多くが調剤に関する事例であり、その内訳としては、「数量間違い」「規格・剤形間違い」「薬剤取違え」が多いなど、医療機関におけるヒヤリ・ハットや医療事故の内容と共通する部分が多いことがわかります。このように、本財団が医療機関と薬局で発生する事例を一元的に収集することのメリットを生かし、薬剤に関する医療事故防止については、特に手厚く情報提供を行っていくこととしております。

2）医療事故情報収集等事業との連携

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業で報告されているヒヤリ・ハット事例の約 8 0 % は調剤に関する事例であり、その中でも数量間違い、規格・剤形間違いなど、医療機関の薬剤部門でも発生する事例が多くあります。したがって、医療事故情報収集等事業においてこれまでに作成、公表してきた報告書、年報、医療安全情報のうち、薬剤に関する内容は、その多くが薬局にとっても有用な情報です。そのため、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業のホームページの中に、医療事故情報収集等事業の成果（薬局関係）を紹介するページを作成しています（<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/contents/medicine/index.html>）。

このページを活用することによって、薬局の薬剤師の皆様や登録販売者の皆様、薬局の事務を扱っておられる皆様に、薬局における医療安全だけでなく、医療機関で発生するエラーを薬局で発見し、医療事故防止に努めていただくよう、情報発信や啓発に努めていくこととしています。

10. 医療事故情報収集等事業平成26年年報英語版及び医療安全情報 No. 96～107 英語版の公表と Canadian Patient Safety Institute (cpsi-icsp) のプロジェクト「Global Patient Safety Alerts」を通じた情報発信

医療事故情報収集等事業では、平成17年年報より英語版を作成し、ホームページを通じて公表したり、海外からの訪問者の方々に差し上げたりして、事業の内容や成果の周知に活用してきました。2016年3月末に、平成26年年報の英語版である、「Project to Collect Medical Near-Miss/ Adverse Event Information 2014 Annual Report」を公表いたしました。この内容は、ホームページで閲覧、ダウンロードできるとともに、検索のページ（報告書類・年報検索 Full Text Search : <http://www.med-safe.jp/reportsearch/SearchReportInit>）より、英語による検索が可能です。

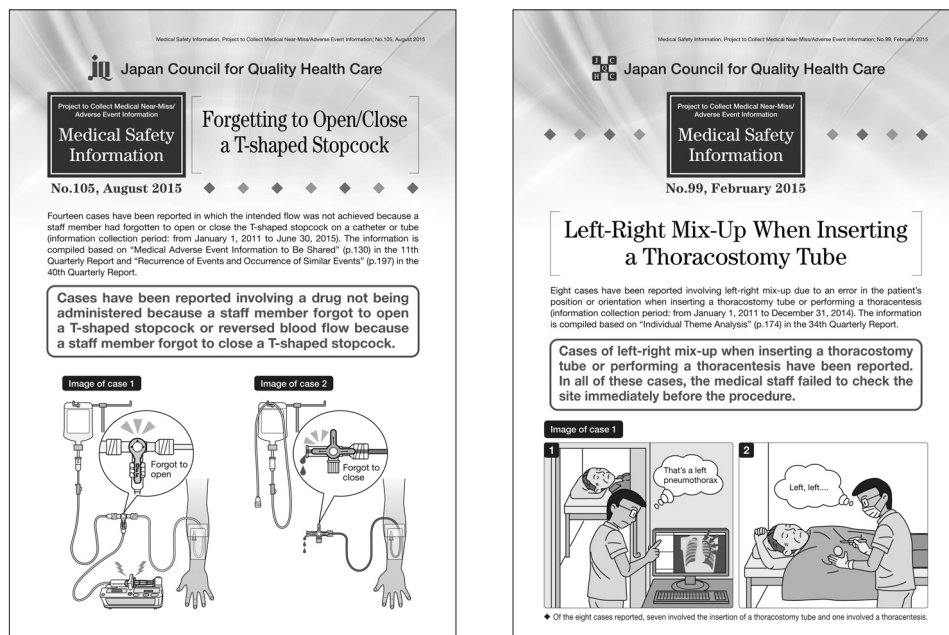
図20 医療事故情報収集等事業平成26年年報英語版と目次

Project to Collect Medical Near-miss/ Adverse Event Information 2014 Annual Report August 27, 2015 公益財団法人 日本医療機能評価機構 Japan Council for Quality Health Care Division of Adverse Event Prevention The current status of the project can be browsed at: Website: http://www.med-safe.jp/ English page: http://www.med-safe.jp/content/english/index.html	Table of contents Foreword 1 On Issuing the 2014 Annual Report 3 About the Project to Collect Medical Near-miss/Adverse Event Information ~Focusing on the Content of the 2014 Annual Report~ 5 I Outline of the Project to Collect Medical Near-miss/ Adverse Event Information 51 1. Background to the Collection of Medical Near-miss/Adverse Event Information 52 2. Outline of the Project to Collect Medical Near-miss/Adverse Event Information and Organizational Structure 54 [1] Outline of the Project to Collect, Analyze, and Provide Medical Adverse Event Information 54 [2] Outline of the Project to Collect, Analyze, and Provide Medical Near-miss Event Information 54 [3] Operational Structure of the Project to Collect Medical Near-miss/Adverse Event Information 61 [4] Organization for Data Analysis and Information Provision 62 II Current Reporting Status 63 1. Project to Collect Medical Near-miss/Adverse Event Information ... 64 2. Report on the Project to Collect, Analyze, and Provide Medical Adverse Event Information 65 [1] Registered Medical Institutions 65 [2] Number of Reports 69 [3] Details of Reports Made by Registered Medical Institutions (by Month of Report) 73 3. Report on the Project to Collect, Analyze, and Provide Medical Near-Miss Event Information 90 [1] Registered Medical Institutions 90 [2] Information on the Number of Occurrences 92 [3] Number of Medical Near-miss Event Information 93	III Current Analysis of Medical Near-miss/ Adverse Event Information 95 1. Project Overview and Expert Division Activities 96 [1] Selection of Themes for Information to be Analyzed 96 [2] Information to be Analyzed 96 [3] Analysis System 96 [4] Meetings 96 [5] Expert Analysis Group Meetings 98 [6] Collection of Follow-Up Information on Medical Adverse Events 98
---	--	--

また、医療安全情報の英語版も作成して、それらを海外に向けて情報提供しています。2016年3月末には、医療安全情報 No. 96～107の英語版を公表しました。それらは、本事業のホームページの英語のページ（<http://www.med-safe.jp/contents/english/index.html>）に掲載していますので、機会がありましたらご活用いただければ幸いに存じます（図21）。

また引き続き、カナダの Canadian Patient Safety Institute (cpsi-icsp) がWHOと行う共同プロジェクトである「Global Patient Safety Alerts」において、医療安全情報英語版を世界的に共有することのご依頼をいただいたことから、そのプロジェクトを通じた情報発信も続けています。同プロジェクト「Global Patient Safety Alerts」のホームページの協力団体には、本財団の名称を掲載していただいております。同時に、医療安全情報英語版へのリンクを作成していただいております。また、閲覧用アプリも提供されています。このように、本事業の英語のホームページの他に、「Global Patient Safety Alerts」のページの協力団体のページや検索機能、アプリを通じて、医療安全情報英語版の内容が世界から閲覧されています。

図 2 1 医療安全情報（英語版）の例



1 1. W H O における有害事象報告システム（Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning: MIM PS）の開発と運用について

WHOでは2004年10月に創設した医療安全プログラムを継続して実施する中で、国際的に医療安全を推進するための方法論として、本事業と類似の方法論である、有害事象を報告しそれを分析して再発防止を図る学習システムを開発、普及するプロジェクトを進めています。2005年には、医療安全の分野でよく知られている「WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems」（現在改訂作業中）を作成、公表し、その中で、体系的な有害事象の収集を通じた学習システムの基本原則などが述べられました。本事業も、我が国における有害事象の報告、学習の仕組みとして紹介されています。

次に、有害事象を把握するための基盤的なシステムの一つとして、Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (ver.1.1) が作成、公表されました。その中では、インシデントを把握するために、発生に寄与した因子、患者の要因、インシデントの特徴、発見の契機、重症度に影響した要因、患者への影響、組織への影響、対策などについて様々な項目が提案されています。また、自然言語処理の手法を用いて、具体的な事例の分析から、インシデントを把握する体系的な項目が作成されました。それらを総合的に検討して、施設レベルを超えて世界レベルで学習したり、情報を共有したりできるシステム、Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning System (MIM PS) が開発されつつあります。EUでは、任意にMIM PSを試行し、その結果をフィードバックしてさらに改訂を進めることとされています。これらの取り組みによって、国際的に標準的で比較可能なテンプレートの開発、報告システムの活用ガイドラインの開発、MIM PSに基づいて開発された報告制度の評価可能性、適切な用語の設定、研究発表や報告制度にとって支援的な発表など報告の成果が期待されています。今後に向けて、報告、学習の制度を補強する情報源、懲罰的・報復的ではない安全文化の醸成、情報の法的保護、学習システムの開発などが課題として挙げられています。

12. ISQua (International Society for Quality in Health Care) との連携について

ISQua (The International Society for Quality in Health Care) (<http://www.isqua.org/>) は、医療の質の向上に関わる国際団体で1985年に設立され、現在本部はダブリン（アイルランド）に置かれています。そして、約70カ国の組織会員、個人会員とアイルランド政府から資金を得て運営されています。本財団は組織会員として登録するとともに、24名が個人会員として参加しています。

2015年10月4日～7日に、中東のカタール、ドーハのNational Convention Centerで、第32回ISQua International Conferenceが開催されました。会期中に開催された理事会において、本財団の今中雄一理事が、ISQuaの理事として選出されました。

ISQuaの主な事業は次の通りです。

- ・病院等の第三者評価に関する国際認定（IAP: International Accreditation Programme）
- ・学会誌 “International Journal for Quality in Health Care” の出版
- ・医療の質向上に関する教育・啓発事業（ISQua Education）
- ・国際学術会議 “International Conference” の開催

本財団は、2013年、ISQuaが実施している国際認定プログラム（IAP: International Accreditation Programme）を受審しました。本財団では過去にVer.4.0およびVer.5.0について項目認定を取得していましたが、新たに2014年度から運用を開始した「機能種別版評価項目3rdG: ver.1.0」に関する項目認定と、本財団の運営に関する組織認定を受審しました。約1年にわたり準備を進めた過程においては、IAPの評価項目を理解して自己評価を作成することや、受審プログラムチームで議論しながら根拠となる資料をまとめたりすることが、国際的な評価基準に即した第三者評価を提供していく上で、事務局としての本財団の組織体制や業務の考え方を見直す良い機会となったと考えています。このようにISQuaのプログラムを本財団の改善のために活用しています。

本財団は、今後さらに広く国際的な視点に立って、我が国の医療の質の向上に寄与したいと考えています。そこで、本財団が設立20周年を迎えることを機に、日本でISQua国際学術会議を招致することについて、ISQuaに立候補の申し入れをしたところ、2016年の開催が認められました。2016年は、10月16日（日）～19日（水）東京国際フォーラムにて開催の予定です（<http://jcqhc.or.jp/banaimg/ISQua.pdf>）。

また最近では、本財団はISQuaと共同で、インターネット講義であるWebinarの日本語版である「Japanese Webinar」を運営することによって、一層の情報発信に努めています。同時に、同じ内容を英語版のWebinarでも情報発信しています。

このような機会や取り組みを活用して、同会との連携を深め、国際的な流れに即した取り組みを実践することだけでなく、国際的な流れの形成に参加することにも取り組んでいます。

図22 2016年のISQua国際会議（東京）を伝える情報（ISQuaホームページより）



13. 国際会議や学会を通じた海外に向けた情報発信（第44回報告書33～39頁、第45回報告書37～41頁参照）

医療事故情報収集等事業では、年報の英語版や医療安全情報の英語版を公表しており、本事業のホームページの英語のページに掲載し、事業の内容や成果の周知に活用してきました。

そのような情報発信を続けておりましたところ、2010年度以降、毎年のように、海外から本事業を含む、本財団の医療の質や安全に関する事業の講演のご依頼を受けるようになりました。また、本財団がISQua（International Society for Quality in Healthcare）の連携を強める中で、ISQuaの年次会議でも同様の内容で発表を続けています。

2015年は9～11月にISQuaを含む5回、本稿執筆時点では2016年にさらに2回、本事業の内容をご説明する講演を行いましたので、その概要を次にご紹介します。

1) 2015年推廣病人安全共同行動大會（台灣患者安全同好會）

2015年9月12日に、台湾、台中市において、開催された2015年推廣病人安全共同行動大會において、2015年10月に開始された医療事故調査制度や本事業、産科医療補償制度の概要やそれらの相互関係を内容とする講演（タイトルは「A new peer-review system on clinically accidental death case in Japan “How does it relate to JQ’s projects on patient safety?”」）を行いました。

具体的には、医療事故調査制度について、法律や省令、通知の別添を用いて、医療事故の報告、院内医療事故調査と支援団体の役割、遺族説明、センターへの報告、センターにおける情報の整理・分析と再発防止策の普及啓発、センターによる医療事故調査などについてご説明しました。さらに院内医療事故調査については、本財団が運営している産科医療補償制度において行ってきた原因分析報告書の作成方法やその内容、産科医療補償制度開始前後の損害賠償や訴訟の件数の推移などを紹介しました。また、センターにおける情報の整理・分析と再発防止策の普及啓発について、本事業のテーマ分析、報告書や年報、医療安全情報、公開データ検索などの成果と活用についてご説明しました。

2) Policy Round Table on Quality in Health Services (W P R O : WHO West Pacific Region)

2015年9月28日に、香港特別行政区の Hong Kong Convention and Exhibition Center においてWHO西太平洋地域事務局の主催で開催された会議が開催され、その中で有害事象の報告及び学習システムの医療の質の向上における活用に関する議事が設定されました。そこで、議事の冒頭で、日本の取り組みとして本事業の概要や成果についてご説明しました。

日本からの説明のほかに、マレーシアと豪州から、有害事象報告制度について、説明がなされました。その内容は、第44回報告書34～36頁に掲載していますのでご参照ください。

3) International Forum Quality and Safety in Healthcare : Asia (I H I / B M J)

2015年9月28日～30日に、香港特別行政区の Hong Kong Convention and Exhibition Center においてI H I (International Healthcare Improvement) 及びB M J (British Medical Journal) がアジアで開催する初めての学会が開かれ、本事業に関する講演のご依頼がありました。2) で記述したWHO西太平洋事務局と連携した会合でした。30日に、「有害事象のマネジメントー文化、反応、報告から情報公開へ」というタイトルのセッションが企画され、その中で、本事業の内容を中心に、産科医療補償制度、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業、及び医療事故調査制度の内容を少し加えて講演しました。この他に、香港とマレーシアの演者からも講演がありました。その後、パネルディスカッションを行いました。論点となったのは、「医療機関内で医療事故の当事者個人を守るために具体的にどのような方法がとられているか」「全国的な有害事象の報告制度の運営において報告した病院を守るために具体的にどのような方法がとられているか」「透明性の確保のために報道機関とどのような関係を維持しているか」「制度の成果としての改善策の示し方（一律の改善策を示すのではなく医療機関の裁量を認めた改善策を提示すべきという趣旨）」などの点でした。特に、「透明性の確保のために報道機関とどのような関係を維持しているか。」の議論では、本事業の説明の際に、約10年間で50回程度の記者発表をしてきたことをご説明したことから、日本がとても経験が多いようだ、と評価の言葉を頂きました。

4) I S Q u a (International Society for Quality in Healthcare)

2015年10月4日～7日に、中東のカタール、ドーハの National Convention Center で、第32回I S Q u a International Conferenceが開催されました (<http://www.isqua.org/Events/previous-conferences/doha-2015>)。今次国際学術会議では、「患者中心の医療」「患者安全」「質と安全における教育と研究」など8つのテーマについて、講演や演題発表が行われました。

本財団からも、医療事故情報収集等事業、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の口演やポスター発表を含む8演題を発表しました。

本事業に関する口演は「Application of knowledge gained through Adverse Event Reporting System and No-Fault Compensation/Peer-Review System to new Peer-Review System on Clinical Death Case in Japan」のタイトルで、2015年10月に開始された医療事故調査制度において、医療事故情報収集等事業と産科医療補償制度で得られた知見の活用の可能性について説明しました。ポスター発表では、「Preventing Medication Errors Based on Nationwide Pharmaceutical Near-Miss Event Reporting System and Medical Near-Miss/Adverse Event Reporting System in Japan」のタイトルで、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業と医療事故情報収集等事業の紹介や、保険薬局と医療機関との連携の重要性についてご説明しました。

5) WHO Strategic Expert Working Group Meeting Developing Vision and Strategic Directions for Improving Patient Safety and Quality of Care

2015年11月16～17日に、スイス、ジュネーブのWHO本部で、世界的な医療の安全や質の改善の推進に関し、今後WHOが取り組む具体的な課題を議論する標記会議が開催され、後が“WHO Temporary Advisor”として出席しました。会議には、WHO本部の担当者、地域事務局の担当者、アドバイザーが参加して熱心な議論が行われました。1日目の冒頭に、WHOの患者安全特命大使である英国のドナルドソン卿から、医療安全と質の向上の取り組みの現状と、今後の課題について説明があり、安全と質に特化した取り組みを行う（垂直的アプローチ）ことの重要性とともに、既存の様々な事業の中にも安全と質の要素が含まれているので、それらを支援する（水平的アプローチ）ことの重要性が議論されました。2016年5月に開催された伊勢志摩サミットにおいて、Universal Health Coverage（UHC）が重要課題であることにも言及があり、そのことが垂直的アプローチの推進力になることに期待する意見がありました。そこで本事業の概要や実績についても、議論の中で折々に紹介しました。2日間の議論の結果、おおよそ5つの優先課題（優先度1：行動を起こすための政治的な要請、優先度2：正確なデータを提供するための測定の重要性、優先度3：報告と学習による安全文化の醸成、優先度4：教育面の課題：持続可能な取り組みを行う国レベルの能力の開発、優先度5：国民に対する啓発：医療安全の重要性に覚醒させる）がまとめられました。特に「優先度3：報告と学習による安全文化の醸成」は本事業に該当する事項です。WHOの患者安全に関する部署の担当者から、今後、世界のベストプラクティスの一例として、WHOの地域間会合等の機会に、本事業の経験や実績を含め日本の取り組みをプレゼンテーションすることを求められましたので、そのような機会を得て、世界に本事業に関する一層の情報発信を行っていくこととしています。

6) “Inter-Regional Technical Consultation on Best Practices in Patient Safety and Quality of Care, 8-10 February 2016 in Muscat, Oman”

2016年2月8～10日にオマーンのマスカットにおいて、日本およびオマーン政府の協力を得て、WHOの4つの地域（アフリカ地域、東地中海地域、南東アジア地域、西太平洋地域）の連携を図ることを目的として、WHO本部及びWHO東地中海地域オフィスの主催により開催されました。会合は、WHO Global Patient Safety and Quality Networkを構築するイニシアチブの一環であり、同時に、医療の質と安全の強化を望む世界的な関心の高まりに対するものです。22の国から医療の質や安全に関し、120名の参加者と専門家つまり保健省の政策決定者や主要な施設、組織、利害関係者が集まりました。

1日目午前に本事業について講演（30分）しました。具体的には、日本の医療安全対策（国レベル：医療事故情報収集等事業、産科医療無過失補償／原因分析・再発防止制度、病院機能評価事業等、施設レベル：院内インシデント報告制度、紛争対応）について説明しました。また、1日目午後のパネルディスカッション“Panel Discussion on Selected Evidence Based Interventions for Patient Safety and Quality of Care”の司会（1時間）を務め、その他には、意見やコメントを述べて議論に参加しました。

7) WHO Inter-Regional Consultation Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems in Africa and Asia Pacific Regions, 22-24 March 2016, Colombo, Sri Lanka

2016年3月22～24日にスリランカのコロンボにおいて、日本政府及びスリランカ政府の支援を受けて、WHOの4つの地域（アフリカ地域、東地中海地域、南東アジア地域、西太平洋地域）の連携を図ることを目的として、WHO本部及びWHO東南アジア地域オフィスの主催により開催されました。21の国から医療の質や安全に関し、専門家つまり保健省の政策決定者や主要な施設、組織、利害関係者が集まりました。

WHOでは国レベルのインシデント報告制度の創設を希望する加盟国を支援するために、2005年にドラフトガイドライン（初版）、簡素で機能的な報告項目であるMIMPS（Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning System）を開発してきました。会議における議論は、今後作成される“WHO Implementation Guidelines on Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems”に生かされる予定です。

1日目午後に本事業について講演（15分）しました。具体的には、医療事故情報収集等事業における報告の方法、分析結果、成果の活用例（名称類似薬の解消等）について説明しました。また、1日目午後のグループワーク“Developing WHO Guidance on Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems”の司会とまとめ（2時間）を務め、その他に意見やコメントを述べて議論に参加しました。

14. 依頼講演への対応～医療事故調査制度に関する内容を含む講演依頼が増えています～

医療機関、薬局や、関係団体などのご依頼に対応して、本事業の現況や報告書、年報、医療安全情報などの成果物の内容をご説明する講演を、毎年国内外で50回程度行っています。本財団は、2015年10月に開始された医療事故調査制度における支援団体ですので、最近では医療事故調査制度を中心とした講演内容のご依頼が増えています。また、後述するように、これは医療事故調査制度における支援団体である本財団の役割でもあります。我が国において、有害事象を調査、収集、分析、学習を行う全国規模の事業は図23の通りです。本財団が担当している事業が多いことから、各事業の相互関係も含め、ご説明させていただいている内容は表13の通りです。本事業にご参加いただいている医療機関の皆様の中で、ご希望がございましたらできる限り対応させていただきますので、ご連絡いただければ幸いに存じます。

図23 有害事象（医療事故、ヒヤリ・ハット）の調査、収集、分析、学習を行う全国規模の制度・事業

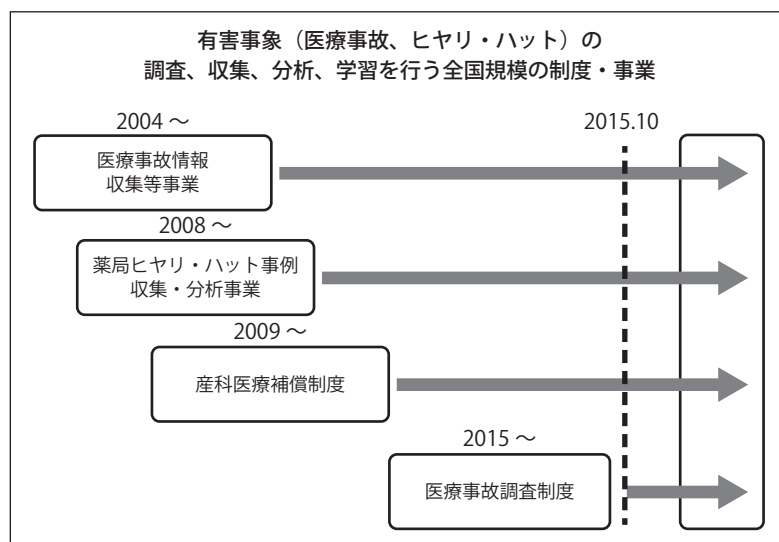


表13 講演内容

1 医療事故情報収集等事業
・事業の趣旨、概要 ・報告書の内容（集計結果、テーマ分析の内容） ・医療安全情報 ・ホームページの活用方法 ・原因分析の意義、方法 ・海外への情報発信
2 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
・事業の趣旨、概要 ・集計報告、年報の内容（集計結果、テーマ分析の内容） ・薬局ヒヤリ・ハット分析表の活用 ・共有すべき事例の活用方法 ・ホームページの活用方法
3 産科医療補償制度
・制度の趣旨、概要 ・審査の現況 ・原因分析の現況 ・原因分析の考え方 ・再発防止の現況
4 医療事故調査制度
・制度の概要、医療事故情報収集等事業や産科医療補償制度との関係について ・制度の現状（報告の現況等）

15. 医療事故調査制度における支援団体としての役割について

2015年10月1日に、医療事故調査制度に関する医療法が施行され、制度が開始されました。本財団は、法に定める「医療事故調査等支援団体」として告示されています。具体的な支援内容としては、医療機関からの求めに応じ、制度のご説明を中心とした支援をしています。

16. Facebook を活用した情報発信

医療事故防止事業部では、公式の Facebook ページを作成し、2014年4月8日より情報発信を始めました。Facebook を活用することにより、1) 本事業の最新の情報をタイムリーに発信でき、「いいね！」に登録していただいたユーザはタイムリーに情報を受け取ることができる、2) 「いいね！」に登録していただいた Facebook ユーザを介して、本事業をご存知ではない方に情報発信できる、などのメリットがあると考えています。情報発信する内容としては、①報告書、年報に関する情報、②医療安全情報に関する情報、③システムメンテナンスに関する情報、④その他 事業の動向（取材対応など）を考えており、発信頻度は1回/週を目安としています。本稿執筆時点で、本事業の Facebook のページの「いいね！」に登録していただいたユーザは1,657名となっています。本事業の Facebook のページ及びコンテンツの例を次に示します（図24）。

図24 医療事故情報収集等事業の Facebook ページ
(URL: <https://www.facebook.com/medsafe.jcqhch>)



17. おわりに

事業に参加しておられる医療機関の皆様におかれましては、引き続き本事業において医療事故情報やヒヤリ・ハット事例をご報告いただきますよう宜しくお願い申し上げます。また、これまで以上に報告しやすい環境を整備することにより、報告の負担のために従来本事業への参加を躊躇しておられた医療機関の皆様の新規のご参加も期待しております。今後とも本事業が我が国の医療事故防止、医療安全の推進に資するよう、報告書や年報の内容充実と、一層有効な情報提供に取り組んでまいりますので、皆様のご理解とご協力を心よりお願い申し上げます。

I

医療事故情報収集等事業の概要

I 医療事故情報収集等事業の概要

本事業は、医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の収集を基盤として、日々進歩する医療における安全文化の醸成を図るよう取り組んでいる。

本事業は、医療事故情報収集・分析・提供事業とヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の2つの事業より構成されており、以下にそれぞれの事業の概要と運営体制を述べる。

1 経緯

【1】ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の経緯

厚生労働省は、2001年10月から、ヒヤリ・ハット事例を収集・分析し、その改善方策等医療安全に資する情報を提供する「医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例収集事業）」を開始した。事業開始当初、医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構（現（独）医薬品医療機器総合機構）が参加医療機関からヒヤリ・ハット事例を収集したのち厚生労働省へ報告し、厚生労働省の研究班が集計・分析を行う枠組みとなっていた。この枠組みに従ってヒヤリ・ハット事例収集が行われ、厚生労働省より集計結果の概要を公表する等、収集したヒヤリ・ハット事例に基づく情報提供が行われた。^{（注1）}

2004年度からは、本財団が医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構（現（独）医薬品医療機器総合機構）よりヒヤリ・ハット事例収集事業を引き継ぎ、ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業を行ってきた。集計・分析結果は、本事業のホームページにおいて公表している。^{（注2）}

【2】医療事故情報収集・分析・提供事業の経緯

2002年4月、厚生労働省が設置した医療安全対策検討会議が「医療安全推進総合対策」^{（注3）}を取りまとめ公表した。同報告書は、2001年10月から開始された医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例収集事業）に関し、「事例分析的な内容については、今後より多くの施設から、よりの確な原因の分析・検討結果と改善方策の分析・検討結果を収集する体制を検討する必要がある。」と述べるとともに、医療事故事例に関してもその収集・分析による活用や強制的な調査・報告の制度化を求める意見を紹介しつつ、医療事故の報告に伴う法的な問題も含めてさらに検討する必要があると述べた。

（注1）厚生労働省ホームページ「医療安全対策」（http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/i-anzen/index.html）参照。

（注2）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ホームページ（<http://www.med-safe.jp/>）参照。

（注3）「医療安全推進総合対策」では、『医療機関における安全対策』、『医薬品・医療用具等にかかわる安全向上』、『医療安全に関する教育研修』、『医療安全を推進するための環境整備等』を取り組むべき課題として提言がなされた。

厚生労働省ホームページ（医療安全対策のページにおける「3 医療安全推進総合対策」の報告書）のページ（<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/houkoku/index.html>）参照。

その後、厚生労働省が平成16年9月21日付で医療法施行規則の一部を改正する省令^(注1)を公布し、特定機能病院などに対して医療事故の報告を義務付けた。本財団は、同年10月1日付厚生労働省告示第三百七十二号を受け（同年9月30日登録）、当該省令に定める事故等分析事業を行う登録分析機関となり、医療事故情報収集・分析・提供事業を開始した。その後、本財団は5年毎に必要とされている医療法施行規則第十二条の五に基づく登録分析機関として、2009年に2期目の登録更新、2014年に3期目の登録更新を行った。

【3】本財団における事業の経緯

2004年7月1日、本財団内に医療事故防止センター（現 医療事故防止事業部）を付設し、2004年10月7日、法令に基づく医療事故情報の収集を開始した。当事業部では、ヒヤリ・ハット事例、医療事故情報を併せて総合的に分析し、当事業部の運営委員会^(注2)の方針に基づいて、専門家より構成される総合評価部会^(注3)による取りまとめを経て報告書を作成している。また、2006年度からは特に周知すべき事例を医療安全情報として作成し、提供し、2010年度からは、より具体的な個別テーマの分析を開始し、報告書に掲載している。

また、2008年より、医療機関の報告の負担を軽減し、これまで以上に報告しやすい環境を整備するとともに、医療安全推進に必要な情報の収集は引き続き行っていく観点から、本事業の運営委員会や総合評価部会において報告体制の見直しが検討された。その内容を具体化し、2010年より、インターネットを活用した医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の新たな収集方式および情報提供を開始した。

本財団は、報告書や医療安全情報を、本事業に参加している医療機関、関係団体、行政機関などに送付するとともに、本事業のホームページ^(注4)へ掲載することなどにより広く社会に公表している。

(注1) 厚生労働省令第133号。

(注2) 医療全般、安全対策などの有識者や一般有識者などで構成され、当事業部の活動方針の検討及び活動内容の評価などを行っている。

(注3) 各分野からの専門家などで構成され、報告書を総合的に評価・検討している。また、分析手法や方法などに関する技術的支援も行っている。

(注4) 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ホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) 参照。

2 医療事故情報収集・分析・提供事業の概要

【1】事業の目的

報告義務対象医療機関並びに医療事故情報収集・分析・提供事業に参加を希望する参加登録申請医療機関から報告された医療事故情報などを、収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的とする。

【2】医療事故情報の収集

(1) 対象医療機関^(注1)

対象医療機関は、次に掲げる報告義務対象医療機関と参加登録申請医療機関である。

i) 報告義務対象医療機関^(注2)

- ① 国立高度研究開発法人及び国立ハンセン病療養所
- ② 独立行政法人国立病院機構の開設する病院
- ③ 学校教育法に基づく大学の附属施設である病院（病院分院を除く）
- ④ 特定機能病院

ii) 参加登録申請医療機関

報告義務対象医療機関以外の医療事故情報収集・分析・提供事業に参加を希望する医療機関

(2) 医療事故情報として報告していただく情報

報告の対象となる医療事故情報は次の通りである。

- ① 誤った医療また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、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 誤った医療また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 ①及び②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。

(注1) 対象医療機関は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ホームページ「参加登録医療機関一覧」(<http://www.med-safe.jp/contents/register/index.html>) 参照。

(注2) 国立高度研究開発法人、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構の開設する病院、学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学の附属施設である病院（病院分院を除く）、特定機能病院に対して、厚生労働省は平成16年9月21日付で医療法施行規則の一部を改正する省令（平成16年厚生労働省令第133号）を公布し、医療事故情報の報告を義務付けた。

医療事故情報は、「発生年月及び発生時間帯」「事故の程度」「事故の概要」「患者の数、患者の年齢及び性別」「事故の内容、背景・要因、改善策」等、28項目の情報の報告を行う。また、報告は当該事故が発生した日若しくは事故の発生を認識した日から原則として二週間以内に行わなければならない。

また、以下の①～⑧の項目を医療事故情報収集等事業要綱 第十四条の2^(注1)に基づき、「特に報告を求める事例」と定めている。

- ① 汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故
- ② 院内感染による死亡や障害
- ③ 患者の自殺又は自殺企図
- ④ 入院患者の失踪
- ⑤ 患者の熱傷
- ⑥ 患者の感電
- ⑦ 医療施設内の火災による患者の死亡や障害
- ⑧ 間違った保護者の許への新生児の引渡し

(3) 報告方法

報告はインターネット回線（SSL暗号化通信方式）を通じ、Web上の専用報告画面を用いて行う。報告方法は、Web上の報告画面に直接入力し報告する方法と、指定フォーマット（XMLファイル）を作成し報告する方法とがある。直接入力する方法は、チェックボックスやプルダウンリストから該当する項目を選択して回答する選択形式と、記述欄に文字入力する記述形式がある^(注2)。

【3】医療事故情報の分析・提供

(1) 集計・分析

公益財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部において行っている。

(2) 集計・分析結果の公表

本事業の報告書及びホームページ^(注3)を通じて、関係者や国民に情報提供している。

(注1) 医療事故情報収集等事業要綱 第十四条の2 当事業部は、前項の各号に規定する事故の範囲に該当する事例に関する情報を適切に収集するために、必要な報告項目を定めることができる。

(注2) 「報告入力項目（医療事故情報）」は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ホームページ「関連文書」(http://www.med-safe.jp/pdf/accident_input_item.pdf) 参照。

(注3) 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ホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) 参照。

3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の概要

【1】事業の目的

参加を希望した医療機関から報告されたヒヤリ・ハット事例を収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的とする。

【2】ヒヤリ・ハット事例の収集

（1）対象医療機関^{（注）}

対象医療機関は、ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加を希望する医療機関である。ヒヤリ・ハット事例には「発生件数情報」と「事例情報」の2種類の情報がある。

i) 「発生件数情報」を報告する医療機関（参加医療機関）

ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加を希望する全ての医療機関である。

ii) 「事例情報」を報告する医療機関（事例情報報告参加医療機関）

ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加を希望する医療機関のうち、事例報告を希望する医療機関である。

（2）ヒヤリ・ハット事例として報告していただく情報の範囲

i) ヒヤリ・ハット事例の定義

- ① 医療に誤りがあったが、患者に実施される前に発見された事例。
- ② 誤った医療が実施されたが、患者への影響が認められなかった事例または軽微な処置・治療を要した事例。ただし、軽微な処置・治療とは、消毒、湿布、鎮痛剤投与等とする。
- ③ 誤った医療が実施されたが、患者への影響が不明な事例。

ii) 報告内容

① 「発生件数情報」の報告

発生件数情報は、ヒヤリ・ハット事例を「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」といった事例の概要で分類する。同時に、まず、誤った医療行為の実施の有無を分け、さらに誤った医療行為の実施がなかった場合、もしその医療行為が実施されていたら、患者にどのような影響を及ぼしたか、といった影響度で分類し（発生件数情報入力画面参照）、それぞれの分類に該当する件数を報告する。

発生件数情報の報告期間は、各四半期（1～3、4～6、7～9、10～12月）の翌月初めから月末としている。

（注）対象医療機関は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ホームページ「参加登録医療機関一覧」（<http://www.med-safe.jp/contents/register/index.html>）参照。

【発生件数情報入力画面】

項 目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合 計
	実施なし				
	影響度				
	当該事例の内容が仮に実施された場合				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(1) 薬剤	件	件	件	件	件
(2) 輸血	件	件	件	件	件
(3) 治療・処置	件	件	件	件	件
(4) 医療機器等	件	件	件	件	件
(5) ドレーン・チューブ	件	件	件	件	件
(6) 検査	件	件	件	件	件
(7) 療養上の世話	件	件	件	件	件
(8) その他	件	件	件	件	件
合 計	件	件	件	件	件
再 掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	件	件	件	件	件
【2】薬剤に由来する事例	件	件	件	件	件
【3】医療機器等に由来する事例	件	件	件	件	件
【4】今期のテーマ	件	件	件	件	件

注)「【4】今期のテーマ」とは、収集期間ごとに定められたテーマに該当する事例のことである。

② 「事例情報」の報告

事例情報は次の i ～ v に該当する事例の情報（【発生件数情報入力画面】実線囲み部分）を収集する。

- i 当該事例の内容が仮に実施された場合、死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる事例
- ii 薬剤の名称や形状に関連する事例
- iii 薬剤に由来する事例
- iv 医療機器等に由来する事例
- v 収集期間ごとに定められたテーマに該当する事例

なお、2015年のテーマは「インスリンに関連したヒヤリ・ハット事例」である。

事例情報は「発生年月及び発生時間帯」「事例の概要」「医療の実施の有無」「事例の治療の程度または影響度」「発生場所」「患者の数、患者の年齢及び性別」「事例の内容、背景・要因、改善策」等、24項目の情報の報告を行う。

事例情報の報告期限は、事例が発生した日もしくは事例の発生を認識した日から1ヶ月としている。

(3) 報告方法

報告はインターネット回線（SSL暗号化通信方式）を通じ、Web上の専用報告画面を用いて行う。

i) 「発生件数情報」の報告

Web上の報告画面に発生件数を直接入力する。

ii) 「事例情報」の報告^(注1)

Web上の報告画面に直接入力し報告する方法と、指定フォーマット（XMLファイル）を作成し報告する方法とがある。直接入力する方法は、チェックボックスやプルダウンリストから該当する項目を選択して回答する選択形式と、記述欄に文字入力する記述形式である。

【3】ヒヤリ・ハット事例の分析・提供

(1) 集計・分析

公益財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部において行っている。

(2) 集計・分析結果の提供

本事業の報告書及びホームページ^(注2)を通じて、関係者や国民に情報提供している。

(注1) 「報告入力項目（ヒヤリ・ハット事例）」は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ホームページ「関連文書」(http://www.med-safe.jp/pdf/hiyarihatto_input_item.pdf) 参照。

(注2) 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ホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) 参照。

4 医療事故情報収集等事業の運営体制

医療事故情報を収集する第三者機関としての中立性・公平性を担保し、事業の円滑な運営を図るために以下の委員会や専門家部会、事業部を設置している。

【1】運営委員会

医療全般、安全対策などの医療専門職や一般有識者など16名（2015年12月31日現在）^{（注1）}で構成し、当事業部の活動方針の検討及び活動内容の評価を行う。本財団の寄附行為に定める小委員会として設置している。

【2】専門家部門

（1）総合評価部会

医療安全や安全対策などの専門家など12名（2015年12月31日現在）^{（注2）}で構成し、後述の「専門分析班」が作成した報告書（案）及び医療安全情報（案）を総合的に評価、検討する。また、分析手法や方法等に関する技術的支援も行う。

（2）専門分析班

医療安全に関わる医療専門職、安全管理の専門家など28名（2015年12月31日現在）^{（注3）}で構成し、報告事例の確認・分析などを行い、報告書（案）及び医療安全情報（案）を作成する。また、必要に応じて、分析に必要な情報の収集や現地状況確認調査を実施する。

【3】医療事故防止事業部

日本医療機能評価機構の医療事故防止事業部が、医療事故情報収集等事業を運営している。同部には、医療専門資格を有する職員及び客員研究員等を配置し、医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例の受付や医療安全に有用な情報の収集、本事業の報告書や医療安全情報の作成及び公表等を行う。また、必要に応じて専門分析班員と共に現地状況確認調査を行い、追加情報の収集等を行う。

【4】分析・提供体制

報告された一次情報を取り扱うのは、当事業部の守秘義務規程の対象となる職員・客員研究員・専門分析班員である。一次情報は職員等によって匿名化され、専門分析班による分析に供される。

専門分析班は必要に応じて、追加情報の収集や先行研究の調査、事象に関して先進的な取り組みを行っている医療機関の実践の確認等を行う。これらの情報を総合して分析した結果を専門分析班が報告書（案）及び医療安全情報（案）として取りまとめ、総合評価部会へ提出する。総合評価部会は提出された報告書（案）等を専門的な見地から検討し、報告書・医療安全情報として取りまとめて、本財団から広く社会に公表する。

（注1）資料3「医療事故防止事業部 運営委員会名簿」参照。

（注2）資料4「医療事故情報収集等事業 総合評価部会名簿」参照。

（注3）資料5「医療事故情報収集等事業 専門分析班名簿」参照。

I

1	【1】
1	【2】
1	【3】
2	【1】
2	【2】
2	【3】
2	【4】
3	【1】
3	【2】
3	【3】
4	【1】
4	【2】
4	【3】
4	【4】

II

報告の現況

Ⅱ 報告の現況

1 医療事故情報収集等事業の現況

医療事故情報収集等事業は、医療事故情報収集・分析・提供事業とヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の2つの事業により構成されている。

2015年12月31日現在、それぞれの事業に参加している医療機関は以下の通りである。

図表Ⅱ-1-1 (YI-01)^(注) 参加登録医療機関の登録状況

登録状況			ヒヤリ・ハット事業						合計	
			参加する				参加しない			
			発生件数と事例情報		発生件数のみ					
医療事故事業	義務	参加する	125	477	81	293	69	248	275	1,018
	任意	参加する	352		212		179		743	
			参加しない	166		242				408
合計			643		535		248		1,426	
			1,178							

※第44回報告書参照

各事業の報告の現況を、2 医療事故情報収集・分析・提供事業、3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に示す。

(注) 各図表番号に併記される () 内の番号はWeb上に掲載している同図表の番号を示す。

2 医療事故情報収集・分析・提供事業

2015年12月31日現在、医療事故情報収集・分析・提供事業の登録医療機関、報告件数は次の通りである。

【1】登録医療機関

（1）報告義務対象医療機関数及び参加登録申請医療機関数

2015年12月31日現在、医療事故情報収集・分析・提供事業に参加している医療機関数は以下の通りである。なお、医療機関数の増減の理由には、新規の開設や閉院、統廃合の他に、開設者区分の変更も含まれる。

図表Ⅱ-2-1 (YA-01) 報告義務対象医療機関数及び参加登録申請医療機関数

開設者		報告義務対象 医療機関 (注1)	参加登録申請 医療機関 (注2)
国	国立大学法人等	45	1
	独立行政法人国立病院機構	143	0
	国立研究開発法人	8	0
	国立ハンセン病療養所	13	0
	独立行政法人労働者健康福祉機構	0	31
	独立行政法人地域医療機能推進機構	0	40
	その他の国の機関	0	0
自治体	都道府県	2	18
	市町村	0	81
	公立大学法人	9	2
	地方独立行政法人	1	22
自治体以外の公的 医療機関の開設者	日本赤十字社	0	56
	恩賜財団済生会	0	19
	北海道社会事業協会	0	1
	厚生農業協同組合連合会	0	18
	国民健康保険団体連合会	0	1
	健康保険組合及びその連合会	0	1
	共済組合及びその連合会	0	10
	国民健康保険組合	0	0
法人	学校法人	53	13
	医療法人	0	302
	公益法人	1	45
	会社	0	12
	その他の法人	0	28
個 人		0	42
合 計		275	743

(注1) 報告義務対象医療機関(275施設)の内訳は以下の通りである。

- | | | | |
|---------------------------------|-------|----------------------------|-------|
| ①国立研究開発法人及び国立ハンセン病療養所 | 21施設 | ②独立行政法人国立病院機構の開設する病院 | 143施設 |
| ③学校教育法に基づく大学の附属施設である病院(病院分院を除く) | 107施設 | ④特定機能病院(上記①～③と重複している施設も含む) | 84施設 |

(注2) 参加登録申請医療機関とは、報告義務対象医療機関以外に任意で本事業に参加している医療機関である。

（2）参加登録申請医療機関数の推移

2015年1月1日から同年12月31日までの参加登録申請医療機関数の推移は以下の通りである。

図表Ⅱ - 2 - 2 （YA-02） 参加登録申請医療機関数の推移

	2015 年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
新規登録 医療機関数	4	3	4	4	2	3	1	2	2	0	3	1
登録取下げ 医療機関数	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1
累 計	722	725	729	733	735	737	737	739	741	740	743	743

【2】報告件数

（1）月別報告件数

2015年1月1日から同年12月31日までの報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関の月別報告件数は以下の通りである。

図表Ⅱ-2-3 (YA-03) 報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関の月別報告件数

	2015年												合計
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
報告義務対象医療機関報告数	277	303	352	257	223	291	290	303	253	288	242	295	3,374
参加登録申請医療機関報告数	43	23	22	37	11	17	35	28	14	5	23	22	280
報告義務対象医療機関数	275	275	275	275	275	275	275	275	275	275	275	275	—
参加登録申請医療機関数	722	725	729	733	735	737	737	739	741	740	743	743	—

（2）医療事故情報の報告状況

① 報告義務対象医療機関の報告状況

報告義務対象医療機関の2015年1月1日から同年12月31日までの報告医療機関数及び報告件数を図表Ⅱ-2-4に、事業開始からの報告件数を開設者別に集計したものを図表Ⅱ-2-5に、病床規模別に集計したものを図表Ⅱ-2-6に、地域別に集計したものを図表Ⅱ-2-7に示す。また、同期間内における報告医療機関数を報告件数別に集計したものを図表Ⅱ-2-8に示す。なお、報告義務対象医療機関については、集計期間中に特定機能病院の認定や医療機関の廃止等の変更が行われることがあるため、医療機関数等の数値が他の図表と一致しない場合がある。2015年12月31日現在、報告義務対象医療機関は275施設、病床数合計は141,373床である。

図表Ⅱ-2-4 (YA-04) 開設者別報告義務対象医療機関の報告医療機関数及び報告件数

開設者		医療機関数 ※ 2015年 12月31日現在	報告医療機関数	報告件数
			2015年 1月～12月	2015年 1月～12月
国	国立大学法人等	45	45	934
	独立行政法人国立病院機構	143	131	1,374
	国立研究開発法人	8	7	116
	国立ハンセン病療養所	13	9	61
自治体	都道府県	12	11	304
	市町村			
	公立大学法人			
	地方独立行政法人			
法人	学校法人	53	39	576
	公益法人	1	1	9
合 計		275	243	3,374

図表Ⅱ - 2 - 5 (QA-05) 報告義務対象医療機関の報告件数(累計)

開設者		報告件数
		2004年10月～ 2015年12月
国	国立大学法人等	5,451
	独立行政法人国立病院機構	9,913
	国立研究開発法人	948
	国立ハンセン病療養所	269
自治体	都道府県	1,509
	市町村	
	公立大学法人	
	地方独立行政法人	
法人	学校法人	5,301
	公益法人	36
合 計		23,427

図表Ⅱ - 2 - 6 (YA-05) 病床規模別報告義務対象医療機関の報告医療機関数及び報告件数

病床数	医療機関数 ※ 2015 年 12 月 31 日現在	報告医療機関数	報告件数
		2015 年 1 月～ 12 月	2015 年 1 月～ 12 月
0 ～ 19 床	0	0	0
20 ～ 49 床	14	5	8
50 ～ 99 床	5	3	8
100 ～ 149 床	8	4	27
150 ～ 199 床	7	4	15
200 ～ 249 床	16	13	76
250 ～ 299 床	16	13	90
300 ～ 349 床	27	26	173
350 ～ 399 床	17	16	219
400 ～ 449 床	27	26	281
450 ～ 499 床	19	18	291
500 ～ 549 床	9	9	71
550 ～ 599 床	9	9	175
600 ～ 649 床	26	24	439
650 ～ 699 床	8	8	177
700 ～ 749 床	11	11	260
750 ～ 799 床	3	3	16
800 ～ 849 床	12	12	359
850 ～ 899 床	4	3	85
900 ～ 999 床	11	11	172
1000 床以上	26	25	432
合 計	275	243	3,374

図表Ⅱ - 2 - 7 (YA-06) 地域別報告義務対象医療機関の報告医療機関数及び報告件数

地域	医療機関数 ※ 2015 年 12 月 31 日現在	報告医療機関数	報告件数
		2015 年 1 月～ 12 月	2015 年 1 月～ 12 月
北海道	10	8	62
東北	25	22	149
関東甲信越	86	75	1,054
東海北陸	38	35	576
近畿	35	28	366
中国四国	35	35	613
九州沖縄	46	40	554
合 計	275	243	3,374

図表Ⅱ - 2 - 8 (YA-07) 報告件数別報告義務対象医療機関数

報告件数	報告医療機関数
	※ 2015 年 12 月 31 日現在
0	32
1	17
2	20
3	12
4	17
5	16
6	13
7	14
8	11
9	12
10	10
11～20	52
21～30	17
31～40	13
41～50	12
51～100	6
101～150	1
151～200	0
200 以上	0
合 計	275

Ⅱ

1

2【1】

2【2】

2【3】

3【1】

3【2】

3【3】

3【4】

② 参加登録申請医療機関の報告状況

2015年12月31日現在の参加登録申請医療機関の2015年1月1日から同年12月31日までの報告医療機関数及び報告件数を図表Ⅱ-2-9に、事業開始からの報告件数を開設者別に集計したものを図表Ⅱ-2-10に示す。

図表Ⅱ-2-9 (YA-08) 参加登録申請医療機関の報告医療機関数及び報告件数

開設者	医療機関数 2015年 12月31日現在	報告医療機関数	報告件数
		2015年 1月～12月	2015年 1月～12月
国	72	12	48
自治体	123	27	90
公的医療機関	106	12	30
法人	400	45	112
個人	42	0	0
合計	743	96	280

図表Ⅱ-2-10 (QA-10) 参加登録申請医療機関の報告件数（累計）

開設者	報告件数
	2004年10月～2015年12月
国	121
自治体	652
公的医療機関	752
法人	1,350
個人	6
合計	2,881

【3】参加登録医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）

本事業のホームページでは、3種類の集計情報を公表している。

<http://www.med-safe.jp/contents/report/html/StatisticsMenu.html>

- 報告義務対象医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）
四半期毎に公表している報告書と同じ集計である。
- 報告義務対象医療機関からの報告の内容（発生月に基づいた集計）
- 参加登録医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）

2015年1月1日から同年12月31日までに参加登録医療機関（報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関）からの医療事故情報の報告は以下の通りである。なお、各表は、医療事故情報報告入力項目^(注)を集計したものである。

図表Ⅱ-2-11（YA-28-C）当事者職種

当事者職種	件数
医師	2,169
歯科医師	63
看護師	2,268
准看護師	25
薬剤師	24
臨床工学技士	21
助産師	13
看護助手	21
診療放射線技師	35
臨床検査技師	22
管理栄養士	0
栄養士	1
調理師・調理従事者	0
理学療法士（PT）	24
作業療法士（OT）	11
言語聴覚士（ST）	2
衛生検査技師	0
歯科衛生士	0
歯科技工士	0
その他	52
合計	4,751

※当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

(注)「報告入力項目（医療事故情報）」は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ホームページ「関連文書」(http://www.med-safe.jp/pdf/accident_input_item.pdf) 参照。

Ⅱ 報告の現況

医療事故情報収集等事業

2 医療事故情報収集・分析・提供事業

平成27年年報

【3】参加登録医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）

図表Ⅱ - 2 - 1 2 （YA-29-C） 当事者職種経験

当事者職種経験	医師	歯科医師	看護師	准看護師	薬剤師	臨床工学技士	助産師	看護助手	診療放射線技師	臨床検査技師
0年	23	2	146	0	4	0	1	1	4	3
1年	40	7	205	0	3	2	3	2	1	2
2年	111	5	181	0	3	2	0	2	4	0
3年	100	1	166	1	0	0	2	0	0	1
4年	97	6	125	0	0	0	1	1	1	0
5年	123	1	106	0	0	1	0	2	2	0
6年	95	1	99	0	1	1	1	1	1	1
7年	105	4	94	0	2	1	0	1	0	0
8年	87	3	83	0	1	1	0	0	2	1
9年	95	4	86	0	1	0	2	0	0	0
10年	106	3	106	1	2	5	0	3	6	0
11年	88	1	55	0	0	2	0	0	2	0
12年	105	4	46	0	0	0	0	3	0	1
13年	100	1	51	0	2	1	0	1	0	2
14年	91	0	49	1	0	0	0	0	1	0
15年	87	3	55	0	2	0	0	0	2	0
16年	59	4	34	0	1	1	0	1	1	0
17年	77	3	36	0	0	0	0	0	2	2
18年	49	0	34	0	0	0	1	0	0	0
19年	50	1	30	1	1	0	0	0	0	0
20年	85	1	65	2	0	0	0	1	0	0
21年	49	1	36	2	0	0	0	0	0	2
22年	51	1	25	0	0	1	0	0	1	0
23年	37	0	31	0	0	0	0	0	2	0
24年	30	1	31	0	0	0	0	0	0	1
25年	41	0	46	2	0	1	0	0	1	0
26年	25	1	33	2	0	0	0	0	1	0
27年	29	1	31	3	0	0	1	1	0	1
28年	12	0	25	1	1	0	0	1	0	0
29年	16	1	28	1	0	0	0	0	0	1
30年	25	0	48	3	0	0	0	0	0	0
31年	14	0	7	1	0	1	0	0	0	0
32年	15	0	10	0	0	0	0	0	0	0
33年	15	0	15	0	0	1	1	0	0	2
34年	16	0	12	0	0	0	0	0	0	1
35年	5	0	12	1	0	0	0	0	1	0
36年	3	0	11	0	0	0	0	0	0	0
37年	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0
38年	5	1	7	0	0	0	0	0	0	1
39年	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
40年超	6	1	5	1	0	0	0	0	0	0
合 計	2,169	63	2,268	25	24	21	13	21	35	22

※当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

管理栄養士	栄養士	調理師・ 調理従事者	理学療法士 (PT)	作業療法士 (OT)	言語聴覚士 (ST)	衛生検査 技師	歯科衛生士	歯科技工士	その他	合 計
0	0	0	1	1	0	0	0	0	5	191
0	0	0	3	0	0	0	0	0	2	270
0	1	0	4	0	1	0	0	0	8	322
0	0	0	3	1	0	0	0	0	5	280
0	0	0	1	3	0	0	0	0	2	237
0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	238
0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	206
0	0	0	0	2	0	0	0	0	3	212
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	179
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	190
0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	235
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	150
0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	163
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	159
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	144
0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	154
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	103
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	122
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	84
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	84
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	156
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	90
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	80
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	71
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	63
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	91
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	62
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	67
0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	42
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	48
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	77
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	24
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	15
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	14
0	1	0	24	11	2	0	0	0	52	4,751

Ⅱ 報告の現況

医療事故情報収集等事業

2 医療事故情報収集・分析・提供事業

平成27年年報

【3】参加登録医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）

図表Ⅱ - 2 - 1 3 （YA-30-C） 当事者部署配属期間

当事者部署配属期間	医師	歯科医師	看護師	准看護師	薬剤師	臨床工学 技士	助産師	看護助手	診療放射線 技師	臨床検査 技師
0年	496	12	554	3	9	1	2	4	8	6
1年	287	14	469	2	2	4	3	4	1	2
2年	220	4	371	2	3	2	0	7	6	1
3年	199	9	267	3	2	1	2	2	2	1
4年	127	1	166	4	1	1	1	1	0	0
5年	129	2	130	2	0	2	0	1	3	0
6年	97	2	93	2	1	3	1	0	1	1
7年	79	2	58	3	1	2	0	1	2	0
8年	92	3	41	0	1	1	0	0	1	0
9年	54	2	29	0	0	1	2	0	1	0
10年	98	3	32	0	0	0	0	0	3	1
11年	48	0	12	0	0	0	0	1	0	1
12年	27	1	8	1	0	0	0	0	0	1
13年	33	0	3	1	1	0	0	0	0	1
14年	29	1	5	0	0	0	0	0	0	0
15年	26	1	2	0	2	0	0	0	1	0
16年	20	1	5	0	1	0	1	0	0	0
17年	23	2	3	0	0	0	0	0	1	1
18年	16	0	3	1	0	0	1	0	0	0
19年	6	0	2	0	0	0	0	0	0	0
20年	14	0	4	0	0	0	0	0	0	0
21年	4	0	1	0	0	1	0	0	0	2
22年	7	0	1	0	0	0	0	0	1	0
23年	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0
24年	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0
25年	5	1	2	0	0	0	0	0	1	0
26年	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0
27年	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1
28年	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
29年	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1
30年	6	0	1	0	0	0	0	0	0	0
31年	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0
32年	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
33年	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
34年	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
35年	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1
36年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39年	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
40年超	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	2,169	63	2,268	25	24	21	13	21	35	22

※当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

管理栄養士	栄養士	調理師・ 調理従事者	理学療法士 (PT)	作業療法士 (OT)	言語聴覚士 (ST)	衛生検査 技師	歯科衛生士	歯科技工士	その他	合 計
0	0	0	3	3	0	0	0	0	11	1,112
0	0	0	6	1	0	0	0	0	7	802
0	1	0	3	1	1	0	0	0	9	631
0	0	0	2	2	0	0	0	0	6	498
0	0	0	1	1	1	0	0	0	5	310
0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	272
0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	205
0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	151
0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	141
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	91
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	139
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	62
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	39
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	40
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	36
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	32
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	19
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	1	0	24	11	2	0	0	0	52	4,751

Ⅱ 報告の現況

2 医療事故情報収集・分析・提供事業

【3】参加登録医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）

医療事故情報収集等事業

平成27年年報

図表Ⅱ - 2 - 1 4 （YA-35-C） 事故の概要

事故の概要	件数	%
薬剤	260	7.1
輸血	10	0.3
治療・処置	1,109	30.4
医療機器等	66	1.8
ドレーン・チューブ	260	7.1
検査	168	4.6
療養上の世話	1,301	35.6
その他	480	13.1
合 計	3,654	100.0

※割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

図表Ⅱ - 2 - 1 5 （YA-37-C） 事故の程度

事故の程度	件数	%
死亡	352	9.6
障害残存の可能性がある（高い）	362	9.9
障害残存の可能性がある（低い）	1,030	28.2
障害残存の可能性なし	985	27.0
障害なし	769	21.0
不明	156	4.3
合 計	3,654	100.0

※事故の発生及び事故の過失の有無と事故の程度とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

※「不明」には、報告期日（2週間以内）までに患者の転帰が確定していない事例が含まれる。

※割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

図表Ⅱ - 2 - 16 (YA-40-C) 関連診療科

関連診療科	件数	%
内科	265	5.8
麻酔科	132	2.9
循環器内科	249	5.5
神経科	115	2.5
呼吸器内科	246	5.4
消化器科	301	6.6
血液内科	65	1.4
循環器外科	38	0.8
アレルギー科	5	0.1
リウマチ科	20	0.4
小児科	222	4.9
外科	352	7.8
整形外科	566	12.5
形成外科	41	0.9
美容外科	0	0
脳神経外科	220	4.8
呼吸器外科	69	1.5
心臓血管外科	165	3.6
小児外科	39	0.9
ペインクリニック	1	0
皮膚科	55	1.2
泌尿器科	136	3.0
性病科	0	0
肛門科	1	0
産婦人科	81	1.8
産科	19	0.4
婦人科	47	1.0
眼科	60	1.3
耳鼻咽喉科	87	1.9
心療内科	3	0.1
精神科	250	5.5
リハビリテーション科	37	0.8
放射線科	75	1.7
歯科	15	0.3
矯正歯科	1	0
小児歯科	0	0
歯科口腔外科	59	1.3
不明	6	0.1
その他	494	10.9
合 計	4,537	100.0

※関連診療科は複数回答が可能である。

※割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

Ⅱ 報告の現況

2 医療事故情報収集・分析・提供事業

【3】参加登録医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）

医療事故情報収集等事業

平成27年年報

図表Ⅱ - 2- 1 7 （YA-41-C） 発生要因

発生要因	件数	%
当事者の行動に関わる要因	4,412	45.6
確認を怠った	1,163	12.0
観察を怠った	1,003	10.4
報告が遅れた（怠った）	109	1.1
記録などに不備があった	100	1.0
連携ができていなかった	553	5.7
患者への説明が不十分であった（怠った）	520	5.4
判断を誤った	964	10.0
ヒューマンファクター	1,808	18.7
知識が不足していた	478	4.9
技術・手技が未熟だった	530	5.5
勤務状況が繁忙だった	370	3.8
通常とは異なる身体的条件下にあった	63	0.7
通常とは異なる心理的条件下にあった	116	1.2
その他	251	2.6
環境・設備機器	1,754	18.0
コンピュータシステム	59	0.6
医薬品	101	1.0
医療機器	139	1.4
施設・設備	157	1.6
諸物品	109	1.1
患者側	1,069	11.1
その他	120	1.2
その他	1,698	17.5
教育・訓練	682	7.1
仕組み	166	1.7
ルールの不備	246	2.5
その他	604	6.2
合 計	9,672	100.0

※発生要因は複数回答が可能である。

※割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

図表Ⅱ - 2- 1 8 （YA-42-C） 特に報告を求める事例

特に報告を求める事例	件数	%
汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故	10	0.3
院内感染による死亡や障害	1	0
患者の自殺又は自殺企図	81	2.2
入院患者の失踪	8	0.2
患者の熱傷	37	1.0
患者の感電	0	0
医療施設内の火災による患者の死亡や障害	0	0
間違った保護者の許への新生児の引渡し	0	0
本事例は選択肢には該当しない	3,517	96.3
合 計	3,654	100.0

※割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

図表Ⅱ - 2 - 19 (YA-64-C) 発生場面 × 事故の程度

発生場面×事故の程度	死亡	障害残存の 可能性がある (高い)	障害残存の 可能性がある (低い)	障害残存の 可能性なし	障害なし	不明	合計
薬剤に関する項目							
処方							
手書きによる処方箋の作成	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる処方箋の作成	2	3	9	8	13	1	36
口頭による処方指示	0	0	0	1	1	0	2
手書きによる処方の変更	0	0	0	1	0	0	1
オーダーリングによる処方の変更	0	0	0	0	2	1	3
口頭による処方の変更	0	0	0	0	0	0	0
その他の処方に関する場面	1	0	2	4	3	0	10
調剤							
内服薬調剤	2	1	0	1	0	1	5
注射薬調剤	0	1	1	1	3	0	6
血液製剤調剤	0	0	0	0	0	0	0
外用薬調剤	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤に関する場面	0	0	0	1	1	0	2
製剤管理							
内服薬製剤管理	0	1	0	0	0	0	1
注射薬製剤管理	0	0	0	0	2	0	2
血液製剤管理	0	0	0	0	0	0	0
外用薬製剤管理	0	0	0	0	0	0	0
その他の製剤管理に関する場面	0	0	0	0	1	0	1
与薬準備							
与薬準備	0	0	1	3	4	2	10
与薬							
皮下・筋肉注射	0	0	1	6	7	1	15
静脈注射	4	8	10	17	14	0	53
動脈注射	0	1	1	1	1	0	4
末梢静脈点滴	3	5	7	8	6	5	34
中心静脈注射	0	0	2	0	5	1	8
内服	1	2	5	14	17	4	43
外用	0	0	0	0	2	0	2
坐剤	0	0	0	0	3	0	3
吸入	0	0	0	0	0	1	1
点鼻・点耳・点眼	0	0	0	0	0	0	0
その他与薬に関する場面	1	2	3	3	7	2	18
輸血に関する項目							
処方							
手書きによる処方箋の作成	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる処方箋の作成	0	0	0	0	0	0	0
口頭による処方指示	0	0	0	0	1	0	1
手書きによる処方の変更	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる処方の変更	0	0	0	0	0	0	0
口頭による処方の変更	0	0	0	0	0	0	0
その他の処方に関する場面	0	0	0	0	0	0	0
輸血検査							
準備	0	0	0	0	1	0	1
実施	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血検査に関する場面	0	0	0	1	0	0	1
放射線照射							
準備	0	0	0	0	0	0	0
実施	0	0	0	0	0	0	0
その他の放射線照射に関する場面	0	0	0	0	0	0	0
輸血準備							
製剤の交付	0	0	0	1	1	0	2
その他の輸血準備に関する場面	0	0	0	0	0	0	0
輸血実施							
実施	0	0	1	0	3	1	5
その他の輸血実施に関する場面	0	0	0	0	0	0	0

Ⅱ 報告の現況

医療事故情報収集等事業

2 医療事故情報収集・分析・提供事業

平成27年報

【3】参加登録医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）

発生場面×事故の程度	死亡	障害残存の 可能性がある (高い)	障害残存の 可能性がある (低い)	障害残存の 可能性なし	障害なし	不明	合計
治療・処置に関する項目							
指示							
手書きによる指示の作成	0	0	0	3	1	1	5
オーダリングによる指示の作成	0	0	2	0	3	1	6
口頭による指示	0	1	2	1	0	0	4
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0
オーダリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する場面	0	5	24	18	0	1	48
管理							
管理	25	20	20	25	21	5	116
その他の管理に関する場面	7	4	5	2	1	0	19
準備							
準備	1	0	5	4	6	0	16
その他の準備に関する場面	0	0	0	0	0	1	1
実施							
実施	97	99	230	223	163	27	839
その他の治療・処置に関する場面	9	13	10	13	4	6	55
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目							
指示							
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0
オーダリングによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示	0	1	0	0	0	0	1
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0
オーダリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する場面	0	0	1	1	0	0	2
管理							
管理	1	0	0	2	6	1	10
準備							
準備	1	0	3	2	3	0	9
使用							
使用中	6	4	10	11	12	1	44
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目							
指示							
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0
オーダリングによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0
オーダリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	1	1
その他の指示に関する場面	0	0	5	1	1	0	7
管理							
管理	3	2	15	12	22	5	59
準備							
準備	0	0	1	0	1	0	2
使用							
使用中	12	12	38	69	58	2	191
検査に関する項目							
指示							
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0
オーダリングによる指示の作成	0	0	0	0	4	0	4
口頭による指示	0	0	0	0	1	0	1
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0
オーダリングによる指示の変更	0	0	0	0	1	0	1
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する場面	0	1	1	7	2	1	12
管理							
管理	3	4	4	4	5	4	24
準備							
準備	1	0	3	2	3	1	10
実施							
実施中	10	12	23	27	40	4	116

発生場面×事故の程度	死亡	障害残存の 可能性がある （高い）	障害残存の 可能性がある （低い）	障害残存の 可能性なし	障害なし	不明	合計
療養上の世話に関する項目							
計画又は指示							
手書きによる計画又は指示の作成	0	3	4	1	4	1	13
オーダーリングによる計画又は指示の作成	0	1	2	1	3	0	7
口頭による計画又は指示	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる計画又は指示の変更	0	0	0	0	1	0	1
オーダーリングによる計画又は指示の変更	0	0	0	0	0	0	0
口頭による計画又は指示の変更	0	0	0	0	0	0	0
その他の計画又は指示に関する場面	0	1	15	4	2	2	24
管理・準備・実施							
管理	45	53	253	194	136	24	705
準備	1	1	4	3	4	0	13
実施中	15	49	191	160	93	30	538
その他	101	52	116	124	70	17	480
合 計	352	362	1,030	985	769	156	3,654

※事故の発生及び事故の過失の有無と事故の程度とは必ずしも因果関係が認められるものではない。
※「不明」には、報告期日（2週間以内）までに患者の転帰が確定していない事例が含まれる。

Ⅱ

1

2【1】

2【2】

2【3】

3【1】

3【2】

3【3】

3【4】

Ⅱ 報告の現況

2 医療事故情報収集・分析・提供事業

【3】参加登録医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）

医療事故情報収集等事業

平成27年年報

図表Ⅱ - 2 - 20 (YA-65-C) 事故の内容 × 事故の程度

事故の内容×事故の程度	死亡	障害残存の 可能性がある (高い)	障害残存の 可能性がある (低い)	障害残存の 可能性なし	障害なし	不明	合計
薬剤に関する項目							
処方							
処方忘れ	0	1	3	1	0	0	5
処方遅延	0	0	0	0	0	0	0
処方量間違い	0	1	3	9	9	0	22
重複処方	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の処方	0	1	4	0	2	0	7
対象患者処方間違い	0	0	0	0	0	0	0
処方薬剤間違い	0	0	0	0	2	0	2
処方単位間違い	0	0	0	0	0	0	0
投与方法処方間違い	0	0	0	0	1	0	1
その他の処方に関する内容	3	0	3	4	6	3	19
調剤							
調剤忘れ	0	0	0	0	0	0	0
処方箋・注射箋鑑査間違い	0	0	0	0	0	0	0
秤量間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0
数量間違い	0	0	1	0	0	0	1
分包間違い	0	0	0	0	0	0	0
規格間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0
単位間違い調剤	0	1	0	1	0	0	2
薬剤取り違え調剤	0	0	0	0	1	0	1
説明文書の取り違え	0	0	0	0	0	0	0
交付患者間違い	0	0	0	0	0	0	0
薬剤・製剤の取り違え交付	0	0	0	0	1	0	1
期限切れ製剤の交付	0	0	0	0	2	0	2
その他の調剤に関する内容	1	0	0	0	0	1	2
製剤管理							
薬袋・ボトルの記載間違い	0	0	0	0	0	0	0
異物混入	0	0	0	0	0	0	0
細菌汚染	0	0	0	0	0	0	0
期限切れ製剤	0	0	0	0	1	0	1
その他の製剤管理に関する内容	0	0	0	0	2	0	2
与薬準備							
過剰与薬準備	0	0	0	2	0	0	2
過少与薬準備	0	0	0	0	0	0	0
与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0
重複与薬	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の与薬	0	0	0	0	1	0	1
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0
薬剤間違い	0	0	1	2	2	1	6
単位間違い	0	0	0	0	0	0	0
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	0
無投薬	0	0	0	0	0	2	2
混合間違い	0	0	0	0	0	0	0
その他の与薬準備に関する内容	0	0	0	3	1	1	5
与薬							
過剰投与	3	2	9	13	19	3	49
過少投与	0	0	1	1	0	0	2
投与時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0
重複投与	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の投与	0	3	2	0	2	0	7
投与速度速すぎ	0	0	2	3	2	1	8
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	1	0	6	5	2	14
薬剤間違い	2	2	1	5	10	1	21
単位間違い	0	0	0	1	0	0	1
投与方法間違い	0	1	1	3	7	1	13
無投薬	0	0	0	1	1	0	2
その他の与薬に関する内容	5	11	11	14	15	3	59

事故の内容×事故の程度	死亡	障害残存の 可能性がある (高い)	障害残存の 可能性がある (低い)	障害残存の 可能性なし	障害なし	不明	合計
輸血に関する項目							
指示出し							
指示出し忘れ	0	0	0	0	1	0	1
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0
指示量間違い	0	0	0	0	0	0	0
重複指示	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の指示	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0
指示薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0
指示単位間違い	0	0	0	0	0	0	0
投与方法指示間違い	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示出しに関する内容	0	0	0	0	0	0	0
輸血検査							
未実施	0	0	0	0	0	0	0
検体取り違い	0	0	0	0	0	0	0
判定間違い	0	0	0	0	0	0	0
結果記入・入力間違い	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血検査に関する内容	0	0	0	0	0	0	0
放射線照射							
未実施	0	0	0	0	0	0	0
過剰照射	0	0	0	0	0	0	0
過少照射	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0
製剤間違い	0	0	0	0	0	0	0
その他の放射線照射に関する内容	0	0	0	0	0	0	0
輸血管理							
薬袋・ボトルの記載間違い	0	0	0	0	0	0	0
異物混入	0	0	0	0	0	0	0
細菌汚染	0	0	0	0	1	0	1
期限切れ製剤	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血管理に関する内容	0	0	0	1	0	0	1
輸血準備							
過剰と薬準備	0	0	0	0	0	0	0
過少と薬準備	0	0	0	0	0	0	0
与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0
重複と薬	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の与薬	0	0	0	0	0	0	0
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	1	0	0	1
薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0
単位間違い	0	0	0	0	0	0	0
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	0
無投薬	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血準備に関する内容	0	0	0	0	1	0	1
輸血実施							
過剰投与	0	0	0	0	0	0	0
過少投与	0	0	0	0	0	0	0
投与時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0
重複投与	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の投与	0	0	0	0	0	0	0
投与速度速すぎ	0	0	0	0	1	0	1
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	2	1	3
薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0
単位間違い	0	0	0	0	0	0	0
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	0
無投薬	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血実施に関する内容	0	0	1	0	0	0	1

Ⅱ 報告の現況

2 医療事故情報収集・分析・提供事業

医療事故情報収集等事業

平成27年報

【3】参加登録医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）

事故の内容×事故の程度	死亡	障害残存の 可能性がある (高い)	障害残存の 可能性がある (低い)	障害残存の 可能性なし	障害なし	不明	合計
治療・処置に関する項目							
指示							
指示出し忘れ	0	0	2	1	0	1	4
指示遅延	0	0	1	0	0	0	1
対象患者指示間違い	0	0	0	0	1	0	1
治療・処置指示間違い	0	1	1	2	0	0	4
日程間違い	0	0	0	0	0	0	0
時間間違い	0	0	0	0	0	0	0
その他の治療・処置の指示に関する内容	1	2	1	3	3	1	11
管理							
治療・処置の管理	23	17	21	17	21	5	104
その他の治療・処置の管理に関する内容	9	12	8	7	2	0	38
準備							
医療材料取り違い	0	0	1	0	0	0	1
患者体位の誤り	0	1	1	1	1	0	4
消毒・清潔操作の誤り	0	0	1	0	0	0	1
その他の治療・処置の準備に関する内容	1	0	7	4	3	0	15
実施							
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0
部位取違い	1	5	11	14	8	0	39
方法（手技）の誤り	7	15	49	39	27	2	139
未実施・忘れ	0	0	3	3	1	1	8
中止・延期	0	0	1	1	1	0	3
日程・時間の誤り	0	0	0	0	0	0	0
順番の誤り	0	0	1	1	0	0	2
不必要行為の実施	0	0	2	3	7	0	12
誤嚥	2	3	0	2	0	1	8
誤飲	1	0	0	2	3	0	6
異物の体内残存	1	2	20	16	31	3	73
診察・治療・処置等その他の取違い	0	1	1	2	1	1	6
その他の治療・処置の実施に関する内容	93	83	166	171	89	27	629
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目							
指示							
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0
使用方法指示間違い	0	0	0	0	0	0	0
その他の医療機器等・医療材料の使用に関する内容	0	1	0	1	0	0	2
管理							
保守・点検不良	0	0	0	0	0	0	0
保守・点検忘れ	0	0	0	0	0	0	0
使用中の点検・管理ミス	4	0	0	1	2	1	8
破損	0	0	0	0	1	0	1
その他の医療機器等・医療材料の管理に関する内容	1	0	0	2	0	0	3
準備							
組み立て	0	0	0	0	1	0	1
設定条件間違い	0	0	0	0	0	0	0
設定忘れ	0	0	1	1	0	0	2
電源入れ忘れ	1	0	0	0	1	0	2
警報設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0
警報設定範囲間違い	0	0	0	0	0	0	0
便宜上の警報解除後の再設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0
消毒・清潔操作の誤り	0	0	0	0	0	0	0
使用前の点検・管理ミス	0	0	1	0	3	0	4
破損	0	0	0	0	0	0	0
その他の医療機器等・医療材料の準備に関する内容	0	0	1	1	0	0	2

事故の内容×事故の程度	死亡	障害残存の 可能性がある (高い)	障害残存の 可能性がある (低い)	障害残存の 可能性なし	障害なし	不明	合計
使用							
医療機器等・医療材料の不適切使用	0	2	3	2	7	0	14
誤作動	0	0	0	0	0	0	0
故障	0	0	2	1	0	0	3
破損	0	0	3	2	1	0	6
その他の医療機器等・医療材料の 使用に関する内容	2	2	3	5	5	1	18
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目							
指示							
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0
使用方法指示間違い	0	0	0	0	0	0	0
その他のドレーン・チューブ類の 使用・管理の指示に関する内容	0	0	1	1	0	0	2
管理							
点検忘れ	0	0	0	0	0	0	0
点検不良	0	0	0	1	0	0	1
使用中の点検・管理ミス	0	0	1	0	5	1	7
破損	0	0	1	4	2	0	7
その他のドレーン・チューブ類の 管理に関する内容	1	1	5	1	9	4	21
準備							
組み立て	0	0	1	0	0	0	1
設定条件間違い	0	0	0	0	0	0	0
設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0
消毒・清潔操作の誤り	0	0	0	0	1	0	1
使用前の点検・管理ミス	0	0	0	0	0	0	0
その他のドレーン・チューブ類の 準備に関する内容	0	0	0	1	1	0	2
使用							
点滴漏れ	0	2	5	5	1	0	13
自己抜去	0	1	8	17	15	0	41
自然抜去	0	2	2	12	3	0	19
接続はずれ	1	1	2	2	2	0	8
未接続	0	0	0	0	0	0	0
閉塞	3	0	1	2	3	0	9
切断・破損	0	0	6	7	10	1	24
接続間違い	0	0	2	1	1	0	4
三方活栓操作間違い	1	0	0	0	0	0	1
ルートクランプエラー	0	1	0	0	0	0	1
空気混入	0	1	0	2	0	0	3
誤作動	0	0	1	0	1	0	2
故障	0	0	0	0	0	0	0
ドレーン・チューブ類の不適切使用	0	0	2	5	2	0	9
その他のドレーン・チューブ類の 使用に関する内容	9	5	21	21	26	2	84
検査に関する項目							
指示							
指示出し忘れ	0	0	0	0	1	1	2
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0
指示検査の間違い	0	0	0	0	0	0	0
その他の検査の指示に関する内容	0	0	0	1	7	0	8

Ⅱ 報告の現況

2 医療事故情報収集・分析・提供事業

【3】参加登録医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）

医療事故情報収集等事業

平成27年報

事故の内容×事故の程度	死亡	障害残存の 可能性がある (高い)	障害残存の 可能性がある (低い)	障害残存の 可能性なし	障害なし	不明	合計
管理							
分析機器・器具管理	0	0	0	0	0	0	0
試薬管理	0	0	0	0	0	0	0
データ紛失	0	0	0	0	0	0	0
計算・入力・暗記	0	0	0	0	0	0	0
その他の検査の管理に関する内容	3	1	2	2	1	4	13
準備							
患者取違え	0	0	0	0	0	0	0
検体取違え	0	0	0	0	0	0	0
検体紛失	0	0	0	0	0	0	0
検査機器・器具の準備	0	0	0	0	0	0	0
検体破損	0	0	0	0	0	0	0
その他の検査の準備に関する内容	1	0	2	1	4	1	9
実施							
患者取違え	0	0	0	1	4	0	5
検体取違え	0	0	0	0	0	0	0
試薬の間違い	0	0	0	0	1	0	1
検体紛失	0	0	0	1	1	0	2
検査の手技・判定技術の間違い	0	1	1	2	6	0	10
検体採取時のミス	2	0	0	1	1	0	4
検体破損	0	0	0	0	0	0	0
検体のコンタミネーション	0	0	0	0	0	0	0
データ取違え	0	0	0	1	0	0	1
結果報告	1	2	3	2	5	1	14
その他の検査の実施に関する内容	7	13	23	28	25	3	99
療養上の世話に関する項目							
計画又は指示							
計画忘れ又は指示出し忘れ	0	1	0	0	0	0	1
計画又は指示の遅延	0	0	2	0	0	0	2
計画又は指示の対象患者間違い	0	0	0	0	0	0	0
計画又は指示内容間違い	0	0	1	0	0	0	1
その他の療養上の世話の計画又は指示に関する内容	1	0	0	0	0	3	4
管理・準備・実施							
拘束・抑制	0	1	3	1	3	0	8
給食の内容の間違い	0	0	0	0	1	0	1
安静指示	1	1	4	1	3	1	11
禁食指示	0	0	0	0	0	0	0
外出・外泊許可	0	0	1	0	2	0	3
異物混入	0	0	0	0	0	0	0
転倒	13	57	260	210	128	39	707
転落	4	6	32	23	17	4	86
衝突	0	0	1	6	2	0	9
誤嚥	5	9	3	3	8	0	28
誤飲	1	0	1	1	3	0	6
誤配膳	0	0	0	1	1	0	2
遅延	0	0	0	0	0	0	0
実施忘れ	0	0	1	0	2	0	3
搬送先間違い	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	1	0	0	1
延食忘れ	0	0	0	0	0	0	0
中止の忘れ	0	0	0	0	1	0	1
自己管理薬飲み忘れ・注射忘れ	0	0	1	0	0	0	1
自己管理薬注入忘れ	0	0	0	0	0	0	0
自己管理薬取違え摂取	0	0	0	0	0	0	0
不必要行為の実施	0	0	7	2	2	2	13
その他の療養上の世話の管理・準備・実施に関する内容	36	33	152	114	70	8	413
その他	101	52	116	124	70	17	480
合 計	352	362	1,030	985	769	156	3,654

※事故の発生及び事故の過失の有無と事故の程度とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

※「不明」には、報告期日（2週間以内）までに患者の転帰が確定していない事例が含まれる。

図表Ⅱ - 2 - 2 1 (YA-68-C) 関連診療科 × 事故の概要

関連診療科 × 事故の概要	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	合計
内科	30	1	52	2	14	16	118	32	265
麻酔科	11	1	74	4	18	2	1	21	132
循環器内科	20	0	102	7	15	16	58	31	249
神経科	3	0	11	2	11	4	51	33	115
呼吸器内科	11	0	26	4	18	14	143	30	246
消化器科	23	0	139	3	20	27	50	39	301
血液内科	10	1	9	2	6	7	26	4	65
循環器外科	3	0	18	2	3	2	3	7	38
アレルギー科	0	0	2	0	0	0	3	0	5
リウマチ科	2	0	2	0	0	1	11	4	20
小児科	36	2	30	1	30	5	100	18	222
外科	24	2	139	3	33	19	87	45	352
整形外科	15	1	90	4	12	9	361	74	566
形成外科	2	0	19	4	3	2	9	2	41
美容外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	12	0	80	5	19	6	66	32	220
呼吸器外科	1	0	29	4	8	3	20	4	69
心臓血管外科	9	0	87	12	20	3	18	16	165
小児外科	2	0	13	1	8	2	9	4	39
ペインクリニック	0	0	0	0	0	0	0	1	1
皮膚科	9	0	9	0	1	3	29	4	55
泌尿器科	10	0	58	3	10	9	34	12	136
性病科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0	0	0	1	0	1
産婦人科	4	1	34	2	3	4	16	17	81
産科	1	1	10	0	2	1	3	1	19
婦人科	4	0	29	1	3	2	6	2	47
眼科	4	0	28	0	1	0	17	10	60
耳鼻咽喉科	4	0	40	0	8	6	20	9	87
心療内科	0	0	0	0	0	0	1	2	3
精神科	5	0	4	0	1	0	178	62	250
リハビリテーション科	0	0	6	1	0	0	24	6	37
放射線科	5	1	39	2	0	19	5	4	75
歯科	0	0	7	0	0	1	4	3	15
矯正歯科	0	0	1	0	0	0	0	0	1
小児歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科口腔外科	2	0	38	0	1	2	13	3	59
不明	1	0	1	0	0	0	2	2	6
その他	45	2	140	15	45	44	145	58	494
合 計	308	13	1,366	84	313	229	1,632	592	4,537

※関連診療科は複数回答が可能である。

Ⅱ 報告の現況

医療事故情報収集等事業

2 医療事故情報収集・分析・提供事業

平成27年年報

【3】参加登録医療機関からの報告の内容（報告月に基づいた集計）

図表Ⅱ - 2 - 2 2 （YA-71-C） 発生要因 × 事故の概要

発生要因×事故の概要	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	合計
当事者の行動に関わる要因									4,412
確認を怠った	199	7	310	41	117	65	310	114	1,163
観察を怠った	43	3	179	21	82	21	525	129	1,003
報告が遅れた（怠った）	9	0	27	5	7	5	35	21	109
記録などに不備があった	16	0	37	1	5	6	21	14	100
連携ができていなかった	82	4	120	20	43	36	187	61	553
患者への説明が不十分であった（怠った）	29	1	75	0	16	16	319	64	520
判断を誤った	62	1	299	16	95	37	370	84	964
ヒューマンファクター									1,808
知識が不足していた	93	3	91	25	55	16	157	38	478
技術・手技が未熟だった	20	1	248	12	61	16	127	45	530
勤務状況が繁忙だった	47	0	58	5	26	18	169	47	370
通常とは異なる身体的条件下にあった	7	1	25	2	2	2	17	7	63
通常とは異なる心理的条件下にあった	31	0	35	3	7	5	18	17	116
その他	25	1	78	4	14	14	74	41	251
環境・設備機器									1,754
コンピュータシステム	24	2	8	1	2	11	0	11	59
医薬品	65	0	17	0	2	7	8	2	101
医療機器	2	0	58	30	20	11	8	10	139
施設・設備	2	1	10	2	2	8	107	25	157
諸物品	4	1	29	0	23	2	40	10	109
患者側	19	1	176	0	43	26	650	154	1,069
その他	7	0	40	3	5	2	43	20	120
その他									1,698
教育・訓練	56	3	170	21	53	27	291	61	682
仕組み	31	1	34	7	12	15	33	33	166
ルールの不備	44	2	68	11	26	19	58	18	246
その他	27	2	291	6	25	41	112	100	604
合 計	944	35	2,483	236	743	426	3,679	1,126	9,672

※発生要因は複数回答が可能である。

3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業で収集する情報には発生件数情報と事例情報がある。発生件数情報はヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加を希望する全ての医療機関から収集を行う。事例情報は、ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加を希望する医療機関のうち、事例情報の報告を希望した医療機関から収集を行う。2015年12月31日現在の事業の概況を報告する。

【1】登録医療機関

(1) 参加医療機関数

2015年12月31日現在、ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加している医療機関数は以下の通りである。なお、医療機関数の増減の理由には、新規の開設や閉院、統廃合の他に、開設者区分の変更も含まれる。

図表Ⅱ-3-1 (YH-01) 参加医療機関数

開設者		参加医療機関	事例情報報告 参加医療機関
国	国立大学法人等	29	18
	独立行政法人国立病院機構	118	70
	国立研究開発法人	5	3
	国立ハンセン病療養所	11	4
	独立行政法人労働者健康福祉機構	30	25
	独立行政法人地域医療機能推進機構	44	24
	その他の国の機関	0	0
自治体	都道府県	26	16
	市町村	129	75
	公立大学法人	9	5
	地方独立行政法人	25	11
自治体以外の公的 医療機関の開設者	日本赤十字社	80	45
	恩賜財団済生会	20	10
	北海道社会事業協会	0	0
	厚生農業協同組合連合会	20	8
	国民健康保険団体連合会	2	0
	健康保険組合及びその連合会	1	0
	共済組合及びその連合会	20	12
	国民健康保険組合	1	1
法人	学校法人	47	33
	医療法人	405	203
	公益法人	52	23
	会社	12	3
	その他の法人	41	21
個 人		51	33
合 計		1,178	643

（２）参加医療機関数の推移

2015年1月1日から同年12月31日までの参加医療機関数の推移は以下の通りである。

図表Ⅱ-3-2（YH-02）参加医療機関数の推移

	2015 年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
新規登録 医療機関数	4	3	4	3	5	1	1	1	2	0	3	1
登録取下げ 医療機関数	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0
累 計	1,157	1,160	1,164	1,167	1,172	1,171	1,171	1,172	1,174	1,174	1,177	1,178
事例情報報告 新規登録 医療機関数	2	3	4	1	3	1	1	0	1	0	1	2
事例情報報告 登録取下げ 医療機関数	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
累 計	629	632	636	637	640	641	641	641	642	641	642	643

【2】発生件数情報の報告件数

（1）発生件数情報の報告状況

2015年1月1日から同年12月31日までの発生件数情報の報告は以下の通りである。

図表Ⅱ-3-3（YNR-01）発生件数情報の報告件数

項 目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合 計
	実施なし				
	影響度（当該事例の内容が仮に実施された場合）				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考慮される	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
（１）薬剤	855	4,522	74,747	177,769	257,893
（２）輸血	132	194	1,690	2,855	4,871
（３）治療・処置	318	2,015	10,815	31,744	44,892
（４）医療機器等	200	799	8,757	14,921	24,677
（５）ドレーン・チューブ	168	1,559	23,185	95,507	120,419
（６）検査	270	1,570	23,982	43,964	69,786
（７）療養上の世話	446	2,624	46,698	124,923	174,691
（８）その他	480	2,523	37,181	46,777	86,961
合 計	2,869	15,806	227,055	538,460	784,190
再 掲					
【１】薬剤の名称や形状に関連する事例	143	449	4,143	11,765	16,500
【２】薬剤に由来する事例	539	2,454	25,747	70,459	99,199
【３】医療機器等に由来する事例	167	497	3,900	9,879	14,443
【４】今期のテーマ	70	245	2,581	12,158	15,054
報告医療機関数				586	
病床数合計				231,981	

Ⅱ

1

2【1】

2【2】

2【3】

3【1】

3【2】

3【3】

3【4】

(2) 病床規模別の発生件数情報

2015年1月1日から同年12月31日までの病床規模別の発生件数情報を図表Ⅱ-3-4～図表Ⅱ-3-10に示す。

図表Ⅱ-3-4 (YNR-02) 病床規模別発生件数情報の報告件数（病床数が0～99床の医療機関）

項 目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合 計
	実施なし				
	影響度（当該事例の内容が仮に実施された場合）				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
（１）薬剤	1	16	1,008	904	1,929
（２）輸血	1	4	11	12	28
（３）治療・処置	2	12	391	336	741
（４）医療機器等	0	10	173	59	242
（５）ドレーン・チューブ	0	3	137	346	486
（６）検査	0	3	472	391	866
（７）療養上の世話	2	8	875	792	1,677
（８）その他	0	10	918	482	1,410
合 計	6	66	3,985	3,322	7,379
再 掲					
【１】薬剤の名称や形状に関連する事例	1	3	21	51	76
【２】薬剤に由来する事例	1	14	495	456	966
【３】医療機器等に由来する事例	0	7	44	39	90
【４】今期のテーマ	0	1	9	33	43
			報告医療機関数		35
			病床数合計		1,840

図表Ⅱ-3-5 (YNR-03) 病床規模別発生件数情報の報告件数(病床数が100～199床の医療機関)

項 目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合 計
	実施なし				
	影響度（当該事例の内容が仮に実施された場合）				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると 考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(１) 薬剤	22	299	4,813	6,931	12,065
(２) 輸血	1	5	87	71	164
(３) 治療・処置	4	61	961	1,150	2,176
(４) 医療機器等	8	19	579	626	1,232
(５) ドレーン・チューブ	6	54	1,477	2,997	4,534
(６) 検査	3	37	1,636	1,995	3,671
(７) 療養上の世話	13	157	5,220	6,873	12,263
(８) その他	14	75	3,807	3,642	7,538
合 計	71	707	18,580	24,285	43,643
再 掲					
【１】薬剤の名称や形状に関連する事例	1	18	185	184	388
【２】薬剤に由来する事例	17	262	1,553	2,247	4,079
【３】医療機器等に由来する事例	4	12	195	261	472
【４】今期のテーマ	3	14	131	293	441

報告医療機関数	96
病床数合計	15,040

図表Ⅱ-3-6 (YNR-04) 病床規模別発生件数情報の報告件数(病床数が200～299床の医療機関)

項 目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合 計
	実施なし				
	影響度（当該事例の内容が仮に実施された場合）				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると 考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(1) 薬剤	34	188	6,446	11,712	18,380
(2) 輸血	2	5	112	126	245
(3) 治療・処置	9	368	1,111	2,696	4,184
(4) 医療機器等	9	48	710	1,422	2,189
(5) ドレーン・チューブ	9	107	1,601	6,184	7,901
(6) 検査	10	66	2,107	3,136	5,319
(7) 療養上の世話	16	444	6,647	13,744	20,851
(8) その他	21	216	4,097	4,707	9,041
合 計	110	1,442	22,831	43,727	68,110
再 掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	21	45	278	771	1,115
【2】薬剤に由来する事例	31	109	2,043	5,483	7,666
【3】医療機器等に由来する事例	15	37	320	849	1,221
【4】今期のテーマ	8	20	210	888	1,126

報告医療機関数	89
病床数合計	21,769

図表Ⅱ-3-7 (YNR-05) 病床規模別発生件数情報の報告件数(病床数が300～399床の医療機関)

項 目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合 計
	実施なし				
	影響度（当該事例の内容が仮に実施された場合）				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると 考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(１) 薬剤	105	479	9,912	24,523	35,019
(２) 輸血	42	41	281	338	702
(３) 治療・処置	50	242	1,523	4,458	6,273
(４) 医療機器等	42	96	1,268	1,986	3,392
(５) ドレーン・チューブ	23	238	2,679	11,915	14,855
(６) 検査	51	215	3,527	6,133	9,926
(７) 療養上の世話	52	408	6,168	21,256	27,884
(８) その他	117	293	5,022	6,239	11,671
合 計	482	2,012	30,380	76,848	109,722
再 掲					
【１】薬剤の名称や形状に関連する事例	30	71	568	1,698	2,367
【２】薬剤に由来する事例	39	167	2,245	8,026	10,477
【３】医療機器等に由来する事例	27	54	521	1,799	2,401
【４】今期のテーマ	7	42	325	1,600	1,974

報告医療機関数	113
病床数合計	37,534

図表Ⅱ-3-8 (YNR-06) 病床規模別発生件数情報の報告件数(病床数が400～499床の医療機関)

項 目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合 計
	実施なし				
	影響度（当該事例の内容が仮に実施された場合）				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると 考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(1) 薬剤	183	1,022	13,139	30,905	45,249
(2) 輸血	17	23	217	412	669
(3) 治療・処置	94	358	1,738	5,176	7,366
(4) 医療機器等	49	153	1,950	2,998	5,150
(5) ドレーン・チューブ	35	240	3,409	17,986	21,670
(6) 検査	68	198	2,736	7,263	10,265
(7) 療養上の世話	108	515	8,715	25,420	34,758
(8) その他	126	282	9,106	8,053	17,567
合 計	680	2,791	41,010	98,213	142,694
再 掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	6	51	414	829	1,300
【2】薬剤に由来する事例	150	716	3,544	10,287	14,697
【3】医療機器等に由来する事例	46	130	714	1,853	2,743
【4】今期のテーマ	22	95	601	2,807	3,525

報告医療機関数	93
病床数合計	40,625

図表Ⅱ - 3 - 9 (YNR-07) 病床規模別発生件数情報の報告件数(病床数が500～599床の医療機関)

項 目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合 計
	実施なし				
	影響度（当該事例の内容が仮に実施された場合）				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると 考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
（１）薬剤	199	303	9,087	18,090	27,679
（２）輸血	8	19	151	338	516
（３）治療・処置	41	123	785	3,060	4,009
（４）医療機器等	31	58	652	1,279	2,020
（５）ドレーン・チューブ	54	142	3,288	10,177	13,661
（６）検査	65	150	2,488	4,632	7,335
（７）療養上の世話	195	292	4,412	11,810	16,709
（８）その他	75	106	2,372	4,134	6,687
合 計	668	1,193	23,235	53,520	78,616
再 掲					
【１】薬剤の名称や形状に関連する事例	44	46	407	1,448	1,945
【２】薬剤に由来する事例	175	313	5,343	6,957	12,788
【３】医療機器等に由来する事例	25	57	335	785	1,202
【４】今期のテーマ	13	12	195	1,190	1,410

報告医療機関数	48
病床数合計	25,879

図表Ⅱ - 3 - 10 (YNR-08) 病床規模別発生件数情報の報告件数(病床数が600床以上の医療機関)

項 目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合 計
	実施なし				
	影響度（当該事例の内容が仮に実施された場合）				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると 考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(１) 薬剤	311	2,215	30,342	84,704	117,572
(２) 輸血	61	97	831	1,558	2,547
(３) 治療・処置	118	851	4,306	14,868	20,143
(４) 医療機器等	61	415	3,425	6,551	10,452
(５) ドレーン・チューブ	41	775	10,594	45,902	57,312
(６) 検査	73	901	11,016	20,414	32,404
(７) 療養上の世話	60	800	14,661	45,028	60,549
(８) その他	127	1,541	11,859	19,520	33,047
合 計	852	7,595	87,034	238,545	334,026
再 掲					
【１】薬剤の名称や形状に関連する事例	40	215	2,270	6,784	9,309
【２】薬剤に由来する事例	126	873	10,524	37,003	48,526
【３】医療機器等に由来する事例	50	200	1,771	4,293	6,314
【４】今期のテーマ	17	61	1,110	5,347	6,535

報告医療機関数	112
病床数合計	89,294

【3】事例情報の報告件数

（1）事例情報の月別報告状況

2015年1月1日から同年12月31日までの事例情報の月別報告件数は以下の通りである。

図表Ⅱ-3-11（YH-03）事例情報の月別報告件数

	2015 年												合計
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
事例情報 報告数	4,430	964	1,953	3,773	1,915	1,509	5,528	1,593	1,721	3,643	1,199	2,043	30,271
事例情報報告 参加医療機関数	629	632	636	637	640	641	641	641	642	641	642	643	—

(2) 事例情報の報告状況

事例情報報告参加医療機関の2015年1月1日から同年12月31日までの報告医療機関数及び報告件数を図表Ⅱ-3-12に、病床規模別に集計したものを図表Ⅱ-3-13に、地域別に集計したものを図表Ⅱ-3-14に示す。また、同期間内における報告医療機関数を報告件数別に集計したものを図表Ⅱ-3-15に示す。2015年12月31日現在、事例情報報告参加医療機関は643施設、病床数合計は211,802床である。

図表Ⅱ-3-12 (YH-04) 開設者別事例情報報告参加医療機関数及び報告件数

開設者		医療機関数 ※2015年 12月31日現在	報告医療機関数	報告件数
国	国立大学法人等	18	7	165
	独立行政法人国立病院機構	70	11	142
	国立研究開発法人	3	1	3,379
	国立ハンセン病療養所	4	0	0
	独立行政法人労働者健康福祉機構	25	5	771
	独立行政法人地域医療機能推進機構	24	4	2,454
	その他の国の機関	0	0	0
自治体	都道府県	107	30	12,094
	市町村			
	公立大学法人			
	地方独立行政法人			
自治体以外の 公的医療機関 の開設者	日本赤十字社	45	8	3,039
	恩賜財団済生会	10	3	1,125
	北海道社会事業協会	0	0	0
	厚生農業協同組合連合会	8	0	0
	国民健康保険団体連合会	0	0	0
	健康保険組合及びその連合会	0	0	0
	共済組合及びその連合会	12	1	50
	国民健康保険組合	1	0	0
法人	学校法人	33	10	1,233
	医療法人	203	20	3,103
	公益法人	23	2	36
	会社	3	0	0
	その他の法人	21	6	2,680
個人		33	0	0
合計		643	108	30,271

図表Ⅱ - 3 - 1 3 (YH-05) 病床規模別事例情報報告参加医療機関数及び報告件数

病床数	医療機関数 ※ 2015 年 12 月 31 日現在	報告医療機関数	報告件数
0 ～ 19 床	52	1	3
20 ～ 49 床	22	2	132
50 ～ 99 床	38	3	158
100 ～ 149 床	43	5	30
150 ～ 199 床	75	10	1,379
200 ～ 249 床	44	8	559
250 ～ 299 床	37	8	1,900
300 ～ 349 床	72	12	4,443
350 ～ 399 床	37	5	705
400 ～ 449 床	63	11	2,533
450 ～ 499 床	31	3	620
500 ～ 549 床	24	8	2,715
550 ～ 599 床	19	2	26
600 ～ 649 床	19	6	4,341
650 ～ 699 床	15	6	1,247
700 ～ 749 床	13	4	54
750 ～ 799 床	4	2	21
800 ～ 849 床	7	3	8,748
850 ～ 899 床	3	0	0
900 ～ 999 床	12	6	434
1000 床以上	13	3	223
合 計	643	108	30,271

図表Ⅱ - 3 - 1 4 (YH-06) 地域別事例情報報告参加医療機関数及び報告件数

地域	医療機関数 ※ 2015 年 12 月 31 日現在	報告医療機関数	報告件数
北海道	52	8	424
東北	63	11	1,129
関東甲信越	167	29	8,677
東海北陸	112	16	8,581
近畿	92	16	8,293
中国四国	79	16	2,502
九州沖縄	78	12	665
合 計	643	108	30,271

図表Ⅱ - 3 - 1 5 (YH-07) 報告件数別事例情報報告参加医療機関数

報告件数	報告医療機関数
0	536
1	19
2	7
3	4
4	2
5	4
6	1
7	2
8	1
9	0
10	2
11～20	12
21～30	5
31～40	4
41～50	3
51～100	6
101～150	7
151～200	2
200以上	26
合 計	643

Ⅱ

1

2【1】

2【2】

2【3】

3【1】

3【2】

3【3】

3【4】

【4】事例情報の報告の内容

2015年1月1日から同年12月31日までに事例情報報告参加医療機関からのヒヤリ・ハット事例情報報告の内容を報告に基づいて四半期毎に集計した結果は次の通りである。

なお、各表はヒヤリ・ハット事例「事例情報」報告入力項目^(注)を集計したものである。

図表Ⅱ-3-16 (YH-28) 当事者職種

当事者職種	件 数				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合 計
医師	312	359	420	335	1,426
歯科医師	8	9	6	7	30
看護師	6,771	6,589	7,682	6,106	27,148
准看護師	42	58	71	30	201
薬剤師	247	308	395	352	1,302
臨床工学技士	32	42	47	39	160
助産師	112	142	154	121	529
看護助手	23	33	45	35	136
診療放射線技師	87	79	104	70	340
臨床検査技師	88	98	142	108	436
管理栄養士	7	22	36	11	76
栄養士	18	26	28	42	114
調理師・調理従事者	44	52	43	36	175
理学療法士 (PT)	67	52	160	84	363
作業療法士 (OT)	24	30	70	36	160
言語聴覚士 (ST)	5	7	12	5	29
衛生検査技師	0	0	0	0	0
歯科衛生士	2	5	3	4	14
歯科技工士	0	0	0	0	0
その他	258	285	471	356	1,370
合 計	8,147	8,196	9,889	7,777	34,009

※当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

(注)「報告入力項目 (ヒヤリ・ハット事例)」は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ホームページ「関連文書」(http://www.med-safe.jp/pdf/hiyarihatto_input_item.pdf) 参照。

Ⅱ
1
2【1】
2【2】
2【3】
3【1】
3【2】
3【3】
3【4】

Ⅱ 報告の現況

3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

【4】事例情報の報告の内容

医療事故情報収集等事業

平成27年年報

図表Ⅱ - 3 - 17 (YH-29) 当事者職種経験

当事者職種 経験	医師	歯科医師	看護師	准看護師	薬剤師	臨床工学 技士	助産師	看護助手	診療放射線 技師	臨床検査 技師
0年	370	8	4,764	12	271	15	86	25	59	73
1年	99	3	3,507	13	146	10	74	19	11	21
2年	88	2	2,569	3	72	11	45	8	17	9
3年	81	0	2,198	2	68	8	36	12	19	7
4年	78	0	1,697	8	51	11	21	9	13	7
5年	66	2	1,220	6	48	12	33	5	9	19
6年	42	4	1,015	5	52	8	27	2	19	9
7年	50	0	881	2	59	5	14	6	11	17
8年	39	2	958	2	29	19	19	7	11	9
9年	40	0	865	6	39	9	10	7	9	8
10年	50	2	846	2	29	7	18	2	5	18
11年	29	0	597	1	24	5	10	5	2	9
12年	43	0	548	1	26	0	1	1	8	3
13年	35	0	554	5	19	4	10	1	4	6
14年	33	1	462	3	16	3	7	7	3	8
15年	30	2	513	4	35	8	10	3	7	19
16年	24	2	398	1	13	3	6	1	5	5
17年	21	0	403	4	13	0	10	1	4	9
18年	10	1	370	0	18	3	13	3	6	4
19年	9	0	298	3	9	4	5	2	3	7
20年	35	1	395	8	19	10	17	2	7	19
21年	16	0	197	0	3	0	1	1	14	5
22年	27	0	207	3	23	1	3	2	12	13
23年	12	0	199	1	30	0	3	0	5	12
24年	7	0	169	4	17	1	4	0	7	13
25年	15	0	184	6	16	0	9	1	9	5
26年	8	0	149	10	27	0	7	0	4	10
27年	10	0	162	3	14	0	11	0	9	6
28年	5	0	127	1	19	1	1	0	9	4
29年	9	0	83	2	25	0	1	2	7	13
30年	19	0	177	20	24	1	3	2	14	17
31年	3	0	52	3	2	0	2	0	5	6
32年	1	0	51	2	10	0	6	0	5	3
33年	6	0	43	2	6	0	1	0	1	6
34年	2	0	83	1	12	0	1	0	0	8
35年	4	0	64	9	3	0	3	0	0	11
36年	2	0	32	4	6	0	1	0	2	5
37年	1	0	20	1	5	0	0	0	2	4
38年	2	0	30	13	1	1	0	0	1	3
39年	1	0	18	5	1	0	0	0	0	0
40年超	4	0	43	20	2	0	0	0	2	6
合 計	1,426	30	27,148	201	1,302	160	529	136	340	436

※当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

管理栄養士	栄養士	調理師・ 調理従事者	理学療法士 (PT)	作業療法士 (OT)	言語聴覚士 (ST)	衛生検査 技師	歯科衛生士	歯科技工士	その他	合 計
6	21	22	47	36	9	0	0	0	942	6,766
9	10	16	38	28	5	0	2	0	52	4,063
3	4	11	50	30	4	0	0	0	28	2,954
6	3	7	22	15	1	0	0	0	24	2,509
14	11	4	36	5	2	0	0	0	25	1,992
2	2	3	45	3	0	0	2	0	16	1,493
3	4	4	17	2	1	0	0	0	8	1,222
2	11	10	30	12	1	0	0	0	10	1,121
5	7	6	23	6	0	0	1	0	16	1,159
3	1	3	8	5	0	0	0	0	13	1,026
2	0	10	5	2	2	0	0	0	18	1,018
2	2	8	2	3	1	0	0	0	11	711
4	0	10	2	0	1	0	0	0	9	657
2	0	3	2	2	1	0	0	0	11	659
0	1	0	5	4	0	0	0	0	2	555
0	10	11	3	1	0	0	2	0	8	666
0	1	1	0	0	1	0	0	0	2	463
1	0	2	2	0	0	0	0	0	3	473
1	4	1	2	0	0	0	2	0	6	444
5	1	2	2	0	0	0	1	0	3	354
2	12	9	1	0	0	0	0	0	9	546
0	0	3	0	1	0	0	0	0	2	243
1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	295
2	1	1	5	0	0	0	0	0	2	273
0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	226
0	2	4	0	0	0	0	0	0	2	253
0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	221
0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	218
0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	171
0	1	3	0	0	0	0	0	0	5	151
0	3	5	8	0	0	0	1	0	6	300
0	0	0	3	0	0	0	0	0	2	78
0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	83
0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	67
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	107
0	0	5	0	0	0	0	0	0	3	102
1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	54
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	34
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25
0	0	2	0	0	0	0	1	0	126	206
76	114	175	363	160	29	0	14	0	1,370	34,009

Ⅱ 報告の現況

3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

【4】事例情報の報告の内容

医療事故情報収集等事業

平成27年年報

図表Ⅱ - 3 - 18 (YH-30) 当事者部署配属期間

当事者部署 配属期間	医師	歯科医師	看護師	准看護師	薬剤師	臨床工学 技士	助産師	看護助手	診療放射線 技師	臨床検査 技師
0年	633	12	7,998	28	315	24	135	42	85	125
1年	189	4	5,668	29	201	18	98	32	19	39
2年	124	4	3,904	15	85	22	54	16	24	23
3年	67	1	2,911	12	72	15	43	12	18	18
4年	74	5	2,197	17	58	13	33	4	22	11
5年	62	1	1,307	24	63	11	30	8	6	28
6年	43	0	852	7	55	6	27	4	16	13
7年	31	1	636	12	47	4	17	3	11	10
8年	22	0	423	4	18	14	21	3	13	15
9年	17	0	264	1	26	7	5	0	3	5
10年	37	1	304	8	29	1	13	0	11	26
11年	11	0	150	10	22	6	5	4	1	5
12年	13	1	87	6	14	0	2	2	10	8
13年	19	0	89	5	13	2	4	1	7	5
14年	11	0	79	0	17	1	5	1	1	4
15年	15	0	39	2	24	4	4	0	7	18
16年	10	0	39	2	10	8	5	0	2	7
17年	4	0	26	3	3	1	8	1	1	7
18年	2	0	22	5	9	0	1	1	1	2
19年	1	0	20	1	6	0	6	0	2	9
20年	11	0	38	2	21	2	1	1	8	9
21年	5	0	7	0	2	0	1	0	10	1
22年	3	0	3	0	18	1	0	0	4	5
23年	2	0	14	0	42	0	0	0	4	5
24年	0	0	10	2	18	0	0	0	8	0
25年	5	0	13	0	21	0	1	0	6	2
26年	0	0	3	0	22	0	1	0	5	7
27年	1	0	3	0	8	0	1	0	4	2
28年	2	0	3	0	16	0	4	0	5	3
29年	10	0	6	0	17	0	0	0	2	6
30年	1	0	9	4	7	0	0	0	10	7
31年	1	0	0	2	1	0	1	0	4	2
32年	0	0	3	0	5	0	1	0	5	0
33年	0	0	0	0	3	0	0	1	0	1
34年	0	0	3	0	12	0	0	0	0	3
35年	0	0	1	0	0	0	2	0	0	3
36年	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
37年	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1
38年	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
39年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40年超	0	0	16	0	0	0	0	0	2	1
合 計	1,426	30	27,148	201	1,302	160	529	136	340	436

※当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

管理栄養士	栄養士	調理師・ 調理従事者	理学療法士 (PT)	作業療法士 (OT)	言語聴覚士 (ST)	衛生検査 技師	歯科衛生士	歯科技工士	その他	合 計
29	25	22	103	39	10	0	6	0	977	10,608
12	21	27	52	30	6	0	1	0	80	6,526
3	15	16	64	35	3	0	0	0	28	4,435
5	19	10	18	19	3	0	0	0	20	3,263
7	17	3	38	3	2	0	0	0	23	2,527
4	6	4	28	6	0	0	0	0	18	1,606
2	1	7	7	13	0	0	0	0	8	1,061
0	0	5	13	2	2	0	1	0	14	809
3	0	3	5	4	3	0	1	0	12	564
1	0	2	6	2	0	0	0	0	5	344
1	0	10	3	1	0	0	0	0	17	462
0	0	12	2	1	0	0	0	0	9	238
0	4	7	1	0	0	0	0	0	7	162
3	1	2	1	0	0	0	0	0	8	160
1	0	0	2	2	0	0	1	0	1	126
0	0	7	2	1	0	0	1	0	5	129
0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	85
1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	59
0	0	1	2	0	0	0	0	0	3	49
0	0	1	5	0	0	0	0	0	1	52
3	1	7	1	0	0	0	0	0	2	107
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	28
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	36
0	1	1	3	0	0	0	0	0	1	73
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38
0	1	4	0	0	0	0	0	0	3	56
0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	41
0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	21
0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	36
0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	43
0	0	4	3	0	0	0	0	0	1	46
0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	15
0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	16
0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	9
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0	0	1	0	125	146
76	114	175	363	160	29	0	14	0	1,370	34,009

Ⅱ

1

2【1】

2【2】

2【3】

3【1】

3【2】

3【3】

3【4】

図表Ⅱ - 3- 1 9 (YH-31) 事例の概要

事例の概要	1～3月		4～6月		7～9月		10～12月		合 計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
薬剤	3,023	41.1	2,846	39.5	3,506	39.7	2,695	39.1	12,070	39.9
輸血	41	0.6	38	0.5	47	0.5	30	0.4	156	0.5
治療・処置	239	3.3	268	3.7	444	5.0	319	4.6	1,270	4.2
医療機器等	209	2.8	189	2.6	238	2.7	176	2.6	812	2.7
ドレーン・チューブ	1,271	17.3	1,178	16.4	1,315	14.9	1,031	15.0	4,795	15.8
検査	549	7.5	556	7.7	717	8.1	511	7.4	2,333	7.7
療養上の世話	1,336	18.2	1,368	19.0	1,666	18.8	1,276	18.5	5,646	18.7
その他	679	9.2	754	10.5	909	10.3	847	12.3	3,189	10.5
合 計	7,347	100.0	7,197	100.0	8,842	100.0	6,885	100.0	30,271	100.0

※割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

図表Ⅱ - 3- 2 0 (YH-33) 影響度

影響度	1～3月		4～6月		7～9月		10～12月		合 計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	50	1.4	30	0.8	44	1.1	33	1.1	157	1.1
濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	93	2.6	128	3.5	149	3.7	111	3.8	481	3.4
軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる	3,419	96.0	3,449	95.6	3,876	95.3	2,805	95.1	13,549	95.5
合 計	3,562	100.0	3,607	100.0	4,069	100.0	2,949	100.0	14,187	100.0

※割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

図表Ⅱ - 3 - 2 1 (YH-36) 発生要因

発生要因	1～3月		4～6月		7～9月		10～12月		合 計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
当事者の行動に関わる要因	10,228	55	10,192	55	12,333	54	10,151	53	42,904	54.0
確認を怠った	4,671	25.3	4,478	24.1	5,506	23.9	4,361	22.7	19,016	24.0
観察を怠った	1,667	9	1,738	9.3	2,023	8.8	1,674	8.7	7,102	8.9
報告が遅れた(怠った)	178	1	176	0.9	256	1.1	250	1.3	860	1.1
記録などに不備があった	165	0.9	199	1.1	217	0.9	203	1.1	784	1.0
連携ができていなかった	1,107	6	1,206	6.5	1,429	6.2	1,200	6.2	4,942	6.2
患者への説明が不十分であった(怠った)	903	4.9	859	4.6	1,081	4.7	924	4.8	3,767	4.7
判断を誤った	1,537	8.3	1,536	8.3	1,821	7.9	1,539	8	6,433	8.1
ヒューマンファクター	4,335	23.5	4,328	23.2	5,215	22.8	4,479	23	18,357	23.1
知識が不足していた	714	3.9	690	3.7	893	3.9	798	4	3,095	3.9
技術・手技が未熟だった	489	2.6	466	2.5	617	2.7	548	3	2,120	2.7
勤務状況が繁忙だった	1,655	9	1,671	9	1,905	8.3	1,690	9	6,921	8.7
通常とは異なる身体的条件下にあった	106	0.6	117	0.6	130	0.6	105	1	458	0.6
通常とは異なる心理的条件下にあった	625	3.4	631	3.4	760	3.3	616	3	2,632	3.3
その他	746	4	753	4	910	4	722	4	3,131	3.9
環境・設備機器	1,707	9.3	1,823	9.7	2,387	10.5	2,022	11	7,939	10.0
コンピュータシステム	190	1	208	1.1	277	1.2	196	1	871	1.1
医薬品	344	1.9	323	1.7	411	1.8	383	2	1,461	1.8
医療機器	148	0.8	158	0.8	180	0.8	165	1	651	0.8
施設・設備	139	0.8	141	0.8	181	0.8	152	1	613	0.8
諸物品	123	0.7	145	0.8	182	0.8	174	1	624	0.8
患者側	544	2.9	616	3.3	864	3.8	691	4	2,715	3.4
その他	219	1.2	232	1.2	292	1.3	261	1	1,004	1.3
その他	2,217	12	2,273	12.2	3,070	13.3	2,601	13	10,161	12.8
教育・訓練	581	3.1	655	3.5	892	3.9	728	4	2,856	3.6
仕組み	189	1	152	0.8	280	1.2	182	1	803	1.0
ルールの不備	347	1.9	347	1.9	516	2.2	430	2	1,640	2.1
その他	1,100	6	1,119	6	1,382	6	1,261	7	4,862	6.1
合 計	18,487	100.0	18,616	100.0	23,005	100.0	19,253	100.0	79,361	100.0

※発生要因は複数回答が可能である。

※割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

図表Ⅱ - 3 - 2 2 (YH-61) 事例の概要 × 影響度

事例の概要 × 影響度	死亡もしくは重篤な状況 に至ったと考えられる					濃厚な処置・治療が必要 であると考えられる					軽微な処置・治療が必要 もしくは処置・治療が 不要と考えられる					合 計				
	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計
薬剤	18	12	22	17	69	36	45	40	27	148	1,381	1,341	1,521	1,111	5,354	1,435	1,398	1,583	1,155	5,571
輸血	3	1	1	0	5	1	1	0	3	5	22	17	19	16	74	26	19	20	19	84
治療・処置	2	3	5	3	13	1	6	11	17	35	119	137	152	115	523	122	146	168	135	571
医療機器等	0	1	2	1	4	9	9	8	7	33	108	98	113	68	387	117	108	123	76	424
ドレーン・チューブ	12	5	5	1	23	16	19	36	22	93	478	479	499	370	1,826	506	503	540	393	1,942
検査	3	0	2	1	6	4	7	10	5	26	329	341	406	280	1,356	336	348	418	286	1,388
療養上の世話	7	4	4	4	19	22	25	27	20	94	717	716	797	548	2,778	746	745	828	572	2,891
その他	5	4	3	6	18	4	16	17	10	47	265	320	369	297	1,251	274	340	389	313	1,316
合 計	50	30	44	33	157	93	128	149	111	481	3,419	3,449	3,876	2,805	13,549	3,562	3,607	4,069	2,949	14,187

Ⅱ 報告の現況

3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

【4】事例情報の報告の内容

医療事故情報収集等事業

平成27年報

図表Ⅱ - 3 - 2 3 (YH-64) 発生場面×影響度

発生場面×影響度	死亡もしくは重篤な状況に 至ったと考えられる					濃厚な処置・治療が 必要であると考えられる					軽微な処置・治療が必要 もしくは処置・治療が 不要と考えられる					総計
	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	
薬剤に関する項目																
処方																
手書きによる処方箋の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	1	8	8
オーダーリングによる処方箋の作成	0	1	1	2	4	2	1	3	3	9	32	28	23	30	113	126
口頭による処方指示	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2	3	2	2	9	11
手書きによる処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	4	4
オーダーリングによる処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	5	10	2	23	23
口頭による処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	5	5
その他の処方に関する場面	0	1	0	2	3	1	0	0	1	2	31	23	25	17	96	101
調剤																
内服薬調剤	4	2	2	1	9	5	1	5	4	15	68	57	85	72	282	306
注射薬調剤	4	4	7	5	20	4	3	2	1	10	40	53	64	52	209	239
血液製剤調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2
外用薬調剤	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	4	7	6	6	23	26
その他の調剤に関する場面	0	0	1	1	2	1	0	1	0	2	0	5	4	11	20	24
製剤管理																
内服薬製剤管理	0	0	0	0	0	0	1	3	0	4	10	5	14	4	33	37
注射薬製剤管理	1	0	1	0	2	1	4	0	0	5	12	16	16	10	54	61
血液製剤管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	0	6	6
外用薬製剤管理	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	4	1	8	9
その他の製剤管理に関する場面	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	9	7	13	7	36	38
与薬準備																
与薬準備	2	0	3	2	7	3	9	3	6	21	188	170	206	162	726	754
与薬																
皮下・筋肉注射	0	0	0	0	0	3	2	3	1	9	83	62	68	64	277	286
静脈注射	2	1	0	0	3	4	2	3	1	10	112	105	101	58	376	389
動脈注射	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	2	1	2	1	6	8
末梢静脈点滴	1	3	0	1	5	0	5	3	1	9	140	157	136	86	519	533
中心静脈注射	1	0	4	0	5	3	2	1	1	7	42	30	42	41	155	167
内服	3	0	0	2	5	5	12	9	5	31	497	516	606	415	2,034	2,070
外用	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	32	28	26	21	107	108
坐剤	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	5	5	12	13
吸入	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	9	6	7	2	24	25
点鼻・点耳・点眼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	11	13	11	51	51
その他与薬に関する場面	0	0	2	0	2	2	0	1	0	3	38	37	32	29	136	141
輸血に関する項目																
処方																
手書きによる処方箋の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる処方箋の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2
口頭による処方指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の処方に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2
輸血検査																
準備	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	1	2	7	8
実施	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	3
その他の輸血検査に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
放射線照射																
準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
実施	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の放射線照射に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
輸血準備																
製剤の交付	1	0	0	0	1	0	0	0	2	2	3	4	1	1	9	12
その他の輸血準備に関する場面	0	0	1	0	1	0	1	0	1	2	5	2	6	1	14	17
輸血実施																
実施	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	5	4	6	10	25	27
その他の輸血実施に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2	3	1	13	13

発生場面×影響度	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる					濃厚な処置・治療が必要であると考えられる					軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる					総計
	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	
治療・処置に関する項目																
指示																
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
オーダーリングによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	8	8
口頭による指示	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	3	5	6
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
その他の指示に関する場面	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	5	18	27	19	69	71
管理																
管理	0	0	1	1	2	0	2	2	0	4	4	23	17	16	60	66
その他の管理に関する場面	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	3	1	3	0	7	9
準備																
準備	0	0	2	0	2	0	0	3	6	9	21	17	20	18	76	87
その他の準備に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	6	5	18	18
実施																
実施	0	3	2	2	7	0	2	4	8	14	58	61	62	43	224	245
その他の治療・処置に関する場面	0	0	0	0	0	1	2	1	1	5	17	11	15	10	53	58
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目																
指示																
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	3
その他の指示に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	15	13	6	41	41
管理																
管理	0	0	0	0	0	3	5	2	2	12	20	29	25	17	91	103
準備																
準備	0	0	1	0	1	1	1	1	2	5	28	16	19	10	73	79
使用																
使用中	0	1	1	1	3	5	3	5	3	16	52	37	53	34	176	195
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目																
指示																
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	2
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
その他の指示に関する場面	0	0	0	0	0	6	4	5	9	24	65	73	80	70	288	312
管理																
管理	4	2	1	0	7	0	2	7	4	13	80	87	110	71	348	368
準備																
準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	5	1	12	12
使用																
使用中	8	3	4	1	16	10	13	23	9	55	330	316	302	228	1,176	1,247
検査に関する項目																
指示																
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	4	4
オーダーリングによる指示の作成	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	10	7	16	9	42	44
口頭による指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	6	5	20	20
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	6	0	12	12
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する場面	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	46	57	67	55	225	227
管理																
管理	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4	35	25	38	18	116	120
準備																
準備	1	0	0	0	1	0	1	2	0	3	51	61	71	44	227	231
実施																
実施中	2	0	0	0	2	4	5	7	2	18	177	182	201	149	709	729

Ⅱ 報告の現況

3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

【4】事例情報の報告の内容

医療事故情報収集等事業

平成27年年報

発生場面×影響度	死亡もしくは重篤な状況に 至ったと考えられる					濃厚な処置・治療が 必要であると考えられる					軽微な処置・治療が必要 もしくは処置・治療が 不要と考えられる					総計
	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	
療養上の世話に関する項目																
計画又は指示																
手書きによる計画又は指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	4
オーダーリングによる計画又は指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	3	2	1	8	9
口頭による計画又は指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	3	2	9	9
手書きによる計画又は指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる計画又は指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2
口頭による計画又は指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	2
その他の計画又は指示に関する場面	0	0	1	1	2	1	4	5	1	11	120	116	124	95	455	468
管理・準備・実施																
管理	1	1	1	1	4	10	8	10	3	31	210	192	222	146	770	805
準備	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	21	27	35	20	103	106
実施中	6	3	2	2	13	9	13	11	15	48	360	375	409	281	1,425	1,486
その他	5	4	3	6	18	4	16	17	10	47	265	320	369	297	1,251	1,316
合計	50	30	44	33	157	93	128	149	111	481	3,419	3,449	3,876	2,805	13,549	14,187

図表Ⅱ - 3 - 2 4 (YH-65) 事例の内容 × 影響度

事例の内容×影響度	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる					濃厚な処置・治療が必要であると考えられる					軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる					総計
	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	
薬剤に関する項目																
処方																
処方忘れ	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	58	68	74	64	264	266
処方遅延	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	3	1	1	7	8
処方量間違い	0	0	0	2	2	2	1	2	1	6	15	10	18	10	53	61
重複処方	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	6	4	3	16	17
禁忌薬剤の処方	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	1	2	6	7
対象患者処方間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	10	17	17
処方薬剤間違い	0	0	0	0	0	1	2	0	1	4	5	3	4	5	17	21
処方単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	1	4	11	11
投与方法処方間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	3	3	10	10
その他の処方に関する内容	0	1	0	2	3	0	0	0	2	2	36	28	30	16	110	115
調剤																
調剤忘れ	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	8	13	6	13	40	41
処方箋・注射箋鑑査間違い	1	0	0	0	1	1	1	2	0	4	9	9	10	8	36	41
秤量間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6	1	9	9
数量間違い	3	1	1	0	5	0	0	0	0	0	23	19	30	21	93	98
分包間違い	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	6	6	5	6	23	25
規格間違い調剤	1	0	0	3	4	0	0	0	0	0	11	13	24	7	55	59
単位間違い調剤	0	0	2	0	2	0	0	1	1	2	1	2	3	0	6	10
薬剤取り違い調剤	1	5	7	5	18	8	3	2	1	14	34	30	36	37	137	169
説明文書の取り違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2
交付患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	4	2	12	12
薬剤・製剤の取り違い交付	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	1	3	3	7	9
期限切れ製剤の交付	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤に関する内容	1	0	2	0	3	2	1	1	2	6	16	32	36	44	128	137
製剤管理																
薬袋・ボトルの記載間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	2	9	9
異物混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
細菌汚染	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
期限切れ製剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	4	4
その他の製剤管理に関する内容	1	1	0	0	2	1	5	3	1	10	31	21	37	23	112	124
与薬準備																
過剰与薬準備	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	5	13	13	18	49	51
過少与薬準備	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	20	11	24	15	70	71
与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	12	15	10	52	52
重複与薬	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	4	6	1	14	15
禁忌薬剤の与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	4	4
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	10	13	11	10	44	46
薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	16	19	19	19	73	75
単位間違い	0	0	0	1	1	1	0	0	1	2	7	3	4	4	18	21
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	5	4	1	12	13
無投薬	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	35	29	31	16	111	112
混合間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	15	5	3	4	27	28
その他の与薬準備に関する内容	2	0	0	1	3	2	5	1	2	10	65	61	76	58	260	273
与薬																
過剰投与	2	0	3	0	5	2	4	3	0	9	124	120	132	83	459	473
過少投与	1	0	0	0	1	0	1	1	0	2	103	107	119	86	415	418
投与時間・日付間違い	0	0	0	0	0	2	2	2	0	6	93	82	92	67	334	340
重複投与	0	0	0	1	1	0	2	0	2	4	23	26	29	19	97	102
禁忌薬剤の投与	0	1	1	0	2	0	2	0	0	2	3	2	6	6	17	21
投与速度速すぎ	0	2	0	0	2	1	2	0	0	3	49	59	51	25	184	189
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	11	11	6	32	32
患者間違い	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	33	15	8	12	68	71
薬剤間違い	0	0	0	0	0	2	0	1	1	4	31	32	33	19	115	119
単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	10	7	2	26	26
投与方法間違い	2	0	0	0	2	2	0	1	0	3	20	31	43	26	120	125
無投薬	0	0	2	0	2	3	4	3	3	13	288	264	284	205	1,041	1,056
その他の与薬に関する内容	2	0	0	2	4	4	6	11	3	24	136	120	155	113	524	552

Ⅱ 報告の現況

3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

【4】事例情報の報告の内容

医療事故情報収集等事業

平成27年報

事例の内容×影響度	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる					濃厚な処置・治療が必要であると考えられる					軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる					総計
	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	
輸血に関する項目																
指示出し																
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
指示量間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
重複指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
指示単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与方法指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示出しに関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4	4
輸血検査																
未実施	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2
検体取り違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
判定間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
結果記入・入力間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
その他の輸血検査に関する内容	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	3	1	2	11	12
放射線照射																
未実施	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過剰照射	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過少照射	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
製剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の放射線照射に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
輸血管理																
薬袋・ボトルの記載間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
異物混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
細菌汚染	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
期限切れ製剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
その他の輸血管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2
輸血準備																
過剰と薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過少と薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
重複と薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3	0	0	0	3	5
薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2
単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
無投薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血準備に関する内容	1	0	1	0	2	0	0	0	1	1	5	5	3	2	15	18
輸血実施																
過剰投与	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過少投与	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2
投与時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
重複投与	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の投与	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	2
無投薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2
その他の輸血実施に関する内容	1	1	0	0	2	1	0	0	0	1	5	2	5	6	18	21

事例の内容×影響度	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる					濃厚な処置・治療が必要であると考えられる					軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる					総計
	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	
治療・処置に関する項目																
指示																
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	5	9	9
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	3
治療・処置指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	2	0	6
日程間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2
時間間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	3
その他の治療・処置の指示に関する内容	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	3	9	3	18	19
管理																
治療・処置の管理	0	0	0	1	1	0	1	1	0	2	0	12	12	5	29	32
その他の治療・処置の管理に関する内容	1	0	1	0	2	0	1	2	0	3	6	12	7	12	37	42
準備																
医療材料取り違い	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	2	2	7	8
患者体位の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	0	4	5
消毒・清潔操作の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	5	5
その他の治療・処置の準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	3	5	8	25	12	21	19	77	85
実施																
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	3	1	13	13
部位取違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	4	4
方法（手技）の誤り	0	0	2	1	3	0	0	1	2	3	8	9	7	12	36	42
未実施・忘れ	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	9	7	14	5	35	37
中止・延期	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	5	5
日程・時間の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	4	2	0	6	7
順番の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4	4
不必要行為の実施	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	5	3	10	11
誤嚥	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
誤飲	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
異物の体内残存	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5	4	3	2	14	15
診察・治療・処置等その他の取違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2
その他の治療・処置の実施に関する内容	0	2	1	1	4	1	4	2	6	13	51	47	54	39	191	208
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目																
指示																
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	3
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2
使用方法指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	5	5
その他の医療機器等・医療材料の使用に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4	1	8	8
管理																
保守・点検不良	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	1	3	1	1	6	9
保守・点検忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	4	2	11	11
使用中の点検・管理ミス	0	0	0	0	0	2	2	1	0	5	8	16	9	6	39	44
破損	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	1	9	9
その他の医療機器等・医療材料の管理に関する内容	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	8	9	10	10	37	40
準備																
組み立て	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	8	3	2	0	13	15
設定条件間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	4	4
設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	0	6	6
電源入れ忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	5	5
警報設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
警報設定範囲間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
便宜上の警報解除後の再設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
消毒・清潔操作の誤り	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	3
使用前の点検・管理ミス	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	8	3	6	4	21	22
破損	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2
その他の医療機器等・医療材料の準備に関する内容	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	7	6	6	4	23	25

Ⅱ 報告の現況

3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

【4】事例情報の報告の内容

医療事故情報収集等事業

平成27年報

事例の内容×影響度	死亡もしくは重篤な状況に 至ったと考えられる					濃厚な処置・治療が 必要であると考えられる					軽微な処置・治療が必要 もしくは処置・治療が 不要と考えられる					総計
	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	
使用																
医療機器等・医療材料の不適切使用	0	1	0	0	1	3	1	4	0	8	10	8	16	15	49	58
誤作動	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	3	1	12	12
故障	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	8	4	9	2	23	24
破損	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	5	4	7	4	20	22
その他の医療機器等・医療材料の 使用に関する内容	0	0	1	0	1	2	1	1	3	7	28	21	22	15	86	94
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目																
指示																
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用方法指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	3	4
その他のドレーン・チューブ類の 使用・管理の指示に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	6	1	15	15
管理																
点検忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	0	7	7
点検不良	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4	4
使用中の点検・管理ミス	2	0	1	0	3	0	0	3	2	5	11	5	29	9	54	62
破損	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	2	6	4	15	16
その他のドレーン・チューブ類の 管理に関する内容	1	1	0	0	2	1	3	2	2	8	56	72	71	54	253	263
準備																
組み立て	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2
設定条件間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
消毒・清潔操作の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用前の点検・管理ミス	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
その他のドレーン・チューブ類の 準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	1	9	9
使用																
点滴漏れ	1	0	0	0	1	0	3	1	1	5	13	13	16	11	53	59
自己抜去	4	2	1	0	7	12	10	17	10	49	257	249	241	190	937	993
自然抜去	0	1	1	1	3	0	1	2	1	4	26	26	33	25	110	117
接続はずれ	0	0	0	0	0	1	0	4	1	6	30	28	25	20	103	109
未接続	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	0	0	6	6
閉塞	1	0	1	0	2	2	0	1	1	4	12	14	12	7	45	51
切断・破損	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	17	13	12	15	57	60
接続間違い	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	0	0	3	4
三方活栓操作間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	1	5	6	15	16
ルートクランプエラー	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	7	4	7	4	22	24
空気混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2
誤作動	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
故障	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ドレーン・チューブ類の不適切使用	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4	8	3	6	21	23
その他のドレーン・チューブ類の 使用に関する内容	0	1	1	0	2	0	2	2	0	4	24	30	19	16	89	95
検査に関する項目																
指示																
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	5	6	0	20	20
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	1	1	2	7	8
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	5	2	11	11
指示検査の間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	5	2	10	10
その他の検査の指示に関する内容	0	0	2	1	3	0	0	0	0	0	16	17	37	18	88	91
管理																
分析機器・器具管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	1	6	6
試薬管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
データ紛失	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	5	5
計算・入力・暗記	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	4	11	11
その他の検査の管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	34	23	29	22	108	111

事例の内容×影響度	死亡もしくは重篤な状況に 至ったと考えられる					濃厚な処置・治療が 必要であると考えられる					軽微な処置・治療が必要 もしくは処置・治療が 不要と考えられる					総計
	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	
準備																
患者取違え	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	6	10	5	23	24
検体取違え	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	7	6	3	5	21	22
検体紛失	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	5	5
検査機器・器具の準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	5	7	6	28	28
検体破損	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2
その他の検査の準備に関する内容	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	31	49	52	31	163	165
実施																
患者取違え	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11	11	15	13	50	51
検体取違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	8	2	5	20	20
試薬の間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
検体紛失	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7	7	6	22	23
検査の手技・判定技術の間違い	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	10	9	21	12	52	53
検体採取時のミス	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	20	30	25	14	89	91
検体破損	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	4	3	14	14
検体のコンタミネーション	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
データ取違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	2	3	11	11
結果報告	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	5	13	18	18	54	56
その他の検査の実施に関する内容	2	0	0	0	2	3	4	3	2	12	139	134	149	111	533	547
療養上の世話に関する項目																
計画又は指示																
計画忘れ又は指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4	4
計画又は指示の遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	3
計画又は指示の対象患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2
計画又は指示内容間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	3	1	7	8
その他の療養上の世話の計画又は指示に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	10	7	7	36	36
管理・準備・実施																
拘束・抑制	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	2	2	8	9
給食の内容の間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	9	10	6	38	38
安静指示	0	0	0	0	0	0	3	2	0	5	12	6	8	2	28	33
禁食指示	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	6	6	5	3	20	21
外出・外泊許可	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	6	6	15	7	34	35
異物混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	5	2	15	15
転倒	3	2	1	1	7	7	8	12	14	41	383	396	461	302	1,542	1,590
転落	1	1	1	0	3	6	4	3	3	16	124	130	118	93	465	484
衝突	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	6	3	3	4	16	17
誤嚥	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	2	1	0	4	6
誤飲	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	3	1	6	7
誤配膳	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	6	10	8	5	29	30
遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2
実施忘れ	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	8	9	12	9	38	40
搬送先間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	10	5	25	25
延食忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	4	4
中止の忘れ	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	5	1	1	8	9
自己管理薬飲み忘れ・注射忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	8	1	7	26	26
自己管理薬注入忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
自己管理薬取違え摂取	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	3	2	4	16	16
不必要行為の実施	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4	3	1	4	12	13
その他の療養上の世話の管理・準備・実施に関する内容	2	1	0	1	4	7	9	7	1	24	102	90	116	81	389	417
その他	5	4	3	6	18	4	16	17	10	47	265	320	369	297	1,251	1,316
合計	50	30	44	33	157	93	128	149	111	481	3,419	3,449	3,876	2,805	13,549	14,187

Ⅱ 報告の現況

3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

【4】事例情報の報告の内容

医療事故情報収集等事業

平成27年年報

図表Ⅱ - 3 - 2 5 (YH-67) 発生要因×事例の概要

発生要因×事例の概要	薬剤					輸血					治療・処置					医療機器等				
	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計
当事者の行動に関わる要因																				
確認を怠った	2,551	2,366	2,889	2,243	10,049	26	23	34	20	103	136	168	235	184	723	139	124	153	129	545
観察を怠った	342	351	453	353	1,499	1	4	4	6	15	33	49	86	60	228	39	34	51	43	167
報告が遅れた（怠った）	84	72	124	122	402	1	3	5	2	11	12	16	18	12	58	10	12	1	2	25
記録などに不備があった	101	109	129	113	452	3	1	4	3	11	5	7	12	9	33	3	8	3	3	17
連携ができていなかった	476	560	679	550	2,265	13	7	17	5	42	39	60	78	70	247	22	27	23	21	93
患者への説明が不十分であった（怠った）	233	206	294	232	965	0	0	2	0	2	15	8	24	18	65	2	1	4	3	10
判断を誤った	392	396	489	411	1,688	6	4	7	8	25	39	38	63	61	201	24	22	27	22	95
ヒューマンファクター																				
知識が不足していた	365	337	476	399	1,577	5	11	7	7	30	26	30	51	44	151	41	33	39	35	148
技術・手技が未熟だった	214	234	290	254	992	4	4	3	3	14	30	21	56	50	157	26	20	20	20	86
勤務状況が繁忙だった	748	774	880	848	3,250	9	11	12	8	40	40	38	49	47	174	34	27	31	26	118
通常とは異なる身体的条件下にあった	59	57	70	62	248	0	1	0	0	1	3	6	10	7	26	2	1	2	2	7
通常とは異なる心理的条件下にあった	305	305	390	312	1,312	5	2	8	2	17	8	18	28	19	73	12	12	19	12	55
その他	344	315	389	328	1,376	8	7	4	5	24	14	22	42	24	102	20	17	21	12	70
環境・設備機器																				
コンピュータシステム	104	98	145	89	436	3	5	1	0	9	4	11	13	5	33	6	5	7	5	23
医薬品	301	293	370	352	1,316	0	0	1	0	1	7	2	5	5	19	0	0	1	2	3
医療機器	20	28	24	28	100	0	1	0	1	2	9	10	18	21	58	70	64	69	56	259
施設・設備	34	24	42	22	122	0	0	0	0	0	3	2	1	5	11	2	4	7	4	17
諸物品	20	28	25	36	109	0	0	1	1	2	6	10	9	9	34	6	9	11	10	36
患者側	89	96	123	108	416	0	0	0	0	0	14	14	88	43	159	2	1	4	8	15
その他	80	82	121	121	404	6	2	0	0	8	8	10	24	11	53	2	4	8	5	19
その他																				
教育・訓練	299	332	440	388	1,459	1	8	5	2	16	17	20	40	37	114	22	32	37	22	113
仕組み	117	86	169	102	474	0	2	4	0	6	6	4	8	7	25	9	7	8	9	33
ルールの不備	219	203	314	240	976	9	3	6	4	22	11	10	21	20	62	26	17	21	23	87
その他	265	325	402	317	1,309	6	2	8	3	19	21	32	54	41	148	30	12	23	19	84
合 計	7,762	7,677	9,727	8,030	33,196	106	101	133	80	420	506	606	1,033	809	2,954	549	493	590	493	2,125

※発生要因は複数回答が可能である。

ドレーン・チューブ					検査					療養上の世話					その他					総計
1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	1 ～ 3 月	4 ～ 6 月	7 ～ 9 月	10 ～ 12 月	合 計	
42,904																				
546	466	517	442	1,971	406	421	537	401	1,765	495	480	567	424	1,966	372	430	574	518	1,894	19,016
570	584	592	501	2,247	45	37	43	35	160	504	530	618	511	2,163	133	149	176	165	623	7,102
19	11	18	16	64	23	22	23	20	88	10	13	18	31	72	19	27	49	45	140	860
7	5	5	5	22	11	13	17	25	66	15	11	15	12	53	20	45	32	33	130	784
170	164	176	146	656	115	124	118	115	472	153	131	166	159	609	119	133	172	134	558	4,942
167	152	172	163	654	38	29	38	26	131	351	369	438	385	1,543	97	94	109	97	397	3,767
448	397	463	392	1,700	62	62	75	61	260	452	471	547	452	1,922	114	146	150	132	542	6,433
18,357																				
97	80	72	82	331	64	43	69	58	234	78	83	97	107	365	38	73	82	66	259	3,095
104	67	95	75	341	31	20	34	35	120	48	60	74	61	243	32	40	45	50	167	2,120
286	269	264	256	1,075	101	133	128	124	486	274	261	339	238	1,112	163	158	202	143	666	6,921
10	13	13	4	40	10	9	6	7	32	17	20	21	18	76	5	10	8	5	28	458
89	66	71	71	297	61	55	54	56	226	80	72	89	60	301	65	101	101	84	351	2,632
118	114	143	100	475	49	64	73	57	243	113	124	155	119	511	80	90	83	77	330	3,131
7,939																				
9	7	7	8	31	28	32	37	42	139	7	5	21	10	43	29	45	46	37	157	871
13	16	16	8	53	3	2	4	1	10	14	6	8	12	40	6	4	6	3	19	1,461
23	25	22	27	97	14	5	23	9	51	6	8	9	6	29	6	17	15	17	55	651
24	27	17	28	96	6	6	9	3	24	53	66	86	78	283	17	12	19	12	60	613
29	21	31	20	101	7	5	9	14	35	41	57	79	61	238	14	15	17	23	69	624
171	169	203	162	705	12	12	17	15	56	233	288	402	334	1,257	23	36	27	21	107	2,715
27	20	27	17	91	16	26	16	25	83	38	46	46	44	174	42	42	50	38	172	1,004
10,161																				
69	62	100	62	293	31	36	51	43	161	95	105	151	125	476	47	60	68	49	224	2,856
9	12	25	7	53	17	17	18	19	71	16	11	24	19	70	15	13	24	19	71	803
13	24	32	24	93	27	36	53	47	163	25	36	43	39	143	17	18	26	33	94	1,640
159	122	160	117	558	71	79	70	67	287	131	141	163	150	585	417	406	502	547	1,872	4,862
3,177	2,893	3,241	2,733	12,044	1,248	1,288	1,522	1,305	5,363	3,249	3,394	4,176	3,455	14,274	1,890	2,164	2,583	2,348	8,985	79,361

Ⅱ 報告の現況

3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

【4】事例情報の報告の内容

医療事故情報収集等事業

平成27年年報

Ⅱ

1

2 【1】

2 【2】

2 【3】

3 【1】

3 【2】

3 【3】

3 【4】

Ⅲ

医療事故情報等分析の現況

Ⅲ 医療事故情報等分析の現況

2004年度より開始した本事業においては、医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例を収集している。2005年から個別のテーマに関する医療事故情報とヒヤリ・ハット事例とを併せて総合的に検討する体制を整え分析を行っている。

1 概況

【1】分析対象とする情報

本報告書対象期間内に収集した医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例のうち、対象とするテーマに関連する情報を有している事例を抽出し、分析対象とした。

さらに、分析の必要性に応じて、本報告書対象期間外の過去の事例についても、抽出期間を設定した上で、同様の抽出を行い、分析対象とした。

【2】分析体制

医療安全に関わる医療専門職、安全管理の専門家などで構成される専門分析班を月1回程度の頻度で開催し、本事業で収集された事例の概要の把握を行っている。その上で、新たな分析テーマに関する意見交換や、すでに分析対象となっているテーマについての分析の方向性の検討、助言などを行っている。

さらに、事例の集積の程度や専門性に応じて設置が必要と判断されたテーマについては、テーマ別専門分析班を設置し、分析を行っている。テーマ別専門分析班の開催頻度は報告書での公表のタイミングや事例の集積の程度に応じて全体で月1～2回程度としている。また、テーマによってはテーマ別専門分析班を設置せず、専門分析班の助言を得ながら当事業部の客員研究員や事務局員が分析を行っている。

最終的に専門分析班、テーマ別専門分析班の意見を踏まえ、当事業部で分析結果を取りまとめ、総合評価部会の審議を経て分析結果の公表を行っている。

【3】会議開催状況

本財団の寄附行為に定める小委員会の運営委員会と本事業の総合評価部会の2015年1月1日～同年12月31日までの開催状況は次の通りである。

（１）運営委員会

運営委員会は2015年1月1日～同年12月31日までに、2回開催された。

図表Ⅲ-1-1 運営委員会の開催状況

	年 月 日	議 題
第24回	2015/02/13	- 医療事故情報収集等事業 登録分析機関の更新について - 医療事故情報収集等事業のアンケートの結果について - 医療事故情報収集等事業 「事業のご案内」の作成について - 医療事故情報収集等事業 2015年度事業計画・予算（案）について
第25回	2015/05/21	- 医療事故情報収集等事業 平成25年年報・医療安全情報 英語版の公表について - 医療事故情報収集等事業 Web情報へのアクセス件数について - Facebook を利用した情報発信について - 医療事故情報収集等事業 2014年度 実績について

（２）総合評価部会

総合評価部会は2015年1月1日～同年12月31日までに、5回開催された。

図表Ⅲ-1-2 総合評価部会の開催状況

	年 月 日	議 題
第53回	2015/02/19	2014年度 業務工程図研修会 開催概要と結果について - 医療安全情報 No.102、103、104（案）について - 医療事故情報収集等事業 第40回報告書（案）について
第54回	2015/05/13	2015年度 医療事故情報収集等事業 事業計画について - Facebook を利用した情報発信について 2015年度 医療事故防止事業部主催研修会について - 医療安全情報 No.105、106（案）について - 医療事故情報収集等事業 第41回報告書（案）について - 平成25年年報英語版、医療安全情報英語版の公表について
第55回	2015/07/30	- 最新のホームページの事例検索機能及び活用例について - 医療安全情報 No.106、107、108（案）について - 医療事故情報収集等事業 平成26年年報（案）について
第56回	2015/08/13	- 医療安全情報集 No.51－No.100（案）について - 医療安全情報 No.109、110（案）について - 医療事故情報収集等事業 第42回報告書（案）について
第57回	2015/11/16	2014年度 業務工程図研修会 受講後調査の結果について - 医療安全情報 No.111、112、113（案）について - 医療事故情報収集等事業 第43回報告書（案）について - ヒヤリ・ハット事例「今期のテーマ」について

【４】専門分析班の開催状況

医療安全に関する専門家等で構成される専門分析班を月に1～2回の頻度で開催し、医療事故情報全体の概要を把握し、個別のテーマに関する事例の分析を行っている。また、必要に応じて、分析に必要な情報の収集や現地状況確認調査を実施する。

【5】研修会の開催状況

本事業に参加している医療機関を対象に、本事業の現状を知っていただくとともに、報告の質を高めるための業務工程図を作成する演習を中心とした下記の研修会を開催した。

（1）第7回業務工程図・医療事故情報収集等事業研修会

i) 研修会の概要

- ① 開催日 2016年2月21日（日）
- ② 開催場所 日本医療機能評価機構ホール
- ③ 対象者 次のi～iiiの条件の医療機関の職員とする。
 - i 医療安全管理部門の責任者、医療安全管理者、あるいは医療安全委員、医療安全推進者など、医療機関内で、医療安全に関しての役割を担っている人、および医療機関で情報システム管理業務に携わっている人を中心に2～3名で構成する。
 - ii 医療機関で何らかの手法で医療事故の分析を経験している人が1名以上いる。
 - iii 多職種での参加が望ましい。

④ 内容

- i 講義：医療事故情報収集等事業の現況と課題
業務工程図とは
医療安全における業務工程図の作成と意義
医療事故情報を基にした業務工程の改善及び作図上の注意点
- ii 演習：自施設の工程の問題点の検討と業務工程図の見直し

ii) 受講状況

受講者数 44名（15医療機関）

iii) 内容

研修会のプログラム、受講者のアンケート結果は資料1（198頁）のとおり。

【6】アンケート調査結果

2015年、本事業では「医療安全情報」のファックス未受信病院を対象とした「医療安全情報の活用状況」に関するアンケート調査を実施した。

（1）調査の概要

本事業の医療安全情報のファックスによる提供医療機関数は、2015年12月に5,400余りとなった。これは全国約8,500病院の約60%にあたるが、2011年に文書発送によりファックス提供のご希望を伺った以降、提供希望病院数の大きな増加はない。

そこで、ファックスによる情報の提供を行っていない病院に対し、再度、医療安全情報のファックスによる情報提供のご希望を募ると同時に、本事業の医療安全情報の活用状況を明らかにするためアンケート調査を実施した。

（2）調査対象

本事業で把握している病院データのうち、本事業からファックスによる医療安全情報の提供を行っていない病院。アンケートの回答者は病院の医療安全の担当者である。

（3）調査方法

郵送配布、郵送回収（返信用封筒同封）

（4）調査期間

2015年12月11日～2016年1月15日（1月末着分までを有効とした）

（5）アンケート結果

配布件数3,385施設のうち1,022施設から回答があった（有効回答数1,021件、有効回答率30.2%）

アンケートの回答については、資料2（201頁）のとおり。

【7】医療事故情報に対する追加情報の収集

専門分析班において、医療機関から報告された事例を分析するにあたり、医療機関からさらに詳細な事実関係等の情報をいただく必要があると判断された事例に関しては、医療機関に対し、文書等による問い合わせや、ご協力いただける場合、現地状況確認調査を行っている。ご提供いただいた追加情報の内容は、医療安全対策を検討するために活用している。

（1）文章による追加情報の収集

2015年は、126の医療事故情報に関する文書による追加情報を依頼し、121件の回答をいただいた。その内訳を図表Ⅲ-1-3に示す。

図表Ⅲ-1-3 文書による追加情報依頼の内訳

事故の概要	件数
薬剤	59
輸血	1
治療・処置	20
医療機器等	8
ドレーン・チューブ	10
検査	5
療養上の世話	11
その他	12
合計	126

文書による追加情報の依頼は、専門分析班において事例の記述内容を分析するうえで、詳細な事実関係や背景要因を伺うことが主であるが、集計表に反映される当事者情報や、薬剤名、医療機器名の情報に関して入力漏れがある場合にも医療機関にお願いをしている。

次にあげる項目は、入力の際、特にご注意いただきたい項目である。

入力時、特にご注意いただきたい項目

当事者	「その他 不明」と報告されている事例があります。61頁図表Ⅱ-2-11などに影響しますので、当事者職種は、事例に深く関わった、あるいは発見した、主に対応した医療機関の方の職種を入力ください。
職種経験、部署配属期間	「0年0ヶ月」と報告されている事例があります。62～65頁図表Ⅱ-2-12、13などに影響しますので、正しい年数と月数を入力してください。
直前1週間の勤務時間	「0」や「999」と報告されている事例があります。Webに公開している図表(http://www.med-safe.jp/contents/report/html/StatisticsMenu.html)に影響しますので、数値を入力してください。なお、勤務時間の把握ができない等の場合には、不明として「900」と入力してください。
薬剤、医療機器等 (記載が必要な場合)	事例の概要が『薬剤』や『医療機器等』などの場合に、薬剤名や医療機器名が「不明」と報告されている事例がありますが、事例に関連した薬剤、医療機器等の販売名や製造販売業者を記入してください。
事故の背景要因の概要、改善策 (テキスト部分)	「不明」や「未記入」と報告されている事例がありますが、報告時点で把握していることを記載してください。

(2) 現地訪問による追加情報の収集

また、医療事故情報を報告いただいた医療機関（9事例）に訪問調査のご協力を依頼し、全てご協力をいただいた。2015年に実施した現地状況確認調査の一覧を図表Ⅲ-1-4に示し、具体的な内容を図表Ⅲ-1-5に示す。

図表Ⅲ-1-4 現地状況確認調査一覧

事故の概要	事例	事例内容	掲載ページ
薬剤	GE0270001	エポプロステノール静注用の希釈方法を誤り、ダブルチェックにおいても誤りが修正されなかった事例	115～118
	GE0270002	水薬を投与する際、量が不足したため、濃度の違う他患者の水薬を追加して投与した事例	119～121
	GE0270003	部門に配置される薬品カート内の薬剤の期限の確認ができていなかったため、期限切れの薬剤を投与した事例	122～124
	GE0270004	MR I 検査の造影剤を投与する際、注射器に薬剤名等の記載のない薬剤を投与したところ、鎮静剤を誤って投与した事例	125～127
輸血	GE0270005	血液製剤の依頼を受けた際、画面に表示された同姓類似名の違う患者の血液製剤を払い出した事例	128～131
治療・処置	GE0270006	右膝の手術の際、誤って左膝用の手術室の準備を行ったが、タイムアウトでも気付かず、左右を取り違えて手術した事例	132～134
医療機器等	GE0270007	ペースメーカ植え込みの情報共有ができず、MR I 検査を実施した事例	135～138
ドレーン・チューブ	GE0270008	中心静脈カテーテルのヘパリンロックを行う際、座位で誤った接続部位を外したため、血管内に空気が混入した可能性がある事例	139～140
その他	GE0270009	別の患者の検査値を送信したため、誤った眼内レンズを挿入した事例	141～142

※事故の概要は医療機関の選択した報告項目の内容である。

図表Ⅲ - 1 - 5 現地状況確認調査概要

GE0270001 エポプロステノール静注用の希釈方法を誤り、ダブルチェックにおいても誤りが修正されなかった事例	
訪問調査の目的	1. 事実の確認 2. 背景・要因の確認 3. 改善策について
主な対応者	院長、病院長補佐（医師）、医療安全管理部長（医師）、看護部長、看護部副部長（医療安全担当）、ゼネラルリスクマネージャー（看護師）、ゼネラルリスクマネージャー（事務職員）、副看護師長（医療安全担当）、当該病棟看護師長
【報告された実施した医療行為の目的】	
胸部大動脈瘤の外科的手術に備えた肺動脈性高血圧症の病態コントロールでエポプロステノールを投与していた。	
【報告された事故の内容】	
患者は、重度の肺動脈性高血圧症であり入院当日よりP I C Cカテーテルよりエポプロステノール5,000ng/mLを0.7mL/hで投与していた。朝、日勤受け持ち看護師2名A・Bのうち看護師Aが個別の注射保管箱より調製に必要な薬剤を正確にすべて取り出し準備したが、その後看護師Bが時間差ダブルチェック時に生理食塩液1Vでよいと思い込み、1Vを箱に戻した。調製は、注射業務の看護師Cが行い、エポプロステノールを混注する際にリーダー看護師Dに声をかけ、ダブルチェックを行ったが、生理食塩液が1Vしかないことに気付かなかった。医師の指示濃度でエポプロステノールを調製するには、生理食塩液50mL 2Vから各2mLずつ吸引しエポプロステノール0.5mg 1Vを溶解後、各生理食塩液のボトルにエポプロステノールを2mLずつ混注すべきだが、生理食塩液ボトルの1つのボトルから生理食塩液を4mL吸引しエポプロステノール1Vを溶解し、2mLを生理食塩液に混注作成したものを12時間投与した。同日の夜勤看護師が翌日の注射薬を準備する際に、薬剤カートに生理食塩液が1V残っていることに気づき、日勤者に調製方法を確認し事象に気付いた。	
【事故の背景要因の概要】	
報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見
- エポプロステノールは、肺動脈性高血圧症の病態の理解と薬剤の知識・調製手技を十分に理解し実施しなければ患者に重篤な影響を与えるリスクが高いため、毎年学習会の実施・調製の練習を行い、取り扱いを理解した看護師のみが実施することとしていた。 - しかし、常時対象患者がいるわけではなく、学習会だけの経験で実際に投与経験をしたことがない看護師やエポプロステノール10,000ng/mLに調製するケース（生理食塩液50mL 1Vから4mL吸引しエポプロステノール0.5mg 1Vを溶解し4mLを生理食塩液ボトルに混注し作成）しか経験したことのないスタッフがいた。当事者全員が実施可能者であったが、	＜事例の詳細＞ - 薬剤は、翌日に使用する薬剤カートが前日に薬剤部から搬送され、夜勤看護師がカートから各患者の日勤で使用する薬剤をトレイに準備しておく。薬剤部から薬剤に付されてくるラベルはRpあたり1枚であり、薬剤は、エポプロステノール静注用0.5mgのバイアルが1本、専用溶解用液（生理食塩液）50mLが2本であった。夜勤看護師はエポプロステノールを溶解すると50mLのシリンジ2本分となるため、準備の際、病棟で注射ラベルの再出力機能を用いて発行し、ラベルをもう1枚準備した。 - その際、夜勤看護師は注射ラベルの表記を「エポプロステノール静注用0.5mg 1V+専用溶解用液（50mL）2V」を「エポプロステノール静注用0.5mg 1V+専用溶解用液（50mL）1V」へ手書きで修正した。 - 日勤帯では、看護師A、Bの2人で当該患者を担当していた。業務分担は2人で相談して行っていた。

看護師Aは当部署へ異動して経験が浅く、看護師Bは実際には生理食塩液50mLにエポプロステノール1Vを混注する濃度しか調製したことがなく必要な生理食塩液は1Vでよいと思い込んでいた。

- ・当部署では、定期的に投与される維持薬や抗生剤は注射係が作成するが、他は原則として受け持ち看護師が準備・投与、もしくはリーダーと投与することとしていた。
- ・エポプロステノールにおいては慎重に取り扱うために原則として医師がすぐ対応出来るように薬剤の更新・点滴ルートの交換は日中に行うことなどをルール化していたが、今回は看護師Cは単独で調製を行い、生理食塩液とエポプロステノールを混注後にリーダー看護師Dと確認を行っている。
- ・1 薬剤を標準調製投与するまでに多数の看護師がかかわっており、確認方法も確実でない状況であった。

- ・9時頃、エポプロステノールについて、看護師A、Bで電子カルテの画面で注射指示、注射ラベル、薬剤の照合を行った。この時、指示は「エポプロステノール静注用0.5mg 1V+専用溶解用液(50mL) 2V」であるのに注射ラベルは「エポプロステノール静注用0.5mg 1V+専用溶解用液(50mL) 1V」となっているが、その違いについて気がつかなかった。
- ・その後、看護師Bは専用溶解用液(50mL) 1Vは不要であると思い込み、注射カートに戻した。
- ・10時、エポプロステノールの溶解は定時で行われており、看護師A、Bは注射係の看護師Cに調製を依頼した。
- ・看護師Cは、注射ラベル「エポプロステノール静注用0.5mg 1V+専用溶解用液(50mL) 1V」をみて50mLから4mL吸ってエポプロステノールを溶解し、そのうち2mLをシリンジに吸った。
- ・看護師Cはリーダー看護師Dと、注射ラベル、エポプロステノールを溶解しシリンジに吸った2mL及び薬剤のバイアルに残った2mLを確認した。
- ・看護師Cはエポプロステノールを溶解しシリンジに吸った2mLを専用溶解用液46mLに注入し、50mLのシリンジに吸い取り、注射ラベルを貼付した。
- ・看護師Cは残った2mLの入った薬剤のバイアルにもう1枚の注射ラベルを貼付し、冷蔵庫に保管した。
- ・薬剤カートは毎日交換をするもので、翌日分の薬剤が前日に薬部から払い出される。

<背景要因>

○エポプロステノールの使用についての取り決め

- ・添付文書では、エポプロステノール静注用5,000ngの溶解は専用溶解用液50mL 2本より、2mLずつ注射筒を用いて、4mLを取り、バイアル内に注入する。溶解した液をすべて注射筒に取り、2mLずつ専用溶解用液に戻す、という手順が示されている。
- ・初めて導入する薬剤は事前に勉強会を行っている。エポプロステノールについて事前に説明を行っていた。
- ・エポプロステノールはシリンジやルート交換の際に特に注意が必要なので、熟練した看護師が調製できるようにしていた。しかし、調製についての具体的なルールはなかった。
- ・エポプロステノールは調製後、溶解中の有効成分が徐々に分解するため、使用直前に調製をしていた。
- ・エポプロステノールは高価な薬剤であるため、24時間以内で1Vを使用できるように溶解後のシリンジ交換時間(10時、22時)をルール化していた。

○看護師

- ・看護師Bはエポプロステノール静注用10,000ngを専用溶解用液(生理食塩液)50mL 1本で溶解したことがあり、その経験から専用溶解用液は1Vと思い込んだ可能性がある。
- ・看護師Cは注射ラベルと薬剤の確認を行ったので、誤った手書きの注射ラベルの情報がそのまま実施へと流れた。
- ・看護師Cはエポプロステノールのシリンジを2本分作成する、ことは理解していたが、エポプロステノールの溶解方法を理解していなかった。そのため余ったエポプロステノール2mLはバイアルに残したまま、注射ラベルを貼付し冷蔵庫に保管した。

	・当該医療機関では、薬剤の調製は、電子カルテ画面、注射ラベル、薬剤で確認を行うルールとなっているが、当該事例では、遵守できなかった。10時は注射業務が重なるため、焦っていたのかもしれない。 ・看護師Cには、患者の状況の変化で、薬剤の流量が次々と変更になった際、何度も手書きで注射ラベルに修正を加えた経験があり、注射ラベルの手書きの記載に対して、電子カルテで確認するなどの確認行動に結びつかなかったのかもしれない。 ・リーダー看護師Dは、電子カルテの「実施」は確認するが、薬剤カートの残薬までは確認していない。 ○病棟薬剤師 ・病棟薬剤師は患者の内服薬に関与しているが、注射薬の調製には関与していない。相談をすれば応じるが注射薬の調製は看護師の業務であった。 ○ダブルチェック ・薬剤の確認方法を重要度で区別しており、特殊薬剤、ハイリスク薬剤はダブルチェックをしている。エボプロステノールはダブルチェックの必要な薬剤であった。 ・看護師A、Bでダブルチェックした後に、看護師Bは「専用溶解用液は1V」と思い込み注射ラベルを書き換え、薬剤カートに専用溶解用液1Vを戻した。看護師Aに再確認は行わなかった。 ○環境 ・調製の際、電子カルテ画面を確認できるように、点滴準備台付近に電子カルテ端末が設置されているので、画面を確認しにくい状況というわけではなかった。 ・医師は、溶解方法について必ず具体的に指示を出すというわけではない。当該事例もコメントに溶解方法は記載されていなかった。 ○バーコード認証 ・調製時の認証は注射ラベルに印刷されたバーコードで行っている。当該事例のように手書きで修正された場合は、バーコード認証ではなく電子カルテで認証を行わなければならないはずであるが、このことは業務の流れの中で気が付かなかった。
【改善策】	
報告された事故の改善策	訪問で得られた知見
・エボプロステノールは部署における最重要薬剤と位置づけ、スタッフの再教育と混注手順・手技について再確認を行う。 ・特殊薬剤、麻薬等の準備や投与は受持ち看護師が最後まで継続して行う。 ・エボプロステノールの溶解方法を注射準備台に表示する。	・薬剤の調製手順を改訂し、調製、投与開始、流量変更時の注意点を追加した。 ・エボプロステノールに使用する赤いトレイを採用し、通常のもの（白）と区別した。 ・薬剤を準備、調製する際は、必ず「溶解方法を示した説明用紙」を見ながら作成するルールとした。 ・薬剤の調製、点滴ルートの作成方法、PCAポンプのセッティング学習会に参加して内容を理解したスタッフの一覧表を注射室に表示する。 ・ダブルチェックを要する薬剤は、原則として受け持ち看護師2人で確認する。業務の都合上不可能な場合でも1人は受け持ち看護師であることをルールとする。

訪問での主な意見等

- 電子カルテの画面には、調製方法は記載されていなかった。指示画面にはスペースがあるので注意事項を入力する、という方法もある。
- 溶解に必要な薬剤には、指示に「手順を参考にする」「マニュアルを参考にする」などコメントが自動的に入ると良いのではないか。具体的な内容は手順やマニュアルに記載するとしても、電子カルテの画面に注意喚起が載らないとわかりづらいだろう。
- 当該事例では、処方する医師がコメント欄に入力することでしか薬剤調製時に注意喚起ができない。薬剤データベースで自動的に注意喚起ができるマスタの仕組み作りを検討してはいかがか。市販されている薬剤マスタはあるが、各医療機関で工夫されていることが多いのではないか。
- 看護師が正しい知識を持つことは重要だが、正しい知識を持っていることが前提での仕組みは無理があるだろう。どこかで気付く、誰かが気付く仕組みが重要だろう。
- 2人で確認する場合、何を見ているのかが曖昧であるとダブルチェックにならないので注意が必要である。
- 「正しい」ことが前提のダブルチェックに慣れており、疑問に思ったり、間違いを見つけた場合、どう行動するかが曖昧になりがちである。チェックが通らなかった場合どうするのかを取決めをしておくことが重要である。
- 改善策が当該病棟の取り組みになっているが、どの部署も個々で一生懸命取り組みをしているので、事例の共有だけでなく、手順書などは院内全体で見直すといいのではないか。

Ⅲ

1 【1】

1 【2】

1 【3】

1 【4】

1 【5】

1 【6】

1 【7】

2 【1】

2 【2】

3 【1】

3 【2】

GE0270002 水薬を投与する際、量が不足したため、濃度の違う他患者の水薬を追加して投与した事例	
訪問調査の目的	1. 事実の確認 2. 背景・要因の確認 3. 改善策について
主な対応者	医療安全管理室室長（医師）、医療安全管理室副室長（医師）、医療安全管理室G R M（看護師）、 薬剤部副部長、病棟看護師長、病棟担当副看護師長、医療安全管理室看護師、医療安全管理 室薬剤師、事務職員
【報告された実施した医療行為の目的】	
定期的な鎮静剤投与	
【報告された事故の内容】	
深夜帯（5時）で定期投与中のリスペリドンの残量が指示量1mLのところ0.5mL足りなかったため、リーダー 看護師と受け持ち看護師で確認し、他患者の濃度の違うリスペリドンを0.5mL使用し、合計1mLを投与した。 17時の定期投与の際にリスペリドンの残量が足りなかったため、深夜帯看護師に確認したところ、誤投与がわかっ た。計算上、本来投与すべき量より0.025mg過剰に投与していた。当直医、日勤帯受け持ち看護師より家族 に説明を行った。5時に投与後も患者の全身状態に変化はなかった。	
【事故の背景要因の概要】	
報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見
・本来1週間分あるはずのリスペリドンが約3日分不足していたため、18時に医師に処方依頼の黄色の指示棒を立てたが、主治医がそれを確認するまでの投与であった。 ・看護師は他患者のリスペリドンの濃度が当該患者の濃度と同じと思い込んでしまった。 ・入眠導入剤（トリクロロールシロップ原液）や浣腸液などが不足することが多く、検査前に緊急で使用するしなければならない状況や、処方が届くまでに医師や患者からの催促もあったため、内容を確認し、他患者に処方されたものを使用することが病棟全体で黙認されてしまっていた。	○処方内容 ・当該患者の処方「リスペリドン内服液（1mg/mL）0.4mL＋水（付加分）合計2mL 1日2回」であり、1回分は0.2mg（1mL）であった。 ・他患者の処方「リスペリドン内服液（1mg/mL）0.25mL＋水（付加分）合計1mL 1日1回」であり、1回分は0.25mg（1mL）であった。 ○水薬 ・成人に投与する水薬の調剤は、薬剤により、原液のままのもの、1回量を1mLに調剤するもの、水薬ボトルの目盛りに合わせて希釈を行うものに分かれている。 ・小児に投与する薬剤の量は少なく、水薬については、患者ごとに投与量や希釈量を医師が処方するため、投与量は1mLと同じ場合でも含有量は違う。 ・小児の水薬は、処方どおりの量に薬剤部で調剤しているため、余分はない。 ・水薬のボトルには、1回の投与量（今回の場合は「1mL」）のみ記載されており、含有されている薬剤の量や、原液か希釈液かなどの情報は記載されていない。内容を確認するためには、電子カルテで処方内容を見る必要があった。 ・水薬の準備の際、小児科病棟では黄色のジェイフィールド注入器（キャップ付き）の内筒を抜き、外筒を使用して水薬を計量していた。この場合、筒先のデッドスペースに水薬が入るため、1週間分処方されていても足りなくなることが多かった。

Ⅲ

1 【1】
1 【2】
1 【3】
1 【4】
1 【5】
1 【6】
1 【7】
2 【1】
2 【2】
3 【1】
3 【2】

- ・当該患者の水薬は、当該事例発生の前日、蓋の閉め方が甘く冷蔵庫の中で倒れてこぼれたため、本来1週間分あるはずのリスペリドンが約3日分不足することになった。しかし、追加処方依頼をしていなかった。

○薬剤の流用について

- ・小児科病棟では、トリクロリールシロップ、坐薬（ダイアップ）、吸入液（インタール、メプチン、パルミコート）などの投与が急に決まった際に、処方した薬剤が払い出される前に、他患者の薬剤を流用し、後で返却することがあった。
- ・小児科病棟の看護師24名中22名が他患者の薬剤を流用した経験があった。

○看護師

- ・リスペリドンが不足することに気づいたのは、投与予定の30分前であった。
- ・受け持ちの看護師は、水薬は全て原液であると認識しており、個人別に希釈されていることは知らなかった。
- ・受け持ち看護師は、深夜帯（5時）であったため、仮に当直医師に連絡し処方してもらっても、薬剤師の調剤後、病棟に上がってくるまでに時間がかかり、予定時間に投与できないため、医師に処方を依頼することを躊躇した。
- ・受け持ち看護師は、トリクロリールシロップを他患者から流用したことがあり、リスペリドンも同じように流用してよいと判断した。
- ・リーダー看護師は、リスペリドンが希釈されており、患者毎に濃度が違うことを知っていた。しかし、受け持ち看護師に他患者のリスペリドンを流用することを相談された際、原液のため流用することの多かったトリクロリールシロップと同じ感覚で、疑問に思わなかった。
- ・ダブルチェックの際、薬剤と一緒に上がってくる処方箋で含有量を確認することは可能であるが、当該事例では処方箋を見ておらず、両者ともに処方されているリスペリドンの濃度が違うことに気付かなかった。
- ・他の患者のリスペリドンを使用後、リーダー看護師は、日勤の看護師にリスペリドンがなくなったことを申し送らなかったため、次の投与の際に再度薬剤がなかった。

【改善策】	
報告された事故の改善策	訪問で得られた知見
・他患者に処方された薬剤を使用しない。緊急で必要な場合も医師に依頼し、患者本人の処方が届くまでは投与しない。患者本人にも処方が届くまでは待ってもらよう伝える。 ・薬剤をこぼすなどして薬剤が不足すると予測された時点で直接医師に報告し、処方を依頼する。 ・水薬をシリンジで余分に吸ってしまった場合は、清潔なシリンジであれば、破棄せずボトルに戻す。 ・水薬は薬杯やシリンジでの目測で、不足することが多いため医師・薬剤師と対策を検討する。	・水薬は不足することが多いため医師・薬剤師と対策を検討し、1日分多く調剤することになった。 ・水薬を量り取る際に、ロスの多いジェイフィールド注入器（キャップ付き）の外筒を使用するのをやめ、小児投薬用の滅菌済スポイトを使用することにした。 ・全ての薬剤において、他患者の薬剤を借りることを中止し、患者ごとに処方を行うことにした。 ・昼夜を問わず、処方されている薬剤が不足した場合などは、医師に処方を依頼することを小児科医師と確認した。

訪問での主な意見等
○水薬のボトルに、投与量だけでなく、薬剤の含有量を印字するようにはいかがか。 ○小児の水薬においても、濃度を統一にして払い出すことを検討してはいかがか。 ○水薬がこぼれた事実を「こぼれた」、その後「補充した」という記録を残すことで、水薬がこぼれた情報が共有でき、適切な対応が取れるのではないか。 ○冷蔵庫の5Sに着目して、水薬や坐薬の整理を行ってはいかがか。 ○薬剤の投与に限らず、業務全般において、自分の勤務中のことだけでなく、次に勤務する人が困らないような段取りをつけておくことが必要であろう。

GE0270003 部門に配置される薬品カート内の薬剤の期限の確認ができていなかったため、期限切れの薬剤を投与した事例	
訪問調査の目的	1. 事実の確認 2. 背景・要因の詳細確認 3. 改善策と周知について
主な対応者	医療安全管理室室長（医師）、医療安全管理室副室長（医師）、医療安全管理室G R M（看護師）、薬剤部副部長、医薬品安全管理責任者（薬剤師）、病棟看護師長、病棟担当副看護部長、医療安全管理室看護師、医療安全管理室薬剤師、事務職員

【報告された実施した医療行為の目的】	
心内膜炎に対してペニシリンGカリウム注の投与を行った。	
【報告された事故の内容】	
注射用ペニシリンGカリウムの投与開始3日後、看護師が期限切れである事に気がつき、既に投与済みの空バイアルをみると、数バイアルの期限切れの使用済みバイアルが出てきた。未使用分をすぐに薬剤部在庫の新品と交換した。	
【事故の背景要因の概要】	
報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見
- 注射薬管理の係で期限を定期的に確認しているはずだったが、期限切れの注意表示がなされておらず、廃棄もされずに残っていた。 - 連絡を受けた際に、棚にはまだ期限切れの薬剤が多数処分されずに残っていたため、期限切れの薬剤を処分した。 - 期限チェックを行うべき日程に人数が確保できないと、期限チェックは行っていないようである。 - 同じ時期に投与患者が他にもいれば、期限切れの薬剤が投与された可能性がある。	○薬品カート - I C U、C C U、N I C U、E Rでは、部門ごとに薬剤の種類と定数の決まった薬品カートが配置されている。医師の指示後、薬剤部で患者ごとの調剤は行わず、薬品カートから該当する薬剤を取り出し投与する。 - それぞれの薬品カートの薬剤は、I C Uが118種類、C C Uが68種類、N I C Uが54種類、E Rが117種類であった（全4カート：357種類）。 - C C Uの薬品カート内に、注射用ペニシリンGカリウムが30バイアル常備されている。 - 薬品カートの薬剤の補充は、使用実績のある薬剤が薬剤部から払い出され、各部門の看護師がカート内に適宜補充している。 3回／週は、薬剤部でも薬品カートのチェックを行い、定数から減っている薬剤を補充している。 - 今回は一般病棟であり、薬品カートはなく、通常の処方であった。 ○薬剤部 - 病棟に入院中の患者に投与する薬剤は、処方オーダー後、薬剤部の薬品庫に保管されている薬剤を調剤し、病棟に払い出している。 - 薬剤部のローテーション表上、薬品カートのチェックは1人の薬剤師が1時間で行うことになっており、定数からの不足分チェックと補充が主な業務になっていた。 - マニュアルには期限管理について記載はなく、期限切れに近い薬剤を交換した際の記録も行われていなかった。 ○期限切れの薬剤が病棟に払い出された背景 - 今回使用した注射用ペニシリンGカリウムは、3年前に納品されたものであり、その間に投与実績があるため、納品後から薬剤部の薬品棚にあれば現時点まで残っていることは考えにくい。

	・ C C U の薬品カート内にあった注射用ペニシリン G カリウムの期限チェックが行われずに経過し、期限切れが近い時期になったことに気付いた際、C C U の薬品カートから取り出した注射用ペニシリン G カリウムを誤って薬剤部の薬品棚に戻した可能性が高い。その後、今回の処方オーダーがあり、使用期限を確認しないまま払い出したと考えられた。 ○看護師 ・ 当該事例の患者へのペニシリン G カリウムの投与は、「ペニシリン G カリウム注 1 0 0 万単位 5 V + 生理食塩液 1 0 0 m L を 2 0 m L / h で投与」であり、1 日 5 回更新する必要があった。 ・ 「静脈内注射法の準備」の看護手順では、ミキシングの項目の「薬剤の確認を行う」に「有効期限・薬剤に異常がないことを確認する」と記載されており、ミキシング毎に期限のチェックを行うことになっている。 ・ リンクナース会では、ミキシングする際のダブルチェックの方法を具体的に決め、その内容を病棟等に貼っている。 (1) ミキシング前にダブルチェックは 2 人同時に実施（2 人のうち 1 人はリーダー格であること） a. 薬剤の準備者は、医師の指示のみ見て、医師の指示を読み上げる。 b. 確認者は準備されている薬剤のみ見て、確認する。 (2) ダブルチェックの内容（計 1 1 項目） a. 医師指示：氏名、日付、薬品名、用量、投与方法、投与速度、実施時間、オーダー番号、コメント（9 項目） b. 薬品：薬品名、使用期限（2 項目） ・ ペニシリン G カリウムの投与開始 3 日目に期限切れに気付いており、手順にはあったが使用期限の確認ができていなかった。 ○注射用ペニシリン G カリウムの安定性の確認 ・ 注射用ペニシリン G カリウム（最終包装形態で室温に保存した場合）の安定性は、3.5 年で残存率 98.7% であった。
【改善策】	
報告された事故の改善策	訪問で得られた知見
不明	・ 薬品カート内の薬剤を引き出しごとに分け、薬剤師が 2 ヶ月かけて使用期限を確認する。 ・ 薬剤部における期限切れの薬品の取扱い手順を明確にし、期限管理の手順書を作成した。 ・ 使用期限が 3 ヶ月以内の薬剤は、薬剤本体の使用期限表示に赤マーカーで線を引きビニール袋に入れ、引き出しの前の方に入れる。「薬品使用期限確認表」に薬品名と数量、使用期限を記載しておく。 ・ 月末に「使用期限確認表」に記載してある薬剤について、該当月に期限が切れるものを薬剤師 2 名で確認し、廃棄する。 ・ ミキシング時のダブルチェックについて、改めて周知を行う。

訪問での主な意見等

- 病院の規模からすると、ペニシリンGカリウムが3年間使用されずに残っていたとは考えにくい。期限切れで薬品カートから外したはずの薬剤が、通常の払い出しのルートに逆流している点に注目し、手順を見直した方がよいだろう。
- ICU、CCU、NICU、ERの薬品カートの定数表を見ると、薬剤の種類や配置数が多い。確認が大変であるため、定数の見直しや、患者ごとの払い出しを検討してはいかがか。
- 期限切れ薬剤の投与では、製剤の安定性と保証の問題が考えられる。今回のペニシリンGカリウムの安定性については、3.5年後でもほぼ問題ないことを確認されたようだが、保証の面では、使用期限を過ぎた薬剤を使用した場合、「適正に使用した」とは理解されない可能性があり、万が一副作用等が生じた場合、医薬剤副作用被害救済制度などの救済が受けられない危険性がある。
- 病棟で看護師が調製時に期限切れを発見しているが、投与は3日前から始まっており、結果的に使用期限の確認ができていなかった。忙しいときこそ、決められた手順で決められた項目を、指差し・声だし確認をする必要がある。また、ダブルチェックが11項目と多いため、本当に必要な項目に絞ってはいかがか。

Ⅲ

1	【1】
1	【2】
1	【3】
1	【4】
1	【5】
1	【6】
1	【7】
2	【1】
2	【2】
3	【1】
3	【2】

GE0270004 MRI検査の造影剤を投与する際、注射器に薬剤名等の記載のない薬剤を投与したところ、鎮静剤を誤って投与した事例	
訪問調査の目的	1. 事実の確認 2. 背景・要因の詳細確認 3. 改善策と周知について
主な対応者	医療安全管理室室長（医師）、医療安全管理室副室長（医師、看護師）、医療安全管理室専従看護師2名、医療安全管理室 専従薬剤師、医療安全管理室 専従事務職員、診療放射線技師2名、放射線部看護師長、小児科医師（安全担当）、小児科病棟師長

【報告された実施した医療行為の目的】	
MRI検査における造影剤投与	
【報告された事故の内容】	
通常、入院小児患者検査の鎮静剤は、病棟でミキシングし患者と共に検査室へ運搬する。医師は病棟でミキシングを行ったが、注射器に注射ラベルを貼付しなかった。当事者は自分でわかるようにと検査室の台の上に、自己の白衣と共に置いておいた。造影剤はプレフィルドシリンジタイプのものを用いているが、小児の場合は診療放射線技師が必要量を注射器に吸引している。造影剤投与時に診療放射線技師は、台の上に置いてある注射器を他の診療放射線技師が用意してくれた造影剤であると思い込み（実際には造影剤は用意されていなかった）、医師へ手渡した。医師は造影剤にしては量が少し多いなど疑問に思ったが、確認しなかった。医師は患者の状態を観察しつつ、患者に全量投与した。投与直後に患者の呼吸が低下したため、医師は注射器を再確認しチトゾールであることに気が付いた。医師は呼吸状態を確認し、バイタルサインに異常がないことを確認した。その後は医師が呼吸管理を行い、患者の傍につき検査を続行した。誤投与されたチトゾールは81.25 mgであった。	
【事故の背景要因の概要】	
報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見
・薬剤をミキシングした際に、注射器にラベルを貼付する、あるいは薬剤名、患者氏名を明記するルールが守られなかった。 ・調製された鎮静剤を通常とは異なる場所に置いた。 ・診療放射線技師が造影剤を調製する際に行うべき技師同士によるダブルチェック、注射器に薬剤名、患者名を記載するルールが守られなかった。 ・診療放射線検査技師が薬剤・患者名が記載されていない注射器を当該患者の造影剤であると思い込み、確認しなかった。 ・準備の際、1患者1処置1トレイのルールが守られなかった。 ・薬剤投与時に薬剤・患者名・投与量のダブルチェックを行うルールが守られなかった。	○院内のルール ・医療機関内では、病棟、放射線部など全ての部署で、薬剤の準備は1患者1処置1トレイで準備することになっていた。トレイ（ピンク色）は院内共通である。 ・処方された注射薬には、患者名や投与量が記載された患者認証用ラベルが1枚のみ発行されバーコード認証が可能である。ラベルの複数発行はできない。 ・画像検査用に使用するチトゾールは、0.5 gを20 mLの溶解液で溶解し、注射器に患者認証用のラベルを貼る。小児は使用量が少ないため、そのうち、一部を5 mLまたは10 mLの注射器に吸い取り、注射器に油性マジックで薬剤名を記載する。 ・院内共通マニュアルには、「注射器に薬剤名を記載する」と記載があったが、患者名、投与量などを記載するようにはなっていない。基本的なことなので、改めてマニュアルに記載する必要がないと思っていた。 ・造影剤は、画像検査室の看護師が準備することになっている。しかし、看護師の勤務状況から、16時までの検査のみ対応し、16時以降については、診療放射線技師（以下、放射線技師とする）が準備を行うことになっていた。

Ⅲ

1 【1】
1 【2】
1 【3】
1 【4】
1 【5】
1 【6】
1 【7】
2 【1】
2 【2】
3 【1】
3 【2】

- ・患者が成人であれば造影剤は医師が投与するが、小児患者の場合は、医師が鎮静剤の投与とモニタリングにあたるため、造影剤投与は指示を受けた看護師が行うことが多い。しかし、看護師の勤務状況などによっては小児科医師も造影剤の投与を行う。
 - ・造影剤には、バイアルに造影剤名の記載されたシールがついているので、そのシールを準備した注射器に貼ることになっていた。しかし、患者名などを記載するルールはなかった。
- 鎮静剤の準備（医師）
- ・鎮静用に準備したチトゾール注用0.5 gは、患者に処方した薬剤であった。
 - ・小児科では、鎮静用の薬剤を担当医師が病棟で調製し、持参している。
 - ・小児科医師はチトゾールを20 mLに溶解後、5 mL注射器に5 mL吸い取り、検査室へ持参した。患者には2 mL使用する予定であった。
 - ・病棟での調製時、ダブルチェックをしてもらう人がおらず、注射器に薬剤名が記載されていないことを指摘する人がいなかった。
 - ・調製した小児科医師は、トレイに準備して持参するルールを知らなかった。また、処方箋を持参するルールはなかった。
- 放射線部
- ・造影剤は、成人の場合はプレフィルドシリンジ製剤を使用するが、小児の場合はプロハンス静注5 mLのバイアルから必要量を注射器に準備している。
 - ・造影剤（プロハンス静注5 mL）は「体重 × 0.2 mL」で計算しており、当該患者には3 mL投与する予定であった。
 - ・当該事例は、16時半ごろの検査であったため、造影剤を準備する看護師がなかった。そのため、患者の到着時に造影剤は準備されていなかった。
 - ・担当した放射線技師は撮影することに集中していたため、造影剤が準備されていないことに気付かなかった。そのため、台の上に置いてあった薬剤名の記載のない注射器（チトゾール）が造影剤だと思い込み、医師に渡した。
 - ・医師は、放射線技師に造影剤だと手渡された注射器に薬剤が5 mL入っていたので、経験から少し多いと感じたが確認はしないまま、3.25 mLまで投与した。
 - ・MRI検査室は照明が落としてあり、無色透明の造影剤と淡黄色のチトゾールの色の違いに気付くことは難しかった。
 - ・医師が注射器内の薬剤を投与後、放射線技師は注射器に造影剤のシールが貼っていないことを思い出し、造影剤ではない薬剤を医師に渡したことに気付いた。

【改善策】	
報告された事故の改善策	訪問で得られた知見
・注射器には必ず注射ラベルを貼付する。 ・注射ラベルのない注射器に薬剤名、患者名を記載するルールの再徹底を行った。 ・薬剤の投与時には必ずダブルチェックを行うルールの再徹底を行った。 ・薬剤は1患者1処置1トレイで準備するルールの再徹底を行った。	・院内の共有マニュアルに、注射器に患者名、薬剤名、投与方法、投与量などの6Rを記載することを追加した。 ・鎮静剤は、他の薬剤と同様に病棟看護師が2名（1名は医師でもよい）で確認のうえ調製することとし、検査に同伴する医師による調製は行わないことにした。 ・画像検査室内の鎮静剤は、医師が責任を持って管理する。 ・画像検査室では、鎮静剤投与前および造影剤投与前に小児科医師と看護師または放射線技師が注射器に表示してある薬剤名と患者名を確認する。

訪問での主な意見等
○小児の注射薬の調製は、単純に溶解するだけの調製ではなく、さらに希釈または小分けにすることが多い。そのため、複数の注射器が存在し、また容量の小さい注射器にはラベルを貼ることが難しい状況もあるのではないかと。 ○シール台紙の角を折って、一部を注射器に貼ったり、トレイの中にラベルと注射器を入れて準備したりして工夫すると聞いたが、スタッフが工夫することで、かえってローカルルール、個人ルールなどの複数の手順が発生してしまう。院内の共通ルールとして決めた方が良いだろう。必要な部署にはラベルを複数発行することはいかがか。 ○注射器に油性マジックで記載すると目盛りと重なって、目盛りが見えにくくなったり、薬剤名が読みづらくなったりする。テープなどに記載して貼る方法もあるだろう。 ○注射器に情報を記載しておくことを前提として、造影剤の注射器を色付きの注射器にしてはどうか。

GE0270005 血液製剤の依頼を受けた際、画面に表示された同姓類似名の違う患者の血液製剤を払い出した事例

訪問調査の目的	1. 事実の確認 2. 背景・要因の詳細確認 3. 改善策と周知について
主な対応者	医療安全管理室室長（医師）、医療安全管理室副室長（医師、看護師）、医療安全管理室専従看護師2名、医療安全管理室 専従薬剤師、医療安全管理室 専従事務職員、放射線部看護師長、輸血部部长、輸血部 臨床検査技師、中央臨床検査部 臨床検査技師2名、事務職員

【報告された実施した医療行為の目的】

輸血

【報告された事故の内容】

患者はP C I（経皮経管冠動脈形成術）目的に血管内治療センターへ入室した。右上腕穿刺により血腫出現、シース抜き徒手圧迫を行ったが止血困難であった。血腫が増強し、上腕動脈損傷が疑われたため、輸血4単位がオーダーされた。依頼を受けた当直の中央臨床検査部技師は、患者Aのクロス検体を受付けたが、本来行うべき血液製剤依頼確定を行わず、製剤一覧画面で依頼確認を行おうとした。しかし、当該画面には依頼確定操作を行ったもののみ表示されているため、本事例の患者Aの氏名は表示されていなかった。当直者は同姓類似名の患者Bを患者Aと勘違いした。患者Bの画面を開いたところ、依頼単位が4ではなく0となっていたため、残業で残っていた輸血部技師へ相談した。輸血部技師は、提示された画面（患者Bの情報）を確認した。Type & Screenとなっていたため、0でもよい（当院ではT & Sでは依頼単位は0となる）と回答したが、T & Sは通常手術室の請求であるため、なぜ血管内治療センターからの依頼であるのか疑問を持ち、手術予定一覧表を確認すると患者Bは手術終了のチェックが入っていた。血管内治療センターの依頼医に患者Bの姓名を告げ、「術後、血管内治療センターへ行ったのですか。」と尋ねた。依頼医は、告げられた患者の名前が間違っていることに気が付かず、「本日カテ予定の患者であり、現在出血している」と回答した。輸血部技師は電話で上司に相談したが、互いに患者が手術室から血管内治療センターへ移動し治療を続けているにもかかわらず、誤って輸血部の手術予定表に手術終了のチェックがされたと思い込んだ。輸血部技師は患者Bの輸血4単位をT & Sとして未クロスで払い出した。血管内治療センターの看護師は払い出された製剤を確認したが、患者間違いに気が付かなかった。撮影室内の電子カルテにバーコードリーダーが設置されていなかったため、センター内の別の場所で製剤の認証を行おうとした。バーコードリーダーによる患者リストバンドの認証は患者が別室にいるため行えないことから、製剤に印字されている患者IDを手入力し患者画面を呼び出し、製剤のバーコードをリーダーに読ませて認証した。その際に、T & Sとして未クロスにて払い出された製剤であるため、未クロスであることを警告する「！」マークが表示された。再度確認して、患者間違いに気が付いた。

【事故の背景要因の概要】	
報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見
- 当直の中央臨床検査部技師は、日勤帯は別の部署で業務しており、輸血部の業務に詳しくなかった。 - 当直の中央臨床検査部技師は製剤依頼を受けた際のルールを遵守しなかった。 - 同姓で名前が似た患者と誤認した。 - 輸血部技師は数々の疑問を持って行動したが、患者誤認に気が付かなかった。 - 予定一覧表は手術終了となっており、疑問を持ったが確認を怠った。 - 血管内治療センターにおいて、届いた製剤の血液型は確認したが、患者名の確認は行なわなかった。 - 血管内治療センターでは撮影室内の電子カルテにバーコードリーダーが無かったため、患者のリストバンドを読み込まず、操作室で製剤品に印字されていた患者BのIDを使用した。	○輸血に関すること < Type & Screen のオーダー > - 手術中に輸血する可能性が少なく、輸血療法マニュアルの条件に当てはまる場合は、手術前にRBCを準備せず、Type & Screen（以下、T & Sとする）で申し込む。輸血が必要になった場合、手術室へABO同型でRhD陽性のRBCを未クロスで緊急出庫することになっている（ただし、事前の不規則抗体スクリーニング検査が陰性の患者のみ申し込み可）。 - T & Sは、電子カルテ上で手術終了が入力されると解除され、術後は新たな製剤の申込が必要になる。 < 輸血依頼の受付手順（事例発生当時） > 1）依頼医は電話で輸血部の当直者に製剤依頼の連絡を行う。 2）当直者は、患者名、ID、依頼元、製剤名、必要単位数などをメモし、「未クロス（同型血）」「緊急O型血」などの状況を確認する。 3）到着したクロス検体の患者IDを電子カルテに手入力し、血液製剤依頼を確定させる。 4）引き続き立ち上がるクロス検体受付画面で、クロス検体のバーコードを読み込み、検体を受け付け、適合試験を行う。 < 投与前の患者認証業務 > - 製剤を投与する前は、電子カルテの患者認証業務において、患者のリストバンドと製剤ラベルのバーコードを読み取る。 - バーコードを読み取ると、認証成功であれば「○」と出て投与可、認証失敗は「×」と出て投与不可となる。「！」が出るワーニングは、未クロス輸血、T & Sでの輸血、異型適合輸血などの場合に表示され、確認のうえ投与が可能である。 ○輸血部 < 当直の臨床検査技師（中央臨床検査部所属） > - 当直の臨床検査技師は、30年弱の経験があった。 7ヶ月前に新病院に移転した際に輸血依頼の受け付け手順が変更されていたが、当直の臨床検査技師は、新病院での手順内容の理解が曖昧であった。 - 輸血依頼があった場合、通常はクロス検体のラベルに記載されたIDを手入力して依頼確定を行う。当該事例において、当直の臨床検査技師はクロス検体の到着後すぐに検体を遠心分離機にかけてしまい、IDが不明であったため「製剤一覧画面」で患者名を探した。「製剤一覧画面」から検索する方法も正しいと思っていた。 「製剤一覧画面」は、当日輸血のオーダー（T & S含む）が入っている患者名が表示されるため、依頼確定を行っていない患者Aの名前は表示されない。 - 当日の「製剤一覧画面」には、依頼の連絡を受けた患者Aと同姓類似名の患者Bが存在し、当直の臨床検査技師は患者A、Bの姓は多くないため、患者Bを患者Aと思い込んだ。

	・通常であれば、輸血依頼を受けた単位数が表示されるところ、患者BはT & Sのオーダであったため、依頼数が「0単位」になっていたことに臨床検査技師は疑問を持ち、残業していた輸血部の当直の臨床検査技師に相談した。 ＜残業中の臨床検査技師（輸血部所属）＞ ・当直の臨床検査技師に相談された輸血部の臨床検査技師は、当直の臨床検査技師が示した患者Bの依頼を確認すると、確かにT & Sにチェックが入っていること、手術終了になっていることを確認した。T & Sから払い出しに変更する場合は単位を変更してもらい手順となっており、「後はこちらで行う」と引き継いだ。 ・輸血部の臨床検査技師は、血管内治療センターの医師に電話で患者Bのフルネームを告げ、術後に血管内治療センターに移動したのか確認したが、「治療中で出血している」という回答であった。その際、患者IDの確認はしなかった。 ・輸血部の臨床検査技師は、電話で上司に経緯を相談し、両者共に患者Bが手術終了後に血管内治療センターに移動し、治療を続けているのだろーと思ひ込み、T & Sでよいと判断した。 ・輸血部の臨床検査技師は、T & Sの払い出し手順（未クロス）で患者BのR B C 4単位を血管内治療センターに払い出した。
【改善策】	
報告された事故の改善策	訪問で得られた知見
・輸血部当直者は製剤依頼一覧画面から検索ではなく、患者IDで検索するようルールを徹底した。 ・併せて、以下の輸血部門システムの改善を行った。 ・製剤依頼一覧画面は通常は開いていない仕様にした。 ・一覧画面より依頼確定画面を開けないようにした。 ・部門システムトップ画面のID検索からのみ依頼確定画面が開くようにした。その後さらに改善し、部門システムにもバーコードを設置し、依頼検体のバーコードを読み込むことで依頼確定画面を開くことができるようにした。 ・患者のリストバンドのバーコードを読み込むルールを徹底した。 ・血管内治療センターの電子カルテにバーコードリーダーを増設し、撮影室にて患者リストバンドの読み込み、製剤の認証ができるように改善した。	・クロス検体のラベルをバーコード付きに変更し、輸血部到着時にバーコード認証で依頼確定することにした。 ・当該事例について、関係部門で共有した。 ・輸血依頼の受付手順について、関係各部門の臨床検査技師に通知した。 ・臨床検査技師のトレーニングプログラムで、輸血依頼を受けた際の手順をチェックしている。 ・必要時、患者の上肢に付けられたネームバンドを切って、認証に使用することになった。

訪問での主な意見等
○最初の受付の間違いにより、患者Aを患者Bと思い込んで業務が進んでしまっている。今回は、未クロスであったためのワーニングにより投与に至らなかったが、他にも患者間違いに気付いて止められる所がいくつか存在していると思われる。 ○輸血部以外の臨床検査技師が輸血部の当直を行っている病院は多いだろう。当直の臨床検査技師は臨床検査技師としてはベテランであったが、業務手順書を遵守しないまま不確実な経験に基づいて作業していた。経験の豊富な技師への再教育や、手順変更時の周知等を考えていく必要がある。 ○今回の事例は、看護師が患者誤認をバーコード認証で発見したわけではなく、「！」の表示から再確認を行ったことにより防ぐことが出来た事象である。「！」表示が出たときは行為を中断し再確認するという重要性を、院内で情報共有すると良い。

Ⅲ
1【1】
1【2】
1【3】
1【4】
1【5】
1【6】
1【7】
2【1】
2【2】
3【1】
3【2】

GE0270006 右膝の手術の際、誤って左膝用の手術室の準備を行ったが、タイムアウトでも気付かず、左右を取り違えて手術した事例	
訪問調査の目的	1. 事実の確認 2. 背景・要因の確認 3. 改善策について
主な対応者	病院長、副病院長・医療安全管理部長（医師）、整形外科医師2名、看護部副部長（医療安全担当）、看護課長（医療安全管理者）、手術室師長、当該病棟看護主任

【報告された実施した医療行為の目的】	
除痛のために右半月板の一部を切除する手術	
【報告された事故の内容】	
手術室内の準備を行う器械出し看護師Aは麻酔器のところに置いてあった麻酔申込書の術式欄で左右を確認して、左膝用の手術のセッティングを行った。手術室前室では、患者と病棟看護師Bと外回り看護師Cで左右の確認とマーキングをチェックし、右膝手術として手術室内へ移動した。手術室入室後、麻酔科医は自己紹介し患者名と術式を確認して麻酔をかけた。その後、助手の医師と器械出し看護師A、外回り看護師C及びフリーの看護師Dは、マーキングの確認をせず、準備された環境のまま患者に左側手術用の駆血帯やフットポンプの装着、消毒、ドレーピングを行った。執刀前に助手の医師と器械出し看護師A、外回り看護師C、フリーの看護師Dでタイムアウトを行い、患者名や病名、予定術式を読み上げたが、誰も左右の間違いに気付かなかった。準備が整ってから来た執刀医も左右の準備間違いに気付かず、左膝の関節鏡下手術が行われた。左に右と同様の所見があったため、手術中も間違いに気付くことなく手術が終了した。帰室直後に覚醒した患者本人が、左膝に包帯が巻かれていることに気づき、左右の間違いがわかった。	
【事故の背景要因の概要】	
報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見
- 予定ではこの患者の手術は手術室2で2例目となっていたが、他の手術の進行状況の兼ね合いで急遽手術室3の3例目に変更された。それに伴って外回り担当看護師も変更となった。 - 外回り看護師Cは他の手術の器械出しを行っていたため、配属されて間もない器械出し看護師Aが手術室の準備を行うことになった。 - この時に見た用紙は、麻酔科医がその日の手術予定分を手術室ごとに分けて置いているもので、前の手術のものが残っていた。 - 器械出し看護師Aは当該患者のものだと思い、左右以外の情報は確認しなかった。 - マーキングは、手術当日に患者本人確認のもとに病棟看護師が右膝蓋骨上部に黒の油性マジックで○をつけていたが、タイムアウト時には右膝にドレープがかかっていたため隠された状態になっていた。	<事例の詳細> - 患者の手術部位のマーキングは手術当日、病棟看護師がカルテから情報を得て患者に確認したうえで、右膝蓋上部にマジックで○印をつけた。 - 手術室は器械出し看護師Aが準備し、外回り看護師Cが患者の入室を受けるという分業であった。 - 看護師Aは、準備の際に、麻酔器に貼ってあった2つ前に終了した別の患者の「麻酔申込書」に記載されている術式「左膝関節鏡手術」に沿って、左側の手術として床の汚染防止シートやフットポンプ、タニケットの準備を行った。 - 麻酔申込書は麻酔科医が手術終了後に撤去することになっていたが、当該事例では撤去されずに残っていた。 - 麻酔科医は患者入室後、自己紹介し、患者に氏名と「右」手術であることを確認したが、手術のセッティングが左であることには気がつかなかった。 - 助手の医師、器械出し看護師A、外回り看護師C、フリー看護師Dは準備されていたセッティングにあわせて手術体位を整え、タイムアウトを行った際、左右を含めて術式を読み上げたが、マーキングの確認はせず、誰も間違いに気がつかなかった。

- ・左膝にはマーキングは無かったが、誰も疑問に思わなかった。
- ・麻酔科医は、患者名と術式を確認して麻酔をかけたが、左右を意識してはいなかった。
- ・タイムアウト時は他の手術室の患者状態を確認していたため不在だった。
- ・退室時の手術室看護師から病棟看護師への申し送り時に、シェーマ図の手術部位は左に印がついていたが、左右表記のない経過記録を基に申し送り、布団を上げて手術部位のチェックも行わなかったため左右の間違いに気付かないまま帰室した。

- ・執刀医及び麻酔科医はタイムアウト時には不在であった。
- ・手術終了後の手術室看護師から病棟看護師への申し送りは、電子カルテの画像で行った。その際シェーマが左右違うことには気がつかず、「予定通りの術式が行われた」というやり取りとなった。

<背景要因>

○マーキング

- ・マーキングは病棟看護師が行っている。マーキングをつける位置等のルールは看護師個人に任されており、マーキングがなかったり、位置がずれていることもあり、ルール化されていなかった。
- ・右膝のマーキングは吸水シートが掛けられていたので見えなかった。マーキングが見えないのはおかしいのではないか？という疑問を誰も持たなかった。

○タイムアウト

- ・皮膚切開時に行うタイムアウトの取り決めが明確でなく、形骸化しており、何のためか意義がはっきりしていなかった。

○手術室の体制

- ・手術は13件／日程度、4つの手術室を看護師12人で受け持っている。
- ・緊急手術は少ない。手術室の変更は、前の手術の終了時間で決まることが多い。
- ・手術のスケジュールには手術室の準備時間は組み込まれていなかった。
- ・手術の順番や手術室変更などの情報はリーダー看護師に一元化されている。職場経験5年以上がリーダーをしている。
- ・当日は手術件数の多い日であった。また、学会のため麻酔科は手薄な状況であった。
- ・手術室に手術一覧表が貼ってあり、電子カルテの画面でも手術一覧は閲覧できる。
- ・手術室の準備の情報は紙媒体の「麻酔申込書」「術前訪問用紙」を用いて行われており、どちらで確認するのかルール化されていなかった。

○看護師の手術室準備

- ・予定していた手術室及び手術の順番が変わったことで、担当する看護師も変わった。通常は手術室の準備は器械出し看護師と外回り看護師が一緒に行う、あるいは器械出し看護師が準備したものを外回り看護師が確認する、という手順だが、外回り看護師が他の手術に入っており、手術室の準備と患者の受け入れが分業となり、外回り看護師による手術室準備の確認は行われなかった。
- ・手術室準備の手順、確認の方法はルール化されていなかった。
- ・手術の準備は「麻酔申込書」ではなく「術前訪問用紙」を見て確認することになっているが、器械出し看護師Aは手術室の経験1ヶ月であり、知らなかった。またルールとして明文化はされていなかった。
- ・「術前訪問用紙」は手術室の看護師詰所にファイリングしており、患者入室前に準備する。

	○医師 ・麻酔科医は、当該事例及び他の手術の麻酔を並行して担当しており、他の患者の抜管のタイミングと重なったため、タイムアウトの際に不在であった。 ・執刀医は準備が終わった後、手術室に入室したため、準備された術野の左右が正しいかどうか確認はしなかった。 ○その他 ・「麻酔申込書」は手術が終わった時点で担当麻酔医が片付けるが、そのままにされていることもあった。取り扱いがルール化されていなかった。 ・手術室看護師から病棟看護師への術後の申し送りでは、ドレーンが入っている患者は申し送りの際に挿入部位を2人で目視するが、ドレーンが入っていない場合は創部の確認は行っていない。 ・背景にコミュニケーションの問題もあるのではないかと考えている。声を出せる環境を作りたい。
【改善策】	
報告された事故の改善策	訪問で得られた知見
・手術安全確認の手順と内容を WHO 基準（2009年版）に沿って見直し、厳密に実施する。 ・タイムアウトは、麻酔科医・執刀医をはじめ全てのスタッフがそろった状態で行う。 ・看護師が手術準備を行うときに、何をみて情報確認を行うかを決めて統一する。 ・術前のマーキングを誰がいつどのように行うか統一し、各段階で意識して確認する。 ・手術室リーダーは、手術スケジュールの急な変更が発生した場合、手術準備が余裕をもって安全に行えるように調整する。	・WHO Surgical Safety Checklist を参考に院内チェックリスト「麻酔導入前（サインイン）」「皮膚切開前（タイムアウト）」「患者の手術終了時（サインアウト）」のチェックリストを作成し、院内のすべての科で導入した。 ・タイムアウトの際には、部位を指差し確認している。 ○実施状況 ・チェックリストの記載状況を調査している。チェックリストは必ず使用されている。チェック項目によっては80%～90%の遵守率の項目があり、その項目の有無を含め検討が必要と考えている。 ・WHO のチェックリストを参考にしたが、項目について見直しを行いたいと考えている。 ・タイムアウトの際には、全員で必ず手を止めている。

訪問での主な意見等

- マーキングがされなかったのはなぜか？を洗い出していくと問題点が見えやすいのではないか。
- 執刀医がマーキングを行うことが難しいとしても、ドレーピングしてもマーキングが見える部位の分かる人が、行うのがいいのではないか。実際にマーキングを行った人が確認できるように、手術室でのタイムアウトに参加するのを複数の医療者にしてはいかか。
- マーキングをルール化するのであれば、決まった方法で、手術する部位にマーキングすることが重要である。
- WHO のチェックリストを導入している医療機関は増えている。他の医療機関では、実情にあわせてサインイン、タイムアウトの確認項目は検討されている。タイムアウトにおける術式、術前の抗生剤の投与の有無などの項目は重要であろう。
- タイムアウトは大変だとも思うかもしれないが、事例のような間違いが起こればやり続けることが大切であり、手術直前にメンバー全員で確認するプロセスを綿密に行わなければいけないだろう。

GE0270007 ペースメーカ植え込みの情報共有ができず、MRI検査を実施した事例	
訪問調査の目的	1. 事実の確認 2. 背景・要因の確認 3. 改善策について
主な対応者	副院長兼医療安全推進部長、医療安全推進部ゼネラルリスクマネージャー（医師）、医療安全推進部医療安全管理者（看護師）

【報告された実施した医療行為の目的】	
硬膜下血腫の患者に対して、脳血管障害の有無を確認するためにMRI検査を実施した。	
【報告された事故の内容】	
慢性心不全、僧帽弁置換術後、ペースメーカ植込み術後の患者は、頭痛を自覚し、翌日に循環器内科を受診した。頭部CT検査が行われた結果、硬膜下血腫が認められた。患者はワーファリン内服中であることから、循環器内科を主科として脳神経外科も併診で入院することとなった。その後、患者が傾眠傾向で、脳神経外科ではMRI検査を検討したが、循環器内科医からペースメーカを挿入していると情報提供があり、再度頭部CT検査が行われた。検査の結果、出血の増大は認めず、脳神経外科では週末退院も可能ではないかと判断された。しかし、循環器内科医は、別の脳神経外科医に改めて電話で患者の状態を相談し、その脳神経外科医は、頭部MRI／MRA検査の依頼を受けたと解釈した。脳神経外科医は、検査オーダーの際に患者に問診を行ったが、認知症の患者からは正確な情報が得られないまま、「検査問診確認済」という全て問題なしを意味するチェックボックスにチェックを付けて検査オーダーを終了した。当日、検査呼び出しを受けた看護師は、補聴器・心電図送信機・義歯を除去して補助員に検査室までの移送を依頼した。検査室では持ち込み禁止の物品を取り除いたと申し送りを受け、再度持ち込み禁止物品のパネルを見ながら、患者と共に除去物の確認を行った。その後、診療放射線技師が金属探知機で患者の身体に金属物が無いかを確認したが、金属探知機は鳴動することなく検査が実施された。検査後、家族からペースメーカが挿入されているにもかかわらずMRI検査が実施されたことを指摘され、心エコー検査やペースメーカチェックを行ったが、問題は生じていなかった。	
【事故の背景要因の概要】	
報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見
- 脳神経外科医は、循環器内科医からペースメーカ植込み術後の患者に頭部MRI／MRA検査が依頼されることを想定していなかった。 - 検査前に問診を行った際、認知症もあったが、患者からは正確な情報が得られなかったが、当然、検査を実施しても問題のない患者であると認識していた。 - 検査オーダーを簡便にするため、「検査問診確認済」のチェックボックスにチェックすれば検査オーダーができる仕組みになっていた。 - 検査オーダー画面には赤字で「検査適応外」としてペースメーカ挿入中の患者が記載されていた。	<事故の詳細> - 循環器内科医Aは、患者の硬膜下血腫の原因と検索方法について、併診となった際の脳神経外科担当医ではなく脳神経外科上級医Bに電話で相談した。 - 脳神経外科上級医Bは、循環器内科医Aからの相談を「MRI検査を依頼された」と解釈し、脳神経外科医CにMRI検査のオーダーを行うよう指示した。 - 脳神経外科医Cは、MRI検査のオーダーの前に患者に問診を行った。しかし、患者には認知症があり、また、患者の電子カルテにインプラントのアイコン表示がなかったため、ペースメーカが植え込まれていることを把握できなかった。 - 脳神経外科医Cは問診が不十分のまま、MRI検査のオーダーの際、金属の有無などMRI検査に影響する項目は何もないという「検査問診確認済」というチェックボタンを押し、検査のオーダーを出した。

- ・「検査適応外」であることの確認をしたか否かにチェックをするように設定されていなかった。
- ・当院の電子カルテには患者情報を記載する「患者プロフィール」と「看護プロフィール」が存在する。
- ・「看護プロフィール」にはペースメーカを挿入した既往歴と、ペースメーカを挿入しているという身体情報が記載されていたが、「看護プロフィール」は下位データであるために「患者プロフィール」には「看護プロフィール」の情報は反映されていなかった。
- ・「患者プロフィール」にもインプラントの情報があれば、患者バーアイコンにインプラント情報が反映されていた。検査室では最終的に金属探知機で患者の身体に金属製の物が無いかを確認する。
- ・女性患者に対して男性技師が金属探知機を用いる場合には、通常よりも離した状態で使用する事が影響した可能性がある。

- ・検査当日、病棟の看護師Dは検査の呼び出しを受け、金属製補聴器や義歯を外した。その際、ペースメーカが植え込まれている患者であるとの認識はなかった。
- ・看護師Dは、患者をMR I 検査室に送り出し、放射線科の看護師に申し送った。
- ・放射線科の看護師Eは、MR I 検査室入室前にイラストを用いて再度患者に問診したが、ペースメーカの情報は引き出せなかった。
- ・診療放射線技師Fは、ハンディタイプの金属探知機を使用して最終の確認を行ったが、金属探知機は鳴らなかった。

<背景要因>

○患者

- ・患者のペースメーカは、2年前に当該医療機関で植え込まれた可能性が高い。
- ・患者は難聴で補聴器を使用していた。MR I 検査室に行った際は補聴器が外された状態であった。

○医師

- ・退院の計画もあったが、患者の意識レベルが低下したため、循環器内科医Aは、原因を明らかにしたいと考え、脳神経外科上級医Bに相談した。
- ・循環器内科医Aは、ペースメーカが入っているためMR I 検査ができないことは分かっていた。脳神経外科上級医BにMR I 検査を依頼したつもりはなかったため、ペースメーカを植え込んでいるという情報を伝えなかった。
- ・脳神経外科上級医Bは、循環器内科医Aの相談からMR I 検査の依頼だと判断した。循環器内科からの依頼のため、ペースメーカが植え込んであると思わなかった。
- ・循環器内科医Aは、MR I 検査が終了してから検査が実施されたことを知った。検査前に検査の実施を把握していたら止める事ができた可能性がある。

○電子カルテ

- ・当該医療機関では、1年前に紙カルテから電子カルテに移行した。
- ・全画面で表示される電子カルテ上部のバーには、患者氏名、ID、年齢のほか、アレルギー情報、感染症、インプラント情報などがアイコンで表示される。
- ・電子カルテの「患者プロフィール」のインプラント情報には、種類、部位、装着日を記載するようになっていた。しかし、インプラントの種類が分かっているにもかかわらず、装着日が不明の場合に空欄にするとアイコン表示は出ない仕様になっていた。
- ・「患者プロフィール」にインプラント情報の入力があれば、バーにアイコンで表示されていた。さらにアイコンにマウスを近づけると、インプラントの種類が分かるようになっていた。
- ・当該患者のインプラント情報は、紙カルテの時には記載されていたと推測されるが、電子カルテに移行した際「患者プロフィール」のインプラント情報に登録されなかった可能性が高い。

- ・循環器内科医 A、併診した脳神経外科上級医 B も診療録には「ペースメーカ挿入後」と記載していたが、インプラント情報の登録は行っていなかった。また、診療録内であったため、情報が共有されなかった。
 - ・「看護プロファイル」の〔成人 2〕の〔使用中〕の欄に「ペースメーカ」があり、チェックがついていた。しかし、「患者プロファイル」には連動していない情報であった。
 - ・「看護プロファイル」の〔成人 3〕には、「患者プロファイル」にも反映される薬剤、食物、造影剤などのアレルギー情報とインプラント情報を入力する画面があったが、当該病棟の看護師は「患者プロファイル」と連動することを知らず、ほとんど使用していなかった。
 - ・MR I 検査オーダー画面には、「検査問診確認済」というボタンがあり、一括でインプラントや金属などのチェックができる仕様になっていた。これは、診療科からオーダーの簡素化の声が強く、利便性を優先して導入したボタンであった。「検査問診確認済」ボタンは、画面の右上にあり、チェック項目を見る前に安易にチェックできる場所にあった。
 - ・MR I 検査オーダー画面の「安全に関する検査問診」には、赤字の【注意事項】の下に【検査適応外】として「1. ペースメーカ、2. ICD（埋め込み型除細動器）・・・が入っている場合」と同じく赤字で記載されていた。
- 病棟の看護師
- ・検査当日に患者を担当した看護師 D は、電子カルテの「患者プロファイル」にペースメーカ挿入の記載がなかったため、患者にペースメーカが入っているという認識はなかった。
 - ・MR I 検査前の確認マニュアルは各病棟に一任されており、当該病棟ではペースメーカが入っていることを確認するマニュアルはなかった。
 - ・認知症の患者へMR I 検査前の確認を行う場合の聞き取り方法が決まっていなかった。
 - ・看護師 D は、脳神経外科医 C が患者のMR I 検査をオーダーしたため、循環器内科医 A にMR I 検査があることを伝えなかった。
- 放射線部
- ・放射線科の看護師 E は、MR I 検査室入室前にイラストを用いて患者に問診したが、すでに患者は補聴器を外していたため、聞き取れていなかった可能性が高い。
 - ・診療放射線技師 F（男性）はハンディタイプの金属探知機を用いてチェックしたが、患者が女性であったため躊躇し、金属探知機を身体に十分に近づけられなかった。

【改善策】	
報告された事故の改善策	訪問で得られた知見
・情報共有のために、「患者プロフィール」の「インプラントアイコン」を活用する。 ・検査オーダー画面の「検査問診確認済」のチェックボックスは削除する事を検討する。 ・「検査適応外ではないこと」を確認するチェックボックスを設けることを検討する。 ・インプラント情報は、インプラントの種類と「装着確認日」の記載があれば患者バーアイコンに表示されるよう、設定を変更した。 ・女性患者の場合には女性技師、女性看護師が金属探知機を用いて禁忌物品の確認を行う。	・MRI検査オーダー画面にあった一括で全ての項目をチェックできる「検査問診確認済」ボタンを削除した。 ・インプラント情報の日付の未入力を避けるため、「装着日」から「装着確認日」に変更した。 ・インプラントのアイコンにマウスを近づけると、インプラントの種類だけでなく装着確認日も表示されるように変更し、アイコン上で装着確認日が確認できるようになった。 ・インプラント情報が登録された場合のMRI検査オーダー画面を次のように仕様変更した。 1)MRI検査のオーダー画面にも患者バーと同じインプラントのアイコンが表示されるようにした。 2)オーダーする際、インプラント情報の登録があればアラートがかかるよう変更した。インプラントがMRI対応型で安全が確立されている場合は、「MRI可能検討済」にチェックを入れるとオーダー可能である。 3)「安全に関する検査問診」から、【検査適応外に関する項目】を独立させ、項目に「該当する」「該当しない」を必ず選択するようにした。 ・放射線部では、MRI検査を受ける患者の禁忌物品の検出のため、次のように変更した。 1)禁忌物品をイラストで示したシートで指差ししながらチェックする。 2)診療放射線技師に金属探知機を使用した安全確認を再度周知し、金属探知機の確認方法を写真入りで示した。 3)患者向けに「金属探知機による安全確認について」というポスターを作製し、金属探知機を使用すること、その際に身体に接触する場合があることなどを知らせた。 4)女性の患者の場合は、女性の診療放射線技師が金属探知機を用いて確認することにした。

訪問での主な意見等

- 電子カルテ上には沢山の患者の情報が載っている。全ての情報を同列に扱うのではなく、「これだけは絶対に必要な重要情報」を決めること、「変わっていく情報」と「変わらない情報」にデータを整理するなど、情報にメリハリをつけてはいかかがか。
- 再入院の場合、すでに過去の情報が電子カルテに記載されている。医師の問診、入院時の看護師のアナムネーゼ聴取などの情報を何処まで取り直し、再度得た情報について誰が電子カルテの修正を行うのか決めておく必要があるだろう。
- 医師の問診と看護師のアナムネーゼ聴取で得た情報は重複している部分も多い。一般的な電子カルテでは別の情報としてそれぞれが記載しているが、お互いに必要な情報は一元化するなどの工夫も必要であろう。
- インプラントがあってもMRI検査が可能な場合にチェックする「MRI可能検討済」ボタンが、以前あった「検査問診確認済」ボタンと同じ位置にある。インプラントの内容を確認した上で押下するボタンであれば、「安全に関する検査問診」の下に配置した方が、人間の目線の流れとしては良いのではないか。
- 主治医の循環器内科医Aが把握しないまま検査が行われたことについて、検討してはいかかがか。チーム医療が行われるようになったが、まだ現場に浸透していない現状があるだろう。

GE0270008 中心静脈カテーテルのヘパリンロックを行う際、座位で誤った接続部位を外したため、血管内に空気が混入した可能性がある事例	
訪問調査の目的	1. 事実の確認 2. 背景・要因の確認 3. 改善策について
主な対応者	院長、病院長補佐（医師）、医療安全管理部長（医師）、看護部長、看護部副部長（医療安全担当）、ゼネラルリスクマネージャー（看護師）、ゼネラルリスクマネージャー（事務職員）、看護副師長（医療安全担当）、当該病棟看護師長

【報告された実施した医療行為の目的】	
中心静脈カテーテルからの点滴を一時中断するためのヘパリンロック。	
【報告された事故の内容】	
看護師（新人）が、移動前に中心静脈ルートのヘパリンロックを行う際、セーフAプラグとセーフCカニューラの間の接続を外すべきところを、セーフCカニューラと延長チューブの間を外した。外した接続部をアルコール綿で消毒中に、患者が呼吸苦を訴えたため他スタッフと医師に連絡した。	
【事故の背景要因の概要】	
報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見
・注射の認定を受けていない新人看護師が1人でヘパリンロックを行おうとした。 ・ヘパリンロックの手技を新人が実施可能かどうか、スタッフの認識が曖昧であった。 ・ヘパリンロックの手順がなかった。	<事例の詳細> ・本来は中心静脈カテーテルに点滴を接続したまま検査に行くが、当該患者は状態が落ち着いていたため、ヘパリンロックをした。 ・当該患者の中心静脈カテーテルにはスライドクレンメが付いていたが、看護師は使用しなかった。 ・中心静脈カテーテルから点滴を外した際、患者の体位は座位であった。 ・当該事例の中心静脈ルートの構成は患者への挿入部より①中心静脈カテーテル、②セーフAプラグ、③セーフCカニューラ、④延長チューブであった。 <背景要因> ・新人看護師は前日、中心静脈ルートのヘパリンロックを見学し、末梢静脈点滴の静脈注射は独り立ちのOKをもらっていたので、指導看護師も同様に考え、一人で実施することになった。 ・新人看護師の基本的な看護技術にはチェックリストがあり、手技が合格となったことで独り立ちとなるが、中心静脈ルートのヘパリンロックについてはチェックリストの項目として挙がっていなかった。 ・院内では、2種類のセーフティロック機能付きプラグが採用されている。それぞれ使用方法が異なるためなるべく統一したほうが良いと思うが、診療科の希望がある。 ・中心静脈ルートの処置は基本的には臥位で行うルールになっており、座位での危険性の注意喚起はしていたが、周知・徹底できていなかった。セーフティロック機能付きプラグがあることで安心し、不用意に外している現状があった。

	・中心静脈ルートを外す際、①中心静脈カテーテル、②セーフAプラグ、③セーフCカニューラ、④延長チューブの構成のうち、外れやすい（外しやすい）場所が、③セーフCカニューラと④延長チューブであったため、外しやすいところが、外すところであると考えた可能性がある。 ・急変時の対応は各部署での教育に任せていたが、事例をきっかけに学習会を開催した。当該事例は産科病棟であるが、ハイリスク患者の入院もあるため、急変の場面もある。シミュレーションを行い速やかに対応できるようにする。
【改善策】	
報告された事故の改善策	訪問で得られた知見
・新人看護師の注射実施について、部署認定を受けるまでは監視下で行うことを周知する。部署認定を受けるまでの過程について明示する。 ・ヘパリンロックの手順を作成し周知する。	・中心静脈ルートからの静脈注射を含めた基準を作成する。 ・中心静脈ルート管理に関する学習会を開催する。 ・新人研修の中で、中心静脈ルートの取り扱いは項目として上がっていなかったが、当該事例を含め、中心静脈ルートに関連した事例が続いたため、新人研修の項目とすることになった。 ・救急患者の対応について、シミュレーション教育を実施する。

訪問での主な意見等

- 中心静脈カテーテルのスライドクレンメはセーフティロック機能付きプラグが付いているかどうかに関わらず、処置前に閉じ、終了後は開放する、ということの基本ルールとしてはいかがか。セーフティロック機能付きプラグが付いていれば2重止めになるが、モノの構造によって手順を変えると、焦っている場合に間違いが生じることがある。間違えると危険な状態も起こりうるので安全な方策を採るべきであろう。スライドクレンメのついていない中心静脈カテーテルは用いないということも検討してはいかがかと思う。
- 手順は「〇〇する」「〇〇を確認する」となりがちだが、もし「〇〇でなかった場合どのようにするか」を記載しておくことが重要である。中心静脈ルートのヘパリンロックの際は、すべてがセーフティロック機能付きプラグだといいが、三方活栓からヘパリンロックを行う場合もある。新しい製品が増えていく中で、それぞれの構造をすべて理解しておくことは経験の豊富な看護師でも難しい。
- 麻酔時、セーフティロック機能付きプラグの付いた三方活栓を使用していたため、必要な点滴が流れないようにになっていたことがつかなかった事例があり、手術室ではセーフティロック機能付きプラグの付いた三方活栓は使用せず、患者が手術室を退出する際に、セーフティロック機能付きプラグの付いた三方活栓に交換する、という対策を採っている医療機関もある。閉鎖忘れ、開放忘れどちらもありうるが、院内で統一したルールを検討するのがいいのではないか。
- 座位で中心静脈ルートを取り扱う危険性については、注意喚起していた。しかしセーフティロック機能付きのプラグがあることで体位を意識しないで外している現状があることに気付いた。
- 新人看護師は見学時に先輩看護師の手元を見ている。しかし、どの作業が重要なポイントであるか分かりにくい状況があるのだろう。見学だけではなく、実際に経験してみないと理解できないこともあるのだろう。
- ②セーフAプラグと③セーフCカニューラは同じ製造販売業者だが、④延長チューブの製品は製造販売業者が異なり、両者の材質が違うことで外れやすい状況があったのかもしれない。
- 手元の至近距離の中に、中心静脈カテーテル末端とセーフAプラグの付け根、セーフAプラグ受け部とセーフCカニューラ先端、セーフCカニューラの付け根と延長チューブ、の3つの接続・取り外し可能な仕組みがあることは危険であることを認識する必要がある。

GE0270009 別の患者の検査値を送信したため、誤った眼内レンズを挿入した事例	
訪問調査の目的	1. 事実の確認 2. 背景・要因の確認 3. 改善策について
主な対応者	副院長兼医療安全推進部長、医療安全推進部ゼネラルリスクマネージャー（医師）、医療安全推進部医療安全管理者（看護師）

【報告された実施した医療行為の目的】	
白内障に対する眼内レンズ挿入術。	
【報告された事故の内容】	
術前に準備した眼内レンズが、別患者の計測データでオーダーされたものであった事に気づかず、患者に挿入された。翌日、診察時に術前の屈折値が当初の狙い度数から大きく乖離していることに気づき、眼内レンズの間違いが判明した。患者は翌日、眼内レンズの入れ替え術を受けることとなった。	
【事故の背景要因の概要】	
報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見
- 眼科では、外来受診時に眼の各部位を計測器（IOLマスター）を用いて計測する。 - IOLマスターのデータは眼科のサブシステムであるNAVISに移行される。 - NAVISのデータをもとに、レンズオーダー担当医がレンズ度数を選択する。 - それを電子カルテシステムのレンズオーダー画面に入力し、眼内レンズを準備する。 - IOLマスターはバーコードでも立ち上げが可能であるが、NAVISは患者IDを入力しなければ立ち上げはできない。 - また測定機とNAVISはID番号で連動しておらず、NAVISは異なるID番号の患者データであっても受け付けてしまう状態であった。 - 手術時には、執刀直前に執刀医を含めた医師が眼内レンズの実物と眼内レンズオーダー時のデータ、そのデータのもとになった検査値を照合してから挿入する。 - その際に参照したのが別患者のデータであり、データ自体が間違っているということに気づかず、別の患者で準備された眼内レンズが挿入された。	<事例の詳細> - 担当医は、患者の眼内レンズの挿入にあたって、レンズの種類と予定する度数を決め電子カルテに記載した。 - レジデントは、白内障手術で挿入する眼内レンズを選択するため、患者Aの眼の計測を行った。その際に使用するIOLマスターは、外来システムから出される伝票に印刷された患者認証用バーコードを器械に読み込むことができる。 - レジデントは、患者Aのデータを計測器のデータベースに保存し、その日の業務を終了した。 - 別の日、レジデントは測定機に保存されている計測データのリストを立ち上げた。同時に、患者Aの電子カルテの眼科サブシステム（NAVIS）を立ち上げた。 - レジデントは、IOLマスターの画面に表示された患者データリストの中から目視で患者Aのデータを探した。その際、誤って別の患者Bを選択した。 - レジデントは誤って選択した患者Bの計測データと、担当医が記載している想定した度数からデータを算出し、眼内レンズを決定した。 - レジデントは、患者AのNAVISに患者Bの算出したデータを転送した。その際、患者IDなどの確認は行わなかった。 - レジデントは、選択した眼内レンズを物流に発注した。 - 手術当日、担当医はレンズを挿入する前に、準備された眼内レンズが患者Aのオーダーと一致していることを確認した。 - 担当医は患者Aに眼内レンズを挿入した。

	<背景要因> ・ I O L マスターは外来検査室にあり、そこで N A V I S ヘデータを転送する。 ・ I O L マスターの患者データを開いた際、患者 I D の頭 3 桁を入力すると、該当する患者が絞られて表示される。その中から、目視で患者 A を選択した。 ・ N A V I S にデータを送信する際は、N A V I S 画面で患者 A の画面を開き、画面下にある「I O L マスター」というカーソルを選択する。その後、I O L マスター本体の「データ送信ボタン」を選択すると N A V I S 側にデータが送信される。 ・ N A V I S は、I O L マスターから送られてくるデータの患者 I D が一致していなくても受信可能であった。 ・ 眼科のレジデントは 5 名おり、計測～データ送信～レンズの選択～発注までをレジデントの業務の一環として行っている。眼科は外来患者数、手術件数などが多いため非常に多忙であり、検査や業務の合間を縫って、気付いた者が時間のある時にデータ送信やレンズの選択を行っていた。そのため、作業の中断が頻繁に発生する状況にあった。 ・ レジデントは、I O L マスターから N A V I S にデータを転送する際、患者 I D などによる患者照合は行っていなかった。 ・ 手術当日、担当医は準備されたレンズと患者 A のデータを確認するが、取り込まれてしまっているデータが別の患者 B のデータであると気付くのは不可能であった。 ・ 当該医療機関では、色々な診療科で独自のサブシステムを使用している。サブシステムは電子カルテと連動しているものと連動していないものがある。放射線科の情報システムなどは連動していないため、放射線科の情報システムに登録してある造影剤アレルギーの情報が、電子カルテには反映されていないなどの問題もあった。
【改善策】	
報告された事故の改善策	訪問で得られた知見
・ 眼科サブシステム N A V I S の製造販売業者に、患者画面を展開していなくても、測定機器のデータが N A V I S の同一 I D に転送できるように改良を依頼した。これで 1 対 1 対応が可能になった。	・ I O L マスターの患者リストから患者を選択する際、バーコードリーダーで患者 I D を読み取り、I O L マスター内にある患者データを展開できる仕組みに変更した。 ・ I O L マスターの患者 I D と N A V I S の患者 I D が一致しないとデータの送信ができない仕様とした。 ・ 入院主治医は、担当している患者の眼内レンズの計測データの I D と、眼内レンズオーダーの I D が一致していることを確認する。

訪問での主な意見等
○電子カルテの情報が上位データであり、電子カルテの情報が下位のシステムにも反映されることはあっても、下位にあるシステムの情報が電子カルテに適応される仕様は少ない。院内共通の全科、全職種が使用するデータと、診療科単位で使用するデータの整理をしてはいかかが。 ○電子カルテとサブシステムが同じメーカーであれば、連動性が高まる可能性もあるが別のメーカーになると難しいだろう。また、各診療科がそれぞれ独自のシステムを導入したことを院内全体で把握できていない現状もあるだろう。 ○院内の診療科独自のサブシステムの把握と、電子カルテとの連動性を改めて調査してはいかかが。

2 個別のテーマの検討状況

【1】分析対象とするテーマの選定状況

本事業においては、収集された情報を基に、医療事故の発生予防・再発防止に資する情報提供を行うために、分析対象とするテーマを設定し、そのテーマに関連する事例をまとめて分析、検討を行っている。テーマは、①一般性・普遍性、②発生頻度、③患者への影響度、④防止可能性、⑤教訓性といった観点から、専門家の意見を踏まえ選定している。

本事業の報告書の個別のテーマ分析では、前方視的分析と後方視的分析の2種類の方法を行っている。前方視的分析は、テーマを設定した後、それに該当するヒヤリ・ハット事例を1年間継続して収集しながら、医療事故情報と総合的に分析を行う方法である。2015年は「インスリンに関連した医療事故」を取り上げ、分析を行った。後方視的分析は、報告書分析対象期間内に収集した医療事故情報からテーマを選定し、同種の事例を過去に遡って取りまとめ、分析を行う方法である。

第41回報告書～第44回報告書で取り上げた個別のテーマについて図表Ⅲ-2-1に示す。

なお、本事業のホームページの「分析テーマ」(<http://www.med-safe.jp/contents/report/analysis.html>)のボタンをクリックすると、各報告書で取り上げた分析テーマのタイトルが表示され、該当するPDFを閲覧することができる。

図表Ⅲ-2-1 第41回報告書～第44回報告書の「個別のテーマの検討状況」で取り上げたテーマ

	掲載報告書	テーマ	各報告書掲載ページ
前方視的分析	第41回	インスリンに関連した医療事故	
		①概要	102-121
	第42回	②「薬剤間違い、対象者間違い」の事例	104-128
	第43回	③「薬剤量間違い、投与速度間違い」の事例	102-132
	第44回	④「無投与、中止時の注射、投与時間間違い、その他」の事例	106-129
後方視的分析	第41回	手術中の碎石位に関連した事例	122-140
		院内での自殺及び自殺企図に関する事例	141-154
	第42回	与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例	129-151
		パニック値の緊急連絡に関連した事例	152-163
	第43回	座位による中心静脈カテーテルの処置に関連した事例	133-146
		胃管の誤挿入に関連した事例	147-167
	第44回	観血的医療行為前に休薬する薬剤に関連した事例	130-146
		気管切開時の電気メス使用による引火に関連した事例	147-156

【2】「個別のテーマの検討状況」で取り上げたテーマ

（1）前方視的分析

2015年テーマ「インスリンに関連した医療事故」

1) 第41回報告書

①概要

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_1_T001.pdf

インスリン療法は1型糖尿病、糖尿病昏睡、重篤な感染症や全身管理が必要な手術の際および糖尿病合併妊娠では絶対適応とされている。また、2型糖尿病において食事療法、運動療法および経口血糖降下薬で血糖のコントロールが不良な場合や、著明な高血糖を認める場合などでもインスリン治療が行われる。インスリンは皮下注射によって投与することが多く、ペン型注入器を使用するのが一般的であるが、持続皮下インスリン注入ポンプ療法(CSII)が行われることもある。一方、中心静脈栄養の際に高カロリー輸液にインスリンを混ぜる方法や、末梢静脈の輸液に少量混注する方法、手術や集中治療の場合にシリンジポンプを用いて持続静注を行う方法も用いられている。インスリン製剤は作用時間と作用様式によって、超速効型、速効型、中間型、混合型、および持効型溶解インスリンなどに分類されている。また、製剤の種類としてはカートリッジ製剤、キット製剤、バイアル製剤がある。このように作用や製剤の種類が様々であることから、適切な選択と使用が重要である。

インスリンは特に安全管理が必要なハイリスク薬とされており、本事業ではこれまでに医療安全情報を4回提供し、事例を紹介するとともに注意喚起を行ってきた。また、第28回報告書(2011年3月公表)では、「研修医が単独でインスリンの単位を誤って調製し患者に投与した事例」を分析テーマとして取り上げ、発生要因の分析を行った。インスリンは投与量が単位(Unit)で設定されていること、製剤の種類が多いこと、投与方法が患者による自己注射も含め多様であること、投与量の変更が多いことなどから、医療事故情報およびヒヤリ・ハット事例が本事業に多数報告されている。そこで、インスリンに関連した医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を個別のテーマとして取り上げ、1年間にわたり分析を進めていくこととした。今回は事例の発生状況を紹介し、主な事例を概観している。報告された事例から、必ずしも糖尿病の専門科だけではなく、様々な診療科において、インスリンに関連した事例が発生している状況が示唆された。

図表Ⅲ - 2- 2 医療事故情報の発生状況

		事例の内容														
		薬剤 間違い	対象者 間違い	薬剤量間違い			投与 速度 間違い	投与 時間 間違い	重複 投与	無投与	中止時 の注射	食事等 との 調整	針刺し	その他	合計	
				過剰	過少	不明										
発生段階	処方	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
	調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	指示	指示出し	2	0	8	0	0	1	0	0	0	3	2	0	1	17
		指示受け	0	0	5	0	0	1	2	0	5	4	0	0	1	18
		その他	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	患者への説明・指導	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	
	薬剤準備	3	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	
	注射の実施	11	5	3	0	0	2	0	4	6	0	1	2	2	36	
	実施に伴う確認・観察	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	0	7	15	
	その他	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4	8	
合 計		21	5	35	0	0	4	2	4	12	8	13	2	15	121	

2) 第42回報告書

②「薬剤間違い、対象者間違い」の事例

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_2_T001.pdf

第42回報告書では、分析対象期間（2015年4月～6月）に報告された事例を追加して現状を紹介するとともに、報告された事例の内容が「薬剤間違い」と「対象者間違い」に該当する事例を取り上げて分析を行った。「薬剤間違い」の医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を総合すると、インスリンの「薬剤間違い」に関する事例は、処方－調剤－指示出し－指示受け－薬剤準備－注射の実施のさまざまな段階で発生していることが伺えた。そこで、各段階における主な事例の概要を紹介した。また、「対象者間違い」の事例について、主な背景・要因や改善策を整理して示した。さらに、ペン型インスリン注入器は一般の注射器とは異なり個人専用の器具であり、保管や準備、注射の実施において注意が必要なため、「薬剤間違い」と「対象者間違い」の事例の中から、ペン型インスリン注入器に関する事例について分析を行った。

図表Ⅲ - 2- 3 薬剤間違いのうち発生段階が「注射の実施」の事例の内容

事例の内容	件数
他の患者のペン型インスリン注入器と取違えた	7
シリンジポンプで持続静注中の注射器を取違えた	3
当該患者の投与時間の異なるインスリンと取違えた	2
他の患者に準備した皮下注射用注射器と取違えた	2
当該患者の現在使用していないペン型インスリン注入器と取違えた	1
不明	2
合 計	17

3) 第43回報告書

③「薬剤量間違い、投与速度間違い」の事例

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_3_T001.pdf

第43回報告書では、分析対象期間（2015年7月～9月）に報告された事例を追加して現状を紹介するとともに、報告された事例の内容が「薬剤量間違い」と「投与方法間違い」に該当する事例を取り上げて分析を行った。「薬剤量間違い」の事例がインスリンに関する事例全体に占める割合は、医療事故情報のうち最も多く28.4%、ヒヤリ・ハット事例では「無投与」に次いで多く16.2%であった。「薬剤量間違い」の事例を発生段階ごとに分類すると、医療事故情報では「薬剤準備」の段階が最も多く、血糖コントロール目的で行うインスリン持続静注の事例、高カリウム血症に対するグルコース－インスリン（GI）療法の事例などがあった。ヒヤリ・ハット事例では「指示受け」の事例、次いで「患者への説明・指導」の事例が多く報告されていた。また、「薬剤量間違い」の事例を投与方法でみると、医療事故情報では持続静注が最も多く、ヒヤリ・ハット事例では皮下注射が大半を占めていた。投与方法が持続静注の医療事故情報15件は、すべて調製液のインスリン濃度が過剰となった事例で、このうち11件がインスリンの持続静注を行う際に調製液のインスリン濃度を誤った事例であった。また、「投与速度間違い」の事例がインスリンに関する事例全体に占める割合は、医療事故情報の3.4%、ヒヤリ・ハット事例の5.3%であった。これらの事例について、主な事例の概要を紹介するとともに、背景・要因と医療機関における改善策を整理して示している。

図表Ⅲ - 2 - 4 インスリン調製液の濃度間違い（事例の記載内容から抜粋）

No.	予定した調製液		誤って準備した調製液		インスリンの濃度間違い
	内容	インスリン濃度	内容	インスリン濃度	
1	ヒューマリンR 50単位 +生食49.5mL	1単位/mL	ヒューマリンR原液	100単位/mL	100倍
2	ヒューマリンR 50単位 +生食49.5mL	1単位/mL	ヒューマリンR 1000単位 +生食49.5mL	約16.8単位/mL	約16.8倍
3	ヒューマリンR 50単位 +生食49.5mL	1単位/mL	ヒューマリンR 500単位 +生食45mL	10単位/mL	10倍
4	ヒューマリンR 100単位 +生食50mL	約2単位/mL	ヒューマリンR 1000単位 +生食40mL	20単位/mL	約10倍
5	ノボリンR 40単位 +生食40mL	約1単位/mL	ノボリンR 400単位 +生食36mL	10単位/mL	約10倍
6	ヒューマリンR 50単位 +生食49.5mL	1単位/mL	ヒューマリンR 500単位 +生食49.5mL	約9.2単位/mL	約9.2倍
7	ヒューマリンR 50単位 +生食49.5mL	1単位/mL	ヒューマリンR 500単位 +生食49.5mL	約9.2単位/mL	約9.2倍
8	ヒューマリンR 40単位 +生食39.6mL	1単位/mL	ヒューマリンR 400単位 +生食39.6mL	約9.2単位/mL	約9.2倍
9	ヒューマリンR 50単位 +生食50mL	約1単位/mL	ヒューマリンR 500単位 +生食50mL	約9.1単位/mL	約9.1倍
10	ノボリンR 50単位 +生食50mL	約1単位/mL	ノボリンR 500単位 +生食50mL	約9.1単位/mL	約9.1倍
11	ヒューマリンR 20単位 +生食20mL	約1単位/mL	ヒューマリンR 100単位 +生食20mL	約4.8単位/mL	約4.8倍

4) 第44回報告書

④「無投与、中止時の注射、投与時間間違い、その他」の事例

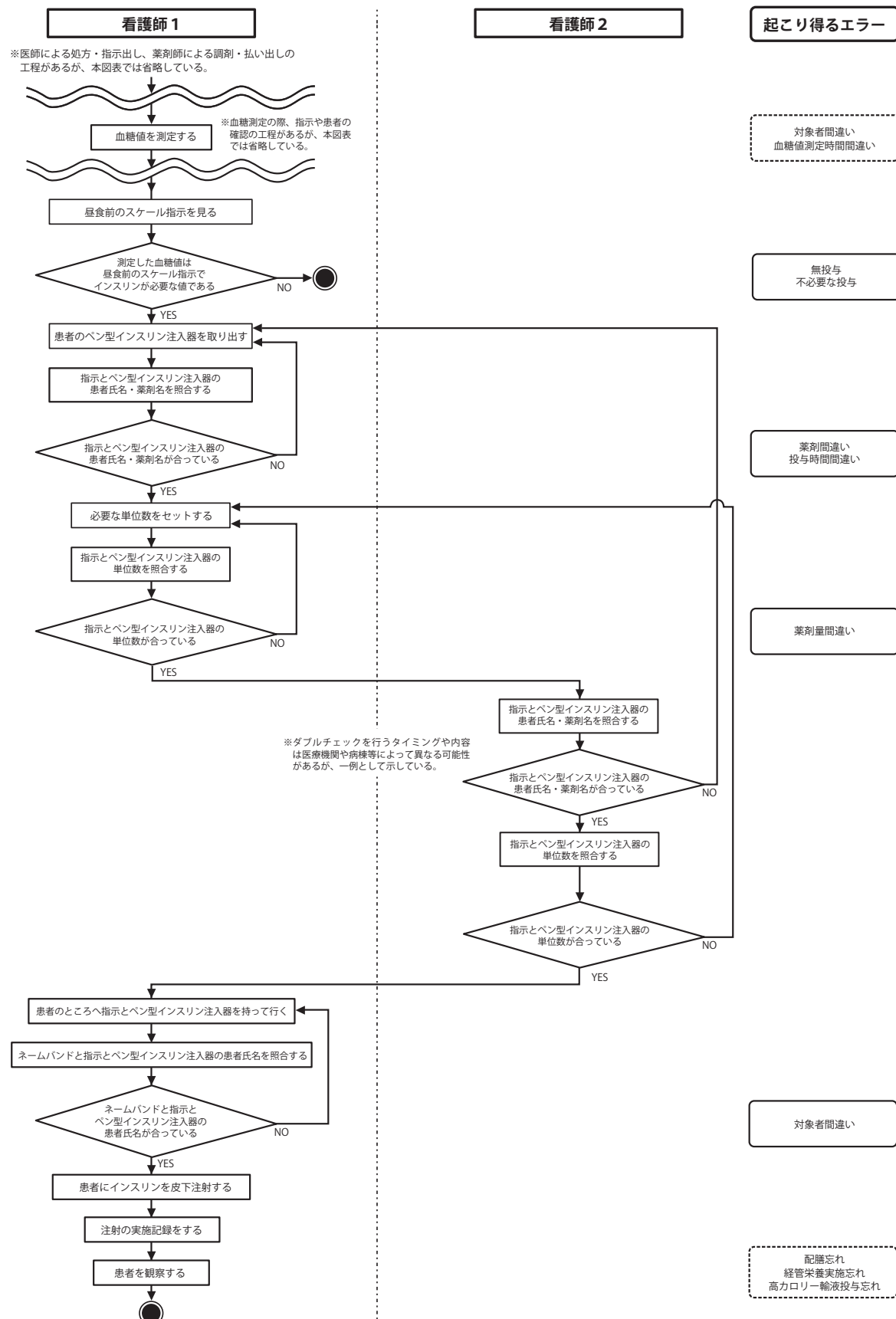
http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_4_T001.pdf

第44回報告書では、分析対象期間（2015年10月～12月）に報告された事例を追加して現状を紹介するとともに、報告された事例の内容が「無投与」「中止時の注射」「投与時間間違い」などの事例を取り上げて分析を行った。

「無投与」の事例がインスリンに関する事例全体に占める割合は、医療事故情報では9.9%、ヒヤリ・ハット事例では最も多く41.2%であった。「無投与」の事例について、投与方法ごとに分けて発生段階による背景・要因と医療機関における改善策を整理した。「中止時の注射」の事例がインスリンに関する事例全体に占める割合は、医療事故情報の6.6%、ヒヤリ・ハット事例の8.6%であった。「投与時間間違い」の事例がインスリンに関する事例全体に占める割合は、医療事故情報の1.7%、ヒヤリ・ハット事例の5.0%であった。その他に、「重複投与」「食事等との調整」「針刺し」などの事例を取り上げた。また、看護師が患者にインスリンを皮下注射する業務の流れの一部を業務工程図の一例として表し、起こり得るエラーの例とともに示した。

図表Ⅲ - 2 - 5 看護師がインスリンを患者に皮下注射する業務の流れと起こり得るエラーの例

＜受け持ち看護師が昼食前のスケール指示によりペン型インスリン注入器を使用する業務の流れ＞



(2) 後方視的分析

1) 第41回報告書

①手術中の碎石位に関連した事例

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_1_T002.pdf

碎石位は、臥床した状態で両脚を挙上して開脚させ、膝を曲げた状態で下肢を固定した体位で、泌尿器科領域の膀胱・前立腺・尿道や、婦人科領域の膣・子宮、消化器外科領域の肛門・直腸などの手術で用いられる。碎石位では、下肢の循環障害や神経障害などが起こる可能性がある。また、コンパートメント症候群（筋区画症候群）や骨格筋の損傷（横紋筋融解症）、さらに圧挫症候群（クラッシュシンドローム、挫滅症候群）が発生することもある。

第41回報告書分析対象期間（2015年1月～3月）に、碎石位によって手術を行った事例において、術後に腓骨神経麻痺を起こした事例が1件、コンパートメント症候群を起こした事例が1件報告された。そこで、手術中の碎石位に関連した事例を個別のテーマとして取り上げ、事業開始まで遡って事例を検索し、分析を行った。

報告された事例は、腹腔鏡下の手術や複数の臓器の手術など長時間手術の事例が多く、背景・要因として、長時間にわたって同一体位のままである状況や、下肢に覆布がかかった状況下での下肢の観察の難しさが挙げられた。碎石位で行う手術においては、手術に関わるチーム全体で下肢の循環障害や血流障害に注意する必要があることが示唆された。

図表Ⅲ - 2 - 6 手術時間または碎石位であった時間

		1 時間 未 満	1時間以上～ 4時間未満	4時間以上～ 7時間未満	7時間以上～ 1 0 時間未満	1 0 時間 以 上	「長時間」 と記載	記載なし	合計
コンパートメント症候群		0	0	5	5	6	3	1	2 0
圧挫症候群		0	0	1	0	0	0	2	3
神経障害	腓骨神経麻痺	0	0	2	2	2	1	0	7
	坐骨神経麻痺	1	1	0	0	0	0	0	2
仙骨部褥瘡		0	0	0	1	0	0	0	1
仙骨部の発赤		0	1	0	0	0	0	0	1
合 計		1	2	8	8	8	4	3	3 4

②院内での自殺及び自殺企図に関する事例

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_1_T003.pdf

我が国において自殺は大きな社会問題であり、自殺対策基本法に基づき国レベルでの自殺対策が推進されている。医療機関においても、精神疾患や障害あるいは病状の変化や疼痛等による心理的な不調をきたしている患者に対して、早期に危険性を評価して、自殺に至らないようサポートをする取り組みが行われている。

本事業では患者の自殺又は自殺企図は、「特に報告を求める事例」として報告されている。患者の様子や周囲の状況から自殺行動や自殺念慮を予測することは難しい場合もあるが、報告された事例には、起きた事象を振り返ったうえで背景・要因や改善策が記載されている。これらの情報は、他の医療機関の自殺及び自殺企図に対する医療安全対策の検討のために有用であると考え、個別の分析テーマとして取り上げた。2010年1月から第41回報告書分析対象期間（2015年1月～3月）までに報告された自殺又は自殺企図に関する事例をとりまとめ、特に医療材料などを含めた院内の「モノ」に関連した事例に着目して分析を行った。

図表Ⅲ - 2- 7 関連したモノ

関連したモノ	件数
医療材料・医療機器	14
酸素チューブ	5
医療機器の電源コード (輸液ポンプ、ネブライザー)	3
弾性ストッキング	3
心電図モニタのコード	1
点滴の針	1
ハイガーゼ	1
医療材料・医療機器以外	26
ナースコール	14
ベッドの電源コード・手元スイッチのコード	4
ベッド柵	2
ポットの電源コード	1
赤外線センサーのコード	1
安全帯のマグネット	1
延長コード	1
離床センサーの紐	1
体幹拘束帯	1
合 計	40

※1つの事例に複数のモノの報告もある。

2) 第42回報告書

①与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_2_T002.pdf

入院中の患者の内服薬の管理は、退院後継続して正しく薬剤を内服するために患者自身が管理する場合と、患者から薬剤を預かり、内服ごとに患者に与薬するなど、看護師が管理する場合がある。後者の看護師による内服薬の管理では、指示受け、交付された薬剤の受け取り・保管、患者へ配薬するための準備、患者への配薬・与薬、実施後の観察といった過程において、薬剤間違い、薬剤量間違い、用法間違いなどの様々なエラーが発生する可能性がある。

第42回報告書分析対象期間（2015年4月～6月）に、経口または経管による薬剤の投与の際、誤って別の患者の内服薬を内服させた事例が3件報告された。そこで、患者または内服薬の間違いにより、別の患者の薬剤を内服させた事例を取り上げ、分析を行った。

本報告書では、報告された事例の発生状況、発生時間帯、患者に与えた影響などを整理し、主な事例の概要を紹介した。また、事例を「患者間違い」「薬剤間違いー薬剤取り違い」「薬剤間違いー薬剤の混入」に分類し、医療機関から報告された背景・要因と改善策を整理して示した。さらに、事例の状況と照合作業の一例をイメージしやすいようにイラストを掲載した。これらの事例の背景・要因として、内服薬と患者の照合が曖昧である、もしくは照合していないという点が共通していることから、照合の手順を明確にすることの重要性が示唆された。

図表Ⅲ - 2 - 8 患者と薬剤の照合の状況

事例の内容		患者と薬剤の照合の状況		件数
患者間違い		実施しなかった		9
		実施した方法が正しくなかった	別の患者に「〇〇さんですね？」と尋ね、「はい」と返事があった	3
			同姓患者の姓のみ照合した	
薬剤間違い	薬剤取り違い	実施しなかった		17
		実施したが与薬前に中断し、与薬の再開後に照合しなかった		2
	薬剤の混入	実施しなかった		7
		実施した方法が正しくなかった	複数ある薬剤の一部のみ照合した	1
詳細不明		実施しなかった		2
合 計				42

②パニック値の緊急連絡に関連した事例

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_2_T003.pdf

臨床検査において、パニック値は「生命が危ぶまれるほど危険な状態にあることを示唆する異常値で直ちに治療を開始すれば救命しうるが、その診断は臨床的な診察だけでは困難で検査によってのみ可能である」とされている。医療機関では、院内で設定したパニック値について、通常の検査値の結果報告システムと異なる緊急連絡の体制を構築したり、電子カルテ上アラートを発信するシステムを導入したりするなど、患者に速やかに治療が提供できるよう取り組みがなされている。

一方で、パニック値の緊急連絡の体制が活用できなかった事例が本事業に報告されている。第42回報告書分析対象期間（2015年4月～6月）に、本来なら検査部から直接医師に伝えられるパニック値が、適切に連絡されなかった事例の報告があった。そこで、パニック値の緊急連絡の体制に関連した事例に着目し、過去に報告された同様の事例とともに分析を行った。

パニック値の緊急連絡に関連した事例を、事業開始（2004年10月）に遡り検索したところ、2010年1月から第42回報告書分析対象期間（2015年4月～6月）までの期間に6件の報告があった。本分析では、事例の発生状況、検査項目とその値、事例の概要などを紹介した。また、①パニック値として臨床検査部から連絡がなされなかった事例と、②パニック値として臨床検査部から連絡はなされたが主治医に伝わらなかった事例に分類し、それぞれの背景・要因と改善策を整理して示した。報告された事例から、パニック値の連絡体制やその運用について、医療機関内で継続的に検討することの重要性が示唆された。

図表Ⅲ - 2 - 9 パニック値として臨床検査部から連絡がなされなかった事例の主な背景・要因

主な背景・要因
1) パニック値の連絡体制 ・ 18時過ぎに血液検査結果が判明し、ただちに内科に電話連絡したが、連絡が取れなかった。患者はすでに帰宅していたことから、臨床検査技師はパニック値を報告しなかった。 ・ 医師に連絡が取れない場合の取り決めがなかった。
2) パニック値を認識した場合の取り扱い ・ パニック値は、臨床検査技師の判断で主治医、病棟に連絡する手順であったが連絡しなかった。 ・ パニック値を連絡した際にノートに記載する手順になっていたが、正確に理解しておらず記載しなかった。 ・ パニック値を認めたが、血液凝固を認めたことから再検査依頼をした際、主治医、病棟にパニック値の報告を行わなかった。
3) 作業体制 ・ 昼食時間帯であったため人数が少なく多忙であったことから記憶があいまいになった。 ・ 検査部の担当は、入職して日が浅く余裕がなかった。

3) 第43回報告書

①座位による中心静脈カテーテルの処置に関連した事例

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_3_T002.pdf

中心静脈カテーテルは、中心静脈圧測定、高カロリー輸液や腫瘍用薬の投与、血液透析など様々な目的で使用される。中心静脈カテーテルの安全管理に関連して、超音波ガイド下に挿入する取り組みや、留置中の感染予防に関する取り組みなどが行われている。第43回報告書分析対象期間（2015年7月～9月）に、中心静脈カテーテルを座位で抜去の処置をした際、空気が流入した事例が1件報告された。文献によると、中心静脈カテーテルの抜去に伴う奇異性脳空気塞栓症と診断された症例が以前から報告されている。そこで、中心静脈カテーテル抜去や処置の際の空気流入に着目し、事業開始まで遡って事例を検索して、座位における中心静脈カテーテル処置に関連した事例について分析を行った。

事例を大別すると、座位で中心静脈カテーテルを抜去した事例や、座位で中心静脈カテーテルルートの処置をした際にルートが大気に開放された事例などがあった。この中には、座位で中心静脈ルートの接続部を外した際、閉鎖式回路となる部位ではなく、誤った部位で外したため空気が血管内に流入した事例も含まれている。事例の内容をみると、すべての事例で何らかの症状を起しており、呼吸苦・呼吸困難と意識消失の報告がそれぞれ4件と多くなっていた。第43回報告書では、事例の発生状況を集計し、主な事例の概要を紹介した。また、背景・要因と事例が発生した医療機関における改善策を整理して示した。

図表Ⅲ - 2 - 10 主な症状

主な症状	件数
呼吸苦・呼吸困難	4
意識消失	4
チアノーゼ	2
下肢硬直	1
眼球上転	1
頸部違和感	1
眼のかすみ	1
痙攣	1

※複数記載あり
※脳梗塞の記載が2件あった

②胃管の誤挿入に関連した事例

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_3_T003.pdf

胃管は、消化管の減圧、手術中の管理、経口摂取できない場合の栄養管理などのため、鼻または口から食道を経由して胃や腸まで挿入されるチューブである。胃管の挿入は、多くの医療機関で日常的に行われているが、気道に誤挿入される可能性や、食道や胃を穿孔する可能性がある。また、気道に誤挿入されたことに気付かないまま栄養剤などの注入を行うことによる肺炎など、重篤な合併症を引き起こす危険性もある。

本事業においても、第6回報告書（2006年9月公表）や第8回報告書（2007年2月公表）の個別のテーマの検討状況「医療処置に関連した医療事故」において、経鼻栄養チューブの誤挿入の事例を取り上げた。第43回報告書分析対象期間（2015年7月～9月）に、胃管を誤って気管や気管支などに挿入した事例が5件報告された。そこで、事例を過去に遡って検索し、胃管を誤挿入した事例を取り上げ、分析を行った。

本分析では、発生状況や患者への影響、誤って挿入した部位などを集計し、誤挿入を発見した時期および契機、事例の背景・要因、医療機関から報告された主な改善策などを整理して示した。背景・要因として、胃管挿入後の確認方法を「挿入した胃管の長さ」「気泡音の聴取」「内容物の吸引」「吸引物のpHチェック」「エックス線撮影」の5種類に大別して詳しく分析した。誤挿入の事例において、胃内にチューブが入っていないにもかかわらず気泡音が聴取できた事例が33件あり、胃管が胃内に挿入されたかどうかの判断を「気泡音の聴取」のみで行うことは難しいことがわかった。胃管が胃に挿入されたことを確認するには、「エックス線撮影」や「内容物の吸引」、「内容物のpHチェック」など複数の確認方法を用いて行う必要があると示唆された。

図表Ⅲ - 2 - 1 1 誤挿入を発見した時期と契機

誤挿入を発見した時期	誤挿入を発見した契機	件数	
栄養剤の注入後	呼吸状態悪化後の画像診断（エックス線写真、ＣＴ検査）	2	3
	挿入後に撮影していたが未確認であったエックス線写真の確認	6	
	腹痛のため撮影したＣＴ検査	2	
	挿入の翌日または２日後に撮影したエックス線写真	2	
	気管切開部より栄養剤が噴出	2	3
	挿入時に撮影したエックス線写真の再確認	1	9
	気管内吸引時、経腸栄養剤を吸引	1	
	ＣＴを読影した放射線科医から誤挿入の連絡	1	
	死後に撮影したエックス線写真、ＣＴ検査	1	
栄養剤の注入前	エックス線写真での挿入位置確認	1	1
	エックス線写真、ＣＴ検査での挿入位置確認	1	1
	挿入中、出血したためのエックス線写真、ＣＴ検査	1	3
ガストログラフィンの注入後	ガストログラフィン注入後の造影検査	2	2
手術中	右肺下葉切除後、摘出検体の断端に胃管と思われる異物を発見	1	1
挿入１週間後（注入は不明）	挿入１週間後に撮影したエックス線写真	1	1
合 計		5	6

4) 第44回報告書

①観血的医療行為前に休薬する薬剤に関連した事例

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_4_T002.pdf

手術などの観血的医療行為を行う際、出血などのリスクを軽減するため予定日より前に投与を中止する薬剤がある。本事業では、第31回～第34回報告書において、１年間にわたり「血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下（開始、継続、中止、再開等）での観血的医療行為に関連した医療事故」について分析を行った。第44回報告書分析対象期間（2015年10月～12月）に、生検を行う前に抗血小板剤2剤を休薬すべきところ、そのうち1剤の休薬ができていないことを把握しないまま生検を行った事例が1件報告された。そこで事例を過去に遡って検索し、抗凝固剤、抗血小板剤に限らず、観血的医療行為を行う前に休薬することになっている薬剤を継続投与していた事例を取り上げ、分析を行った。

2010年以降に報告された医療事故情報のうち、医療機関内で観血的医療行為前に休薬することになっていた薬剤を継続投与していた事例は19件あった。これらの事例について、事例の内容や休薬できていなかった薬剤、発生段階、主な背景・要因などを整理して分析を行った。発生段階別に分類すると、患者が内服している薬剤の把握が不十分であった事例、観血的医療行為を行う前に休薬指示を出していなかった事例または2剤のうち1剤だけ休薬を指示した事例や、休薬指示が出ていたが一包化された薬剤の中に休薬する薬剤が残っていた事例などが報告されていた。自施設において、観血的医療行為前に休薬することが必要である薬剤と休薬期間を決めておくこと、また、観血的医療行為の内容や程度によって休薬するかどうかを分類し、それらを周知しておくことの必要性が示唆された。

図表Ⅲ - 2 - 1 2 観血的医療行為と休薬していなかった薬剤

観血的医療行為の分類	薬剤名	件数
手術	ワーファリン錠	5
	バイアスピリン錠	3
	プラビックス錠	1
	プラザキサカプセル	1
	ペルサンチン錠	1
	アスピリン「ヨシダ」	1
	エパデール	1
	トリキュラー錠	1
生検	ニチステート錠	1
	プラビックス錠	1
	バイアスピリン錠	1
血管カテーテル撮影	ワーファリン錠	1
内視鏡下の組織採取	プラビックス錠	1
合 計		19

②観血気管切開時の電気メス使用による引火に関連した事例

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_4_T003.pdf

気管切開は、長期間の気管挿管が必要な場合や、気道分泌物の除去が困難な場合、あるいは腫瘍等で上気道閉塞をきたしている場合等に実施される。気管切開の際、患者の多くは経口あるいは経鼻挿管され、人工呼吸管理中の状態である。第44回報告書分析対象期間（2015年10月～12月）に、高濃度酸素下で気管切開を実施中、電気メス使用時に気管周囲に引火した事例が報告された。そこで、気管切開時の電気メス使用による引火に関連した医療事故情報を事業開始に遡って検索し、分析を行った。

気管切開時の電気メス使用による引火に関連した医療事故情報は、2009年～第44回報告書分析対象期間（2015年12月）までに4件報告されていた。発生場所はICUが3件とHCUが1件、報告された事例における吸入酸素濃度は50%～100%であった。報告された事例の概要、主な背景・要因や医療機関における改善策を整理して示した。事例から、患者の状態に応じて、処置前にチーム内でブリーフィングを行い、危険性等について情報共有をしておくことの重要性が示唆された。また、参考として、(公財)日本医療機能評価機構認定病院患者安全推進協議会運営部会、(独)医薬品医療機器総合機構、(一社)日本医療機器工業会、(一社)日本外科学会による注意喚起を掲載した。

図表Ⅲ - 2 - 13 主な背景・要因

主な背景・要因
○コミュニケーション ・気管切開の際の現場でのブリーフィングが不十分であった。 ・他院で発生している事例について、医療安全部門および外科部門での共有が不十分であった。
○患者の状態 ・患者は重度の低左心機能（EF 15%）であり、酸素濃度を40%以下にすると低酸素血症を来したため、50%の設定で気管切開を実施した。 ・患者の血小板数が少なく、出血の危険性が高かったため、電気メスを使用した。 ・患者は重症肺炎であり、気管切開は患者に負担を与えるため酸素濃度は100%で行った。
○その他 ・電気メス使用時、気管チューブのカフは既に潰れていた。 ・凝固を行っていた最中には、電気メスは気管チューブには触れていないと認識しているが、かなり近い位置にあった。

3 再発・類似事例の発生状況

本事業では、第3回～第17回報告書において「共有すべき医療事故情報」として、医療事故情報を分析班等で個別に検討し、広く共有すべきであると考えられた事例の概要を公表してきた。また、第1回～本報告書において「個別のテーマの検討状況」として、分析対象となるテーマを設定し、そのテーマに関連する事例をまとめて分析、検討を行っている。さらに、これまでに「共有すべき医療事故情報」や「個別のテーマの検討状況」として取り上げた事例の中から、特に周知すべき情報を提供するため「医療安全情報」を公表している。

ここでは、「共有すべき医療事故情報」、「個別のテーマの検討状況」や「医療安全情報」として取り上げた内容の再発・類似事例の発生状況について取りまとめた。

【1】概況

これまでに取り上げた「共有すべき医療事故情報」の再発・類似事例の件数について図表Ⅲ-3-1、「個別のテーマの検討状況」の再発・類似事例の件数について図表Ⅲ-3-2にまとめた。

第41回報告書～第44回報告書分析対象期間（2015年1月～12月）に報告された「共有すべき医療事故情報」の再発・類似事例の内容は38であり、事例数は268件であった。このうち、類似事例が5件以上報告されたものは、「体内にガーゼが残存した事例」が25件、「熱傷に関する事例（療養上の世話以外）」が24件、「施設管理の事例」、「ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例」がそれぞれ20件、「ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例」、「病理検体に関連した事例」がそれぞれ15件、「『療養上の世話』において熱傷をきたした事例」、「ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例」がそれぞれ13件、「歯科診療の際の部位間違いに関連した事例」が12件、「左右を取り違えた事例」が9件、「注射器に準備された薬剤の取り違えの事例（名前の記載あり）」、「小児への薬剤倍量間違いの事例」、「アレルギーの既往がわかっている薬剤を投与した事例」がそれぞれ8件、「外形の類似による薬剤間違いの事例」、「投与目的とは異なる場所へ輸液等を投与した事例」がそれぞれ6件、「グリセリン浣腸に伴い直腸穿孔などをきたした事例」、「インスリン投与間違いの事例」、「小児の輸液の血管外漏出」、「MRI検査室に磁性体を持ち込んだ事例」、「三方活栓使用時の閉塞や接続はずれ等に関する事例」がそれぞれ5件であった。

また、第41回報告書～第44回報告書分析対象期間（2015年1月～12月）に報告された「個別のテーマの検討状況」の再発・類似事例のテーマは29であり、事例数は138件であった。このうち類似事例が5件以上報告されたものは、「凝固機能の管理にワーファリンカリウムを使用していた患者の梗塞及び出血の事例」が19件、「画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例」が18件、「院内での自殺及び自殺企図に関する事例」が12件、「薬剤内服の際、誤ってPTP包装を飲んだ事例」が11件、「膀胱留置カテーテル挿入の際、尿流出を確認せずにバルーンを膨らませ尿道損傷を起こした事例」が10件、「気管切開チューブが皮下や縦隔へ迷入した事例」が8件、「予防接種ワクチンの管理に関する医療事故」、「はさみを使用した際、誤って患者の皮膚や医療材料等を傷つけた事例」、「事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例」がそれぞれ6件、「口頭による情報の解釈の誤りに関連した事例」が5件であった。

図表Ⅲ - 3 - 1 2015年1月から12月に報告された「共有すべき医療事故情報」の再発・類似事例

内容	件数					掲載報告書 (公表年月)
	41回	42回	43回	44回	計	
薬剤の名称が類似していることにより、取り違えた事例	2	0	1	1	4	第3回(2005年10月)
ガベキサートメシル酸塩を投与する際、輸液が血管外に漏出した事例	1	0	1	0	2	第3回(2005年10月)
グリセリン浣腸に伴い直腸穿孔などをきたした事例	1	0	3	1	5	第3回(2005年10月)
抗リウマチ剤(メトトレキサート)を過剰投与した事例	2	1	0	0	3	第3回(2005年10月)
インスリン投与間違いの事例	0	1	3	1	5	第4回(2006年3月)
「療養上の世話」において熱傷をきたした事例	3	5	3	2	13	第5回(2006年6月)
製剤の総量と有効成分の量の間違い	1	0	0	0	1	第8回(2007年2月)
左右を取り違えた事例	2	2	2	3	9	第8回(2007年2月)
小児の輸液の血管外漏出	1	1	1	2	5	第8回(2007年2月)
外形の類似による薬剤間違いの事例	1	2	2	1	6	第9回(2007年6月)
輸血療法施行時に患者を誤った事例	1	0	1	0	2	第9回(2007年6月)
熱傷に関する事例(療養上の世話以外)	7	2	7	8	24	第9回(2007年6月)
MR I 検査室に磁性体を持ち込んだ事例	0	2	1	2	5	第9回(2007年6月)
患者搬送中の接触の事例	1	0	0	0	1	第9回(2007年6月)
注射器に準備された薬剤の取り違えの事例 (名前の記載あり)	4	0	3	1	8	第10回(2007年9月)
注射器に準備された薬剤の取り違えの事例 (名前の記載なし)	0	2	0	1	3	第10回(2007年9月)
小児への薬剤倍量間違いの事例	5	0	1	2	8	第10回(2007年9月)
伝達されなかった指示変更	2	0	0	0	2	第10回(2007年9月)
投与目的とは異なる場所へ輸液等を投与した事例	1	0	3	2	6	第10回(2007年9月)
化学療法において腫瘍用薬を非投与日に投与した事例	1	0	0	0	1	第11回(2007年12月)
三方活栓使用時の閉塞や接続はずれ等に関する事例	2	0	1	2	5	第11回(2007年12月)
ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例	5	4	3	3	15	第11回(2007年12月)
施設管理の事例	8	4	6	2	20	第11回(2007年12月)
薬剤の注入経路を誤って投与した事例(投与経路含む)	0	0	0	1	1	第12回(2008年3月)
アレルギーの既往がわかっている薬剤を投与した事例	3	2	1	2	8	第12回(2008年3月)
人工呼吸器の回路接続間違いの事例	0	1	0	0	1	第12回(2008年3月)
ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例	4	6	6	4	20	第13回(2008年6月)
ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例	4	2	5	2	13	第13回(2008年6月)
口頭での情報伝達の間違いが生じた事例	3	0	0	1	4	第13回(2008年6月)
体内にガーゼが残存した事例	3	9	4	9	25	第14回(2008年9月)
薬剤の有効期限に関連する事例	0	0	1	0	1	第14回(2008年9月)
病理検体に関連した事例	5	4	3	3	15	第15回(2008年12月)
眼内レンズに関連した事例	0	0	4	0	4	第15回(2008年12月)
歯科診療の際の部位間違いに関連した事例	1	4	6	1	12	第15回(2008年12月)
食物アレルギーに関連した事例	2	0	2	0	4	第15回(2008年12月)
薬剤の併用禁忌に関連した事例	0	0	1	2	3	第16回(2009年3月)
希釈して使用する薬剤の量を間違えた事例	0	0	0	1	1	第16回(2009年3月)
酸素ボンベ残量管理に関連した事例	0	0	1	2	3	第17回(2009年6月)

図表Ⅲ - 3 - 2 2015年1月から12月に報告された「個別のテーマの検討状況」の再発・類似事例

テーマ	件数					掲載報告書 (公表年月)
	41回	42回	43回	44回	計	
生殖補助医療に関連した事例	1	0	0	0	1	第19回(2009年12月)
B型肝炎母子感染対策の実施忘れの事例	0	0	1	0	1	第20回(2010年3月)
凝固機能の管理にワーファリンカリウムを使用していた患者の梗塞及び出血の事例	5	2	5	7	19	第20回(2010年3月)
皮下用ポート及びカテーテルの断裂に関連した医療事故	1	1	0	2	4	第21回(2010年6月)
救急カートに準備された薬剤の間違い	2	1	0	0	3	第22回(2010年9月)
薬剤内服の際、誤ってPTP包装を飲んだ事例	5	0	2	4	11	第23回(2010年12月)
予防接種ワクチンの管理に関する医療事故	3	2	1	0	6	第23回(2010年12月)
散剤の薬剤量間違い	1	0	0	2	3	第24回(2011年3月)
医療用照明器の光源により発生した熱傷に関連した医療事故	0	1	0	0	1	第25回(2011年6月)
画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例	5	4	4	5	18	第26回(2011年9月)
術後患者の硬膜外腔に持続注入すべき薬剤を静脈に注入した事例	0	0	1	0	1	第28回(2012年3月)
医薬品添付文書上【禁忌】の疾患や症状の患者へ薬剤を投与した事例	1	0	1	1	3	第29回(2012年6月)
膀胱留置カテーテル挿入の際、尿流出を確認せずにバルーンを膨らませ尿道損傷を起こした事例	2	2	3	3	10	第31回(2012年12月)
脳脊髄液ドレナージ回路を一時的に閉鎖(クランプ)したが、適切に開放されなかった事例	0	1	0	0	1	第32回(2013年3月)
院内において加工し使用した医療材料や医療機器に関連した医療事故	0	0	1	0	1	第32回(2013年3月)
アドレナリンの希釈の呼称に関連した事例	0	2	0	0	2	第33回(2013年6月)
リツキシマブ製剤投与後のB型肝炎再活性化に関連した事例	0	0	1	0	1	第34回(2013年9月)
胸腔穿刺や胸腔ドレーン挿入時に左右を取り違えた事例	0	1	0	0	1	第34回(2013年9月)
はさみを使用した際、誤って患者の皮膚や医療材料等を傷つけた事例	1	4	0	1	6	第36回(2014年3月)
気管切開チューブが皮下や縦隔へ迷入した事例	2	2	3	1	8	第37回(2014年6月)
事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例	4	0	2	0	6	第37回(2014年6月)
無線式心電図モニタの送受信機に関連した事例	0	0	2	1	3	第37回(2014年9月)
皮膚反応によるアレルギーテストの実施時の試薬に関する事例	0	1	0	0	1	第39回(2014年12月)
内視鏡の洗浄・消毒に関連した事例	1	1	0	0	2	第39回(2014年12月)
口頭による情報の解釈の誤りに関連した事例	0	3	2	0	5	第40回(2015年3月)
放射線治療の照射部位の間違いに関連した事例	0	0	0	1	1	第40回(2015年3月)
手術中の碎石位に関連した事例	—	0	2	2	4	第41回(2015年6月)
院内での自殺及び自殺企図に関する事例	—	0	4	8	12	第41回(2015年6月)
与薬時の患者または薬剤の間違いに関連した事例	—	—	0	3	3	第42回(2015年9月)

次に、第41回報告書～第44回報告書で取り上げた「医療安全情報」の再発・類似事例の件数について、図表Ⅲ-3-3にまとめた。第41回報告書～第44回報告書分析対象期間（2015年1月～12月）に報告された「医療安全情報」の再発・類似事例の内容は58であり、事例数は185件であった。このうち、類似事例が5件以上報告されたものは、「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」が12件、「No. 47：抜歯部位の取り違い」、「No. 57：PTPシートの誤飲およびNo. 82：PTPシートの誤飲（第2報）」、「No. 63：画像診断報告書の確認不足」がそれぞれ11件、「No. 80：膀胱留置カテーテルによる尿道損傷」が10件、「No. 15：注射器に準備された薬剤の取り違い」が8件、「No. 85：移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去」が7件、「No. 7：小児の輸液の血管外漏出」、「No. 8：手術部位の左右の取り違いおよびNo. 50：手術部位の左右の取り違い（第2報）」、「No. 30：アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与」、「No. 71：病理診断報告書の確認忘れ」がそれぞれ5件であった。

図表Ⅲ-3-3 2015年1月から12月に報告された「医療安全情報」の再発・類似事例

No.	タイトル	件数					公表年月
		41回	42回	43回	44回	計	
No. 1 No. 66	インスリン含量の誤認 インスリン含量の誤認（第2報）	0	0	2	1	3	2006年12月 2012年5月
No. 2 No. 45	抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制 抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制（第2報）	2	1	0	0	3	2007年1月 2010年8月
No. 3	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔	0	0	1	1	2	2007年2月
No. 4 No. 68	薬剤の取り違い 薬剤の取り違い（第2報）	2	0	1	1	4	2007年3月 2012年8月
No. 5	入浴介助時の熱傷	0	1	0	0	1	2007年4月
No. 6	インスリン単位の誤解	0	1	0	0	1	2007年5月
No. 7	小児の輸液の血管外漏出	1	1	1	2	5	2007年6月
No. 8 No. 50	手術部位の左右の取り違い 手術部位の左右の取り違い（第2報）	0	1	2	2	5	2007年7月 2011年1月
No. 9	製剤の総量と有効成分の量の間違い	1	0	0	0	1	2007年8月
No. 10 No. 94	MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（第2報）	0	1	1	2	4	2007年9月 2011年1月
No. 11	誤った患者への輸血	1	0	1	0	2	2007年10月
No. 12	患者搬送中の接触	1	0	0	0	1	2007年11月
No. 13	輸液ポンプ等の流量の確認忘れ	2	0	0	0	2	2007年12月
No. 14	間違ったカテーテル・ドレーンへの接続	1	0	1	1	3	2008年1月
No. 15	注射器に準備された薬剤の取り違い	4	0	3	1	8	2008年2月
No. 17	湯たんぽ使用時の熱傷	2	1	0	0	3	2008年4月
No. 20	伝達されなかった指示変更	2	0	0	0	2	2008年7月
No. 22	化学療法の治療計画の処方間違い	1	0	0	0	1	2008年9月
No. 23	処方入力の際の単位間違い	2	0	0	1	3	2008年10月
No. 24	人工呼吸器の回路接続間違い	0	1	0	0	1	2008年11月
No. 27	口頭指示による薬剤量間違い	3	0	0	1	4	2009年2月
No. 29	小児への薬剤10倍量間違い	1	0	1	1	3	2009年4月

No.	タイトル	件数					公表年月
		41 回	42 回	43 回	44 回	計	
No. 30	アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与	2	1	1	1	5	2009年 5月
No. 33 No. 77	ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出 ガベキサートメシル酸塩使用時の血管炎（第2報）	1	0	1	0	2	2009年 8月 2013年 4月
No. 34	電気メスによる薬剤の引火	0	1	0	0	1	2009年 9月
No. 46	清拭用タオルによる熱傷	0	1	1	1	3	2010年 9月
No. 47	抜歯部位の取り違い	1	4	5	1	11	2010年 10月
No. 48	酸素残量の未確認	0	0	1	0	1	2010年 11月
No. 49	B型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ	0	0	1	0	1	2010年 12月
No. 51	ワルファリンカリウムの内服状況や凝固機能の把握不足	1	1	0	1	3	2011年 2月
No. 53	病理診断時の検体取り違い	0	0	0	1	1	2011年 3月
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	3	2	3	4	12	2011年 5月
No. 57 No. 82	P T Pシートの誤飲 P T Pシートの誤飲（第2報）	5	0	2	4	11	2011年 8月 2013年 9月
No. 58	皮下用ポート及びカテーテルの断裂	1	1	0	2	4	2011年 9月
No. 59	電気メスペンシルの誤った取り扱いによる熱傷	1	0	2	0	3	2011年 10月
No. 60	有効期間が過ぎた予防接種ワクチンの接種	1	2	0	0	3	2011年 11月
No. 61	併用禁忌の薬剤の投与	0	0	1	2	3	2011年 12月
No. 62	患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認	0	1	0	1	2	2012年 1月
No. 63	画像診断報告書の確認不足	3	2	2	4	11	2012年 2月
No. 65	救急カートに配置された薬剤の取り違い	2	1	0	0	3	2012年 4月
No. 69	アレルギーのある食物の提供	1	0	0	0	1	2012年 8月
No. 71	病理診断報告書の確認忘れ	2	2	0	1	5	2012年 10月
No. 72	硬膜外腔に持続注入する薬剤の誤った接続	0	0	1	0	1	2012年 11月
No. 73	放射線検査での患者取り違い	0	2	0	0	2	2012年 12月
No. 75	輸液ポンプ等の流量と予定量の入力間違い	0	0	0	1	1	2013年 2月
No. 78	持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い	1	1	0	2	4	2013年 5月
No. 80	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷	2	2	3	3	10	2013年 7月
No. 81	ベッド操作時のサイドレール等のすき間への挟み込み	1	0	1	0	2	2013年 8月
No. 83	脳脊髄液ドレナージ回路を開放する際の誤り	0	1	0	0	1	2013年 10月
No. 85	移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去	3	2	2	0	7	2013年 12月
No. 86	禁忌薬剤の投与	1	0	0	0	1	2014年 1月
No. 92	人工呼吸器の配管の接続忘れ	0	1	0	0	1	2014年 7月
No. 95	セントラルモニタの送信機の電池切れ	0	0	1	1	2	2014年 10月
No. 97	肺炎球菌ワクチンの製剤の選択間違い	0	0	1	0	1	2014年 12月
No. 99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い	—	1	0	0	1	2015年 2月
No.101	薬剤の投与経路間違い	—	—	0	1	1	2015年 4月
No.104	腫瘍用薬処方時の体重間違い	—	—	—	1	1	2015年 7月
No.106	小児の薬剤調製間違い	—	—	—	1	1	2015年 9月

※医療安全情報の事例件数は、共有すべき医療事故情報や、個別テーマの検討状況に計上された事例件数と重複している。

本年報では、第41回報告書～第44回報告書の「再発・類似事例の発生状況」において、再び報告があった主な事例を取り上げ、情報提供後、報告書分析対象期間に至るまでの類似事例の発生件数の推移、それらの類似事例について医療機関から報告された具体的な改善策などの内容を掲載している。各報告書に掲載している内容は図表Ⅲ-3-4のとおりである。

なお、本事業のホームページの「再発・類似事例の発生状況」(<http://www.med-safe.jp/contents/report/similar.html>)のボタンをクリックすると、各報告書で取り上げた再発・類似事例の発生状況のタイトルが表示され、該当するPDFを閲覧することができる。

図表Ⅲ-3-4 第41回報告書～第44回報告書の「再発・類似事例の発生状況」で取り上げた内容

掲載報告書	内容	各報告書掲載ページ
第41回	「抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制」（医療安全情報 No. 2 第2報 No. 45）について	160-170
	「小児への薬剤10倍量間違い」（医療安全情報 No. 29）について	171-180
	「禁忌薬剤の投与」（医療安全情報 No. 86）について	180-186
第42回	「人工呼吸器の回路接続間違い」（医療安全情報 No. 24）について	168-176
	「患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認」（医療安全情報 No. 62）について	177-183
第43回	「B型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ」（医療安全情報 No. 49）について	172-175
	共有すべき医療事故情報「体内にガーゼが残存した事例」（第14回報告書）について	176-193
第44回	「併用禁忌の薬剤の投与」（医療安全情報 No. 61）について	161-172
	共有すべき医療事故情報「酸素ボンベ残量の管理に関連した事例」（第17回報告書）について	173-180

【2】「再発・類似事例の発生状況」で取り上げた内容

1) 第41回報告書

①「抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制」

（医療安全情報 No. 2 第2報 No. 45）について

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_1_R001.pdf

医療安全情報 No. 2（2007年1月提供）では、「抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制」を取り上げた。その後、第21回報告書の「再発・類似事例の発生状況」で取り上げ、第27回報告書では類似事例の「抗リウマチ目的の methotrexate 製剤を誤って連日投与した事例」を個別のテーマとして掲載した。さらに、医療安全情報 No. 45（2010年8月提供）「抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制（第2報）」により、再び注意喚起を行った。第41回報告書分析対象期間（2015年1月～3月）においても類似の事例が2件報告されたため、再び取り上げることにした。

第41回報告書では、医療安全情報 No. 45の集計期間以降の2010年7月から第41回報告書分析対象期間（2015年3月）までに報告された5件の事例概要を紹介し、主な背景・要因と改善策を整理した。抗リウマチ剤のメトトレキサートの処方に熟練していない診療科の医師が処方する場合もあり、休薬が必要なことをシステムでアラート表示する等、注意を喚起する仕組みの重要性が示唆された。

図表Ⅲ-3-5 本来投与される内容、誤った内容

	本来投与される内容	誤った内容
事例1	メトトレキサート（2mg） 週1回 朝1錠 夕1錠	メトトレキサート（2mg） 連日1日2回 朝1錠 夕1錠
事例2	メトトレート錠 週7mg（日曜：2mg×2錠分2、 月曜：2mg×1.5錠分1）	メトトレート錠 連日服用（約5ヶ月間 2mg/日）
事例3	メソトレキサート2.5mg 週1回	メソトレキサート2.5mg 連日投与
事例4	リウマトレックスカプセル2mg 分2（朝、夕）食後 週2回（木、金）	リウマトレックスカプセル2mg 分2（朝、夕）食後 7日間連日投与
事例5	リウマトレックスカプセル2mg 3カプセル 1日2回朝夕食後 土曜日	リウマトレックスカプセル2mg 3カプセル 1日2回朝夕食後 土曜日から連日投与

②「小児への薬剤10倍量間違い」（医療安全情報 No. 29）について

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_1_R002.pdf

医療安全情報 No. 29（2009年4月提供）では、小児に対して、薬剤を10倍量に間違い、過量投与した「小児への薬剤10倍量間違い」を取り上げた。第41回報告書分析対象期間（2015年1月～3月）においても類似の事例が1件報告されたため、再び取り上げることにした。

第41回報告書では、2013年1月から本報告書分析対象期間に報告された類似の事例7件について、事例の内容や主な背景・要因、改善策を取りまとめて紹介するとともに、2009年7月から第41回報告書分析対象期間（2015年3月）に報告された13件の事例について、薬剤名、予定した薬剤量と投与した薬剤量、患者の年齢を整理し、背景・要因を分析した。

図表Ⅲ-3-6 事例の内容

	投与した薬剤	予定した薬剤量	投与した薬剤量	患者の年齢
注射薬	塩酸バンコマイシン散 0.5g	27mg / 回	270mg / 回	0ヶ月
	インダシン静注用 1mg	0.07mg / 回	0.7mg / 回	0ヶ月
	オリベス点滴用1%	0.27mL / h	2.7mL / h	2ヶ月
	アデホスーLコーワ注 20mg	0.3mg / 回	3mg / 回	2ヶ月
	アセリオ静注液 1000mg	60mg / 回	600mg / 回	6ヶ月
	エスラックス静注 50mg / 5.0mL	2.5mg / h	25mg / h	1歳
	ヘパリンナトリウム	1500単位	15000単位	1歳
	デノシン点滴静注用 500mg	50mg / 回	500mg / 回	2歳
	マイスタン細粒1%	0.4mg / 回	4mg / 回	3ヶ月
内服薬	テグレート細粒 50%	25mg / 日	250mg / 日	9ヶ月
		0.09g / 日	0.9g / 日	10ヶ月
	プレドニゾロン散「タケダ」 1%	4.5mg / 日	45mg / 日	3歳
		27mg / 日	270mg / 日	3歳
	イムラン錠50mg	0.3錠 / 日	3錠 / 日	11歳

※ひとつの事例に複数の薬剤が関連したことがある

③「禁忌薬剤の投与」（医療安全情報 No. 86）について

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_1_R003.pdf

医療安全情報 No. 86（2014年1月提供）では、「禁忌薬剤の投与」を取り上げ、患者の疾患や病態を把握していたが添付文書上「禁忌」として記載のあることを知らず、薬剤を投与した事例を紹介した。第41回報告書分析対象期間（2015年1月～3月）においても類似の事例が1件報告されたため、再び取り上げることにした。

第41回報告書では、2014年1月から第41回報告書分析対象期間（2015年3月）に報告された5件の事例について、疾患名及び投与した薬剤を整理し、添付文書の記載とともに紹介した。このうち3件はパーキンソン病の患者に禁忌であるセレネースを投与した事例である。また、事例が発生した医療機関の改善策を取りまとめて示した。

図表Ⅲ - 3 - 7 疾患名及び投与した薬剤

疾患名又は病態	投与した薬剤 (主たる薬効)	件数	事例に関連した「警告」や「禁忌」について添付文書に記載された内容
パーキンソン病	セレネース注5mg (抗精神病剤)	3	禁忌（次の患者には使用しないこと） (4)パーキンソン病の患者〔錐体外路症状が悪化するおそれがある。〕
高血圧症の高齢者	ビジクリア配合錠 (経口腸管洗浄剤)	1	禁忌（次の患者には使用しないこと） 2. 高血圧症の高齢者〔急性腎不全、急性リン酸腎症（腎石灰沈着症）等が発現するおそれがある。〕
尿管カテーテルの 挿入による外傷 活動性の結核症	イムノブラダー 膀胱注用80mg (抗悪性腫瘍剤)	1	警告 1. 本剤の臨床試験において、カテーテル挿入等により外傷を生じた後のBCG投与による播種性BCG感染に起因したと考えられる死亡例が認められており、米国においても同様の症例が報告されている。したがって、経尿道的膀胱腫瘍切除術(TURBT)、生検及びカテーテル挿入により外傷を生じた直後には本剤を投与すべきではなく、外傷の治癒の状態を観察しながら、7日から14日間間隔をあけて投与すること。 禁忌（次の患者には使用しないこと） 3. 活動性の結核症が明白である患者〔活動性の結核患者に本剤を投与すると重篤な副作用を招くおそれがある。〕

2) 第42回報告書

①「人工呼吸器の回路接続間違い」（医療安全情報 No. 24）について

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_2_R001.pdf

医療安全情報 No. 24（2008年11月提供）では、「人工呼吸器の回路接続間違い」を取り上げた。その後、第24回報告書において、分析対象期間（2010年10月～12月）に該当事例が報告されたことを受け、「再発・類似事例の発生状況」で取りまとめた。第42回報告書分析対象期間（2015年4月～6月）においても類似の事例が1件報告されたため、再び取り上げることにした。

第42回報告書では、第24回報告書の集計期間以降の2011年1月から第42回報告書分析対象期間（2015年6月）に報告された事例6件の概要を紹介し、事例の発生場面及び接続を間違えた回路の状況を整理して示した。今回取り上げた事例は、吸気側につける部品を呼気側に取り付けて使用した事例が3件、患者バルブの「患者接続側」と「患者ホース側」を逆向きに接続した事例が2件などであった。医療機関から搬送用人工呼吸器と回路および患者バルブの写真をご提供いただき、第42回報告書に掲載したので、医療安全教育等の参考にしていただきたい。

図表Ⅲ-3-8 接続を間違えた回路の状況

接続を間違えた回路の状況	件数
吸気側につける部品を呼気側に取り付けて使用した ・インピーダンスバルブ ・吸入器 ・NOの供給回路	3
患者バルブの「患者接続側」と「患者ホース側」を逆向きに接続した	2
吸気と呼気を間違えて回路を接続した（人工呼吸器回路の部位の記載なし）	1
合 計	6

②「患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認」（医療安全情報 No. 62）について

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_2_R002.pdf

医療安全情報 No. 62（2012年1月提供）では、患者の体内に植込まれた医療機器の確認が不十分なままMRI検査を実施した「患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認」を取り上げた。第42回報告書分析対象期間（2015年4月～6月）においても類似の事例が1件報告されたため、再び取り上げることとした。

第42回報告書では、医療安全情報 No. 62の集計期間以降の2011年12月から第42回報告書分析対象期間（2015年6月）に報告された4件の事例について、事例の内容や主な背景・要因、改善策を取りまとめた。この中で、患者の体内に植込まれた医療機器として今回初めて報告された乳房の皮膚拡張器（ナトレル133ティッシュ・エキスパンダー）を取り上げ、添付文書の一部を掲載した。また、本事業では、未然に防止された事例でも「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」として医療事故情報の報告の範囲とされており、MRI検査室入室前に患者の体内に植込まれた医療機器に気付いた事例が報告された。このような未然防止事例は、広く医療機関にとって有用と思われ、参考のため併せて紹介した。

図表Ⅲ-3-9 患者の体内に植込まれていた医療機器

患者の体内に植込まれていた医療機器	件数
ペースメーカー	3
乳房の皮膚拡張器	1
合 計	4

3) 第43回報告書

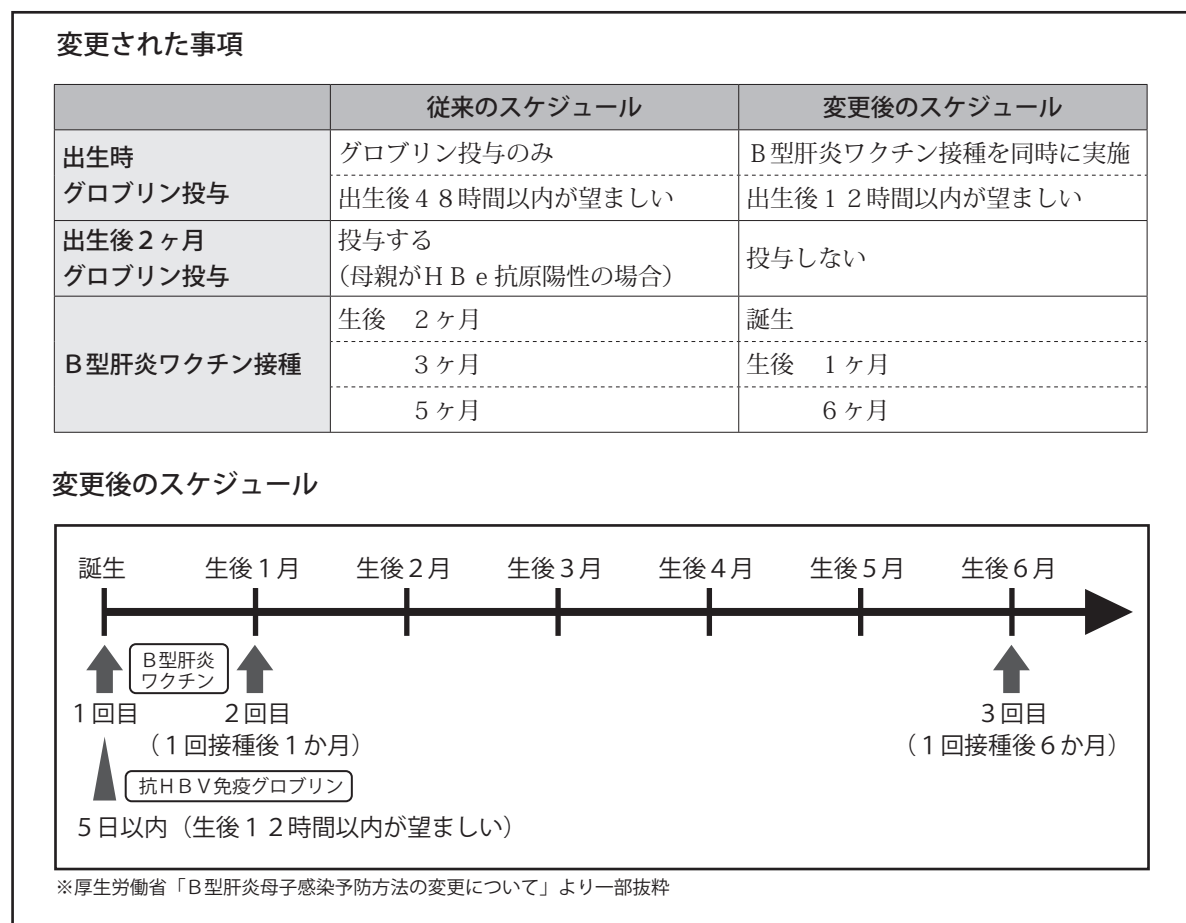
①「B型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ」(医療安全情報 No. 49)について

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_3_R001.pdf

医療安全情報 No. 49 (2010年12月提供)では、「B型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ」を取り上げた。第43回報告書分析対象期間(2015年7月～9月)において類似の事例が1件報告されたため、再び取り上げることにした。

第43回報告書では、分析対象期間に報告された事例の概要と、事例が発生した医療機関の改善策を紹介した。さらに、参考として、2014年3月に厚生労働省より「B型肝炎母子感染予防方法の変更について」の通知が出されたことから、変更された事項および変更後のスケジュールを掲載した。

図表Ⅲ-3-10 変更された事項および変更後のスケジュール



②共有すべき医療事故情報「体内にガーゼが残存した事例」（第14回報告書）について

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_3_R002.pdf

手術の際、体内にガーゼが残存した事例について、第14回報告書では「共有すべき医療事故情報」として取り上げ、第15回報告書では個別のテーマ「手術における異物残存」として分析を行った。また、第23回報告書では「再発・類似事例の発生状況」で「体内にガーゼが残存した事例」を取り上げた。その後も同様の事例が継続的に報告され、第43回報告書分析対象期間（2015年7月～9月）においても類似の事例が4件報告されたため、再び取り上げることにした。

第43回報告書分析対象期間に報告された事例の概要を紹介するとともに、2010年10月から第43回報告書分析対象期間（2015年9月）に報告された事例122件について分析を行い、発生状況、ガーゼの残存を発見した時期とその契機、事例の背景・要因などについて取りまとめた。背景・要因のうち、ガーゼカウントに関連したものとして、ルール違反やルールの不備、情報伝達や記録の誤りなどが挙げられていた。また、エックス線撮影を行っても体内のガーゼが発見できなかった事例が報告されており、撮影範囲や条件、読影の状況などが背景・要因に挙げられていた。

図表Ⅲ-3-11 「体内にガーゼが残存した事例」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
2010年				4	4
2011年	4	4	4	7	19
2012年	9	6	5	12	32
2013年	8	2	5	8	23
2014年	4	6	5	13	28
2015年	3	9	4	—	16

4) 第44回報告書

①「併用禁忌の薬剤の投与」（医療安全情報 No. 61）について

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_4_R001.pdf

医療安全情報 No. 61（2011年12月提供）では、「併用禁忌の薬剤の投与」を取り上げた。その後、第32回報告書分析対象期間（2012年10月～12月）に該当事例が報告されたことを受け、「再発・類似事例の発生状況」で取りまとめた。第44回報告書分析対象期間（2015年10月～12月）においても類似の事例が2件報告されたため、再び取り上げることにした。

第44回報告書では、2013年1月から第44回報告書分析対象期間（2015年12月）までに報告された事例5件の概要とともに、事例に関連した薬剤、処方及び調剤の場所、主な背景・要因を整理して掲載した。報告された事例5件のうち3件は、イムラン錠とフェブリク錠の組み合わせであった。さらに、事例が発生した医療機関の改善策を紹介した。また、参考として、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業における関連情報を掲載した。

図表Ⅲ - 3 - 1 2 処方及び調剤の場所と主な背景・要因

	処方及び調剤の場所			主な背景・要因
	<投与されていた 薬剤の処方>	<併用禁忌薬剤 の処方>	<併用禁忌薬剤 の調剤>	
事例 1	当院外来	他院	保険薬局	- 医師は、イムラン錠とフェブリク錠が併用禁忌であることを把握していなかった。 - フェブリクは比較的新しい薬であり、処方する医師や調剤する薬剤師に禁忌薬についての十分な情報提供がされていない可能性があった。 - 保険薬局の薬剤師も気付かず、疑義照会をしなかった。
事例 2	当院外来	当院外来	保険薬局	- システムのアラートはコメント入力しなければ処方できないレベルに設定されていたが、日常的に多くの患者で同時に多くのアラートが表示されることから、処方時、アラート表示の確認を怠り、「継続」と入力した。 - 薬剤師からの疑義照会はなかった。
事例 3	当院入院中	当院外来	2回は当院薬剤部 1回は保険薬局	- 医師や薬剤師の併用禁忌薬に対する認識不足があった。 - 併用禁忌薬剤のマスタの不備があった。 - 診療科の移設等により新たに採用する薬剤が増え、同時期に多くの薬剤マスタを新規に作成する必要があった。その際、フェブリク錠とイムラン錠の併用禁忌情報の設定が漏れた。 - 院内処方の際、関わった薬剤師は誰も気付かなかった。
事例 4	他院	当院救急外来	当院薬剤部	- 常用薬にリスモダンがあることの認識はあったが、併用禁忌には気がつかなかった。 - 患者の常用薬のデータはオーダシステムにデータ化されておらず、チェックがなかった。 - 薬剤部に常用薬との併用について確認しなかった。
事例 5	他院	当院外来	保険薬局	- 当院のオーダーリングシステムではブルーレターで通知があった薬剤については「警告文書」のアラート機能がある。「ケアラム」を入力した時「ケアラム錠はワルファリンとの相互作用による出血死亡例が報告されブルーレターが出ています」と警告が表示されたが、多忙な外来業務でワーニングを越えて処方した。 - 他院で処方されていた薬剤と、当院で処方した併用禁忌の薬剤は同一の保険薬局での調剤であったが、疑義照会はなかった。

②共有すべき医療事故情報「酸素ボンベ残量の管理に関連した事例」（第17回報告書）について

http://www.med-safe.jp/pdf/report_2015_4_R002.pdf

第17回報告書では、分析対象期間に酸素ボンベ残量の管理に関連した事例が報告され、「共有すべき医療事故情報」として取り上げた。その後、第22回報告書では、「再発・類似事例の発生状況」として酸素ボンベ残量の管理に関連した事例を取りまとめた。さらに、医療安全情報 No. 48 「酸素残量の未確認」（2010年11月提供）では、移動の際に使用した酸素ボンベの残量がゼロになったため、患者の呼吸状態に影響があった事例を取り上げ、注意喚起を行った。

第44回報告書では、2015年に報告された類似事例3件の概要を紹介するとともに、2010年10月から第44回報告書分析対象期間（2015年12月）に報告された8件の事例について分析を行った。事例を酸素ボンベ使用前に残量を確認しなかった事例と、酸素ボンベ使用前に残量を確認したが結果的に残量がなくなった事例に分類し、主な背景・要因、医療機関から報告された改善策などを整理して掲載した。

図表Ⅲ-3-10 事例の分類

事例の分類	件数
酸素ボンベ使用前に残量を確認しなかった	2
酸素ボンベ使用前に残量を確認したが、使用中に酸素残量がゼロになった	4
搬送用人工呼吸器を酸素ボンベに接続して使用する際、確認時の酸素残量で足りると判断した	2
病棟出棟時に酸素残量を確認し、酸素使用可能時間を把握していたが、検査の際に中央配管に切り替えなかった	2
詳細不明	2
合 計	8

IV

医療安全情報の提供

IV 医療安全情報の提供

2006年12月より、医療事故情報収集等事業において、報告書、年報を作成・公表する情報提供に加え、特に周知すべき情報を医療安全情報として、事業に参加している医療機関などに対してファックスなどにより情報を提供している。

2015年1月から2015年12月までに計12回の医療安全情報を提供した。

1 医療安全情報の概要

【1】目的

医療事故情報収集等事業で収集した情報に基づき、特に周知すべき情報を提供し、医療事故の発生予防、再発防止を促進することを目的とする。

【2】対象医療機関

- ①医療事故情報収集・分析・提供事業の報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関
- ②ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の参加医療機関
- ③ファックスによる情報提供を希望した病院

なお、これまで医療安全情報の提供を受けていない病院に対し情報提供の希望を5回募り、現在約6,000医療機関へ情報提供を行っている。

【3】提供の方法

主にファックスによる情報提供をしている。

また、本事業ホームページを通じて、広く社会に情報提供している。

【4】提供の内容

2015年1月から12月までに提供した医療安全情報はNo. 98～No. 109である（図表IV-1-1）。これらの医療安全情報提供後より同年12月31日までに本事業に報告された類似事例を集計し、2016年3月に医療安全情報No. 112「2015年に提供した医療安全情報」として提供した。この医療安全情報の未掲載分の事例を含めた再発類似事例を図表IV-1-2に示す。

また、2012年1月から2014年12月までに提供した医療安全情報（No. 62～No. 97）のうち、2015年にも報告された類似事例及び件数を2016年6月に医療安全情報No. 115「2012年から2014年に提供した医療安全情報」として提供した。医療安全情報No. 115の未掲載分の事例を含め、これまで提供した医療安全情報No. 1～No. 97までの2015年の再発・類似事例を図表IV-1-3に示す。

図表Ⅳ - 1 - 1 2015年に提供した医療安全情報

No.	提供月	タイトル
2015年		
No. 98	1月	カリウム製剤の投与方法間違い
No. 99	2月	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い
No. 100	3月	2014年に提供した医療安全情報
No. 101	4月	薬剤の投与経路間違い
No. 102	5月	口頭指示の解釈間違い
No. 103	6月	2011年から2013年に提供した医療安全情報
No. 104	7月	腫瘍用薬処方時の体重間違い
No. 105	8月	三方活栓の開閉忘れ
No. 106	9月	小児の薬剤の調製間違い
No. 107	10月	電気メスによる薬剤の引火（第2報）
No. 108	11月	アドレナリンの濃度間違い
No. 109	12月	採血時の検体容器間違い

図表Ⅳ - 1 - 2 2015年に医療安全情報 No. 98～No. 109提供後、同年に報告された再発・類似事例（医療安全情報 No. 112掲載分を含む）

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い	1 件
①	医師は左側の胸腔穿刺を予定したが、右側であったと思い込み、エコーで右胸腔の胸水を確認した。看護師は、左右どちらの胸腔穿刺か知らないまま介助についた。局所麻酔後、医師は右側の胸腔穿刺を行ったところ、想定したよりも胸水が引けなかった。X線写真を再確認すると、多量の胸水が貯留していたのは左胸腔であり、左右間違いに気付いた。（AN027001）（医療安全情報 No. 112に掲載済み）	
No.101	薬剤の投与経路間違い	1 件
①	患者は、右手の手関節近くに静脈ライン、右橈骨動脈にロックした動脈ライン、左手にはロックした静脈ラインが挿入されていた状態で、胃内視鏡検査のために内視鏡室に行った。ICU看護師と外来看護師は、前投薬投与に使用できる左右の静脈ラインを確認したが、右手にロックした動脈ラインが挿入されていることの情報は外来看護師に伝達されなかった。検査の際に、患者を左側臥位にしたので、左手の静脈ラインが患者の身体の下になり使用できず、ロックしてあった右手の動脈ラインを静脈ラインだと思い込み、前投薬であるジアゼパム 1 / 2 A を誤って投与した。検査終了後、ICU看護師との引き継ぎ時に、動脈ラインから投与したことに気づいた。（AN027002）	
No.104	腫瘍用薬処方時の体重間違い	1 件
①	看護師は、患者Aの検温表に体重を「42kg」と入力するところ、患者Bの体重「60.9kg」を誤って入力した。レジメンオーダー画面は検温表に入力した体重で投与量が計算される。患者Aの抗がん剤の処方の際、医師は患者Bの体重で計算された投与量でオーダーしたため、過量投与となった。（AN027003）（医療安全情報 No. 112に掲載済み）	
No.106	小児の薬剤の調製間違い	1 件
①	医師は、ユナシン注（1.5g/V）30mgをブドウ糖液1mLに溶解して投与する指示を出した。看護師Aはユナシン注1Vは150mgであると勘違いしたため、ブドウ糖液5mLで溶解すると、30mgの薬液量は1mLになると計算し調製した。確認を依頼された看護師Bは、看護師Aと同様にユナシン注1Vを150mgと思い込み計算したため、間違いに気付かなかった。看護師Aは誤って調製したユナシン注300mgを患者に投与した。（AN027004）（医療安全情報 No. 112に掲載済み）	

図表Ⅳ - 1 - 3 医療安全情報 No. 1 ～ No. 97 提供後に報告された再発・類似事例
(医療安全情報 No. 115 掲載分を含む)

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No. 1 No.66	インスリン含量の誤認 インスリン含量の誤認 (第2報)	3 件
①	医師は、「ノボリンR注100単位/mL 50単位を生理食塩液50mLに希釈し、2mL/h」の指示を出した。看護師は、薬剤名の100を見て、1バイアル1000単位のところ1バイアルを100単位と勘違いし、ノボリンR注50単位(5mL)を50mLの注射器で吸い上げ、生理食塩液45mLで希釈し、2mL/hで投与を開始した。患者は、投与開始2時間後に低血糖となった。医師がインスリン量を確認した際、投与量が間違っていたことが分かった。(AN027005)	
②	医師は、「ノボリンR注100単位/mL 50単位 生理食塩液50mL 点滴速度は1mL/hをベースに血糖値により変更」と指示を出した。看護師Aは、インスリンを調製する際に100単位は10mLと思い込み、50単位は5mLであると考え、注射器でノボリンR注のバイアルより5mL吸い上げ、生理食塩液50mLと調製して投与を開始した。その後、血糖値が48mg/dLになり、インスリンの持続投与を中止しブドウ糖を投与した。翌日、中止していたインスリンの持続投与を再開するため、看護師Aは看護師Bに「ノボリンRを5cc吸います」と言い、50mLの注射器にノボリンR注を吸おうとした際、別の看護師Cから「50単位は5mLではない」との指摘を受け、前日調製したノボリンR注の単位量の誤りに気付いた。(AN027006)	
③	医師は、ヒューマリンR100単位/mLを生理食塩液50mLで希釈し3.5mL/hで投与しようとした。オーダ画面でヒューマリンR100単位/10mLと読み間違え「ヒューマリンR100単位+生理食塩液40mL、投与速度3.5mL/h、投与24時間」と入力すると、総注入量が41mLと表示された。そこで、全量を50mLにしようと考え、インスリンを1,000単位にしたら、オーダ画面の総注入量が50mLとなったため、「ヒューマリンR1,000単位+生理食塩液40mL 3.5mL/h」の指示を入力し伝票を看護師に渡した。その後、看護師2名で調製した際、看護師Aはインスリン量が多いと思い、看護師Bに「(インスリンを1バイアル吸うのは) 多くないか」と相談したが、看護師Bは「(注射器で持続投与するのを) 見たことがある」と返事し、指示通りの投与量で開始した。(AN027007)	
No. 2 No.45	抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髓抑制 抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髓抑制 (第2報)	3 件
①	患者は、関節リウマチのため12年前からリウマトレックス(メトトレキサート)を週1回内服していた。医師は、メトトレキサート2mg 週1錠 8週間分を処方した。薬剤師は、通常薬袋に赤字で「日曜朝」と記載していたが、今回は記載しないまま患者に渡した。帰宅後、夫が薬袋を確認したところ曜日の指定はなかったため、毎日服用するものと思い込み患者は10日間服用した。その後、歯肉出血、全身倦怠感が出現したため入院した。(AN027008)	
②	患者はリウマトレックスの服用方法を理解しておらず、週1回のところ7日間連日服用した。連日服用した7日目にレミケード投与のため入院したが、入院後に発熱性好中球減少及び汎血球減少が認められ、原因検索中にリウマトレックスの過剰内服がわかった。(AN027009)	
③	患者は、入院前からメトトレキサート2mgを週1回 朝1錠夕1錠服用していた。消化器内科医師は、薬剤情報を参照しメトトレキサート2mgを1日2回(朝・夕)で院内処方した。薬剤師は調剤する際、メトトレキサートは週1回服用する薬剤であることを医師へ疑義照会し、入力内容を変更した。2日後、院内処方を中止し持参薬再開の指示があったため、看護師は、内服薬を医薬品識別依頼書・指示書と一緒に薬剤科に提出した。薬剤師は、持参薬の処方箋を参照し、医薬品識別依頼書・指示書にメトトレキサート2mg 1日2回朝夕食後と入力した。消化器内科医師は、メトトレキサートの薬効を理解していなかったため、医薬品識別依頼書・指示書に記載されていたメトトレキサート2mg 1日2回朝夕食後のまま指示を出した。看護師は、医薬品識別依頼書・指示書のとおり、患者に6日間メトトレキサート2mgを与えた。その後、患者は、肝機能悪化と白血球減少をきたした。(AN027010)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No. 3	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔	2 件
①	手術の前処置としてマグコロール 1 包を内服し、1 時間後に左側臥位でグリセリン浣腸液 150 mL を注入した。実施直後、排便はなく腹痛の訴えがあり、10 分後、血液混じりの水様便が少量あった。翌日深夜に悪寒があり、担当医が診察した際、下腹部痛があったため上腹部造影 CT を実施した。直腸周囲に Free Air があり、直腸穿孔と診断された。(AN027011)	
②	看護師は、患者を左側臥位にして痛みを確認し、グリセリン浣腸液 120 mL を注入した。注入時、わずかな抵抗があり、浣腸液を 1/3 注入後に患者から肛門部の痛みの訴えがあったが、チューブの先端は肛門内に入りており出血もなかったため、ゆっくりと全量注入した。約 20 分後、患者の肛門部痛が増強し、臀部に発赤・腫脹が出現したため、看護師は医師に報告した。医師は、直腸穿孔を疑い消化器外科に診察を依頼した。その後、CT・CF 検査を施行し、直腸穿孔と診断され緊急手術となった。(AN027012)	
No. 4 No.68	薬剤の取り違い 薬剤の取り違い (第 2 報)	4 件
①	医師が制吐剤のプリンペラン注射液 0.6 A を処方するつもりで「プリン」と 3 文字検索した際、上部に「劇」プリンク注 10 μ g 2 mL (パルクス) が候補表示された。医師は、プリンク注をクリックして処方した。薬剤師は小児に使用すると聞き、0.6 A だったため考慮された上での処方と思った。看護師 A は初めて使用する薬剤であり疑問を持ったため、看護師 B に薬効を確認し、薬剤師に添付文書をもらったが、医師に確認しないまま実施した。(AN027013)	
②	患者は、他院からアレロック錠 5 を処方され内服していたが入院中に飲み切ったため、当院からの処方を希望した。入院時に、持参薬、お薬手帳を預かり、薬剤科に検薬を依頼することになっていたが、患者からの情報提供はなく、検薬用紙が作成されていなかったため、看護師は、回診時にアレロックの空シートを読み上げ、口頭にて医師に処方を依頼した。オーダーリングで 3 文字入力する際、看護師もしくは医師が薬剤名を勘違いし、「アテレ」と入力し、アロテック錠を処方した。薬剤科から届いた薬剤を患者に渡したところ、患者から「いつもと薬が違う気がする」と言われ、間違いに気が付いた。(AN027014)	
③	医師は、献血ベニロンー I 静注用 (2.5 g) 8 バイアルを処方した。当直の薬剤師は、誤って名称が類似した献血グロベニン I 静注用 (2.5 g) 8 バイアルを調剤し、鑑査でも気付かず払い出した。看護師 A と看護師 B で指示を確認後、投与を開始した。その後、4 バイアル目を看護師 C と看護師 D で確認した際、指示薬剤と投与されている薬剤が異なることに気がついた。(AN027015)	
④	医師は、「半夏厚朴湯エキス顆粒」を処方したが、薬剤師は「半夏」で始まる名称類似のため思い込みが生じ、誤って「半夏瀉心湯エキス顆粒」を払い出した。翌日、看護師が夕食前薬を投与しようとした際に、指示と薬剤の名称が違うことに気がついた。(AN027016)	
No. 5	入浴介助時の熱傷	1 件
①	助産師は、給湯器の温度設定を確認せず適温であると思い込み、沐浴槽にお湯を溜め、ガウンを着用しロンググローブと手袋を装着した。5 分後、湯温計で温度を確認しないまま沐浴槽に児を入れた。助産師は、児の下半身をお湯に入れた際、お湯の温度がいつもより高いと気づき、すぐに児を出した。児の皮膚に変化はなかったが、激しく啼泣していた。タオルの上に児を寝かせた時に、下半身が赤く変化していることに気がついた。医師は皮膚科医師へ連絡し、直ちに軟膏処置等、熱傷の治療をした。(AN027017)	
No. 6	インスリン単位の誤解	1 件
①	麻酔科担当医は、ノボリン R 注 100 単位/mL 3 単位を静脈ラインから投与するように麻酔科チーフレジデントから指示を受けた。麻酔科担当医は、インスリン 1 単位は 1 mL と誤って認識していたため、ノボリン R 注 100 単位/mL のバイアル全量 (10 mL) を注射器で吸いエアー抜きをしたところ、9.6 mL となった。インスリンの投与量は少ないほうがよいと考え、指示の 3 単位より少なめに投与しようと、2.6 単位のつもりで 2.6 mL (260 単位) を投与した。(AN027018)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No. 7	小児の輸液の血管外漏出	5 件
①	患児の右足背に点滴を挿入しバンコマイシン塩酸塩点滴静注用を投与していた。3 時間後、母親より右足が硬いと訴えあり刺入部を確認するが、上下肢ともに右側が浮腫著明であったため点滴が漏れているかは分からなかった。右足の点滴を抜去するため固定していたテープを外したところ、1 × 0.5 cm 程度の表皮剥離があったが、刺入部周囲には発赤を認めなかった。2 日後、点滴を挿入していた右足背が赤紫に変色しはじめ、徐々に発赤が広範囲になったため、皮膚科受診し、血管外漏出による末梢静脈炎疑いと診断された。(AN027019)	
②	患児に皮膚切開を行い直視下にカテーテルを左大腿静脈に挿入したが、十分な留置長が確保出来ず、穿刺部から 2 cm で留置されていた。麻酔担当者は留置長が短いことから術後抜去されていると思っていたが、I C U 担当医は注射用フサンをカテーテルから投与した。その後、点滴流量の増加に伴い穿刺部からの液漏れが増えたため超音波にて確認したところ、皮下に液体貯留があり点滴が漏れていたことがわかった。フサンによる左鼠径部の皮膚障害が起こる可能性がある。(AN027020)	
③	患児に P I カテーテルから塩化カルシウムを投与していたが、P I カテーテル閉塞に伴い末梢静脈ルートから約 1 時間投与した。その後、末梢静脈ルートから新たなルートに変更したが、約 2 時間後に発赤を認め血管外漏出していた。局所にデブリードメントと植皮の治療を行った。(AN027021)	
④	右手背に挿入した末梢静脈ラインから、献血ヴェノグロブリン I H 静注の点滴投与を開始した。看護師は、血管外漏出に注意しながら 2 時間ごとの観察を行ったが母親から点滴漏れの報告を受けた。右前腕から手背にかけての腫脹および発赤があり、刺入部付近の皮膚は白色に変化していた。主治医に報告し、院内の血管外漏出対応マニュアルに基づきステロイド軟膏を塗布し、冷罨法を実施した。その後、皮膚科医師の診察、リンデロン・キシロカインの局注を行ったが、手背部は 1.2 × 2.5 cm の潰瘍となった。(AN027022)	
⑤	看護師は、申し送り時に点滴ルートを確認し、点滴の入っている足を観察した。その後、抗生剤投与時に反対側の足を観察した際、点滴刺入部が腫脹しているため左右差があり、点滴が漏れていることに気付いた。看護師が点滴刺入部と留置針を固定しているテープを外した際、15 mm × 50 mm の紅斑があり、一部が白色に変化していた。その後、潰瘍形成し、皮膚科及び形成外科医に加療を依頼し、軟膏を塗布した。(AN027023)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No. 8 No.50	手術部位の左右の取り違い 手術部位の左右の取り違い（第2報）	5 件
①	患者入室後、担当医、麻酔科医師、看護師でサインインを行い、手術部位が右頸部、左項部であることを確認した。その後、執刀医が手術室に入室し、麻酔科医師に頸部を左に回旋できるよう気管チューブを固定するよう依頼し、体位を腹臥位にして頸部を左回旋位とした。その際、担当医は、手術部位は右ではないかと執刀医に声をかけたが、執刀医には聞こえていなかったため返事がなかった。執刀医は、左頸部と項部にマーキングを行い手術を開始し、左頸部の腫瘍と思われる組織と項部の組織を摘出した。その後、体位を仰臥位にしたとき、右頸部に病変を確認し、左右の取り違いに気付いた。(AN027024)	
②	医師は、患者の母親と検討し外斜視手術は右眼に施行することを決定した。しかし、手術前日、医師はカルテに記載済みの検査結果を確認し、すでに母親と右眼の手術をすると決定していたことを失念し、左眼に外斜視手術を施行した。手術翌日、母親に対して「右眼は1本筋肉を手術し、左眼は3本筋肉を手術した」と説明したところ、母親から「右眼を3本手術するのではなかったか」と言われた。医師はカルテを確認したところ、「外斜視手術は右眼に施行」と記載があり、左右を間違えたことがわかった。(AN027025)	
③	患者は両側鼠径部のリンパ節腫脹を有する悪性リンパ腫で、左鼠径部のリンパ節生検の予定であった。外来で診察した外科医師は左鼠径部の生検依頼であることを把握していたが、生検施行医には伝わっておらず、右鼠径部のリンパ節が大きかったため右を生検した。術後に間違いに気づいた。(AN027026)	
④	病棟看護師は、手術当日カルテから情報を得て患者に確認し、右膝蓋上部にマーキングした。器械出し看護師Aは、麻酔器に貼られていた別の患者の麻酔申込書の術式欄に記載されている「左膝関節鏡手術」に沿って、左側用の手術の準備をした。その後、助手の医師と器械出し看護師A、外回り看護師B、フリー看護師Cでマーキングの確認をせず、準備されたまま左側手術用の駆血帯やフットポンプの装着、消毒、ドレーピングを行った。執刀前に助手の医師と器械出し看護師A、外回り看護師B、フリー看護師Cでタイムアウトを行い、患者名や病名、予定術式を読み上げたが、誰も左右の間違いに気付かなかった。準備が整ってから来た執刀医も左右の間違いに気付かず、左膝の関節鏡下手術が行われた。帰室後、患者が左膝に包帯が巻かれていることに気付く、左右の間違いがわかった。(AN027027)	
⑤	定位脳手術の際、右小開頭術の予定だったが、誤って左小開頭し、穿刺直前に穿刺角度がおかしいことに気付いた。(AN027028)	
No. 9	製剤の総量と有効成分の量の間違い	1 件
①	上級医Aは、以前勤務していた施設では製剤の総量でオーダーしていたため、総量を示したつもりで口頭でロイケリン散10%を150mgと指示した。指示を受けた医師Bは、当院では成分量でオーダーすることになっていたため、ロイケリン散10%の成分量として150mgと入力した。薬剤師は、「通常、潰瘍性大腸炎には、体重1kgあたり1日1.0～1.2mgの投与が推奨されているが、処方オーダーは1日分が体重1kgあたり3mgに相当することになるので、間違いではないか」と、入力した医師Bに疑義照会した。医師Bは、適正な全体量・成分量を理解していなかったが、「150mgで間違いはない」と返答した。1日15mgの用量で患者に投与するところ、1日150mgで10日間投与された。1ヶ月後に好中球減少の遷延によると思われる発熱が生じたため、抗生剤及びG-C-S-Fを投与した。(AN027029)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.10 No.94	MR I 検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み MR I 検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（第 2 報）	4 件
①	MR I 検査を施行することとなり、看護師は病棟出棟時にチェックリストで磁性体の有無を確認したが、膀胱留置カテーテルのリードワイヤ（金属）については認識が薄かった。診療放射線技師は、リードワイヤ（約 18 cm）が移送時、腰背部にまわっていたことや病棟からの患者であったことなどから通常の膀胱留置カテーテルであると思い込み、MR I 検査前室でのチェックもすり抜け撮影を行った。撮影時に患者から訴えはなく、その後看護師が清拭を行った際にスキントラブルに気付いた。（AN027030）	
②	患者は小児科外来で鎮静され、MR I 対応のストレッチャーでMR I 室に搬送された。小児科外来では、搬送中の呼吸抑制に対応するため、ストレッチャーの下台に酸素ボンベを搭載した。しかし、診療放射線技師、看護師、付き添いの小児科医師に伝えられなかったため、酸素ボンベの存在に気付かずMR I 撮影室に入室した。ストレッチャーをMR I 装置に近づけたところ、酸素ボンベがMR I 装置に吸着した。（AN027031）	
③	MR I 撮影前にチェックリストで金属チェックを行った後、検査を始めた。画像には金属のアーチファクトが出ており患者に確認したが、金属は見つからなかった。その後、患者からよもぎパットを使用していることを聞き、患者本人にMR I 室内で外してもらったところ、よもぎパットがガントリに吸着した。（AN027032）	
④	MR I が設置された手術室で開頭術を実施中、外回り看護師は、MR I 撮影時の電源切り替えでオンになった時のみ磁場が発生すると思い込んでいたため、清潔野を避け患者の足元側の入室禁止ラインの内側を通過して椅子を運んだところ、椅子がMR I 装置に吸着した。（AN027033）	
No.11	誤った患者への輸血	2 件
①	看護師は、他の看護師と輸血用血液支給票と輸血製剤ロット番号・適合票の患者氏名・製剤ロット番号を双方で読み上げて F F P 3 単位（A 型）を確認した。看護師は、F F P 投与のため部屋を訪室した際、患者 A の隣の患者 B（O 型）に輸血するものと思い込み、患者 B のもとへ行った。ベッドネームやリストバンドで患者の確認はしなかった。看護師は、患者 B の電子カルテを開き照合しようとしたところ、電子カルテがフリーズして操作できなかったため照合は後で行おうと思った。患者 B に「輸血を開始しますね」と声をかけ、患者 B から「はい」と返事があり、F F P 1 単位を開始した。患者 B のベッドサイドで 5 分後、15 分後の副作用の観察を行い、患者 B のカルテに副作用がないことを入力後、患者のもとを離れた。45 分後、F F P 2 単位を持参し、患者 B の電子カルテで F F P 2 単位と支給票、リストバンドを照合したところ「×」が表示された。患者のベッドネームを確認し、患者 A の F F P であったことに気が付いた。（AN027034）	
②	患者 A は、他施設より救急搬送され I C U に入室した。輸血部では患者 A の血液型が特定できないため、A B 型の F F P 8 単位を準備した。産科医師 W は輸血部で A B 型の F F P を受け取った後、看護師 X に 4 単位の解凍を指示した。同日、同時時間帯に看護師 Y は患者 B の B 型の F F P 2 単位を解凍装置内に入れた。約 15 分後に産科医師 W は解凍装置内より B 型の F F P を取り出し、患者 A に投与しようとしたが、R C C を輸血中であつたため点滴棒に下げた。患者 A の容体が悪化したため、産科医師 Z が点滴棒に下がっていた B 型の F F P を急速投与し、別のラインより本来患者 A に準備された A B 型の F F P も投与した。看護師 Y は患者 B に F F P を投与するため解凍装置内を確認したが、F F P がなかったため I C U 内を探したところ、空の F F P のバッグを患者 A のベッドサイドで発見した。患者 A に本来投与すべきでない B 型の F F P が投与されたことがわかった。（AN027035）	
No.12	患者搬送中の接触	1 件
①	医師が頭側でベッドを押し、看護師は足側からベッドを誘導し、術後患者 A をベッドで搬送していた。車椅子で移動中の患者 B は、ベッドを避けるために廊下の端に待機した。医師と看護師は、患者 B にぶつからないように横を通ったが、ベッドが病棟入り口の防火扉にあたった反動で、患者 B の車椅子の車輪部分にぶつかった。患者 B は左股関節術後で、骨がずれたため再手術をすることになった。（AN027036）	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.13	輸液ポンプ等の流量の確認忘れ	2 件
①	看護師は、20%マンニトール注射液300mL（流量500mL/h）が終了したため、次に投与するシスプラチン＋生理食塩液500mLの準備を行い、他の看護師とレジメンとPDAで指示を確認し、投与量と流量指示（250mL/h）を読み上げた。看護師は、輸液ポンプの流量変更を忘れ500mL/hの速度で投与し、点滴終了時に気がついた。（AN027037）	
②	看護師は、ドルミカム注射液1A（10mg）を生理食塩液100mLで希釈し、シリンジポンプを使用して10mL/hで開始した。その後、指示変更があり、ドルミカム3A（30mg）＋生理食塩液24mLを調製した。シリンジポンプにセットする際、看護師は流量を1.0mL/hに設定したつもりで開始した。約2時間後、患者の傾眠傾向が強くなり、縮瞳していたため、シリンジポンプを確認すると流量は10mL/hと表示されていた。（AN027038）	
No.14	間違ったカテーテル・ドレーンへの接続	3 件
①	患者には静脈ルートからヴィーンD、硬膜外ルートからフェンタニル注射液＋アナペイン注＋生理食塩液が投与されていた。看護師Aは、アトニン-O注の指示が出た際、メインをアトニン-O注、側管をヴィーンDに変更し、アトニン-O注5単位＋5%ブドウ糖500mLを15mL/hで開始したつもりであった。看護師Bは、患者の血圧が80台と低値のためメインの輸液の滴下を速めようとした際、ヴィーンDはクランプされ、アトニン-O注が硬膜外ルートに繋がっており、フェンタニル注射液＋アナペイン注＋生理食塩液が硬膜外の側管ルートに繋ぎ直されていた。医師に報告し、全ての薬剤を中止し、ルートを新しいものに変更し、正しい投与経路に繋ぎ直した。（AN027039）	
②	尾状葉ドレーンから1日3回、生理食塩液100mLで洗浄を行っており、洗浄時以外はカテーテルジョイントの蓋を閉めてクランプしていた。また、経腸栄養も離床時はクランプしていた。経腸栄養を再開する際、間違っただけで尾状葉ドレーンにつなげたカテーテルジョイントへ接続した。その後、看護師が患者の腹部を確認した際に間違いに気づいた。尾状葉洗浄用ルートに経腸栄養チューブが接続され、栄養剤が注入されていたため、経腸栄養を中止し当直医師へ報告した。主治医の指示により生理食塩液1000mLで持続洗浄を再開した。（AN027040）	
③	患児は、術後右鼻腔にイレウスチューブ目的のEDチューブ（8Frニューエンテラルフィーディングチューブ）、左鼻腔に胃管（8Frセイラムサンプチューブ）を挿入されていた。病棟帰室後に、看護師Aは左右のチューブを排液バッグにつなげ、排液バッグに「胃管」「イレウス」とそれぞれ表示した。翌日、EDチューブよりガストログラフィン5mL注入の指示があり、看護師Bは排液バッグに「イレウス」と表示されたチューブよりガストログラフィン経口・注腸用を注入した。翌々日、看護師Cは、チューブの外観を見てEDチューブより薬剤を注入しようとした際、母親から「前日は逆のチューブから薬をいれた」と指摘を受け確認すると、バッグの表記が逆であり、前日に誤って胃管よりガストログラフィンを注入したことがわかった。（AN027041）	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.15	注射器に準備された薬剤の取り換え	8 件
①	看護師は、ザイボックス注射液が終了したため、生理食塩液でフラッシュする際、間違えて他の患者の 5 % ブドウ糖液を使用した。それぞれの注射器にはラベルが貼ってあった。(AN027042)	
②	医師は、看護師に「ボスミン注とアトロピン注を 10 倍希釈して準備してください」と指示を出した。看護師は、10 倍希釈ボスミン 1 mL を 2 本、10 倍希釈アトロピン 1 mL を 1 本、後押し用の生理食塩液 1 mL を 2 本、合計 5 本の注射器を準備し 1 つのトレイに置いた。10 倍希釈ボスミン注射器の 1 本には「× 10 ボスミン」と記載し、もう 1 本の注射器には「× 10」を記載しアンプルに付いているシールを貼付した。10 倍希釈アトロピン注射器には、「× 10」と記載しアンプルに付いているシールを貼付した。また、生理食塩液の注射器には、押し子に「生」と記載した。その後、患児は徐脈になったため、医師は「10 倍ボスミン」の指示を出した。看護師は、トレイの中から注射器を 1 本取り、薬剤名を確認しないまま「10 倍ボスミンです」と言って医師に手渡した。医師は、「ボスミン 0.3 mL」と言って、注射器の薬剤名を確認せず投与した。3 回目の投与をしようとした時、他の医師が注射器に貼付されたシールが「アトロピン」であることに気付いた。(AN027043)	
③	看護師は、輸血終了後、生理食塩液を投与しようとした。注射器の表記を確認せず、生理食塩液と思い込み、同じトレイに置いてあったノルアドリナリン注 5 mg を生理食塩液 4.5 mL で希釈した調製液の注射器を手に取り 1 ～ 2 mL 投与した。投与後、モニタを確認すると、収縮期血圧 23.0 mmHg まで上昇していたため、医師に報告した。(AN027044)	
④	人工心肺装置使用下の手術の際、心臓外科の医師は、術中使用する薬剤を注射器に吸い、注射器に直接薬剤名を記載し準備している。術中、臨床工学技士は、医師の口頭指示で、準備した注射器から人工心肺回路内に薬剤を注入した際、薬剤名を確認しなかったためヘパリンのところ誤ってキシロカイン注射液 2 % を投与した。(AN027045)	
⑤	看護師は同じトレイに置いてあるヘパリン加生理食塩液と取り換え、カルチコール注射液の注射器を医師に渡した。医師は渡された注射器のラベルを確認せず、ヘパリン加生理食塩液と思い込み、カルチコールを投与した。別の医師が、注射器の取り換えに気づき直ちにルートを抜去したが、カルチコール 3 mL が患者に投与された。(AN027046)	
⑥	看護師は、水溶性プレドニン 20 mg を 5 % ブドウ糖 20 mL に溶解した調製液の投与を医師に依頼した。医師は急いでいたため、準備された注射器に記載してある薬剤名を確認しないまま、別のトレイに準備されていたプレセデックス注射液 200 μg を生理食塩液 48 mL に溶解したものを静脈内に投与した。その後、空の注射器のラベルを見て、誤りに気付いた。(AN027047)	
⑦	看護師は、速効型インスリン 10 単位 + 50 % ブドウ糖 60 mL とハンプ 3000 μg + 5 % ブドウ糖 50 mL を別々のトレイに入れて準備した。医師は、グルコース・インスリン療法を実施する際、注射器に表示されている薬剤名を確認しないまま、患者に静脈注射を実施した。看護師が病室に行くと、ハンプの注射器がなく、インスリン入りの注射器が残っており、注射器を取り違えたことが分かった。(AN027048)	
⑧	看護師 A はリーダー看護師と、エスラックス静注 200 mg / 20 mL とノルアドレナリン注 6 mg + 生理食塩液 14 mL を準備し、薬剤名が印字されたシールを注射器に貼った。看護師 B は、ノルアドレナリンを交換する際、注射器に貼付された薬剤認証のバーコードが読み取れなかったため、認証しないまま交換した。その後、エスラックスを投与しているシリンジポンプの残量アラームが鳴り、看護師 C が用意してあった注射器を確認すると、ノルアドレナリン注であった。リーダー看護師がノルアドレナリンを投与しているシリンジポンプを確認したところ、注射器にエスラックス静注のシールが貼ってあり、間違いに気付いた。(AN027049)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.17	湯たんぽ使用時の熱傷	3 件
①	看護師は、湯たんぽを準備し、バスタオルを1枚巻いた状態で患者の右側腹部と上肢の間に挟み、その後、左右交互に位置を変えた。翌日、右前腕に10×5cmの水疱ができ低温熱傷をきたしていることに気付いた。(AN027050)	
②	患者は、両鼠径部にIABP、PCPSが挿入されており、下肢の冷感が強く、色調も不良であったため、温罨法を実施していたが、湯たんぽが直接皮膚に触れていた。その後、右下肢を見ると皮膚が赤くなっており、小さな水疱ができていた。(AN027051)	
③	看護師は、温枕が継続して触っていることが出来る温度であることを確認し、温枕にカバーをかけて、患者の足元から5cm離して置いた。3時間後に、患者の左足底部に発赤、直径3cm程度の水疱ができていることに気付いた。(AN027052)	
No.20	伝達されなかった指示変更	2 件
①	外来医師Aは、抗癌剤中止を決定したが中止の入力をせず、患者にも説明しなかったため、患者は腫瘍センターに行った。腫瘍センターの看護師は、抗癌剤の処方が「実施可」の状態になっていないため、外来医師Bに問い合わせ「実施可」の入力をしてもらい、抗癌剤の投与を開始した。抗癌剤の投与が中止になったことを知っていた外来看護師は、電子カルテで抗癌剤が投与されているのを見て、誤投与に気付いた。(AN027053)	
②	主治医から、注射用ソルメルコート40mgの指示が出され、看護師は注射用ソルメルコートを準備した。その後、主治医は、患者に食物アレルギーとして「乳」があったため、以前に経口的に乳糖を摂取した際には反応はなかったが、念のため水溶性プレドニン7mgに指示を変更した。主治医は、看護師が指示確認をしていなかったため準備していないと思い込み、指示変更を伝えなかった。看護師はすでに準備していた注射用ソルメルコートを患者に投与した。投与後、付き添いの母親が患者の眼瞼浮腫、尋麻疹に気づいた。(AN027054)	
No.22	化学療法の治療計画の処方間違い	1 件
①	初回治療でプラトシン注とトポテシン点滴静注を投与、2回目の治療でトポテシン100mgのみ投与する予定であった。2回目の治療の際、医師は1回目の処方内容で指示したため、2週連続でプラトシン注が処方された。薬剤科ではレジメン確認ができておらず、処方箋と薬剤のみを鑑査し、調剤した。病棟看護師は、患者の治療計画を把握していなかったため、薬剤を投与した。その後、患者は発熱性好中球減少症と診断され入院した。入院2日後、感染担当薬剤師がカルテを確認した際に過剰投与が明らかになった。(AN027055)	
No.23	処方入力の際の単位間違い	3 件
①	医師は、臨時処方から定期処方へ切り替える際、アーテン散1% (10mg/g) 12mgを12g (成分量として120mg) と誤入力した。その後、患児に連日嘔吐と散瞳を認め、処方から9日後に過剰投与したことに気付いた。(AN027056)	
②	医師は、アセリオ静注液1000mgを60mg投与するつもりで、60mL (600mg) の指示を出し、患児に投与した。(AN027057)	
③	ラジオ波焼灼療法の前投薬として「フェンタニル注射液0.1mg/2mL 1A、生理食塩液100mL 1本 204mL/h 0.5時間」のところ、誤って「フェンタニル注射液0.1mg/2mL 10A 生理食塩液100mL 1本 240mL/h 0.5時間」とオーダーしていた。看護師は、指示通りに調製したフェンタニルの投与を開始した。約20分後に、医師はチアノーゼ様顔貌の患者に気付く、フェンタニルの投与を中止した。副担当医はオーダーの際フェンタニル1アンプルと入力するところ、1mgと入力していた。(AN027058)	
No.24	人工呼吸器の回路接続間違い	1 件
①	看護師は、搬送用呼吸器回路の組み立ての経験が少なく、患者バルブの「患者側」と「送気ホース側」を逆に接続した。搬送用呼吸器に接続した際、患者の換気を確認せず、無呼吸となった。(AN027059)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.27	口頭指示による薬剤量間違い	4 件
①	医師は、10 倍希釈したボスミン注 0.8 mL を意図して「ボスミン 0.8」と指示をした。看護師は、希釈するのを忘れ、原液のボスミン 0.8 mL を準備した。医師は原液のボスミンを患者に投与した。(AN027060)	
②	上級医 A は、ニカルジピン塩酸塩注射液 2 mg アンプルの 1/2 を意図して、「ニカルジピン 1/2 アンプル」と口頭で指示した。医師 B はニカルジピン 10 mg アンプルの 1/2 アンプルのつもりで注射オーダーし、静脈注射した。上級医 A が経過を見に来た際、指示した量と違うことに気付いた。(AN027061)	
③	主治医は、フェノバル注射液 1 アンプルを意図して「フェノバル準備して」と口頭で指示した。リーダー看護師は、目の前にあった 3 日間分のフェノバル 3 アンプルと思い込み、処方箋で確認しないまま注射器に 3 アンプルすべて入れて準備した。リーダー看護師は、病室で医師に「フェノバル 3 mL です」と伝え、医師は 3 mL (フェノバル 300 mg) を筋肉注射した。その後、患者の薬剤を返却しようとしたところ、残っているはずのフェノバル 2 アンプルがないため、過剰投与がわかった。(AN027062)	
④	集中治療室医師は、ボスミン注を投与する際、10 倍希釈ボスミン 0.7 mL (アドレナリン量として 0.07 mg) を意図して「0.7 ミリ」と口頭で指示した。小児科医師は 0.7 mg と解釈し、7 mL (アドレナリン量として 0.7 mg) を投与した。(AN027063)	
No.29	小児への薬剤 10 倍量間違い	3 件
①	医師は、臨時処方から定期処方へ切り替える際、アーテン散 1% (10 mg/g) 12 mg を 12 g (成分量として 120 mg) と誤入力した。その後、患児に連日嘔吐と散瞳を認め、9 日後に過剰投与したことに気付いた。(AN027064)	
②	医師は、バンコマイシン点滴静注用を 10 mg/kg で処方するところ、100 mg/kg で処方し、0.8 g 1 日 4 回でオーダーした。薬剤師は、バンコマイシンの使用量が多いことに気付いたが、疑義照会しないまま調剤した。そのため、予定した量の 10 倍量の薬剤が 3 回投与された。翌日、薬剤部から主治医にバンコマイシンの過剰投与の指摘があり、間違いに気付いた。(AN027065)	
③	医師は、アセリオ静脈液 1000 mg を 60 mg 投与するつもりで、60 mL (600 mg) の指示を出し、患児に投与した。(AN027066)	
No.30	アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与	5 件
①	患者は、以前にカルベニン点滴用のアレルギー症状があった。経時記録にはアレルギー情報として記載があったが、電子カルテ内の決められた場所にアレルギー薬剤の禁忌が入力されていなかった。医師はアレルギー情報に気付かないままカルベニンの指示を出し、看護師は投与を開始した。点滴直後より、患者に気分不良、嘔吐、喘鳴、全身掻痒感、発赤などのアレルギー症状が出現した。(AN027067)	
②	患者のアレルギーや禁忌薬についての情報は電子カルテの経時記録に記載されていたが、入力することになっているプロファイルには入力されていなかったため、医師はサワシリンカプセルを処方した。患者は、3 日間服用し、1 週間後に皮疹が出現した。(AN027068)	
③	前回入院中、セフトリアキソンを投与し発疹が出現したため、医師はセフトリアキソンによるアレルギーではないかと思ったが、診療録への記載やアレルギーの入力はしていなかった。医師は、術後 3 日目のセフトリアキソン処方時に、前回入院中にアレルギー反応があったことを忘れていた。今回の入院中に、セフトリアキソンを投与後、患者に発赤・掻痒感が出現した。(AN027069)	
④	緊急入院後、4 日間ユナシン-S 静注用を点滴静注した。ユナシン S 投与 2 日後より、体幹、両大腿、上肢に紅斑が多数出現した。その後、医師は、2 年 2 ヶ月前の時点でペニシリンアレルギーの既往がカルテ内に記載されていることに気付いた。本来記載することになっている外来カルテの表紙へのアレルギーの記載はなかった。(AN027070)	
⑤	患者にスルペラゾンを投与した後、アナフィラキシーショック症状が出現した。患者プロファイルには、アレルギーとして「スルペラゾン静注用」がフリーコメント欄に記載されていた。正しい入力欄ではなかったため、薬剤コードと連動せず、ワーニングはかからなかった。(AN027071)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.33 No.77	ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出 ガベキサートメシル酸塩使用時の血管炎（第2報）	2 件
①	手術中、麻酔科医 A は、ガベキサートメシル酸塩静注用 1500mg + 生理食塩液 100mL を 4mL/h で投与するよう依頼された。中心静脈ラインは他の薬剤を投与していたため、右手背末梢静脈ラインのヴィーン F 30mL/h の側管からガベキサートを 4mL/h (60mg/h) で投与した。その後、麻酔科医 B への引き継ぎの際、麻酔科医 A はガベキサートを末梢静脈ラインから投与していることは申し送ったが、濃度や総輸液流量、可及的速やかに中心静脈ラインからの投与に変更する事等の詳細までは申し送らなかった。手術後、麻酔科医 B がラインの整理を行った際に、ヴィーン F を静脈ラインから外したため、高濃度のガベキサートが単独投与となった。その後、ICU でも高濃度のガベキサートが末梢ラインから投与された。翌朝、担当看護師は両手背の刺入部を確認し、右手背に 3 × 5 cm 大の腫脹・硬結があることに気付いた。(AN027072)	
②	医師は、レミナロン注射用 500mg + 生理食塩液 250mL を指示し、末梢静脈から持続点滴で開始した。医師は、レミナロンが 0.2% 以上の濃度で末梢静脈から投与された場合のリスクについての認識が低かったため、翌日からはレミナロン注射用 1500mg + 生理食塩液 250mL を末梢静脈から持続点滴した。薬剤師はレミナロン注射用を払い出す時に、中心静脈からの投与と思い込み、点滴濃度の疑義照会をしなかった。患者の左上腕点滴刺入部に潰瘍形成、両上肢に硬結、腫脹あり、両手関節から前腕にかけて腫脹が増大した。(AN027073)	
No.34	電気メスによる薬剤の引火	1 件
①	開腹手術のため、両側腹部に「イソジン垂れ込み防止用パッド」を貼り、クロルヘキシジングルコン酸塩消毒用液 EWO.5%「NP」に浸した綿球で皮膚消毒を行い、パッドを貼付したまま覆布をかけた。手術開始後、電気メスを使用していたところ、医師は覆布が焦げていることに気づいた。覆布をめくり確認したところ、患者の右側腹部に熱傷が生じていた。覆布の下にパッドから気化したエタノールが溜まり、引火した可能性があった。(AN027074) (医療安全情報 No. 107 (第2報) に掲載済み)	
No.46	清拭用タオルによる熱傷	3 件
①	看護師は、清拭用タオルをビニール袋に入れ、電子レンジで1分間加熱し、保温バッグに入れてベッドサイドに持参した。患者の家族が、他の処置を先に実施して欲しいと希望したため、看護師は持参した清拭用タオルをビニール袋に入れたまま、患者の下肢付近に置いた。その後、患者の家族から「熱くなるのでタオルを取っていいですか?」と言われ、患者の下肢付近にあったタオルを保温バッグに戻した。オムツ交換をした際、左下腿内側に発赤があることに患者の家族が気づき、約 3 × 2 cm 程度の発赤と水泡を生じていた。(AN027075)	
②	看護師は、清拭用タオル3本をビニール袋に入れ、それを保温バッグに入れて患者のもとへ持参した。ビニール袋からタオルを1本取り、残りのタオルが入ったビニール袋を患者の右枕元に置いた。タオルの温度を確認後に体幹を清拭し、患者を右側臥位にして背部を清拭した。その後、患者を仰臥位にして清拭した。清拭終了後、ビニール袋が当たっていたと思われる左手背に発赤、水泡を形成していることに気付いた。(AN027076)	
③	看護師は、清拭用タオル3本をビニール袋に入れ患者のもとへ持参した。2本のタオルをビニール袋から取り出し、残り1本はビニール袋に入れたままベッド上の患者の右側足元に置いた。患者を右側臥位にして背部を清拭した約5分間、ビニール袋に入った熱い清拭タオルが右下腿に当たっていた。清拭終了後に患者を仰臥位に戻した際、右下腿に 12 cm × 6 cm の発赤、水泡を形成していることに気付いた。(AN027077)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.47	抜歯部位の取り違い	11 件
①	歯科医師は、上顎左側に埋伏していた永久歯を歯牙腫と判断し、誤って抜歯した。(AN027078)	
②	歯科医師は、抜歯予定の乳歯が脱落し、全く同じ場所に永久歯の一部が萌出しているのを目的の乳歯と思い込み誤抜歯した。歯根を見て誤抜歯したことに気づき、直ちに同位置へ再植した。(AN027079)	
③	歯科医師は、隣接した晩期残存した乳歯(右上顎第一乳臼歯)と埋伏乳歯(右上顎第二乳臼歯)の2歯を抜歯する予定であったが、晩期残存した乳歯(右上顎第一乳臼歯)が術前に自然脱落しており、脱落した乳歯の奥にあった後継永久歯(右上顎第一小臼歯)を誤って抜歯した。術後11日目、紹介医が確認のために撮ったX線写真で永久歯が欠損していることに気づき、誤抜歯が分かった。(AN027080)	
④	パノラマX線写真上、左下智歯は未萌出で顎骨内に埋伏しており、左下第二大臼歯も埋伏している状態であった。歯科医師は、X線写真で抜歯予定の埋伏智歯を確認したつもりであったが、歯肉を切開し露出した歯冠を智歯であると思い込み、誤って抜歯した。抜歯直後に、第二大臼歯であることに気付いた。(AN027081)	
⑤	歯科医師は、上顎右側第三大臼歯を抜歯する予定であったが、誤って隣の上顎右側第二大臼歯を抜歯した。抜歯後の確認で気づき、上顎右側第二大臼歯をもとの抜歯窩に再植し固定した。(AN027082)	
⑥	歯科医師は、矯正科より右下顎水平埋伏智歯、左下顎水平埋伏智歯、左上7の抜歯を依頼された。当日は左下顎水平埋伏智歯と、左上7の抜歯を予定していたが、左下顎水平埋伏智歯抜歯後に左上骨性完全埋伏歯を抜歯して終了した。その後、カルテ記載をする際に、本来は左上7を抜歯する予定だったことに気付いた。(AN027083)	
⑦	歯科口腔外科担当医は、下顎左側の第一小臼歯と第二小臼歯が重なり合って萌出していたため、舌側に転位していた第二小臼歯を第一小臼歯と思い込み、上級医および依頼元の矯正歯科担当医に確認しないまま抜歯した。術後、矯正歯科担当医より抜歯部位の取り違いを指摘され、誤りに気付いた。(AN027084)	
⑧	歯科医師は、上顎正中埋伏過剰歯2本の抜歯術を行う際、L1口蓋に1本目の過剰歯が埋伏していたため抜歯した。次いで、2本目の過剰歯を抜歯するため、X線写真およびCT画像にて近接する永久歯との位置関係を確認し歯牙を摘出した際、明らかに過剰歯と異なる大きさであった。脱臼後の抜歯窩を検索したところ、過剰歯が存在していたため脱臼して摘出した。最後に脱臼したのが過剰歯であり、摘出した歯牙は位置関係から萌出遅延の1本目であると考えられた。(AN027085)	
⑨	患者は上顎7本、下顎10本の抜歯計画をもとに順次抜歯をしていた。21本の抜歯をした際、患者から「義歯がうまく入らない」と連絡があった。歯科医師は、抜歯した部位を確認したところ、21ではなく、32(3は義歯の鉤歯)を抜歯したことが分かった。(AN027086)	
⑩	歯科医師は、術前X線写真を確認し、右下顎埋伏智歯の抜歯を開始した。1つ手前に位置する右下顎第2大臼歯も埋伏している状態であった。歯肉の切開を行い、歯肉下に埋伏歯を包み込む歯嚢を確認した。通常、埋伏智歯は、骨及び歯嚢に被覆しているが、第2大臼歯も一部骨に覆われており、歯嚢様組織に完全に被覆していたため、第2大臼歯を埋伏智歯と誤認したまま周囲骨を削除し、歯冠を3分割した。残りの3分の1の歯冠除去時、埋伏智歯にはないはずの歯根があったため、歯冠除去した歯が右下顎第2大臼歯と認識した。その後、後方に埋伏智歯と思われる歯冠の一部を確認し間違いに気付いた。(AN027087)	
⑪	担当医Aが21+4、1を抜歯した際の下顎の歯牙の状態は、4321+1234が残存しており、21+4が残根状態、1は歯冠が齧蝕によって一部崩壊している状態であった。その後、本院歯科受診時に患者より残根(2+)の指摘を受け、本院の担当医Bは、21ではなく1+1を抜歯したことを認識した。その後、担当医Aは、担当医Bから、誤抜歯ではないかと指摘され、21ではなく1+1を誤抜歯したことに気付いた。(AN027088)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.48	酸素残量の未確認	1 件
①	看護助手は、帰室用のベッドに酸素ボンベを準備し手術室に搬送した。手術終了後、病棟看護師が手術室に到着したことを確認し、手術室看護師は、中央配管から帰室用のベッドに準備されている酸素ボンベに酸素マスクの接続を切り替え前室に搬送した。その際、酸素の流出の有無は確認したが、酸素の残量は確認しなかった。その後、患者に S p O ₂ モニタを装着したところ、測定不能であり、患者は顔色不良で、舌根沈下していた。麻酔科医師は、アンプ蘇生バッグを酸素ボンベに接続し用手換気をしようとした時に、酸素ボンベが空になっている事に気付いた。(AN027089)	
No.49	B 型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ	1 件
①	妊婦は、B 型肝炎キャリア、妊娠糖尿病、胎児水腫の疑いで当院を受診した。医師 A は紹介状の「H B s A g +, H B e A g -, H B e A g」の情報を、産科カルテの予診記録欄に記入したが、血液検査は実施しなかった。他院からの紹介状、血液検査データはスキャンされ、電子カルテ内に保存された。約 2 ヶ月後に緊急入院し分娩した際、医師 B と助産師は、母体が B 型肝炎キャリアであることを認識せず、小児科にも情報を伝えなかった。主治医は入院中にグロブリン投与、ワクチン接種が行われているか確認しなかった。1 ヶ月健診時に母親から「B 型肝炎に関してこの子に何かしなくていいのですか」と質問があり、予防対策が実施されていないことに気付いた。(AN027090)	
No.51	ワルファリンカリウムの内服状況や凝固機能の把握不足	3 件
①	医師は、P C I の際、患者が抗血小板剤 2 剤とワーファリン錠を内服し、肝硬変に対する内服治療を受けていることを把握していなかった。P C I 終了時、左上腕に血腫ができていたことに気づいた。その後、エコーで仮性動脈瘤がみられたため仮性動脈瘤切除術を施行し、1 週間後に止血・血腫除去術を実施した。(AN027091)	
②	看護師は、患者がワーファリン錠を内服している場合、内服中である目印をすることになっているが、忘れていた。生検をする際、看護師はワーファリンを内服していることを医師に伝えなかったため、生検をするべきではなかったが施行した。生検後、患者よりワーファリン内服中と申し出があり、再度カメラを挿入し生検部位を確認したところ、出血していたため、クリップ 3 本とトロンビン散布にて止血した。(AN027092)	
③	医師は、筋萎縮の精査のため右下肢の針筋電図検査を施行する際、抗凝固療法（ワーファリン）を行っていることを確認しなかった。10 日後、右大腿後面に腫脹があり一部皮下出血していた。その際、P T - I N R が 4.4 と高値であったことがわかった。(AN027093)	
No.53	病理診断時の検体取り換え	1 件
①	皮下腫瘍の手術検体の病理診断の際、臨床検査技師は、患者 A の # - 5 4 7 7 の標本数が 25 枚と多く、途中でブロックを冷却する必要性が生じたため、ブロックを冷却装置に置き、冷やしている間にオーダ用紙のバーコードを読み取り標本ラベルを印刷しようとした。その際、患者 B の # - 5 4 4 7 のオーダ用紙を読み取り、誤ったラベルを印刷した。病理診断部の医師が免疫染色結果と H E 標本を鏡検したところ間違いに気づき、上級医に口頭で報告した。その際、未染 20 枚を含めた標本一式を上級医に渡したため、患者 A に誤った診断（末梢性 T 細胞性リンパ腫）がなされた。約 2 ヶ月後、他院よりスライドの確認依頼があり、患者 A の正しい番号の # - 5 4 7 7 の未染標本を渡したところ、他院病理診断部より末梢性 T 細胞性リンパ腫ではないと連絡があり、検体の取り換えに気付いた。(AN027094)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
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	12件
①	人工呼吸器は患者の右側にあり、人工呼吸器の回路を十分確認して、患者を左側臥位にした。患者の背側の看護師Aがタッピングを実施し、腹側の看護師Bも背中へ手を伸ばし、タッピングを実施した。1分後、看護師Bが気管切開部を確認したところ、気管カニューレのカフエアが膨らんだまま抜けていることに気付いた。(AN027095)	
②	患児の母親は、人工呼吸器をつけたまま抱っこし、ミルクを注入した。その際、看護師は移動前と移動直後に気管カニューレの固定を確認していなかった。患児は、注入開始30分後に多量に嘔吐し、気管カニューレに分泌物が貯留していた。看護師は吸引したが、サクションチューブが入っていかなかったため首元を見ると、固定バンドがゆるんでずれており、気管カニューレが抜けていた。すぐに医師を呼び、気管カニューレを再挿入した。(AN027096)	
③	人工呼吸器装着中の患者の保清を看護師2名で実施した。保清が終了し、看護師2名で患者の肩甲部および腰部を左右から保持し、ベッド頭側に約20cm移動した。移動の際、気管チューブを固定していたテープが切れて3cm程度抜けた。(AN027097)	
④	人工呼吸器はベッドサイドの右側にあり、看護師Aと看護師Bはベッドの右側、看護師Cは左側に立った。患者を座位にして、看護師Aは気管チューブを、看護師Bと看護師Cは患者の体幹を保持した。その際、呼吸回路が引っ張られ、気管チューブが抜けたため、医師が気管チューブを再挿入した。(AN027098)	
⑤	気管切開を施行し、気管カニューレ（アジャストフィット）を挿入した。その直後に体位変換した際、気管カニューレが抜けた。マスク換気、経口挿管した後、気管カニューレを挿入した。(AN027099)	
⑥	気管切開術の翌日、清潔ケアを看護師2名で実施した際、手で気管カニューレを保持し、人工呼吸器を装着したまま患者を左側臥位にした。患者の口腔内から痰が流れ出したため仰臥位にし、吸引しようと気管カニューレに吸引チューブを入れるが挿入できなかった。医師がカニューレ交換を試みるが困難であり、気管支鏡を使用し再挿入した。(AN027100)	
⑦	看護師2名で患者の体位を左側臥位にした際、人工呼吸器の蛇管保持が不十分であったため蛇管が引っ張られ、気管カニューレが1～2cm抜けかけていた。1回換気量低下、頸部から胸部にかけて皮下気腫がみられたため、当直医に報告した。再度、体位変換をした際、1回換気量、酸素飽和度が低下しており、気管カニューレが気管から抜去していると判明した。(AN027101)	
⑧	看護師2名で右側臥位にした際、患者の湿性咳嗽が強くなり口腔内にも痰貯留があったため、体位を元に戻した。固定されていたビーブロックバイトブロックはそのままの状態、気管チューブは18cmのところまで抜けていた。(AN027102)	
⑨	看護師2人で右側臥位から左側臥位へ体位変換中に気切部より痰貯留音があった。アジャストフィットのストッパーから気管チューブが4cm程度抜けていた。医師へ報告し、アジャストフィットを再挿入した。(AN027103)	
⑩	ベッド上で半座位になっていた患者の身体がずれていたため、医師と看護師2名で仰臥位にした。その直後から人工呼吸器のアラームが鳴り、SpO ₂ 40%まで低下した。ジャクソンリリースで換気する際、胸郭の動きと換気のタイミングが合っていないため、カニューレの逸脱と判断し、気管カニューレ8.5mmに交換した。(AN027104)	
⑪	小児科医師が患児の人工呼吸器を人工鼻に変更し、母親が患児を抱っこした。喘鳴があったためベッドに戻してバギングと吸引を施行し、医師は人工呼吸器を装着した。約30分後、ゲボツと音がしたため訪床すると喘鳴があり、看護師2名でバギングと吸引を施行した。チューブの固定を確認すると、指示通り固定されテープの緩みもなかった。バギング中、胸郭の上がりがなく腹部が膨満したため胃吸引を行うと、エアが引けた。医師は、気管に挿入されていないと判断し、チューブを抜去し、再挿入した。(AN027105)	
⑫	患者の頭がベッド上部につかえていたため、看護師2名で患者を下方に移動した。患者の顔を見た際、気管チューブが固定（23cm）より外に出ているように感じたため、固定用テープとチューブホルダーを外したところ、気管チューブが固定のマーキングより2cm程度抜けている気がした。看護師は、気管チューブを固定位置まで押し込み、再度テープで固定したところ徐々に腹部が膨満し、人工呼吸器の気道内圧上昇アラームが頻回に鳴った。当直医は食道挿管になっていると判断した。(AN027106)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.57 No.82	P T Pシートの誤飲 P T Pシートの誤飲（第2報）	11件
①	患者は、以前から大建中湯の袋の中にデパスを入れて内服していたが、焦って掌にデパス錠の空シートを置き大建中湯をかけて一緒に内服した。その後、C T検査で所見が分からなかったため内視鏡を実施したところ、食道下部にP T Pシートを確認したため除去した。(AN027107)	
②	患者から「薬の空まで一緒に飲んだ」と報告があり、ピタバスタチンC a錠のみ空シートがなかったため、誤飲したことがわかった。当直医に報告し、X線検査、胸腹部C T検査を実施したが、P T Pシートの確認はできなかった。その後、内視鏡を行ったところ、体下部大彎にP T Pシートがあり、把持鉗子で除去した。(AN027108)	
③	緊急入院後に新規内服指示があったため、看護師は内服管理について患者へ確認した。患者は薬剤を1日分ずつケースに入れ、1回分ずつ切り離してセットしていた。患者の希望により新規の内服薬は看護師管理としたが、持参薬は患者管理とした。翌日、看護師はP T Pシートのまま服用してしまったと患者より報告を受けた。C T検査にて胃食道接合部にP T Pシートを確認したため、内視鏡で摘出した。(AN027109)	
④	患者はもともと薬剤をP T Pシートで受け取り、自己管理していた。その後病棟を移動した際には、食欲低下や倦怠感のため、患者が薬剤を管理することは難しいと判断され、一包化された薬剤を1日分ずつ患者に配薬することとなった。しかし、これまで患者はP T Pシートでの配薬であったため、薬剤科に一包化を依頼しないまま、看護師はP T Pシートを切って1日分ずつ配薬していた。患者は症状が増強し、制吐剤の点滴を施行するようになり、胃管が留置され、栄養剤や薬剤の注入が行われるようになった。その後、上部内視鏡検査を実施した際に、胃内からP T Pシートが発見された。(AN027110)	
⑤	看護師は、P T Pシートを1錠ごとにはさみで切り、患者に配薬した。その後、患者より1錠だけP T Pシートごと薬を飲んでしまい、つかえ感があると話があった。ゴミ箱を確認すると、夕食後の薬のうちロキソプロフェンのP T Pシートだけがなかった。(AN027111) (医療安全情報 No. 115に掲載済み)	
⑥	看護師は、患者に粉末薬と1錠ずつに切った錠剤をP T Pシートごと渡した。その後、患者は「錠剤をP T Pシートごと飲んだかもしれない、のどに違和感がある」と話したため、看護師は医師へ報告した。C T検査を実施するとP T Pシートらしきものが咽頭にあることが確認でき、上部消化管内視鏡を実施して摘出した。(AN027112)	
⑦	看護師は、P T Pシートを1回分ずつ切って配薬していることがあった。散剤から錠剤に変更となった1週間後、患者は心窩部の圧痛を訴えた。胆のう炎疑いでC T検査を実施した結果、小腸穿孔と小腸内にP T Pシートの陰影を認めた。(AN027113)	
⑧	患者は、キネダック錠と一包化されていた他の内服薬を内服していた。看護師は、内服薬の殻を確認すると、一包化された殻のみあり、キネダックの殻は見当たらなかった。患者に確認すると、P T Pシートごと飲んでしまったかもしれないと話した。咽頭部に違和感があり、X線撮影するが確認できなかったため緊急内視鏡検査を施行したところ、上部食道にP T Pシートを認め除去した。(AN027114)	
⑨	看護師は、毎食ごとに配薬し服薬確認をする患者に、内服薬を昼食膳にのせて配薬した。看護助手が下膳に行った際、患者が口からP T Pシートを出しているのを見つけたため、看護師が確認すると、患者は昼食膳に載っていた内服薬をP T Pシートごと飲もうとしていた。薬剤を確認したところ、メチコバル錠1錠を発見できなかったため内視鏡検査を実施し、P T Pシートを誤飲していたことがわかった。(AN027115)	
⑩	患者からP T Pシートの殻を飲んだとの申し出があったため、ゴミ箱のP T Pシートの殻を確認すると、リリカのP T Pシートだけがなかった。主治医に報告し、X線撮影を行ったが確認できず、C T撮影を行い胃内に異物様のものを確認したため、胃内視鏡により胃内にあったP T Pシートを摘出した。(AN027116)	
⑪	患者は、内服薬を1つにまとめて飲もうとして、ガスコン錠をP T Pシートごと飲み込んだと看護師に報告した。(AN027117)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.58	皮下用ポート及びカテーテルの断裂	4 件
①	患者は、左鎖骨下静脈から左前胸部にＣＶポートを留置し化学療法を実施していた。患者は、３８℃台の発熱があり、血液検査でも炎症反応が上昇しており、ＣＶポート留置部に発赤・腫脹があったため、ＣＶポートの感染が疑われた。ポートを抜去する際、すでにカテーテルがＣＶポート接続部より離断されている状態であった。（AN027118）	
②	患者は、右鎖骨下にＣＶポートを留置し継続して化学療法を実施していた。１年４ヶ月後、右鎖骨部に発赤・疼痛が出現したため、カテーテル損傷を疑いＣＶポートを抜去し左鎖骨下に再挿入することとした。透視下検査において、右鎖骨部からのカテーテル分断（先端約１０ｃｍ）が判明し、肺動脈への迷入がわかった。（AN027119）	
③	患者は、３ヶ月前にＣＶポートを挿入し化学療法を実施していた。ＣＶポート穿刺時、逆流あり、自然滴下に問題はなかった。前投薬投与後、エルプラットを２８０ｍＬ投与した時点で、患者はＣＶポート周囲の痛みを訴えた。穿刺部上部に１０×７ｃｍ大の腫脹あり、Ｘ線撮影したところ、カテーテルの亀裂が疑われた。その後、ＣＶポートの造影を実施し、カテーテルの断裂が確認されたため抜去した。（AN027120）	
④	医師は、処置時の鎮静としてホリゾンにＣＶポートから投与したところ、皮下への漏出があったため、カテーテルの閉塞と判断した。その後、ＣＶポートを抜去した際、ＣＶポートから５ｃｍの部位でカテーテルが断裂していたため透視下で確認したところ、右肺から心臓の先端側に１０ｃｍ程度のカテーテルがあった。（AN027121）	
No.59	電気メスペンシルの誤った取り扱いによる熱傷	3 件
①	電気メスホルダーはメーヨー台の左側に設置し、使用した電気メスはホルダーに入れて管理していた。執刀医が移動し立ち位置が変わった際に、電気メスを電気メスホルダーに戻していなかった。手術終了後にドレープを剥がし看護師が皮膚の観察を行うと、前胸部に０．２ｃｍ×０．２ｃｍの熱傷と、１．５ｃｍ×０．１ｃｍの水疱を発見した。（AN027122）	
②	医師は、腸管の剥離を行った後に、電気メスをホルダーケースに戻さず患者の下腹部に置いた。看護師は、度々電気メスを回収したが、医師が針糸を取り扱っているときは電気メスが下腹部に置かれた状態であった。看護師は、術野のドレープに２ヶ所穴が開いているのを見つけたが、ドレープを外して皮膚を確認することができなかった。術後にドレープを外して患者の皮膚を確認したところ、右大腿部に０．２×０．２ｃｍの表皮剥離を発見した。（AN027123）	
③	医師は、胸骨部の出血を確認するため開胸器を取り外し患者の大腿部に置いたところ、先に置いていた電気メスが開胸器の重みで作動し、患者の左大腿部内側に１ｃｍ×５ｍｍ大の熱傷が生じた。（AN027124）	
No.60	有効期間が過ぎた予防接種ワクチンの接種	3 件
①	保健所から有効期限切れの麻疹・風疹のワクチンが接種されていると連絡があり、患者２名に接種したワクチンが有効期限切れであったことがわかった。予防接種の１週間前にワクチンが払い出された際、有効期限の確認は行っておらず、月１回の有効期限の確認の際にもチェックが漏れていた。医師と看護師は、ワクチンの準備時および接種時に有効期限を確認することになっていたが、行っていなかった。（AN027125）	
②	委託を受けている市町村から期限切れのワクチン接種について問い合わせがあり、在庫のワクチンの有効期限を確認した結果、２３日前に期限が切れていたおたふくかぜワクチンが１バイアルあった。カルテを確認したところ、３名に期限切れのワクチンを接種したことがわかった。（AN027126）	
③	薬品管理室から外来にインフルエンザワクチンを６バイアル払い出した。５日後、外来看護師がインフルエンザワクチンを接種しようとしたところ、期限切れであることに気付いた。薬品管理室でロット番号等を調査し、５人の外来患者に昨シーズンの期限切れインフルエンザワクチンを接種していたことが分かった。（AN027127）	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.61	併用禁忌の薬剤の投与	3 件
①	患者は、大動脈弁置換術後で他院でワーファリン錠を処方され内服していた。関節リウマチによる関節炎が再燃したため、医師は外来でケアラム錠 2.5 mg を処方した。保険薬局で処方薬が渡され、患者は、併用禁忌であるワーファリン錠とケアラム錠を内服した。約 1 ヶ月後に発語障害、見当識障害、貧血を認め、急性硬膜下血腫と診断され緊急入院となった。(AN027128)	
②	入院中にフェブリク錠 10 mg を開始していた患者に、医師は退院 1 ヶ月後よりイムラン錠 1 日 2.5 mg を処方し、その後、1 日 5.0 mg に増量した。イムラン錠増量から約 1 ヶ月後、患者はニューモシスティス肺炎で緊急入院した。入院時、病棟薬剤師は、外来でフェブリク錠とイムラン錠が処方されていたことに関して医師に疑義照会をしなかった。研修医は、フェブリク錠とイムラン錠を再開するために処方した際、併用禁忌に気付かずオーダし、薬剤部でも疑義照会することなく調剤され、患者は服用した。研修医は、患者が 1 回服用した後に両薬の併用禁忌に気づき、内服を中止した。(AN027129)	
③	院外の医師は、クローン病のためイムラン錠を処方している患者に対し、イムラン錠とフェブリク錠が併用禁忌であることを把握しないままフェブリク錠を追加処方した。その後、患者の血小板が 4 ヶ月で 16 万から 7 万に低下したため、当院血液内科に汎血球減少の精査目的で紹介された。血液内科医が、服用中の処方内容を確認したところ、併用禁忌薬を服用したことによる骨髄抑制の副作用であることがわかった。(AN027130)	
No.62	患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認	2 件
①	医師は、V-P シャント挿入中の患者から MR I 検査前に禁忌事項はないと確認し、MR I 検査をオーダした。診療放射線技師は V-P シャントについて具体的には聞かず、患者に手術をしたことがあるか確認したところ、「首の手術をしている」という情報しか得られなかった。MR I 検査終了後に、患者の妻が V-P シャントの手帳があることを申告した。(AN027131)	
②	患者は、乳房の皮膚拡張器挿入術後であった。歯科医師は、乳房の皮膚拡張器は金属を使用しており、MR I 禁忌であることに気付かず、MR I 検査を指示した。また、検査前の体内金属確認時に担当看護師および診療放射線技師も乳房の皮膚拡張器が MR I 禁忌であることを知らず、MR I を実施した。(AN027132)	
No.63	画像診断報告書の確認不足	11 件
①	2 年 3 ヶ月前、乳癌術前の CT 検査を実施した際、読影レポートで甲状腺腫瘍を指摘されていたが、読影レポートを十分に確認せず乳癌についてのみ読み、患者に結果を伝えていなかった。その後、他院で甲状腺癌と分かり手術した。(AN027133)	
②	胸部大動脈瘤ステントグラフト後の経過観察のため CT 検査を行った。依頼した医師は、大動脈疾患フォローのための画像は確認したが、画像レポートに肺癌が疑われると記載された読影結果を確認しなかった。その後、患者は右下肢の脱力と前胸部の痛みのため外来を受診した際、CT 検査を実施した。前回撮影した画像と比較し、肺の腫瘍が増大していた。(AN027134)	
③	CT 検査当日の患者への説明時には、放射線科の読影レポートは未着であった。その後、読影結果で右上葉に肺腺癌の可能性があると指摘されたが、約 1 ヶ月後の外来診察時に読影レポートの確認を失念した。CT 検査から 7 ヶ月後の外来診察時に、カルテチェックを行い読影レポートを確認した際、説明の遅れに気付いた。精密検査をした結果、肺腺癌の診断となった。(AN027135)	
④	5 年前、腹部大動脈瘤に対しステントグラフト内挿術を施行し、以後心臓血管外科で評価のための CT 検査を行っていた。心臓血管外科の医師は、画像診断報告書が報告される前に CT 画像を見て結果を患者に説明し、診察後に画像診断報告書を確認しなかった。その後、呼吸器内科で患者に肺がんが発見された際、過去の CT 検査の画像診断報告書を確認したところ、3 年前に気管分岐部食道近傍に腫瘍影が指摘されていたことがわかった。(AN027136) (医療安全情報 No. 115 に掲載済み)	
⑤	顕微鏡的血尿に対して CT 検査をした際、医師は CT の読影を行ったが後日読影所見を確認しなかった。その後、患者が肝障害にて消化器内科を受診した時に、1 年半前の CT の読影所見に肝腫瘍の指摘があったことに消化器科の外来担当医が気付いた。(AN027137)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
⑥	患者は約1年前に膵切除術、その3ヶ月後に腸閉塞に対して手術を行い、術後は定期的に腹部CT検査をしていた。手術の1ヶ月半後に胸腹部CT検査をした結果、左肺に25mm大の腫瘍があり、放射線科医の読影で原発性肺癌疑いと指摘された。しかし、担当医は胸腹部CT検査に関して、腹部は確認したが胸部を確認せず、放射線科医の読影結果も見えていなかった。患者は、9ヶ月後に腰痛がひどくなり、歩行困難となり入院した。胸部CT検査を実施した際、担当医は初めて左肺の腫瘍に気が付いた。(AN027138)	
⑦	主治医は、肺病変評価目的で胸部CT検査をした際、腹部大動脈瘤の増大の指摘があったが、読影コメントを見ないまま所見を電子カルテにコピーした。半年後、患者は左背部痛を自覚し急激に疼痛が悪化したため当院を受診した。CT検査にて腹部大動脈瘤切迫破裂と診断され、緊急でEVAR（血管内治療）を施行した。(AN027139)	
⑧	患者は検診で十二指腸ポリープを指摘され、当院消化器内科を受診した。内視鏡検査の結果、十二指腸ポリープと診断し、術前検査としてCT検査を実施した。2年4ヶ月後、他院で肝腫瘍を指摘され、CT検査で肝腫瘍と診断された。確認すると、2年4ヶ月前のCT検査で肝腫瘍を指摘されていたが、検査をオーダーした医師はCT検査結果報告を見ていなかった。(AN027140)	
⑨	患者は、前立腺癌の精査目的で入院しCT検査を実施した。7ヶ月後、黄疸の症状で当科へ紹介された際、進行性の膵癌が指摘された。7ヶ月前のCT検査の読影レポートでは膵腫瘍を指摘されていた。医師は読影レポートで前立腺癌の所見は確認したが、その他の所見について記載の確認が不十分であったため、膵腫瘍に対し精査を行っていなかった。(AN027141)	
⑩	入院中に施行したMRCPの読影所見に右肺腫瘍が記載されていたが、医師は読影レポートを確認しなかった。患者には、肺に影があり肺炎の治療後に精査を実施する旨を口頭で伝えていたが、入院中に肺腫瘍の精査をしなかった。約3ヶ月後、外来で肺炎フォローのため実施したCT検査で肺腫瘍の増大を認めた。(AN027142)	
⑪	患者は、3年前に血糖コントロール目的で入院した際、腹部CT検査を施行した。4ヶ月前、患者は外科受診し、鼠径ヘルニアの確認目的でCT検査をした。医師は、画像診断部による読影結果はまだ出ていなかったため、腹部所見から明らかなヘルニアなしと判断し患者に説明した。その後、患者が咳嗽・発熱の症状で救急受診した際、呼吸器内科医師は以前のCT読影レポートを確認し、3年前および4ヶ月前のコメントに気づいた。3年前の腹部CT読影レポートでは、「右肺底部に炎症性変化疑い、3ヶ月程度の間隔でフォローアップが望まれる」とコメントがあり、4ヶ月前の腹部CT読影レポートでは、「右下葉の不整形腫瘍：肺癌を念頭に精査をお願いします」とのコメントがあった。患者は入院し小細胞肺癌（Class 5）と診断された。(AN027143)	
No.65	救急カートに配置された薬剤の取り違い	3件
①	医師は患者の尿量が減少し、呼吸状態が悪化していたため、ラシックス注0.5A投与の指示を出した。看護師Aは、救急カート内のプリンペラン注をラシックス注と思い込んで取り出し準備した。その後、看護師Bとダブルチェックしたが、アンプルの薬剤名を確認せず投与した。その後、患者に処方された薬剤が病棟に届き救急カートへ補充する際、薬剤の投与間違いに気付いた。(AN027144)	
②	医師は、急変患者の蘇生時にボスミン注の指示を出した。看護師は、救急カートの引き出しの表示「ボスミン＝アドレナリン」を見たが、ボスミン注をノルアドレナリンと勘違いし、ノルアドレナリン注を準備して渡したため、医師はノルアドレナリン注を投与した。(AN027145)	
③	眼科手術で、灌流液にボスミン注0.5mLを混注して使っていたが、看護師は機械にセットされている灌流液にボスミン注が混注されていないことに気づいた。看護師は、ボスミン注を入れようと慌てて救急カートよりアンプルを取り出し混注した。手術が終了し、空アンプルを確認した際に、誤ってエフェドリン注射液を使用したことがわかった。(AN027146)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.69	アレルギーのある食物の提供	1 件
①	患者は、朝食のハムを2口摂取した後に「口の中がかゆくなってきた」と話をした。担当看護師は、患者に卵アレルギーがあるため、朝食に卵が使用されていないか栄養管理室に連絡した。栄養士は、ハムに卵白が使用されているという認識がなく、原材料表を確認せず、「卵は使用されていない」と回答した。その後、栄養士が業者に確認したところ、ハムの加工過程で卵白を使用していたことが分かった。(AN027147)	
No.71	病理診断報告書の確認忘れ	5 件
①	医師は、患者の定期診察を行った際、1年前の内視鏡検査の病理所見で早期胃癌を指摘されていたことに気付いた。今回の内視鏡検査で胃癌は増大しており、早急に治療が必要な状態であった。(AN027148) (医療安全情報 No. 1 1 5 に掲載済み)	
②	患者に吐き気、食欲不振が出現したため、皮膚科主治医は内視鏡検査を依頼した。依頼された消化器内科医師は、上部消化管内視鏡検査を実施し組織生検を病理部に提出した。その後、病理検査を依頼した消化器内科医師へは電子カルテ上で病理結果が出たことが知らされたが、皮膚科主治医へは伝わらなかった。約1年後、皮膚科主治医にがん登録の問い合わせがあり、病理結果報告書の見落としに気付いた。(AN027149)	
③	貧血の進行があった患者に上部内視鏡検査を施行し、十二指腸から生検した。内視鏡レポートでは、Brunner 腺腫との記載があり生検無しとなっていたため、担当医は悪性所見はないと思い、貧血の原因となる所見はないと患者に説明して終了した。その後、生検結果は判断に迷うものの十二指腸癌との診断であった。5年後、再度貧血があり上部消化管内視鏡検査を行ったところ、十二指腸癌の診断であり5年前の検査結果に気付いた。(AN027150)	
④	患者は、十二指腸乳頭部癌術後であり、胃内視鏡検査で糜爛性胃炎と説明された。その後、胃内視鏡検査時の病理検査報告書の診断結果を見落とし、胃癌の診断であったが、患者へ説明していなかった。1年3ヶ月後、患者が胃部不快感、消化不良を訴え受診した際、胃内視鏡検査を実施したところ、胃空腸吻合部よりやや肛門側部の壁外性狭窄を認め、また胃癌部分も進行している所見であった。過去の診療録を確認し、病理検査の診断結果を見落としていたことに気付いた。(AN027151)	
⑤	胃切除の経過観察のために上部内視鏡検査を行った際、Group 4の病理診断がなされていたが、医師は、内視鏡検査を行っていたことを失念し、結果を確認しなかった。5年後、定期外来受診の際に貧血を認めたため、内視鏡検査を行ったところ、進行胃癌となっていた。(AN027152)	
No.72	硬膜外腔に持続注入する薬剤の誤った接続	1 件
①	胃癌術後の疼痛コントロールのため、通常は硬膜外カテーテルを留置するが、患者は肥満であり、抗凝固剤投与中であったため、IV-PCAを選択していた。術後1日目、医師Aは硬膜外カテーテルが留置されていると認識していたため、0.2%アナペイン注を処方しインフューザーに詰めた。医師Aは、IV-PCAの薬剤がなくなり次第、別の医師に交換してもらうよう看護師に指示し、その後医師Bが薬剤を交換した。術後3日目、医師Cはカルテでアナペイン注が処方されていることを確認しており、訪室した際に患者へIV-PCAが接続されていたため間違いに気付いた。(AN027153)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.73	放射線検査での患者取り違い	2 件
①	看護師は、R I 検査で使用する「タイロゲン筋注用」を準備し患者Aの氏名を呼んだところ、廊下を歩いていた患者Bが返事をしたので診察室に入ってもらった。診察時、患者Aの氏名を呼び「ヨード制限」などの質問をしたが、患者Bはその都度「はい」と返事をしたのでタイロゲン筋注用を筋注した。その後、「明日も来てください」と説明した際、「次は金曜日のはずだ」と言われたため、診察券を確認したところ、違う患者に投与したことがわかった。(AN027154)	
②	リーダー看護師は、看護補助員に患者Aを検査室へ移送するよう依頼した。看護補助員は、患者Aと思い込み患者Bに「Aさん、検査に行きます」と伝え、患者Bは「はい」と返答し車椅子に座った。患者Bの病室でX線予約票を探したが見当たらなかったため、リーダー看護師は患者AのX線予約票を再印刷し、看護補助員はX線予約票を持ち患者Bを検査室へ移送した。X線検査室では、診療放射線技師が「Aさんですか」と確認すると、看護補助員が「はい」と返答したため、患者Bを患者Aと思い込んだ。患者Bのリストバンドを用いてバーコードを認証した際エラーを生じたが、診療放射線技師はバーコードの不調と思い込み、患者AのX線予約票を用いて認証を行い検査をした。その後、胸部C T 検査の予定であったため、患者Bと看護補助員はC T 室へ移動した。C T 室でも診療放射線技師は、看護補助員と来た患者Bを患者Aと思い込み、除去物の確認のみ行って検査をした。検査終了後、患者のリストバンドを見て氏名が異なることに気付き、患者誤認がわかった。(AN027155)	
No.75	輸液ポンプ等の流量と予定量の入力間違い	1 件
①	新人看護師Aは患者の更衣をする際、輸液ポンプから輸液ボトルを、シリンジポンプからモルヒネ塩酸塩注射液のシリンジを外し、電源を切った。新人看護師Aは更衣終了後、輸液ポンプの予定量と流量を設定し、シリンジポンプの流量を2 mL / h と設定した。使用していたシリンジポンプは、予定量の設定ができないタイプであったが、新人看護師Aは、シリンジポンプも予定量を設定しないと決めないと思い込み、シリンジ内の残量を確認し2.2 mL と設定した。その後、看護師Bが患者の部屋を訪室すると、2 mL / h で施行しているはずの塩酸モルヒネが2.2 mL / h で施行されていることに気付いた。(AN027156)	
No.78	持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い	4 件
①	医師は、患者が持参していた「フロセミド錠40 mg 1錠」を院内で処方する際、「フロセミド錠40 mg 4錠」と誤入力した。薬剤師は、処方監査時、添付文書上の常用量を超えていたが、臨床用量内と判断し、疑義照会をしなかった。病棟薬剤師は、持参薬の用量と処方された用量を照合しなかった。(AN027157)	
②	医師は、患者が持参したリーマス錠100 2錠 / 2 × を院内で処方する際、誤って当院の採用医薬品であるリーマス錠200 2錠 / 2 × を処方した。(AN027158)	
③	医師は、持参薬の「メインテート錠0.625 mg 1錠 分1 朝食後」を院内処方に変更する際、誤って「ピソプロロールフマル塩酸錠5 mg 「タイヨー」1錠 分1 朝食後」を処方した。持参薬の薬剤鑑別後、持参薬識別書内に「規格注意」、電子カルテの患者掲示板には、「持参薬確認済み」と表示し、注意喚起をしていなかった。翌日、上部内視鏡検査時にHR 40 台の徐脈となり内視鏡検査を中止した。処方を確認したところ、メインテート錠を院内処方に変更した時に、規格が違うものが処方されていたことが分かった。(AN027159)	
④	医師は、持参薬のプロプレス錠2 mg 1錠を退院処方する際、院内採用がなかったため、プロプレス錠4 mg を0.5錠で処方しなければならなかったが、誤ってプロプレス錠4 mg 1錠を処方した。患者は自宅でプロプレス錠4 mg を内服後、低血圧となり、処方薬の用量が異なることに気付いた。(AN027160)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.80	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷	10件
①	1 日目看護師は、男性患者に膀胱留置カテーテル 14Fr を挿入した際、1/3 程度挿入したときに抵抗を感じ、患者が痛みを訴えたためすぐに抜去した。2 日目には膀胱留置カテーテルは抵抗なく挿入できたが、尿の流出はなかった。以前、女性患者の膀胱留置カテーテルを挿入した際に、「尿の流出が無くてもバルーンを膨らませて大丈夫」と言われたことを思い出し、尿の流出は無かったが蒸留水 10mL を注入したところ、患者が痛みを訴えたため抜去した。その後、患者の尿道から多量に出血していたため、主治医は泌尿器科医師へ診察を依頼した。(AN027161)	
②	全身麻酔中の小児患者に膀胱留置カテーテル 10Fr を挿入する際、尿流出はなかったが蒸留水 3mL を抵抗なく注入できたためバルーンを膨らませた。留置後も尿の流出を認めなかったため、手術直前に抜去した。再度、膀胱留置カテーテルを挿入した際に、血尿を認めたため生理食塩液にて洗浄した。その後、泌尿器科医師が診察し、翌日まで膀胱留置カテーテルの留置と止血剤を投与することとなった。(AN027162)	
③	担当医は、全身麻酔中の患者に膀胱留置カテーテルを挿入する際、尿の流出を確認しないまま潤滑剤を少量の尿流出と思い込み蒸留水を注入したため、尿道を損傷した。(AN027163)	
④	救急搬送された患者に膀胱留置カテーテルの挿入を試みたが、1 人目の医師は挿入できなかった。2 人目の医師は、潤滑剤を尿道に注入したところ膀胱留置カテーテルを根元まで挿入できたため、尿流出を確認しないまま蒸留水を注入した。処置後、CT 検査をしたところ、膀胱留置カテーテルの先端が膀胱内になく、尿道損傷を起こしたことがわかったため抜去した。その後、泌尿器科に依頼し器具を使用して膀胱留置カテーテルを留置した。(AN027164)	
⑤	看護師は膀胱留置カテーテルを挿入した際、尿の流出はなかったが抵抗なく挿入できたため蒸留水を 10mL 注入した。その後カテーテル内に鮮紅色の出血があったため、膀胱留置カテーテルを抜いたところ、尿道口から出血していた。(AN027165)	
⑥	膀胱留置カテーテルを抵抗なく挿入できたが、尿の流出はなかった。看護師は、患者が処置直前にトイレで排尿を済ませていたので膀胱内に尿が溜まっていなかったと考え、バルーンに蒸留水 10mL を注入した。患者が痛みを訴えたため、膀胱留置カテーテルを抜去した。その後、排尿時に尿道から出血があったため、泌尿器科医師が診察し、尿道損傷による出血と診断された。(AN027166) (医療安全情報 No. 115 に掲載済み)	
⑦	看護師は膀胱留置カテーテルを挿入した際、尿流出が確認できなかったが、患者が挿入する直前に排尿していたため、自尿がなくても問題がないと判断し、バルーンを膨らませた。挿入時、違和感、疼痛はなかった。その後、損傷部位の修復のため、内視鏡下で 18Fr のカテーテルを挿入した。(AN027167)	
⑧	看護師は、シリコン製の膀胱留置カテーテルを挿入した際、尿の流出は確認できなかったが、抵抗なく挿入できたため蒸留水を注入した。腹部を圧迫すると、カテーテル内に少量の出血があったため抜去した。その後、主治医から指示がありラテックス製の膀胱留置カテーテルに変更して挿入した。挿入当日は、凝血塊でカテーテル内が詰まったため、膀胱留置カテーテルの入れ換え 4 回と膀胱洗浄を数回繰り返した。2 日後、閉塞したため抜去したが、医師より指示があり膀胱留置カテーテルを挿入した。再挿入の翌日、陰茎から大腿部にかけての腫脹と腹部膨満があったため腹部 CT 検査を施行したところ、膀胱留置カテーテルのバルーンが尿道で膨らんでいることがわかった。(AN027168)	
⑨	研修医は、心臓カテーテル検査前に膀胱留置カテーテルを挿入する際、カテーテルが進まなくなったため膀胱に入っていないと考えた。しかし、介助の看護師は、研修医の手が止まったため膀胱内に入ったと判断し、「入れますね」と声をかけて、尿流出を確認しないままバルーン内に蒸留水 5mL を注入した。研修医は、介助の看護師にすぐにバルーン内の蒸留水を抜くように指示した。研修医は、出血がなかったためカテーテルを進め、カテーテルがすべて挿入された状態で、カテーテル内に尿が流出したことを確認して蒸留水を注入した。検査終了後、膀胱留置カテーテルを抜去したが尿道から出血が続いていたため、泌尿器科医師に診察を依頼し、尿道球部の損傷と診断された。(AN027169)	
⑩	看護師は、膀胱留置カテーテルの交換を実施した際、14Fr の膀胱留置カテーテルを挿入し、尿の流出はなかったが蒸留水を注入した。他の看護師に「尿の確認をせず蒸留水をいれてはいけない」と指摘され、蒸留水を抜いたところ尿道より出血した。翌日、泌尿器科を受診し尿道鏡下で膀胱留置カテーテルを挿入した。(AN027170)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.81	ベッド操作時のサイドレール等のすき間への挟み込み	2 件
①	看護師がラウンドした際に、患者はベッドの背もたれを90度に上げ、足元でうずくまって寝ていたためベッドを水平にした。その後、看護師は、ベッドの背もたれが約45度の位置にあり、ベッドサイドレールの間に頭部が挟まり、下半身は床に座り込みベッドに寄りかかっている状態の患者を発見した。リモコンが患者の体の下になり、誤作動でベッド背上部分が上がった可能性があった。(AN027171)	
②	ベッド上の患者の体が、足元へずり落ちていたため看護師2名で体をベッドの頭側に上げた。その後、両上肢が患者の体幹上にあつたため、十分に確認しないままベッドアップした。ベッドアップ中に患者が右側の点滴を気にしていたため確認すると、右上肢がベッド柵とベッドの間に挟まっていた。直ぐにベッドを下げ、患者に症状がないことを確認した。右手首のX線検査を施行したが骨折はなかった。(AN027172)	
No.83	脳脊髄液ドレナージ回路を開放する際の誤り	1 件
①	患者は脳槽ドレーンが留置され、開放中であった。看護師は口腔ケアの際にドレーンの4点クランプを行った。口腔ケア終了後、クランプを開放にして退室したが、5分後に患者から頭痛と吐き気の訴えがあった。脳槽ドレナージバッグに5分間で50mLの排液があった。4点クランプを開放したつもりが2点しか開放していなかった。主治医に報告し、CT検査を実施した。(AN027173)	
No.85	移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去	7 件
①	手術の際、腹臥位になっている患者の膀胱留置カテーテルが牽引されないように、手術台に敷いたドレープにテープで固定した。術後、術者3名、看護師1名、麻酔科医1名にて、挿管したままの患者を腹臥位から仰臥位に戻し、手術台から病棟のベッドへ移動した。その際、看護師は、尿バッグを手術台のアームから外し手に持ち、膀胱留置カテーテルが引っかからないように確認したが、ドレープに固定されていることを忘れていた。移動時に膀胱留置カテーテルが引っ張られ、バルーンが膨らんだまま抜けてしまい、尿道口からの出血を認めた。(AN027174)	
②	CVルート挿入後の固定が不十分であったため、救急外来からICUへ入室後にベッドへ移動する際に数cm抜けた。(AN027175)	
③	手術の際、患者を腹臥位から仰臥位にしてリカバリーベッドに移乗することとなった。麻酔科医Aは手術台の頭側、整形外科医師Bは上半身側、看護師Cは下半身側に立ち、麻酔科医師Dはリカバリーベッドの頭側、整形外科医師Eは上半身側、整形外科医師Fは下半身側に立った。整形外科医師は「移動の準備は良いか?」と声をかけ、手術台の中央からリカバリーベッドへ一度で患者を移乗した。その際、手術台の患者の頭側付近に掛けて固定した尿バッグを移動しなかったため、膀胱留置カテーテルが引っ張られ抜去した。(AN027176)	
④	患児はCT撮影のため、医師3名、看護師1名とともに用手換気にてCT室へ出棟した。医師は患児の身体、頭、気管チューブを持ちベッドからCT台へ移動し、看護師と診療放射線技師は、点滴やモニタを移動した。検査終了後、患児をCT台からベッドに移動する際に、気管チューブが抜けた。医師は用手換気用バッグを気管チューブに装着したまま移動し、指で気管チューブを保持していなかった。(AN027177)	
⑤	手術終了後、手術ベッドから病棟ベッドへの移動の際、膀胱留置カテーテル、CVルート、末梢ルートを確認し、スライダーにて患者を移動したところ、CVルートの側管より持続注入されていたルートがベッドレールに引っかかり、CVルートが抜けた。(AN027178)	
⑥	術後、患者を手術台からベッドに移動した際、右内頸静脈に留置中の中心静脈カテーテルがスライディングボードに引っ掛かり、13cm固定から6cmまで引き抜かれた。中心静脈カテーテルよりドブポンを投与しており、一時的に血圧が60mmHg台に低下した。(AN027179) (医療安全情報 No. 115に 掲載済み)	
⑦	経鼻挿管中の患者に医師が付き添いCT室へベッドで移動した。ベッドからCT台に移動後、口腔内の吸引をするとSpO ₂ が低下した。CT室への移動時、ベッドからCT台への移動、吸引時のいずれかで気道トラブルが発生した。(AN027180)	

番 号	タイトル	2015 年の 報告件数
事 例		
No.86	禁忌薬剤の投与	1 件
①	患者は、大腸内視鏡検査の前処置薬のモビブレップ配合内用剤 400mL を飲んだ時点で気分不良となり、検査を中止した。3 ヶ月後、医師は、アンジオテンシン受容体拮抗薬を内服している高血圧症の高齢者へのビジグリア配合剤の投与は禁忌とされていることの認識が不足、モビブレップ配合内用剤の代替薬として使用し、大腸内視鏡検査を施行した。大腸内視鏡検査の翌日、患者は下痢、嘔吐、口渴感、全身のしびれが出現し、低カルシウム血症によるしびれおよび脱水による腎機能低下の疑いで入院した。(AN027181)	
No.92	人工呼吸器の配管の接続忘れ	1 件
①	患者にネーザルハイフローとリザーバーマスクを使用し酸素投与していたが、SpO ₂ 70% 台に低下したため、二又アウトレットにNPPV とネーザルハイフローの酸素配管を繋いで、NPPV を使用した。その後、看護師A と看護師B は、患者のNPPV を外し、ネーザルハイフローを装着して食事の準備を行った。患者は、食事中にSpO ₂ が60% 台まで低下したため、看護師B は、ネーザルハイフローにリザーバーマスクを併用するため、アウトレットからNPPV の酸素配管を外し、リザーバーマスクの酸素配管を取り付けた。看護師A は、患者の食事が終了したため、NPPV のマスクを再装着した。その際、NPPV のアラームが鳴ったが、マスクの装着不備と考え、マスクの装着を調節していたところ、患者は意識消失した。当直医は、患者の呼吸が荒く、NPPV のアラームが鳴っているため、NPPV の設定を変更しようとした際に、フロントパネル画面の「酸素が利用できません」「O ₂ 供給圧低下」の表示を見て、NPPV の酸素配管がアウトレットに接続されていないことに気づいた。(AN027182)	
No.95	セントラルモニタのモニタの送信機の電池切れ	2 件
①	看護師は、心電図モニタの送信機の電池切れを知らせるアラームが鳴っていることを確認したが、患者がベッドにいなかったためすぐに交換できなかった。その後、看護師が訪室した際に心肺停止の患者を発見した。送信機は電池切れになっていた。(AN027183)	
②	看護師は、患者のSpO ₂ が70% まで低下し心電図モニタのアラームが鳴った際、モニタ画面で送信機電池残量が1であることを確認した。患者のもとを訪室し、吸引及び酸素投与を実施したところSpO ₂ は98% まで改善したが、他の患者の対応が重なり電池交換を失念した。その後、回診のため訪室した主治医が心停止している患者を発見した。約3時間前に送信機の電池が切れていたことが分かった。(AN027184)	
No.97	肺炎球菌ワクチンの製剤の選択間違い	1 件
①	看護師A は、予防接種予約患者一覧表を確認し、肺炎球菌ワクチンの請求入力をする際、薬剤がわからなかったため、看護師C に「プレベナー」とであると聞いた。薬品選択画面の項目に入力したが、誤ってプレベナー13水性懸濁法ではなくニューモバックスNPを選択していたことに気付かなかった。2日後、小児科外来にワクチンが到着した際、看護師B と看護師C は、ワクチンと物品請求一覧表を照合し冷蔵庫に保管した。予防接種当日、看護師C は、2ヶ月の患児のワクチンをトレーに準備し、医師の診察室に届けた。接種後、医師は問診票の実施欄にプレベナーと記録し、ニューモバックスのロット番号を貼付した。10日後、他院の医師は、母子手帳の予防接種欄のロット番号を見て誤投与の可能性に気づいた。当院に連絡があり、誤投与したことがわかった。(AN027185)	

資料

資料 1 研修会報告

1. 「第 7 回業務工程図・医療事故情報収集等事業研修会」開催概要及び結果

1) 研修会の開催について

医療事故情報収集等事業に参加している医療機関を対象にし、本事業の現況を周知するとともに、医療事故分析手法を用いた分析の経験のある方を含め医療機関から 3 名のチームとして参加していただき、自施設の業務工程図を用いた演習を行う「第 7 回業務工程図・医療事故情報収集等事業研修会」を開催した。

2) 研修会の開催概要

- (1) 開催日時 : 2016 年 2 月 21 日 (日)
- (2) 開催場所 : 日本医療機能評価機構ホール
- (3) 募集医療機関数 : 15 医療機関 45 名
- (4) 申込医療機関数 : 45 医療機関 127 名
- (5) 参加人数及び参加者の職種

参加者職種	人数
医師	11 名
歯科医師	1 名
看護師	19 名
薬剤師	9 名
事務職	4 名
合計	44 名

※ 1 名は当日欠席となった

(5) 開催プログラム

時 間	項 目	
10:00 ~ 11:00	医療事故情報収集等事業の 現況と課題	執行理事 (医療安全所管) 後 信
11:00 ~ 12:00 (60 分)	業務工程図について	株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院 院長 永井 庸次 先生
12:00 ~ 12:20 (20 分)	医療安全における 業務工程図の作成と意義	医療事故防止事業部 部長 坂口 美佐
12:20 ~ 12:40 (20 分)	事象事例を基にした業務工程の 改善及び作図上の注意点	東邦大学医学部社会医学講座 講師 藤田 茂 先生
13:40 ~ 17:00	グループ演習	グループ演習 インストラクター 鮎澤 純子 先生 (九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座) 楠本 茂雅 先生 (社会医療法人 生長会 ベルランド総合病院) 小林 美雪 先生 (山梨県立大学 看護学部) 坂口 美佐 (医療事故防止事業部) 櫻井 順子先生 (順天堂大学医学部附属順天堂医院) 永井 庸次 先生 (株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院) 藤田 茂 先生 (東邦大学医学部社会医学講座)

3) アンケート結果

(1) 回答者43名(回答率97.7%)

(2) 「医療事故情報収集等事業の現況と課題」の理解度

①講義内容：(よく)理解できた100%

(3) 医療事故報告に関する疑問 ※未選択があるため100%にならない項目がある

①受講前の疑問の有無：あった44.2%、なかった53.5% 未回答2.3%

②受講による疑問点の解消：(概ね)解消された100%

(4) 講義：「業務工程図とは」、「医療安全における業務工程図の作成と意義」「事故事例を基にした業務工程の改善及び作図上の注意点」の理解度 ※未選択があるため100%にならない項目がある

①講義内容：(よく)理解できた97.6%、(あまり)理解できなかった2.3%

②あまり理解できなかった理由：

・作業と判断の区別など、実際に演習しないと難しい

(5) 「演習内容」の理解度 ※未選択があるため100%にならない項目がある

①演習内容：(よく)理解できた95.4%、(あまり)理解できなかった4.7%

②演習内容についての要望：

・自分たちの準備不足であった。

・1回の演習では難しい。医療は本当に複雑である。

(6) 研修運営について ※未選択があるため100%にならない項目がある

ア) 日程の設定

①曜日の設定：土・日が望ましい46.5%、平日が望ましい37.2%、

どちらでもよい11.6% 未回答4.7%

②期間(長さ、時間)：この長さでよい86.0%、もう少し長いほうがよい9.3%、

未回答4.7%

③適当と考える時間：1日間程度(3名)、2日間程度(4名)

イ) 研修会に関する希望・感想

・今回、医療事故情報収集等事業のホームページの中に、事例やその改善策を公開している事を聞いて、今後の活動にぜひ活かしていきたいと思った。

・業務フローを作成することで、普段の業務、行動がダブルチェックになっていなかった事を知ることが出来、今後の業務改善に活かしていきたいと思った。

・工程図を作成することで、問題点が明確化された。問題点の解決策について、どう対処していくかが今後の課題と実感した。

・業務工程図は初めてで、今回グループワークや講義で理解することができた。この活用方法などの講義も続けて行って欲しい。

- ・例にならって予め工程図を準備しているので、例は修正の必要のないものにしていただき、研修中の修正の時間を減らし、他の事例に時間が使えたらよいと思った。
- ・医師の業務は多くの人々に支えられていることが理解できた。
- ・大変勉強になった。薬剤以外の工程図の勉強もしてみたい。
- ・実務のメンバーと管理者側のメンバーの両方の構成であってもいいと思った。とても勉強になった。
- ・他施設と当院を比較する余裕がなかった。もう少し他施設を参考にする時間があればよいと思った。
- ・研修の内容によっては半日では足りない事も多いので、休日開催はあっても良いと思う。
- ・研修会は、東京会場が多いように思うので、各地方でも実施してもらいたい。

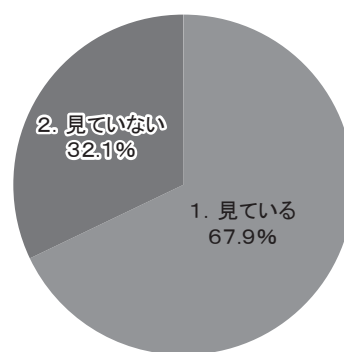
資料2 アンケート調査結果

「医療安全情報」のファックス未受信病院を対象とした「医療安全情報」の活用状況に関するアンケートを行った。

医療安全情報のファックスによる提供を行っていない病院3,385施設のうち1,022施設から回答があった（有効回答数1,021件、有効回答率30.2%）。なお、割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

問1 本事業が提供している最新の医療安全情報を定期的にご覧になっていますか。

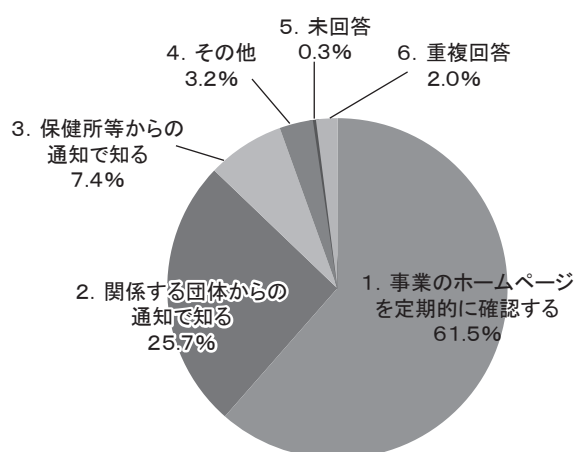
1. 見ている	693	67.9%
2. 見ていない	328	32.1%
合 計	1,021	100.0%



●問1で「1. 見ている」を選択された方への質問です。

問2 貴院では、最新の「医療安全情報」が公表されたことを、何を見て知りますか。

1. 事業のホームページを定期的に確認する	426	61.5%
2. 関係する団体からの通知で知る	178	25.7%
3. 保健所等からの通知で知る	51	7.4%
4. その他	22	3.2%
5. 未回答	2	0.3%
6. 重複回答	14	2.0%
合 計	693	100.0%

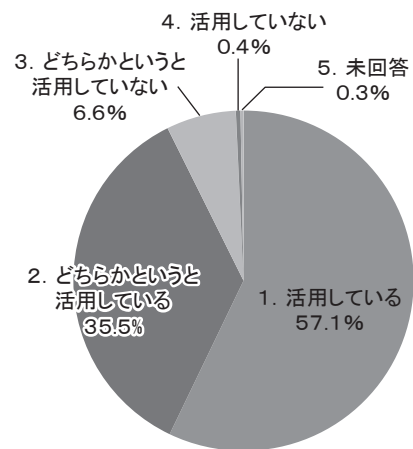


□その他の回答

- ・県から連絡がある（複数回答あり）
- ・経営母体からの通知（複数回答あり）
- ・PMDA メディナビ（メール）（複数回答あり）
- ・時折確認している（複数回答あり）
- ・メールで届いている（発信元不明）
- ・毎月15日の更新を知っている
- ・他施設のRMから聞いてたまたま見て気がつく
- ・他医療機関が発行するDINewsの中に入っている
- ・デジタルサイネージで毎日放送されている（医療情報配信サービス）
- ・院内LANに自動的に掲示されているものを確認する

問3 貴院では、「医療安全情報」を院内で活用されていますか。

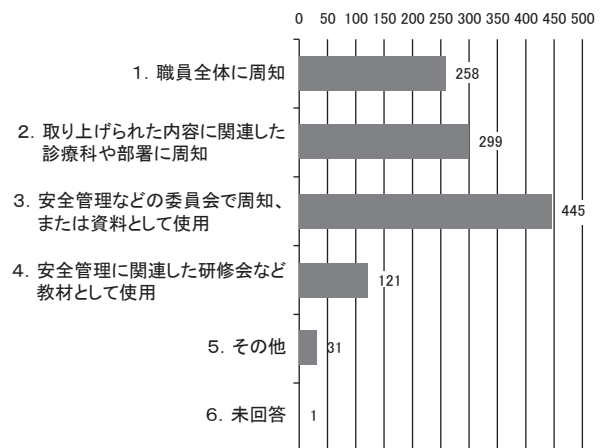
1. 活用している	396	57.1%
2. どちらかという活用している	246	35.5%
3. どちらかという活用していない	46	6.6%
4. 活用していない	3	0.4%
5. 未回答	2	0.3%
合 計	693	100.0%



○問3で「1. 活用している」または「2. どちらかという活用している」を選択された方への質問です。

問4 「医療安全情報」はどのように活用されていますか（複数可）。

1. 職員全体に周知	258
2. 取り上げられた内容に関連した診療科や部署に周知	299
3. 安全管理などの委員会で周知、または資料として使用	445
4. 安全管理に関連した研修会など教材として使用	121
5. その他	31
6. 未回答	1
合 計	1,155



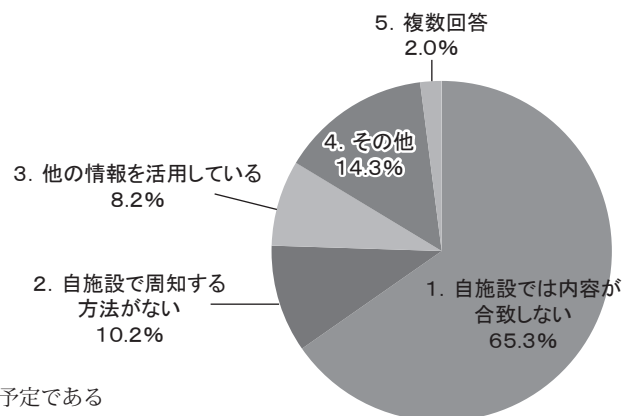
□その他の回答

- ・電子カルテ、または院内掲示している（複数回答あり）
- ・部署にファイルして保管（複数回答あり）
- ・同様の事例が発生した時、対策立案に活用（複数回答あり）
- ・会議にて周知（複数回答あり）

○問3で「3. どちらかという活用していない」または「4. 活用していない」を選択された方へ質問です。

問5 本事業の「医療安全情報」を活用していない理由を教えてください。

1. 自施設では内容が合致しない	32	65.3%
2. 自施設で周知する方法がない	5	10.2%
3. 他の情報を活用している	4	8.2%
4. その他	7	14.3%
5. 複数回答	1	2.0%
合 計	49	100.0%



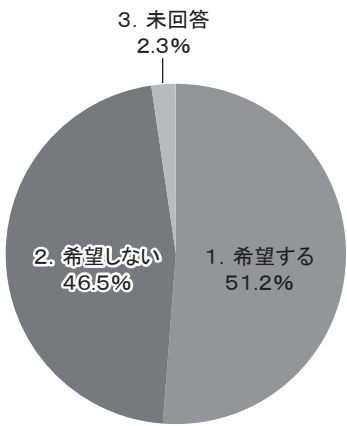
□その他の回答

- ・周知する仕組みを考えていなかったため、今後活用する予定である
- ・職員への意識づけが不十分である
- ・精神科病院なので内容が合致するものが少ないが、精神科でも身体管理が増えてきているので、今後活用したい
- ・当院は医療処置が少ない為、療養上の内容や医療処置・検査等に関する内容は活用している
- ・当院では事故はなく、軽微なインシデントが多い
- ・当院の現状から判断して関係のあるもののみを必要な部署に伝えている
- ・活用できる情報は活用しているが、今後もっと活用していきたい
- ・ホームページからその都度個人でしか情報を収集していない

●問1で「1. 見ている」を選択された方への質問です。

問6 今後、最新の「医療安全情報」のファックスによる受信を希望されますか。

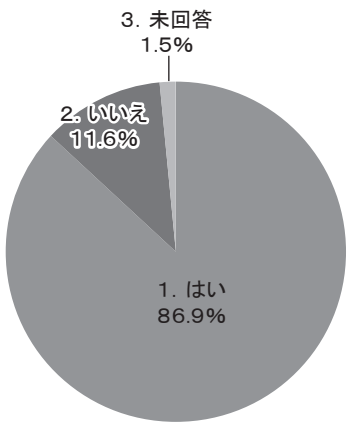
1. 希望する	355	51.2%
2. 希望しない	322	46.5%
3. 未回答	16	2.3%
合 計	693	100.0%



●問1で「2. 見ていない」を選択された方への質問です。

問7 今後、「医療安全情報」を入手してみようと思われませんか。

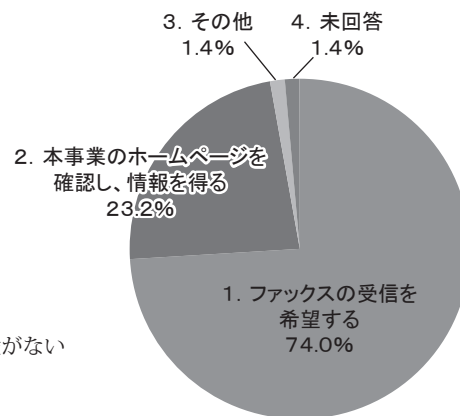
1. はい	285	86.9%
2. いいえ	38	11.6%
3. 未回答	5	1.5%
合 計	328	100.0%



○問7で「1. はい」を選択された方への質問です。

問8 今後、最新の「医療安全情報」が公表された情報をどこから入手されますか。

1. ファックスの受信を希望する	211	74.0%
2. 本事業のホームページを確認し、 情報を得る	66	23.2%
3. その他	4	1.4%
4. 未回答	4	1.4%
合 計	285	100.0%



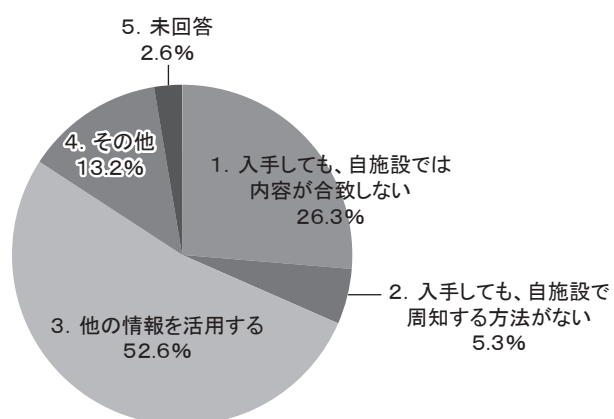
□その他の回答

- ・Emailで欲しい（複数回答あり）
- ・入手したいが決定権は病院にあり、医療安全委員会の決定権がない
- ・管理者のPCがネット環境にない

○問7で「2. いいえ」を選択された方への質問です。

問9 今後も、「医療安全情報」を入手されない理由を教えてください。

1. 入手しても、自施設では内容が 合致しない	10	26.3%
2. 入手しても、自施設で周知する 方法がない	2	5.3%
3. 他の情報を活用する	20	52.6%
4. その他	5	13.2%
5. 未回答	1	2.6%
合 計	38	100.0%



□その他の回答

- ・閉院予定のため
- ・医療安全情報を見ていない為、どんな内容が記載されているか自施設では内容が合致するのか不明な為
- ・病院から診療所に変更となった為

資料3 医療事故防止事業部 運営委員会名簿

2015年12月31日現在

氏名	所属機関名	役職
1 飯田 修平	公益社団法人 全日本病院協会	常任理事
2 飯田 英男	奥野総合法律事務所・外国法共同事業	弁護士
3 生野 弘道	一般社団法人 日本病院会	常任理事
4 今村 定臣	公益社団法人 日本医師会	常任理事
5 河野 龍太郎	自治医科大学 医学部 メディカルシミュレーションセンター	センター長 教授
6 國土 典宏	東京大学医学部附属病院 肝胆膵・人工臓器移植外科	教授
7 嶋森 好子	公益社団法人 東京都看護協会	会長
8 瀬古口 精良	公益社団法人 日本歯科医師会	常務理事
9 道明 雅代	公益社団法人 日本薬剤師会	理事
◎ 10 永井 庸次	株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院	院長
11 野本 亀久雄	公益財団法人 日本医療機能評価機構	特命理事
12 原田 悦子	筑波大学 人間系心理学域	教授
13 町野 朔	上智大学 生命倫理研究所	名誉教授
14 福井 トシ子	公益社団法人 日本看護協会	常任理事
15 丸木 一成	国際医療福祉大学	常務理事
16 山口 育子	NPO 法人 ささえあい医療人権センター COML (コムル)	理事長

◎座長

資料4 医療事故情報収集等事業 総合評価部会名簿

2015年12月31日現在

氏名	所属機関名	役職
1 鮎澤 純子	九州大学大学院 医学研究院 医療経営・管理学講座	准教授
2 稲井 隆	日本医療機器産業連合会 PMS委員会	副委員長
3 遠藤 直哉	フェアネス法律事務所	弁護士
4 小松 秀樹	特定非営利活動法人ソシノフ	運営会員
5 三田 哲也	日本医療機器テクノロジー協会 安全性情報委員会	副委員長
6 杉山 良子	パラマウントベッド株式会社 技術本部	主席研究員
7 高倉 照彦	医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 ME 室	室長
8 中村 均	帝京平成大学 薬学部	教授
9 野本 亀久雄	公益財団法人 日本医療機能評価機構	特命理事
◎ 10 長谷川 友紀	東邦大学医学部 社会医学講座 医療政策・経営科学分野	教授
11 樋口 晃	日本製薬団体連合会 安全性委員会 医薬品安全使用対策検討部会	
12 山内 豊明	名古屋大学大学院 医学系研究科 基礎看護学領域	教授

◎座長

資料5 医療事故情報収集等事業 専門分析班名簿

2015年12月31日現在

氏名	所属機関名	役職
1 鮎澤 純子	九州大学大学院 医学研究院 医療経営・管理学講座	准教授
2 荒井 有美	北里大学病院 医療の質・安全推進室	師長補佐
3 今井 正己	東レ・メディカル株式会社 透析事業本部 企画学術室	機器システム グループリーダー
4 岩瀬 利康	獨協医科大学病院 薬剤部	副部長
5 内山 裕司	テルモ株式会社 ME センター アフターセールス サービスグループ 管理企画サービス	主任技術員
6 宇野 宏志	株式会社スカイネット	取締役セールス ディレクター
7 櫛山 暁史	朝日生命成人病研究所 医療連携部	部長
8 楠本 茂雅	社会医療法人生長会 ベルランド総合病院 医療安全管理室	室長
9 櫻井 順子	順天堂大学医学部附属順天堂医院 医療安全管理室	課長
10 佐藤 景二	静岡市立静岡病院 医療技術部	部長
11 重森 雅嘉	静岡英和学院大学短期大学部 現代コミュニケーション学科	准教授
12 杉浦 宗敏	東京薬科大学 薬学部 医薬品安全管理学教室	准教授
13 杉山 良子	パラマウントベッド株式会社 技術本部	主席研究員
14 田中 克巳	昭和大学病院 薬剤部	課長
15 内藤 雅之	株式会社ジェイ・エム・エス	執行役員 ME 事業部長
16 永井 庸次	株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院	院長
17 中谷 順子	公益社団法人日本看護協会	
18 中村 均	帝京平成大学 薬学部	教授

氏名	所属機関名	役職
19 長谷川 友紀	東邦大学医学部 社会医学講座 医療政策・経営科学分野	教授
20 原田 賢治	東京農工大学 保健管理センター	准教授
21 藤田 茂	東邦大学医学部 社会医学講座 医療政策・経営科学分野	講師
22 藤盛 啓成	東北大学病院 医療安全推進室	室長 特命教授
23 不破 昌俊	泉工医科工業株式会社 安全管理部	部長
24 松村 由美	京都大学医学部附属病院 医療安全管理室	室長 准教授
25 宮本 智行	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 麻酔・生体管理学分野	助教
26 康永 秀生	東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻 臨床疫学・経済学	教授
27 山内 豊明	名古屋大学大学院 医学系研究科 基礎看護学領域	教授
28 綿引 哲夫	東海大学 基盤工学部医療福祉工学科	准教授

2016年8月29日 発行

医療事故情報収集等事業
平成27年 年報

編 集 公益財団法人 日本医療機能評価機構
発 行 公益財団法人 日本医療機能評価機構
郵便番号 101-0061
東京都千代田区三崎町1丁目4番17号
東洋ビル
電話 03-5217-0252

公益財団法人日本医療機能評価機構（以下「本財団」という）は、本報告書に掲載する内容について、善良なる市民および医療の質に関わる仕事に携わる者として、誠意と良識を持って、可能な限り正確な情報に基づき情報提供を行います。また、本報告書に掲載する内容については、作成時点の情報に基づいており、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

したがって、これらの情報は、情報を利用される方々が、個々の責任に基づき、自由な意思・判断・選択により利用されるべきものであります。

そのため、本財団は、利用者が本報告書の内容を用いて行う一切の行為について何ら責任を負うものではないと同時に、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものでもありません。

ISBN978-4-902379-62-4



9784902379624