

医療事故情報収集等事業 第10回報告書

平成19年9月18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10回報告書の公表にあたって	3
I 医療事故情報収集等事業の概要	5
1 医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例収集の経緯	5
2 医療事故情報収集・分析・提供事業の概要	7
【1】事業の目的	7
【2】医療事故情報の収集	7
【3】医療事故情報の分析・公表	9
3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の概要	10
【1】事業の目的	10
【2】ヒヤリ・ハット事例情報の収集	10
【3】ヒヤリ・ハット事例情報の分析・提供	12
II 報告の現況	13
1 医療事故情報収集・分析・提供事業	13
【1】登録医療機関	13
【2】報告件数	15
【3】報告義務医療機関からの報告の内容	18
2 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業	40
【1】登録医療機関	40
【2】報告件数	41
【3】全般コード化情報	42
【4】記述情報	55

III 医療事故情報等分析作業の現況 57

1 概況	57
【1】分析対象とするテーマの選定状況	57
【2】分析対象とする情報	57
【3】分析体制	57
【4】事故事例に対する追加調査	58
2 個別のテーマの検討状況	59
【1】薬剤に関連した医療事故	59
【2】医療機器の使用に関連した医療事故	89
【3】医療処置に関連した医療事故	103
【4】小児患者の療養生活に関連した医療事故	113
【5】ヒヤリ・ハット事例情報データベース	126

IV 共有すべき医療事故情報 141

【1】「共有すべき医療事故情報」	141
【2】再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」	142

参考 医療安全情報の提供 145

【1】事業の目的	145
【2】主な対象医療機関	145
【3】提供の方法	145
【4】医療安全情報	146
資料1 医療事故防止センター 運営委員会名簿	152
資料2 医療事故防止センター 総合評価部会名簿	153
資料3 報告義務対象医療機関一覧	154
資料4 参加登録申請医療機関一覧	160
資料5 医療事故情報報告様式	165
資料6 ヒヤリ・ハット事例報告様式	172
資料7 ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧	182

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

当機構では、国民の医療に対する信頼の確保及び医療の質の向上を図ることを目的として、当事業や病院機能評価事業など様々な取り組みを行っております。その中でも、医療安全の推進や医療事故防止の分野に関しては、医療機関のみならず国民の期待や関心が特に高まっているものと考えており、当機構の実施する事業において積極的に取り組んでいるところです。

その中で、当機構医療事故防止センターでは、平成16年度より医療事故防止と医療安全の推進を目的として医療事故情報やヒヤリ・ハット事例収集などを行う医療事故情報収集等事業を実施しております。中立的第三者機関として、当機構では、収集した医療事故等の情報やその集計、分析の結果を報告書として取りまとめ、医療従事者、国民、行政機関等広く社会に対して、定期的な報告書や年報、そしてファックスによる月に1回程度情報提供を行っている医療安全情報として公表しており、その内容は当機構のホームページにおいて、どなたでもご覧いただけるような形で掲載しております。医療安全の推進のため、平素より当事業において医療事故情報やヒヤリ・ハット事例等の情報提供をしていただき、ご協力いただいております医療機関の皆様や、関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

当事業における報告書の公表は、今回が10回目になります。これまでも報告書に対し医療事故の件数や内容に関するお問い合わせや報道など多くの反響があり、医療安全の推進や医療事故防止に関する社会的関心が依然として高いことを実感しております。今後とも皆様にとって有用な情報提供となるよう報告書の内容の一層の充実に努めてまいりたいと思っておりますので、ご指導、ご鞭撻の程お願い申し上げます。

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

第10回報告書の公表にあたって

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

当センターでは、平成16年10月より医療事故の発生防止及び再発の予防を目的として医療事故情報収集等事業開始しました。

医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の収集、分析は、日々進歩する医療における安全文化の醸成のために行うものです。そのために、多くの情報を幅広く収集することを基盤として、それらの情報を医療安全の推進のために活用することが重要です。安全文化の醸成の観点からは、報告件数が増えることをもって、医療事故やヒヤリ・ハット事例の発生が増えた、つまり、医療機関における安全性が低くなったと捉えることは、必ずしも当を得ていないものと考えます。

医療機関からご報告いただくことが、当事業の基盤であることから、当事業にご参加いただき、医療事故情報やヒヤリ・ハット事例をご報告していただいている医療機関の皆様には、心より感謝申し上げます。今後とも、本報告書をお読みいただく皆様へ、我が国の医療事故やヒヤリ・ハット事例に関する一層適切な情報提供を行っていくために、当事業にご参加していただいている医療機関の皆様に対しては、該当事例が発生した場合は事業要綱等に則して適切にご報告いただくようお願い致します。

今回は平成19年4月～6月までにご報告頂いた医療事故情報と、平成19年1月～3月に発生したヒヤリ・ハット事例のご報告を取りまとめた第10回報告書を公表致します。個別テーマには、従来から取り上げている「薬剤に関連した医療事故」、「医療機器に関連した医療事故」、「医療処置に関連した医療事故」に加え、今回新たに、「小児患者の療養生活に関連した医療事故」を取り上げました。本報告書の内容を医療機関において、管理者、医療安全の担当者、医薬品の安全使用のための責任者、医療機器の安全使用のための責任者及びその他の職員の皆様の間で情報共有していただくことにより、病院内における医療安全推進にお役に立て頂ければ大変幸いに存じます。

本年8月10、11日には、「第3回 医療事故の報告と分析に関する研修会」を開催致しました。事業の趣旨の周知や成果物の活用、医療事故の分析法の演習等を学ぶことのできる内容としております。参加の希望が多いため、毎回抽選となりご迷惑をおかけしておりますが、事業開始後の参加者数は約300名となりました。引き続き同様な研修会を一層充実した内容で行っていくこととしております。

また、平成18年12月より、従来報告書において取り上げた事例のうち、特に周知すべき情報を取りまとめた医療安全情報を作成し、当事業に参加している医療機関を始めとする3000余の医療機関に対し、ファックス等により情報提供するとともに、当機構のホームページにも掲載しておりますので併せてご活用ください。

今後とも当事業報告書がわが国の医療事故防止、医療安全の推進に資するよう、報告書の内容の充実と一層有効な情報提供に取り組んでまいりますので、皆様のご理解とご協力を心よりお願い申し上げます。

I 医療事故情報収集等事業の概要

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

本事業は、医療事故情報収集・分析・提供事業とヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の2つの事業より構成されており、以下にそれらの事業における情報収集の概要を述べる。

1 医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例収集の経緯

ヒヤリ・ハット事例収集の経緯

厚生労働省では、平成13年10月から、ヒヤリ・ハット事例を収集・分析し、その改善方策等医療安全に資する情報を提供する「医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例収集事業）」を開始した。事業開始当初、医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構（現（独）医薬品医療機器総合機構）が参加医療機関からヒヤリ・ハット事例を収集したのち厚生労働省へ報告し、厚生労働省の研究班が集計・分析を行う枠組みとなっていた。この枠組みに従って第1回から第10回までのヒヤリ・ハット事例収集が行われ、厚生労働省より集計結果の概要を公表する等、収集したヒヤリ・ハット事例に基づく情報提供が行われた。^(注1)

平成16年度からは、当機構が医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構（現（独）医薬品医療機器総合機構）よりヒヤリ・ハット事例の収集事業を引き継ぎ、第11回以降のヒヤリ・ハット事例収集を行っている。集計結果や分析は、当機構のホームページにおいて公表している。^(注2)

医療事故情報収集の経緯

平成14年4月、厚生労働省が設置した医療安全対策検討会議が「医療安全推進総合対策」^(注3)を取りまとめ公表した。同報告書は、平成13年10月から既に開始された医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例収集事業）に関し、「事例分析的な内容については、今後より多くの施設から、よりの確な分析・検討結果と改善方策の分析・検討結果を収集する体制を検討する必要がある。」と述べるとともに、医療事故事例に関してもその収集・分析による活用や強制的な調査・報告の制度化を求める意見を紹介しつつ、医療事故の報告に伴う法的な問題も含めてさらに検討する必要があると述べた。

(注1) 厚生労働省ホームページ「医療安全対策について」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/index.html>) 参照。

(注2) 財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集・分析・提供事業」に関するホームページ (<http://jqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>) 参照。

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

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

その後、厚生労働省が平成16年9月21日付で医療法施行規則の一部を改正する省令^(注1)を公布し、特定機能病院等に対して医療事故の報告を義務付けた。当機構は、平成16年10月1日に厚生労働大臣の登録を受け当該省令に定める事故等分析事業を行う登録分析機関となった。

当機構における事業の経緯

平成16年7月1日、当機構内に医療事故防止センターを附設し、平成19年10月7日、法令に基づく医療事故情報の収集を開始した。その後、当センターでは、当センターの運営委員会^(注2)の方針に基づいて、ヒヤリ・ハット事例、医療事故情報を併せて総合的に分析を行うこととし、専門家により構成されている総合評価部会^(注3)において報告書を取りまとめている。

平成18年12月からは、医療事故情報収集等事業で収集した情報に基づき、特に周知すべき情報を提供し、医療事故の発生予防、再発防止を促進することを目的として、医療安全情報の提供事業を開始した。この医療安全情報についても、総合評価部会において取りまとめ提供している。

また、平成19年4月1日より、医療事故情報収集等事業の事業運営をより円滑に行うため、「医療事故情報収集等事業要綱」^(注4)に基づいて事業を実施することとした。この事業要綱は、事業開始時の経緯により医療事故情報収集・分析・提供事業とヒヤリ・ハット収集事業の事業要綱が別々に存在していたことから、これらひとつに取りまとめるとともに、医療事故情報収集等事業で実際に実施している、あるいは実施する予定であるが事業要項に明示的に盛り込んでいなかった事項を追加したものである。

現在、当該事業要綱に基づいて、報告書・年報・医療安全情報を当該事業に参加している医療機関、関係団体、行政機関等に送付するとともに、当機構のホームページ^(注5)へ掲載することにより広く社会に公表している。

(注1) 厚生労働省令第133号。

(注2) 医療全般、安全対策等の有識者や一般有識者等で構成され、当センターの活動方針の検討及び活動内容の評価等を行っている。資料1「医療事故防止センター 運営委員会名簿」参照。

(注3) 各分野からの専門家等で構成され、報告書を総合的に評価・検討している。また、分析手法や方法等に関する技術的支援も行っている。資料2「医療事故防止センター 総合評価部会名簿」参照。

(注4) 「医療事故情報収集等事業要綱」(<http://jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/med-safe/youkou.pdf>) 参照。

(注5) 財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集・分析・提供事業」に関するホームページ (<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>) 参照。

2 医療事故情報収集・分析・提供事業の概要

【1】事業の目的

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

【2】医療事故情報の収集

(1) 対象医療機関

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

i) 報告義務対象医療機関^(注1)

- 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
- ② 独立行政法人国立病院機構の開設する病院
- ③ 学校教育法に基づく大学の附属施設である病院（病院分院を除く）
- ④ 特定機能病院

ii) 参加登録申請医療機関^(注2)

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

(2) 医療事故事例として報告していただく情報

報告の対象となる医療事故情報は次の通りである。

- ① 誤った医療または管理を行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例。
- ② 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例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る。）
- ③ ①及び②に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例。

(注1) 国立高度専門医療センター、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構の開設する病院、学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学の附属施設である病院（病院分院を除く）、特定機能病院に対して、厚生労働省は平成16年12月31日付で医療法施行規則の一部を改正する省令（平成16年厚生労働省令第133号）を公布し、医療事故事例の報告を義務付けた。

資料3「報告義務対象医療機関一覧」参照。

(注2) 資料4「参加登録申請医療機関一覧」参照。平成19年より参加登録申請医療機関名を公表することとした。

また、以下の項目を医療事故情報収集等事業要綱 第九条の2^(注1)に基づき、特に報告を求める事例と定め、報告を求めることとした。

特に報告を求める事例

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

(3) 報告方法及び報告期日

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う。また、報告は当該事故が発生した日若しくは事故の発生を認識した日から原則として二週間以内に行わなければならない。

(4) 報告形式

報告形式は、コード選択形式と記述形式である^(注2)。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。

(注1) 医療事故情報収集等事業要綱 第九条の2 当センターは、前項の各号に規定する事故の範囲に該当する事例に関する情報を適切に収集するために、必要な報告項目を定めることができる。

(注2) 資料5「医療事故情報報告様式」参照。

(5) 医療事故報告システムの改良

事故報告の受付システムについて、これまでの運用実績を踏まえ、また新たに取りまとめた「医療事故情報収集等事業要綱」に適応させるため、以下の改良を行うこととし、ソフトウェア開発を行った。変更点は次のとおりである。

- ① 「発生年」の項目追加
報告日を基準に「当年」・「前年」・「それ以前」のいずれかを選択
- ② 「事故の治療の程度」の項目追加
事故により追加的に発生した患者への治療の程度について「濃厚な治療」・「軽微な治療」・「なし」のいずれかを選択
- ③ 「特に報告を求める事例」の項目追加
選択肢より該当の項目を選択
- ④ 「事故の程度」の選択肢の内容の変更
「事故の程度」の選択肢に「障害残存の可能性なし」、「障害なし」が追加
- ⑤ 「再発防止に資する（警鐘的）事例」の項目の削除

なお、新しいシステムの運用については、報告書取りまとめの時期を考慮し、平成19年7月から運用を開始することとした。

【3】医療事故情報の分析・公表

(1) 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。

(2) 集計・分析結果の公表

本報告書及び財団法人日本医療機能評価機構ホームページ^(注1)を通じて、関係者や国民に情報提供している。

(注1) 財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集・分析・提供事業」に関するホームページ (<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>) 参照。

3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の概要

【1】事業の目的

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

【2】ヒヤリ・ハット事例情報の収集

(1) 対象医療機関

対象医療機関は、参加申請を行った参加登録医療機関である。

(2) ヒヤリ・ハット事例として報告していただく情報

i) 報告の対象となるヒヤリ・ハット事例

- ① 誤った医療行為等が、患者に実施される前に発見された事例。
- ② 誤った医療行為等が実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった事例。
- ③ 誤った医療行為等が実施され、その結果、軽微な処置・治療を要した事例。

ii) 「全般コード化情報」と「記述情報」を収集する医療機関

ヒヤリ・ハット事例は「全般コード化情報」と「記述情報」の2種類の情報より構成され、それぞれの情報を収集する医療機関が異なっている。以下にそれらの情報内容及びそれらの情報を収集する医療機関の相違について述べる。

① 全般コード化情報

収集期間中に発生した全てのヒヤリ・ハット事例を、発生場面や発生内容等に関する情報をコード表に基づいた報告様式^(注1)に則り収集する。

なお、全般コード化情報は、定点医療機関^(注2)からのみ収集する。

② 記述情報

医療安全対策を推進する観点から、広く情報提供することが重要であるとする事例について、発生要因や改善方策等を「記述情報」の報告様式に則り報告していただく。

「記述情報」は、すべての参加登録医療機関から収集し、次のa、bに該当する事例が対象となる。

(注1) 資料6「ヒヤリ・ハット事例報告様式」参照。

(注2) 定点医療機関とは、ヒヤリ・ハット事例収集等事業の参加登録医療機関の中から「全般コード化情報」の提供に協力の得られた医療機関をいう。病院規模及び地域に偏りのないように抽出し、平成19年6月30日現在、245施設の協力を得ている。
資料7「ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧」参照。

- a) 収集期間（収集回）毎に定められたテーマ^(注1)に該当する事例（図表 I - 1）
- b) a) で定めたテーマに関わらず常時収集対象となる事例
- イ) もしその行為が実施されていたら、あるいはその事象の発生に気付かなければ、患者が死亡若しくは重篤な状況に至ったと考えられる事例
- ロ) 新規薬剤導入時などに発生した名称や形状に関連する事例、医療機器の誤操作など、薬剤・医療機器・医療用具等に由来する事例^(注2)
- ハ) その他、医療機関内で安全管理担当者が十分に精査を行ったうえで、その事例の報告を行うことが医療安全の向上に貢献すると判断する事例

図表 I - 1 収集回毎に定められた記述情報収集テーマ

収集回	発生月	テーマ
第 23 回	平成 19 年	<ul style="list-style-type: none"> ○ドレーンの挿入、留置および管理に関する事例 (自然抜去、自己抜去を除く) ○入院時の患者持参薬の管理に関連する事例 ○輸液ポンプ、シリンジポンプに関連した事例 (機種等とともに早期に発見できた理由、工夫や取り組みを記載) ○小児患者に関連した事例
	1 月～ 3 月	
第 24 回	4 月～ 6 月	<ul style="list-style-type: none"> ○ドレーンの挿入、留置および管理に関する事例 (自然抜去、自己抜去を除く) ○入院時の患者持参薬の管理に関連する事例 ○輸液ポンプ、シリンジポンプに関連した事例 (機種等とともに早期に発見できた理由、工夫や取り組みを記載) ○小児患者に関連した事例
第 25 回	7 月～ 9 月	<ul style="list-style-type: none"> ○入院時の患者持参薬の管理に関連する事例 ○輸液ポンプ、シリンジポンプに関連した事例 (機種等とともに早期に発見できた理由、工夫や取り組みを記載) ○小児患者に関連した事例 ○リハビリテーション中に起きた事例 (理学療法士、作業療法士、言語療法士に関連した事例)

(注 1) 医療事故の個別のテーマに関する分析に役立てるために、ヒヤリ・ハット事例収集の対象事例のテーマを設定し、収集期間を設けて報告していただいている。

(注 2) 医薬品・医療用具・諸物品が要因と考えられる事例については、併せて事例に関連した薬剤（販売）名、規格単位等の情報を提供していただく。

(3) 報告方法

報告方式は① Web 報告方式と② 指定フォーマット（CSV形式）報告方式の2つである。参加登録申請の際にいずれかの方式を選択する。

(4) 報告形式

報告形式は、コード選択形式と記述形式である^(注1)。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。

【3】ヒヤリ・ハット事例情報の分析・提供

(1) 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。

(2) 結果の提供

本報告書及び財団法人日本医療機能評価機構ホームページ^(注2)^(注3)を通じて、関係者や国民に情報提供している。

(注1) 資料6「ヒヤリ・ハット事例報告様式」参照。

(注2) 財団法人日本医療機能評価機構「ヒヤリ・ハット事例収集事業」に関するホームページ(<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>)参照。

(注3) ヒヤリ・ハット事例（重要事例）情報データベース構築・公開事業ホームページ (<http://www2.hiyari-hatto.jp/hiyarihatto/index.jsp>) 参照。

II 報告の現況

1 医療事故情報収集・分析・提供事業

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とに大別される。今回の報告書の集計は、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、平成19年4月から6月の集計値と平成19年の累計値と並列して掲載を行った。

【1】登録医療機関

(1) 報告義務対象医療機関数及び参加登録申請医療機関数

平成19年6月30日現在、医療事故情報収集・分析・提供事業に参加している医療機関数は以下の通りである。

図表Ⅱ-1-1 報告義務対象医療機関数及び参加登録申請医療機関数

開設者		報告義務対象 医療機関	参加登録申請 医療機関 ^(注)
国	国立大学法人等	47	—
	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	—
	独立行政法人労働者健康福祉機構	—	1
自治体	都道府県	2	7
	市町村	—	27
	公立大学法人	8	—
	地方独立行政法人	1	—
自治体以外の公的 医療機関の開設者	日本赤十字社	—	49
	恩賜財団済生会	—	4
	厚生農業協同組合連合会	—	5
	国民健康保険団体連合会	—	1
	全国社会保険協会連合会	—	36
	厚生年金事業振興団	—	1
	船員保険会	—	0
共済組合及びその連合会	—	7	
法人	学校法人	49	7
	医療法人	—	95
	公益法人	—	15
	会社	—	7
	その他法人	—	5
個人		—	12
合計		274	279

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

(2) 参加登録申請医療機関における登録件数の推移

平成19年4月1日から同年6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。

図表 II - 1 - 2 参加登録申請医療機関の登録件数

	平成19年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
参加登録申請 医療機関数	2	0	4	0	1	3	—	—	—	—	—	—
登録取下げ 医療機関数	31	0	0	0	0	0	—	—	—	—	—	—
累 計	271	271	275	275	276	279	—	—	—	—	—	—

【2】報告件数

(1) 月別報告件数

平成19年4月1日から同年6月30日までの報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関の月別報告件数は以下の通りである。

図表Ⅱ-1-3 報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関の月別報告件数

	平成19年												合計
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
報告義務対象 医療機関報告数	80	117	74	85	128	96	—	—	—	—	—	—	580
参加登録申請 医療機関報告数	8	11	19	35	29	7	—	—	—	—	—	—	109
報告義務対象 医療機関数	273	273	273	273	273	274	—	—	—	—	—	—	—
参加登録申請 医療機関数	271	271	275	275	276	279	—	—	—	—	—	—	—

(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

平成19年6月30日現在の報告義務医療機関の平成19年4月1日から同年6月30日までの報告医療機関数および報告件数と、過去の報告医療機関数及び報告件数を開設者別に集計したものを図表Ⅱ-1-4に、病床規模別に集計したものを図表Ⅱ-1-5に示す。また、同期間内における医療機関別報告件数を集計したものを図表Ⅱ-1-6に示す。尚、報告義務医療機関は事業開始後にいくつかの医療機関において報告義務の新規認定や医療機関の廃止等の変更が行われているため、他の図表と数値が一致しないところがある。平成19年6月30日現在報告義務対象医療機関の数は274施設、病床数合計は14万8,042床である。

図表Ⅱ-1-4 開設者別報告義務対象医療機関の報告医療機関数及び報告件数

開設者	医療機関数 (平成19年 6月30日現在)	報告医療機関数		報告件数		
		平成19年 4月～6月	平成19年 1月～6月	平成19年 4月～6月	平成19年 1月～6月	
国	国立大学法人等	47	24	32	65	115
	独立行政法人国立病院機構	146	62	79	144	252
	国立高度専門医療センター	8	3	4	6	19
	ハンセン病療養所	13	3	4	5	7
自治体	都道府県	11	3	6	4	10
	市町村					
	公立大学法人					
	地方独立行政法人					
法人	学校法人	49	12	22	85	177
(再掲)	特定機能病院	81	38	58	138	280
合計		274	107	147	309	580

図表Ⅱ - 1 - 5 報告義務対象医療機関の報告件数

開設者		報告件数
		平成16年10月 ～平成19年6月
国	国立大学法人等	754
	独立行政法人国立病院機構	1,096
	国立高度専門医療センター	149
	ハンセン病療養所	34
自治体	都道府県	75
	市町村	
	公立大学法人	
	地方独立行政法人	
法人	学校法人	1,105
(再掲)	特定機能病院	1,893
合 計		3,213

図表Ⅱ - 1 - 6 病床規模別報告義務対象医療機関の報告医療機関数及び報告件数

病床数	医療機関数	報告医療機関数		報告件数	
		平成19年 4月～6月	平成19年 1月～6月	平成19年 4月～6月	平成19年 1月～6月
0～19床	0	0	0	0	0
20～49床	14	1	1	4	7
50～99床	6	0	0	0	0
100～149床	4	0	0	0	0
150～199床	8	2	5	2	9
200～249床	12	2	3	3	6
250～299床	18	10	12	15	31
300～349床	25	11	12	27	40
350～399床	18	8	10	18	31
400～449床	25	12	15	26	40
450～499床	14	2	3	3	6
500～549床	13	8	10	18	38
550～599床	12	4	5	26	32
600～649床	26	11	14	25	54
650～699床	8	3	5	7	18
700～749床	12	8	9	18	34
750～799床	3	1	2	3	4
800～849床	12	6	9	15	26
850～899床	4	2	4	6	10
900～999床	10	4	6	8	16
1000床以上	30	12	22	85	178
合 計	274	107	147	309	580

図表Ⅱ - 1 - 7 報告件数別報告義務対象医療機関数

報告件数	平成 19 年 4 月～6 月	平成 19 年 1 月～6 月
0	167	127
1	42	46
2	28	31
3	11	19
4	12	19
5	3	7
6	4	4
7	0	5
8	2	3
9	0	2
10	0	3
11～20	4	7
21～30	1	0
31～40	0	0
41～50	0	0
51～100	0	1
101～150	0	0
151～200	0	0
200 以上	0	0
合 計	274	

② 参加登録申請医療機関の報告状況

平成 19 年 6 月 30 日現在の参加登録申請医療機関の平成 19 年 4 月 1 日から同年 6 月 30 日までの報告医療機関数および報告件数と、過去の報告医療機関数および報告件数を開設者別に集計したものを図表Ⅱ - 1 - 7 に示す。

図表Ⅱ - 1 - 8 参加登録申請医療機関の報告医療機関数及び報告件数

開設者	登録数 (平成 19 年 6 月 30 日現在)	報告医療機関数		報告件数	
		平成 19 年 4 月～6 月	平成 19 年 1 月～6 月	平成 19 年 4 月～6 月	平成 19 年 1 月～6 月
国	1	0	0	0	0
自治体	34	4	8	10	23
公的医療機関	103	4	8	6	15
法 人	129	13	17	55	71
個 人	12	0	0	0	0
合 計	279	21	33	71	109

図表Ⅱ - 1 - 9 参加登録申請医療機関の報告件数

開設者	報告件数
	平成 16 年 10 月～平成 19 年 6 月
国	0
自治体	55
公的医療機関	108
法 人	268
個 人	0
合 計	431

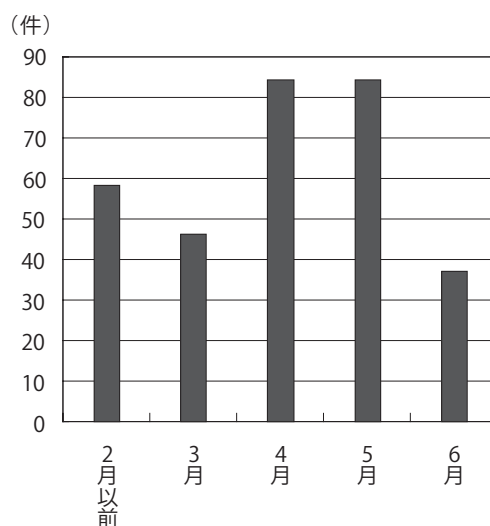
【3】 報告義務医療機関からの報告の内容

平成19年4月1日から同年6月30日までの報告義務対象医療機関からの医療事故報告の内容は以下の通りである。

なお、各表の項目名は医療事故情報報告様式（資料5参照）のコード表記に準じている。

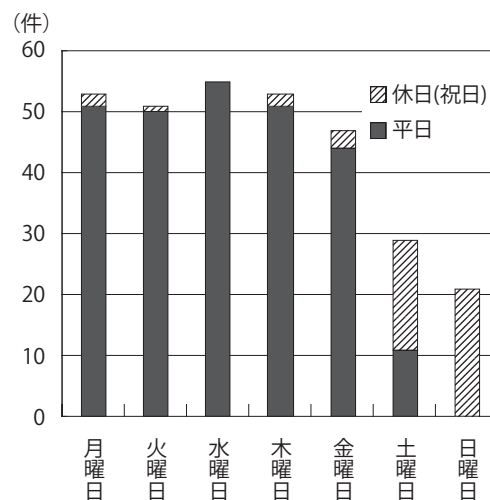
図表Ⅱ-1-10 発生月

発生月		件数
平成19年	2月以前	59
	3月	46
	4月	84
	5月	84
	6月	36
合計		309



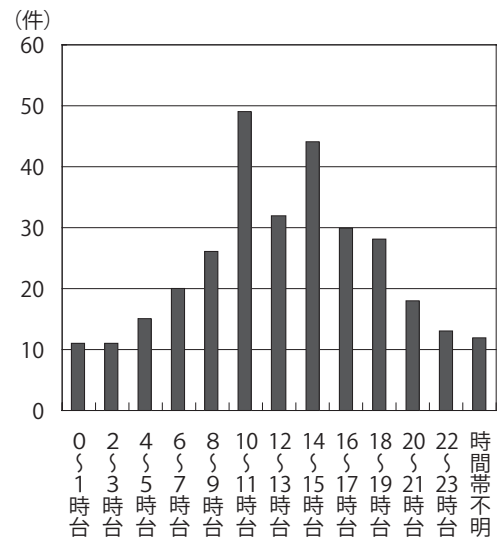
図表Ⅱ-1-11 発生曜日・曜日区分

発生曜日	平日	休日(祝日)	合計
月曜日	51	2	53
火曜日	50	1	51
水曜日	55	0	55
木曜日	51	2	53
金曜日	44	3	47
土曜日	11	18	29
日曜日	0	21	21
合計	262	47	309



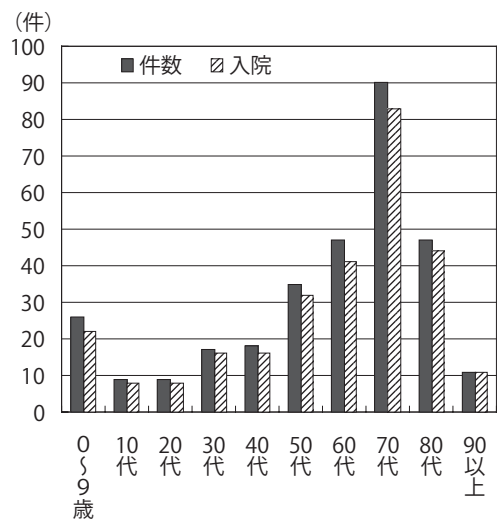
図表Ⅱ - 1 - 1 2 発生時間帯

発生時間帯	件数
0～1時台	11
2～3時台	11
4～5時台	15
6～7時台	20
8～9時台	26
10～11時台	49
12～13時台	32
14～15時台	44
16～17時台	30
18～19時台	28
20～21時台	18
22～23時台	13
時間帯不明	12
合計	309



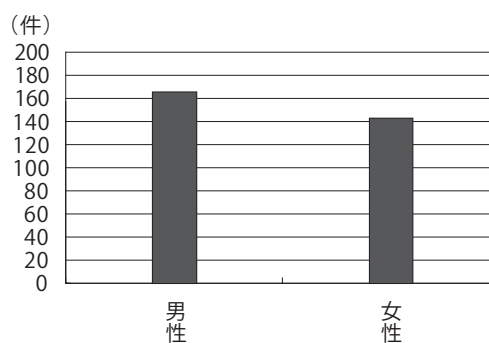
図表Ⅱ - 1 - 1 3 患者の年齢

患者の数	患者の年齢	件数	入院患者
1人	0～9歳	26	22
	10代	9	8
	20代	9	8
	30代	17	16
	40代	18	16
	50代	35	32
	60代	47	41
	70代	90	83
	80代	47	44
	90以上	11	11
	合計	309	281
複数	合計	0	0
総計		309	281



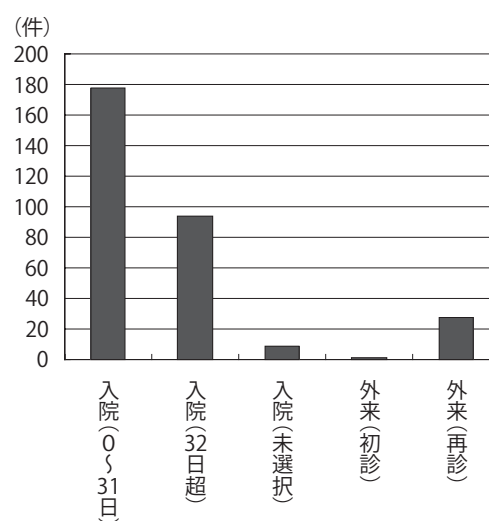
図表Ⅱ-1-14 患者の性別

患者の数	性別	件数
1人	男性	166
	女性	143
	合計	309
複数	合計	0
総計		309



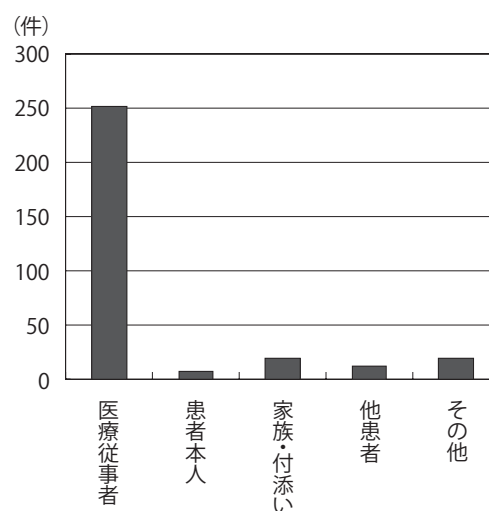
図表Ⅱ-1-15 入院・外来の区分・入院期間

入院・外来の区分		合計
入院	入院期間0～31日	178
	入院期間32日超	94
	未選択	9
	合計	281
外来	初診	1
	再診	27
	合計	28
総計		309



図表Ⅱ-1-16 発見者

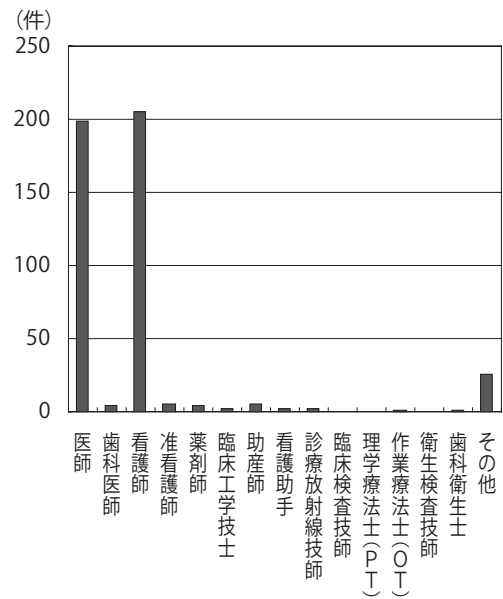
発見者	件数
医療従事者	252
患者本人	7
家族・付添い	19
他患者	11
その他	20
合計	309



図表Ⅱ-1-17 当事者の職種

当事者 ^(注) の職種	件数
医師	199
歯科医師	4
看護師	205
准看護師	5
薬剤師	4
臨床工学技士	2
助産師	5
看護助手	2
診療放射線技師	2
臨床検査技師	0
理学療法士（PT）	0
作業療法士（OT）	1
衛生検査技師	0
歯科衛生士	1
その他	26
合計	456

(注) 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。



図表Ⅱ - 1 - 18 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 ^(注) 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	合計
医師	3	0	1	7	11	5	14	14	6	11	18	87	19	3	199
歯科医師	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	4
看護師	12	20	23	14	11	7	7	6	9	6	11	43	27	9	205
薬剤師	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	4

(注) 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。

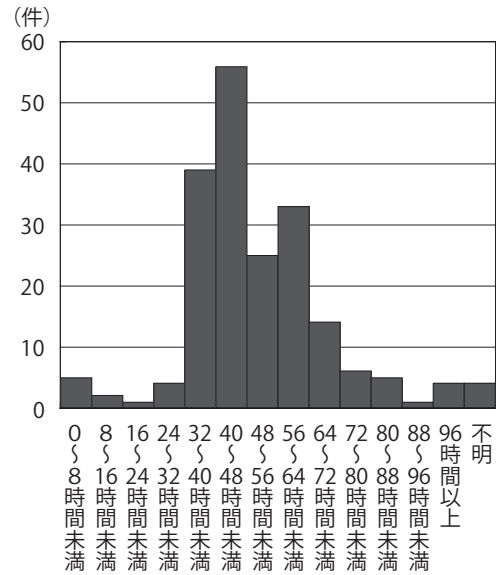
図表Ⅱ - 1 - 19 当事者（医師・歯科医師・看護師・薬剤師）の部署配属年数

当事者 ^(注) 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	合計
医師	29	29	14	17	19	10	15	10	8	5	11	31	1	0	199
歯科医師	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	4
看護師	52	50	34	28	12	6	6	4	2	3	1	6	1	0	205
薬剤師	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4

(注) 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。

図表Ⅱ-1-20 当事者（医師）^(注1)の勤務時間（直前1週間）^(注2)

勤務時間	平成19年 4～6月	平成19年 1～6月
0～8時間未満	5	6
8～16時間未満	2	3
16～24時間未満	1	2
24～32時間未満	4	7
32～40時間未満	39	86
40～48時間未満	56	111
48～56時間未満	25	52
56～64時間未満	33	53
64～72時間未満	14	29
72～80時間未満	6	9
80～88時間未満	5	16
88～96時間未満	1	5
96時間以上	4	7
不明	4	6
合計	199	392
平均勤務時間 (不明を除く)	48.1	48.9

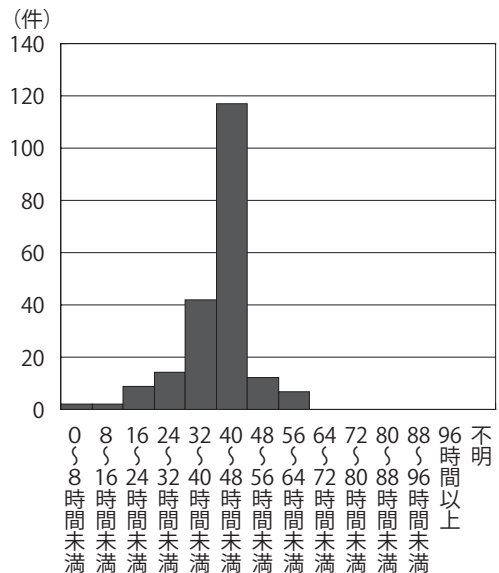


(注1) 当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、非常勤務職員が含まれている可能性がある。なお、当事者は複数回答が可能である。

(注2) 勤務時間には院内のみではなく、院外での勤務時間が含まれている可能性がある。

図表Ⅱ-1-21 当事者（看護師）^(注1)の勤務時間（直前1週間）^(注2)

勤務時間	平成19年 4～6月	平成19年 1～6月
0～8時間未満	2	6
8～16時間未満	2	6
16～24時間未満	9	13
24～32時間未満	14	27
32～40時間未満	42	93
40～48時間未満	117	187
48～56時間未満	12	23
56～64時間未満	7	9
64～72時間未満	0	0
72～80時間未満	0	0
80～88時間未満	0	1
88～96時間未満	0	0
96時間以上	0	0
不明	0	0
合計	205	365
平均勤務時間 (不明を除く)	37.5	36.9

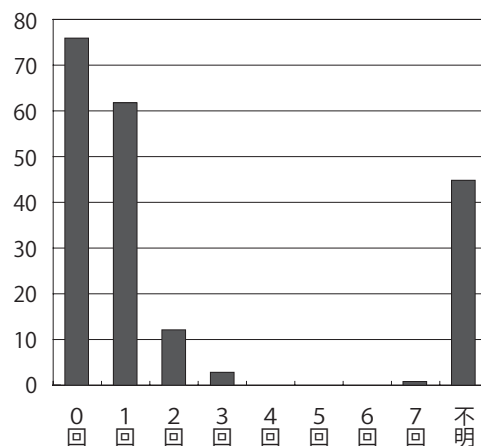


(注1) 当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、非常勤務職員が含まれている可能性がある。なお、当事者は複数回答が可能である。

(注2) 勤務時間には院内のみではなく、院外での勤務時間が含まれている可能性がある。

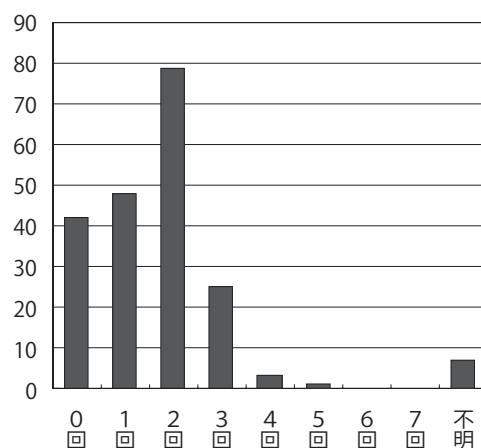
図表Ⅱ - 1 - 2 2 当事者（医師）の夜勤回数（直前1週間）

夜勤回数	平成19年 4～6月	平成19年 1～6月
0回	76	140
1回	62	127
2回	12	23
3回	3	9
4回	0	1
5回	0	1
6回	0	0
7回	1	1
不明	45	90
合計	199	392
平均夜勤回数（不明を除く）	0.66	0.72



図表Ⅱ - 1 - 2 3 当事者（看護師）の夜勤回数（直前1週間）

夜勤回数	平成19年 4～6月	平成19年 1～6月
0回	42	69
1回	48	85
2回	79	153
3回	25	41
4回	3	5
5回	1	1
6回	0	0
7回	0	0
不明	7	11
合計	205	365
平均夜勤回数（不明を除く）	1.51	1.52



図表Ⅱ - 1 - 2 4 事故の概要

事故の概要	平成 19 年 4 月～ 6 月		平成 19 年 1 月～ 6 月	
	件 数	%	件 数	%
指示出し	1	0.3	1	0.2
薬 剤	19	6.1	34	5.9
輸 血	1	0.3	3	0.5
治療処置	105	34.0	188	32.4
医療用具等	22	7.1	45	7.8
医療機器	7	2.3	13	2.2
ドレーン、チューブ類	14	4.5	31	5.3
歯科医療用具	1	0.3	1	0.2
検 査	15	4.9	27	4.7
療養上の世話	107	34.6	195	33.6
その他	39	12.6	87	15.0
合 計	309	100.0	580	100.0

図表Ⅱ - 1 - 2 5 事故の程度

事故の程度 ^(注1)	平成 19 年 4 月～ 6 月		平成 19 年 1 月～ 6 月	
	件 数	%	件 数	%
死 亡	27	8.7	59	10.2
障害残存の可能性が高い	36	11.7	80	13.8
障害残存の可能性が低い	194	62.8	347	59.8
不 明 ^(注2)	52	16.8	94	16.2
合 計	309	100.0	580	100.0

(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。

(注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。

図表Ⅱ - 1 - 26 発生場所

発生場所	平成19年4月～6月		平成19年1月～6月	
	件数	%	件数	%
外来診察室	10	3.2	15	2.6
外来処置室	3	1.0	5	0.9
外来待合室	3	1.0	5	0.9
救急外来	2	0.6	3	0.5
救命救急センター	2	0.6	2	0.3
病室	150	48.5	282	48.6
病棟処置室	6	1.9	8	1.4
手術室	35	11.3	81	14.0
ICU	4	1.3	12	2.1
CCU	2	0.6	2	0.3
NICU	1	0.3	1	0.2
検査室	4	1.3	14	2.4
カテーテル検査室	9	2.9	13	2.2
放射線治療室	5	1.6	7	1.2
放射線撮影室	3	1.0	5	0.9
核医学検査室	1	0.3	1	0.2
透析室	0	0.0	0	0.0
分娩室	1	0.3	1	0.2
機能訓練室	0	0.0	0	0.0
トイレ	10	3.2	19	3.3
廊下	8	2.6	16	2.8
浴室	8	2.6	12	2.1
階段	1	0.3	1	0.2
不明	2	0.6	8	1.4
その他	39	12.6	67	11.6
合計	309	100.0	580	100.0

図表Ⅱ - 1 - 27 関連診療科

関連診療科 ^(注)	平成19年4月～6月		平成19年1月～6月	
	件数	%	件数	%
内科	22	5.9	48	7.0
麻酔科	7	1.9	17	2.5
循環器内科	23	6.2	44	6.4
神経科	12	3.2	23	3.4
呼吸器内科	19	5.1	31	4.5
消化器科	29	7.8	45	6.6
血液内科	7	1.9	12	1.8
循環器外科	2	0.5	8	1.2
アレルギー科	0	0.0	0	0.0
リウマチ科	4	1.1	4	0.6
小児科	22	5.9	33	4.8
外科	24	6.5	41	6.0
整形外科	35	9.4	62	9.1
形成外科	5	1.3	5	0.7
美容外科	0	0.0	0	0.0
脳神経外科	15	4.0	30	4.4
呼吸器外科	12	3.2	19	2.8
心臓血管外科	8	2.2	23	3.4
小児外科	10	2.7	16	2.3
ペインクリニック	0	0.0	0	0.0
皮膚科	11	3.0	13	1.9
泌尿器科	8	2.2	19	2.8
性病科	0	0.0	0	0.0
肛門科	0	0.0	0	0.0
産婦人科	4	1.1	11	1.6
産科	1	0.3	5	0.7
婦人科	6	1.6	12	1.8
眼科	7	1.9	7	1.0
耳鼻咽喉科	9	2.4	13	1.9
心療内科	1	0.3	1	0.1
精神科	18	4.8	38	5.6
リハビリテーション科	1	0.3	2	0.3
放射線科	9	2.4	17	2.5
歯科	5	1.3	8	1.2
矯正歯科	0	0.0	0	0.0
小児歯科	0	0.0	0	0.0
歯科口腔外科	4	1.1	5	0.7
不明	0	0.0	3	0.4
その他	32	8.6	69	10.1
合計	372	100.0	684	100.0

(注)「関連診療科」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ - 1 - 28 発生要因

発生要因 ^(注)	平成19年4月～6月		平成19年1月～6月	
	件数	%	件数	%
確認を怠った	73	12.9	142	13.2
観察を怠った	73	12.9	140	13.0
判断を誤った	81	14.3	146	13.5
知識が不足していた	16	2.8	31	2.9
技術・手技が未熟だった	25	4.4	45	4.2
報告が遅れた	10	1.8	18	1.7
通常とは異なる身体的条件下にあった	9	1.6	20	1.9
通常とは異なる心理的条件下にあった	7	1.2	11	1.0
システムに問題があった	15	2.7	28	2.6
連携が出来ていなかった	36	6.4	63	5.8
記録などの不備	6	1.1	11	1.0
患者の外見・姓名が似ていた	1	0.2	2	0.2
勤務状況が繁忙だった	16	2.8	30	2.8
環境に問題があった	14	2.5	30	2.8
医薬品の問題	2	0.4	8	0.7
医療機器の問題	14	2.5	22	2.0
諸物品の問題	5	0.9	10	0.9
施設・設備の問題	11	1.9	27	2.5
教育・訓練に問題があった	26	4.6	46	4.3
説明不足	33	5.8	78	7.2
その他	93	16.4	170	15.8
合計	566	100.0	1,078	100.0

(注)「発生要因」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ - 1 - 29 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		合計	
	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月
指示出し	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
薬 剤	1	1	1	2	11	21	6	10	19	34
輸 血	0	0	0	0	1	3	0	0	1	3
治療・処置	9	19	19	37	54	102	23	30	105	188
医療用具等	3	7	1	5	13	26	5	7	22	45
医療機器	0	0	1	3	5	8	1	2	7	13
ドレーン、チューブ類	3	7	0	2	8	18	3	4	14	31
歯科医療用具（機器）等	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
検 査	0	0	4	7	10	17	1	3	15	27
療養上の世話	6	12	10	22	78	135	13	26	107	195
その他	8	20	1	7	26	42	4	18	39	87
合 計	27	59	36	80	194	347	52	94	309	580

図表 II - 1 - 30 発生場面×事故の程度

発生場面×事故の程度	死亡		障害残存 (高)		障害残存 (低)		不明		合計	
	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19
	4月~6月	1月~6月	4月~6月	1月~6月	4月~6月	1月~6月	4月~6月	1月~6月	4月~6月	1月~6月
薬剤に関する項目									21	37
与薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮下・筋肉注射	0	0	0	0	3	4	0	1	3	5
静脈注射	0	0	1	1	2	6	1	4	4	11
動脈注射	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
末梢静脈点滴	0	0	0	1	2	2	3	3	5	6
中心静脈注射	0	0	0	0	1	3	0	0	1	3
内服	0	0	0	0	1	3	4	5	5	8
点鼻・点眼・点耳	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
その他の処方・与薬に関する場面	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
内服薬調剤・管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
注射薬調剤・管理	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
その他の調剤・製剤管理等に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
輸血に関する項目									0	2
血液検査	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
輸血実施	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
その他の輸血に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・処置に関する項目									85	158
開頭	0	1	0	1	1	3	0	0	1	5
開胸	1	2	1	3	0	1	0	0	2	6
開心	1	1	0	1	1	2	0	0	2	4
開腹	1	1	1	3	3	8	2	4	7	16
四肢	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
鏡視下手術	0	0	4	5	2	5	1	1	7	11
その他の手術	1	1	1	3	7	12	5	5	14	21
術前準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
術前処置	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
術後処置	0	1	1	3	1	3	1	1	3	8
その他の手術に関する場面	1	1	1	3	3	8	2	2	7	14
全身麻酔 (吸入麻酔 + 静脈麻酔)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
局所麻酔	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2
吸入麻酔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
静脈麻酔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脊椎・硬膜外麻酔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の麻酔に関する場面	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2
帝王切開	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
その他の分娩・人工妊娠中絶等に関する場面	0	0	1	1	0	1	0	0	1	2
血液浄化療法 (血液透析含む)	0	1	0	0	0	1	1	2	1	4
IVR (血管カテーテル治療等)	0	0	2	3	4	7	0	0	6	10
放射線治療	0	0	0	0	1	3	0	0	1	3
リハビリテーション	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
観血的歯科治療	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2
内視鏡的治療	0	0	1	1	0	1	1	2	2	4
その他の治療に関する場面	0	0	1	1	6	8	2	2	9	11
中心静脈ライン	2	4	0	0	5	7	2	2	9	13
末梢静脈ライン	0	0	0	0	3	4	0	1	3	5
血液浄化用カテーテル	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
栄養チューブ (NG・ED)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
尿道カテーテル	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ドレーンに関する処置	0	0	0	0	1	3	0	0	1	3
創傷処置	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
その他のチューブ類の挿入	0	1	0	0	1	1	1	1	2	3
気管挿管	0	0	0	0	2	3	0	0	2	3
気管切開	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
心臓マッサージ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
酸素療法	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の救急処置に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医療用具 (機器) の使用・管理に関する項目									11	16
人工呼吸器	0	0	0	1	3	5	2	2	5	8
酸素療法機器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
人工心臓	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
除細動器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ペースメーカー	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
輸液・輸注ポンプ	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
血液浄化用機器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
心電図・血圧モニター	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2
パルスオキシメーター	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の医療用具 (機器) の使用・管理に関する場面	0	0	0	0	3	4	1	1	4	5

発生場面×事故の程度	死亡		障害残存（高）		障害残存（低）		不明		合計	
	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19
	4月～6月	1月～6月	4月～6月	1月～6月	4月～6月	1月～6月	4月～6月	1月～6月	4月～6月	1月～6月
ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目									16	34
中心静脈ライン	0	0	0	1	1	3	1	2	2	6
末梢動脈ライン	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
気管チューブ	2	3	0	0	0	1	0	0	2	4
気管カニューレ	1	1	0	0	1	2	1	1	3	4
栄養チューブ（NG・ED）	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
尿道カテーテル	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
胸腔ドレーン	0	0	0	0	3	6	1	1	4	7
腹腔ドレーン	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
脳室・脳槽ドレーン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮下持続吸引ドレーン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
硬膜外カテーテル	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
血液浄化用カテーテル・回路	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
その他ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する場面	0	1	0	0	2	3	0	1	2	5
検査に関する項目									19	32
採血	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2
その他の検体採取	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2
一般撮影	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2
MR I	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
血管カテーテル撮影	0	0	2	4	1	2	1	1	4	7
下部消化管撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の画像検査	0	1	0	0	3	6	0	1	3	8
上部消化管	0	0	2	2	3	3	0	0	5	5
下部消化管	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
気管支鏡	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
その他の内視鏡検査	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
病理検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の検査に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
療養上の場面に関する項目									114	210
気管内・口腔内吸引	2	2	0	1	0	1	1	1	3	5
体位変換	0	0	0	0	5	6	0	2	5	8
清拭	0	0	0	1	1	1	0	0	1	2
更衣介助	0	1	0	0	1	1	0	0	1	2
食事介助	0	1	1	4	1	2	0	1	2	8
入浴介助	0	0	0	0	4	5	0	1	4	6
排泄介助	0	0	2	4	5	7	0	0	7	11
移動介助	0	0	0	0	3	3	0	0	3	3
搬送・移送	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
患者周辺物品管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
配膳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
患者観察	2	5	0	4	7	12	0	3	9	24
その他の療養上の世話に関する場面	0	1	0	1	8	16	3	4	11	22
経口摂取	0	1	0	0	1	1	0	0	1	2
散歩中	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
移動中	1	2	3	5	20	43	5	8	29	58
外出・外泊中	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
食事中	0	0	0	1	2	2	0	0	2	3
入浴中	1	1	0	0	2	2	1	1	4	4
排泄中	0	0	1	1	10	15	0	1	11	17
就寝中	1	1	1	2	2	5	3	3	7	11
その他の療養生活に関する場面	0	1	2	2	8	16	1	2	11	21
その他	2	10	1	4	13	22	2	15	18	51
未選択 ^(注)	6	8	3	5	16	26	0	1	25	40
合計	27	59	36	80	194	347	52	94	309	580

(注)「未選択」とは「発生場面」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。

図表 II - 1 - 3 1 事故の内容×事故の程度

事故の内容×事故の程度	死 亡		障害残存 (高)		障害残存 (低)		不 明		合 計	
	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月
薬剤に関する項目									21	37
処方量間違い	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2
過剰与薬	0	0	1	1	1	3	2	2	4	6
投与速度速すぎ	0	0	0	0	1	3	1	1	2	4
患者間違い	0	0	0	0	0	0	3	4	3	4
薬剤間違い	0	0	0	0	4	9	0	2	4	11
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の処方・与薬に関する内容	0	0	0	1	4	5	1	2	5	8
数量間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤・製剤管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
その他の薬剤・血液製剤管理に関する内容	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
輸血に関する項目									0	2
クロスマッチ間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
結果記入・入力間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血検査に関する内容	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
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	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
治療・処置に関する項目									85	158
患者間違い	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
部位取違え	0	0	0	1	2	6	2	2	4	9
診察・治療・処置等その他の取違え	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
方法（手技）の誤り	0	0	1	3	4	9	5	5	10	17
未実施・忘れ（治療・処置）	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2
不必要行為の実施	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3
患者体位の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診察・治療等のその他の誤り	0	1	1	2	0	3	2	3	3	9
誤嚥	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
異物の体内残存	0	0	0	0	4	9	3	5	7	14
その他の治療・処置に関する内容	7	14	11	23	30	54	8	10	56	101
医療用具（機器）の使用・管理に関する項目									12	17
組み立て	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
設定忘れ・電源入れ忘れ	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2
故障	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
知識不足	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
警報設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
警報設定範囲	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用前・使用中の点検・管理ミス	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
消毒・清潔操作の誤り（医療用具等）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
破損（医療用具等）	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
その他の医療用具（機器）の使用・管理に関する内容	1	1	1	2	4	5	1	1	7	9
ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目									16	34
点滴漏れ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
自己抜去	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
自然抜去	2	2	0	1	1	1	0	0	3	4
接続はずれ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
閉塞	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
破損・切断	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
接続間違い	0	0	0	0	2	3	0	0	2	3
空気混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他のドレーン、チューブ類の使用・管理に関する内容	1	4	1	1	6	11	3	5	11	21

事故の内容×事故の程度	死 亡		障害残存（高）		障害残存（低）		不 明		合 計	
	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19
	4月～6月	1月～6月	4月～6月	1月～6月	4月～6月	1月～6月	4月～6月	1月～6月	4月～6月	1月～6月
検査に関する項目									19	32
患者取違え（検査）	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
検査手技・判定技術の間違い	0	1	0	0	1	1	1	1	2	3
検体採取時のミス	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
検体取違え（検査）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体紛失	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体のコンタミネーション	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
分析機器・器具管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検査機器・器具準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
結果報告	0	0	0	0	1	1	0	2	1	3
その他の検査に関する内容	0	0	5	7	10	17	0	0	15	24
療養上の場面に関する項目									114	210
転倒	1	2	5	9	50	84	5	12	61	107
転落	1	2	1	2	9	17	4	4	15	25
衝突	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
拘束・抑制	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
重度な（筋層Ⅲ度・Ⅳ度に届く）褥瘡	0	0	0	0	3	9	1	2	4	11
誤嚥（療養上）	0	1	0	5	1	1	1	3	2	10
誤飲（療養上）	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
その他の療養上の世話・療養生活に関する内容	6	10	4	9	16	25	2	5	28	49
その他の搬送・移送に関する内容	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
無断外出・外泊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の自己管理薬に関する内容	0	1	0	0	0	1	1	1	1	3
その他の給食・栄養に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	2	10	1	4	12	21	2	15	17	50
未選択 ^(注)	6	8	3	5	16	26	0	1	25	40
合 計	27	59	36	80	194	347	52	94	309	580

(注)「未選択」とは「事故の内容」のチェックボックスを選択していないものを指す。

図表 II - 1 - 3 2 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		合 計	
	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月
外来診察室	0	0	3	3	6	9	1	3	10	15
外来処置室	0	0	0	0	1	2	2	3	3	5
外来待合室	0	0	0	0	2	2	1	3	3	5
救急外来	0	0	1	1	1	2	0	0	2	3
救命救急センター	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
病室	14	35	13	30	100	172	23	45	150	282
病棟処置室	0	0	0	0	6	8	0	0	6	8
手術室	5	8	5	18	14	40	11	15	35	81
ICU	0	0	0	3	2	6	2	3	4	12
CCU	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
NICU	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
検査室	0	0	1	4	3	10	0	0	4	14
カテーテル検査室	1	1	2	2	4	8	2	2	9	13
放射線治療室	0	0	2	2	2	4	1	1	5	7
放射線撮影室	0	1	0	0	3	4	0	0	3	5
核医学検査室	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
透析室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
分娩室	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
機能訓練室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
トイレ	0	1	1	4	8	12	1	2	10	19
廊 下	0	1	1	1	6	10	1	4	8	16
浴 室	1	2	0	0	6	8	1	2	8	12
階 段	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
不 明	0	1	2	3	0	2	0	2	2	8
その他	5	8	4	8	25	43	5	8	39	67
合 計	27	59	36	80	194	347	52	94	309	580

図表Ⅱ - 1 - 3 3 発生場所×入院・外来の別

発生場所×入院・外来の別	入 院		外 来		合 計	
	H19 4月～6月	H19 1～6月	H19 4月～6月	H19 1～6月	H19 4月～6月	H19 1～6月
外来診察室	1	2	9	13	10	15
外来処置室	0	0	3	5	3	5
外来待合室	0	0	3	5	3	5
救急外来	0	0	2	3	2	3
救命救急センター	2	2	0	0	2	2
病 室	150	282	0	0	150	282
病棟処置室	6	8	0	0	6	8
手術室	34	80	1	1	35	81
ICU	4	12	0	0	4	12
CCU	2	2	0	0	2	2
NICU	1	1	0	0	1	1
検査室	3	10	1	4	4	14
カテーテル検査室	9	13	0	0	9	13
放射線治療室	4	6	1	1	5	7
放射線撮影室	3	5	0	0	3	5
核医学検査室	0	0	1	1	1	1
透析室	0	0	0	0	0	0
分娩室	1	1	0	0	1	1
機能訓練室	0	0	0	0	0	0
トイレ	9	18	1	1	10	19
廊 下	8	16	0	0	8	16
浴 室	8	12	0	0	8	12
階 段	1	1	0	0	1	1
不 明	2	7	0	1	2	8
その他	33	58	6	9	39	67
合 計	281	536	28	44	309	580

図表 II - 1 - 3 4 発生要因×事故の概要

発生要因 ^(注) ×事故の概要	指示出し		薬 剤		輸 血		治療・処置		医療用具等					
									医療機器		ドレーン・チューブ類		歯科医療用具等	
	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月
確認を怠った	1	1	15	27	1	3	28	52	1	5	2	10	0	0
観察を怠った	0	0	4	5	0	0	12	30	1	3	3	5	0	0
判断を誤った	0	0	3	4	0	0	27	44	1	1	5	12	0	0
知識が不足していた	1	1	3	6	0	0	4	7	0	1	1	3	0	0
技術・手技が未熟だった	0	0	2	2	0	0	12	26	1	2	1	2	1	1
報告が遅れた	0	0	1	1	0	0	2	6	0	0	2	4	0	0
通常とは異なる身体的条件下にあった	0	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	1	0	0
通常とは異なる心理的条件下にあった	1	1	3	3	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
システムに問題があった	1	1	1	5	1	1	5	9	2	2	1	2	0	0
連携が出来ていなかった	1	1	7	9	0	0	8	17	0	2	0	4	0	0
記録などの不備	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
患者の外見・姓名が似ていた	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
勤務状況が繁忙だった	0	0	3	6	1	1	4	8	0	2	0	0	0	0
環境に問題があった	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	1	0	0
医薬品の問題	0	0	1	5	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
医療機器の問題	0	0	1	1	0	0	6	9	4	8	1	1	0	0
諸物品の問題	0	0	0	0	0	0	3	4	0	1	0	0	0	0
施設・設備の問題	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	2	0	0
教育・訓練に問題があった	1	1	4	7	0	0	5	8	1	2	0	1	0	0
説明不足	0	0	0	0	0	0	14	29	0	0	0	1	0	0
その他	0	0	1	2	0	1	38	64	2	3	6	10	0	0
合 計	6	6	50	84	3	7	178	330	13	32	22	59	1	1

(注)「発生要因」は複数回答が可能である。

検 査		療養上の世話		その他		合 計	
H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月
4	7	16	28	5	9	73	142
1	4	44	74	8	19	73	140
5	7	34	65	6	13	81	146
1	1	3	8	3	4	16	31
1	3	3	4	4	5	25	45
0	0	3	5	2	2	10	18
1	2	5	11	1	2	9	20
0	0	1	2	1	2	7	11
0	1	3	5	1	2	15	28
1	2	10	16	9	12	36	63
0	1	3	4	1	4	6	11
0	0	0	0	1	1	1	2
2	2	3	6	3	5	16	30
0	0	10	18	3	7	14	30
0	0	0	1	0	1	2	8
0	0	2	2	0	1	14	22
0	0	1	3	1	2	5	10
0	0	6	12	1	9	11	27
0	0	9	19	6	8	26	46
3	6	11	27	5	15	33	78
4	7	29	50	13	33	93	170
23	43	196	360	74	156	566	1,078

図表 II - 1 - 3 5 発生場所×事故の概要

発生場所×事故の概要	指示出し		薬 剤		輸 血		治療・処置		医療用具等					
									医療機器		ドレーン・チューブ類		歯科医療用具等	
	H19 4月~6月	H19 1月~6月	H19 4月~6月	H19 1月~6月	H19 4月~6月	H19 1月~6月	H19 4月~6月	H19 1月~6月	H19 4月~6月	H19 1月~6月	H19 4月~6月	H19 1月~6月	H19 4月~6月	H19 1月~6月
外来診察室	0	0	3	4	0	0	3	5	0	0	0	0	0	0
外来処置室	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	1	1
外来待合室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
救急外来	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
救命救急センター	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病室	1	1	11	21	0	1	33	54	4	8	9	20	0	0
病棟処置室	0	0	1	2	0	0	3	4	0	0	1	1	0	0
手術室	0	0	0	0	0	0	33	70	0	0	0	4	0	0
ICU	0	0	1	1	0	1	1	3	0	1	0	1	0	0
CCU	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
NICU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
検査室	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0
カテーテル検査室	0	0	0	0	0	0	7	10	0	0	0	0	0	0
放射線治療室	0	0	0	0	0	0	4	6	1	1	0	0	0	0
放射線撮影室	0	0	1	1	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0
核医学検査室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
透析室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
分娩室	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
機能訓練室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
トイレ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
廊 下	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
浴 室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
階 段	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不 明	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0
その他	0	0	2	4	0	0	11	20	2	3	3	3	0	0
合 計	1	1	19	34	1	3	105	188	7	13	14	31	1	1

検 査		療養上の世話		その他		合 計	
H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月	H19 4月～6月	H19 1月～6月
2	4	1	1	1	1	10	15
0	0	0	0	0	1	3	5
0	0	2	2	1	3	3	5
0	0	0	0	0	0	2	3
0	0	2	2	0	0	2	2
2	3	69	127	21	47	150	282
1	1	0	0	0	0	6	8
0	0	0	0	2	7	35	81
0	0	0	2	2	3	4	12
0	0	0	0	0	0	2	2
0	0	0	0	0	0	1	1
2	7	0	1	1	2	4	14
2	3	0	0	0	0	9	13
0	0	0	0	0	0	5	7
0	1	0	0	0	0	3	5
1	1	0	0	0	0	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	9	15	1	4	10	19
0	0	7	13	1	3	8	16
0	0	8	11	0	1	8	12
0	0	1	1	0	0	1	1
0	1	1	3	0	1	2	8
5	6	7	17	9	14	39	67
15	27	107	195	39	87	309	580

2 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

ヒヤリ・ハット事例をご報告頂いている医療機関は、定点医療機関とその他の参加登録医療機関とに大別される。今回の報告書においては、第23回のヒヤリ・ハット事例収集事業の集計値を掲載している。

【1】登録医療機関

ヒヤリ・ハット事例収集事業の登録機関は次の通りである。

図表Ⅱ-2-1 定点医療機関の病床規模別・地域別内訳

	第23回
参加登録医療機関総数	1,277
うち定点医療機関	245

定点医療機関とは、ヒヤリ・ハット事例収集等事業の参加登録医療機関の中から「全般コード化情報」の提供に協力の得られた医療機関をいう。病院規模及び地域に偏りのないように抽出している。第23回事例発生期間である平成19年3月31日定点医療機関^(注1)の病床規模及び地域別の内訳は次の通り。

図表Ⅱ-2-2 定点医療機関の病床規模別・地域別内訳

病床規模	医療機関数	地 域	医療機関数
	第23回		第23回
0 - 99	27	北海道	15
100 - 199	39	東 北	26
200 - 299	23	関東甲信越	58
300 - 399	50	東 京	16
400 - 499	23	東海北陸	37
500 - 599	24	近 畿	33
600 以上	59	中国四国	33
合 計	245	九州沖縄	27
		合 計	245

平成19年3月31日現在のヒヤリ・ハット事例収集事業参加登録医療機関の病床数総計は102,850床である。

(注1) 資料7「ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧」参照。

【2】報告件数

ヒヤリ・ハット事例収集の概況は以下の通りである。

図表Ⅱ - 2 - 3 報告件数の推移

		第 23 回収集	備考
事例発生日		1月～3月	
収集期間		2月14日～5月21日	
登録医療機関	参加登録医療機関 総数	1,277	
	参加登録医療機関 のうち報告のあった医療機関	334	
	定点医療機関 ^(注1)	245	
	定点医療機関のうち 報告のあった医療機関	236	第23回報告困難施設 0施設
報告件数 ^(注2)	総報告件数	46,340	
	全般コード化情報	44,812	
	記述情報	3,347	
有効件数	全般コード化情報	44,812	
	記述情報	1,956	

(注1) 定点医療機関とは、ヒヤリ・ハット事例収集等事業の参加登録医療機関の中から「全般コード化情報」の提供に協力の得られた医療機関をいう。病院規模及び地域に偏りのないように抽出し、平成19年3月31日現在、245施設の協力を得ている。

資料7「ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧」参照。

(注2) 医療機関からの報告には、①「全般コード化情報」、②「全般コード化情報」+「記述情報」、③「記述情報」の3種類がある。

表に示す報告件数の「総報告件数」は①+②+③、「全般コード化情報報告件数」は①+②、「記述情報報告件数」は②+③を指す。

【3】全般コード化情報

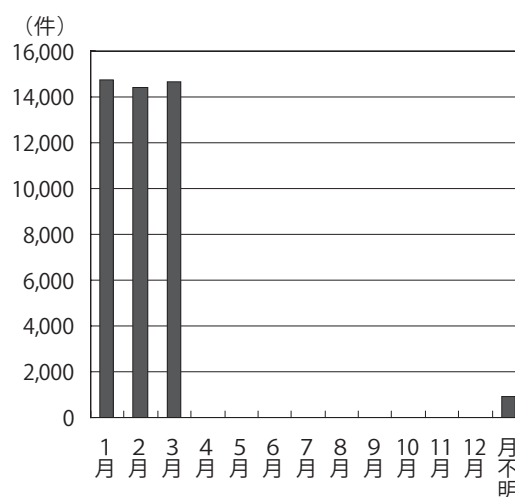
(1) 第21回ヒヤリ・ハット事例

① 報告の内容

平成19年1月1日から同年3月31日に発生したヒヤリ・ハット事例（全般コード化情報）44,812件に対し、各項目の単純集計及びクロス集計を行った。結果は以下の通りである。

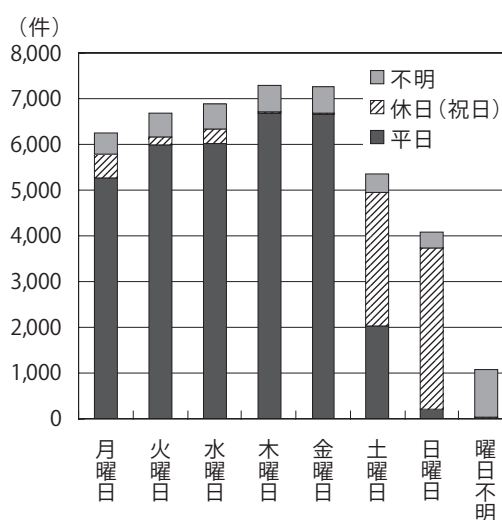
図表Ⅱ-2-4 発生月

発生月	件数
1月	14,774
2月	14,441
3月	14,648
月不明	949
合計	44,812



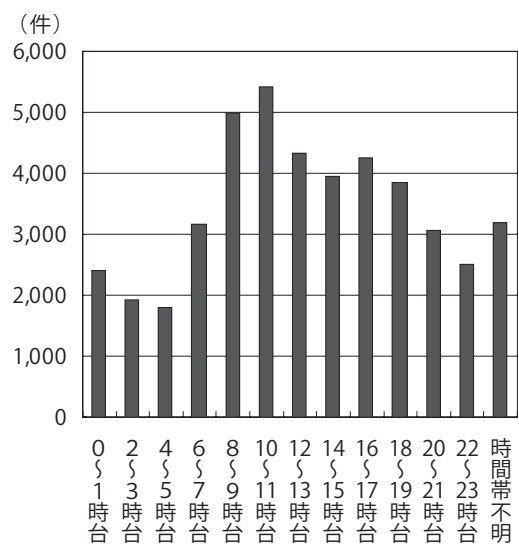
図表Ⅱ-2-5 発生曜日・曜日区分

発生曜日	平日	休日(祝日)	不明	合計
月曜日	5,270	520	460	6,250
火曜日	5,986	154	539	6,679
水曜日	5,997	326	553	6,876
木曜日	6,667	20	578	7,265
金曜日	6,633	46	578	7,257
土曜日	2,010	2,927	411	5,348
日曜日	199	3,526	334	4,059
曜日不明	14	7	1,057	1,078
合計	32,776	7,526	4,510	44,812



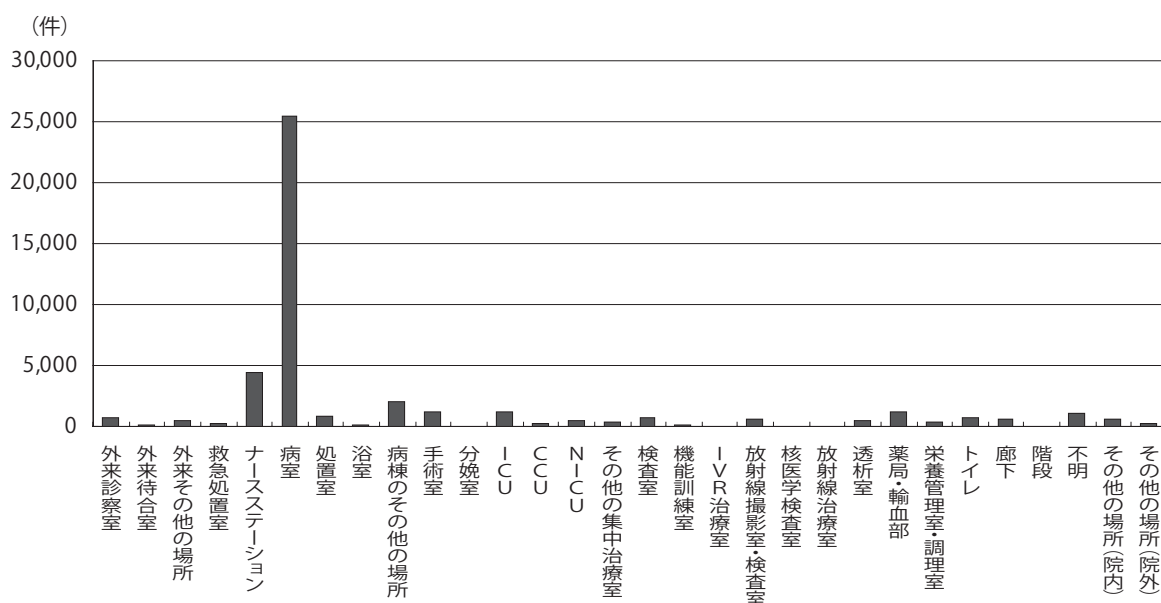
図表Ⅱ-2-6 発生時間帯

発生時間帯	件数
0～1時台	2,401
2～3時台	1,913
4～5時台	1,800
6～7時台	3,153
8～9時台	4,999
10～11時台	5,409
12～13時台	4,337
14～15時台	3,939
16～17時台	4,249
18～19時台	3,857
20～21時台	3,054
22～23時台	2,499
時間帯不明	3,202
合計	44,812



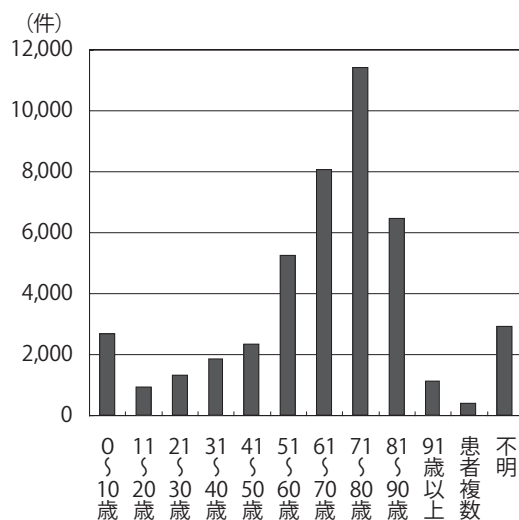
図表 II - 2 - 7 発生場所

発生場所	件数	%
外来診察室	688	1.5
外来待合室	92	0.2
外来その他の場所	537	1.2
救急処置室	249	0.6
ナースステーション	4,457	9.9
病室	25,449	56.8
処置室	823	1.8
浴室	178	0.4
病棟のその他の場所	2,006	4.5
手術室	1,239	2.8
分娩室	18	0.0
ICU	1,213	2.7
CCU	289	0.6
NICU	437	1.0
その他の集中治療室	337	0.8
検査室	688	1.5
機能訓練室	174	0.4
IVR治療室	31	0.1
放射線撮影室・検査室	627	1.4
核医学検査室	46	0.1
放射線治療室	46	0.1
透析室	491	1.1
薬局・輸血部	1,171	2.6
栄養管理室・調理室	343	0.8
トイレ	703	1.6
廊下	624	1.4
階段	13	0.0
不明	1,067	2.4
その他の場所(院内)	591	1.3
その他の場所(院外)	185	0.4
合計	44,812	100.0



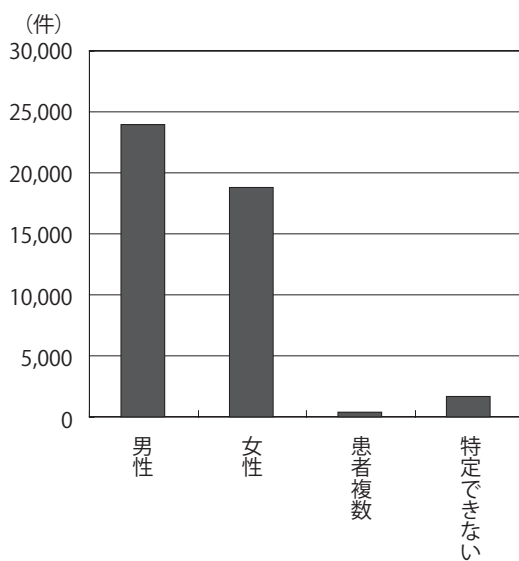
図表Ⅱ-2-8 患者の年齢

年 齢	件 数
0～10歳	2,664
11～20歳	937
21～30歳	1,335
31～40歳	1,863
41～50歳	2,338
51～60歳	5,256
61～70歳	8,089
71～80歳	11,405
81～90歳	6,468
91歳以上	1,137
患者複数	394
不 明	2,926
合 計	44,812



図表Ⅱ-2-9 患者の性別

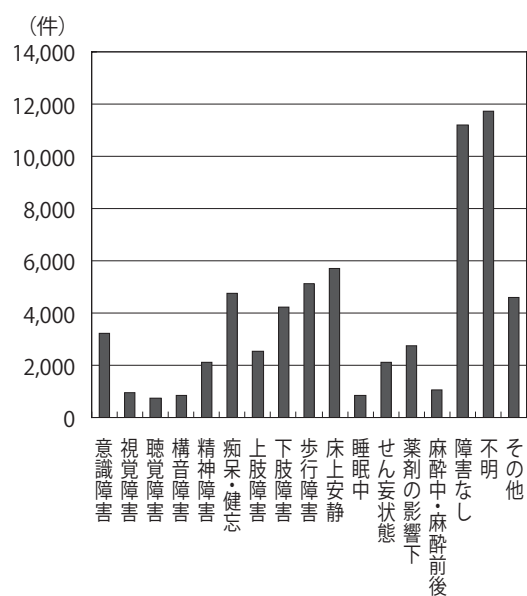
性 別	件 数
男 性	23,966
女 性	18,849
患者複数	385
特定できない	1,612
合 計	44,812



図表Ⅱ-2-10 患者の心身状態

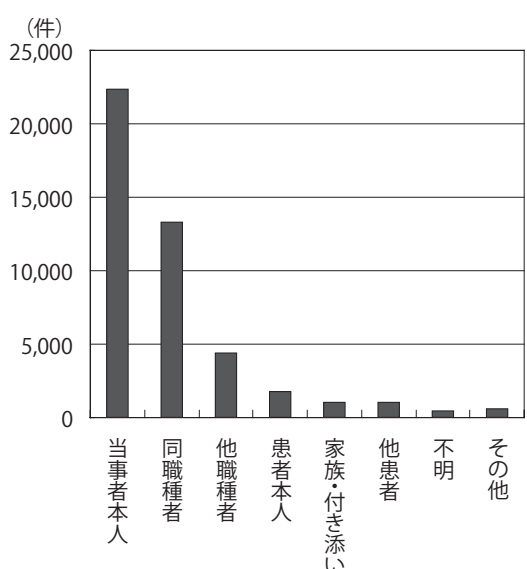
患者の心身状態 ^(注)	件数	%
意識障害	3,207	5.0
視覚障害	934	1.4
聴覚障害	735	1.1
構音障害	856	1.3
精神障害	2,118	3.3
痴呆・健忘	4,756	7.4
上肢障害	2,543	3.9
下肢障害	4,252	6.6
歩行障害	5,118	7.9
床上安静	5,710	8.9
睡眠中	822	1.3
せん妄状態	2,139	3.3
薬剤の影響下	2,725	4.2
麻酔中・麻酔前後	1,083	1.7
障害なし	11,175	17.3
不明	11,727	18.2
その他	4,613	7.2
合計	64,513	100.0

(注)「患者の心身状態」は複数回答が可能である。



図表Ⅱ-2-11 発見者

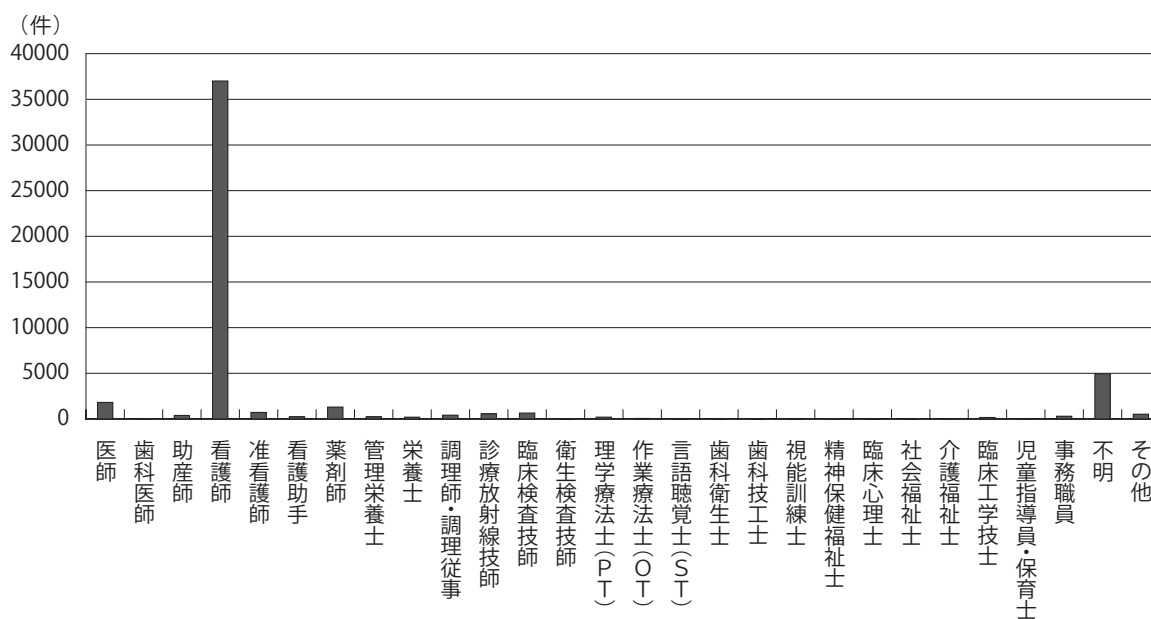
発見者	件数	%
当事者本人	22,364	49.9
同職種者	13,273	29.6
他職種者	4,379	9.8
患者本人	1,781	4.0
家族・付き添い	963	2.1
他患者	966	2.2
不明	443	1.0
その他	643	1.4
合計	44,812	100.0



図表Ⅱ-2-12 当事者の職種

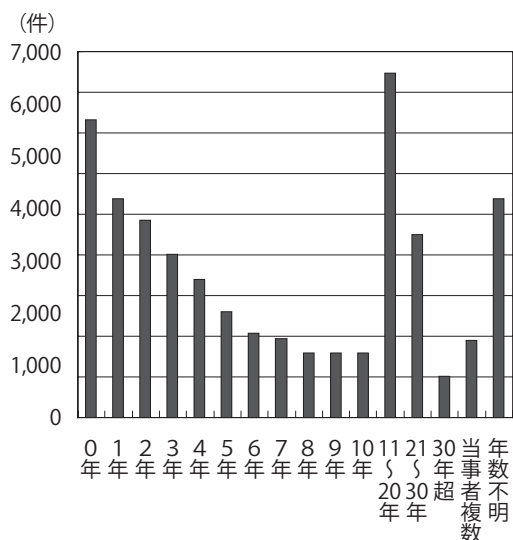
当事者の職種 ^(注)	件数	%
医師	1,816	3.6
歯科医師	31	0.1
助産師	388	0.8
看護師	37,009	74.2
准看護師	719	1.4
看護助手	233	0.5
薬剤師	1,304	2.6
管理栄養士	231	0.5
栄養士	198	0.4
調理師・調理従事者	419	0.8
診療放射線技師	556	1.1
臨床検査技師	647	1.3
衛生検査技師	2	0.0
理学療法士 (PT)	202	0.4
作業療法士 (OT)	61	0.1
言語聴覚士 (ST)	13	0.0
歯科衛生士	7	0.0
歯科技工士	1	0.0
視能訓練士	12	0.0
精神保健福祉士	0	0.0
臨床心理士	3	0.0
社会福祉士	6	0.0
介護福祉士	47	0.1
臨床工学技士	164	0.3
児童指導員・保育士	32	0.1
事務職員	301	0.6
不明	4,943	9.9
その他	523	1.0
合計	49,868	100.0

(注)「当事者の職種」は複数回答が可能である。



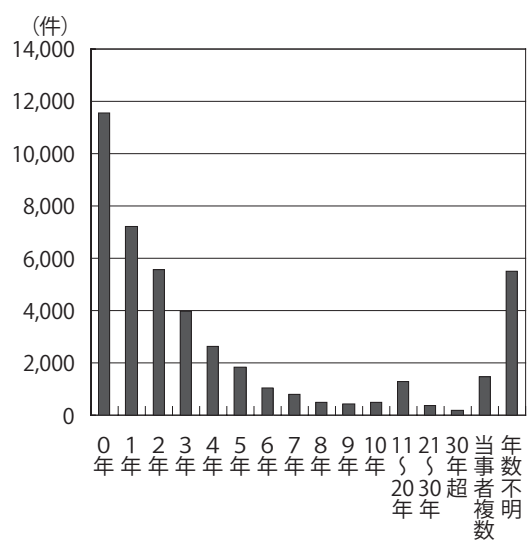
図表Ⅱ-2-13 当事者の職種経験年数

当事者の職種経験年数	件数	%
0年	5,685	12.7
1年	4,179	9.3
2年	3,767	8.4
3年	3,119	7.0
4年	2,632	5.9
5年	2,012	4.5
6年	1,627	3.6
7年	1,518	3.4
8年	1,248	2.8
9年	1,231	2.7
10年	1,222	2.7
11～20年	6,594	14.7
21～30年	3,514	7.8
30年超	801	1.8
当事者複数	1,485	3.3
年数不明	4,178	9.3
合計	44,812	100.0



図表Ⅱ-2-14 当事者の部署配属年数

当事者の部署配属年数	件数
0年	11,569
1年	7,233
2年	5,556
3年	3,970
4年	2,600
5年	1,824
6年	1,053
7年	781
8年	504
9年	409
10年	486
11～20年	1,273
21～30年	356
30年超	181
当事者複数	1,486
年数不明	5,531
合計	44,812

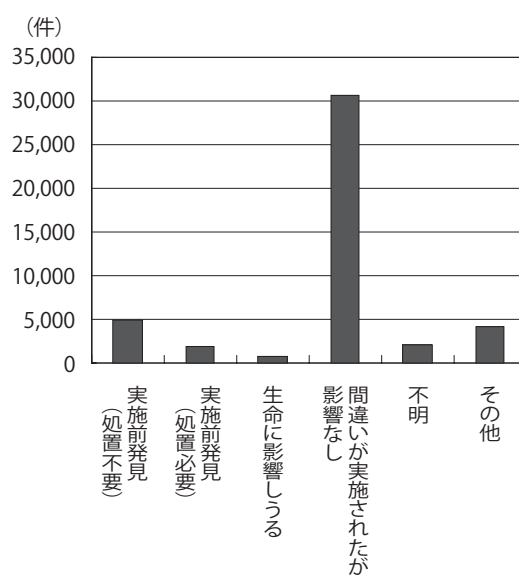


図表Ⅱ-2-15 ヒヤリ・ハットが発生した場面

発生場面	件数	(%)
オーダー・指示出し	635	1.4
情報伝達過程	1,280	2.9
与薬準備	832	1.9
処方・与薬	9,870	22.0
調剤・製剤管理等	1,387	3.1
輸血	187	0.4
手術	572	1.3
麻酔	60	0.1
出産・人工流産	20	0.0
その他の治療	341	0.8
処置	334	0.7
診察	107	0.2
医療用具（機器）の使用・管理	1,150	2.6
ドレーン・チューブ類の使用・管理	7,139	15.9
歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理	3	0.0
検査	2,993	6.7
療養上の世話	4,543	10.1
給食・栄養	1,342	3.0
その他の療養生活の場面	5,837	13.0
物品搬送	37	0.1
放射線管理	10	0.0
診療情報管理	402	0.9
患者・家族への説明	299	0.7
施設・設備	91	0.2
その他	5,341	11.9
合計	44,812	100.0

図表Ⅱ-2-16 ヒヤリ・ハットの影響度

影響度	件数	(%)
実施前発見：患者への影響は小さい (処置不要)	4,967	11
実施前発見：患者への影響は中等度 (処置必要)	1,980	4
実施前発見：患者への影響は大きい (生命に影響しうる)	805	2
間違いが実施されたが、患者に影響 がなかった	30,683	68
不明	2,144	5
その他	4,233	9
合計	44,812	100



図表Ⅱ - 2 - 17 発生要因

発生要因 ^(注)	件数	(%)
確認が不十分であった	27,677	25.0
観察が不十分であった	15,019	13.6
判断に誤りがあった	8,519	7.7
知識が不足していた・知識に誤りがあった	2,703	2.4
技術（手技）が未熟だった・技術（手技）を誤った	2,118	1.9
報告等（忘れた・不十分・間違い・不適切）	2,012	1.8
身体的状況（寝不足・体調不良等）	1,715	1.5
心理的状況（慌てていた・思い込み等）	14,459	13.1
システム	1,838	1.7
連携	4,942	4.5
記録等の記載	1,043	0.9
患者の外見（容貌・年齢）・姓名の類似	188	0.2
勤務状況	10,549	9.5
環境	857	0.8
医療・歯科医療用具（機器）・器具・医療材料	926	0.8
薬剤	1,029	0.9
諸物品	522	0.5
施設・設備	249	0.2
教育・訓練	2,063	1.9
患者・家族への説明	6,084	5.5
その他	6,269	5.7
合計	110,781	100.0

(注)「発生要因」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ - 2 - 18 発生要因 (詳細)

発生要因 ^(注)	発生要因詳細	件数	%
確認	確認が不十分であった	27,170	30.2
	その他	507	0.6
観察	観察が不十分であった	14,738	16.4
	その他	281	0.3
心理的状況	慌てていた	3,421	3.8
	イライラしていた	305	0.3
	緊張していた	360	0.4
	他のことに気を取られていた	2,356	2.6
	思い込んでいた	5,463	6.1
	無意識だった	1,683	1.9
	その他	871	1.0
勤務状況	多忙であった	4,993	5.6
	勤務の管理に不備	91	0.1
	作業が中断した	486	0.5
	当直だった	183	0.2
	当直明けだった	29	0.0
	夜勤だった	4,228	4.7
	夜勤明けだった	196	0.2
	その他	343	0.4
判断	判断に誤りがあった	7,997	8.9
	その他	522	0.6
患者・家族への説明	説明が不十分であった	2,433	2.7
	説明に誤りがあった	70	0.1
	患者・家族の理解が不十分であった	3,222	3.6
	その他	359	0.4
連携	医師と看護職の連携不適切	1,308	1.5
	医師と技術職の連携不適切	53	0.1
	医師と事務職の連携不適切	27	0.0
	医師間の連携不適切	91	0.1
	看護職間の連携不適切	2,577	2.9
	技術職間の連携不適切	189	0.2
	多職種間の連携不適切	418	0.5
	歯科医師と歯科関連職の連携不適切	0	0.0
	その他	279	0.3
知識	知識が不足していた	2,063	2.3
	知識に誤りがあった	342	0.4
	その他	298	0.3
合計		89,952	100.0

(注)「発生要因」は複数回答が可能である。

図表 II - 2 - 19 発生場面×発生要因

発生場面×発生要因 ^(注)	確認	観察	判断	知識	技術(手技)	報告等	身体的状況	心理的状況	システム	連携
オーダー・指示出し	541	48	83	44	10	61	13	170	97	160
情報伝達過程	1,073	59	203	105	26	191	31	425	148	393
与薬準備	741	68	94	56	55	41	29	296	36	90
処方・与薬	8,680	1,466	1,411	643	340	457	374	3,712	446	1,382
調剤・製剤管理等	1,229	145	157	74	62	35	71	517	58	101
輸血	141	25	31	31	17	17	7	62	13	43
手術	391	126	95	54	63	40	16	162	34	129
麻酔	32	12	7	5	16	3	2	16	1	10
出産・人工流産	13	7	7	3	3	2	1	5	0	0
その他の治療	227	135	92	39	46	22	19	116	19	53
処置	198	91	80	35	51	31	15	100	13	36
診察	76	16	16	7	2	7	4	28	8	22
医療用具(機器)の使用・管理	855	294	170	151	130	38	45	340	44	122
ドレーン・チューブ類の使用・管理	2,949	4,385	1,650	269	356	96	194	1,118	71	371
歯科医療用具(機器)・ 材料の使用・管理	1	1	2	0	1	0	0	0	1	0
検査	2,466	291	440	260	262	199	121	1,075	183	399
療養上の世話	1,727	2,700	1,133	139	156	80	112	667	65	304
給食・栄養	1,164	207	145	67	40	60	31	332	68	117
その他の療養生活の場面	1,341	3,224	1,327	65	46	45	168	542	43	171
物品搬送	32	6	7	3	3	2	2	12	3	4
放射線管理	7	1	2	2	0	1	0	4	2	1
診療情報管理	345	18	49	18	11	29	13	127	48	74
患者・家族への説明	197	24	56	19	8	26	8	80	18	54
施設・設備	46	13	18	6	2	1	2	16	6	10
その他	3,071	1,628	1,171	510	358	381	264	1,503	237	593
合計	27,543	14,990	8,446	2,605	2,064	1,865	1,542	11,425	1,662	4,639

(注)「発生要因」は複数回答が可能である。

記録等の記載	患者の外見(容貌・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	説明 患者・家族への	その他	合計
39	6	100	6	6	18	2	4	37	16	42	1,503
88	9	230	5	9	19	10	3	72	52	23	3,174
21	5	179	6	5	102	4	1	35	13	17	1,894
352	41	2,275	71	82	508	45	10	492	470	286	23,543
31	4	297	11	28	233	14	2	52	17	45	3,183
9	0	36	2	4	1	2	0	14	5	5	465
11	1	69	11	40	6	9	1	46	24	45	1,373
0	0	7	0	3	0	0	0	3	1	8	126
0	0	2	0	1	0	0	0	2	2	1	49
8	2	69	8	19	10	10	3	26	28	25	976
10	1	74	5	7	2	2	0	16	18	28	813
2	6	12	1	4	1	1	3	8	13	7	244
7	1	165	19	256	3	31	9	89	14	34	2,817
26	11	1,557	100	204	32	76	10	216	1,069	320	15,080
0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	8
64	44	556	26	73	16	36	9	193	121	83	6,917
11	9	961	147	80	20	118	21	190	1,186	255	10,081
25	6	146	2	5	4	13	1	63	46	56	2,598
8	9	1,121	279	41	23	110	60	110	1,486	514	10,733
1	0	5	2	0	2	2	1	3	0	0	90
0	0	0	1	1	0	0	1	3	0	1	27
32	10	59	7	1	1	9	0	35	19	18	923
7	5	43	5	4	5	4	3	18	129	10	723
0	0	10	8	4	0	7	22	5	3	2	181
230	18	1,113	124	48	23	16	76	270	666	4,444	16,744
982	188	9,086	846	926	1,029	522	240	1,998	5,398	6,269	104,265

図表Ⅱ - 2 - 20 発生場面×影響度

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、患者に影響がなかった	不明	その他	合計
オーダー・指示出し	171	28	7	373	17	39	635
情報伝達過程	200	49	23	887	47	74	1,280
与薬準備	278	43	7	432	25	47	832
処方・与薬	867	227	188	7,682	474	432	9,870
調剤・製剤管理等	557	84	7	594	47	98	1,387
輸血	21	7	5	124	14	16	187
手術	60	49	14	315	44	90	572
麻酔	7	4	2	28	5	14	60
出産・人工流産	1	2	0	14	0	3	20
その他の治療	33	19	13	219	15	42	341
処置	23	15	5	231	12	48	334
診察	19	6	4	66	3	9	107
医療用具（機器）の使用・管理	105	48	33	790	55	119	1,150
ドレーン・チューブ類の使用・管理	366	337	108	4,889	262	1,177	7,139
歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理	1	0	0	1	0	1	3
検査	401	87	13	2,165	122	205	2,993
療養上の世話	281	143	37	3,382	151	549	4,543
給食・栄養	237	38	19	982	25	41	1,342
その他の療養生活の場面	324	118	83	4,133	195	984	5,837
物品搬送	10	1	0	23	2	1	37
放射線管理	0	0	0	9	1	0	10
診療情報管理	74	13	6	246	24	39	402
患者・家族への説明	44	6	2	203	13	31	299
施設・設備	20	8	1	48	5	9	91
その他	867	648	228	2,847	586	165	5,341
合計	4,967	1,980	805	30,683	2,144	4,233	44,812

【4】記述情報

記述情報は、個別事例を特定しうる情報を削除し、テーマに該当する事例や常時収集する事例に分類される^(注1)。このうち、ヒヤリ・ハット事例に該当しない事例、極端に情報が不足しており内容の理解が困難な事例を分析対象から除外し、事例分析班において分析を行っている。

第23回の収集事例は、「医療事故情報等分析作業の現況」の各項において医療事故情報の分析に用いた分類を行った。なお、掲載に当たっては、報告された情報に対し、誤字、脱字、明らかな表現の誤り等を修正し、更に、内容の理解に必要な補足（略号の説明や薬効の説明等）を行った。

以下に、記述情報の内訳及び件数を示す。

図表Ⅱ-2-21 ヒヤリ・ハット事例の記述情報件数

		第23回収集		
事例発生日		1月～3月		
収集期間		2月14日～ 5月21日		
常時収集 対象とな る事例 ^(注1)	薬剤に関連した事例 (報告書掲載件数)	574 (51)		
	医療機器・用具に関連した事例 (報告書掲載件数)	人工呼吸器 34 (15)		
	その他重要事例 ^(注2) (報告書掲載件数)	242 (7) ^(注3)		
収集回毎 テーマの 事例	入院時の患者持参薬の管理に 関連した事例 (報告書掲載件数)	100 (36)		
	輸液ポンプ・シリンジポンプに 関連した事例 (報告書掲載件数)	220 (22)		
	ドレーンの挿入・留置および管 理に関連した事例 (報告書掲載件数)	117 (29)		
	小児患者に関連した事例 (報告書掲載件数)	161 (33)		

(注1) 記述情報として収集する事例の内容やテーマは10～11頁参照。

(注2) 重要事例とは常時収集対象となる事例のうちイ)ハ)に該当するものである(11頁参照)。

(注3) ヒヤリ・ハット事例データベースに掲載したものを示す。

III 医療事故情報等分析作業の現況

平成16年度より開始した当事業において、医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例情報を収集している^(注1)。平成17年度には個別のテーマに関する医療事故情報とヒヤリ・ハット事例情報とを併せて総合的に検討する体制を整え、分析を行っている。以下に個別のテーマの分析や検討状況を述べる。

1 概況

【1】分析対象とするテーマの選定状況

分析の対象となるテーマは、①一般性・普遍性、②発生頻度、③患者への影響度、④防止可能性・回避可能性、⑤教訓性といった観点から、専門家の意見を踏まえ選定している。

平成16年度に「手術等における異物残存」、「医療機器の使用に関する医療事故」を分析テーマとして選定した。その後平成17年度に「薬剤に関連した医療事故」、「医療処置に関連した医療事故」を分析対象テーマに追加し、平成18年度は「患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関連した医療事故」、「検査に関連した医療事故」を取り上げた。平成19年度からは「小児の療養に関連した医療事故」を取り上げた。

【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、対象とするテーマに関連する情報を抽出し、分析の対象とした。ヒヤリ・ハット事例情報収集においては、引き続き個別分析班が分析対象として扱う事象に関連するテーマを設定し、記述情報を収集している。

【3】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、個別に設置されたテーマ別分析班が、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。

さらに「ヒヤリ・ハット事例情報データベース作成のための検討班」を設け、ヒヤリ・ハット事例の分析も行っている。

(注1) 10～12頁に詳述。

【4】事件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。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。

医療機関への訪問調査は、平成19年4月1日から同年6月30日までに7件実施した。

2 個別のテーマの検討状況

【1】薬剤に関連した医療事故

平成19年4月1日から平成19年6月30日の間に報告された医療事故のうち、薬剤に関連した事例27件について分析を行った。

(1) 薬剤に関連した医療事故の現状

本報告書において分析対象とした医療事故事例の概要は図表Ⅲ-1の通りである。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」、「その他」の5段階に分類し、事故の内容と併せて薬剤に関連した医療事故の発生状況を整理した（図表Ⅲ-2）。

① 指示段階

指示段階における事例は8件であった。そのうち、薬剤名の類似によりコンピュータ入力の際に間違えた事例が1件、インスリンの1mLを10単位と思い込んだ事例が1件、複数の指示経路があり指示を変更した際に伝達が不十分であったため、変更前の指示が実施された事例が1件あった。

② 指示受け・申し送り段階

指示受け・申し送り段階における事例の報告はなかった。

③ 準備段階

準備段階における事例は8件であり、そのうち院内で使用している薬瓶が類似していることにより薬剤を間違えた事例が2件、薬剤の外観が類似していることにより薬剤を間違えた事例が1件あった。

④ 実施段階

実施段階における事例は9件であった。そのうち、薬剤が準備されていた注射器を取り違えた事例が2件、内服薬を投与する際に他の患者の薬剤を誤って投与した事例が3件あった。

⑤ 実施後の観察及び管理段階

実施後の観察及び管理段階における事例の報告はなかった。

⑥ その他

その他の事例は2件であった。そのうち、1件は麻薬の紛失であり、1件はワーファリン内服中の患者の抜歯に関連した事例であった。

(2) 薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第23回ヒヤリ・ハット事例収集^(注1)において報告された重要事例の中から薬剤に関する事例について分析を行った。また、第23回ヒヤリ・ハット事例収集において、記述情報のテーマにあげられた入院時の持参薬に関する事例について分析を行った。

① 薬剤に関連する事例

医療事故と同様に薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況を整理した。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表として整理した(図表Ⅲ-3)。また、報告された事例の中から51件の事例概要を図表Ⅲ-4に示す。

② 入院時の持参薬の管理に関連する事例

入院時の持参薬を「患者が入院時にそれまで内服していた薬を持参した場合で、入院した医療機関から処方された薬、他の医療機関から処方された薬の場合がある」として、入院時の持参薬の管理に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況を整理した。

入院時に薬を持込んだ際の流れを「入院時」、「入院後、改めて持参薬を処方した時」、「薬の管理時」、「退院時」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表として整理した(図表Ⅲ-5)。また、報告された事例の中から36件の事例概要を図表Ⅲ-6に示す。

(注1) 第1回～22回ヒヤリ・ハット事例収集に関しては5～6頁参照。

図表Ⅲ - 1 薬剤に関連した医療事象事例の概要

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
【薬剤間違い】			
1	指示段階	障害の可能性 (低い)	担当医が診療録に休日分の注射指示内容であるヒルトニン（遷延性意識障害・脊髄小脳変性症治療剤）2 A皮下注射の記載をしておいた。休日に、研修医が診療記載の薬剤を入力を上級医の確認の元でコンピューター入力する際、ヒルトニン2 Aを入力すべきところ、ヒルナミン（精神神経用剤）2 Aを入力した。注射指示を受けた看護師は、薬剤部に請求し指示通りに皮下注射をした。
2	準備段階	障害の可能性 (低い)	20代の患者にブロー耳浴を行うため、看護師がブロー点耳薬（8%酢酸アルミニウム溶液）と同様の薬瓶である80%トリクロロ酢酸溶液（試薬）を誤って準備し、医師が患者に点耳した。
3	準備段階	障害の可能性 (低い)	60代の患者にブロー耳浴を行うため、看護師がブロー点耳薬と同様の薬瓶である80%トリクロロ酢酸溶液を誤って準備し、医師が患者に点耳した。
4	準備段階	不明	点滴を準備する際、プログラフ（免疫抑制剤）とザンタック（H ₂ 受容体拮抗剤）を取り違えて患者に投与した。アンプルの外観が、透明で白いラベル、赤い文字、カタカナ5文字である点が類似していたため誤った可能性がある。
5	実施段階	障害の可能性 (高い)	陥入爪手術の際に行った伝達ブロックで、キシロカイン注射液1%（局所麻酔剤）を注射するところを無水エタノールを誤って注射した。準備台に用意していた無水エタノールが入った注射器をキシロカイン注射液1%の入った注射器だと思い込み注射した。注射器には薬品の名前が書いてあったが確認できていなかった。
6	実施段階	障害の可能性 (低い)	内視鏡の粘膜切除の際、ヨード染色を行って病変を確認し、生理食塩水を腫瘍近傍の粘膜下に投与して、腫瘍を挙上するところ、誤ってチオ硫酸ナトリウムを穿刺針に接続し、粘膜下に4mL投与してしまった。使用する生理食塩水と散布用のチオ硫酸ナトリウムは共に無色透明であり同色の注射器に用意されていた。注射器には薬剤名が記載されていたが確認が不十分であった。
7	実施段階	障害の可能性 (低い)	皮膚生検術の際に局所麻酔剤キシロカイン注射液1%を施行するところ、誤って0.05%マスキン水（殺菌消毒剤）を投与した。
【薬剤量間違い】			
8	指示段階	障害の可能性 (低い)	生後2ヶ月の患者に対し、フルマリン（オキサセフェム系抗生物質製剤）を指示する際、1回量250mg使用と入力し、薬剤部ではフルマリン0.5gのバイアルが払い出された。医師は、それを生食2mLで溶解し、1mL投与した。予定量25mg/kgを投与するところ10倍量の250mg/kgを投与した。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
9	指示段階	障害の可能性 (低い)	医師が退院処方としてインクレミンシロップ（鉄欠乏性貧血治療剤）1.5mL 7日分を処方した。本来ならば「1.5mL」とオーダーリング入力されるどころ、小数点が入力されなかった。患者の母親が退院時の内服薬の説明と違うことに気付き問い合わせをしたが、処方通りの説明がされ過量投与となった。オーダーリングシステムの適量処方のワーニング機能を使用していなかった。
10	指示段階	障害の可能性 (低い)	ワコビタール坐薬（催眠・鎮静・抗けいれん剤）30mg 半量挿入のところ誤って1個使用した。カルテには記載があったが処方箋コメント欄の記載が無く実施してしまった。オーダーリング導入とともに医師の異動が多く、処方箋記載ルールが徹底されていなかった。
11	指示段階	障害の可能性 (高い)	化学療法のレジメンにはAとBがあり、Aの場合は「シスプラチン（腫瘍用薬）1日70mg ワンショット投与で3週間休薬」、Bの場合は、「シスプラチン70mgを分割して5日間連続投与」する指示であった。しかし、誤って記載されたBの指示を見て、Aのワンショットだと思い込み、1日70mgで3日間投与された。
12	指示段階	不明	医師はテラルビシン注（腫瘍用薬）を「1日1回、2日投与」する処方をした。別の医師が「1日2回、2日投与」と解釈して、追加処方をオーダーし処方し、指示書に記載された「×2」は2日間の意味であったが、1日2回と解釈してしまった。
13	指示段階	障害の可能性 (低い)	医師が指示を出す際、ノボリンR注の単位を計算するときに、「1mL」を「10単位」と思い込み、オーダーリングに0.1Vと入力した。医師は、看護師に注射器を渡し注射を依頼した。看護師は希釈されているものと思い、注射を実施した。その後、再度指示を確認したところ、10倍量を投与した事に気づき、医師へ連絡した。
14	準備段階	障害の可能性 (低い)	内科で硫酸アトロピン末（抗コリン剤）1.5mg分3の処方をした。院外処方薬局では、硫酸アトロピン末（mg/g）のところ、硫酸アトロピン原末（g/g）を1.5gで調剤したため、患者は予定の1000倍量を内服した。
15	準備段階	不明	看護師Aが他院から転入した患者の本日昼分の薬を持参薬から準備し、引き継いだ看護師Bは患者に昼の薬を与薬した。看護師Aが休憩から戻り持参薬の残数を確認したところ、数が合わず、本日の昼分を重複投与していたことが判った。
16	準備段階	障害の可能性 (低い)	指示に【ソリタT ₁ 500mL ヒューマカートR注300単位3mL 2単位】とあった。看護師Aは「ヒューマカートR注」を「ヒューマリンR」に変更する指示を受け、患者に実施した。看護師Dが夕方食前血糖値を測定すると24mg/dLであった。看護師Aは朝の点滴準備中に、自分が使用した単位が間違っていたのではないかと思い、確認すると、ヒューマリンR注2単位使用するところ、2mL使用したことに気付いた。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
17	実施段階	障害の可能性 (低い)	担当看護師は、夕食前のペンフィル30R6単位を注射するため訪室し、注射指示用紙を確認し、指示の6単位に注射器をセットした。患者のベッドサイドまで行ったが業務中断が2回発生した。再度、患者の元で確認していると注射器は5単位と6単位の間に目盛りがあり、目盛りを「0」に戻した。指示用紙を見ると、朝食前12単位の指示に目がいき、12単位注射した。実施サインを行う際に、朝の指示量である12単位の部分を見て実施していたことに気付いた。
【速度間違い】			
18	実施段階	死亡	気泡アラームが鳴り、看護師が気泡を除去してアラーム解除の操作を行った。15分後に看護師が輸液ポンプのアラームに気付き、病室を訪れたところ、薬剤が空になっているのを発見した。
19	実施段階	障害の可能性 (低い)	持続静脈注射でゆっくり投与すべき薬剤であるアルチバ（全身麻酔用鎮痛剤）を、ワンショットで静脈注射した。
【対象者間違い】			
20	実施段階	不明	患者Aを患者Bだと思い込み、内服薬を誤薬させた。
21	実施段階	不明	朝の食事介助時、患者Aの食膳と内服を確認し、「Aさん」と言いながら隣の患者Bのベッドに行ってしまう誤薬させてしまった。
22	実施段階	不明	患者Aの与薬実施伝票と内服薬を病室廊下まで持参した。直前の確認をせず、同室の患者Bに患者Aの薬を内服させた。
【その他】			
23	指示段階	不明	外来で化学療法中の患者が、白血球が低下したため一時化学療法は中止し、グラン（G-C-S-F製剤）の皮下注射を行う予定であった。化学療法の指示用紙には監査サインをせず、コンピューター画面で当日の注射指示を削除し、看護師に皮下注射の指示を伝えた。看護師はグランの皮下注射を実施し、患者に「点滴はあるのか？」と質問をされたためカルテを見ると化学療法の注射指示箋ははいており、「中止」の記載がないため治療センターへ案内した。治療センターでは注射指示箋に医師の監査サインがなかったが、これまでも注射実施医が代筆するなどの現状があったため実施した。患者の当日分の化学療法オーダーが削除されているのに偶然気付き、間違いがわかった。
24	準備段階	障害の可能性 (低い)	酸化マグネシウム（制酸・緩下剤）、ラックビー微粒（整腸剤）を調剤し、分包した。調剤した散薬の中に直前に分包した薬剤のハイベン（非ステロイド性鎮痛・抗炎症剤）とアモバン（睡眠障害改善剤）が混入していた。
25	準備段階	不明	角膜潰瘍で入院中の患者に対し、治療のため点眼薬が処方されていた。薬剤を準備する際に溶解せずに使用した。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
26	その他	障害の可能性 (低い)	患者は、MSコンチン（持続性癌疼痛治療剤）40mgを1日2回に分けて内服していた。内服するMSコンチンを準備しようと、夜勤者が2名で金庫を開けた所、MSコンチンの残薬数が1回分不足している事に気付いた。MSコンチンを使用する際は、チームの夜勤者がサインをしていた。残薬が何錠あるか確認することはしておらず、いつの時点で紛失したのか不明である。
27	その他	不明	患者はワーファリン（ワルファリンカリウム）を服用していた。歯科医師の診察により、抜歯の必要が生じた。歯科医師は患者の半年前のトロンボテストの結果が33%あるのを受け抜歯を行った。止血状態が悪いため縫合止血したが、その後も出血が止まらず、同日2回再縫合を実施した。その後、止血はしたが、翌日の採血結果で、MAP（血液製剤）やアルブミン（血漿分画製剤）投与を必要とした。

図表Ⅲ - 2 薬剤に関連した医療事故の発生状況

		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	合計
				経路	濃度	日数				
発生段階	指示	1	6	0	0	0	0	0	1	8
	指示受け・ 申し送り	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	準備	3	3	0	0	0	0	0	2	8
	実施	3	1	0	0	0	2	3	0	9
	実施後の観察 及び管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	0	0	0	0	0	0	0	2	2
総計		7	10	0	0	0	2	3	5	27

図表Ⅲ - 3 薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

		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	合計
				経路	濃度	日数				
段階	指示	3	7	0	0	4	0	3	8	25
	指示受け・ 申し送り	0	9	0	0	0	4	0	29	42
	準備	31	35	0	1	3	0	7	78 ^(注)	155
	実施	19	37	6	0	3	48	21	86	220
	実施後の観察 及び管理	0	2	0	0	0	0	0	23	25
	その他	0	2	0	0	0	0	0	105	107
合計		53	92	6	1	10	52	31	329	574

(注) 輸液栄養剤の準備にあたり、薬剤を混合するために開通させる隔壁が未開通の類似事例13事例を含む。

図表Ⅲ - 4 ヒヤリ・ハット事例（薬剤）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬剤間違い 10件】 他類似事例 43件			
1	心不全で血圧が低下した患者に、医師が塩酸ドブタミン（急性循環不全改善剤）を看護師に電話で指示しようとしたが、実際には塩酸ドパミン（急性循環不全改善剤）の指示を出した。看護師は電話口で薬剤名を復唱し「塩酸ドパミン」である事を確認したが、医師も同意したため塩酸ドパミンを点滴開始した。1時間後にやってきた医師が自分が指示を出したかった薬剤と違う事に気付いた。	1年目の看護師であり、心不全の患者の血圧低下時にドブタミン・ドパミンのどちらを選択するかの知識がなかった。先発薬品からジェネリック薬品への切り替えが行われて間もなくのことであり、医師がジェネリックの商品名を把握していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 一般名・商品名が似通っている薬剤の採用を中止する。 塩酸ドブタミンはドブトレックスへ、塩酸ドパミンは塩酸ドパミン注キットへ採用薬品を変えた。
2	プロトコールにしたがって化学療法を施行中であった。準夜1回目の巡回時、輸液ボトルを確認すると、生食480mL＋イソピスト2.5g（非イオン性脳槽・脊髄・関節造影剤）と記載されていた。指示ではイフォマイド（腫瘍用薬）2.5g＋生食480mLの持続点滴であった。注射カート内の薬剤を確認すると、前日分のイフォマイドがなくなっていた為、輸液ボトルの記載間違いと判断したが調剤した主治医に確認しないまま輸液を続行した。	主治医の記載間違いであった。	<ul style="list-style-type: none"> 指示と違う内容の薬剤が記載されている場合は、必ず調剤した者と前勤務者に確認を行なう。 内容が不明の薬剤は当直医にも確認し、作成し直し等を検討する。
3	生食20mLとフェリコン（鉄剤）注を処方する予定であった。11月より導入された電子カルテで生理食塩の検索をかけようと「セイ」と入力したところ列記された上下段に「生理食塩液20mL」「大塚食塩注10%20mL」が並んでおり、生理食塩水を選択するところ、誤って10%食塩液を選択し、オーダー発行した。薬局内でも監査をすり抜け、現場看護師も薬剤を収納する際に別段疑問に思わず通常使用している薬剤という気持ちで収納した。実施した看護師は、処方箋と薬剤を確認したが、処方箋に印字されているため間違っているという認識はなく、準備し実施した。継続指示だったので、翌日分を薬剤師が監査している時高濃度液での溶解が処方されていることに気づき病棟に連絡し、医師に確認し誤っていたことに気付いた。	電子カルテオーダーリングの設定誤り。10%食塩液と生理食塩液が「セイ」で検索できていた薬剤に対する知識が不足していた。同薬剤の薬名の明記は大きくされていたが、ポリアンプタイプでサイズも同じで間違いやすかった。	<ul style="list-style-type: none"> オーダーリング設定を変更した（「セイ」で10%食塩液が検索できない設定に修正した）。 高濃度食塩液での事故事例を紹介し、危険性を学習した。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
4	胃切除の手術後口腔挿管を抜管し呼吸状態は安定していた。しかし、手術室前室まで患者搬送後呼吸状態不良となり麻酔科医師より「サクシゾン100（水溶性ヒドロコルチゾン製剤）」の口頭指示があった。指示を受けた看護師は手術室に戻り冷蔵庫の鍵つき保管庫から薬液を取り出し注射器に注入し、アンプルのシールを剥がして注射器に貼りつけ、医師に手渡した。医師は投与直前に注射器に貼っているシール確認し「サクシン100」（脱分極性筋弛緩剤）を準備していた事がわかった。	口頭指示受けの手順が遵守されいなかった（指示受け時の復唱確認・医師に手渡す際にも声に出して医師に確認していなかった）。サクシゾンとサクシンが間違えば生命に危険を及ぼす薬剤の薬剤名が類似したものが定数で保管されていた。副腎皮質ホルモンは当院では「サクシゾン」と「ソルコーテフ」の2種類を採用している。「ソルコーテフ」は溶解しにくい等取り扱いにくい事から「サクシゾン」を採用し使用していた。	<ul style="list-style-type: none"> 口頭指示受けの手順・指差し呼称確認を徹底する。 事故防止の観点から類似した薬剤の採用を極力避けるよう検討した。 副腎皮質ホルモンは「サクシゾン」を採用中止とし「ソルコーテフ」のみとした。
5	ロイケリン散（白血病治療剤）1回65mg 1回分処方のところを、10%ロイケリン散 1回65mg 1回分で調剤し払い出した。倍散調剤であったために、1/10量の調剤となった。	調剤者が、処方内容は力価処方であることを正しく確認することを怠った。	<ul style="list-style-type: none"> 処方内容は力価処方であり、正しく処方内容を確認する。
6	気切後の止血術を施行している時に、主治医から最初レペタン（鎮痛剤）の指示が出たが、「ソセゴン（鎮痛剤）」に変更になった。ソセゴンを取ったつもりが「レペタン」を出し、主治医に手渡し、カクテルし投与された。翌日レペタンの数が合わず、間違いに気付いた。	最初レペタンの指示が出ており、思い込んでしまった。また、ダブルチェックをせずに投与してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 必ず、看護師と医師でダブルチェックをした上で投与する。 カクテルする時は指示された薬剤とアンプルが正しいか確認する。
7	弱ペチロルファン1mL（鎮痛・鎮痙剤）を静脈注射するところを誤ってナロキソン1mL（麻薬拮抗剤）を静脈注射してしまった。弱ペチロルファンとナロキソンは同じトレイに準備しており、誤ってナロキソンを静注した。	トレイに1mLのアンプルを準備するが、いろいろな薬品が並べられる。シリンジに吸い上げの際は物を確認しダブルチェックを実施する。今回はトレイの薬品はダブルチェックをしてありシリンジに吸い上げる時は、1人で実施している。	<ul style="list-style-type: none"> トレイの中は弱ペチロルファンのみ準備をし、他のアンプルは指示が出るごとに金庫から出すこととした。
8	アナペイン（長時間作用性局所麻酔剤）が入ったシリンジとノルアドレナリン（血圧上昇剤）が入ったシリンジを準備した。アナペインを患者の硬膜外に投与しようとしたところ、誤ってノルアドレナリンを投与してしまった。	同じ種類の容器に同じ色のマジックで薬剤名を記入していた。外見が似ており、投与前に薬剤名をきちんと確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 硬膜外投与薬と静注薬はシリンジにテープを巻くなどの区別をし、投与前に必ずよく確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
9	ヒューマログ（抗糖尿病剤）からヒューマログミックス50（抗糖尿病剤）朝20単位・夕12単位の皮下注の指示変更があった。しかし、ヒューマログミックス50ではなくヒューマログミックス25を使用していた。翌日の夕方単位数の変更指示を受けたときに気付いた。	ヒューマログミックス50を臨時注射箋（指示した医師が手書きで記入）で薬局より受領した。臨時注射箋では「ミックス」の「ス」の字が「2」に見え、「0」が「u」に見えたため薬局はヒューマログミックス25を手渡した。使用前に単位数は指示簿を確認しダブルチェックをし患者に伝えたが受領薬品と指示簿の薬品は確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 指示簿と薬品を看護師間でダブルチェックする。 読みにくい字があれば各部所で確認を怠らない。 ヒューマログミックスに複数の規格が異なる製剤があることを把握する。
10	検温時、緩下剤（マグミット）の内服状況確認したその際患者が示した緩下剤は、以前より内服していた降圧剤であった。降圧剤は朝・夕の内服であったが、外見が似ていたため間違えて内服してした。	内服方法の違う薬が同じ袋に入っていた。患者自身が薬の内容を十分に理解していなかった。外見が似ていた。	<ul style="list-style-type: none"> 内服方法や、外見の似ている薬は別々の袋に入れる。 入院時に内服自己管理可能かどうかについての判断を見直し、新しい薬が内服開始となった場合に、早期に判断基準を見直す。
【薬剤量間違い 9件】 他類似事例 83件			
11	数時間痙攣が続いていた患者で、発生時の前日準夜帯よりバイタルサインの変動があり、休日に主治医来棟診察依頼していた。ロヒプノール1A（不眠症治療剤）＋生食10mLを3mLずつ静脈注射の指示あり、施行すると痙攣が短時間消失したため、医師より口頭指示にてロヒプノールを持続で行くように指示があった。この時受け持ち看護師の他に看護師が一緒に指示を聞いていた。他の看護師が（受け持ち以外の）5%ブドウ糖250mL＋ロヒプノール48mgを用意し、医師に点滴を見せた後接続した。翌日深夜帯で更新するとき点滴指示票を確認した際、5%ブドウ糖500mL＋ロヒプノール48mg指示であった。	口頭指示であり不確実な指示であり確認、指示伝達があいまいになっていた。点滴を接続したのち再度点滴指示票を確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 緊急時以外の時口頭指示は避け点滴指示票と確認し点滴を用意する。 口頭指示の場合、必ず指示内容を復唱し医師より同意を得る。又記録に残す。 ダブルチェックを怠らない。 接続する前だけでなく、医師が点滴指示票に記載した後も内容が合っているかを確認する。
12	心不全で入院の患者。入院時は内服自己管理であった。ラシックス20mg（利尿降圧剤）から40mgに増量になったが自己管理が上手く行かず2日後より詰所管理となった。追加で処方した頓用の20mgを深夜の配薬で40mgに合わせると思い込み60mgを内服させた。	薬袋が3つ有り、元々処方されている内服の内容を確認せずに配薬した。	<ul style="list-style-type: none"> 配薬の際、薬袋の患者名、薬剤名、量、与薬日、時間を声を出しながら行なう。 薬袋が重複している場合は誰が見ても分かるよう1つにまとめる。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
13	ジプレキサ（抗精神病剤）10mg 1錠1×寝る前の処方に対して入力者はシステム表示上で、10mgも選択できるようになっていたため、10mgを選択して入力した。処方鑑査者は当院非採用薬ジプレキサ10mg 1錠1×鑑査した。調剤者は採用薬ジプレキサ5mg 1錠1×で調剤を行った。最終鑑査者は採用薬ジプレキサ5mg 1錠1×で鑑査した。患者は1回分服用した。翌日薬局内において同様の処方箋により発覚した。	当院非採用薬がシステム上で表示されることを認知していなかった。調剤者は採用品のジプレキサの規格が1つしかないのに、規格を確認しないで調剤してしまった。最終鑑査者はジプレキサが2規格あることを知らなかった。当院での採用が1規格だったため、1規格しか存在しないと思い込んでしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 入力前に採用薬、非採用薬のどちらで表示されているかを確認してから入力作業に入るようにする。 調剤する前に規格や処方箋をよく確認する。 規格を確認することを怠らない。
14	疼痛コントロールのためにオキシコンチン（持続性癌疼痛治療剤）10mg/2×で内服中であったが20mg/2×で処方されていた。指示を受け、内服薬のダブルチェックでは、間違いを発見できなかった。準夜勤務者がそのまま与薬していた。深夜帯で内服薬を確認している時に、量が違うことに気付き、指示を確認したところ増量の記載はなく、与薬時間前に医師に確認した。医師来棟後に再処方し、与薬時間より遅れて与薬してもらうこととなった。患者にはその旨を説明し了承を得た。患者の疼痛はコントロール良好であり、疼痛の増強はなかった。	医師の処方箋の記載間違い。また、指示受け時、内服薬のダブルチェック時、配薬準備時の確認が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 指示受け時に量を確認してから処方箋を薬剤部へ送る。 ダブルチェック時も今までのものと一緒に量、内服時間に間違いや変更事項がないか確認をする。 情報収集時に1回量を把握し配薬準備時に確認する。
15	カルベニン0.25g（カルバペネム系抗生物質）投与すべきところ0.5g投与した。0.5gのバイアルが薬剤部からピックアップして病棟に届けられ、看護師はダブルチェックしたが規格違いに気付かなかった。同僚が注射指示シートと薬剤を点検中に気付いた。	薬剤部は薬液をトリプルチェックして病棟に払いだすが、今回は規格違いに気付かなかった。当事者の看護師は、複数規格あることは知っていたが、1バイアルという思い込みがあった。スタッフが1人欠員であり、従来よりも業務が多かった。	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤部は、複数の規格が採用されている薬剤を見直していく。 注射指示シートと薬剤の確認時は、薬剤名、規格、投与量を声に出し確認する。
16	インスリン5単位注射するべきところを、4単位しか施行しなかった。	4単位であったインスリンが5単位に変更になっていたが、確認を怠り4単位しかしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 血糖測定、インスリン施注時はインスリン簿を持って行き、患者氏名、日時、薬品名、量を確認しながら実施する。 点滴や注射実施時は自己チェックカードを必ず見ながら行う様にする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
17	ノイロトロピン（下行性疼痛抑制系賦活型疼痛治療剤）4T 2×朝夕の指示をノイロトロピン2T 2×朝夕で準備して配薬時にも気が付かず少なく投与した。発見されるまで2回過少投与された。	手術日まで自己管理している患者に対して、A看護師は持参薬分と当院処方分を与薬ファイルに1週間分準備した。持参薬は薬剤師や他の看護師に閲覧してもらった。当院処方方はわかると思い1人で準備した。このとき、1回2Tを2T 2×と思い込み、準備した。B看護師とC看護師は配薬時指示箋が同じファイルにおいて確認するマニュアルであったが確認せず、準備された薬をそのまま投与した。	<ul style="list-style-type: none"> 指差し呼称をする。 マニュアルを厳守する。 持参薬と院内処方が混在するときには薬剤師に介入を依頼する。
18	朝7時にアーチスト7.5mg（慢性心不全治療剤）3包を投与するところ2.5mg 1包のみしか投与されていないことに、次の日薬剤を準備する際、気付いた。	深夜と準夜で薬を確認する際、内服薬には指示量に変更されたことは記載されていたが、処方箋には変更されたことは記載されていなかった。両方をみて確認したが、指示量の変更に気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 指示量が変わった際は、新しい処方箋をだしてもらおう事を徹底する。 指示量が変わった際は、指示箋と内服薬の袋に記載する。
19	パキシル（選択的セロトニン再取り込み阻害剤）2T/回分1夕食後の指示で内服開始になっていた。本人管理とし、声掛けで内服確認は行っていた。しかし2日間、朝、昼、夕2Tずつ内服していた事が会話より判明した。	自己管理能力のある患者で「誤薬は無い」と思い込み、配薬時に服用方法の説明が不十分であった。薬剤部から薬を持ってきた人、整理した者の捺印が無く、詰所で決めたルールが守られていない。	<ul style="list-style-type: none"> 自己管理能力のある患者であっても、詰所で決めた誤薬防止策のルールを守り、患者が確実に服用できるように、詰所全体で誤薬防止の意識を向上させる。
【方法間違い 4件】 他類似事例 13件			
20	深夜でファンギゾン含嗽水（ポリエンマクロライド系抗真菌性抗生物質）を作成した。吸入薬複写指示簿に、「ファンギゾン含嗽1日分作成、シリンジにすって、1日3回食前1回2mL」と看護師の手書きで記載されていた。ファンギゾン2mL＋水200mL（通常のファンギゾン含嗽水濃度）の中から1日量の6mLを準備した。翌日の深夜で、他の看護師がファンギゾン原液を6mL準備しているのに気づき、濃度が間違っていた事がわかった。	不明。	<ul style="list-style-type: none"> ファンギゾンの作成方法（原液なのか水溶液なのか）を詳しく記載する。
21	病棟で鑑別入力書を見ながら分包したが、ラシックス（利尿降圧剤）40mg 0.5錠（火・木・土・日）与薬するところを、毎朝食後で1週間分に分包したため、3日間余分に服用してしまった。	分包時、ダブルチェックで確認していたが、2人とも用法まできちんと確認できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ダブルチェック時は、処方箋・コメントの確認をきちんと確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
22	リウマトレックス（抗リウマチ剤）2mg 2 C a p 1日2回 朝夕食後 毎週水曜日 内服中であった。1年目の研修医が定期処方時に連日投与不可の薬剤であることは知っていたが、1日分と入力するところ7日分と入力した。指導医のチェックはなかった。薬剤部での監査でも発見されなかった。服薬指導の薬剤師によって発見され、患者に投薬することはなかった。	研修医が処方を行った場合、指導医か上席医のチェックを受けることになっているが、受けていなかった。研修医は、水曜日1日/週=1週間分=7日分と考えた。	<ul style="list-style-type: none"> 指導医か上席医のチェックを必ず受ける。 毎日服用しない医薬品の処方例を再学習、日には投与実日数であることを周知する。 薬剤部での監査を確実にを行う。
23	入院臨時処方で（ラシックス散（利尿降圧剤）・アルダクトンA散（抗アルドステロン性利尿・降圧剤））「隔日7日分」の「隔日」を見逃し7日分で調剤、病棟看護師が投薬前に発見した。	処方箋の日数（7日分）に目が行き「隔日」を見過ごした。	<ul style="list-style-type: none"> 調剤中は処方箋をよく確認し、処方箋上に表示される秤量の数値と実際の秤量を確認する事、薬袋の日数（4日分）も確認する事で、「隔日」を意識して調剤するよう徹底した。
【速度間違い 8件】 他類似事例 44件			
24	患者は、末梢からソルラクト（乳酸リンゲル液）100mL/hで投与されていた。ドブックス（心筋収縮力増強カテコールアミン）開始の指示が出て、スワンガンツカテーテルのルートより投与する指示が出た。医師にメインルートの指示を確認し、「メインは末梢のソルラクトを100mL/hのままでもいいんですか？」と聞いたところ「100mL/hでもいいよ。」と返答あった。ドブックス開始直後より心拍数急上昇あり、医師よりメインの流量が100mL/hではなく10mL/hであると指摘を受けた。すぐにメインの流量を10mL/hに変更した。	口頭指示でのみ確認しており、忙しくてカルテ上での確認をしていなかった。カルテ上ではメインの流量は10mL/hとなっていた。カテコラミンの後押しが100mL/hとなることで、どのような副作用が出現するか理解出来ておらず、医師に再確認できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 忙しい場合でも口頭指示のみではなく、カルテ上の確認をした上で実施する。 カテコラミンについての正しい知識を持ち、医師の指示に疑問を感じたら、医師に再度確認する。
25	前日の日勤帯で栄養が増量となり、点滴が30mLから25mLへと減量となった患者を深夜帯で受け持った。日勤帯で点滴減量がなされておらず、ワークシートも減量前のものが経過板に挟まっていた。深夜帯の6時頃に点滴更新し、新しいワークシートを出したが、25mLになっていることに気付かず、思い込みのまま30mLで施行した。感染区域を2人のスタッフが担当しており、清潔区域が1人のため、更新後ダブルチェックをしてもらうことを怠り、次勤務で設定確認の際に間違いを指摘された。	新しいワークシートを出したが、流量の部分の確認不足と、今までのワークシートが30mL/hとなっていたことから、変わっているわけが無いという思い込みがあった。また、同勤務帯のスタッフにダブルチェックを依頼しなかったことも早期発見につながらなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 原則に従って、更新時にはオーダー画面で薬剤名から流量までしっかり確認していくことを怠らない。 ベビー室ではなくても、病棟のベビー室経験者などに依頼して、点滴更新時にはダブルチェックを確実にしていく。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
26	患者はKN補液1A（維持液）500mLを1本/日で持続点滴していた。10時更新で滴下数を調節したが、6時間で120mL投与するところを400mL投与してしまった。	滴下数を調節する時、患者の腕の向きや体位を観察しなかった。残量と時間を見ずに滴下数だけ見ていた。滴下調整を実施する際、1分間測ではなく10秒間で測定したため誤差が出た。	<ul style="list-style-type: none"> 必ず1分間で測定し、刺入部、体位、腕の向き等を観察する。 滴下が不安定な時は30分～1時間おきに観察する。 残量、時間の計算をきちんと行なう。
27	患者には、12:00～14:00 KN補液3B（維持液）500mL投与、14:00～18:00までKN3B+アドナ100mL投与の予定であった。12:00～からの点滴にアドナ（対血管薬剤）を混注施注した。4時間で行なう点滴を2時間でなくなってしまった。	12時からの点滴と、14時からの分が重ねて置いてあった。アドナを点滴台に吊るしていた為、12時に混注すると思いついた。準備中にラベルを確認しなかった。施行直前にも確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> 輸液パックとアンプル等の袋がある場合、氏名、時間、薬品名を確認しセットして置いておく。 輸液パックを同じ場所に吊るさず場所を変える。 準備中のラベルの確認、施注直前にもう一度確認を行う。 患者の状態、検査、処置の内容などを関連付けて考え投与する。
28	ソルデム1（開始液）200mLを100mL/hで追加する予定が、200mL/hで実施した。	ソルデムを200mL/hで投与し、終了後、ソルデム200mLを100mL/hで追加の指示であった。17時に終了し、日勤看護師が追加した。18時医師の診察時点滴の残が少なく流量の違いに気付いた。追加時にダブルチェックを行っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 点滴追加時には指示書を持参し確認して行う。
29	点滴3本キープで実施していた。更新の際、ルート類を確認した。滴下合わせた。2時間後にナースコールあり、訪室すると点滴全て滴下していた。動悸、気分不快なし。	点滴更新時、左前腕に留置針あったが、左肘若干屈曲していたまま滴下速度を合わせていた。患者就寝中であり、肘を伸ばすと起きてしまい迷惑をかけると思った。	<ul style="list-style-type: none"> 滴下合わせる際は基本通りに肘を伸展させた状態で合わせる。 また滴下速度は体位によっても変動するので、こまめに訪室し点滴ルートや滴下に異常がないか確認していく。
30	21時半に、点滴の滴下を合わそうとしたところ、16～4時までのフルリック2号（高カロリー輸液用総合ビタミン・糖・アミノ酸・電解質液）の残量が後20mL程になっていた。	夕方に患者の部屋に入り、人工呼吸器の確認・バイタルサインの確認をし、内服薬注入、口腔ケア、吸引、オムツ交換、体位変換などを順番に行い、点滴も滴下していることは確認した。最後に滴下を合わせて退室しようと思っていたが、他患者の食事介助が気になり、そのまま慌てて退室してしまった。患者の処置が多く、他の患者の食事介助のことに気を取られていた。いつもは滴下を最初に確認し調節するが、この日に限り、後回しにしてしまい、退室してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 基本を忠実に守る。 訪室時には、まず、患者の点滴をボトルから刺入部まで確実に確認する。 12時間や24時間で投与する指示がある場合は、輸液ポンプを必ず付ける。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
31	外来化学療法施行中の患者に対し、前投薬の制吐剤、ステロイドを30分の指示のところ、急速（500 mL/h）で滴下し、10分程度で終了してしまった。	確認不足であった。前投薬は急速との思い込みがあった。	<ul style="list-style-type: none"> 注射箋の確認をする。 前投薬の時間指示には赤丸で目立たせる（現在施行中）。 レジメンどおりの注射箋にしよう（今回の注射箋はルート確保の生食の入力がなく、外来化学療法との入力もなく、赤ペンで多数記入があり、赤丸が目立ちにくくなっていた）。
【対象者間違い 3件】 他類似事例 28件			
32	A氏の14時更新用点滴を、注射簿で確認して準備した。他の患者に呼ばれ、作業が一時中断した。その後、点滴を1パックに詰める際、隣に置いてあったB氏の点滴を、A氏の点滴と思いこみ混注してしまった。調剤直後に注射簿を再度確認して、間違いに気付いた。詰めた後の点滴の外包装には、B氏の名前が記入されていた。	途中で作業が中断し、注意が散漫になっていた。混注する時に確認を怠っていた。	<ul style="list-style-type: none"> 作業が中断した後に注射簿で再確認。 外包装を外した後も、途中で作業が中断する事がある為ボトルに患者名を記入する。 時間帯が重なるので、必要に応じて他メンバーに応援を依頼する。
33	同姓者の点滴を中身を確認せず混注し、姓と時間だけ見て間違えて患者に繋いだ。もう一人の同姓患者の点滴が無い事で間違いに気付いた。	同姓者が居るので注意しようと言う意識が無かった。更新した点滴であったが、施行者は30分前まで病棟を不在にしていた。病棟に戻り点滴を確認すると残り少なく、ボトル交換時に血糖測定があり慌てていた。ミキシング台に点滴があり、誰かが準備してくれたと思い込み名前と中身の確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> 勤務前に同姓患者の確認を行い注意をする。 病棟を離れる時は、他のスタッフに申し送りをする。 同姓患者が居る時はフルネームで確認を行う。点滴の実物と注射簿を他のスタッフとダブルチェックを行なう。
34	患者に別の患者の内服薬を与薬した。準夜で、夕食後薬を処方箋と照合しながら患者用の小さい与薬ケースに準備した。夕食後に配薬する患者のケースをワゴンに並べて病室に持っていった。与薬時に患者に「Aさんですね」と声をかけたが、そのとき違う患者のケースを取り上げてしまい与薬した。手順ではベッドサイドでもう一度処方箋と薬を照合して与薬することになっているが、ベッドサイドで照合しなかった。	ベッドサイドで氏名の確認はしていたが、処方箋と薬を照合する手順を省いていた（自分で準備したので、再確認しなくても大丈夫だと思った）。新採用で、初めての2人夜勤だった。業務の優先順位や、効率を考えて行動できず、次のこと（点滴の実施や検査）をしなければという焦りがあった。前日入院した患者でその日に初めて顔を見た。	<ul style="list-style-type: none"> 患者確認は氏名を名乗ってもらう。 患者にも依頼し、他のスタッフにも再度徹底して、毎回の与薬時に氏名を名乗ってもらう。 新採用者の与薬準備、配薬の手順の練習を行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【その他 17件】 他類似事例 312件			
35	2人の看護師が同じ場所で医師からの指示を聞き、点滴を名前を口に出さず準備した。患者から点滴終了のコールがあり、氏名と通し番号の書いた点滴を持って訪室した。注射簿は無く口頭指示なので施注する様言われ繋いだ。詰所で会話中違う患者である事が判明し直ぐに中止した。	医師から指示を聞く時に二人の看護師は異なる患者の事を思い浮かべており、名前を確認せずに点滴準備をしてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 互いに声に出して患者の名前を確認する。 注射簿を必ず確認する。 口頭指示であっても医師が注射簿に記入するまで待ち、それから施注する。
36	頭痛があり毎日眼前に市販のバファリン（解熱鎮痛消炎剤・抗血小板剤）2錠を内服している患者であった。検査の為に内服を中断した方がよいか主治医に確認しなければならなかったが、市販薬であった為しなくてもよいのではないかと思ひ、確認しなかった。前日もいつも通りバファリンを内服し、検査施行となった。検査後カルテの内服薬の欄を先輩看護師が見て気付き、主治医に確認したところ検査当日は念の為、バファリン内服は中止となった。	バファリンは手術や検査をする患者に内服を中止してもらうことは知っていたが、市販のバファリンも同様に内服を中止するとは思わず、主治医や先輩看護師に確認・相談をしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 市販薬でも同様の作用を示すことが考えられる為、主治医や先輩看護師に確認・相談していく。 また、相談しなくてもよいものかどうかはつきりわからない場合は、先輩に相談し自分一人で判断しない。
37	24時間点滴を行っている患者の点滴を接続した。伝票にはハイカリック（高カロリー輸液用基本液）2パックとなっていたので、その量で流量計算したが深夜帯で終了しているのを発見する。点滴は実は1パックのみで伝票に記載されている量とは違っていた。受け持ち看護師が点滴を確認した際に伝票記載とは違うことに気付いたが伝票を修正していなかった。	点滴が上ってきた時点で2パックきていることに気付かなかった。受け持ち看護師が混注する際気付いたが、伝票を修正しなかった。受け持ち以外が点滴を接続したが、自分の目で指示を確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 受け持ち、点滴確認者が接続することを基本とする。 やむを得ず受け持ち以外が接続する場合は、再度指示を確認する。
38	8時間でアミノフリード（糖・電解質・アミノ酸液）500mLを点滴していたが、アミノフリードの隔壁を開通せずに点滴を開始してしまった。3時の巡視時に滴下速度を確認したときにも、その開通忘れを見落とした。	薬剤の性質上、隔壁を開通させて使用する製剤になっていること。夜勤帯もあるが開通確認を怠ってしまったこと。	<ul style="list-style-type: none"> アミノフリード[®]の開通確認シールの意味の周知する。 開通から点滴までの手順を安全ニュースで知らせた。
39	処方箋・薬袋発行機の一台が故障し、電源を切った際、すでにデータが送られていた処方のうち実際に発行が完了した処方の確認が不十分だったため、一人の患者の処方箋が2度発行され、別々の薬剤師がこれを調剤し薬が両方とも病棟へ送られてしまった。病棟看護師が重複に気付き、誤りが発見された。	業務手順・ルール、チェックの仕組みの題点。処方箋・薬袋発行機の老朽化（8年使用・度々故障する）。	<ul style="list-style-type: none"> 処方箋の再発行を行なう場合は未発行の確認を充分行う。 処方箋・薬袋発行機の修理を行なう。 発行完了した処方箋の確認を十分に行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
40	錠剤を4種1包化の21包のうち、1包のみに1種類入っていなかった。患者が服用の際、不足に気づき看護師に報告にて薬剤部に連絡が入った。	第一、第二鑑査しているにも関わらず、不足に気付かなかった。確認不足。錠剤一包化の分包機の一台が、錠剤の移動や欠損時のエラー機能が故障していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・鑑査時の確認を徹底する。
41	シュアプラグ（静脈ライン用コネクタ）で施行していた点滴が終了したため、ヘパリンロックした。その際、バイアルの中の抗生剤が十分溶解できずに残っているのに気付いた。	生食溶解液キットを使用していたが、抗生剤の差込が不十分であり、溶解できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴キットにバイアルを接続する時は、まっすぐ差し込む。 ・薬液がきちんと溶解されているのを確認してから点滴セットをつなぐ。 ・患者のベッドサイドで施行時にも薬液の溶解を確認する。
42	歯科からセフェム系の抗生物質の指示がでた。主治医が過去にも数回処方されているフロモックス（セフェム系抗生物質）を処方し昼食後に看護師が与薬した。その際、患者から「フロモックスは体に合わない」という発言あり、カルテを確認するとカルテ表紙のアレルギー欄に赤ボールペンで「フロモックスで薬疹？」と記載があった。患者はその後「苦しい、暑い」と訴え、全身に発疹出現した。サクシゾン点滴し、酸素開始してその後症状改善した。	カルテの表紙のアレルギー表示を見落としていた。昨年カルテ表紙のアレルギー表示を見やすくしたが、新入院のカルテのみ新しく長期入院の患者のカルテは変更していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・処方する時にはアレルギー禁忌がないかを確認して処方するように情報提供した。表示をわかりやすくする。 ・アレルギー禁忌の表示を赤で大きく「+」の記載をするよう統一した。
43	本来、6～18時の12時間の尿量が300mL以下であればラシックス注（利尿降圧剤）1A静注の指示であった。準夜看護師が18時に採尿バッグ内の尿が130mLであったので、130mLは6時からの量であると思い込み、ラシックス注を施行した。21時にラウンドをし蓄尿瓶に開ける際、すでに350mLの尿が瓶に移されているのに気付いた。必要のないラシックス注を投与してしまった。	尿量を記載してあるワークシートを確認せず、今あるバッグ内の尿だけでそれが朝からの尿量だと思い込んでしまった。尿量確認を、バッグ内だけの確認でなく蓄尿瓶に移して確認することができていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・蓄尿量の確認は、バッグでの確認ではなく蓄尿瓶に移した量で確認する。 ・薬剤投与の場合は尿量記録を確認した上で投与の必要性を判断する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
44	横行結腸切除術を受ける予定の患者で、入院前より高血圧症、糖尿病の既往があり、内服加療中であった。認知症もあり、内服薬の自己管理が行えないため入院時に同伴していた家族の同意のもと、看護師サイドで管理し、夕食後の薬を内服してもらった。この時室内に家族は居なかった。30分後に訪室すると、面会に来ていた長女が「食後の薬をついさっき飲ませた」と言い、重複投与している事に気付いた。	認知症のため、患者は自分では内服したことを覚えていなかった。自宅でも家族が内服させた後、自分で再度内服する事が度々あったと言いため、入院時から看護師管理にしたが、内服薬を看護師管理していることが入院時付き添っていた家族以外に伝わっていなかった。長女は入院時にはいなかった。入院時に持参薬をすべて預かっていたが、他の家族が別の鞆の中に薬を持っていた。看護師のみが内服確認をし、患者本人や家族が分かるような記録をしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・家族に内服薬の管理について再度説明する。 ・残薬は必要分預かって、部屋に置かないように持ち帰ってもらう。 ・看護師と患者・家族の双方が内服の有無を把握できるようにケア計画表やタイムスケジュール表やチェックシートなどを患者のベッドサイドに設置する。
45	インスリンを2mL/h実施していた。口頭指示で血糖値が100µg/dL以下の場合、流量を1mL/hに減量、の指示があった。口頭指示であった為、その旨ポストイットでコメントが書いてあった。血糖値が90µg/dLと低値であったがそのまま2mL/hで継続した。次の血糖測定時に69µg/dLと低下があり、口頭指示があったことを思い出し気付いた。	深夜看護師からの申し送りでポストイットを見ていたにも関わらず血糖測定時にそれを見忘れ、送りを受けたことも忘れていた。医師の指示簿に血糖低下時の指示記載がなかった。輸液・シリンジポンプのチェックリストがなかった。病棟の決まりとしてチェックリストを作成し、各勤務で受け持ちの看護師に交代時に申し送りの際に一緒に渡すという事を決めたが施行されていなかった。医師に確認し、指示簿に記入してもらう必要があった。	<ul style="list-style-type: none"> ・輸液ポンプ・シリンジポンプのチェックリストを使用する事の必要性を理解して各勤務帯使用するようにする。 ・準夜などでの医師からの口頭指示は翌日回診時に医師に記載してもらう事を徹底する。
46	仙骨に褥瘡があり「ヨード禁忌」である患者にユーパスタが塗布された。その時点では、ユーパスタがヨード剤と気付かず、処方依頼した際ユーパスタがヨード剤であることがわかった。	ユーパスタがヨード剤であることを理解していなかった。知識不足。	<ul style="list-style-type: none"> ・自分が理解していない薬剤が処方されたときには、すぐに調べる。 ・急遽処方されたときは、禁忌薬剤を伝える。
47	朝食後薬と夕食後薬のアレグラ（アレルギー性疾患治療剤）60mg1錠の入った配薬カップを朝食中に渡した。食後内服する様に伝えたが、本人は「はい、はい」と言いながら携帯をいじり、話を聞いている様に思えなかったが、これまでは実施出来ていた為、配薬カップを食事トレイに置いた。その後、患者は朝と夕の分を一緒に内服してしまった。	今まで内服はきちんと出来ていた為、今回も飲めるだろうと思っただ。患者に内服の説明が足りなかった。患者は、朝食のトレイの上に置いたので朝の分だと思った。	<ul style="list-style-type: none"> ・確実に理解するまで説明を行なう。 ・確実に内服出来る様に1回配薬とし、手の届き易い所に置く。
48	右前腕よりソルデム（開始液）3A10mL/hで持続点滴を行っていた。7時に付添い家族より「手が腫れているみたい」とナースコールあり。滴下は良好であるが、右手首から前腕2/3程度が腫脹していた。	抗生剤開始前に自然滴下と刺入部を確認し問題なかった為、点滴続行しその後は確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・持続点滴中の観察の基本を守る。 ・腫脹を確認する時は、刺入部の周りだけでなく、腕全体も確認する。また、左右差も確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
49	抗てんかん薬の水薬を準備しようとしたら、残量が多くあった。前担当者に確認すると水薬の与薬を忘れていた。粉薬を準備の後に水薬を冷蔵庫から取り出し、準備するつもりであったが忘れてしまった。	処方箋を確認しながら準備をしていたが薬の保管が冷蔵庫であったため、後にしようとして忘れた。薬注入時の最終確認を忘れていた。	<ul style="list-style-type: none"> 薬注入の注射器に「水薬あり」のラベルを貼付する。 薬の準備の時に全ての薬を準備してから溶解する。
50	造影MRI施行後、一過性意識消失および血圧低下を認め、ソル・コーテフ（副腎皮質ホルモン剤）経静脈投与を行ったが、患者が以前にステロイド薬に対してアレルギーの疑ありと報告していた。	薬剤アレルギー確認が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤アレルギーの確認を徹底する。
51	喘鳴咳嗽を主訴に受診、処方とした。抗アレルギー剤に関して説明した上で処方したが、処方入力の際、誤って解熱剤も処方してしまった。すぐ取り消し、抗アレルギー剤を処方したが、薬剤部に連絡せず、次の患者の診察にあたった。オーダー画面上は削除されているが、一旦指示が通ってしまった状態で調剤が済んでしまった。患者は受付で、解熱剤、抗アレルギー剤両方を渡した。帰宅途中で母親が説明をうけたものと違うものがあると再来院した。	オーダーリングシステムの指示変更時オーダーエントリーのため、電話連絡ミス。	<ul style="list-style-type: none"> 次期システムバージョンアップ時は、指示出し・指示受け等の改変をする。

図表Ⅲ - 5 入院時の持参薬の管理に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

	薬剤 間違い	薬剤量間違い		投薬・ 内服忘れ	用法 間違い	その他	合 計	
		過少・過量	重複					
入院時	2	5	4	2	1	1	15	
入院後、改めて持参薬 を処方した際	3	3	10	0	1	2	19	
薬の 管理時	患者自身が 管理	2	7	2	2	1	3	17
	病院側が 管理	1	4	0	8	2	3	18
退院時	0	0	0	0	0	2	2	
その他	0	2	2	4	1	20	29	
合 計	8	21	18	16	6	31	100	

図表Ⅲ - 6 ヒヤリ・ハット事例記述情報（持参薬）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬剤間違い 3件】 他類似事例 5件			
1	持参薬の薬剤サイレース（睡眠導入剤）がなくなり、医師が当院から処方する際、間違っサイレイトウ（漢方製剤）を処方した。本来サイレースを服用しなければならなかったが、看護師も疑問を持たず紫令湯を準備し、4日間与薬した。患者はそのまま疑うことなく服用した。患者に不眠などの影響はなかった。	処方時の医師の薬剤に対する認識が不足していた。患者の病態と薬剤の関係について十分理解していなかった。看護師は、紫令湯は漢方であり、就寝時に服用するものではないことを疑ったが、名前も似ているため確認を怠った。薬剤師として薬効を十分理解していながら、就寝時に漢方が処方されたことについて疑義照会を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の病態と薬効を関連させて考えることを徹底した。 疑問に思ったことはそのままにせず、必ず確認することを話し合った。
2	入院時の持参薬ニューレプチル（精神神経用剤）が当院採用のセロクエル（抗精神病剤）に変更になる筈が医師の処方間違いによりセロクラール（鎮暈剤）が処方されており薬剤師も気付かず調剤した。退院になる際も気付かず残薬を渡した。その後、再入院になった際に別の病棟の薬剤師により指摘され発覚した。薬剤師は退院30分前に指示があり焦って処理を行いニューレプチル＝セロクラール＝セロクラールだと思い込んでいた。	本来投与すべきニューレプチル統合失調治療薬はセロクエルであるが、3文字類似の脳梗塞治療薬セロクラールを処方間違いした。新人医師の薬剤採用の問題。薬剤師は退院30分前に指示があり焦って処理を行いニューレプチル＝セロクラールだと思い込んでいた。業務、労働体制、連携の問題。知識不足や3文字類似薬の監査ミス、チェックの仕組みの問題。	<ul style="list-style-type: none"> セロクエルやセロクラールのような、間違い易い頭3文字類似薬は監査方法を徹底する。 医師は退院指示を前日に行うルールを作る。
3	入院時、院内処方の持ち込み薬を看護師がセットした時に、ムコスタ（胃炎・胃潰瘍治療剤）を間違えてムコソルバン（気道潤滑去たん剤）をセットした。	ダブルチェックで確認したが確認が不十分であった。薬剤師に相談をしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 病棟薬剤師との連絡をとりあう。 当院処方の持ち込み薬のセット化を薬剤部で対応する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬剤量間違い 過少・過量 7件】 他類似事例 14件			
4	<p>外来からの持ち込み薬である抗癌剤ペラゾリンとラステットを、10日毎に1錠・1包ずつ内服するところを、倍量内服させてしまった。入院時の看護師の情報によると、2種類2つずつ内服との情報があった。毎日家人にて薬のセットがされていたため、就寝前に看護師で確認したところ、明日内服予定の抗癌剤が1つずつしかセットされておらず、看護師は2つずつセットし直した。翌日内服時、患者より薬が多くないかと質問があり、看護師は外来カルテで処方を確認するが、カルテはそれぞれ2つずつ投与の記載であった。「長期旅行のため」「実際は今まで通り」との記載もあったが、薬袋にも2つずつとの記載があったため、看護師は患者に説明し、2つずつ内服してもらった。その後患者が家人に薬を多く飲んだ旨を伝え、家人より主治医に報告があり、主治医からの看護師への確認で倍量内服させたことが発覚した。患者は白血球が低下したため、ノイトロジンを投与することとなった。</p>	<p>抗癌剤の治療に関する知識がなかった。外来持ち込み薬の、点検・薬のセットに関するチェックの仕組みがなかった。看護師が入院時に一人で全て行っていた。主治医に持ち込み処方の確認をとっていなかった。外来では受診日調整のために倍量で処方されていたが、病棟看護師にはカルテ記載からは分からなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・持ち込み薬を、薬剤科でチェック出来る機能を作れるか検討する。 ・わかりにくい処方については、必ず主治医に確認するよう指導する。 ・注意の必要な処方箋は、マーキングする等病棟内の手順を見直す。 ・倍量処方のシステムを見直す。
5	<p>術後の疼痛指示でボルタレン座薬25mg（鎮痛・解熱・抗炎症剤）が処方されていたが、持参の50mgを使用したと後で報告があった。患者は入院直前にぎっくり腰を発症し、他の病院で50mgを処方され持参していた。患者には25mgが別に処方されていることを説明していなかった。また看護師は持参の坐薬があることは把握していたが、容量の確認をしていなかった。</p>	<p>持参薬があることは把握していたが、実物で容量の確認をしていない。患者に持参薬とは別に違う容量の坐薬が処方されていることを説明していない。鎮痛剤は持参薬であっても病棟管理にしよう決めているが、患者の元に置いたままにしていた。疼痛の観察不足であった。座薬の冷所管理ができていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時の担当者が必ず持参薬を確認し、記録に残す。 ・鎮痛剤は、病棟管理とする。 ・持参薬であっても原則として預かる。 ・薬が変更になった場合の患者への十分な説明を行う。
6	<p>持参薬調査を行い、薬の内容をディオバン80mg（選択的AT1受容体ブロッカー）のところ40mgと記入した。医師は、その調査票を見て処方をオーダーした。持参薬の内容は薬剤部のシステムに登録されており、処方を監査した薬剤師が登録内容と違うため処方した医師に問い合わせた。医師は調査票の内容を信じ、ディオバン40mgでよいと返答した。後日、病棟担当薬剤師が間違いに気付いた。</p>	<p>月曜日は1日に10人以上の患者を回らなければならない、また、その日は、遅出で17時には薬剤部に回らなければならないため急いで仕事を行っていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬調査票の記載は落ち着いて正確にする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
7	<p>持参薬ルーラン（抗精神病剤）、アキネトン（抗パーキンソン剤）を「3錠/分3、毎食後」内服する指示がカルテに記載してあった。1回3錠ずつだと思い込み、夕食後に各3錠ずつ内服させてしまった。また患者は入室時から失見当識があり、ルート類を気にしたり、安静が守れない状態であった。そのため患者にルートトラブル、転落がないよう見守りながら、薬の確認を行っており何度も確認行為が中断していた状況であった。深夜看護師が内服薬の確認をしていた際に、間違った錠数がセットされていることに気付き、残薬の錠数を確認したところ、前日夕方分の内服薬を間違った錠数で内服させていることに気付いた。</p>	<p>CCU（心疾患集中治療室）では持参薬の取り扱いがほとんど無く、「〇錠/分〇」という指示の見方に慣れていなかったが、他のスタッフに投与方法を確認しなかった。ルーラン、アキネトンを内服させるのは慣れていなかったため、添付文書の確認を行ったが、副作用の確認しなかった。患者は入室時から失見当があり、ルート類を気にされたり、安静が守れない状況であった。患者を見守りながら薬の確認をしており、集中して薬の確認ができる環境でなかった。CCUでは内服薬をセットする人、内服させる人は違う人が行い、ダブルチェックできるようなシステムにしているが、今回は入室直後であり、自分でセットをし内服もさせたため、ダブルチェックができなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自分は「〇錠/分〇」という指示の見方に慣れていないことを認識し、最低2回は指示簿と薬を確認し、自分の投与方法が添付文書に記載してある投与方法と合っているかの確認を行う。その上、他のスタッフに投与方法を確認する。 ・薬の確認中のみ他の看護師に見守りを依頼する。 ・入室直後でも内服をセットする人、内服させる人を別の人にダブルチェックできるようにする。 ・患者にルートトラブル、転落の危険が高いと判断した場合、薬の確認中だけ一時的に抑制具を使用させてもらう方法を考え、患者と相談の上、自分が集中して薬の確認ができる環境を整える。
8	<p>他科の入院患者であった。持参薬確認の際、大腿に貼られていたデュロテップパッチ（経皮吸収型持続性癌疼痛治療剤）12.5mgを15mgと見間違えてしまった。交換日は翌日であったが、交換分の持参はなく、主治医へ15mgで報告し処方を受けた。翌日交換の際、実際に貼られているのは12.5mgであり、交換分の処方内容と違うことに気付き、処方し直しとなった。</p>	<p>実際に貼用されているパッチの確認方法に誤りがあった。外来カルテからの処方内容の確認が不足していた。入院時持参薬一覧チェック表の確認・指示を主治医よりもらっていなかった（サインをもらっていない）。患者自身デュロテップパッチについての認識が薄く、情報が得られにくい。カンファレンスより「麻薬である」という認識が薄い。入院後、夜勤帯でも確認している場面があるが、規格・用量を見落としており、3重のインシデントとなっている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・パッチの確認を確実にこなす（用量・規格・枚数）。 ・シールを貼る際には、規格が見えるように貼る位置を工夫する。 ・外来カルテより確実に処方状況の確認を行なう。 ・入院当日、必ず入院時持参薬チェック表を主治医へ確認しサインをもらう。
9	<p>他院で処方されていた入院時持参薬剤を病棟担当薬剤師が鑑別する際に、0.25錠の錠剤が混ざっており、鑑別不能であった。ワンアルファ（1μg）（活性型ビタミンD3製剤）0.25錠内服するところ、実際には1.25錠が1包化されていた。患者は18日間5倍量を内服していた。</p>	<p>他院からの持参薬は院外薬局の処方箋を参考に治療が継続されることもある。薬局からの情報の間違いは患者に大きな影響をきたす。業務手順、チェックの仕組みに問題点があると思われる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・鑑別、判別を徹底する。 ・情報提供を他院、薬局に積極的に行う。 ・病棟薬剤師による入院時持参薬鑑別を全患者に継続し実施する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
10	疼痛コントロールの為、オキシコンチン（持続性癌疼痛治療剤）を服用している患者で、「オキシコンチン40mg/日分2』内服の処方では10mgを持ち込みしており、1回に10mg×2錠ずつ服用していた。入院当日で、医師の指示箋には、20mg分2と書かれていたため1回量10mgを1錠持って行ったところ患者本人より、1回量20mgで10mgを2錠服用しているとの指摘を受けた。	入院時の情報不足と、オキシコンチン10mg錠を患者が持参していたこと。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬の内服方法をきっちり確認する。 容量、用法の確認を確実にこなう。
【薬剤量間違い 重複 8件】 他類似事例 10件			
11	デパケン（抗てんかん、躁病・躁状態治療剤）が患者持参薬（水剤）と当院処方（細粒）とだぶって与薬され、内服するときに気付いた。	他の持参薬がなくなって処方になった際に、デパケンの残薬（水剤）を処分しなかった。確認が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> 前医処方の水剤は処理し中止する。 薬の重要性を認識する。 処方内容を前後に確認する。
12	気道狭窄にて、気管ステント挿入後の患者。家では内服薬の自己管理をしていたが、術後は体調不良が続いたため、看護師管理としていた。持参薬の残量がバラバラで、無くなった物から主治医に処方してもらっていた。配薬カートの整理をしている時に、持参薬のメインハーツ（選択的β1アンタゴニスト）と当院処方のメインテート（メインハーツと同一の薬効）が重複して配薬カートに設置されていることに気付いた。実際に重複して内服したかどうかは不明である。	カート設置時に、カート内に残っている薬と新たに処方された薬が重複していないか確認していなかった。持参薬の一覧表と、当院の処方箋（黄色の処方箋）を比較して、重複している薬をチェックしていなかった。カートに整理した者は、メインハーツとメインテートが同一の薬剤であることが確認出来ていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 看護師管理の内服薬を患者に投与する時は、処方箋の内容と実際の薬があっているかをしっかり確認することを徹底する。 カート設置時には残薬も注意してみるように、薬剤師にも協力を依頼する。 持参薬の一覧表を修正する。
13	内服薬の自己管理患者に対し、持参薬のムコサルL（徐放性気道潤滑去たん剤）45mg朝1錠の代わりにムコサル15mg3錠毎食後に処方されていたが本人よりムコサルがないと言われた。患者は持参薬のムコサルLと当院が処方したムコサルを重複し服用した。	持参薬から院内処方の薬剤に変更になる場合は、患者の理解力を確認し、丁寧に説明する。また、内服薬を自己管理にする場合服薬の確認と渡し方についても統一する必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> 内服薬自己管理基準を作成し、患者の査定を行う。 服薬の確認方法の統一する。 毎日1回確認する。 原則水曜日に残薬確認し1週間分を投与期間、服薬時間、服用方法を薬袋に記入し患者と確認して渡す。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
14	深夜勤務で朝の内服薬セット時にほぼ同じ内容の薬を服用している事に気づき重複と薬されていた事を発見した。退院時薬を2週間ずつ2ヶ併せて4週間分持参した。翌日再入院し薬を持参した。持参した薬が一部変更となり、臨時薬で処方された。与薬車にあった残薬の持参薬は薬局へ返納した。残り2週間分の持参薬は記録室に置いてあり受け持ち看護師は服用するものと思い込み準備して定期薬の段ボール箱に入れた。そして薬係がその薬を与薬車へ準備し入れた。その為臨時薬と退院時持参した2週間分の薬が与薬車内にあり過量と薬となった。	薬剤の保管管理（持参した薬が4週間分与薬車に入らない、また保管管理の場所が徹底されていない）。患者の指示変更と状態観察がマッチングさせ観察していない。指示変更の伝達の不徹底。指示簿を見ていない。	<ul style="list-style-type: none"> 指示変更の伝達。 処方箋、指示簿の確認。 持参薬について薬効の把握と何時まで薬があるのか誰が見ても解るようにするシステムを検討する。
15	眼科手術の目的で入院も糖尿病のため入院時から高血糖であった。入院翌日代謝内科受診し、キネダック（アルドース還元酵素阻害剤）3T/分3（食前）で開始の指示が出た。入院時患者持参薬は看護師管理として与薬していた。キネダックが持参薬の中にあることに気が付かず、12日時から15日昼までの間、重なって投与されていた。患者への影響は無く、食後のキネダックを中止した。	患者持参薬に関する情報が代謝内科の医師に伝わっていなかった。電子カルテシステムで他科受診を依頼、患者持参薬の情報は看護記録にのみ記載されていた。入院時持参薬について全て薬剤師がチェックするシステムになっていない。入院時持参薬は薬歴管理に反映されない。キネダックが食後薬として処方されていた。	<ul style="list-style-type: none"> 入院時持参薬については入院当日でなくても薬剤師が一度チェックできるシステムにする。
16	夜間入院した患者に他院の精神科処方があったが、薬剤情報のまま内服させたところ、倍量を与薬してしまった。入院の翌日妻が持参した薬を、受け持ち看護師からセットするよう依頼を受けた看護師が、院外薬局の薬剤情報書を見てセットした。倍量処方に気付かなかった。妻は受け持ち看護師に薬剤情報書のとおり内服させていたと話していた。患者は日中まで入眠後、覚醒された。薬剤師が処方内容を確認し気付いた。	医師の指示書には持参薬続行の指示で、内服薬の記載がなかった。薬剤師の介入を依頼しないままセットした。持参薬を看護師のみでセットすることが習慣化していた。患者が持参薬を持ってきた際の手順が浸透していなかった。看護師は薬剤量が多いと思ったが、精神科の処方だからかと勝手に判断した。看護師の薬剤に関する教育が不十分であった。倍量処方が行われている実態がある。	<ul style="list-style-type: none"> 入院時に持参薬がある場合は、薬剤師の介入を依頼する。 薬剤鑑別後、医師に持参薬の内服指示内容をカルテに記載してもらう。 現実的にすべての場合を薬剤師に依頼することは困難であるので、更に検討を進めている段階である。
17	患者持参薬のアルファロール錠剤（Ca-骨代謝改善，1 α -OH-D3製剤）が少なくなり、主治医がアルファロール散剤を処方した。手渡された患者は形態が異なるため、違う薬と思い、錠剤・散剤の両方を服用していた。翌日、錠剤がなくなりかけた時点で看護師が散剤へ変更となることを患者へ説明した際に、重複内服が判明した。	持参薬の他に、院内処方薬を渡すため患者へ説明する際に、手持ちの持参薬の内容を確認せずに渡していた。持参薬がある場合の照合を行なう手順が不明確であった。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬の確認と院内処方薬の照合を徹底する。 患者への説明方法を確認する。 持参薬の取扱いフローを作成する（薬剤師・看護師・医師間検討中）。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
18	<p>持参薬があるにも関わらず、前回準備した内服薬が無くなった時点で処方してもらっていた。空になったタケプロン（プロトンポンプ・インヒビター）の内服薬が医師の処方を依頼するために寄せてあった。医師に処方を依頼したところ「持参薬があるから処方しなくていい」と言われ、持参薬から1週間分を準備した。同時に、他のスタッフが持参薬の一包化を依頼していて、その中にもタケプロンが入っていた。一包化された薬袋を確認したが、タケプロンが入っていることに気付かず、2日間重複投与してしまった。</p>	<p>内服薬を確認した時点での見落としであり、不注意であった。また、以前処方されていた薬袋が別になっていたため、一包化されていないという思い込みがあった。また2日間、投薬準備するスタッフも気付かず投与していることから、重複されていることを疑うことなく思い込んで準備していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今回のケースでは一包化された薬を注意深く確認する。 ・また、前回処方してもらった薬袋は一包化を依頼した時点で廃棄する。
<p>【投薬・内服忘れ 6件】 他類似事例 10件</p>			
19	<p>持参薬を自己管理していた患者に対し、持参薬の内服は手術前日まで使用し、一時病棟に保管した。術後医師の指示にて開始するか検討するルールとなっていた。手術前日に、手術日は薬を服用しないように患者に指導したが、「持参薬は明日服用するものがあるから」と、引き上げなかった。手術当日、持参薬の一部と前投薬の内服指示であったが、当日の看護師は指示を見落とし、前投薬のみ配薬したため、持参薬の一部が未投与となった。</p>	<p>手術当日の看護師の指示確認が不十分であった。看護師間の連携が不十分であった。役割分担が不適切であった。朝の忙しい時間帯であった。患者への説明が不足していた（手術当日服用しないと言う説明でなく、何をどの時間にどのように服用するのかなど患者にも説明しておく必要があった）。持参薬管理のルール違反があった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・手術前後の持参薬に関するルールの再確認をした。 ・手術前日の看護師は、手術当日の予定に関し説明し、患者の理解度を把握することが役割と確認した。
20	<p>夕方の内服薬より看護師管理となっている薬剤をセットした。他院での処方であったため、手書きで処方箋に薬剤を記入したが、その際にムコソルバン（気道潤滑去たん剤）の記入が漏れた。次勤務者が内服薬を確認したため発見された。</p>	<p>内服薬がワンドーズとなっており、確認しにくかった。他院からの内服薬であったため、処方箋がなく、薬剤の袋に書かれているものと、入院時の記載とで内服薬をセットした。内服薬を看護師管理とした際のセット後、作成した処方箋とカルテがあっていることを確認できていなかった。患者の内服薬が把握しきれていなかった。処方箋がないため、あやふやになっている薬剤が他にもあった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤はワンドーズとなることで識別番号で確認するため、シート処方に比べて確認しにくいことを考え、慎重に薬剤の確認を行う。 ・患者が何のために、何の薬剤をいつ飲んでいいのかしっかり把握しておくためにも、カルテ記載時十分に注意する。 ・内服薬セット後、再度カルテと作成した処方箋があっているかを確認することを徹底する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
21	夜勤で内服薬の準備をしていると、処方を出されているが薬剤自体がどこにも見当たらないものがいくつかあった。その旨を日勤者に伝え、まだ薬剤部より上がってきていないと考え、薬が届き次第、配薬、投与するように依頼した。夕方になり患者から、「薬が一つしかないけどいいの？減ったの？」と問われ確認すると、持参薬のロブ錠（プロピオン酸系消炎鎮痛剤）が朝、昼共に投与されていなかったことが判明した。ロブ錠は他の薬の保管庫になく探していると、返納BOXに入っていることに気が付いた。投与忘れによる患者の状態に変化はなかった。	ロブ錠以外にも持参薬があり、持参分がなくなった為院内処方に切り替えていた。ロブ錠は当院採用薬ロキソニンで処方されていたが、薬剤を処理した看護師は薬剤名が異なるため、同一薬剤と思わず、処方間違いと考えて返納手続きをした。手続き後、再処方等の依頼をしていなかった。持参薬と院内採用薬との品名が異なることがあり、混乱しやすい。通常持参薬確認時、院内採用薬と異なる場合は、薬剤師が代替薬品名を報告してくれているが、今回はされていない。薬剤師の人的制限上、全ての入院患者にタイムリーに持参薬確認ができていない現状である。	<ul style="list-style-type: none"> • 処方異なる場合は、自己判断で処理せず、必ず医師に確認することを徹底する。 • 持参薬確認に、薬剤師がさらに関わられるような体制を検討していく。
22	血糖コントロール目的で入院中の患者で、内服薬続行の指示があったのに、グリミクロン（経口血糖降下剤）の内服が1週間できていなかった。主治医に電話報告し、血糖コントロールが食事のみで出来ていたため、そのままグリミクロン内服中止で様子を見ることとなった。	入院時、内服薬の種類と残薬を確認していたのに申し送り、処方依頼ができていなかった。週1回の残薬チェックが行えていなかった。本人が内服の必要性を感じていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> • 入院時、内服薬の残薬を確認し、入院中になくなる薬がある場合は申し送る。 • 週一回の残薬チェックをきちんと行う。 • ワークシートに残薬チェック日を入力する。
23	入院時、外来処方薬継続内服の指示が出された。しかし患者は入院時に薬を持参してこなかった。後でもってきてもらうこととしたが「患者が内服薬を持参した時は、内容確認して継続内服する」という指示を伝達することを忘れてしまい、3日後に患者が主治医に確認したため内服されていないことが発見された。	カーデックス欄には、外来処方薬継続内服と入力したが「入院時に持参薬が確認できていないことや患者に継続内服であること」が伝達できるようにしていなかった。自己管理薬だと思い内服確認がされていないことがあった。	<ul style="list-style-type: none"> • 自己管理薬の内服確認を各勤務で実施できるように注意喚起した。
24	1週間分の内服薬を配薬箱にセットする際、「夕食後」の箱にセットすべきS・M散（調剤用胃腸薬）をセットし忘れ、患者に配薬箱を渡してしまった。患者本人がS・M散が入っていないことに気づき、看護師に報告したことでミスが発覚した。	「持参薬確認表」の確認が不十分であった。患者はS・M散を1日1回夕食後と、更に屯用でも服用しており、持参薬確認表には2行にわたって記載されていた。屯用の方だけを見てしまい、屯用は看護師管理のため、セットの必要はないと思い込んでしまった。	<ul style="list-style-type: none"> • 「持参薬確認表」の確認は、セット前の処方内容確認と、セット後のセット内容の確認の2回実施する。 • 患者へ配薬時に、患者と一緒に薬の内容をチェックし、間違いがないことを確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【用法間違い 2件】 他類似事例 4件			
25	患者自己管理の入院時持参薬が切れるので医師に処方してもらったが、患者から「量が増えたので薬剤師の説明が聞きたい」と申し出があり、薬剤師が確認した所、持参薬の転記が1 T / 1 ×の所を3 T / 1 ×と書いてあり、医師は、3 T / 3 ×で処方していた事が発覚した。医師に事実を報告し、訂正されたため、間違った量は内服されなかった。	持参薬のチェック時は薬剤情報書お薬手帳など確認するものがなかった。転記ミスに気付かなかった。医師がそのまま処方してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 入院時持参薬を調べる時は、お薬手帳や薬剤情報提供書などがあれば見せていただき、コピーをして入院時持参薬一覧表に添付する。 リーダーとダブルチェックを行う事とする。
26	持ち込み薬のリウマトレックス（抗リウマチ剤）を準備する際に誤って毎日セットし、当日与薬翌日が処方箋の指示に書かれていた曜日であったため与薬された。3日目の看護師が間違いに気付いた。連日投与により過剰投与の副作用による健康被害が予測される。	処方箋指示の確認不足で、毎日投与することもあるのだと思い込んだ。持ち込み薬は薬剤科へ出すことの手順不履行があった。	<ul style="list-style-type: none"> 手順を遵守する。
【その他 10件】 他類似事例 21件			
27	持参薬の降圧剤（ミカルディス40mg 1錠朝1回）を朝から服用するべきところ、調剤する事を忘れた。午後に気付いた時点で服用させた。血圧の上昇など、バイタルサインの変化は無かった。	朝からなくなる薬を前々日に、医師に処方依頼をした。1剤だけ持参薬が残っていたため、処方薬と一緒に調剤しなくては行けないが、前回分のチェック表を病棟から回収できなかったため、処方になった薬剤のみを調剤してしまった。担当薬剤師が忘れたら服用がもれてしまう確率が高い。チェック表を作成し、毎日漏れが無いか2名の薬剤師でダブルチェックしているが、チェック表が紛失していて処方漏れになってしまったケースも過去にある。	<ul style="list-style-type: none"> 病棟看護師の人員不足などの問題もあるが、理想的には看護師と薬剤師のダブルチェックを実施するよう検討する。
28	胃カメラがあるため深夜勤務で循環器の薬、高血圧の薬の確認をした。看護プロファイルには持参薬は「なし」になっており、入院後の処方薬にもなかったため、検査前の内服薬はないと判断した。しかし問診表には高血圧の記載があり、胃カメラの際、血圧上昇にて持参薬としてカルブロック（持続性Ca拮抗剤）があったことが判明した。	持参薬があるのに、アナムネ聴取の際に持参薬はなしになっていた。既往歴の把握とその内服薬の確認ができていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 入院時、既往歴の確認と経過、内服薬の確認を行い、持参薬を持ってきてもらう。 紹介状があれば、内服薬のチェックと持参の確認を行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
29	持参薬の錠数を内容確認し、処方シートに記載する。後日他スタッフより持参薬が見当たらないと連絡があり、薬局にも確認したが発見できなかった。その翌日、薬局に再度確認したところ、薬局の返品棚に持参薬があり、内服薬が2回分服用ができなかった。	病棟から薬局へいく薬は、一包化の薬と返却の薬であるが、一日にどの患者の薬が一包化や返却されているかは正確に把握されていない。持参薬などは配薬車の引き出しに入れることになっているが、薬が多かったり引き出しに入りきらない場合、薬を保管する場所が統一されていない。誰かは不明であるが持参薬をメッセージャーの棚に置いてしまい返品されてしまった。返品する薬には返品することは記入しておらず、棚に置かれていることが多い状況である。	<ul style="list-style-type: none"> ・今後は一つずつ確認や振り返りをしての行動を心がける。 ・薬局へ返品する薬は、返品することを記載する。 ・メッセージャーと連絡を取り、返品と記載されていない薬は返品しないか看護師に確認するよう方法を決める。
30	以前外来処方で「デパス（精神安定剤）1mg 1錠眠前」の処方あり、その後他院にてデパスの処方（規格不明）がされていた。前回入院時は、「デパス0.5mg」を持参されており、入院中は、0.5mg錠が処方されていた。今回入院時持参薬確認をしていると、デパス0.5mg錠と1mg錠が混在して同一の薬袋に入っていることに気が付いた。	複数の医療機関から処方を受けており、それぞれの処方規格が異なっていた。規格の違いについて、患者は理解していなかった。規格まで、十分に説明されていなかった可能性がある。一見しただけでは、規格の違いに気付きにくい。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に規格違いが混在していることを説明し、医師に相談して1mg錠を中止にした。 ・持参薬確認における薬剤師の介入を今後も継続する。 ・処方内容については、患者に十分説明するようにする。 ・複数の医療機関にかかっている場合は、患者自身他院でどのような薬が処方されているか伝えられるよう、薬剤情報提供書等を活用するように説明する。
31	頭痛の訴えがあり、P L顆粒（総合感冒剤）内服の希望があった。本人分の処方がなかったため、病棟ストックより与薬した。その後、家人が入院時にP Lを預けたことが判明、探したところ、酸化マグネシウム（制酸・緩下剤）3包3×で配薬されていた散剤がP L顆粒（0.25g/包の分包）であった。	処方箋と共に持参された薬剤を照合したところ、処方箋に酸化マグネシウムの記載があった。しかし、実際の薬は酸化マグネシウムではなくP L顆粒であったため、薬剤部には鑑別を依頼しなかった。院外処方のため、分包に薬剤名の記載はなかった。本院では、酸化マグネシウムではなくほとんどマグミットを使用しており、酸化マグネシウムの細粒とP Lの顆粒の大きさの差をスタッフが認識できていない。医師は「処方箋通りで」という指示で、実際の薬剤は確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤名の記載のない散剤・分包は、必ず薬剤部で鑑別してもらおう。 ・医師は薬剤を確認して指示をだす。 ・薬剤を病棟にストックしない。
32	持参薬中止の指示にもかかわらず病室に持参薬が置いてあり、患者家族が服用させていた。	患者家族への説明不足。また自己管理できない患者の近くに持参薬を置いていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・自己管理できる患者かどうかを把握する。 ・患者家族への説明をしっかりとる。
33	入院時持参薬を持って入院された患者で、退院時に持参薬の返却を忘れてしまった。	退院時の確認が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時の確認を徹底する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
34	<p>配薬ケースに患者持参薬の薬袋（薬剤名の記載無し）と当院の処方薬があった。配薬時に持参薬はフローベン（フェニルアルカン酸系消炎鎮痛剤）だと思い、当院のアスピリン細粒（抗リウマチ・鎮痛・解熱剤）とともに患者へ渡した。主治医と患者が薬剤について会話をしている最中に、持参薬にもアスピリンが入っていたことが判明した。患者は日曜日に入院したが、看護師のダブルチェックが実施されず、翌日に薬剤師への確認依頼されていなかった。</p>	<p>病棟で持参薬の確認・照合ルールを決めていたが、ダブルチェックが看護師間・看護師・薬剤師間でできていなかった。医師も持参薬と院内処方内容の確認をしていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネージャーよりカンファレンスでルール遵守の徹底を注意喚起した。 ・院内で持参薬取扱いフローを検討中である。
35	<p>精神科医師が来棟し、前回予約日に受診していないため内服はできているのか指摘される。その時に初めて統合失調症の診断が発覚し、統合失調症の内服薬を入院時に持参していなかったため、入院中内服していなかったことがわかった。</p>	<p>入院時に患者の持参した内服薬だけで全てと思い込み、薬歴や病歴を確認しなかった。精神科の既往を診断名を確認していなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時、当院処方薬は薬歴で確認する。 ・その他は処方箋を確認する。
36	<p>入院時に持参薬を預かり、薬剤鑑別に出した。返却後、その中に点眼薬と含嗽液も含まれていたが、確認不足のため患者に返却をしておらず、入院後2日後に患者から薬が返却されていないことの報告を受け返却した。</p>	<p>入院時、鑑別から返却された薬を他の看護師に確認してもらい自分で詳細まで確認できていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時の持参薬を確認する際に必ず自分で内容を確認し、患者に確認したうえで開始するようにする。

【2】医療機器の使用に関連した医療事故

平成19年4月1日から平成19年6月30日の間に報告された医療機器に関連した医療事故のうち、人工呼吸器に関連した事例と輸液ポンプ等（シリンジポンプを含む、以下省略）に関連した事例について分析を行った。

（1）人工呼吸器に関連した医療事故の現状

人工呼吸器に関連した医療事故は4件であった。分類別に見ると、呼吸器回路に関連した事例が3件、呼吸器本体に関連した事例が1件であった。その概要を図表Ⅲ-7に示す。

（2）輸液ポンプ等に関連した医療事故の現状

輸液ポンプ等に関連した医療事故は2件であった。発生過程別に見ると、流量設定に関する事例が1件、点滴刺入部の観察管理に関する事例が1件であった。その概要を図表Ⅲ-8に示す。

（3）医療機器の使用に関連したヒヤリ・ハット

第23回ヒヤリ・ハット収集事業において報告された重要事例の中から人工呼吸器に関連する事例および、第22回から、輸液ポンプ等に関連した事例を記述テーマにあげた。

① 人工呼吸器に関連したヒヤリ・ハット事例

人工呼吸器に関連したヒヤリ・ハット事例を分類別に整理した（図表Ⅲ-9）。また、報告された事例の中から15件の事例概要を図表Ⅲ-10に示す。

② 輸液ポンプ等に関連したヒヤリ・ハット事例

輸液ポンプ等に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況を整理した。事故の発生過程を「指示」、「電源」、「回路」、「設定・操作」、「観察管理」、「その他」として縦軸にとり、「輸液ポンプ」、「シリンジポンプ」の機器の種別を横軸に整理した（図表Ⅲ-11）。また、報告された事例の中から22件の事例概要を図表Ⅲ-12に示す。

図表Ⅲ - 7 人工呼吸器に関連した医療事故事例の概要

No.	分類	発生場所	事故の程度	事例概要
1	回路	病室	不明	術後、呼吸不全にて気管切開をし人工呼吸器（サーボベンチレータ300A）管理していた。気管内吸引を行っていたが、吸引チューブが途中までしか挿入できなかった。日勤で呼吸器回路を接続しており、呼吸状態急変時に呼吸器回路を確認したところ、患者側に加湿がかからない回路接続になっていることに気付いた。吸気側に接続すべき加湿器を呼気側に接続した。換気には問題は無かった。
2	回路	病室	障害残存（低い）	急性肝炎で呼吸器（ベネット7200e）を装着し、呼吸管理を行っていた。SpO ₂ （酸素飽和度）低下、血圧80台となっていたため、処置を行った。吸引と体位変換のため電動ベッドを操作し、ベッドアップ30度程になっていたものをフラットにした。「低換気」でアラームがなったため、回路を確認したところ、ウォータートラップ（水受け）が挟まりそうになっていた。
3	回路	病室	障害残存（低い）	人工呼吸器（サーボベンチレータ300A）のアラームが鳴り、すぐに看護師が訪室すると患者が顔をしかめて暴れていたため、ジャクソンリース（用手換気）で換気を開始した。換気開始後20秒程で意識消失したため気管カニューレを確認すると、気管カニューレが先端を気管内に残したまま浮き上がっていた。
4	呼吸器本体	病室	障害残存（低い）	使用中の人工呼吸器（TバードVSO2）のアラームが鳴り看護師が訪室すると、人工呼吸器は作動しておらず、「HW FAULT」と表示されていた。患者はSpO ₂ （酸素飽和度）が低下し呼吸困難を訴えた。人工呼吸器を別のものと交換したが、患者の状態の改善は見られず、その人工呼吸器は、プレッシャーコントロールのついていない古いバージョンのものであることがわかり、再度プレッシャーコントロールのついた人工呼吸器に変更した。

図表Ⅲ - 8 輸液ポンプ等に関連した医療事事故事例の概要

番号	事故の発生過程		事故の程度	事故の経緯
【輸液ポンプ】				
1	設定・操作	流量設定	不明	低分子デキストランとメインの輸液がつながった輸液ポンプが同速度で落ちていた。メインの輸液の速度変更指示がありルートをたどらずポンプの操作を行ったところ、速度変更したのは低分子デキストランの方であった。
2	観察管理	刺入部	障害残存 (低い)	下肢に血管確保し輸液ポンプにて点滴を投与していた。点滴漏れの危険性を考慮し、下肢はシーネにより固定・保護されていた。点滴を交換した際、患者が入眠していたため注射部位は確認しなかったが、輸液ポンプの異常は認めなかった。点滴開始から約5時間後、左足関節から足背にかけて腫脹し、左足背皮膚が乳白色を呈しているのを発見した。

図表Ⅲ - 9 人工呼吸器に関するヒヤリ・ハット事例の発生分類

分類	件数
電源	1
酸素供給	1
回路	14
加温加湿器	3
設定・操作部	7
呼吸器本体	2
その他	6
合計	34

図表Ⅲ - 10 ヒヤリ・ハット事例 記述情報（人工呼吸器）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【電源 1件】 類似事例 0件			
1	患者は気管切開をしており、呼吸状態（本人希望）にあわせて、人工呼吸器と気管切開用マスクでを使用し、呼吸管理していた。ウィーニング中もすぐに呼吸器を使用できるよう、ベッドサイドに設置していたが、偶然呼吸器のコンセントが抜けているのを発見した。すぐ使用できるようにコンセントをつなごうとしたところ、壁側のコンセント挿入部が破壊しており、プラグの先が曲がっていたため、つなぐことができなかった。患者は特に呼吸苦等出現なく、ウィーニング続行できると言われたため、そのままウィーニングを続行した。	コンセントが破壊されていたこと、プラグの先端が曲がっていたことから、強い力が加わったものと考えられる。患者は自分で電動ベッドを操作することがあり、ベッドの高さを変えた際、ベッドがプラグに引っかかってしまい、破損の原因となったと考えられる。機器の取り扱いという面で、観察や環境整備が不十分であった。ベッドとコンセントが近い距離にあり、ベッドの高さを変えることで、破損の危険性があるということ予測していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸器の破損について、ME（臨床工学技士）に報告し、コンセントも修理してもらった。 ベッドサイドに同種の人工呼吸器の設置を行った。 ウィーニング中であっても、呼吸器を管理するという責任があり、機器の作動状況だけでなく、環境整備にも努める必要がある。いざという時使用できなければ、大きな事故にもつながりかねないので、すぐに使用できるよう頻回に機器のチェックを行う。
【酸素供給 1件】 類似事例 0件			
2	患者は血管造影中に挿管され、血管造影室よりニューパック（搬送用人工呼吸器）を装着し救命センターへ帰室した。手術室搬入予定であったため、ストレッチャーのまま呼吸器へつなぎ替え呼吸管理を行った。血管造影中にニューパック酸素の残量が少ないと感じたが、予備のボンベも残量が少なく交換しなかった。その後手術室搬入となり、呼吸器よりニューパックへ切り替え手術室へ搬入した。手術室前室でベッド移動を行っている際に、酸素ボンベが空となりニューパックが作動停止した。	医療機器の保守、管理上の問題。業務手順、ルール、チェックの仕組みの問題。	<ul style="list-style-type: none"> 酸素ボンベの始業前点検。 ニューパック使用時の酸素ボンベ使用基準の作成（酸素残量5Mpa以下のボンベは使用しない。酸素残量に対する使用可能時間換算表を作成）。 ニューパック使用時は、バックバルブマスク（用手換気）携行することを徹底した。
【回路 5件】 類似事例 9件			
3	人工呼吸器回路の一部が外れてリーク（空気漏れ）が発生し、気道内圧が通常より低かったがリーク原因を特定出来なかった。アラーム設定内であったためアラームは発生せず、酸素飽和度にも影響はなかった。次勤務者がリークを発見し対処した。	アラームが発生しなかったため異常と認識できなかった。痰により影響と考え吸引を行って様子を見ていた。気道内圧上昇、気道内圧下限の意味を観察、点検項目と結びつけて考えられなかった。人工呼吸器に対する知識不足があった。相手に確認、相談ができなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 知識不足対策として人工呼吸器に関して自己学習と業者からの勉強会の実施した。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
4	術後2日目、人工呼吸器の確認をしていると、回路の温度センサーとPEEP（呼気終末陽圧）の回路が逆に接続されていることに気が付いた。	術後より人工呼吸器装着し、各勤務帯で確認はしていたが、気付いていなかった（装着時より、間違っていた可能性がある）。ME（臨床工学技士）が回路のセッティングをしているため、安心という気持ちがあり、細かい確認ができていなかった可能性がある。逆に接続できてしまう構造である。間違えて接続しても、アラーム等で知らせる機能がない。	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器を確認する際は、回路全体を通して確認することを徹底する。 初めて使用する時、回路交換時には、ダブルチェックする。
5	1年目看護師との勤務であったため、患者の様子を頻回に見るようにしていた。人工呼吸器回路の位置と、患者の体位を整えるため、別の看護師と共に看護師2名にて、気管カニューレと呼吸器回路の接続部を外すと、気管カニューレが抜去された。直ちにアンビューバッグ（用手換気）で換気開始、主治医により気管カニューレを交換した。	気管カニューレに付属しているカフエア注入用のチューブが呼吸器回路に絡まっていたため、呼吸器回路を外す際に、回路とともに引っ張られて抜去された。消灯後で、照明も暗かったため、気管カニューレに付属のカフエア注入用のチューブが呼吸器回路に絡まっていたことが見えず気付かなかった。カフエアの量をきちんと確認できていなかったため、カフエアが漏れていた可能性があった。カフエアの確認、呼吸器回路の位置、気管カニューレに付属のカフエア注入用チューブの位置等、起こりうる危険について、1年目看護師への指導が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸器回路や、気管カニューレに付属のカフエア注入用のチューブは絡まらないように常にきちんと整えておく。 1年目の看護師の時は多忙な状況でも今以上にこまめに患者の様子を観察する。 カフエアの量は勤務と勤務の間の、人工呼吸器設定確認の際に必ず確認するように徹底する。
6	人工呼吸器の回路交換を医師が行なった。4時間後、回路が熱いことに気付き確認すると、温度センサーが呼気回路に装着されていた。	回路交換後に設定の確認はしたが、回路の確認はしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 循環器回路を交換して時は、設定・回路が正しいか指差し確認をおこなう。 できるだけ回路交換は、休日など人の少ない時を避けるようにする
7	長期間人工呼吸器を使用している患者で、排痰のため加温加湿器を使用していた。夜間、呼気吸気共に回路内に水滴が溜まるために頻回に排出していたが、勤務者交替後、医師が回路に人工鼻がついている事を発見した。	人工鼻の機能について理解が不足していた為に、加温加湿器を使用しながら回路にセットしてしまった。その後の勤務者も、通常、人工鼻を使用することが多く回路を観察していたにも関わらず、人工鼻がついている事に気が付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 各々の器材について機能必要性を再確認する。
【加温加湿器 2件】 類似事例 1件			
8	加湿器の温度低下を防ぐため、処置中、加湿器のスイッチを消してしまった。その後スイッチを入れ忘れた。点検に来たME（臨床工学技士）に指摘され気付いた。	スイッチは切らない基本が守られていない。	<ul style="list-style-type: none"> 基本・ルールを遵守する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
9	呼吸器の回路交換を行い、その際加湿器も交換した。加湿器のルートを滅菌蒸留水に接続した際にエア抜きのカップを開くのを忘れたため、加湿器内に水が入らず、加温のみで加湿されていなかった。翌日の日勤帯で痰が粘稠で、患者の呼吸回数も早いため、再度呼吸器の点検を行ったところ、加湿器に水が入っていない事に気付いた。	回路交換時に加湿器のルートを蒸留水に接続した際にカップが開いているかどうかを確認しなかった。その後勤務交代時にダブルチェックしたにもかかわらず、加湿器の水まで確認していなかったため発見が遅れてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 回路交換時に最終確認を行わなかったため、リーク（空気漏れ）チェック、作働チェックだけでなく、加湿器のチェックも行う。 勤務交代時のチェックも加湿器の温度だけでなく、水が入っているかどうかを確認する。 チェック用紙に項目を加える事を検討する。
【設定・操作部 4件】 類似事例 3件			
10	稼働式呼吸器にて入浴後、本体の設定確認を怠った。換気量が若干増量していたが気付かず、夜勤者に申し送りの際気付いた（本来は換気量の設定変更が起こるはずはないが、E200の人工呼吸器の場合時々起こっていた）。	確認不足だった。手順を怠った。呼吸器の設定パネルが、ちょっとした稼働で動くような状態にあった。	<ul style="list-style-type: none"> 確認の徹底。 E500に人工呼吸器を変更する。
11	深夜から日勤への申し送り時、人工呼吸器の1回換気量は250mLであった（看護師2名で確認）。日勤帯で入浴を行い、注入食を開始する前に高圧アラームが鳴った。痰の貯留があったため、吸引したが、高圧アラームが消えなかった。体動があるためだと思い呼吸器の設定確認しなかったが日勤と準夜の申し送りの際、1回換気量が350mLになっていることに気付いた。	受け持ち看護師は入浴後に人工呼吸器に再装着する際、設定確認を怠った。呼吸器の設定違いの理由は不明。（ダイヤルつまみを回して設定を変更するタイプの人工呼吸器（ニューポート）で、当たった程度では設定変更出来ないが、なぜ設定が変わったかは不明である。	<ul style="list-style-type: none"> 入浴などで、アンビューバッグから呼吸器につなぎ変える際は、看護師2名で、呼吸器設定をダブルチェックする。
12	主治医立会いの元で、人工呼吸器の機種変更（新規購入機器）を実施した。医師指示により、設定は前機種と同様とした。PC（プレッシャーコントロール）圧20cmH ₂ O、PEEP（呼気終末陽圧）10cmH ₂ Oに設定を行ったが、新機種はPEEP圧に左右されないPC圧に対し、前機種はPEEP圧に上乗せのPC圧のため、実際には20cmH ₂ Oの圧較差のところ、10cmH ₂ Oの圧較差に設定をしていた。（圧の設定が間違った状態で8時間経過した）。	新規購入機種に対しての知識不足。新規購入機種で、現場（医師・看護師）は勿論、技師も前機種との操作比較や管理マニュアルを作成し検討する期間も無い中で、医師より新規購入機種の使用依頼が来たために発生した。	<ul style="list-style-type: none"> 新規購入機器の安易な使用は事故につながる事を理解した上で、使用前の十分なランニング期間を設け、機器管理責任者の責任の元に使用する体制を作る。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
13	食道癌で術当日で人工呼吸器（サーボ300）で鎮静中の患者の人工呼吸器の設定がSIMV（同期式間歇的強制換気）+PS（プレッシャーサポート）で指示箋に記入されていた。引き継ぐ時に後任者が従量式のモードになっている事に気が付いた。	SIMV+PSを従量式と思い込んでいた為、指示を従量式の間違いに気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 従量式しか表示されてる所があれば、前勤務者と指示の再確認を行う。 気道内圧の変動や設定が稼働しているランプが点滅しているか確認する。
【呼吸器本体 1件】 類似事例 1件			
14	低酸素脳症で人工呼吸器管理の患者。ベラからサーボに人工呼吸器の機種を変更した後に初めての吸入をしようと、マニュアルを参照しながら実施した。その直後、1回呼気量と分時換気量の上限アラームが鳴った。吸入施行前は正常に作動していた。アラーム鳴動時、リーク（空気漏れ）の確認したが、リークはなかった。	吸入実施直後に起こり、当直麻酔科と検討した結果、吸入の粒子が人工呼吸器の内回路に入ったと考えられるとコメントされているが、はっきりとした原因不明のため、後日ME（臨床工学技士）に点検依頼する。	<ul style="list-style-type: none"> 新しいことをする際は、麻酔科と立会いのもと、日勤帯で行う。原因説明時に、看護師サイドで対策を考える。
【その他 1件】 類似事例 5件			
15	患者は経鼻7.5Fr鼻翼2.6cm、カフエア2.5mmHg固定で挿管し、人工呼吸器により呼吸管理を行っていた。チューブはテープで右頬に2点、左頬に1点固定されていた。チューブは鼻腔より浮き上がり気味で固定が外れやすい状況であった。テープに緩みがあり、深夜3時頃テープの左頬側のみを剥し貼り直した。早朝のカフエア確認の際、2.6cm固定を確認した。その1時間半後に主治医診察時に共に挿管チューブの観察を行なったが、固定の長さの確認をしていなかった。勤務帯で確実に確認したのは21時の勤務交代時と3時のテープ固定時と6時のカフエア確認時だけだった。2時間毎に体位交換を行ったが、その都度確認をしていなかった。勤務交代の際、日勤看護師に挿管チューブが鼻翼2.2cm固定となっていることを指摘された。胸部レントゲン上約3～4cmの抜けが確認された。	勤務交代時とカフエア交換時はチューブの位置を意識して確認するようにしていたが、それ以外の体位交換時や吸引時は確実な位置確認を怠っていた。経口用チューブを鼻腔に使用しており、経鼻は経口に比べ体動の影響を受け、抜け易い状態であった。	<ul style="list-style-type: none"> 体位交換時や吸引時は体動があるため、チューブの位置確認を確実に行う。 検温時は必ず位置確認を行う。 呼吸を管理する挿管チューブの意味についてスタッフの認識をもう一度確認する必要がある。抜けたらどのような危険があるか、どのように処置するのか（観察項目、報告、処置、セデーション（鎮静）や呼吸器の設定など医師指示の確認について）など確認する。

図表Ⅲ - 1 1 輸液ポンプ等に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

		輸液	シリンジ	不明	合計
指示		0	1	0	1
電源	充電	0	0	0	0
	電源忘れ	5	2	0	7
	その他	0	1	0	1
回路	シリンジ	0	12	0	12
	ルート	33	15	3	51
設定・操作	固定	2	9	0	11
	流量設定	71	20	4	95
	その他	6	3	2	11
観察管理	刺入部	4	0	1	5
	その他	6	2	0	8
その他		8	8	2	18
合計		135	73	12	220

図表Ⅲ - 12 ヒヤリ・ハット事例 記述情報（輸液ポンプ等）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【指示 1件】 他類似事例 0件			
1	イノバンシリンジ（急性循環不全改善剤）4.0 mL/h で施注中の患者、主治医から「イノバン3.0 mL/h に変えといて」と口頭で指示を受けた。19:00に変更予定であったが忘れてしまい20:30に気付いた。	医師から指示を受けた時、別の事をしていてその業務が終わって変更しようと思っていたが、完全に忘れてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 別の業務中であってもアラームを設定する等忘れない工夫をする。 口頭指示でも動ける時は手を止めて直ちに行動する。
【電源 2件】 他類似事例 6件			
2	2時半頃、病室より輸液ポンプのアラームが聞こえたため訪室した。閉塞でアラームがなっていたため刺入部や点滴ルートなど確認し直している時に以前より側管から持続点滴していたニカルピン（血圧降下剤）のシリンジポンプの電源がオフになっていることに気付いた。主治医にニカルピンが中断されていた事を電話で報告した。	夕方にアレビアチン（抗てんかん剤）を施行するために、メイン・側管の点滴を中断していた。アレビアチンを開始し、1時間後に終了したが、担当看護師が申し送り中であったため、他の看護師に依頼した。その看護師はメインの点滴は再開したがニカルピンを再開するのを忘れたと考えられる。同じチームのスタッフであり大丈夫であろうと思いきや申し送りが不十分であった。他の業務に追われ点滴再開の確認をおろそかにしてしまったため。	<ul style="list-style-type: none"> 他のスタッフに依頼するのであれば、点滴再開を申し送り依頼する必要がある。 申し送り終了後に、再度自分で確認しに行く必要がある。
3	PC（血小板）10単位を輸血した。その際メインの輸液ポンプをOFFにしたが、再開するのを忘れ、準夜の看護師が4時間後に訪室した時に気づき、輸液を再開した。	主治医と一緒に訪室して、輸血施行の介助をしたが点滴を再開するのを確認することを忘れていた。主治医が点滴を再開したと思いついてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 輸血施行時は、輸液をOFFにするので終了時に必ず輸液を再開したことを確認する。
【回路 6件】 類似事例 57件			
4	血圧コントロールのため、ベルジピン原液をシリンジポンプで注入していた。日勤から夜勤に交代時に、テルモの機械にニプロのシリンジを使用していたことに気付いた。ニプロの方では登録規格でシリンジが作成されているので、問題ないというが、テルモでは、何かあった時の保証はできないとのことであった。今回は注入量の誤差はなかった。	50 mLの注射器は院内にテルモとニプロが採用されており、同じ引き出しに入れていた。	<ul style="list-style-type: none"> コストの面もあり全サイズ同じメーカーにできない為、シリンジポンプに使用する注射器は輸液ポンプと同じメーカーのものに統一し、2種類は置かないようにした。
5	シリンジポンプの薬剤更新の際、シリンジ内のエア抜きをしていたが、シリンジを装着する際、シリンジの押し子を引いてしまったのか、空気が入っていた。患者への空気の注入はなかった。	シリンジ装着時の手技が不適切であった。装着後の観察ができていなかった。確認できなかったのは次のことをするために焦っていた。	<ul style="list-style-type: none"> シリンジ装着時の確認を確実にこなそう。 担当以外の看護師も時に他の患者をみることもあるので、意識しながら輸液ポンプ、シリンジポンプを観察する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
6	<p>輸液ポンプで管理していたA氏の点滴が、残り100mLほどでなければいけないのに400mLも残っていた。ポンプの滴下数も合っており、巡視時も滴下が見られた。ポンプのドアを開けると溝にルートがはまっておらず、屈曲していた。医師に謝罪し、速度を速めた。</p>	<p>ポンプが旧式で溝が浅い為、ルートがはまりにくかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ポンプの交換。 ・残量及び積算量の確認を行う。
7	<p>C Vダブルルーメン（中心静脈カテーテル）挿入中の患者に対し白ルート46mL/h・青ルート20mL/hの指示で24時間点滴管理していた。深夜帯の0時更新の際、輸液ポンプの扉を開けしっかりとルートを挟んだが、最後のルートの部分がきちんと挟まっておらず、患者に点滴が投与されなかった。ラウンド時に輸液ポンプの積算量だけ確認して、ボトルの残量・滴下を確認していなかった。</p>	<p>輸液ポンプを使用していることで、何か不具合があればアラームが鳴ると機械を過信していた。また、勤務帯の中でポンプの積算量だけを確認し、ボトルの残量と滴下を確認していなかった。輸液ポンプを使用していることで自分の目で確認することを怠った。また、勤務帯の中で脈拍が上昇したりSpO₂が低下したりして当直医に報告・相談していたが患者全体を観察できていなかった。患者の状態をしっかりと把握できていない為に、患者に予測される状況を考えながらの行動が取れていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・輸液ポンプをセットする際には、セットして刺入部から点滴ボトルを確認し、再度、点滴ボトルから刺入部を指差し確認で確認する。また、その際には扉を開けてルートが通っているか確認する。 ・最後に滴下がきちんとできているか薬筒のなかできちんと落ちているか確認する。 ・輸液ポンプを使用する際は、自分の目で見てきちんと確認するように身につけていく。 ・ダブルチェックを依頼し自分以外の人の目が入るようにする。 ・勤務帯の中で、ラウンド時にはボトルの残量を見て本当に流量と積算量が合っているか、滴下しているか確認する。 ・1時間に1回はチェックする。 ・輸液管理をしている患者については、状況を次の勤務帯の受け持ちに最終で報告する。 ・患者の状態把握をアセスメントしリスク感性を日々の業務のなかで身につける。
8	<p>インスリンを0.7mL/h実施中の患者の清拭を実施し、ルート類の確認も実施後に退室した。3時間後、シリンジポンプアラームがなり訪室したところ、三方活栓がクランプ（閉鎖）状態で閉塞アラームがなっていた。血糖チェックでは、スケール内で指示の変更もなかった。</p>	<p>三方活栓がなぜ、クランプ状態であったかの原因は定かではないが、24時間持続点滴やC Vカテーテルによる補液の場合は、医療安全・感染防止の観点から閉鎖式ルートを使用し、三方活栓は使用しないという院内規定が遵守されていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・発生事例の共有と三方活栓の使用に関する院内規定について再度、周知・徹底を促した。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
9	I V H（中心静脈栄養）カテーテルよりKN補液500mLにヒューマリンR4単位混注したものを輸液ポンプで20mL/hで施行していた。20時半頃輸液ポンプのアラームがなり、夜勤看護師が訪室した。クレンメが輸液ポンプより上についており、閉まったままの状態であった。チューブに圧がかかり、気泡が多量にできたことによるアラームだった。その時、すぐに気泡を除去してもらい、問題なくポンプは作動した。1時間後、夜勤看護師が側管より薬剤を注入しようとしたところ、血液が固まりかけていたためか、注入時、フラッシュしなければ、注入できなかったとの報告を受けた。	I V H挿入後、クレンメの位置やクレンメが開いているかの確認ができていなかった。アラームが鳴った時点で閉塞してから1時間程度経っていたため、注入時フラッシュしなければ注入できなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 輸液ポンプ使用時の観察点・ポンプの構造など再度学習し、観察を怠らないようにする。
【設定・操作 7件】 類似事例 110件			
10	患者は、血圧が高値の為ベルジピン（カルシウム拮抗降圧剤）をシリンジポンプで管理していた。30分間隔で血圧を測定し血圧が高いためベルジピン量を少しずつ増量し、1時間に3mL注入した。3時間後シリンジの固定部から注射器が外れていることを判明した。アラームは鳴らなかった。	シリンジポンプ使用時のチェックリストはカルテに綴じてあり、使用時の確認をすぐにその場でチェックする体制ではなかった。シリンジポンプの流量を確認していたが、注入量の確認がされていなかった。機種が古く、アラームが鳴らなかった。	<ul style="list-style-type: none"> チェックリストをポンプに直接付け、その場で記入する。 チェック項目に流量の他に注入量、作動状況、ルートの確認項目も記載する。 シリンジポンプを更新する。
11	シリンジポンプのスライダが注射器の押し子に密着しておらず、予定の流量を投与できなかった。	点検確認不十分。取扱いが未熟であった。当院には新旧のシリンジポンプが存在し、旧型は、警告アラームが鳴らない。	<ul style="list-style-type: none"> 現場で、実際に流動しているか残量確認を徹底するようにした。 詰所にて、臨床工学技士による、シリンジポンプの取扱いの学習会をした。 新旧の台数を確認し、現状と旧型には、警告音が鳴らないこと、シリンジポンプの取扱い注意を書面で関係部署に配布した。
12	12時間で輸液を滴下するよう指示があり、輸液ポンプを使用し、80mL/hに設定した。次の勤務者が2時間後にラウンドしたところボトルが空になっていた。確認したところ滴/分の設定になっていた。患者には変化はなかった。	業者による保守点検後使用したポンプであった。看護師と業者と点検したが、双方とも見落としていた。当院は通常mL/hのみの使用がほとんどであり看護師が設定モードを確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 輸液ポンプの操作手順を遵守する。 流量設定で使用することがほとんどでありポンプの背面にカバーをすることを検討する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
13	指示が出され、薬剤の準備をして看護師2名で監査を行い、フローシートとシリンジポンプに貼るシールに間違いが無いことを確認した。1名の看護師がベットサイドへ行き、シリンジポンプのセットをして開始した。この際3.0mL/hを30.0mL/hにセットしてしまった。1時間40分後にシリンジポンプの残量アラームが鳴り、他看護師が誤りを発見した。	この看護師は、日常的に薬剤・シリンジポンプを使用しており、3.0mL/hで開始したと認識していた。夜間であり、少ない看護師での勤務だったため、2名の看護師によるポンプの設定監査を行っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> シリンジポンプ・輸液ポンプの設定時は、他看護師と設定監査を実施する運用を徹底。 開始後の病室チェックを実施。 フローシート、シリンジポンプに貼ったシール、薬剤の指差し確認を実施する。
14	I V H (中心静脈栄養) のボトル交換をする際に、輸液ポンプの設定を「流量60mL/h、予定量500mL」のところを、「流量500mL/h、予定量60mL」で設定してしまった。予定量60mL入った時に、輸液完了アラームが鳴って間違いに気付いた。	ボトル交換時は、チェック表でチェックすることになっており、手順通りにすれば防げた事例である。チェックはしてあったが、実施後に患者と輸液ポンプを背にして反対向きでチェック表だけのチェックを行っていた。	<ul style="list-style-type: none"> 一連の動作で実施したことを、チェック表を持って声出し確認する。
15	中心静脈栄養ラインの側管より、24時間で輸液ポンプを使用して生食500mL+レミナロン(メシル酸ガベキサート)を投与していた。交換時に、流量を20mLを120mLと間違えて設定した。残60mLになった時点で発見した。	新人教育は、入職時に輸液ポンプの教育はプログラムの中に必ず入れている。また輸液ポンプの使用マニュアルは、各ポンプに添付してある。しかし各新人の把握状況のチェックが充分でなかったと思われる。	<ul style="list-style-type: none"> 新人教育のチェック方法の見直しを行い改訂した。またプリセプターの教育方法の見直しもを行い、改訂した。
16	30分で投与する予定のデカドロン・カイトリル(生食50mLで溶解)をポンプの流量と積算量が反対に設定されており、通常110mLで投与するところが、流量500mLで投与してしまった。	流量と積算量を設定する際、数字だけにしか、注意をしておらず、確認が不足していたため。また、ダブルチェックの際、当事者がポンプの設定を読み上げて、ポンプの設定を他の看護師にみてもらうという流れになってしまい、ダブルチェックの機能が果たされていなかったため。機器としては、旧タイプの輸液ポンプであり、流量と積算量を設定する際、同一ボタンで、画面の切り替えでの確認となるため。	<ul style="list-style-type: none"> このようなことがおこりやすいことを認識し、旧タイプのポンプ使用時には、流量と積算量の文字をしっかりと確認し、設定を行う。(何か注意喚起をする方法が必要か) ダブルチェックのやり方についても再確認が必要と考える。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【観察・管理 3件】 他類似事例 10件			
17	輸液ポンプを使用しソルデム（開始液）3A + 5FU（腫瘍用薬）500mgを投与を35mL/hで開始した。アラームがなり訪室すると、逆血はあるものの穿刺部に腫脹を認めた。	輸液ポンプを使用していることと14時間かけての投与であったため、通常の観察（30分～1時間）を行わなかった。患者へ点滴漏れの危険性と疼痛出現時には知らせるように指導は実施していたが、疼痛はなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 輸液ポンプを使用している投与であっても、挿入部の観察を行う。
18	肺高血圧症でフローランのシリンジポンプ使用中の患者。シリンジポンプの残量アラームが鳴り消音したつもりだったが、2度押ししてポンプ停止にしていた。その後、シリンジポンプが運転しているか確認しなかった。患者の家族がポンプが作動してないことに気づき、看護師が見に行くとポンプが停止していた。	シリンジポンプの消音を押ししたつもりが、2度押ししてポンプ停止にしていたこと。シリンジポンプのアラーム消音後、ポンプが運転しているか確認しなかったこと。	<ul style="list-style-type: none"> ポンプのアラーム消音後、きちんとポンプが作動しているか、指差し・声だし確認する。 ポンプに触れる時は、チェックリストを使用してポンプが正常に作動しているか確認する。
19	持続で投与していた薬剤のシリンジポンプが停止になったのに気が付かず、その間患者の血圧が140から150となっていた。約3～4時間投与されていなかった。	1時間前に確認したときは作動していた。原因は不明アラームがなかったためME（臨床工学技士）へ点検を依頼した。	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤の残量・シリンジポンプの異常に早急に気付けるよう、ラウンドを頻回に行う。
【その他 3件】 他類似事例 15件			
20	患者に抗がん剤投与を開始した。2日後、訪室時ルートのねじれを整えたところ、左右のポンプが逆になっていることに気付いた。右ポンプのみテープが貼られ表示はあった。いつからポンプが入れ替わっていたかは不明であった。ポンプ挿入後は各勤帯でポンプの作動・ルートのねじれの確認はされていたが左右の間違いには気付いていなかった。右のポンプ（本体）には、右用に準備された抗がん剤がセットされていた。左右の抗がん剤の量は違っていた。	当該看護指示残量・ダイヤル・作動点滅・逆血の有無・電池交換・捻じれの有無の観察項目がある。今回、両側ルートとポンプの左右が逆になっている事が発見された。今まで、ルートを手繰り、刺入部までの確認を十分してない現状があった。	<ul style="list-style-type: none"> 両側チュービングの場合、ルートとポンプに色分けテープ明示する（右：黄左：白）。 毎日の観察時刺入部からのルートを辿り、左右の有無を確認する（色別テープを過信しない）。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
21	<p>ポリグロビン（血漿分画製剤）50 mL × 4本を初め30分20 mL/h、以後40 mL/hの指示あり。TE-112（輸液ポンプ）使用し開始した。3本目までは異常なく注入できていたが、4本目更新時流量異常警報が3回ほどあった。他の輸液ポンプに変更し、その後異常なく終了した。ME（臨床工学技士）にポンプの点検を依頼したところ、TE-112は血液製剤に使用できない事を指摘された。</p>	<p>TE-112及びTE-111での輸血は不可であって、血液製剤（ポリグロビンやアルブミンなど）は使用可と思っていた。師長が輸液ポンプの業者に再度確認し、同様の解答があり、血液製剤はTE-161ポンプなら（専用セット使用し）使用可能とのこと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今後血液製剤は、TE-112及びTE-111ポンプ使用禁止とし、TE-161ポンプで専用のセットを使い使用する事とする。
22	<p>術後1日目の患者の状態観察を行った際に、リニアフューザー（シリンジ型ディスポ注入器）が全く減っていないことに気が付いた。リニアフューザーFull 60 mLのところ、術後13時間経過後も全く注入されていなかった。注入速度メモリー1 mL/hで設定されており、クランプも開放になっていた。</p>	<p>手術室より帰室後から作動していなかった。残量チェックOKと看護記録には記入されていたが、実際にはチェックされていなかった。チェックが形骸化している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・メモリーのついているリニアフューザーは、残量をカルテに記録しきちんとチェックする。

【3】医療処置に関連した医療事故

本報告書では、ドレーンの挿入・留置及び管理を「患部にドレーン（誘導管）を置き、患部に貯留する滲出液や血液、及び空気を持続的に誘導させる行為に伴うもの」とし、分析を行った。

（1）ドレーンの挿入・留置及び管理に関連した医療事故の現状

平成19年4月1日から6月30日の間に報告された医療事故事例のうち「事故の概要」のコードの中から「ドレーン・チューブ」のコードで選択されていた事例、及びそれ以外のコードの中から、その報告内容がドレーンの挿入・留置および管理に関する事例は6件であり、医療事故事例の概要を図表Ⅲ-13に示す。なお本報告書では、低圧持続吸引器は i. 吸引圧を注水量や電子的に設定するもの ii. 除圧バッグなどでほぼ一定の陰圧で吸引するものとする。

① 挿入・留置時の操作

挿入・留置時の操作段階における事例は2件であった。2件ともドレーンの入れ替えの際に起きた事例であった。1件は透視下で入れ替えをしていたが肺内部にドレーンを刺入した事例であった。

② 観察・管理

観察・管理段階における事例は3件であった。いずれもドレーンに関する事例であり、ドレーンを入れた状況での移動や、ドレーンと中心静脈ラインを間違えた事例があった。

③ 抜去時の操作

抜去時の操作における事例は1件であり、ドレーンが抜けずにちぎれてしまった事例であった。

（2）ドレーンの挿入・留置及び管理に関連したヒヤリ・ハットの現状

第23回ヒヤリ・ハット事例収集^(注1)において報告された117件についてドレーンの挿入・留置および管理を行う際の業務の段階を「挿入・留置時の操作」、「観察・管理」、「抜去時の操作」に分類し、ヒヤリ・ハット事例の発生状況を整理した（図表Ⅲ-14）。また報告された事例の中から主な記述情報29件を図表Ⅲ-15に示す。

(注1) 第1回～22回 ヒヤリ・ハット事例収集に関しては5～6頁参照。

図表Ⅲ - 13 ドレーンの挿入・留置及び管理に関連した医療事故の事例概要

番号	発生場面	事故の程度	事例概要
【頭部ドレーン】			
【胸部ドレーン】			
1	挿入時・留置時	不明	左肺上葉切除術後、トロッカーカテーテルを入れ持続吸引していたが、肺の伸展が悪く透視下で入れ替えをした。胸部CTで左肺下葉内部にカテーテルが刺入されているのがわかった。肺の虚脱が軽度であったため癒着に気付かなかった。
2	挿入時・留置時	障害残存 (低い)	膿胸に対して長期ドレーン留置していた。入れ替えの際、肉芽が盛り上がっている状態で固定されていた。夕方のガーゼ交換時にドレーンが1本足りないことに気づき、胸部CTで胸腔内へ入り込んでいるのを発見した。胸腔鏡下でドレーンを抜去した。
【腹部ドレーン】			
3	観察・管理	障害残存 (低い)	腹部に挿入されていたドレーンからの排液が多いため、オープントップを装着した。その際落ち込み防止の安全ピンをはずし再装着しようとしたが困難であった。夜間、ドレーンがないことに気づきレントゲン撮影し、体内へドレーンが落ち込んでいることを発見した。体内異物除去術を施行した。
4	観察・管理	障害残存 (低い)	右ソケイ部より挿入されていた中心静脈ラインに接続する高カロリー輸液を、誤って右腹腔内に腹水ドレナージ目的で挿入していたカテーテルに接続し、高カロリー輸液が腹腔内に注入された。両カテーテル接続部に同じシユアプラグ(静脈ライン用コネクター)を使用していた。
【その他】			
5	観察・管理	障害残存 (低い)	皮膚腫瘍切除手術後、肩甲骨皮弁作成しドレーンを挿入した。病室へ帰室後、ドレーンから血性排液があり、皮下血腫があった。麻酔からの覚醒時に仰臥位になった際、あるいはストレッチャーによる帰室の際に、背部が圧迫され擦れが生じたためと考えられた。局所麻酔下で止血術を施行した。
6	抜去時	障害残存 (低い)	大腿骨頸部骨折の手術の際、ドレーンを創部に挿入した。抜去しようとした時、抜けずにちぎれてしまったため、局所麻酔下でドレーンを抜去した。

図表Ⅲ - 1 4 ドレーンの挿入、留置に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

		頭 部	胸 部	腹 部	その他	不明	合 計	
挿入・留置時の操作		0	0	0	0	0	0	
観 察 ・ 管 理	挿入部の異常	0	0	0	0	0	0	
	ドレーン	接続間違い	0	0	0	0	0	0
		接続外れ	3	11	7	5	4	30
		閉 塞	7	4	2	7	2	22
		位置のずれ・抜去	2	12	5	3	2	24
		その他	3	3	0	0	0	6
	低圧持続 吸引器	設定圧間違い	0	4	3	2	3	12
		取り扱い間違い	0	3	0	0	0	3
		不具合	0	0	0	0	0	0
抜去時の操作		0	1	0	1	0	2	
その他		4	8	6	0	0	18	
合 計		19	46	23	18	11	117	

図表Ⅲ - 15 ヒヤリ・ハット事例 記述情報（ドレーンの挿入・管理）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【頭部ドレーン 6件】 類似事例 13件			
1	水頭症のため、左硬膜下ドレーンを挿入していた。訪室時、ドレーンの滴下筒の部分がドレナージ台から外れており、逆さになった滴下筒から髄液が流れ出ているのを発見した。最後にドレーンを確認した後から1時間経過しており、その間88mLの髄液の排出があった。過剰の髄液の排出による低髄圧等の合併症をおこす危険性があった。	脳室ドレナージ架台をメーカーに修理依頼したが部品が無かったため、メーカーが作成してくれた。しかし、当院で採用している脳室ドレナージセットの滴下筒にしっかりと合わなかったが、これ以上の製品はできないと言われテープで固定しながら使っていた。脳室ドレナージセット用のドレナージ架台がしっかりと製品として販売しているべき製品に不備があるのを承知で使用していた危機管理の欠如であった。	<ul style="list-style-type: none"> 施設課へ依頼し、ドレナージ架台に滴下筒をつるすところを作り、滴下筒が固定器具から外れても落下しないようにした。
2	硬膜下カテーテルを留置中の患者。術後5日目、深夜勤務看護師により排液パック交換が行われた。次の日、リコール（髄液）の流出が少なくなっておりガーゼチェックしたところ上層へ少量の汚染があった。主治医来院時に報告し、主治医が診察後、カテーテルを抜去した。その後、看護師が、パックのフィルタークランプが閉じた状態になっていたことを発見した。	硬膜下カテーテルの排液パックは、フィルタークランプ付のものとは無しのものの2タイプがあることを知らなかった。またフィルタークランプ付パックの知識が不足していた。このため観察ができていなかった。正しくパック交換されているものと思い込んでいた。	<ul style="list-style-type: none"> 当該科で使用しているものは、フィルタークランプ付のものであったため、全体への周知不足であった。 カンファレンス、ミーティングで全体に伝達し、使用時の注意事項としてマニュアル化した。
3	CT撮影のため、医師が皮下ドレーンの三方活栓をクランプ（閉鎖）した。CT撮影後もそのことに気付かず、約6時間クランプしていた。他の看護師がクランプされていることに気づき、脳外主治医に報告した。すぐに開放するようにと指示があった。30分間で排液が90mLあり、性状も血性から透明に変化したため、医師に状況を報告した。意識レベル・バイタルサインの大きな変化はなかった。	CT撮影等の移動時には、皮下ドレーンをクランプするという知識に欠けていた。帰室後の確認不足であった。申し送り時、口頭だけの確認だけで、実際ルートをたどっての確認ができていなかった。観察時、排液の性状や排液量だけの確認しかできておらず、ルートの確認をしなかった。脳外疾患の知識不足であった。	<ul style="list-style-type: none"> 申し送り時、ルートを自分の目で確認する。 観察時、ラインの挿入部から排液バッグまで全て確認する。 病態や治療に関する知識の習得する。
4	日勤看護師と深夜看護師とで脳室ドレーン圧のダブルチェックを行い、体位交換を行った（深夜帯ではドレーンの拍動・増量もあった。）体位交換後の拍動の有無は確認していない。約2時間後、看護師が訪室したところ、ドレーンの拍動は見られずリコール（髄液）の増量もなく、頭もとのバスタオルが湿っていた。主治医が診察すると、ドレーンが抜去していたことがわかったため縫合した。	体位交換後に、ドレーンの重さのため自然抜去した可能性がある。体位交換後に拍動の確認をしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 勤務交替時にダブルチェックを行うが、拍動の有無・バスタオルの状態も確認する。 体位交換後の確認を行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
5	患者はくも膜下出血後の血管連縮のため、脳室ドレーンを挿入していた。患者がむせていたため吸引が必要だと思い施行したが、クレンメを止めるのを忘れたまま吸引してしまった。	患者がかなりむせこんでいたため早くしないといけないと焦ってしまった。患者の全体を見ず、痰のこのみに意識が集中していた。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の全体像を把握した上で患者と関わるように心がける。 自分の行動パターンを知り何事も慎重に動く。 一つのことだけにとらわれない。
6	くも膜下出血で開頭血腫除去術後の患者に脳室ドレーンが2本留置されていた。この患者がCT検査から帰室した時に、それぞれの固定の位置が入れ替わっていたことに、申し送りの際に発見した。患者はバイタルサインには変動がなかった。	本来であれば、医師の指示表で位置を確認するべきであるがルールが守られていなかった。ドレーンを直接見ずにカルテだけを見ていた。患者移動が相次ぎ病室内が煩雑な状態であり焦っていた。	<ul style="list-style-type: none"> 指示表による申し送りを行い、必ずドレーンそのものを二人で確認しながら行うという手順を遵守する。 ドレーンの種類と固定の位置を見えるところへ記載する。
【胸部ドレーン 9件】 類似事例 37件			
7	他院で右胸腔ドレナージ施行した後、当院に入院となった。夕食時ベッドアップし、食後にベッドダウンした。その後、アラームが鳴ったためベッドサイドに行くこと、トロップチューブ接続部からチューブがはずれていた。接続部を補強固定した。	糸、タイガンなどでの接続部の固定がされていなかった。ガーゼ交換時や、ルートチェック時に接続部の固定の確認をしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 他院からの転入院時は、固定部の確認をする。 ガーゼ交換時、ルートチェック時は、挿入部位よりカメラ本体まできちんとルートをたどっていく。 固定が不十分だと思えば、より適切な方法で固定し直す。
8	乳がんの術後、J-VACドレーンが挿入されていた。患者より、「接続部がはずれた」とナースコールがあった。確認すると排液バックとドレーンの接続が外れていた。すぐに消毒し、再接続した。	トイレから戻り、ベットに横になろうとしたところで、ドレーンが絡まってしまいテンションがかかった。患者はドレーンに注意していたが、動きの加減で絡まってしまった。ドレーンと排液バックの接続部は容易にはずれる。	<ul style="list-style-type: none"> ドレーンと排液バックの接続部の固定強化が必要か検討する（テンションがかかった時に、刺入部から抜けることを防止するには、他の箇所が外れるほうが安全かもしれないので、検討が必要）。
9	食道癌術後、胸腔ドレーン挿入中の患者。単独での離床は危険であると説明していた。夜、テレビモニター上、単独で立位となっているところを発見した。訪室すると、単独でポータブルトイレからベッドへと移動したため右胸腔ドレーンの接続がずれていた。接続部を消毒後、再接続した。SpO ₂ （酸素飽和濃度）は98%であり、呼吸状態著変ないこと確認した。主治医が診察したが問題なかった。また、主治医はドレーンの不要な接続部分を除去した。	胸腔ドレーンの接続部分がゆるんでおり、また不要な接続部分があった。患者がドレーンに配慮せず体動していた。	<ul style="list-style-type: none"> 胸腔ドレーンに接続部分があるときは、必ず緩みがないかどうか確認する。 不要な接続は除去する。 患者の注意がドレーンにむけられない場合には体動センサー使用など考慮する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
10	肝切除術後6日目の胸腔ドレーン留置中の患者の吸引圧の確認不足であった。受け持ちの看護学生が、吸引圧が間違っていることに気が付いた。午前中の検温では、排液量・性状・屈曲・リーク等の観察を行ったが、吸引圧は確認していなかった。	発見1時間前くらいに、中心静脈栄養のルートに交換や、坐位の練習時に誤作動した可能性がある。ドレーン留置中の患者の観察不足であり、検温表の観察項目に、吸引圧の観察項目があげられていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 吸引圧を10→49にあげるためには、6秒間ボタンを押しつづけておく必要がある。 電源には、カバーがかかっているが、圧を増減するためのボタンはカバーがない。その点を業者へ依頼できないか検討する。
11	胸腔ドレーンを、-5cmH ₂ Oで持続吸引していた。訪室時、低圧持続吸引器の電源が切れていることに気がついた。意図的に医師がOFFにしたのかどうか確認したがそのようなことはなく、引き続き-5cmH ₂ Oで吸引するように指示を受け、再開した。患者の状態に変化はなかった。	夕食を座位で摂取後、看護師介助でファーラー位に体位変換した。その際、知らない内に電源に触れてしまった可能性がある。電源ボタンには透明のカバーがついているが、この器械にはついていなかった(外れていた)。体位変換後のルート類の確認が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 電源ボタン部分には、必ずカバーをつける。 訪室時、移動時、体位変換時等には、ルート類、機器の作動状態を必ず確認する。
12	胸部大動脈瘤破裂ステント挿入後の患者。人工呼吸器装着、左胸腔ドレーン挿入しウォーターシールで管理中であった。酸素化が低下、患者も興奮気味で頻呼吸となっていた。呼吸音の左右差は無く、肺音はクリアであった。胸部レントゲンで左肺気胸、縦隔の偏位なし。胸腔ドレーンを陰圧にしようとしたら、胸腔ドレーンのバッグの吸引口にキャップがされているのを発見した。胸腔ドレーンを-5cmH ₂ Oで吸引開始したところ、空気が抜けて次第に酸素化が改善した。	ウォーターシールについての理解が不十分であった。ウォーターシールとした場合、逆流防止弁を使用することが徹底されていなかった。キャップをしないと液がもれる事がある。	<ul style="list-style-type: none"> ウォーターシールの場合は逆流防止弁を使用する。
13	食道癌術後の患者の胸腔ドレーンを医師と交換した後に、蒸留水を正確に投与しておらず、5時間、水封部に蒸留水が入っていなかった。その状態に準夜の看護師が発見し直ぐに蒸留水を足し、患者の呼吸状態に、問題はなかった。	交換前に、点検して準備していなかったこと、自分の目だけで確認し、思い込みをしていたことが要因だと考える。	<ul style="list-style-type: none"> 交換前に、必ず物品の確認をし、ドレーンなどのリーク、吸引圧、接続の基本的な確認を怠らないように意識して行っていくようにする。
14	両側の肺腫瘍術後で左右とも胸腔ドレーン留置中であった。準夜帯での記録の際に日勤帯の左右の排液量の記載が間違っていることに気付いた。ボトルにはL、Rと正しく記載してあった。	胸腔ドレーンは留置したままであり、患者への実害はなかった。看護師2人で再度左右の排液量を確認後記録を行った。	<ul style="list-style-type: none"> 複数のドレーンがある時は必ず一つずつ確認しながら記録をする。 フローシートの項目の部位、左右までしっかり確認してから記録を行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
15	感染性心内膜炎、狭心症の術後、前縦隔ドレーンと心のうドレーンが表示されたバッグと逆に挿入されており、心のうドレーンを抜去すべきところ、前縦隔ドレーンを抜去した。	ドレーンとバックの接続及び抜去時の確認不足。業務手順・ルール、チェックの仕組みの問題点。	・ドレーンからバックまでたどる確認のルールを作る。
【腹部ドレーン 6件】 類似事例 17件			
16	難治性腹水にてJバックにてドレナージをしていた患者が、急遽MRI施行となり、輸液ポンプ類などは延長し、金具類というものは全て取り外し検査へ行った。MRIの機械の中に患者が入ったところ、Jバック内に金具があったため引っ張られた状態となり、手でつかんだものの接続から外れてしまった。	急な検査であり慌てていたこともあるが、ドレーンバック内に金具が入っていると思わなかった。外観からわからない。	・金具類がドレーンバック内にも入っていることを再認識と周知する。
17	腹腔ドレーンの排液を廃棄するため、朝ボトル交換を行った。その後検温を実施したが、ドレーンの観察は行わなかった。約3時間後、回診時主治医がドレーン洗浄を行おうとしたところ三方活栓がクランプされた状態であることに気付いた。三方活栓を開放し、洗浄を実施した。	朝、各種ドレーンの排液廃棄、採血、IVH交換、起床時のケア、等が重なっている時間帯で業務量が多いが、対応勤務者の数が3名と業務量とマンパワーのバランスが取れていない。ドレーンからの排液処理後の観察、確認の不徹底であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・業務量を人員の多い時間帯に分散させる。 ・業務見直しマンパワーの確保を検討する。 ・朝の検温時にもドレーンの観察、確認を実施する。
18	左横隔膜下にネラトンカテーテル挿入し、Jバックがついていた。医師の回診時、腹部の洗浄の為ガーゼを除去すると、ドレーンが抜けていた。体に固定のテープはついていたが、浸出液により、カテーテルからは剥がれていた。約1時間前からJバックの陰圧のふくらみが最大だったことは気付いていたが、挿入部の確認まではしなかった。	ネラトンカテーテル自体には糸かけはしてはいるが、抜けたら入れ替えるようになっていた。カンファレンスで挿入部の確認をしていなかった。固定が1ヶ所のみだった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ドレーン挿入部の確認。 ・固定を2箇所にする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
19	右横隔膜下、左横隔膜下、ダグラス窩からドレナージされていた。回診時、右横隔膜下のドレーンを抜去した。翌日回診時、「3左横隔膜下ドレーン抜去」と指示があったため、抜去準備をしたところ、バッグには「2左横隔膜下」と記載されていた。ルートを手繰ると、ダグラス窩と思われる位置にドレーンが入っており、左横隔膜下と思われる位置に挿入されているドレーンバッグには「3ダグラス窩」と記載されていることを、担当医と共に確認した。手術記録には1右横隔膜下、2ダグラス窩、3左横隔膜下と記載があり、腹部の図には左横隔膜下と思われる位置に2、ダグラス窩と思われる位置に3と記載されていた。	手術記録と実際のドレーン挿入部位とバッグの記載を確認していなかった。手術記録の腹部の絵にかかれている番号と部位も異なっていることを確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 手術室やICU（集中治療室）から申し送りを受ける時は、記録に相違がないかその場で、双方の目で確認する。 病室でガーゼ交換する時には、ドレナージの部位と手術記録を照らしあわせて確認する。 手術時に執刀・担当した医師と共に部位を確認する。
20	腹腔内ドレーン留置中の患者で、日勤中に1000mLまで排液させる指示であった。クランプを開放し吸引しているうちに1200mLの排液があり、指示より200mL多く排出してしまった。5分程度の時間であった。患者の状態には影響はなかった。	排出させる時に流出状況が悪かったのでクランプを全開にした。それによりどの程度流出するか予測していなかった。また、流出状況を確認しながら吸引を行えなかった。吸引により腹圧がかかり、過剰に流出することを考えていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 排液する時には、処置をせずに安静時に条件を安定させ行う。
21	主治医は肝内ドレーンに抗生剤を注入し、クランプ（閉鎖）した。看護師に2時間後にドレーンを開放するよう指示した。口頭で指示を受けた深夜看護師は日勤看護師への伝達を忘れた。24時間後、別の看護師が気付いた。	口頭指示受けの手順がマニュアルに明記してあるが、口頭指示受けメモを使用しなかった。チューブの観察が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 医師は指示録に指示を記載する 口頭指示は、口頭指示受けの手順に沿って行う。 チューブの観察は、挿入部から排液バッグまで確認する。
【その他 4件】 類似事例 14件			
22	患者は脊椎に洗浄注入と排液用のドレーンが入っており、寝たきりだが自力で体位交換は出来ていた。患者の訴えで確認すると排液用ドレーンと注入用ドレーンの接続部がはずれていた。すぐクランプ（閉鎖）し、主治医に報告した。	ドレーンの接続部の確認と固定が不十分であった。患者が寝たきりでドレントラブルはないとの判断ミスがあった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の体動範囲を考えた固定方法を考える。 体動後には知れさせてもらえるよう説明しておき、接続部の緩みの確認をする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
23	患者は前日に頬粘膜腫瘍切除術を受けていた。創部横より排液ドレーンが留置されていた。患者にはふらつきがあり、高齢者で動くときにはナースコールをするように指導していた。ナースコールがあり訪室すると室内をひとりで歩いた際、ドレーンが何かに引っかかり外れたとのことであった。確認すると接続部が外れていた。	接続部の固定がテープのみであった。ドレーンに対する注意が患者自身では不十分であり、ドレーンの長さを患者の動きを考え調整する必要があった。	<ul style="list-style-type: none"> ドレーンの長さを短くした。 引っ掛かりがないように束ねた。 接続部の固定を糸で補強した。
24	腰椎手術後でS Bドレーンが入っている患者。創痛があり、側臥位で座薬を使用したところS Bドレーンの接続部が外れてしまう。ルートにテンションはかかっていたが、接続部にテープ等での固定がしていなかった。	S Bルートの接続部に通常はテープで固定しているが、今回はされていない。看護職間でルート類の刺入部、クランプ、圧の確認はしているが、接続部のダブルチェックはしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 手術室でドレーン挿入時に接続部の固定も行うことを検討する。 手術室から帰室する際、看護職間でドレーンの接続部の確認をする。
25	骨盤内臓全摘術後、骨盤腔に挿入されているJバックのドレーンを観察し陰圧をかけた。その後、包帯交換に来た医師と看護師より、陰圧しないよう指示が出ていることを指摘された。陰圧を解除し、患者の状態は変わりなく経過した。	指示は、フリーコメントで書かれているものも多く、見落としやすいというリスクが発生する。またルーチンでないことをしている事が要因である。	<ul style="list-style-type: none"> フリーコメントは見やすいように、医師へ協力依頼をする。 ルーチンと違う処置が発生する場合は、危険予測を立てる。
【不明 4件】 類似事例 7件			
26	一般病棟へ変わるためベッドからベッドへ移乗中、ポータナーを引っ張り接続がはずれた。シーツが汚染していたので気付いた。すぐに接続したので患者には影響がなかった。	集中治療室から一般病棟へ移動する患者は、ドレーンや点滴など多くのラインがついており、引っかかりたり引っ張ったりしやすい。移乗時2、3人のスタッフで行っているがゆっくり時間をかけられず注意が出来なかった。	<ul style="list-style-type: none"> 移乗時必ずライン類の確認を行い、ポータナーなどドレーン類は見えるところに置いて移乗する。
27	前日のドレーン排液を集めた時、一旦クランプ（閉鎖）し、その後あけ忘れのまま一日が経過してしまった。まる一日持続吸引が出来ていなかった。皮下に排液が貯留したままになってしまった。	各勤務で排液の確認はしているが、ドレーンのクランプを見ていない。このドレーンの使用頻度が低い。S Bドレーンの取り扱いを理解していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 排液除去時クランプ（閉鎖）したら、その後開放するように「クランプ注意」のシールや札をドレーンに付けた。 各種ドレーンの管理マニュアル作成。
28	夜勤でA氏を受け持った。Jバックドレーンが挿入されており、検温時、袋からJバックを取り出し、排液の量・性状を確認した。（陰圧については膨らんでいなかったため、陰圧がかかっていると思ってしまった。）その後、先輩看護師が排尿介助施行時、Jバックに陰圧がかかっている事に気付いた。およそ5時間陰圧がかかっている状態であった。	Jバックドレーン留置下の管理および観察の不足であった。	<ul style="list-style-type: none"> 正確な看護技術を習得する。 一連の動作を確実に習得する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
29	患者は手術後翌日より離床し、S B ドレインバッグの取り扱いについては説明を受け、普段は気をつけていた。朝、ベッドを離れようとした際、ドレインがベッド柵にかかっていたのに気付かないまま向きをかえたため、S B ドレインバッグが抜けてしまった。	S B ドレインバッグは患者が下りようとした方向とは逆の方向にあった。検温時など患者の元を訪れたときドレインのルートの整理を行わなかった。また、患者自身に移動時はS B ドレインバッグを引っ張る危険性がある事を随時説明できていなかった。	<ul style="list-style-type: none">• S B ドレインバッグの位置を患者が上り下りする方向におくよう指導する。• 検温時や患者の元を訪れた際は必ずドレインのルートを確認する。• 患者に移動時など抜去の可能性があると伝え、注意を促す。• S B ドレインバッグの固定を2箇所にする（ルートを寝衣にも固定）。

【4】小児患者の療養生活に関連した医療事故

本報告書では、小児患者を一般的に小児科が対象としている15歳未満の患者とし、新生児（生後28日未満）、乳児（生後28日～生後1年未満）、幼児（生後1歳～6歳未満）、学童（6歳～12歳未満）、青年（12歳から15歳未満）と発達段階で整理した。

小児患者の特徴は①養育・保育の過程であり成長・発達の途中である、②臨床経過が急激に変化する、③患者から直接情報を得たり、協力を得ることが難しい、④治療の過程で患者のみならず両親、家族等の参加が必要である、⑤初期症状から重症度判定をするのが難しい、などがあげられる。成長発達や家族等の治療への参加は小児患者の療養生活に大きく関わってくる。

そこで、小児患者の療養生活に注目をし、本報告書では報告された15歳未満の小児患者の医療事故事例のうち「事故の概要」のコードの中から「療養上の世話」で選択されていた事例、及びそれ以外のコードの中からその報告内容が小児の療養生活に関連する事例を分析した。なお、本報告書でいう「小児の療養生活」は、医療機関における小児患者の入浴、排泄、栄養など日常生活に関することである。

（1）小児患者の療養生活に関連した医療事故の現状

平成19年1月1日から平成19年6月30日の間に報告された小児の療養に関連した事例は14件であった（図表Ⅲ-16）。なお参考として、平成16年10月から平成18年12月31日までに報告された事例の概要を図表Ⅲ-17で示す。また、医療事故の発生状況を、療養の内容を「食事（栄養）」、「清潔」、「運動」、「排泄」、「睡眠・休息」、「搬送・移送」に分類して、小児の発達段階とあわせて整理した（図表Ⅲ-18,19）。

（2）小児患者の療養生活に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第23回ヒヤリ・ハット事例収集において、記述テーマにあげられた「小児患者に関連した事例」の中から、小児の療養に関連した事例について分析を行った。

ヒヤリ・ハット事例の発生状況の整理については、療養生活の内容を「食事（栄養）」、「清潔」、「運動」、「排泄」、「睡眠・休息」、「搬送・移送」に分類して、小児の発達段階とあわせて整理した（図表Ⅲ-20）。報告された事例の中から33件の事例概要を図表Ⅲ-21に示す。

図表Ⅲ - 16 小児患者の療養生活に関連した医療事故事例の概要

番号	事故の程度	事例概要
【清潔】		
1	不明	9歳の患者の入浴のため、母親がシャツを脱がせたところ、カニューレテープが付いた状態で気管カニューレが完全に抜けているのを発見した。日頃よりカニューレ管理に注意をし、母親にもカニューレテープの緩みや更衣時に注意するよう指導していたが、カニューレを保護して脱がせることや、前あきの服を準備する等、具体的な指導、対策が不十分であった。
【運動】		
2	障害の可能性 (低い)	11ヶ月の患者が泣き出したので、コットベッド（新生児用ベット）からコンビラック（ベビーチェア）に移動し、ベルトを装着した。他の患者のアラームが鳴ったため、その場を離れた。その直後にドスンという音がし、戻ってみると、患者は床にうつ伏せの状態になり、右額発赤腫脹が認められた。コンビラックのベルトが外れていた。頭部X P撮影、頭部骨盤など異常はなかった。
3	障害の可能性 (低い)	1歳の合趾症の患者の面会時間で両親がベッドサイドにいた。ベッド柵をしてあったが、ベットを離れる際には必ずベット柵をすることを担当看護師が説明し病室を離れた。音がしたため病室の戻ると患者がベッド転落を仰向になっていた。母親は患者のベッドサイドにいたが患者を見ておらず、父親はベッド柵を下ろして病室を出て不在であった。
4	不明	看護師が哺乳瓶を取ろうと後ろを向いた時に、母親も9ヶ月の患者から眼を離し、患者はベッドから転落した。看護師が訪室した際、ベッド柵が下段まで下げられていたが母親が傍にいたので大丈夫と思った。
5	不明	11ヶ月の患者が母親が背を向けている時にベッドから転落した。母親はベッド柵をあげて置くように説明されていたが、一瞬だから大丈夫と思った。
6	不明	母親が眼を離した間に、2歳の患者は寝返りをうってベッドから転落した。
【排泄】		
【睡眠・休息】		
7	不明	脳性麻痺の5歳の患者がぐずっていたため、ベッドサイドを離れた。約20分後に訪れると患者がベッド柵に当たらないようにガードしていた毛布に顔を埋め、ぐったりしているのを発見した。患者はぐずると頸部を後屈させ体を反らせて一定方向へ動く。その際ベッドの横幅にはまり込んだ状態で保護用毛布が顔に当たり身動きが取れなくなったと考えられる。気道確保、吸引を行い呼吸状態、意識状態ともに回復した。
【搬送・移送】		
8	不明	患者は8歳、先天性ミオパチーに伴う拡張型心筋症による心不全で、点滴架台には8台のシリンジポンプが付いており、ベッドに乗せて搬送するのは困難であった。CT検査後、ICUへ向かう際、ベッドの後方から点滴台がついていく形で搬送していた。扉を通過する際に点滴台の上端が上壁にぶつかり点滴架台が急停止した。ベッドは先行していたため点滴ラインが引っ張られる形となり、その際中心静脈ラインが抜去された。

番号	事故の程度	事例概要
9	障害の可能性 (低い)	6歳のネマリンミオパチーの患者で夜間人工呼吸器使用し、日中は呼吸器を外していた。喀痰が多く吸引を頻回に行う状態であり、不随運動が突発的に発生する状態であった。日中、患者は人工呼吸器を外しプレールームでバギーカーに載って過ごしていた。保育士がバギーカーから床に下ろすためバギーカーの安全ベルトを外し抱きかかえようとしたところで突然に不随運動が出現し、保育士が支えきれず前のめり状態で転落をした。患者の体重が20kgを越えたことと突然のことで支えきれなかった。前歯を強打したため当日口腔外科受診したところ、前歯の乳歯1本のぐらつきがあり、家族に説明後抜歯した。
【その他】		
10	障害の可能性 (高い)	結節性硬化症の9歳の患者が両膝の屈曲、伸展時の痛みを強く訴えた為、下肢レントゲン、CT撮影した結果、骨折と判明した。骨折の原因として長期コートリルの内服と長期ベッド上安静による骨の脆弱化が考えられた。
11	障害の可能性 (高い)	7ヶ月の患者に対し右上肢の抑制にマジック抑制帯を使用し肘部前後の抑制を行っていたが指先でイレウスチューブを引っ掛けるため指先が外に出ないように寝衣の袖口を輪ゴムで留めた。6日目には皮膚の異常はなかったが7日目、看護師が右の第4指の循環不全に気が付いた。
12	障害の可能性 (低い)	診療室内で使用しているポットのお湯を交換しようとした際に、ポットのふたが取れて支えきれずお湯がこぼれ、0ヶ月の患者の両足の小指及び大腿部にかかり熱傷した。
13	障害の可能性 (低い)	0ヶ月の患者で、筋ジストロフィー疑いで出生後より呼吸器管理し、2～3時間ごとに体位変換を行っていた。看護師が体重測定時に右側頭部に5mmの痂皮に気づき頭髪をカットしたところ、3.3×0.5cm大の4度の褥瘡形成があった。
14	障害の可能性 (高い)	10ヶ月の重症心身障害児を食事介助のため患者を抱きかかえた看護師が、左膝周囲の腫脹と熱感、皮膚の変色に気付いた。患部に触れると苦痛表情があった。診察により、左大腿骨遠位端骨折と診断された。シーネ固定で患部の安静保持となった。患者は長期臥床の状態で自動運動はなく、日常生活全てに介助が必要であり、日常生活の援助行為の中で発生した外的損傷と考えられた。受傷後、数日経過していると推察されたが、その間患者にいつもと違った様子はなく機嫌も良かった。

<参考>

図表Ⅲ - 17 小児患者の療養生活に関連した医療事故

平成16年10月～平成18年12月31日

番号	事故の程度	事例概要
【食事（栄養）】		
1	障害残存 (高い)	0ヶ月のダウン症で心内膜欠損症の手術後の患者がミルクを摂取中にむせ込みSpO ₂ が低下し徐脈となり、全身蒼白、全身脱力状態となったため、挿管、人工呼吸器に接続した。
2	不明	2ヶ月の患者Aの授乳をしようとして患者Bの哺乳瓶をとった。部屋には同姓の患者が2人おり、ベッドネームには氏名が書かれていたが哺乳瓶の表示は不明であり、担当の看護師に確認した。担当看護師は患者を確認しないまま、患者Aに患者Bの母親の母乳を飲ませた。患者Bの母親はHBs抗原陽性であったため患者Aへは予防的にグロブリン投与した。
【清潔】		
3	障害残存 (低い)	9ヶ月の低酸素脳症の患者は自発呼吸がきわめて弱く、気管切開部のカニューレから人工呼吸器による補助呼吸を行っていた。清拭のため、酸素分圧モニターは装着したまま、人工呼吸器と心電図モニターを外した。まもなく、酸素分圧の低下とチアノーゼ出現し、カニューレが自然抜去状態であることがわかった。カニューレがガーゼの下になったおり、抜けていることがすぐに分らなかった。
4	障害残存 (低い)	弁置換術後入浴介助のため、脱衣所で4歳の患者を座らせた。座位保持ができたため浴室のドアを閉めるが一瞬目を離した。音がして振り返ると患者は座位のまま前のめりに床へ額を打撲し泣いていた。右前額部2.5cm×1.5cmの腫脹をきたしたが頭部CTでは異常はみられなかった。
【運動】		
5	障害残存 (低い)	14歳の患者は、ユーイング肉腫で化学療法をしており、下肢筋力低下し、軽度の歩行障害があった。病棟内で一斉にシーツ交換が行われるため、患者は病室から廊下に出て歩行をしていた。廊下で作業していたシーツ交換業者が後を振り返った時、患者と接触した。患者は転倒し足関節を捻挫した。
6	障害残存 (低い)	6歳の筋ジストロフィーの患者が、ベッド上で飛び跳ねていると、「足がボキリといった」と患者より情報があった。X線で下腿骨骨折を認め、ギプス固定を行った。原因は不明である。
【排泄】		
7	不明	12歳の脳性麻痺の患者のオムツ交換時に、患者の左大腿部が腫張しているのを発見し、診察にて骨折が判明した。オムツ交換時に負荷がかかった可能性がある。
【睡眠・休息】		
8	障害残存 (低い)	8歳の患者は肺炎で入院中、ハルシオン内服しており熟睡していた。ナースコールが鳴り看護師が訪室すると、患者はベッド横に座り込み、右眼瞼より出血していた。頭部CTで硬膜下血腫があることが判明した。血腫は今回の転倒によるものかは明確ではない。

番号	事故の程度	事例概要
【搬送・移送】		
9	障害残存 (低い)	12歳の膠原病の患者が院内学級へ行くため、車椅子への移動介助ため看護師を呼んだ。母親が予めベッドサイドに車椅子を用意していた。看護師は車椅子がロックされているかを確認せず、患者を車椅子へ移動させようと介助した。患者は車椅子が後ろへ動いて座ることができず、そのまま看護師と一緒に倒れこんだ。その後、左第4中足骨骨折が判明し、シーネ固定の治療を行なった。
【その他】		
10	不明	新生児は出生時の体重が3054gであった。翌日の体重が3100gであり、出生体重が違ふと考えられた。出生体重測定時、母親の腹部にかけていたバスタオルを剥いだ時、計測プレートに接触していたことが原因と考えられた。
11	不明	7歳の患者が歯科の定期健診の診察終了後、診療体勢から診察台を起す時、座面と背面との間の蝶番部分に両手指先を挟み、巻き込んでしまい両手第3指、右手第4指を負傷した。
12	障害残存 (低い)	7歳の脳性麻痺の患者は気管切開をされ、人工鼻から酸素0.5L投与されていた。発熱のため抗生物質投与を目的として点滴挿入を試みるが困難であった。清拭車から温めたフェイスタオル1枚を取り出しビニール袋に入れ、さらにタオルで2重に保護し前腕に1～2分皮膚を直接暖めた後に、看護師が末梢静脈留置カテーテルを挿入した。皮膚色は最初発赤が見られたがすぐに退色した。翌日、前腕部に1箇所水疱形成を認めた。
13	障害残存 (低い)	14歳の患者は交通外傷で入院中、他の患者とメール交換をしていた。廊下でメールをしていたため、その場で看護師が点滴交換しようとしたら「うざい」と怒り看護師の頭を殴った。その後数回、頭を殴り胸倉をつかんだりする行為があり、医師や他の看護師も仲裁に入ったが、母親がきておさまった。
14	障害残存 (高い)	5歳の先天性脳性麻痺の患者は低酸素症で入院し、右鼠径部から中心静脈カテーテルを挿入した。その時は特に異常は見られなかったが、静脈ルート確認のために訪室したところ、右大腿部に腫脹を認めた。レントゲン撮影の結果、右大腿骨骨折が判明した。患者はステロイド使用中であり、おむつ交換や体位交換が骨折の一要因と考えられた。

図表Ⅲ - 18 小児患者の療養に関連した医療事故の発生状況

平成19年1月1日～3月31日

	新生児	乳児	幼児	学童	青年	合計
食事(栄養)	0	0	0	0	0	0
清潔	0	0	0	1	0	1
運動	0	3	1	1	0	5
排泄	0	0	0	0	0	0
睡眠・休息	0	0	1	0	0	1
搬送・移送	0	0	1	2	0	2
その他	1	2	0	1	0	5
合計	1	5	3	5	0	14

<参考>

図表Ⅲ - 19 小児患者の療養に関連した医療事故の発生状況

平成16年10月～平成18年12月31日

	新生児	乳児	幼児	学童	青年	合計
食事(栄養)	0	2	0	0	0	2
清潔	0	1	1	0	0	2
運動	0	0	0	1	1	2
排泄	0	0	0	0	1	1
睡眠・休息	0	0	0	1	0	1
搬送・移送	0	0	0	0	1	1
その他	1	0	1	2	1	5
合計	1	3	2	4	4	14

図表Ⅲ - 20 小児患者の療養に関連したヒヤリ・ハットの発生状況

	新生児	乳児	幼児	学童	青年	不明	合計
食事(栄養)	13	7	7	1	0	41	69
清潔	0	0	0	0	0	1	1
運動	0	5	16	1	0	37	59
排泄	0	0	0	0	0	2	2
睡眠・休息	0	0	1	0	0	1	2
搬送・移送	0	0	1	0	0	12	13
その他	5	2	3	0	0	5	15
合計	18	14	28	2	0	99	161

図表Ⅲ - 21 ヒヤリ・ハット事例 記述情報（小児患者の療養）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【食事（栄養） 10件】 他類似事例 59件			
1	日齢2日、2130gの低出生体重児が、新生児一過性多呼吸のためNICU（新生児集中治療室）入室し保育器管理となっていた。時々啼泣あり、手が口元に行くためポジショニングやホールディングを行いその都度鎮静していた。検温時訪室すると、栄養カテーテルが抜けて患者の横にあるのを発見した。患者がカテーテルを引っ掛けてしまったと思われる。	深夜帯より入眠され落ち着いていたため、1時間ごとに訪室し、それ以外にも他患者でNICUに訪室する時にも観察していた。	・頻回の観察をする。
2	生後41日目で経鼻栄養を3時間毎に行っていた。ミルク量の指示は30mLであったが、ミルク注入前の吸引で血液混入のものが7mLあったため、その分を破棄し、23mL注入した。本来は破棄した分は差し引きせず、30mL注入する指示であった。	血液混入時に残乳を破棄する場合の注入量を勘違いしていた。経管栄養を注入した看護師は受け持ちとは別の看護師であった。	・ミルクの残乳量とその性状、経管栄養の量についてよく理解する。 ・受け持ち看護師が責任を持って経管栄養を行う。 ・他の看護師に依頼する場合は明確に指示をする。
3	プレイルームで2人の乳児に朝食を介助する際、食種は同じであり片方は卵禁であったが、間違って反対に配膳した。	配膳車から2人分を取り出し、食事摂取時に名前を確認しなかった。	・小児（乳児）等、名前の点呼で確認できない場合はリストバンドにより氏名の確認をすることを徹底した。
4	生後2ヶ月の患者の授乳する際、すでに授乳している事に気付かず、飲ませてしまった。途中で気付き中断したが、1回量35mLのところ50mL飲んでしまった。母乳を温める温湯器の中に、当該患者分の母乳はなかったが、温め忘れていたのだと思い次の栄養分からもらって温めてしまった。	授乳した記録を確認していなかった。温湯器内に患者の母乳がなかったのに、遅出の看護師に確認せず次の栄養を温めてしまった。温め忘れと思い込んだ。	・記録の確認、他のスタッフ（看護師）への声かけをして確認する。
5	朝食で、加熱滅菌食に牛乳をつけるべきところを、間違ってヨーグルトを載せてしまった。患者へ配膳した際に付添いの母親が間違いに気付いた。栄養課への連絡が遅くなったため、昼食時に牛乳を持参し謝罪した。	慌てていたため確認が不十分だった。幼児食だけがヨーグルトになっていたため、ヨーグルトを載せると思い込んだ。	・配膳車を病棟へ出発させる前に、再度確認することを徹底する。
6	6歳の重症心身障害児におやつを介助した。患者は卵アレルギーがあり、卵は禁止食材になっていた。数人の患者を順に介助し、患者のスプーンと水分の近くに置いてあったケーキを食べさせてしまった。患者のおやつは別のところに置いてあった。	患者名の確認を怠った。スプーン等とおやつが別のところに置いてあった。	・患者確認を行う。 ・物品の置き場所を整理する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
7	<p>ミルクの種類が、母乳添加用粉末入りの母乳又は、G P P（低出生体重児用のミルク）ミルクの指示が、普通の母乳又は普通の人工ミルクへ変更されていた。しかし、次の日の朝のミルクまで、前日の指示内容のミルクを与えていた。受け持ち担当看護師により、指示が変更されていることを指摘された。</p>	<p>指示の確認が十分されていなかった。指示を変更した医師より指示変更したことの伝達がされなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的には、ミルクの種類やミルク量は日勤の時間帯で変更となるため、ミルクを準備する前に再度、指示簿を確認する。 ・また、申し送り時も看護師間で指示簿を確認しながら行うようにする。
8	<p>準夜勤務の看護師が2人で決められた時間帯のミルク・母乳を分乳し収納した。深夜、準備されているミルクを冷蔵庫より取り出し、温乳器に人数分入れ哺乳の準備した。哺乳時、双子A B氏（妹）のミルクが2本あった。名札の付け間違えと思いA C氏（兄）にその一方を飲ませた。その後、温乳器に別の双子D E氏（妹）のミルクがなく、双子A C氏のミルクが残っていた。冷蔵庫のミルクを確認したら、双子D E氏（妹）の箱に双子A B氏（妹）のミルクが収納されていた。A C氏（兄）がD E氏（妹）のミルクを飲んだ可能性があった。</p>	<p>ミルク収納時、取り出し時にミルク収納用の個人ケースの名前とミルク瓶の名札の確認不足であった。哺乳時、名札の間違えと思ひ込みがあった。患者数が多い時調乳室・ミルク準備台が狭い。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ミルクを収納する時、取り出す時、収納用の個人ケースの名前とミルク瓶の名札を確認（指差し呼称）、徹底することをカンファレンスで話し合い再確認した。
9	<p>ミルクアレルギーの疑いで入院中の患者の栄養準備の際、患者の母の母乳は分泌が少なく、1日分を満たす事が出来なかった。そのため医師の指示は母乳とミルクを半量ずつとなっていた。冷凍庫から取り出す際、全量を母乳で準備する量を溶解した。間違いはセットする準夜の看護師によって発見された。</p>	<p>患者の病状認識不足。指示確認が出来てなかった。冷凍庫の母乳パックの箱に記してあった紙（半量のみ母乳と記入の紙）が剥がされていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の病状を意識して業務を行う。 ・その日の受け持ち看護師は母乳の情報が書かれている板の特記事項について、リーダーが確認しているかどうかを意識して見る。 ・不足事項は受け持ちが記入するようにする。 ・冷凍の母乳パックの箱に注意書きの紙を貼る。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
10	<p>栄養を口腔から挿入したチューブより、注入する時に、指示は、「1回注入量5mL、前吸引した分は差し引きにしてください。ただし、注入量以上は、捨ててください。」であった。前吸引で、空気を17.3mL、ミルクを16mL吸引した。指示が理解できず、同勤務者に相談したところ、前吸引は5mL以上であり、捨てて新たにミルクを5mL注入するのではないかとのことであった。自分自身も十分納得した上で、前吸引分を捨て、新たに5mL注入した。深夜勤務者に報告すると、前吸引の5mLのみを戻し、後は捨てることのであった。他の勤務者にも相談し、どちらの意味にもとれるため、主治医に報告し、指示を変更してもらった。</p>	<p>それぞれの指示の受け止め方が違った。指示が迷うものであった。勤務前に指示を確認する必要があった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 勤務前に前勤務者に指示の確認をする。 わかりやすく、迷わない指示内容とする。 指示を受けた時点で迷うようであれば確認する。
【清潔 1件】			
11	<p>ラウンド時、母より着替えについての質問を受けた。「安静が必要なため、着替えは施行しないでください」と説明した。その後、うがいをする際に衣類を汚してしまったので着替えをさせたと母より申し出があった。安静の必要性を再度説明した。</p>	<p>不明</p>	<ul style="list-style-type: none"> 母親に何度も説明していく。 不安なことがあれば些細なことでも相談するようにと伝えていく。
【運動 8件】 他類似事例 51件			
12	<p>11ヶ月の患者の母親が高柵のベッド柵をおろす際、点滴のラインが柵に引っかかってしまい、それを取り除こうと児から目を離した際、柵が降りたベッドから患者が転落した。患者は額に擦過傷ができた。</p>	<p>ベッド柵がおりていた。母親が点滴ラインに集中し、患者から目を離した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ベッド柵を降ろしたら、患者から目を離さないよう説明する。 今回のようなことが起こり、目を離すような状況の時はナースコールするよう説明する。
13	<p>4歳の女兒が点滴中であり、処置室のベッドで母と妹2歳が付き添っていた。2歳の妹もベッド上で一緒に遊んでおり、ベッドから転落した。</p>	<p>処置室のベッドには柵が無く、プライバシーの為にカーテンを使用していた。母が付き添っていたが、遊んでいるうちに落ちた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ベッド柵が無く、危険である事を伝えておく。 カーテンは閉めきらず観察の為、少しは開けておく。 壁にベッドを寄せるなど転落防止の工夫をする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
14	プレイルーム前の廊下で他患者と共に、遊びに夢中で走っていた時に転び前頭部を打った。母は少し離れたところで見守っていた。	1歳児であり、遊びに夢中になることで走ってしまい、転倒の危険があったため、廊下を走らないように家族に説明はしていたが、不十分であった。点滴もしておらず、患者は自由に動けるため母親にすぐ近くで見守ってもらうよう十分な説明をする必要があった。1歳児であるが少し大きめのスリッパを履いていた。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の行動範囲や年齢を考えて、頻回な観察を行う。 廊下で走っているところを見つけたときは、危険性を伝え、注意をしていく。 年少児の場合はスリッパなど転倒の危険があるものは避けるよう指導していく。 母親が見ていてくれる時にはそばにいて危険を回避できるよう指導していく。
15	1歳の患者はバルーンカテーテル留置中であり殿部浴のため処置室へ行った。処置終了後、母親が患者を抱っこし、看護師が点滴スタンドを押して帰室した。帰室直後、点滴アラームが鳴り、看護師は点滴アラームに対応した。母親は患者をベッドに降ろし、患者から離れ、「落ちないでよ」と言いながら椅子に座った。その時、ベッド柵は15cm程しか上がっていなかった。児は下に落ちているペットボトルを見つけて手を伸ばした際、母親と看護師がいる場で頭から転落した。意識レベルはクリア、外傷、発赤、腫脹はなかった。	看護師がいたにも関わらず、ベッド柵が上がっていなかった。母親が傍に居ると、母親を頼っていた。児の活動範囲を把握していたが、予測できなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 誰がいても転落は起こり得るため、過信せず、必ずベッド柵を上げる。 ベッド柵は一番上に上げておく。 母親の理解度と、児の活動範囲、行動力を把握して対応する。 幼児は予期せぬ動きをするため、予測して看護師から危険防止を図る。
16	1歳11カ月の患者がプレイルームで母親と遊んでいた。大きな物音がしたため、かけつけると、椅子の上に乗って遊んでいたところ、プリンのカップがあり、それに躓き、床に転落した。	母親がついていたが、椅子の上は危険だと思いながらそのまま遊ばせていた。プリンのカップが足元にあった。	<ul style="list-style-type: none"> 家族へ転倒・転落の危険性について再度説明する。
17	昼の時間帯、患者をベビーチェアに座らせ病室に一人にした時ベッドに倒れてしまう。左足背に点滴刺入部があり、ベッド内に入れるとつかまり立ちをして抜去するおそれがあったためベビーチェアに座らせ、モニターで観察していた。	ベビーチェアを使用する際、患者を一人にした。	<ul style="list-style-type: none"> ベビーチェア・ハイチェアを使用する際は、患者を一人にしない。 患者の側に付き添えない場合は、ナースステーションなどに移動する。
18	プレイルームで患者が坐位にておもちゃで遊んでいた。母が他のおもちゃを取りに患者から離れた時に後ろへ転倒した。患者は最近やっと坐位をとれるようになったところであった。	母親が坐位がしっかり安定していない患者から目を離していた。看護師は母親の転倒転落に対する理解度を把握していなかった。母親も患者の発達段階における危険性を理解していなかった。検温時、受け持ちの患者だけでなく、他の患者の状態も観察すべきであった。	<ul style="list-style-type: none"> プレイルームで検温を行う場合は、受け持ちの患者のみ見るのではなく他の患者の状況も観察する。 患者から目を離す時は、その場にいる看護師か保育師に声を掛けてもらうよう、母へ指導する。 訪室時、患者の発達段階における転倒転落の危険性を母へ指導する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
19	プレイルームにて母が点滴スタンドの消毒をして患者から目を離している際、患者が足を滑らせ転倒した。転倒した時に、ゴンという音が出て床に倒れている患者を母が発見した。	プレイルームの出入りの際、点滴スタンドを消毒してもらうことで床が濡れて滑りやすくなる。点滴スタンドの消毒を自分でできない小さな子供の場合は、付き添い家族に行ってもらおうようにしている。	<ul style="list-style-type: none"> 点滴スタンド消毒後は、必ず床に残った消毒液を拭き取ってもらう。 その際に患者も近くにいることになるので、患者から目を離さないようにし消毒液で足を滑らせないようにしてもらう。
【排泄 2件】			
20	患者の浣腸をしようとワークシートで浣腸液の量を確認し、5mLに自分で青丸をつけていたため5mLで準備した。施行前に体重の割に量が多いと思い、再度ワークシートをみたが、やはり5mLであったのでそのまま実施した。その後、前日のカルテ記録を見て間違いに気付いた。患者には、特に変化はなく、反応便は多量にあった。	浣腸実施時にはダブルチェックをおこなっていない。ワークシートが見にくい。段落が変なところで分かれたり、行間がおかしかったり、印刷ができなかったりする。確認は2度しているが自分で見たワークシートだけだった。納得できない指示は納得できるまで確認する。	<ul style="list-style-type: none"> ワークシートの拾い出しは、落ち着いて一つ一つをじっくり確認する。 再確認するときは最初に確認したもの以外のもの確認する。 おかしいと思った指示は一人で確認せず、他のスタッフとダブルでチェックする。
21	けいれんで入院中の5歳の患者が38度、39度台の発熱が続いておりベッド上で臥床中であった。輸液ポンプのアラームが鳴ったため、訪室し輸液ポンプ確認を行っていた。その間、患者より排尿の訴えあり、いつものように付き添い者が患者をベッド上に立たせ尿瓶で排泄介助を行なおうとした際に、患者がふらつきベッド上より転落した。発熱後、受け答えもできレベルクリア。けいれん発作なし。バイタルサイン異常なしであった。付き添い者には今後ベッド上で排泄する際には、熱もありふらつきあるため、横になりながら排泄していただくか、看護師を呼んでもらえば手伝うこともできること説明した。	ベッド柵が一番上まで上がっていない状態で、患者を立たせようとした際に、転落の可能性があるため、すぐに注意を促すべきであった。また、患者は熱発しており、ふらつくことが考えられたため、付き添い者に排泄介助等には注意をしてもらえよう事前に伝えるべきであった。	<ul style="list-style-type: none"> ベッド柵が一番上まで上がっていない状態で、子どもをベッド上で立たせないように付き添い者には伝える。 発熱がありふらつき等の体動困難が考えられる場合には、排泄方法等の工夫を促していく。
【睡眠・休息 1件】 他類似事例 1件			
22	大きな物音で訪室すると、3歳の患者が低柵ベッドから転落していた。柵は上がっていたが、患者が寝ぼけて柵を乗り越えてしまったようだとの母親が話された。意識レベルは清明で、トイレまで歩行し、排尿後再びベッドに戻り入眠した。	深夜であり、患者が寝ぼけていた(付添いの母は隣に寝ていた)。3歳のため、低柵ベッドを使用していた。	<ul style="list-style-type: none"> 母親へ転落の危険性を十分説明する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【搬送・移送 5件】 他類似事例 8件			
23	4歳児が一人でエレベーターに乗り、行き先が不明となったしまった。エレベーターの一人乗り込みを禁止しようとしたがむずがり、母親も許可したため、4歳児を一人でエレベーターに乗せることを見逃した。エレベーター内での事故発生の危険や発作出現の危険があった。	4歳の患者をエレベーターに乗せることを許可した判断不足。	<ul style="list-style-type: none"> ・乳児・児童の一人乗車禁止。
24	ベビーカーに乗車していたがベルトをしなかった為、患者が動いた拍子に転落した。	患者の安全に対する認識不足。	<ul style="list-style-type: none"> ・安全に対する教育。
25	病室で車椅子移動を行っている際、ドーンという音がした。同室の患者が床にしりもちをついていた。左靭帯断裂形成術（関節鏡下）術後2週間で、ニープレス着用で完肢免荷松葉杖歩行中の患者であった。とっさに患肢に全荷重をかけてしまい、トイレに行こうと歩行したら滑ったとの事であった。患肢全荷重で体をかばったので殿部打撲のみで外傷はなかった。	床掃除の直後であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・床掃除直後はよほどの急用でない限り、床がかわくまで数分は待つように指導する。 ・松葉杖歩行の際はとくに慎重に行動するよう指導する。
26	骨盤骨切り術後6週目の患者が車椅子で家族に「前輪を浮かせられる」といって浮かしたところ、車椅子が後ろに倒れた。患者の頭部は車椅子のハンドルが隙間となり、床で打撲はしなかった。そのほかにも障害はなかった。	患者の注目されたいという気持ち。車椅子は通常の使用方法を逸脱すると転倒するという認識がなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・危険な乗り方はしないように常日頃から注意する。 ・家族も指導する。
27	レントゲン撮影のため、患者を抱っこしてエレベーターに乗った。エレベーターが止まり、ドアが開いた時に患者の手指がドアに挟まれた。ドアが開く前に患者は、指をドアにつけて遊んでいた。患者の指の皮膚剥離が見られ、消毒後ガーゼ固定をした。	エレベーターから降りる人が多く、ドアを開放にするため一瞬患者から、注意をそらしてしまった	<ul style="list-style-type: none"> ・小児の成長発達段階を考え、予測しない行動を取ることに常に考えて、患者を搬送する。 ・母と一緒にいる時は、患者は母に抱っこしてもらい、看護師は患者の観察をする。
【その他 6件】 他類似事例 9件			
28	出生直後の体重測定は原則2回行うが、1回しか測定しなかった。翌日、体重を測定すると増加しており生理的体重減少を考えると、出生時の体重に誤りがあったことが発見された。	業務の慣れによる原則の逸脱。分娩室内の環境整備が不十分であり、器械が正常な作動をしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・体重測定方法のマニュアルの再確認。 ・分娩室の環境整備と機器の定期点検の実施。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
29	生後 11 ヶ月目の患者の末梢の保温の為、温罨法を施行していた。温罨法交換 1 時間後に寝具をあけて観察すると、左膝に接触して外して皮膚を観察すると発赤していた。	患者の可動域も考慮に入れ適切な空間を取り、安全な位置に置く事のアセスメントが出来ていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の可動域も考慮に入れ適切な空間を取り、安全な位置に設置する。 観察しやすい環境を整える。
30	兄の診察にきていた 1 歳の弟が、診察室に入るドアで右第 5 指を挟んだ。	母親が医師と話をしている途中、診察室より抜け出し、兄と遊んでいてドアの隙間に挟んだ。	<ul style="list-style-type: none"> 小児の場合は開き戸より、引き戸が好ましい。
31	単径ヘルニアの手術中、創部の保護にダーマボンド（皮膚表面接着剤）を使用し、乾燥させるためにドライヤーの温風を使用した。退室時は創部の周辺に発赤があったが、問題視せずに病棟の看護師に申し送らなかった。その後、病棟で創部の周辺が 1 度の低温熱傷と診断された。患者の創部周辺に 1 × 5 ミリ大の水疱が出来ていた。	4 歳だったので、成人と比べ皮膚が繊細だった。	<ul style="list-style-type: none"> 温風使用をやめ、自然乾燥とする。
32	入院があるため、保育器の移動が必要となった。保育器の受け持ち看護師は担当患者の授乳があるため、別の看護師が保育器の移動を行った。移動後に保育器の温度の設定値を移動前の設定値である 31.5℃に設定するのを忘れて、初期設定である 33.0℃のままにしてしまった。次の勤務のスタッフにより発見された。患者にバイタルサインの大きな変動はなかった。	移動後に保育器の温度の設定値を確認することを怠ってしまった。また、受け持ち看護師が勤務の最終確認として設定温度の確認をしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 保育器の移動後は温度設定値の確認を行い、受け持ち看護師が勤務の最終確認として温度の設定値を確認することを徹底していく。
33	アイスノンを包んだタオルが外れ患者の皮膚に直接当たり発赤が出現した。	患者の体動によりオムツが外れ、直接皮膚に当たった。体重 1100 グラムで皮膚障害の可能性が高かった。アイスノンをあててから発見までの間の 3 時間の観察が十分でなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 1 時間ごとの観察。 袋状のタオルの利用。

【5】ヒヤリ・ハット事例情報データベース

ヒヤリ・ハット事例情報データベース作成検討班は、医療機関が警鐘的と判断し報告した事例を中心に、広く周知することが医療安全に資すると判断された事例について検討を行っている。本報告書に掲載した第23回ヒヤリ・ハット事例の中から選別された23事例についてヒヤリ・ハット事例情報データベースに全般コード化情報と合わせて情報を公開したので、参考にしていただきたい^(注1)(図表Ⅲ-22)。

(注1) ヒヤリ・ハット事例(重要事例)情報データベース構築・公開事業ホームページ(<http://www2.hiyari-hatto.jp/hiyaritatto/index.jsp>)参照。

図表Ⅲ - 22 ヒヤリ・ハット重要事例

事例23-1390：(電子カルテオーダーリングによる処方の際の類似薬剤名の選択間違い)

発生月【3月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【8時～9時台】 発生場所【病室】
男性 80歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【他職種者】
当事者の職種【医師、看護師、薬剤師】 職種経験年数【当事者複数】 部署配属年数【当事者複数】
発生場面【末梢静脈点滴】 発生内容【薬剤間違い】 発生要因-確認・観察【不十分であった】 判断【誤りがあった】 知識【不足していた】 システム【コンピューターシステムの不備】 連携【医師と看護職間の連携不適切、看護職の連携不適切】 勤務状態【多忙であった】 薬剤【薬剤を入れる容器が似ていた】 教育・訓練【不十分だった】
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】
<内容> 生食20mLとフェリコン（鉄剤）注を処方する予定であった。11月より導入された電子カルテで生理食塩の検索をかけようと「セイ」と入力したところ列記された上下段に生理食塩液20mL 大塚食塩注10%20mLが並んでおり、生理食塩水を選択するところ、誤って10%食塩液を選択し、オーダー発行してしまう。薬局内でも監査をすり抜け、現場看護師も薬剤を収納する際に別段疑問に思わず通常使用している薬剤という気持ちで収納した。患者に実施する看護師は、処方箋と薬剤を確認するが、処方箋に印字されているため間違っているという認識はなく、準備し患者に実施した。継続指示だったので、翌日分を薬剤師が監査しているとき高濃度液での溶解が処方されていることに気付き、医師に確認したところ誤っていたことに気付いた。
<要因> 電子カルテオーダーリングの設定誤り。10%食塩液と生理食塩液が「セイ」で検索できていた薬剤に対する知識が不足していた。同薬剤の薬名の明記は大きくされていたが、ポリアンプタイプでサイズも同じで間違えやすかった。
<改善策> オーダーリング設定を変更した（「セイ」で10%食塩液が検索できない設定に修正した）。高濃度食塩液での事故事例を紹介し、危険性を学習した。

事例23-1183：(調剤の際の製剤量と成分量の誤り)

発生月【1月】 発生曜日【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【14時～15時台】 発生場所【薬局・輸血部】
男性 6歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【家族・付き添い】
当事者の職種【薬剤師】 職種経験年数【9年10ヶ月】 部署配属年数【9年10ヶ月】
発生場面【与薬準備】 発生内容【処方量間違い】 発生要因-確認・観察【不十分であった】 判断・知識【誤りがあった】 報告等【間違いであった】 身体的状況【体調が不良だった】 心理的状況【思いこんでいた】 システム【連絡・報告システムの不備】 連携不適切【多職種間の連携不適切】 勤務状態【多忙であった】 教育・訓練【不十分だった】
影響度【仮に実施されていても、患者への影響は小さかった（処置不要）と考えられる】
<内容> ロイケリン散（白血病治療剤）1回65mg 1回分処方のところを、10%ロイケリン散 1回65mg 1回分で調剤し払い出した。倍散調剤であったために、1/10量の調剤となった。
<要因> 調剤者が、処方内容は力価処方であることを、正しく確認することを怠った。
<改善策> 処方内容は力価処方であり、正しく処方内容を確認する。

事例 23-519：(持参した市販薬の検査前中止忘れ)

発生月【3月】 発生曜日【金曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【14時～15時台】 発生場所【病室】
男性 29歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【同職種者】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【0年11ヶ月】 部署配属年数【0年11ヶ月】
発生場面【内服】 発生内容【処方与薬のその他のエラー】 発生要因-確認【不十分であった】 判断【誤りがあった】 知識【不足していた】
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】
<p><内容> 頭痛があり毎日眠前に市販のバファリン（解熱鎮痛消炎剤・抗血小板剤）2錠を内服している患者であった。検査の為に内服を中断した方がよいか主治医に確認しなければならなかったが、市販薬であった為しなくてもよいのではないかと思い、確認しなかった。前日もいつも通りバファリンを内服していたが、そのまま検査施行となった。検査後カルテの内服薬の欄を先輩看護師が見て気づき、主治医に確認したところ検査当日の、バファリン内服は中止となった。また、検査刺入部の出血もなく当日は安静に過ごして頂くことになった。</p>
<p><要因> バファリンは手術や検査をする患者に内服を中止してもらうことは知っていたが、市販のバファリンも同様に内服を中止するとは思わず、主治医や先輩看護師に確認・相談をしなかった。</p>
<p><改善策> 市販薬でも同様の作用を示すことが考えられる為、主治医や先輩看護師に確認・相談していく。また、相談しなくてもよいものかどうかははっきりわからない場合は、先輩に相談し自分一人で判断しない。</p>

事例23-515：(内服薬1回投与量の間違い)

発生月【3月】 発生曜日【火曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【20時～21時台】 発生場所【CCU】	
女性 71歳 患者の心身状態【精神障害、床上安静、せん妄状態】 発見者【同職種者】	
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【1年月数不明】 部署配属年数【1年月数不明】	
発生場面【内服】 発生内容【過剰与薬】 発生要因-確認【不十分であった】 心理的状況【イライラしていた、他のことに気を取られていた、思いこんでいた】 勤務状態【多忙であった、作業が中断した】	
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】	
<内容>	持参薬ルーラン（抗精神病剤）、アキネトン（抗パーキンソン剤）を「3錠／分3、毎食後」内服する指示がカルテに記載してあった。1回3錠ずつだと思い込み、夕食後に各3錠ずつ内服させてしまった。また患者は入室時から失見当があり、ルート類を気にしたり、安静が守れない状態であった。そのため患者にルートトラブル、転落がないよう見守りながら、薬の確認を行っており何度も確認行為が中断していた状況であった。深夜看護師が内服薬の確認をしていた際に、間違った錠数がセットされていることに気づき、残薬の錠数を確認したところ、前日夕方分の内服薬を間違った錠数で内服させていることに気付いた。
<要因>	CCU（心疾患集中治療室）では持参薬の取り扱いがほとんど無く、「○錠／分○」という指示の見方に慣れていなかったが、他のスタッフに投与方法を確認しなかった。ルーラン、アキネトンを内服させるのは慣れていなかったため、添付文書の確認を行ったが、副作用の確認しかなかった。患者は入室時から失見当があり、ルート類を気にされたり、安静が守れない状況であった。患者を見守りながら薬の確認をしており、集中して薬の確認ができる環境でなかった。CCUでは内服薬をセットする人、内服させる人は違う人が行い、ダブルチェックできるようなシステムにしているが、今回は入室直後であり、自分でセットをし内服もさせたため、ダブルチェックができなかった。
<改善策>	自分は「○錠／分○」という指示の見方に慣れていないことを認識し、最低2回は指示簿と薬を確認し、自分の投与方法が添付文書に記載してある投与方法と合っているかの確認を行う。その上他のスタッフに投与方法を確認する。 薬の確認中のみ他の看護師に見守りを依頼する。 入室直後でも内服をセットする人、内服させる人を別の人にダブルチェックできるようにする。 患者にルートトラブル、転落の危険が高いと判断した場合、薬の確認中だけ一時的に抑制具を使用させてもらう方法を考え、患者と相談の上、自分が集中して薬の確認ができる環境を整える。

事例 23-1687：(入院後、改めて持参薬を処方した際の重複投与)

発生月【3月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【8時～9時台】 発生場所【病室】	
患者の性別・年齢【不明】 患者の心身状態【不明】 発見者【当事者本人】	
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【22年月数不明】 部署配属年数【2年月数不明】	
発生場面【内服】 発生内容【過剰与薬】 発生要因-確認【不十分であった】 心理的状況【思いこんでいた】	
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】	
<内容>	持参薬があるにも関わらず、前回準備した内服薬が無くなった時点で処方してもらっていた。空になったタケプロン（プロトンポンプ・インヒビター）の内服薬が医師の処方を依頼するために寄せてあった。医師に処方を依頼したところ「持参薬があるから処方しなくていい」と言われ、持参薬から1週間分を準備した。同時に、他のスタッフが持参薬の一包化を依頼していて、その中にもタケプロンが入っていた。一包化された薬袋を確認したが、タケプロンが入っていることに気付かず、2日間重複投与してしまった。
<要因>	内服薬を確認した時点での見落としであり、不注意であった。また、以前処方されていた薬袋が別になっていたため、一包化されていないという思い込みがあった。また2日間、投薬準備するスタッフも気付かずに投与していることから、重複されていることを疑うことなく思い込んで準備していた。
<改善策>	一包化された薬を注意深く確認する。 前回処方してもらった薬袋は一包化を依頼した時点で廃棄する。

事例 23-482：(持参薬処方箋記入時の薬剤記載漏れ)

発生月【2月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【12時～13時台】	
発生場所【ナースステーション】	
男性 54歳 患者の心身状態【薬剤の影響下】 発見者【同職種者】	
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【4年月数不明】 部署配属年数【4年月数不明】	
発生場面【与薬準備】 発生内容【処方・与薬のその他のエラー】 発生要因-確認【不十分であった】	
心理的状況【無意識だった】	
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】	
<内容>	夕方内服薬より看護師管理となっている薬剤をセットした。他院での処方であったため、手書きで処方箋に薬剤を記入したが、その際にムコソルバン（気道潤滑去たん剤）の記入が漏れた。次勤務者が内服薬を確認したため発見された。
<要因>	内服薬がワンドーズとなっており、確認しにくかった。他院からの内服薬であったため、処方箋がなく、薬剤の袋に書かれているものと、入院時の記載とで内服薬をセットした。内服薬を看護師管理とした際のセット後、作成した処方箋とカルテがあっていることを確認できていなかった。患者の内服薬が把握しきれていなかった。処方箋がないため、あやふやになっている薬剤が他にもあった。
<改善策>	薬剤はワンドーズとなることで識別番号で確認するため、シート処方に比べて確認しにくいことを考え、慎重に薬剤の確認を行う。 患者が何のために、何の薬剤をいつ飲んでいいのかしっかり把握しておくためにも、カルテ記載時十分に注意する。 内服薬セット後、再度カルテと作成した処方箋があっているかを確認することを徹底する。

事例23-75：(酸素ボンベの残量不足による搬送式人工呼吸器の作動停止)

発生月【2月】 発生曜日【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【14時～15時台】 発生場所【手術室】
男性 80歳 患者の心身状態【薬剤の影響下】 発見者【同職種者】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【8年ヶ月11月】 部署配属年数【4年1ヶ月】
発生場面【人工呼吸器】 発生内容【医療・歯科医療用具（機器）の点検管理ミス】
発生要因-確認【不十分であった】 知識【不足していた】 心理的状況【慌てていた】 勤務状態【多忙であった】
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】
<p><内容> プロポフォル（全身麻酔・鎮静剤）で鎮静し、呼吸器管理の患者。患者は血管造影中に挿管され、血管造影室よりニューパック（搬送用人工呼吸器）を装着し救命センターへ帰室した。手術室搬入予定であったため、ストレッチャーのまま呼吸器へつなぎ替え呼吸管理を行った。患者が血管造影中にニューパック酸素の残量が少ないと感じたが、予備のボンベも残量が少なく交換しなかった。その後手術室搬入となり、呼吸器よりニューパックへ切り替え手術室へ搬入した。手術室前室でベッド移動を行っている際に、酸素ボンベが空となりニューパックが作動停止したため、すぐに手術室搬入し呼吸管理を行った。患者への影響はなかった。</p>
<p><要因> 医療機器の保守、管理上の問題。業務手順、ルール、チェックの仕組みの問題</p>
<p><改善策> 酸素ボンベの始業前点検。 ニューパック使用時の酸素ボンベ使用基準の作成（酸素残量5Mpa以下のボンベは使用しない。酸素残量に対する使用可能時間換算表を作成）。 ニューパック使用時は、バックバルブマスク携帯することを徹底。</p>

事例23-81：(人工呼吸器の回路接続はずれ)

発生月【1月】 発生曜日【火曜日】 曜日区分【休日】 発生時間帯【2時～3時台】
発生場所【病室】
男性 85歳 患者の心身状態【上肢障害、下肢障害】 発見者【同職種者】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【1年10ヶ月】 部署配属年数【1年10ヶ月】
発生場面【人工呼吸器】 発生内容【医療・歯科医療用具（機器）の点検管理ミス】
発生要因-確認・観察【不十分であった】 判断【誤りがあった】 知識【不足していた】 技術（手技）【未熟だった】
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】
<p><内容> 人工呼吸器回路の一部が外れてリーク（空気漏れ）が発生し、気道内圧が通常より低かったがリーク原因を特定出来なかった。アラーム設定内であったためアラームは発生せず、酸素飽和度にも影響はなかった。次勤務者がリークを発見し対処した。</p>
<p><要因> アラームが発生しなかったため異常と認識できなかった。痰により影響と考え吸引を行って様子を見ていた。気道内圧上昇、気道内圧下限の意味を観察、点検項目と結びつけて考えられなかった。人工呼吸器に対する知識不足があった。相手に確認、相談ができなかった。</p>
<p><改善策> 知識不足対策として人工呼吸器に関して自己学習と業者からの勉強会の実施。</p>

事例23-1613：(呼吸器回路と気管カニューレの接続外れ)

発生月【1月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【20時～21時台】 発生場所【病室】
男性 77歳 患者の心身状態【意識障害】 発見者【当事者本人】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【当事者複数】 部署配属年数【当事者複数】
発生場面【気管カニューレ】 発生内容【自然抜去】 発生要因-確認・観察【不十分であった】 勤務状態【夜勤だった】
影響度【その他】
<内容> 準夜をしており、フリー業務を行っていた。1年目看護師との勤務であったため、患者の様子を頻回に見るようにしていた。人工呼吸器回路の位置と、患者の体位を整えるため、別の看護師と共に看護師2名にて、気管カニューレと呼吸器回路の接続部を外すと、気管カニューレが抜去された。直ちにアンビューバッグ(用手換気)で換気開始、主治医に気管カニューレを交換してもらった。
<要因> 気管カニューレに付属しているカフエア注入用のチューブが呼吸器回路に絡まっていたため、呼吸器回路を外す際に、回路とともに引っ張られて抜去された。消灯後で、照明も暗かったため、気管カニューレに付属のカフエア注入用のチューブが呼吸器回路に絡まっていたことが見えず気付けなかった。カフエアの量をきちんと確認できていなかったため、カフエアが漏れていた可能性があった。カフエアの確認、呼吸器回路の位置、気管カニューレに付属のカフエア注入用チューブの位置等、起こりうる危険について、1年目看護師への指導が不足していた。
<改善策> 呼吸器回路や、気管カニューレに付属のカフエア注入用のチューブは絡まらないように常にきちんと整えておく。 1年目の看護師の時は多忙な状況でも今以上にこまめに患者の様子を自分で観察する。 カフエアの量は勤務と勤務の間の、人工呼吸器設定確認の際に必ず確認するように徹底する。

事例23-140：(シリンジポンプ流量の入力桁間違い)

発生月【2月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【20時～21時台】 発生場所【病室】
女性 80歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【同職種者】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【5年ヶ11月】 部署配属年数【0年11ヶ月】
発生場面【輸液・輸注ポンプ】 発生内容【条件設定間違い】 発生要因-確認【不十分であった】 勤務状況【夜勤だった】
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】
<内容> 指示が出され、薬剤の準備をして看護師2名で監査を行い、フローシートとシリンジポンプに貼るシールに間違いが無いことを確認した。1名の看護師がベットサイドへ行き、シリンジポンプのセットをして開始した。この際3.0mL/hを30.0ml/hにセットしてしまった。1時間40分後にシリンジポンプの残量アラームが鳴り、他看護師が誤りを発見した。
<要因> この看護師は、日常的に薬剤・シリンジポンプを使用しており、3.0mL/hで開始したと認識していた。夜間であり、少ない看護師での勤務だったため、2名の看護師によるポンプの設定監査を行なっていなかった。
<改善策> シリンジポンプ・輸液ポンプの設定時は、他看護師と設定監査を実施する運用を徹底。 開始後の病室チェックを実施する。 フローシート、シリンジポンプに貼ったシール、薬剤の指差し確認を実施する。

事例23-1621：(シリンジポンプの誤った操作による作動停止)

発生日【1月】 発生日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【8時～9時台】 発生場所【病室】
男性 68歳 患者の心身状態【床上安静】 発見者【家族・付き添い】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【0年9ヶ月】 部署配属年数【0年9ヶ月】
発生場面【輸液・輸注ポンプ】 発生内容【その他の誤操作】 発生要因-確認・観察【不十分であった】
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】
<内容> 肺高血圧症でフローランのシリンジポンプ使用中の患者。シリンジポンプの残量アラームが鳴り消音したつもりだったが、2度押ししてポンプ停止にしていた。その後、シリンジポンプが運転しているか確認しなかった。患者の家族がポンプが作動してないことに気づき、看護師が見に行くとポンプが停止していた。
<要因> シリンジポンプの消音を押したつもりが、2度押ししてポンプ停止にしていたこと。シリンジポンプのアラーム消音後、ポンプが運転しているか確認しなかったこと。
<改善策> ポンプのアラーム消音後、きちんとポンプが作動しているか、指差し・声だし確認する。ポンプに触れる時は、チェックリストを使用してポンプが正常に作動しているか確認する。

事例23-645：(動注時の左右ポンプ取り違い)

発生日【3月】 発生日【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【10時～11時台】 発生場所【病室】
女性 47歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【当事者本人】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【4年11ヶ月】 部署配属年数【4年11ヶ月】
発生場面【その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する場面】 発生内容【接続間違い】
発生要因-確認・観察【不十分であった】
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】
<内容> S T A（浅側頭動脈）チュービング施行し浅側頭動脈より抗がん剤投与を開始した。2日後、訪室時S T Aルートのおねじれを整えたところ、左右のポンプが逆になっていることに気付いた。右ポンプのみテープが貼られ表示はあった。どこからポンプが入れ替わっていたかは不明であった。ポンプ挿入後は各勤帯でポンプの作動・ルートのおねじれの確認はされていたが左右の間違ひには気付いていなかった。右のポンプ（本体）には、右用に準備された抗がん剤がセットされていた。左右の抗がん剤の量は違っていた。
<要因> 頭頸科では頻繁にある治療法である。看護指示残量・ダイヤル・作動点滅・逆血の有無・電池交換・捻じれの有無の観察項目がある。今回、両側ルートとポンプの左右が逆になっている事が発見された。今まで、ルートを手練り、刺入部までの確認を十分してない現状が表面化した。
<改善策> 両側チュービングの場合、ルートとポンプに色分けテープ明示する（右：黄 左：白）。毎日の観察時刺入部からのルートを通り、左右の有無を確認する（色別テープを過信しない）。

事例23-294：(ドレーンの開放忘れ)

発生月【1月】 発生曜日【土曜日】 曜日区分【休日】 発生時間帯【22時～23時台】 発生場所【病室】
女性 70歳 患者の心身状態【睡眠中】 発見者【同職種者】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【2年9ヶ月】 部署配属年数【2年9ヶ月】
発生場面【皮下持続吸引ドレーン】 発生内容【ルートクランプエラー】 発生要因-確認【不十分であった】 連携不適切【看護職間の連携不適切】
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】
<内容> 前日のドレーン排液を集めた時、一旦クランプを閉鎖し、その後、クランプを開放したまま一日が経過してしまった。まる一日持続吸引が出来ず、皮下に排液が貯留したままになってしまった。
<要因> 各勤務で排液の確認はしているが、ドレーンのクランプを見ていない。このドレーンの使用頻度が低い。SBドレーンの取り扱いを理解していなかった。
<改善策> 排液除去時クランプ(閉鎖)したら、その後開放するように「クランプ注意」のシールや札をドレーンに付けた。 各種ドレーンの管理マニュアル作成。

事例23-786：(ドレーン付属物のMRI機器への吸引)

発生月【3月】 発生曜日【金曜日】 曜日区分【不明】 発生時間帯【16時～17時台】
発生場所【放射線撮影室・検査室】
男性 55歳 患者の心身状態【下肢障害】 発見者【当事者本人】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【15年月数不明】 部署配属年数【10年月数不明】
発生場面【その他】 発生内容【破損・切断】 発生要因-確認・観察【不十分であった】 知識【不足していた】 心理的状況【慌てていた】
影響度【仮に実施されていた場合、患者への影響は大きい(生命に影響しうる)と考えられる】
<内容> 難治性腹水にてJバックドレーンにてドレナージをしていた患者が、急遽MRI施行となり、輸液ポンプ類などは延長し、金具類というものは全て取り外し検査へ行った。MRIの機械の中に患者が入ったところ、Jバッグ内に金具があったため引っ張られた状態となり、手でつかんだものの接続から外れてしまった。
<要因> 急な検査であり慌てていたこともあるが、ドレーンパック内に金具が入っていると思わなかった。外観からわからない。
<改善策> 金具類がドレーンパック内にも入っていることを再認識と周知する。

事例23-509：(小児のベッドからの転落)

発生月【3月】 発生曜日【日曜日】 曜日区分【休日】 発生時間帯【16時～17時台】 発生場所【病室】
女性 1歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【当事者本人】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【0年11ヶ月】 部署配属年数【0年11ヶ月】
発生場面【その他の療養生活に関する場面】 発生内容【転落】 発生要因-観察【不十分であった】 判断【誤りがあった】 心理的状況【他のことに気を取られていた】 教育・訓練【不十分だった】 患者・家族への説明【不十分であった】
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】
<内容> バルーンカテーテル留置中の1歳の患者が殿部浴のため処置室へ行った。処置終了後、母親が患者を抱っこし、看護師が点滴スタンドを押して帰室した。帰室直後、点滴アラームが鳴り、看護師は点滴アラームに対応した。母親は患者をベッドに降ろし、患者から離れ、「落ちないですよ」と言いながら椅子に座った。その時、ベッド柵は15cm程しか上がっていなかった。児は下に落ちているペットボトルを見つけて手を伸ばした際、母親と看護師がいる場で頭から転落した。意識レベルはクリア、外傷、発赤、腫脹はなかった。
<要因> 看護師がいたにも関わらず、ベッド柵が上がっていなかった。母親が傍に居ると、母親を頼っていた。児の活動範囲を把握していたが、予測できなかった。
<改善策> 誰がいても転落は起こり得るため、過信せず、必ずベッド柵を上げる。 ベッド柵は一番上に上げておく。 母親の理解度と、児の活動範囲、行動力を把握して対応する。 幼児は予期せぬ動きをするため、予測して看護者から危険防止を図る。

事例23-1117：(小児への過量の浣腸実施)

発生月【1月】 発生曜日【月曜日】 曜日区分【休日】 発生時間帯【4時～5時台】 発生場所【NICU】
女性 0歳 患者の心身状態【その他】 発見者【当事者本人】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【23年1ヶ月】 部署配属年数【3年6ヶ月】
発生場面【その他のチューブ類の挿入】 発生内容【方法(手技)の誤り】 発生要因-知識【不足していた】 身体的状況【寝不足だった】 勤務状態【夜勤だった】
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】
<内容> 患者の浣腸をしようとワークシートで浣腸液の量を確認し、5mLに自分で青丸をつけていたため5mLで準備した。施行前に体重の割に量が多いと思い、再度ワークシートをみたが、やはり5mLであったのでそのまま実施した。その後、前日のカルテ記録を見て間違いに気付いた。児には、特に変化はなく、反応便は多量にあった。
<要因> 浣腸実施時にはダブルチェックをおこなっていない。ワークシートが見にくい。段落が変なところで分かれたり、行間がおかしかったり、印刷ができなかったりする。確認は2度しているが自分で見たワークシートだけだった。納得できない指示は納得できるまで確認する。
<改善策> ワークシートの拾い出しは、落ち着いて一つ一つをじっくり確認する。 再確認するときは最初に確認したもの以外のもので確認する。 おかしいと思った指示は一人で確認せず、他のスタッフとダブルでチェックする。

事例 23-50：(採血部位選択の誤り)

発生月【2月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【2時～3時台】 発生場所【病室】	
男性 77歳 患者の心身状態【意識障害、床上安静】 発見者【同職種者】	
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【0年10ヶ月】 部署配属年数【0年10ヶ月】	
発生場面【採血】 発生内容【検体採取時のミス】 発生要因-確認【不十分であった】 判断【誤りがあった】 知識【不足していた】 技術(手技)【未熟だった】 心理的状況【無意識だった】 勤務状態【夜勤だった】 教育・訓練【不十分だった】	
影響度【その他】	
<内容>	看護師が、持続点滴を行っている上肢で採血・血糖測定を行ったことに気付かず、血糖値が実際より高値を示し、スライディングスケールどおり、インスリンを施行した。その後、体位交換時に、別の看護師が点滴側より採血した痕があることに気付き、再度血糖測定を行ったら、血糖値が低下していたため、医師の指示によりブドウ糖投与を行った。患者には低血糖による状態の変化はみられず、血糖値も回復した。
<要因>	新人看護師で、採血する腕を深く考えず、無意識に行ってしまった。大部屋であると反対側は別の患者のベッドがあり、採血・穿刺する場所を確保しにくいので、立ち易い方へ移動してしまった可能性もある。普段と異なる値が出て、スライディングスケールがあるからと、そのまま他のリーダー看護師や医師などに特に相談せず一人で判断してしまった。
<改善策>	従来の新人教育内容を採血方法の点で強化する必要がある。 医療安全NEWSで事例(血液検査は輸液の影響を受ける。血糖値だけでなく、他の検査値・薬物血中濃度も影響を受ける。点滴中の同じ腕から採血しない。採血困難時は一人で判断せず、医師・先輩看護師等に相談する。異常値は一人で判断しない。異常値は医師・先輩看護師・検査技師などに相談する。インスリンはハイリスク薬。)をあげ、再度、周知徹底するように速報として院内に流した。

事例 23-595：(フィルター付き点滴ルートの閉塞)

発生月【1月】 発生曜日【日曜日】 曜日区分【休日】 発生時間帯【12時～13時台】 発生場所【病室】	
男性 12歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【同職種者】	
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【3年ヶ月10月】 部署配属年数【3年ヶ月10月】	
発生場面【末梢静脈ライン】 発生内容【接続間違い】 発生要因-確認・観察【不十分であった】 判断【誤りがあった】 知識【不足していた】 心理的状況【思いこんでいた】	
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】	
<内容>	アンビゾーム(深在性真菌症治療剤)の点滴をする際、メインのルートに本来ならフィルターの後ろから接続しなければならないところ、誤ってフィルターの前に接続してフィルターを通してしまった。残り30mL程度の時点で輸液ポンプの閉塞アラームが鳴り目詰まりを起こした。体位変換をしていた時であり、先輩の看護師に接続ミスを指摘された。主治医に報告後、メインのルートを新たに作成しなおし、フィルターの後ろから残りのアンビゾームを投与した。家族へは「アンビゾームのルート接続の部位がフィルターの前に繋いでしまった為、後にくるよう作成しなおします。」と説明し特に質問されなかった為深くは説明しなかった。
<要因>	点滴施行の際の確認項目がきちんとなされていない事がインシデントに繋がっている。当事者はアンビゾーム点滴施行の経験が数回である状況であった。そのような状況であった事からも点滴施行の際は慎重に行動し、注意点などをきちんと確認する必要がある。安易に点滴内容だけを確認をするのではなく、点滴ルートや接続についてもきちんと確認する必要がある。
<改善策>	点滴施行時の確認すべき点、注意しなければならないことについての学習や行動の習得が必要である。

事例23-666：(手術部位間違い)

発生月【3月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【12時～13時台】 発生場所【手術室】	
男性 67歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【患者本人】	
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【当事者複数】 部署配属年数【当事者複数】	
発生場面【オーダー・指示出し】 発生内容【誤指示・情報伝達間違い】	
発生要因-確認【不十分であった】 心理的状況【思いこんでいた】 連携【医師と看護職の連携不適切】 勤務状態【多忙であった】	
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】	
<内容>	外来患者の手の腱鞘切開術予定が入っていた。医師の手術オーダーは右手であったため、手術室の看護師は右手で準備を行っていた。外来看護師が患者を引率し、手術室の入口で氏名の確認は行なったが、部位の左右確認を行わなかった。手術室へ入室してからも、整形外科医、手術室看護師共に、左右確認を行っていなかった。左手背に点滴ルートを確認した際、患者より「動かないほうの手は左手だけど、右手を手術するのか」と、言われた時点で部位間違いに気付いた。
<要因>	初診時に診察記録は間違っていなかったが、診断名で左右が間違っていた。その後の手術オーダーを、間違った部位で行っていた。入院患者の場合は、手術室看護師は術前訪問を行い患者把握をしている。しかし、外来患者の場合は患者情報把握のチェックが十分でなかった。一番は患者に確認することも行なっていなかった点である。
<改善策>	医師はカルテの入力ミスをしないように、入力時の確認を十分に行うこと。 途中で入力ミスに気付いたら、誤入力であることを記載すること。 外来・手術室・医師共に、部位の確認は、カルテやフィルムで確認すること、患者に触れて患者と共に確認すること、タイムアウトを必ず行うことを周知徹底した。

事例23-689：(主治医による血液型判定間違い)

発生月【2月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【14時～15時台】	
発生場所【薬局・輸血部】	
男性 56歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【他職種者】	
当事者の職種【医師】 職種経験年数【不明】 部署配属年数【不明】	
発生場面【輸血検査】 発生内容【輸血検査のその他のエラー】 発生要因-確認【不十分であった】	
影響度【その他】	
<内容>	検査部で当該患者の血液型検査を行ったところ、A型であったが、主治医判定による入力はO型であった。検査部での検査結果が主治医判定の結果と異なったため、主治医に連絡し、再度血液型判定を行ってもらうようお願いした。翌日主治医より報告があり、「前日の主治医による入力は、患者自己申告によるもので、マニュアル通り判定を実施したところ、A型であった。検査部の結果と、主治医判定の結果が一致したため、A型との報告を行った。
<要因>	主治医が血液型判定を行わなかったため、患者本人の自己申告が誤りに気付かなかった。
<改善策>	輸血マニュアル「血液型検査」遵守するよう啓発する。主治医判定の際、実施方法や判定などの不明な点は検査室へ問い合わせる。 主治医からのインシデントへの投稿をお願いする。病棟、外来での主治医判定の現場を輸血部の医師が視察する。

事例23-1046：(シャントバルブ使用患者へのMRI撮影前の確認不足)

発生月【3月】 発生曜日【土曜日】 曜日区分【休日】 発生時間帯【18時～19時台】 発生場所【不明】	
女性 63歳 患者の心身状態【意識障害、構音障害】 発見者【同職種者】	
当事者の職種【医師、看護師、准看護師】 職種経験年数【当事者複数】 部署配属年数【当事者複数】	
発生場面【その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する場面】	
発生内容【ドレーン・チューブ類のその他のエラー】 発生要因-確認【不十分であった】	
知識【不足していた】 連携【看護職間の連携不適切】	
影響度【その他】	
<内容>	他施設から運ばれてきた患者のMRIを撮影した。問診で他施設職員は患者にシャントバルブ(髄液の流れをコントロールする弁(バルブ)機能の付いたシャントシステム)が入っていることを知らなかった。受け持ち看護師が撮影像を見て気が付き、医師と病棟に引きついでが、チェックリストは直さなかった。本来必要となるシャント圧の調整がされなかった。朝方、病棟看護師が脳外医師に相談し、圧調整をしてもらった。
<要因>	問診にかかわった看護師と他施設職員はシャント情報を把握していなかった。受け持ち看護師は撮影中に気が付いたが、把握していなかった看護師に確認をしなかったし、問診表も直さなかった。しかし、病棟看護師と神経内科医師には引き継いだ。引継ぎを受けた2人が圧調整の必要性を認識していなかったと思われる。
<改善策>	問診表の正確な記載。変更があれば、変更して記録に残す。 記入者と、検査につく者でダブルチェックする。 圧調整に対する知識を深める。 シャントが入っている人のMRI後の対応のマニュアルがあればよい。

事例23-1168：(患者移動中の酸素ボンベの残量不足)

発生月【1月】 発生曜日【火曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【14時～15時台】	
発生場所【その他の場所(院内)】	
女性 55歳 患者の心身状態【床上安静】 発見者【当事者本人】	
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【2年10ヶ月】 部署配属年数【2年10ヶ月】	
発生場面【移動中】 発生内容【その他の療養上の世話・療養生活のエラー】 発生要因-確認【不十分であった】 判断【誤りがあった】 システム【連絡・報告システムの不備】 施設・設備【施設構造物に関する問題】	
影響度【その他】	
<内容>	肺転移、胸水貯留があり、酸素使用中の患者。酸素合計24L送気中。RT(放射線治療)-CTがあり、酸素ボンベを使用し、車イスにて移送した。治療計画室の酸素のパイピングが1つしかなく、そのまま酸素ボンベで酸素の送気を継続した。RT-CT後、エレベーターを待っている間に酸素ボンベが2つともなくなってしまった。直後にエレベーターがきたため、そのまま病室に戻り、すぐに病室の配管につなぎ、酸素を送気した。酸素ボンベの酸素がなくなってしまった後、患者は呼吸苦を訴え、酸素飽和度が低下したが帰室後に酸素の送気をし回復した。
<要因>	移送前に酸素ボンベの量は確認したが、治療計画室から病室に戻る際に確認しなかった。治療計画室のパイピングが、1つしかないということを確認していなかった。酸素ボンベの量を確認したときに、帰室時までは酸素が足りると思い込んでいたが、自分が想定していた時間よりもRT-CTの時間がかかった。
<改善策>	酸素ボンベの量を確認し、少ないと思った時には、病棟のスタッフに連絡をとり、新しい酸素ボンベを持ってきてもらう。 あらかじめ、行き先に酸素の配管のパイピングがどのくらいあるか確認する。 今後は、放射線治療時はダブルのパイピングを持参し、リニアック室の配管を使用できるようにする。 酸素ボンベの量は、適宜確認する。

事例23-1940：(内視鏡時の義歯外し忘れ)

発生月【1月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【16時～17時台】	
発生場所【放射線撮影室・検査室】	
女性 87歳 患者の心身状態【痴呆・健忘、歩行障害】 発見者【同職種者】	
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【27年8ヶ月】 部署配属年数【0年3ヶ月】	
発生場面【術前準備】 発生内容【未実施、忘れ】 発生要因-確認・観察【不十分であった】 連携【看護職間の連携不適切】	
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】	
<内容>	EST(内視鏡的乳頭切開術)前にマウスピースを挿入する際、上顎にはまばらに歯があったが下顎には歯が無かったため、義歯は除去していると思い、介助看護師がマウスピースを挿入した。EST終了後ENBD(内視鏡的経鼻胆管ドレナージ)チューブを口腔から鼻腔にかえる時、医師が口腔内を観察したところ、上顎に義歯が入っていたことに気付いた。口腔内は少し血液がにじんでいたが、義歯によるものか、スコープ留置による口腔粘膜刺激によるものかは分からなかった。帰室後は口腔内出血は無かった。
<要因>	下顎に歯が無く上顎もまばらにしか歯が無かったので義歯を除去していると思い確認を怠った。病棟からの申し送り時、歯の状況について申し送りが無かった。
<改善策>	病棟からの申し送り時、歯の状況を確認する。 術前に必ず義歯の有無を確認し口腔内の観察を十分に行なう。

IV 共有すべき医療事故情報

【1】「共有すべき医療事故情報」

平成19年4月1日から同年6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図表IV-1に示す。

図表IV-1 共有すべき医療事故情報

概要	内容
治療・処置	<p>手術の際に注射器に準備された用法の違う薬剤を誤って投与した事例が3件報告された。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 無水エタノールをキシロカイン注射液1%（局所麻酔剤）と間違えて注射した。（事例概要については本報告書61頁 図表Ⅲ-1 5番参照）。 2) 生理食塩水を投与するところ、誤ってチオ硫酸ナトリウムを穿刺針に接続し、投与した。（事例概要については本報告書61頁 図表Ⅲ-1 6番参照）。 3) 局所麻酔キシロカイン注射液1%（局所麻酔剤）を施行する際に、間違えて消毒用の0.05%マスキン水を注射した。（事例概要については本報告書61頁 図表Ⅲ-1 7番参照）。
薬剤	<p>オーダー入力する際、端末操作の誤りによる薬剤の指示間違いが2事例報告された。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ヒルナミンと入力するところをヒルトニンと指示入力した。（事例概要については本報告書61頁 図表Ⅲ-1 1番参照）。 2) インクレミンシロップ1.5mLと入力するところを15mLと指示入力した。（事例概要については本報告書62頁 図表Ⅲ-1 9番参照）。
輸血	<p>輸血の血液型判定間違いが報告された。 B型製剤と患者の血液でクロスマッチをしたところ、弱い凝集が認められた。非特異的反応の可能性が高いためそのまま検査を進めた。手術室からすぐ製剤を持ってくるよう連絡が入った。クロスがまだであることを告げたが、ノークロスでよいのですぐ持つてくるよう言われた。凝集の強いRCCは避けて、B型の血液を払いだした。再度血液型検査をやり直したところ判定結果はB型ではなくA型であった。輸血中止まで約5分間90mL注入された。オモテ検査とウラ検査で異なった印を試験管につけていたが、間違えて逆の印をつけていた。</p>
治療・処置	<p>複数の指示経路があったため指示伝達の間違いが起きた事例が報告された。 化学療法の点滴を中止し、グランの皮下注射を行う予定であった。化学療法の指示用紙には監査サインをせず、コンピューター画面で当日の注射指示を削除した。カルテには注射指示箋がはいっており、「中止」の記載がないためそのまま実施された。（事例概要については本報告書63頁 図表Ⅲ-1 23番参照）。</p>
検査	<p>電話連絡による間違いの事例が報告された。 術中迅速細胞診の結果が検査室から電話連絡が入り、電話を受けた担当医が「POSITIVE」を「NEGATIVE」と聞き間違えて、手術後に本人・家族に説明した。翌日報告用紙を見て間違いに気付いた。</p>

ドレーン・ チューブ	<p>複数のドレーン等が留置されている患者に、間違ったドレーンに輸液を接続した事例が報告された。</p> <p>右ソケイ部より挿入されていた中心静脈ラインに接続する高カロリー輸液を誤って右腹腔内に腹水ドレナージ目的で挿入していたドレーンに接続し高カロリー輸液が腹腔内に注入された。両カテーテル接続部に同じプラグを使用していた。</p> <p>(事例概要については本報告書104頁 図表Ⅲ - 13 4番参照)</p>
---------------	--

【2】再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」

過去に公表した報告書において共有すべき医療事故情報として掲載し、再び報告のあった事例の概要を図表Ⅳ - 2に示す。

図表Ⅳ - 2 「共有すべき医療事故情報」(再掲分)

概 要	内 容
薬剤	<p>「製剂量」と「成分量」の誤認による薬剤の過剰投与が報告された。 (第8回報告書137頁)</p> <p>硫酸アトロピン末1.5mg分3の処方を院外処方薬局で調剤を誤り、硫酸アトロピン末(mg/g)のところ、硫酸アトロピン原末(g/g)を1.5gで調剤した。(事例概要については本報告書62頁 図表Ⅲ - 1 14番参照)。</p>
薬剤	<p>類似した外観の薬剤取り違えが1事例報告された (第4回報告書129頁、第6回報告書137頁)</p> <p>プログラフとザンタックを、アンプルが透明で白いラベル、赤い文字、カタカナ5文字である点が類似して誤った可能性がある。 (事例概要については本報告書61頁 図表Ⅲ - 1 4番参照)。</p>
薬剤	<p>インスリンに関する事例が3件報告された。 (第4回報告書129頁、第6回報告書137頁)</p> <p>1) 担当看護師は、夕食前のインスリン6単位投与すべきところ、朝の12単位部分を見て実施した。 (事例概要については本報告書63頁 図表Ⅲ - 1 17番参照)。</p> <p>2) 看護師はヒューマリンR2単位の指示であったが2mL投与した。 (事例概要については本報告書62頁 図表Ⅲ - 1 16番参照)。</p> <p>3) 医師はインスリンの1mLが10単位と思い込み、10倍量を投与した。 (事例概要については本報告書62頁 図表Ⅲ - 1 13番参照)。</p>
薬剤	<p>ワーファリン服用中の患者の出血に関する事例が報告された。 (第6回報告書137頁)</p> <p>ワーファリンを服用していた患者の抜歯後、出血が止まらず再縫合を実施した。翌日の採血結果で、輸血やアルブミン投与を必要とした。 (事例概要については本報告書64頁 図表Ⅲ - 1 27番参照)。</p>

医療処置	<p>グリセリン浣腸の腸管穿孔の事例が報告された。 (第3回報告書45頁、第5回報告書113頁、第8回報告書138頁、第7回報告書147頁) 前立腺生検の前処置として、看護師はグリセリン浣腸60mLを左側臥位で施行した。5cm挿入した際、ちょっと抵抗はあったが緊張して力が入っているのだろうと思い60mLすべて注入した。施行時痛みはなかった。その後、反応便も浣腸液の排液もないことや痔の痛みが強くなったことなどで観察をしていたが、肛門周囲の硬結に気づき、CT検査したところ、肛門から直腸の右背側優位に腸管外にairを含む液体貯留像があり腸管穿孔と診断された。外科的に切開排膿ドレナージを施行した。手術所見では、浣腸の刺入部は7時肛門縁で、ここから粘膜下および括約筋外を通して高位へグリセリン液が注入していた。</p>
左右間違い	<p>手術部位の左右間違いが2件報告された。(第8回報告書 137頁)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 左側脳室下角の孤立性水頭症に対して、右側を開頭した。 2) 患者は右肩の腫瘍で手術予定であった。手術当日、病棟で手術部位の確認を医師と看護師が行ったがマーキングはしなかった。手術室入室時、麻酔導入後腹臥位にした時点で、腫瘍の部位が触知できず不明となり、MRIの画像を確認し、エコーで検索等を行った結果、「左」と判断し手術した。術後患者より「右側にまだしこりが残っている」という訴えから左右誤認が発覚した。後日改めて手術をした。左右誤認手術防止手順を1月に制定したが徹底できていなかった。
療養上の世話	<p>療養上の世話における熱傷が4件報告された。 (第5回報告書113頁、第8回報告書138頁、第9回報告書170頁)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 洗い場には足元と頭部にシャワーヘッドがあり、頭部のシャワーヘッドでシャンプーをしていた。マットに寝かせた入浴介助中の重症心身障害患者の足元にシャワーヘッドが置いてあり、シャワーヘッドとホースの接続部から熱い湯が漏れ、スポンジマットに溜まり患者の両足が浸っていた。患者の左足踵部に3cm大の水疱、右足背に5×2cm大の皮膚びらんができた。 2) 清拭の際、看護師Aは患者の右側に立ち、蒸しタオルをいれたビニール袋を患者の右膝横20cmの所に置いた。看護師Bは患者の左側で清拭をした。患者を右側臥位にしていた際、ビニール袋に残った蒸しタオルの上に患者の右大腿部が乗っていた。清拭が終わり仰臥位にした際に縦15cm横5cmの水疱(一部表皮剥離)が形成され、2度の熱傷と診断された。 3) 重症心身障害者の入浴介助で40度に温度を設定していた。一度湯を留め、再度出した湯が熱かったため、看護師Aは右手にシャワーヘッドを持ち、洗い台の外に流しながら左手で左側臥位になっている患者の顔をタオルで拭いた。その後応援に来た看護師Bが温度の設定を下げたが湯の熱さは下がらなかった。患者が顔を右に向けた時、左耳の熱傷、皮膚剥離に気付いた。高温度のお湯が患者の寝ているマットにかかったと思われる。 4) 糖尿病の患者が透析中に痺れを訴え、ホットパックを希望した。ホットパックをビニール袋に入れ、その上から専用の布袋に入れ、さらにタオルを巻いて患者の靴下を履いている両足背に載せた。患者へは「熱いので気をつけてください。時間チェックで足を見ます。」と伝えた。50分後患者より「ホットパックをのけても良い。足の感覚がなく効果がないし熱くない。」といわれた。靴下を履いた足を触れたが変わりなく帰宅した。患者より電話でホットパックの部分の水疱ができていると連絡があった。

参考 医療安全情報の提供

今年度より医療事故情報収集等事業において報告書、年報を作成・公表する情報提供に加え、その内容の一部を事業に参加している医療機関等に対してファックス等により情報提供することとした。本報告書には、医療安全情報No 5～No 7までを掲載する。

【1】事業の目的

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

【2】主な対象医療機関

医療事故情報収集・分析・提供事業報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関
ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業参加登録医療機関

なお、当事業参加医療機関以外の全病院に対し希望を募り、医療安全情報No. 6より、合計3,332医療機関へ情報提供を行っている。

【3】提供の方法

ファックスによる情報提供。

なお、財団法人日本医療機能評価機構のホームページ^(注1)にも掲載し、広く社会に公表している。

(注1) 財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集・分析・提供事業」に関するホームページ (<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>) 参照。

【4】医療安全情報 No. 5

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.5 2007年4月



財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

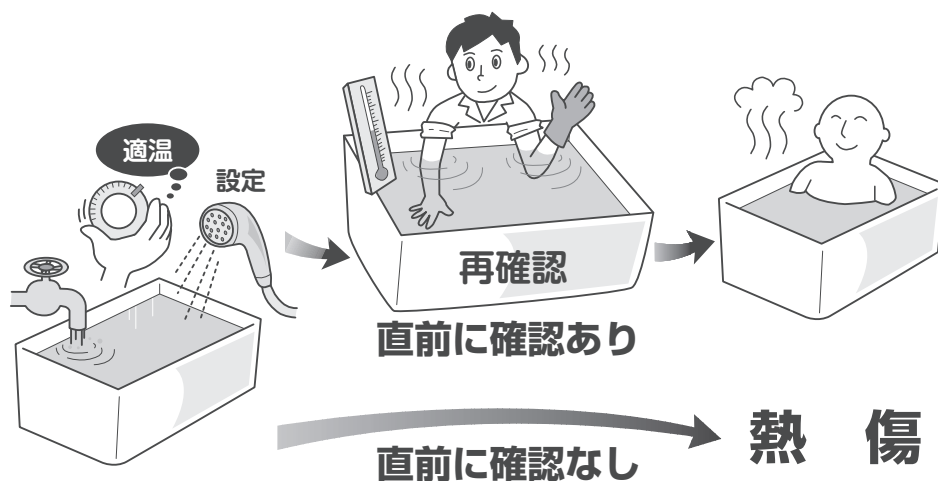
医療 安全情報

No.5 2007年4月

入浴介助時の熱傷

「療養上の世話」において熱傷をきたした事例が15件報告されています（集計期間：2004年10月～2006年12月31日、第5回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

報告事例のうち、入浴介助の際、湯の温度を直前に確認しなかったことにより熱傷をきたした事例が2件あります。



◆報告されている2件とも意思表示が十分にできない患者の事例です。

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業



No.5 2007年4月 ◆ ◆ ◆ ◆

〔入浴介助時の熱傷〕

事 例

看護師は熱めに設定した湯をエレベートバス（臥位で入浴できるリフトバス）に準備し、湯の温度を確認する前に患者を入浴させた。その後、看護師はエレベートバスに手を入れると湯が熱かったため、すぐに患者を湯からあげた。この時、患者の皮膚に表皮剥離を認めた。皮膚科医師の診察により体表面積25%程度の熱傷と診断された。

事例が発生した医療機関の取り組み

**入浴を実施する直前に、
湯の温度を素手や上腕内側などで
確認する。**

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階

電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）

<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>

医療安全情報 No. 6

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.6 2007年5月



財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

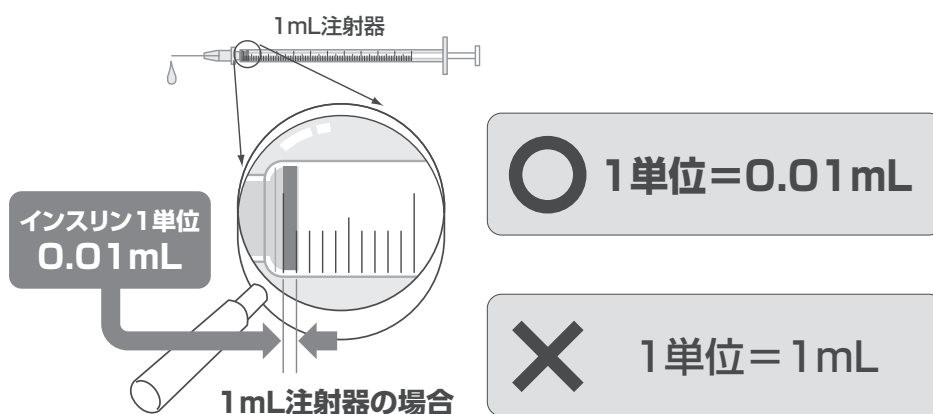
医療 安全情報

No.6 2007年5月

インスリン単位の誤解

インスリン過量投与に伴い低血糖をきたした事例が6件報告されています（集計期間：2004年10月1日～2006年12月31日、第4回および第6回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。そのうち、「単位」を「mL」と誤解した事例が報告されています。

インスリン1単位は0.01mLです。



- ◆一般には、インスリン投与時は専用注射器や1mL注射器を使用します。
- ◆報告されている6件の事例のうち5件が経験年数1年未満の医師や看護師によるものです。

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業



No.6 2007年5月 ◆ ◆ ◆ ◆

〔インスリン単位の誤解〕

事 例

看護師は点滴を準備する際、指示書を見てインスリンの量を8単位と確認したが、インスリン8単位を8mLだと思い込み、10mL用の注射器でインスリン8mLを500mLの輸液に混合した。投与開始から約2時間後、患者は意識レベルが低下するなどの低血糖症状が認められたことから、インスリンの過量投与がわかった。

事例が発生した医療機関の取り組み

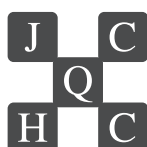
**「単位」は「mL」を意味するものではなく、
インスリンの1単位は0.01mLであることを
周知する。**

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階

電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）

<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>

医療安全情報 No. 7

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.7 2007年6月



財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

No.7 2007年6月

小児の輸液の血管外漏出

薬剤添付文書上、輸液の血管外漏出に関する危険性の言及の有無にかかわらず、小児に対する点滴実施の際、輸液の血管外漏出により、何らかの治療を要した事例が9件報告されています(集計期間:2004年10月1日~2007年2月28日、第8回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

新生児などの小児においては、輸液が血管外に漏出したために治療を要した症状や所見が報告されています。

主な症状・所見

- ・ 皮膚潰瘍
- ・ 皮膚壊死
- ・ 手指の冷感
- ・ 発赤
- ・ 発熱
- ・ 腫脹
- ・ 水疱

◆報告事例の全てが2歳以下の新生児などの小児です。

〔小児の輸液の血管外漏出〕

事例 1

点滴治療の際、注射針刺入部は不透明なテープで固定され、さらに保温のため毛布で覆われていた。看護師は、刺入部を固定している不透明なテープの間から観察可能な皮膚が発赤・腫脹していることに気づき、直ちに留置針を抜去した。しかし、既に拇指全体が暗紫色に変色し、右手掌・手背ともに発赤と腫脹が強く、治療のために減張切開術が必要であった。

事例 2

患児には輸液ポンプにより持続的な輸液が施行されていた。夜間帯の勤務開始直後に、看護師は注射針刺入部の観察を行い、血管外漏出所見を認めないことを確認し、刺入部を絆創膏とシーネで再固定した。その後の定時観察においては、滴下状況の確認はしたが、輸液ポンプのアラームが鳴らなかったため刺入部の直視的な観察は行わなかった。翌朝、刺入側の左上肢全体の腫脹と、刺入部の皮膚潰瘍を認めた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・ 小児の点滴施行中は、注射針刺入部を透明なテープで固定し、定期的に観察を行う。
- ・ 輸液ポンプ等は、輸液の血管外漏出ではアラームが鳴らないことを周知する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階

電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）

<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>

資料1 医療事故防止センター 運営委員会名簿

平成19年4月1日現在

飯田 英男	関東学院大学法学部 教授
今中 雄一	財団法人日本医療機能評価機構 理事
岩月 進	社団法人日本薬剤師会 常務理事
大島 伸一	国立長寿医療センター 総長
太田 謙司	社団法人日本歯科医師会 常務理事
大道 久	財団法人日本医療機能評価機構 理事
木下 勝之	社団法人日本医師会 常任理事
楠本 万里子	社団法人日本看護協会 常任理事
◎ 堺 秀人	神奈川県 病院事業庁 庁長
辻本 好子	NPO 法人ささえあい医療人権センター COML 理事長
西澤 寛俊	社団法人全日本病院協会 会長
信友 浩一	九州大学大学院 医学研究院医療システム学講座 教授
野本 亀久雄	財団法人日本医療機能評価機構 理事
長谷川 敏彦	日本医科大学 医療管理学教室 教授
福永 秀敏	独立行政法人国立病院機構南九州病院 院長
町野 朔	上智大学 法学研究科 教授
丸木 一成	国際医療福祉大学 医療福祉学部 医療経営管理学科 教授
宮崎 久義	独立行政法人国立病院機構 熊本医療センター 院長
村上 信乃	社団法人日本病院会 副会長

◎ 座 長

資料2 医療事故防止センター 総合評価部会名簿

平成19年4月1日現在

飯田 修平	財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院 院長
石川 廣	日本医療機器関係団体協議会 PMS 委員会 委員長
浦澤 智佐	慶應義塾大学病院 医療安全対策室 専任看護師長
浦富 恵輔	日本医療器材工業会 安全性情報委員会 委員長
遠藤 直哉	フェアネス法律事務所 弁護士
大澤 總弘	日本製薬団体連合会 安全性委員会 副委員長
小松 秀樹	国家公務員共済組合連合会虎の門病院 泌尿器科 部長
佐相 邦英	財団法人電力中央研究所 社会経済研究所 ヒューマンファクター研究センター 上席研究員
嶋森 好子	慶應義塾大学 看護医療学部 教授
高倉 照彦	医療法人鉄蕉会亀田総合病院 ME 室 室長
土屋 文人	東京医科歯科大学歯学部附属病院 薬剤部長
野本 亀久雄	財団法人日本医療機能評価機構 理事
◎ 長谷川 友紀	東邦大学医学部 社会医学講座 医療政策・経営科学分野 教授
原田 悦子	法政大学社会学部 教授
前田 正一	東京大学大学院医学系研究科 医療安全管理学講座 准教授
山内 豊明	国立大学法人名古屋大学医学部 基礎看護学講座 教授

◎ 座 長

資料3 報告義務対象医療機関一覧（274施設）

平成19年6月30日現在

I 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通りである。

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 あきた病院
国立病院機構 札幌南病院	国立病院機構 山形病院
国立病院機構 西札幌病院	国立病院機構 米沢病院
国立病院機構 函館病院	国立病院機構 福島病院
国立病院機構 道北病院	国立病院機構 いわき病院
国立病院機構 帯広病院	国立病院機構 水戸医療センター
国立病院機構 八雲病院	国立病院機構 霞ヶ浦医療センター
国立病院機構 弘前病院	国立病院機構 茨城東病院
国立病院機構 八戸病院	国立病院機構 栃木病院
国立病院機構 青森病院	国立病院機構 宇都宮病院
国立病院機構 盛岡病院	国立病院機構 高崎病院
国立病院機構 花巻病院	国立病院機構 沼田病院
国立病院機構 岩手病院	国立病院機構 西群馬病院
国立病院機構 釜石病院	国立病院機構 西埼玉中央病院
国立病院機構 仙台医療センター	国立病院機構 埼玉病院
国立病院機構 西多賀病院	国立病院機構 東埼玉病院
国立病院機構 宮城病院	国立病院機構 千葉医療センター

国立病院機構	千葉東病院	国立病院機構	鈴鹿病院
国立病院機構	下総精神医療センター	国立病院機構	三重中央医療センター
国立病院機構	下志津病院	国立病院機構	榊原病院
国立病院機構	東京医療センター	国立病院機構	福井病院
国立病院機構	災害医療センター	国立病院機構	あわら病院
国立病院機構	東京病院	国立病院機構	滋賀病院
国立病院機構	村山医療センター	国立病院機構	紫香楽病院
国立病院機構	横浜医療センター	国立病院機構	京都医療センター
国立病院機構	南横浜病院	国立病院機構	宇多野病院
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	舞鶴医療センター
国立病院機構	箱根病院	国立病院機構	南京都病院
国立病院機構	相模原病院	国立病院機構	大阪医療センター
国立病院機構	神奈川病院	国立病院機構	近畿中央胸部疾患センター
国立病院機構	西新潟中央病院	国立病院機構	刀根山病院
国立病院機構	新潟病院	国立病院機構	大阪南医療センター
国立病院機構	さいがた病院	国立病院機構	神戸医療センター
国立病院機構	甲府病院	国立病院機構	姫路医療センター
国立病院機構	東長野病院	国立病院機構	兵庫青野原病院
国立病院機構	松本病院	国立病院機構	兵庫中央病院
国立病院機構	中信松本病院	国立病院機構	奈良医療センター
国立病院機構	長野病院	国立病院機構	松籟荘病院
国立病院機構	小諸高原病院	国立病院機構	南和歌山医療センター
国立病院機構	富山病院	国立病院機構	和歌山病院
国立病院機構	北陸病院	国立病院機構	鳥取医療センター
国立病院機構	金沢医療センター	国立病院機構	米子医療センター
国立病院機構	医王病院	国立病院機構	松江病院
国立病院機構	七尾病院	国立病院機構	浜田医療センター
国立病院機構	石川病院	国立病院機構	岡山医療センター
国立病院機構	長良医療センター	国立病院機構	南岡山医療センター
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	呉医療センター
国立病院機構	静岡富士病院	国立病院機構	福山医療センター
国立病院機構	天竜病院	国立病院機構	広島西医療センター
国立病院機構	静岡医療センター	国立病院機構	東広島医療センター
国立病院機構	名古屋医療センター	国立病院機構	賀茂精神医療センター
国立病院機構	東名古屋病院	国立病院機構	関門医療センター
国立病院機構	東尾張病院	国立病院機構	山陽病院
国立病院機構	豊橋医療センター	国立病院機構	岩国医療センター
国立病院機構	三重病院	国立病院機構	柳井病院

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

愛知医科大学病院 *	香川大学医学部附属病院 *
愛知学院大学歯学部附属病院	鹿児島大学医学部・歯学部附属病院 *
秋田大学医学部附属病院 *	神奈川歯科大学附属病院
旭川医科大学病院 *	川崎医科大学附属病院 *
朝日大学歯学部附属病院	関西医科大学附属枚方病院 *
茨城県立医療大学付属病院	北里大学病院 *
岩手医科大学附属病院 *	岐阜大学医学部附属病院 *
愛媛大学医学部附属病院 *	九州歯科大学附属病院
奥羽大学歯学部附属病院	九州大学病院 *
大阪医科大学附属病院 *	京都大学医学部附属病院 *
大阪市立大学医学部附属病院 *	京都府立医科大学附属病院 *
大阪歯科大学附属病院	杏林大学医学部付属病院 *
大阪大学医学部附属病院 *	近畿大学医学部附属病院 *
大阪大学歯学部附属病院	熊本大学医学部附属病院 *
大分大学医学部附属病院 *	久留米大学病院 *
岡山大学医学部・歯学部附属病院 *	群馬大学医学部附属病院 *
金沢医科大学病院 *	慶應義塾大学病院 *
金沢大学医学部附属病院 *	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 *
東邦大学医療センター大森病院 *
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 *
富山大学附属病院 *
長崎大学医学部・歯学部附属病院 *
名古屋市立大学病院 *
名古屋大学医学部附属病院 *
奈良県立医科大学附属病院 *
新潟大学医歯学総合病院 *
日本医科大学付属病院 *
日本歯科大学歯学部附属病院
日本歯科大学新潟歯学部附属病院
日本大学医学部附属板橋病院 *
日本大学歯学部附属歯科病院
日本大学松戸歯学部附属病院
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 *
北海道医療大学病院
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 *

4 その他

防衛医科大学校病院*

大阪府立成人病センター*

(*：特定機能病院)

II 平成19年4月1日から6月30日までの間における報告義務医療機関の変更^(注1)は次のとおりである。

国際医療福祉大学病院・・・学校教育法に基づく大学の附属施設である病院となったため、報告義務医療機関としての登録を行った。

(注1) 本報告書において記載する変更とは

1. 報告義務対象医療機関の新設改廃
2. 報告義務対象医療機関における開設者の変更で
 - 1) 報告義務の用件にかかわる変更
 - 2) 当センターの定める開設者大区分が変更される場合をさす。

資料4 参加登録申請医療機関一覧（279施設）

平成19年6月30日現在

【北海道】

みうら歯科口腔外科
よしだ内科クリニック
西28デンタルクリニック
宮本歯科医院
医療法人社団健生会 篠路山田歯科
医療法人社団天祐会 発寒中央歯科クリニック
北海道社会保険病院
医療法人社団 杉山歯科医院
名寄市立総合病院
医療法人社団 新日鐵室蘭総合病院
平田口腔顎顔面外科腫瘍内科がんヴィレッジ札幌
パールヤマダ歯科
あおの歯科医院
総合病院北見赤十字病院
旭川赤十字病院
置戸赤十字病院
医療法人社団カレスアライアンス 日鋼記念病院
医療法人社団 長田歯科医院
ふじのさわ内科クリニック
医療法人社団北海道恵愛会 札幌南一条病院
北海道医療大学 歯科内科クリニック

【岩手県】

医療法人社団帰厚堂 南昌病院
盛岡市立病院
財団法人 総合花巻病院

【宮城県】

財団法人宮城厚生協会 坂総合病院
宮城社会保険病院
仙台社会保険病院
東北厚生年金病院
国家公務員共済組合連合会 東北公済病院
医療法人社団白嶺会 仙台整形外科病院

【秋田県】

秋田社会保険病院

秋田県厚生農業協同組合連合会 由利組合総合病院
秋田赤十字病院
能代山本医師会病院

【福島県】

社会保険二本松病院
財団法人太田総合病院附属 太田西ノ内病院
医療法人慈繁会付属 土屋病院
総合病院 福島赤十字病院
財団法人 星総合病院

【茨城県】

株式会社日立製作所 日立総合病院
東京医科大学霞ヶ浦病院
医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院
医療法人社団 いとう眼科
社会福祉法人恩賜財団済生会
水戸済生会総合病院
総合病院取手協同病院
財団法人 筑波メディカルセンター
筑波メディカルセンター病院

【栃木県】

社団法人全国社会保険協会連合会
宇都宮社会保険病院
社会福祉法人恩賜財団済生会支部
栃木県済生会宇都宮病院
医療法人報徳会 宇都宮病院
日本赤十字社栃木県支部 足利赤十字病院
芳賀赤十字病院

【群馬県】

医療法人社団全仁会 高木病院
社会保険群馬中央総合病院
医療法人群馬会 群馬病院
伊勢崎市民病院
前橋赤十字病院
原町赤十字病院
利根保健生活協同組合 利根中央病院

医療法人社団美心会 黒沢病院

医療法人社団慈瑩会 岩田病院

【埼玉県】

社会保険大宮総合病院

深谷赤十字病院

さいたま赤十字病院

【千葉県】

千葉市立海浜病院

千葉社会保険病院

千葉市立青葉病院

医療法人福生会 斎藤労災病院

医療法人梨香会 秋元病院

医療法人社団有相会 最成病院

医療法人社団千葉県勤労者医療協会 船橋二和病院

【東京都】

特別医療法人社団愛有会 久米川病院

医療法人社団好仁会 滝山病院

医療法人財団保養会 竹丘病院

聖路加国際病院

医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院

医療法人社団五葉会 ファウンズ産婦人科病院

医療法人社団正志会 南町田病院

財団法人佐々木研究所附属 杏雲堂病院

財団法人愛生会 厚生荘病院

国家公務員共済組合連合会 東京共済病院

社会保険蒲田総合病院

城東社会保険病院

NTT 東日本関東病院

東京厚生年金病院

日本赤十字社医療センター

国家公務員共済組合連合会立川病院

総合病院 大森赤十字病院

公立学校共済組合関東中央病院

財団法人日本心臓血圧研究振興会附属

榊原記念病院

昭和大学病院附属東病院

医療法人財団 河北総合病院

社会保険中央総合病院

特定医療法人健生会 立川相互病院

医療法人財団蔦の木会 南晴病院

総合病院 厚生中央病院

【神奈川県】

社会保険相模野病院

津久井赤十字病院

昭和大学藤が丘病院

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院

川崎社会保険病院

医療法人社団愛心会 湘南鎌倉総合病院

医療法人社団ジャパンメディカルアライアンス

海老名総合病院

【新潟県】

医療法人白日会 黒川病院

医療法人崇徳会 長岡西病院

医療法人社団白美会 白根大通病院

医療法人責善会 村上はまなす病院

医療法人新潟勤労者医療協会 舟江病院

新潟市民病院

【富山県】

富山赤十字病院

【石川県】

伊藤病院

医療法人社団 金沢宗広病院

医療法人社団 安田内科病院

公立宇出津総合病院

医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター

金沢社会保険病院

公立松任石川中央病院

医療法人恵愛会 松南病院

医療法人社団東野会 東野病院

医療法人社団浅ノ川 金沢循環器病院

医療法人社団修和会 片山津温泉丘の上病院

【福井県】

坂井市立三国病院

福井社会保険病院

レイクヒルズ美方病院

福井赤十字病院

【山梨県】

社会保険山梨病院

山梨赤十字病院

市立甲府病院

【長野県】

信越病院

昭和伊南総合病院

特定・特別医療法人慈泉会 相澤病院

長野赤十字病院

諏訪赤十字病院

安曇野赤十字病院

飯山赤十字病院

【岐阜県】

国民健康保険 坂下病院

朝日大学歯学部附属村上記念病院

岐阜赤十字病院

【静岡県】

順天堂大学医学部附属静岡病院

J A 静岡厚生連 静岡厚生病院

三島社会保険病院

財団法人 神山復生病院

裾野赤十字病院

特定医療法人社団松愛会 松田病院

社会保険浜松病院

社会保険桜ヶ丘総合病院

県西部浜松医療センター

沼津市立病院

【愛知県】

医療法人豊田山之手病院

豊田地域医療センター

医療法人豊和会 南豊田病院

社会保険中京病院

名古屋掖済会病院

小牧市民病院

総合病院南生協病院

【三重県】

四日市社会保険病院

山田赤十字病院

鈴鹿回生病院

【滋賀県】

社会保険滋賀病院

長浜赤十字病院

大津赤十字病院

財団法人近江兄弟社 ヴォーリズ記念病院

【京都府】

医療法人仁心会 宇治川病院

医療法人芳松会 田辺病院

社会保険京都病院

三菱京都病院

舞鶴赤十字病院

京都府立与謝の海病院

医療法人啓信会 京都きづ川病院

京都第一赤十字病院

【大阪府】

医療法人ペガサス 馬場記念病院

独立行政法人労働者健康福祉機構 大阪労災病院

互恵会 大阪回生病院

医療法人愛賛会 浜田病院

関西医科大学附属滝井病院

市立豊中病院

宗教法人在日本南プレスビテリアンミッション

淀川キリスト教病院

特別医療法人真美会 中野こども病院

星ヶ丘厚生年金病院

医療法人藤井会 大東中央病院

医療法人温心会 堺温心会病院

医療法人愛仁会 高槻病院

医療法人祐生会 みどりヶ丘病院

医療法人美杉会 佐藤病院

日本赤十字社大阪府支部 大阪赤十字病院

医療法人德州会 八尾德州会病院

【兵庫県】

特別医療法人高明会 西宮渡辺病院

真星病院

医療法人社団甲友会 西宮協立脳神経外科病院

三菱神戸病院
 医療法人伯鳳会 赤穂中央病院
 神戸赤十字病院
 姫路赤十字病院
 医療法人 明和病院
 市立加西病院
 赤穂市民病院
 医療法人社団紀洋会 岡本病院
 社会福祉法人恩賜財団 済生会兵庫県病院
 西脇市立西脇病院
 医療法人財団姫路聖マリア会総合病院姫路聖マリア病院

【奈良県】

医療法人桂会 平尾病院
 医療法人郁慈会 服部記念病院
 奈良県立奈良病院

【和歌山県】

医療法人 奥村医院
 医療法人千徳会 桜ヶ丘病院

【鳥取県】

医療法人大淀会 米子東病院
 鳥取赤十字病院

【島根県】

大田市立病院
 益田赤十字病院
 松江青葉病院

【岡山県】

総合病院岡山赤十字病院
 総合病院岡山赤十字病院玉野分院
 財団法人津山慈風会 津山中央病院

【広島県】

中国電力株式会社中電病院
 マツダ株式会社 マツダ病院
 総合病院三原赤十字病院
 尾道市立市民病院
 医療法人健真会 山本整形外科病院
 広島赤十字・原爆病院
 国家公務員共済組合連合会 広島記念病院
 国家公務員共済組合連合会 呉共済病院

総合病院 庄原赤十字病院
 社会福祉法人恩賜財団広島県済生会
 済生会広島病院

【山口県】

医療法人和同会 宇部リハビリテーション病院
 総合病院山口赤十字病院

【徳島県】

徳島県厚生農業協同組合連合会 阿南共栄病院
 健康保険鳴門病院
 医療法人松風会 江藤病院
 徳島赤十字病院

【香川県】

特定医療法人財団エム・アイ・ユー 麻田総合病院
 香川県立中央病院

【愛媛県】

医療法人三省会 村上病院
 医療法人生きる会 瀬戸内海病院
 松山笠置記念心臓血管病院
 松山赤十字病院
 宇和島社会保険病院

【高知県】

医療法人尚腎会 高知高須病院
 高知県厚生農業協同組合連合会 JA 高知病院
 高知県立安芸病院
 高知赤十字病院
 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター

【福岡県】

社会保険久留米第一病院
 特定医療法人青洲会 福岡青洲会病院
 北九州市立若松病院
 医療法人 西福岡病院
 福岡赤十字病院
 嘉麻赤十字病院
 社会福祉法人 新栄会病院
 医療法人笠松会 有吉病院

【佐賀県】

佐賀社会保険病院
 社会保険浦之崎病院

佐賀県立病院好生館
唐津赤十字病院
武雄市立武雄市民病院

【長崎県】

健康保険諫早総合病院
日本赤十字社長崎原爆病院
佐世保市立総合病院

【熊本県】

健康保険 八代総合病院
健康保険 人吉総合病院
健康保険 天草中央総合病院
医療法人社団寿量会 熊本機能病院
熊本赤十字病院

【大分県】

健康保険南海病院
大分赤十字病院
医療法人社団親和会 衛藤病院
医療法人敬和会 大分岡病院

【宮崎県】

医療法人慈光会 宮崎若久病院

【鹿児島県】

医療法人 藤田眼科
医療法人潤愛会 鯨島病院
医療法人健幸会 天辰病院
特定医療法人大進会 希望ヶ丘病院
財団法人慈愛会 今村病院
医療法人徳洲会 鹿児島徳洲会病院
医療法人清泉会 伊集院病院
鹿児島県立整肢園
川内市医師会立市民病院
医療法人仁風会 日高病院
垂水市立医療センター垂水中央病院

【沖縄県】

沖縄赤十字病院
医療法人仁愛会 浦添総合病院

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） <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護助手 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士（PT） <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 調理師・調理従事者 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士（ST） <input type="checkbox"/> 作業療法士（OT） <input type="checkbox"/> 衛生検査技師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> その他（ ）

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 <input type="checkbox"/> 指示の作成 <input type="checkbox"/> 手書き文書による指示 <input type="checkbox"/> オーダリングシステムによる指示 <input type="checkbox"/> 口頭による指示（メモあり） <input type="checkbox"/> 口頭による指示（メモなし） <input type="checkbox"/> 頻繁な指示の変更 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 指示出し忘れ <input type="checkbox"/> 指示出し遅延 <input type="checkbox"/> 指示出し不十分 <input type="checkbox"/> 指示出し間違い <input type="checkbox"/> 指示受け・間違い <input type="checkbox"/> 指示受け・情報伝達忘れ <input type="checkbox"/> 指示受け・情報伝達遅延 <input type="checkbox"/> 指示受け・情報伝達不十分 <input type="checkbox"/> 指示受け・情報伝達間違い <input type="checkbox"/> 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 与薬準備 <input type="checkbox"/> 与薬準備 <input type="checkbox"/> その他の与薬準備に関する場面（ ） 処方・与薬 <input type="checkbox"/> 皮下・筋肉注射 <input type="checkbox"/> 静脈注射 <input type="checkbox"/> 動脈注射 <input type="checkbox"/> 末梢静脈点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈注射 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 坐剤用 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 点鼻・点眼・点耳 <input type="checkbox"/> その他の処方・与薬に関する場面（ ） 調剤・製剤管理等 <input type="checkbox"/> 内服薬調剤・管理 <input type="checkbox"/> 注射薬調剤・管理 <input type="checkbox"/> 血液製剤管理 <input type="checkbox"/> その他の調剤・製剤管理等に関する場面（ ）
	薬剤・製剤の種類 <input type="checkbox"/> 血液製剤 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 抗腫瘍剤 <input type="checkbox"/> 循環器用薬 <input type="checkbox"/> 抗糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 抗不安剤 <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤 <input type="checkbox"/> その他の薬剤（ ）

16	事故の内容 処方・与薬 <input type="checkbox"/> 処方量間違い <input type="checkbox"/> 過剰与薬 <input type="checkbox"/> 過少与薬 <input type="checkbox"/> 与薬時間・日付間違い <input type="checkbox"/> 重複与薬 <input type="checkbox"/> 禁忌薬剤の組合せ <input type="checkbox"/> 投与速度速すぎ <input type="checkbox"/> 投与速度遅すぎ <input type="checkbox"/> 患者間違い <input type="checkbox"/> 薬剤間違い <input type="checkbox"/> 単位間違い <input type="checkbox"/> 投与方法間違い <input type="checkbox"/> 無投薬 <input type="checkbox"/> その他の処方・与薬に関する内容 ()
	調剤・製剤管理等 <input type="checkbox"/> 処方箋・注射箋監査間違い <input type="checkbox"/> 秤量間違い調剤 <input type="checkbox"/> 数量間違い調剤 <input type="checkbox"/> 分包間違い調剤 <input type="checkbox"/> 規格間違い調剤 <input type="checkbox"/> 単位間違い調剤 <input type="checkbox"/> 薬剤取換え調剤 <input type="checkbox"/> 説明文書の取換え <input type="checkbox"/> 交付患者間違い <input type="checkbox"/> 薬剤・製剤の取換え交付 <input type="checkbox"/> 期限切れ製剤の交付 <input type="checkbox"/> その他の調剤・製剤管理に関する内容 () 薬剤・血液製剤管理 <input type="checkbox"/> 混合間違い <input type="checkbox"/> 薬袋・ボトルの記載間違い <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> ABO型不適合製剤の交付 <input type="checkbox"/> 異物混入 <input type="checkbox"/> 細菌汚染 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 輸血検査 <input type="checkbox"/> 放射線照射 <input type="checkbox"/> 輸血実施 <input type="checkbox"/> その他の輸血に関する場面 ()
16	事故の内容 輸血検査 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検体取換え <input type="checkbox"/> クロスマッチ間違い <input type="checkbox"/> 結果記入・入力間違い <input type="checkbox"/> その他の輸血検査に関する内容 () 放射線照射 <input type="checkbox"/> 未実施・忘れ <input type="checkbox"/> 過剰照射 <input type="checkbox"/> 患者取換え輸血 <input type="checkbox"/> 製剤取換え輸血 <input type="checkbox"/> 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 手術 <input type="checkbox"/> (手術) 開頭 <input type="checkbox"/> (手術) 開胸 <input type="checkbox"/> (手術) 開心 <input type="checkbox"/> (手術) 開腹 <input type="checkbox"/> (手術) 四肢 <input type="checkbox"/> 鏡視下手術 <input type="checkbox"/> その他の手術 <input type="checkbox"/> 術前準備 <input type="checkbox"/> 術前処置 <input type="checkbox"/> 術後処置 <input type="checkbox"/> その他の手術に関する場面 () 麻酔 <input type="checkbox"/> 全身麻酔 (吸入麻酔 + 静脈麻酔) <input type="checkbox"/> 局所麻酔 <input type="checkbox"/> 吸入麻酔 <input type="checkbox"/> 静脈麻酔 <input type="checkbox"/> 脊椎・硬膜外麻酔 <input type="checkbox"/> その他の麻酔に関する場面 () 分娩・人工妊娠中絶等 <input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> その他の分娩・人工妊娠中絶等に関する場面 () その他の治療 <input type="checkbox"/> 血液浄化療法 (血液透析含む) <input type="checkbox"/> IVR (血管カテーテル治療等) <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> ペインクリニック <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 観血的歯科治療 <input type="checkbox"/> 非観血的歯科治療 <input type="checkbox"/> 内視鏡的治療 <input type="checkbox"/> その他の治療に関する場面 () その他の一般的処置 <input type="checkbox"/> 中心静脈ライン <input type="checkbox"/> 末梢静脈ライン <input type="checkbox"/> 動脈ライン <input type="checkbox"/> 血液浄化用カテーテル <input type="checkbox"/> 栄養チューブ (NG・ED) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他の一般的処置 (チューブ類の挿入) に関する場面 () その他の救急措置 <input type="checkbox"/> ドレーンに関する措置 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 気管挿管 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 心臓マッサージ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 血管確保 <input type="checkbox"/> その他の救急措置に関する場面 ()
	事故の内容 <input type="checkbox"/> 患者間違い <input type="checkbox"/> 部位間違い <input type="checkbox"/> 医療材料間違い <input type="checkbox"/> 診察・治療・処置等その他の取換え <input type="checkbox"/> 方法 (手技) の誤り <input type="checkbox"/> 未実施・忘れ <input type="checkbox"/> 中止・延期 <input type="checkbox"/> 日程・時間の誤り <input type="checkbox"/> 順番の誤り <input type="checkbox"/> 不必要行為の実施 <input type="checkbox"/> 消毒・清潔操作の誤り <input type="checkbox"/> 患者体位の誤り <input type="checkbox"/> 診察・治療等のその他の誤り <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤飲 <input type="checkbox"/> 異物の体内残存 <input type="checkbox"/> その他の治療・処置に関する内容 ()

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・諸物品
	販売名 () 製造（輸入販売）業者名 () 購入年月 ()

検査に関する項目

15	発生場面
	検体採取 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採痰 <input type="checkbox"/> 穿刺液 <input type="checkbox"/> その他の検体採取に関する場面 () 生理検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 心電図検査 <input type="checkbox"/> トレッドミル検査 <input type="checkbox"/> ホルター負荷心電図 <input type="checkbox"/> 脳波検査 <input type="checkbox"/> 筋電図検査 <input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> その他の生理検査に関する場面 () 画像検査 <input type="checkbox"/> 一般撮影 <input type="checkbox"/> ポータブル撮影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 血管カテーテル撮影 <input type="checkbox"/> 上部消化管撮影 <input type="checkbox"/> 下部消化管撮影 <input type="checkbox"/> その他の画像検査に関する場面 () 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> （内視鏡検査）上部消化管 <input type="checkbox"/> （内視鏡検査）下部消化管 <input type="checkbox"/> （内視鏡検査）気管支鏡 <input type="checkbox"/> その他の内視鏡検査に関する場面 () その他の検査 <input type="checkbox"/> 耳鼻科検査 <input type="checkbox"/> 眼科検査 <input type="checkbox"/> 歯科検査 <input type="checkbox"/> その他の機能検査 <input type="checkbox"/> 検体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査（病棟での） <input type="checkbox"/> 病理検査 <input type="checkbox"/> 核医学検査 <input type="checkbox"/> その他の検査に関する場面 ()
16	事故の内容
	<input type="checkbox"/> 患者取違え <input type="checkbox"/> 検査手技・判定技術の間違い <input type="checkbox"/> 検体採取時のミス <input type="checkbox"/> 検体取違え <input type="checkbox"/> 検体紛失 <input type="checkbox"/> 検体破損 <input type="checkbox"/> 検体のコンタミネーション <input type="checkbox"/> 試薬管理 <input type="checkbox"/> 分析機器・器具管理 <input type="checkbox"/> 検査機器・器具準備 <input type="checkbox"/> データ取違え <input type="checkbox"/> データ紛失 <input type="checkbox"/> 計算・入力・暗記 <input type="checkbox"/> 結果報告 <input type="checkbox"/> 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・諸物品
	販売名 () 製造（輸入販売）業者名 () 購入年月 ()

療養上の場面に関する項目

15	発生場面 療養上の世話については介助を伴うもの、給食・栄養、療養生活については患者が単独で行なったものとする。
	療養上の世話 <input type="checkbox"/> 気管内・口腔内吸引 <input type="checkbox"/> 体位交換 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 更衣介助 <input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 排泄介助 <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 移動介助 <input type="checkbox"/> 搬送・移送 <input type="checkbox"/> 体温管理 <input type="checkbox"/> 患者周辺物品管理 <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 患者観察 <input type="checkbox"/> その他の療養上の世話に関する場面 () 給食・栄養 <input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他の給食・栄養に関する場面 () 療養生活 <input type="checkbox"/> 散歩中 <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> 外出・外泊中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 入浴中 <input type="checkbox"/> 着替え中 <input type="checkbox"/> 排泄中 <input type="checkbox"/> 就寝中 <input type="checkbox"/> その他の療養生活に関する場面 ()

16	事故の内容
	<p>療養上の世話・療養生活</p> <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> 拘束・抑制 <input type="checkbox"/> 重度な（筋層Ⅲ度・Ⅳ度に届く）褥瘡 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤飲 <input type="checkbox"/> 誤配膳 <input type="checkbox"/> 安静指示の不履行 <input type="checkbox"/> 禁食指示の不履行 <input type="checkbox"/> その他の療養上の世話・療養生活に関する内容（ ）
17	搬送・移送
	<input type="checkbox"/> 取違い <input type="checkbox"/> 遅延 <input type="checkbox"/> 忘れ <input type="checkbox"/> 搬送先間違い <input type="checkbox"/> 無断外出・外泊 <input type="checkbox"/> その他の搬送・移送に関する内容（ ）
17	自己管理薬
	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ・注射忘れ <input type="checkbox"/> 摂取・注入量間違い <input type="checkbox"/> 取り違い摂取 <input type="checkbox"/> その他の自己管理薬に関する内容（ ）
17	給食・栄養
	<input type="checkbox"/> 内容の間違い <input type="checkbox"/> 量の間違い <input type="checkbox"/> 中止の忘れ <input type="checkbox"/> 延食の忘れ <input type="checkbox"/> 異物混入 <input type="checkbox"/> その他の給食・栄養に関する内容（ ）
17	医療・歯科医療材料・諸物品
	販売名 （ ） 製造（輸入販売）業者名 （ ） 購入年月 （ ）

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（警鐘的）事例
	<input type="checkbox"/> リスクの低い妊産婦・胎児・新生児の死亡 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 医療行為中に発生した血管（静脈）内塞栓症（脳神経外科的処置を除く）による死亡や障害 <input type="checkbox"/> 遺伝子治療による悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故 <input type="checkbox"/> 移植に伴う未知の感染症 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 入院中に自殺又は自殺企図 <input type="checkbox"/> 入院患者の逃走 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 入院中の熱傷 <input type="checkbox"/> 入院中の感電 <input type="checkbox"/> 医療施設内の火災による患者の死亡や障害 <input type="checkbox"/> 間違った保護者の元への新生児の引渡し <input type="checkbox"/> 患者の誘拐 <input type="checkbox"/> 医療施設内（敷地内）における患者への性的暴行 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他上記以外の警鐘的事例（ ）
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
	<input type="checkbox"/> 確認を怠った <input type="checkbox"/> 観察を怠った <input type="checkbox"/> 判断を誤った <input type="checkbox"/> 知識が不足していた <input type="checkbox"/> 技術・手技が未熟だった <input type="checkbox"/> 報告が遅れた <input type="checkbox"/> 通常とは異なる身体的条件下にあった <input type="checkbox"/> 通常とは異なる心理的条件下にあった <input type="checkbox"/> システムに問題があった <input type="checkbox"/> 連携ができていなかった <input type="checkbox"/> 記録などの不備 <input type="checkbox"/> 患者の外見・姓名が似ていた <input type="checkbox"/> 勤務状況が繁忙だった <input type="checkbox"/> 環境に問題があった <input type="checkbox"/> 医薬品の問題 <input type="checkbox"/> 医療機器の問題 <input type="checkbox"/> 諸物品の問題 <input type="checkbox"/> 施設・設備の問題 <input type="checkbox"/> 教育・訓練に問題があった <input type="checkbox"/> 説明不足 <input type="checkbox"/> その他（ ）
22	事故の背景・要因
23	事故調査委員会設置の有無
	<input type="checkbox"/> 内部調査委員会設置 <input type="checkbox"/> 外部調査委員会設置 <input type="checkbox"/> 内部調査委員会設置予定 <input type="checkbox"/> 外部調査委員会設置予定 <input type="checkbox"/> 既設の医療安全に関する委員会等での対応 <input type="checkbox"/> 現在検討中で対応は未定 <input type="checkbox"/> その他（ ）
24	改善策
25	事故内容に関する自由記載欄

資料6 ヒヤリ・ハット事例報告様式 (項目、設定方法・選択肢及び記述欄)

ヒヤリ・ハットの発生時間等に関する情報

A	発生月						
	<input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 7月	<input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 8月	<input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 9月	<input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 10月	<input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 11月	<input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 12月	<input type="checkbox"/> 月不明
B	発生曜日						
	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 火曜日	<input type="checkbox"/> 水曜日	<input type="checkbox"/> 木曜日	<input type="checkbox"/> 金曜日	<input type="checkbox"/> 土曜日	<input type="checkbox"/> 日曜日
曜日区分							
<input type="checkbox"/> 平日							
<input type="checkbox"/> 休日(祝祭日を含む)							
<input type="checkbox"/> 不明							
C	発生時間帯						
	<input type="checkbox"/> 0時～1時台 <input type="checkbox"/> 10時～11時台 <input type="checkbox"/> 20時～21時台	<input type="checkbox"/> 2時～3時台 <input type="checkbox"/> 12時～13時台 <input type="checkbox"/> 22時～23時台	<input type="checkbox"/> 4時～5時台 <input type="checkbox"/> 14時～15時台 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 6時～7時台 <input type="checkbox"/> 16時～17時台	<input type="checkbox"/> 8時～9時台 <input type="checkbox"/> 18時～19時台		
D	発生場所						
	<input type="checkbox"/> 外来診察室 <input type="checkbox"/> 病室 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> その他の集中治療室() <input type="checkbox"/> 放射線撮影室・検査室 <input type="checkbox"/> 栄養管理室・調理室 <input type="checkbox"/> その他の場所(院内)()	<input type="checkbox"/> 外来待合室 <input type="checkbox"/> 処置室 <input type="checkbox"/> 分娩室 <input type="checkbox"/> 検査室 <input type="checkbox"/> 核医学検査室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他の場所(院内)()	<input type="checkbox"/> 外来その他の場所() <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 放射線治療室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> その他の場所(院外)()	<input type="checkbox"/> 救急処置室 <input type="checkbox"/> 病棟その他の場所() <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/> NICU <input type="checkbox"/> IVR治療室 <input type="checkbox"/> 透析室 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ナースステーション		

患者に関する情報

E	患者の性別						
	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 患者複数	<input type="checkbox"/> 不明			
F	患者の年齢						
	<input type="checkbox"/> 0～19歳	<input type="checkbox"/> 20～39歳	<input type="checkbox"/> 40～59歳	<input type="checkbox"/> 60～79歳	<input type="checkbox"/> 80～150歳	<input type="checkbox"/> 患者複数	<input type="checkbox"/> 不明
G	患者の心身状態(複数入力可)						
	<input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 下肢障害 <input type="checkbox"/> 麻酔中・麻酔前後	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 歩行障害	<input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 床上安静 <input type="checkbox"/> 障害なし	<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 睡眠中 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> せん妄状態 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 痴呆・健忘 <input type="checkbox"/> せん妄状態	<input type="checkbox"/> 上肢障害 <input type="checkbox"/> 薬剤の影響下
H	発見者						
	<input type="checkbox"/> 当事者本人 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 同職種者	<input type="checkbox"/> 他職種者	<input type="checkbox"/> 患者本人	<input type="checkbox"/> 家族・付き添い	<input type="checkbox"/> 他患者	<input type="checkbox"/> 不明
I	当事者の職種(複数入力可)						
	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 理学療法士(PT) <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 児童指導員・保育士	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 視能訓練士	<input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 調理師・調理従事者 <input type="checkbox"/> 作業療法士(OT) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 事務職員	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士(ST) <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 看護助手 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 衛生検査技師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士
J	当事者の職種経験年数(0年0ヶ月～50年11ヶ月の範囲で報告。当事者複数、年数不明の場合はその旨報告。)						
	()年 ()ヶ月						

M	ヒヤリ・ハットの内容
	調剤・製剤管理等 <input type="checkbox"/> 処方箋・注射箋監査間違い <input type="checkbox"/> 秤量間違い調剤 <input type="checkbox"/> 数量間違い調剤 <input type="checkbox"/> 分包間違い調剤 <input type="checkbox"/> 規格間違い調剤 <input type="checkbox"/> 単位間違い調剤 <input type="checkbox"/> 薬剤取り違い調剤 <input type="checkbox"/> その他の調剤・製剤間違い () <input type="checkbox"/> 説明文書の取り違い <input type="checkbox"/> 交付患者間違い <input type="checkbox"/> 薬剤・製剤の取り違い交付 <input type="checkbox"/> 期限切れ製剤の交付 <input type="checkbox"/> A B O型不適合製剤の交付 <input type="checkbox"/> その他の不適合製剤の交付 () <input type="checkbox"/> 薬剤・血液製剤のその他の交付エラー ()
	薬剤・血液製剤管理 <input type="checkbox"/> 異物混入 <input type="checkbox"/> 細菌汚染 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 混合間違い <input type="checkbox"/> その他の薬剤・血液製剤管理 () <input type="checkbox"/> 薬袋・ボトルの記載間違い <input type="checkbox"/> 薬袋入れ間違い その他 <input type="checkbox"/> 薬物紛失 <input type="checkbox"/> 調剤・製剤のその他のエラー ()

輸血に関する項目

L	ヒヤリ・ハットが発生した場面
	輸血 <input type="checkbox"/> 輸血検査 <input type="checkbox"/> 放射線照射 <input type="checkbox"/> 輸血実施 <input type="checkbox"/> その他の輸血に関する場面 ()
M	ヒヤリ・ハットの内容
	輸血検査 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検体取り違い <input type="checkbox"/> クロスマッチ間違い <input type="checkbox"/> 結果記入・入力間違い <input type="checkbox"/> 輸血検査のその他のエラー ()
	血液製剤への放射線照射 <input type="checkbox"/> 未実施・忘れ <input type="checkbox"/> 過剰照射 輸血 <input type="checkbox"/> 患者取り違い輸血 <input type="checkbox"/> 製剤取り違い輸血 <input type="checkbox"/> 輸血のその他のエラー ()

診療、手術、麻酔、出産、その他の治療、処置に関する項目

L	ヒヤリ・ハットが発生した場面
	手術 <input type="checkbox"/> 開頭 <input type="checkbox"/> 開胸 <input type="checkbox"/> 開心 <input type="checkbox"/> 開腹 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 鏡視下手術 <input type="checkbox"/> その他の手術 () <input type="checkbox"/> 術前準備 <input type="checkbox"/> 術前処置 <input type="checkbox"/> 術後処置 <input type="checkbox"/> その他の手術に関する場面 ()
	麻酔 <input type="checkbox"/> 局所麻酔 <input type="checkbox"/> 脊椎・硬膜外麻酔 <input type="checkbox"/> 吸入麻酔 <input type="checkbox"/> 静脈麻酔 <input type="checkbox"/> 吸入麻酔+静脈麻酔 <input type="checkbox"/> その他の麻酔に関する場面 ()
	出産・人工流産 <input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 医学的人工流産 <input type="checkbox"/> その他の出産・人工流産に関する場面 ()
M	ヒヤリ・ハットの内容
	診療、手術、麻酔、出産、その他の治療、処置 <input type="checkbox"/> 患者取り違い <input type="checkbox"/> 部位取り違い <input type="checkbox"/> 医療材料取り違い <input type="checkbox"/> 診察・治療・処置等のその他の取り違い () <input type="checkbox"/> 方法(手技)の誤り <input type="checkbox"/> 未実施・忘れ <input type="checkbox"/> 中止・延期 <input type="checkbox"/> 日程・時間の誤り <input type="checkbox"/> 順番の誤り <input type="checkbox"/> 不必要行為の実施 <input type="checkbox"/> 消毒・清潔操作の誤り <input type="checkbox"/> 患者体位の誤り <input type="checkbox"/> 誤飲 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 診察・治療等のその他のエラー ()

検査に関する項目

L	ヒヤリ・ハットが発生した場面
	検体採取 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採痰 <input type="checkbox"/> 穿刺液 <input type="checkbox"/> その他の検体採取に関する場面 ()
	生理検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 心電図検査 <input type="checkbox"/> トレッドミル検査 <input type="checkbox"/> マスター負荷心電図 <input type="checkbox"/> 脳波検査 <input type="checkbox"/> 筋電図検査 <input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> その他の生理検査に関する場面 ()
	画像検査 <input type="checkbox"/> 一般撮影 <input type="checkbox"/> ポータブル撮影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 血管カテーテル撮影 <input type="checkbox"/> 上部消化管撮影 <input type="checkbox"/> 下部消化管撮影 <input type="checkbox"/> その他の画像検査に関する場面 ()
	内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> 下部消化管 <input type="checkbox"/> 気管支鏡 <input type="checkbox"/> その他の内視鏡検査に関する場面 ()
	機能検査 <input type="checkbox"/> 耳鼻科検査 <input type="checkbox"/> 眼科検査 <input type="checkbox"/> 歯科検査 <input type="checkbox"/> その他の機能検査 () <input type="checkbox"/> 検体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 (病棟での)
	検査 <input type="checkbox"/> 病理検査 <input type="checkbox"/> 核医学検査 <input type="checkbox"/> その他の検査に関する場面 ()
M	ヒヤリ・ハットの内容
	検査 <input type="checkbox"/> 患者取り違い <input type="checkbox"/> 検査手技・判定技術の違い <input type="checkbox"/> 検体採取時のミス <input type="checkbox"/> 検体取り違い <input type="checkbox"/> 検体紛失 <input type="checkbox"/> 検体破損 <input type="checkbox"/> 検体のコンタミネーション <input type="checkbox"/> その他の検体管理・取扱い () <input type="checkbox"/> 試薬管理 <input type="checkbox"/> 分析機器・器具管理 <input type="checkbox"/> 検査機器・器具準備 <input type="checkbox"/> データ取り違い <input type="checkbox"/> データ紛失 <input type="checkbox"/> その他のデータ管理のエラー () <input type="checkbox"/> 計算・入力・暗記 <input type="checkbox"/> 結果報告 <input type="checkbox"/> その他検査のエラー ()

療養上の世話・療養生活の場面に関する項目

L	発生場面
	療養上の世話 <input type="checkbox"/> 気管内・口腔内吸引 <input type="checkbox"/> 体位交換 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 更衣介助 <input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 排泄介助
	療養上の世話・療養生活 <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 移動介助 <input type="checkbox"/> 搬送・移送 <input type="checkbox"/> 体温管理 <input type="checkbox"/> 患者周辺物品管理 <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 患者観察 <input type="checkbox"/> その他の療養上の世話に関する場面 ()
	その他の療養生活の場面 <input type="checkbox"/> 散歩中 <input type="checkbox"/> 外出・外泊中 <input type="checkbox"/> 着替え中 <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> その他の療養生活に関する場面 ()
M	ヒヤリ・ハットの内容
	療養上の世話・療養生活 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤飲 <input type="checkbox"/> 誤配膳 <input type="checkbox"/> 安静指示の不履行 <input type="checkbox"/> 禁食指示の不履行 <input type="checkbox"/> その他の指示の不履行 ()
	搬送・移送 <input type="checkbox"/> 取り違い <input type="checkbox"/> 遅延 <input type="checkbox"/> 忘れ <input type="checkbox"/> 搬送先間違い <input type="checkbox"/> その他の搬送・移送のエラー ()
	自己管理薬 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ・注射忘れ <input type="checkbox"/> 摂取・注入力間違い <input type="checkbox"/> 取り違い摂取 <input type="checkbox"/> その他の自己管理薬のエラー () <input type="checkbox"/> 無断外出・外泊 <input type="checkbox"/> その他の療養上の世話・療養生活のエラー ()

施設・設備に関する項目

L	発生場面
	施設・設備 <input type="checkbox"/> 施設・設備
M	ヒヤリ・ハットの内容
	施設・設備 <input type="checkbox"/> 施設構造物・設備の破損 <input type="checkbox"/> 施設・設備の管理ミス <input type="checkbox"/> その他の施設・設備のエラー（ ）

その他に関する項目

L	発生場面
	その他 <input type="checkbox"/> その他（ ）
M	ヒヤリ・ハットの内容
	その他 <input type="checkbox"/> その他（ ）

ヒヤリ・ハットが発生した要因に関する情報

(複数入力可。ただし、医療用具（機器）・器具・医療材料、薬剤、諸物品は除く。)

当事者に関すること

N	ヒヤリ・ハットの要因
	確認 <input type="checkbox"/> 確認が不十分であった <input type="checkbox"/> その他（ ）
	観察 <input type="checkbox"/> 確認が不十分であった <input type="checkbox"/> その他（ ）
	判断 <input type="checkbox"/> 判断に誤りがあった <input type="checkbox"/> その他（ ）
	知識 <input type="checkbox"/> 知識が不足していた <input type="checkbox"/> 知識に誤りがあった <input type="checkbox"/> その他（ ）
	技術（手技） <input type="checkbox"/> 技術（手技）が未熟だった <input type="checkbox"/> 技術（手技）を誤った <input type="checkbox"/> その他（ ）
	報告等 <input type="checkbox"/> 忘れた <input type="checkbox"/> 不十分であった <input type="checkbox"/> 間違いであった <input type="checkbox"/> 不適切であった <input type="checkbox"/> その他（ ）
	身体的状況 <input type="checkbox"/> 寝不足だった <input type="checkbox"/> 体調が不良だった <input type="checkbox"/> 眠くなる薬を飲んでいた <input type="checkbox"/> その他（ ）
	心理的状況 <input type="checkbox"/> 慌てていた <input type="checkbox"/> イライラしていた <input type="checkbox"/> 緊張していた <input type="checkbox"/> 他のことに気を取られていた <input type="checkbox"/> 思い込んでいた <input type="checkbox"/> 無意識だった <input type="checkbox"/> その他（ ）

資料7 ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧

平成19年3月31日現在

定点医療機関とはヒヤリ・ハット事例収集において全般コード化情報の報告を行う医療機関を指す。

1 医療機関名公表に同意した医療機関 224施設

独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター 山形大学医学部附属病院
 独立行政法人国立病院機構 函館病院 独立行政法人国立病院機構 山形病院
 独立行政法人国立病院機構 西札幌病院 独立行政法人国立病院機構 米沢病院
 勤労者医療協会 当別診療所 公立置賜総合病院
 総合病院北見赤十字病院 社会保険二本松病院
 旭川赤十字病院 北福島医療センター
 北海道社会保険病院 医療法人博郁会 椎名産婦人科
 医療法人 王子総合病院 根本眼科
 医療法人財団敬和会 時計台病院 独立行政法人国立病院機構 霞ヶ浦医療センター
 特定医療法人 北海道循環器病院 独立行政法人国立病院機構 茨城東病院
 医療法人社団 高橋病院 恩賜財団済生会支部茨城県済生会 龍ヶ崎済生会病院
 社団法人北海道勤医協 苫小牧病院 医療法人つくばセントラル病院
 弘前大学医学部附属病院 医療法人貞心会 慶和病院
 青森県立中央病院 医療法人博仁会 志村大宮病院
 八戸赤十字病院 医療法人社団善仁会 小山記念病院
 医療法人社団清泉会 布施病院 医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院
 岩手医科大学附属病院 医療法人恒貴会 協和中央病院
 独立行政法人国立病院機構 岩手病院 獨協医科大学病院
 宮城県立がんセンター 独立行政法人国立病院機構 栃木病院
 大河原町外1市2町保健医療組合 みやぎ県南中核病院 医療法人社団美心会 黒沢病院
 公立志津川病院 埼玉医科大学附属病院
 塩竈市立病院 深谷赤十字病院
 仙台社会保険病院 医療法人財団健和会 みさと健和病院
 東北厚生年金病院 埼玉医療生活協同組合 羽生総合病院
 医療法人社団蔵王会 仙南サナトリウム 独立行政法人国立病院機構 下志津病院
 財団法人宮城厚生協会 長町病院 組合立東陽病院
 秋田大学医学部附属病院 国保松戸市立病院
 独立行政法人国立病院機構 あきた病院 JFE健康保険組合 川鉄千葉病院
 町立大森病院 帝京大学医学部附属病院
 秋田赤十字病院 杏林大学医学部附属病院
 医療法人正観会 御野場病院 日本医科大学付属病院

日本大学医学部附属板橋病院
 独立行政法人国立病院機構 東京医療センター
 独立行政法人国立病院機構 村山医療センター
 国立がんセンター中央病院
 国立精神・神経センター武蔵病院
 社会保険中央総合病院
 医療法人社団関川会 関川病院
 医療法人社団叡育会 安田病院
 医療法人社団愛有会 久米川病院
 日本歯科大学歯学部附属病院
 東京医科大学病院
 東芝病院
 北里大学病院
 東海大学医学部付属病院
 独立行政法人国立病院機構 相模原病院
 独立行政法人国立病院機構 神奈川病院
 独立行政法人国立病院機構 箱根病院
 横須賀市立うわまち病院
 厚木市立病院
 社会保険横浜中央病院
 国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院
 神奈川県立こども医療センター
 医療法人徳洲会 大和徳洲会病院
 北里大学東病院
 独立行政法人国立病院機構 さいがた病院
 新潟市民病院
 富山赤十字病院
 富山県済生会高岡病院
 伊藤病院
 金沢医科大学病院
 独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター
 石川県立中央病院
 金沢社会保険病院
 医療法人財団愛生会 浜野西病院
 医療法人社団東野会 東野病院
 NTT 西日本金沢病院
 独立行政法人国立病院機構 福井病院
 福井赤十字病院
 社会福祉法人 恩賜財団 福井県済生会病院
 財団法人新田塚医療福祉センター 福井総合病院
 山梨大学医学部附属病院
 山梨県立中央病院
 山梨赤十字病院
 信州大学医学部附属病院
 独立行政法人国立病院機構 松本病院
 独立行政法人国立病院機構 中信松本病院
 長野県立須坂病院
 諏訪赤十字病院
 長野赤十字病院
 長野赤十字上山田病院
 下伊那赤十字病院
 長野県厚生連 佐久総合病院
 医療法人中信勤労者医療協会 松本協立病院
 松本歯科大学病院
 独立行政法人国立病院機構 長良医療センター
 墨俣医院
 羽島市民病院
 岐阜社会保険病院
 国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター
 静岡市立静岡病院
 特定医療法人社団松愛会 松田病院
 医療法人社団 和恵会記念病院
 財団法人復康会 沼津中央病院
 名古屋市立大学病院
 藤田保健衛生大学病院
 独立行政法人国立病院機構 東名古屋病院
 一宮市立市民病院
 岡崎市民病院
 西尾市民病院
 小牧市民病院
 春日井市民病院
 名古屋第二赤十字病院
 社会保険中京病院
 国家公務員共済組合連合会 名城病院
 医療法人豊田会 刈谷総合病院
 特定医療法人斎寿会 鈴鹿回生病院

独立行政法人国立病院機構 滋賀病院	三菱水島病院
独立行政法人国立病院機構 南京都病院	広島大学病院
綾部市立病院	独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター
医療法人 岸本病院	独立行政法人国立病院機構 賀茂精神医療センター
京都九条病院	総合病院 三原赤十字病院
大阪市立大学医学部附属病院	医療法人社団 井野口病院
近畿大学医学部附属病院	医療法人聖比留会 セントヒル病院
国立循環器病センター	独立行政法人国立病院機構 東徳島病院
大阪府立泉州救命救急センター	健康保険鳴門病院
市立吹田市民病院	なぎさ会沖の洲病院
医療法人美杉会 佐藤病院	独立行政法人国立病院機構 善通寺病院
医療法人永寿会 福島病院	香川県立中央病院
医療法人藤井会 大東中央病院	高松赤十字病院
医療法人宝生会 P L 病院	麻田総合病院
公立豊岡病院組合立 豊岡病院	独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター
兵庫医科大学病院	松山赤十字病院
独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター	高知大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構 兵庫中央病院	高知赤十字病院
独立行政法人国立病院機構 兵庫青野原病院	医療法人尚賢会 高知高須病院
神戸赤十字病院	産業医科大学病院
医療法人社団甲友会 西宮協立脳神経外科病院	福岡大学病院
医療法人新生会 総合病院高の原中央病院	久留米大学病院
医療法人財団 神戸海星病院	独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター
財団法人先端医療振興財団 先端医療センター	済生会福岡総合病院
独立行政法人国立病院機構 松籟荘病院	独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター
独立行政法人労働者健康福祉機構 和歌山労災病院	社会福祉法人恩賜財団済生会唐津病院
鳥取市立病院	医療法人清明会 やよいがおか鹿毛病院
独立行政法人国立病院機構 米子医療センター	医療法人静便堂白石共立病院
独立行政法人国立病院機構 西鳥取病院	特定医療法人祐愛会 織田病院
町立奥出雲病院	佐世保市立総合病院
益田赤十字病院	日本赤十字社 長崎原爆病院
医療法人社団 日立記念病院	医療法人社団 長崎記念病院
川崎医科大学附属病院	熊本大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター	独立行政法人国立病院機構 熊本南病院
総合病院岡山赤十字病院	全国社会保険協会連合会 健康保険人吉総合病院
社会福祉法人恩賜財団岡山済生会総合病院	独立行政法人国立病院機構 別府医療センター
医療法人社団操仁会 岡山第一病院	公立おがた総合病院
財団法人津山慈風会 津山中央病院	大分赤十字病院

医療法人 大久保病院

社会福祉法人恩賜財団済生会鹿児島病院

医療法人柏葉会 水間病院

沖縄赤十字病院

大田原赤十字病院

独立行政法人国立病院機構 宇都宮病院

公立富岡総合病院

社会保険群馬中央総合病院

原町赤十字病院

公立碓氷病院

2 医療機関名の公表に同意しなかった医療機関 21施設

