

ヒヤリ・ハット事例収集事業

= 第14回集計・分析結果 =

第14回全般コード化情報分析結果

第14回全般コード化情報集計結果

第14回記述情報分析結果

第14回 ヒヤリ・ハット事例収集事業 全般コード化情報分析結果

1. 全般コード化情報収集の概要

1) 報告対象事例

平成16年10月1日より平成16年12月31日までの3ヶ月間に発生したヒヤリ・ハット事例

2) 収集期間

平成16年11月24日より平成17年2月28日まで

3) 報告施設数(カッコ内は前回第13回の実績)

参加登録施設数: 1,261 施設(1,259 施設)

報告施設数: 473 施設(445 施設)

4) 収集件数

区分	件数(カッコ内は前回の実績*)
全般コード化情報総収集件数	43,186件
空白、重複件数	317件
有効件数	42,869件(88,601件)

* 前回実績数は第12回・13回の合計数を示したものの

2. 分析の概要

以下の方針に基づき分析を行った。

- 1) 分析対象事例42,869件に対し、各項目の単純集計およびクロス集計を行った。
- 2) 報告事例の多い「処方・与薬」、「ドレーン・チューブ類の使用・管理」、「療養上の世話・療養生活の場面」および患者の身体への影響度が大きい「医療機器の使用・管理」、「輸血」については、該当するデータを抽出し、単純集計およびクロス集計を行った。

4 . 分析結果

1) 全事例【 4 2 , 8 6 9 件】

発生曜日【図 1 - 2】

ヒヤリ・ハットの発生件数は金曜日が最も多く、土日の発生件数が少なかった。

発生時間帯【図 1 - 3】

8時から11時台にピークとなり、12時以降19時までなだらかに減少し、20時以降さらに減少するという日内変動がみられた。

発生場所【図 1 - 4】

病室でのヒヤリ・ハットが最も多く全体の5割強を占めていた。次いで、ナースステーション、薬局・輸血部、ICU、手術室の順に報告件数が多かった。

患者の性別【図 1 - 5】

男性患者のヒヤリ・ハットは女性患者に比べ約1.3倍であった。これまでの集計結果においても男性患者の割合が高く、男性に何らかのリスク要因があることが示唆されているが、患者数や男女比率が不明確であるために詳細な分析には至っていない。第15回以降の事例は定点医療機関からの報告となるため、入院患者の男女比率に対するヒヤリ・ハットの発生割合について明らかになると考える。

患者の年齢【図 1 - 6】

70歳代の割合が最も高く、次いで60歳代、80歳代の順に高かった。0歳から10歳までのヒヤリ・ハットは全体の7%程度発生しており高齢者層とともに低年齢層のヒヤリ・ハットの傾向について今後分析する必要がある。

患者の心身状態【図 1 - 7】

「障害なし」の割合が最も高く、次いで「歩行障害」、「床上安静」、「下肢障害」、「痴呆・健忘」の順に高かった。

発見者【図 1 - 8】

当事者本人の発見が全体の48%であり、次いで同職種者(29%)、他職種者(10%)、患者本人(4%)であった。

当事者の職種【図 1 - 9】

看護師が最も多く全体の78%であり、次いで薬剤師の3.8%、医師の3.7%であった。

職種経験年数【図1 - 10】

第13回までのヒヤリ・ハットの集計結果では職種経験年数0年の割合が最も高く、次いで11～20年の割合が高い結果であった。しかし、今回は経験年数11～20年の割合が全体の13.8%と最も高く、次いで経験年数0年(13.0%)であった。

部署配属年数【図1 - 11】

部署配属年数0年のヒヤリ・ハットの割合が最も高く全体の24.4%であり、部署配属年数が高くなるに従ってヒヤリ・ハット件数も減っている。職種経験年数に比べると部署配属年数からみた報告件数は経験を積むに従ってヒヤリ・ハットの発生が低くなることが示された。

発生場面【図1 - 12】

これまでと同様、処方・与薬(25.9%)、ドレーン・チューブの使用・管理(15.9%)、療養生活の場面(14.1%)が発生頻度の上位を占めた。

発生要因【図1 - 13】

ヒヤリ・ハットの発生要因として「確認が不十分であった」、「観察が不十分であった」、「判断に誤りがあった」が上位を占め、他に「思い込んでいた」、「慌てていた」等の心理的条件や「多忙であった」、「夜勤だった」の勤務状態について発生要因と認識している割合も高かった。

影響度【図1 - 14】

「間違いが実施されたが、患者に影響がなかった」が全体の約7割を占めた。

当事者職種×発見者【表1 - 2】

当事者本人の発見が看護師である割合が最も高く(84.8%)、次いで医師(2.6%)、准看護師(2.1%)、診療放射線技師(1.4%)であった。看護師は同職種者から発見される割合が高く、医師は他職種者から発見される割合が高かった。

患者が発見した事例の当事者の職種は、看護師(59.9%)、薬剤師(12.6%)、調理師・調理従事者(8.3%)、医師(3.6%)の順に多かった。

2) 処方・与薬【11,118件】

発生時間帯【図2 - 3】

時間帯別の発生頻度は8時から13時台および16時から19時台の二峰性を示した。

患者の年齢【図2 - 6】

60歳代から70歳代のヒヤリ・ハットが最も多いが、次いで50歳代、80歳代、

0 から 10 歳もほぼ同頻度で多かった。特に高齢者、低年齢者に対する薬剤のエラーは身体に与える影響が大きいいため発達段階に応じた対策が必要である。

発生場面×発生内容【表 2 - 3】

「内服」の「無投薬」が最も多く全体の 16.0%であった。「末梢静脈点滴」は「投与速度速すぎ」が多く全体の 4.8%であった。

3) ドレーン・チューブ類の使用・管理【6,836件】

発生曜日【図 3 - 2】

日曜日の発生件数が若干少ないが、全体として曜日による大きな差はみられない。

患者の性別【図 3 - 5】

男性患者 4,111 例、女性患者 2,592 例であり、男性患者は女性患者の 1.5 倍であった。

患者の年齢【図 3 - 6】

61 歳以上の患者の占める割合が全体の 67%であった。

発生場面×発生内容【表 3 - 3】

「自己抜去」の件数で最も多かったのは「末梢静脈ライン」(17.1%)、「栄養チューブ」(16.5%)であった。「自然抜去」で最も多かったのは「栄養チューブ」(1.9%)、「接続はずれ」で最も多かったのは「末梢静脈ライン」(4.1%)、「閉塞」で最も多かったのは「中心静脈ライン」(1.5%)であった。

4) 医療機器の使用・管理【1,320件】

発生時間帯【図 4 - 3】

8時から11時台および14時から17時台に発生件数が多かった。

発生場所【図 4 - 4】

病室でのヒヤリ・ハットが最も多く 48%、次いで透析室(12%)、手術室(9%)、ICU(7%)であった。

患者の年齢【図 4 - 6】

60歳から70歳台におけるヒヤリ・ハットの割合が高く、次いで0から10歳の割合が高かった。全事例は0から10歳の割合が7%であるのに対し医療機器のヒヤリ・ハットにおける0歳から10歳の割合は12%と高かった。

職種経験年数【図4 - 10】

経験年数0年の件数が最も多い。全事例や処方・与薬、ドレーン・チューブ類の使用・管理では職種経験年数が経つにつれヒヤリ・ハットは緩やかな減少を示したが、医療機器の使用・管理の事例では経験蓄積とヒヤリ・ハットの発生件数との関係はみられない。

発生場面×発生内容【表4 - 3】

「人工呼吸器」および「輸液・輸注ポンプ」のヒヤリ・ハットが多かった。「人工呼吸器」は「条件設定間違い」(13%)、「設定忘れ・電源入れ忘れ」(13%)、「点検管理ミス」(13%)が多く、「輸液・輸注ポンプ」は「条件設定間違い」(28%)、「設定忘れ・電源入れ忘れ」(16%)、「機器の不適切使用」(15%)などが多かった。

5) 輸血【290件】

発生曜日【図5 - 2】

金曜日の発生件数が多く(最も少ない日曜日の約2倍)、平成15年全般コード化情報集計結果(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/1/code03/index.html>)でも同様に金曜日の件数が多かったが理由は不明である。

発生時間帯【図5 - 3】

昼間に多く発生しており、特に14時台に最も多かった。

発生場面×発生内容【表5 - 3】

「輸血のその他のエラー」に関する事例が197件と最も多かった(67%)。そのため、内容の詳細は把握できないが、「輸血実施」の場面でのヒヤリ・ハットが約3割であった。

その他、「輸血検査」の「結果入力・入力間違い」が14件であり、実施されれば患者への影響は大きい(生命に影響しうる)結果となり得る。

6) 療養上の世話【16,732件】

発生曜日、発生時間帯【図6 - 2、6 - 3】

発生曜日の差はみられないが、発生時間については6から7時台と10から11時台に若干のピークがみられるものの24時間通じて大きな差はみられない。

発生場所【図6 - 4】

病室でのヒヤリ・ハットが71%で最も高く、他はトイレ(5%)、廊下(4%)であった。

患者の心身状態【図6 - 7】

「歩行障害」、「痴呆・健忘」、「下肢障害」を有する割合が高く、患者の活動時におけ

るヒヤリ・ハットの予防が求められる。

発生場面×発生内容【表6 - 3】

「転倒」、「転落」の事例が全体の約8割を占めた。約2割が「移動中」の「転倒」であった。

ヒヤリ・ハット事例収集 第14回集計

全般コード化情報

全事例(単純集計・クロス集計)

図1 - 1 . 発生月 (全事例)

発生月	件数
1月	0
2月	0
3月	0
4月	0
5月	0
6月	0
7月	0
8月	0
9月	0
10月	14891
11月	14167
12月	13251
月不明	560
合計	42869

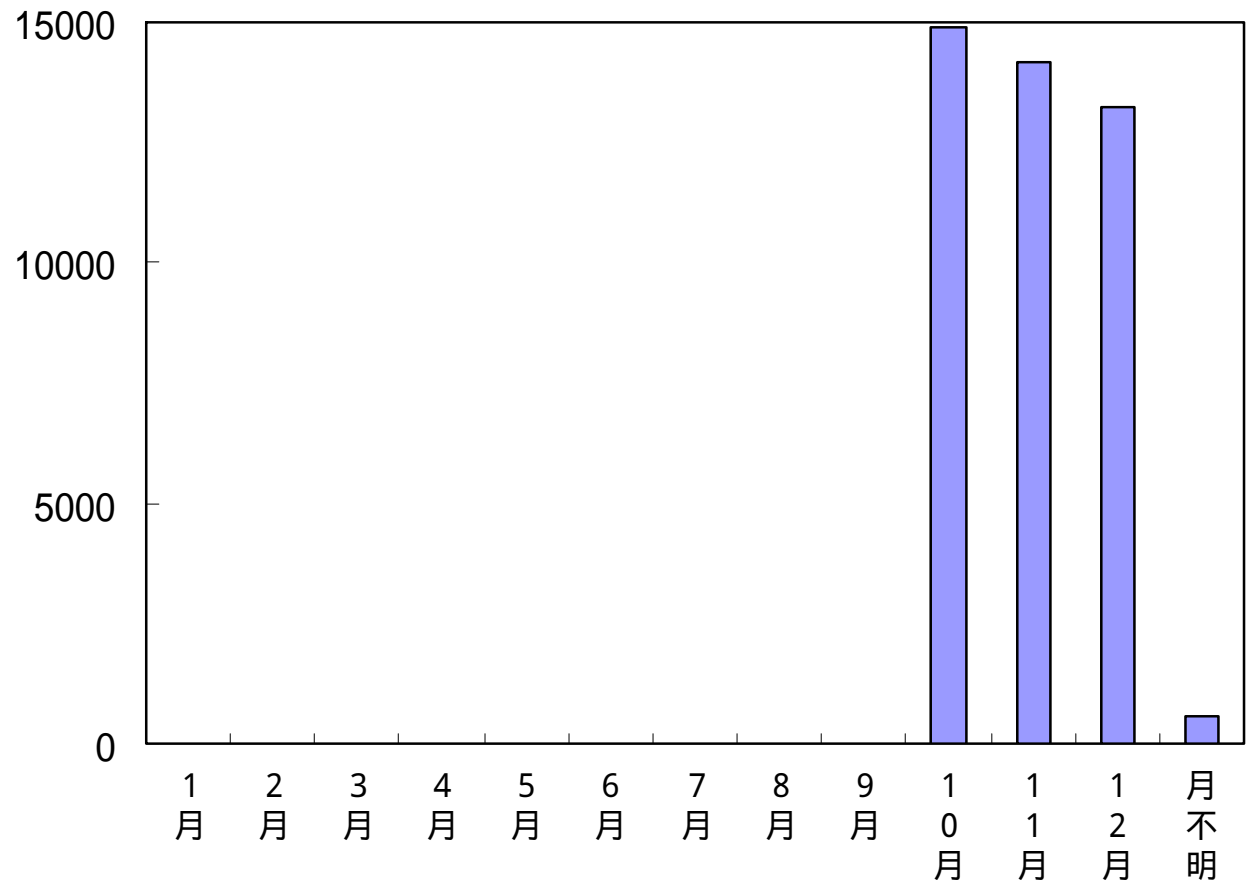


図1 - 2 . 発生曜日 (全事例)

曜日	平日	祝祭日	不明
月曜日	6030	217	38
火曜日	6178	257	46
水曜日	6108	415	47
木曜日	6060	320	42
金曜日	6837	189	49
土曜日	2371	2741	36
日曜日	123	4079	0
曜日不明	47	13	626
合計	33754	8231	884

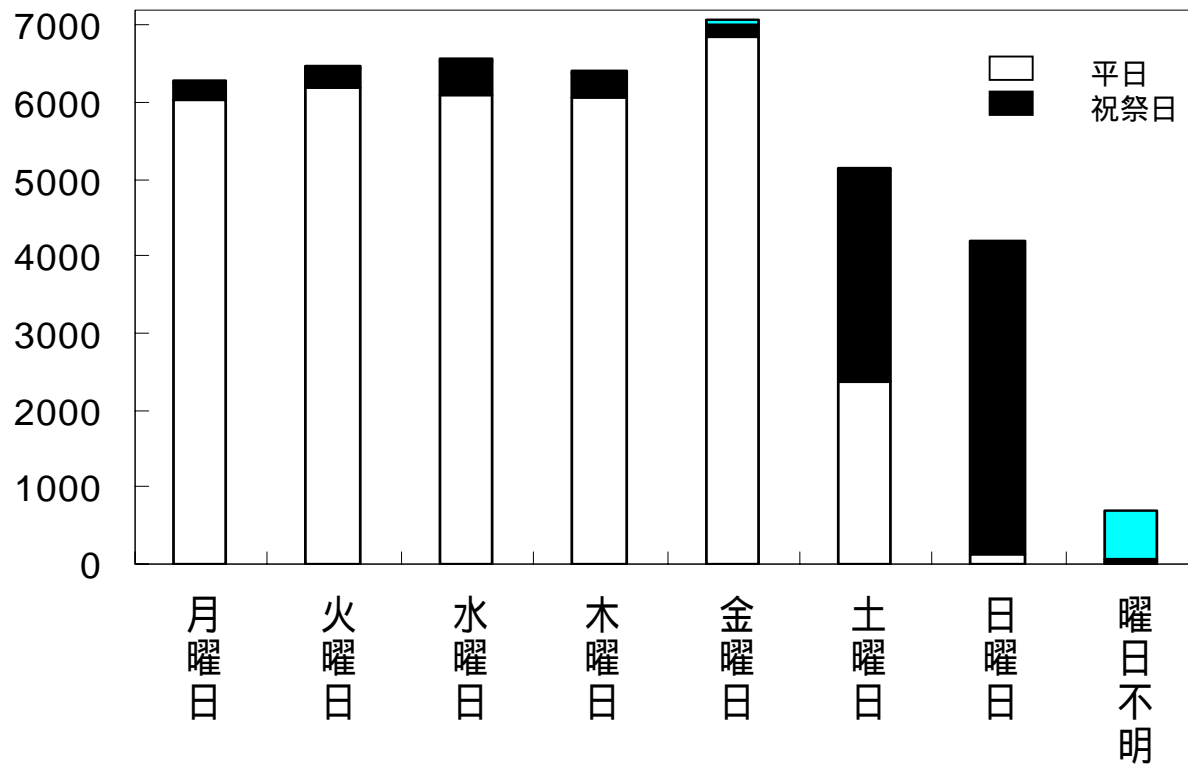


図 1 - 3 . 発生時間帯 (全事例)

発生時間帯	件数
0 ~ 1 時台	2208
2 ~ 3 時台	1769
4 ~ 5 時台	1655
6 ~ 7 時台	3085
8 ~ 9 時台	4907
1 0 ~ 1 1 時台	5583
1 2 ~ 1 3 時台	4266
1 4 ~ 1 5 時台	4090
1 6 ~ 1 7 時台	3992
1 8 ~ 1 9 時台	3594
2 0 ~ 2 1 時台	2776
2 2 ~ 2 3 時台	2325
時間帯不明	2619
合計	42869

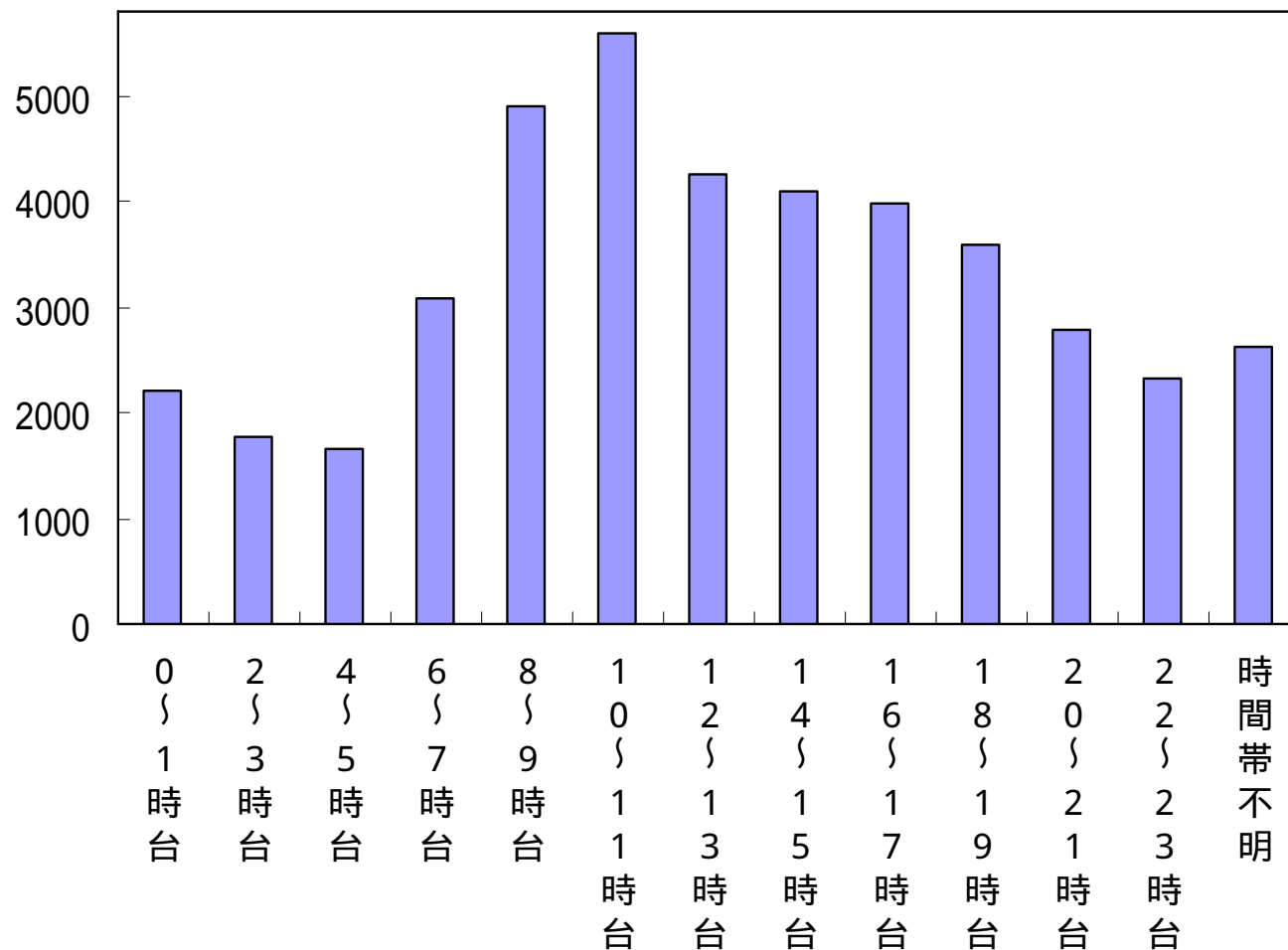


図 1 - 4 . 発生場所 (全事例)

発生場所	件数
外来診察室	766
外来待合室	72
外来その他の場所	548
救急処置室	202
ナースステーション	4534
病室	23867
処置室	823
浴室	179
病棟のその他の場所	1592
手術室	1031
分娩室	38
ICU	1281
CCU	318
NICU	584
その他の集中治療室	392
検査室	677
機能訓練室	162
IVR治療室	9
放射線撮影室・検査室	810
核医学検査室	44
放射線治療室	39
透析室	667
薬局・輸血部	1526
栄養管理室・調理室	341
トイレ	641
廊下	605
階段	9
不明	120
その他の場所(院内)	822
その他の場所(院外)	170
合計	42869

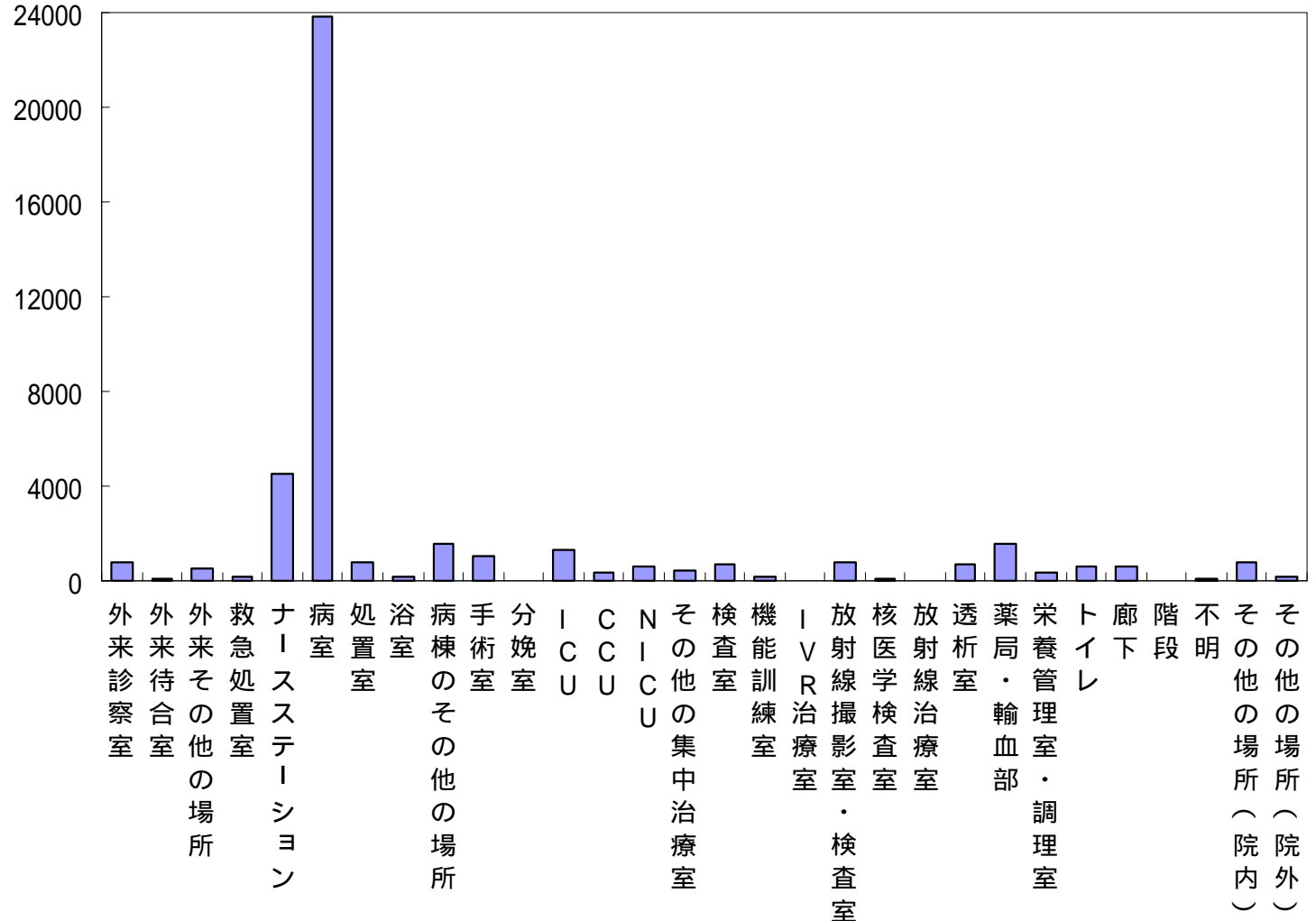


図1 - 5 . 患者の性別 (全事例)

性別	件数
男性	22564
女性	17990
患者複数	383
特定できない	1932
合計	42869

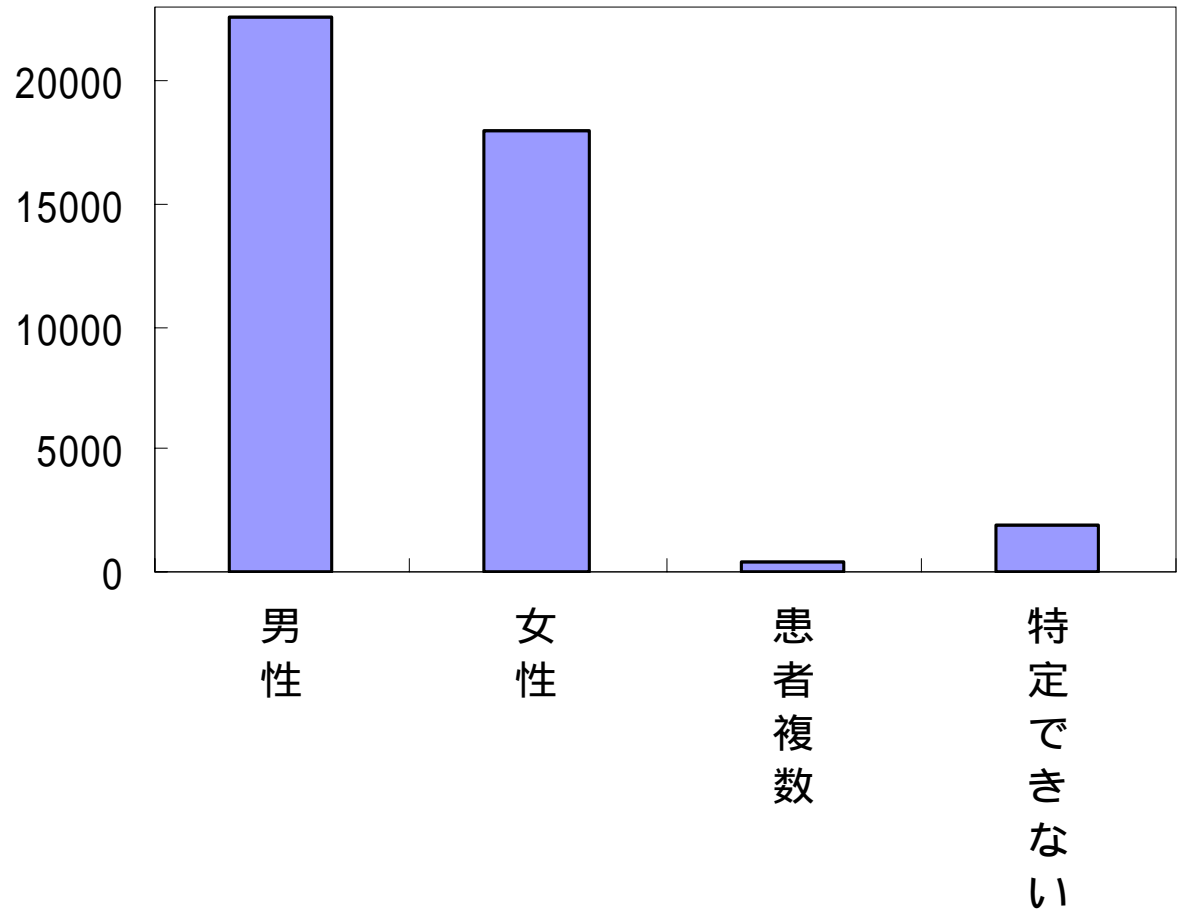


図1 - 6 . 患者の年齢 (全事例)

年齢	件数
0 ~ 10 歳	3070
11 ~ 20 歳	865
21 ~ 30 歳	1310
31 ~ 40 歳	1809
41 ~ 50 歳	2100
51 ~ 60 歳	4873
61 ~ 70 歳	7867
71 ~ 80 歳	10343
81 ~ 90 歳	5721
91 ~ 100 歳	946
101 ~ 110 歳	20
111 ~ 120 歳	1
121 ~ 130 歳	0
131 ~ 140 歳	0
141 ~ 150 歳	0
患者複数	426
特定できない・不明	3518
合計	42869

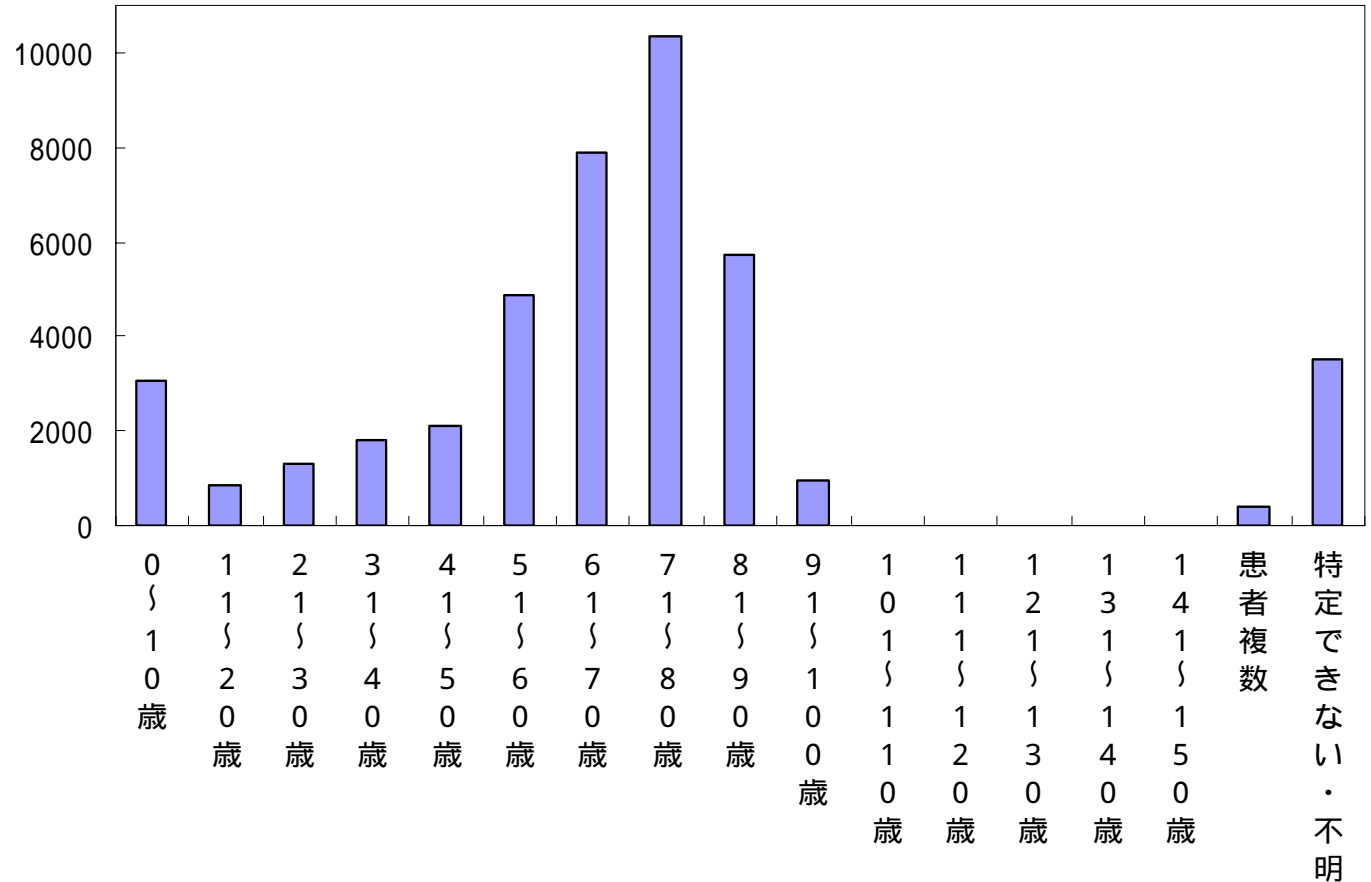


図1 - 7 . 患者の心身状態 (全事例)

患者の心身状態	件数
意識障害	3322
視覚障害	945
聴覚障害	805
構音障害	692
精神障害	1769
痴呆・健忘	4001
上肢障害	2416
下肢障害	4051
歩行障害	5163
床上安静	5083
睡眠中	803
せん妄状態	1813
薬剤の影響下	2337
麻酔中・麻酔前後	959
障害なし	10336
不明	9684
その他	4375
合計	58554

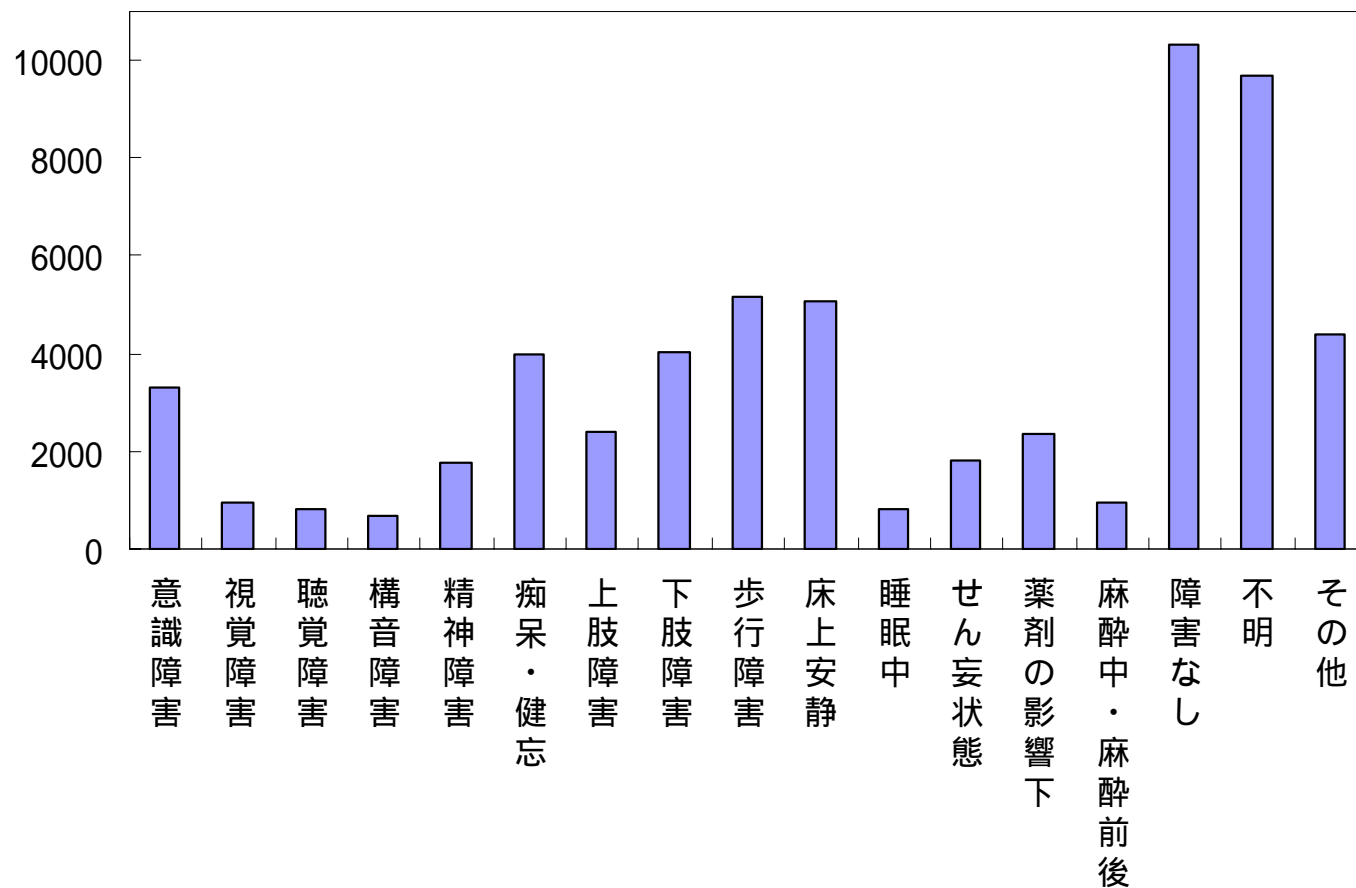


図1 - 8 . 発見者 (全事例)

発見者	件数
当事者本人	20938
同職種者	12443
他職種者	4289
患者本人	2008
家族・付き添い	1076
他患者	1071
不明	552
その他	492
合計	42869

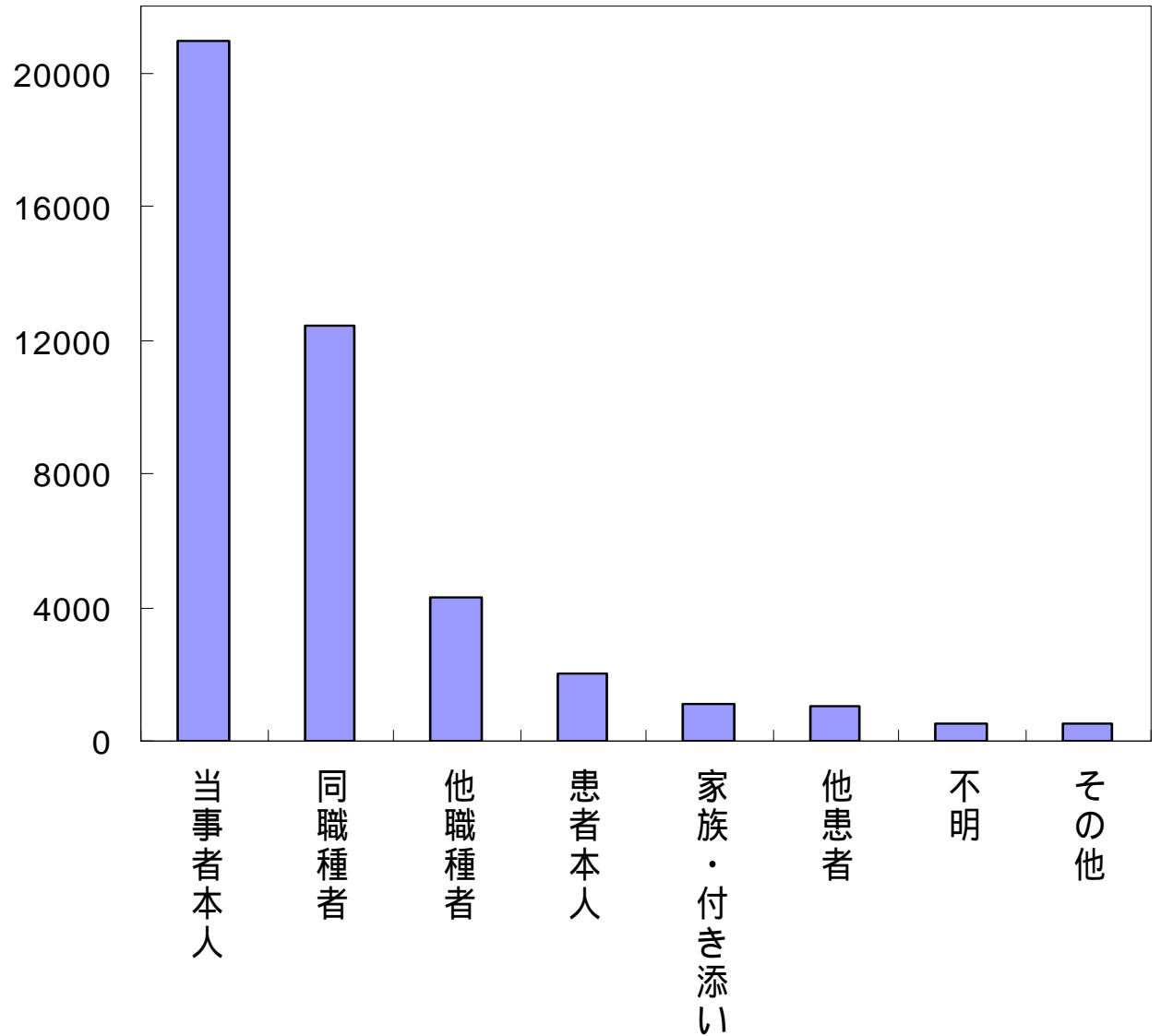


図 1 - 9 . 当事者の職種 (全事例)

当事者の職種	件数
医師	1648
歯科医師	25
助産師	465
看護師	34494
准看護師	918
看護助手	391
薬剤師	1709
管理栄養士	170
栄養士	125
調理師・調理従事者	479
診療放射線技師	657
臨床検査技師	750
衛生検査技師	5
理学療法士 (PT)	182
作業療法士 (OT)	61
言語聴覚士 (ST)	9
歯科衛生士	4
歯科技工士	1
視能訓練士	15
精神保健福祉士	4
臨床心理士	3
社会福祉士	8
介護福祉士	116
臨床工学技士	161
児童指導員・保育士	18
事務職員	384
不明	834
その他	302
合計	43938

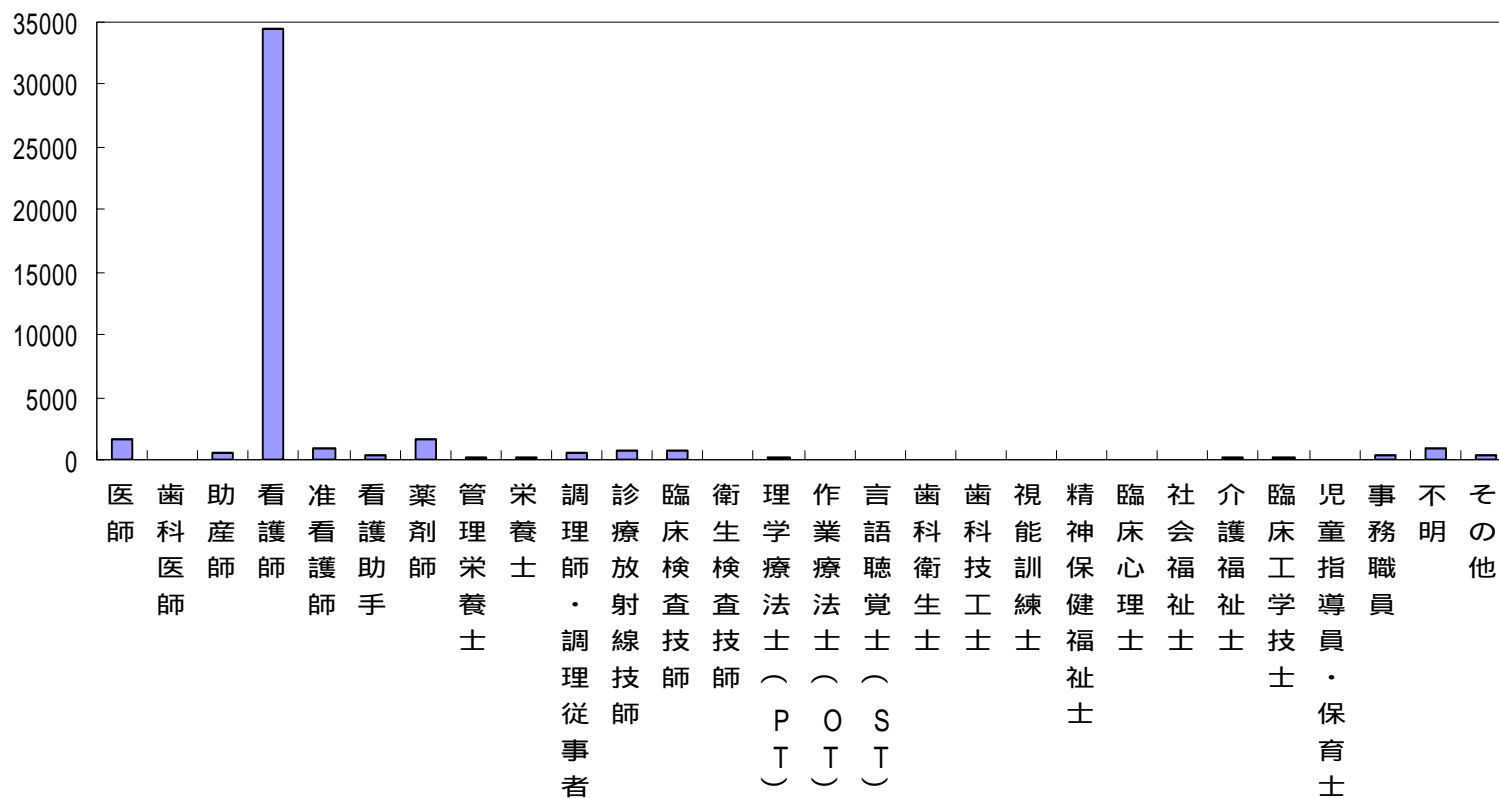


図 1 - 10 . 職種経験年数 (全事例)

当事者の職種経験年数	件数
0年	5598
1年	4440
2年	3621
3年	2668
4年	2212
5年	2039
6年	1598
7年	1343
8年	1154
9年	988
10年	1342
11～20年	5928
21～30年	3189
30年超	488
当事者複数	1788
年数不明	4473
合計	42869

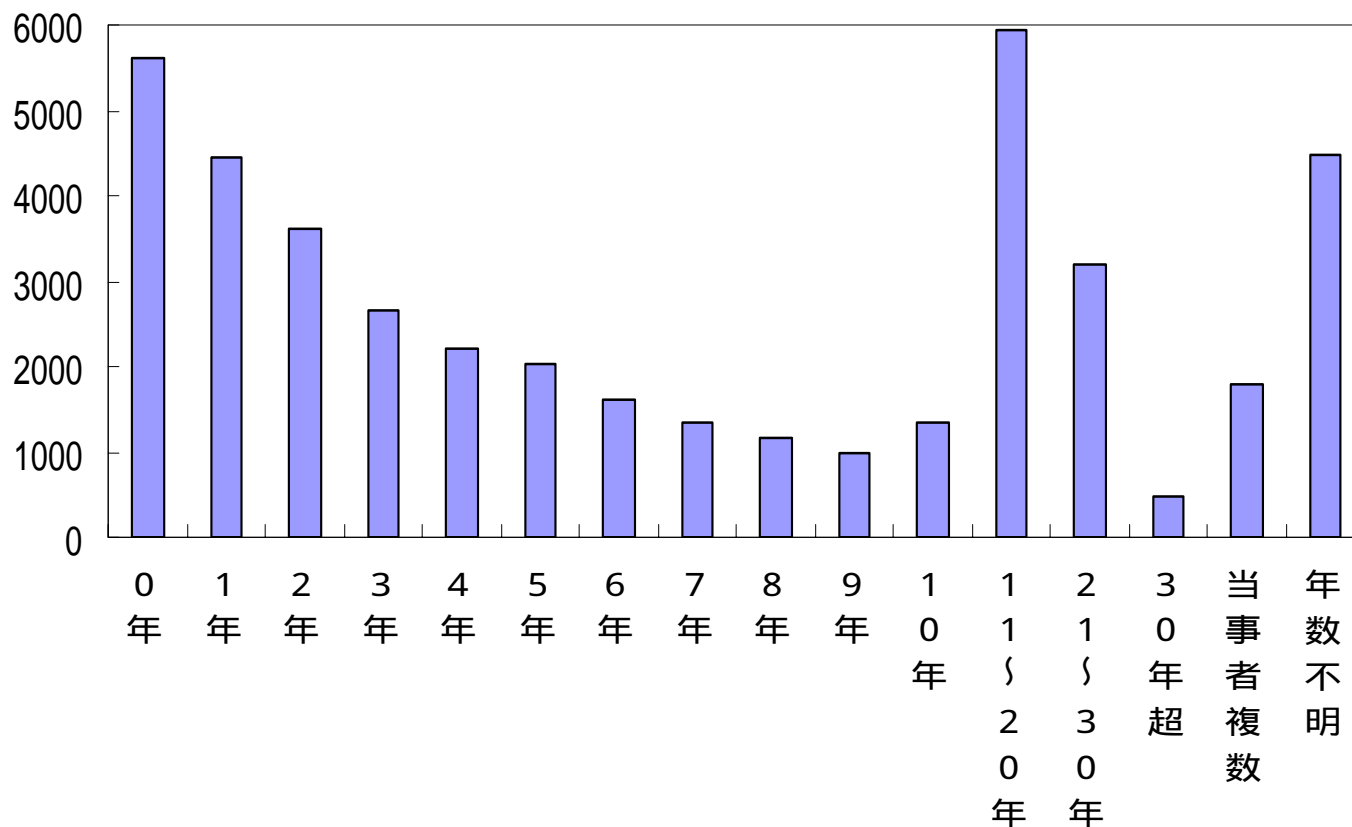


図1 - 11 . 部署配属年数 (全事例)

当事者の部署配属年数	件数
0年	10468
1年	7020
2年	5084
3年	3340
4年	2121
5年	1423
6年	980
7年	690
8年	443
9年	311
10年	351
11～20年	1068
21～30年	421
30年超	91
当事者複数	1778
年数不明	7280
合計	42869

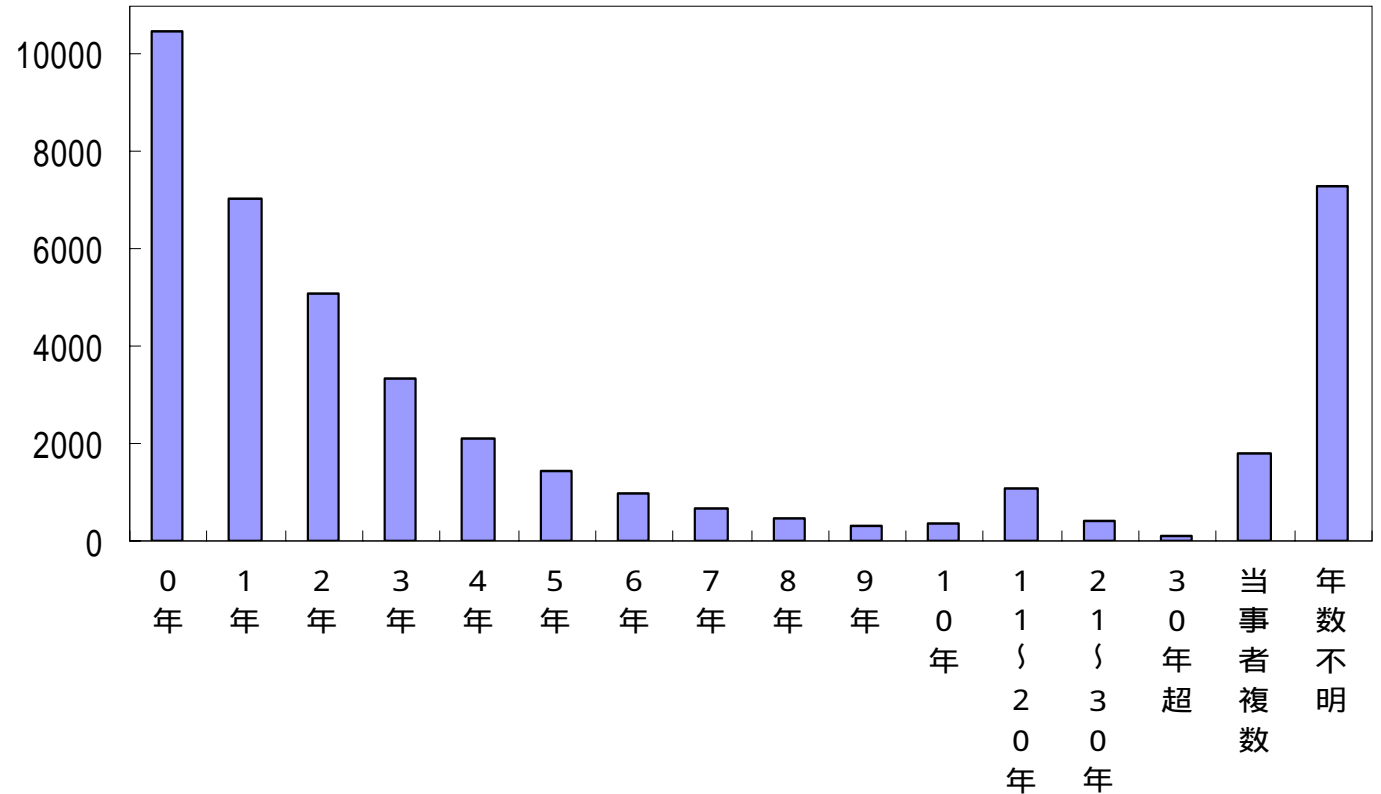


図1 - 12 . 発生場面 (全事例)

発生事例	件数
オーダー・指示出し	728
情報伝達過程	1288
与薬準備	969
処方・与薬	11118
調剤・製剤管理等	1839
輸血	290
手術	590
麻酔	55
出産・人工流産	28
その他の治療	427
処置	319
診察	122
医療用具（機器）の使用・管理	1320
ドレーン・チューブ類の使用・管理	6836
歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理	5
検査	3391
療養上の世話	4422
給食・栄養	1369
その他の療養生活の場面	6053
物品搬送	46
放射線管理	13
診療情報管理	463
患者・家族への説明	333
施設・設備	89
その他	756
上記コード以外	0
合計	42869

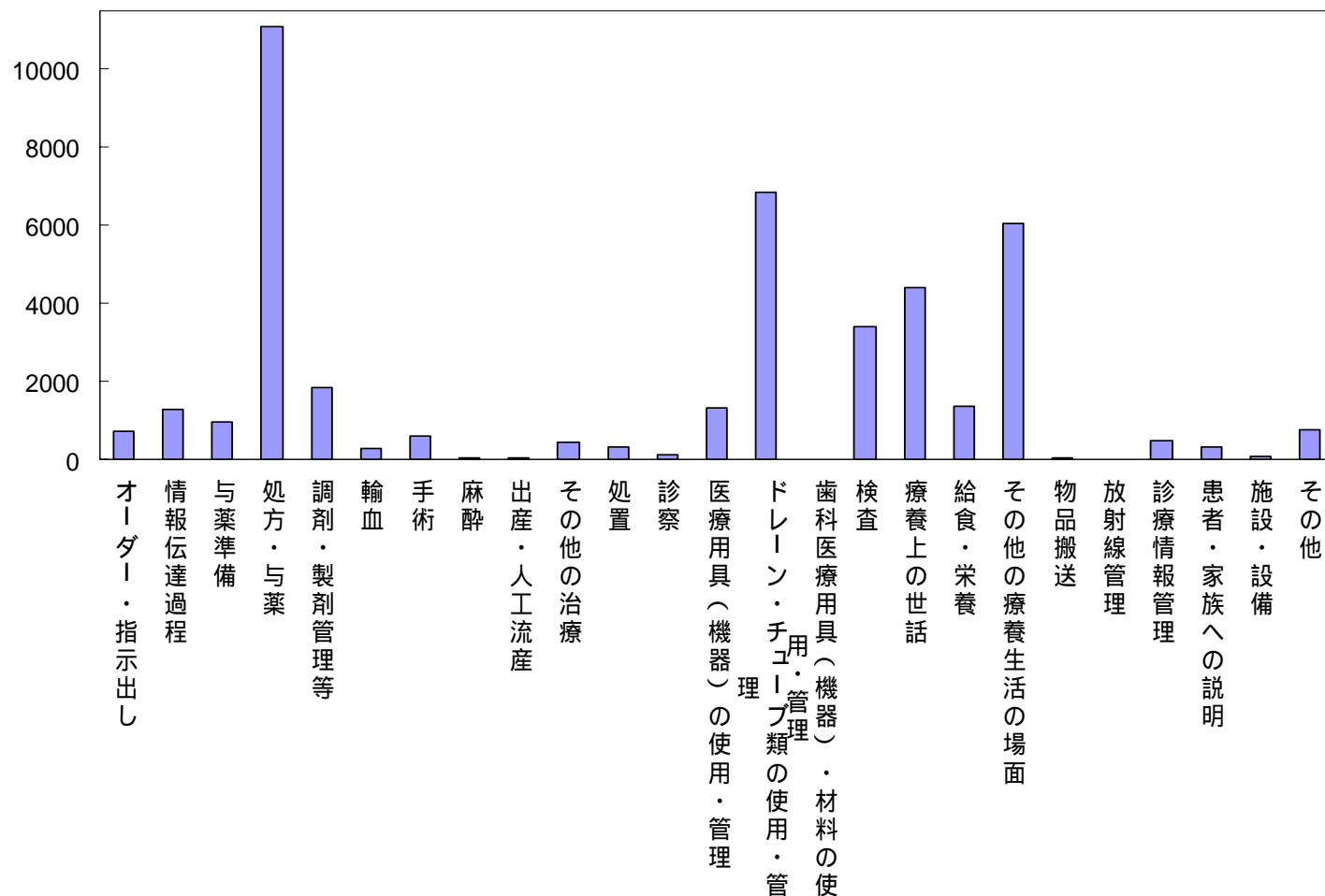


図 1 - 13 . 発生要因 (全事例)

発生要因	件数
確認	26458
観察	13580
判断	7902
知識	2746
技術(手技)	2243
報告等	1616
身体的条件	1273
心理的条件	11805
システム	1756
連携	4718
記録等の記載	945
患者の外見(容姿・年齢)・姓名の類似	162
勤務状況	8988
環境	783
医療・歯科医療用具(機器)・器具・医療材料	763
薬剤	918
諸物品	476
施設・設備	182
教育・訓練	2689
患者・家族への説明	5468
その他	1848
合計	97319

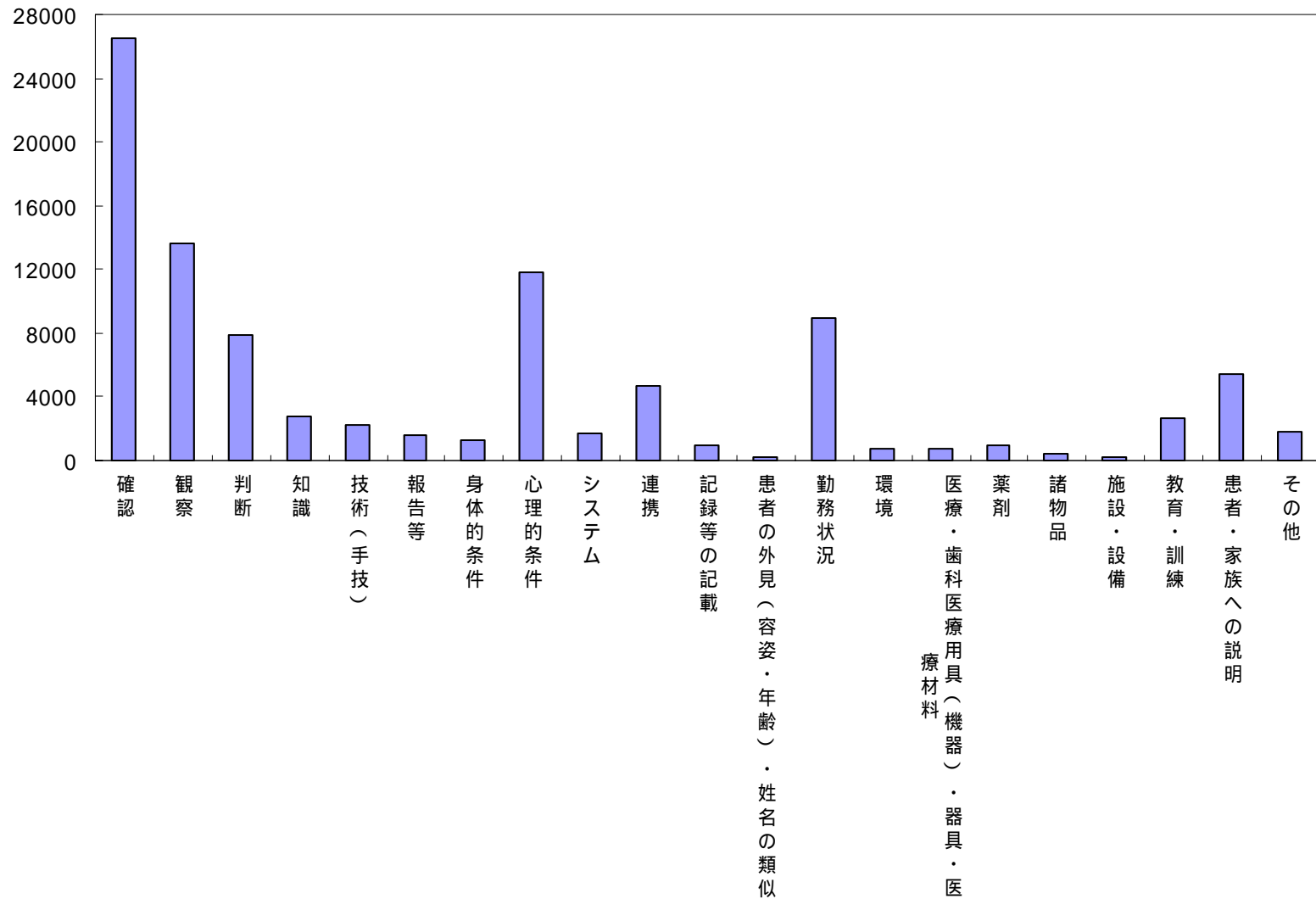


表1 - 1 . 発生要因・詳細 (全事例)

発生要因	発生要因詳細	件数	
確認	確認が不十分であった	25886	
	その他	572	
観察	観察が不十分であった	13360	
	その他	220	
心理的条件	慌てていた	2690	
	イライラしていた	208	
	緊張していた	312	
	他のことに気を取られていた	2079	
	思い込んでいた	4526	
	無意識だった	1255	
	その他	735	
	勤務状況	多忙であった	4195
		勤務の管理に不備	66
		作業が中断した	395
当直だった		179	
当直明けだった		43	
夜勤だった		3600	
夜勤明けだった		192	
その他		318	
判断		判断に誤りがあった	7310
	その他	592	

図1 - 14 . 影響度 (全事例)

影響度	件数
実施前発見:患者への影響は小さい(処置不要)	4410
実施前発見:患者への影響は中等度(処置必要)	1264
実施前発見:患者への影響は大きい(生命に影響しうる)	374
間違いが実施されたが、患者に影響がなかった	31571
不明	1458
その他	3792
合計	42869

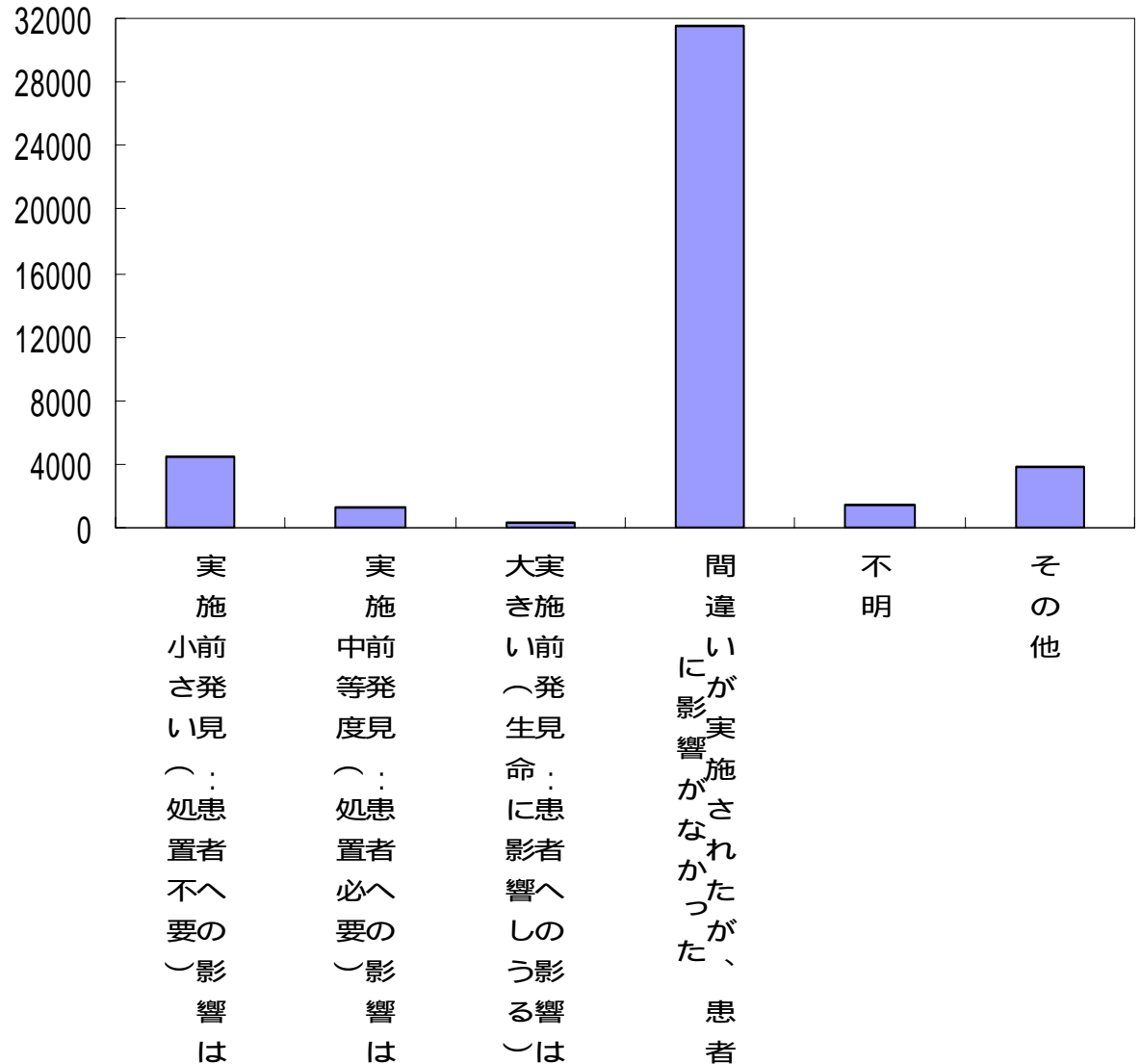


表1 - 2 . 当事者職種 × 発見者 (全事例)

当事者職種 × 発見者	当事者本人	同職種者	他職種者	患者本人	家族・付き添い	他患者	不明	その他	合計
医師	569	245	687	75	22	2	15	33	1648
歯科医師	16	5	1	1	1	0	0	1	25
助産師	219	179	31	15	5	4	8	4	465
看護師	18166	10891	1765	1247	892	980	282	271	34494
准看護師	452	289	64	44	11	40	8	10	918
看護助手	237	49	61	13	7	10	3	11	391
薬剤師	185	358	804	262	60	3	22	15	1709
管理栄養士	17	14	69	52	6	0	7	5	170
栄養士	20	5	46	45	7	0	0	2	125
調理師・調理従事者	34	16	216	174	31	0	6	2	479
診療放射線技師	316	99	204	23	0	0	5	10	657
臨床検査技師	271	193	231	14	6	0	12	23	750
衛生検査技師	2	1	1	1	0	0	0	0	5
理学療法士 (PT)	138	20	15	4	2	1	0	2	182
作業療法士 (OT)	42	7	8	1	2	1	0	0	61
言語聴覚士 (ST)	5	2	2	0	0	0	0	0	9
歯科衛生士	1	0	2	0	0	0	1	0	4
歯科技工士	0	0	1	0	0	0	0	0	1
視能訓練士	10	2	3	0	0	0	0	0	15
精神保健福祉士	3	1	0	0	0	0	0	0	4
臨床心理士	2	0	1	0	0	0	0	0	3
社会福祉士	2	1	2	1	0	0	0	2	8
介護福祉士	76	16	5	3	3	11	0	2	116
臨床工学技士	79	26	50	1	2	0	2	1	161
児童指導員・保育士	10	2	4	0	1	0	1	0	18
事務職員	87	60	165	35	7	3	8	19	384
不明	358	131	62	32	16	11	176	48	834
その他	96	15	59	36	14	15	6	61	302
合計	21413	12627	4559	2079	1095	1081	562	522	43938

表1 - 3 . 当事者職種 × 発生場面 (全事例)

当事者職種 × 発生場面	オーダー・指示出し	情報伝達過程	与薬準備	処方・与薬	調剤・製剤管理等	輸血	手術	麻酔	出産・人工流産	その他の治療	処置	診察
医師	358	105	12	340	19	27	125	41	9	26	53	46
歯科医師	2	2	0	3	0	0	1	1	0	7	2	0
助産師	9	24	7	182	8	2	6	0	10	4	2	4
看護師	321	1005	800	10031	515	206	467	16	9	261	252	65
准看護師	17	43	43	213	14	3	8	0	1	5	9	4
看護助手	2	11	1	35	3	1	0	0	1	1	0	4
薬剤師	17	29	74	259	1288	3	0	0	0	0	0	0
管理栄養士	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
栄養士	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
調理師・調理従事者	2	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
診療放射線技師	11	25	2	8	0	0	0	0	0	5	1	2
臨床検査技師	7	22	1	1	3	48	0	0	0	3	0	0
衛生検査技師	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
理学療法士(PT)	0	3	0	0	0	0	0	0	0	76	1	0
作業療法士(OT)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	0	0
言語聴覚士(ST)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
歯科衛生士	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
歯科技工士	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
視能訓練士	0	3	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0
精神保健福祉士	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臨床心理士	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
社会福祉士	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
介護福祉士	0	0	0	8	0	0	0	0	0	1	2	0
臨床工学技士	1	2	0	14	2	1	0	0	0	18	0	0
児童指導員・保育士	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
事務職員	24	60	0	20	0	5	2	0	0	0	1	7
不明	17	11	33	98	11	9	18	2	1	5	9	2
その他	1	5	2	35	7	1	6	1	0	4	2	0
合計	792	1370	975	11253	1871	307	633	62	31	439	334	136

表1 - 4 . 当事者職種 × 発生場面 (全事例)

当事者職種 × 発生場面	医療用具 (機器) の使用・管理	ドレーン・チューブ類の使用・管理	歯科医療用具 (機器) ・材料の使用・管理	検査	療養上の世話	給食・栄養	その他の療養生活の場面	物品搬送	放射線管理	診療情報管理	患者・家族への説明	施設・設備	その他	左記コード以外	合計
医師	56	72	1	182	25	7	17	1	2	54	37	7	26	0	1648
歯科医師	0	2	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	25
助産師	12	35	0	45	30	22	23	0	0	19	6	2	13	0	465
看護師	1091	6548	1	1940	3777	597	5563	33	4	232	235	48	477	0	34494
准看護師	31	70	1	73	187	17	133	0	0	21	3	2	20	0	918
看護助手	14	12	0	27	169	19	54	5	1	8	3	3	17	0	391
薬剤師	2	0	0	4	0	0	2	0	0	10	6	2	13	0	1709
管理栄養士	0	0	0	0	5	151	1	0	0	0	0	0	3	0	170
栄養士	0	0	0	1	6	115	0	0	0	0	0	0	0	0	125
調理師・調理従事者	0	0	0	1	21	430	1	0	0	0	0	1	17	0	479
診療放射線技師	12	19	0	486	15	0	7	1	7	24	6	1	25	0	657
臨床検査技師	8	0	0	624	6	0	2	0	0	14	1	1	9	0	750
衛生検査技師	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
理学療法士 (PT)	5	13	0	0	25	0	32	0	0	1	3	0	23	0	182
作業療法士 (OT)	2	6	0	0	12	2	9	1	0	0	1	1	5	0	61
言語聴覚士 (ST)	0	3	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	9
歯科衛生士	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	4
歯科技工士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
視能訓練士	0	0	0	5	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	15
精神保健福祉士	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4
臨床心理士	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
社会福祉士	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	2	0	8
介護福祉士	1	5	0	0	62	4	32	0	0	0	0	0	1	0	116
臨床工学技士	88	22	0	6	1	0	1	0	0	0	1	0	4	0	161
児童指導員・保育士	0	1	0	0	7	0	6	0	0	1	0	0	2	0	18
事務職員	3	0	0	37	4	19	2	3	0	90	47	7	53	0	384
不明	46	56	0	83	141	24	117	1	0	9	9	7	125	0	834
その他	5	16	0	23	55	10	88	1	0	6	1	10	23	0	302
合計	1377	6880	5	3542	4552	1419	6095	46	14	491	360	93	861	0	43938

表1 - 5 . 当事者職種 × 発生要因 (全事例)

当事者職種 × 発生要因	確認	観察	判断	知識	技術 (手技)	報告等	身体的条件	心理的条件	システム	連携	記録等の記載
医師	1201	185	255	147	119	118	70	346	152	347	65
歯科医師	10	7	2	1	6	0	3	7	0	4	0
助産師	338	100	82	35	23	42	27	186	29	82	19
看護師	20288	12069	6683	2291	1737	1226	908	7802	1139	3657	702
准看護師	568	356	173	59	60	34	24	216	41	96	14
看護助手	229	151	66	21	23	15	6	68	9	32	3
薬剤師	1520	82	99	38	48	23	74	572	72	124	39
管理栄養士	137	22	14	4	4	5	2	17	6	4	2
栄養士	106	13	8	2	2	5	3	20	3	10	1
調理師・調理従事者	412	62	26	9	17	13	3	70	14	33	3
診療放射線技師	544	67	69	19	30	11	15	130	118	78	30
臨床検査技師	599	85	96	49	50	58	26	167	61	63	17
衛生検査技師	3	0	2	0	2	0	0	2	2	2	0
理学療法士(PT)	70	82	57	9	15	8	4	29	9	15	2
作業療法士(OT)	27	34	22	3	4	1	0	13	2	5	0
言語聴覚士(ST)	5	4	0	0	2	1	0	1	1	4	0
歯科衛生士	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科技工士	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
視能訓練士	8	7	3	1	1	1	0	4	0	2	0
精神保健福祉士	4	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
臨床心理士	2	1	1	0	1	2	0	0	0	1	0
社会福祉士	6	2	2	1	0	2	0	5	1	3	0
介護福祉士	49	60	14	1	6	1	1	20	2	4	0
臨床工学技士	89	39	23	6	13	5	3	32	15	16	1
児童指導員・保育士	9	6	3	1	0	1	0	2	1	1	0
事務職員	309	13	60	24	15	29	9	93	40	60	20
不明	275	199	51	11	16	13	5	30	11	27	4
その他	112	52	71	16	18	11	24	54	19	24	4
合計	26923	13698	7882	2748	2212	1625	1207	9887	1748	4695	926

表1 - 6 . 当事者職種 × 発生要因 (全事例)

当事者職種 × 発生要因	患者の外見(容姿・年齢)・姓名の類似	勤務状況	環境	材料(医療・歯科医療用具(機器)・器具・医療)	薬剤	諸物品	施設・設備	教育・訓練	患者・家族への説明	その他	合計
医師	17	233	33	62	59	27	12	139	88	105	3780
歯科医師	0	2	0	1	0	1	0	0	1	2	47
助産師	3	122	11	10	11	7	0	25	43	15	1210
看護師	100	6681	649	589	578	390	131	2023	4322	1415	75380
准看護師	6	175	16	9	14	11	1	44	70	27	2014
看護助手	10	39	3	4	0	4	1	32	34	16	766
薬剤師	3	277	11	14	262	18	5	103	14	20	3418
管理栄養士	1	26	2	0	0	1	1	6	1	5	260
栄養士	2	4	0	0	0	0	0	11	2	2	194
調理師・調理従事者	2	23	1	1	1	3	5	38	3	17	756
診療放射線技師	10	131	15	23	4	8	1	26	17	30	1376
臨床検査技師	4	77	15	13	2	5	4	42	16	48	1497
衛生検査技師	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	14
理学療法士(PT)	0	18	5	4	1	3	2	10	18	11	372
作業療法士(OT)	1	5	1	1	0	1	0	3	8	4	135
言語聴覚士(ST)	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	22
歯科衛生士	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4
歯科技工士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
視能訓練士	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	31
精神保健福祉士	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8
臨床心理士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
社会福祉士	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	27
介護福祉士	1	13	3	1	0	2	0	8	12	2	200
臨床工学技士	0	12	2	42	0	2	0	3	1	18	322
児童指導員・保育士	0	1	1	1	0	2	0	1	0	0	30
事務職員	5	50	8	0	2	2	5	29	18	21	812
不明	2	20	11	24	7	4	4	40	64	298	1116
その他	2	25	9	5	3	4	9	25	39	66	592
合計	170	7941	796	804	944	498	181	2611	4773	2123	94392

表1 - 7 . 発生場面 × 発生要因 (全事例)

発生場面 × 発生要因	確認	観察	判断	知識	技術 (手技)	報告等	身体的条件	心理的条件	システム	連携	記録等の記載	患者の外見 (容姿・年齢)・姓名の類似	勤務状況	環境	医療・歯科医療用具 (機器)・器具・医療材料	薬剤	諸物品	施設・設備	教育・訓練	患者・家族への説明	その他	合計
オーダー・指示出し	596	48	122	51	16	74	26	170	87	166	50	3	101	9	3	19	3	3	45	19	29	1640
情報伝達過程	1048	89	224	108	26	195	15	372	147	398	106	5	234	13	3	13	1	1	88	41	35	3162
与薬準備	866	76	80	66	54	41	31	293	36	112	29	4	200	12	5	74	11	1	52	16	25	2084
処方・与薬	9716	1589	1680	992	433	475	393	3827	534	1564	391	52	2291	79	62	410	44	5	712	501	234	25984
調剤・製剤管理等	1582	131	141	94	103	42	80	648	57	153	43	0	324	22	24	277	24	8	112	10	41	3916
輸血	208	33	67	58	47	17	9	93	19	46	7	0	54	3	5	4	1	0	27	2	14	714
手術	427	98	105	67	69	40	27	181	44	138	12	4	83	23	37	9	11	4	39	26	34	1478
麻酔	29	18	8	4	10	6	5	13	4	9	3	1	7	3	3	5	2	1	8	7	5	151
出産・人工流産	16	7	7	2	6	0	0	10	1	5	1	0	5	1	2	1	0	0	4	0	2	70
その他の治療	274	116	93	40	45	27	14	133	21	63	8	2	54	5	15	7	5	4	25	34	25	1010
処置	203	96	69	47	59	19	10	89	17	43	10	1	64	4	8	6	2	1	35	12	20	815
診察	73	15	28	7	4	13	2	28	10	21	2	8	27	2	0	0	1	0	4	7	14	266
医療用具 (機器) の使用・管理	946	312	160	145	121	34	29	321	47	107	7	0	167	16	263	5	34	3	94	22	54	2887
ドレーン・チューブ類の使用・管理	2652	4301	1637	280	551	73	124	869	51	327	11	4	1389	78	165	28	74	8	378	860	205	14065
歯科医療用具 (機器)・材料の使用・管理	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	8
検査	2780	287	440	275	187	204	118	990	297	403	95	42	582	44	40	5	21	5	213	119	170	7317
療養上の世話	1410	2497	1207	172	185	83	92	551	59	256	20	6	910	154	41	21	78	40	207	880	252	9121
給食・栄養	1169	169	126	65	46	63	25	283	52	138	20	13	151	3	4	1	9	8	71	42	51	2509
その他の療養生活の場面	1284	3454	1338	81	126	37	141	452	27	194	3	4	944	254	41	17	116	38	255	1855	411	11072
物品搬送	37	7	5	3	4	2	0	15	6	4	1	0	8	2	1	0	4	1	2	0	2	104
放射線管理	11	3	1	3	3	1	2	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	31
診療情報管理	390	17	39	19	14	22	4	124	35	74	19	8	65	2	5	1	3	2	52	8	12	915
患者・家族への説明	185	21	48	29	7	24	5	55	19	65	12	0	31	5	1	2	1	3	18	150	11	692
施設・設備	28	14	9	5	5	7	3	6	8	9	0	0	13	10	4	0	6	28	7	6	14	182
その他	368	142	117	57	51	35	32	144	48	89	22	5	99	27	29	13	24	10	61	84	188	1645
上記コード以外	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	26300	13542	7752	2670	2172	1534	1187	9669	1626	4386	872	162	7804	771	763	918	476	174	2511	4701	1848	91838

表1 - 8 . 発生場面 × 影響度 (全事例)

発生場面 × 影響度	患者への影響は小さい	患者への影響は中等度	患者への影響は大きい	間違いが実施されたが、	不明	その他	合計
オーダー・指示出し	258	47	13	351	38	21	728
情報伝達過程	241	50	17	844	40	96	1288
与薬準備	289	70	6	502	23	79	969
処方・与薬	929	230	58	9144	237	520	11118
調剤・製剤管理等	778	110	19	783	38	111	1839
輸血	47	7	23	171	21	21	290
手術	67	43	29	319	38	94	590
麻酔	2	5	1	34	1	12	55
出産・人工流産	2	1	0	20	1	4	28
その他の治療	35	10	4	320	15	43	427
処置	36	10	2	218	18	35	319
診察	16	8	0	55	16	27	122
医療用具(機器)の使用・管理	119	54	38	955	64	90	1320
ドレーン・チューブ類の使用・管理	166	154	57	5696	134	629	6836
歯科医療用具(機器)・材料の使用・管理	1	0	0	2	0	2	5
検査	475	104	29	2307	195	281	3391
療養上の世話	283	141	37	3190	237	534	4422
給食・栄養	218	39	7	983	42	80	1369
その他の療養生活の場面	187	113	10	4731	131	881	6053
物品搬送	8	0	0	30	4	4	46
放射線管理	1	2	0	9	0	1	13
診療情報管理	87	12	7	302	17	38	463
患者・家族への説明	45	6	2	220	18	42	333
施設・設備	9	7	4	47	13	9	89
その他	111	41	11	338	117	138	756
上記コード以外	0	0	0	0	0	0	0
合計	4410	1264	374	31571	1458	3792	42869

ヒヤリ・ハット事例収集 第14回集計

全般コード化情報

処方・与薬(単純集計・クロス集計)

図2 - 1 . 発生月 (処方・与薬)

発生月	件数
1月	0
2月	0
3月	0
4月	0
5月	0
6月	0
7月	0
8月	0
9月	0
10月	3854
11月	3690
12月	3416
月不明	158
合計	11118

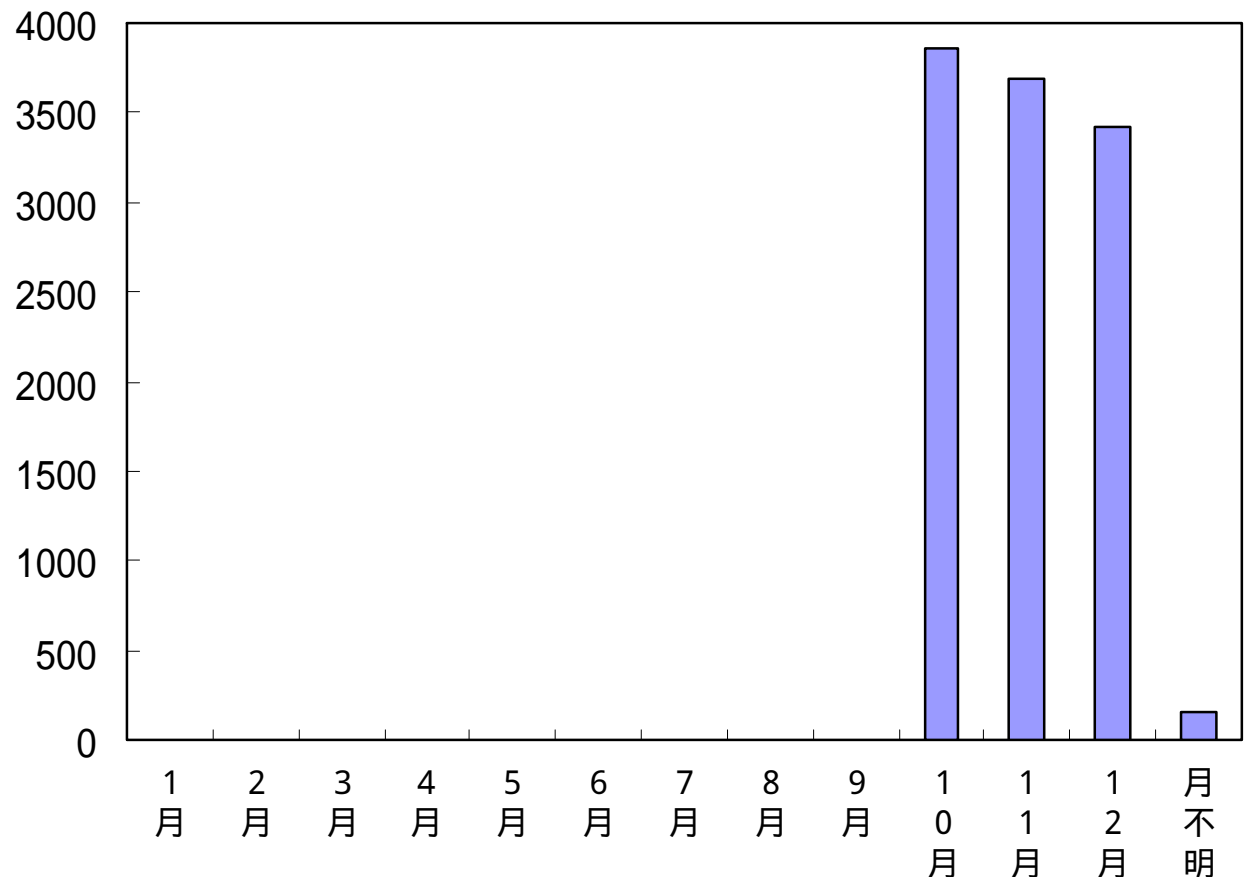


図2 - 2 . 発生曜日 (処方・与薬)

曜日	平日	祝祭日	不明
月曜日	1493	57	0
火曜日	1579	66	2
水曜日	1569	119	0
木曜日	1597	93	0
金曜日	1772	41	0
土曜日	614	800	0
日曜日	26	1096	0
曜日不明	11	1	182
合計	8661	2273	184

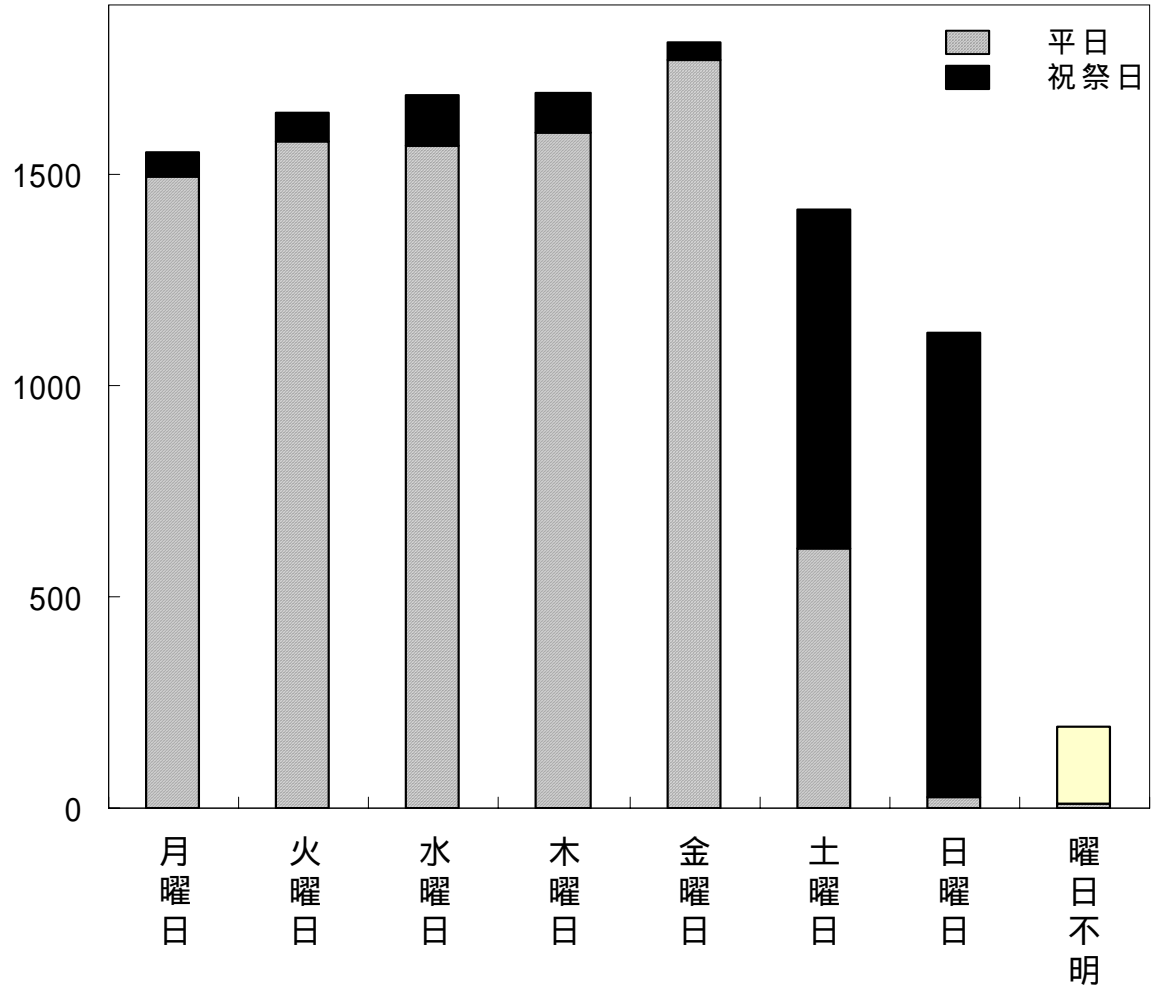


図2 - 3 . 発生時間帯 (処方・与薬)

発生時間帯	件数
0 ~ 1 時台	519
2 ~ 3 時台	258
4 ~ 5 時台	156
6 ~ 7 時台	724
8 ~ 9 時台	1516
1 0 ~ 1 1 時台	1433
1 2 ~ 1 3 時台	1215
1 4 ~ 1 5 時台	946
1 6 ~ 1 7 時台	1152
1 8 ~ 1 9 時台	1216
2 0 ~ 2 1 時台	851
2 2 ~ 2 3 時台	459
時間帯不明	673
合計	11118

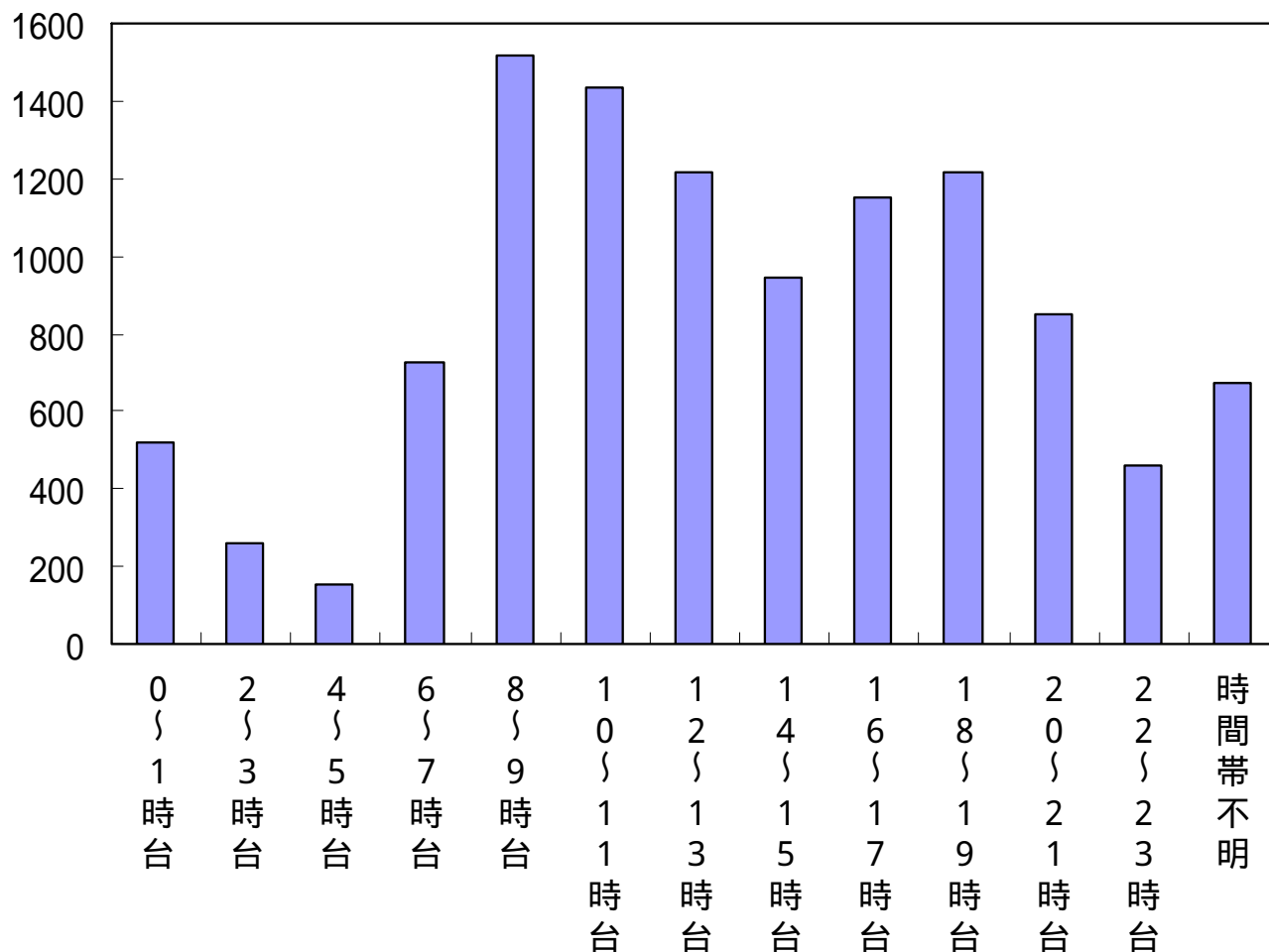


図2 - 4 . 発生場所 (処方・与薬)

発生場所	件数
外来診察室	164
外来待合室	7
外来その他の場所	100
救急処置室	47
ナースステーション	2027
病室	6922
処置室	332
浴室	2
病棟のその他の場所	238
手術室	79
分娩室	9
ICU	313
CCU	94
NICU	174
その他の集中治療室	104
検査室	17
機能訓練室	0
IVR治療室	4
放射線撮影室・検査室	26
核医学検査室	5
放射線治療室	3
透析室	97
薬局・輸血部	193
栄養管理室・調理室	3
トイレ	5
廊下	10
階段	0
不明	20
その他の場所 (院内)	101
その他の場所 (院外)	22
合計	11118

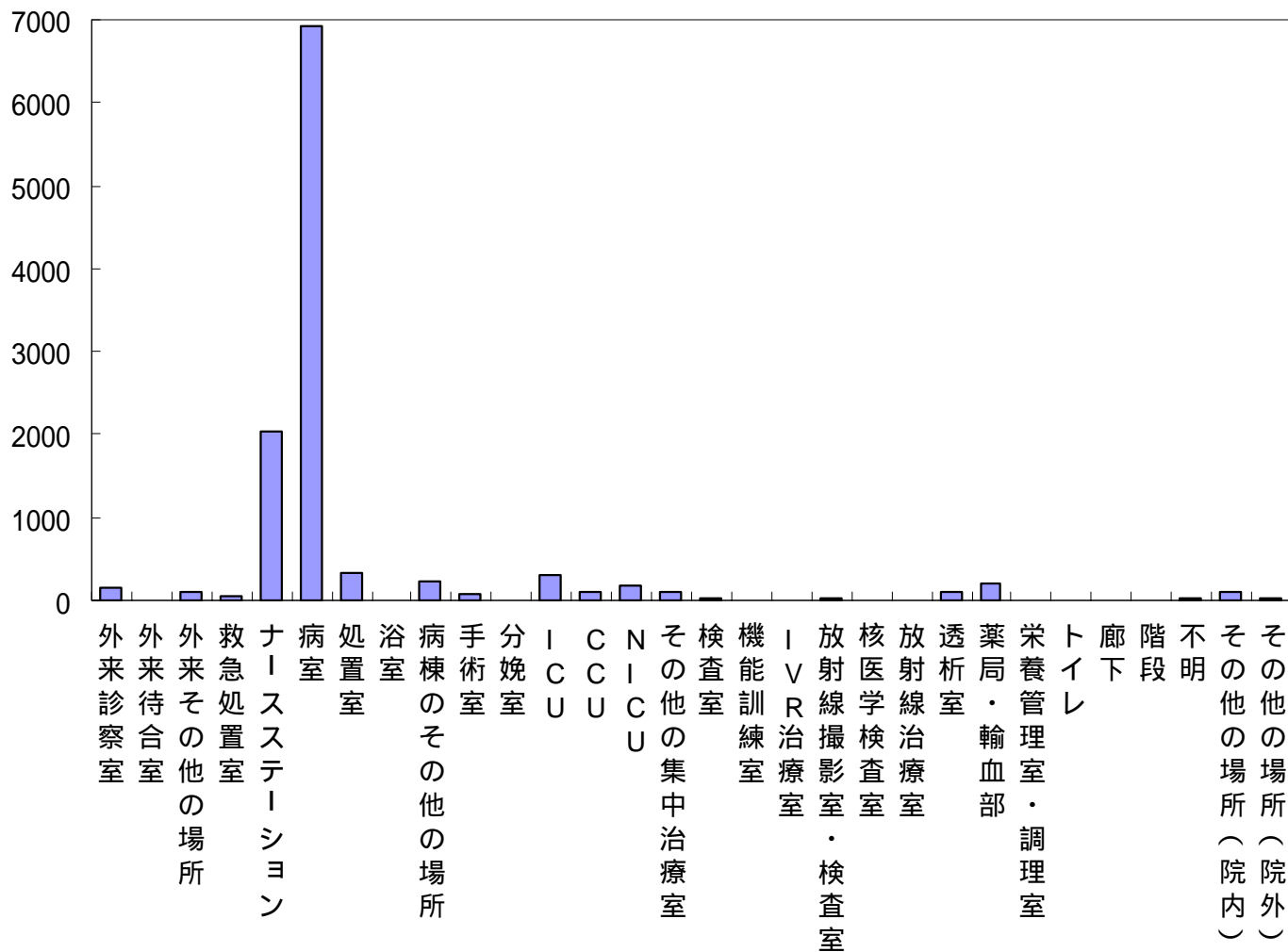


図2 - 5 . 患者の性別 (処方・与薬)

性別	件数
男性	5824
女性	4866
患者複数	61
特定できない	367
合計	11118

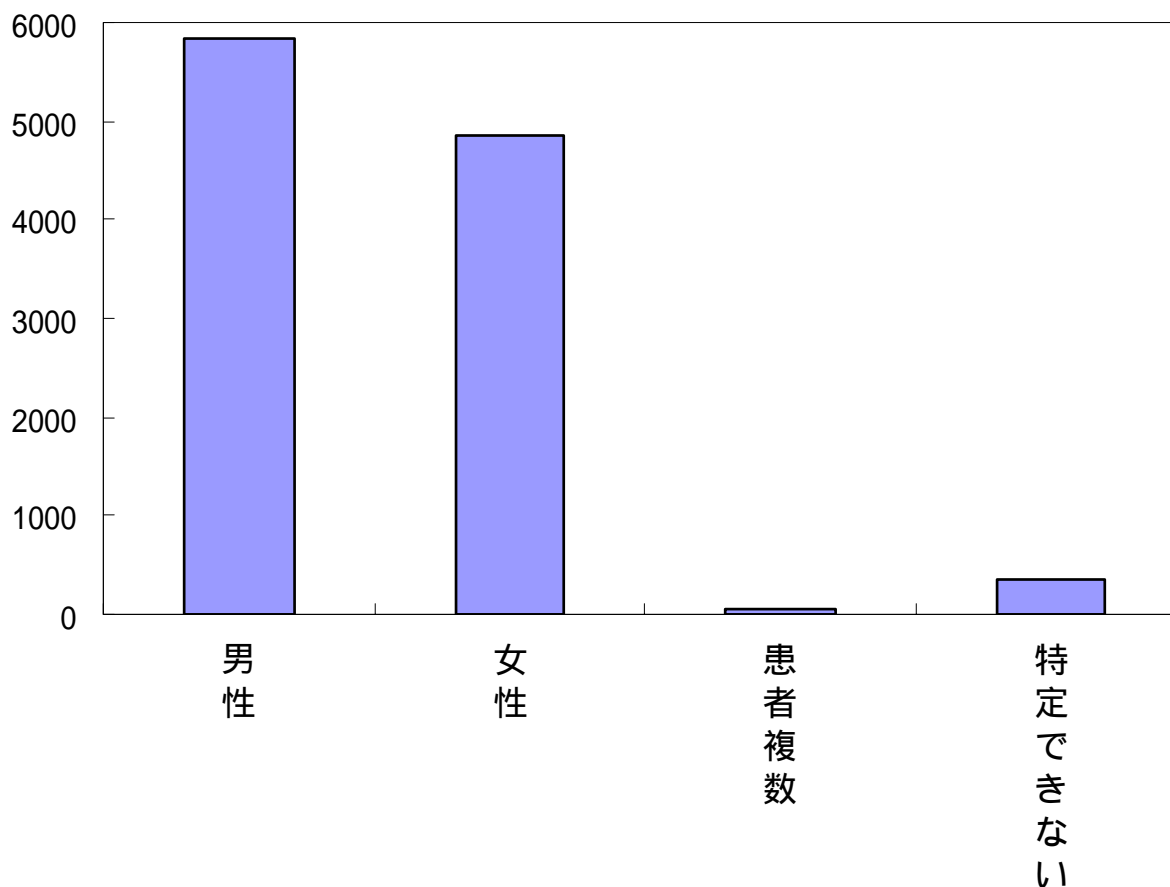


図2 - 6 . 患者の年齢(処方・与薬)

年齢	件数
0 ~ 10 歳	945
11 ~ 20 歳	285
21 ~ 30 歳	393
31 ~ 40 歳	552
41 ~ 50 歳	630
51 ~ 60 歳	1317
61 ~ 70 歳	2249
71 ~ 80 歳	2633
81 ~ 90 歳	1266
91 ~ 100 歳	187
101 ~ 110 歳	2
111 ~ 120 歳	0
121 ~ 130 歳	0
131 ~ 140 歳	0
141 ~ 150 歳	0
患者複数	72
特定できない・不明	587
合計	11118

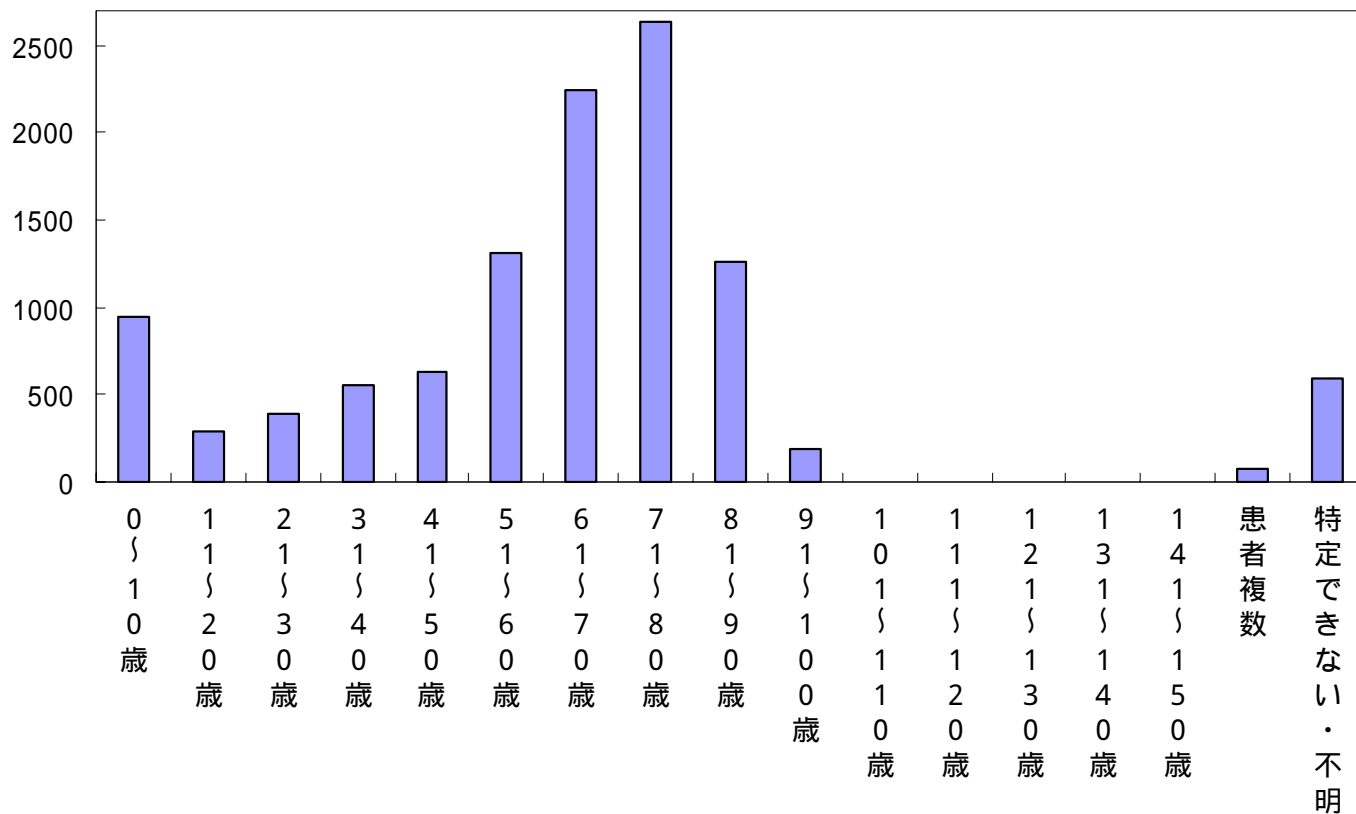


図2 - 7 . 心身状態 (処方・与薬)

患者の心身状態	件数
意識障害	743
視覚障害	274
聴覚障害	185
構音障害	153
精神障害	412
痴呆・健忘	563
上肢障害	525
下肢障害	836
歩行障害	959
床上安静	1508
睡眠中	200
せん妄状態	134
薬剤の影響下	366
麻酔中・麻酔前後	147
障害なし	3556
不明	2447
その他	1137
合計	14145

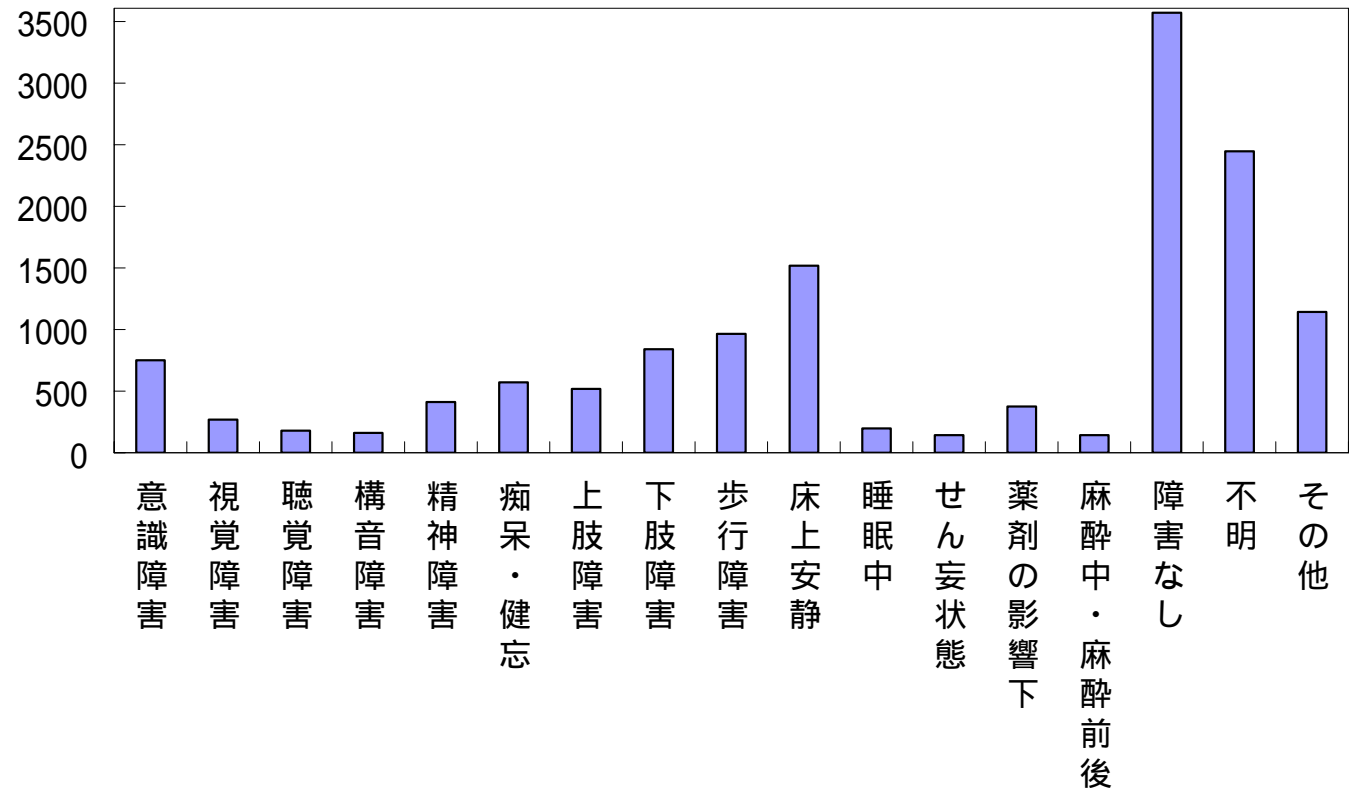


図2 - 8 . 発見者(処方・与薬)

発見者	件数
当事者本人	4756
同職種者	5058
他職種者	607
患者本人	392
家族・付き添い	127
他患者	15
不明	118
その他	45
合計	11118

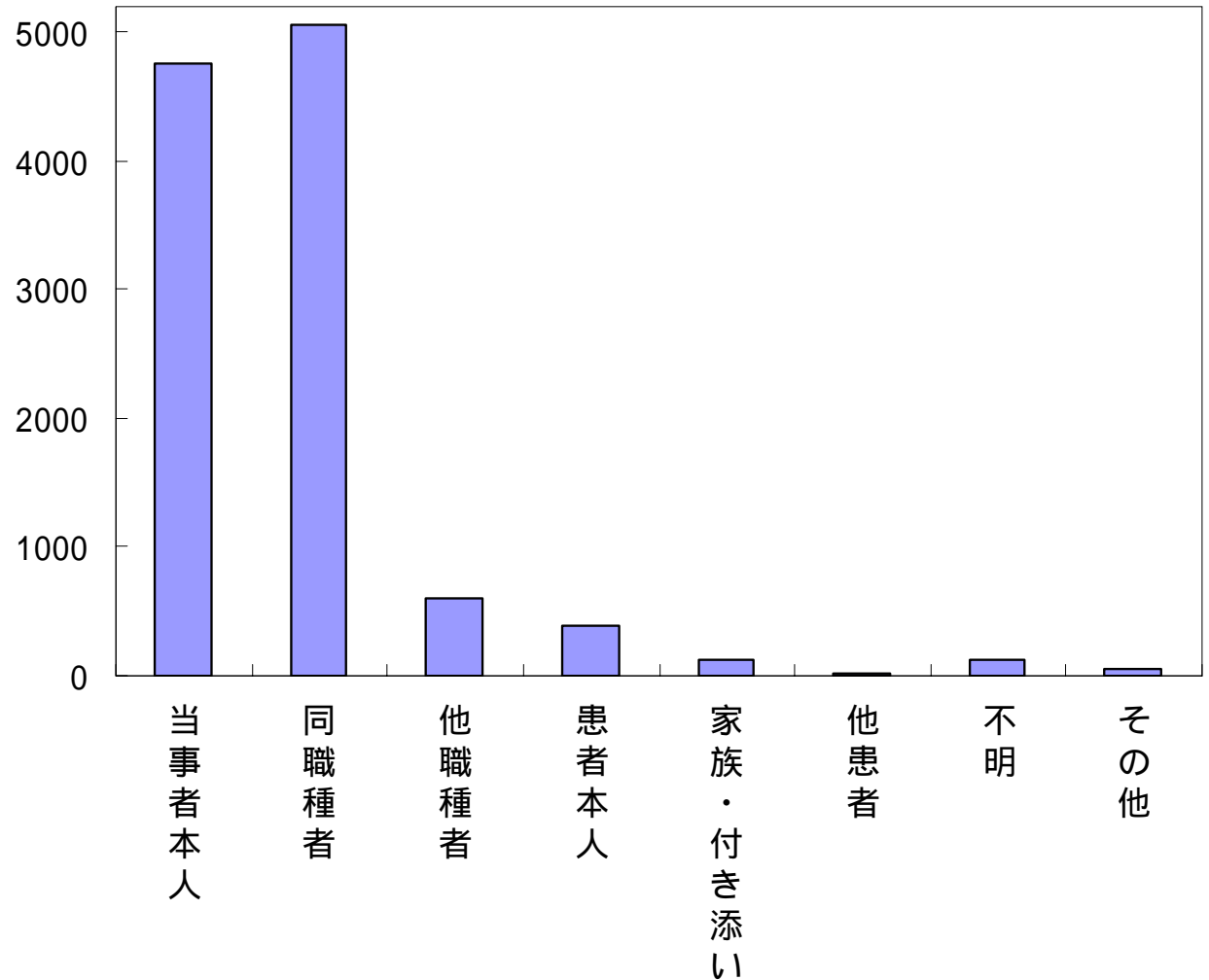


図2 - 9 . 当事者の職種 (処方・与薬)

当事者の職種	件数
医師	340
歯科医師	3
助産師	182
看護師	10031
准看護師	213
看護助手	35
薬剤師	259
管理栄養士	0
栄養士	0
調理師・調理従事者	1
診療放射線技師	8
臨床検査技師	1
衛生検査技師	1
理学療法士 (PT)	0
作業療法士 (OT)	0
言語聴覚士 (ST)	0
歯科衛生士	0
歯科技工士	0
視能訓練士	3
精神保健福祉士	0
臨床心理士	0
社会福祉士	0
介護福祉士	8
臨床工学技士	14
児童指導員・保育士	1
事務職員	20
不明	98
その他	35
合計	11253

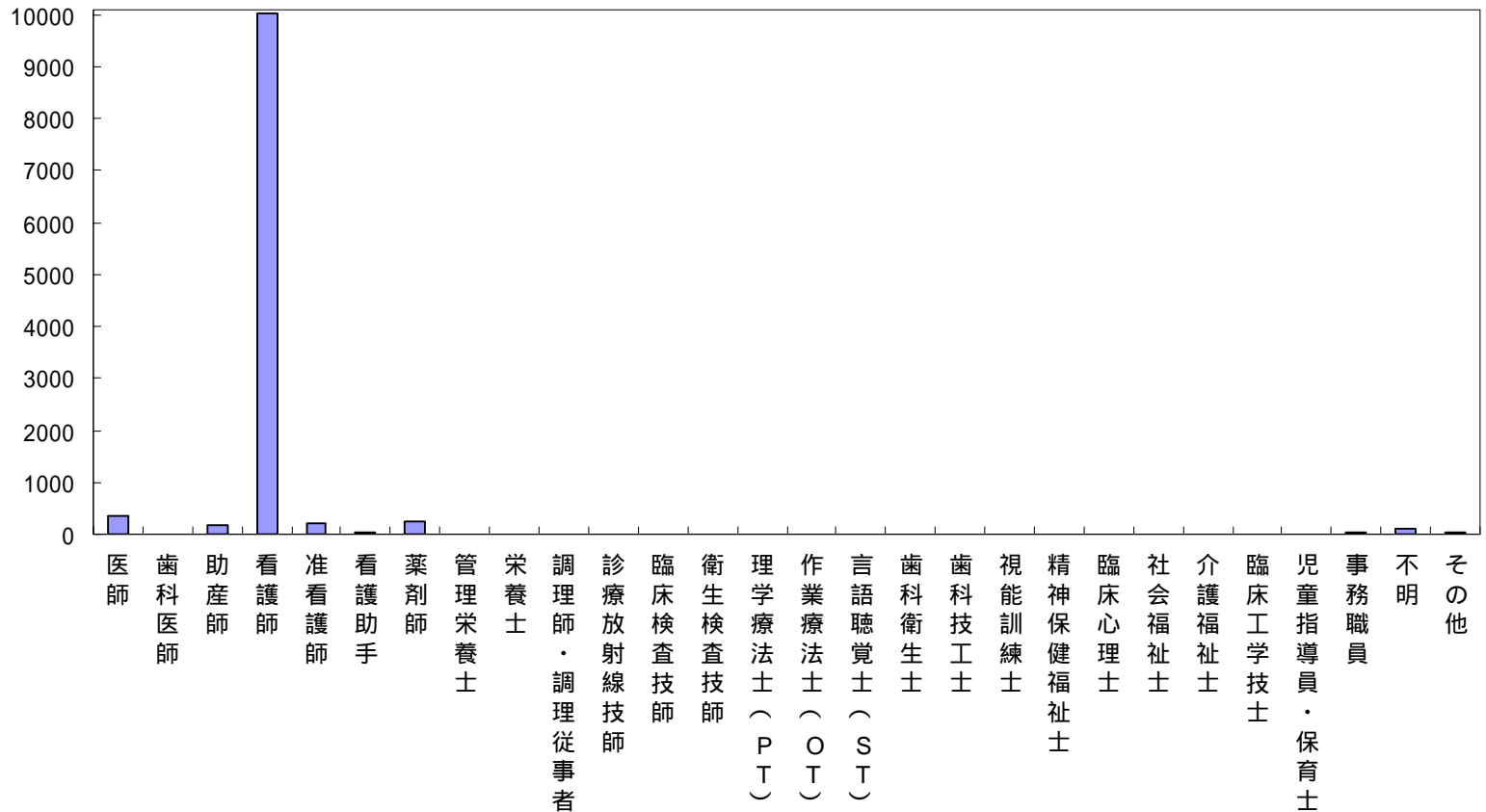


図2 - 10 . 職種経験年数(処方・与薬)

当事者の職種経験年数	件数
0年	1880
1年	1256
2年	1012
3年	734
4年	596
5年	515
6年	410
7年	300
8年	299
9年	251
10年	317
11～20年	1415
21～30年	794
30年超	104
当事者複数	468
年数不明	767
合計	11118

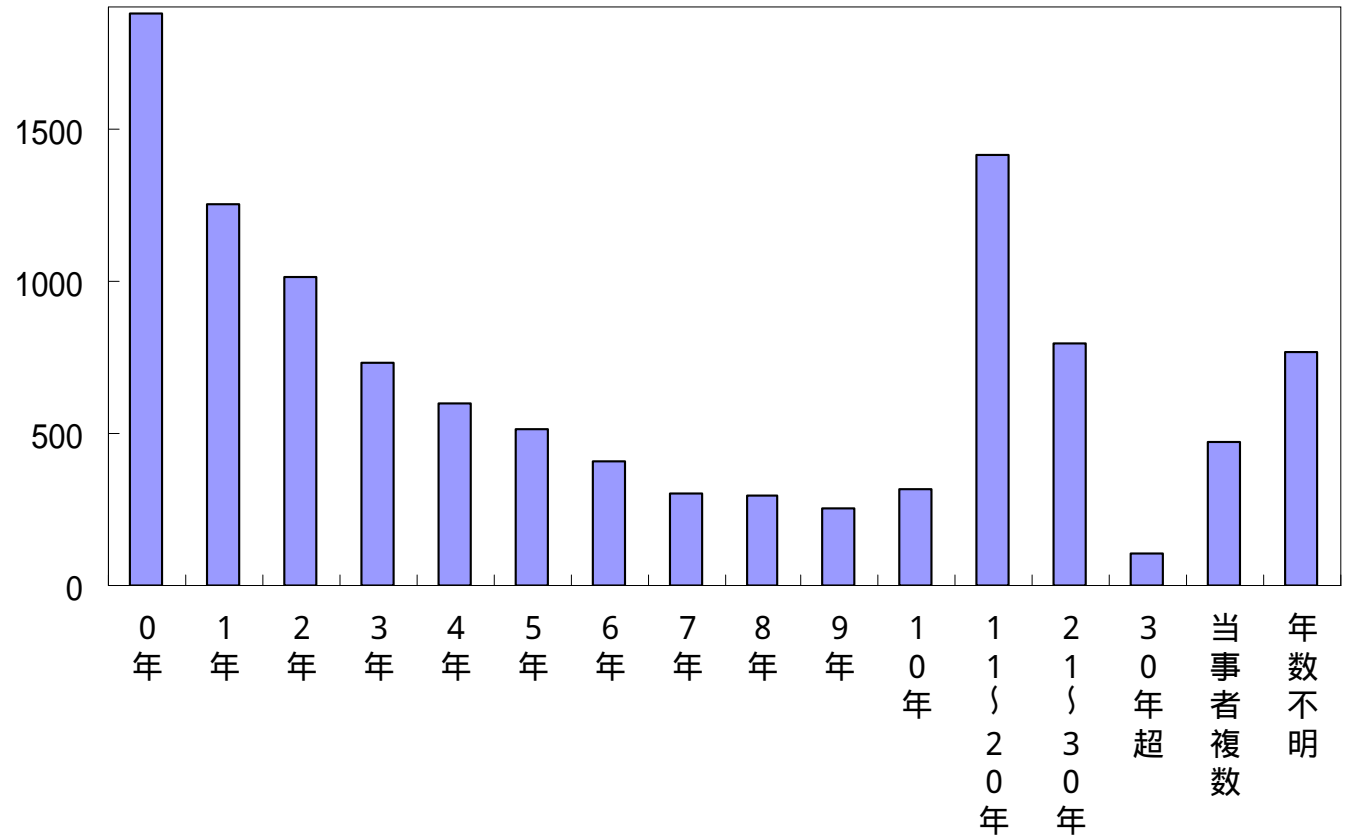


図2 - 11 . 部署配属年数(処方・与薬)

当事者の部署配属年数	件数
0年	3254
1年	1927
2年	1350
3年	864
4年	544
5年	307
6年	244
7年	153
8年	105
9年	61
10年	75
11～20年	170
21～30年	59
30年超	7
当事者複数	464
年数不明	1534
合計	11118

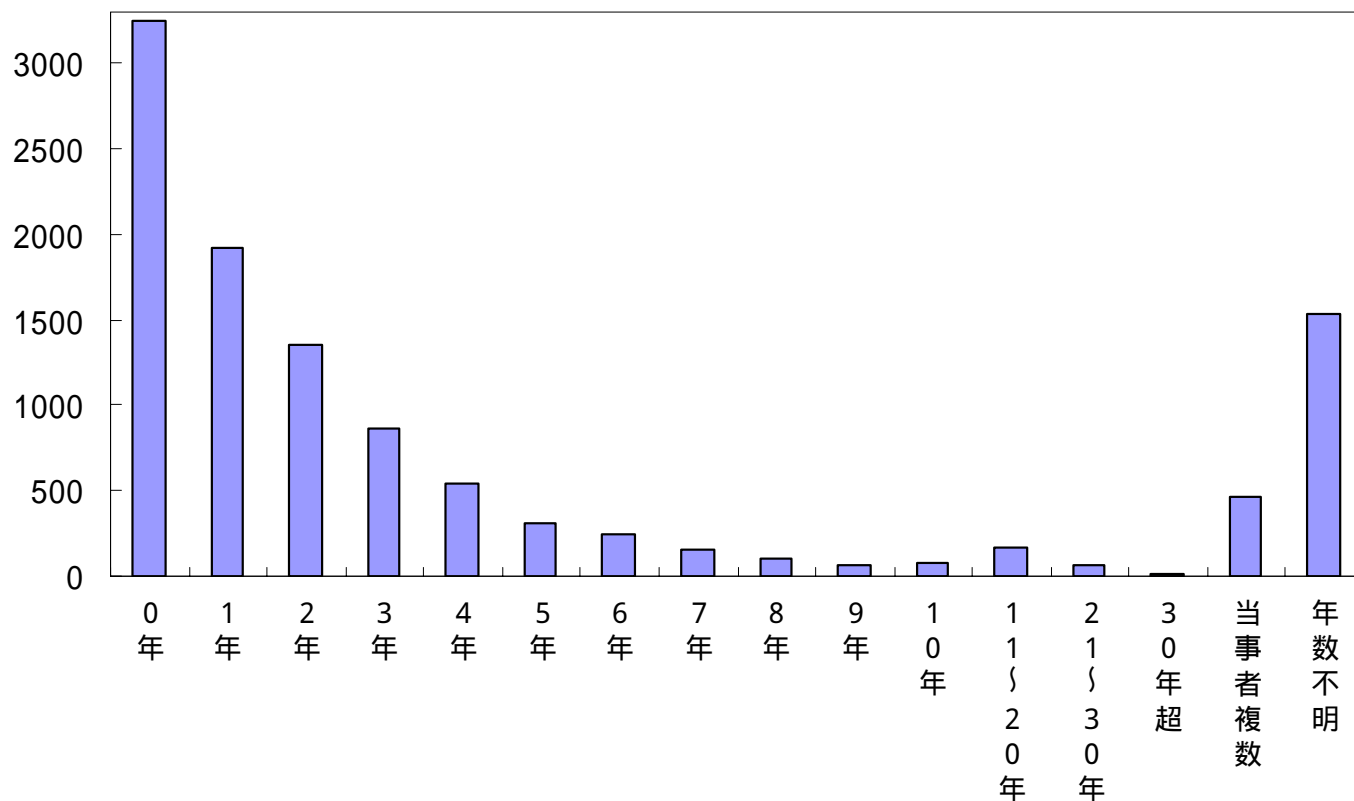


表2 - 1 . 発生要因・詳細 (処方・与薬)

発生要因	発生要因詳細	件数	
確認	確認が不十分であった	9592	
	その他	202	
心理的状況	慌てていた	1123	
	イライラしていた	78	
	緊張していた	125	
	他のことに気を取られていた	776	
	思い込んでいた	2100	
	無意識だった	445	
	その他	152	
	勤務状況	多忙であった	1336
勤務の管理に不備		22	
作業が中断した		167	
当直だった		28	
当直明けだった		14	
夜勤だった		989	
夜勤明けだった		60	
その他		66	
連携		医師と看護職の連携不適切	448
		医師と技術職の連携不適切	5
	医師と事務職の連携不適切	4	
	医師間の連携不適切	24	
	看護職間の連携不適切	1087	
	技術職間の連携不適切	10	
	多職種間の連携不適切	63	
	歯科医師と歯科関連職の連携不適切	0	
	その他	38	
	判断	判断に誤りがあった	1624
その他		79	

図2 - 12 . 発生要因(処方・与薬)

発生要因	件数
確認	9794
観察	1591
判断	1703
知識	1021
技術(手技)	445
報告等	497
身体的条件	428
心理的条件	4799
システム	583
連携	1679
記録等の記載	428
患者の外見(容姿・年齢)・姓名の類似	52
勤務状況	2682
環境	79
医療・歯科医療用具(機器)・器具・医療材料	62
薬剤	410
諸物品	44
施設・設備	5
教育・訓練	820
患者・家族への説明	602
その他	234
合計	27958

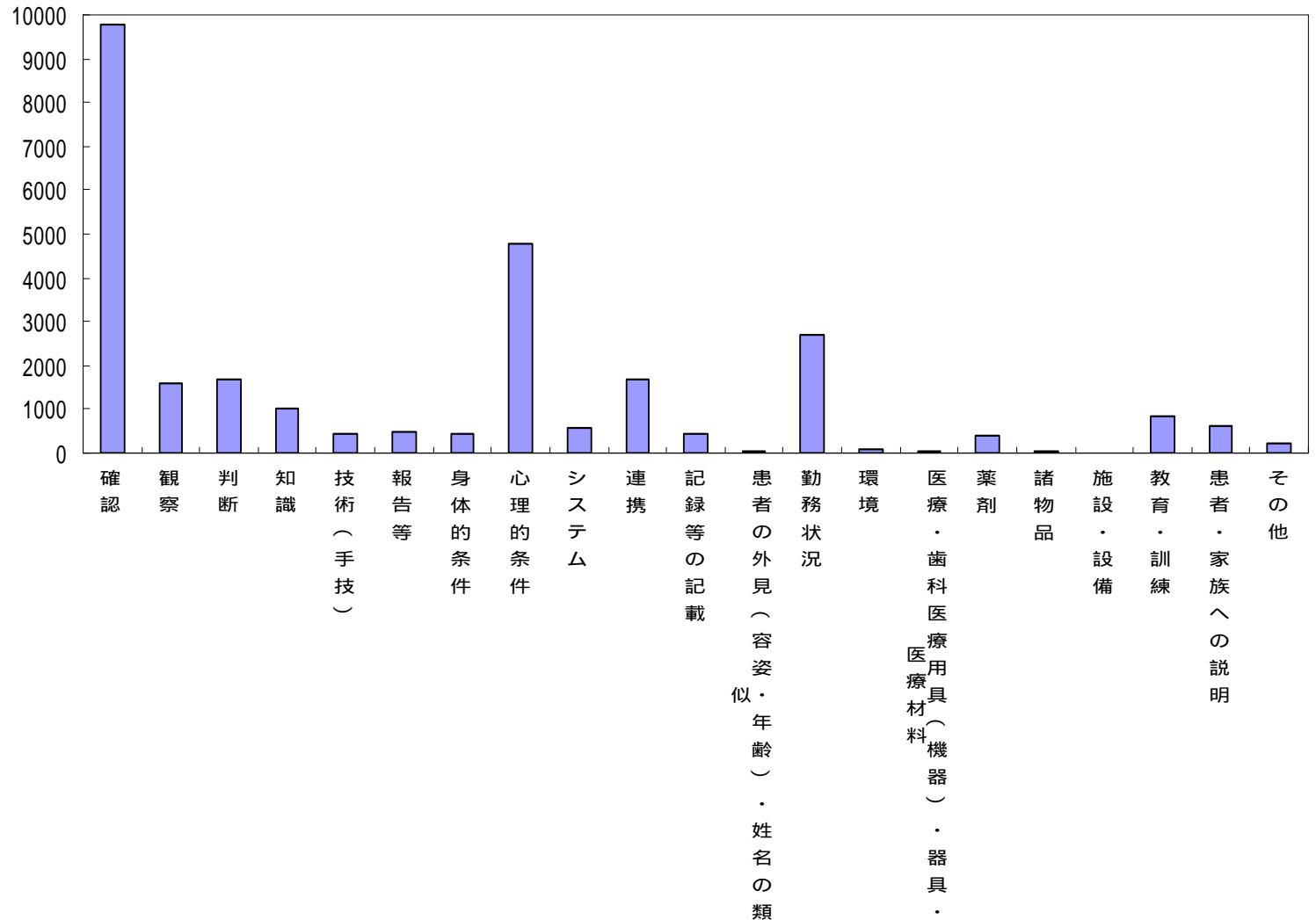


図2 - 13 . 影響度(処方・与薬)

影響度	件数
小さい(処置不要)	929
実施前発見:患者への影響は中等度(処置必要)	230
実施前発見:患者への影響は大きい(生命に影響しうる)	58
間違いが実施されたが、患者に影響がなかった	9144
不明	237
その他	520
合計	11118

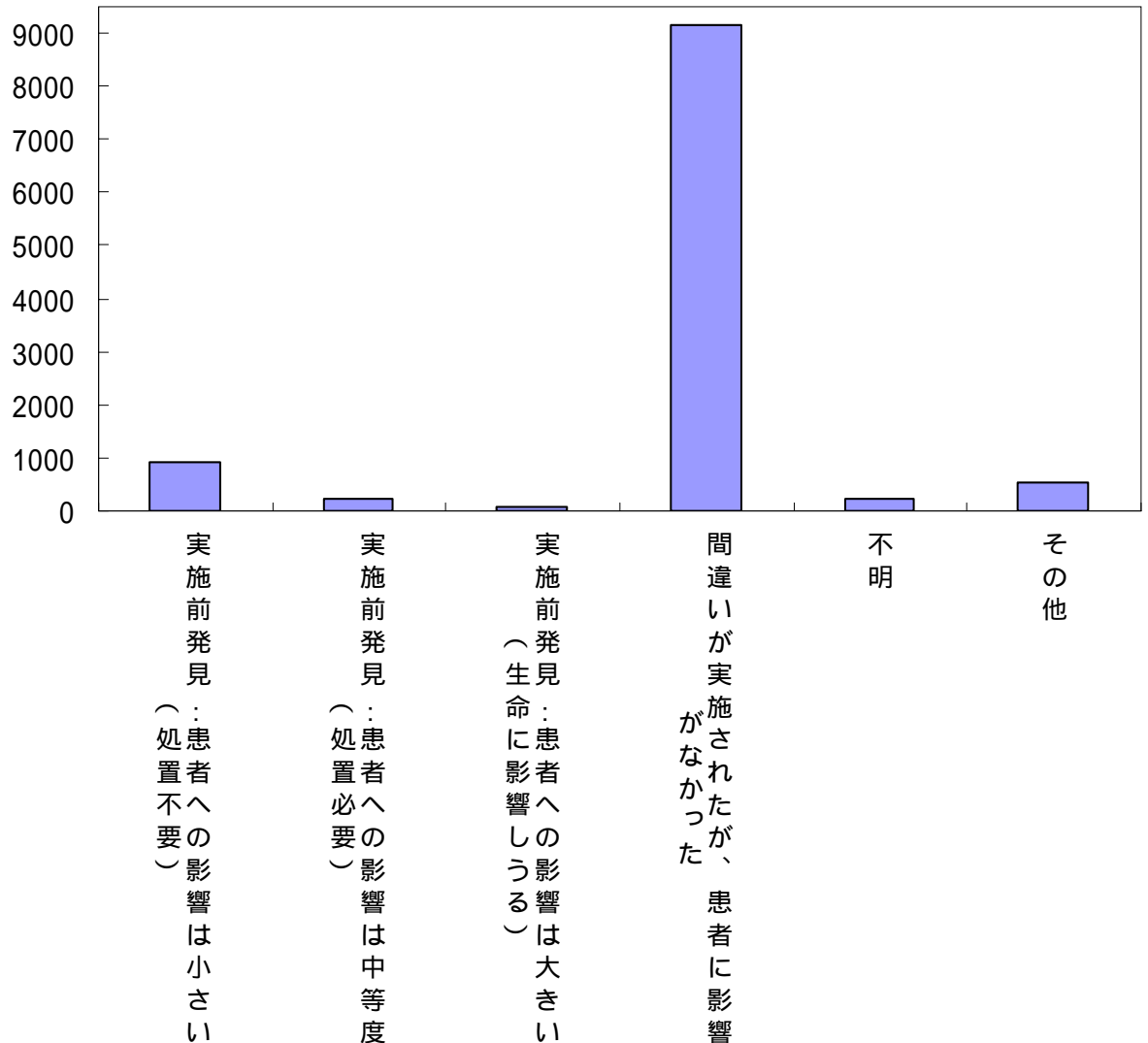


表2 - 2 . 当事者職種 × 発生要因 (処方・与薬)

当事者職種 × 発生要因	確認	観察	判断	知識	技術 (手技)	報告等	身体的条件	心理的条件	システム	連携	記録等の記載	患者の外見 (容姿・年齢)・姓名の類似	勤務状況	環境	医療・歯科医療用具 (機器)・器具・医療材料	薬剤	諸物品	施設・設備	教育・訓練	患者・家族への説明	その他	合計
医師	300	23	33	47	11	17	19	98	35	77	15	5	64	7	3	31	4	2	21	9	15	836
歯科医師	3	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
助産師	158	29	27	20	8	19	15	84	12	31	7	0	43	2	2	7	0	0	8	15	7	494
看護師	8789	1475	1542	902	381	426	342	3467	454	1437	367	40	2116	69	54	343	36	3	658	462	191	23554
准看護師	184	30	40	18	11	11	5	81	14	31	5	2	51	3	1	11	2	0	13	4	5	522
看護助手	34	4	2	2	0	2	1	9	1	4	0	2	3	0	0	0	0	0	2	1	0	67
薬剤師	229	10	24	13	23	5	8	98	27	18	3	3	28	1	2	21	2	0	13	5	3	536
管理栄養士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
栄養士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
調理師・調理従事者	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
診療放射線技師	4	2	1	0	0	0	0	2	0	2	0	0	2	1	2	2	1	0	0	2	1	22
臨床検査技師	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
衛生検査技師	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
理学療法士 (PT)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
作業療法士 (OT)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
言語聴覚士 (ST)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科衛生士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科技工士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
視能訓練士	2	2	2	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	10
精神保健福祉士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臨床心理士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
社会福祉士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
介護福祉士	8	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	14
臨床工学技士	10	3	2	0	0	0	1	6	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	5	30
児童指導員・保育士	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
事務職員	19	1	3	5	1	1	1	7	2	2	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	47
不明	69	23	6	1	3	2	0	2	3	7	2	0	5	0	0	4	0	0	5	6	1	139
その他	24	4	9	0	0	0	3	11	4	4	1	0	3	1	0	0	0	0	5	5	8	82
合計	9837	1606	1691	1008	438	484	397	3873	554	1615	402	52	2321	84	64	421	45	5	726	509	236	26368

表2 - 3 . 発生場面 × 発生内容 (処方・与薬)

発生場面 × 発生内容	処方量間違い	過剰与薬	過小与薬	与薬時間・日付間違い	重複与薬	禁忌薬剤の組合せ	投与速度速すぎ	投与速度遅すぎ	その他の投与速度のエラー	患者間違い	薬剤間違い	単位間違い	投与方法間違い	無投薬	処方・与薬のその他のエラー	左記コード以外	合計
皮下・筋肉注射	11	100	56	108	17	6	0	1	0	19	96	36	51	333	113	16	963
静脈注射	24	149	78	85	17	13	86	16	12	55	110	27	78	249	155	10	1164
動脈注射	0	5	3	5	0	1	4	0	0	1	4	1	1	3	7	4	39
末梢静脈点滴	33	254	174	174	22	12	536	101	73	158	254	31	120	398	251	20	2611
中心静脈注射	11	68	45	31	6	7	167	46	25	22	50	16	42	101	80	19	736
内服	102	469	320	575	198	8	2	4	5	270	179	22	101	1787	509	30	4581
外用	2	14	13	50	10	1	0	1	3	9	23	3	17	128	63	3	340
坐剤用	3	20	8	10	7	2	0	0	0	3	9	4	6	43	23	1	139
吸入	4	9	3	4	2	0	0	0	0	3	9	1	2	33	6	0	76
点鼻・点眼・点耳	0	3	0	7	0	0	0	0	1	7	21	0	16	27	20	1	103
その他の処方・与薬に関する場面	12	29	17	40	7	0	12	6	5	21	23	0	15	76	89	14	366
合計	202	1120	717	1089	286	50	807	175	124	568	778	141	449	3178	1316	118	11118

ヒヤリ・ハット事例収集 第14回集計

全般コード化情報 ドレージン・チューブの使用・管理 (単純集計・クロス集計)

図3 - 1 . 発生月 (ドレーン・チューブ)

発生月	件数
1月	0
2月	0
3月	0
4月	0
5月	0
6月	0
7月	0
8月	0
9月	0
10月	2464
11月	2209
12月	2128
月不明	35
合計	6836

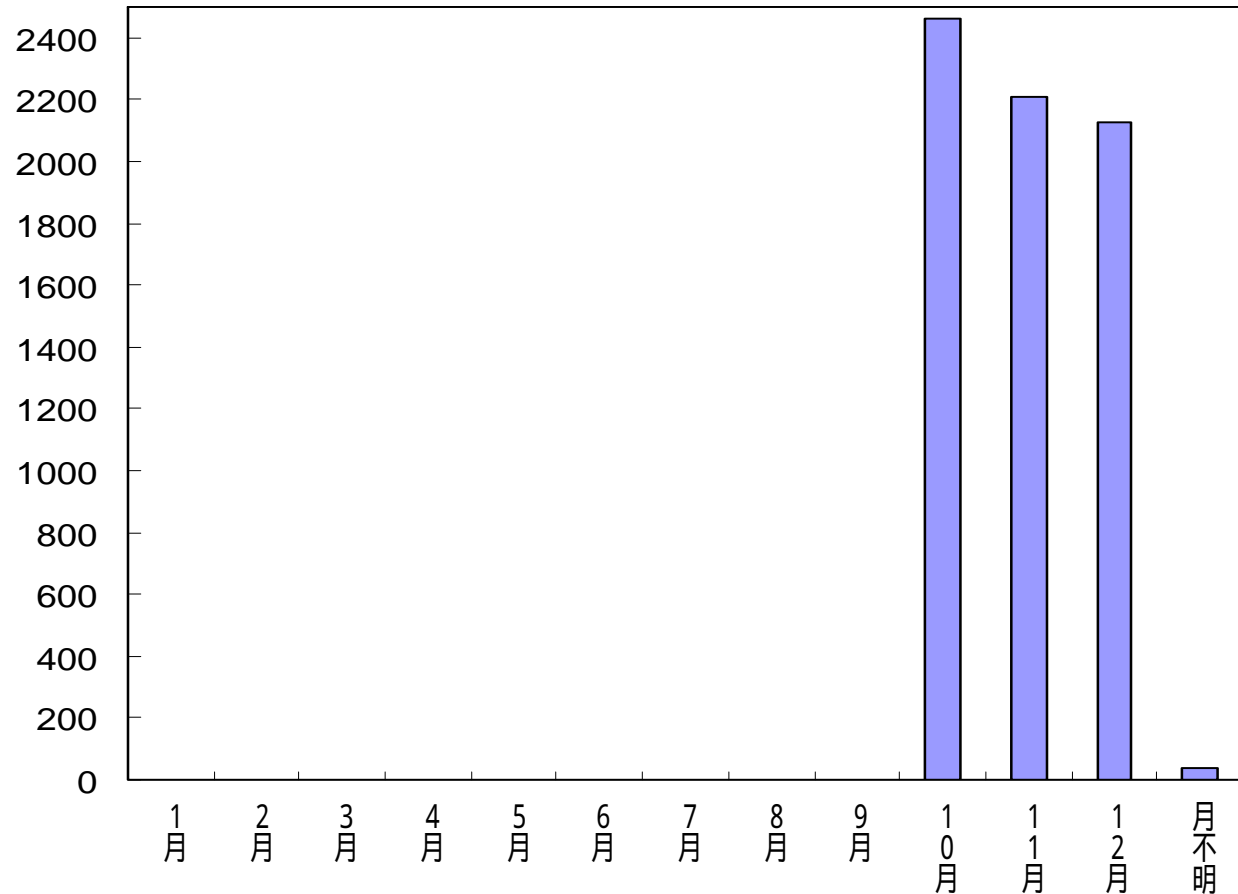


図3 - 2 . 発生曜日 (ドレージン・チューブ)

曜日	平日	祝祭日	不明
月曜日	848	45	0
火曜日	917	57	0
水曜日	885	89	0
木曜日	918	66	0
金曜日	1067	49	0
土曜日	393	587	0
日曜日	17	856	0
曜日不明	4	1	37
合計	5049	1750	37

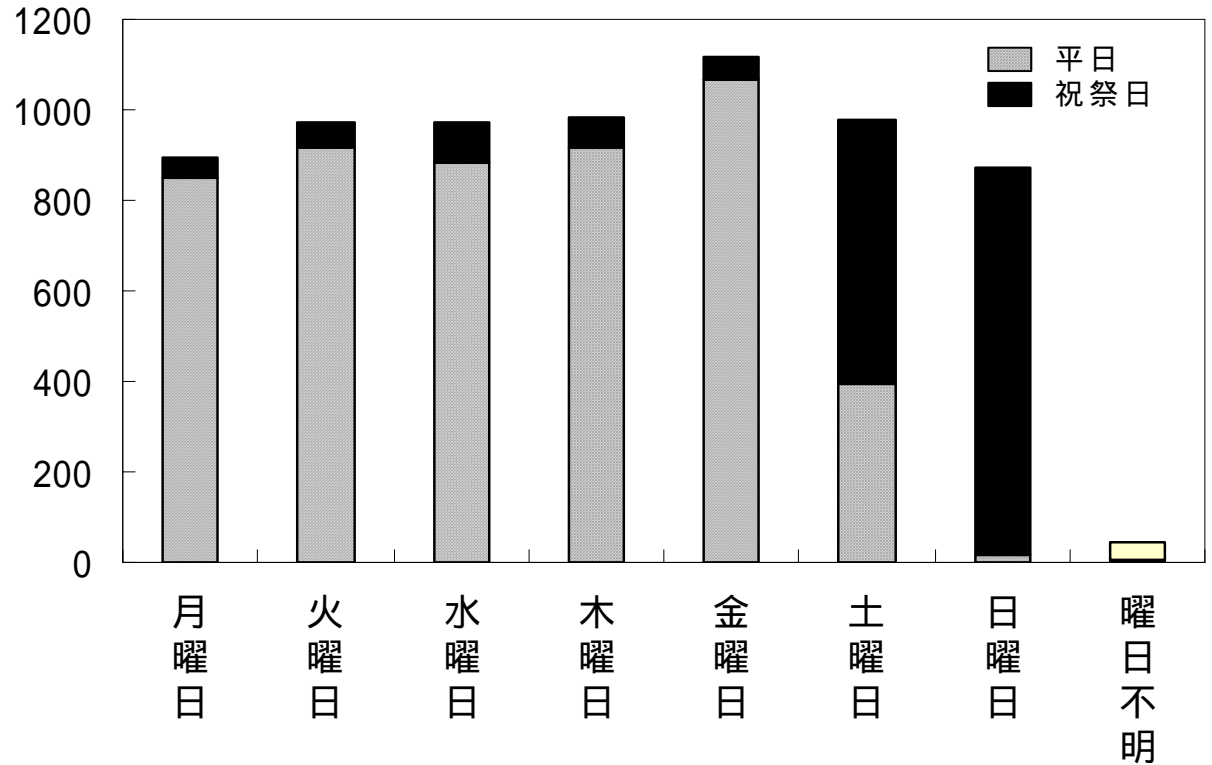


図3 - 3 . 発生時間帯 (ドレーン・チューブ)

発生時間帯	件数
0 ~ 1 時台	600
2 ~ 3 時台	525
4 ~ 5 時台	435
6 ~ 7 時台	598
8 ~ 9 時台	517
1 0 ~ 1 1 時台	569
1 2 ~ 1 3 時台	457
1 4 ~ 1 5 時台	541
1 6 ~ 1 7 時台	542
1 8 ~ 1 9 時台	524
2 0 ~ 2 1 時台	633
2 2 ~ 2 3 時台	675
時間帯不明	220
合計	6836

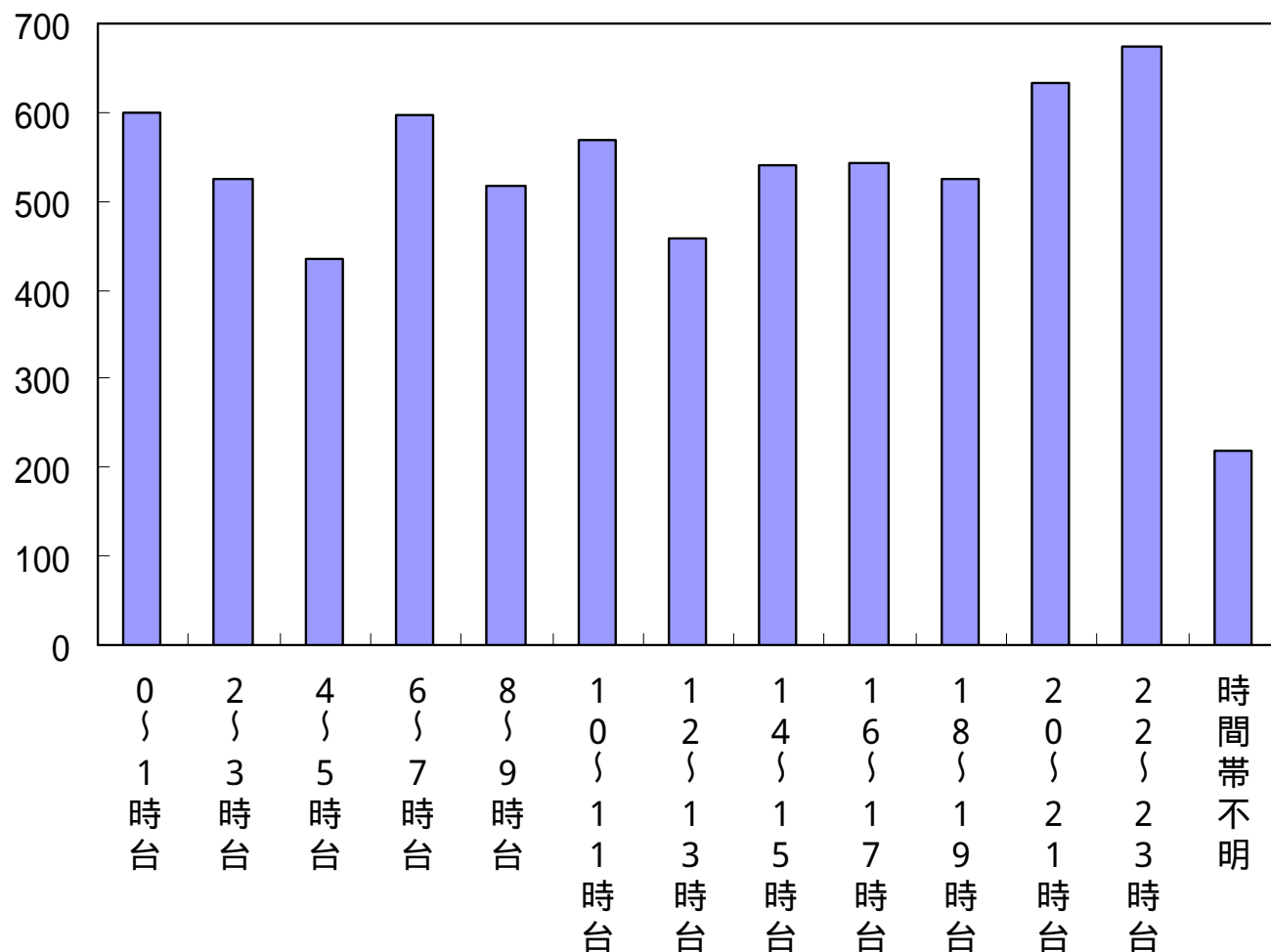


図3 - 4 . 発生場所(ドレーン・チューブ)

発生場所	件数
外来診察室	9
外来待合室	0
外来その他の場所	10
救急処置室	5
ナースステーション	83
病室	5232
処置室	58
浴室	12
病棟のその他の場所	52
手術室	67
分娩室	0
ICU	540
CCU	112
NICU	187
その他の集中治療室	184
検査室	2
機能訓練室	7
IVR治療室	1
放射線撮影室・検査室	42
核医学検査室	1
放射線治療室	3
透析室	98
薬局・輸血部	0
栄養管理室・調理室	0
トイレ	23
廊下	42
階段	0
不明	9
その他の場所(院内)	51
その他の場所(院外)	6
合計	6836

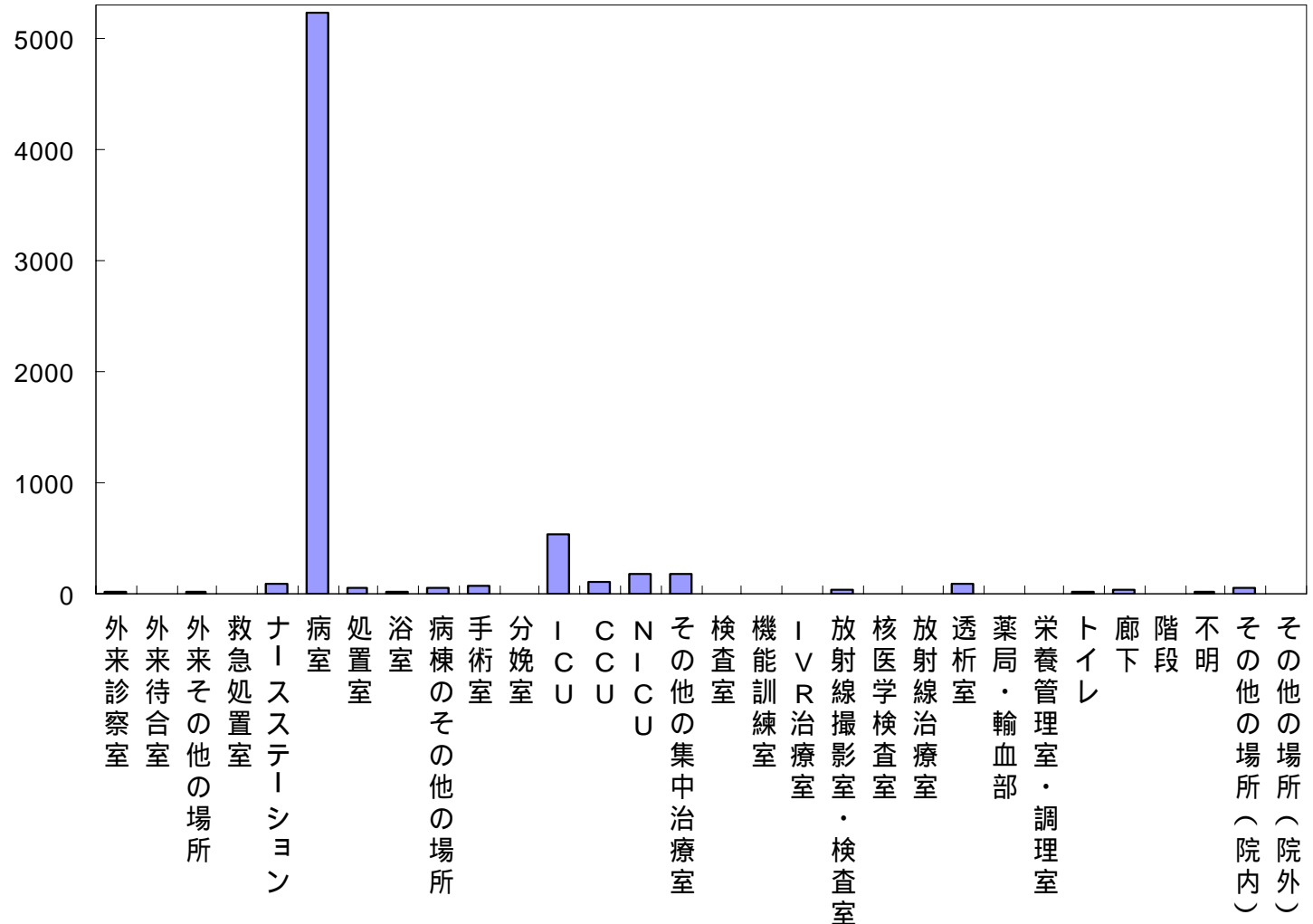


図3 - 5 . 患者の性別(ドレーン・チューブ)

性別	件数
男性	4111
女性	2592
患者複数	2
特定できない	131
合計	6836

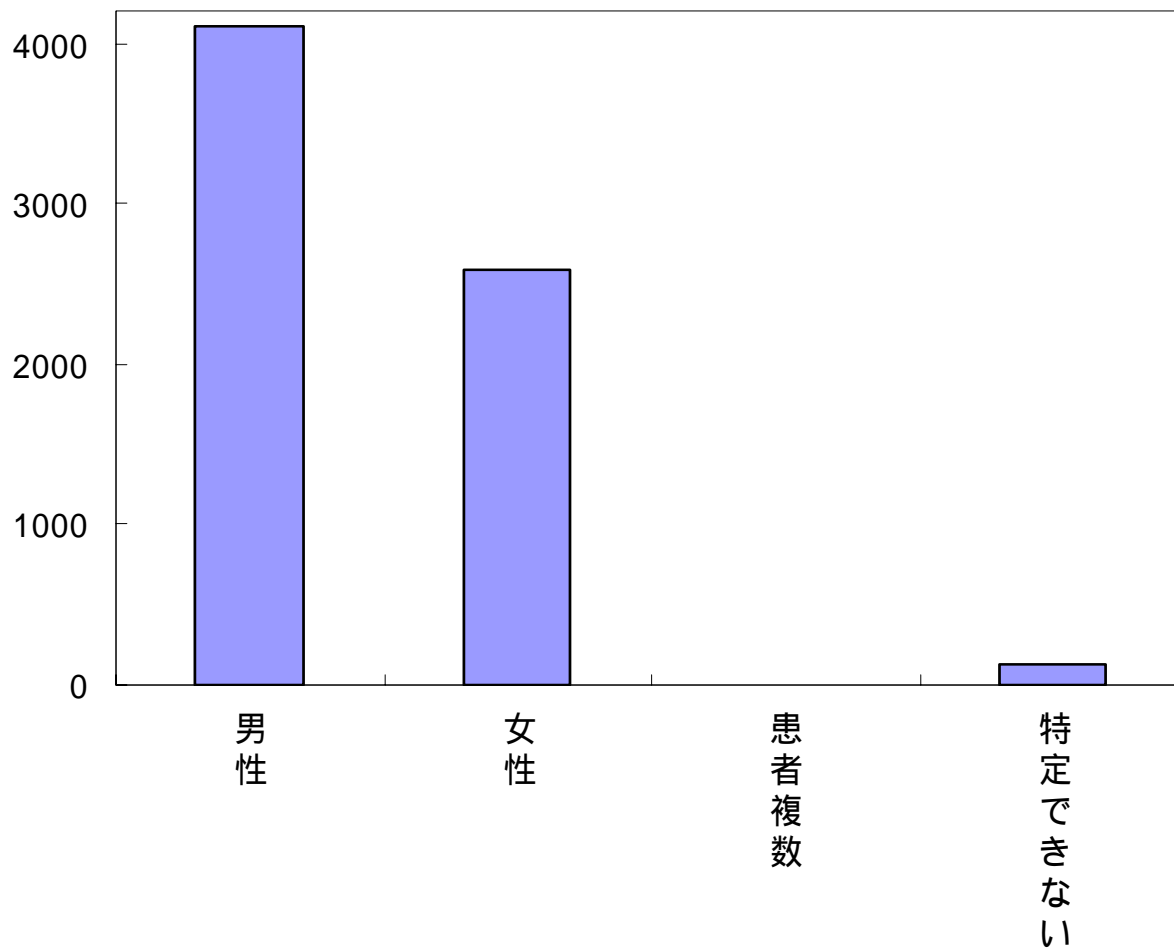


図3 - 6 . 患者の年齢(ドレーン・チューブ)

年齢	件数
0 ~ 10 歳	577
11 ~ 20 歳	112
21 ~ 30 歳	141
31 ~ 40 歳	199
41 ~ 50 歳	249
51 ~ 60 歳	730
61 ~ 70 歳	1269
71 ~ 80 歳	1835
81 ~ 90 歳	1243
91 ~ 100 歳	249
101 ~ 110 歳	3
111 ~ 120 歳	0
121 ~ 130 歳	0
131 ~ 140 歳	0
141 ~ 150 歳	0
患者複数	1
特定できない・不明	228
合計	6836

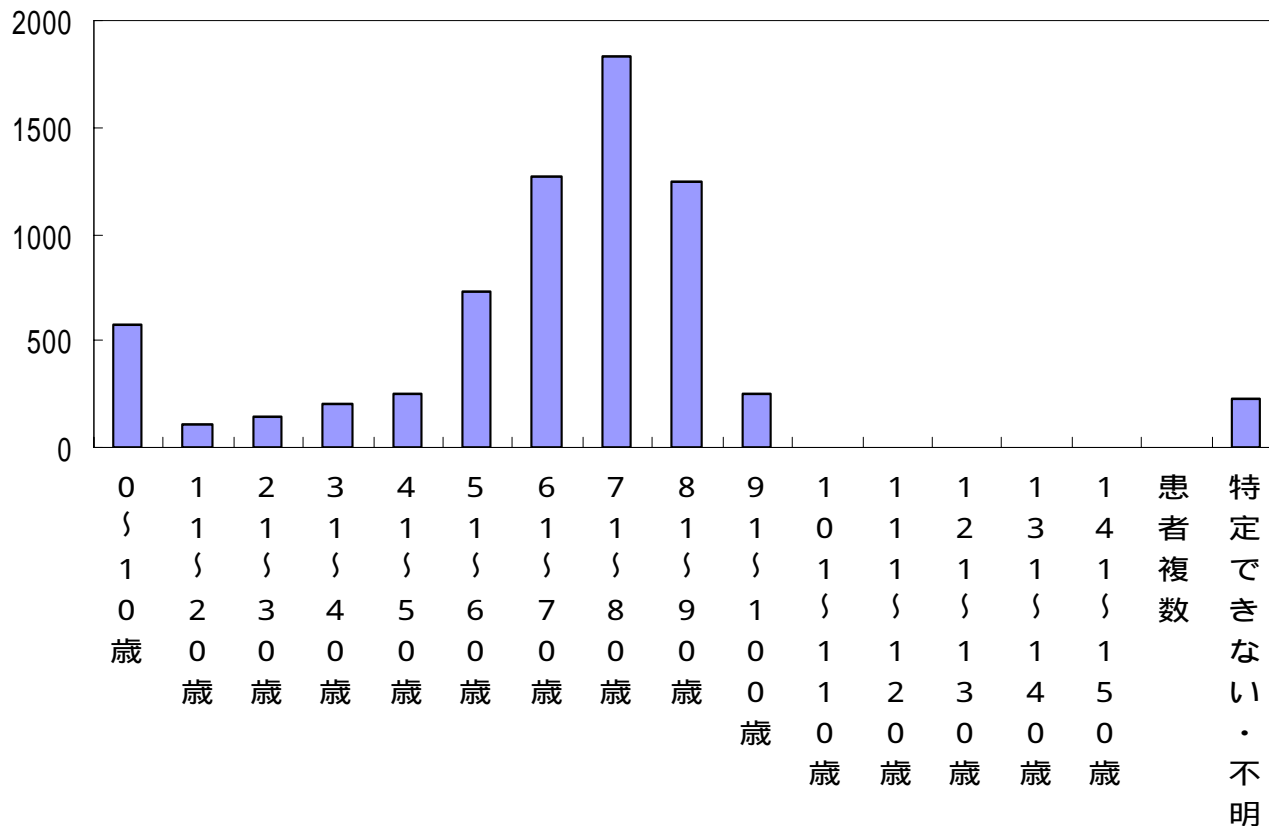


図3 - 7 . 患者の心身状態 (ドレーン・チューブ)

患者の心身状態	件数
意識障害	1181
視覚障害	144
聴覚障害	158
構音障害	179
精神障害	270
痴呆・健忘	1105
上肢障害	435
下肢障害	570
歩行障害	587
床上安静	1713
睡眠中	248
せん妄状態	940
薬剤の影響下	534
麻酔中・麻酔前後	170
障害なし	754
不明	956
その他	816
合計	10760

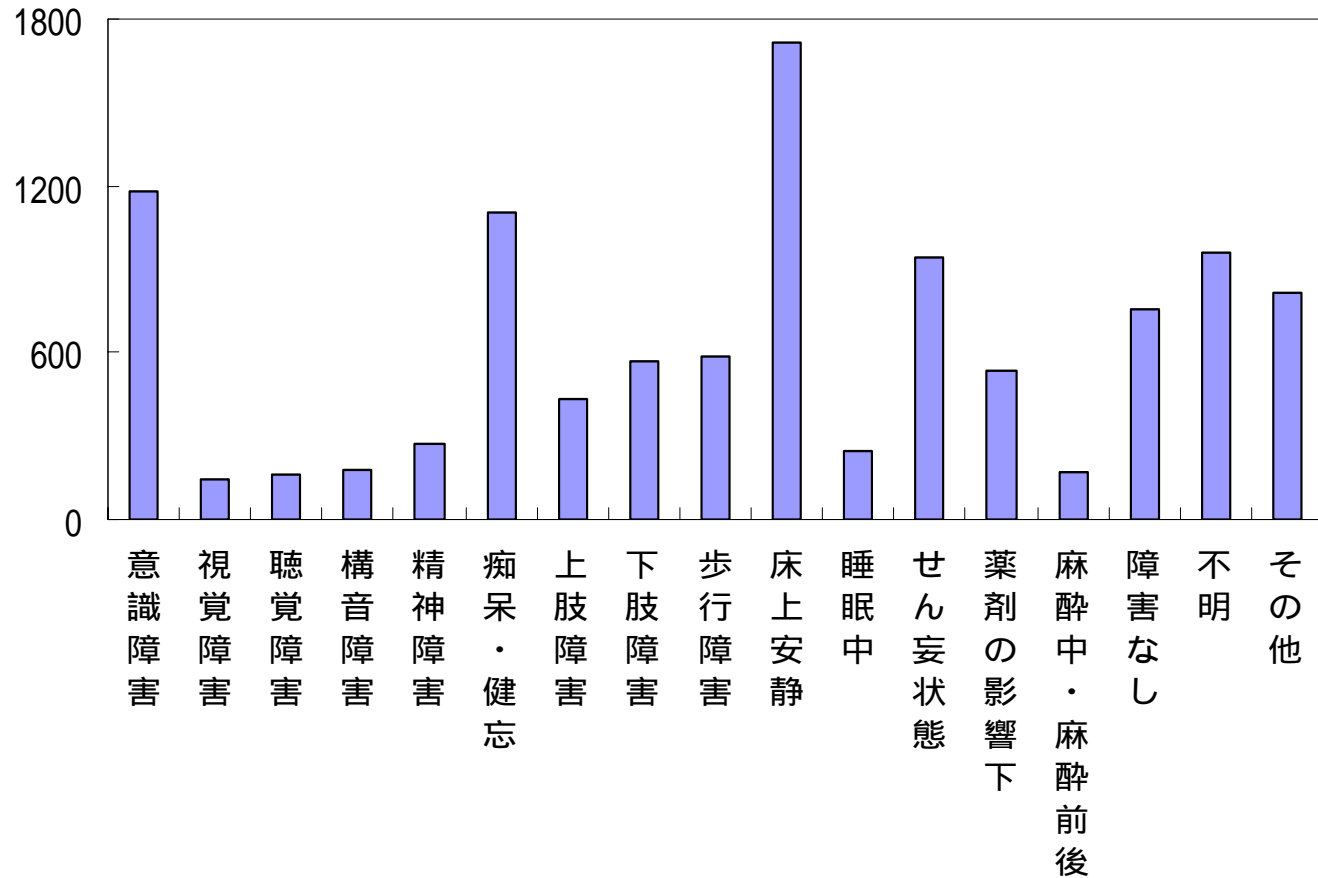


図3 - 8 . 発見者(ドレイン・チューブ)

発見者	件数
当事者本人	4719
同職種者	1379
他職種者	185
患者本人	185
家族・付き添い	237
他患者	38
不明	51
その他	42
合計	6836

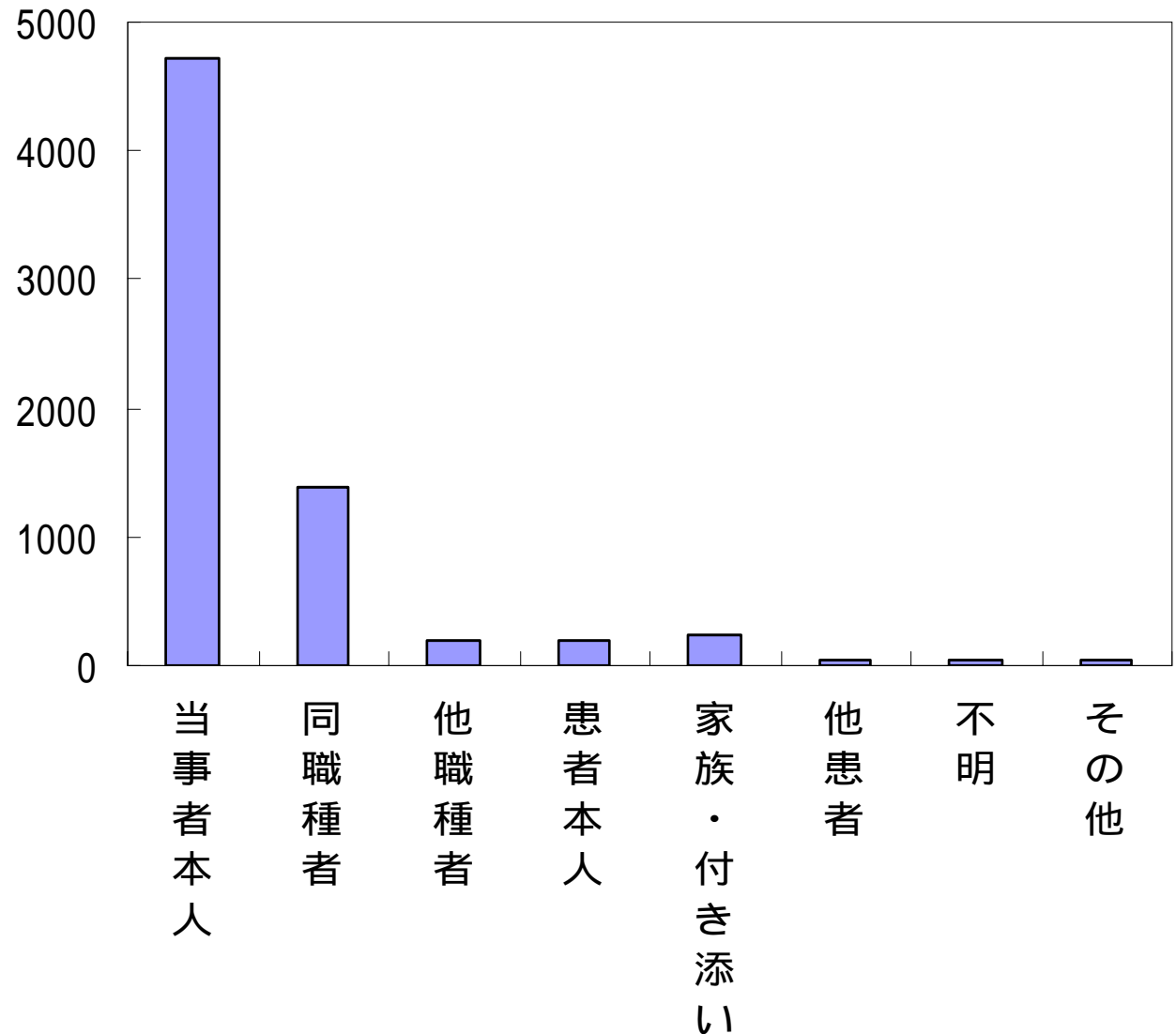


図3 - 9 . 当事者の職種 (ドレーン・チューブ)

当事者の職種	件数
医師	72
歯科医師	2
助産師	35
看護師	6548
准看護師	70
看護助手	12
薬剤師	0
管理栄養士	0
栄養士	0
調理師・調理従事者	0
診療放射線技師	19
臨床検査技師	0
衛生検査技師	0
理学療法士 (PT)	13
作業療法士 (OT)	6
言語聴覚士 (ST)	3
歯科衛生士	0
歯科技工士	0
視能訓練士	0
精神保健福祉士	0
臨床心理士	0
社会福祉士	0
介護福祉士	5
臨床工学技士	22
児童指導員・保育士	1
事務職員	0
不明	56
その他	16
合計	6880

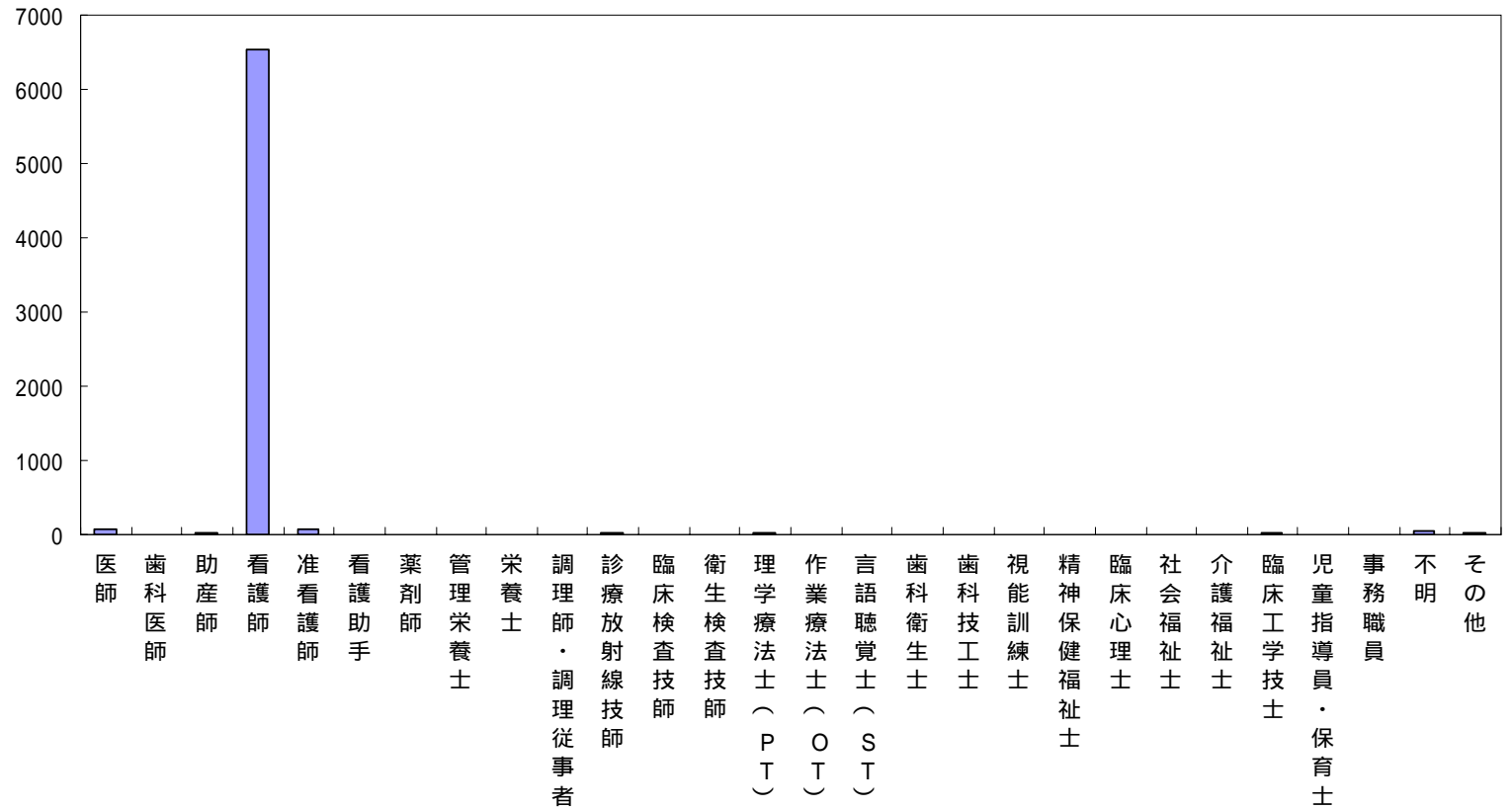


図3 - 10 . 職種経験年数 (ドレーン・チューブ)

当事者の職種経験年数	件数
0年	959
1年	832
2年	684
3年	506
4年	416
5年	389
6年	289
7年	242
8年	214
9年	157
10年	191
11～20年	853
21～30年	398
30年超	39
当事者複数	141
年数不明	526
合計	6836

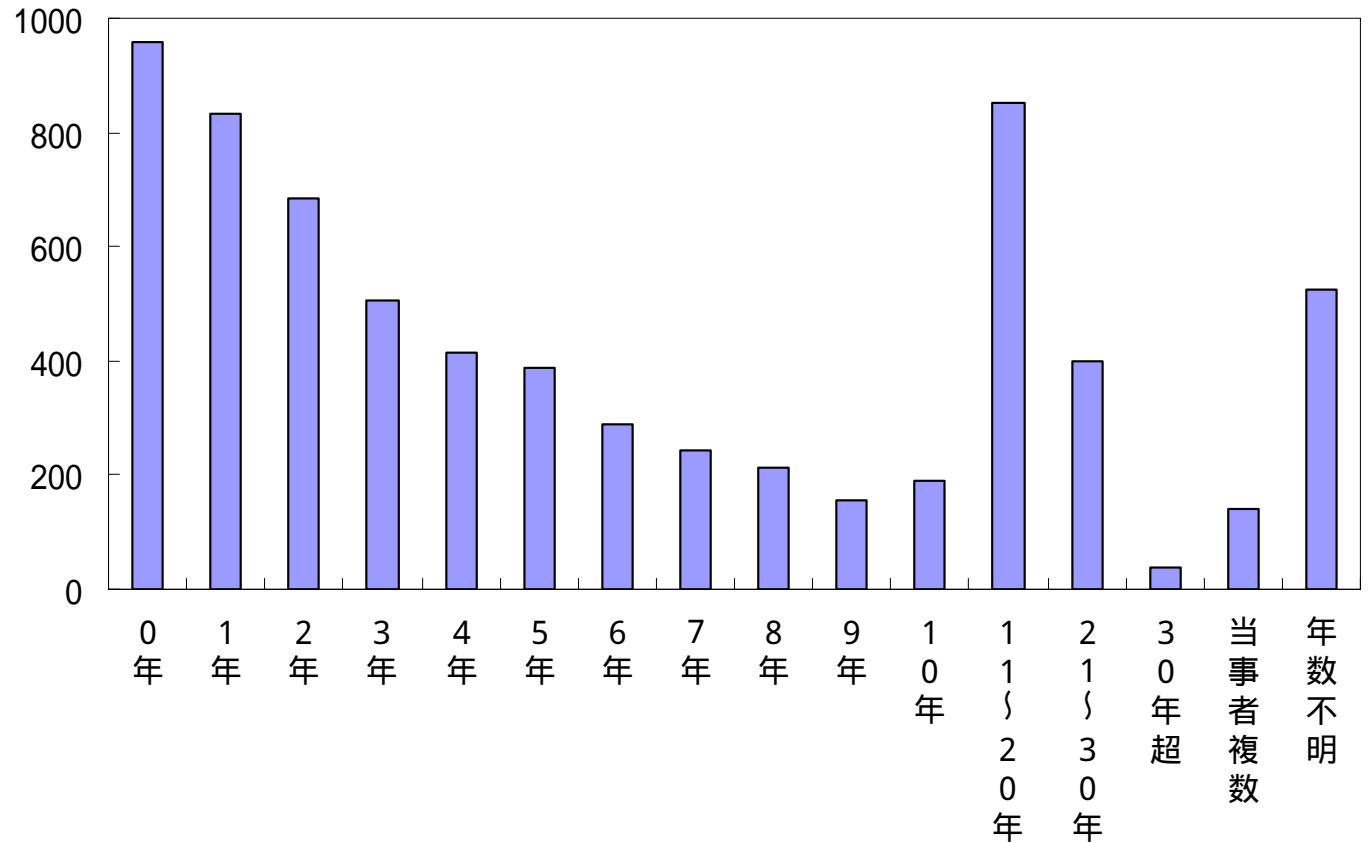


図3 - 11 . 部署配属年数 (ドレーン・チューブ)

当事者の部署配属年数	件数
0年	1791
1年	1286
2年	985
3年	617
4年	370
5年	250
6年	156
7年	124
8年	61
9年	40
10年	38
11～20年	89
21～30年	14
30年超	0
当事者複数	141
年数不明	874
合計	6836

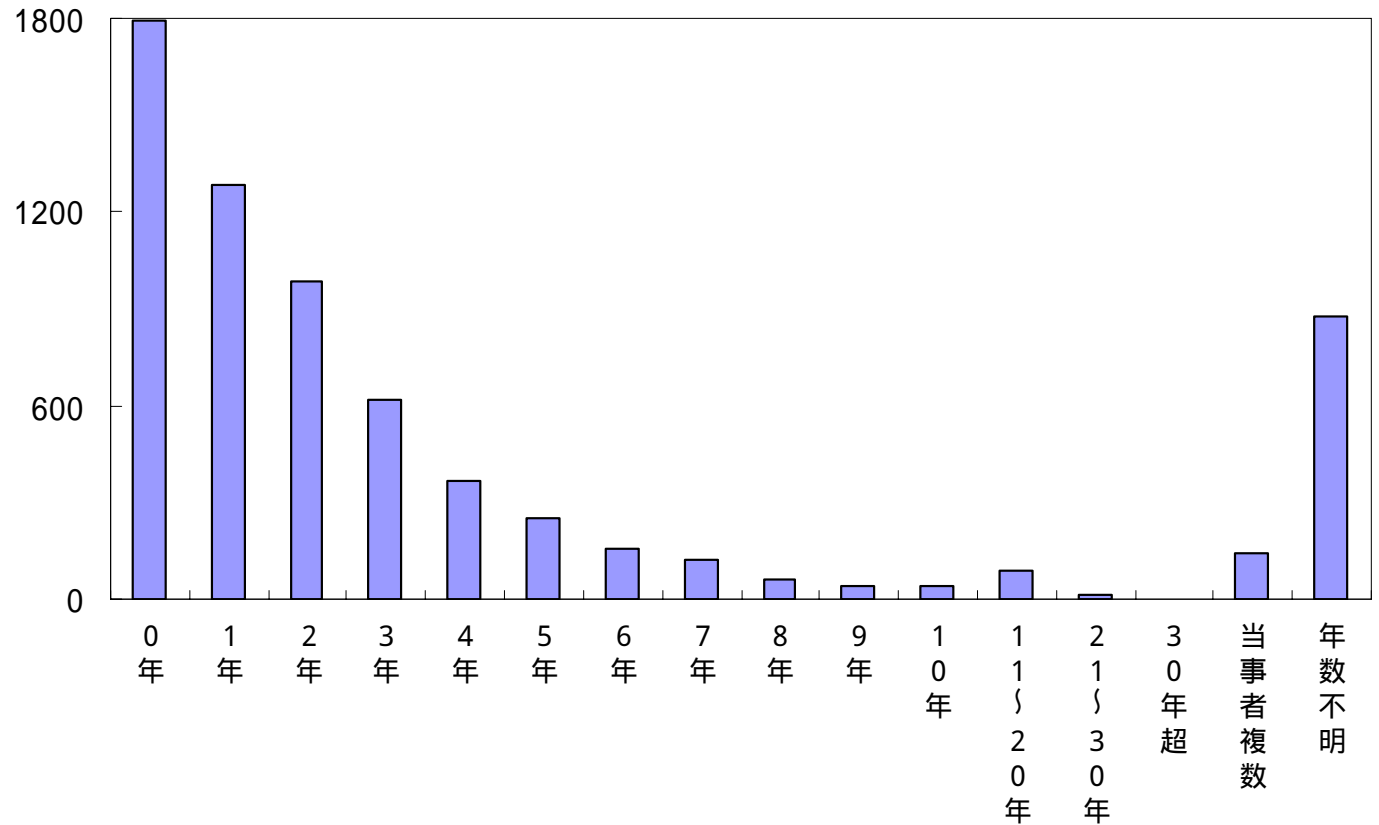


図3 - 12 . 発生要因(ドレーン・チューブ)

発生要因	件数
確認	2666
観察	4313
判断	1666
知識	285
技術(手技)	586
報告等	79
身体的条件	133
心理的条件	1033
システム	52
連携	341
記録等の記載	11
患者の外見(容姿・年齢)・姓名の類似	4
勤務状況	1601
環境	78
医療・歯科医療用具(機器)・器具・医療材料	165
薬剤	28
諸物品	74
施設・設備	8
教育・訓練	385
患者・家族への説明	990
その他	205
合計	14703

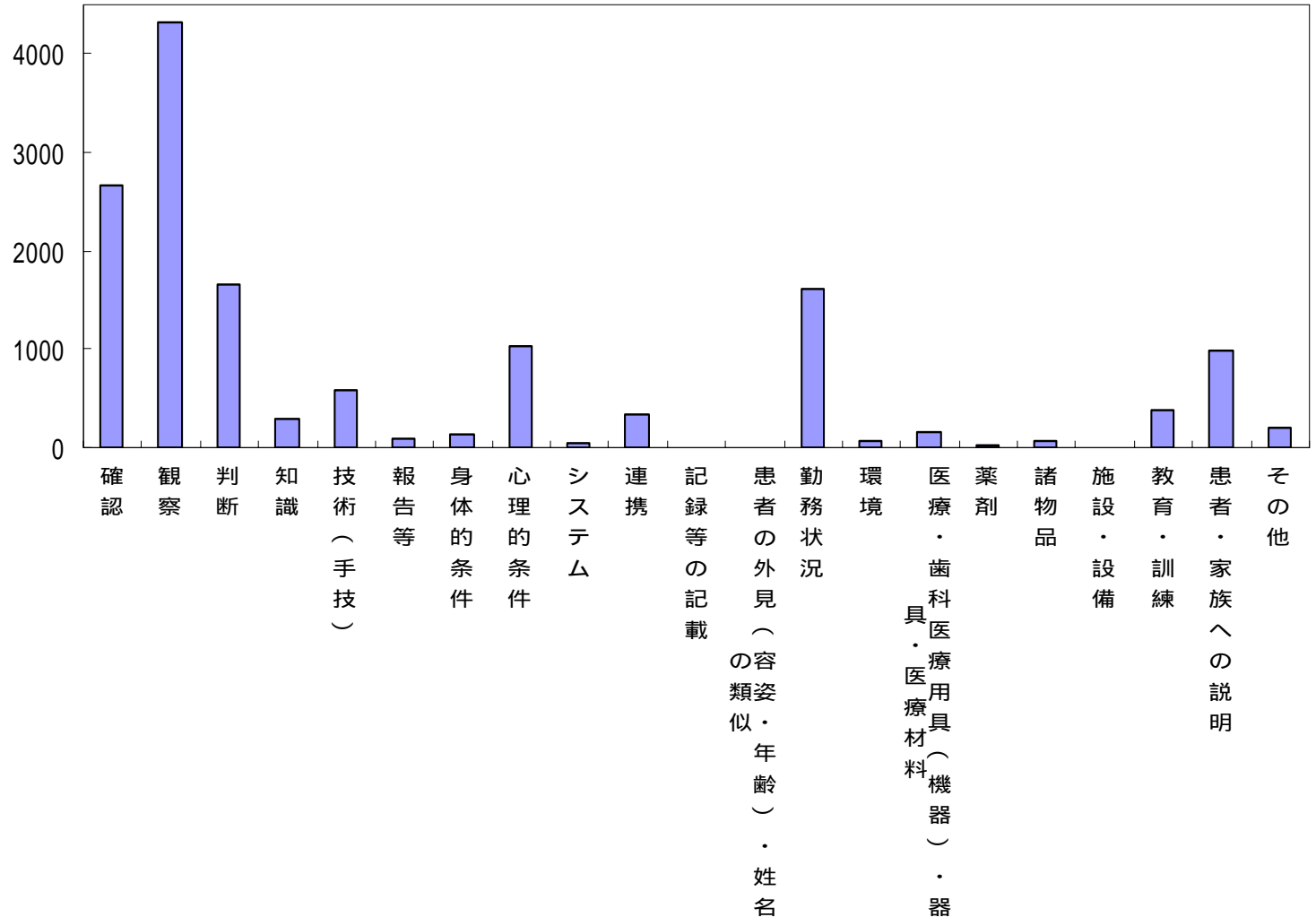


表3 - 1 . 発生要因・詳細 (ドレーン・チューブ)

発生要因	発生要因詳細	件数	
観察	観察が不十分であった	4259	
	その他	54	
確認	確認が不十分であった	2626	
	その他	40	
判断	判断に誤りがあった	1545	
	その他	121	
勤務状況	多忙であった	607	
	勤務の管理に不備	5	
	作業が中断した	29	
	当直だった	23	
	当直明けだった	3	
	夜勤だった	881	
	夜勤明けだった	29	
	その他	24	
	心理的条件	慌てていた	231
		イライラしていた	27
緊張していた		34	
他のことに気を取られていた		259	
思い込んでいた		239	
無意識だった		95	
	その他	148	

図3 - 13 . 影響度(ドレーン・チューブ)

影響度	件数
実施前発見:患者への影響は小さい(処置不要)	166
実施前発見:患者への影響は中等度(処置必要)	154
実施前発見:患者への影響は大きい(生命に影響しうる)	57
間違いが実施されたが、患者に影響がなかった	5696
不明	134
その他	629
合計	6836

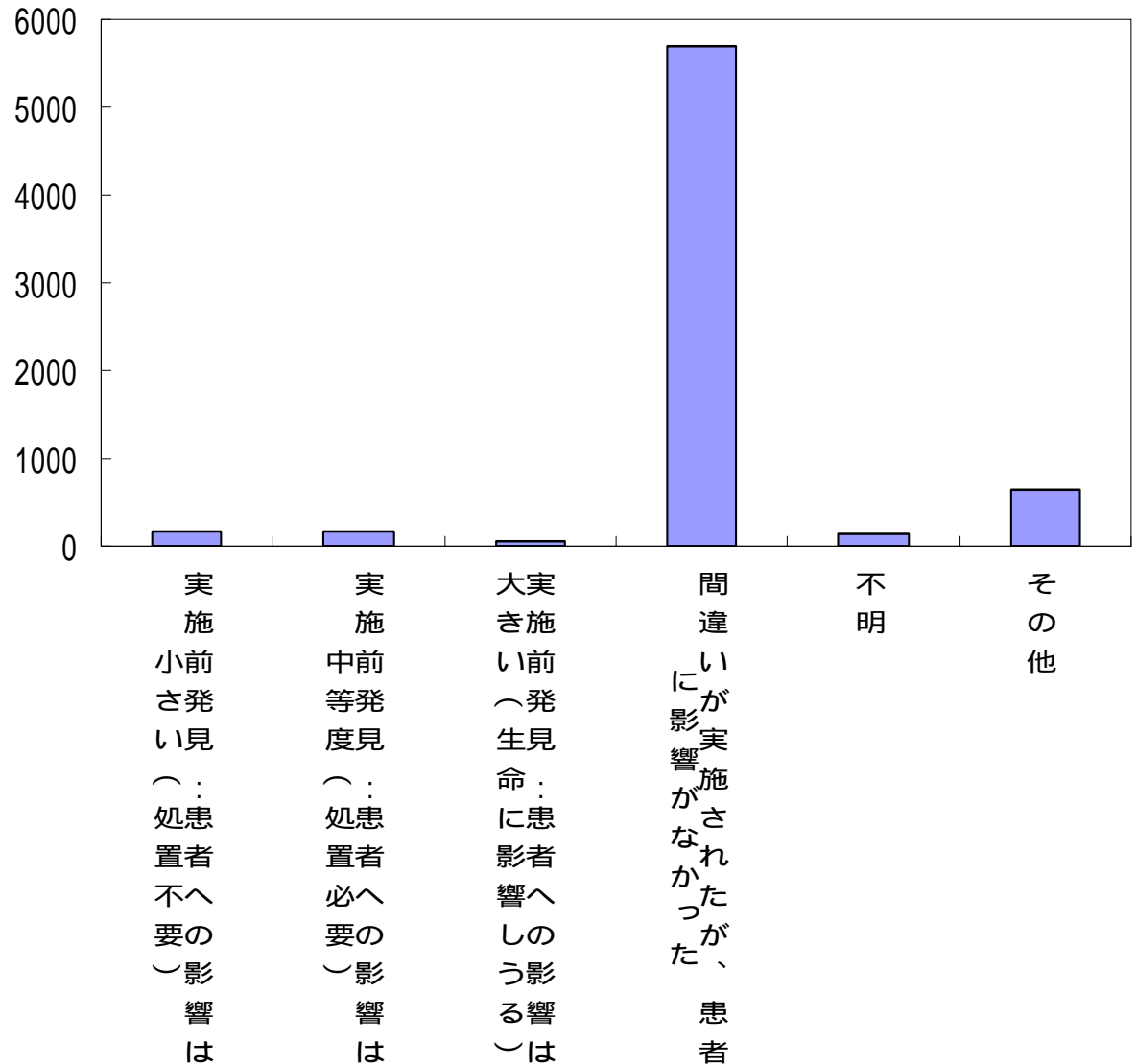


表3 - 2 . 当事者職種 × 発生要因(ドレーン・チューブ)

当事者職種 × 発生要因	確認	観察	判断	知識	技術(手技)	報告等	身体的条件	心理的条件	システム	連携	記録等の記載	患者の外見(容姿・年齢)・ 姓名の類似	勤務状況	環境	医療・歯科医療用具(機 器)・器具・医療材料	薬剤	諸物品	施設・設備	教育・訓練	患者・家族への説明	その他	合計
医師	44	28	22	8	11	1	5	11	2	7	0	0	10	1	5	0	3	0	5	5	0	168
歯科医師	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
助産師	17	20	3	1	3	0	0	10	0	1	0	0	11	2	1	0	0	0	1	2	0	72
看護師	2512	4159	1580	265	522	67	113	828	46	313	11	4	1343	74	149	28	70	8	356	838	198	13484
准看護師	32	41	17	6	9	1	1	9	1	5	0	0	15	0	3	0	2	0	6	8	1	157
看護助手	7	7	2	1	1	1	1	3	0	1	0	0	1	0	2	0	1	0	1	1	0	30
薬剤師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
管理栄養士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
栄養士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
調理師・調理従事者	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診療放射線技師	14	8	3	2	3	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	35
臨床検査技師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
衛生検査技師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
理学療法士(PT)	10	7	3	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	26
作業療法士(OT)	3	1	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
言語聴覚士(ST)	1	3	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
歯科衛生士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科技工士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
視能訓練士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
精神保健福祉士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臨床心理士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
社会福祉士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
介護福祉士	2	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	12
臨床工学技士	13	9	6	0	5	0	1	6	4	6	0	0	6	0	2	0	0	0	0	0	2	60
児童指導員・保育士	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
事務職員	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	20	34	10	0	2	2	0	1	0	0	0	0	2	0	6	0	0	0	9	7	2	95
その他	4	2	2	1	1	0	6	5	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	2	1	1	28
合計	2681	4321	1652	286	560	73	127	879	53	337	11	4	1393	78	169	28	78	8	382	863	206	14189

表3 - 3 . 発生場面 × 発生内容(ドレーン・チューブ)

発生場面 × 発生内容	点滴漏れ	自己抜去	自然抜去	接続はずれ	未接続	閉塞	破損・切断	接続間違い	三方活栓操作間違い	ルートクランプエラー	空気混入	ドレーンチューブ類のその他のエラー	左記コード以外	合計
中心静脈ライン	19	495	90	134	4	109	89	15	16	14	6	89	7	1087
末梢静脈ライン	136	1170	84	281	9	49	64	19	19	14	11	114	10	1980
動脈ライン	3	79	20	15	0	7	6	1	2	0	1	19	0	153
気管チューブ	0	205	37	5	1	1	6	0	0	0	0	34	1	290
気管カニューレ	0	120	50	11	1	2	7	1	0	0	0	32	1	225
栄養チューブ(NG・ED)	2	1133	132	56	3	37	11	4	9	8	0	52	9	1456
尿道カテーテル	0	258	34	17	2	15	20	1	1	2	0	26	3	379
胸腔ドレーン	1	14	24	34	0	2	4	1	0	4	0	26	0	110
腹腔ドレーン	0	24	21	3	1	0	4	2	0	5	0	12	0	72
脳室・脳槽ドレーン	0	11	4	4	0	2	4	0	1	24	0	24	0	74
皮下持続吸引ドレーン	0	16	2	11	0	1	1	1	0	8	0	2	0	42
硬膜外カテーテル	0	44	50	43	0	3	17	2	3	4	0	10	0	176
血液浄化用カテーテル・回路	1	27	9	18	1	4	3	9	0	15	2	16	2	107
三方活栓	3	2	2	43	2	4	4	1	23	2	0	3	0	89
その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する場面	10	280	80	52	2	18	35	6	6	14	0	90	3	596
合計	175	3878	639	727	26	254	275	63	80	114	20	549	36	6836

ヒヤリ・ハット事例収集 第14回集計

全般コード化情報 医療機器の使用・管理 (単純集計・クロス集計)

図4 - 1 . 発生月 (医療機器)

発生月	件数
1月	0
2月	0
3月	0
4月	0
5月	0
6月	0
7月	0
8月	0
9月	0
10月	467
11月	460
12月	374
月不明	19
合計	1320

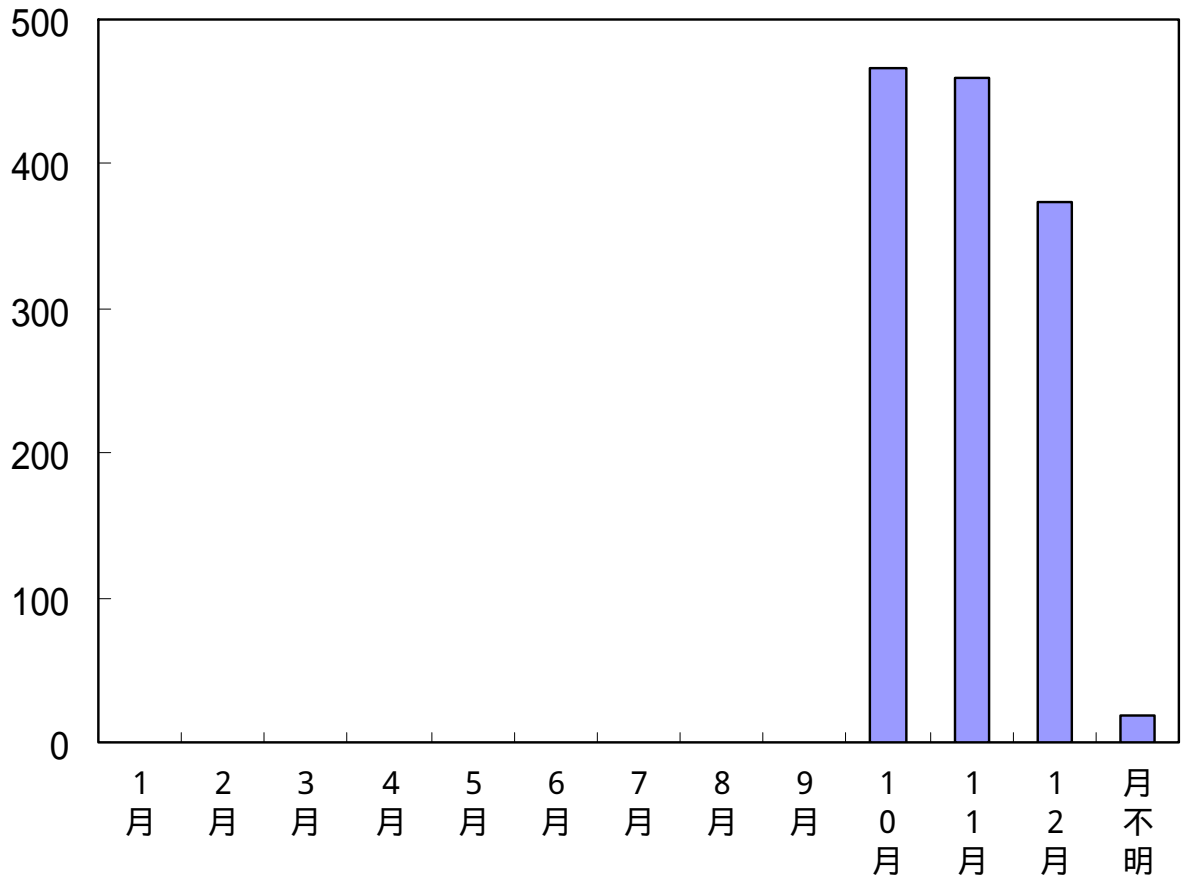


図4 - 2 . 発生曜日 (医療機器)

曜日	平日	祝祭日	不明
月曜日	188	2	1
火曜日	185	3	3
水曜日	187	16	2
木曜日	195	4	5
金曜日	217	4	1
土曜日	89	62	2
日曜日	2	128	0
曜日不明	3	0	21
合計	1066	219	35

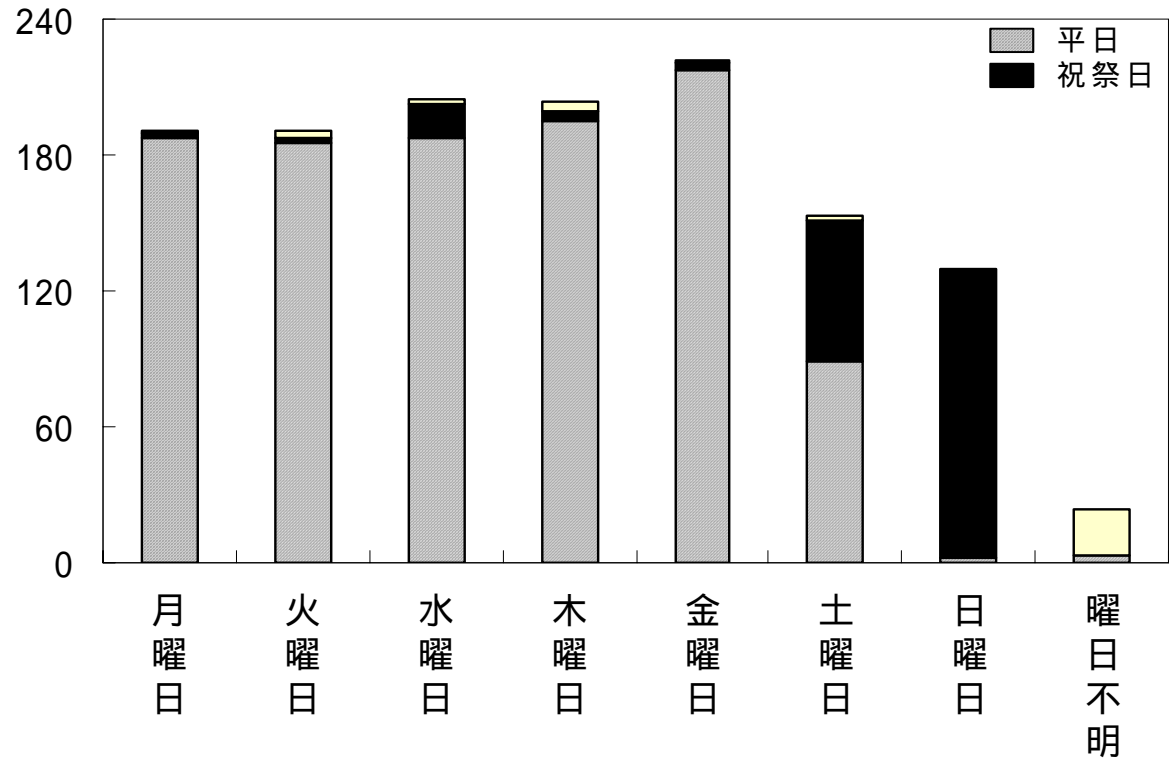


図4 - 3 . 発生時間帯 (医療機器)

発生時間帯	件数
0 ~ 1 時台	57
2 ~ 3 時台	33
4 ~ 5 時台	33
6 ~ 7 時台	50
8 ~ 9 時台	188
1 0 ~ 1 1 時台	189
1 2 ~ 1 3 時台	129
1 4 ~ 1 5 時台	173
1 6 ~ 1 7 時台	163
1 8 ~ 1 9 時台	76
2 0 ~ 2 1 時台	77
2 2 ~ 2 3 時台	57
時間帯不明	95
合計	1320

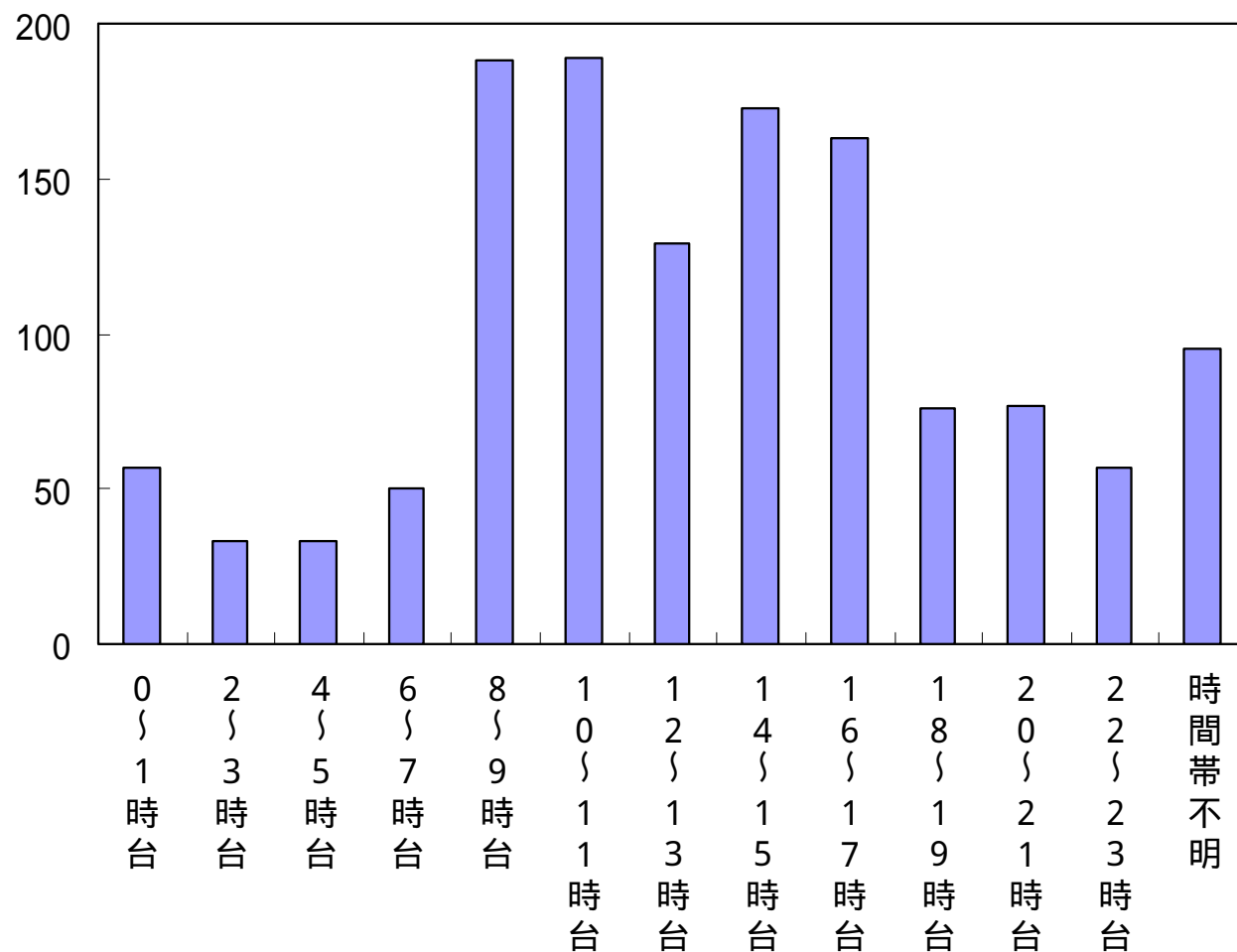


図4 - 4 . 発生場所 (医療機器)

発生場所	件数
外来診察室	9
外来待合室	0
外来その他の場所	13
救急処置室	15
ナースステーション	32
病室	643
処置室	12
浴室	2
病棟のその他の場所	22
手術室	125
分娩室	3
ICU	102
CCU	19
NICU	51
その他の集中治療室	15
検査室	2
機能訓練室	8
IVR治療室	0
放射線撮影室・検査室	17
核医学検査室	3
放射線治療室	2
透析室	165
薬局・輸血部	2
栄養管理室・調理室	0
トイレ	5
廊下	5
階段	0
不明	3
その他の場所 (院内)	44
その他の場所 (院外)	1
合計	1320

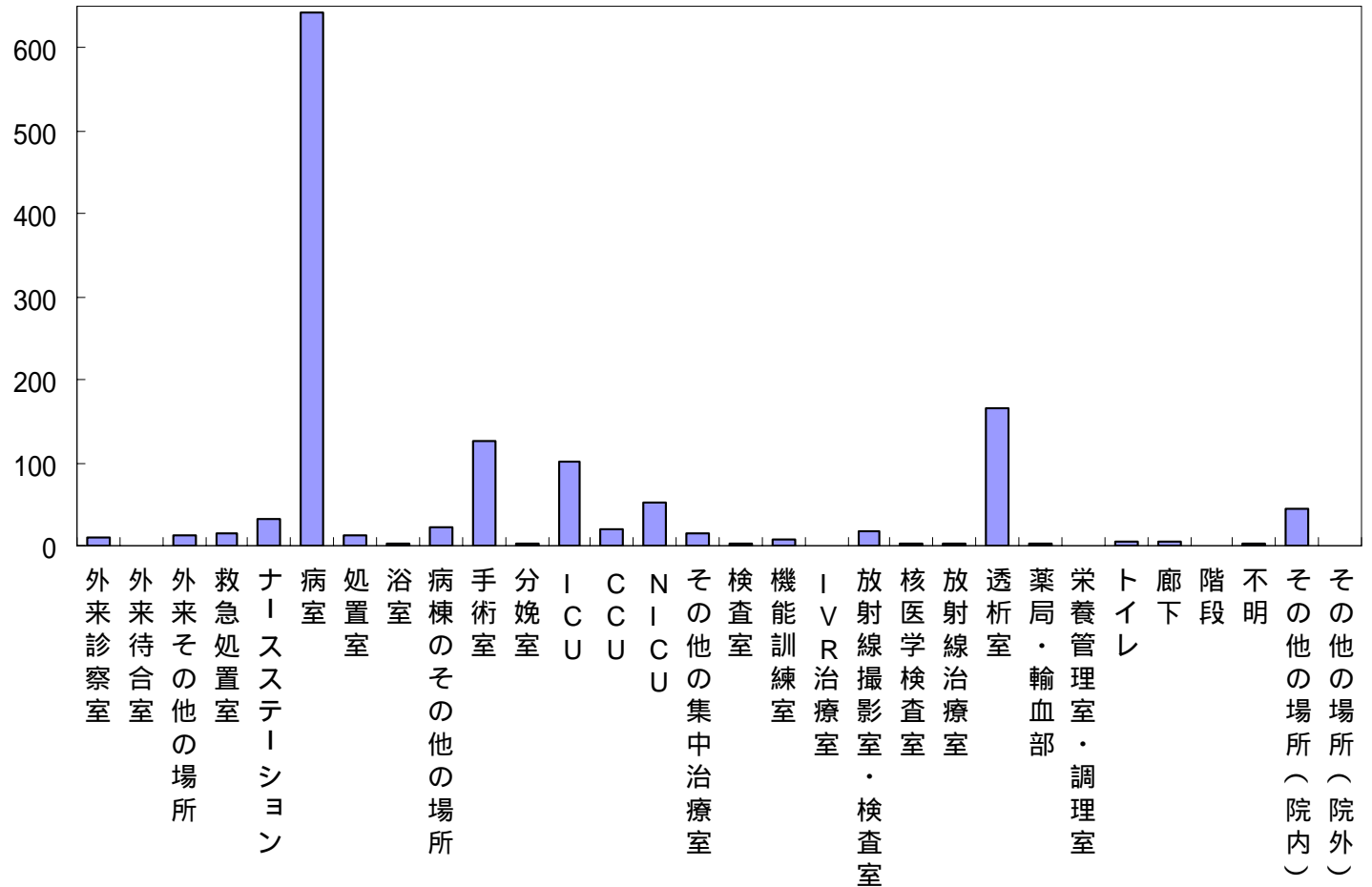


図4 - 5 . 患者の性別 (医療機器)

性別	件数
男性	679
女性	491
患者複数	17
特定できない	133
合計	1320

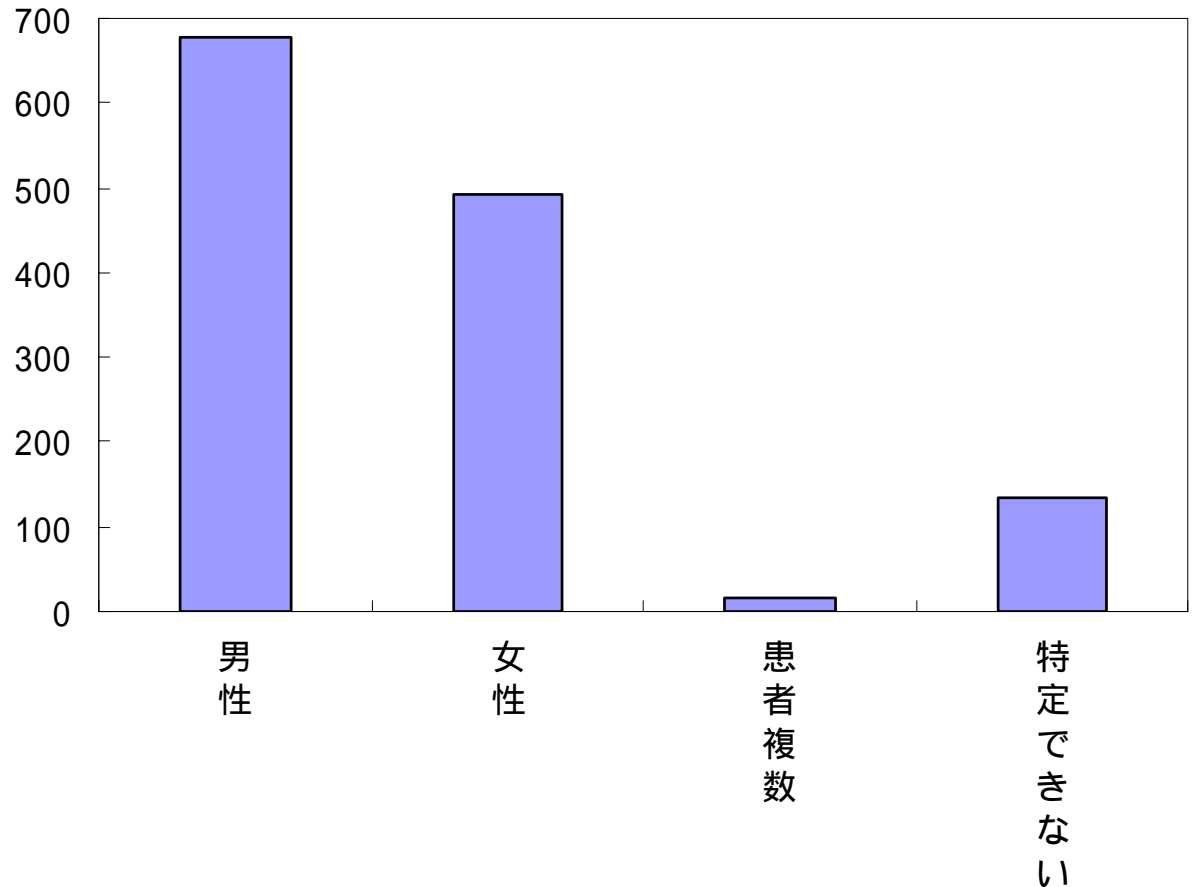


図4 - 6 . 患者の年齢 (医療機器)

年齢	件数
0 ~ 10 歳	170
11 ~ 20 歳	30
21 ~ 30 歳	49
31 ~ 40 歳	54
41 ~ 50 歳	72
51 ~ 60 歳	147
61 ~ 70 歳	223
71 ~ 80 歳	236
81 ~ 90 歳	95
91 ~ 100 歳	16
101 ~ 110 歳	0
111 ~ 120 歳	0
121 ~ 130 歳	0
131 ~ 140 歳	0
141 ~ 150 歳	0
患者複数	17
特定できない・不明	211
合計	1320

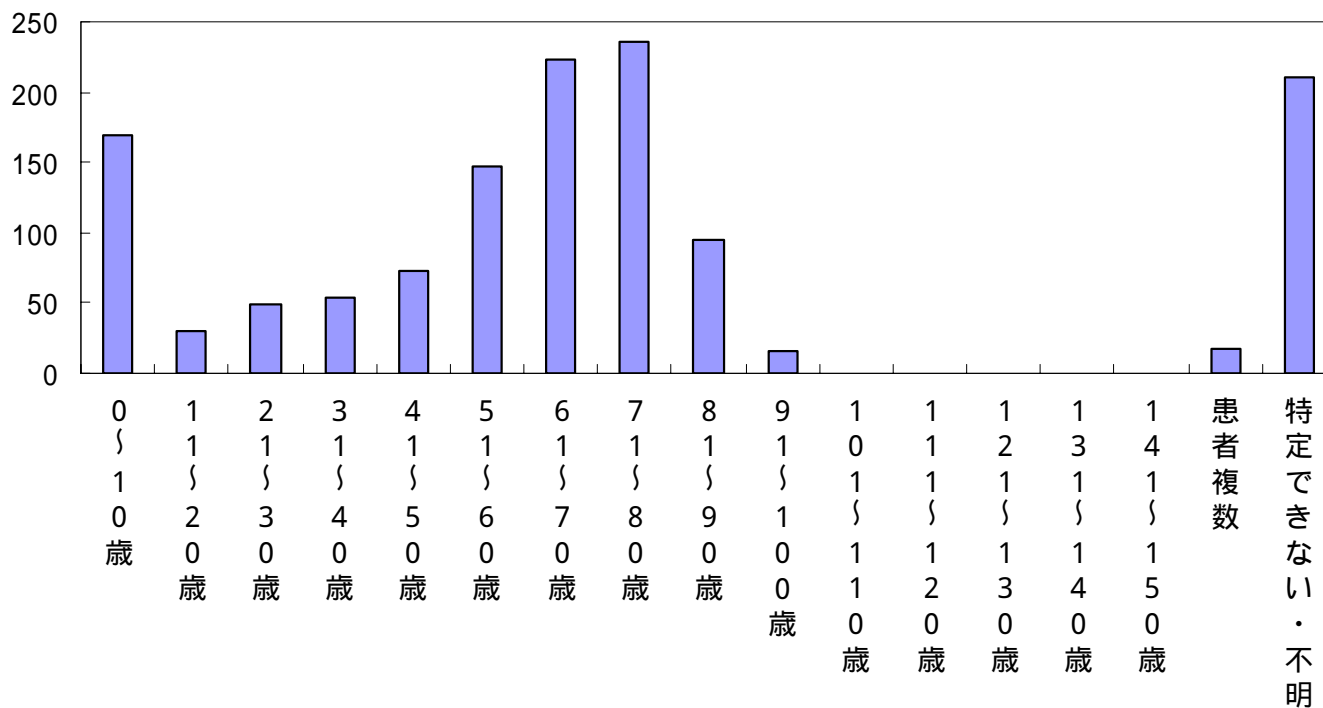


図4 - 7 . 患者の心身状態 (医療機器)

患者の心身状態	件数
意識障害	129
視覚障害	15
聴覚障害	13
構音障害	22
精神障害	17
痴呆・健忘	22
上肢障害	107
下肢障害	132
歩行障害	133
床上安静	240
睡眠中	22
せん妄状態	15
薬剤の影響下	70
麻酔中・麻酔前後	93
障害なし	267
不明	343
その他	159
合計	1799

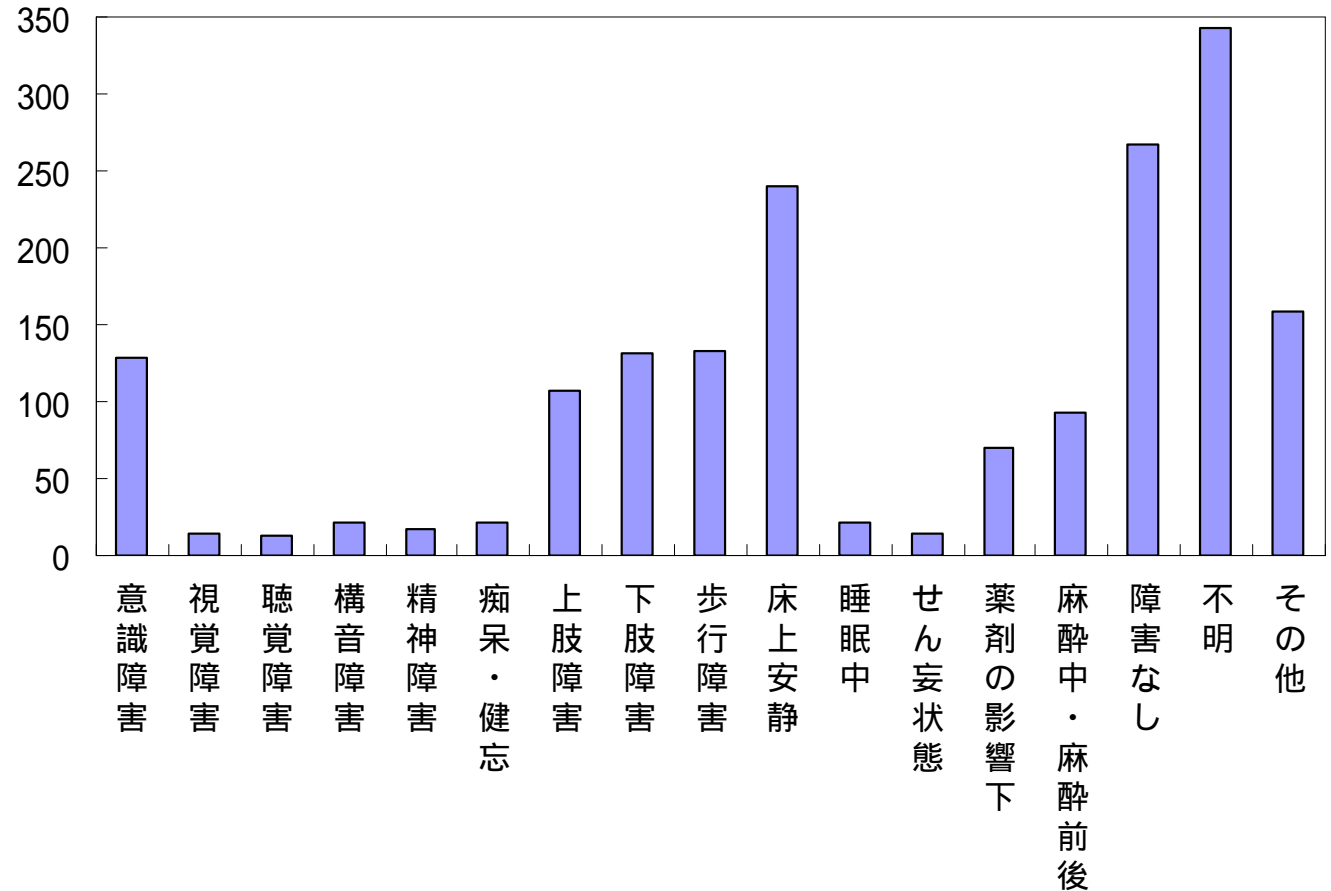


図4 - 8 . 発見者 (医療機器)

発見者	件数
当事者本人	593
同職種者	516
他職種者	130
患者本人	17
家族・付き添い	26
他患者	1
不明	19
その他	18
合計	1320

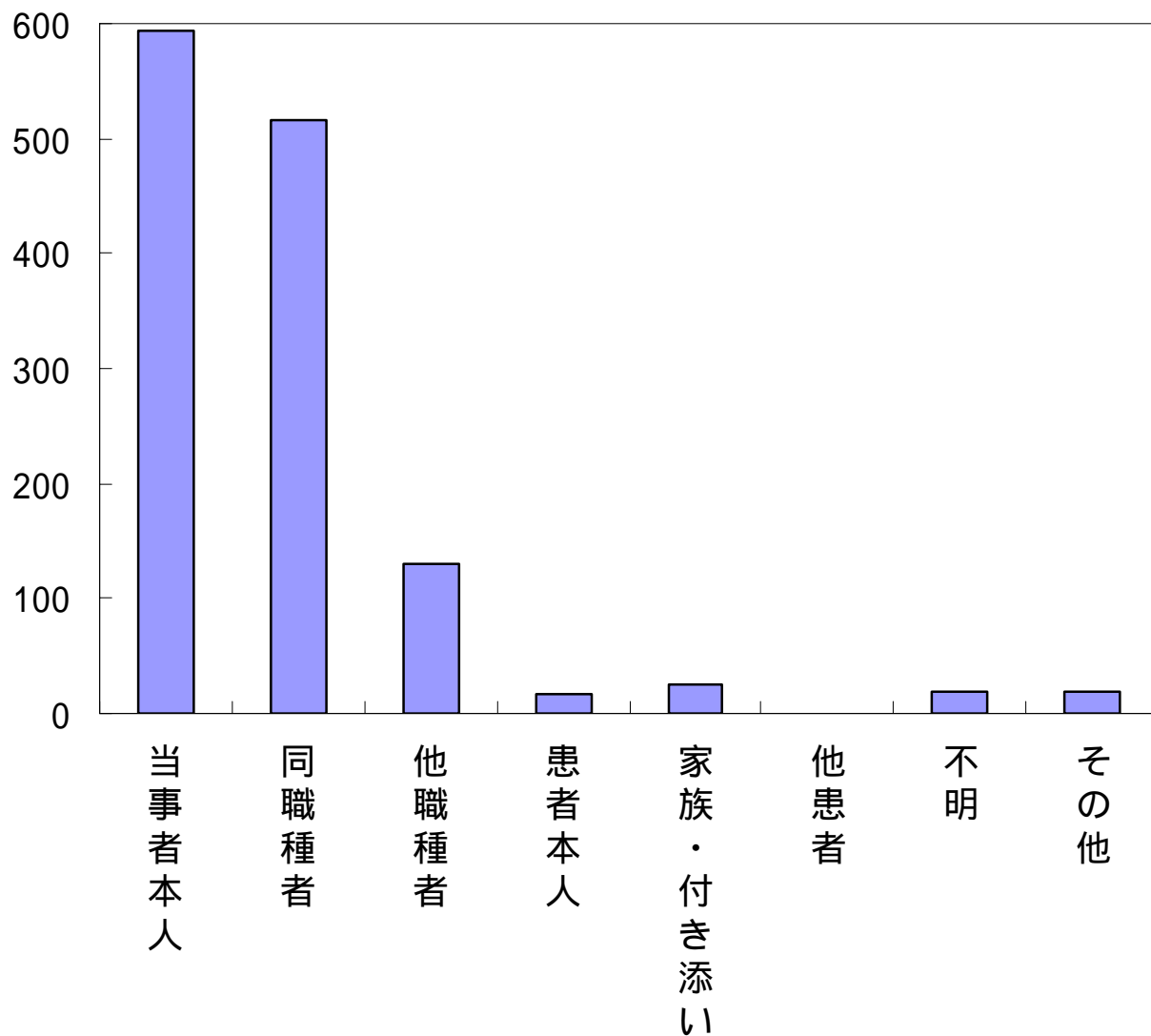


図4 - 9 . 当事者の職種 (医療機器)

当事者の職種	件数
医師	56
歯科医師	0
助産師	12
看護師	1091
准看護師	31
看護助手	14
薬剤師	2
管理栄養士	0
栄養士	0
調理師・調理従事者	0
診療放射線技師	12
臨床検査技師	8
衛生検査技師	0
理学療法士 (PT)	5
作業療法士 (OT)	2
言語聴覚士 (ST)	0
歯科衛生士	1
歯科技工士	0
視能訓練士	0
精神保健福祉士	0
臨床心理士	0
社会福祉士	0
介護福祉士	1
臨床工学技士	88
児童指導員・保育士	0
事務職員	3
不明	46
その他	5
合計	1377

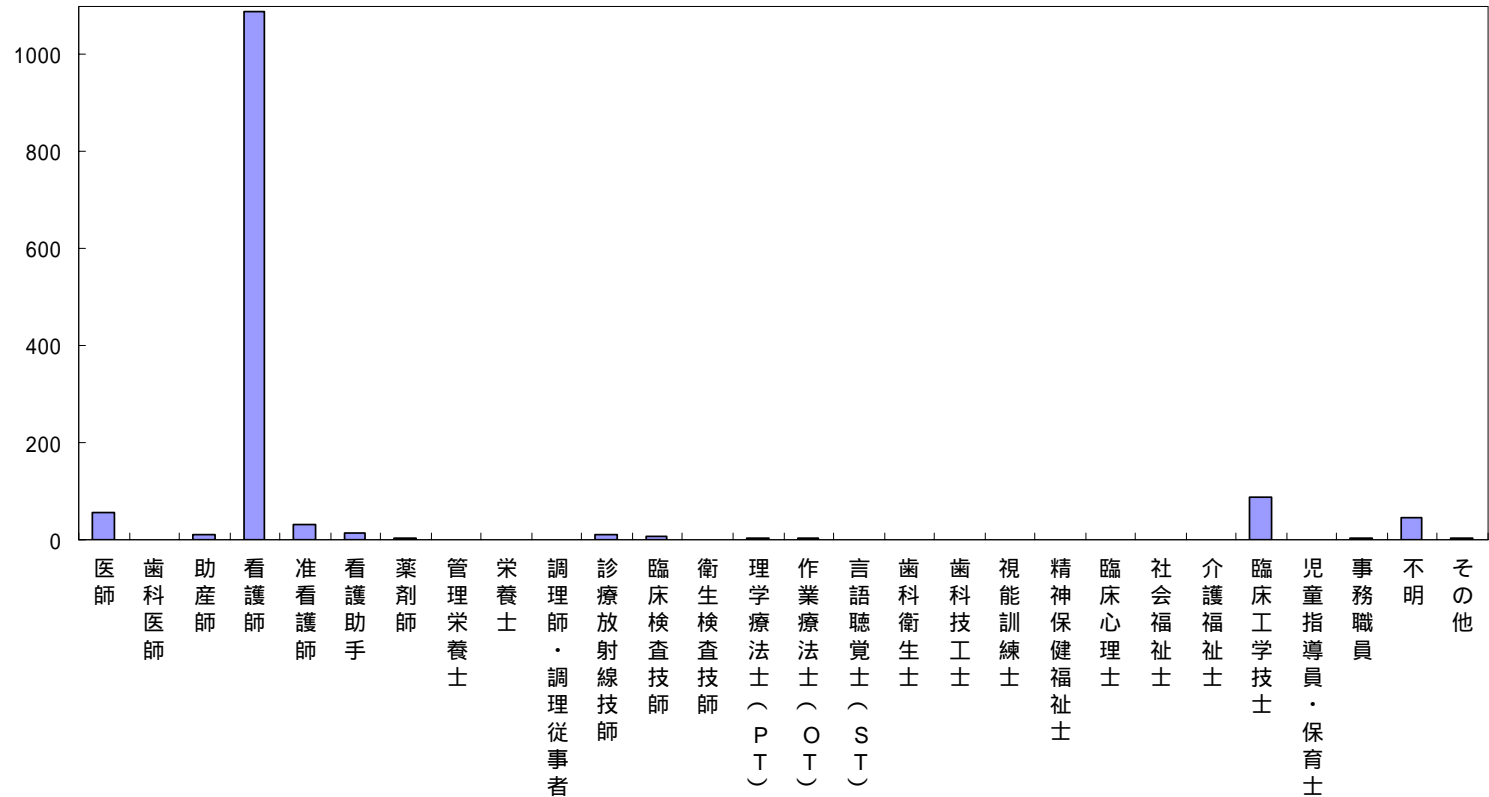


図4 - 10 . 職種経験年数 (医療機器)

当事者の職種経験年数	件数
0年	160
1年	131
2年	73
3年	80
4年	48
5年	62
6年	43
7年	47
8年	31
9年	28
10年	49
11～20年	179
21～30年	88
30年超	13
当事者複数	85
年数不明	203
合計	1320

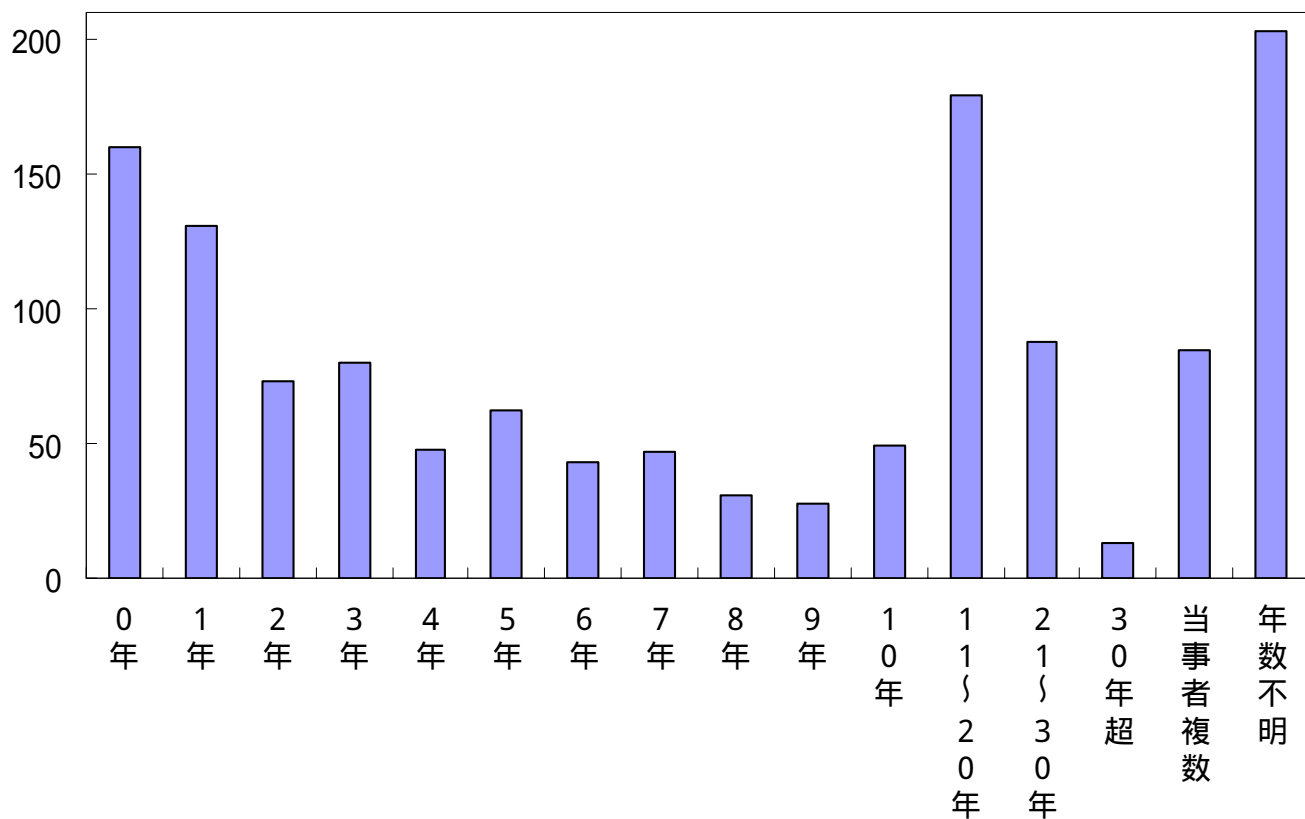


図4 - 11 . 部署配属年数 (医療機器)

当事者の部署配属年数	件数
0年	312
1年	212
2年	124
3年	91
4年	56
5年	39
6年	27
7年	18
8年	14
9年	6
10年	7
11～20年	36
21～30年	7
30年超	3
当事者複数	85
年数不明	283
合計	1320

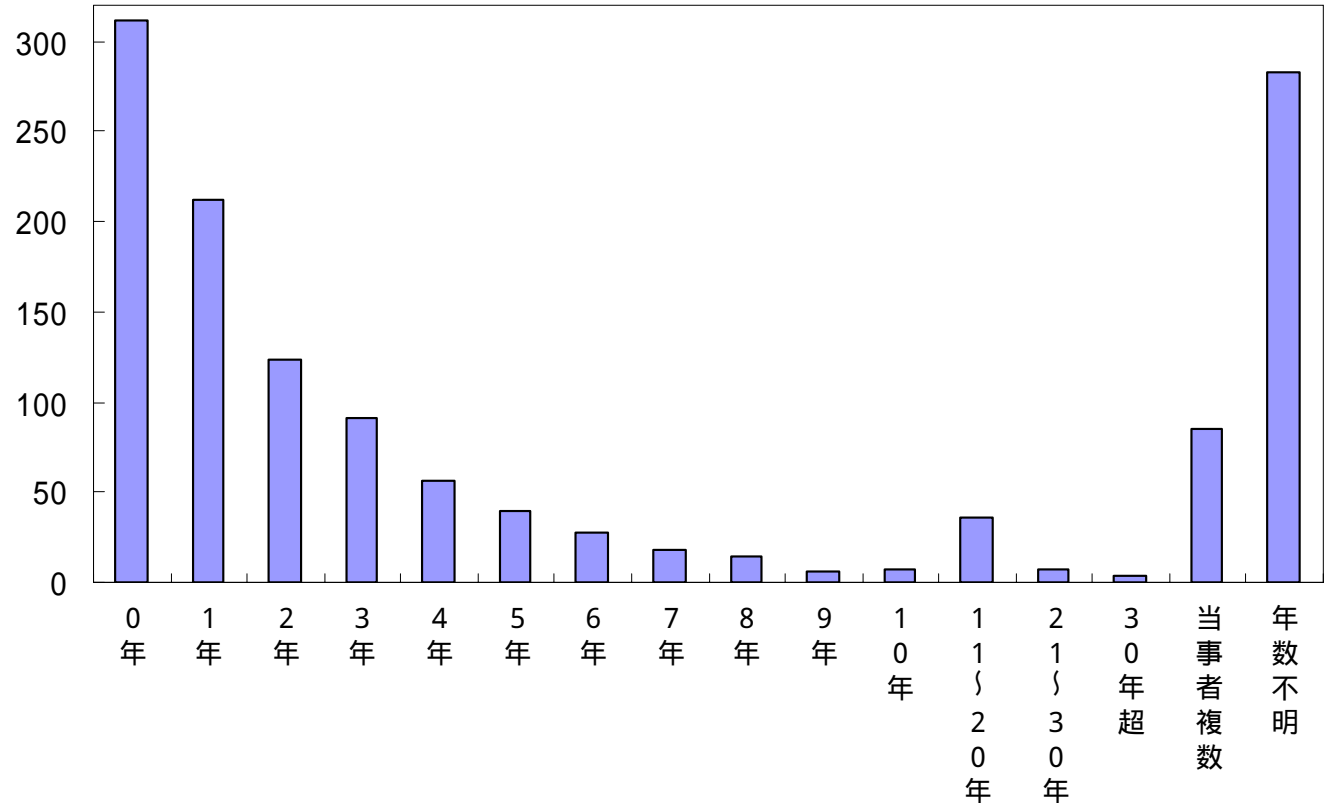


図4 - 12 . 発生要因 (医療機器)

発生要因	件数
確認	950
観察	313
判断	161
知識	145
技術（手技）	123
報告等	36
身体的状況	30
心理的状況	379
システム	53
連携	115
記録等の記載	7
患者の外見（容貌・年齢）・姓名の類似	0
勤務状況	192
環境	16
医療・歯科医療用具（機器）・器具・医療材料	263
薬剤	5
諸物品	34
施設・設備	4
教育・訓練	98
患者・家族への説明	24
その他	54
合計	3002

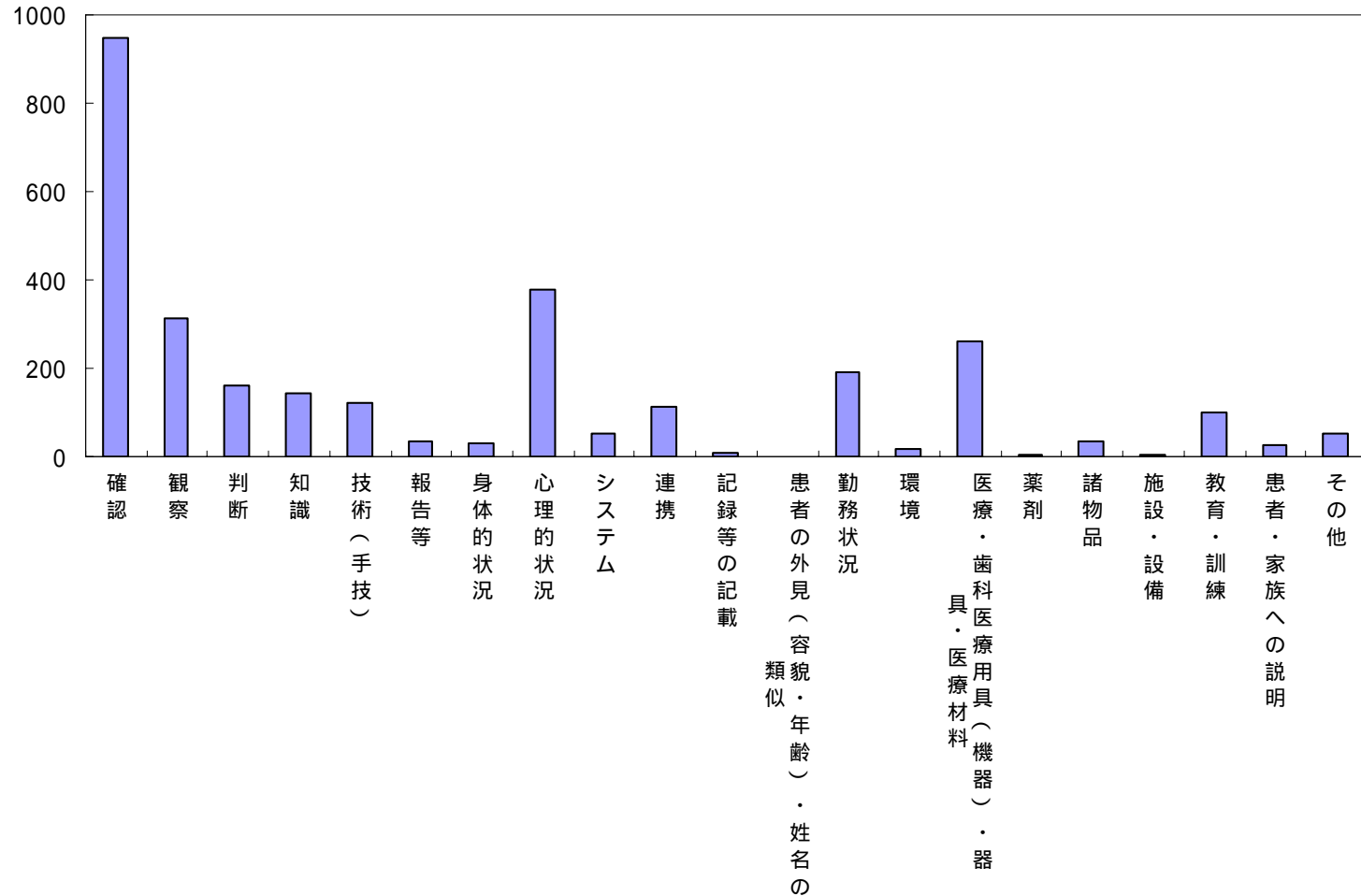


表4 - 1 . 発生要因・詳細 (医療機器)

発生要因	発生要因詳細	件数	
確認	確認が不十分であった	942	
	その他	8	
心理的状況	慌てていた	98	
	イライラしていた	5	
	緊張していた	10	
	他のことに気を取られていた	71	
	思い込んでいた	129	
	無意識だった	51	
	その他	15	
	医療・歯科医療用具(機器)・器具・医療材料	欠陥品・不良品だった	38
	故障していた	35	
	複数の規格が存在した	7	
	扱いにくかった	12	
	配置が悪かった	14	
	数が不足していた	2	
	管理が不十分だった	85	
	機器誤作動	29	
	その他	41	
	観察	観察が不十分であった	311
		その他	2
勤務状況	多忙であった	101	
	勤務の管理に不備	2	
	作業が中断した	12	
	当直だった	3	
	当直明けだった	2	
	夜勤だった	64	
	夜勤明けだった	4	
	その他	4	

図4 - 13 . 影響度 (医療機器)

影響度	件数
実施前発見：患者への影響は小さい（処置不要）	119
実施前発見：患者への影響は中等度（処置必要）	54
実施前発見：患者への影響は大きい（生命に影響しうる）	38
間違いが実施されたが、患者に影響がなかった	955
不明	64
その他	90
合計	1320

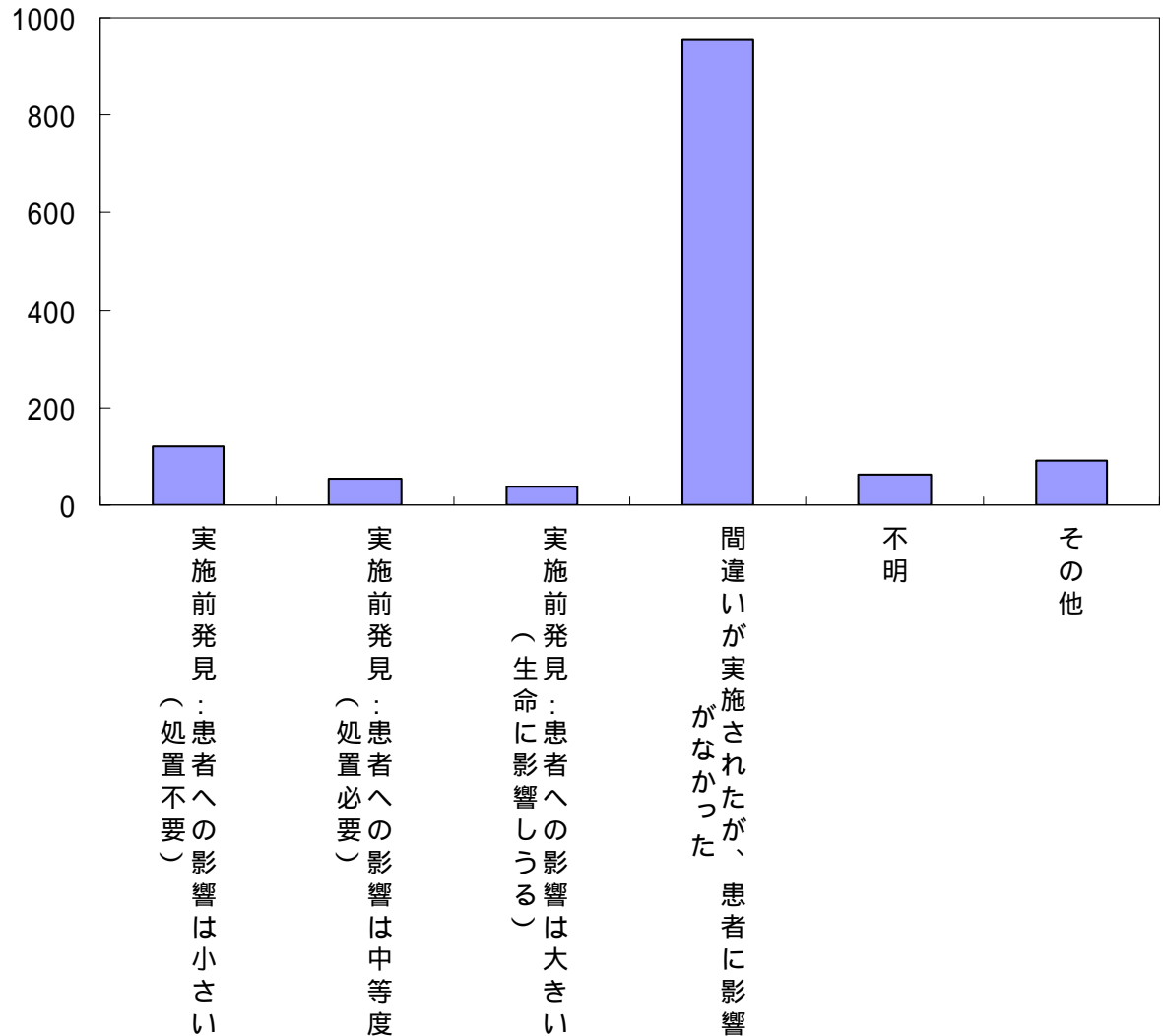


表4 - 2 . 当事者職種 × 発生要因 (医療機器)

当事者職種 × 発生要因	確認	観察	判断	知識	技術(手技)	報告等	身体的条件	心理的条件	システム	連携	記録等の記載	患者の外見(容姿・年齢)・姓名の類似	勤務状況	環境	医療・歯科医療用具(機器)・器具・医療材料	薬剤	諸物品	施設・設備	教育・訓練	患者・家族への説明	その他	合計
医師	30	9	7	7	3	6	3	11	4	7	0	0	6	2	20	1	5	1	7	3	5	137
歯科医師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
助産師	9	3	4	2	1	0	1	3	1	0	0	0	4	0	2	0	2	0	1	0	0	33
看護師	817	260	128	128	95	28	21	279	35	96	7	0	148	15	198	4	27	2	79	20	38	2425
准看護師	21	11	7	4	10	1	0	13	5	7	0	0	6	0	2	0	1	0	4	0	2	94
看護助手	10	2	2	0	6	0	0	4	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	29
薬剤師	2	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6
管理栄養士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
栄養士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
調理師・調理従事者	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診療放射線技師	8	1	2	1	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	21
臨床検査技師	4	2	2	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	14
衛生検査技師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
理学療法士(PT)	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	8
作業療法士(OT)	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	5
言語聴覚士(ST)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科衛生士	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
歯科技工士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
視能訓練士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
精神保健福祉士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臨床心理士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
社会福祉士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
介護福祉士	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	8
臨床工学技士	41	21	11	5	4	2	1	14	5	3	0	0	3	0	38	0	1	0	2	0	8	159
児童指導員・保育士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事務職員	3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
不明	19	9	0	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	10	0	0	0	4	0	14	61
その他	3	1	1	1	1	2	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	15
合計	973	322	164	150	125	39	30	331	54	119	7	0	172	18	280	5	37	3	100	23	69	3021

表4 - 3 . 発生場面 × 発生内容 (医療機器)

発生場面 × 発生内容	組立	条件設定間違い	設定忘れ・電源入れ忘れ	その他の誤操作	医療・歯科医療用具（機器）の不適切使用	医療・歯科医療用具（機器）の誤作動	医療・歯科医療用具（機器）の故障	医療・歯科医療用具（機器）の修理ミス	医療・歯科医療用具（機器）の破損	医療・歯科医療用具（機器）の点検管理ミス	その他の医療・歯科医療用具（機器）の使用・管理エラー	左記コード以外	合計
人工呼吸器	19	38	38	9	27	14	9	1	41	38	43	0	277
酸素療法機器	12	24	18	10	17	2	5	0	1	19	13	6	127
麻酔器	1	2	2	0	1	1	0	0	0	1	3	0	11
人工心肺	0	0	0	1	0	1	1	0	2	1	0	0	6
除細動器	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	4
IABP	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	4
ペースメーカー	0	4	1	0	0	0	0	0	0	3	2	2	12
輸液・輸注ポンプ	8	81	48	35	46	15	4	0	3	13	32	3	288
血液浄化用機器	7	50	33	17	10	5	11	0	5	10	28	0	176
インキュベーター	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
内視鏡	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	4	0	9
低圧持続吸引機	1	4	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	9
心電図・血圧モニター	0	4	5	6	3	0	4	0	3	2	15	0	42
パルスオキシメーター	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	5	1	8
その他の医療用具(機器)の使用・管理に関する場面	6	20	38	18	33	1	14	1	24	42	125	21	343
合計	55	229	187	99	139	39	50	2	80	132	275	33	1320

ヒヤリ・ハット事例収集 第14回集計

全般コード化情報

輸血(単純集計・クロス集計)

図5 - 1 . 発生月 (輸血)

発生月	件数
1月	0
2月	0
3月	0
4月	0
5月	0
6月	0
7月	0
8月	0
9月	0
10月	107
11月	101
12月	82
月不明	0
合計	290

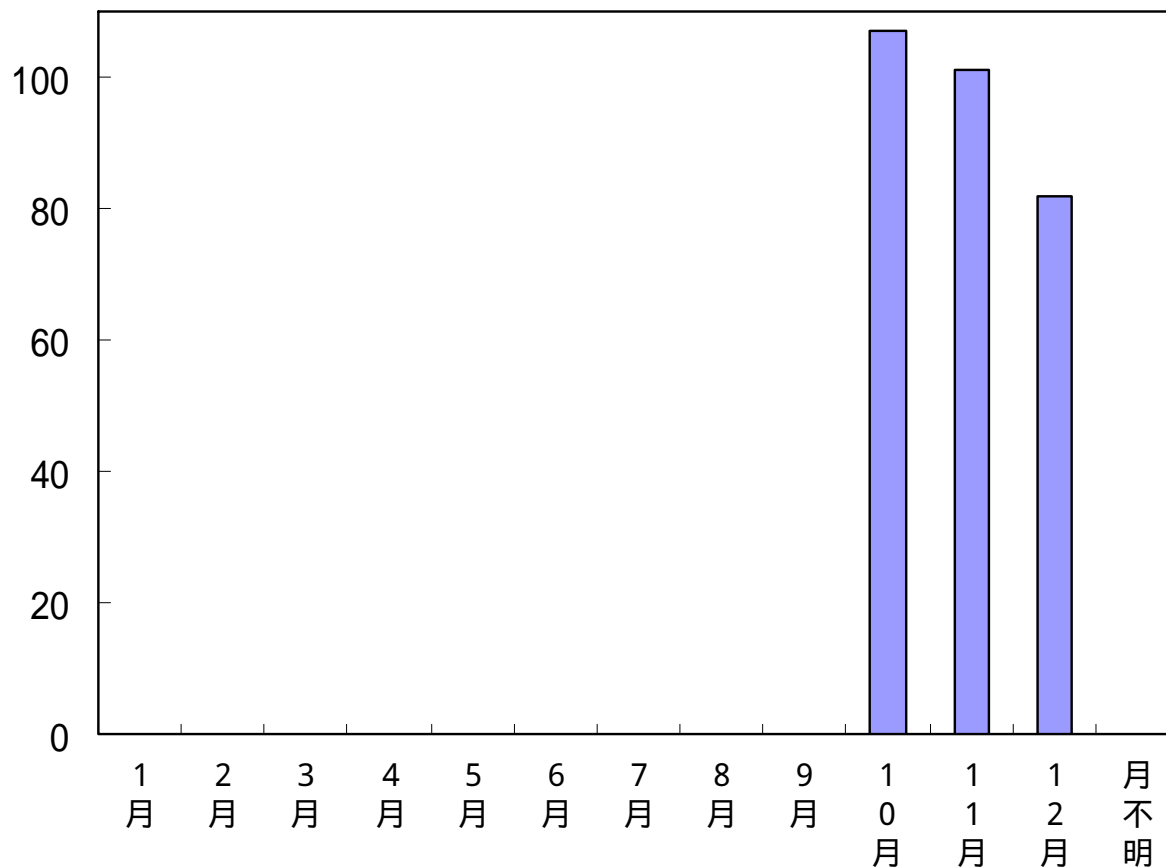


図5 - 2 . 発生曜日 (輸血)

曜日	平日	祝祭日	不明
月曜日	50	2	0
火曜日	36	5	1
水曜日	37	2	1
木曜日	35	2	2
金曜日	63	1	2
土曜日	19	9	0
日曜日	2	21	0
曜日不明	0	0	0
合計	242	42	6

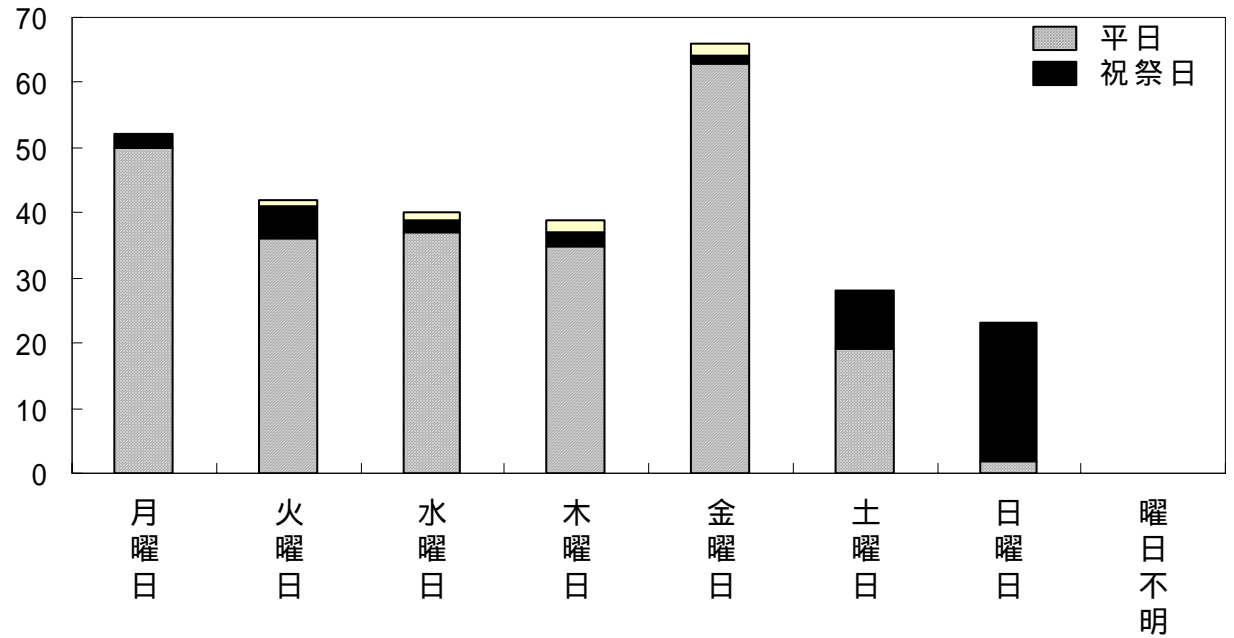


図5 - 3 . 発生時間帯 (輸血)

発生時間帯	件数
0 ~ 1 時台	5
2 ~ 3 時台	8
4 ~ 5 時台	3
6 ~ 7 時台	1
8 ~ 9 時台	23
1 0 ~ 1 1 時台	43
1 2 ~ 1 3 時台	35
1 4 ~ 1 5 時台	54
1 6 ~ 1 7 時台	37
1 8 ~ 1 9 時台	26
2 0 ~ 2 1 時台	29
2 2 ~ 2 3 時台	8
時間帯不明	18
合計	290

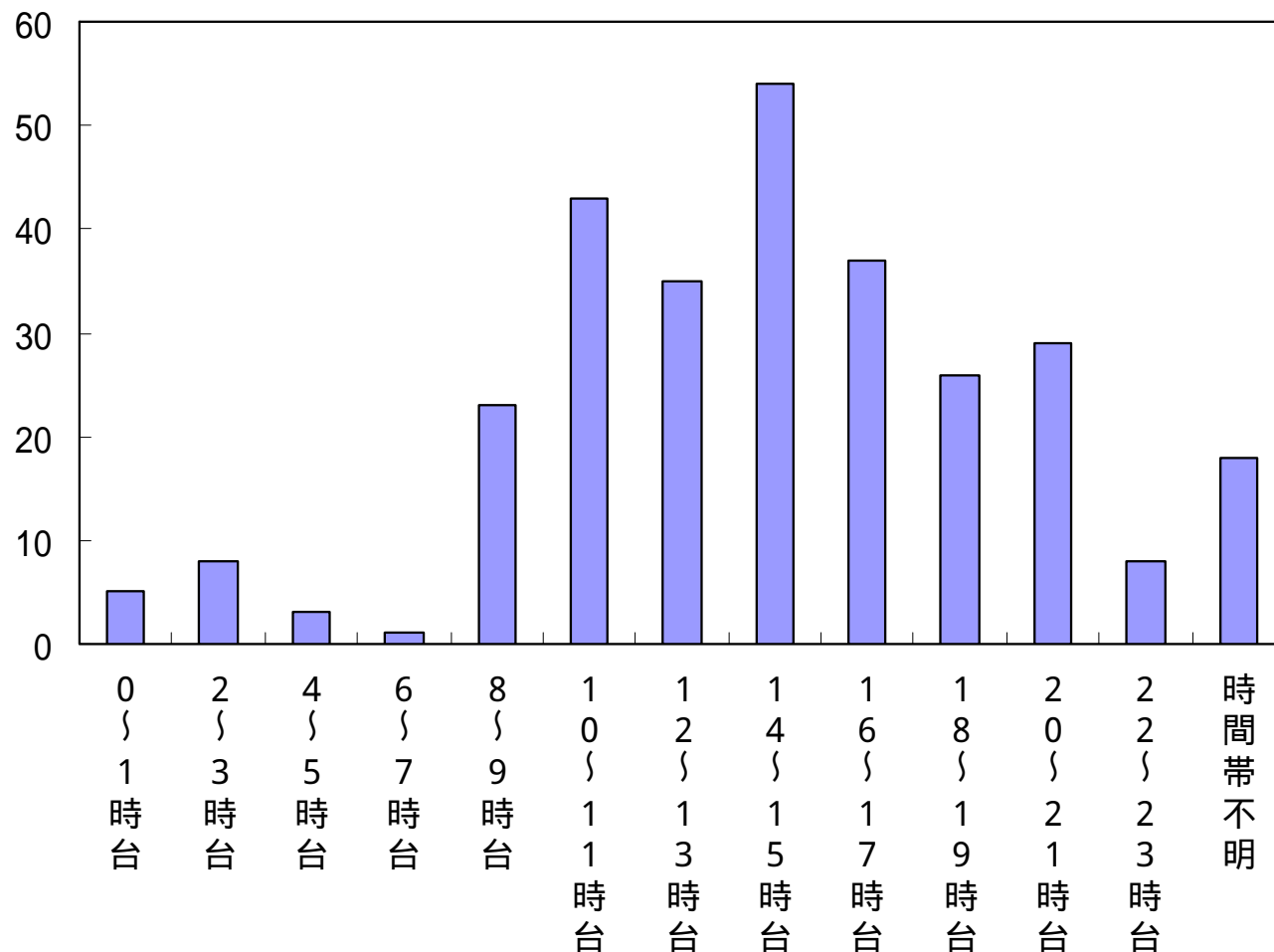


図5 - 4 . 発生場所(輸血)

発生場所	件数
外来診察室	2
外来待合室	1
外来その他の場所	3
救急処置室	5
ナースステーション	48
病室	83
処置室	10
浴室	0
病棟のその他の場所	7
手術室	21
分娩室	0
ICU	23
CCU	4
NICU	9
その他の集中治療室	3
検査室	28
機能訓練室	0
IVR治療室	0
放射線撮影室・検査室	2
核医学検査室	0
放射線治療室	0
透析室	5
薬局・輸血部	28
栄養管理室・調理室	0
トイレ	0
廊下	0
階段	0
不明	3
その他の場所(院内)	4
その他の場所(院外)	1
合計	290

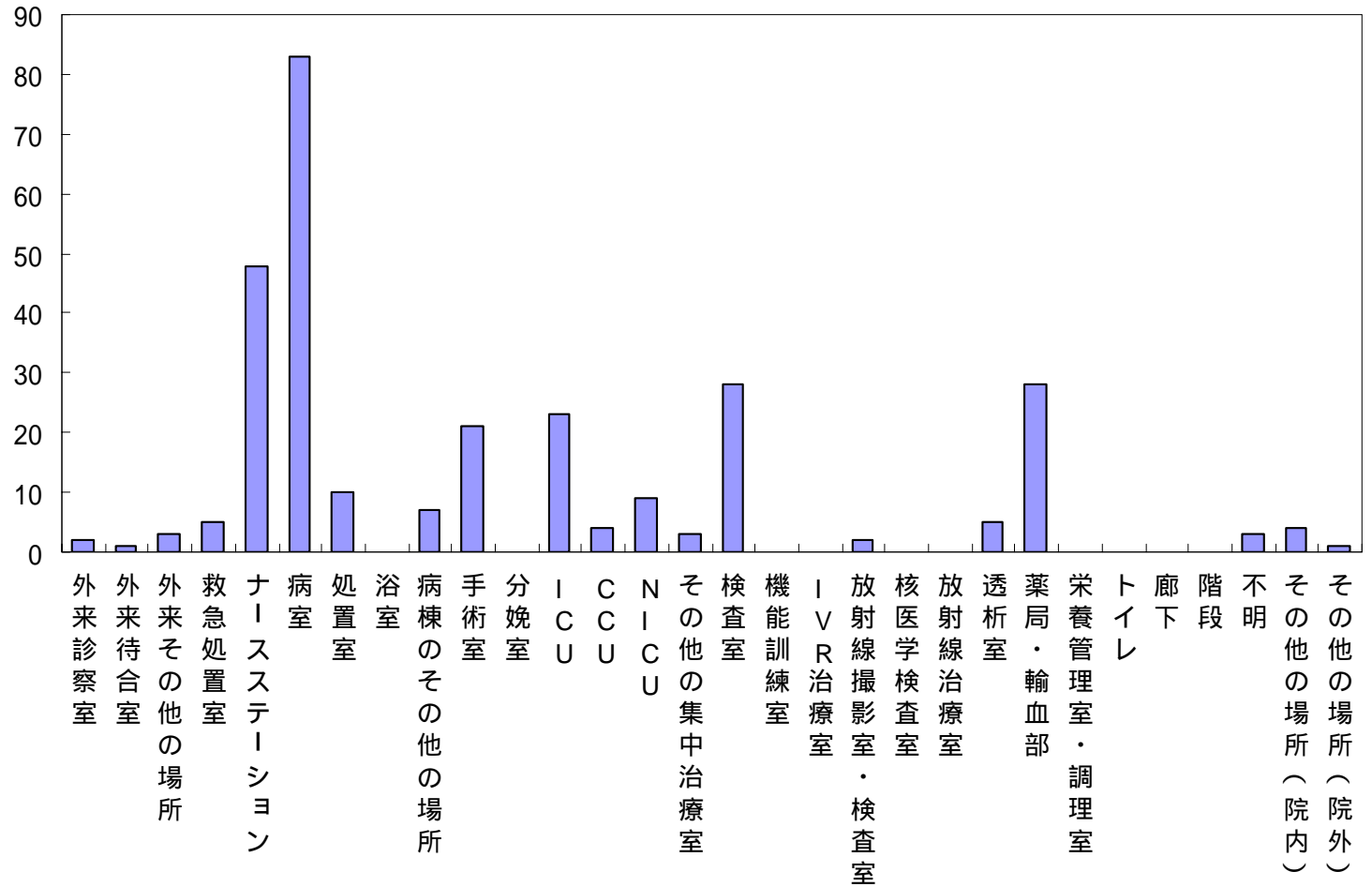


図5 - 5 . 患者の性別 (輸血)

性別	件数
男性	144
女性	118
患者複数	4
特定できない	24
合計	290

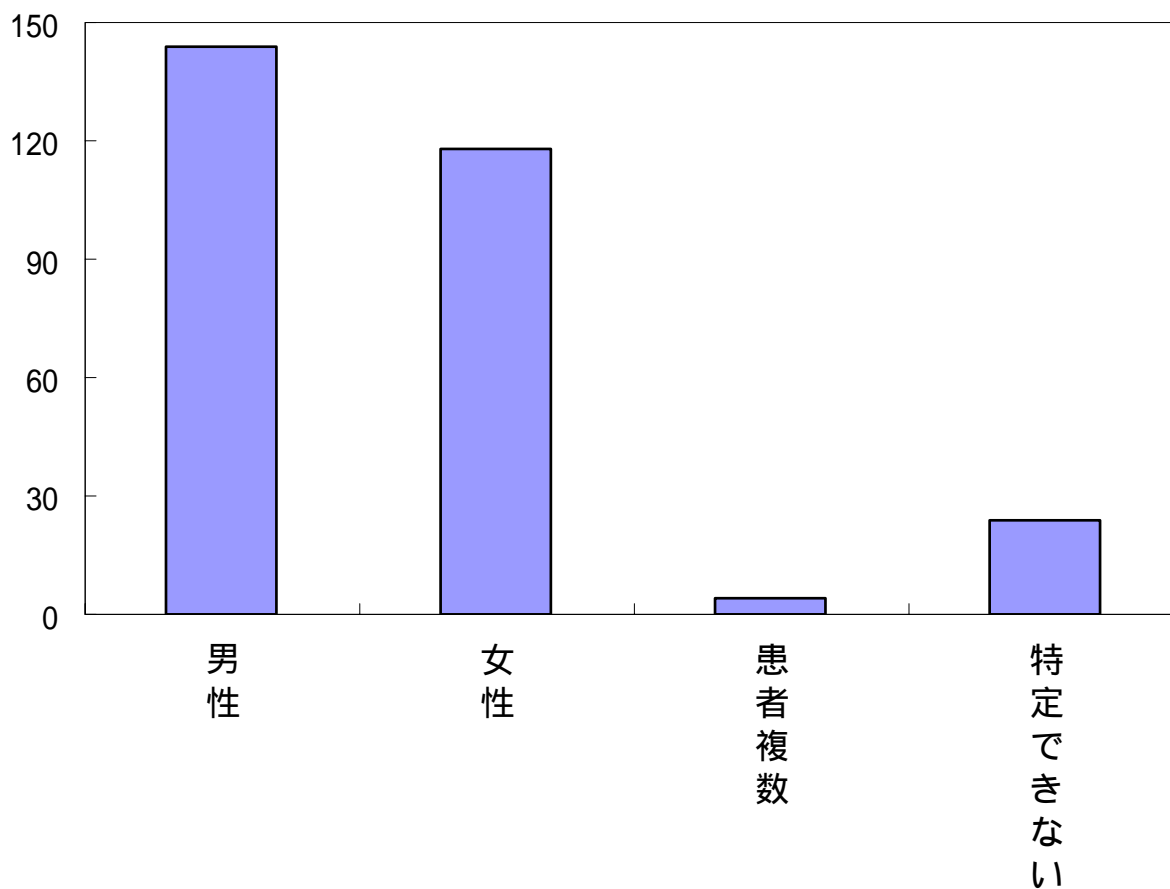


図5 - 6 . 患者の年齢 (輸血)

年齢	件数
0 ~ 10 歳	22
11 ~ 20 歳	8
21 ~ 30 歳	8
31 ~ 40 歳	13
41 ~ 50 歳	17
51 ~ 60 歳	32
61 ~ 70 歳	47
71 ~ 80 歳	74
81 ~ 90 歳	20
91 ~ 100 歳	4
101 ~ 110 歳	0
111 ~ 120 歳	0
121 ~ 130 歳	0
131 ~ 140 歳	0
141 ~ 150 歳	0
患者複数	4
特定できない・不明	41
合計	290

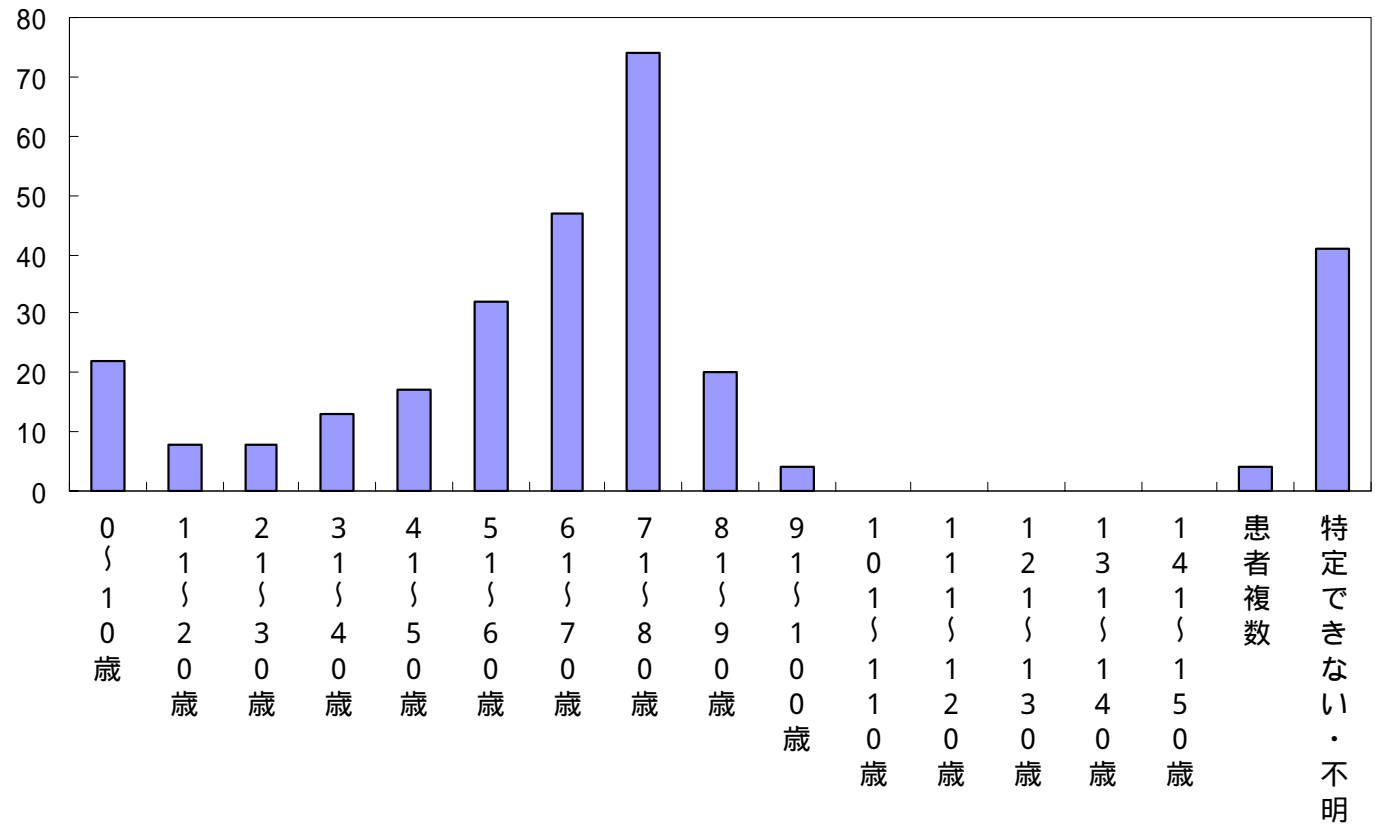


図5 - 7 . 患者の心身状態 (輸血)

患者の心身状態	件数
意識障害	24
視覚障害	4
聴覚障害	0
構音障害	0
精神障害	2
痴呆・健忘	9
上肢障害	2
下肢障害	7
歩行障害	7
床上安静	55
睡眠中	3
せん妄状態	3
薬剤の影響下	9
麻酔中・麻酔前後	16
障害なし	69
不明	107
その他	20
合計	337

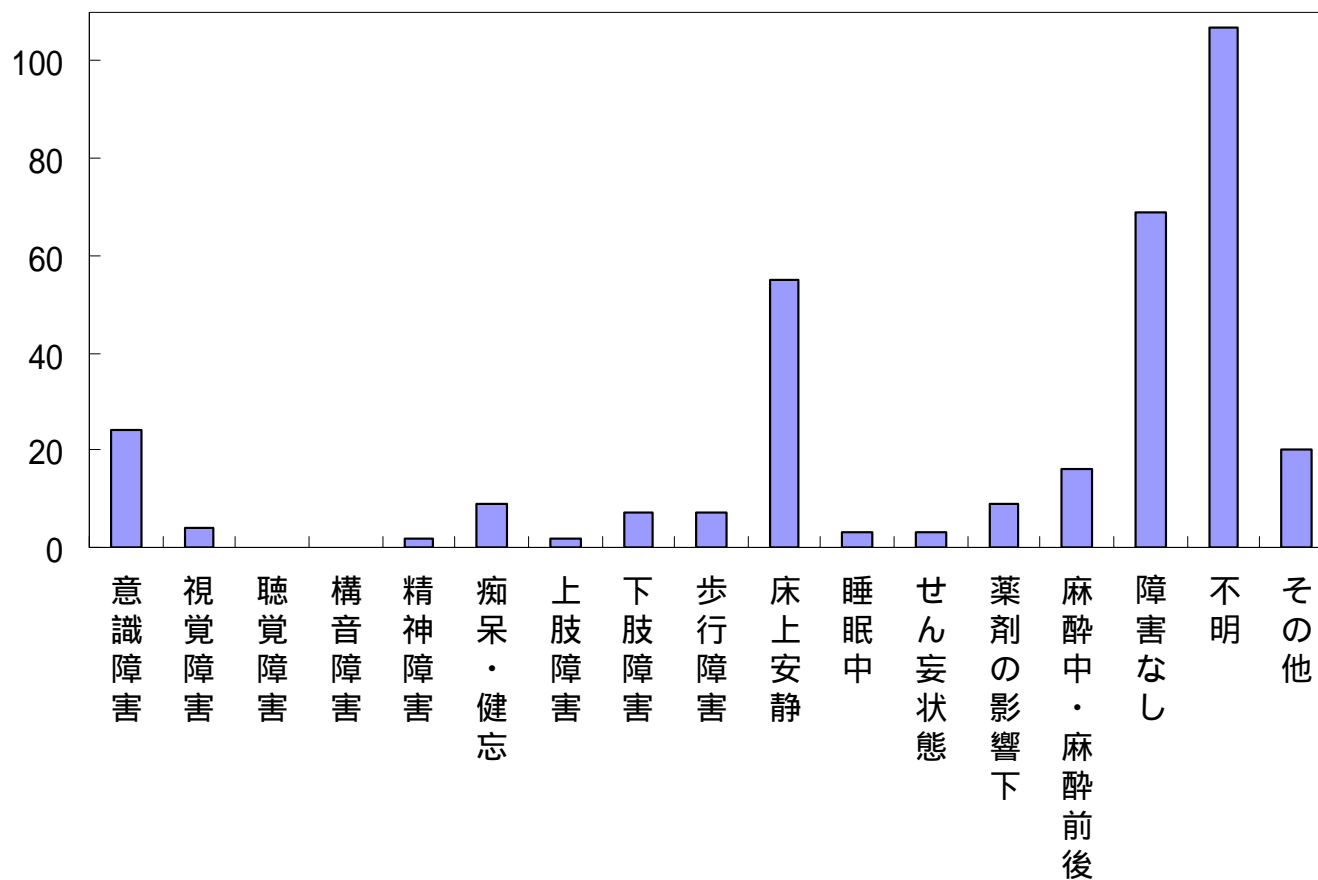


図5 - 8 . 発見者(輸血)

発見者	件数
当事者本人	107
同職種者	115
他職種者	57
患者本人	0
家族・付き添い	2
他患者	0
不明	0
その他	9
合計	290

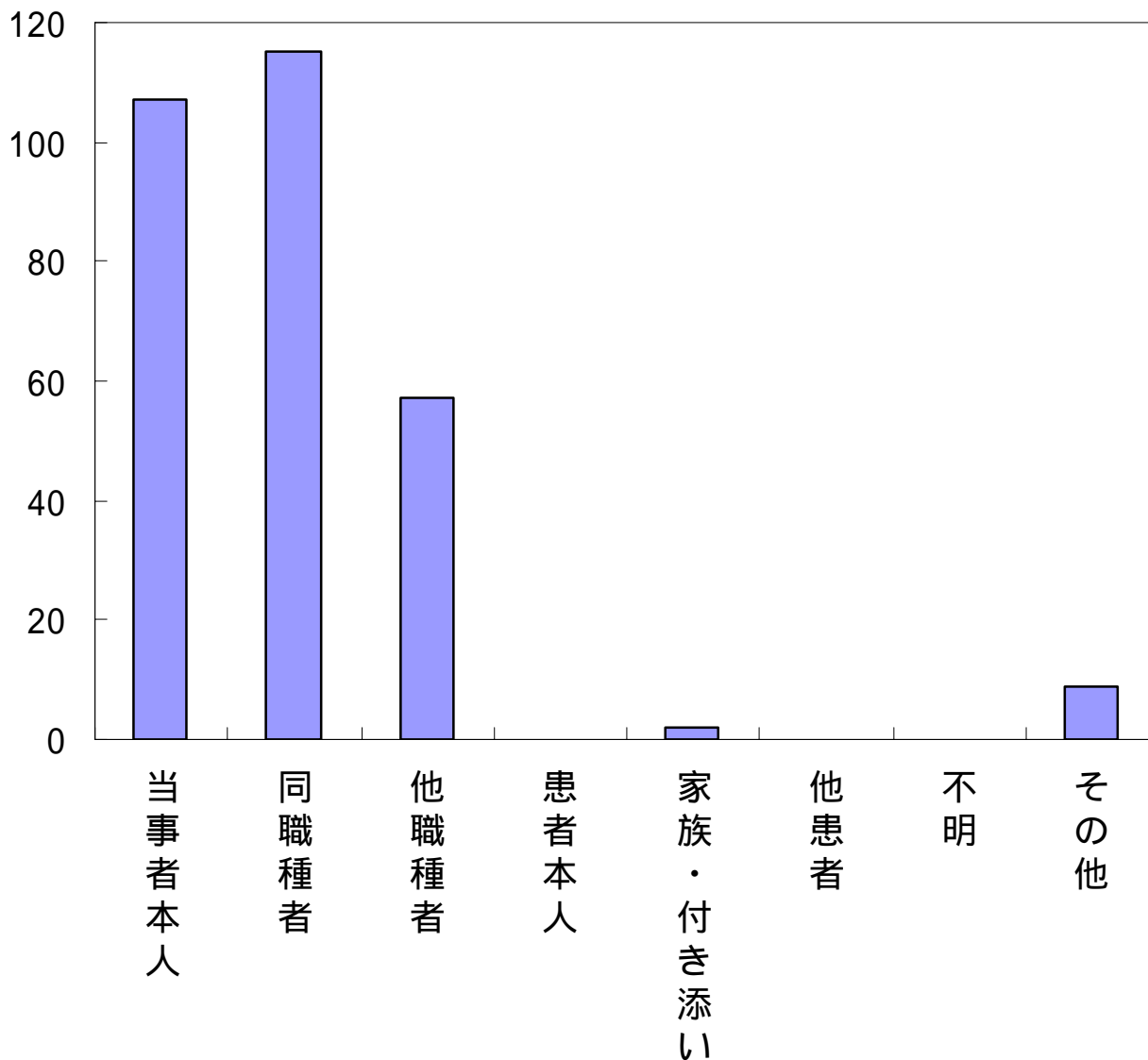


図5 - 9 . 当事者の職種 (輸血)

当事者の職種	件数
医師	27
歯科医師	0
助産師	2
看護師	206
准看護師	3
看護助手	1
薬剤師	3
管理栄養士	0
栄養士	0
調理師・調理従事者	0
診療放射線技師	0
臨床検査技師	48
衛生検査技師	1
理学療法士 (PT)	0
作業療法士 (OT)	0
言語聴覚士 (ST)	0
歯科衛生士	0
歯科技工士	0
視能訓練士	0
精神保健福祉士	0
臨床心理士	0
社会福祉士	0
介護福祉士	0
臨床工学技士	1
児童指導員・保育士	0
事務職員	5
不明	9
その他	1
合計	307

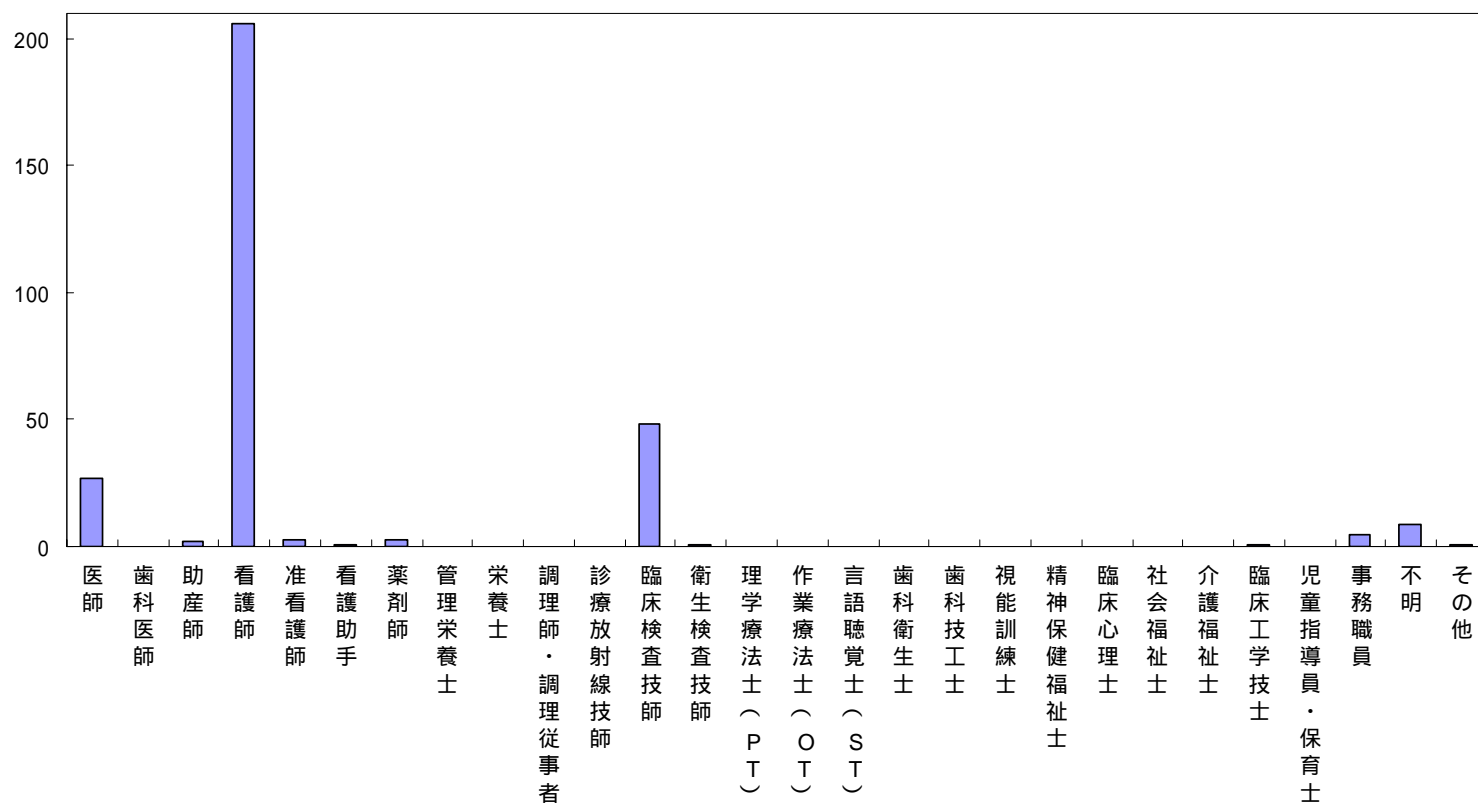


図5 - 10 . 職種経験年数(輸血)

当事者の職種経験年数	件数
0年	37
1年	23
2年	16
3年	15
4年	10
5年	12
6年	12
7年	16
8年	12
9年	6
10年	6
11～20年	40
21～30年	28
30年超	2
当事者複数	21
年数不明	34
合計	290

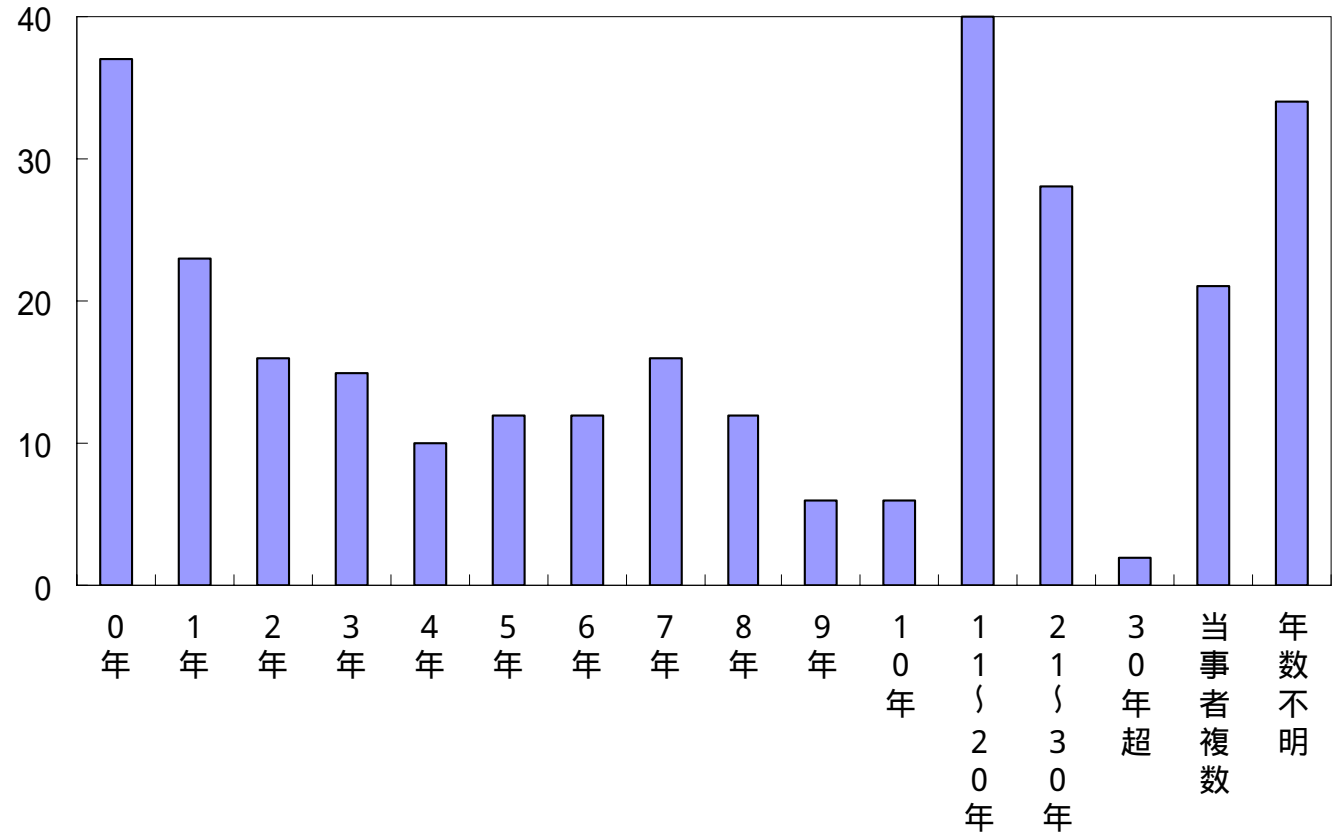


図5 - 11 . 部署配属年数(輸血)

当事者の部署配属年数	件数
0年	59
1年	42
2年	28
3年	16
4年	9
5年	13
6年	5
7年	8
8年	5
9年	4
10年	5
11～20年	11
21～30年	6
30年超	1
当事者複数	20
年数不明	58
合計	290

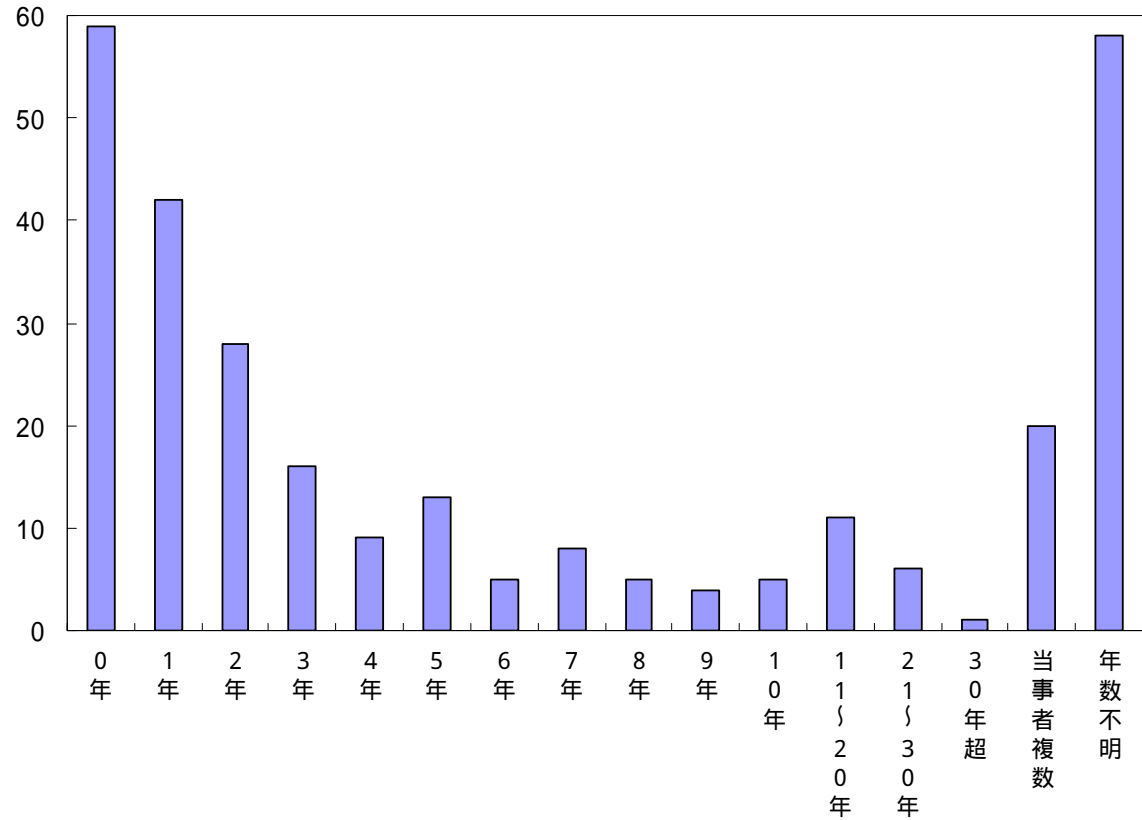


図5 - 12 . 発生要因(輸血)

発生要因	件数
確認	210
観察	33
判断	68
知識	64
技術(手技)	48
報告等	18
身体的条件	10
心理的条件	129
システム	19
連携	54
記録等の記載	7
患者の外見(容姿・年齢)・姓名の類似	0
勤務状況	60
環境	3
医療・歯科医療用具(機器)・器具・医療材料	5
薬剤	4
諸物品	1
施設・設備	0
教育・訓練	27
患者・家族への説明	3
その他	14
合計	777

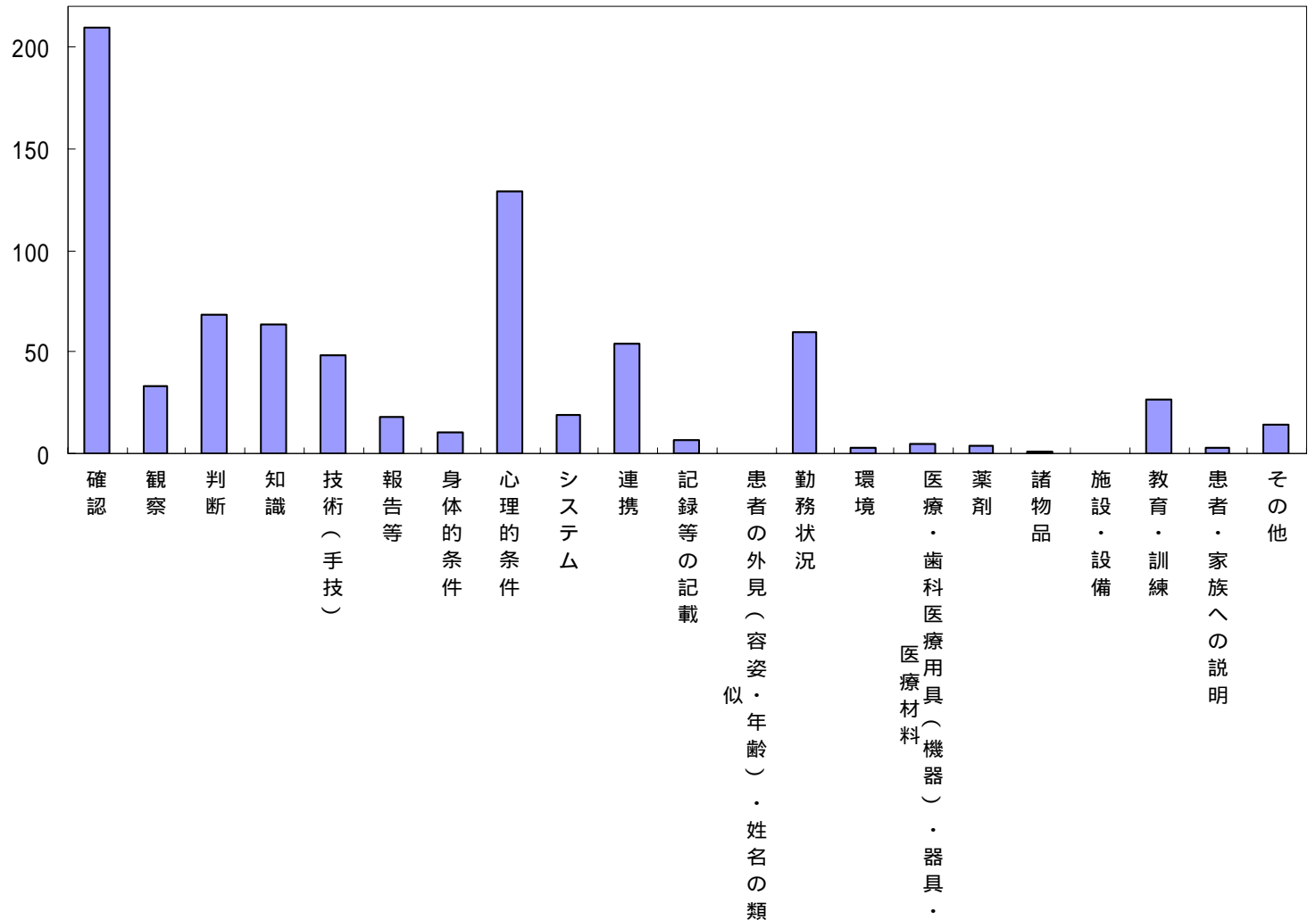


表5 - 1 . 発生要因・詳細(輸血)

発生要因	発生要因詳細	件数
確認	確認が不十分であった	202
	その他	8
心理的状況	慌てていた	41
	イライラしていた	6
	緊張していた	6
	他のことに気を取られていた	13
	思い込んでいた	47
	無意識だった	13
	その他	3
	連携	医師と看護職の連携不適切
医師と技術職の連携不適切		2
医師と事務職の連携不適切		0
医師間の連携不適切		1
看護職間の連携不適切		23
技術職間の連携不適切		4
多職種間の連携不適切		5
歯科医師と歯科関連職の連携不適切		0
その他		5
勤務状況		多忙であった
	勤務の管理に不備	0
	作業が中断した	1
	当直だった	2
	当直明けだった	0
	夜勤だった	11
	夜勤明けだった	0
	その他	0
知識	知識が不足していた	48
	知識に誤りがあった	11
	その他	5

図5 - 13 . 影響度(輸血)

影響度	件数
実施前発見：患者への影響は小さい(処置不要)	47
実施前発見：患者への影響は中等度(処置必要)	7
実施前発見：患者への影響は大きい(生命に影響しうる)	23
間違いが実施されたが、患者に影響がなかった	171
不明	21
その他	21
合計	290

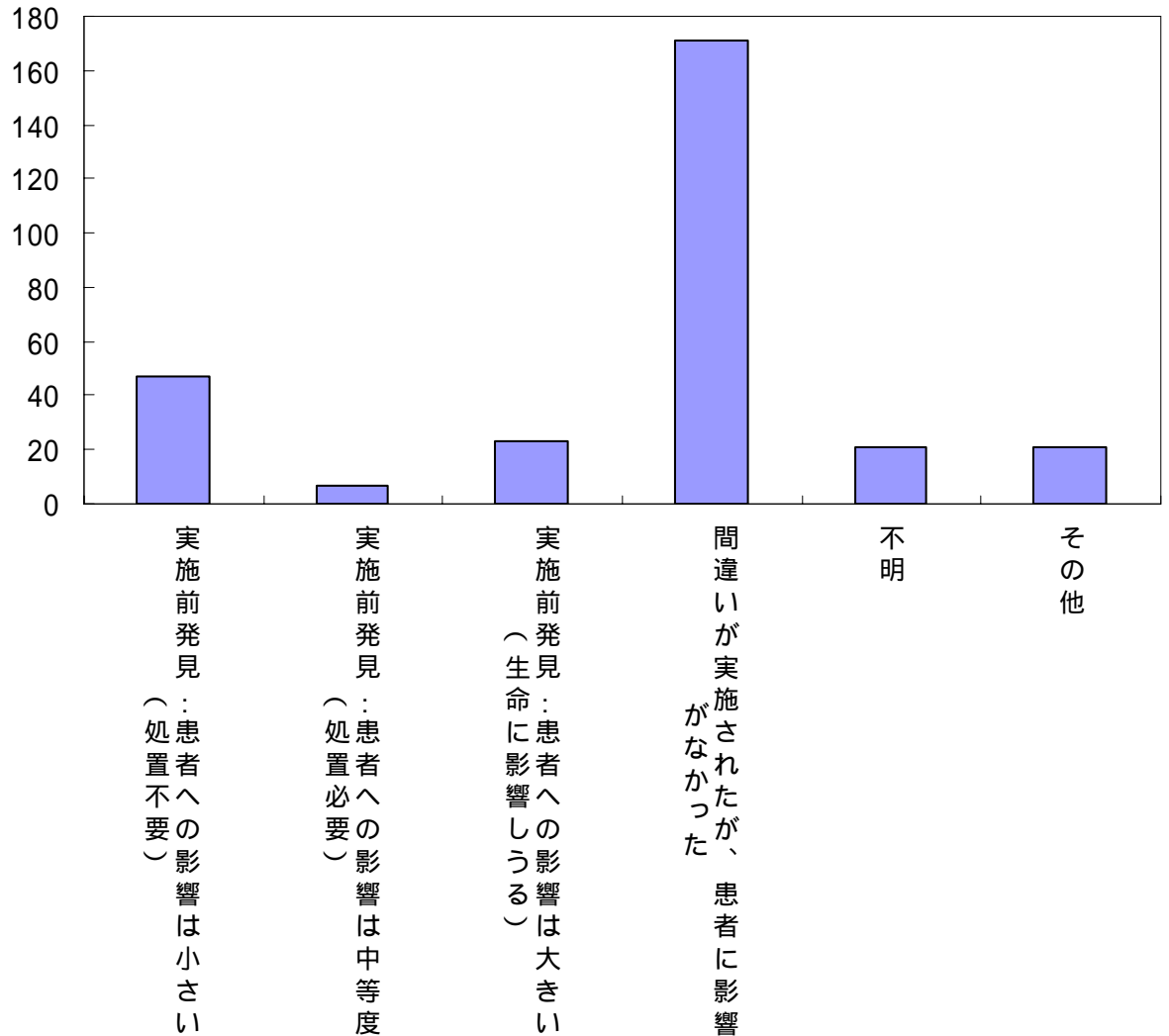


表5 - 2 . 当事者職種 × 発生要因 (輸血)

当事者職種 × 発生要因	確認	観察	判断	知識	技術 (手技)	報告等	身体的条件	心理的条件	システム	連携	記録等の記載	患者の外見 (容姿・年齢)・姓名の類似	勤務状況	環境	医療・歯科医療用具 (機器)・器具・医療材料	薬剤	諸物品	施設・設備	教育・訓練	患者・家族への説明	その他	合計
医師	17	2	10	3	5	2	0	7	0	3	1	0	3	0	0	2	0	0	1	1	3	60
歯科医師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
助産師	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
看護師	148	26	54	52	40	14	7	72	9	39	6	0	44	2	5	3	1	0	21	1	9	553
准看護師	2	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7
看護助手	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
薬剤師	3	0	1	0	0	0	0	3	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	12
管理栄養士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
栄養士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
調理師・調理従事者	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診療放射線技師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臨床検査技師	39	4	4	4	1	3	2	12	6	6	2	0	5	1	0	1	0	0	3	0	2	95
衛生検査技師	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
理学療法士 (PT)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
作業療法士 (OT)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
言語聴覚士 (ST)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科衛生士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科技工士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
視能訓練士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
精神保健福祉士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臨床心理士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
社会福祉士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
介護福祉士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
臨床工学技士	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
児童指導員・保育士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事務職員	3	0	1	1	0	2	0	1	2	2	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	16
不明	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	13
その他	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
合計	219	33	73	61	49	21	9	99	19	53	10	0	56	3	5	8	1	0	30	2	20	771

表5 - 3 . 発生場面 × 発生内容 (輸血)

発生場面 × 発生内容	未実施	検体取り違い	クロスマツチ間違い	結果入力・入力間違い	輸血検査のその他エラー	未実施・忘れ	過剰照射	患者取り違い輸血	製剤取り違い輸血	輸血のその他のエラー	左記コード以外	合計
輸血検査	2	2	1	14	22	0	0	0	0	8	0	49
放射線照射	0	0	0	0	0	3	1	0	0	1	0	5
輸血実施	12	0	0	0	3	1	0	2	2	107	8	135
その他の輸血	2	2	0	2	10	0	0	1	0	81	3	101
合計	16	4	1	16	35	4	1	3	2	197	11	290

ヒヤリ・ハット事例収集 第14回集計

全般コード化情報

療養上の世話

(単純集計・クロス集計)

図6 - 1 . 発生月 (療養上の世話等)

発生月	件数
1月	0
2月	0
3月	0
4月	0
5月	0
6月	0
7月	0
8月	0
9月	0
10月	3508
11月	3456
12月	3337
月不明	174
合計	10475

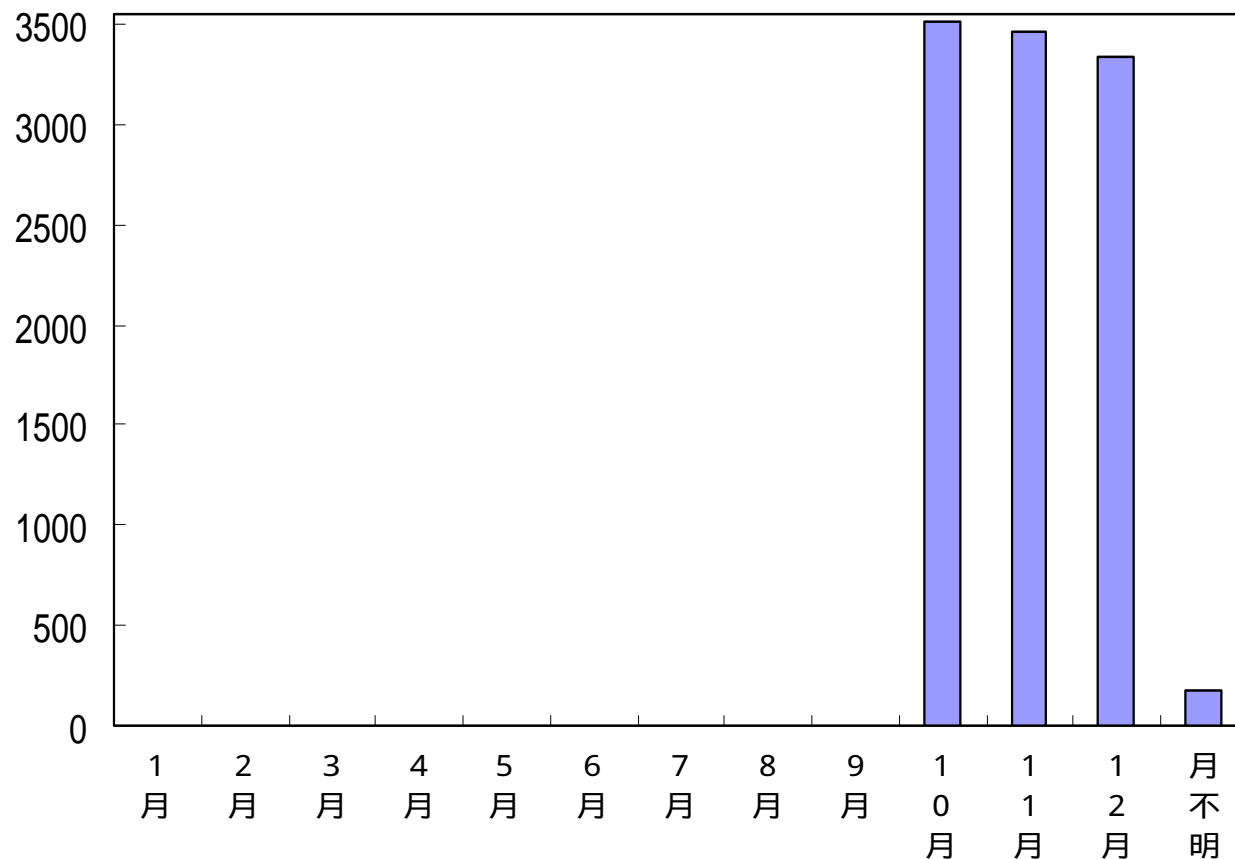


図6 - 2 . 発生曜日 (療養上の世話等)

曜日	平日	祝祭日	不明
月曜日	1386	65	15
火曜日	1380	73	10
水曜日	1428	110	12
木曜日	1373	92	7
金曜日	1498	50	13
土曜日	617	816	14
日曜日	43	1270	0
曜日不明	6	9	188
合計	7731	2485	259

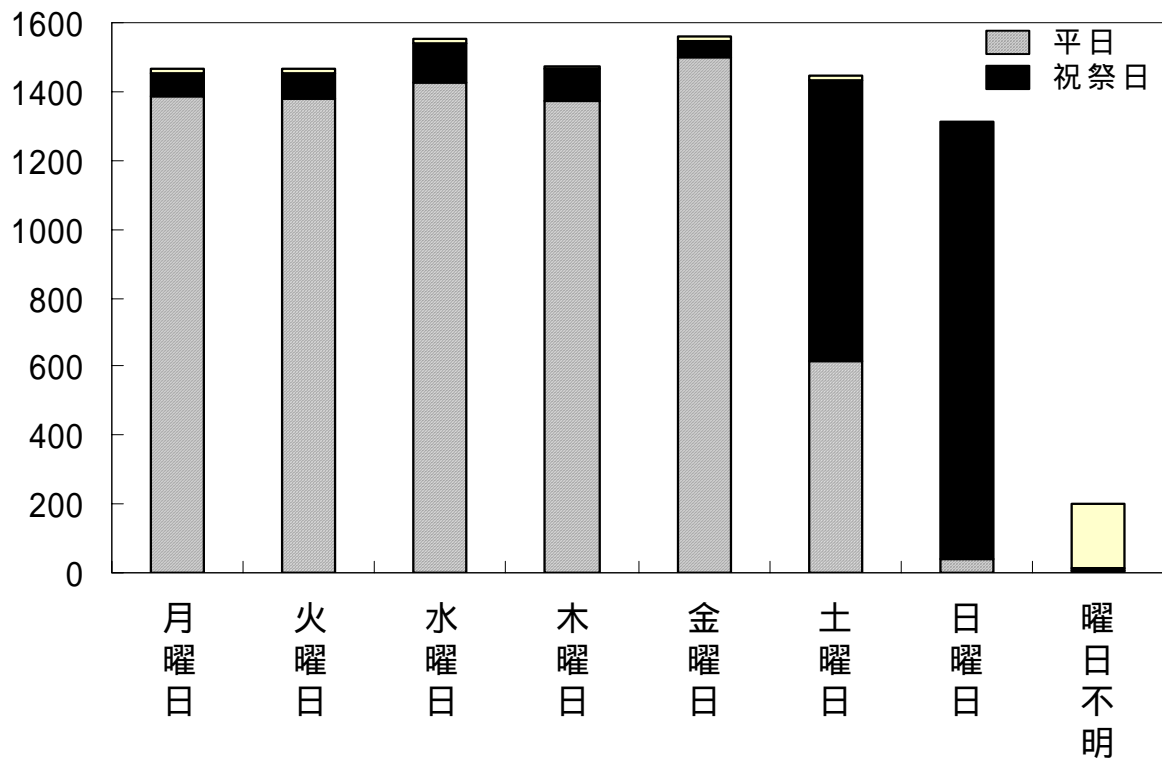


図6 - 3 . 発生時間帯 (療養上の世話等)

発生時間帯	件数
0 ~ 1 時台	754
2 ~ 3 時台	787
4 ~ 5 時台	857
6 ~ 7 時台	1002
8 ~ 9 時台	873
1 0 ~ 1 1 時台	918
1 2 ~ 1 3 時台	801
1 4 ~ 1 5 時台	832
1 6 ~ 1 7 時台	770
1 8 ~ 1 9 時台	855
2 0 ~ 2 1 時台	766
2 2 ~ 2 3 時台	823
時間帯不明	437
合計	10475

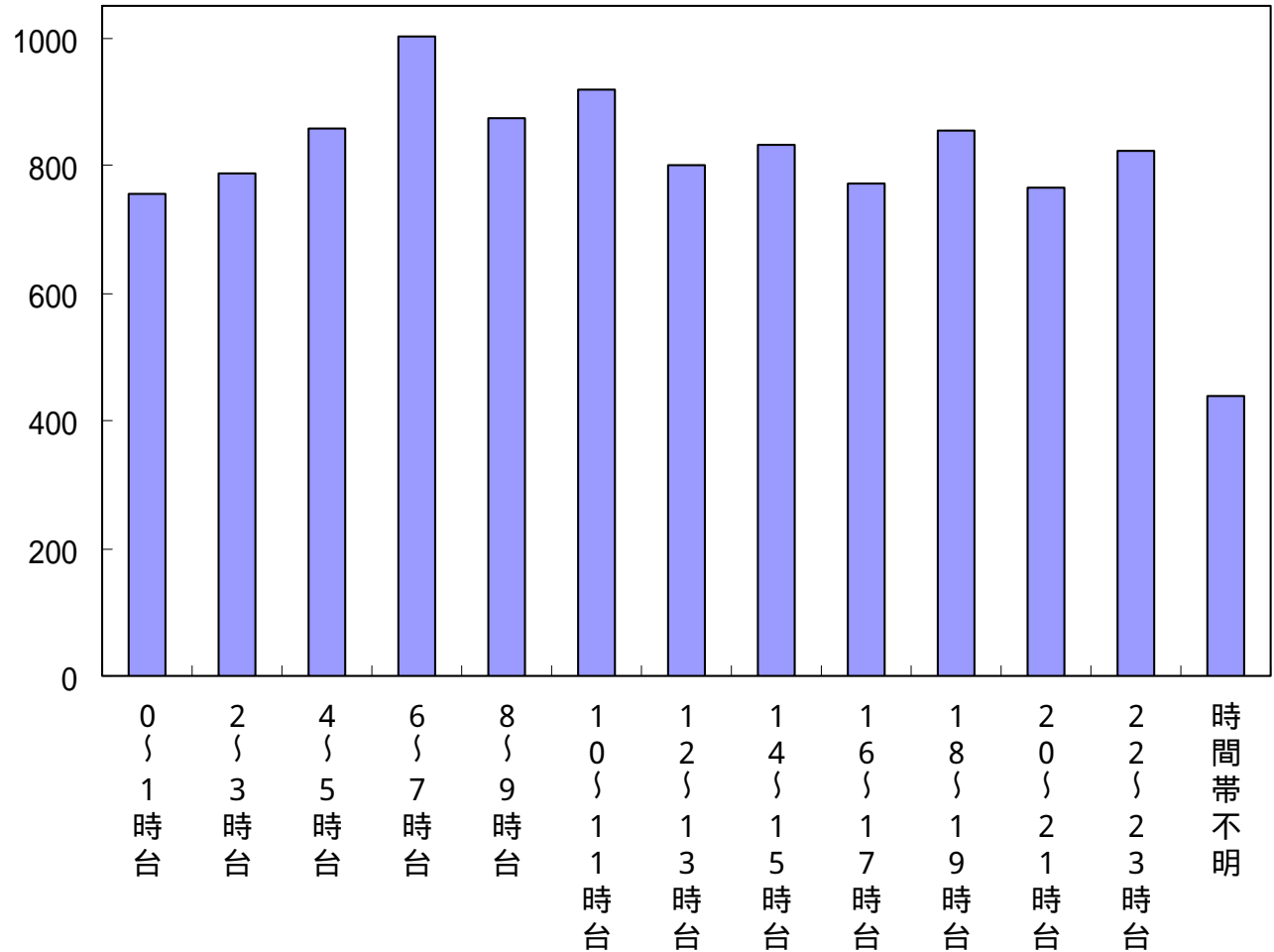


図6 - 4 . 発生場所 (療養上の世話等)

発生場所	件数
外来診察室	18
外来待合室	12
外来その他の場所	33
救急処置室	11
ナースステーション	236
病室	7496
処置室	73
浴室	146
病棟のその他の場所	809
手術室	15
分娩室	1
ICU	53
CCU	35
NICU	10
その他の集中治療室	39
検査室	12
機能訓練室	45
IVR治療室	1
放射線撮影室・検査室	27
核医学検査室	3
放射線治療室	6
透析室	17
薬局・輸血部	0
栄養管理室・調理室	12
トイレ	537
廊下	512
階段	6
不明	23
その他の場所 (院内)	194
その他の場所 (院外)	93
合計	10475

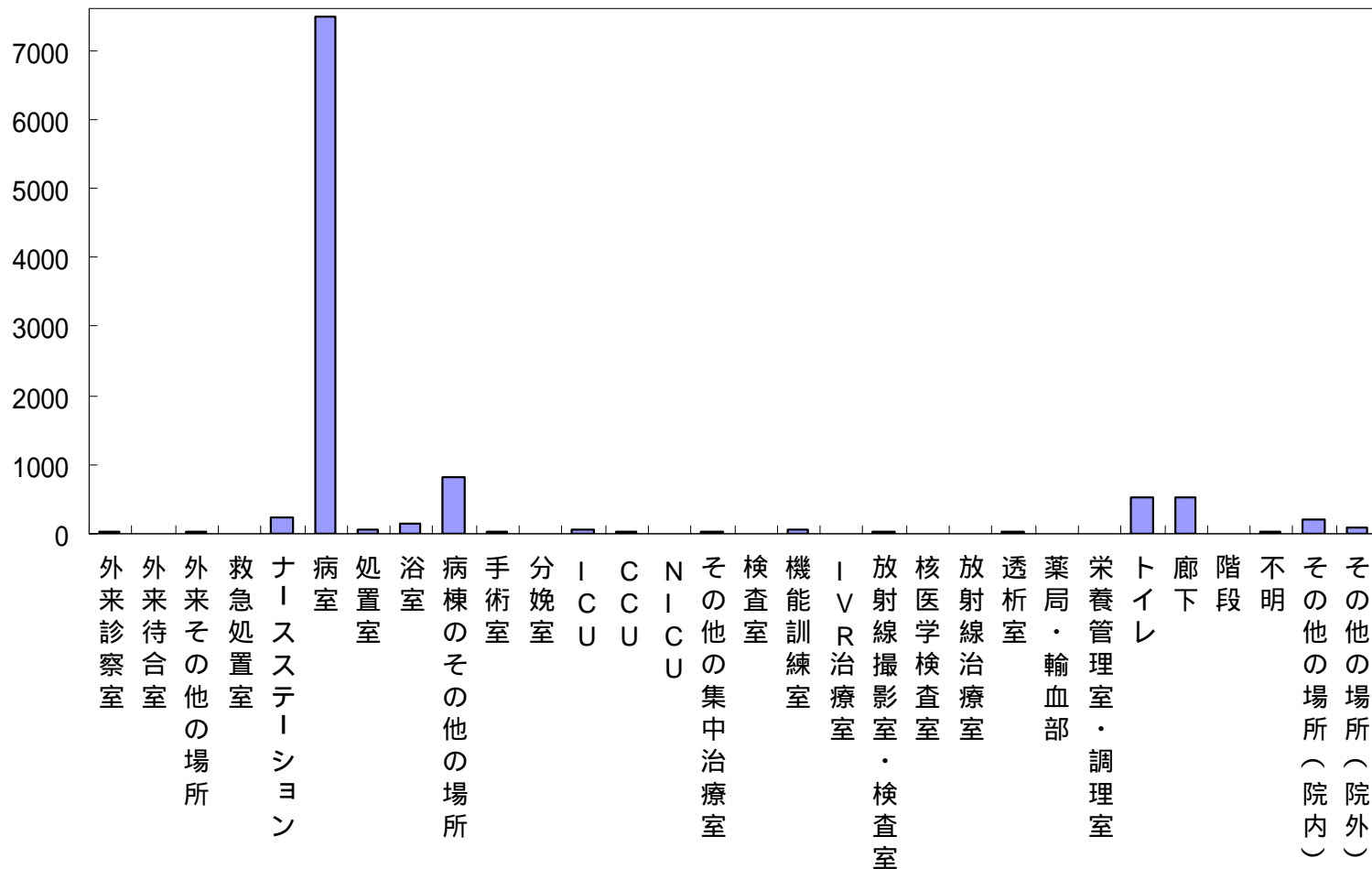


図6 - 5.患者の性別(療養上の世話等)

性別	件数
男性	5673
女性	4555
患者複数	29
特定できない	218
合計	10475

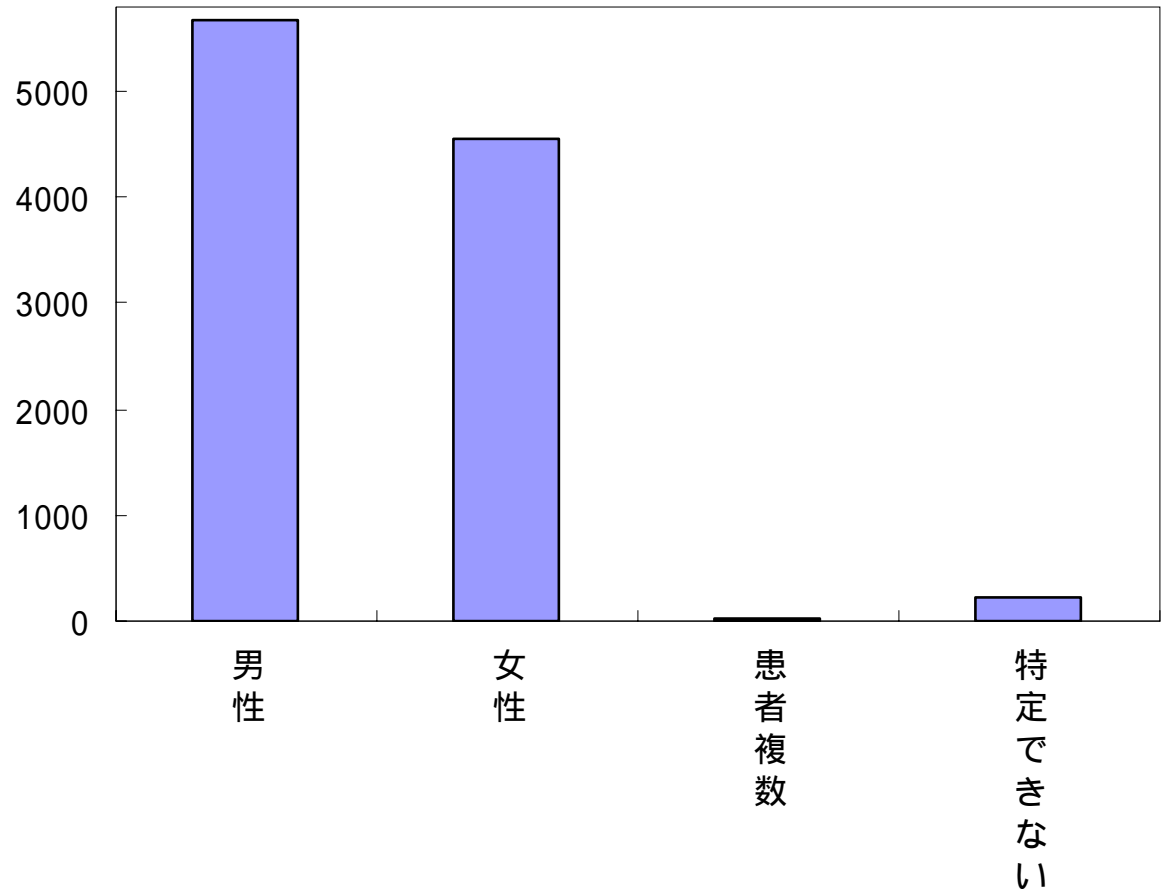


図6 - 6 . 患者の年齢 (療養上の世話等)

年齢	件数
0 ~ 1 0 歳	390
1 1 ~ 2 0 歳	115
2 1 ~ 3 0 歳	203
3 1 ~ 4 0 歳	289
4 1 ~ 5 0 歳	409
5 1 ~ 6 0 歳	1091
6 1 ~ 7 0 歳	1930
7 1 ~ 8 0 歳	3237
8 1 ~ 9 0 歳	2043
9 1 ~ 1 0 0 歳	330
1 0 1 ~ 1 1 0 歳	9
1 1 1 ~ 1 2 0 歳	1
1 2 1 ~ 1 3 0 歳	0
1 3 1 ~ 1 4 0 歳	0
1 4 1 ~ 1 5 0 歳	0
患者複数	31
特定できない・不明	397
合計	10475

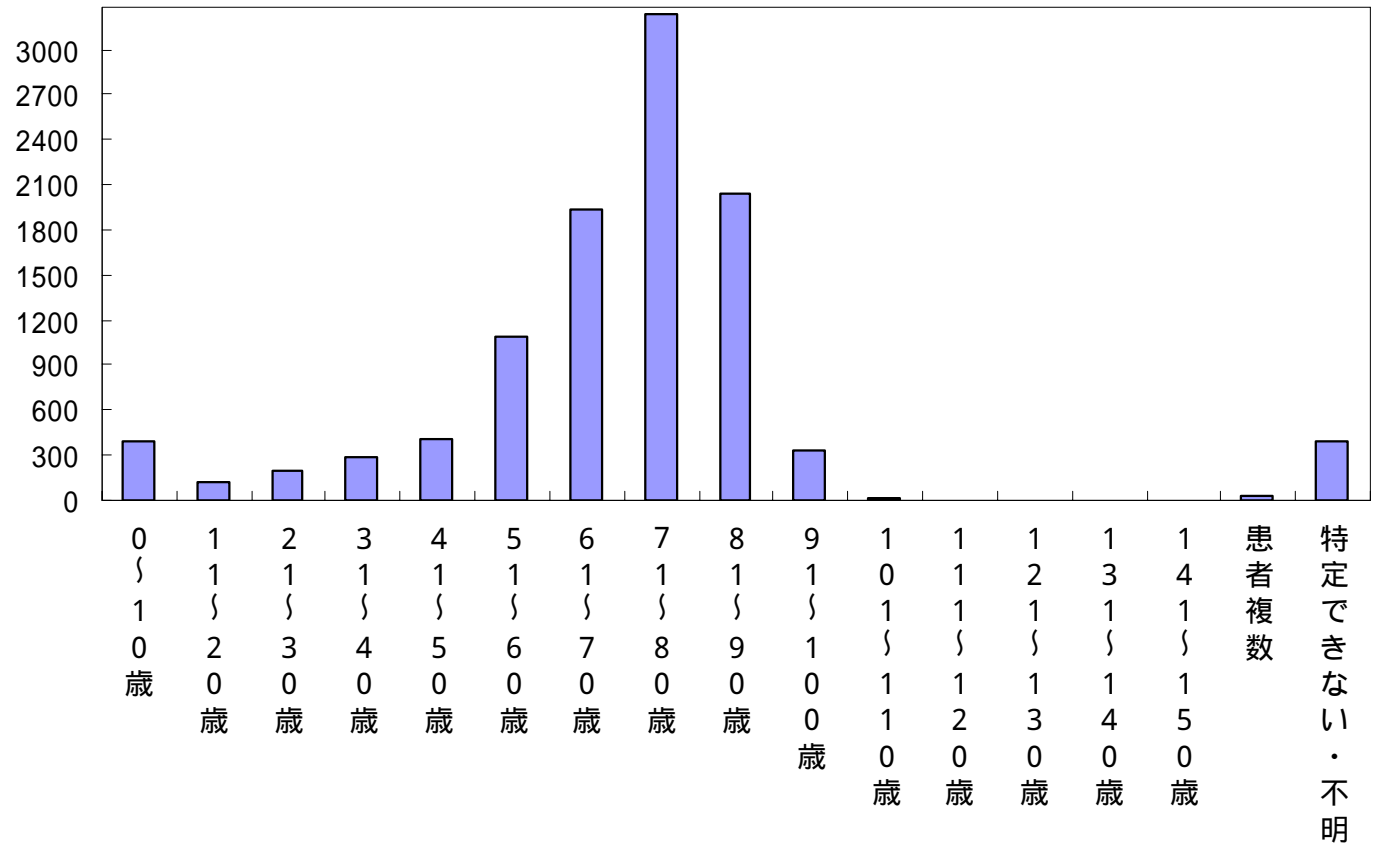


図6 - 7 . 患者の心身状態 (療養上の世話等)

患者の心身状態	件数
意識障害	743
視覚障害	357
聴覚障害	332
構音障害	233
精神障害	810
痴呆・健忘	1950
上肢障害	955
下肢障害	1874
歩行障害	2765
床上安静	633
睡眠中	255
せん妄状態	633
薬剤の影響下	1158
麻酔中・麻酔前後	43
障害なし	1404
不明	1431
その他	1156
合計	16732

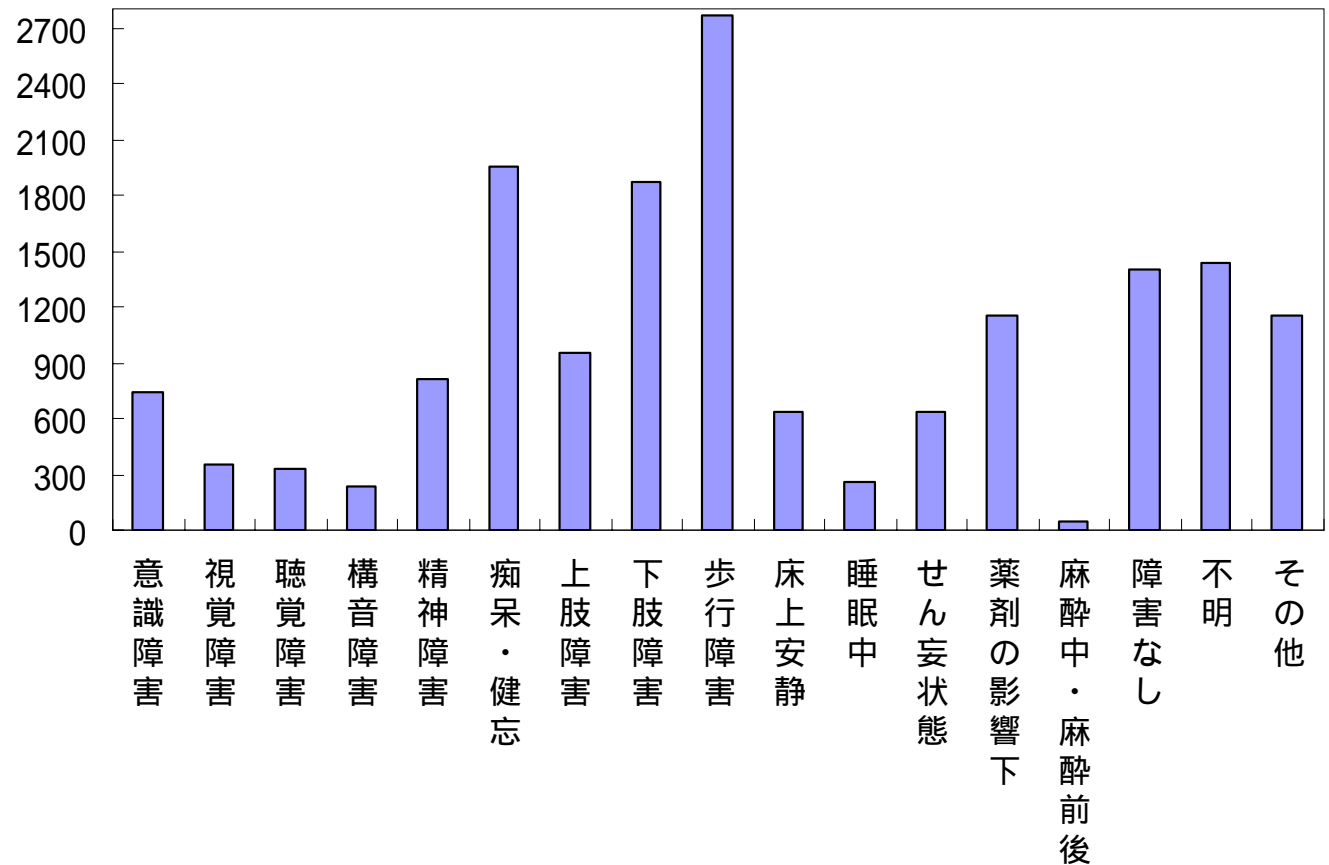


図6 - 8 . 発見者(療養上の世話等)

発見者	件数
当事者本人	6028
同職種者	1662
他職種者	366
患者本人	624
家族・付き添い	452
他患者	997
不明	154
その他	192
合計	10475

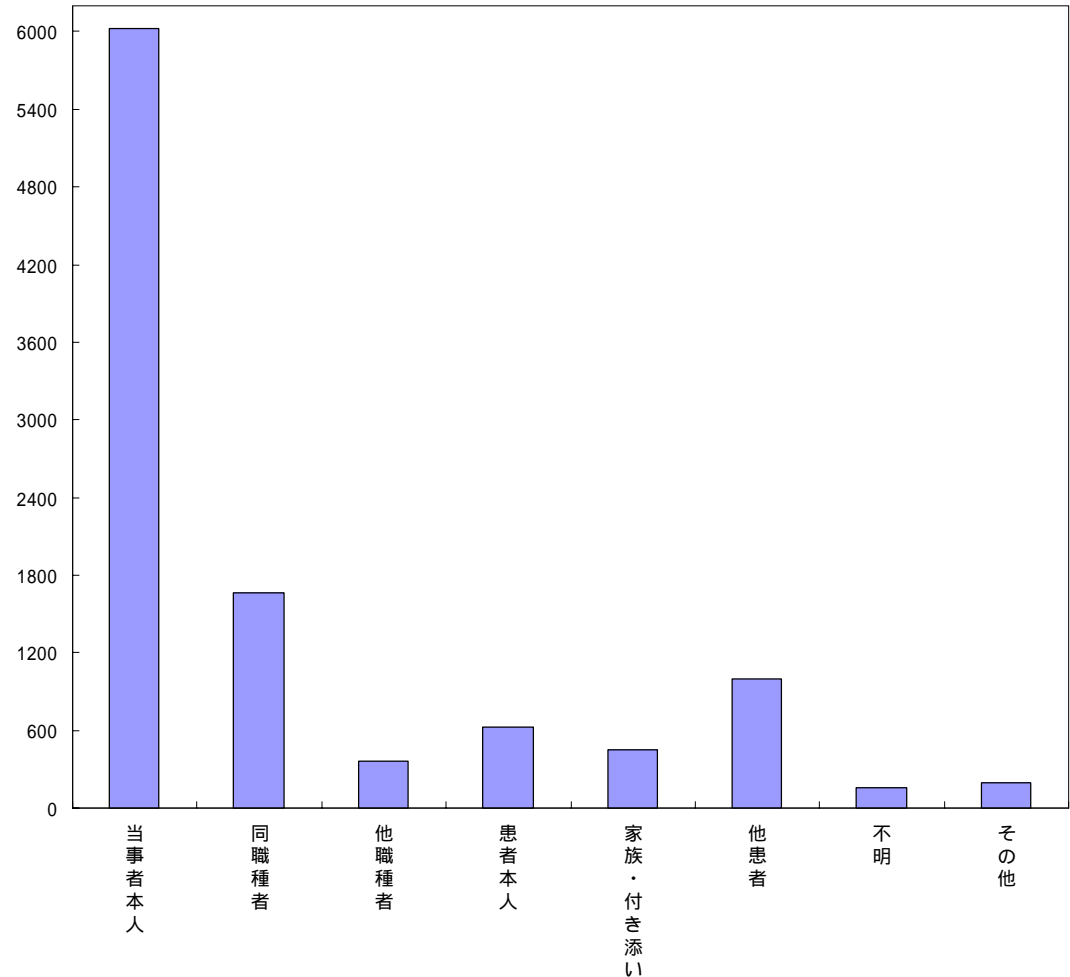


図6 - 9 . 当事者の職種 (療養上の世話等)

当事者の職種	件数
医師	42
歯科医師	3
助産師	53
看護師	9340
准看護師	320
看護助手	223
薬剤師	2
管理栄養士	6
栄養士	6
調理師・調理従事者	22
診療放射線技師	22
臨床検査技師	8
衛生検査技師	0
理学療法士（PT）	57
作業療法士（OT）	21
言語聴覚士（ST）	0
歯科衛生士	0
歯科技工士	0
視能訓練士	2
精神保健福祉士	1
臨床心理士	0
社会福祉士	3
介護福祉士	94
臨床工学技士	2
児童指導員・保育士	13
事務職員	6
不明	258
その他	143
合計	10647

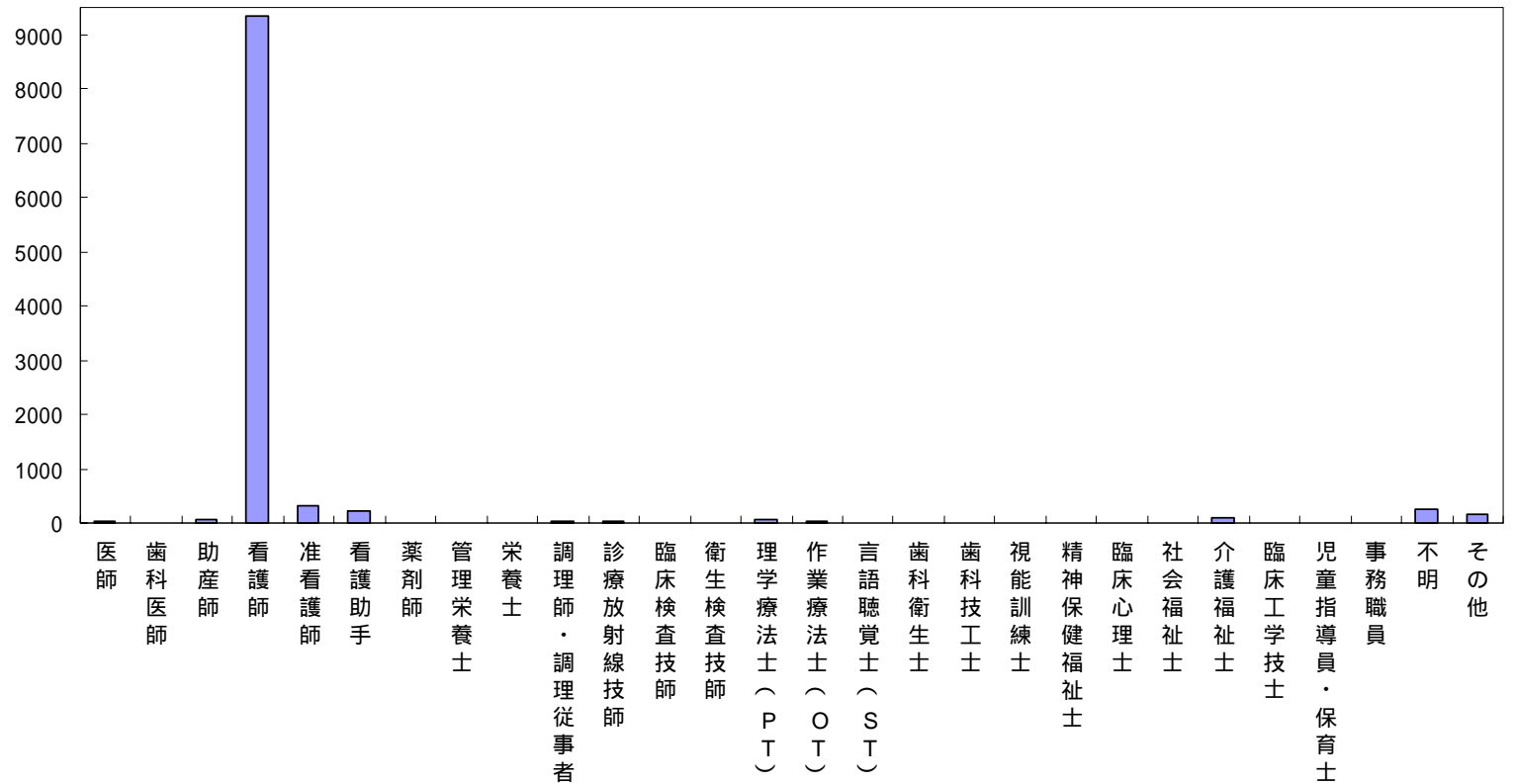


図6 - 10 . 職種経験年数 (療養上の世話等)

当事者の職種経験年数	件数
0年	1203
1年	1143
2年	1023
3年	742
4年	618
5年	572
6年	447
7年	382
8年	301
9年	245
10年	354
11～20年	1392
21～30年	725
30年超	101
当事者複数	253
年数不明	974
合計	10475

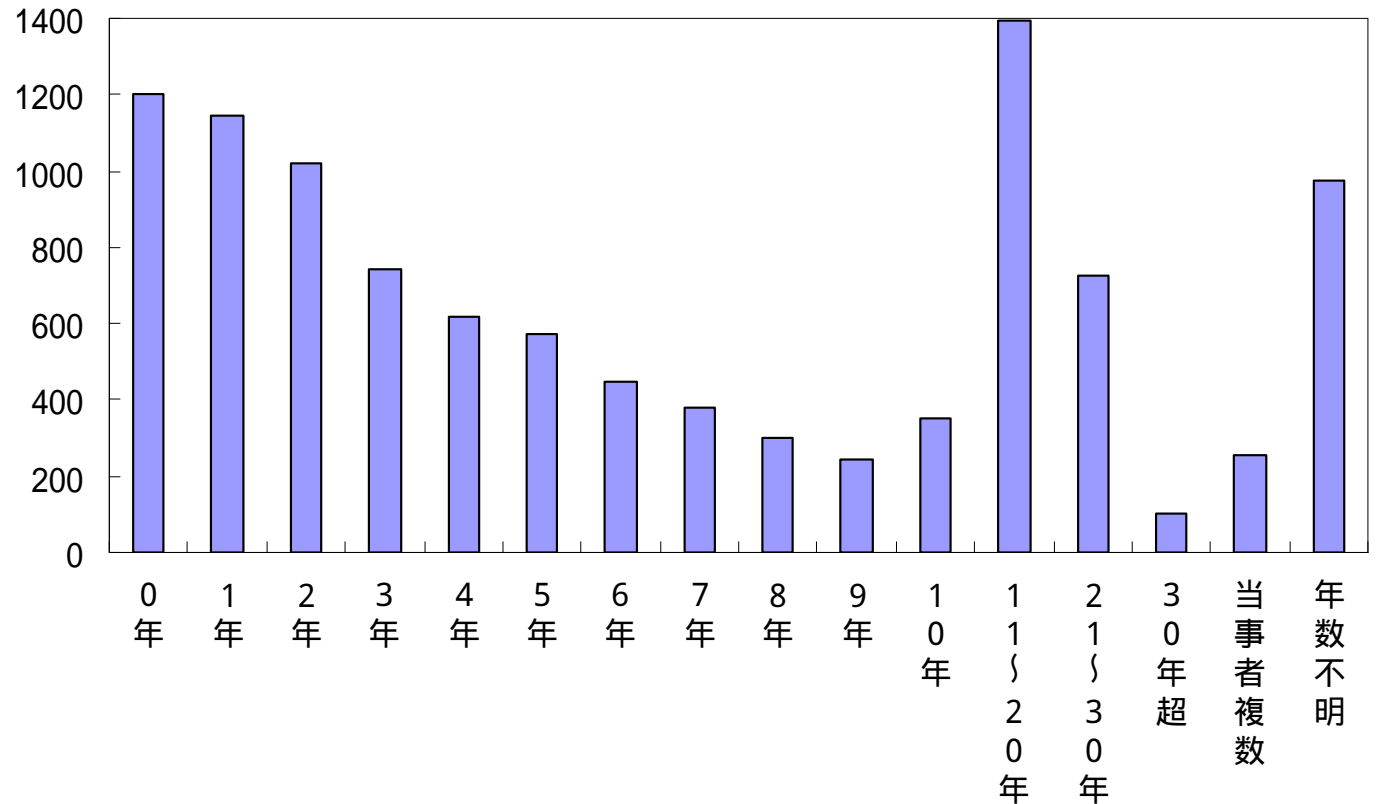


図6 - 11 . 部署配属年数 (療養上の世話等)

当事者の部署配属年数	件数
0年	2425
1年	1888
2年	1450
3年	1023
4年	607
5年	437
6年	266
7年	189
8年	91
9年	62
10年	60
11～20年	133
21～30年	33
30年超	2
当事者複数	251
年数不明	1558
合計	10475

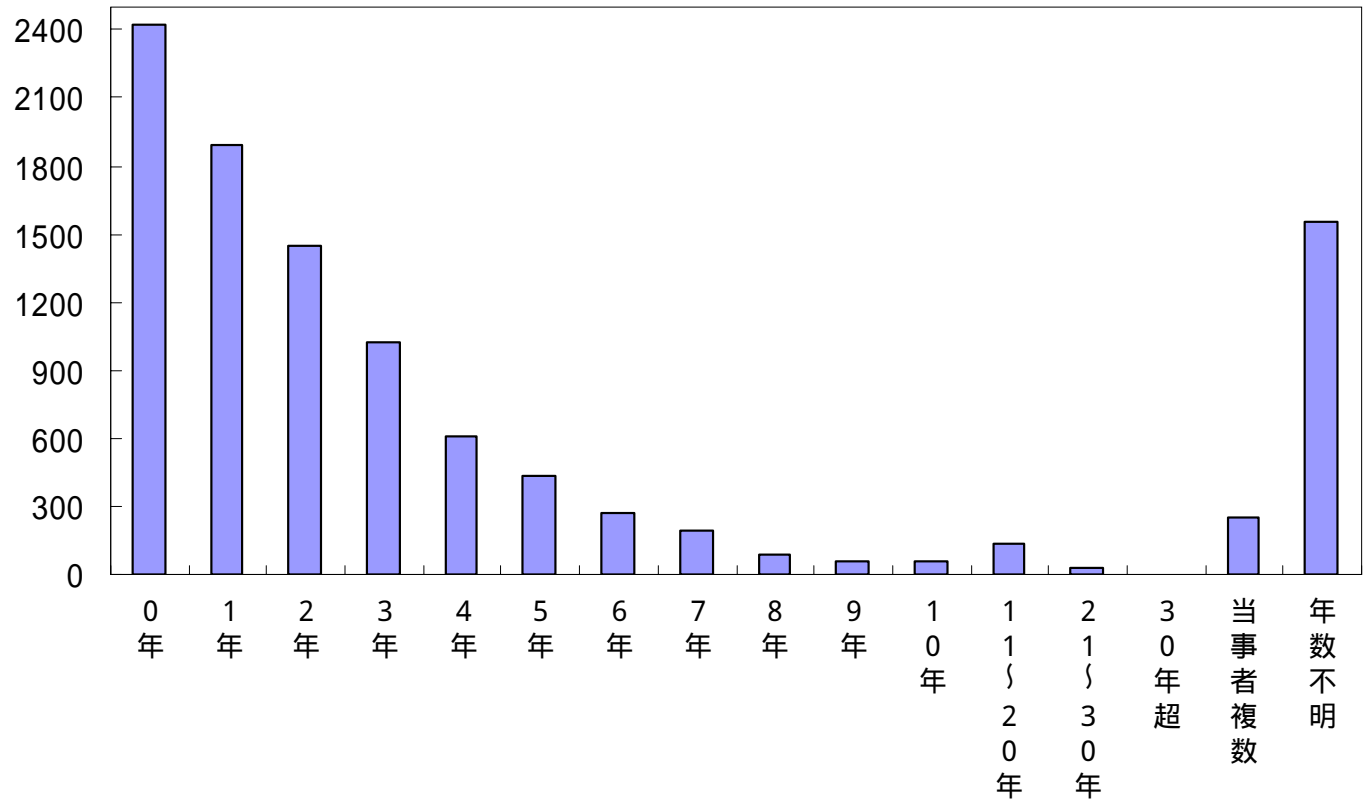


図6 - 12 . 発生要因 (療養上の世話等)

発生要因	件数
確認	2712
観察	5967
判断	2613
知識	264
技術 (手技)	321
報告等	127
身体的条件	247
心理的条件	1147
システム	86
連携	468
記録等の記載	24
患者の外見 (容姿・年齢)・姓名の類似	10
勤務状況	2155
環境	418
医療・歯科医療用具 (機器)・器具・医療材料	82
薬剤	38
諸物品	194
施設・設備	79
教育・訓練	471
患者・家族への説明	3187
その他	663
合計	21273

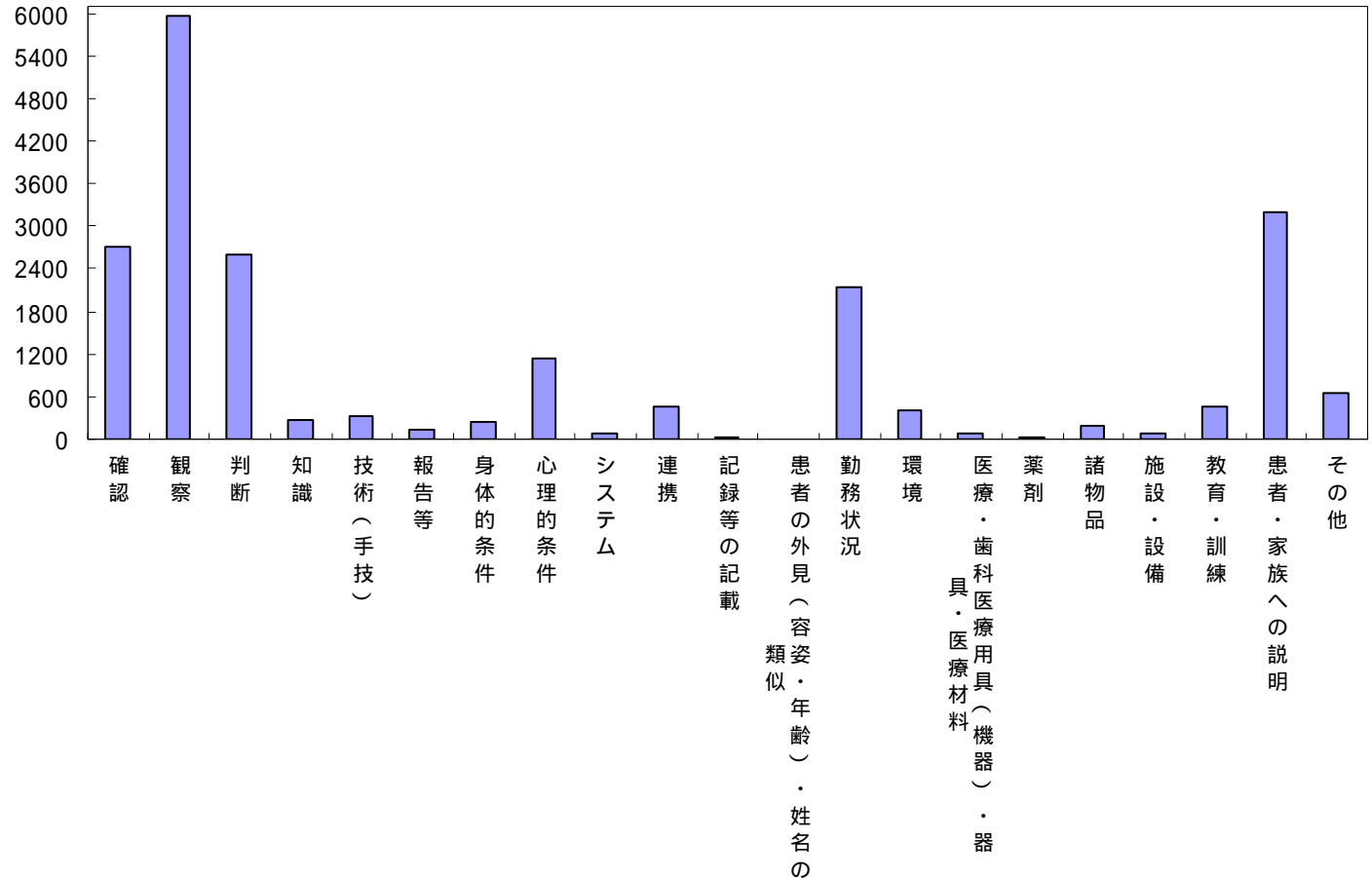


表6 - 1 . 発生要因・詳細 (療養上の世話等)

発生要因	発生要因詳細	件数
観察	観察が不十分であった	5858
	その他	109
患者・家族への説明	説明が不十分であった	1491
	説明に誤りがあった	7
	患者・家族の理解が不十分であった	1579
	その他	110
確認	確認が不十分であった	2641
	その他	71
判断	判断に誤りがあった	2353
	その他	260
勤務状況	多忙であった	782
	勤務の管理に不備	14
	作業が中断した	36
	当直だった	31
	当直明けだった	8
	夜勤だった	1185
	夜勤明けだった	51
	その他	48

図6 - 13 . 影響度(療養上の世話等)

影響度	件数
実施前発見:患者への影響は小さい(処置不要)	470
実施前発見:患者への影響は中等度(処置必要)	254
実施前発見:患者への影響は大きい(生命に影響しうる)	47
間違いが実施されたが、患者に影響がなかった	7921
不明	368
その他	1415
合計	10475

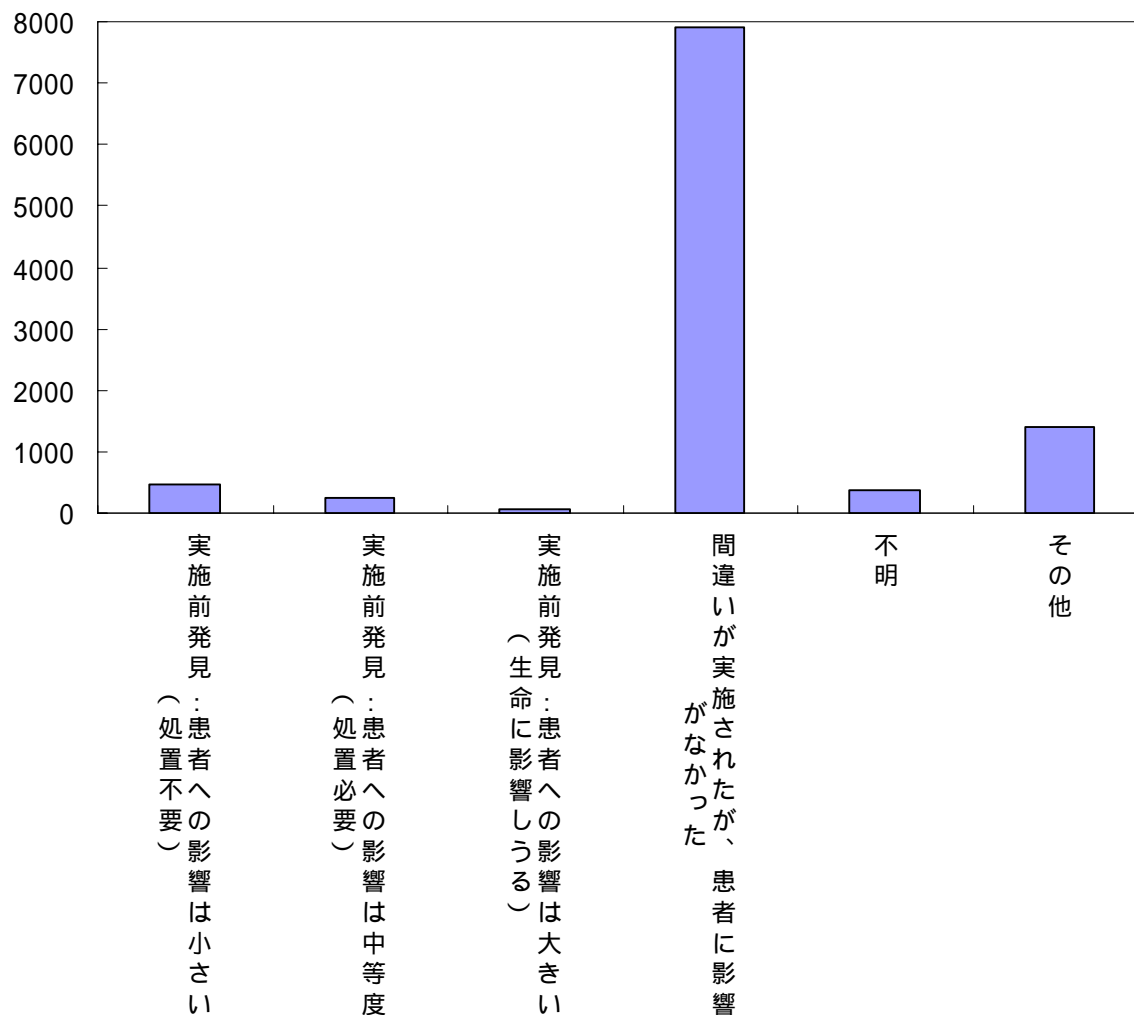


表6 - 2 . 当事者職種 × 発生要因 (療養上の世話等)

当事者職種 × 発生要因	確認	観察	判断	知識	技術 (手技)	報告等	身体的条件	心理的条件	システム	連携	記録等の記載	患者の外見 (容姿・年齢)・姓名の類似	勤務状況	環境	医療・歯科医療用具 (機器)・器具・医療材料	薬剤	諸物品	施設・設備	教育・訓練	患者・家族への説明	その他	合計
医師	14	16	12	2	0	0	1	4	1	7	0	0	2	0	0	0	0	0	1	7	8	75
歯科医師	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
助産師	13	28	16	0	1	4	2	12	1	7	0	0	10	3	1	0	3	0	3	13	3	120
看護師	2343	5319	2318	227	270	101	205	883	75	406	22	5	1724	374	75	34	177	75	415	2573	583	18204
准看護師	106	227	68	8	14	6	11	35	4	15	1	1	65	10	2	1	3	0	11	49	11	648
看護助手	92	128	37	9	14	4	3	22	2	9	1	1	18	3	1	0	3	1	18	26	12	404
薬剤師	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4
管理栄養士	5	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	9
栄養士	5	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
調理師・調理従事者	18	3	4	0	0	1	1	4	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	4	0	0	38
診療放射線技師	11	9	6	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	35
臨床検査技師	3	5	1	1	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	17
衛生検査技師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
理学療法士 (PT)	17	29	17	0	3	1	0	9	2	5	0	0	8	2	0	0	1	0	0	7	4	105
作業療法士 (OT)	7	13	7	0	3	0	0	3	2	3	0	0	2	1	0	0	0	0	0	3	0	44
言語聴覚士 (ST)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科衛生士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科技工士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
視能訓練士	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
精神保健福祉士	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
臨床心理士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
社会福祉士	3	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	9
介護福祉士	32	57	12	0	2	0	0	12	1	1	0	0	9	2	1	0	2	0	3	10	2	146
臨床工学技士	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
児童指導員・保育士	6	4	3	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	1	0	2	0	1	0	0	22
事務職員	4	2	2	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	14
不明	35	121	23	1	3	2	2	4	1	2	0	0	5	10	0	2	2	1	8	40	82	344
その他	24	31	40	5	3	3	10	11	2	5	0	0	13	4	1	2	2	1	9	28	29	223
合計	2739	5999	2569	254	313	122	235	1011	93	467	24	10	1863	413	82	39	196	79	474	2760	739	20481

表6 - 3 . 発生場面 × 発生内容 (療養上の世話等)

発生場面 × 発生内容	転倒	転落	衝突	誤嚥	誤飲	誤配膳	安静指示の不履行	禁食指示の不履行	その他指示の不履行	取り違え	遅延	忘れ	搬送先間違い	その他搬送・移送のエラー	飲み忘れ・注射忘れ	摂取・注入量間違い	取り違い摂取	その他の自己管理薬のエラー	無断外出・外泊	その他の療養上の世話・療養生活のエラー	内容の間違い	量の間違い	中止の忘れ	延食の忘れ	異物混入	その他の給食・栄養のエラー	左記コード以外	合計
気管内・口腔内吸引	5	2	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	3	19
体位交換	5	7	0	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	1	35
清拭	7	7	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	1	38
更衣介助	15	4	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	34
食事介助	29	19	1	24	5	13	0	11	5	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	22	0	0	0	0	0	0	1	134
入浴介助	60	7	1	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	30	0	0	0	0	0	0	0	107
排泄介助	442	57	5	0	0	0	12	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38	0	0	0	0	0	0	2	562
ストーマケア	1	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	2
移動介助	286	62	8	0	0	0	4	0	2	0	1	0	0	17	0	0	0	0	3	32	0	0	0	0	0	0	5	420
搬送・移送	23	12	1	0	0	0	2	0	2	6	3	2	1	7	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	63
体温管理	3	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	19
患者周辺物品管理	45	47	4	6	16	0	0	0	8	0	0	1	0	1	6	4	2	4	1	69	0	0	0	0	0	1	2	217
配膳	9	14	1	0	0	81	0	23	8	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	29	0	0	0	0	0	5	0	174
患者観察	597	326	10	13	18	1	68	13	40	1	1	1	0	5	22	5	10	1	59	146	0	0	0	0	0	0	6	1343
その他の療養上の世話に関する場面	639	202	12	7	8	2	37	6	24	4	0	2	1	2	23	14	15	10	38	136	0	0	0	0	0	0	73	1255
経口摂取	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
経管栄養	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
その他の給食・栄養に関する場面	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
散歩中	62	5	2	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	7	6	0	0	0	0	0	0	0	86
外出・外泊中	10	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3	0	2	56	5	0	0	0	0	0	0	3	82
着替え中	66	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	1	80
移動中	2068	263	26	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	6	0	0	0	0	9	28	0	0	0	0	0	0	3	2406
その他の療養生活に関する場面	1833	932	23	9	15	2	41	7	19	0	1	0	0	4	53	47	22	36	114	228	0	0	0	0	0	0	13	3399
合計	6205	1976	96	65	64	99	175	60	123	11	6	11	2	47	109	74	49	53	287	840	0	0	0	0	0	6	117	10475

第14回 ヒヤリ・ハット事例収集事業 記述情報分析結果

1. 記述情報の収集の概要

1) 報告期間

平成16年11月24日より平成17年2月28日まで

2) 報告対象事例

「記述情報」として報告する情報は、当該ヒヤリ・ハット事例が発生した時期にかかわらず報告可能とした。

3) 報告施設数（カッコ内は前回の実績）

参加登録施設数： 1,261 施設（ 1,259 施設 ）

報告施設数： 473 施設（ 445 施設 ）

4) 収集件数

区分	件数（カッコ内は前回の実績）
総収集件数	14,620件（ 13,088件 ）
空白、重複件数	317件（ 1,366件 ）
有効件数	14,303件（ 11,722件 ）

2. 分析の概要

1) 事例収集から分析までの流れ

参加医療機関より当センターへ報告される。

無効事例や重複事例を削除する。

の事例について個人を特定しうる情報は除外する。

の事例につき全体の傾向（発生内容別の件数等）をまとめる。

専門分析班会議においてテーマの選定と分析方法を決定する。

2) テーマの選定にあたっての考え方

第13回までの記述情報分析班の報告では、「処方・与薬」、「検査」等の事例にみられる電子カルテシステムおよびオーダエントリーシステムに伴う電子化特有のエラーについて指摘し、電子化に伴うエラー内容の分析と情報の共有化を図り安

全な電子カルテシステムの構築の必要性を示唆している。

そこで、今回の分析班では情報伝達過程における「電子化」に伴うエラーに焦点を当て、電子カルテシステムおよびオーダエントリーシステムにおけるエラーの現状について明らかにし、エラーを誘発しにくい設計やエラーを防止できるような仕組みについてのあり方を示すこととした。

3. 電子化に伴うエラーに関する分析

1) 医療機関における情報の電子化の背景および現状

電子カルテの導入に関しては、厚生労働省が平成13年12月に打ち出した保健医療分野の情報化グランドデザイン¹⁾によると、平成18年までに全診療所の6割以上、400床以上の病院の6割以上に普及させるとしている。医療情報の電子化の目的を 情報提供（医療の透明性）、 医療の質の向上・安全性の向上、 医療の効率化（コストダウン）とし、電子カルテ等の普及によって上記目的が達成されることを目指している。しかし、現状では電子カルテシステムの普及率は全国の87.8%の二次医療圏で少なくとも1施設において、また、400床以上の病院の11.7%（99施設）である（平成16年4月厚生労働省医療施設静態調査）。

医療現場における情報の電子化を促進する動きがある一方で、電子カルテシステムおよびオーダエントリーシステム導入における問題点としてシステム間の相互運用性の不足やシステム導入・維持に要する費用負担等の問題や仕様作成の困難さ等が指摘されており、これらのことが普及率の向上を妨げている要因であるという見方もある。

医療情報の電子化の目的である「医療の質の向上・安全性の向上」のためには、医療現場の情報処理をどのように改善すべきか、現在、医療情報の電子化が進んでいる医療施設における問題点を抽出し電子化に伴う情報伝達システムの構築や運用の基準を見直す必要がある。

2) 目的

電子カルテシステムおよびオーダエントリーシステム上のエラーの現状について明らかにし、エラーを誘発しにくい設計やエラーを防止できるような仕組みについて医療機関へ情報を提供することを目的とする。

3) 分析方法

(1) ヒヤリ・ハットの『発生内容』に関する記述コード「情報・記録」に関する事例を抽出し、情報伝達に関連する事例の傾向を見た。

(2) 記述情報 14,620 件のうち 317 件の空白事例を除く 14,303 件を分析対象とし、発生内容の記述にキーワードとして「電子カルテ」、「オーダーリング」、「コンピュータ」、「システム」、「情報伝達」、「指示変更」が含まれる事例を検索した。

(3)(1) および (2) で抽出された事例について以下の業務プロセスに沿って分類し、発生要因について分析した。

オーダー指示出し、情報の共有(指示情報の伝達)、指示受け、情報の共有(処理情報の伝達)、準備、患者確認、実施、実施内容の確認、診療情報管理

4) 用語の定義

電子カルテシステム：処方、検査、画像、給食等のオーダーを行うオーダエントリーシステムと、問診・経過記録・所見等を記載するカルテ部分が、1つのインターフェイスに統合されているもの。厚生労働省の通達「診療録等の電子媒体による保存について」(医薬発第 587 号、平成 11 年 4 月 22 日)に定められた「真正性」「見読性」「保存性」の 3 条件を満たし、すべての診療情報が一元管理され共有されているもの。

オーダエントリーシステム：伝票に替えて端末から、投薬・検査・レントゲン撮影などの各種依頼情報を直接オーダー情報として入力し部門システムに伝達するシステム。

4. 分析結果および考察

1) 収集された記述情報の概要

(1) 対象医療機関は以下のとおりである。

設置主体別にみる医療機関数

設置主体	施設数
国立等	232
自治体	172
公的医療機関	136
社会保険関係	72
法人関係	480
個人	36
その他	133
合計	1,261

(2) 「情報伝達過程」における電子化に関連した事例の概要

記述情報14,303件を分析対象とし、キーワード「電子カルテ」、「オーダーリング」、「コンピュータ」、「システム」、「情報伝達」、「指示変更」で検索した結果、424件が抽出された。このうち「処方」に関するものが69件(16.3%)、「与薬」に関するものが187件(44.1%)であり、従来報告されているヒヤリ・ハットの報告と同様、処方・与薬に関する事例は依然として発生割合が高い。以下、「検査」に関するものが56件(13.2%)、「情報・記録」に関するものが31件(7.3%)であった(表1参照)。「電子カルテ」等のキーワードにより検出された424件(表2参照)について、業務プロセスの各段階で起こるエラーの特徴および背景要因については次節で述べる。

(3) 記述情報コード「情報・記録」のエラーの概要

『発生内容』に関する記述情報コード「情報・記録」に関する事例は14,303件のうち332件であった。この332件についても同様に、業務プロセスに沿ってエラーの発生分布をみると、「診療情報管理」が114件(34.4%)と最も多く、次いで「オーダー・指示出し」43件(13.0%)、「指示受け」43件(13.0%)、「申し送り」39件(11.7%)であった。記述情報コードの「情報・記録」の枠組みの中では、情報伝達過程におけるエラーの報告というよりむしろ、「診療情報管理の記録忘れ」、「記録間違い」等の管理ミスについての報告が多くを占めた。

「診療情報管理」のエラーは、診断や指示のミスに深く関与するため、情報の管理は紙記録、電子記録に関わらず見直しが必要であると考え、電子化に特有のエラーとは別に「診療録の管理」については別途分析することとした。

表1. 発生内容別事例件数

	分類項目	事例数	電子カルテ、オーダーリングに関連する内容 (%)
1	処方	271	69 (16.3)
2	与薬(内服・外用)	2,087	71 (16.7)
3	与薬(注射・点滴)	2,546	116 (27.4)
4	検査	1,297	56 (13.2)
5	情報・記録	332	31 (7.3)
6	食事と栄養	530	22 (5.2)
7	調剤	441	13 (3.1)

* (%)は「電子カルテ」等のキーワードにより検出された424件に対する割合

(4) 電子化により処方指示エラーの改善を期待している事例

『発生要因・背景』、『改善策』の記述内容に「オーダリングが導入されていないから(エラーが)起きた」、「オーダリング導入により改善する」等の記述があった。紙媒体での指示出し、指示受けは業務の煩雑さに加え、転記ミス招くことがエラーにつながると認識しており、その解決策としてオーダリングを導入すれば解決できるという電子化に期待していると思われるような記述内容であった。

2) 業務プロセスから見た電子化特有のエラーの発生状況とその要因

「電子カルテ」等のキーワードにより検出された424件について、業務プロセスの各段階で起こるエラーの特徴および背景要因を以下に示す。

A. 「オーダー・指示出し」の段階でのエラー

「オーダー・指示出し」のエラーどの段階で発見されたのかを業務プロセスに沿って分類すると、「準備」の段階での発見が多かった(17件)。次いで「実施内容の確認」の段階での発見(15件)、「実施」の段階での発見(14件)、「オーダー・指示出し」の段階での発見(11件)、「指示受け」の段階での発見(10件)その他であった。

看護師が患者に薬剤を投与する前に指示簿やワークシートまたはカルテ等で処方内容の確認する段階でオーダーや指示の内容の違いに気付くというケースが多くを占めた。「オーダー・指示出し」のエラーは「準備」、「実施」、「実施内容の確認」の段階で気付くことが多いことから、患者へ実施する前の確認を確実にする方法の検討や、オーダー・指示出しの段階でエラーに気付くような仕組みを設ける必要がある。

以下に「オーダー・指示出し」の段階でのエラーの特徴的な事例について挙げる。

代行入力による誤指示

<例> 医師の指示を看護師や事務職員が代行入力する。

<背景・要因>

医師による手書きの指示をもとに看護師や事務職員がコンピュータに代行入力することによって処方量間違いや検査内容の間違いが起きている。単なる入力ミスが多いが、中には医師からの指示内容の変更を受けた薬局や検査等のコメディカルスタッフがオーダー変更の入力をして、それが誤った内容であったために患者からの「医師からの説明内容と違う」という問い合わせで間違いに気付くというケースもあった。電子カルテシステムではカルテの指示画面を開く時にパスワードや指紋認証などによって指示を行う者の認証が行われ、電子媒体で保存す

るための条件の「真正性」が確保されなければならない。しかし、投薬・検査・レントゲン撮影などの各種依頼情報を直接オーダー情報として入力し部門システムに伝達するオーダエントリーシステムは、電子カルテシステムのような認証行為を必要としないものも多く、容易に代行入力ができるため無責任な指示が起きやすい状況であるといえる。

薬剤の選択間違い

<例>・プルダウンメニューからの類似名薬剤を選択した。

・抗生剤の点耳薬を点眼薬として選択し処方した。

<背景・要因>

プルダウンメニューは利便性を追求した設計である反面、類似薬剤名が並んでいることにより選択ミスを犯し易い状況であるとも言える。入力作業効率を高めるための2文字入力や3文字入力による医薬品候補リストを表示する場合においても、薬剤名の入力文字数を多くすれば特定率が向上することは予測されるが、類似薬剤名の選択ミスが起きないように入力作業とのバランスを考慮する必要がある。

一方、処方オーダエントリーシステムの操作上の違いや、表示違いに不慣れであることによる処方用法等の選択ミスが発生している。例えば、抗生剤の点耳薬を点眼薬として選択するなどの用法選択間違いが挙げられる。用法を誤って選択する可能性の高い点耳薬と点眼薬などは同一の画面に出すのではなく、用法別に画面を選択するような仕組みにするなど入力システム上で間違いに気付くような設計を検討すべきである。

処方量の上限を超えていても入力可能、入力した数値が認識されない

<例>・ニコチン酸アミド散1000mgを1000gとオーダーした。

・14日処方と入力したが4が認識されず1日処方となった。

<背景・要因>

通常あり得ない処方量を受け付けたり、キー入力しても反応しない場合があるなどオーダエントリーシステムの処理能力の低い機種が存在していることが考えられる。

薬剤処方のシステムに細かい項目設定が行われているものもあるが、チェックの判断基準となる標準的データが存在しないことがチェック機能の有用性を大きく制限している。たとえば、処方入力のチェック項目として 最大投与量、最大投与期間、服用中の他剤との重複、服用中の他剤との相互作用等の処方判断をサポートするシステムの改良によって薬物処方の安全性が確保されると考える。

中止の指示が認識されない

- <例>・検査中止の際、検査で使用する薬剤の処方オーダーの取り消しを忘れる。
・継続処方でもオーダーされた薬剤を内服途中で中止する場合、当日の指示は中止として処理されるが、翌日以降の処方が継続されていた。

<背景・要因>

電子記録の画面は情報の一部分しか眺めることができないため、紙記録と違い情報の一覧性が低下する。また、オーダーを行うには幾つもの階層を経なければならず、指示を確認するにも複数枚に渡りオーダーを確認しなければならないという手間がかかる。例えば、検査指示は検査画面でのオーダー入力であり、検査で使用する薬の指示は処方画面でのオーダー入力であるため別々のオーダー画面で確認しなければならないため、検査が中止となった場合は検査薬も中止にするという指示行為が抜ける。検査とそれに必要な薬剤はセット化して、検査の中止の指示が出た場合には、それに必要な薬剤は自動的に削除されるか、これを削除するかどうか尋ねてくる仕組みにするなどの中止の指示が完遂できるような方法を検討すべきである。

B. 「指示情報の共有」および「処理情報の共有」の段階でのエラー

「指示情報の共有」および「処理情報の共有」の段階でのエラーも同様に業務プロセスのどの段階で発見されたかを見ると、「実施」の段階で発見した事例が最も多く（8件）、次いで「指示受け」の段階での発見（2件）、「情報の共有」の段階での発見（2件）、「準備」の段階での発見（2件）、「実施内容の確認」の段階での発見（2件）であった。

以下に「指示情報の共有」および「処理情報の共有」の段階でのエラーの特徴的な事例について挙げる。

指示変更・修正、時間外の指示出しの伝達不十分

- <例> 指示内容の変更が伝達されずに薬剤投与の開始が遅れた。

<背景・要因>

紙媒体による指示では、医師の指示内容を看護師が伝票に書き写す行為があるため看護師が指示内容を把握することができる。しかし、オーダーエントリーシステムでは医師の指示がリアルタイムにデータとして薬剤部や検査部に送信される。そのために、看護師は指示の変更・修正の確認に苦慮しており、指示内容の変更等の確認が不十分であることから投薬内容の変更や検査の準備等の患者への対応が遅れたり、説明が不足することとなる。緊急に患者に伝えなければならないような指示の発生や指示の変更が生じた場合には、指示の変更がリアルタイムに現場の看護師に伝わるような方法を考えるか、あるいは指示が新たに発生し

たり変更された場合は、指示者が責任を持って患者へ対応するなどの運用のルールを明確にする必要がある。

紙媒体と電子媒体の併用による弊害

<例> 救急外来で口頭指示を受け、レントゲン撮影したが、医師がオーダーリングでレントゲン指示を出したため、翌日「実施未」となっていたために重複して撮影してしまった。

<背景・要因>

オーダー入力の指示が実施されていない場合は画面上「未実施」の表示となっている。したがって、紙媒体と電子媒体の指示が併用されている施設ではしばしば起こるケースといえる。指示情報の種類が多くなれば確認事項が増え、業務が煩雑となり新たなミスを起こす可能性が高くなる。

C. 「指示受け」の段階でのエラー

「指示受け」の段階でのエラーも同様に業務プロセスのどの段階で発見されたかをみると、「実施内容の確認」の段階で発見した事例が最も多く（7件）、次いで「実施」の段階での発見（3件）、「指示受け」の段階での発見（1件）、「処理情報の伝達」の段階での発見（1件）、「準備」の段階での発見（1件）、「患者確認」の段階での発見（1件）であった。

以下に「指示受け」段階でのエラーの特徴的な事例について挙げる。

指示をキャンセルしたが指示が継続されていた

<例> 薬剤の指示変更のため修正オーダーをしたが、修正前のオーダー内容で既に薬剤が払い出された。

<背景・要因>

これは薬剤の払い出しから治療・処置内容まで様々なケースで起こりうるが、これまでは看護師が指示内容を確認し、それを「伝票に転記する」という行為によって指示内容の確認ができていた。しかし、オーダーエントリーシステムでは医師の入力操作のみで薬剤部や検査部に瞬時に情報が伝わる。したがって、治療・処置業務に関わる看護師の手間は省略できるが、看護師の監査および確認が抜けることとなる。再度、新たな指示が出たときの知らせ方とキャンセルが徹底されるようなシステムおよび運用について考える必要がある。医師からの指示変更をタイムリーかつ確実に如何に伝えるかについてのシステム上の仕組み、または運用上のルール作りが必要となる。

また、オーダーエントリーシステム上では指示受けのサインが不要であることから、指示受けをしたことの確認および責任の所在が不明確であることも確実な指

示受けを妨げる要因であるといえる。

フリーコメント欄の見落とし

<例> 指示の確認画面上で投薬方法についてのコメントを見落とし、内服量を誤った。

<背景・要因>

フリーコメント欄が一覧できないことが要因となっており、コメントの有無についての表示に気付にくい画面設計であることや、操作方法も統一性に欠けること等が要因となっている。そのため、投与方法などのコメントは省略され、医師から看護師への指示書あるいは口頭での情報伝達が行われることが多い。指示画面上以外に確認する情報（指示書、カルテ、口頭）が散逸していることが、医師から看護師への情報伝達エラーの原因になっている。

D .「準備」の段階でのエラー

「準備」の段階でのエラーも同様に業務プロセスのどの段階で発見されたかをみると、「実施内容の確認」の段階で発見した事例が最も多く（6件）、次いで「実施」の段階での発見（5件）、「準備」の段階での発見（1件）、「患者確認」の段階での発見（1件）であった。

以下に「準備」の段階でのエラーの特徴的な事例について挙げる。

途中の指示変更気付かず調剤内容を間違った

<例> ワークシートの情報だけを確認しながら薬剤の準備をしたために途中の指示変更気付かなかった

<背景・要因>

ワークシートを出力した後に医師が指示を変更した場合、指示内容との不整合が起こる。まず、ワークシートと指示内容の整合を確かめる必要がある。

また、ワークシートの印字の見づらさも業務に影響するものと思われる。業務内容毎に必要な情報の最も見やすいレイアウト表示が自由にできるかどうかも重要である。例えば、部屋毎もしくは日付順にソートができるかどうか、ページをまたがって印字されたために見づらくなっていないかなどの出力情報は業務の効率を左右する重要なファクターである。

3) 診療録の管理に関するエラー

電子カルテシステムおよびオーダエントリーシステムにおける医療情報の電子化におけるエラー以外にレントゲン等のフィルム管理についてのエラーも多く報告されていたことから、フィルム管理における問題点についても取り上げる。

『発生内容』に関する記述情報コード「情報・記録」に関する事例は14,303件のうち332件であり、そのうち約3割が「診療情報管理」に関連するエラーであった。特に、フィルムの管理の不徹底が挙げられる。

具体的には、レントゲン撮影終了後にフィルムに患者名を間違えて入力した事例やシャーカステンに同時に複数の患者のフィルムを並べて読影するためにレントゲン袋へ収納する時の収納間違いを起こす、また、フィルムを紛失したというケースが多かった。

フィルム管理の問題点としては、診療科毎の管理であること、病棟と外来の両方で管理であることなどカルテとフィルムの管理が連動していないことが挙げられる。各診療科での貸し出し・返却についての管理が曖昧でありフィルムの紛失の要因となっている。また、管理する者の責任も不明確である。レントゲン、CT、MRI等の管理は診療録と同等の取り扱いで慎重かつ確実な管理方法の確立が必要である。

5. まとめ

今回報告された事例は電子カルテシステムのなかでもオーダエントリーシステムに関するエラーが圧倒的に多かった。

また、改善策の「オーダリング導入により改善すると思われる」というコメントがいくつか挙がっていたことから医療現場における電子化に対する期待が大きいことが推測できる。電子化によって解決されるものもあれば電子化に伴って起こる課題もあることを認識しておくべきである。電子化によって現在の課題が解決されるのではなく、電子カルテシステム等の「システムにより実現する機能」と「運用により実現する機能」について理解することが重要となる。各医療機関においては、導入にあたって業務内容を整備し運用について十分検討することが望まれる。

今回の分析により電子化によって起こるエラーを分析したが、電子化導入に際しての注意点およびソフトの安全基準をシステムと運用の面から以下にまとめる。

1) システムに関する問題

類似名称の薬剤を選択するという処方入力ミスが多いことから、類似薬剤名が並んでおり利便性を追求した設計である反面、選択ミスを犯し易い状況もある。薬剤名の入力文字数を多くすれば特定率が向上することは予測されるが、入力作業とのバランスを考慮する必要がある。

薬剤の最大処方量や診療報酬上の処方日数の上限を超える入力を制限する、また、服用中の他剤との重複や服用中の他剤との相互作用等の処方判断をサポートする等システムの改良によって薬物処方の安全性が確保される。

検査時に使用する薬剤を検査の中止とともに自動的に中止することができたり、継続処方薬の中止を一日中止すれば翌日以降にも中止が反映されるような設計であれば、オーダーの中止を忘れることを防ぐことが可能である。この問題は、指示内容を一覧できないことがひとつの要因となっているため、画面の見易さやオーダー画面のチェック方法など検討する必要がある。

薬剤や検査についての注意事項としてフリーコメント欄があるが、画面上見落としやすい位置に配置されているものがあり、注意喚起できるような画面上の配置を考慮した設計が望ましい。

2) 運用に関する問題

コンピュータ入力における指示は紙媒体での指示と違い、指示者の署名を必要としないために代行入力等が起こりうる。そのため、オーダーエントリーシステム運用に際しては情報の発生源管理を徹底して行い、電子媒体で保存するための条件の「真正性」の確保に努める必要がある。

指示内容の変更や時間外のオーダーは、看護師が指示内容をチェックする間もなく直接薬剤部や検査部、栄養部に指示が伝わるために、看護師が指示内容を遂行できないということが起こりうる。指示変更や時間外指示の際は誰もが気付くようにサインを示すなどのルール作りが必要である。

一方、処方内容や検査内容の確認の際は、ワークシートに頼らずにオーダー画面を確認することや読みやすい指示書のレイアウトを考慮して印刷を行う等、確認作業を確実にするとともに作業の負担を軽減する工夫が必要である。

参考

- 1) 「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン 最終報告」、厚生労働省保健医療情報システム検討会、平成13年12月
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/s1226-1a.html>

表2. 情報伝達に関連するエラー:424件の分析

実施の確認			
診療情報管理			
	プロセス	発生しうるエラーまたはエラーにつながる事象	電子化に関するエラー(件数)
オーダー・指示出し	指示に関する意思決定	誤った情報(記録)に基づく意思決定	
	ログイン	違うIDでのログイン、入力者不明(真正性が揺らぐ)	7
	当該患者の画面を開く	違う患者のIDを入力	4
	情報の入力(所見)	誤った情報(部位の間違い等)の記録	
	オーダー入力(指示)	日程・時間の誤り、投与方法の誤り、類似名称の薬剤が列記されているために選択間違い、同じ薬剤名で形状の違うものを選択、禁忌薬剤の組み合わせ入力、定期(継続)処方中止忘れ、前回処方内容が再度実行される、処方変更が直ちに修正されず調剤される、外来受診者が同日入院となった時の会計処理不十分、入院患者が外来受診した時の会計処理不十分、検査オーダーと使用する薬剤の処方画面は別画面であることによる整合性の確認不足、中止指示入力忘れ	110
	患者の画面を閉じる	前の患者の画面を開いたまま次の患者の指示に移行	3
	ログアウト	ログインの放置	
情報の共有	指示情報の伝達	指示が出たこと(指示を出したこと)を他者に伝達忘れ、伝達間違い、伝達不十分、指示の遅れ、時間外の指示出し、指示変更の連絡不十分	12
指示受け	指示が出たことの認識	緊急に実施すること、または中止・延期が徹底されない、薬剤の使用目的(検査なのか治療なのか)の認識エラー、フリーコメント欄の見落とし	19
	オーダー内容監査	患者状態と指示内容との不整合、処方箋・注射箋監査間違い、検査オーダーと使用する薬剤の処方は別画面であることによる整合性の確認不足	2
	電子カルテと指示簿、ワークシートとの照合	電子カルテの情報と指示簿またはワークシートの内容不整合、緊急性の高い指示の処理の遅延	16
情報の共有	処理情報の伝達	処理した指示(情報)の伝達忘れ、伝達間違い、伝達不十分	7
準備	オーダー内容と患者へ提供する行為(薬剤や検査容器、検査の説明内容等)との照合	患者間違い、数量間違い、規格間違い、調剤・製剤間違い、処方内容と薬袋の表示の間違い、検体容器の選択間違い	13
	提供時間(日時)の確認	実施日時間違い、追加・変更指示の修正不十分	3
患者確認	患者(ID、氏名、性別、年齢)確認	患者間違い	
	オーダー内容と患者提供物との照合	誤薬投与、誤った検査内容(検査部位)	
実施	実施、実施のサイン	患者間違い、実施内容間違い、未実施、実施忘れ、実施済み入力忘れ	1
実施内容の確認	投薬内容の確認、検査結果(血液検査データ、画像データ)の確認	診断の誤り、検査結果の誤送信・送信忘れ	4
診療情報管理	記録、実施後の伝票の処理(カルテ貼付、フィルム管理)	結果記入(入力)間違い、記録忘れ、患者間違い(カルテ、レントゲンの保存)、他院への情報提供の内容間違い	9