

**医療事故情報収集等事業  
第3回報告書**

**平成17年10月31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

はじめに .....	1
------------	---

第3回報告書公表にあたって .....	3
---------------------	---

医療事故情報収集の概要 .....	4
-------------------	---

## 報告の現況

1 登録医療機関 .....	6
2 報告件数 .....	7
3 報告の内容 .....	10
4 報告・記載の現況 .....	26

## 医療事故情報等分析作業の現況

1 概況 .....	28
2 個別のテーマの検討状況 .....	32
1) 手術における異物残存 .....	32
2) 薬剤に関連した医療事故 .....	34
(1) 薬剤に関連した医療事故の現状 .....	34
(2) 医療事故に関連した薬剤の種類 .....	35
(3) 今後の検討課題 .....	35
3) 医療機器の使用に関連した医療事故 .....	39
(1) 分析の結果 .....	39
(2) 今後の検討課題 .....	41
4) 医療処置に関連した医療事故 .....	44
3 共有すべき医療事故情報 .....	45

## 参考

資料1 報告義務対象医療機関一覧 .....	47
資料2 医療事故報告様式概要 .....	52
資料3 医療事故情報収集等事業に関するFAQ .....	56



## はじめに

財団法人日本医療機能評価機構  
理事長 坪井 栄孝

医療に対する国民の期待の中でも、医療安全の推進に関しては、国民の期待が一層高まっているものと考えております。当機構では、昨年7月には当機構に医療事故防止センターを創設し、昨年10月より国の補助事業として医療事故情報収集等事業の運営を開始し、本年10月で事業開始1年の節目を迎えることとなりました。この間ご協力いただきました医療機関の皆様や、関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

当事業におきましては、本年4月に第1回報告書を、そして7月には第2回報告書を公表いたしました。この度は、その後引き続き収集した事故情報を含め、第3回報告書として公表させていただくことといたしました。当事業において作成、公表させていただく報告書が、様々な機会にわが国における医療安全の推進にお役立ていただければ、大変幸いなことと考えております。

当機構としては、国民の皆様や医療機関等の関係者の皆様へ医療事故防止のための情報提供を行うことなどにより、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、今後とも当機構並びに当事業に対する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。



## 第3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

昨年7月に創設された当センターにおいて、昨年10月より医療事故情報収集等事業を運営しておりますが、この度、1年の節目を迎えることができました。当事業にご参加いただいている医療機関の皆様にご心より感謝申し上げます。

平成17年7月29日には、第2回報告書を公表したところですが、第1回報告書の公表時と同様、医療機関をはじめとして報道機関、関連団体等からの問い合わせや報道などの多くの反響があり、医療事故防止に対する社会の関心が依然として高いことを改めて認識いたしました。今後とも正確な医療事故情報収集並びに医療事故防止に資する情報を提供するなど、当事業の一層の推進に努める所存です。

この度公表する報告書は、当事業の開始後1年間で寄せられた約1200件の事故情報や最近3ヶ月分の医療事故情報を集計した医療事故の現況や、継続的に検討している個別のテーマに関する検討状況等を取りまとめたものです。その中には、具体的な事故情報に関して情報提供を行うことにより医療事故の防止にお役立て頂きたい事例を掲載などしております。医療機関における医療安全推進の一助となれば幸いです。

最後に、広く社会に向けて公表するこの報告書が、医療事故の防止に関する社会の適切な理解に資することを願ってやみません。

# 医療事故情報収集の概要

## 1 目的

報告義務対象医療機関並びに参加登録申請医療機関から報告された事象事例情報等を、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する。

## 2 対象医療機関

本事業の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。

### (1) 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

### (2) 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。

## 3 医療事故として報告していただく情報

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。

誤った医療または管理を行な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。

誤った医療または管理を行な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。

#### 4 報告方法及び報告期日

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なう。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なわなければならない。

#### 5 報告形式

報告形式は、コード選択形式と記述形式である（資料 2 参照）。コード選択形式は、チェックボックスやプルダウンリストから該当コードを選択して回答する方法である。一方、記述形式は、記述欄に文字入力する方法である。

本報告書では、コード選択のない回答については「未選択」とし、記述欄に記入のないものについては「未記入」と表現している。

#### 6 収集期間

平成 17 年 7 月 1 日から平成 17 年 9 月 30 日まで

なお、参考として平成 16 年 10 月 1 日から平成 17 年 9 月 30 日までの集計結果も併せて示している。

#### 7 結果の集計

財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止センターにおいて行った。

## 報告の現況

医療事故情報をご報告頂いている医療機関は、報告義務対象医療機関と任意参加の医療機関である参加登録申請医療機関に大別される。今回の集計は報告義務対象医療機関より寄せられた報告内容を中心とした。事故の概要や事故の程度等の集計値は、これまでの報告書において公表したのもも再掲し、1年間の報告件数の推移を比較できるようにした。

### 1 登録医療機関

#### 1) 報告義務対象医療機関数および参加登録申請医療機関数

平成17年9月30日現在、医療事故情報収集等事業に参加している医療機関数は以下の通りである。

開設者		報告義務対象 医療機関	参加登録申請 医療機関
国	国立大学法人	46	1
	独立行政法人国立病院機構	146	
	厚生労働省（国立高度専門医療センター）	8	
	厚生労働省（ハンセン病療養所）	13	
	その他	-	
自治体	都道府県	7	31
	市町村	2	
	公立大学法人	1	
自治体以外 の公的 医療機関 の開設者	日本赤十字社	-	105
	恩賜財団済生会	-	
	厚生農業協同組合連合会	-	
	全国社会保険協会連合会	-	
	厚生年金事業振興団	-	
	船員保険会	-	
	共済組合及びその連合会	-	
法人	学校法人	49	118
	医療法人	-	
	公益法人	-	
	会社	-	
	その他法人	-	
個人		-	23
合計		272	278

参加登録申請医療機関とは報告義務対象医療機関以外で当事業に参加を希望した医療機関のことである。

## 2) 参加登録申請医療機関における登録件数の推移

平成16年10月1日から平成17年9月30日までの参加登録申請医療機関における登録件数の推移は以下の通りである。

	平成16年			平成17年								
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
参加登録申請 医療機関数	111	58	46	22	10	10	8	1	3	4	4	1
累計	111	169	215	237	247	257	265	266	269	273	277	278

## 2 報告件数

### 1) 月別報告件数

平成16年10月1日から平成17年9月30日までの報告義務対象医療機関およ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。

	平成16年			平成17年									合計
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
報告義務対象 医療機関報告数	42	87	94	103	84	71	79	84	145	81	105	87	1,062
参加登録申請 医療機関報告数	0	6	10	7	17	10	12	23	13	7	12	11	128
[報告義務対象] 医療機関数]	279	279	277	277	277	276	275	275	275	272	272	272	
[参加登録申請] 医療機関数]	111	169	215	237	247	257	265	266	269	273	277	278	

## 2) 医療事故事例の報告状況

### (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 272 施設の平成17年7月1日から9月30日までの3ヶ月間の報告医療機関数および報告件数と、平成16年10月1日から平成17年9月30日までの報告医療機関数および報告件数は以下の通りである。

設置主体	登録数	報告医療機関数		報告数	
		平成17年7~9月	平成16年10月~平成17年9月	平成17年7~9月	平成16年10月~平成17年9月
国立高度専門医療センター	8	5	7	9	39
ハンセン病療養所	13	3	7	5	14
独立行政法人国立病院機構	146	45	82	98	294
国立大学法人	46	25	38	63	229
自治体	10	5	8	6	28
学校法人	49	25	33	92	458
合計	272	108	175	273	1,062

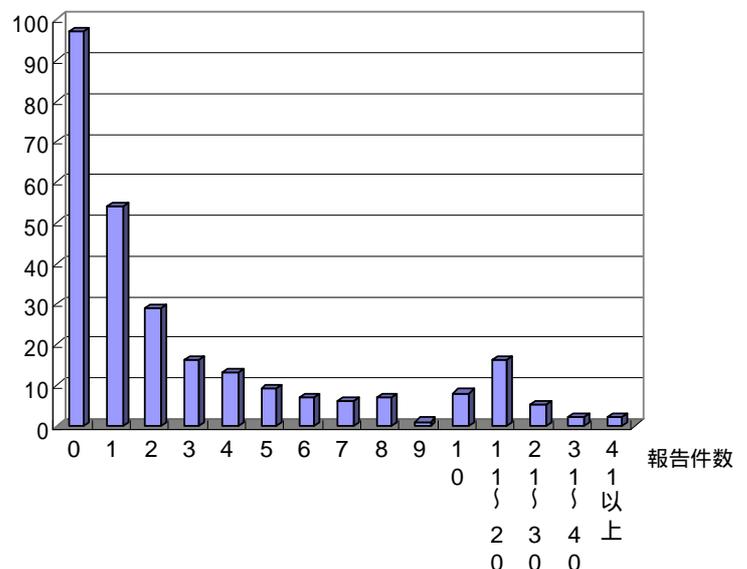
平成17年9月30日現在の報告義務対象医療機関の病床数総計は147,627床である。  
自治体とは公立大学の医療機関のことを指し、公立大学法人の医療機関も含む。

### (2) 報告義務対象医療機関の報告件数

平成16年10月1日から平成17年9月30日までの報告義務対象医療機関から報告された報告件数は以下の通りである。

報告件数	報告義務対象医療機関数
0	97
1	54
2	29
3	16
4	13
5	9
6	7
7	6
8	7
9	1
10	8
11~20	16
21~30	5
31~40	2
41以上	2
合計	272

医療機関数



### (3) 参加登録申請医療機関の報告状況

参加登録申請医療機関 278 施設の平成 17 年 7 月 1 日から 9 月 30 日までの 3 ヶ月間の報告医療機関数および報告件数と、平成 16 年 10 月 1 日から平成 17 年 9 月 30 日までの報告医療機関数および報告件数は以下の通りである。

開設者	登録数	報告医療機関数		報告件数	
		平成17年 7～9月	平成16年10月～ 平成17年9月	平成17年 7～9月	平成16年10月～ 平成17年9月
国	1	0	0	0	0
自治体	31	2	8	2	8
公的医療機関	105	7	20	8	47
法人	118	10	26	20	73
個人	23	0	0	0	0
合計	278	19	54	30	128

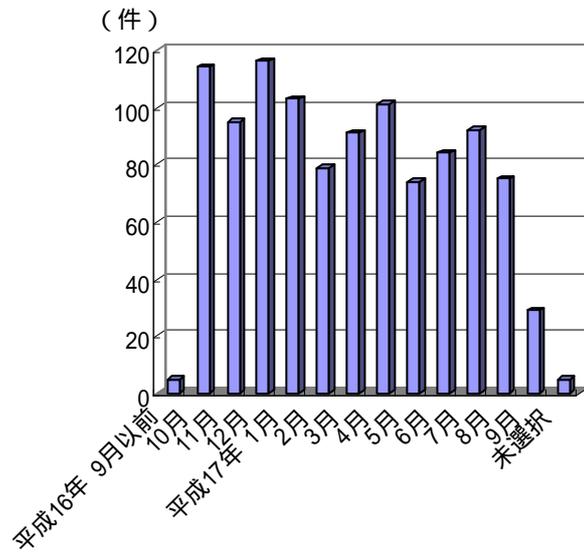
### 3 報告の内容

平成16年10月1日から平成17年9月30日までの報告義務対象医療機関からの報告内容は以下の通りである。

なお、各表の項目名は医療事故報告様式（資料2参照）のコード表記に準じている。

#### 1) 発生月

発生月 <sup>1</sup>	件数
平成16年 9月以前	5
10月	113
11月	95
12月	116
平成17年 1月	103
2月	79
3月	91
4月	101
5月	74
6月	84
7月	92
8月	75
9月	29
未選択 <sup>2</sup>	5
合計	1,062

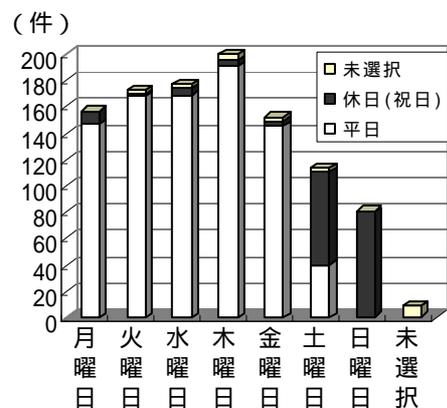


注：1 平成16年10月から事業開始につき収集対象発生月は平成16年10月以降となる。

2 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「発生月」のチェックボックスを選択していないものを指す。

#### 2) 発生曜日・曜日区分

発生曜日	平日	休日(祝日)	未選択 <sup>1</sup>	合計
月曜日	146	10	0	156
火曜日	168	2	3	173
水曜日	169	5	3	177
木曜日	191	4	5	200
金曜日	145	4	3	152
土曜日	40	71	3	114
日曜日	1	79	1	81
未選択 <sup>1</sup>	1	0	8	9
合計	861	175	26	1,062

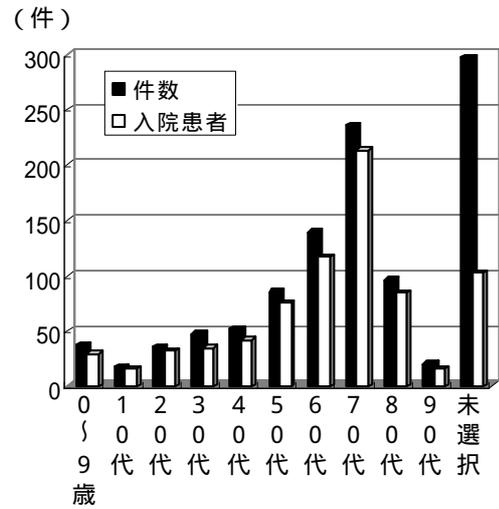


注：1 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「発生曜日」および「発生曜日の区分」のチェックボックスを選択していないものを指す。

### 3) 患者の年齢

患者の年齢	件数	入院患者(再掲)
0～9歳	37	29
10代	18	16
20代	36	32
30代	47	35
40代	52	42
50代	85	75
60代	139	117
70代	235	212
80代	96	84
90代	20	16
未選択 <sup>1</sup>	297	102
合計	1,062	760

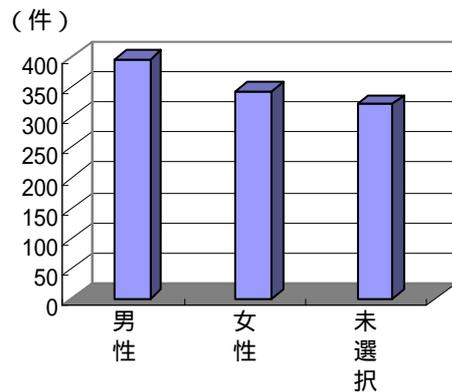
注：1 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「患者の年齢」のチェックボックスを選択していないものを指す。



### 4) 患者の性別

性別	件数
男性	396
女性	344
未選択 <sup>1</sup>	322
合計	1,062

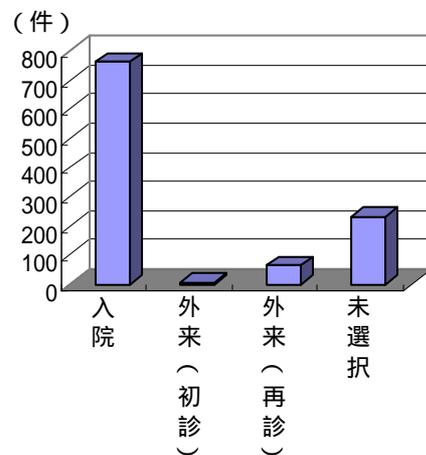
注：1 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「患者の性別」のチェックボックスを選択していないものを指す。



### 5) 入院・外来の区分

区分	件数
入院	760
外来(初診)	6
外来(再診)	64
未選択 <sup>1</sup>	232
合計	1,062

注：1 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「入院・外来区分」のチェックボックスを選択していないものを指す。

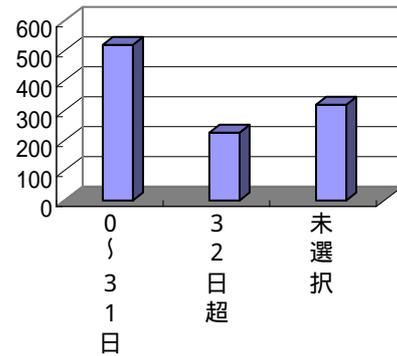


## 6)入院期間

入院期間	件数
0～31日	517
32日超	225
未選択 <sup>1</sup>	320
合計	1,062

注：1 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「入院期間」のチェックボックスを選択していないものを指す。

(件)

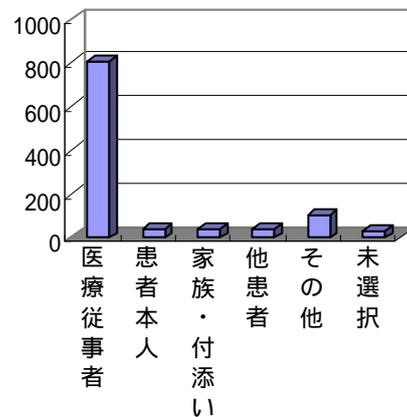


## 7)発見者

発見者	件数
医療従事者	808
患者本人	39
家族・付添い	41
他患者	42
その他	101
未選択 <sup>1</sup>	31
合計	1,062

注：1 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「発見者」のチェックボックスを選択していないものを指す。

(件)



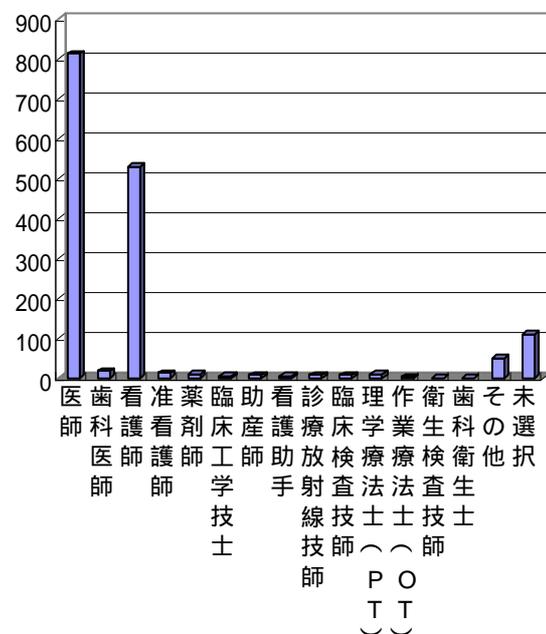
## 8)当事者の職種

当事者 <sup>1</sup> の職種	件数
医師	812
歯科医師	18
看護師	530
准看護師	13
薬剤師	10
臨床工学技士	5
助産師	8
看護助手	5
診療放射線技師	8
臨床検査技師	7
理学療法士 (PT)	9
作業療法士 (OT)	2
衛生検査技師	1
歯科衛生士	1
その他	48
未選択 <sup>2</sup>	109
合計	1,586

注：1 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。

2 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「当事者の職種」のチェックボックスを選択していないものを指す。

(件)



9) 当事者(医師・歯科医師・看護師・薬剤師)の職種別経験年数

当事者 <sup>1</sup> の職種× 職種経験年数	0年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11 } 20年	21 } 30年	30年超	未選択 <sup>2</sup>	合計
医師	23	35	38	38	37	43	33	32	31	39	37	254	76	15	81	812
歯科医師	0	3	0	0	0	2	2	2	1	0	1	5	1	0	1	18
看護師	48	34	53	55	31	30	11	28	20	8	12	74	53	16	57	530
薬剤師	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	4	1	0	1	10

注：1 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。

2 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「職種経験年数」のチェックボックスを選択していないものを指す。

10) 当事者(医師・歯科医師・看護師・薬剤師)の部署配属年数

当事者 <sup>1</sup> の職種× 部署配属年数	0年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11 } 20年	21 } 30年	30年超	未選択 <sup>2</sup>	合計
医師	153	93	80	60	39	43	26	20	16	18	12	107	17	2	126	812
歯科医師	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	2	1	0	7	18
看護師	114	86	85	68	30	27	7	12	9	3	3	7	2	1	76	530
薬剤師	1	3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	10

注：1 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。

2 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「部署配属年数」のチェックボックスを選択していないものを指す。

## 11) 事故の概要

事故の概要	第1回		第2回		第3回		合計	
	平成16年10月～平成17年3月		平成17年4月～6月		平成17年7月～9月		平成16年10月～平成17年9月	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
指示出し	1	0.2	1	0.3	4	1.5	6	0.6
薬剤	27	5.6	13	4.2	14	5.1	54	5.1
輸血	1	0.2	3	1.0	1	0.4	5	0.5
治療処置	143	29.7	91	29.5	75	27.5	309	29.1
医療用具等	48	10.0	36	11.7	31	11.4	115	10.8
医療機器	15	3.1	13	4.2	9	3.3	37	3.5
ドレーン、チューブ類	32	6.6	23	7.5	22	8.1	77	7.3
歯科医療用具	1	0.2	0	0	0	0	1	0.1
検査	19	3.9	21	6.8	12	4.4	52	4.9
療養上の世話	108	22.5	68	22.1	81	29.7	257	24.2
その他	100	20.8	64	20.8	42	15.4	206	19.4
未選択 <sup>1</sup>	34	7.1	11	3.6	13	4.8	58	5.5
合計	481	100	308	100	273	100	1,062	100

注：1 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「事故の概要」のチェックボックスを選択していないものを指す。

## 12) 事故の程度

事故の程度 <sup>1</sup>	第1回		第2回		第3回		合計	
	平成16年10月～平成17年3月		平成17年4月～6月		平成17年7月～9月		平成16年10月～平成17年9月	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
死亡	76	15.8	32	10.4	41	15.0	149	14.0
障害残存の可能性がある（高い）	66	13.7	47	15.3	41	15.0	154	14.5
障害残存の可能性がある（低い）	226	47.0	163	52.9	148	54.2	537	50.6
不明 <sup>2</sup>	98	20.4	57	18.5	39	14.3	194	18.3
未選択 <sup>3</sup>	15	3.1	9	2.9	4	1.5	28	2.6
合計	481	100	308	100	273	100	1,062	100

注：1 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。

2 「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。

3 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「事故の程度」のチェックボックスを選択していないものを指す。

13) 発生場所

発生場所	第1回		第2回		第3回		合計	
	平成16年10月～平成17年3月		平成17年4月～6月		平成17年7月～9月		平成16年10月～平成17年9月	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
外来診察室	8	1.7	4	1.3	7	2.6	19	1.8
外来処置室	3	0.6	5	1.6	1	0.4	9	0.8
外来待合室	1	0.2	2	0.6	1	0.4	4	0.4
救急外来	6	1.2	4	1.3	1	0.4	11	1.0
救命救急センター	0	0	0	0	3	1.1	3	0.3
病室	223	46.4	128	41.6	121	44.3	472	44.4
病棟処置室	8	1.7	0	0	3	1.1	11	1.0
手術室	63	13.1	51	16.6	38	13.9	152	14.3
ICU	14	2.9	12	3.9	10	3.7	36	3.4
CCU	3	0.6	1	0.3	4	1.5	8	0.8
NICU	4	0.8	1	0.3	3	1.1	8	0.8
検査室	5	1.0	8	2.6	4	1.5	17	1.6
カテーテル検査室	23	4.8	12	3.9	10	3.7	45	4.2
放射線治療室	3	0.6	0	0	1	0.4	4	0.4
放射線撮影室	11	2.3	3	1.0	4	1.5	18	1.7
核医学検査室	0	0	1	0.3	0	0	1	0.1
透析室	3	0.6	1	0.3	1	0.4	5	0.5
分娩室	3	0.6	0	0	0	0	3	0.3
機能訓練室	2	0.4	0	0	3	1.1	5	0.5
トイレ	23	4.8	4	1.3	9	3.3	36	3.4
廊下	11	2.3	11	3.6	11	4.0	33	3.1
浴室	7	1.5	6	1.9	2	0.7	15	1.4
階段	0	0	1	0.3	1	0.4	2	0.2
不明	3	0.6	5	1.6	1	0.4	9	0.8
その他	47	9.8	45	14.6	32	11.7	124	11.8
未選択 <sup>1</sup>	7	1.5	3	1.0	2	0.7	12	1.1
合計	481	100	308	100	273	100	1,062	100

注：1 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「発生場所」のチェックボックスを選択していないものを指す。

14)発生要因

発生要因	第1回		第2回		第3回		合計	
	平成16年10月～ 平成17年3月		平成17年 4月～6月		平成17年 7月～9月		平成16年10月～ 平成17年9月	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
確認を怠った	113	13.4	71	13.5	83	15.2	267	14.0
観察を怠った	107	12.7	49	9.4	74	13.6	230	12.0
判断を誤った	96	11.4	62	11.8	67	12.3	225	11.8
知識が不足していた	30	3.6	25	4.8	30	5.5	85	4.5
技術・手技が未熟だった	43	5.1	31	5.9	28	5.1	102	5.3
報告が遅れた	11	1.3	6	1.1	13	2.4	30	1.6
通常とは異なる身体的条件下にあった	30	3.6	16	3.1	18	3.3	64	3.4
通常とは異なる心理的条件下にあった	21	2.5	5	1.0	10	1.8	36	1.9
システムに問題があった	14	1.7	17	3.2	10	1.8	41	2.1
連携が出来ていなかった	44	5.2	27	5.2	29	5.3	100	5.2
記録などの不備	5	0.6	2	0.4	4	0.7	11	0.6
患者の外見・姓名が似ていた	0	0	0	0	1	0.2	1	0.1
勤務状況が繁忙だった	19	2.3	11	2.1	15	2.8	45	2.4
環境に問題があった	23	2.7	12	2.3	10	1.8	45	2.4
医薬品の問題	6	0.7	6	1.1	3	0.6	15	0.8
医療機器の問題	9	1.1	13	2.5	9	1.7	31	1.6
諸物品の問題	13	1.5	11	2.1	4	0.7	28	1.5
施設・設備の問題	20	2.4	14	2.7	9	1.7	43	2.3
教育・訓練に問題があった	21	2.5	10	1.9	16	2.9	47	2.5
説明不足	27	3.2	17	3.2	23	4.2	67	3.5
その他	140	16.7	101	19.3	75	13.8	316	16.6
未選択	48	5.7	18	3.4	14	2.6	80	4.2
合計	840	100	524	100	545	100	1,909	100

注：1 「発生要因」は複数回答が可能である。

2 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「発生要因」のチェックボックスを選択していないものを指す。

15) 事故の概要 × 事故の程度

事故の概要 × 事故の程度	死亡		障害残存(高)		障害残存(低)		不明		未選択 <sup>2</sup>		合計	
	平成17年 7~9月	平成16年 10月~ <sup>1</sup>	平成17年 7~9月	平成16年 10月~ <sup>1</sup>	平成17年 7~9月	平成16年 10月~ <sup>1</sup>						
指示出し	0	0	0	1	4	5	0	0	0	0	4	6
薬剤	3	5	2	6	6	26	2	16	1	1	14	54
輸血	0	0	1	1	0	2	0	2	0	0	1	5
治療・処置	15	50	15	47	34	155	11	50	0	7	75	309
医療機器	1	6	2	6	1	9	5	15	0	1	9	37
ドレーン、 チューブ類	0	2	1	7	14	50	7	16	0	2	22	77
歯科医療用具 (機器)等	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
検査	4	8	0	7	4	23	4	12	0	2	12	52
療養上の世話	7	15	15	45	51	160	6	31	2	6	81	257
その他	11	58	5	25	23	80	3	38	0	5	42	206
未選択 <sup>2</sup>	0	5	0	8	11	27	1	14	1	4	13	58
合計	41	149	41	154	148	537	39	194	4	28	273	1,062

注：1 「平成16年10月～」とは平成16年10月1日から平成17年9月30日までの件数を示す。

2 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「事故の概要」および「事故の程度」のチェックボックスを選択していないものを指す。

## 16) 発生場面×事故の程度

平成17年7月1日から9月30日の報告件数および( )内は平成16年10月1日から平成17年9月30日の報告件数

	死亡	障害残存 (高)	障害残存 (低)	不明	未選択	合計
<b>薬剤に関する項目</b>						
与薬準備	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	1 ( 4 )
皮下・筋肉注射	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 3 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 3 )
静脈注射	1 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 6 )	1 ( 3 )	0 ( 0 )	2 ( 10 )
末梢静脈点滴	0 ( 0 )	1 ( 3 )	1 ( 5 )	0 ( 4 )	0 ( 0 )	2 ( 12 )
中心静脈注射	1 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	0 ( 4 )	0 ( 0 )	1 ( 8 )
内服	0 ( 0 )	0 ( 2 )	3 ( 9 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	4 ( 12 )
点鼻・点眼・点耳	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )	1 ( 1 )
その他の処方・与薬に関する場面	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 2 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 4 )
内服薬調剤・管理	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	2 ( 2 )
注射薬調剤・管理	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )
その他	1 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )
<b>輸血に関する項目</b>						
輸血検査	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 3 )
輸血実施	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
その他	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
<b>治療・処置に関する項目</b>						
開頭	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 3 )
開胸	2 ( 2 )	0 ( 2 )	0 ( 4 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	2 ( 10 )
開心	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 5 )
開腹	3 ( 6 )	1 ( 4 )	3 ( 17 )	0 ( 4 )	0 ( 0 )	7 ( 31 )
四肢	0 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 5 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 8 )
鏡視下手術	0 ( 1 )	3 ( 5 )	4 ( 6 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	7 ( 12 )
その他の手術	0 ( 0 )	1 ( 5 )	5 ( 13 )	1 ( 5 )	0 ( 0 )	7 ( 23 )
術前準備	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
術前処置	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 4 )
術後処置	0 ( 1 )	1 ( 3 )	2 ( 2 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	3 ( 8 )
その他の手術に関する場面	2 ( 5 )	0 ( 3 )	2 ( 12 )	1 ( 3 )	0 ( 0 )	5 ( 23 )
全身麻酔(吸入麻酔+静脈麻酔)	0 ( 0 )	0 ( 1 )	3 ( 7 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	3 ( 9 )
局所麻酔	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )
吸入麻酔	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
静脈麻酔	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )
脊髄・硬膜外麻酔	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 3 )
その他の麻酔	0 ( 0 )	0 ( 2 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 3 )
その他の出産・人工流産	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 4 )
血液浄化療法(血液透析含む)	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 3 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 5 )
IVR(血管カテーテル治療等)	1 ( 4 )	3 ( 7 )	5 ( 15 )	2 ( 2 )	0 ( 1 )	11 ( 29 )
放射線治療	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )
リハビリテーション	0 ( 0 )	0 ( 0 )	4 ( 6 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	4 ( 8 )
非観血的歯科治療	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 1 )
内視鏡的治療	0 ( 2 )	0 ( 1 )	1 ( 6 )	3 ( 4 )	0 ( 1 )	4 ( 14 )
その他	0 ( 1 )	1 ( 5 )	6 ( 14 )	1 ( 3 )	0 ( 0 )	8 ( 23 )
中心静脈ライン	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 12 )	0 ( 2 )	0 ( 1 )	0 ( 17 )
末梢静脈ライン	0 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	1 ( 5 )
血液浄化用カテーテル	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 3 )
栄養チューブ(NG・ED)	1 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	2 ( 3 )
尿道カテーテル	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
ドレーンに関する処置	0 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 2 )	1 ( 3 )	0 ( 0 )	1 ( 7 )
創傷処置	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 3 )	0 ( 0 )	0 ( 4 )
その他のチューブ類の挿入	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 4 )	0 ( 4 )	0 ( 0 )	0 ( 10 )
気管挿管	1 ( 1 )	1 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	2 ( 3 )
気管切開	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )
その他の救急処置に関する場面	0 ( 4 )	0 ( 1 )	0 ( 2 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 8 )
<b>医療用具(機器)の使用・管理に関する項目</b>						
人工呼吸器	1 ( 2 )	1 ( 2 )	0 ( 4 )	2 ( 3 )	1 ( 1 )	5 ( 12 )
酸素療法機器	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )
人工心肺	1 ( 2 )	0 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 4 )
除細動器	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )
ペースメーカー	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )
輸液・輸注ポンプ	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
血液浄化用機器	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
心電図・血圧モニター	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 4 )	0 ( 0 )	0 ( 5 )
パルスオキシメーター	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 1 )
その他の医療用具(機器)の使用・管理に関する場面	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 5 )	0 ( 8 )	0 ( 0 )	1 ( 14 )

	死亡	障害残存 (高)	障害残存 (低)	不明	未選択	合計
<b>ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目</b>						
中心静脈ライン	0 ( 0 )	0 ( 0 )	2 ( 8 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	2 ( 9 )
末梢動脈ライン	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
気管チューブ	0 ( 0 )	0 ( 0 )	2 ( 10 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	2 ( 12 )
気管カニューレ	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )
栄養チューブ (NG・ED)	0 ( 0 )	0 ( 0 )	2 ( 5 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	2 ( 5 )
尿道カテーテル	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
胸腔ドレーン	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
腹腔ドレーン	0 ( 0 )	0 ( 0 )	3 ( 7 )	0 ( 1 )	0 ( 1 )	3 ( 9 )
脳室・脳槽ドレーン	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 3 )
皮下持続吸引ドレーン	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )
硬膜外カテーテル	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )
血液浄化用カテーテル・回路	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 3 )
その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する場面	0 ( 2 )	1 ( 2 )	2 ( 14 )	3 ( 5 )	0 ( 0 )	6 ( 23 )
<b>歯科医療用具(機器)・材料の使用・管理に関する項目</b>						
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	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
<b>検査に関する項目</b>						
採血	1 ( 1 )	0 ( 1 )	1 ( 5 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	2 ( 8 )
その他の検体採取	0 ( 2 )	0 ( 1 )	1 ( 5 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 8 )
一般撮影	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )
MRI	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 1 )	1 ( 2 )
血管カテーテル撮影	1 ( 1 )	0 ( 4 )	2 ( 2 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	4 ( 8 )
下部消化管撮影	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )
その他の画像検査	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )
上部消化管	2 ( 3 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	2 ( 5 )
下部消化管	0 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )	0 ( 2 )	0 ( 1 )	1 ( 6 )
気管支鏡	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )
その他の内視鏡検査	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )
病理検査	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 3 )	0 ( 0 )	1 ( 3 )
その他の検査に関する場面	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 3 )
<b>療養上の世話に関する項目</b>						
気管内・口腔内吸引	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
体位変換	0 ( 0 )	1 ( 2 )	1 ( 3 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	2 ( 5 )
清拭	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
更衣介助	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 3 )
食事介助	1 ( 3 )	1 ( 2 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	2 ( 7 )
入浴介助	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )
排泄介助	0 ( 0 )	1 ( 1 )	1 ( 8 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	2 ( 10 )
移動介助	0 ( 0 )	1 ( 3 )	2 ( 4 )	0 ( 2 )	0 ( 1 )	3 ( 10 )
搬送・移送	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )
患者周辺物品管理	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 3 )
配膳	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
患者観察	0 ( 5 )	0 ( 0 )	0 ( 6 )	0 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 13 )
その他の療養上の世話に関する場面	0 ( 0 )	0 ( 2 )	3 ( 19 )	1 ( 6 )	0 ( 0 )	4 ( 27 )
経口摂取	0 ( 1 )	0 ( 3 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 4 )
散歩中	0 ( 0 )	0 ( 0 )	2 ( 3 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	2 ( 5 )
移動中	2 ( 2 )	2 ( 12 )	14 ( 49 )	3 ( 8 )	0 ( 1 )	21 ( 72 )
外出・外泊中	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 3 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 4 )
食事中	1 ( 2 )	2 ( 3 )	1 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	4 ( 7 )
入浴中	1 ( 3 )	0 ( 1 )	0 ( 3 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 7 )
着替え中	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
排泄中	1 ( 3 )	1 ( 7 )	9 ( 20 )	0 ( 3 )	1 ( 1 )	12 ( 34 )
就寝中	0 ( 1 )	0 ( 2 )	4 ( 11 )	1 ( 3 )	0 ( 0 )	5 ( 17 )
その他の療養生活に関する場面	3 ( 9 )	1 ( 3 )	7 ( 20 )	1 ( 8 )	0 ( 1 )	12 ( 41 )
その他	7 ( 26 )	1 ( 8 )	3 ( 19 )	2 ( 23 )	0 ( 2 )	13 ( 78 )
未選択	6 ( 28 )	10 ( 32 )	38 ( 85 )	3 ( 26 )	1 ( 8 )	58 ( 179 )
<b>合計</b>	<b>41 ( 149 )</b>	<b>41 ( 154 )</b>	<b>148 ( 537 )</b>	<b>39 ( 194 )</b>	<b>4 ( 28 )</b>	<b>273 ( 1062 )</b>

## 17)事故の内容×事故の程度

平成17年7月1日から9月30日の報告件数および( )内は平成16年10月1日から平成17年9月30日の報告件数

	死亡	障害残存 (高)	障害残存 (低)	不明	未選択 <sup>1</sup>	合計
<b>薬剤に関する項目</b>						
処方量間違い	0 ( 1 )	1 ( 1 )	2 ( 4 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	3 ( 7 )
過剰与薬	1 ( 1 )	0 ( 1 )	3 ( 7 )	1 ( 5 )	0 ( 0 )	5 ( 14 )
禁忌薬剤の組合せ	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
投与速度速すぎ	1 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	1 ( 4 )
患者間違い	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 3 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	2 ( 4 )
薬剤間違い	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	1 ( 2 )	0 ( 0 )	1 ( 4 )
投与方法間違い	0 ( 0 )	1 ( 1 )	1 ( 6 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	2 ( 8 )
数量間違い調剤	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )
その他	1 ( 2 )	0 ( 3 )	0 ( 7 )	0 ( 4 )	1 ( 1 )	2 ( 17 )
<b>輸血に関する項目</b>						
クロスマッチ間違い	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )
結果記入・入力間違い	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
その他	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 3 )
<b>治療・処置に関する項目</b>						
患者間違い	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )
部位取違い	0 ( 0 )	1 ( 1 )	3 ( 7 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	4 ( 9 )
方法(手技)の誤り	3 ( 11 )	3 ( 7 )	4 ( 24 )	5 ( 17 )	0 ( 1 )	15 ( 60 )
未実施・忘れ	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	0 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 4 )
不必要行為の実施	0 ( 0 )	1 ( 1 )	3 ( 4 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	4 ( 5 )
患者体位の誤り	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 2 )
誤嚥	0 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 3 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	1 ( 5 )
異物の体内残存	0 ( 0 )	0 ( 0 )	5 ( 19 )	1 ( 5 )	0 ( 0 )	6 ( 24 )
その他	6 ( 29 )	6 ( 34 )	20 ( 88 )	5 ( 25 )	0 ( 2 )	37 ( 178 )
<b>医療用具(機器)の使用・管理に関する項目</b>						
組み立て	1 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )
設定忘れ・電源入れ忘れ	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 3 )
医療機器の不適切使用	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
故障	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )	1 ( 1 )	2 ( 3 )
技術不足	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
警報設定忘れ	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 1 )
便宜上警報OFF	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )
使用前・使用中の点検・管理ミス	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	2 ( 2 )	0 ( 0 )	2 ( 3 )
破損	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 3 )	0 ( 0 )	0 ( 4 )
その他	1 ( 4 )	2 ( 4 )	0 ( 8 )	2 ( 7 )	0 ( 0 )	5 ( 23 )
<b>ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目</b>						
点滴漏れ	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )
自己抜去	0 ( 1 )	0 ( 0 )	2 ( 11 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	2 ( 12 )
自然抜去	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 6 )	1 ( 1 )	0 ( 0 )	2 ( 7 )
接続はずれ	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 4 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 4 )
閉塞	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )
破損・切断	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 6 )	1 ( 2 )	0 ( 0 )	2 ( 8 )
接続間違い	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )
空気混入	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )
その他	0 ( 2 )	1 ( 4 )	6 ( 21 )	1 ( 6 )	0 ( 1 )	8 ( 34 )

	死亡	障害残存 (高)	障害残存 (低)	不明	未選択 <sup>1</sup>	合計
<b>検査に関する項目</b>						
患者取違え	0 ( 0 )	0 ( 1 )	1 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 3 )
検査手技・判定技術の間違い	1 ( 2 )	0 ( 1 )	2 ( 3 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	3 ( 6 )
検体採取時のミス	0 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 4 )
検体紛失	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 1 )
検体のコンタミネーション	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
分析機器・器具管理	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
検査機器・器具準備	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
結果報告	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	1 ( 2 )	0 ( 0 )	1 ( 3 )
その他	3 ( 6 )	1 ( 5 )	3 ( 12 )	3 ( 8 )	0 ( 1 )	10 ( 32 )
<b>療養上の場面に関する項目</b>						
転倒	3 ( 5 )	3 ( 21 )	30 ( 101 )	3 ( 19 )	1 ( 2 )	40 ( 148 )
転落	0 ( 0 )	2 ( 5 )	4 ( 18 )	1 ( 2 )	0 ( 0 )	7 ( 25 )
衝突	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )
拘束・抑制	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	1 ( 2 )
重度な(筋層 度・ 度に届く)褥瘡	0 ( 0 )	1 ( 3 )	7 ( 11 )	0 ( 3 )	0 ( 0 )	8 ( 17 )
誤嚥	2 ( 5 )	1 ( 5 )	2 ( 3 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	5 ( 13 )
誤飲	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )
摂取・注入量間違い	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 1 )
無断外出・外泊	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 2 )	0 ( 1 )	0 ( 1 )	0 ( 4 )
その他	4 ( 17 )	4 ( 13 )	5 ( 27 )	2 ( 9 )	0 ( 3 )	15 ( 69 )
その他	7 ( 26 )	1 ( 8 )	3 ( 19 )	2 ( 23 )	0 ( 2 )	13 ( 78 )
未選択 <sup>1</sup>	7 ( 31 )	11 ( 31 )	34 ( 83 )	3 ( 26 )	1 ( 8 )	56 ( 179 )
合計	41 ( 149 )	41 ( 154 )	148 ( 537 )	39 ( 194 )	4 ( 28 )	273 ( 1,062 )

注：1 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「事故の内容」および「事故の程度」のチェックボックスを選択していないものを指す。

18) 発生場所 × 事故の程度

発生場所 × 事故の程度	死亡		障害残存(高)		障害残存(低)		不明		未選択 <sup>2</sup>		合計	
	平成17年 7～9月	平成16年 10月～ <sup>1</sup>	平成17年 7～9月	平成16年 10月～ <sup>1</sup>	平成17年 7～9月	平成16年 10月～ <sup>1</sup>						
外来診察室	0	2	1	2	4	12	2	3	0	0	7	19
外来処置室	0	0	0	0	1	5	0	2	0	2	1	9
外来待合室	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	1	4
救急外来	0	1	0	2	1	7	0	1	0	0	1	11
救命救急センター	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	3	3
病室	17	72	21	73	72	235	9	83	2	9	121	472
病棟処置室	0	1	1	2	1	5	1	2	0	1	3	11
手術室	6	14	7	28	19	83	6	26	0	1	38	152
ICU	3	10	1	4	4	13	2	9	0	0	10	36
CCU	1	1	0	0	3	5	0	1	0	1	4	8
NICU	1	2	0	1	0	2	2	3	0	0	3	8
検査室	1	2	0	1	1	8	2	6	0	0	4	17
カテーテル検査室	2	5	1	10	5	22	2	7	0	1	10	45
放射線治療室	0	0	0	0	1	3	0	1	0	0	1	4
放射線撮影室	0	3	1	3	2	8	1	3	0	1	4	18
核医学検査室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
透析室	0	1	0	0	0	3	1	1	0	0	1	5
分娩室	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3
機能訓練室	0	0	0	0	3	3	0	2	0	0	3	5
トイレ	1	3	1	6	7	23	0	4	0	0	9	36
廊下	1	1	2	5	4	20	3	6	1	1	11	33
浴室	1	4	0	1	1	9	0	1	0	0	2	15
階段	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2
不明	0	0	0	3	1	3	0	3	0	0	1	9
その他	5	22	4	12	15	59	7	25	1	6	32	124
未選択 <sup>2</sup>	0	1	0	0	2	4	0	3	0	4	2	12
合計	41	149	41	154	148	537	39	194	4	28	273	1,062

注：1 「平成16年10月～」とは平成16年10月1日から平成17年9月30日までの件数を示す。

2 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「発生場所」および「事故の程度」のチェックボックスを選択していないものを指す。

19) 発生場所 × 入院・外来の別

発生場所 × 入院・外来の別	入院		外来		未選択 <sup>2</sup>		合計	
	平成17年 7～9月	平成16年 10月～ <sup>1</sup>	平成17年 7～9月	平成16年 10月～ <sup>1</sup>	平成17年 7～9月	平成16年 10月～ <sup>1</sup>	平成17年 7～9月	平成16年 10月～ <sup>1</sup>
外来診察室	1	3	6	14	0	2	7	19
外来処置室	1	1	0	7	0	1	1	9
外来待合室	0	1	1	3	0	0	1	4
救急外来	0	1	0	7	1	3	1	11
救命救急センター	1	1	1	1	1	1	3	3
病室	89	352	1	1	31	119	121	472
病棟処置室	3	10	0	1	0	0	3	11
手術室	28	128	0	0	10	24	38	152
I C U	10	31	0	0	0	5	10	36
C C U	3	7	0	0	1	1	4	8
N I C U	1	4	0	0	2	4	3	8
検査室	4	12	0	4	0	1	4	17
カテーテル検査室	7	36	0	2	3	7	10	45
放射線治療室	1	2	0	2	0	0	1	4
放射線撮影室	2	11	1	2	1	5	4	18
核医学検査室	0	1	0	0	0	0	0	1
透析室	1	4	0	0	0	1	1	5
分娩室	0	3	0	0	0	0	0	3
機能訓練室	2	3	0	1	1	1	3	5
トイレ	3	22	0	0	6	14	9	36
廊下	8	25	0	1	3	7	11	33
浴室	1	12	0	0	1	3	2	15
階段	0	1	0	0	1	1	1	2
不明	1	7	0	0	0	2	1	9
その他	20	78	5	22	7	24	32	124
未選択 <sup>2</sup>	1	4	0	2	1	6	2	12
合計	188	760	15	70	70	232	273	1,062

注：1 「平成16年10月～」とは平成16年10月1日から平成17年9月30日までの件数を示す。

2 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「発生場所」および「入院・外来の別」のチェックボックスを選択していないものを指す。

## 20) 発生要因 × 事故の概要

平成16年10月1日から平成17年9月30日までの報告義務対象医療機関からの報告における「発生要因」×「事故の概要」は以下の通りである。

発生要因 × 事故の概要	指示出し	薬剤	輸血	治療・処置	医療機器	ドレーン、チューブ類	歯科医療用具	検査	療養上の世話	その他	未選択 <sup>1</sup>	合計
確認を怠った	2	37	2	82	16	23	1	8	27	27	13	238
観察を怠った	0	6	0	37	11	17	1	2	80	39	12	205
判断を誤った	2	12	3	59	3	19	1	4	67	19	11	200
知識が不足していた	1	20	1	18	5	7	0	0	11	8	5	76
技術・手技が未熟だった	0	3	0	56	2	12	0	6	7	1	6	93
報告が遅れた	0	6	1	6	1	1	0	0	7	3	1	26
通常とは異なる身体的条件下にあった	0	1	0	22	1	6	0	1	8	16	5	60
通常とは異なる心理的条件下にあった	0	3	1	12	1	3	0	1	5	5	3	34
システムに問題があった	0	8	0	7	3	3	0	4	3	9	1	38
連携が出来ていなかった	2	12	0	21	4	7	0	7	23	13	2	91
記録などの不備	0	3	0	2	0	3	0	0	0	2	0	10
患者の外見・姓名が似ていた	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
勤務状況が繁忙だった	0	7	0	5	3	4	0	0	15	6	1	41
環境に問題があった	0	2	0	4	1	3	0	1	18	9	2	40
医薬品の問題	0	9	0	3	0	1	0	0	0	1	1	15
医療機器の問題	0	1	1	4	8	4	0	3	0	4	0	25
諸物品の問題	0	2	1	5	5	5	0	1	4	2	2	27
施設・設備の問題	0	0	0	3	1	0	0	0	20	15	2	41
教育・訓練に問題があった	1	5	0	10	3	4	0	0	5	9	2	39
説明不足	0	4	0	9	2	2	0	5	21	14	2	59
その他	0	8	1	100	5	19	0	18	47	79	9	286
未選択 <sup>1</sup>	0	2	0	16	0	2	0	0	19	21	14	74
合計	8	151	11	482	75	145	3	61	387	302	94	1,719

注：1 「未選択」とは事故の詳細については記述欄に記入しているが、「発生要因」および「事故の概要」のチェックボックスを選択していないものを指す。



## 4 報告・記載の現況

### 1) 報告状況の分析

平成16年10月1日から平成17年9月30日までに報告された1,192件（報告義務対象医療機関：1,063件、参加登録申請医療機関：129件）と平成17年7月1日から同年9月30日までに報告された303件（報告義務対象医療機関：273件、参加登録申請医療機関：30件）の報告状況を比較し分析した（次頁表参照）。

#### (1)コード選択形式の項目の未選択率について

コード選択形式の項目は、患者に関する情報および医療従事者に関する情報の項目の未選択率が高く、この特徴は事業開始からの1年間と最近の3ヶ月間の報告内容を比較するとほぼ同様の傾向であった。未選択率の高い項目として「患者の年齢」、「患者の性別」、「患者区分」、「当事者職種経験年数」、「当事者勤務時間」等が挙げられるが、このうち「患者の年齢」、「患者の性別」は記述形式の「発生前後の事実経過」または「事故の背景・要因」の項目に記述されていることもある。

「患者の年齢」、「患者の性別」、「患者区分」については、入力に関する不具合の報告があり、入力システムの不具合が生じていないか等、現在調査中である。システムの不具合の検証も含め、入力漏れや選択困難などが起きにくい報告画面の検討を行う必要がある。

#### (2)記述形式の項目の未記入率について

「発生前後の事実経過」、「事故の背景・要因」、「改善策」は医療事故を把握する上で必要な情報であり、もれなく入力いただくようお願いしたい。

初回報告における「事故の背景・要因」、「改善策」の未記入率に関しては事業開始から現在までの傾向に変化は見られない。

しかし、初回報告時には「事故の背景・要因」、「改善策」が未記入であった医療機関から、後日、Webによる追加の情報を提供していただくこともあり、それらの情報を併せると未記入率は減少の傾向にある。

コード選択形式の項目の未選択率

項目	未選択数および未選択率			
	平成17年 7月～9月		平成16年10月～ 平成17年9月	
	件数	%	件数	%
事故の程度	8	2.6	35	2.9
発生場所	3	1.0	14	1.2
事故の概要	14	4.6	62	5.2
関連診療科	8	2.6	33	2.8
患者の年齢	77	25.4	327	27.4
患者の性別	88	29.0	356	29.9
患者区分	75	24.8	249	20.9
事故直前の患者の状態	42	13.9	181	15.2
発見者	9	3.0	36	3.0
当事者職種	28	9.2	120	10.1
当事者職種経験	63	20.8	271	22.7
当事者部署配属期間	73	24.1	330	27.7
当事者勤務（夜勤等回数）	72	23.8	362	30.4
発生場面	65	21.5	194	16.3
事故の内容	63	20.8	194	16.3
発生要因	15	5.0	85	7.1

記述形式の項目の未記入率

項目	未記入数および未記入率			
	平成17年 7月～9月		平成16年10月～ 平成17年9月	
	件数	%	件数	%
発生前後の事実経過	4	1.3	17	1.4
事故の背景・要因	26	8.6	88	7.4
改善策	20	6.6	77	6.5

# 医療事故情報等分析作業の現況

## 1 概況

### 1) 分析対象とするテーマの選定状況

医療事故分析の対象となるテーマは、一般性・普遍性、発生頻度、患者への影響度、防止可能性・回避可能性、教訓度といった観点から、専門家の意見を踏まえ選定している。

平成16年度には「手術における異物残存」、「医療機器の使用に関連した医療事故」を分析対象テーマとして選定し、その後平成17年度当初に、「薬剤に関連した医療事故」を分析対象テーマとして選定し、現在も引き続き分析に取り組んでいるところであり、第2回までの報告書にその進捗を記載している。さらに、第2回報告書以降「医療処置に関連した医療事故」を新たに分析対象テーマとして選定し、検討を開始したところである。

### 2) 分析対象とする情報

当該事業において報告された医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例情報のうち、テーマに関連すると考えられる情報を抽出し、分析の対象とした。

### 3) ヒヤリ・ハット事例の活用

分析のテーマに関する事故事例の分析に役立てるために、第15回以降のヒヤリ・ハット事例情報収集においては、医療事故情報に基づいて決定された分析テーマを中心としたテーマを設定し、収集しているところである。人工呼吸器に関する事例および手術等における異物残存に関する事例等をテーマとし、収集を行っている。次頁に過去3回のヒヤリ・ハット事例収集テーマを示す。

参考 収集期間毎に定められたヒヤリ・ハット事例のテーマ

収集回	収集期間	テーマ
第15回	平成17年 1月～3月	人工呼吸器に関連する事例 （チューブ等のトラブルやアラームに関するもの、人工呼吸器の周辺機器に関する事象を含む。ただし気管チューブの自己抜去を除く。） 異物残存 （手術や処置での異物残存に関する事例）
第16回	平成17年 4月～6月	人工呼吸器に関連する事例 （チューブ等のトラブルやアラームに関するもの、人工呼吸器の周辺機器に関する事象を含む。ただし気管チューブの自己抜去を除く。） 異物残存 （手術や処置での異物残存に関する事例） 患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関する事例
第17回	平成17年 7月～9月	人工呼吸器に関連する事例 （チューブ等のトラブルやアラームに関するもの、人工呼吸器の周辺機器に関する事象を含む。ただし気管チューブの自己抜去を除く。） 異物残存 （手術や処置での異物残存に関する事例） 患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関する事例 経鼻チューブやPEG等、経管栄養チューブの挿入と管理に関する事例 （チューブの自己抜去を除く。） 浣腸の実施場面で誤りや予期しない事象が発生した事例

#### 4) 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多様な医療職種の専門家で構成される分析班において、月に1～2回の頻度で全ての医療事故事例を参照し、事故事例全体の概要を把握し分析の方向性を検討している。

また、上記4つのテーマについてはそれぞれのテーマを担当する個別の分析班を設け、事例の集積の程度に応じ月に1～2回の頻度で分析を行っている。

#### 5) 事故事例に対する追加調査

分析班において、医療機関から報告された事例の記述内容に対し分析するうえで、周辺情報を含めてさらに詳細な事実関係を把握する必要があると判断される事例に関しては、追加情報の収集のため事例をご報告いただいた各医療機関へ文書等による問い合わせや、訪問調査を行っている。ヒヤリ・ハット事例に関しても必要に応じ、医療機関への問い合わせを行っている。追加情報の内容は、分析班会議の資料として活用している。

医療機関からの回答方法は、Web上または郵送で可能となっている。平成17年7月1日から平成17年9月30日までに、文書による問い合わせを52件行い、現在46件の回答を得ている。

また、同期間内に医療機関への訪問調査は4件行った。



## 2 個別のテーマの検討状況

### 1) 手術における異物残存

平成17年7月1日から平成17年9月30日までに、新たに報告のあった手術における異物残存は5件であった。平成16年10月1日から平成17年9月30日の1年間では23件の報告があった(表1)。

異物残存が発見されたのは、第2回報告書の分類に従うと、「手術中～帰室まで」0件、「帰室～退院まで」5件、「退院後」0件であった(表2)。また、異物残存の原因はいずれも手術中に発生しており、そのうち3件は手術中にカウントを行っていたが残存が発見されなかった。1件は定められた手順を行っていなかったもの、もう1件は本来固定されるはずのものが脱落し予定外の部位に迷入したものである。これら5件はすべて、術後に行ったX線撮影によって異物の存在を確認している。

分析班では引き続き、

物品をできるだけ残存させない方法

残存してしまった物品を手術終了前に発見する方法

に関する検討を行っている。

また、当事業に参加している医療機関へのアンケート調査、関係学会、関連業界団体に対するヒアリング等を行い、より安全で確実かつ医療機関において実施可能な現実的な対策の検討を引き続き行うこととしている。

**表 1 異物残存に関する事故事例報告の内訳**

残存した異物	報告件数		備考
	平成 17 年 7 月～9 月	平成 16 年 10 月～ 平成 17 年 9 月	
ガーゼ	2	8	
縫合針	1	6	
ブルドック鉗子	0	2	
金属プラグ	0	1	
シャントチューブ	0	1	
ネジ	0	1	
開創器部品	0	1	
スプーン	0	1	
針	1	1	手術部位確認に使用
歯科用矯正装置 (ブラケット)	1	1	

**表 2 異物残存事例の概要**

平成 17 年 7 月 1 日から 9 月 30 日の報告事例

No	遺残物	遺残に気づいた理由	異物残存発見の経緯
帰室後			
1	ガーゼ（紐付き）	X線撮影	術中カウントは合っていた。 帰室後、術直後に撮影したX線写真を確認時に発見。
2	手術部位確認用の針	X線撮影、CT撮影	術後一週間以上経過した頃、術直後に撮影したX線写真やCTを用いて術後経過を検討した際に発見。
3	ガーゼ	X線撮影	術中カウントは合っていた。 術後のX線撮影で発見。
4	歯科用矯正装置 (ブラケット)	X線撮影	術後のX線撮影で固定が緩み器具の一部が予定外の部位に迷入しているのを発見。
5	縫合針	X線撮影	術中カウントは合っていた。 術直後に手術室内でX線撮影を実施し、画像をモニター画面上で確認したが、異物には気づかなかった。 帰室後、X線写真を確認時に発見。

## 2) 薬剤に関連した医療事故

平成17年7月1日から平成17年9月30日の間に報告された医療事故事例のうち、薬剤に関連するものは24件であった。この24件のうち、薬理作用の結果として知られる副作用によって発生したと考えられる事例及び照会中の事例4件とヒヤリ・ハットに相当する事例2件を分析対象から除き、残りの18件について分析を行った。事業開始から平成17年9月30日までの薬剤に関連した医療事故の報告は累計で65件である。

平成17年7月1日から平成17年9月30日の間に1件について医療機関への訪問調査を行っている。

### (1) 薬剤に関連した医療事故の現状

薬物療法を行う際の業務の流れを「指示」「指示受け・申し送り」「準備」「実施」「実施後の観察及び管理」の5段階として縦軸にとり、事故の内容を横軸にとりマトリックスとして整理した(表3)。また、本報告書において分析対象とした事例の概要を表4に示す。

#### 指示段階

この段階における事例は11件あり、分析対象となった事故の半数を占めている。指示段階で最も多いのは薬剤量に関連したもの(5件)である。このほか、薬剤の濃度に関するもの(2件)、速度に関するもの(1件)のほか、薬物の影響のモニターが不備だったもの(1件)、複数薬剤の一包化に関連したもの(1件)、指示開始日時に関連するもの(1件)となっている。

#### 指示受け・申し送り段階

この段階における事例の報告はなかった。

#### 準備段階

この段階における事例として、薬剤供給時の規格間違い(1件)が報告されている。

#### 実施段階

実施段階の事故は7件あり、調剤時の薬剤の取り違い(1件)、規格間違い(1件)、対象者間違い(1件)、投与速度の指示誤認(1件)、服用方法に関するもの(1件)である。

#### 実施後の観察及び管理

この段階における事例の報告はなかった。

#### その他

薬剤マスター登録時の間違いによって発生した事故(1件)が報告されている。

## (2) 医療事故に関連した薬剤の種類

事故事例に関連した薬剤には腫瘍用薬 4 件、血液・体液用薬(血液凝固阻止剤) 1 件、インスリン 1 件などがあつた(表 5)。

## (3) 今後の検討課題

引き続き、医療機関、業界団体等へのヒアリング等を行い

指示段階での誤りが生じにくい仕組み及びその後の段階での指示の誤りを  
検出する仕組み

医療機関内における薬剤に関する知識や情報の共有  
に関する効果的な方法について検討していくこととしている。

表3 薬剤に関連した医療事故の発生状況

( )内は平成16年10月1日から平成17年9月30日までの報告件数

		薬剤間違い	薬剤量間違い	方法間違い			速度間違い	対象者間違い	その他の間違い	合計
				経路	濃度	日数				
段  階	指示	0 (3)	5 (15)	0 (1)	2 (5)	0 (1)	1 (2)	0 (0)	3 (8)	11 (35)
	指示受け・ 申し送り	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)
	準備	0 (0)	1 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6)
	実施	2 (3)	0 (0)	0 (3)	0 (0)	0 (0)	1 (3)	1 (4)	1 (2)	5 (15)
	実施後の観 察及び管理	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (6)	0 (7)
	その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (1)
合計		2 (7)	6 (21)	0 (4)	2 (5)	0 (1)	2 (6)	1 (4)	5 (17)	18 (65)

表4 薬剤に関連した医療事象事例の概要

番号	発生段階	事例概要	備考
【薬剤間違い】			
1	実施段階	内服用規格と静脈用規格を取り違えた事例	無菌製剤のため健康被害はない
2	実施段階	薬剤を取り違えて調剤した事例	
【薬剤量間違い】			
3	指示段階	薬剤の規格を誤った事例	血液・体液用薬 (血液凝固阻止剤)
4	指示段階	薬剤量の記入を誤った事例	
5	指示段階	薬剤量の入力を誤った事例	
6	指示段階	治療計画作成時に薬剤量を誤った事例	腫瘍用薬
7	指示段階	思い込みにより薬剤量を誤り投与した事例	腫瘍用薬
8	準備段階	薬剤供給時に規格を誤った事例	
【方法間違い】(経路・濃度・日数)			
9	指示段階	薬剤濃度と点滴チューブのミスマッチにより接続部に亀裂が生じた事例	エトキシド
10	指示段階	薬剤の添付文書に記載されている濃度より高い濃度で薬剤を投与した事例	メシル酸ガベキサート
【速度間違い】			
11	指示段階	ポンプの流量設定に関する指示を誤った事例	
12	実施段階	投与速度の指示を誤認し、予定より早く注入した事例	腫瘍用薬
【対象者違い】			
13	実施段階	バーコードの利用手順を誤り、患者Aに投与すべき薬剤を患者Bに投与した事例	
【その他の間違い】			
14	マスター登録時	薬剤マスター登録時に薬剤の規格登録を誤った事例	
15	指示段階	薬剤投与中の検査が未実施だった事例	抗リウマチ薬
16	指示段階	変更指示の開始日時を誤った事例	インスリン
17	指示段階	服用回数の異なる薬剤を一包化した事例	抗腫瘍薬
18	実施段階	経口薬を包装部分(ヒートシール)から取り出さずにそのまま服用した事例	

**表5 医療事故に関連した薬剤の種類**

( )内は平成16年10月1日から平成17年9月30日までの報告件数

薬剤の種類	件数
血液製剤	0 ( 0 )
麻薬	0 ( 1 )
抗腫瘍剤	4 ( 15 )
循環器用薬	0 ( 0 )
抗糖尿病薬	1 ( 4 )
抗不安剤	0 ( 0 )
睡眠導入剤	0 ( 0 )
その他の薬剤	13 ( 45 )
合計	18 ( 65 )

### 3) 医療機器の使用に関連した医療事故

医療機器の使用に関連した医療事故については、人工呼吸器に関する事例の分析を行っている。

平成17年7月1日から平成17年9月30日までに報告された医療機器の使用に関する事故事例のうち、人工呼吸器に関する報告は3件であった。事業開始から平成17年9月30日までの人工呼吸器に関する事故報告は累計で12件となり、今回この12件について分析を行った。

また、事故事例の分析に役立てるために、第15・16回のヒヤリ・ハット事例収集において、人工呼吸器に関する事例をテーマとして事例を収集した。平成17年1月から6月までに報告されたヒヤリ・ハット事例のうち、人工呼吸器に関する分析対象事例は273件であった。

#### (1) 分析の結果

##### 1. 人工呼吸器に関する事故の概要

医療事故事例を発生部位別にみると、「回路」7件(58.0%)、「加温加湿器」2件(17.0%)、「設定・操作部」3件(25.0%)であった。発生場所は、病室8件、NICU2件、手術室1件、CCU1件であった(表6)。

ヒヤリ・ハット事例を発生部位別にみると、「電源」13件(4.8%)、「酸素供給」14件(5.1%)、「回路」117件(42.9%)、「加温加湿器」41件(15.0%)、「設定・操作部」49件(17.9%)、「呼吸器本体」39件(14.3%)であった(表7)。

医療事故事例、ヒヤリ・ハット事例ともに、「回路」に関する事例が最も多かった。

##### 2. 発生部位別の分析

###### 電源

) 医療事故事例  
なし。

###### ) ヒヤリ・ハット事例

機器の基本的な使用に関するヒヤリ・ハット事例が大半で「非常電源を使用していなかったために切れた」、「バッテリーが切れた」、「電源プラグを確実にコンセントに差し込み、ロックしていなかったために抜けそうになった」、等の報告があった。

これらの事例は、使用前の点検を確実に実施することにより防ぐことができると考えられる。

#### 酸素供給

##### ) 医療事件事例

なし。

##### ) ヒヤリ・ハット事例

報告の多い事例として、「酸素が供給されていなかった」、「酸素が接続されていなかった」、「酸素の接続が外れていた」、「酸素ポンベの酸素不足、開栓忘れた」、「酸素が漏れていた」、等の報告があった。これらはいずれも患者に自発呼吸があり一時的に呼吸器を外すことができる呼吸状態であり、一旦外した人工呼吸器を再度装着した際に発生した事例であった。

これらは、使用前の点検で未然に防ぐことができる事例と、使用中の点検により早期に対処することが可能な事例と考えられる。

#### 回路

##### ) 医療事件事例

「回路組立時の接続間違い」2件、「回路閉塞」1件、「回路接続外れによるリーク」4件であった。そのうち、「回路の接続間違い」1件と「回路接続外れ」2件の事例は発見が遅れたため、死亡に至っている。

##### ) ヒヤリ・ハット事例

報告の多い事例としては、使用前の回路組立時の「接続間違い」28件(10.2%)、「接続不備」の35件(12.8%)であった。また、リークに関する事例として「回路の接続外れ」35件(12.8%)、「回路とカニューレとの接続外れ」10件(3.7%)、「回路破損」13件(4.8%)等があった。

#### 加温加湿器

##### ) 医療事件事例

加温加湿器に関する事例は給水に関する事例が2件報告され、「蒸留水の間違い」、「間違った方法による給水」の事例であった。

##### ) ヒヤリ・ハット事例

報告の多い事例としては、「電源が切れていた」19件(7.0%)、「設定間違い」5件(1.8%)等の報告があった。これらは、使用前

の点検でチェックできる内容と考えられる。

「給水」9件(3.3%)に関する事例は、使用中の点検でチェックする必要がある。

設定・操作部

) 医療事件事例

「作動停止」、「作動一時停止」、「人工呼吸器のアラームの不作動」がそれぞれ1件あった。

) ヒヤリ・ハット事例

「設定間違い」に関する事例が40件と大半を占めた。その他に、「スイッチがオフになっていた」事例が6件あった。これらの事例では、いずれも患者に自発呼吸があり、一時的に呼吸器を外すことが可能な呼吸状態であったため、適切に設定をし直す時間があり事故に至らなかったと考えられた。人工呼吸器の適切な設定、操作、確認方法に関する十分な知識を持って、取り扱う必要がある。

呼吸器本体

) 医療事件事例

なし。

) ヒヤリ・ハット事例

故障・不具合が大半を占めた。

## (2) 今後の検討課題

人工呼吸器に関する事故を防ぐには、

人工呼吸器の適切な設定、操作等を行う

異常が発生した場合には、その異常を検知し、適切な対処を行うことが必要である。

既に、厚生労働省医薬局長通知「生命維持装置である人工呼吸器に関する医療事故防止対策について」(医薬発第248号、平成13年3月27日)が発出され、さらに厚生労働省告示として人工呼吸器の警報基準が告示されている。

今後は、医療機関における人工呼吸器の使用・管理に関する調査等を行い、事故防止対策についてさらに検討を行うこととしている。

表6 . 人工呼吸器に関する医療事故の発生分類

分類		発生場所	事故の程度	事例概要	
回路	回路組立	接続間違い	手術室	不明	回路の接続誤りがあり換気できず、高気道内圧アラームが鳴った。
	回路組立	接続間違い	病室	死亡	回路交換時、加温加湿器に接続した回路の呼気側と吸気側を逆に接続した。
	回路閉塞		CCU	障害残存高い	回路内の異物(洗浄時に使用した接続用アダプター)により回路が閉塞していた。
	回路閉塞		NICU	障害残存低い	呼気側チューブに1mm程度の穴が開いており、回路内に水が溜まった。
	リーク	接続外れ	病室	死亡	痰吸引後、気管カニューレと人工呼吸器の接続部が外れていた。
	リーク	接続外れ	病室	死亡	痰吸引後にアラームが鳴った。L字コネクターとカニューレが外れていた。
	リーク	接続外れ	病室	障害なし	痰吸引後、低圧アラームが鳴った。カニューレと蛇管コネクターの接続部分が外れていた。
加温加湿器	給水		病室	障害なし	気管支鏡洗浄目的で用意された洗浄剤入り滅菌精製水を誤って加温加湿器用に使用した。
	給水		病室	障害残存低い	自動給水装置のない加湿加温器に点滴セットを使用し給水中、給水過多となった。
設定・操作部	設定	作動停止	病室	障害残存高い	人工呼吸器接続後アラームが鳴り、前面カバーを開け消音ボタンを押したつもりだったが、誤って電源を切った。
	設定	作動一時停止	病室	障害残存低い	高圧アラームが頻回に鳴ったため、呼吸器を一旦外して設定を一時停止にした。その後、呼吸器の回路を再接続したが、作動を確認しなかった。
	設定	人工呼吸器のアラーム	NICU	障害残存高い	アラームが鳴らなかった。

表7.人工呼吸器に関するヒヤリ・ハットの発生分類

分類	内容		事例数 (%)	分類別数 (%)	
電源	1	不適切な電源の確保	7 ( 2.6 )	13 ( 4.8 )	
	2	コード接続不良	4 ( 1.5 )		
	3	内部バッテリー作動不良	1 ( 0.4 )		
	4	接続ケーブル破損	1 ( 0.4 )		
酸素供給	1	供給されていなかった	5 ( 1.8 )	14 ( 5.1 )	
	2	接続されていなかった	3 ( 1.1 )		
	3	酸素接続外れ	2 ( 0.7 )		
	4	酸素ポンベの不適切な取り扱い	2 ( 0.7 )		
	5	酸素漏れ	2 ( 0.8 )		
回路	1	接続間違い	呼気と吸気が逆	15 ( 5.5 )	117 ( 42.9 )
		圧・温度センサーの位置	位置	6 ( 2.2 )	
			位置	7 ( 2.6 )	
	2	接続不備	7 ( 2.6 )		
	3	物品の不適切な使用	10 ( 3.7 )		
	4	回路交換に時間を要した	2 ( 0.7 )		
	5	回路閉塞	7 ( 2.5 )		
	6	破損	5 ( 1.8 )		
	7	リーク	接続外れ	35 ( 12.8 )	
8	リーク	カニューレとの接続外れ	10 ( 3.7 )		
9	リーク	回路破損	13 ( 4.8 )		
加温加湿器	1	電源が切れていた	19 ( 7.0 )	41 ( 15.0 )	
	2	設定間違い	5 ( 1.8 )		
	3	給水	9 ( 3.3 )		
	4	破損	2 ( 0.7 )		
	5	故障・不具合	6 ( 2.2 )		
設定・操作部	1	電源スイッチがOFFになっていた	6 ( 2.2 )	49 ( 17.9 )	
	2	設定	アラーム		3 ( 1.1 )
			酸素濃度		6 ( 2.2 )
			酸素流量		3 ( 1.1 )
			モード		14 ( 5.1 )
			モード・圧		1 ( 0.4 )
			換気量		2 ( 0.7 )
			圧		4 ( 1.5 )
			吸気時間		2 ( 0.7 )
			呼吸回数		4 ( 1.5 )
			設定変更方法の間違い		1 ( 0.4 )
	3	不適切なモード設定ダイヤル位置	1 ( 0.4 )		
	4	1回換気量表示 / 痰や水滴による高値	1 ( 0.4 )		
	5	グラフィックモニターの電池切れ	1 ( 0.4 )		
呼吸器本体	1	不適切な固定	1 ( 0.4 )	39 ( 14.3 )	
	2	故障・不具合	38 ( 13.9 )		
合計			273 ( 100 )		

#### 4) 医療処置に関連した医療事故

医療処置に関連した医療事件事例は、第2回報告書公表以降新たにテーマとして選定したものであり、現在、腸管穿孔の事例を分析対象としている。

平成16年10月1日から平成17年9月30日までの1年間の医療事故報告の中から、医療処置により腸管穿孔を生じたと考えられる事例が6件報告されており、そのうち2件は医療機関への訪問調査を行っている。

なお、次頁に医療処置に関する事故の概要を示している。今後、医療処置に関連する事例の具体的な分析を行う予定である。

### 3 共有すべき医療事故情報

平成16年10月1日から平成17年9月30日までに報告された事故事例を分析班等において個別に検討する中で、広く共有すべきであると考えられた事例の概要等を以下に記す。

概要	内容	件数
薬剤	腫瘍用薬のうち名称が類似しているパクリタキセル（販売名：タキソール）とドセタキセル水和剤（販売名：タキソテル）を取り違えた事例。	2件
薬剤	播種性血管内凝固症候群（DIC）治療目的でメシル酸ガベキサートを末梢静脈から点滴投与していた患者に、投与部位に皮膚壊死、潰瘍形成が生じた事例。これらは、中心静脈から投与する濃度をもって末梢静脈から投与しているなど、当該薬剤の添付文書中に記載されている、静脈炎や潰瘍・壊死の可能性を注意喚起する用法関連注意に示されている濃度よりも高濃度で投与されていた。	4件
薬剤	1) 抗リウマチ薬（メトトレキサート）を投与中、白血球が減少等を来し、感染症により死亡した事例。添付文書で推奨されている頻度では検査が行われなかった。 2) 抗リウマチ薬（メトトレキサート）を週1回で処方するところを誤って連日投与し、過量投与を行った事例。	3件
医療機器等	心臓カテーテル検査を終了する際、穿刺部位の圧迫止血のため止血用デバイスが使用されることがあり、止血用デバイスに空気を注入し膨らませて圧迫止血する。事故事例は、止血用デバイスにではなく、誤って心臓カテーテル検査のために動脈に挿入したシース（カテーテルを通すために血管に挿入される外筒）に空気を注入し、空気塞栓を生じた事例。	2件
医療処置	手術や検査の前処置として実施し、グリセリン浣腸により直腸等に穿孔を来した事例。ベッド上において左側臥位により実施した例はなく、全例がトイレにおいて立位で実施していたことが共通していた。	4件



## 資料1 報告義務対象医療機関一覧(272施設)

平成17年9月30日現在

医療法施行規則第十一条の二に基づく報告義務対象医療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病療養所

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	静岡医療センター
国立病院機構	千葉医療センター	国立病院機構	名古屋医療センター
国立病院機構	千葉東病院	国立病院機構	東名古屋病院
国立病院機構	下総精神医療センター	国立病院機構	東尾張病院
国立病院機構	下志津病院	国立病院機構	豊橋医療センター
国立病院機構	東京医療センター	国立病院機構	三重病院
国立病院機構	災害医療センター	国立病院機構	鈴鹿病院
国立病院機構	東京病院	国立病院機構	三重中央医療センター
国立病院機構	村山医療センター	国立病院機構	榊原病院
国立病院機構	横浜医療センター	国立病院機構	福井病院
国立病院機構	南横浜病院	国立病院機構	あわら病院
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	滋賀病院
国立病院機構	箱根病院	国立病院機構	紫香楽病院
国立病院機構	相模原病院	国立病院機構	京都医療センター
国立病院機構	神奈川病院	国立病院機構	宇多野病院
国立病院機構	西新潟中央病院	国立病院機構	舞鶴医療センター
国立病院機構	新潟病院	国立病院機構	南京都病院
国立病院機構	さいがた病院	国立病院機構	大阪医療センター
国立病院機構	甲府病院	国立病院機構	近畿中央胸部疾患センター
国立病院機構	東長野病院	国立病院機構	刀根山病院
国立病院機構	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	中信松本病院	国立病院機構	神戸医療センター
国立病院機構	長野病院	国立病院機構	姫路医療センター
国立病院機構	小諸高原病院	国立病院機構	兵庫青野原病院
国立病院機構	富山病院	国立病院機構	兵庫中央病院
国立病院機構	北陸病院	国立病院機構	奈良医療センター
国立病院機構	金沢医療センター	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	鳥取医療センター
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	松江病院
国立病院機構	静岡富士病院	国立病院機構	浜田医療センター
国立病院機構	天竜病院	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	呉医療センター

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

### 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*	大阪大学医学部附属病院*
愛知学院大学歯学部附属病院	大阪大学歯学部附属病院
秋田大学医学部附属病院*	大分大学医学部附属病院*
旭川医科大学医学部附属病院*	岡山大学医学部・歯学部附属病院*
朝日大学歯学部附属病院	金沢医科大学病院*
茨城県立医療大学付属病院	金沢大学医学部附属病院*
岩手医科大学附属病院*	香川大学医学部附属病院*
愛媛大学医学部附属病院*	鹿児島大学病院*
奥羽大学歯学部附属病院	神奈川歯科大学附属病院
大阪医科大学附属病院*	川崎医科大学附属病院*
大阪市立大学医学部附属病院*	関西医科大学附属病院*
大阪歯科大学附属病院	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\*  
日本医科大学附属病院\*  
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 )

平成 17 年 7 月 1 日から 9 月 30 日までの間における報告義務対象医療機関の変更は次のとおりである。

国立病院機構の再編成に伴う統合による変更 (平成 17 年 7 月 1 日付)

統合前

統合後

国立病院機構大竹病院

国立病院機構広島西医療センター

国立病院機構原病院

国立病院機構西鳥取病院

国立病院機構鳥取医療センター

国立病院機構鳥取病院

国立病院機構医王病院

国立病院機構医王病院

国立病院機構金沢若松病院

# 資料2 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	日曜日			
		7	7月	8	8月	9	9月	10	10月	11	11月	12	12月					
2	発生日	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	発生時間帯	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	13	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				4	不明( )
		1	外来診療室	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			
5	発生場所 (複数回答可)	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	呼吸器内科	6	消化器科	7	血液内科			
		8	循環器外科	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. 当該事故に係る患者に関する情報

8	患者の数	1	1人	2	複数( )										
		1	0～120歳	2	0～11ヶ月										
		1	男	2	女										
9	患者区分	1	入院	2	外来(初診)	3	外来(再診)								
		1	入院(0～31日)	2	入院(32日～)	3	一般外来	4	救急外来	5	その他( )				
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	15	その他( )								

## 3. 当該事故に係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・付き添い	6	他患者	7	その他( )
		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
13	当事者職種	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	歯科技士	20	その他( )		
	専門医・限定医及びその他の医療従事者の専門・限定資格														
	1	当事者職種経験年数	0～50年	0～11ヶ月											
	1	当事者部署配属期間	0～50年	0～11ヶ月											
	1	直前1週間の夜勤回数	0～7回	不明											
	1	勤務形態	1交替	2交替	3	3交替	4	4交替	5	その他( )					
	1	直前1週間の勤務時間	1～150時間	不明											
	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	歯科技士	20	その他( )		

# 資料2 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・情報伝達過程に関する項目															
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	その他の指示出し・情報伝達過程に関する場面( )
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	7	指示受け・情報伝達遅延
		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	その他の指示出し・情報伝達過程に関する内容( )								
薬剤に関する項目															
15	発生場面	1	与薬準備	2	その他の与薬準備に関する場面( )										
		3	皮下・筋肉注射	4	静脈注射	5	動脈注射	6	末梢静脈点滴	7	中心静脈注射	8	内服	9	外用
		10	坐剤用	11	吸入	12	点鼻・点眼・点耳	13	その他の処方・与薬に関する場面( )						
		14	内服薬調剤・管理	15	注射薬調剤・管理	16	血液製剤管理	17	その他の調剤・製剤管理等に関する場面( )						
	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	投与速度遅すぎ	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	その他の処方・与薬に関する内容( )
		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	薬剤取間違い調剤
		22	説明文書の取間違い	23	交付患者間違い	24	薬剤・製剤の取間違い交付	25	期限切れ薬剤の交付	26	その他の調剤・製剤管理に関する内容( )				
		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型不適合薬剤の交付	31	異物混入	32	細菌汚染	33	その他の薬剤・血液製剤管理に関する内容( )
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	その他の輸血に関する場面( )						
16	事故の内容	1	(輸血検査)未実施	2	検体取間違い	3	クロスマッチ間違い	4	結果記入・入力間違い	5	その他の輸血検査に関する内容( )				
		6	(放射線照射)未実施・忘れ	7	過剰照射	8	患者取間違い輸血	9	製剤取間違い輸血	10	その他の血液製剤への放射線照射及び輸血に関する内容( )				
治療・処置に関する項目															
15	発生場面	1	(手術)開頭	2	(手術)開胸	3	(手術)開心	4	(手術)開腹	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	その他の麻酔に関する場面( )		
		18	経産分娩	19	帝王切開	20	人工妊娠中絶	21	その他の分娩・人工妊娠中絶等に関する場面( )						
		22	血液浄化療法(血液透析含む)	23	IVR(血管カテーテル治療等)	24	放射線治療	25	ペインクリニック	26	リハビリテーション	27	観血的歯科治療	28	非観血的歯科治療
		29	内視鏡的治療	30	その他の治療に関する場面( )										
		31	中心静脈ライン	32	末梢静脈ライン	33	動脈ライン	34	血液浄化用カテーテル	35	栄養チューブ(NG・ED)	36	尿道カテーテル	37	その他の一般的処置(チューブ線の挿入)に関する場面( )
		38	ドレーンに関する措置	39	創傷処置	40	気管挿管	41	気管切開	42	心臓マッサージ	43	酸素療法	44	血管確保
45	その他の救急措置に関する場面( )														
16	事故の内容	1	患者間違い	2	部位取間違い	3	医療材料取間違い	4	診察・治療・処置等その他の取間違い	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・治療等その他の誤り		
		15	誤飲	16	異物の体内残存	17	その他の治療・処置に関する内容( )								
17	医療材料・歯科医療材料・製剤	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															
16	発生場面	1	人工呼吸器	2	酸素療法機器	3	麻酔器	4	人工心臓	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( )										

# 資料2 医療事故報告様式概要

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	その他の医療用具(機器)の使用・管理に関する内容( )										
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・管理に関する項目																	
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	空気混入	12	その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する内容( )						
17	医療機器	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		購入年月															
		直近の保守・点検年月															
歯科医療用具(機器)・材料の使用・管理に関する項目																	
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	その他の歯科医療用具(機器)・材料の使用・管理に関する内容( )										
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・植体	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		購入年月															
		直近の保守・点検年月															
		直近の保守・点検年月															
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	その他の検体採取に関する場面( )				
		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	その他の生理検査に関する場面( )														
		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	その他の画像検査に関する場面( )														
		23	(内視鏡検査) 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に関する場面( )								
		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	患者取込	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	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	データ取込	12	データ紛失	13	計算・入力・暗記	14	結果報告
15	その他の検査に関する内容( )																
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・植体	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		購入年月															

# 資料2 医療事故報告様式概要

発生場面 1～15については介助を伴うもの

19～27については患者が単独で行なったもの

療養上の場面に関する項目																
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	その他の給食・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	その他の療養上の世話・療養生活に関する内容( )							
		12	取違え	13	遅延	14	忘れ	15	搬送先間違い	16	その他の搬送・移送に関する内容( )					
		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	その他の自己管理薬に関する内容( )					
		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	その他の給食・栄養に関する内容( )			
17	医療・歯科医療材料・植物品	販売名 製造(輸入販売)業者名 購入年月														

## 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(数値的)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)内血栓症(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な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	その他上記以外の数値的事例( )						
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	事故調査委員会設置の有無	1	内部調査委員会設置	2	外部調査委員会設置	3	内部調査委員会設置予定	4	外部調査委員会設置予定	5	既設の医療安全に関する委員会等での対応	6	現在検討中で対応は未定	7	その他( )
24	改善策														
25	事故内容に関する自由記載欄														

## 資料3 医療事故情報収集等事業に関する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、下の図の通りとなっています。

「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等も含まれる。
- ・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。

<p>法令に基づく場合</p> <p>報告義務医療機関が医療事故報告を行う場合</p> <p>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</p>
---

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、個人情報や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。

作成日：平成17年4月15日