

**医療事故情報収集等事業
第1回報告書**

平成17年4月15日

財団法人日本医療機能評価機構
医療事故防止センター

目次

第1回報告書公表にあたって	1
医療事故情報収集等事業の概要	3
報告の現況	7
1 登録医療機関	7
2 報告件数	7
3 報告の内容	8
4 報告・記載の現況	13
医療事故情報の分析体制と分析作業の現況	17
1 分析対象とする事象の選定と分析のプロセス	17
2 分析対象とするテーマの選定	18
3 個別のテーマについての検討状況	19
1) 手術等における異物残存	
2) 医療機器の使用に関する事故	
付録 医療機関における事故発生時の事実把握の方法について	21
参考	
資料1 報告義務対象医療機関一覧	26
資料2 医療事故防止センター運営委員会名簿	31
資料3 医療事故防止センター総合評価部会名簿	33
資料4 報告様式	34
資料5 医療事故情報収集等事業に関するFAQ	38

第1回報告書公表にあたって

財団法人日本医療機能評価機構
医療事故防止センター長
野本 亀久雄

平成16年10月1日をもって開始された医療事故報告制度も、平成17年3月で半年を迎えました。医療事故防止事業の目的は、ヒヤリ・ハット事例、事故事例や学会などから医療安全に資する情報を収集し、総合的に分析・検討したうえで、その結果を広く社会に提供し、医療事故の発生予防・再発防止を進めることにあります。これまで医療事故防止のために収集される情報は、いわゆるヒヤリ・ハット事例情報だけでしたが、この医療事故報告制度の開始によって、より広範に事故を防止していくうえで有用な情報が収集可能となりました。平成17年3月31日までに500を超える報告義務・参加登録医療機関から医療安全のために531件のご報告を頂いております。質の高い事故情報のご提供は本事業の根幹を成すものであり、今後の医療安全対策の成否に関わる非常に重要な事項です。ご報告いただいた医療機関に深く感謝の意を述べさせていただくとともに、今後とも本事業にご協力くださいますようお願いいたします。

ここで当センターの目標（ミッション）と価値観（バリュー）を理解していただくために、ひとつたとえ話をしたいと思います。

日本全国で日照りが続き早魃だ、水が足りないという状況であるとしましょう。そんな時、どのような行動をとればよいのでしょうか。

この状態を解決するためには2つのアプローチがあると思います。ひとつは、一箇所一箇所給水車で廻り、水の足りないところに水を配って歩くことです。もうひとつは、全国津々浦々まで雨が行き渡るように雨雲を呼ぶことです。前者では給水された町や村は潤うでしょうが、自分の町や村に給水車が来るのを長い時間待つところも出てきます。一方、雨雲は一斉に雨をもたらしてくれるかもしれませんが、雨雲を呼んできて雨を降らすのには多少時間がかかりますし、どの町や村もすぐには潤わないかもしれません。どちらの方法も一長一短があります。

医療安全対策も同様に、一つ一つの病院に対する支援や事故にあった患者さんに対する支援と、日本全体の医療安全の向上は別に考えていかななくてはなりません。どちらのほうが優先されるとか重要だとかいうことではありません。どちらの役割も同様に必要とされているのです。

当センターの役割は、後者のあまねく日本の空に雨雲を呼ぶことです。つ

まり個別の情報から全国の医療機関・日本に住む全国民に向けて事故防止対策を提言し、実際に事故を減らす取り組みを行っていくものです。当センターはこの価値観（バリュー）に基づいて、日本の医療事故を減らすという目標（ミッション）に向かって活動を行ってまいりたいと思います。

勿論、収集する情報の質を高めるためには分析手法などの教育・研修が重要であり、かつ医療機関に対する医療安全対策の普及・啓発も欠かせません。それは日本の医療システムにおいて医療安全を支える人材育成、あるいは当センターで分析・検討を行った改善策の周知として位置づけられることとなります。

今回の報告書では医療事故報告制度を取り巻くさまざまな問題点も含めてお示しさせていただいておりますが、さまざまな困難はあるにせよ医療安全対策のための情報収集体制は一步前進したといえるでしょう。医療安全対策を進める上で重要なのは、関係者がそれぞれの立場から積極的に関与していただくことです。この報告書を契機とし、医療安全に関わる皆様の協力により一層の医療安全対策推進のための第一歩となることを切に望みます。

医療事故情報収集等事業の概要

1 医療事故報告制度制定の経緯

厚生労働省医政局長及び医薬食品局長が設置した医療安全対策検討会議が平成14年4月に取りまとめた報告書「医療安全推進総合対策」は、医療に関わるすべての関係者が医療安全を確保するために果たすべき責務と役割を広く社会に示した。

同報告書は、平成13年10月から既に開始されてい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）について、「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」ことを指摘している。また同時に、医療事故事例についてもその収集可能性を指摘しながらも、法的な問題を含めてさらに検討する必要があると結んでいる。

同報告書を受けて、国はすべての医療機関及び有床診療所に対して、安全管理指針の整備、安全管理に関する委員会の設置、安全管理のための職員研修、事故等の院内報告制度を義務付けた。さらに特定機能病院・臨床研修病院には、医療安全管理者の配置、医療安全管理部門の設置、患者の相談窓口の設置を義務付けた。また、法律的な側面から報告制度を検討するため、「医療安全対策検討会議」の下に「医療に係る事故事例情報の取り扱いに関する検討部会」を設置した。

平成15年4月15日に公表された同部会報告書は、医療事故事例情報を幅広く収集し、総合的に分析・検討したうえで、その結果を事故の発生予防・再発防止に役立てるために幅広く提供する仕組みを構築すべきであること、そのために行政及び医療事故の直接の関係者から独立し、国民や医療関係者から信頼される中立的な第三者機関の設置が必要であることを提言した。

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、既に医療事故の分析体制が確立されている国立高度専門医療センター、特定機能病院等に対して事故の報告を義務付けた。この省令により、我が国に医療事故に関する報告制度が誕生した。

平成16年7月1日をもって、財団法人日本医療機能評価機構は医療事故等情報収集・分析・提供事業の円滑な運営のため、本機構内に医療事故防止センターを付設した。また、同年10月1日をもって本機構は厚生労働大臣の登録分析機関として医療事故情報収集等事業を開始し、同年10月13日よりイン

ターネット回線を通じて医療事故報告の受付を開始した。

平成17年1月21日、当センターは報告情報の取り扱いや報告医療機関との守秘事項等を明記した事業要綱を関係機関に送付した。

2 医療事故報告制度の概要

1) 対象医療機関

当事業の対象医療機関は報告義務対象医療機関と参加登録申請医療機関である。

・報告義務対象医療機関（資料1）

国立高度専門医療センター及び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（昭和二十二年法律第二十六号）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

・参加登録申請医療機関

報告義務対象医療機関以外で当事業に参加を希望する医療機関は、必要事項の登録を経て参加することができる。

2) 対象情報

本事業において報告の対象となる情報は次の通りである。

誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案。

誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。）

及び 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案。

3) 報告方法・報告期日

医療事故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。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。

4) 本事業の運営体制

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当センターに以下の委員会等の機関を設置している。

(1) 運営委員会

医療全般、安全対策などの有識者や一般有識者など23名(平成17年3月末現在)で構成し、本事業の活動方針の検討及び活動内容の評価を行う(資料2)。本財団の寄付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

総合評価部会

各分野からの専門家など15名(平成17年3月末現在)で構成し、後述の「専門分析班」が作成した報告書を総合的に評価・検討する(資料3)。また、分析手法や方法等に関する技術的支援も行う。

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で構成し、報告事例の確認・分析・対策の立案などを行い報告書案を作成する。必要に応じて、分析・対策立案に必要な情報の収集や現地状況確認調査を実施する。現在20名弱の専門分析班員が活動を行っている。

(3) 医療事故防止事業部

【企画調整課】

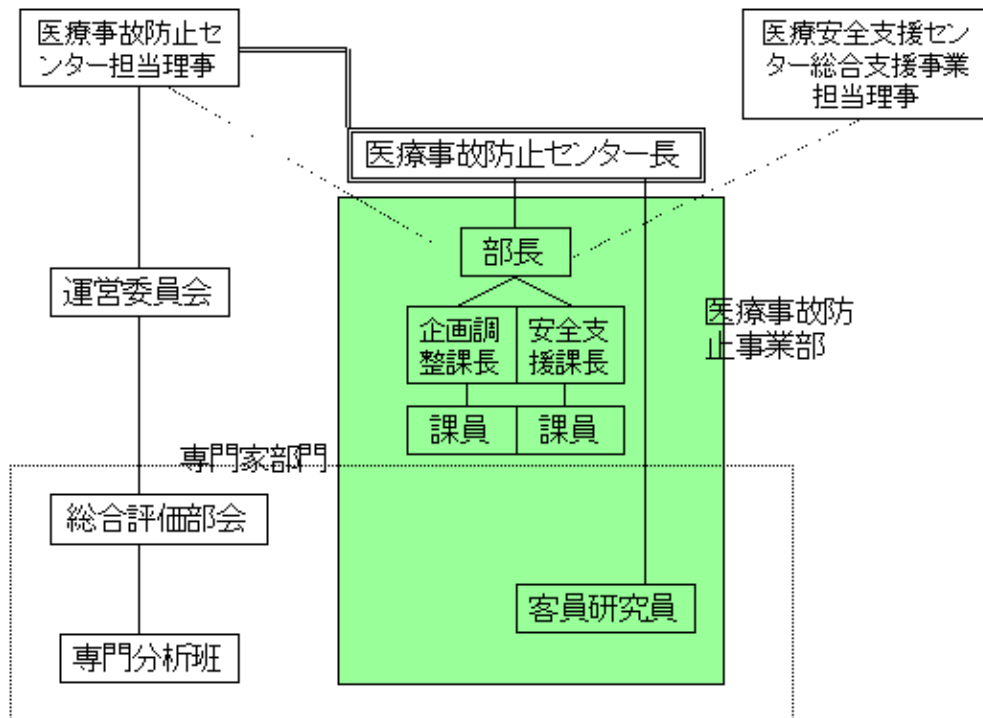
医師、看護師等の医療専門職を中心に専任職員ならびに客員研究員を配置し、ヒヤリ・ハット事例、事故事例情報の受付や医療安全に有用な情報の収集等を行う。また、必要に応じて専門分析班と共に現地での状況確認に同行し、情報収集を行う。

5) 分析・提供体制

報告された一次情報を取り扱うのは、当センターの守秘義務規程の対象となる職員・客員研究員のみである。情報はこれらの職員等の手によって匿名情報化してから分析に供される。

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分析班が報告書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を専門的な見地から検討し、報告書として取りまとめて、当機構から広く社会に公表する。

参考 医療事故防止センター組織図



報告の現況

1 登録医療機関

医療事故情報収集等事業に現在参加している登録医療機関は下記の通りである。

(平成17年3月31日現在)

設置主体	登録医療機関	報告義務医療機関(再掲)
国立等	217	216
自治体	35	9
公的医療機関	98	0
法人関係	161	51
個人	22	0
合計	533	276

平成17年3月31日現在の報告義務医療機関の病床数総計は147,986である。

2 報告件数

現在までの報告件数は下記のとおりである。

1) 月別報告件数

(平成17年3月31日現在)

	平成16年			平成17年			合計
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
報告件数	42	93	104	110	101	81	531
〔報告義務〕 〔医療機関数〕	279	279	277	277	277	276	-
〔参加登録〕 〔医療機関数〕	111	169	215	237	247	257	

2) 報告義務医療機関の報告状況

(平成17年3月31日現在)

	登録数	報告 医療機関	報告件数	備考
国立高度専門医療センター 及びハンセン病療養所	21	11	25	
国立病院機構	149	50	122	独立行政法人国立病院機構の開設する病院
学校法人	51	62	334	「特定機能病院」および「学校教育法に基づく大学の附属施設である病院」のうち私立学校法人が開設するもの
国立大学法人・公立大学	55			「特定機能病院」および「学校教育法に基づく大学の附属施設である病院」のうち国立大学法人・自治体が開設するもの
合計	276	123	481	
再掲(特定機能病院)	(81)	(63)	(342)	

3 報告の内容

1) 「事故の概要」による分類

事故の概要	報告件数	(%)
指示出し	1	0.2
薬剤	30	5.6
輸血	1	0.2
治療処置	162	30.4
医療用具	17	3.2
ドレーン、チューブ	35	6.6
歯科医療用具	2	0.4
検査	20	3.8
療養上の世話	117	22.0
その他	110	21.0
コード選択なし	36	6.8
合計	531	100

「コード選択なし」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「事故の概要」のチェックボックスに選択がないものを指す。

2) 「事故の程度」による分類

事故の程度	件数
死亡	83
障害残存の可能性がある（高い）	74
障害残存の可能性がある（低い）	254
不明	102
コード選択なし	18
合計	531

「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もの、警鐘的事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

「事故の程度」は患者の転帰を示すが、必ずしも直接的に事故との因果関係が認められるものではない。

「コード選択なし」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「事故の程度」のチェックボックスに選択がないものを指す。

3) 「発生場所」による分類

報告件数 全 531件の「事故の発生場所」の内訳は次の通りである。

発生場所	件数	発生場所	件数
外来診察室	10	放射線治療室	4
外来処置室	3	放射線撮影室	12
外来待合室	1	透析室	3
救急外来	6	分娩室	3
病室	241	機能訓練室	4
病棟処置室	8	トイレ	25
手術室	77	廊下	13
ICU	14	浴室	7
CCU	4	不明	3
NICU	4	その他	51
検査室	5	コード選択なし	8
カテーテル検査室	25	合計	531

「コード選択なし」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「発生場所」のチェックボックスに選択がないものを指す。

4) 「事故発生場面」と「事故の程度」

項目	件数	死亡	障害残存 (高)	障害残存 (低)	不明	コード選択 なし	計						
薬剤に関する項目													
与薬準備	3	1	1	18	10	0	30						
皮下・筋肉注射	1												
静脈注射	8												
末梢静脈点滴	7												
中心静脈注射	3												
内服	4												
その他	3												
薬剤管理(その他)	1												
輸血に関する項目													
輸血検査	1	0	0	1	0	0	1						
治療・処置に関する項目													
開頭	3	21	21	73	26	6	147						
開胸	6												
開心	4												
開腹	17												
四肢	2												
鏡視下手術	3												
その他の手術	11												
術前準備	2												
術前処置	2												
術後処置	5												
その他の手術に関する場面	10												
全身麻酔(吸入麻酔+静脈麻酔)	1												
静脈麻酔	1												
脊椎・硬膜外麻酔	2												
その他	1												
その他	3												
血液浄化療法(血液透析含む)	2												
IVR(血管カテーテル治療等)	17												
放射線治療	2												
リハビリテーション	3												
非観血的歯科治療	1												
内視鏡的治療	4												
その他	8												
中心静脈ライン	14												
末梢静脈ライン	4												
血液浄化用カテーテル	1												
ドレーンに関する措置	6												
創傷処置	2												
その他のチューブ類の挿入	6												
その他の救急措置に関する場面	4												
医療用具の使用・管理に関する項目													
人工呼吸器	7							1	3	6	12	1	23
人工心肺	2												
輸液・輸注ポンプ	1												
心電図・血圧モニター	4												
パルスオキシメーター	1												
その他の医療用具(機器)の使用・管理に関する場面	8												

項目	件数	死亡	障害残存 (高)	障害残存 (低)	不明	コード選択 なし	計
ドレーン・チューブ類の使用、管理							
中心静脈ライン	7						
末梢動脈ライン	1						
気管チューブ	7						
栄養チューブ (NG・ED)	1						
尿道カテーテル	1						
腹腔ドレーン	2	3	3	27	5	1	39
脳室・脳槽ドレーン	3						
皮下持続吸引ドレーン	1						
硬膜外カテーテル	2						
血液浄化用カテーテル・回路	2						
その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する場面	12						
歯科医療用具・材料の使用、管理							
その他の歯科医療用具 (機器) ・材料の使用・管理に関する場面	1	0	0	1	0	0	1
検査に関する項目							
採血	1						
その他の検体採取	4						
一般撮影	1						
血管カテーテル撮影	2						
下部消化管撮影	1	5	2	7	3	0	17
その他の画像検査	2						
上部消化管	2						
下部消化管	2						
病理検査	2						
療養上の世話に関する項目							
気管内・口腔内吸引	1						
体位変換	1						
清拭	1						
更衣介助	3						
食事介助	5						
入浴介助	1						
排泄介助	7						
移動介助	6						
搬送・移送	1						
患者周辺物品管理	1						
配膳	1						
患者観察	7	18	25	79	24	2	148
その他の療養上の世話に関する場面	13						
経口摂取	3						
散歩中	4						
移動中	35						
外出・外泊中	3						
食事中	3						
入浴中	3						
着替え中	1						
排泄中	18						
就寝中	9						
その他の療養生活に関する場面	21						
その他							
その他	37	13	5	10	8	1	37
記載なし							
記載なし	88	21	14	32	14	7	88
計	531	83	74	254	102	18	531

「コード選択なし」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「発生場所」のチェックボックスに選択がないものを指す。

「発生場面」とは報告様式の『発生場面・場所・内容に関する情報』において「15.発生場面」として報告された内容を指す。

5)「発生場所」と「事故の程度」

発生場所	死亡	障害残存 (高)	障害残存 (低)	不明	コード選択 なし	計
外来診察室	2	1	5	1	1	10
外来処置室	0	0	2	0	1	3
外来待合室	1	0	0	0	0	1
救急外来	1	1	4	0	0	6
病室	40	35	111	52	3	241
病棟処置室	1	1	4	1	1	8
手術室	6	12	41	17	1	77
ICU	4	3	4	3	0	14
CCU	0	1	1	1	1	4
NICU	1	1	2	0	0	4
検査室	1	0	2	2	0	5
カテーテル検査室	3	6	12	3	1	25
放射線治療室	0	0	3	1	0	4
放射線撮影室	2	2	5	2	1	12
透析室	0	0	3	0	0	3
分娩室	1	0	1	1	0	3
機能訓練室	0	0	1	3	0	4
トイレ	2	4	15	4	0	25
廊下	0	2	9	2	0	13
浴室	2	1	4	0	0	7
不明	0	1	2	0	0	3
その他	16	3	21	7	4	51
コード選択なし	0	0	2	2	4	8
計	83	74	254	102	18	531

「コード選択なし」とは事故の詳細については記述情報に記載されているがそれぞれのコード化情報のチェックボックスに選択がないものを指す。

4 報告・記載の現況

1) 報告状況の分析

平成17年3月31日までに報告された531件の報告状況について分析を行った。

(1) コード選択形式による報告

コード選択形式は事例情報のうち、コード選択によって報告が可能な部分を収集するために用いられる。この方法は主に次の二つの理由から採用されている。

- ・報告をすべて記述形式で行うと情報入力負担が非常に大きくなる。
- ・マクロ的な分析を行う場合、記述形式では情報のばらつきが大きく処理が困難になるので定型的に処理できるようにする。

このために報告様式(資料4)では、各項目毎に回答の可能性がある内容をあらかじめ抽出してコードとしてプルダウン、チェックボックスなどの形で示し、その中から選択することとしている。適切なコードが見つからない場合は、「その他」の項を選択のうえ、詳細を記述する形式としている。

記述情報とコード化された情報(以下「コード化情報」と記す)は相互に補完的である。コード化情報の内容は、記述情報に重複して記される場合もあるが、そのほとんどはコード選択形式で報告されなければ収集できない情報である。このため、情報収集にあたってはコード選択形式による各項目の報告率とコード選択の精度が問題となる。

「コード選択なし」の発生状況

コード化情報に関する未選択率が高いものを表に示した。患者に関する情報、医療従事者に関する情報の項目の未選択率は共に高い。患者の年齢・性別のいずれも報告していない事例は166件である。また、「発生場面」「発生要因」に関する未選択率も高い。

当事者に関する情報に未選択が高い理由は不明であるが、4月からの個人情報保護法の施行の影響や、入力者が記述情報で固有名詞等をマスクしても個人を特定化される恐れがあると判断したことなどが推測される。しかし、データ欠損が一定以上の規模になると、個別の事例分析の障害となるだけでなく、医療事故のマクロ的分析を行う上で障害となる可能性があるため、今後検討が必要である。

「発生場面」の未選択率が高い理由は明確ではないが、入力漏れや選択困難が考えられる。

「発生要因」については、入力漏れのほか、報告期日が2週間以内であるためその間に特定できず未記入となっている可能性がある。

コード選択の妥当性

コード選択が行われているものの、コード間の齟齬があったり、内容的に矛盾するものも散見する。単純なエラーのほか、各コードに関する入力者の受け止め方が影響していることも考えられる。

コード選択が適切に行われなかった場合も未選択の場合と同様、医療事故のマクロ的分析を行う上で障害となる可能性がある。

コード	未選択数	全報告に対する未選択率(%)
事故の程度	20	3.75
発生場所	10	1.88
事故の概要	38	7.13
関連診療科	16	3.00
患者の年齢	167	31.33
患者の性別	181	33.96
患者区分	127	23.82
事故直前の患者の状態	64	12.00
発見者	18	3.38
当事者職種	57	10.69
当事者職種経験	110	20.63
当事者部署配属期間	136	25.51
当事者勤務(夜勤等回数)	141	26.45
発生場面	71	13.32
事故の内容	42	7.88
発生要因	54	10.13

(2) 記述形式の報告

記述形式で提供される情報は以下の項目等である。

コード化情報の「その他」選択時の補足情報

実施した医療行為の目的

事故の背景・要因

改善策

医薬品・医療用具（機器）に関する情報

このうち、
、
についてはすべての事例で記入が必要である。

未記入件数を下表に示す。なお「事故の背景・要因」と「改善策」については、いずれも記載されていない報告は21事例である。

コード	未記入数	全報告に対する 未記入率(%)
実施した医療行為の目的	127	23.82
発生要因	54	10.13
背景・要因	41	7.69
改善策	38	7.13

また、記述の内容の問題点については以下のような点が挙げられる。

記述量が少なく発生事象の詳細が不明である。

事象は記述されているが、重要と考えられる情報が不足している。

事象は記述されているが、事実と推定が混ざっており分析の障害となっている。

固有名詞等の削除・マスキングが報告時点で行われていない。

2) 報告状況改善のための検討

ここまで述べてきたような報告状況に関して、報告システムを運営する上で、今後以下のような検討を行う必要がある。

(1) コード化情報の報告精度を上げるための方策

データ欠損が今後当事業に及ぼす影響は少ない。各項目の意図するもの、報告期日までに優先して確認していただきたい事項、確認できなかった場合の報告方法などについて記載要領等で周知する必要がある。また、入力漏れや選択困難、コード間の齟齬などが起きにくい報告画面の検討も必要である。当事者情報に関するコード未選択に関しては、引

き続き推移を見ると共に、発生要因に関する分析を行っていく必要がある。

併せて、各医療機関にはもれなく情報入力を行うよう強く望みたい。

(2) 分析に必要な十分な記述情報を収集するための方策

報告される事例は、何が発生したのか把握可能な情報を過不足なく含んでいる必要がある。定まった様式内で受け取れる情報量や、報告期日、報告者側の入力の負担を考慮すると、その制約の中での集約方法や必要な情報の在り方が問題となる。

医療事故発生直後の事実関係の把握は、その後の分析や対策立案の質に影響を及ぼす。当事者の記憶が薄れないうちに事実確認を行うことは、医療機関個々における事故防止対策としても重要である。各医療機関がこの点に関する知識・技術を身につけることは医療安全管理体制の向上に大きく寄与すると考えられる。残念ながらこれまでの報告事例の中には、当事者が記載した書面に基づいて直接報告されたと考えられる事例もあり、周辺状況を含め分析に必要な情報が大幅に不足している事例もある。医療事故発生時の事実確認と情報整理は、当事者以外の第三者、特に医療安全の実務を担当しているような、医療安全に関する知識を有する者が幅広く背景要因を含めて行うことが望ましい。しかし、必ずしもそのような状況にはなっていないことが報告状況から伺える。

こうした現状を鑑みると、まず医療機関における事故発生直後の事実確認や情報整理の方法を確立すること、それを各医療機関が実践するための支援を行うことが必要である。またその普及方法については、現在まで行われているような集合教育だけでなく、自己学習型教材の開発など、医療現場の多様なニーズを視野に入れながら実施する必要がある。

医療事故情報の分析体制と分析作業の現況

1 分析対象とする事象の選定と分析のプロセス

報告された各事例は、多様な医療職種の専門家からなる分析班によって、事故の内容・患者への影響度・再発の可能性・発生の頻度等の観点から評価される。この結果は集約され、事象毎にカテゴリーに分類される。カテゴリーには、たとえば「薬剤に関連する事例」、「機器等の遺残」、「人工呼吸器の使用に関連した事象」、「転倒・転落」などが挙げられる。各カテゴリーに対する評価が行なわれ、取り組みが可能な事象が分析対象として抽出される。取り組みが可能となるためには、総合的・多面的に事象を分析することが可能なだけの情報の質及び量が必要である。

当面取り組むべき事象を決定する際には、次の観点から検討し決定している。

一般性・普遍性

わが国のどの医療機関においても発生する可能性が高く、分析結果が一般化・普遍化できるものであるかどうか。

発生頻度

報告数の多い事例であるか。

患者への影響度

発生した場合に、患者の健康に対し重篤な影響を及ぼすものであるか。

防止可能性・回避可能性

何らかの防止あるいは回避対策の立案が可能である、あるいは状況の改善が見込まれるかどうか。

教訓性

既に確立した改善策や優れた改善策があるが広く知られていないため、それを周知することで医療安全に資するものであるかどうか、あるいは報告数の多寡に関わらず警鐘的と考えられる事例であるかどうか。

報告事例は追加情報も含めてカテゴリー毎に蓄積される。分析事例の選定は多面的に事例を検討するために分析班によって行われる。分析班会議では、先行研究や他の医療機関の改善策に関する情報交換、改善策に関するアイデアや方向性などが検討される。このプロセスにおいて、分析班は事例を読み評価しつつ、同時に事例の該当するカテゴリーの探索、分析可能な事例を蓄積し対策立案が行えるようになったカテゴリーの発見や、不適切なカテゴリーの整理

を行う。

総合的な検討と対策立案が可能な情報蓄積が行われた時点で、各カテゴリーはさらに個別事象に特化した専門家から成る独立した分析班の手に委ねられる。従って分析班では、分析事例の選定とともに、いくつかの特化した事象の蓄積を並行して取扱うことがありうる。例えば、「事象 A については情報を蓄積中、事象 B、C については対策を立案中、事象 D については含まれている事例を再度精査の上、整理し直して2つのカテゴリーに再編する。このために事象 B、C についてはそれぞれ独立した分析班を編成して別に運営する」といった分析プロセスが想定される。

2 分析対象とするテーマの選定

平成17年3月31日までに報告された医療事故情報から医療事故防止につながる分析検討作業を行うテーマを分析班において選定し、それぞれのテーマについて個別の分析班（プロジェクトチーム）を設けることとした。

テーマの選定に当たっては、実際に事故が発生している内容の中から、前述した5つの観点から選択を行った。なお、今後もこの観点からテーマ設定を行う予定である。

平成16年度にプロジェクトチームを設けて分析を開始したテーマは、以下の2つである。

手術等における異物残存

医療機器の使用に関する事故

平成17年度の当事業においてはさらに数個のテーマを設定する予定であり、事故情報の事例検討を行っているところである。

プロジェクトチームにおいて分析が開始されたテーマについては、報告事例の事実確認と対策案の検討を進めているところである。いくつかの事例においては、追加的な情報を得るため当該医療機関に訪問する追加調査も実施している。次節において、現在の各々のテーマについての現状と分析の進捗状況についての報告を行う。

3 個別のテーマについての検討状況

1) 手術等における異物残存

報告された事故事例のうち、手術等における異物残存に関するものは平成16年10月から平成17年3月までの6ヶ月間で16件であった。このうち、5件の事例については個別医療機関に調査を行い情報収集した。

異物の内容としては、ガーゼ(2件)、縫合針(2件)、鉗子、金属プラグ、スプーン、開創器の部品、ネジ、義歯、義歯のブリッジ金具、カテーテル(2件)、ドレーン(2件)、アバットメント(インプラントに使用する装置)等、多岐にわたっている。遺残物には、手術に直接関係するものと、そうでないものがあり、手術に関するものを2つに類型すると、本来手術野において手術操作を加える際に使用し、手術終了時あるいはそれ以前に手術野から取り除くべきであったが取り除き忘れたもの(ガーゼ、縫合針、鉗子)、本来、体外あるいは手術野とは異なる場所で使用していたものが落下した、あるいは一部分解した等の理由により遺残したもの(開創器の部品、金属プラグ、スプーン、ネジ)に類型でき、それぞれに対し異なる対策が必要ではないかという議論が分析班においてなされている。手術に直接関係しない遺残物としては、歯科に関するもの(義歯、義歯のブリッジ金具、アバットメント)、チューブ類(カテーテル、ドレーン)があった。異物残存の原因としては、分析・検討作業の途中であるが、個別のさまざまな要因が相互に関連して発生していると考えられる。例えば、手術中あるいは終了時にそれらの異物の数を数え、間接的に遺残物のないことを確認する方法である。例えばガーゼカウント、機器カウントの方法の不備や、手術後のエックス線撮影により残存物の有無を確認する方法の不備やその実施の有無にばらつきがある事例が見られた。

分析班では、現段階で収集された情報に基づき、手術等における異物残存を予防する方策として、各医療機関において取り組むことのできる防止対策を検討するとともに、医療材料や手術用具といったモノの面からの改善といった単独の医療機関では取り組むことが難しいと考えられる対策等についても検討課題として分析・検討作業を行っているところである。

また、手術等における異物残存に関しては、さらに情報を収集するため、第15回のヒヤリ・ハット事例収集事業(平成17年1月~3月発生分・平成17年5月締切)の事例収集テーマとして設定したところである。このヒヤリ・ハット事例の収集により、異物残存を未然に防ぐことができた事例等の情報を収集し、異物残存の原因を具体的に特定することや、その防止策の策定に資することが期待できる。

2) 医療機器の使用に関する事故

医療機関から報告された事故事例のうち、医療機器の使用に関して発生した事故は平成16年10月から平成17年3月までの6ヶ月間で7件であった。このうち、1件の事例については個別医療機関に調査を行い情報収集した。

機器の使用に関する事故の内容としては、アラームの設定に関するもの(2件)、チューブの接続に関するもの、人工呼吸器に関するもの、自動縫合器に関するもの、放射線治療機器に関するもの、ダーマトーム(皮膚の採取に使用する医療機器)である。

機器の使用に関する事故の原因として医療機関から報告から考えられるものは、以下の事例である。

誤ったアラーム設定(アラームをOFFとしていた事例を含む)

チューブの接続外れ

医療機器、医療用具の操作ミス

医療機器の誤作動と考えられるもの

現在、医療機器に関して発生する事故については分析・検討を進めているところであり、まだ報告できるまでの精査に至っていない。今後も鋭意分析作業を行っていくこととしている。

なお、医療機器の使用に関する事故に関しても、手術等における異物残存と同様に、さらに情報を収集するため、ヒヤリ・ハット事例のテーマとして設定を行うこととした。第15回のヒヤリ・ハット事例収集事業(平成17年1月~3月発生分・平成17年5月締切)においては、人工呼吸器に係るエラーを事例収集テーマとして設定し、情報の提供を求めているところである。事故事例情報とヒヤリ・ハット事例情報を総合的に分析することによって、医療機器の使用に関する事故を未然に防ぐためのよりよい方策の策定が期待できる。

分析班では、現段階で収集された情報に基づいて、医療機器の使用に関する事故を予防する方策として、個別の医療機関で取り組める方策に加え、医療機器の構造上の具体的な改善点に関して何らかの提言を行うことが可能であるかどうかについて検討しているところである。

付 録 医療機関における事故発生時の事実把握の方法について

医療事故情報を収集・分析する目的は、事故から事故防止の対策を作成したり、普遍的な教訓を見出しそれを周知するなどして、同様な事故の再発を防ぐための対策を講じることである。このためには、事故情報の分析を行うまでの過程において、事故情報を正確に、かつ活用が容易な形に整理することが重要である。

しかしながら、当事業において報告された事故情報の分析に当たり、報告された事故情報の内容を見ると、分析班において事故の事実把握が必ずしも十分にできない報告が認められる。そのため、ここでは事故の再発を防ぐという目的を達成するために、事故発生時に必要な情報収集及び整理について述べるとともに、その具体的な方法の一例を紹介する。

1 事実把握の重要性

一般に、事故がひとつの事象のみによって引き起こされることは稀であり、「事故は色々な事象の連鎖の結果起きる」と言われている。多くの事故では、原因を探索すると、まず誰かが誤った指示を出したり誤った解釈をするなどして、それを次の人が受け継ぎ、そして受け継いだ人が再度その意味を間違えて伝達するという具合に、指示の誤りや解釈の誤りなどの事象が積み重なり、その誤りが修正されることがない場合に最終的に事故が発生するという過程をたどる。事故が起きた原因を明らかにするためには、まず「事故は色々な事象の連鎖の結果起きる」という認識を関係者が共有することが重要である。

事故の原因を探索するに当たっては、はじめにひと繋りの鎖ともいえるべき事象の連鎖を、一つ一つの事象に解きほぐし、事故に至るまでの過程として改めて並べ直してみるという作業が必要である。記憶は時間が経つと曖昧になり易いため、事故発生時の状況などは時間が経つと関係者の記憶に基づいて再現することが難しくなることが多い。事故が発生した背景も含め、事故に関連する事象を一つ一つ丹念に確認することは容易なことではないものの、この作業なくしては効果的な事故分析を行うことは困難である。事故防止対策を検討するためには、まず事故発生後の早い時期に、発生した一連の事象を構成する一つ一つの事象を明らかにするための情報収集を行うことが必要である。「事故は色々な事象の連鎖の結果起きる」という基本的な考え方に基づいた事実把握を行うことが重要である。

2 事故発生時の情報収集の基本

多くの事故においては、事故が発生したことが明確に認識された時点より以前に、事故の誘因となる事象が発生している。従って事故が発生した時点だけではなく、それ以前の情報を収集し整理する必要がある。また事故には複数の者が関わるが多いため、関係者のそれぞれの行為の相互関係や時間的な関係に関する情報を収集することも必要である。

しかし、事故発生前後にどのようなことが発生していたのかを明らかにすることは容易なことではない。医療施設によっては事故の当事者が実質的に医療事故報告書等を作成することとされており、当事者の作成する報告は当事者が事故の発生時点で知り得た限定的な情報や当事者のみの視点から作成されることとなる。この場合、直接的、あるいは間接的のいずれかを問わず、事故の発生に影響を及ぼした重要な事象の記載がなされない可能性がある。従って、このような当事者に大きく依存して収集された情報や医療事故報告書に基づいて事例を分析することは、結論に偏りが生じることが懸念されるなど有効な改善策に繋がらない可能性がある。

事故情報の分析および事故防止対策の作成を目的とした情報収集は、特に医療安全の知識と技術を有する専門家や第三者で同様の能力を有する者が、複数の関係者の証言に基づいて事実確認をした上で、それらの情報を取りまとめて記載することが望ましい。そのため、医療事故報告を作成するに当たっての事実確認に関しては、当事者のみに依存するのではなく、医療施設内の医療安全担当者の重要な業務として位置づけて、当事者も含めた関係者からあまねく情報収集することが重要である。

また、事実確認の作業に当たっては、事故の当事者の記憶が薄れないできるだけ早い時期に事実の確認を行うことが重要である。特に事故調査委員会を設けて検討するような事故や、事故のために患者が予想された以上の治療を受けることとなったり健康障害が発生したような事例においては、事故の当事者を含む関係者全員に対し、可能な限り早い時期に詳細な事実確認を行い整理することが重要である。

3 収集した事故情報の整理方法

前述したように、一般に事故は色々な事象の連鎖の結果起きることが多いため、事故が発生するまでの一つ一つの事象を明らかにするためには、事故が発生するまでの情報の収集の後、効率よく整理するための方法を活用することが重要である。一つ一つの事象の多くは、相互に関連しながら時間的に並行して

進行していることが多いため、この複雑な状況における一つ一つの事象を正確に把握するために、事象をわかり易く示す必要がある。

そのための選択肢のひとつが、事象を時系列に並べる方法である。表1に時系列的整理の実際を示した。これは異型輸血の事例である。縦軸に輸血という医療行為の指示から実施までの時間経過を、そして横軸にこの事例に関わった全ての医療関係者が記載されている。それぞれの関係者の行為は時間経過に沿って時系列に並べられ、この表のマトリックスのいずれかに位置づけられ、記載される。関係者の選定に当たっては、事象に直接関わった人だけでなく、例えば事象の経過の中で、声を掛ける、という形で関わっていた者や、事象の発生場所と同じ場所で別の作業をしていた者も、発生した事象に何らかの影響を及ぼしている可能性があるため排除することなく表中に記載する必要がある。実際に事故の分析においては、分析の結果思いもよらぬ形で事故の発生に関与していたことが明らかになる場合もある。そのため関係者の間にどのようなやり取りがあったかも含め、広く情報を収集、整理することが重要である。

このような方法で、事象の発生に関わる全ての関係者を対象に、時系列で記載する。記載する内容は、事故の発生に至った行為が行われるまでに直接的、あるいは間接的に関わった行為や会話などを、基本的に全てありのままに記載する。この作業の過程において、相互の行為や会話の関連性を整理する際に表中の誤った場所に記載してしまったり、関係者が増えて記載欄が不足したりすることを経験することがあるが、整理自体には特別な技術は不要であるので、作業をする中で慣れる必要がある。また、特別なソフトウェアなども不要であり、表計算ソフトウェアのワークシートなどを活用すれば、修正が必要な場合などに作業量が軽減できるため、このような基本的な方法論を導入することを推奨する。この作業により作成される表により、事象の全体像の把握が容易になるとともに、その次に行う分析において、事故に直接関わっていない者においても事例の理解が容易になり、教育的な効果も期待できる。実際に、医療安全対策において実績をあげている米国退役軍人病院において活用されている、根本原因分析（RCA：Root Cause Analysis）をはじめとする複数の分析手法においても、まず分析の早期の段階で前述したような時系列による事象の記述による整理を行っている。

4 医療事故報告制度における事故情報の記載について

ここまでは医療機関内における医療事故発生時の事実把握のための情報収集とその整理の方法について述べてきたが、医療機関内における事故情報の分析作業同様、当センターの担当する医療事故報告制度における事故情報の分析に

表 1

時刻	医療者 A	医療者 B	医療者 C	医療者 D	……
10時ころ	主治医より輸血指示を受けて採決実施				
		輸血伝票を確認			
	輸血部に伝票提出				
		輸血を取りに行き、伝票と照らし合わせて確認			
		ナースステーションで室温保存保管			
13時半ころ		Cと一緒に伝票の血液型と輸血バッグの血液型を照合確認	Bと一緒に伝票の血液型と輸血バッグの血液型を照合確認		
14時ころ		点滴台に輸血バッグをセット			
		患者の病室前へ移動			
14時15分前		Dに呼び止められ、別の患者の指示をだすからと呼ばれる		Bを呼び止め、別患者への指示を出す	
		点滴台を2つの病室の中間位置に置き、Aに「輸血お願い」とだけ声を掛ける			
	患者名等を確認せず、隣の部屋へ入室				
14時20分ころ	異型輸血を実施	事象の発生			

本表はヒヤリ・ハット報告事例より抽出した事例で作成している。

おいても、報告していただいた事例から医療事故防止に資する知見を得るためには、正確でかつわかり易く整理された情報が必要である。報告に当たっては、「 - 4 報告・記載の現況」において述べた正確なコード選択の徹底の他に、「事故の経過」記載部分において、時系列による事象の記述を行うことが重要である。一つ一つの貴重な事故情報を有効に活用するために、当センターとしては、当事業に参加していただいている医療機関に対して、今後とも様々な機会を活用して事故情報の正確さや事故情報の整理の重要性について理解を求めるとともに、そのための有用な方法論を紹介するなどにより本事業の適切な運営をはかることとしている。

資料1 報告義務対象医療機関一覧(276施設)

平成17年3月31日現在

医療法施行規則第十一条の二に基づく報告義務機関は次のとおりである。

1 国立高度専門医療センター及び国立ハンセン療養所

国立がんセンター中央病院*	国立療養所宮古南静園
国立がんセンター東病院	国立療養所栗生楽泉園
国立国際医療センター	国立駿河療養所
国立循環器病センター*	国立療養所松丘保養園
国立成育医療センター	国立療養所星塚敬愛園
国立精神・神経センター国府台病院	国立療養所多磨全生園
国立精神・神経センター武蔵病院	国立療養所大島青松園
国立長寿医療センター	国立療養所長島愛生園
国立療養所奄美和光園	国立療養所東北新生園
国立療養所沖縄愛楽園	国立療養所邑久光明園
国立療養所菊池恵楓園	

2 独立行政法人国立病院機構の開設する病院

国立病院機構 北海道がんセンター	国立病院機構 宮城病院
国立病院機構 札幌南病院	国立病院機構 あきた病院
国立病院機構 西札幌病院	国立病院機構 山形病院
国立病院機構 函館病院	国立病院機構 米沢病院
国立病院機構 道北病院	国立病院機構 福島病院
国立病院機構 帯広病院	国立病院機構 いわき病院
国立病院機構 八雲病院	国立病院機構 水戸医療センター
国立病院機構 弘前病院	国立病院機構 霞ヶ浦医療センター
国立病院機構 八戸病院	国立病院機構 茨城東病院
国立病院機構 青森病院	国立病院機構 栃木病院
国立病院機構 盛岡病院	国立病院機構 宇都宮病院
国立病院機構 花巻病院	国立病院機構 高崎病院
国立病院機構 岩手病院	国立病院機構 沼田病院
国立病院機構 釜石病院	国立病院機構 西群馬病院
国立病院機構 仙台医療センター	国立病院機構 西埼玉中央病院
国立病院機構 西多賀病院	国立病院機構 埼玉病院

国立病院機構	東埼玉病院	国立病院機構	天竜病院
国立病院機構	千葉医療センター	国立病院機構	静岡医療センター
国立病院機構	千葉東病院	国立病院機構	名古屋医療センター
国立病院機構	下総精神医療センター	国立病院機構	東名古屋病院
国立病院機構	下志津病院	国立病院機構	東尾張病院
国立病院機構	東京医療センター	国立病院機構	豊橋医療センター
国立病院機構	災害医療センター	国立病院機構	三重病院
国立病院機構	東京病院	国立病院機構	鈴鹿病院
国立病院機構	村山医療センター	国立病院機構	三重中央医療センター
国立病院機構	横浜医療センター	国立病院機構	榊原病院
国立病院機構	南横浜病院	国立病院機構	福井病院
国立病院機構	久里浜アルコール症センタ ー	国立病院機構	あわら病院
国立病院機構	箱根病院	国立病院機構	滋賀病院
国立病院機構	相模原病院	国立病院機構	紫香楽病院
国立病院機構	神奈川病院	国立病院機構	京都医療センター
国立病院機構	西新潟中央病院	国立病院機構	宇多野病院
国立病院機構	新潟病院	国立病院機構	舞鶴医療センター
国立病院機構	さいがた病院	国立病院機構	南京都病院
国立病院機構	甲府病院	国立病院機構	大阪医療センター
国立病院機構	東長野病院	国立病院機構	近畿中央胸部疾患センター
国立病院機構	松本病院	国立病院機構	刀根山病院
国立病院機構	中信松本病院	国立病院機構	大阪南医療センター
国立病院機構	長野病院	国立病院機構	神戸医療センター
国立病院機構	小諸高原病院	国立病院機構	姫路医療センター
国立病院機構	富山病院	国立病院機構	兵庫青野原病院
国立病院機構	北陸病院	国立病院機構	兵庫中央病院
国立病院機構	金沢医療センター	国立病院機構	奈良医療センター
国立病院機構	金沢若松病院	国立病院機構	松籟荘病院
国立病院機構	医王病院	国立病院機構	南和歌山医療センター
国立病院機構	七尾病院	国立病院機構	和歌山病院
国立病院機構	石川病院	国立病院機構	西鳥取病院
国立病院機構	長良医療センター	国立病院機構	米子医療センター
国立病院機構	静岡てんかん・神経医療セ ンター	国立病院機構	鳥取病院
国立病院機構	静岡富士病院	国立病院機構	松江病院
		国立病院機構	浜田医療センター
		国立病院機構	岡山医療センター

国立病院機構	南岡山医療センター	国立病院機構	福岡東医療センター
国立病院機構	呉医療センター	国立病院機構	佐賀病院
国立病院機構	福山医療センター	国立病院機構	肥前精神医療センター
国立病院機構	大竹病院	国立病院機構	東佐賀病院
国立病院機構	東広島医療センター	国立病院機構	嬉野医療センター
国立病院機構	原病院	国立病院機構	長崎病院
国立病院機構	賀茂精神医療センター	国立病院機構	長崎医療センター
国立病院機構	関門医療センター	国立病院機構	長崎神経医療センター
国立病院機構	山陽病院	国立病院機構	熊本医療センター
国立病院機構	岩国医療センター	国立病院機構	熊本南病院
国立病院機構	柳井病院	国立病院機構	菊池病院
国立病院機構	東徳島病院	国立病院機構	熊本再春荘病院
国立病院機構	徳島病院	国立病院機構	大分医療センター
国立病院機構	高松東病院	国立病院機構	別府医療センター
国立病院機構	善通寺病院	国立病院機構	西別府病院
国立病院機構	香川小児病院	国立病院機構	宮崎東病院
国立病院機構	四国がんセンター	国立病院機構	都城病院
国立病院機構	愛媛病院	国立病院機構	宮崎病院
国立病院機構	高知病院	国立病院機構	九州循環器病センター
国立病院機構	小倉病院	国立病院機構	指宿病院
国立病院機構	九州がんセンター	国立病院機構	南九州病院
国立病院機構	九州医療センター	国立病院機構	沖縄病院
国立病院機構	福岡病院	国立病院機構	琉球病院
国立病院機構	大牟田病院		

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）

愛知医科大学附属病院*	大阪医科大学附属病院*
愛知学院大学歯学部附属病院	大阪市立大学医学部附属病院*
秋田大学医学部附属病院*	大阪歯科大学附属病院
旭川医科大学医学部附属病院*	大阪大学医学部附属病院*
朝日大学歯学部附属病院	大阪大学歯学部附属病院
茨城県立医療大学付属病院	大分大学医学部附属病院*
岩手医科大学附属病院*	岡山大学医学部・歯学部附属病院*
岩手医科大学歯学部附属病院	金沢医科大学病院*
愛媛大学医学部附属病院*	金沢大学医学部附属病院*
奥羽大学歯学部附属病院	香川大学医学部附属病院*

鹿児島大学病院*
神奈川歯科大学附属病院
川崎医科大学附属病院*
関西医科大学附属病院*
北里大学病院*
岐阜大学医学部附属病院*
九州歯科大学附属病院
九州大学病院*
京都大学医学部附属病院*
京都府立医科大学附属病院*
杏林大学医学部附属病院*
近畿大学医学部附属病院*
熊本大学医学部附属病院*
久留米大学病院*
群馬大学医学部附属病院*
慶應義塾大学病院*
神戸大学医学部附属病院*
高知大学医学部附属病院*
国際医療福祉大学附属三田病院
国際医療福祉大学附属熱海病院
埼玉医科大学附属病院*
佐賀大学医学部附属病院*
札幌医科大学附属病院*
産業医科大学病院*
滋賀医科大学医学部附属病院*
自治医科大学附属病院*
島根大学医学部附属病院*
順天堂大学医学部附属順天堂医院*
昭和大学歯科病院
昭和大学病院*
信州大学医学部附属病院*
聖マリアンナ医科大学病院*
千葉大学医学部附属病院*
筑波大学附属病院*
鶴見大学歯学部附属病院
帝京大学医学部附属病院*

東海大学医学部附属病院*
東京医科歯科大学医学部附属病院*
東京医科歯科大学歯学部附属病院
東京医科大学病院*
東京歯科大学千葉病院
東京慈恵会医科大学附属病院*
東京女子医科大学病院
東京大学医科学研究所附属病院
東京大学医学部附属病院*
東邦大学医学部附属大森病院*
東北大学医学部附属病院*
東北大学歯学部附属病院
徳島大学病院*
獨協医科大学病院*
鳥取大学医学部附属病院*
富山医科薬科大学附属病院*
長崎大学医学部・歯学部附属病院*
名古屋市立大学病院*
名古屋大学医学部附属病院*
奈良県立医科大学附属病院*
新潟大学医歯学総合病院*
日本医科大学付属病院*
日本歯科大学歯学部附属病院
日本歯科大学新潟歯学部附属病院
日本大学医学部附属板橋病院*
日本大学歯学部附属歯科病院
日本大学松戸歯学部附属歯科病院
浜松医科大学医学部附属病院*
兵庫医科大学病院*
弘前大学医学部附属病院*
広島大学病院*
福井大学医学部附属病院*
福岡歯科大学附属病院
福岡大学病院*
福島県立医科大学医学部附属病院*
藤田保健衛生大学病院*

防衛医科大学校病院*

北海道医療大学歯学部附属病院

北海道大学病院*

松本歯科大学病院

宮崎大学医学部附属病院*

三重大学医学部附属病院*

明海大学歯学部附属明海大学病院

明治鍼灸大学附属病院

山形大学医学部附属病院*

山口大学医学部附属病院*

山梨大学医学部附属病院*

横浜市立大学医学部附属病院*

琉球大学医学部附属病院*

和歌山県立医科大学附属病院*

(* : 特定機能病院)

資料2 医療事故防止センター運営委員会名簿

平成17年3月31日現在

青木 重孝	社団法人日本医師会 常任理事
飯田 英男	関東学院大学法学部 教授
井上 章治	社団法人日本薬剤師会 常務理事
今中 雄一	財団法人日本医療機能評価機構 理事
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院 教授
大島 伸一	国立長寿医療センター 総長
大道 久	財団法人日本医療機能評価機構 理事
堺 秀人	東海大学医学部附属病院 本部 副本部長
島田 康弘	名古屋大学大学院医学研究科 機能構築医学専攻生体管理医学講座麻酔蘇生医学 教授
新道 幸恵	社団法人日本看護協会 副会長
高津 茂樹	社団法人日本歯科医師会 常務理事
辻本 好子	NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
長岡 常雄	社会福祉法人鶴風会 常務理事・総施設長
西澤 寛俊	社団法人全日本病院協会 副会長
信友 浩一	九州大学大学院医学研究院 医療システム学講座 教授
野本 亀久雄	財団法人日本医療機能評価機構 理事
長谷川 敏彦	国立保健医療科学院政策科学部 部長
福永 秀敏	独立行政法人国立病院機構南九州病院 院長
町野 朔	上智大学法科大学院法曹養成学専攻 教授
丸木 一成	読売新聞社 生活情報部 部長
宮崎 久義	国立病院機構熊本医療センター 院長
村上 信乃	社団法人日本病院会 副会長
山浦 晶	千葉大学大学院医学研究院神経統御学 (脳神経外科学) 教授

座長

資料3 医療事故防止センター総合評価部会名簿

平成17年3月31日現在

石川 廣	日本医療機器関係団体協議会 PMS 委員会 委員長
後 信	九州大学大学院医学研究院 医療ネットワーク学講座 助教授
浦澤 智佐	慶應義塾大学病院 医療安全対策室 専任看護師長
遠藤 直哉	フェアネス法律事務所 弁護士
大澤 總弘	東京医薬品工業協会 医薬品安全性委員会商品設計部 部会長
小松 秀樹	国家公務員共済組合連合会虎ノ門病院 泌尿器科 部長
佐相 邦英	財団法人電力中央研究所 社会経済研究所 ヒューマンファクター研究センター 主任研究員
嶋森 好子	京都大学医学部附属病院 看護部長
高倉 照彦	医療法人鉄蕉会亀田総合病院 ME 室 室長
土屋 文人	東京医科歯科大学歯学部附属病院 薬剤部長
野本 亀久雄	財団法人日本医療機能評価機構 理事
長谷川 友紀	東邦大学医学部 公衆衛生学教室 助教授
原田 悦子	法政大学社会学部 教授
前田 正一	東京大学大学院医学系研究科 生命・医療倫理人材養成ユニット 講師
山本 章博	日本医療器材工業会 常務理事

座長

資料4 医療事故報告様式概要

項目	選択コード及び記述欄												
----	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. 事故発生日時と事故の概要

1	発生日	1	1月	2	2月	3	3月	4	4月	5	5月	6	6月		
		7	7月	8	8月	9	9月	10	10月	11	11月	12	12月		
2	発生日曜日	1	月曜日	2	火曜日	3	水曜日	4	木曜日	5	金曜日	6	土曜日	7	日曜日
		1	平日	2	休日										
3	発生日間帯	1	0時～1時台	2	2時～3時台	3	4時～5時台	4	6時～7時台	5	8時～9時台	6	10時～11時台	7	12時～13時台
		8	14時～15時台	9	16時～17時台	10	18時～19時台	11	20時～21時台	12	22時～23時台	90	不明()		
4	事故の程度	1	死亡			2	障害残存の可能性が高い			3	障害残存の可能性が低い			90	不明()
5	発生日場所 (複数回答可)	1	外来診察室	2	外来処置室	3	外来待合室	4	救急外来	5	救命救急センター	6	病室	7	病棟処置室
		8	手術室	9	ICU	10	CCU	11	NICU	12	検査室	13	カテーテル検査室	14	放射線治療室
		15	放射線撮影室	16	核医学検査室	17	透析室	18	分娩室	19	機能訓練室	20	トイレ	21	廊下
		22	浴室	23	階段	24	不明	25	その他()						
6	事故の概要	1	指示出し	2	薬剤	3	輸血	4	治療・処置	5	医療用具	6	ドレーン・チューブ	7	歯科医療用具
		8	検査	9	療養上の世話	10	その他()								
7	関連診療科 (複数回答可)	1	内科	2	麻酔科	3	循環器内科	4	神経科	5	呼吸器科	6	消化器科	7	血液内科
		8	循環器科	9	アレルギー科	10	リウマチ科	11	小児科	12	外科	13	整形外科	14	形成外科
		15	美容外科	16	脳神経外科	17	呼吸器外科	18	心臓血管外科	19	小児外科	20	ペインクリニック	21	皮膚科
		22	泌尿器科	23	性病科	24	肛門科	25	産婦人科	26	産科	27	婦人科	28	眼科
		29	耳鼻咽喉科	30	心療内科	31	精神科	32	リハビリテーション科	33	放射線科	34	歯科	35	矯正歯科
		36	小児歯科	37	歯科口腔外科	38	不明	39	その他						

2. 当該事故に係わる患者に関する情報

8	患者の数	1	一人	2	複数()										
	患者の年齢	1	0～120	歳	0～11	ヶ月									
	患者の性別	1	男	2	女										
9	患者区分1	1	入院	2	外来(初診)	3	外来(再診)								
	患者区分2	1	入院(0～31日)	2	入院(32日～)	3	一般外来	4	救急外来						
10	疾患名	事故に直接関連する疾患名													
		関連する疾患名 1													
		関連する疾患名 2													
		関連する疾患名 3													
11	事故直前の患者の状態 (複数回答可)	1	意識障害	2	視覚障害	3	聴覚障害	4	構音障害	5	精神障害	6	痴呆・健忘		
		7	上肢障害	8	下肢障害	9	歩行障害	10	床上安静	11	睡眠中	12	せん妄状態		
		13	薬剤の影響下	14	麻酔中・麻酔前後	99	その他()								

3. 当該事故に係わる医療関係者に関する情報

12	発見者	1	当事者本人	2	同職種者	3	他職種者	4	患者本人	5	家族・付添い	6	他患者	99	その他()
13	当事者職種	1	医師	2	歯科医師	3	看護師	4	准看護師	5	薬剤師	6	臨床工学技士	7	助産師
		8	看護助手	9	診療放射線技師	10	臨床検査技師	11	理学療法士(PT)	12	管理栄養士	13	栄養士	14	調理師・調理従事者
		15	言語聴覚士(ST)	16	作業療法士(OT)	17	衛生検査技師	18	歯科衛生士	19	歯科技工士	99	その他		
13	専門医・認定医及び その他の医療従事者の 専門・認定資格														
	当事者職種経験		0～40	年	0～12	ヶ月									
	当事者部署配属期間		0～40	年	0～12	ヶ月									
	直前1週間の夜勤回数		1～20	回											
	勤務形態	1	1交代	2	2交代	3	3交代	4	4交代	5	その他()				
	直前1週間の勤務時間		1～100	時間											
13-2	当事者2	13と同様													
13-3	当事者3	13と同様													
13-4	当事者4	13と同様													
13-5	当事者5	13と同様													
13-6	当事者6	13と同様													
13-7	当事者7	13と同様													
13-8	当事者8	13と同様													
13-9	当事者9	13と同様													
13-10	当事者10	13と同様													
14	当事者以外の関連職種 (複数回答可)	1	医師	2	歯科医師	3	看護師	4	准看護師	5	薬剤師	6	臨床工学技士	7	助産師
		8	看護助手	9	診療放射線技師	10	臨床検査技師	11	理学療法士(PT)	12	管理栄養士	13	栄養士	14	調理師・調理従事者
		15	言語聴覚士(ST)	16	作業療法士(OT)	17	衛生検査技師	18	歯科衛生士	19	歯科技工士	99	その他		

資料4 医療事故報告様式概要

4. 発生場面・場所・内容に関する情報

指示出し・指示受けに関する項目															
15	発生場面	1	指示の作成	2	手書き文書による指示	3	オーダーリングシステムによる指示	4	口頭による指示(メモあり)	5	口頭による指示(メモなし)	6	頻繁な指示の変更	7	その他
		16	事故の内容	1	指示出し忘れ	2	指示出し遅延	3	指示出し不十分	4	指示出し間違い	5	指示受け・間違い	6	指示受け・情報伝達忘れ
8	指示受け・情報伝達不十分			9	指示受け・情報伝達間違い	10	その他()								
薬剤に関する項目															
15	発生場面	1	与薬準備	2	与薬準備(その他)	1	処方・与薬(皮下・筋肉注射)	2	処方・与薬(静脈注射)	3	処方・与薬(動脈注射)	4	処方・与薬(末梢静脈注射)	5	処方・与薬(中心静脈注射)
		6	処方・与薬(内服薬)	7	処方・与薬(外用薬)	8	処方・与薬(坐剤)	9	処方・与薬(吸入)	10	処方・与薬(点鼻・点眼・点耳薬)	11	その他の処方・与薬に関する場面		
		12	内服薬調剤・管理	13	注射薬調剤・管理	14	血液製剤管理	15	その他						
	薬剤・製剤の種類	1	血液製剤	2	麻薬	3	抗腫瘍剤	4	循環器用薬	5	抗糖尿病薬	6	抗不安剤	7	睡眠導入剤
8		その他の薬剤													
16	事故の内容	1	処方量間違い	2	過剰与薬	3	過少与薬	4	与薬時間・日付間違い	5	重複与薬	6	禁忌薬剤の組合せ	7	投与速度速すぎ
		8	投与速度速すぎ	9	患者間違い	10	薬剤間違い	11	単位間違い	12	投与方法間違い	13	無投薬	14	処方・与薬(その他)
		15	処方箋・注射箋監査間違い	16	秤量間違い調剤	17	数量間違い調剤	18	分包間違い調剤	19	規格間違い調剤	20	単位間違い調剤	21	薬剤取違い調剤
		22	説明文書の取違い	23	交付患者間違い	24	薬剤・製剤の取違い交付	25	期限切れ薬剤の交付	26	調剤・製剤管理等(その他)	27	混合間違い	28	薬袋・ボトルの記載間違い
		29	破損	30	A B O型不適合製剤の交付	31	異物混入	32	期限切れ薬剤の交付	33	細菌汚染	34	薬剤・血液製剤管理(その他)		
17	関連医薬品	販売名													
		剤型													
		規格単位													
		製造(輸入販売)業者名													
輸血に関する項目															
15	発生場面	1	輸血検査	2	放射線照射	3	輸血実施	4	その他						
16	事故の内容	1	輸血(輸血検査)未実施	2	検体取違い	3	クロスマッチ間違い	4	結果記入・入力間違い	5	輸血(輸血検査)(その他)	6	放射線照射未実施・忘れ	7	過剰照射
		8	患者取違い輸血	9	製剤取違い輸血	10	血液製剤への放射線照射(その他)								
治療・処置に関する項目															
15	発生場面	1	開頭手術	2	開胸手術	3	開心手術	4	開腹手術	5	手術(四肢)	6	鏡視下手術	7	その他の手術
		8	術前準備	9	術前処置	10	術後処置	11	その他の手術に関する場面						
		12	全身麻酔(吸入麻酔+静脈麻酔)	13	局所麻酔	14	吸入麻酔	15	静脈麻酔	16	脊椎・硬膜外麻酔	17	麻酔(その他)		
		18	経膈分娩	19	帝王切開	20	人工妊娠中絶	21	出産・人工流産(その他)						
		22	血液浄化療法(血液透析含む)	22	IVR(血管カテーテル治療等)	23	放射線治療	24	ペインクリニック	25	リハビリテーション	26	観血的歯科治療	27	非観血的歯科治療
		28	内視鏡的治療	29	その他の治療(その他)										
		30	中心静脈ライン	31	末梢静脈ライン	32	動脈ライン	33	血液浄化用カテーテル	34	栄養チューブ(NG・ED)	35	尿道カテーテル	36	その他のチューブ類の挿入
		37	ドレーンに関する措置	38	創傷処置										
16	事故の内容	1	患者間違い	2	部位取違い	3	医療材料取違い	4	診察・治療・処置等その他の取違い	5	方法(手技)の誤り	6	未実施・忘れ	7	中止・延期
		8	日程・時間の誤り	9	順番の誤り	10	不必要行為の実施	11	消毒・清潔操作の誤り	12	患者体位の誤り	13	診察・治療等のその他の誤り	14	誤嚥
		15	誤飲	16	異物の体内残存	17	その他()								
17	医療材料・歯科医療材料・薬物	販売名													
		製造(輸入販売)業者名													
		購入年月													
医療用具(機器)の使用・管理に関する項目															
15	発生場面	1	人工呼吸器	2	酸素療法機器	3	麻酔器	4	人工心肺	5	除細動器	6	IABP	7	ペースメーカー
		8	輸液・輸注ポンプ	9	血液浄化用機器	10	保育器	11	内視鏡	12	低圧持続吸引器	13	心電図・血圧モニター	14	パルスオキシメーター
		15	高気圧酸素療法装置	16	その他の医療用具(機器)の使用・管理に関する場面										
16	事故の内容	1	組み立て	2	条件設定間違い	3	設定忘れ・電源入れ忘れ	4	誤作動	5	医療機器の不適切使用	6	故障	7	保守・点検不良
		8	知識不足	9	技術不足	10	警報設定忘れ	11	警報設定範囲	12	便宜上警報OFF	13	記憶違い	14	使用前・使用中の点検・管理ミス
		15	消毒・清潔操作の誤り	16	破損	17	その他()								

資料4 医療事故報告様式概要

17	医療機器機器	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		製造年月															
		購入年月															
		直近の保守・点検年月															
ドレーン・チューブ類の使用・管理																	
15	発生場面	1	中心静脈ライン	2	末梢動脈ライン	3	動脈ライン	4	気管チューブ	5	気管カニューレ	6	栄養チューブ(NG・ED)	7	尿道カテーテル		
		8	胸腔ドレーン	9	腹腔ドレーン	10	脳室・脳槽ドレーン	11	皮下持続吸引ドレーン	12	硬膜外カテーテル	13	血液浄化用カテーテル・回路	14	三方活栓		
		15	その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する場面														
16	事故の内容	1	点滴漏れ	2	自己抜去	3	自然抜去	4	接続はずれ	5	未接続	6	閉塞	7	破損・切断		
		8	接続間違い	9	三方活栓操作間違い	10	ルートクランプエラー	11	警報設定範囲	12	空気混入	13	その他()				
17	医療諸物品	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		購入年月															
歯科医療用具(機器)・材料の使用・管理																	
15	発生場面	1	歯科用回転研削器具	2	歯科用根管治療用器具	3	歯科補綴物・充填物	4	その他の歯科医療用具(機器)・材料の使用・管理に関する場面								
16	事故の内容	1	組み立て	2	条件設定間違い	3	設定忘れ・電源入れ忘れ	4	誤作動	5	医療機器の不適切使用	6	故障	7	保守・点検不良		
		8	知識不足	9	技術不足	10	警報設定忘れ	11	警報設定範囲	12	便宜上警報OFF	13	記憶違い	14	使用前・使用中の点検・管理ミス		
		15	消毒・清潔操作の誤り	16	破損	17	その他()										
17	歯科医療機器機器	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		製造年月															
		購入年月															
		直近の保守・点検年月															
17	歯科医療材料・諸物品	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		購入年月															
検査に関する項目																	
15	発生場面	1	採血	2	採尿	3	採便	4	採痰	5	穿刺液	6	その他の検体採取				
		7	超音波検査	8	心電図検査	9	トレッドミル検査	10	ホルター負荷心電図	11	脳波検査	12	筋電図検査	13	肺機能検査		
		14	その他の生理検査														
		15	一般撮影	16	ポータブル撮影	17	CT	18	MRI	19	血管カテーテル撮影	20	上部消化管撮影	21	下部消化管撮影		
		22	その他の画像検査														
		23	上部消化管	24	内視鏡検査(下部消化管)	25	内視鏡検査(気管支鏡)	26	その他の内視鏡検査								
		27	耳鼻科検査	28	眼科検査	29	歯科検査	30	その他の機能検査	31	検体検査	32	血糖検査(病棟での)	33	病理検査		
		34	核医学検査	35	その他の検査に関する場面												
16	事故の内容	1	患者取違え	2	検査手技・判定技術の間違い	3	検体採取時のミス	4	検体取違え	5	検体紛失	6	検体破損	7	検体のコンタミネーション		
		8	試薬管理	9	分析機器・器具管理	10	検査機器・器具準備	11	データ取違え	12	データ紛失	13	計算・入力・暗記	14	結果報告		
		15	その他()														
17	医療機器・歯科医療機器	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		製造年月															
		購入年月															
		直近の保守・点検年月															
17	医療・歯科医療材料・諸物品	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		購入年月															
療養上の世話(介助を伴うもの)																	
15	発生場面	1	気管内・口腔内吸引	2	体位交換	3	清拭	4	更衣介助	5	食事介助	6	入浴介助	7	排泄介助		
		8	ストーマケア	9	移動介助	10	搬送・移送	11	体温管理	12	患者周辺物品管理	13	配膳	14	患者観察		
		15	その他の療養上の世話に関する場面														
		16	経口摂取	17	経管栄養	18	その他の経食・栄養に関する場面										
		19	散歩中	20	移動中	21	外出・外泊中	22	食事中	23	入浴中	24	着替え中	25	排泄中		
		26	就寝中	27	その他の療養生活に関する場面												
16	事故の内容	1	転倒	2	転落	3	衝突	4	拘束・抑制	5	重度な(筋層度・度に届く)褥瘡	6	誤嚥	7	誤飲		
		8	誤配膳	9	安静指示の不履行	10	禁食指示の不履行	11	その他								
		12	取違え	13	遅延	14	忘れ	15	搬送先間違い	16	その他						
		17	飲み忘れ・注射忘れ	18	摂取・注入量間違い	19	取り違い摂取	20	無断外出・外泊	21	その他						
		22	内容の間違い	23	量の間違い	24	中止の忘れ	25	延食の忘れ	26	異物混入	27	その他				
17	医療・歯科医療材料・諸物品	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		購入年月															

資料4 医療事故報告様式概要

5. 当該事故の内容に関する情報

18	実施した医療行為の目的															
	19	再発防止に資する(審議的)事例	1	リスクの低い妊産婦・胎児・新生児の死亡	2	医療施設内で発症した低血糖症に関連した患者の死亡や障害	3	医療行為中に発生した血管(静脈)内塞栓症(脳神経外科的処置を除く)による死亡や障害	4	遺伝子治療による悪性腫瘍	5	汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故	6	移植に伴う未知の感染症	7	これまでのどの項目にも該当しない院内感染による死亡や障害
			8	入院中に自殺又は自殺企図	9	入院患者の逃走	10	熟練度の低い者が適切な指導なく行った医療行為による事故	11	入院中の熱傷	12	入院中の感電	13	医療施設内の火災による患者の死亡や障害	14	間違った保護者の元への新生児の引渡し
			15	患者の誘拐	16	医療施設内(敷地内)における患者への性的暴行	17	医療施設内(敷地内)における暴行による患者の死亡や障害								
18			その他上記以外の審議的事例													
20	事故の内容															

6. 当該事故に関する必要な情報

21	発生要因	1	確認を怠った	2	観察を怠った	3	判断を誤った	4	知識が不足していた	5	技術・手技が未熟だった	6	報告が遅れた	7	通常とは異なる身体的条件下にあった
		8	通常とは異なる心理的条件下にあった	9	システムに問題があった	10	連携ができていなかった	11	記録などの不備	12	患者の外見・姓名が似ていた	13	勤務状況が繁忙だった	14	環境に問題があった
		15	医薬品の問題	16	医療機器の問題	17	諸物品の問題	18	施設・設備の問題	19	教育・訓練に問題があった	20	説明不足	21	その他
22	事故の背景・要因														
23	改善策														
24	事故内容に関する自由記載欄														


資料5 医療事故情報収集に関するFAQ

Q1 報告の範囲について説明してください。

A 報告の対象は、下の図のとおりとなっています。

ここでいう、「当該事例の発生を予測しなかったものに限る」とは、発生がかなりの確率で予測され、それに対する事前の対応策もとられているような事象は除くということです。患者や家族に事前に合併症等の危険を説明していたとしても、その事象が実際に発生することは稀であるような場合は、警鐘事例として発症の背景要因も含め、是非ご報告ください。

原因等	患者重症度	A. 死亡	B. 障害残存	C. 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	軽微な処置・治療を要した事例または影響の認められなかった事例
1. 明らかに誤った医療行為又は管理（注1）に起因		事故（注3）として報告			注2 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）へ報告
2. 明らかに誤った医療行為又は管理は認められないが、医療行為又は管理上の問題（注1）に起因（医療行為又は管理上の問題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. 上記1. 2のほか、医療に係る事故の発生の予防及び再発の防止に資すると認める事例 ※ ヒヤリハット事例に該当する事例も含まれる		事故（注3）として報告			

- ・注1）ここにいう「管理（管理上の問題）」では、療養環境の問題の他に医療行為を行わなかったことに起因するものも含まれる。
- ・注2）部分は軽微な処置・治療を要した事例を示しており、従来のヒヤリ・ハット事例収集事業では報告対象外であった項目。
- ・注3）事故とは、過誤および過誤をともなわない事故の両方が含まれる。

Q2 Webで報告する情報は個人情報にあたりますか。

A 厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」では、医療事故報告制度に関する報告に関して、第三者提供の除外として、次に掲げる場合については本人の同意を得る必要はないとしています。

法令に基づく場合

報告義務医療機関が医療事故報告を行う場合はこれに該当します。

公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき

医療安全の向上のため、院内で発生した医療事故等に関する国、地方公共団体または第三者機関等への情報提供のうち、氏名等の情報が含まれる場合はこれに該当します。

また、当センターへの医療事故報告にあたっては、報告機関は個人や医療機関を特定しうる情報をアルファベットで置き換えるなどして、匿名化した上で送信することになっています。この作業が適切に行なわれれば、個人情報には報告情報の中に含まれません。匿名化すべき情報には、患者に関するもののほか、医療関係者の情報や地名、特殊な病棟名なども入るので注意してください。

Q3 個人情報には当たらないのに、参加登録医療機関に患者の同意を求めているのはどうしてですか。また、どのように同意を取ればよいのですか。

A 財団法人日本医療機能評価機構は、たとえ固有名詞等の個人を特定しうる情報が報告内容に含まれていなくても、患者は医療機関が自分に関する情報をどのように取り扱うのかを知る権利を持っていると考えています。当事業への参加については、掲示等であらかじめ情報提供の可能性について施設の利用者にお知らせください。

Q4 今後、個別の事例や病院名の公表はありますか。

A 医療機関名は当センターの守秘情報ですので、医療機関側の同意なしに公表することはありません。個別の事例についても、医療機関や個人が特定される恐れがある形で公表することはありません。

Q5 2週間以内にすべての情報を埋められない場合や、「事故の程度」等が定まらない場合はどうすればよいですか。

A コードでご報告いただく部分については、どうしても選択ができない場合は「その他」のコードを選び自由記載欄に事由や状況を記載してください。また記述情報については、その時点で記載できる事実をできる限り詳細にご報告ください。また施設内での分析が終了しておらず背景要因等を報告できない場合は、「事故防止委員会で分析中」のように、現在どのような段階にあるかをご報告ください。

ご報告いただく情報はいずれも分析にはなくてはならない情報です。できる限り漏れのないようにご報告くださるようお願いいたします。

Q6 間違った情報を報告してしまいました。どうすればよいですか。

A Web での報告様式による報告は1度しか行えませんので、送信前に報告内容の印刷を行い内容を確認するなどして、できる限り報告漏れ・誤りなどを避けてくださるようお願いいたします。後日新たな事実が判明したり、報告事項の誤りを

発見した場合は、追加情報報告画面を利用して情報の訂正・追加を行なってください（追加情報報告画面の利用方法については医療事故収集等事業要綱平成 17 年 4 月 15 日改訂版をご覧ください）。

Q7 転倒・転落や無断離院では発見者として誰を記入すればよいのでしょうか。

A 転倒・転落では、転倒を発見した人が発見者になります。また無断離院は、不在を発見した人が発見者になります。