

医療事故情報収集等事業 第 1 1 回報告書

平成 1 9 年 1 2 月 1 9 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11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	8
3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の概要	9
【1】事業の目的	9
【2】ヒヤリ・ハット事例情報の収集	9
【3】ヒヤリ・ハット事例情報の分析・提供	11
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	42
【1】登録医療機関	42
【2】報告件数	43
【3】全般コード化情報	44
【4】記述情報	57

III 医療事故情報等分析作業の現況 59

1 概況	59
【1】分析対象とするテーマの選定状況	59
【2】分析対象とする情報	59
【3】分析体制	59
【4】事故事例に対する追加調査	60
2 個別のテーマの検討状況	61
【1】薬剤に関連した医療事故	61
【2】医療機器の使用に関連した医療事故	85
【3】医療処置に関連した医療事故	101
【4】小児患者の療養生活に関連した医療事故	111
【5】ヒヤリ・ハット事例情報データベース	119

IV 共有すべき医療事故情報 129

【1】「共有すべき医療事故情報」	129
【2】再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」	131

参考 医療安全情報の提供..... 133

【1】事業の目的	133
【2】主な対象医療機関	133
【3】提供の方法	133
【4】医療安全情報	134

資料1 報告義務対象医療機関一覧	140
資料2 参加登録申請医療機関一覧	146
資料3 医療事故情報報告様式	151
資料4 ヒヤリ・ハット事例報告様式	160
資料5 ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧	170

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。最近では、無過失補償の考え方を取り入れた産科医療補償制度の創設に向けた準備作業も行っています。

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。おかげさまで、医療事故情報の収集を開始し3年が経ちました。また、医療安全情報も毎月1回、計13回の提供を行うことができました。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11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11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、当センターでは情報の取り扱いに十分配慮するなど、医療機関の皆様が報告し易い環境の整備に努めております。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。医療機関のご判断で当事業に参加し、医療事故をご報告していただいている場合は、来年の参加の意思確認をさせていただきましたところ、多数の継続参加のご回答をいただきました。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、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7月～9月までにご報告頂いた医療事故情報と、平成19年4月～6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11回報告書を公表致します。個別テーマは、「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」「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。

また、平成18年12月より、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が、お蔭様で本年11月で1年となり、12回の提供を行うことが出来ました。

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立て頂ければ大変幸いに存じます。

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付設し、平成16年10月7日、法令に基づく医療事故情報の収集を開始した。当センターでは、ヒヤリ・ハット事例、医療事故情報を併せて総合的に分析し、当センターの運営委員会^(注2)の方針に基づいて、専門家より構成される総合評価部会^(注3)による取りまとめを経て報告書を作成している。当機構では、報告書を、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4)へ掲載すること等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。

(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。

(注4) 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1「報告義務対象医療機関一覧」参照。

(注2) 資料2「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。

【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3)を通じて、関係者や国民に情報提供している。

(注1) 医療事故情報収集等事業要綱 第九条の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3「医療事故情報報告様式」参照。

(注3) 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。

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4「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9月30日現在、240施設の協力を得ている。

資料5「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)
第 26 回	10 月～ 12 月	<ul style="list-style-type: none"> ○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) ○禁忌薬（配合禁忌、併用禁忌、疾病禁忌、アレルギー）に関連した事例 ○輸血療法に関連した事例

(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4「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7月から9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9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	46	—
	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
	共済組合及びその連合会	—	7
法人	学校法人	49	7
	医療法人	—	97
	公益法人	—	15
	会社	—	7
	その他法人	—	5
個人		—	11
合計		273	280

(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7月1日から同年9月30日までの参加登録申請医療機関における登録件数の推移は以下の通りである。

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	2	0	0	—	—	—
登録取下げ 医療機関数	31	0	0	0	0	0	1	0	0	—	—	—
累 計	271	271	275	275	276	279	280	280	280	—	—	—

【2】報告件数

(1) 月別報告件数

平成19年7月1日から同年9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	95	108	100	—	—	—	883
参加登録申請 医療機関報告数	8	11	19	35	29	7	15	17	9	—	—	—	150
報告義務対象 医療機関数	273	273	273	273	273	274	274	274	273	—	—	—	—
参加登録申請 医療機関数	271	271	275	275	276	279	280	280	280	—	—	—	—

(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9月30日現在の報告義務医療機関の平成19年7月1日から同年9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、5に、病床規模別に集計したものを図表Ⅱ-1-6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-1-7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9月30日現在報告義務対象医療機関の数は273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 9月30日現在)	報告医療機関数		報告件数		
		平成19年 7月～9月	平成19年 1月～9月	平成19年 7月～9月	平成19年 1月～9月	
国	国立大学法人等	46	24	34	77	192
	独立行政法人国立病院機構	146	68	99	144	396
	国立高度専門医療センター	8	3	5	19	38
	ハンセン病療養所	13	1	4	1	8
自治体	都道府県	11	3	6	7	17
	市町村					
	公立大学法人					
	地方独立行政法人					
法人	学校法人	49	16	23	55	232
(再掲)	特定機能病院	82	44	62	142	425
合計		273	115	171	303	883

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9月
国	国立大学法人等	831
	独立行政法人国立病院機構	1,240
	国立高度専門医療センター	168
	ハンセン病療養所	35
自治体	都道府県	82
	市町村	
	公立大学法人	
	地方独立行政法人	
法人	学校法人	1,160
(再掲)	特定機能病院	2,040
合 計		3,516

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 7月～9月	平成19年 1月～9月	平成19年 7月～9月	平成19年 1月～9月
0～19床	0	0	0	0	0
20～49床	13	0	1	0	7
50～99床	6	0	0	0	0
100～149床	4	0	0	0	0
150～199床	8	4	6	5	14
200～249床	12	3	6	3	9
250～299床	18	6	14	8	39
300～349床	25	10	13	22	62
350～399床	18	9	13	16	47
400～449床	25	12	17	32	72
450～499床	14	6	8	16	22
500～549床	13	7	10	13	51
550～599床	12	6	7	17	49
600～649床	26	10	14	27	81
650～699床	8	4	6	11	29
700～749床	12	8	9	22	56
750～799床	3	1	3	1	5
800～849床	12	5	9	15	41
850～899床	4	3	4	5	15
900～999床	10	5	8	20	36
1000床以上	30	16	23	70	248
合 計	273	115	171	303	883

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 7 月～9 月	平成 19 年 1 月～9 月
0	158	102
1	46	39
2	30	31
3	18	20
4	4	18
5	4	13
6	5	9
7	2	14
8	3	2
9	0	5
10	1	2
11～20	2	13
21～30	0	3
31～40	0	1
41～50	0	0
51～100	0	1
101～150	0	0
151～200	0	0
200 以上	0	0
合 計	273	

② 参加登録申請医療機関の報告状況

平成 19 年 9 月 30 日現在の参加登録申請医療機関の平成 19 年 7 月 1 日から同年 9 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 - 8、9 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 9 月 30 日現在)	報告医療機関数		報告件数	
		平成 19 年 7 月～9 月	平成 19 年 1 月～9 月	平成 19 年 7 月～9 月	平成 19 年 1 月～9 月
国	1	0	0	0	0
自治体	34	7	9	10	33
公的医療機関	103	9	13	11	26
法 人	131	11	23	20	91
個 人	11	0	0	0	0
合 計	280	27	45	41	150

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 9 月
国	0
自治体	65
公的医療機関	119
法 人	288
個 人	0
合 計	472

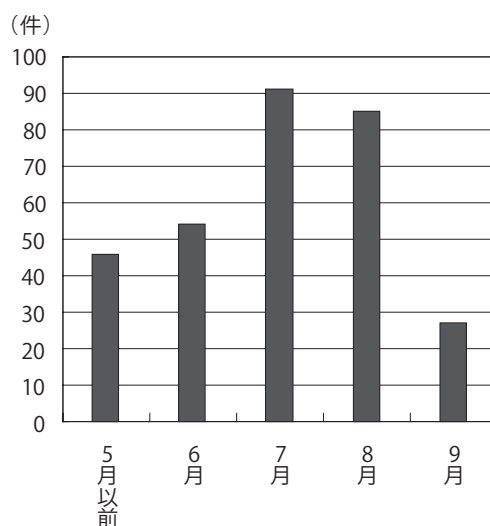
【3】報告義務医療機関からの報告の内容

平成19年7月1日から同年9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3参照）のコード表記に準じている。

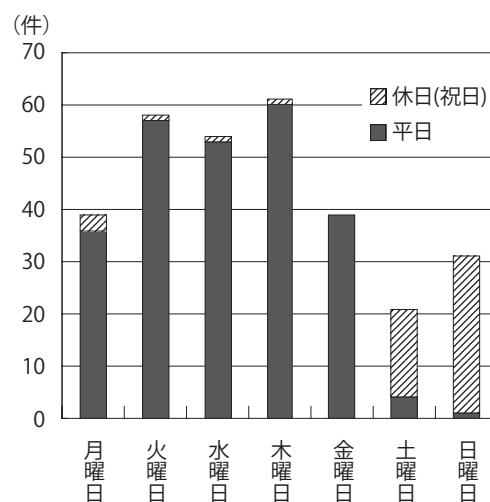
図表Ⅱ-1-10 発生月

発生月		件数
平成19年	5月以前	46
	6月	54
	7月	91
	8月	85
	9月	27
合計		303



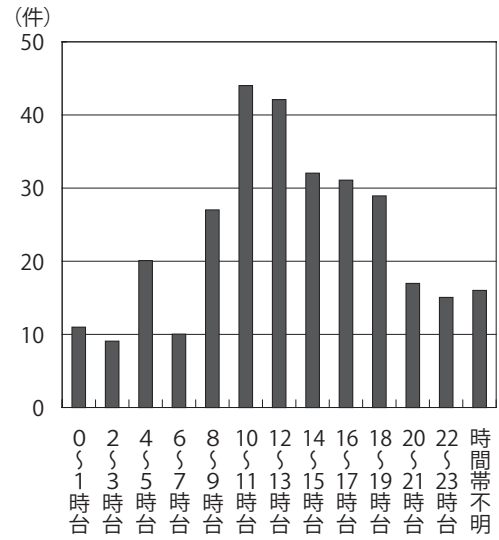
図表Ⅱ-1-11 発生曜日・曜日区分

発生曜日	平日	休日(祝日)	合計
月曜日	36	3	39
火曜日	57	1	58
水曜日	53	1	54
木曜日	60	1	61
金曜日	39	0	39
土曜日	4	17	21
日曜日	1	30	31
合計	250	53	303



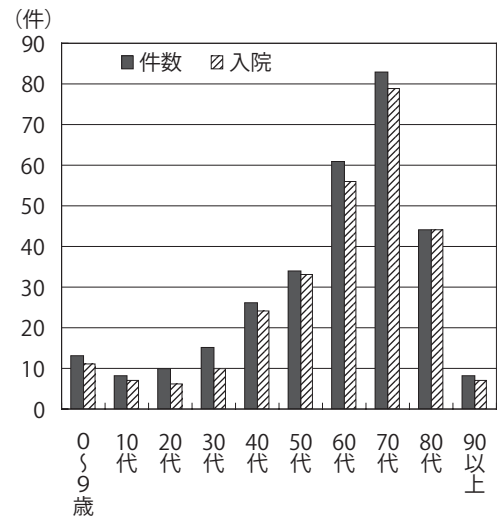
図表Ⅱ - 1 - 1 2 発生時間帯

発生時間帯	件数
0～1時台	11
2～3時台	9
4～5時台	20
6～7時台	10
8～9時台	27
10～11時台	44
12～13時台	42
14～15時台	32
16～17時台	31
18～19時台	29
20～21時台	17
22～23時台	15
時間帯不明	16
合計	303



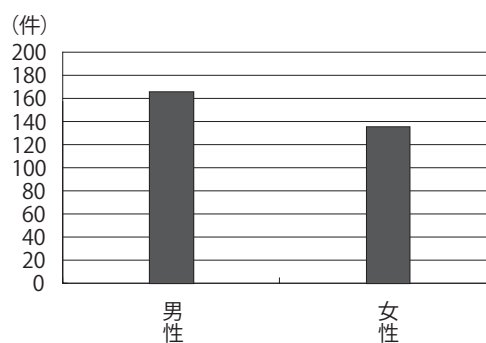
図表Ⅱ - 1 - 1 3 患者の年齢

患者の数	患者の年齢	件数	入院患者
1人	0～9歳	13	11
	10代	8	7
	20代	10	6
	30代	15	10
	40代	26	24
	50代	34	33
	60代	61	56
	70代	83	79
	80代	44	44
	90以上	8	7
複数	合計	302	277
総計	合計	303	278



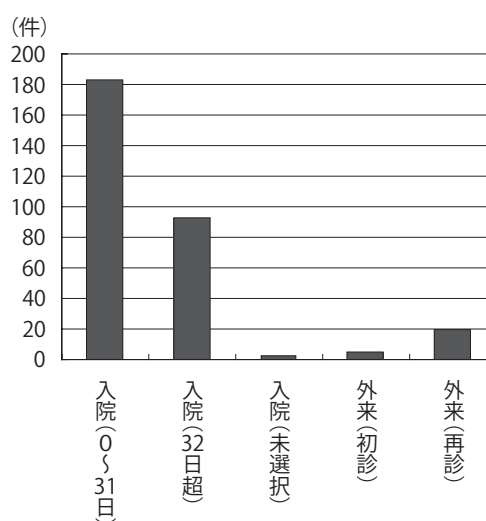
図表Ⅱ-1-14 患者の性別

患者の数	性別	件数
1人	男性	166
	女性	136
	合計	302
複数	合計	1
総計		303



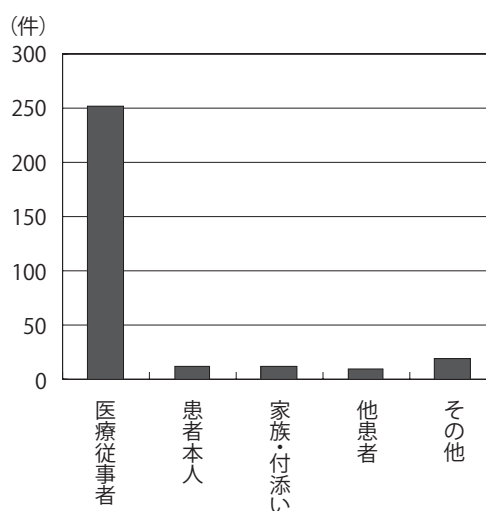
図表Ⅱ-1-15 入院・外来の区分・入院期間

入院・外来の区分		合計
入院	入院期間0～31日	183
	入院期間32日超	93
	未選択	2
	合計	278
外来	初診	5
	再診	20
	合計	25
総計		303



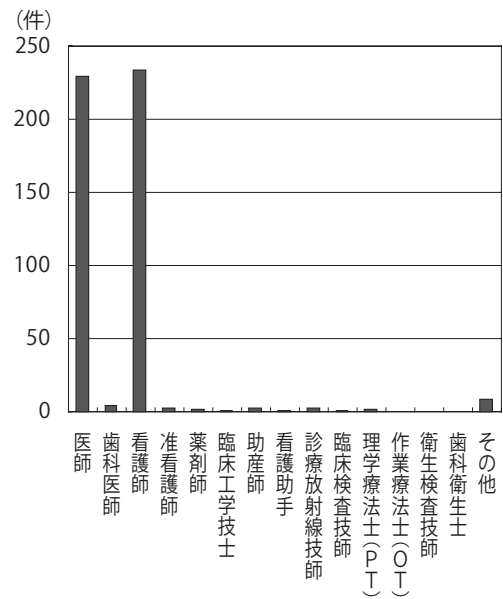
図表Ⅱ-1-16 発見者

発見者	件数
医療従事者	253
患者本人	11
家族・付添い	11
他患者	9
その他	19
合計	303



図表Ⅱ - 1 - 17 当事者の職種

当事者 ^(注) の職種	件数
医師	229
歯科医師	4
看護師	234
准看護師	3
薬剤師	2
臨床工学技士	1
助産師	3
看護助手	1
診療放射線技師	3
臨床検査技師	1
理学療法士（PT）	2
作業療法士（OT）	0
衛生検査技師	0
歯科衛生士	0
その他	9
合計	492



(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	4	10	7	9	12	16	13	14	13	10	16	73	27	5	229
歯科医師	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	4
看護師	16	22	23	17	18	13	12	9	7	6	8	39	35	9	234
薬剤師	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2

(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。

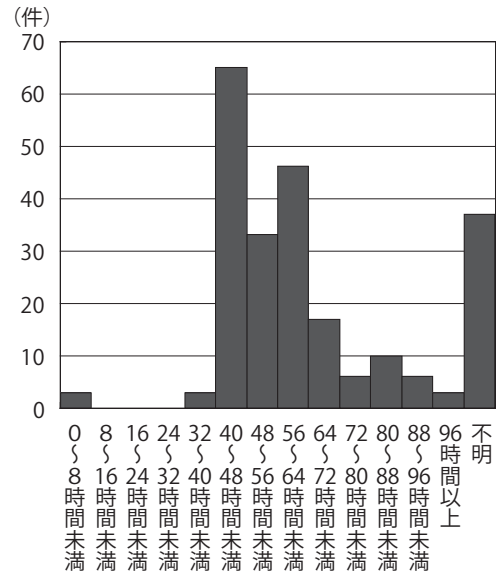
図表Ⅱ - 1 - 19 当事者（医師・歯科医師・看護師・薬剤師）の部署配属年数

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	69	36	17	21	22	12	9	10	3	4	5	16	5	0	229
歯科医師	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	4
看護師	52	55	40	34	20	16	3	4	3	2	1	4	0	0	234
薬剤師	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2

(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 7月～9月	平成19年 1月～9月
0～8時間未満	3	9
8～16時間未満	0	3
16～24時間未満	0	2
24～32時間未満	0	7
32～40時間未満	3	89
40～48時間未満	65	176
48～56時間未満	33	85
56～64時間未満	46	99
64～72時間未満	17	46
72～80時間未満	6	15
80～88時間未満	10	26
88～96時間未満	6	11
96時間以上	3	10
不明	37	43
合計	229	621
平均勤務時間 (不明を除く)	54.4	50.7

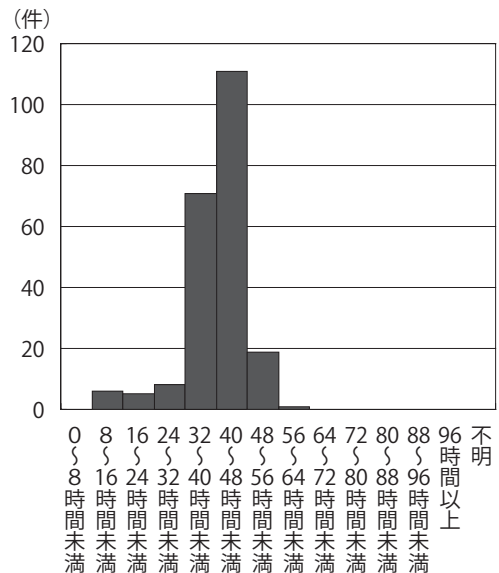


(注1) 当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、非常勤務職員が含まれている可能性がある。なお、当事者は複数回答が可能である。

(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 7月～9月	平成19年 1月～9月
0～8時間未満	0	6
8～16時間未満	6	12
16～24時間未満	5	18
24～32時間未満	8	35
32～40時間未満	71	164
40～48時間未満	111	298
48～56時間未満	19	42
56～64時間未満	1	10
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	13	13
合計	234	599
平均勤務時間 (不明を除く)	37.1	37.0

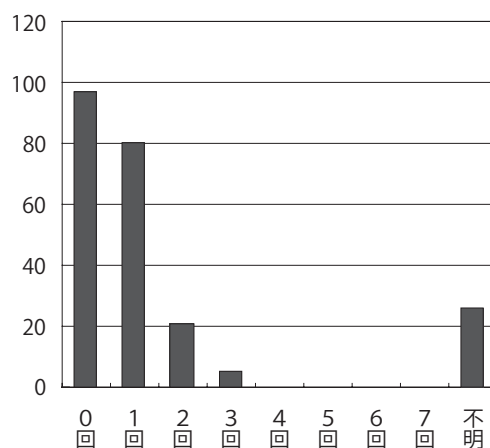


(注1) 当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、非常勤務職員が含まれている可能性がある。なお、当事者は複数回答が可能である。

(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。

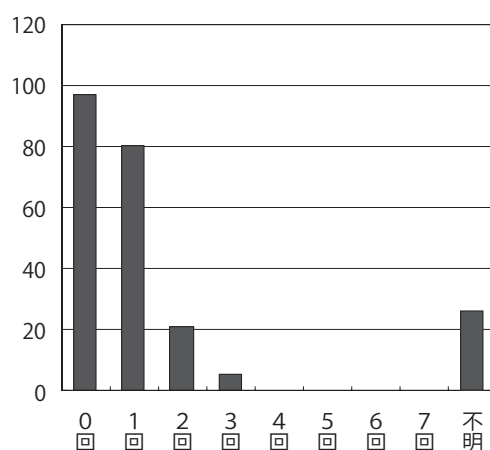
図表Ⅱ - 1 - 2 2 当事者（医師）の夜勤回数（直前1週間）

夜勤回数	平成19年 7月～9月	平成19年 1月～9月
0回	97	237
1回	80	207
2回	21	44
3回	5	14
4回	0	1
5回	0	1
6回	0	0
7回	0	1
不明	26	116
合計	229	621
平均夜勤回数（不明を除く）	0.68	0.7



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 7月～9月	平成19年 1月～9月
0回	39	108
1回	72	157
2回	84	237
3回	25	66
4回	4	9
5回	2	3
6回	0	0
7回	0	0
不明	8	19
合計	234	599
平均夜勤回数（不明を除く）	1.51	1.52



図表Ⅱ - 1 - 24 事故の概要

事故の概要	平成19年7月～9月		平成19年1月～9月	
	件数	%	件数	%
指示出し	0	0.0	1	0.1
薬剤	19	6.3	53	6.0
輸血	0	0.0	3	0.3
治療処置	80	26.4	268	30.4
医療用具等	47	15.5	92	10.4
医療機器	21	6.9	34	3.9
ドレーン、チューブ類	25	8.3	56	6.3
歯科医療用具	1	0.3	2	0.2
検査	10	3.3	37	4.2
療養上の世話	101	33.3	296	33.5
その他	46	15.2	133	15.1
合計	303	100.0	883	100.0

図表Ⅱ - 1 - 25 事故の程度

事故の程度 ^(注1)	平成19年7月～9月	
	件数	%
死亡	31	10.2
障害残存の可能性がある（高い）	39	12.9
障害残存の可能性がある（低い）	98	32.3
障害残存の可能性なし	79	26.1
障害なし	35	11.6
不明 ^(注2)	21	6.9
合計	303	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、特に報告を求める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 事故の治療の程度

事故の治療の程度	平成19年7月～9月	
	件数	%
濃厚な治療 ^(注1)	150	49.5
軽微な治療	118	38.9
なし	35	11.6
合計	303	100.0

(注1) 医政発第0921001号（平成16年9月21日付）参考1 参照。

図表Ⅱ - 1 - 27 発生場所

発生場所	平成19年7月～9月		平成19年1月～9月	
	件数	%	件数	%
外来診察室	10	3.3	25	2.8
外来処置室	2	0.7	7	0.8
外来待合室	1	0.3	6	0.7
救急外来	3	1.0	6	0.7
救命救急センター	5	1.7	7	0.8
病室	136	44.9	418	47.3
病棟処置室	7	2.3	15	1.7
手術室	38	12.5	119	13.5
ICU	11	3.6	23	2.6
CCU	1	0.3	3	0.3
NICU	0	0.0	1	0.1
検査室	4	1.3	18	2.0
カテーテル検査室	11	3.6	24	2.7
放射線治療室	4	1.3	11	1.2
放射線撮影室	8	2.6	13	1.5
核医学検査室	0	0.0	1	0.1
透析室	0	0.0	0	0.0
分娩室	2	0.7	3	0.3
機能訓練室	1	0.3	1	0.1
トイレ	13	4.3	32	3.6
廊下	10	3.3	26	2.9
浴室	5	1.7	17	1.9
階段	0	0.0	1	0.1
不明	4	1.3	12	1.4
その他	27	8.9	94	10.6
合計	303	100.0	883	100.0

図表Ⅱ - 1 - 28 関連診療科

関連診療科 ^(注)	平成19年7月～9月		平成19年1月～9月	
	件数	%	件数	%
内科	28	7.3	76	7.1
麻酔科	7	1.8	24	2.2
循環器内科	24	6.3	68	6.4
神経科	12	3.1	35	3.3
呼吸器内科	19	4.9	50	4.7
消化器科	23	6.0	68	6.4
血液内科	5	1.3	17	1.6
循環器外科	1	0.3	9	0.8
アレルギー科	1	0.3	1	0.1
リウマチ科	0	0.0	4	0.4
小児科	17	4.4	50	4.7
外科	35	9.1	76	7.1
整形外科	44	11.5	106	9.9
形成外科	2	0.5	7	0.7
美容外科	0	0.0	0	0.0
脳神経外科	26	6.8	56	5.2
呼吸器外科	5	1.3	24	2.2
心臓血管外科	11	2.9	34	3.2
小児外科	1	0.3	17	1.6
ペインクリニック	0	0.0	0	0.0
皮膚科	11	2.9	24	2.2
泌尿器科	23	6.0	42	3.9
性病科	0	0.0	0	0.0
肛門科	0	0.0	0	0.0
産婦人科	6	1.6	17	1.6
産科	2	0.5	7	0.7
婦人科	0	0.0	12	1.1
眼科	2	0.5	9	0.8
耳鼻咽喉科	7	1.8	20	1.9
心療内科	1	0.3	2	0.2
精神科	18	4.7	56	5.2
リハビリテーション科	7	1.8	9	0.8
放射線科	10	2.6	27	2.5
歯科	0	0.0	8	0.7
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	3	0.8	8	0.7
不明	0	0.0	3	0.3
その他	33	8.6	102	9.6
合計	384	100.0	1,068	100.0

(注)「関連診療科」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ - 1 - 29 発生要因

発生要因 (注)	平成 19 年 7 月～ 9 月		平成 19 年 1 月～ 9 月	
	件 数	%	件 数	%
確認を怠った	85	16.3	227	14.2
観察を怠った	67	12.8	207	12.9
判断を誤った	57	10.9	203	12.7
知識が不足していた	35	6.7	66	4.1
技術・手技が未熟だった	33	6.3	78	4.9
報告が遅れた	5	1.0	23	1.4
通常とは異なる身体的条件下にあった	14	2.7	34	2.1
通常とは異なる心理的条件下にあった	7	1.3	18	1.1
システムに問題があった	12	2.3	40	2.5
連携が出来ていなかった	33	6.3	96	6.0
記録などの不備	1	0.2	12	0.8
患者の外見・姓名が似ていた	0	0.0	2	0.1
勤務状況が繁忙だった	11	2.1	41	2.6
環境に問題があった	7	1.3	37	2.3
医薬品の問題	4	0.8	12	0.8
医療機器の問題	8	1.5	30	1.9
諸物品の問題	3	0.6	13	0.8
施設・設備の問題	7	1.3	34	2.1
教育・訓練に問題があった	10	1.9	56	3.5
説明不足	21	4.0	99	6.2
その他	102	19.5	272	17.0
合 計	522	100.0	1,600	100.0

(注)「発生要因」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ - 1 - 30 特に報告を求める事例

特に報告を求める事例	平成 19 年 7 月～ 9 月	
	件 数	%
汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故	1	0.3
院内感染による死亡や障害	1	0.3
入院中に自殺又は自殺企図	7	2.3
入院患者の逃走	1	0.3
入院中の熱傷	2	0.7
入院中の感電	0	0.0
医療施設内の火災による患者の死亡や障害	0	0.0
間違った保護者の許への新生児の引渡し	0	0.0
本事例は選択肢には該当しない	291	96.0
合 計	303	100.0

図表Ⅱ - 1 - 3 1 事故調査委員会設置の有無

事故調査委員会設置の有無 ^(注)	平成19年7月～9月	
	件数	%
内部調査委員会設置	54	17.3
外部調査委員会設置	4	1.3
内部調査委員会設置予定	1	0.3
外部調査委員会設置予定	1	0.3
既設の医療安全に関する委員会等に対応	211	67.6
現在検討中で対応は未定	9	2.9
その他	32	10.3
合計	312	100.0

(注)「事故調査委員会設置の有無」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ - 1 - 3 2 事故の概要×事故の程度

事故の概要× 事故の程度	死亡		障害残存の 可能性がある (高い)		障害残存の 可能性がある (低い)		障害残存の 可能性なし		障害なし		不明		合計	
	H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月
	指示出し	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
薬 剤	0	1	2	4	2	23	9	9	6	6	0	10	19	53
輸 血	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
治療・処置	9	28	16	53	25	127	18	18	9	9	3	33	80	268
医療用具等	6	13	3	8	15	41	11	11	6	6	6	13	47	92
医療機器	2	2	0	3	9	17	1	1	6	6	3	5	21	34
ドレーン、 チューブ類	4	11	3	5	5	23	10	10	0	0	3	7	25	56
歯科医療用具 (機器)等	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	2
検 査	1	1	0	7	3	20	3	3	2	2	1	4	10	37
療養上の世話	6	18	14	36	35	170	30	30	8	8	8	34	101	296
その他	9	29	4	11	18	60	8	8	4	4	3	21	46	133
合計	31	90	39	119	98	445	79	79	35	35	21	115	303	883

図表 II - 1 - 3 3 発生場面×事故の程度

発生場面×事故の程度	死亡		障害残存の可能性が高い		障害残存の可能性が低い		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	H19 7月~9月	H19 1月~9月	H19 7月~9月	H19 1月~9月	H19 7月~9月	H19 1月~9月	H19 7月~9月	H19 1月~9月	H19 7月~9月	H19 1月~9月	H19 7月~9月	H19 1月~9月	H19 7月~9月	H19 1月~9月
	薬剤に関する項目													18
与薬準備	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
その他の与薬準備に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮下・筋肉注射	0	0	0	0	0	4	0	0	1	1	0	1	1	6
静脈注射	0	0	0	1	0	6	4	4	1	1	0	4	5	16
動脈注射	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
末梢静脈点滴	0	0	0	1	2	4	3	3	1	1	0	3	6	12
中心静脈注射	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
内服	0	0	0	0	0	3	0	0	3	3	0	5	3	11
点鼻・点眼・点耳	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
その他の処方・与薬に関する場面	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
内服薬調剤・管理	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
注射薬調剤・管理	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
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	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	0	0	0	0	1
輸血実施	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	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	0	0	0	0
治療・処置に関する項目													86	244
開頭	0	1	2	3	2	5	1	1	0	0	0	0	5	10
開胸	0	2	0	3	1	2	0	0	0	0	0	0	1	7
開心	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4
開腹	1	2	0	3	3	11	1	1	2	2	0	4	7	23
四肢	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	2	3
鏡視下手術	0	0	2	7	2	7	3	3	0	0	0	1	7	18
その他の手術	0	1	3	6	6	18	1	1	0	0	0	5	10	31
術前準備	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2
術前処置	0	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	2	3
術後処置	1	2	0	3	0	3	1	1	1	1	0	1	3	11
その他の手術に関する場面	2	3	2	5	0	8	1	1	2	2	0	2	7	21
全身麻酔（吸入麻酔＋静脈麻酔）	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2
局所麻酔	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
吸入麻酔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
静脈麻酔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脊椎・硬膜外麻酔	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
その他の麻酔に関する場面	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1	3
帝王切開	0	1	0	0	0	0	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	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
血液浄化療法（血液透析含む）	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	2	1	5
IVR（血管カテーテル治療等）	1	1	3	6	0	7	1	1	0	0	0	0	5	15
放射線治療	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
リハビリテーション	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2
観血的歯科治療	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
内視鏡的治療	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	4	2	6
その他の治療に関する場面	3	3	2	3	4	12	1	1	2	2	0	2	12	23
中心静脈ライン	0	4	0	0	0	7	2	2	2	2	0	2	4	17
末梢静脈ライン	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	1	0	5
血液浄化用カテーテル	0	0	0	0	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	0	0	0	0
尿道カテーテル	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
ドレーンに関する処置	0	0	0	0	1	4	3	3	0	0	0	0	4	7
創傷処置	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
その他のチューブ類の挿入	0	1	0	0	1	2	3	3	0	0	1	2	5	8
気管挿管	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3

発生場面×事故の程度	死亡		障害残存の可能性が高い		障害残存の可能性が低い		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19
	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月
気管切開	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
心臓マッサージ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
酸素療法	0	0	0	0	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	0	0	0	0
医療用具（機器）の使用・管理に関する項目													22	39
人工呼吸器	2	2	0	1	2	7	0	0	2	2	0	2	6	14
酸素療法機器	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
人工心肺	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
除細動器	0	0	0	0	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	0	0	0	0
輸液・輸注ポンプ	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
血液浄化用機器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
心電図・血圧モニター	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
パルスオキシメーター	0	0	0	0	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	4	8	1	1	4	4	3	4	12	17
その他の歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理に関する場面	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目													25	59
中心静脈ライン	0	0	0	1	0	3	3	3	0	0	0	2	3	9
末梢動脈ライン	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	2	3
気管チューブ	1	4	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	3	7
気管カニューレ	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	1	2	2	6
栄養チューブ（NG・ED）	0	2	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0	3	5
尿道カテーテル	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2
胸腔ドレーン	0	0	0	0	2	8	1	1	0	0	1	2	4	11
腹腔ドレーン	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	1	3
脳室・脳槽ドレーン	0	0	0	0	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	0	0	0	0
硬膜外カテーテル	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
血液浄化用カテーテル・回路	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
その他ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する場面	1	2	1	1	2	5	2	2	0	0	0	1	6	11
検査に関する項目													9	41
採血	1	1	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	2	4
その他の検体採取	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
その他の生理検査	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
一般撮影	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	1	3
MR I	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
血管カテーテル撮影	0	0	0	4	1	3	0	0	0	0	0	1	1	8
下部消化管撮影	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
その他の画像検査	0	1	0	0	0	3	1	1	1	1	0	1	2	7
上部消化管	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	5
下部消化管	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
気管支鏡	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	2
その他の内視鏡検査	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
病理検査	0	0	0	0	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	1	1	0	0	1	1
療養上の場面に関する項目													113	323
気管内・口腔内吸引	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	5
体位変換	0	0	1	1	2	8	0	0	0	0	0	2	3	11
清拭	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	3
更衣介助	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
食事介助	0	1	1	5	0	2	0	0	0	0	0	1	1	9
入浴介助	0	0	0	0	1	6	1	1	1	1	1	2	4	10
排泄介助	0	0	0	4	2	9	1	1	0	0	1	1	4	15

II 報告の現況

発生場面×事故の程度	死亡		障害残存の可能性 がある (高い)		障害残存の可能性 がある (低い)		障害残存の 可能性なし		障害なし		不明		合計	
	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19
	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月
移動介助	0	0	0	0	2	5	1	1	0	0	0	0	3	6
搬送・移送	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
患者周辺物品管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
配膳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
患者観察	1	6	3	7	5	17	7	7	1	1	0	3	17	41
その他の療養上の世話に関する場面	2	3	4	5	11	27	3	3	0	0	0	4	20	42
経口摂取	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
その他の給食・栄養に関する場面	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	2	3
散歩中	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
移動中	0	2	1	6	10	53	12	12	3	3	2	10	28	86
外出・外泊中	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
食事中	0	0	0	1	0	2	2	2	0	0	0	0	2	5
入浴中	1	2	0	0	0	2	1	1	0	0	0	1	2	6
排泄中	0	0	2	3	1	16	3	3	1	1	0	1	7	24
就寝中	1	2	1	3	2	7	2	2	1	1	0	3	7	18
その他の療養生活に関する場面	0	1	3	5	3	18	2	2	0	0	4	6	12	32
その他	7	17	2	6	14	35	2	2	2	2	1	16	28	78
未選択 ^(注)	1	9	1	6	0	26	0	0	0	0	0	1	2	42
合計	31	90	39	119	98	445	79	79	35	35	21	115	303	883

(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 4 事故の内容×事故の程度

事故の内容×事故の程度	死亡		障害残存の可能性が高い		障害残存の可能性が低い		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19
	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月
薬剤に関する項目													18	55
処方量間違え	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	3	5
過剰与薬	0	0	0	1	1	4	2	2	1	1	0	2	4	10
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	3	2	2	0	0	0	1	2	6
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	4	1	5
薬剤間違え	0	0	0	0	0	9	3	3	1	1	0	2	4	15
投与方法間違え	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
その他の処方・与薬に関する内容	0	0	0	1	1	6	1	1	1	1	0	2	3	11
数量間違え調剤	0	0	0	0	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	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	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
輸血に関する項目													0	2
クロスマッチ間違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
結果記入・入力間違え	0	0	0	0	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	0	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	0	0	0	0	1
治療・処置に関する項目													86	244
患者間違え	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
部位取違え	0	0	0	1	3	9	1	1	0	0	0	2	4	13
診療・治療・処置等その他の取違え	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2
方法（手技）の誤り	0	0	2	5	3	12	3	3	1	1	0	5	9	26
未実施・忘れ（治療・処置）	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	3
不必要行為の実施	0	0	0	1	2	4	1	1	0	0	0	0	3	6
患者体位の誤り	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
診察・治療等のその他の誤り	0	1	1	3	3	5	0	0	0	0	0	2	4	11
誤嚥	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
異物の体内残存	0	0	0	0	2	11	4	4	1	1	0	5	7	21
その他の治療・処置に関する内容	9	23	13	36	12	67	10	10	7	7	4	16	55	159
医療用具（機器）の使用・管理に関する項目													22	39
組み立て	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	2
設定忘れ・電源入れ忘れ	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	1	3
故障	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
知識不足	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
警報設定忘れ	0	0	0	0	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	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	1	1	0	0	1	3
消毒・清潔操作の誤り（医療用具等）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
破損（医療用具等）	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1	3
その他の医療用具（機器）の使用・管理に関する内容	3	4	0	2	4	9	0	0	5	5	4	5	16	25
ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目													25	59
点滴漏れ	0	0	1	1	2	3	1	1	0	0	0	0	4	5
自己抜去	1	2	0	0	0	1	2	2	0	0	1	1	4	6
自然抜去	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
接続はずれ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
閉塞	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
破損・切断	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	2	4
接続間違え	1	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	4
空気混入	0	0	0	0	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	5	1	2	5	16	5	5	0	0	2	7	14	35

II 報告の現況

事故の内容×事故の程度	死亡		障害残存の可能性が高い		障害残存の可能性が低い		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19
	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月
検査に関する項目													9	41
患者取違え (検査)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
検査手技・判定技術の間違い	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	1	4
検体採取時のミス	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
検体取違え (検査)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体紛失	0	0	0	0	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	0	0	0	0
分析機器・器具管理	0	0	0	0	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	0	0	0	0
結果報告	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	3
その他の検査に関する内容	1	1	0	7	1	18	3	3	2	2	1	1	8	32
療養上の場面に関する項目													113	323
転倒	0	2	4	13	21	105	19	19	4	4	6	18	54	161
転落	0	2	2	4	2	19	1	1	0	0	1	5	6	31
衝突	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
拘束・抑制	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
重度な(筋層Ⅲ度・Ⅳ度に届く)褥瘡	0	0	2	2	4	13	0	0	0	0	0	2	6	17
誤嚥(療養上)	2	3	1	6	0	1	0	0	0	0	0	3	3	13
誤飲(療養上)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
その他の療養上の世話・療養生活に関する内容	4	14	6	15	12	37	10	10	3	3	1	6	36	85
その他の搬送・移送に関する内容	0	0	1	1	0	2	3	3	0	0	0	0	4	6
無断外出・外泊	0	0	0	0	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	1	2	0	0	0	0	0	1	1	4
その他の給食・栄養に関する内容	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	3	3
その他	7	17	2	6	14	35	2	2	2	2	1	16	28	78
未選択 ^(注)	1	9	1	6	0	26	0	0	0	0	0	1	2	42
合計	31	90	39	119	98	445	79	79	35	35	21	115	303	883

(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 5 発生場所×事故の程度

発生場所×事故の程度	死亡		障害残存の可能性が高い		障害残存の可能性が低い		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19
	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月
外来診察室	0	0	1	4	3	12	2	2	3	3	1	4	10	25
外来処置室	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	0	3	2	7
外来待合室	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	3	1	6
救急外来	0	0	1	2	0	2	0	0	2	2	0	0	3	6
救命救急センター	0	0	1	1	1	3	3	3	0	0	0	0	5	7
病室	14	49	23	53	45	217	35	35	14	14	5	50	136	418
病棟処置室	1	1	0	0	2	10	3	3	0	0	1	1	7	15
手術室	2	10	5	23	14	54	9	9	7	7	1	16	38	119
ICU	3	3	0	3	2	8	4	4	1	1	1	4	11	23
CCU	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3
NICU	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
検査室	0	0	0	4	0	10	2	2	1	1	1	1	4	18
カテーテル検査室	3	4	2	4	5	13	1	1	0	0	0	2	11	24
放射線治療室	0	0	0	2	3	7	0	0	0	0	1	2	4	11
放射線撮影室	0	1	1	1	1	5	3	3	1	1	2	2	8	13
核医学検査室	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
透析室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
分娩室	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	2	3
機能訓練室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
トイレ	1	2	1	5	1	13	7	7	1	1	2	4	13	32
廊下	0	1	0	1	5	15	1	1	1	1	3	7	10	26
浴室	1	3	0	0	1	9	1	1	1	1	1	3	5	17
階段	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
不明	1	2	0	3	1	3	2	2	0	0	0	2	4	12
その他	5	13	4	12	9	52	6	6	2	2	1	9	27	94
未選択	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	31	90	39	119	98	445	79	79	35	35	21	115	303	883

図表 II - 1 - 3 6 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 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月
外来診察室	0	2	10	23	10	25
外来処置室	0	0	2	7	2	7
外来待合室	1	1	0	5	1	6
救急外来	0	0	3	6	3	6
救命救急センター	4	6	1	1	5	7
病 室	136	418	0	0	136	418
病棟処置室	6	14	1	1	7	15
手術室	37	117	1	2	38	119
ICU	11	23	0	0	11	23
CCU	1	3	0	0	1	3
NICU	0	1	0	0	0	1
検査室	3	13	1	5	4	18
カテーテル検査室	11	24	0	0	11	24
放射線治療室	4	10	0	1	4	11
放射線撮影室	6	11	2	2	8	13
核医学検査室	0	0	0	1	0	1
透析室	0	0	0	0	0	0
分娩室	2	3	0	0	2	3
機能訓練室	1	1	0	0	1	1
トイレ	12	30	1	2	13	32
廊 下	10	26	0	0	10	26
浴 室	5	17	0	0	5	17
階 段	0	1	0	0	0	1
不 明	4	11	0	1	4	12
その他	24	82	3	12	27	94
合 計	278	814	25	69	303	883

図表Ⅱ - 1 - 37 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 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月
確認を怠った	0	1	15	42	0	3	23	75	15	20	9	19	0	0
観察を怠った	0	0	1	6	0	0	12	42	4	7	5	10	0	0
判断を誤った	0	0	2	6	0	0	12	56	4	5	12	24	0	0
知識が不足していた	0	1	5	11	0	0	10	17	8	9	6	9	0	0
技術・手技が未熟だった	0	0	0	2	0	0	17	43	2	4	1	3	1	2
報告が遅れた	0	0	0	1	0	0	1	7	0	0	2	6	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	4	8	0	0	1	2	0	0
通常とは異なる心理的条件下にあった	0	1	1	4	0	0	1	4	1	1	0	0	1	1
システムに問題があった	0	1	4	9	0	1	3	12	2	4	1	3	0	0
連携が出来ていなかった	0	1	4	13	0	0	8	25	1	3	5	9	0	0
記録などの不備	0	0	1	2	0	0	0	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	1	7	0	1	4	12	0	2	0	0	0	0
環境に問題があった	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	1	0	0
医薬品の問題	0	0	1	6	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
医療機器の問題	0	0	0	1	0	0	2	11	6	14	0	1	0	0
諸物品の問題	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	1	1	0	0
施設・設備の問題	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	2	0	0
教育・訓練に問題があった	0	1	0	7	0	0	2	10	2	4	1	2	0	0
説明不足	0	0	0	0	0	0	3	32	0	0	0	1	0	0
その他	0	0	3	5	0	1	33	97	2	5	4	14	0	0
合 計	0	6	38	122	0	7	136	466	47	79	48	107	2	3

(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 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月
5	12	13	41	5	14	85	227
1	5	33	107	11	30	67	207
0	7	20	85	7	20	57	203
0	1	5	13	1	5	35	66
1	4	10	14	1	6	33	78
0	0	2	7	0	2	5	23
0	2	5	16	4	6	14	34
0	0	3	5	0	2	7	18
1	2	0	5	1	3	12	40
0	2	11	27	4	16	33	96
0	1	0	4	0	4	1	12
0	0	0	0	0	1	0	2
0	2	6	12	0	5	11	41
0	0	7	25	0	7	7	37
0	0	2	3	0	1	4	12
0	0	0	2	0	1	8	30
0	0	2	5	0	2	3	13
0	0	6	18	1	10	7	34
0	0	4	23	1	9	10	56
1	7	14	41	3	18	21	99
4	11	32	82	24	57	102	272
13	56	175	535	63	219	522	1,600

図表 II - 1 - 3 8 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 7月~9月	H19 1月~9月	H19 7月~9月	H19 1月~9月	H19 7月~9月	H19 1月~9月	H19 7月~9月	H19 1月~9月	H19 7月~9月	H19 1月~9月	H19 7月~9月	H19 1月~9月	H19 7月~9月	H19 1月~9月
外来診察室	0	0	3	7	0	0	3	8	0	0	1	1	0	0
外来処置室	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	1	1	0	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	1	2	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0
救命救急センター	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0
病室	0	1	11	32	0	1	18	72	5	13	17	37	0	0
病棟処置室	0	0	1	3	0	0	3	7	1	1	0	1	0	0
手術室	0	0	0	0	0	0	27	97	7	7	0	4	0	0
ICU	0	0	1	2	0	1	1	4	3	4	2	3	0	0
CCU	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1
NICU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
検査室	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	2	2	0	0
カテーテル検査室	0	0	0	0	0	0	9	19	0	0	0	0	0	0
放射線治療室	0	0	0	0	0	0	0	6	4	5	0	0	0	0
放射線撮影室	0	0	1	2	0	0	4	7	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	1	1	0	0	1	2	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	0	2	0	0	0	1	0	0
その他	0	0	0	4	0	0	9	29	1	4	0	3	0	0
合 計	0	1	19	53	0	3	80	268	21	34	25	56	1	2

検 査		療養上の世話		その他		合 計	
H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月	H19 7月～9月	H19 1月～9月
2	6	0	1	1	2	10	25
0	0	0	0	0	1	2	7
0	0	0	2	1	4	1	6
0	0	0	0	1	1	3	6
0	0	1	3	0	0	5	7
1	4	61	188	23	70	136	418
1	2	1	1	0	0	7	15
0	0	0	0	4	11	38	119
0	0	2	4	2	5	11	23
0	0	0	0	0	0	1	3
0	0	0	0	0	0	0	1
1	8	0	1	0	2	4	18
1	4	0	0	1	1	11	24
0	0	0	0	0	0	4	11
3	4	0	0	0	0	8	13
0	1	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	2	3
0	0	0	0	1	1	1	1
0	0	11	26	2	6	13	32
0	0	10	23	0	3	10	26
0	0	5	16	0	1	5	17
0	0	0	1	0	0	0	1
0	1	4	7	0	1	4	12
1	7	6	23	10	24	27	94
10	37	101	296	46	133	303	883

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24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24回
参加登録医療機関総数	1,283
うち定点医療機関	242

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24回事例発生期間である平成19年6月30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24回		第24回
0-99	27	北海道	15
100-199	39	東 北	26
200-299	22	関東甲信越	57
300-399	48	東 京	15
400-499	23	東海北陸	37
500-599	24	近 畿	32
600以上	59	中国四国	33
合 計	242	九州沖縄	27
		合 計	242

平成19年6月30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101,889床である。

(注1) 資料5「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	第 24 回収集	備考
事例発生月		1月～3月	4月～6月	
収集期間		2月14日～5月21日	5月22日～8月20日	
登録医療機関	参加登録医療機関 総数	1,277	1,283	
	参加登録医療機関 のうち報告のあった医療機関	334	343	
	定点医療機関 ^(注1)	245	242	
	定点医療機関のうち 報告のあった医療機関	236	233	第23回報告困難施設 0施設 第24回報告困難施設 2施設
報告件数 ^(注2)	総報告件数	46,340	57,902	
	全般コード化情報	44,812	56,404	
	記述情報	3,347	4,769	
有効件数	全般コード化情報	44,812	56,404	
	記述情報	1,956	1,855	

(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抽出し、平成19年6月30日現在、242施設の協力を得ている。

資料5「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

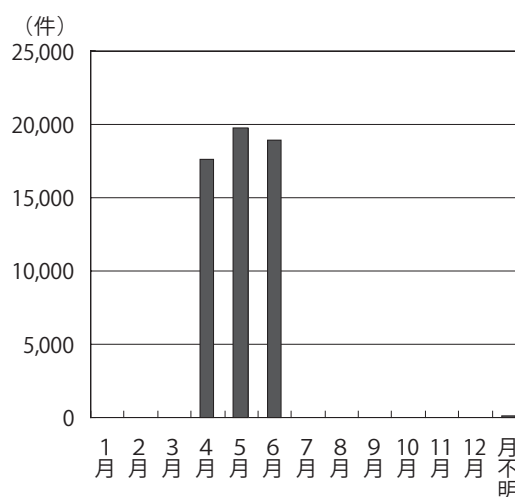
(1) 第24回ヒヤリ・ハット事例

① 報告の内容

平成19年4月1日から同年6月30日に発生したヒヤリ・ハット事例（全般コード化情報）56,404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。

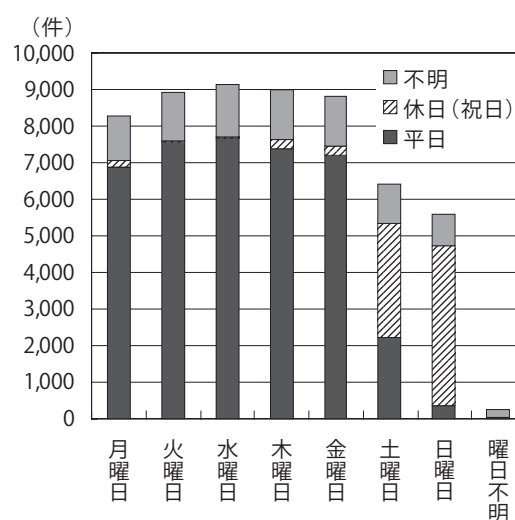
図表Ⅱ-2-4 発生月

発生月	件数
4月	17,663
5月	19,735
6月	18,914
月不明	92
合計	56,404



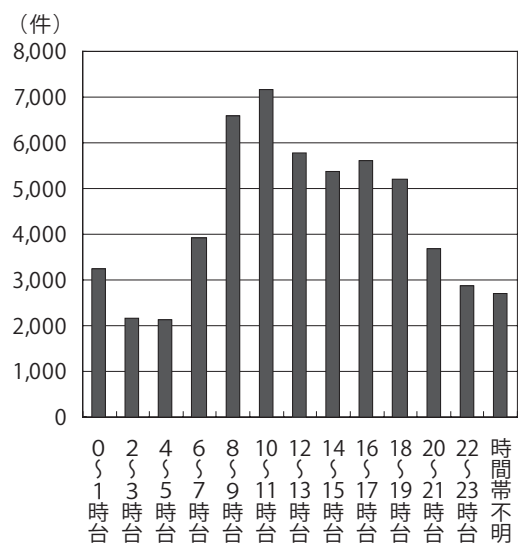
図表Ⅱ-2-5 発生曜日・曜日区分

発生曜日	平日	休日(祝日)	不明	合計
月曜日	6,866	192	1,208	8,266
火曜日	7,550	39	1,341	8,930
水曜日	7,682	21	1,425	9,128
木曜日	7,398	241	1,356	8,995
金曜日	7,214	249	1,371	8,834
土曜日	2,222	3,131	1,045	6,398
日曜日	368	4,377	852	5,597
曜日不明	33	9	214	256
合計	39,333	8,259	8,812	56,404



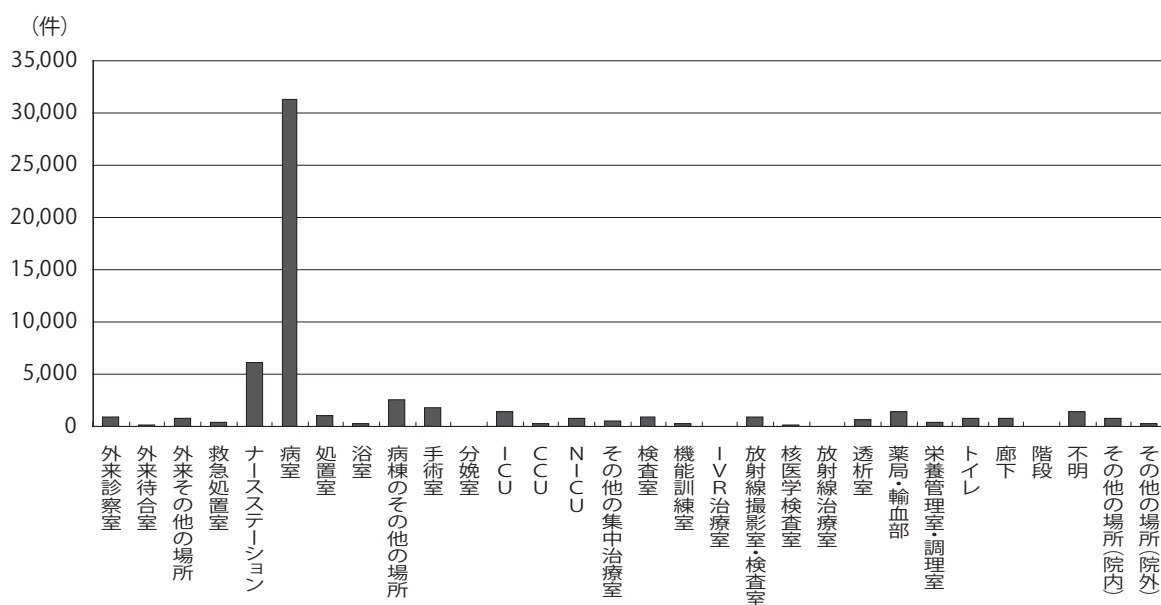
図表Ⅱ - 2 - 6 発生時間帯

発生時間帯	件数
0～1時台	3,253
2～3時台	2,158
4～5時台	2,142
6～7時台	3,908
8～9時台	6,585
10～11時台	7,168
12～13時台	5,772
14～15時台	5,367
16～17時台	5,605
18～19時台	5,199
20～21時台	3,666
22～23時台	2,880
時間帯不明	2,701
合計	56,404



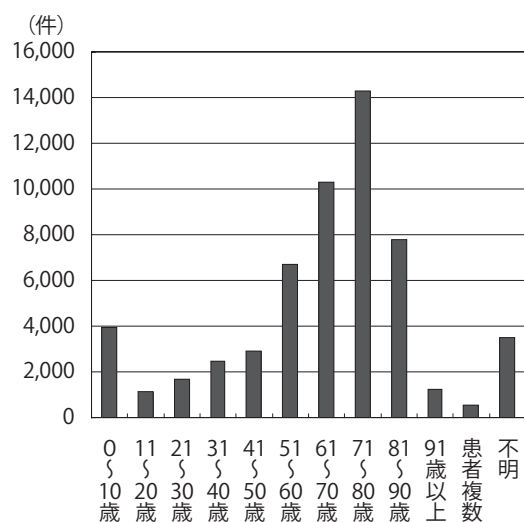
図表 II - 2 - 7 発生場所

発生場所	件数	%
外来診察室	835	1.5
外来待合室	144	0.3
外来その他の場所	707	1.3
救急処置室	326	0.6
ナースステーション	6,057	10.7
病室	31,340	55.6
処置室	1,005	1.8
浴室	237	0.4
病棟のその他の場所	2,506	4.4
手術室	1,765	3.1
分娩室	45	0.1
ICU	1,455	2.6
CCU	300	0.5
NICU	793	1.4
その他の集中治療室	464	0.8
検査室	881	1.6
機能訓練室	252	0.4
IVR 治療室	48	0.1
放射線撮影室・検査室	857	1.5
核医学検査室	109	0.2
放射線治療室	51	0.1
透析室	606	1.1
薬局・輸血部	1,373	2.4
栄養管理室・調理室	427	0.8
トイレ	755	1.3
廊下	716	1.3
階段	14	0.0
不明	1,349	2.4
その他の場所(院内)	796	1.4
その他の場所(院外)	191	0.3
合計	56,404	100.0



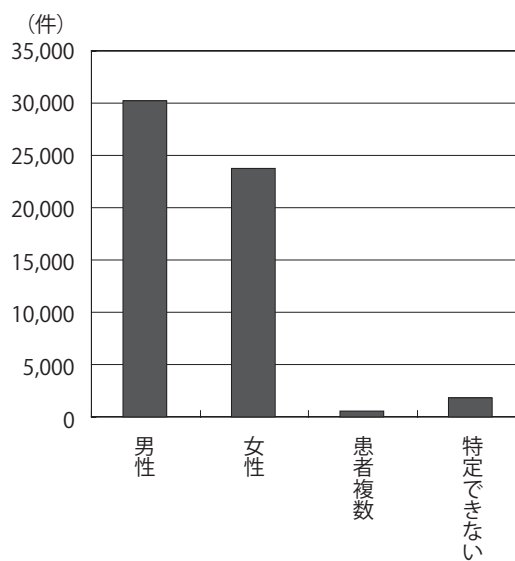
図表Ⅱ-2-8 患者の年齢

年齢	件数
0～10歳	3,933
11～20歳	1,109
21～30歳	1,693
31～40歳	2,485
41～50歳	2,882
51～60歳	6,697
61～70歳	10,309
71～80歳	14,273
81～90歳	7,768
91歳以上	1,246
患者複数	518
不明	3,491
合計	56,404



図表Ⅱ-2-9 患者の性別

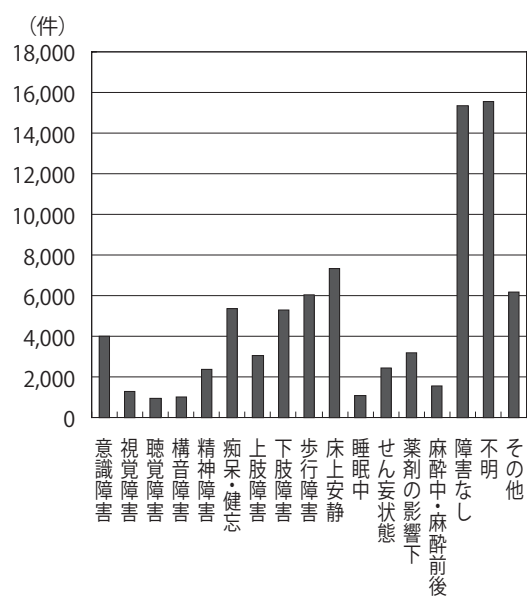
性別	件数
男性	30,225
女性	23,799
患者複数	540
特定できない	1,840
合計	56,404



図表Ⅱ-2-10 患者の心身状態

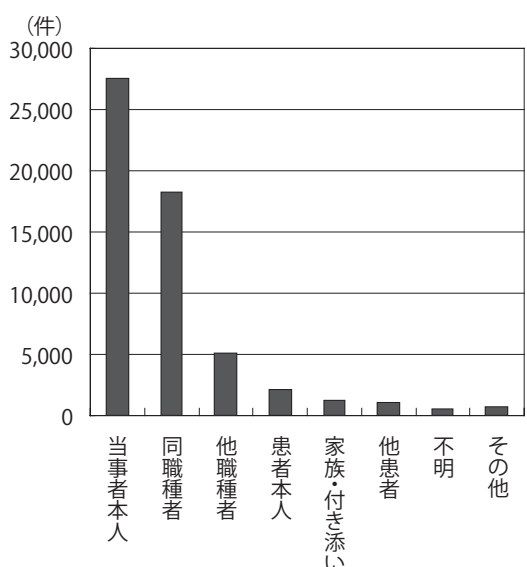
患者の心身状態 ^(注)	件数	%
意識障害	4,017	4.9
視覚障害	1,270	1.5
聴覚障害	955	1.2
構音障害	1,051	1.3
精神障害	2,355	2.9
痴呆・健忘	5,342	6.5
上肢障害	3,025	3.7
下肢障害	5,279	6.4
歩行障害	6,036	7.4
床上安静	7,307	8.9
睡眠中	1,091	1.3
せん妄状態	2,434	3.0
薬剤の影響下	3,161	3.9
麻酔中・麻酔前後	1,558	1.9
障害なし	15,344	18.7
不明	15,576	19.0
その他	6,192	7.6
合計	81,993	100.0

(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

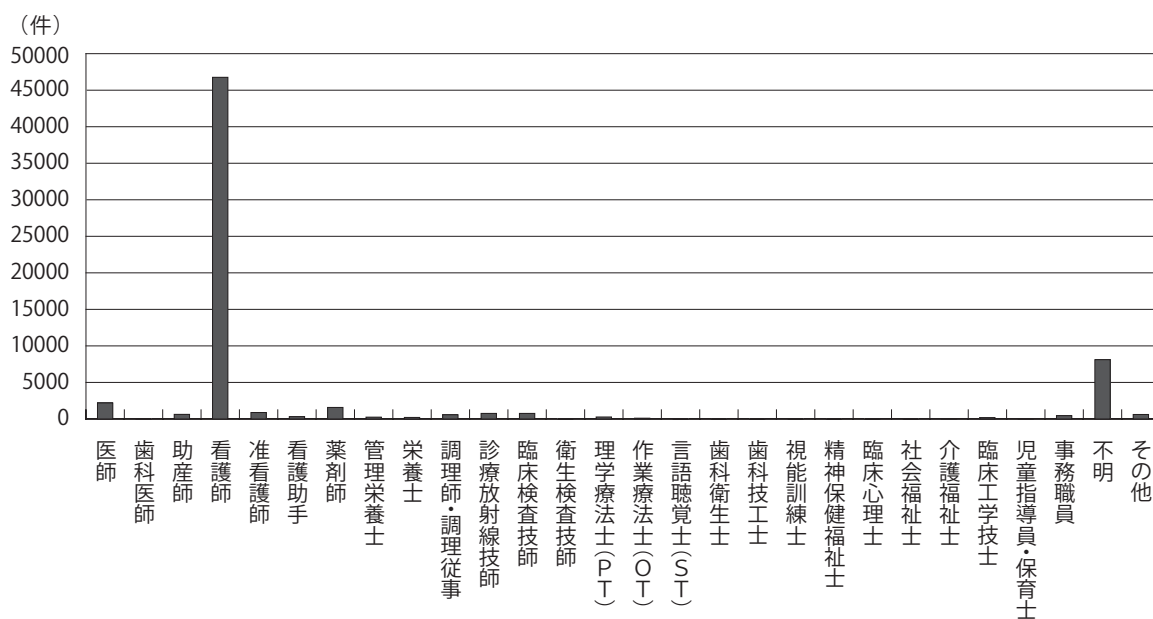
発見者	件数	%
当事者本人	27,510	48.8
同職種者	18,180	32.2
他職種者	5,119	9.1
患者本人	2,134	3.8
家族・付き添い	1,157	2.1
他患者	1,079	1.9
不明	460	0.8
その他	765	1.4
合計	56,404	100.0



図表Ⅱ - 2 - 1 2 当事者の職種

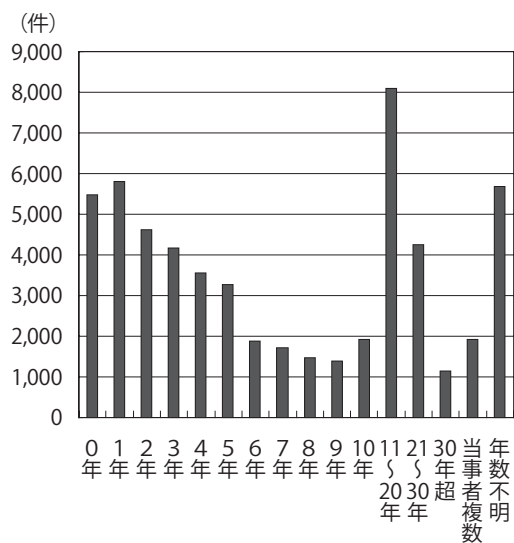
当事者の職種 ^(注)	件数	%
医師	2,191	3.4
歯科医師	39	0.1
助産師	629	1.0
看護師	46,765	72.1
准看護師	881	1.4
看護助手	314	0.5
薬剤師	1,577	2.4
管理栄養士	249	0.4
栄養士	209	0.3
調理師・調理従事者	575	0.9
診療放射線技師	761	1.2
臨床検査技師	761	1.2
衛生検査技師	6	0.0
理学療法士 (PT)	271	0.4
作業療法士 (OT)	106	0.2
言語聴覚士 (ST)	14	0.0
歯科衛生士	8	0.0
歯科技工士	1	0.0
視能訓練士	22	0.0
精神保健福祉士	1	0.0
臨床心理士	4	0.0
社会福祉士	7	0.0
介護福祉士	59	0.1
臨床工学技士	173	0.3
児童指導員・保育士	45	0.1
事務職員	451	0.7
不明	8,112	12.5
その他	613	0.9
合計	64,844	100.0

(注)「当事者の職種」は複数回答が可能である。



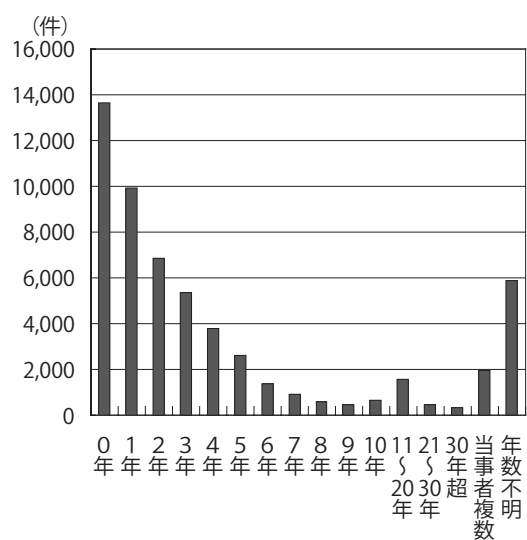
図表Ⅱ-2-13 当事者の職種経験年数

当事者の職種経験年数	件数	%
0年	5,490	9.7
1年	5,814	10.3
2年	4,606	8.2
3年	4,180	7.4
4年	3,563	6.3
5年	3,259	5.8
6年	1,891	3.4
7年	1,722	3.1
8年	1,459	2.6
9年	1,374	2.4
10年	1,911	3.4
11～20年	8,120	14.4
21～30年	4,236	7.5
30年超	1,141	2.0
当事者複数	1,943	3.4
年数不明	5,695	10.1
合計	56,404	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	13,671
1年	9,926
2年	6,866
3年	5,365
4年	3,789
5年	2,601
6年	1,388
7年	936
8年	600
9年	460
10年	632
11～20年	1,551
21～30年	440
30年超	323
当事者複数	1,947
年数不明	5,909
合計	56,404

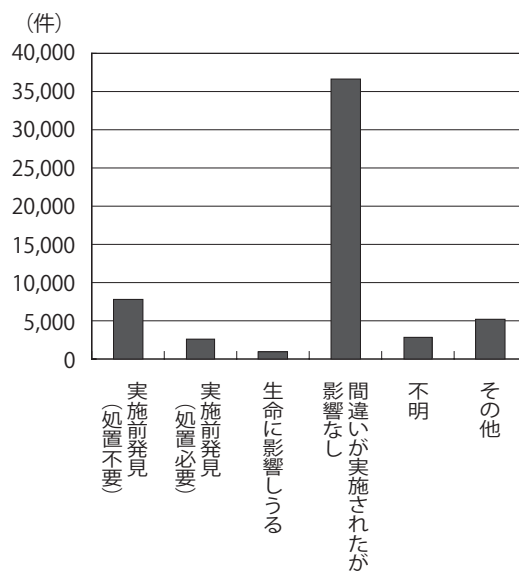


図表Ⅱ-2-15 ヒヤリ・ハットが発生した場面

発生場面	件数	(%)
オーダー・指示出し	748	1.3
情報伝達過程	1,540	2.7
与薬準備	1,314	2.3
処方・与薬	12,436	22.0
調剤・製剤管理等	1,548	2.7
輸血	253	0.4
手術	718	1.3
麻酔	78	0.1
出産・人工流産	22	0.0
その他の治療	463	0.8
処置	406	0.7
診察	169	0.3
医療用具（機器）の使用・管理	1,399	2.5
ドレーン・チューブ類の使用・管理	7,561	13.4
歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理	6	0.0
検査	3,524	6.2
療養上の世話	5,033	8.9
給食・栄養	1,564	2.8
その他の療養生活の場面	5,846	10.4
物品搬送	46	0.1
放射線管理	26	0.0
診療情報管理	479	0.8
患者・家族への説明	330	0.6
施設・設備	108	0.2
その他	10,787	19.1
合計	56,404	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)	7,885	14.0
実施前発見：患者への影響は中等度 (処置必要)	2,703	4.8
実施前発見：患者への影響は大きい (生命に影響しうる)	999	1.8
間違いが実施されたが、患者に影響 がなかった	36,673	65.0
不明	2,950	5.2
その他	5,194	9.2
合計	56,404	100.0



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	35,889	24.5
観察が不十分であった	17,961	12.2
判断に誤りがあった	11,609	7.9
知識が不足していた・知識に誤りがあった	4,768	3.2
技術（手技）が未熟だった・技術（手技）を誤った	3,353	2.3
報告等（忘れた・不十分・間違い・不適切）	3,208	2.2
身体的状況（寝不足・体調不良等）	2,100	1.4
心理的状況（慌てていた・思い込み等）	15,699	10.7
システム	2,923	2.0
連携	6,594	4.5
記録等の記載	1,699	1.2
患者の外見（容貌・年齢）・姓名の類似	263	0.2
勤務状況	12,054	8.2
環境	1,402	1.0
医療・歯科医療用具（機器）・器具・医療材料	1,615	1.1
薬剤	1,831	1.2
諸物品	1,032	0.7
施設・設備	715	0.5
教育・訓練	3,622	2.5
患者・家族への説明	7,005	4.8
その他	11,438	7.8
合計	146,780	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	35,361
	その他	676
観察	観察が不十分であった	17,477
	その他	527
心理的状況	慌てていた	4,740
	イライラしていた	334
	緊張していた	798
	他のことに気を取られていた	3,192
	思い込んでいた	7,378
	無意識だった	2,595
	その他	1,446
勤務状況	多忙であった	6,465
	勤務の管理に不備	126
	作業が中断した	537
	当直だった	252
	当直明けだった	66
	夜勤だった	5,358
	夜勤明けだった	269
	その他	830
判断	判断に誤りがあった	10,870
	その他	832
患者・家族への説明	説明が不十分であった	3,313
	説明に誤りがあった	183
	患者・家族の理解が不十分であった	3,815
	その他	693
連携	医師と看護職の連携不適切	1,784
	医師と技術職の連携不適切	70
	医師と事務職の連携不適切	26
	医師間の連携不適切	149
	看護職間の連携不適切	3,781
	技術職間の連携不適切	236
	多職種間の連携不適切	569
	歯科医師と歯科関連職の連携不適切	0
	その他	557
知識	知識が不足していた	3,753
	知識に誤りがあった	541
	その他	644

(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	620	74	113	109	34	85	44	230	129	203
情報伝達過程	1,281	110	287	169	59	289	61	542	204	473
与薬準備	1,123	122	170	140	92	78	67	434	90	173
処方・与薬	10,833	2,064	2,101	1,301	605	738	521	4,669	590	1,769
調剤・製剤管理等	1,335	166	164	106	80	41	74	581	68	110
輸血	192	37	51	52	19	24	13	100	21	56
手術	543	152	139	96	97	54	32	230	48	174
麻酔	47	22	18	10	14	6	3	28	3	11
出産・人工流産	15	6	6	2	2	4	0	6	0	5
その他の治療	316	143	127	52	56	34	19	149	31	65
処置	264	103	91	50	81	34	23	135	23	65
診察	127	27	26	12	7	12	5	49	18	23
医療用具(機器)の使用・管理	1,001	336	190	193	149	50	40	366	58	146
ドレーン・チューブ類の使用・管理	3,389	4,512	2,053	430	509	138	202	1,283	125	494
歯科医療用具(機器)・ 材料の使用・管理	2	1	1	2	3	0	0	2	0	0
検査	2,876	367	520	386	186	239	149	1,241	219	436
療養上の世話	2,086	2,827	1,369	233	251	163	170	791	128	409
給食・栄養	1,327	238	196	102	76	81	38	408	90	167
その他の療養生活の場面	1,437	3,179	1,391	101	57	53	136	567	54	212
物品搬送	39	5	7	5	3	2	3	15	3	5
放射線管理	20	2	0	2	0	0	1	8	2	2
診療情報管理	399	42	56	31	12	27	10	139	56	79
患者・家族への説明	194	28	72	32	7	34	7	95	38	65
施設・設備	54	13	11	11	7	5	5	11	9	4
その他	6,369	3,385	2,450	1,141	947	1,017	477	3,620	916	1,448
合計	35,889	17,961	11,609	4,768	3,353	3,208	2,100	15,699	2,923	6,594

(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
79	7	135	22	35	42	28	25	80	39	52	2,185
106	12	275	26	24	38	25	16	111	80	45	4,233
73	7	279	31	39	197	35	23	133	44	85	3,435
461	63	2,706	136	157	850	133	72	991	749	388	31,897
49	5	336	18	34	302	23	8	80	25	86	3,691
6	0	48	4	4	2	0	0	28	3	5	665
19	2	95	20	60	9	21	3	59	26	41	1,920
2	0	10	3	6	5	3	1	6	6	9	213
0	0	4	1	1	0	0	0	3	0	1	56
20	0	81	11	23	18	10	8	37	30	40	1,270
15	5	83	9	22	11	8	3	29	21	28	1,103
5	9	44	2	4	3	5	2	7	33	8	428
14	0	202	34	396	8	48	16	148	23	43	3,461
57	10	1,688	176	281	70	167	57	346	1,063	328	17,378
0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	14
100	49	612	51	92	27	54	24	259	163	141	8,191
75	27	1,020	216	199	96	210	136	343	1,283	319	12,351
41	10	200	21	20	13	34	19	117	46	101	3,345
21	5	1,069	316	58	54	146	77	195	1,520	561	11,209
4	0	6	3	4	5	3	3	11	2	2	130
0	0	3	0	5	0	1	0	1	0	0	47
43	12	88	6	5	2	8	7	59	21	20	1,122
11	1	48	7	9	3	7	9	32	166	9	874
2	0	14	9	7	1	12	40	10	7	9	241
496	39	3,008	280	128	75	50	166	537	1,655	9,117	37,321
1,699	263	12,054	1,402	1,615	1,831	1,032	715	3,622	7,005	11,438	146,780

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	192	43	15	410	25	63	748
情報伝達過程	263	38	36	1,020	81	102	1,540
与薬準備	406	57	19	722	46	64	1,314
処方・与薬	1,395	262	255	9,363	559	602	12,436
調剤・製剤管理等	607	77	26	617	71	150	1,548
輸血	36	11	17	165	12	12	253
手術	69	80	30	391	46	102	718
麻酔	10	5	3	43	6	11	78
出産・人工流産	3	0	1	12	4	2	22
その他の治療	23	29	5	318	23	65	463
処置	48	14	10	257	25	52	406
診察	32	4	4	104	11	14	169
医療用具（機器）の使用・管理	199	65	39	905	58	133	1,399
ドレーン・チューブ類の使用・管理	448	316	103	4,993	367	1,334	7,561
歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理	0	0	0	5	0	1	6
検査	526	113	21	2,435	145	284	3,524
療養上の世話	381	211	46	3,579	180	636	5,033
給食・栄養	293	36	19	1,053	50	113	1,564
その他の療養生活の場面	365	141	74	3,949	212	1,105	5,846
物品搬送	10	0	0	28	2	6	46
放射線管理	7	0	0	16	1	2	26
診療情報管理	92	9	2	322	20	34	479
患者・家族への説明	49	6	3	209	20	43	330
施設・設備	22	8	5	53	5	15	108
その他	2,409	1,178	266	5,704	981	249	10,787
合計	7,885	2,703	999	36,673	2,950	5,194	56,404

【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24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	第24回収集	
事例発生日		1月～3月	4月～6月	
収集期間		2月14日～ 5月21日	5月22日～ 8月20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)	546 (42)	
	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)	人工呼吸器 39 (14)	
	その他重要事例 ^(注2) (報告書掲載件数)	242 (7) ^(注3)	153 (7)	
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)	134 (30)	
	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)	352 (30)	
	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)	141 (28)	
	小児患者に関連した事例 (報告書掲載件数)	161 (33)	232 (32)	

(注1) 記述情報として収集する事例の内容やテーマは9～10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(10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し、他のテーマとの重複事例は除く。

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「小児患者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) 9～11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7月1日から同年9月30日までに2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7月1日から平成19年9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21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

薬剤に関連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6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9件であった。そのうち、処方記載内容の解釈の違いから過量投与となった事例が1件、化学療法の際の用法・用量の間違いが3件、指示の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、薬剤量を誤って10倍量処方した事例が2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1件であり、患者が入院時の持参薬を指示通り内服していなかった事例であった。

③ 準備段階

準備段階における事例は4件であった。そのうち、インスリンの含量を間違えたことにより過量投与した事例が1件、注射薬を取り違えた事例が3件であった。

④ 実施段階

実施段階における事例は5件であった。そのうち、輸液を輸液ポンプにセットするのを忘れ、指示量より早い速度で投与された事例が1件、薬剤が準備されていた注射器やカップを取り違えた事例が3件であった。

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は1件であり、抗癌剤の点滴投与中における輸液の血管外漏出であった。

⑥ その他

その他の事例は1件であり、禁忌薬の投与であった。

(2) 薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第24回ヒヤリ・ハット事例収集^(注1)において報告された警鐘的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24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 薬剤に関連した事例

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」、「その他」の6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42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した事例

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」、「その他」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30件の事例概要を図表Ⅲ-6に示す。

(注1) 第1回～23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故事例の概要

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
【薬剤間違い】			
1	実施段階	障害の可能性 (なし)	患者に栄養チューブから夕方の内服薬を注入する際に、他の患者の内服薬を注入した。注入用の注射器が数名分同じトレイに入れてあった。
2	準備段階	障害の可能性 (なし)	看護師は準備してあった袋の中からアドナとトランサミンを取り出したつもりだったが、実際はアドナとオムニカインを取り出し、点滴に混合し、20 mL/h の速度で点滴を開始した。20 分後、外来の検査室で、別の看護師が肝生検を行う際に使用するオムニカインを準備しようとしたが、点滴に入れるはずのトランサミンが残っていることに気付いた。病棟に確認したところ、オムニカインの空のアンプルがあったことから、混合間違いが判明した。
3	準備段階	障害の可能性 (なし)	ビソルボンが処方されていたが、間違えてラシックス注が払い出されていた。準備した日勤の看護師が気づき、あとで交換しようと思ったがそのままにして置いた。そのことに気付かず準夜勤務の看護師が、ラシックス注をビソルボン注射液だと思い注射した。
4	実施段階	障害の可能性 (なし)	患者の主治医より当直明けの医師に電話でラシックス注 80 mg を静注するよう口頭指示があった。この患者のラシックス注 80 mg と持続用のヒューマリン R 30 単位を生理食塩水 20 mL に希釈したものが別々のトレイに用意されていた。医師は間違えてヒューマリン R が入ったトレイをとり、患者にワンショット静注した。
5	実施段階	障害の可能性 (なし)	主治医が夕方分の強力ミノファージェン C を静注するつもりで、当該患者用トレイにの次回接続分として 50 mL 注射器に準備してあったカコージン D 注 0.1% 50 mL を間違えて静注した。準備してあったカコージン D 注が入った 50 mL の注射器には患者名と薬剤名のシールが貼付されていたが主治医は注射器内の薬剤を強力ミノファージェン C と思いこみ、シールを確認しなかった。カコージン D 注を 45 mL 注入した時点で主治医が薬剤の間違いに気付いた。
6	準備段階	障害なし	看護師が三種混合と記載された注射伝票を医師の診察の机から手にとり準備した。「三種混合」と口頭で言い確認したつもりが、同じトレイに入っていた麻疹風疹ワクチン「ビゲン」を手にとり準備した。医師に「三種混合です」と言って渡した。医師は外箱の確認をせずに三種混合ワクチンだと思い患児の左上腕に皮下注射した。実施後、医師が外箱の薬液の製造番号シールをカルテに貼る際に、間違いに気付いた。
7	実施段階	障害の可能性 (高い)	白内障の患者の切開創が開き前房水が漏れているため手術室で縫合を行うことになった。白内障手術では、通常、生理食塩水、イソジン、ヒビテン・グルコネート液をそれぞれカラーシールで区別されたカップに準備している。「今回は 1 針縫合するだけだから消毒でいい」と看護師は聞いたため、生理食塩水は用意しなかった。医師は、準備されていた透明液のヒビテン・グルコネート液を生理食塩水だと思い、注射器に吸い角膜内に注入したが前房水がきれいにならないため看護師に確認したところ、生理食塩水ではなくヒビテン・グルコネート液であった。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
【薬剤量間違い】			
8	指示段階	障害の可能性 (なし)	入院中の患者は他科を受診した。他科の医師はカルテに「リン酸コデイン60mg、3×の処方をお願いします」と記載した。他科の医師はリン酸コデイン60mgを3回に分けて処方することを意図したが、主科の担当医はカルテを見て「3×」を1日3回と解釈したため、処方箋にリン酸コデイン180mg分3と記入した。このため1回の投与量60mg、1日3回で服用した。
9	準備段階	障害の可能性 (低い)	医師から「ノボリンR注100 50単位+生食50mL、1mL/h」と点滴指示を受けた。看護師は、ノボリンR 50単位=0.5mLを誤って5mLと判断し、投与した。薬剤を準備した看護師は1バイアルの「ノボリンR注100」の表示を見て1バイアルに100単位入っていると思い込み、50単位を5mLだと判断した。また、この病棟では、インスリンを持続的に投与することは珍しく、指示されるときは「mL」で行われていた。
10	指示段階	障害の可能性 (低い)	マイスタンを本来0.2mg/kg/日とすべきところを、医師が2mg/kg/日と指示した。指示を入力する際、医師は、専門医へ口頭で指示を受けていた。薬剤科の監査でも見逃され、患者に6日間投与された。
11	指示段階	障害なし	デカドロン錠の粉碎のオーダーリング入力ができず手書き処方する際に、2mgと処方すべきところ20mgと記載した。薬剤師は提示された内容を調剤した。薬剤科より量が多いとの指摘があり、発覚した。すでに患児は服用後であった。
12	指示段階	障害の可能性 (なし)	術後の化学療法施行(アドリアシン、プリプラチン使用)において、本来、プロトコールでは2週間休薬すべきところを、翌週にも同薬剤を投与する指示表を作成したためこの指示どおり投与された。通常の化学療法後の経過に比べて、骨髄抑制、粘膜障害が進んでいたため、プロトコールを確認したところ、過量投与が判明した。
【方法間違い】			
13	指示段階	障害の可能性 (なし)	化学療法により、カルボプラチン+パクリタキセルを毎週1回のみ投与していた。1日目のみカルボプラチンを投与するところ、8日目、15日目にも投与してしまった。担当の2年目研修医が交代し、初めて指示を出し、実施した。20日目に別の医師が抗がん剤経過表を見て間違いに気付いた。15日目の処方の際、薬剤科から疑義照会があったが事故を防ぐことができなかった。
14	指示段階	障害の可能性 (高い)	本来1日間のみ投与であるシスプラチンが3日間投与された。化学療法の開始が週末となり、薬剤部とのダブルチェック機能が働かない状況であった。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
【速度間違い】			
15	実施段階	障害の可能性 (低い)	患者に、輸液ポンプを使用して「ソリタ T1 500mL + KCL 10mL」の輸液を30mL/hで投与されていた。患者を搬送する際、受持ち看護師は一時的に輸液ポンプを中止し、少し輸液のクレンメを絞った。移動後、輸液ポンプにセットするのを忘れ、1時間後に他の看護師が気付いた。輸液は1時間で140mL注入された。
【対象者間違い】			
16	指示段階	障害なし	患者Aの次に患者Bを診察した。患者Bにバルトレックス6T3×2日分とベシカム軟膏をオーダーリング画面により処方入力を行った。その後、医事課より、患者Bに薬が処方されていないことを指摘され、再度、医師は入力した。翌日、患者Aからの問い合わせにより、患者Bの処方入力を患者Aの画面で行っていたことがわかった。
【その他】			
17	実施後の観察及び管理段階	障害の可能性 (低い)	医師は、化学療法を開始した。約1時間後から「5%ブドウ糖250mL+ タキソール90mg」の輸液を追加した。その約1時間後、輸液の滴下が緩慢なため、看護師が刺入部を確認したところ、刺入部周囲の腫脹に気づき、輸液が漏れていたことがわかった。
18	指示段階	障害なし	外来診察で処方箋を出す際、前回と同様の処方を出すつもりで、端末で前回の処方を複写した。しかし、実際には約1年前の処方が表示されており、それを複写したため間違った処方箋を発行した。
19	指示受け・申し送り段階	障害なし	患者は他院より紹介状を持って入院した。医師は紹介状を確認し、持参薬が継続となり、看護師が薬を管理することになった。その後、患者からの問い合わせにより、継続指示が出た薬を一部飲んでいなかったことが判明した。持参薬の確認は患者本人との確認のみで、紹介状との情報の確認を行っていなかった。
20	指示段階	障害なし	術後、帰室時には、硬膜外チューブから麻薬が持続注入されて来る事が多いが、今回は、静脈注射によりフェンタニルが投与されていた。医師は指示変更を忘れ、病棟では術前から出されていた硬膜外用のアナペインは返納されずにいた。準夜勤で、看護師Aは指示書を見ながらアナペインを準備し静脈ラインに接続した。この時、指示書に書かれていた「硬膜外チューブから注入」というコメントには注意を払わなかった。翌朝の看護師Cが気付いた。
21	その他	障害なし	患者の紹介状と外来予診カードにペニシリンアレルギーについて記入されていたが、診療録には記載されず、ペニシリンの点滴を実施した。3日後に皮疹が出現し、医師は患者にペニシリンアレルギーがあることを知った。

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	指示段階	0	4	0	0	2	0	1	2	9
	指示受け・ 申し送り段階	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	準備段階	3	1	0	0	0	0	0	0	4
	実施段階	4	0	0	0	0	1	0	0	5
	実施後の観察 及び管理段階	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	その他	0	0	0	0	0	0	0	1	1
合計		7	5	0	0	2	1	1	5	21

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				
発生段階	指示段階	10	27	2	0	0	0	1	16	56
	指示受け・ 申し送り段階	3	12	1	0	0	1	0	6	23
	準備段階	93	52	0	0	3	2	8	54 ^(注)	212
	実施段階	21	42	2	1	0	70	8	78	222
	実施後の観察 及び管理段階	0	0	0	0	0	0	0	7	7
	その他	0	1	0	0	0	0	0	25	26
合計		127	134	5	1	3	73	17	186	546

(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事例6事例を含む

図表Ⅲ - 4 ヒヤリ・ハット事例 記述情報 (薬剤)

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬剤間違い 11件】 他類似事例 117件			
1	「ジゴキシンを吸って下さい」と医師より指示があり、準備しようとアンプルカットした。途中で「薬はいらない」と中止指示が出た。カットしたアンプルを見るとジギラノゲンCと表示されており間違いに気付いた。	ジゴキシんとジギラノゲンCと言う類似した名前の薬剤が存在する事を知らなかった。急いでいた為、アンプルカットの前に確認出来てなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・急いでいる時でも確認を行い間違えない様にする。 ・薬剤の知識を得て応用出来る様になる。
2	注射を準備する際、近くに看護師がいなかった為、ダブルチェックしなかった。500mL ソルデム3A 1本とホスミンS 2g 1バイアルを混合しなければならなかったものを、ホスミンS 2g 1バイアルと生食100mLを混合してしまった。	薬品違い、確認不足。	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴作成前のダブルチェックを徹底する。 ・看護師がいない場合は、医師にもダブルチェックを依頼する。 ・指差し呼称を徹底する。
3	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 3包 3×の処方であったが、誤ってツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 3包 3×を調剤してしまった。受領された薬は、患者に渡された。中身を確認した患者自身より、いつもの薬の包装と色が違うと看護師に報告があり、薬剤部へ確認の電話が入った。監査者は他の業務の待ち時間に監査を行い、当帰芍薬散であることを見落とした。	調剤ミス、確認不足。	<ul style="list-style-type: none"> ・似た名称がある薬剤であることを再認識し、監査時には十分注意を払う。
4	オメプラール10mg 処方のところ、20mgを調剤した。さらに数日後同様の継続処方が出されたが気付かず、別の薬剤師が、再び20mgを調剤した。病棟での与薬時も発見できなかった。当院では、オメプラールは20mgしか採用していないため、医事での入力の際に間違いを発見した。	医師が処方時、当院採用の有無を確認せず、持参薬の内容をそのまま記載した。薬剤師、看護師は、基本の確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は持参薬の処方時「当院採用薬品一覧」又は薬局への問い合わせをし、確認する。 ・薬剤師、看護師は、5Rの確認を徹底する。 ・持参薬を記載した処方箋に注意が向けられるよう印をつける。
5	ゾフランザイデイスのところナゼアOD錠が調剤されていたのを監査で気付かず病棟で気付き交換した。	監査途中に至急の電話対応で作業が一度中断し、継続して監査を行ったこと、午後の処方が多く焦ってしまったことが誤りの原因であると考えられる。	<ul style="list-style-type: none"> ・監査途中に至急の対応で作業が一度中断した後は、最初から鑑査を再開する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
6	1型糖尿病の患児は、自己注射の教育目的で入院していた。就寝前にナースセンターにインスリンの自己注射のため、看護師と一緒に単位数を確認し、本人用の注射セットを渡した。注射セットには、ノボラピットとノボリンNがはいっていた。患児は慣れてきた事もあり注射準備後に看護師と確認しないまま注射をした。注射後にノボリンNを注射するはずがノボラピットを注射してしまった事に気付いた。	糖尿病で就寝前の同じ時間帯に血糖測定やインスリンの自己注射の患児が他にも4人いた。ナースセンターのカウンター前に横に並んで座り確認していたが、一人ずつ集中して確認できなかった。また、様々な注射の種類と指示があり混乱した。本人用の注射セット（ノボリンNとノボラピット）を分かりやすく区別していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・教育目的で入院する場合、チェックリストを作成し患児の理解度を誰でもわかるようにする。 ・注射は必ず看護師と一緒に実施する。 ・患児に指導、教育する場合、注射の種類や違い、間違えとどういふ事が起こるのかなど、主治医、看護師、薬剤師と協力して指導して体制を整える。 ・ノボリンNとノボラピットを区別するシールを貼り、同じ時間帯に処置が重なる場合でも、1人ずつ呼んで対応していく。
7	ビクシリンS 100mg 1Vとビクシリン1g 1Vを間違えた。ビクシリンS 400mg投与するため、ビクシリン1gを5mLで溶解後2mLをボトルに混合するところ、ビクシリンS 100mgを溶解し実施した。	病棟の定数に2規格あり、ビクシリンSはほとんど使用しないため、ビクシリンSとビクシリンの2規格があることを知らなかった。基本的な3回の確認が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟の定数管理からビクシリンSをはずした。
8	患児に心エコー検査の指示が出された。患児がなかなか眠らないので医師はトリクロロールシロップ（10% 1mL）を処方するところ、インクレミンシロップ（1mL）と入力してしまった。処方届けられ看護師は、そのまま患児に投与した。検査は無事終了したが、他の看護師が検査のための処方なのに違う薬ではないのかと間違いに気付いた。	医師が他の患児にインクレミンシロップをオーダー入力している所で、検査の依頼があったので同じように入力してしまった。看護師は水薬が届いた時薬剤が間違っているとは思わず確認しないまま投与した。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師はコンピューター画面の患児氏名・薬剤名・用法・用量を確認しながら処方入力をする。 ・看護師は薬剤投与を行う時には「患児氏名・薬剤名・用法・用量」を確認して行う。
9	ラシックス20mg 1/4A 静脈注射する指示があった。ストック薬より薬剤を取り出し準備したところ、その取り出した薬剤がプリンペランであったことに気付いた。直ちに改めてラシックスを準備し、指示どおり投与する。	薬剤のアンプルの色が似ており、慌てて取り出したため間違いが起こった。	<ul style="list-style-type: none"> ・確実に薬剤の確認を行う。（薬剤を取り出すとき、薬剤を準備するとき、薬剤を投与するとき等の確認事項を徹底する） ・落ち着いて行動する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
10	手術当日の夜、呼吸器管理を行っている患児が覚醒したため、鎮静目的にドルミカムを静注することになったが、誤ってラシックスを投与した。	開心術直後の複雑心疾患の患児に対しては、ラシックスとドルミカムの投与が必要なため、これらの薬剤は予め指示された濃度に調整して準備してあった。シリンジの入っていたビニール袋には薬剤名が書かれていたが、小さいシリンジを使用するため個々のシリンジには薬剤名は書かれていなかった。今回、突然の覚醒により極めて危険な状態となったため、鎮静を急ぐあまりシリンジの入った袋を取り違えてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 袋の薬剤名の確認とシリンジの確認を徹底する。
【薬剤量間違い 11件】 他類似事例 134件			
11	1日3回の抗生物質混合のために、必要事項をシリンジに記入した。その後、他の看護師とダブルチェックを行い、混合して患者に投与した。その後、同内容の抗生物質混合のために、再びシリンジを用意した。前回とは別の他の看護師とダブルチェックを行なったところ、0.2Vの指示を0.2gと間違えていることを指摘され、前回の投与も間違っていたことに気付いた。担当医師に単位を間違え、指示量よりも少なく抗生物質を投与したことを伝えた。	計算する前に、単位まできちんと確認して行なえなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 単位まで声だし指差し呼称し、注射薬調剤、ダブルチェック、患者投与を行なう。 単位を統一して伝票を出してもらうように医師に伝える。
12	疼痛時の指示でペンタジン注15mg 0.5Aを投与するところ、ペンタジン注30mg 0.5Aを投与してしまった。夜勤帯の看護師は台帳に記入してペンタジン注を使用した翌朝、師長が台帳確認と在庫を確認したところ間違いを発見した。	2つの規格の薬剤を、隣のケースに入れ保管していた。ケースに分かりやすく規格を明示していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 使用頻度の少ないペンタジン注30mgの病棟配置を中止する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
13	<p>循環器疾患で持続点滴中の患者に、ラシックスの注射を朝夕2回、オーダーリング上は1Aずつの入力で指示が出ていた。しかし2日前から1/2Aずつに減量との指示が手書きで出されていた。当日の朝、尿量が減少し、1回だけラシックス1Aに増量で、以後は1/2Aのままという指示が出されたが、オーダーリング上はその翌日から1Aのまま入力されていた。指示受けの際にそのことに気付かず、1Aのまま伝票処理も行い、翌日1日間、1Aずつ2回という指示の2倍量投与された。翌々日の受け持ちが、1/2Aという手書きの指示に気付き、伝票が訂正されないまま、その前日にはラシックスが倍量投与されたことが判明した。</p>	<p>新人看護師で重症患者の担当の経験がなかったため、緊張感が強かった。当患者以外にも2名の受け持ちがあり余裕がなく落ち着いて指示を受けることが出来なかった。朝から受けた指示が夕方には印象に残っておらず、指示の違いに気付かなかった。指示受けの際には、先輩看護師とダブルチェックを行っていたが、以前の手書きの指示との比較をしていないために変更箇所気付くことが出来なかった。医師も、ラシックスの変更を入力しないで、前回同様にオーダーを延長した。また、発覚前日の担当看護師も、1Aになっていることに気付かず指示だと思って確認しなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・指示受けの際には、基本的な患者名や薬剤名、量、回数、日数の確認と前回の指示との違いにも注目し、変更箇所の有無の確認を行う。 ・ダブルチェックと呼称確認を徹底する。 ・新人として、複雑な指示については指示受け後の処理まで行なったあとも、先輩看護師に確認依頼するようにする。 ・医師は、注射の量の変更時は手書きではなく、オーダーリングの入力の訂正を行なうようにする。
14	<p>○月10日の入院時に持参薬続行で本人管理にしていた。○月11日の凝固の採血結果、ワーファリン「0錠」の指示があった。カルテに毎日「0錠」と指示が記載されていた。○月14日、2錠内服の指示があった。本人持参のワーファリンが見当たらなかったため、病棟ストックよりワーファリンを服用させた。翌日本人に確認したところ中止とは聞いていなかったもので、知らずに入院後5日間ワーファリンを2.5錠ずつ内服しており、○月14日は合計4.5錠内服していた。</p>	<p>入院時にワーファリンも自己管理にしているが、その記載が無かった。ワーファリンは採血結果によって指示量が異なることがあり、看護師管理となっていることが多かったため、患者が持っているという意識がなかった。ワーファリン中止の指示後、患者への説明がされていなかった。14日の配薬時にワーファリンがないことを疑問に思ったが、患者への確認が不十分のまま、病棟ストック薬を使っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ワーファリンの用量が固定になるまでは、看護師管理にする。 ・中止薬は、患者の手元に置かず回収する。 ・ワーファリンが患者持ちか、看護師管理かを必ず分かるようにしておく。 ・ワーファリン中止のときは、主治医から説明する。 ・ワーファリン「0錠」の指示の場合、内服していない事を確認する。 ・ワーファリンの常備薬を容易に使わない。
15	<p>夜勤時、受け持ち患者の情報収集をし、翌朝から内服するワーファリンがオーダーされていることを確認して、指示を受けた。翌朝配薬する際、カルテから情報収集した薬品名と配薬車にセットされた薬包の数をみただけで、錠数・内容は確認していなかった。またワーファリンの2.5錠も指示受けはしたが、セットしていなかった。翌日の夜勤の受け持ち看護師が、朝食後の配薬をしようとしたところ、配薬車にセットがされておらずセットをすると、1回分内服薬に余りが生じていることに気付き、前日の飲み忘れが発覚した。</p>	<p>内服薬の確認の仕方が正しく理解できていなかった。内服の指示受けの仕方も間違っており、理解していなかった。薬の種類が多く区別がつきにくかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・内服薬の確認の仕方を徹底する。(薬の種類、錠数、識別番号、内服時間を確認してからセットし、ダブルチェックをしてから配薬する。) ・指示受けの仕方をマニュアルどおりに行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
16	ソリタ T 1 200mL+ ネオフィリン 2mL 点滴の指示をソリタ T 1 200mL+ ネオフィリン 2A と誤って指示（電子カルテ打ち間違い）した。20mL 点滴後看護師が気づき中止する。	現在の電子カルテのシステムでは薬剤の注射の指示を出す際、アンプルでの指示と薬剤量（mg、mL）の2通りの指示があるため、今回の事例は発生が十分に予想されたものである。しかしながら、小児に薬剤を投与する性格上、アンプル、バイアルでの指示は計算ミス誘発する危険性もあるため、指示の入力方法を統一するのは困難である。	<ul style="list-style-type: none"> 2アンプル投与という投与量なので過大投与の警告がでるのか再度確認する。 アンプル、バイアルと mg、mL と文字の色を変えるなど指示を出すものに訴えるような画面に変更することを検討する。 また、指示を印刷した場合にも指示を受けた看護師がわかるような工夫をする。 白黒印刷のため文字のサイズを変える、下線をつける。
17	主治医のカルテ記載は、ロイケリン 10mg を 1日 8回分であったが処方箋打ち込み担当者が、0.1g を 1g と記入してしまう。医師のチェックもすり抜け、外来処方箋が患者に渡った。患者は調剤薬局で処方してもらい、8日間内服する。8日後に再来し同じ薬を処方されたが、今度は 0.1g と記載されたため、調剤薬局より前回の処方の 1/10 の量であると当院に問い合わせがあった。結果、前回のロイケリンの量が 10 倍量であった事が発覚する。	打ち込み担当の計算ミス。調剤薬局の監査が機能していなかった。また、当院薬剤師が院内製剤の周知報告を徹底していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 調剤薬局と当院の薬局とで連携を密にし、情報を共有できるようにする。 当院と関わりの多い院外の調剤薬局に、当院で起きた薬剤に関するインシデント報告や情報をお知らせとして郵送する。
18	院外処方を入力した内容を院内処方に切り替えた。その際、院内採用薬は院外処方の倍量の規格薬しかなく、その規格の薬と思いきみ調剤した。	院内採用薬が 1つの規格しかないので思いきみで調剤してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 院外処方から院内処方に切り替えたときは、薬が院内採用されている規格かをチェックする。
19	8歳4ヶ月の患者に処方されたデパケンシロップ 16mL、分2、14日分を調剤する際に、水薬ビン 1本を7日分とし2本調剤した。その際、1本につき14分割のマジック線を引くところ、28分割のマジック線を誤って引いた。後日、病棟から水薬ビンの線が間違っている旨の連絡があった。2日と1回分が服用済みであり、処方量の半量しか服用できていなかった。	調剤者は2ヶ月の新人であり、水薬調剤に不慣れであった。監査者も秤量と薬剤の確認は行ったが分割の印であるマジック線の確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> 水薬ビンに貼付されたラベル記載の服用回数とマジック線の数が一致しているか否かの確認を行うよう注意ポスターを水薬調剤棚に貼付した。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
20	<p>患児に対しフランドルテープを使用していた。指示により、フランドルテープの量が1/12を1枚から2枚に増量になっていた。処方を入力では、「フランドルテープ、1回1/6」と入力されていた。ベッドサイドに置いてあった、1/6にカットされたフランドルテープを使用した。血圧高値が続いていたため、口頭によりフランドルテープをもう1枚追加する指示がでた。ベッドサイドにあった1/6にカットされたものを、スタッフと確認して貼用した。その後、指示書には「フランドルテープ1/12分を1枚追加」と記載されており、過剰投与した。</p>	<p>口頭指示で受け、指示を見る前に目の前にある1/6のものを使用するものだと思い込んでしまっていた。その思い込みで、カルテをみているため、正しい数値に気付けなかった。また、ダブルチェックをする際は指示書をみて指差し呼称をすべきところやっていた。マニュアル通りに実施していなかった。テープはただ切って袋に入っているだけで、量、サイズの記載はされていなかった。指示書の記載の仕方と処方の入力の仕方が違っていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドサイドにあるテープに量を記載、間違えないように注意するように記載した。
21	<p>手術後の患者の内服薬を看護師管理していた。他院からの薬の説明書には「ロヒプノール錠1mg 1日1回就寝前2錠」と書いてあり、患者へ2錠手渡した。患者は内服したが、その後に実際は1錠/回であると言われた。処方箋には2錠/回と書かれており事情を聞くと、原則処方2週間分までであるため、実際の薬が、1ヵ月分の錠数分を患者が受け取れるように2錠/回と開業医に処方してもらっていた。</p>	<p>日常の内服量を確認していなかった。入院時基礎情報用紙は処方箋のまま記載されていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・内服薬を預かる時には用法・用量と処方箋が合っているか確認する。
【方法間違い 2件】 他類似事例 7件			
22	<p>手術前に坐薬を挿入する時、肛門と間違えて膣に入れてしまった。手術後、溶け出してきているのを他の看護師が発見した。</p>	<p>挿入しにくい体位であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・確認を十分に行い、挿入しやすい体位を工夫する。
23	<p>ピソルボンの静脈注射の指示があったが、「ピソルボンきたら、お願いね」と言われ、筋肉注射だと思い込み、実施した。その直後に他の看護師から静脈注射の指示であることを指摘された。</p>	<p>バイタル測定し医師に報告した。筋肉注射でも問題ないと返答あった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・忙しい時ほどしっかり確認し、あわてている時は必ずダブルチェックする。 ・薬剤チェックだけでなく投与方法もしっかり確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【速度間違い 4件】 他類似事例 69件			
24	22時交換予定のキロサイド入りの点滴が、約2時間前に落ちきっていた。1時間半で80～90mLの点滴が落ちてしまった。医師の指示は時間20mLであった。	キロサイド入りの点滴であるため、本来なら輸液ポンプを使用することが望ましいが、患児にとって輸液ポンプは、動かしにくい事やコンセントを外さなければいけない事などで動きが制限されるためつけないという希望があった。輸液ポンプをつけないと、体動により滴下の変動も考えられる。輸血後や側管点滴終了時は滴下が変わりやすいため、終了予定時間には必ず訪室する。タイマー等も活用する。	<ul style="list-style-type: none"> 患児の承諾が得られれば輸液ポンプを取り付ける。 輸血後や側管点滴終了時は滴下が変わりやすいため、終了予定時間には必ず訪室する。 ポンプの装着は患者が嫌がるので、付き添いの家族の協力を得るとともに側管の点滴施行のタイミングなどによって訪室を考えていく事を検討する。
25	点滴を制吐剤からアドリアシンにつなが変える際、200mL/hの滴下のところ、制吐剤と同じ300mL/hの滴下と思い込み投与開始した。10分チェックの際に他のスタッフが投与速度が違うことに気付いた。	バイタルサインを測定し、異常がなかったことを医師に報告した。合計30分で投与できるように投与速度を調整して再開した。	<ul style="list-style-type: none"> 患者氏名・ID・投与月日・薬剤名・薬剤量・投与速度・投与方法の確認を点滴準備時、点滴をつなげる時、滴下を開始するとき、声だし確認を確実にこなす。 患者に投与時間を告げることでもう一度投与速度を確認する。
26	ラクテックを40mL/hで落としていたが、ラウンド時に120mL/hで滴下してしまったところを発見した。	バイタル測定、胸部症状の有無の確認をし、問題なかった。	<ul style="list-style-type: none"> 滴下を合わせる時には、患者の最も滴下しやすい腕の回旋や屈伸状態を観察した上で実施する。 滴下にむらがあったり、体動・移動を多くする患者は特に注意し、滴下速度を観察するようにする。
27	点滴交換をするとき、点滴ボトルに記載されている流量と、オーダー上の指示が違うことに気付いた。口頭指示で変更となったと思いそのまま、ボトルに記載された滴数で落としたが、オーダー上の指示が正しかった。	ボトルに記載されている滴下数を信用した。カルテでの確認を怠った。指示が変更になった時点でラベルの記載内容の変更を行わなかった。指示が変更になった時点で看護師同士での伝達がなかった。	<ul style="list-style-type: none"> カルテでの確認を怠らない。 指示を受けた時点で確実にラベルの変更を行う。 変更の時点で伝達する。
【対象者間違い 2件】 他類似事例 15件			
28	他患者の内服薬を与薬してしまった。同じトレイに5人分のシリンジを準備していた。	準備した看護師と投与した看護師が違った。同じトレイに5名分の経管栄養のシリンジと内服薬のシリンジがあった。	<ul style="list-style-type: none"> 内服投与時の5W1Hの徹底。 同じトレイに複数の内服薬を準備しない。 多忙なときはほかのメンバーに依頼する。
29	患者Aの抗生剤点滴を確認せずに、患者Bに点滴を接続してしまい、患者Aに点滴しようとしたところ、いつもと色が違うと言われ、点滴を取り違えたことに気付いた。	点滴を患者に持っていき前に、名前と点滴を確認せずに、患者の元へ持っていき、確認をしなかった。また、時間に追われ、確認を後回しにしようとした。	<ul style="list-style-type: none"> 部屋に入る前に、点滴とネームプレートの確認をする。 部屋に入ってから、患者に名前を言ってもらい、ベットネームでも確認する。 患者に点滴を接続する前に確認をする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【その他 13件】 他類似事例 173件			
30	胃ろう造設予定の患者がエパデルとバイアスピリン内服中であった。朝、6時に内服薬を注入した。内視鏡センターへの申し送りの時点で、中止しなければならない血小板凝集抑制剤が中止となっていないことに気付いた。	患者の内服薬をチェックしていない。抗凝固剤を内服している場合は医師に確認する。	<ul style="list-style-type: none"> ・内視鏡的胃ろう造設術クリニカルパス治療・処置欄に抗凝固剤のチェック項目を追加し、医師と看護師で確認する事にした。
31	医師からの口頭指示で、内服開始日を薬剤師が受けたが、点滴でも同一成分の指示（気管支拡張剤）が出ていたことに気付かなかった。薬剤師は看護師に口頭で、内服開始日の連絡をしていた。患者に、その内服開始日で服薬指導をした。主治医が訪室した際に、内服と点滴にて同一成分が投与されているのに気づき、点滴を中止した。点滴は約1時間施行された。	情報の伝達・連携と情報共有のあり方の問題。業務手順・ルール、チェックの仕組みの問題。点滴伝票を確認しないで、医師からの口頭指示を自分で解釈し患者に薬を渡して説明してしまった。注射薬との照合ができなかった。病棟業務に薬剤師が新規に参加する際、薬のチェック方法のルールが作られていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬のチェック方法のルールを決める。 ・服薬指導の際、病棟にて必ず薬剤師と看護師で検薬をしてから、患者に渡すこととする。
32	患者に小脳梗塞を起こしていることが判明し、検査は延期となり治療内容も変更された。そのとき、心臓カテーテル検査用に一旦出された点滴オーダーをオーダーリングで削除し、新たにオーダーが出された。しかし、すでに最初のオーダーの点滴が病棟に届いており、変更後の点滴が届いた状況であった。その時に、伝票は変更分に差し替えを行なったが、薬剤は一部最初の点滴をそのまま準備してしまった。元々オーダーはその患者のものであるため、プリントされたラベルが貼られていた。翌日、持続点滴の接続の際、その点滴の名称と伝票の確認が不十分で、間違えて準備した点滴がそのまま施行された。12時間後、次の接続を行なった看護師が、それまで施行されていた点滴が指示と違っていることに気付いた。	点滴の内容変更の指示が出されたのが夕方以降で煩雑な時間帯であり、指示を受けた看護師と遅出看護師の両方が関わっているため伝達が不十分であった。伝票と点滴の照合が不十分であった。接続準備を行なったのは夜勤リーダーであるが、接続した看護師はフリーで、そのときの伝票と点滴自体との呼称確認を怠って、点滴に貼られたラベルのみをみた。接続時刻が22時で、消灯時刻と重なり、眠前の援助で多忙になる時間帯であったため、焦りがあった。	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴準備の際、伝票とボトルの確認を徹底する。 ・ダブルチェックを徹底する。 ・持続点滴の接続時間の設定は、消灯などの多忙な時間は避ける。 ・接続時の指差し呼称確認を習慣づけるよう、お互いに声を掛け合う。 ・点滴施行時のマニュアルを徹底する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
33	デュロテップパッチ（2.5mg）が前日から開始された患者に、半分量に減量という指示が出された。指示を受けた当事者は、その方法を医師に確認したところ、はさみで切ると聞き、貼用中のデュロテップパッチをはさみで切り、半分残して貼用した。他のスタッフが気づき、すぐに剥がして皮膚の清拭を行なった。デュロテップパッチは切断して使用すると、皮膚に直接薬が触れ、通常よりも早く吸収されるために血中濃度の急激な上昇と作用の増強、強い副作用の出現の危険がある。	当事者の薬剤の用法についての知識不足と経験不足。主治医の指示に疑問を持ったが、再度確認しても同様の答えであったため、従わなければならないと思込み、他の看護師に尋ねなかった。休日で看護師数が少ないので、それぞれの看護師が各自の担当患者の援助を行なっているため、簡単に尋ねられる環境ではなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・与薬において、経験が少ないものについては、その投与方法の確認を必ず行なう。 ・新しい薬や使用頻度の少ない薬については、その注意書きに目を通すよう習慣づける。 ・日頃から新しい薬の情報や、与薬の方法についての知識を得られるように興味を持ち敏感になっておく。 ・主治医の指示であっても疑問がある場合は、専門部署に確認する。
34	シプロキサシ 300mg を生食 100mL で希釈して投与する指示が出ていた。シプロキサシの準備・投与が初めてだったので準備の仕方を先輩看護師に教わったが、以前アルブミンを連結管を使って投与したことがあり、そのように投与するものと解釈してしまい、ベッドサイドの点滴棒に生食とシプロキサシを連結管でつなげ投与した。包交時にリーダー看護師が発見した。	シプロキサシ投与前より全身に皮疹あり。薬疹疑いにてシプロキサシは投与後10分ほどで中止となる。	<ul style="list-style-type: none"> ・初めて使用する薬剤は投与方法などの知識を持つ。 ・分らないことや初めて行うことは先輩看護師に伝え、準備・準備後・投与の段階で自分から声をかけてみてもらうようにする。
35	透析後にエスポー 1500 単位の静脈注射の指示があり、担当看護師が注射薬と指示実施記録をオーバーテーブルに準備していた。臨床工学技士が透析終了時に回路内に注射せずに返血を終了し、看護師もそのまま抜針した。本人に注射をせずに透析を終了したことを伝えた。再度、針を刺して注射するのは嫌だとの返答のため、透析当番医にその旨を報告し、週2回の注射だったため、次回の透析時の注射に指示変更となった。	返血についての看護師も注射が実施されていないことに気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・返血に入る臨床工学技士、看護師ともに注射が終了していることを確認してから、抜針することを再度徹底する。
36	日中の頭部CTにて慢性硬膜下血腫を認め、緊急手術のためパナルジンを中止する指示を日勤リーダーが受けた。医師は当日の夕方分の1回のみ中止のつもりで口頭指示（ワークシート、口頭指示票を使用していない）を出したが、看護師は指示があるまで中止の指示と受け取った。結果的に、術後、転棟先の病棟で朝1回分のパナルジンの内服がされなかった。	口頭指示を出さない医師であったが、緊急時でありワークシートを運用しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時や急いでいるときもワークシートでの運用を徹底していく。 ・また勤務の変わり目は、責任の所在を明らかにし医師との対応をしていく。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
37	<p>1回10mL服用の水剤を、自己管理中であった患者が1回20mL服用していた。薬杯には20mLのところにマジックで線が引いてあり、患者はこれに従って自分で水剤をついでいた。患者は、これ以外に、他の2種類の水剤を服用していたが、これらは1回20mLであり、薬杯は同様に印がされていた。看護師が、水剤の減りが早いことや、服薬確認の際に薬杯の印を見て、患者に確認したところ過量投与を発見した。</p>	<p>・薬杯の使用については、薬杯を渡して使う場合、キャップで飲める場合などがある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・3つの薬杯を2つにして、量と薬品名、薬品の色を薬杯に書いた。 ・薬杯には、メモリに線を引いたとしても、薬の名前や色などは表示しないため、複数薬杯が存在する場合の統一したルールを調整する。
38	<p>アムビゾームの溶解後はフィルターを装着してボトルに入れる必要があったが、5%ブドウ糖で溶解しフィルターを通さずボトルに混入し投与した。アムビゾームと一緒にフィルターが入っていたが、添付してある説明書も読まずに、溶解する為のキットと思い込み、焦ってそれを使用せず準備した。翌日になって溶解方法や混入時に特殊な製剤である事を他の看護師より聞き間違いに気付いた。</p>	<p>アムビゾームは特殊な溶解方法が必要であり、その知識が十分でなかったことが要因であると考えられる。ただし、この溶解方法については、新薬導入時に病棟での説明会を実施し、処置台の所に説明書を置いているが、新人や異動されたスタッフに対する説明・伝達が不十分であったことも要因である。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今まで使用したことのない薬剤を使用するにあたっては（特にフィルターなどが一緒に入っている場合など）、添付文書、説明書を確認する。 ・アムビゾームは当科で使用することが多い薬剤であり、新しく来たスタッフへも注意喚起ができる方法、システムを考える。
39	<p>持続点滴の更新の際、ソルデム3A 500mLにマンニトール50mLを混注すべきところ、薬剤師がすでに混注しているものと思いき、ダブルチェックせずに更新した。2時間後先輩看護師と点滴の内容を確認したとき、マンニトールを混注していないことが判明した。</p>	<p>当院では病棟薬剤師が配置されており、薬剤は薬剤師が病棟で調製するが、薬剤によっては看護師が調製するものがあり、今回の場合看護師がすべきものであったが、当該看護師の認識が不十分であった。準備する時間も更新時間の直前で慌てており、本来他の看護師とダブルチェックすべきところしなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ダブルチェックは必ず行う。 ・薬剤師が調剤するもの看護師が調剤するものを明示する。
40	<p>タミフルを処方し、処方箋を印刷したが、タミフルの内服が不要になったので、パソコン上、処方を削除した。しかし、処方箋がカルテに、はさまれたままであった。事務職員は、医事の会計のパソコン画面に、処方がされていないにもかかわらず、処方箋を渡した。それをもたらした家族が、薬局でタミフルをもらってから、おかしいと気づき来院した。</p>	<p>医師が、処方箋を破棄していなかった。事務職員が、パソコン上で処方がないのに、紙の処方箋がカルテに入っていたため処方箋を渡した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は、変更した処方箋を破棄する。 ・事務職員は、パソコン上、処方がされていないのなら、処方箋を渡さず医師に確認をする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
41	日勤看護師よりゼンタックの投与方法について確認するよう申し送りを受けた。その後、これまでどのように投与されていたかカルテにて調べると希釈せずに静注であった。疑問に思い「今日の治療薬」で調べたところ要希釈で使用と記載されていた。さらに薬剤師に問い合わせると「要希釈です」と返答された。医師も希釈せずに使用できると思っていた。	薬剤の用量・用法についてわからずにいた。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤を投与するときは用量・用法を調べる。 ・本に載っている用法と医師の指示に違いがあった場合には薬剤師に問い合わせをする。
42	シプロキサンを末梢から投与することになったが、生食100mLで希釈する指示が出なかったため、希釈せずに投与した。	薬剤に「要希釈」と書かれているが、液体であるため希釈するという意識が持ちづらかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤の性質上、希釈の必要があることを周知する。

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	3	3	7	5	2	8	28
入院後、改めて持参薬 を処方した際	0	3	12	1	0	0	16
薬の 管理時	患者自身が管理	0	6	10	2	5	25
	病院側が管理	0	4	10	5	0	22
退院時	0	0	0	0	0	4	4
その他	1	3	5	3	2	25	39
合 計	4	14	34	29	11	42	134

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 2件】 他類似事例 2件			
1	○月21日入院時の持参薬登録時、サンリズムCap 25mg 4Cap・朝夕食後のところを50mg 4Cap・朝夕食後と、ラシックス錠20mg 0.5錠のところを1錠で登録していた。	不明	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤管理指導を実施している患者については担当病棟薬剤師によるチェックを行う。 ・再分包などの依頼があった場合も、調剤室にて他の薬剤師に監査を行ってもらおう。
2	患者はインシュリン注射を看護師介助で施行していた。昼食前にヒューマリンRを使用する指示であったが、持参薬で中止となっていたノボラピットを施行してしまった。	昼食前で慌てていた。ノボラピットを使用する患者だと思い込んでダブルチェックを行なった為気付かなかった。ダブルチェックの方法に不備があった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ダブルチェックの確実な方法を再確認する。 ・病棟内で共通認識を持つ。 ・使用中止している薬剤は、別の位置に置くなどして使用しているものとしっかり区別する。 ・分かりやすい名前の表示を行なう。
【薬剤量間違い 過少・過量 4件】 他類似事例 10件			
3	緊急入院した患者に外来で処方されていた「パキシル20mg 1T×1」があったため、医師が院内処方で「パキシル10mg 2T×1」と1日分のみ処方した。それを見て、持参薬を調べる際に、「パキシル10mg 2T×1」と与薬チェックリストに記入した。患者が自宅より持ってきた薬が20mgであったが規格を確認せず20mgを2Tずつ与薬してしまった。	・院外と院内の規格が違う。カルテ上の履歴のみ確認しただけで、実際の持参薬を確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬の取り扱いについて注意する。
4	入院時、他院処方の持参薬を確認した。このなかにジゴシン錠0.25mgを0.5錠の処方であったが、看護記録には1錠と記入してしまった。入院して12日目に持参薬が無くなり、医師は看護記録を参考にして当院採用のジゴシン散0.1%を0.25mg分1朝7日とオーダー入力した。薬局より薬袋が届き看護師は前回の薬袋と確認を行った。他院の薬袋には薬品名だけで用量までは記入がなかったので薬品名だけを確認して投与した。当院処方に切り替えた5日目頃より嘔気が出現し、8日後に主治医が他院の紹介状を確認したところ間違いに気付いた。	医師が持参薬を紹介状と確認しないで処方を行った。看護師は、紹介状の薬剤名や用量の確認を行わなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師・看護師は紹介状による薬剤名・用法・用量を確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
5	入院時よりカルタレチンを持参し、6錠を2錠ずつ食後3回で内服していた。入院時から同じ効果の炭酸カルシウム1日3gを1g1包ずつ食後3回の内服の指示が出ていた。患者は持参薬がなくなってから、1回3gと思いこみ、1日3回、計9gを内服していた。	患者は内服薬自己管理の際、薬袋に記載された処方を見方を理解していなかった。看護師は、説明後の確認を行っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者へ処方箋の見方を再度説明した。 薬剤内服後は、空の袋を食事表の上に残すこととした。 看護師は、服薬確認を徹底する。
6	他院からの持参薬の続行の指示があった。紹介状に内服内容が記載されていたため、鑑別に出さずに医師がカルテに転記し、そのカルテのコピーで運用することにした。その中に「バップフォー1錠」と記載があったが、実際薬袋には「バップフォー10mg2錠」と書かれていた。確認をカルテのコピーで行った為1錠と薬し過少投与となった。	医師がカルテへ転記したがmgまでの記載を行っていなかった。看護師が準備時に薬袋をきちんと見ていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 薬袋で出した後、処方内容と照合する。 転記する場合、mgの記載まできちんと行う。
【薬剤量間違い 重複 8件】 他類似事例 26件			
7	他院より転院されてきた患者が、当日夕の薬（一包化）と退院処方を持参したため、これをそのまま投薬させ、2重配薬となった。翌日、受け持ち看護師が一包化された薬の内容を確認して、夕の薬が2重に配薬されたことに気付いた。	持参薬の確認を看護師が行っている。多くの薬があり、確認に時間、手間がかかる。夕の薬は一包化され、退院処方は一包化されていなかったため、内容が確認しにくかった。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬は基本的には使用せず、改めて処方する。 薬の管理は薬剤師管理とする。 配薬時には業務集中し、中断しない。
8	持参薬確認時に、ロヒプノール（粉砕）、リスパダール細粒、酸化マグネシウムが同一の分包であったが、酸化マグネシウムのみと判断して報告した為ロヒプノールが追加処方され重複して内服させた。	粉薬が同一の分包であった。お薬手帳がなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 粉薬の同一分包時の確認を注意深く行う。 お薬手帳、他院からの紹介状、処方箋など多くの情報を基に確認をする。
9	前医からの持参薬を詰所管理で内服中であった。○月9日朝配薬中、ノルバスク錠の薬袋が当院と持参分の2袋あることに看護師が気づきカルテを確認したところ、○月5日に定期処方でノルバスクが処方になり、○月6日から○月8日まで過剰投内服していたことが発覚した。	カルテで持参薬の内服状況が一目で確認できなかった。薬の入れ替え時、配薬時の5Rが不十分だった。持参薬の薬袋には薬品名がなく、手書きで記載してあったが、小さく見づらかった。	<ul style="list-style-type: none"> 5Rを徹底する。 持参薬は薬袋を当院のものに書き換える。
10	持参薬の1つがなくなるため、医師が処方をした。看護師が薬を確認し、残薬が入っている与薬車の引き出しに入れた。残薬と新たに処方した同じ薬が配薬され、患者は倍量の薬剤を内服した。	持参薬であり、処方箋があるのは新たに処方された1種類だけであった。与薬準備者は単純に袋から出していき、同じ薬があることに気付かなかった。なんの指示もなく、追加処方とも間違えやすい。	<ul style="list-style-type: none"> 処方時に、「持参薬がなくなってから与薬すること」とのコメントを入力する。 定型コメントとして登録し、薬袋に印字されるようにする予定である。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
11	<p>夕食分の内服薬を本人へ確認したところ、アロプリノール（持参薬）・サロベール（院内処方）を同時内服しているのに気付いた。アロプリノールとサロベールは薬効は同じであるが、本人は知らず、異なる物と思い込み誤薬に至った。</p>	<p>院内処方されたサロベールの内服袋にアロプリノールとサロベールが一緒に入っていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・内服患者の自己管理とする場合は、内服についての理解度（薬名、薬効、時間、量等）を確認し、理解に合わせた内服管理方法（看護師管理・box管理・袋管理等）を検討、評価していく。 ・内服自己管理の患者については基本的に持参薬と院内処方薬を同時に使用しない、または看護師管理とし確実に管理する ・採用薬品の関係で入院に伴い内服が変更となる場合は、患者に確実にオリエンテーションしていく。 ・同時に、オリエンテーション後も看護師の目で内服が確実に行えているのか、直ぐに確認していく。
12	<p>患者は持参薬でガスポートを服用中であった。腰痛に対してロキソニン・ガスターが臨時処方された際、ガスポートとガスターが同じ薬効の薬であることに気付かず、重複投与してしまった。持参薬は全て薬剤科で管理していた。</p>	<p>内服薬確認の際の確認不足。院外処方（持参薬）であり、把握しにくく気付けなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬の管理方法を徹底させる。 ・持参薬あずかり札を活用し、中止薬を返却する。
13	<p>持参薬の入院継続指示であり、ワーファリン朝食後3mgを他剤とともに一包化のため再調剤した。その後ワーファリン中止の指示があったが、薬剤師は認識していなかった。配薬セットは薬剤師が定期日にあわせ実施した。定期日以降の薬は次回セット薬入れの中へ保管した。看護師は中止の指示を受け、定期セット分は一包化より引き上げたが、次回セット分には気付かなかった。医師は一包化の中にワーファリンが入っていることを知らず、夕食後に3mgを臨時処方し、看護師が夕食後セット配薬したため、重複投与となった。薬剤師はカルテ裏表紙のワーファリン指示を確認し3mgであったため、朝食後のワーファリン量と間違いないと確認した。臨時処方が出ていることには気付かなかった。</p>	<p>心臓外科は入院中は夕食後、退院後は朝食後にワーファリンの服用指示ができる。心臓外科は4月よりA病棟をメイン病棟としたが、現在、薬剤部ではB病棟で適用していたようなワーファリン別包ルールはA病棟には適用していなかった。ワーファリン指示はカルテ裏表紙にあるワーファリン指示書と処方箋ラベル指示の2箇所に記載される。服用時間に関しては処方箋ラベル指示にしか記載されていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中の心臓外科のワーファリンは一包化より除外する。 ・ワーファリン指示は必ず2箇所確認する。 ・看護師との連携を図るため、薬剤師不在時の配薬セットの変更は連絡用紙に記載する。
14	<p>看護師が持参薬を確認した。A医院からはアスピリン製剤であるバツサミン、B医院からは抗血小板剤であるパナルジンが処方されていた。2日後に病棟薬剤師が確認し、併用注意の薬剤であることに気付いた。</p>	<p>看護師が持参薬を確認した。ジェネリック薬で判りづらかった。複数医院から処方があった。継続内服指示を出した医師も重複に気付かなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師が持参薬確認をすることにしたので徹底する。 ・薬剤師に依頼するときには、注意喚起の意味で「多院受診中」メモや、お薬手帳などを同封する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【投薬・内服忘れ 6件】 他類似事例 23件			
15	持参薬の中に糖尿病の薬がないことに気付かず、入院中内服されなかった。退院処方が出され、確認作業で、退院処方のなかの糖尿病薬が内服されていなかったことが発覚した。	持参薬の確認は労力を要する作業であるが、看護師の手作業に責任がゆだねられている。外来処方の変更記録が、確認しにくい記録法で問題があった。看護師間の情報伝達が不十分であった。家族が持参薬をすべて持参しておらず、薬の到着が遅れ確認が不十分となった。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬を指示と照らし合わせる確認作業を徹底する。 外来カルテの処方変更記録を見やすい方法に変更する。 持参薬は保留とし、入院時に再処方として出す。
16	入院時持参薬を配薬するために整理、用法用量を記載する際に1錠と書くところを2錠と間違えた。1日分投与され、薬袋の印刷のほうに1錠と記載されていたため、気付いた。入院時はWチェックを行い、入院時医師指示録をみながら作成したが、13種類の薬を仕分けしたため煩雑で見間違えた。	指示量の確認が足りなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬の配薬作りのマニュアル見直す。
17	○月17日に定期処方の内容を確認をした際、外来処方から引き続きの内服薬ベルサンチン約1週間内服していないことに気付いた。入院日(20日前)にはベルサンチンは処方されていた。看護師は、処方変更と思い込んでいたので、入院から最初の定期処方日の○月10日に、ベルサンチンのみ処方できなかったが、医師への確認を行わなかった。	確認・観察不足。判断ミス。勤務多忙。他職・同職種者間の連携不適切。患者等への説明不足。慌てていた。無意識だった。思い込んでいた。医師が指示簿に内服している処方薬をパソコン入力した際にその他の薬を内服すること、などを看護師に伝えていなかったため、看護師も薬の変更と思い込んでいた。医師は、外来の余りがあると思ったので処方しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 医師は(定期・臨時処方とも)指示表に必ず記入する。 外来処方の続行などの必要事項は看護師に伝える。 看護師は、処方に変更になった際、指示表への医師の記入がなければ確認する。
18	入院時は持参薬の管理を自己で行っており、家人が後で薬の一覧表を持って来られたがその中にプレドニゾロンが入っている事に誰も気付かず3日間内服していない事が判明した。	内服しているか確認すると足りていなかった。患者も無い薬がある事に気付いてなかった。内服を自己管理出来ていたそのスタイルを崩したくなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 薬一覧表を再度確認する。 診療情報提供書にも目を通し内服の重要性を再認識する。 当日に持って来なくても翌日にもう一度確認する。
19	継続して内服する持参薬を自己管理していたが、内服されていなかった。入院前から内服されていたので、入院後は自己管理とした。カルテには内服指示表に小さく「自己管理」と記載した。入院に伴い新たに内服処方が追加されたが、患者は頸部痛が強く体動も困難であったため看護師管理とした。夜勤にカルテに自己管理と書かれていたので、患者に確認すると「看護師が薬を持ってくるので、持参薬は飲まなくていいと思った」と言った。	緊急入院で患者が自己管理ができるかどうかの評価が十分できないまま自己管理にした。自己管理とナース管理の2通りになっていることを把握していなかった。カルテの「自己管理」の字が手書きで小さく分かりにくかった。患者への説明が不足していた。内服薬の把握が不十分で確認にせず実施印をしていた。	<ul style="list-style-type: none"> 自己管理の判断基準が不明確であるため、判断基準を明確にしたいが現在のところ困難である。 「自己管理」とカルテに書く場合は、ゴム印を用いることを徹底する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
20	入院時より持参薬のオルメテックを患者が管理し内服中であったが、患者より6日前より持参薬がなくなったため、その後は内服していなかったと言われた。	持参薬の内服確認が確実に実施されていなかった。自己管理薬の残数チェックが不十分であった。患者の服薬指導が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 服薬確認の確実な実施。 患者へは、患者自己管理薬のオリエンテーション用紙を用いて、再度指導を行なった。
【用法間違い 3件】 他類似事例 8件			
21	フェロミア、セルベックスの内服をしている患者に、夕食後の内服を確認した。ワークシート上、フェロミアが2錠2×、セルベックスが4カプセル2×で持参薬登録されていたが、患者はフェロミアを4錠2×、セルベックスを3カプセル3×で内服していた。患者が持っていた処方箋は、患者が飲んでいった通りのものだった。	医師にオーダーを依頼、正しい用法、用量で入力をしなおしてもらった。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬がある場合には、用法、用量、内服方法を患者に確認したうえで、医師に入力を依頼する。 患者が処方箋を持っている場合には、それを見て確認する。 医師に入力をしてもらったあと、指示を受ける際、必ずワークシートを用いて、正しいものであるか確認する。 日々の内服確認をする際にも、患者と用法、用量、内服方法を確認する。
22	持参薬の続行薬を整理・セットする際に本人の申告どおりに朝夕の内服にしたところ、実際は朝のみの処方であった。	薬剤が通常一回のみの服用という知識の不足。持参薬を管理する際に看護師一人で判断し、施行（セット）した。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬は薬剤部で調べてもらう。 管理する際はダブルチェックを行う。 内服管理シートを使用し管理方法の判断を行なう。
23	胃ろう設置患者で、転院時、持参薬があった。デパケンシロップ18mL/3×1と有ったが、3×1を見落とし1回量を18mLで準備し注入してしまった。	2人で確認せず、1人で準備してしまった。3×1を見落とし、1日量しか見ていなかった。又、容器に18mLのところ毎にラインが引いてあり、1回量と思い込んでしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ダブルチェックを実施する。
【その他 7件】 他類似事例 35件			
24	入院時、持参薬を鑑別していた。薬剤鑑別報告書に記入時、コードナンバー269の薬剤名（ピナトス）を記載すべきところ、コードナンバー262の薬剤名（セルテプノン）を書いてしまった。後日、患者家族が他院での薬剤情報を持参し合わせてみると異なっていた。1日分ピナトスが内服されていた。	当事者はコードは正しく把握していたが、書き出す時に、同じページのピナトスのすぐ近くにあるセルテプノンに目が行ってしまった。また鑑別時には薬剤情報が来ておらず、薬のみをみながらの鑑別となった。	<ul style="list-style-type: none"> 鑑別時の作業時の業務の中断は避ける。 指差し呼称を必ず行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
25	入院時、他院からの持参薬を指示簿に転記した。降圧剤は、透析日と非透析日で内服薬の種類が異なっていたため、そのように記入したつもりであった。しかし、実際には、両方とも「透析日」と記入した。そのため、シャント再建術前に内服する薬が内服できなかった（再建術は非透析日）。手術中に血圧が高かった旨を手術室看護師から申し送りを受け、指示簿を確認したところ転記ミスが判明した。	確認不足、記録・記載不備、思い込んでいた。	<ul style="list-style-type: none"> ・転記をしなくてはならないときは、転記後再確認する。 ・他の看護師に確認してもらう。
26	持参薬で医師のオーダーの散剤1日量が、他院の薬表の総量（7日分）で入力されていた。	1日量があまりにも多かったため、病棟から薬表を送ってもらい確認した。医師が1日量と総量を間違っで入力していることが判明し、医師に連絡し修正してもらった。	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬の内容は薬表によって記載方法がことなるため、特に散剤に関しては倍散によって粉体量と成分量が異なるので、処方監査でおかしいと感じたら、薬手帳や情報用紙を確認する。
27	持参薬にラシックス錠があり、当院の他の処方とともにカート管理で継続服用中であった。途中自己管理に変更となり、薬剤管理指導担当薬剤師がカルテを確認したところ、医師記載欄に「ラシックス（持参薬）→ルブラック・アルダクトン（入院後から処方）」という記載があった。薬剤師はその記載から、ラシックスは中止になると思い看護師に確認したところ、担当看護師もラシックスは中止と判断した。そのため、薬剤師はラシックス以外の薬剤を自己管理で交付した。ところがラシックスは中止ではなかった（服用していない期間は1日）。	診療録の医師の記載の内容が矛盾がなかったため思い込んでしまった。持参薬と入院処方との併用のため、指示がわかりにくい。	<ul style="list-style-type: none"> ・診療録の医師記載欄だけで判断せず、指示が明確に出されているか確認する。 ・指示が出ていない場合は医師に直接確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
28	<p>患者は糖尿病のため、外来で朝・夕の2回ノボリン30Rを自己注射をしていた。入院中は1日4回、毎食後のヒューマリンRと眠前のヒューマリンNを看護師が皮下注射を行っていた。外泊となり、内科医師にインスリンの内容を電話で確認したところ「もともと家で使っていたインスリンで、量は入院中の単位で」とのことであった。指示を受けた時点でノボリン30Rと単位の指示の復唱確認はしたが、ノボリン30Rが速効型であると疑問をもたずに指示を受けた。(外泊中は朝ノボリン30R14E・昼ノボリン30R4E・夕ノボリン30R4E・眠前ノボリンN3E皮下注射されていた)。再度外泊のため内科の医師に他看護師がインスリン指示を確認したところ、前回と同様の指示を受けた。しかし看護師がノボリン30Rの指示に疑問をもち医師に確認したところ、1回目の外泊時から指示はノボリンRであったとのことであった。</p>	<p>インスリンについての知識不足から中間型のインスリンが毎食後投与されることに疑問をもつことができなかった。また、医師の指示をインスリン名と単位を復唱したがノボリンとノボリン30Rの違いについて強調しなかったために確認も曖昧であったと思われる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・知識不足については再度個人で学習をした。 ・電話での指示受けの際ははっきりと復唱して確認するようにする。
29	<p>骨髄炎で入院した患者の持参薬で、「翌朝よりバイアスピリン中止」の指示をうけた。一包化調剤になっている持参薬から取り除く作業を忘れてしまい、翌朝与薬されてしまった。持参薬チェックシート、毎回投薬表の申し送りがされ、翌々朝の看護師が、バイアスピリンが取り除かれていないことに気付いた。</p>	<p>休日の持参薬を調べる際、作業が後回しになってしまった。忘れてはいけない事項などをメモにしていたが、それが数枚あったため見落とした。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・作業を後回しにせず、一つ一つ確実にしていく。
30	<p>緊急入院してきた患者に、脳梗塞や前立腺がんの既往歴を聞き、持参薬を確認した後、看護記録に内容を記載した。癒着剥離術を行ない、○月24日から食事開始したが、術後は食欲不振がみられた。○月27日、泌尿器科医が定時注射のゾラデックス1Aを皮下注射の指示を出し施行した。約1ヶ月後退院時に前立腺がんの内服薬がないことを家族に指摘され、入院時から内服していなかったことに気付いた。</p>	<p>外科病棟から回復期病棟へ移動している。入院時の処方記載に内服薬がなかった。家族は持参薬を渡したというが不明である。医師の既往歴の記載欄に「前立腺がん」はなかった。薬剤師は服薬指導を行なっている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・当院の複数科に受診し、処方されている場合は、入院時に転記ではなくその処方シールを出しカルテに添付する。 ・退院時期に併診科の医師に処方について確認する。

【2】医療機器の使用に関連した医療事故

平成19年7月1日から平成19年9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6件であった。分類別に見ると、電源に関連した事例が2件、呼吸器回路に関連した事例が3件、その他の事例が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4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2件、観察管理に関する事例が2件であった。その概要を図表Ⅲ-8に示す。

観察管理では、ルートの閉塞や薬液の血管外漏出に関する事例が報告されている。改善策の一例として、「輸液ポンプ等の閉塞検出センサーで感知するのは閉塞圧であるため、設定流量等によって閉塞発生から検出まで時間がかかることや、薬液の血管外漏出ではアラームが鳴らないということを周知する」という取り組みをしている医療機関もある。

（3）医療機器の使用に関連したヒヤリ・ハット

第24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輸液ポンプ等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14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30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	事故の経緯
1	電源	救命救急センター	障害の可能性 (低い)	救命病棟へ入院後、血管造影室へ移動のため移動用の簡易呼吸器（パラ・バック）につなぎ替えた。血管造影室到着後、簡易呼吸器が作動していない事が分かり血管造影室のパイピングへ切り替え呼吸器を作動した。
2	電源	ICU	死亡	家族との最後のお別れの場面で、アコーディオンカーテンを閉じてプライバシーを守っていた。内臓バッテリーで作動していた人工呼吸器（ニューポートベンチレーターモデル e500 ウェーブ）が低バッテリーとなったが、アラーム音に気付かなかった。
3	回路	救命救急センター	障害の可能性 (低い)	体位変換のため看護師3人で体を頭側に動かそうとした際、頸部が過伸展の状態となった。医師が顔面チアノーゼに気づき、SpO ₂ （動脈血酸素飽和度）低下と人工呼吸器表示での一回換気量の異常値を認めた。気管チューブが逸脱していると判断し気管チューブを抜去した。
4	回路	ICU	障害の可能性 (低い)	日勤帯で看護師が加温加湿タイプの小児用人工呼吸器（サーボベンチレーション300A）回路の組み立てを行い、ICU（集中治療室）の医師が人工呼吸器の作動点検を行った。人工呼吸器管理を開始後、換気量が低下し、医師が気管内チューブの入れ替えを行ったところ気管内チューブの先に器質化した痰が詰っており閉塞していた。人工呼吸回路組み立ての際に、吸気側につけるべき加湿器が呼気側に付いていたため7時間加湿されていなかった。
5	回路	病室	障害の可能性 (なし)	体位調整時、人工呼吸器（ニューポートHT50）の送気口に接続してあった蛇管が外れ、アラームが鳴った。誤って外れた蛇管の先端を患者からの呼気の排出口に接続した。
6	その他	病室	障害の可能性 (なし)	BiPAP（BiPAPビジョン）により酸素投与していたが、患者が嫌がったため一時的にBiPAPのマスクを外し、リザーバマスクにて酸素投与していた。SpO ₂ が低下し、担当看護師は再度BiPAPのマスクを装着したが改善せず挿管した。

図表Ⅲ - 8 輸液ポンプ等に関連した医療事故事例の概要

番号	事故の発生過程		事故の程度	事故の経緯
【シリンジポンプ】				
1	設定・操作	流量設定	障害の可能性 (なし)	シリンジポンプ（テルフュージョンシリンジポンプS T C 5 2 5）にて持続注入中の麻薬フェンタニール1 2 A + 生食2 6 mLを更新し、1回の早送り6 mL施行、その後6 mL/h時間で開始した。40分後残量アラーム音が鳴り訪室すると、設定流量が60 mL/h時間になっていた。
2	設定・操作	流量設定	障害の可能性 (なし)	夜間、ドルミカム注入に使用しているシリンジポンプ（テルフュージョンシリンジポンプT E 3 3 1）の残量アラームが鳴り、看護師は他看護師と確認を行い注射薬を交換した。流量指示は3 mL/hから2 mL/hに変更されていた。電源を切り再起動し、流量を2 mL/hに合わせた。2時間後、終了アラームが鳴ったため他の看護師が訪室し、確認すると流量が20.0 mL/hとなっており10倍の速度で実施していた。
3	観察管理	刺入部	障害の可能性 (低い)	低カルシウム状態で治療のため、持続点滴（右下肢）の側管より、カルチコール2 mL + 注射用蒸留水2 mLを4 mL/hで持続点滴と同時にシリンジポンプ（アトムシリンジポンプ1 2 3 5 N）を使用して静脈注射施行が開始された。点滴3日目右大腿から下腿にかけ腫脹あり、点滴を抜去した。右足、下腿外側から、後方の皮膚と右足関節に硬結を認め、点滴漏れの影響が考えられた。
4	観察管理	観察管理 (その他)	障害の可能性 (低い)	輸液ルートを移動した時、シリンジポンプを使用していたヘルベッサーのルートの三方活栓が閉塞したままとなり、血圧の上昇があった。シリンジポンプの微量投与の設定では、閉塞アラームが鳴るのに時間がかかるなどの知識が不足していた。

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	5
酸素供給	1
回路	12
加温加湿器	6
設定・操作部	5
呼吸器本体	5
その他	5
総計	39

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】 他類似事例 4件			
1	入浴のため人工呼吸器を取り外し、沐浴室へ行っている間、人工呼吸器のアラームが鳴っていたため、部屋にいた医師が電源を切った。入浴から戻った時、看護師は人工呼吸器の画面を確認せずに装着させた。3時間後、児の所に行った時、人工呼吸器のスイッチが入っていないことに気付いた。患児は自発呼吸があるため、酸素飽和度は90%後半を維持しており、発見が3時間後になってしまった。	看護師は、人工呼吸器の設定や電源の操作は自分以外には行わないという思い込みがあった。「電源は切らない」という決まりが徹底されていない。電源を切っていたことが伝達されていない。装着時に設定の確認をしていない。	<ul style="list-style-type: none"> ・「電源は切らない」ことが適切な対処方法であるのか検討する。 ・設定を確認してから装着する。
【酸素供給 1件】 他類似事例 0件			
2	人工呼吸器の始業点検後、患児に装着したがS p O ₂ （動脈血酸素飽和度）が上がりず始業点検時の設定（F i O ₂ :21%）のままであった。また、保育器への酸素供給が外れていた。人工呼吸器を使用するために、アウトレットを抜き差しした際に、継ぎ忘れていたと思われる。	N I C U（新生児集中治療室）の場所が変わっており、慣れていなかった。人工呼吸器の初期設定が決められていない。人工呼吸器開始時の指示書がない。	<ul style="list-style-type: none"> ・統一された呼吸器初期設定を作成する。 ・呼吸器の開始時指示書を作る。 ・N I C Uのレイアウトを考える。
【回路 4件】 他類似事例 8件			
3	カリオペα（人工呼吸器）装着中の児。加湿器チャンバーの向きを変えるため、看護師2人で回路の接続を一瞬外した。その際、インピーダンスバルブ（吸気ガスの流れを制御する回路）の位置を、本来は加湿器モジュールO U Tに接続するものを、吸気出口と加湿器モジュール（I N）の間に接続してしまった。翌日巡回時に、深夜看護師が接続間違いに気付いた。児はI M V（間欠的強制換気）モードであったため機器は正常に作動し、一般状態にも影響なかった。	巡回時、回路の接続異常についての確認が十分行えていなかった。インピーダンスバルブが加湿器モジュールI N、O U Tどちら側にも接続することができるようになっていた。I M Vモードでは、インピーダンスバルブは作動しないので機器は正常に動いており、アラームなどで異常を知らせることがなかった。回路の組み立ての際、加湿器モジュールの給水口が手前に来ていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回時や回路に触ったときは、機器の作動や回路の接続に異常がないか確認する。 ・加湿器モジュールの給水口は、給水しやすいように手前にセットする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
4	経鼻的陽圧呼吸法（N-DPAP）を組み立てる際、加湿器からでている回路が2本あり、体側へ接続しなければいけないところを患者側へ、患者側に接続する回路を本体接続した。	本来、人工呼吸器は作成時、装着時、各勤務開始時、アラーム作動時、条件変更時にチェックシートに沿って、回路図をみながら一つ一つの回路を順番に確認しなければならないところを、作成時に自分の記憶だけで確認をした。いつも作成しているものであり今までは付け間違いが無かったため、チェックシートを用いなくても大丈夫だろうとの甘えがあった。準夜看護師はチェックリスト通りに確認していたが、回路図を確認しなかった。また、どちらにも接続できる器械の問題もあった。	<ul style="list-style-type: none"> 回路確認は記憶ではなく、基本どおりに必ずチェックシートと回路図を用いて一つ一つの回路を確認する。 今回の事例を全員と共有し回路図を用いての確認を周知徹底する。 2種類の回路が接続できるようコネクタを使用することを中止するため回路の改良をME（臨床工学技士）を通じて業者に要望した。
5	深夜勤務で、患児の装着している人工呼吸器の設定や回路を確認したところ、吸気回路の口元の温度センサーが浮いているのに気が付いた。すぐに正しくセットしたが、吸気回路の口元温度が45度に上昇していた（設定は40度）。3分ほどで、口元の温度は設定値に戻った。いつから温度センサーが浮いていたかは不明である。患児に高温の吸気ガスが供給されたことになり、気道熱傷などのおそれが考えられた。患児の状態に変化はなかった。	いつから温度センサーが浮いていたかは不明である。	<ul style="list-style-type: none"> 異常を早期に発見できた事例。
6	呼吸器（servo-i）回路の交換を施行したが、吸気と呼気の回路が逆になって接続されていたのを、5時間後の訪室時に発見した。	医師の監視下で回路交換を行ったが、施行後しっかりと確認されていなかった。判断に誤りがあった。訪室するまでしっかりと回路が正確かどうか確認できておらず、発見できなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 回路交換を行った後は、回路に沿って確認する施行後、医師や他の看護師と共に回路の接続が正確であるかどうかしっかりと確認する。 部屋周りの際、呼吸器の回路まで正確にしっかりと接続されているかどうか確認する。 回路交換のマニュアルを作成し、医師、看護師共に統一して正確に回路交換が行えるようにする。 回路交換の訓練を行う。
【加湿加湿器 2件】 他類似事例 4件			
7	人工呼吸器の加湿器の水を交換した。水は所定の場所から持ってきたが場所にラベルの記載はなかった。他チームの看護師が、加湿器の水がKN補液になっているのを発見した。	ラベルを確認しなかった。所定の場所から取ってきた物だったので注射用水だと思い込んでいた。所定の場所にラベル記載がなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ラベルの確認を確実に行う。 交換時は必ず確認をしてからつなげる。 物品がある場所にラベルをつけた。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
8	<p>使用中の人工呼吸器（ゼクリスト）の加湿の水が残り少ない為交換した。その際、加湿器中の水が流出しないよう加湿器のストッパーを閉じた。加湿器の水を交換後、数回ポンピングし、チューブ内に水が循環するのを確認しないままその場を離れた。日勤勤務者がゼクリストの呼吸器回路に加湿がついていない事に気付き、加湿器のストッパーが閉じたままになっている事を発見した。直ぐに加湿の水を循環させ、加湿器を交換した。</p>	<p>ポンピング後加湿器の水が循環している事を確認しないままその場を離れた（手順どおりの行動を取っていなかった）。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・加湿器の水交換後、水が循環する事を確認した上でその場を離れる。 ・吸気回路に十分に加湿されているか必ずチェックする。 ・人工呼吸器の加湿の水の交換方法について再度指導する。 ・回路内が加湿されているか常に注意していく必要があることを指導した。
【設定・操作部 2件】 類似事例 3件			
9	<p>受け持ち看護師が休憩中に、患児のSpO₂低下のアラームが鳴ったため人工呼吸器（VIPバード）のSigh（深呼吸）を押して対応した。圧モニターを見ると25cmH₂Oまで上がっていたためダイヤルを確認したら、設定自体が25cmH₂Oとなっていた。特に指示が見あたらなかったのですぐに20cmH₂Oに設定し直した。</p>	<p>ダイヤルに触れて設定がいつの間にか変わってしまったのではないかと。設定の確認は各勤務で行っているが、Sigh圧の項目がないため見逃されていたと思われる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・チェック表の空白欄にSigh圧の項目を追加し、各勤務で設定の確認をするようにした。
10	<p>準夜帯に呼吸状態悪いため人工呼吸器の設定をFiO₂（酸素濃度）25%に変更した。その後一度医師はFiO₂21%へ下げたが、体位変換にて再度SpO₂が悪化したため、FiO₂25%へ上げた。深夜帯でFiO₂25%で申し送りを受け、呼吸器設定を準夜看護師とダブルチェックした。巡回時深夜看護師が呼吸器チェックした際、チェックリスト上FiO₂21%に下げたところまでの記録になっているが、記録忘れだと思い後で医師に記録してもらおうと考えた。朝 医師に確認したところ、FiO₂は21%のまま、体位変換時等SpO₂戻りが悪いときのみ25%にあげるようにとの指示であった。</p>	<p>呼吸器チェックリストが適切に使用できていない。FiO₂25%に上げた時の記載がなかった。準夜看護師と人工呼吸器をダブルチェックするときに深夜看護師はチェックリストをみていないため設定の違いに気付かなかった。気が付いた時に医師へ記載を依頼していない。医師の指示の確認不足。医師に報告したのは準夜看護師であったが、その後ケアにあたったのは深夜看護師であり、準夜看護師がどのような内容で報告したか、どのような指示を受けたか（FiO₂21%でSpO₂悪化したときに一時的に25%にあげてよいなど）を確認していない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器チェックリスト有効に使用する。設定を変更した場合必ずその場で指示を書いてもらう（すぐに設定を下げる事が予測されても、設定を変更して医師が離れるときには必ず） ・ダブルチェック時は二人とも指示・実際の設定両方をみる。 ・勤務交代間際に出た指示は、お互いに伝わっているか必ず確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【呼吸器本体 3件】 類似事例 2件			
11	アラームが鳴り、訪室すると呼吸器（NIPPV・ナイトスター）の表示画面が固まった状態であり、送気されていなかった。患者は自発呼吸があり車椅子に移乗した。主電源を押しても電源が切れない状態であった。夜間にアラームが鳴ることはなく、突然画面が固まった。再度電源を入れてテストすると「44」のメッセージがでた。	呼吸器の停止事例が2件続いて発生していたため、注意喚起を徹底していたため対応が迅速にとれた。	<ul style="list-style-type: none"> 自発の弱い患者に関して、評価し呼吸器の変更を実施した。
12	麻酔器使用中、手動換気から人工呼吸換気に切り替えた際、人工呼吸器の圧力センサーの故障によりアラームを発生し人工呼吸器が作動しなかった（医師が気付いたため手動に戻し換気は行われていた）。	状況確認後、麻酔器の交換を行った。麻酔科、看護係長への報告を行った。	<ul style="list-style-type: none"> 麻酔器メーカーに故障の原因の究明を依頼。 アラーム音量をあげる。 アラームが発生した場合、患者の状況を確認するように再度依頼
13	人工呼吸器（フジレスピロニクスPLV-100）を在宅で使用しており、訪問診療の際、回路交換を行った。主電源を入れた後、数秒して呼吸器が作動しなくなった。吸気流量の増量のランプが3回点滅し、主電源を入れなおすと作動しはじめたが、再度、吸気流量増量のランプが点滅した。その後は正常に作動した。	医療機器の管理、点検の問題。調査、解析を依頼したところ器械内部のメイン制御基板（デジタルボード）に搭載されているマイクロプロセッサの通信不良が考えられると結果が報告された。	<ul style="list-style-type: none"> 業者に報告。 定期点検の項目に細部まで点検してもらおうよう依頼する。
【その他 1件】 他類似事例 4件			
14	人工呼吸器使用前に、回路設置月日を確認すると、滅菌の有効期限が過ぎていた。マニュアルでは設置月日をメモに記入して機械を覆い、シーツに貼ることになっていた。	決まりのない用紙に記入していた。滅菌物は有効期限を記入する用にしており、混乱した。頻度が高くないので、何を記入するかあやふやであった。	<ul style="list-style-type: none"> 設置年月日を記入する用紙を作成し、呼吸器上部に置くこととした。

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	その他	不明	合計
指示		5	9	0	2	16
電源	充電	1	0	0	0	1
	電源忘れ	2	2	0	0	4
	その他	4	1	0	0	5
回路	シリンジ	0	15	0	0	15
	ルート	34	13	5	1	53
設定・操作	固定	3	12	0	0	15
	流量設定	96	24	1	7	128
	その他	5	9	1	0	15
観察管理	刺入部	4	2	0	0	6
	その他	30	28	0	0	58
その他		23	6	1	6	36
合計		207	121	8	16	352

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 15件			
1	シリンジポンプによる麻薬投与時、注射処方箋のみで薬剤を準備した。アンベック 10mg 生食 40mL を注射器に吸い上げ同じ速度 0.4 mL/h で与薬開始した。約 10 時間後申し送り時カルテで確認すると生食 47mL であったと気付いた。前回処方では麻薬が効きすぎたため生食を増やしていたが結果的に前回より高濃度となった。	前回処方と同じ内容でオーダー入力されていた。カルテとオーダー入力が異なっていた。カルテ確認しないで注射処方箋のみで準備した。マニュアルはダブルチェックするようになっていたが一人で行った。	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルを遵守する。 ・カルテを確認する。 ・2人でダブルチェックする。 ・カルテどおりのオーダー入力をする。
【電源 3件】 他類似事例 7件			
2	輸液ポンプを点滴棒につけ車椅子で検査に行く時、搬送する看護助手が輸液ポンプの電源コードを外し車椅子のポケットに入れた。しかし、患者はストレッチャー移動に変更となり、電源コードは車椅子のポケットに入れたまま片付けられた。他の看護師がその車椅子を使い電源コードの行方が分からなくなった。	輸液ラインや機器の電源コードは間違えてひっかけやすいものとの認識があり、それを防ぐために外したものである。途中で車椅子からストレッチャーに変更となったため、一連の行動が中断し電源コードの事を失念してしまったものと思われる。	<ul style="list-style-type: none"> ・輸液ポンプから電源コードを外さない。 ・移動する際には本体とコードをセットにして移動する。
3	持続注入中のニカルピン 2mL/h の残量アラームがなった。シリンジポンプの電源を切り、そのまま更新するのを忘れた。勤務交替時他の看護師が発見した。	残量アラームで、すぐに薬剤を準備しなかった。残量アラームでシリンジポンプの電源を切った。	<ul style="list-style-type: none"> ・残量アラームですぐに薬剤を準備する。 ・薬剤業務を中断せざる得ない状況が発生した場合は、他者の協力を得る。 ・薬剤更新方法を理解する。
4	メイン点滴の輸液ポンプ（テルモ）のコンセントを抜いてベッドの位置を移動したが、終了後コンセントの差し込みを忘れた。1時間半後訪室した際、輸液ポンプの電源が切れ、1時間半メインの点滴が止まっていたことに気付いた。輸液ポンプは充電できない機種であった。他に側管から薬液が注入されていたため、点滴ルートの閉塞は無かった。	ベッド移動後コンセントの確認をしていない。ベッド移動後、輸液ポンプの作動状態を確認していない。「充電不可」と表示されていたが、後面に小さく表示してあり、目立たなかった。ポンプには、機器毎に使用中に電源等をチェックするための点検表を下げているが、活用されず、外されていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・輸液ポンプ使用中の点検表の活用方法を見直し、周知する。 ・充電不可のポンプには、表示方法を取り決め、前面に見やすいように表示することにした。 ・充電不可のポンプはできるだけ使用しない。もし使用する場合は、移動しない患者に使用する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【回路 7件】 類似事例 61件			
5	<p>患児に投与されているドルミカムが日勤帯で1 mL/hから0.5 mL/hに減量となり0.5 mL/hに設定した。昼にドルミカム作成後より24時間たっていることに気づきドルミカムを作り直し設定した。その後も時間と指示量を確認していた。日勤の終わりでドルミカムが設定量より1 mLほど遅れていたが、それほど気に付けていなかった。準夜帯で予定量より3 mL遅れていたためシリンジポンプを変えてみたが同様に遅れて動いていた。深夜帯に入り20 mLのシリンジから10 mLのシリンジに変えてみた。その後やや遅れはあるが設定どおりに動いていた。</p>	<p>シリンジポンプを過信していた。1時間毎に積載量での確認を行わず、シリンジでの量の確認を行わなかった。投与量にあったシリンジを使用していなかった。どのサイズのシリンジを使えばよいか判断ができなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> シリンジポンプを過信しない。 投与速度にあわせたシリンジの選択基準を作成する。 シリンジポンプ・輸液ポンプに関する勉強会を行う。
6	<p>シリンジ内の薬剤が減量しておらず、停止のままになっているのに気付いた。ICU（集中治療室）から帰室後、ペルジピン1 mL/hの指示にて10 mLのテルモシリンジを使用していたが、テルモポンプのシリンジ規格は20・30・50 mLであった。</p>	<p>シリンジポンプ作動開始時に、ダブルチェックをしていなかった。開始されたものと思いこんでいた。ICUからJMS製の10 mLシリンジがつながり帰室していたため、テルモポンプも10 mLシリンジが使用できると思い込んでいた。ルート類チェック表を用いて確認していなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ルートチェック表にシリンジポンプとシリンジ規格がっているか、開始しているかチェック項目を追加する。 各勤で必ず残量の確認を行なう。 シリンジポンプセット時必ずダブルチェックを行なう。
7	<p>輸液ポンプを使用し点滴を行った。ポンプ内でルートが屈曲していたが、ポンプのアラームが鳴らず、丸1日滴下されなかった。</p>	<p>輸液ポンプの保守管理の不徹底。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 確認の徹底。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
8	<p>インスリン20単位入りのメインの輸液を20mL/hで持続点滴していた。当日分のメインの輸液に交換した際、輸液ポンプ（テルフュージョン輸液ポンプ）内のルートをはさみ直した。きちんとはさまれているかどうかの確認を1人で行った。日勤帯の看護師は滴下の確認をし、輸液ポンプも通常通り作動しており、残量の確認も行っていた。準夜、深夜でもポンプは正常に作動しており、積算量に問題はなかった。しかし準夜帯の看護師は積算だけを確認し、滴下や残量は確認しなかった。翌朝訪室すると、メイン残量が多いことに気づき、他看護師と確認すると滴下がされていなかった。ポンプ内を確認するとルートがしっかりとセットされていないことを発見した。積算は時間通りにカウントされていたが、残量が多くほぼ落下していないと推測された。インシデント発見までにポンプのアラームは作動しなかった。</p>	<p>土曜勤務で人が少なかったこともありポンプ内のルートのセットし直しを1人で行ってしまった。また、その後の観察が不十分であった。14時のトータル計算時も20mL/hであり、残量は目視で大丈夫だと判断し、インシデントに全く気付かなかった。ポンプのアラームも作動せず積算のカウントも通常通り進んでおり、準夜の看護師も異常に気付くことができなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・輸液ポンプ設定し直しの際のダブルチェックの徹底。 ・滴下・残量チェックの徹底。 ・機器が正常に作動していれば点滴は滴下されているだろうという思い込みをなくす。
9	<p>輸液ポンプ内フィンガー部でルートがよじれていたため、輸液されていないことを翌日の日勤看護師が気付いた。</p>	<p>朝9時にフルカリックを交換した際、輸液ポンプ内のルートの位置を移動させて開始した。15時の検温時のチェックでポンプの積算量480mLに比べ、袋の減りは少ないと思い、クレンメや刺入部の確認を行ったが、滴下筒・ポンプ内は確認しなかった。点滴がハイカリックに変更になったため、交換したが差し替えしか行っていない。この患者は術後でシリンジポンプを5台使用しており、それに注意が集中してしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・輸液ポンプの積算量を過信せず、滴下筒で滴下を確認する。 ・輸液ポンプ内のチューブの装着を確実にこなう。
10	<p>朝6時の輸液ポンプチェック時に、輸液ポンプの表示上は積算量が増量していたがボトル内の残量は全く減っていなかったことに気付いた。ポンプを開いてみるとルートが中で屈曲して通っていた。閉塞アラームは鳴らなかった。</p>	<p>点滴ルートをポンプの中のルート固定部にしっかりと固定されたか確認しないで閉めてしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・更新時ルートをポンプ内固定部にしっかりと通し、ロックが確実にされているか確認してから開始する。 ・ポンプチェック時に滴下、積算量を確認すると共に、ボトル内の残量を確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
11	<p>時間指定のある抗生剤の点滴を輸液ポンプで施行していた。施行時、ポンプ内の溝にルートを押し込み、設定と滴下していることを確認した。完了のアラームが鳴り、看護師が訪室すると全量近く残っていた。ポンプの設定をし直して、再開したら4 mL 滴下したので退室した。しかし、その後再度アラームが鳴り、他看護師が確認したところ、滴下していなかったためポンプを開けるとポンプ内のルートがはみ出していた。</p>	<p>1時間の点滴であったが、その間、訪室し確認ができていなかった。ポンプ内のルートの設定が正しくセットできていなかった。アラームが鳴ったにも関わらず、ポンプを開けて確認する作業ができていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴施行中は、何度か訪室し、異常がないか確認をする。 ・ポンプのアラームが鳴った際、ポンプ内のルート異常が無いか確認する。
【設定・操作 12件】 類似事例 146件			
12	<p>日勤帯でシリンジポンプを用いてノボヘパリン注を施行中の患者を受け持っていた。検温時、シリンジポンプ（テルフュージョンシリンジポンプTE-525）の流量は指示通りの3.5 mL/hであり、シリンジサイズの表示が50 mLでライトが点灯していたため、電源が付いており開始していると判断した。準夜帯で他の看護師がノボヘパリン注の残量が多いことに気づき、シリンジポンプの確認を行ったところシリンジホルダーが上がっており、停止状態となっているところを発見した。シリンジポンプのブザーは発見するまで一度も鳴っていない。残量から逆算すると約11時間前から停止していた様子であり、再び開始した。</p>	<p>シリンジポンプを使用している患者を受け持った経験が浅く、シリンジポンプの確認事項・回数不足であった。また日勤帯で更新する予定ではなかったことで、どこか気持ちに油断があったと考える。ノボヘパリン注の次回の更新は準夜帯であると思込込んでおり注射器の目盛りで正しく施行されているか総量の確認を行っていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・もう一度シリンジポンプの管理方法を見直し、正しく行えているか他の看護師に確認してもらう。 ・訪室回数を増やし検温時だけでなくトイレ介助時などでも、シリンジポンプの確認を確実に行っていく。 ・同じ勤務帯の看護師にも訪室時には確認するよう声をかける。
13	<p>患者はCV挿入の処置をしていた。介助には看護師がついていた。介助中にフローラン（シリンジポンプ）を看護師が交換した。20時に処置が終わりフローランのシリンジの残量を確認し印をつけた（残5 mL）。その後他の看護師が患者の身の回りを整理し再度フローランを確認すると残量が減っていないことに気付いた。確認すると押し子にスライダが密着しておらず、離れた状態であった。直ぐに押し子にスライダを密着させ正常に作動している事を確認した。</p>	<p>フローラン交換する際に看護師がダブルチェックをしていたか不明である。20時に印をつけた際、フローラン更新をした際のチェックがなく何時に更新して残量が何 mL だったのかすぐに把握が出来なかった。20時に確認した際に押し子がスライダに密着していなかった可能性が高いが確認できていなかった。介助を交替する際に場所が狭く、医師が清潔操作していたため点滴のダブルチェックが出来ていなかった。何時に更新したか残量がどれくらいか申し送りを聞く声かけが出来ていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介助した看護師、受け持ち看護師、準夜のフリーの看護師が関わり情報共有が上手く行えておらず、また責任の所在も曖昧であった。 ・介助の看護師が、点滴更新をしたが準夜の看護師と一緒にダブルチェックに行くべきであった。 ・介助を交替する際にはお互い声をかけあって申し送り、情報を共有する。 ・交替の際には必ずダブルチェックを必ず行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
14	シリンジポンプ（テルモシリンジポンプ TE-331S）を使用してノルアドレナリンを投与している患者。シリンジの外筒がシリンジポンプの溝にはまっていなかった。シリンジを交換する時に他のスタッフが気付いた。設定量は患者に輸液されていた。血圧の変動はなかった。	シリンジのフランジが確実にスリットに挿入されていなかった。シリンジ交換時の確認不足。患者観察のため度々訪室しているが、ポンプ作動の確認は不十分だった。当院では「シリンジポンプ使用中の確認事項」を作成し、看護スタッフはそれを見ながらポンプを使用することになっているが、確認行為が曖昧であった。	<ul style="list-style-type: none"> シリンジ交換時は、確認事項を一つずつ確実にチェックしていく。 患者観察時、使用中の医療機器の作動状況も必ず確認する
15	受持ちでない患者の輸液ポンプのアラームが鳴っていたため、訪室した。点滴筒センサーの感知不良と判断し、一度電源を切り設定し直した。その際、以前自分が受け持っていたときは、2 mL/h だったため、その速度で設定したが、2 日前に 1 mL/h に変更になっていた。ポンプにも現在の指示量が記載されていたが見落とした。誤った速度で約 4 時間滴下され、深夜看護師が発見した。	数日、指示変更がなく 2 mL/h で滴下されていたため、思い込んだ。設定時、指示の再確認を怠った。受持看護師も 24 時の確認時発見できていない。	<ul style="list-style-type: none"> 電源を切って設定し直すときは、指示を再確認する。 相手チームの処置施行後は、速やかに報告する。
16	前日、輸液ポンプにて塩酸モルヒネ注 30 mg 4 mL/h で投与されていたが、塩酸モルヒネ注 60 mg 2 mL/h への変更された。交換時間が休憩時間と重なってしまったため、他の看護師に交換を依頼した。この際、点滴内容と速度を一緒に確認した。投与した他の看護師は速度を変更せず、休憩後、当事者も速度の確認をせず、準夜看護師が過剰投与を発見した。約 7 時間倍量投与となった。	病棟ではポンプ類の速度設定の確認を看護師 2 人でダブルチェックすることになっていたが、休憩後、他の看護師が速度も変えたと思い込んでしまい、速度の確認をしていなかった。ローテーションをしたばかりであり、慣れない環境や業務などでインシデントを起こしやすい状態と思われる。	<ul style="list-style-type: none"> ポンプ類の速度をダブルチェックすることを徹底する。 インシデントを起こしやすい状態であることを念頭に確認を徹底する。 コミュニケーションを積極的にとっていく。
17	シリンジポンプで投与中のディブリバンを、7 mL/h から 6 mL/h へ減量したつもりであったが、実際には 5.9 mL/h となっていた。	滴下速度のデジタル表示が「6.0」となったところでダイヤルを回すのを止め、スタートボタンを押したが、以前、滴下速度を変更した後に、スタートボタンを押すことを忘れたというインシデントを起こしたことがあるため、スタートボタンが押されてグリーンランプが点いているかどうかは見たが、滴下速度のデジタル表示を確認しなかった。速度変更した後、30 分以内に点滴速度の再確認をするのを怠った。	<ul style="list-style-type: none"> シリンジポンプを操作するときは、必ず滴下速度のデジタル表示を必ず指差し確認する。 急いでいても、シリンジポンプの滴下を操作するときには、ダイヤルを勢いよく回しすぎない。 点滴管理の基本を怠らず、点滴交換をした場合や速度変更した場合は、30 分以内に再度確認することを徹底して行なう。 指差し確認だけでなく、指差し呼称も徹底して行うよう指導した。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
18	<p>点滴漏れにより針を刺しかえた際、シリンジポンプの電源を切った。電源を入れ再開した際に、3 mL/h で設定したが、実際は 5 mL/h の投与であった。翌日の深夜が投与量に疑問を感じ確認したところ、投与量の間違いが発覚した。主治医に報告し、5 mL/h で投与続行の指示を受けた。</p>	<p>前日勤務時、3 mL/h であったため思い込んでいた。投与再開時に注射指示一覧で投与量を確認しなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 更新、開始時は、シリンジポンプの投与量と注射指示一覧を照らし合わせて施行する。
19	<p>輸液ポンプで持続点滴を行なっている患者に点滴を更新しようとしてクレンメを閉じて輸液ポンプの電源を入れ直し、新たに流量 4 2 mL/h と設定量 5 0 0 mL を入れた。チェックシートを見てもう一度流量と設定量を指示と確認しクレンメを開け、開始ボタンを押して退室した。その 1 0 分後に別の看護師が流量 5 0 0 mL/h、設定量 4 2 mL と逆に入力していたことに気付き、すぐに入力し直した。</p>	<p>輸液ポンプの設定を新たに入力し直そうとし、口には出さずに、頭の中で流量と設定量を言いながら入力してしまった。自分で流量と設定量を確認したつもりになっており、点滴を開始した際に滴下状況を見てはいなかった。ポンプのチェックシートに沿って確認したつもりになっていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 指差し確認と口に出しながら輸液ポンプの流量と設定量を確認する。 開始ボタンを押した後は必ず滴下状態を観察する。 確認をするときには流量と設定量とをもう一度声に出して指さしをしながら指示とチェックシートと再度確認する。
20	<p>持続点滴を追加し 8 0 mL/h で設定したが 1 時間半後に輸液が終了した。当事者は正しく設定したといていたが、メーカーで輸液ポンプ（輸液ポンプ T E - 1 6 1 C）の履歴を調査したところ、予定量と設定量を間違えていた。ボタン 1 つで予定と設定を切り替えるタイプだったため、量の設定を誤った。</p>	<p>流量設定後の確認が不十分だった。設定後に確認巡回をしていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 指さし呼称を徹底する。 機種が 2 種類あり古いタイプは間違いが生じる危険性が高いことを周知する。 設定 1 0 分後に巡回して滴下状態、ポンプ作動状態を再確認する。
21	<p>プレドパ 2 0 0 mg 1 0 mL/h で施行中であった。輸液が終了したので同薬剤を追加した。その際に、積算をクリアしてスタートボタンを押すだけでよいところ、誤って設定切り替えボタンを押した。3 0 分弱後に同患者が腹痛を訴えナースコールしたため、当直医とともに訪室し、流量が 2 0 0 mL/h にセットされていることに気付いた。</p>	<p>看護師は、中途採用で配属 1 ヶ月位であった。輸液ポンプの操作指導は行われていたが、まだ不慣れな点があった。また、使用していた輸液ポンプは予定量設定中 1 0 秒経過すると自動的に流量設定画面に切り変わるタイプであったため、予定量 2 0 0 mL を設定するつもりで流量 2 0 0 mL と設定した可能性がある。また、スタートボタンを押す前と部屋をでる前に設定を再確認するというマニュアルが守られていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 個別には、輸液ポンプについて再教育。 全体には、1 0 秒経過すると予定量が流量に切り替わることを広報し、周知した。 また、カテコラミン類にはこのタイプの輸液ポンプは使用しないこととした。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
22	輸液ポンプ3台、シリンジポンプ1台使用中の患者の輸液ポンプの完了アラームが鳴っていた。1年目の看護師が訪室し、どのポンプを停止すればいいのかわからず、目についた輸液ポンプを停止してしまった。輸液ポンプはアラームが鳴り続けていた。アラームの原因は深夜の更新した際、積算量のリセットされていなかったためであった。	4台のポンプがあり、そのうちの1台のアラームが鳴ったが、どのポンプの完了アラームか確認することなく、シリンジの消音を押してしまった。患者の点滴ポンプは4台あったが1台しか見えていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> • まだ、慣れない輸液ポンプやシリンジポンプを使用する時には先輩看護師に声かけをする。 • どのポンプのアラームは鳴っているのか、確認する。
23	準夜勤看護師より23時にジルチアゼムをOFFにしたと申し送りを受けた。1時の巡視時に中止したはずのジルチアゼムが2mL/hで滴下されており、滴下されるべきシグマートがOFFとなっていた。	輸液ポンプが多く、また、滴下数も同量であったことで間違ってしまった。ポンプには、薬剤名が記載されていたが、確認不足であった。	<ul style="list-style-type: none"> • 中止する薬剤は、ボトルからルートを辿って輸液ポンプをOFFにする。 • 中止、開始後に他のスタッフと確認する。
【観察・管理 5件】 他類似事例 59件			
24	右下肢の静脈ルートから、赤血球濃厚液を投与していた。勤務交替時に静脈ルートの確認をした。投与から3時間後にシリンジポンプの閉塞のアラームが鳴り、下肢を確認すると点滴漏れをしていた。下肢の状態は、硬結・腫脹・内出血していたため、すぐに静脈ルートを抜去し、指示のリバノール湿布を貼付した。	投与中の下肢の状態を勤務の最初しか確認せず、適宜観察することを怠った。	<ul style="list-style-type: none"> • 薬剤投与中は、適宜、漏れがないか確認する。
25	塩酸モルヒネ8A + 生食42mL (トータル50mL) をシリンジポンプ (テルフージョンシリンジポンプ) にて注入中であった患者の更衣の際、塩酸モルヒネの三方活栓をオフにした。その後再開するのを忘れ、夜勤者より塩酸モルヒネの三方活栓がオフであったことを指摘された。	シリンジポンプの使用前点検を行うことになっていたが、実施したかの確認を行うシステムがなかった。シリンジポンプのアラームが鳴らなかった。	<ul style="list-style-type: none"> • シリンジポンプについてすぐに業者による点検を行った。
26	持続点滴を行っていた。患者は母とプレールームにあり、輸注ポンプを確認すると、電源が切れており1時間点滴が流れていなかった。	定期的なポンプ確認不十分。	<ul style="list-style-type: none"> • 定期的にポンプの確認を行う。 • 原因不明でポンプが停止した場合は、点検が必要なため他の物を使用して点滴再開するようにする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
27	<p>22時の抗生剤を60分タイマーをかけてシリンジポンプで0.4mL/hで開始していた。23時のミルク片付け中に終了のタイマーが鳴ったのに全く気付かず、そのまま続行していた。1時30分に深夜の看護師がおかしいと気づき、その時点で注入を中止した。ハベカシン0.4mLを1時間かけて投与する予定が約2.5倍量投与した。</p>	<p>60分タイマーをかけて行っていたが、終了の確認をしていない。処置に追われて意識下になく忘れてしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・注射をセットする時は指示量のみ準備して行う。 ・終了の確認をきちんと行う。 ・タイマーに頼らないこと。メモなどを書いて貼り、相手のスタッフにも伝える。
28	<p>患者右ソケイ部よりIVH（中心静脈栄養）施行していた。準夜看護師は23時に輸液バックを交換した。深夜看護師は巡視時に輸液ポンプが動いていることは確認していた。朝方訪室した際、輸液の残量が減っていないことに気づき、ルートを確認したところ、点滴のクレンメが開放されており、8時間点滴ルートは閉塞していた。</p>	<p>準夜看護師は患者が点滴のクレンメを触るため、輸液ポンプより上部にセットした。上部にセットしても異常時はアラームが鳴ると思っていた。また深夜看護師は輸液ポンプが動いているため適切に作動していると思い込み、積算量と輸液残量の確認を行わなかった</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・輸液ポンプの正しい使用について各部署へ周知した。 ・各病棟看護師に輸液ポンプ使用時でも流量、積算量、残量はチェックするように指導した。 ・マニュアルにも1000mLのバックは目視では残量の確認がしにくいので、残量をチェックするよう、周知徹底した。
【その他 2件】他類似事例 34件			
29	<p>勤務終了時患者の輸液の注入量チェック時、輸液ポンプ（テルフュージョン輸液ポンプTE-161S）の開始されており、8時間強心剤が注入されていない事に気付いた。</p>	<p>勤務開始時に各点滴のルートを確認し、チェックシートにもサインしているが起ってしまった。処置等で病室を訪室するときは開始ボタンの点灯確認を必ず行うべきであった。このポンプは、流量設定のみで予定量設定をしない場合は、スタートボタンを押した直後に「ピーピーピー」とアラーム音が鳴るがその後はならないがアラーム音でスタートしたと思い違いをした。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・アラームだけに頼らず目で確認を行う。 ・病室巡回時の機器類の作動チェックする。
30	<p>患者を内視鏡室へ移送中に点滴棒についていた輸液ポンプ（テルモ輸液ポンプSTC-508）が本体と留め具部分が割れて、本体が落下した。落下したポンプは患者には当たらず、外傷はなかった。近くにいたME（臨床工学技士）に依頼して、別の輸液ポンプに交換してもらい、輸液は継続した。</p>	<p>段差のある所で輸液ポンプに振動を与えてしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・輸液ポンプに破損部分がないか常に確認。 ・患者の移送時・移動時は輸液ポンプに過度に振動が加わらないように考慮する。

【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7月1日から9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4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件ともドレーンの前に超音波で位置を確認して実施しているが、臓器の損傷やドレーンの迷入をしてしまった事例であった。

② 観察・管理

観察・管理段階における事例は2件であった。いずれもドレーンをクランプ（閉塞）することに関する事例であった。

（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24回ヒヤリ・ハット事例収集^(注1)において報告された141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28件を図表Ⅲ-15に示す。

(注1) 第1回～23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 3 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
【胸部ドレーン】			
1	挿入時・留置時	障害の可能性 (低い)	弁置換術後、心臓の縦隔ドレーンが挿入されていた。腹部膨満感がありエコー下での腹腔穿刺で腹腔内に大量の血性腹水の貯留を認めた。緊急手術で心臓の縦隔ドレーンが腹膜を貫いているのが発見された。
2	挿入時・留置時	障害の可能性 (低い)	胸水穿刺を行ったところ強く陰圧をかけなければ引けてこないほど粘調であった。検査上、膿胸と判断し、レントゲン、エコーで膿胸腔と脾臓を確認しトロッカーカテーテルを挿入した。レントゲンで位置を確認したところ腹腔内に迷入していた。
3	観察・管理	障害の可能性 (なし)	看護師は右胸腔ドレーンバックの排液が 1300mL 溜まっており、翌朝まで排液バックが許容できないと判断し、当直医師に報告し、医師よりドレーンバック内の排液を吸引器で吸引するよう指示を受けた。1本の鉗子でドレーンをクランプ（閉塞）し、吸引器で 600mL 吸引したところ、患者から「苦しい」と訴えがあった。ドレーンのクランプが不十分で肺に空気が逆流したと考えられた。
4	観察・管理	不明	気胸のため胸腔ドレーンを持続吸引していた患者を病室から処置室に移動する際、ドレーンバッグの排液が胸腔に逆流しないように看護師はドレーンをクランプ（閉塞）した。移動後、クランプを外すのを忘れ吸引が再開されなかった。患者の酸素飽和濃度が下がったため、ドレーンを確認しクランプのままであることを気付いた。

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	2	1	1	1	5
		接続外れ	3	10	0	3	1	17
		閉 塞	3	9	3	10	7	32
		位置のずれ・抜去	2	12	6	12	2	34
		その他	6	8	2	1	0	17
	低圧持続吸引器	設定圧間違い	0	4	0	1	3	8
		取り扱い間違い	0	7	0	0	4	11
不具合		0	0	0	0	0	0	
抜去時の操作		0	0	0	0	0	0	
その他		2	6	4	1	4	17	
合 計		16	56	16	29	22	141	

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 4件】 類似事例 12件			
1	クモ膜下出血、水頭症のため脳室ドレーンを挿入し、ドレナージ開始となった。ドレーンから血性排液が多量に流出しているところを発見した。ドレーンの確認をすると、フィルターの部分のクランプをしたままであったため、設定圧が下がり、多量の排液を促してしまっていた。CT上、脳室の虚脱はなく、ドレナージ続行となった。	1時間毎にしているドレーンのチェック項目を確認しながら開放にし、その後で、チェックリストに印をしていたため、もれがでてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ひとつ開放したらチェックリストにチェックをするなど、一つ一つチェックをしていく。
2	両側慢性硬膜下血腫にて、両側に血腫腔内ドレーン挿入中であった。CT検査に呼ばれたため準備をした看護師が両側ドレーンをクランプした。その後他の2人の看護師で検査に出し、帰宅した。1人の看護師は右側のドレーンを開放した。もう1人の看護師は医師の指示でクランプをしていると思ったため、左側のドレーンを開放しなかった。	検査出しの準備をした看護師と検査に搬送した看護師が違った。看護師同士の伝達が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> クランプを開放するかどうかその日の担当看護師に確認する。
3	脳室ドレナージを一時クランプの指示のため、設定圧はそのままにクランプだけをした。口頭指示で「クランプ開放100mLまで」とあり、0点を確認不十分のままサイフォンの先端0cmH ₂ Oを見て開放した。ドレーンからの流出がないため次の勤務者が確認すると0点が10cmH ₂ Oとなっていた。	以前に同患者に対するクランプエラーが発生していた。医療安全管理委員会における審議の結果勉強会などの実施を伝えていたが、この事例が発生するまで対策は取られていなかった。原則はダブルチェックであるが、ひとりでクランプを開放した。勤務場所の異動後2ヶ月であり、ドレーンの管理に慣れていなかったため知識不足・経験不足であった。0点は変更されていないと思い込んでいた。	<ul style="list-style-type: none"> 勉強会を実施する。 根本原因分析の実施をする マニュアルの作成と整備をする。
4	看護師は脳室ドレナージ患者の看護は行ったことがなかったため、看護師は勤務前の情報収集の後、脳室ドレナージについて他の看護師に確認しようと思ったが、確認をとらないまま夕食が配膳されたため、他の患者と同様にベッドをギャッジアップをしてしまった。その後、移動時には圧が変らないように脳室ドレーンをクランプする必要があることが分かった。患者は頭痛の訴えは無く、経過観察となった。	脳室ドレナージについて理解できてない看護師が、患者の脳室ドレナージに管理にあたる場合に脳室ドレナージに管理について確認を行なわなかった。また、事前に脳神経外科看護についての学習が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> 初めての患者を担当する場合で、わからないことがある場合は事前に他の看護師に確認してから業務につく。 脳神経外科看護について勉強する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【胸部ドレーン 13件】 類似事例 45件			
5	胸水のため、ドレーン留置中の患者。これまでは-2 cmH ₂ Oで間歇的に開放の指示であったが、当日より-10 cmH ₂ Oで常時吸引の指示を受けた。排液バツクの交換の時間と重なった為、新しいバツクの吸引圧制御ボトルに蒸留水を指示通り満たし、他のスタッフとともにバツクを交換し、常に開放の状態にしてその場を離れた。深夜勤務者がラウンド時に吸引器に接続されていないことを発見し（準備もされていなかった）、吸引器に接続した。	バツク交換については本を見て、他のスタッフにも確認したが、吸引器に接続するという、ごく当たり前の手順であったため、そこまで確認するという意識もはたらかなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・不慣れな器具や処置は必ず熟知した人とダブルチェックをする。 ・知識の欠如を十分自覚し、そのことを周囲に伝え、スタッフだけでなく受持ち医にも実際に見て確認してもらうなどの予防策をとる。
6	胸水貯留のため、右胸腔ドレーン挿入中であった。体位変換後、寝衣が胸水で汚染されていた。低圧持続吸引器に繋がっていない方の三方活栓が取れ、胸水が流出していた。三方活栓はオムツの中で見つかった。ドレーンには逆流防止弁が付いており感染の危険性は低いと考え、経過観察とした。	当事者は当ドレーンを扱った経験がなかった。ダブルチェックの際、ルートを全て触って確認していなかった。CCU（集中治療室）勤務経験の浅いスタッフ同士のダブルチェックであった。	<ul style="list-style-type: none"> ・経験のない処置、ドレーン類の取扱いは事前に学習または先輩に確認しておく。 ・挿入されているカテーテルの構造を理解する。 ・ドレーン類は挿入部から排液バツクまで確認する。
7	右乳癌術後で、SBバツク（ドレーン）を挿入されていた。2時間おきに、SBバツクの排液量の観察を行っていた。勤務中、ミキシングをしても全く排液がなく、その原因はSBバツクのクレンメが閉じてあり、閉塞状態であったことを、深夜勤務者から聞いた。	SBバツクとリリアバツクの使い方を同じだと思いこんでしまい、クランプがあるとは知らずに業務に至ってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・初めて見る物品は思いこまず、必ず確認する。 ・知らないまま業務に就かない。 ・排液が全くないことをメンバーに伝える。
8	自然気胸のためメラサキュームで持続吸引している患者が、胸部CTに呼ばれた。担当看護師は電源を切り、ドレーンをクランプして検査に搬出した。主治医が胸部CT画像を見て肺が膨張していないことに気付き、クランプをしていけないことの指摘をした。	持続吸引している患者の検査の際の注意事項の知識不足であった。胸腔ドレーン管理の知識不足であった。胸腔ドレーンしている患者の移動時の注意事項等、情報共有がされていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・胸腔ドレーン管理の知識の習得、勉強会等を行う。 ・カテーテルをクランプする時、してはいけない時の情報を共有する。 ・患者にもドレーン時の注意事項をよく説明し、協力を得る。
9	医師の回診時に、胸腔ドレーンより洗浄が行なわれていた。洗浄時に、医師によりドレーン（アスピレーションキット）のクレンメが操作されていたが、医師からの申し送りはなかった。洗浄が終了し、クランプ鉗子を用いて胸腔ドレーンのバツク交換を行ったが、クレンメがクランプされていることに気付かなかった。	ドレーンチェック時に、排液が増加していた為、クレンメの状態を確認しなかった。胸腔ドレーンの洗浄後、クレンメが開放されていると思いでいた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ドレーン挿入部から排液バツクまでのルートを屈曲や閉塞、破損がないか、訪室しドレーンチェックする度に確認する。 ・胸腔ドレーンにクレンメをつけないように医師と調整する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
10	<p>左肺に胸水貯留している為、アスピレーションキットが挿入されていた。医師の指示で30分間ドレーンを開放し、その後クランプしていた。翌朝、医師からドレーン開放し、排液が1500mL流出した時点でクランプするように指示を受けたため、ドレーンの鉗子はずした。その後、アスピレーションキットのクレンメが開放されていない事に気づき、ドレーンがクランプされたままであることを発見した。</p>	<p>1人でアスピレーションキットを操作したことがなかった。アスピレーションキットにクレンメ、三方活栓がついていることを知らなかった。トロッカーカテーテルと同じ操作でよいと思い込んでいた。ドレーン開放時、挿入部からバッグまでのドレーンをたどって確認していなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 点滴と同じように、挿入部からバッグの接続まで問題ないかたどっていく。 • カルテでの情報収集、申し送りを受ける時点で使用しているドレーンの種類、管理方法を理解しておく。 • ドレーンの基本的管理方法について学習し直す。 • 初めての操作の時は、リーダーなどと操作確認を行う。
11	<p>右自然気胸の手術が終了し、手術台から4名で介助し、患者用ベッドに移動する際、胸腔ドレーンが手術台レールに引っ掛かっており、胸腔ドレーンが抜けた。すぐに圧迫、縫合した。その後レントゲン撮影し、肺の膨張に異常なくドレーンは再挿入せずに経過観察し、患者は予定通りに退院した。</p>	<p>移動時には声をかけて一斉に行っているが、「チューブ類よし」などの掛声がなかった。ベテランが行っていることが多かったが、その時は不在で、誰が声をかけるか決めていなかった。ドレーンは挿入部の固定のほかに1か所エラテックス絆創膏で固定しているが、慣れていないスタッフで固定するのを忘れた。胸部ドレーンバッグなどを持った者がライン類の確認をすることになっているが、忘れていて注意していなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 移動時の声をかけるスタッフを決めておく。 • ドレーン固定を確実に行うように手術前に絆創膏を切って準備しておく。 • チューブ管理の責任者はチューブ確認を徹底をする。
12	<p>胸水ドレナージを施行し、2時間で1500mLの排液予定であった。30分毎に訪室し、排液の確認を行った。看護師が訪室し、排液されているかを確認し流出には問題は見られなかった。その後再び看護師が排液を確認するため訪室したところ、排液が止まっていることに気付いた。ドレーンの状態を確認したところ、三方活栓の蓋がなく、また、三方活栓が開放されており、そこから刺入部まで空気が満たされていること、刺入部は固定がされておらずハッピーキャスの翼状になっている部分が2cmほど飛び出ているのを発見した。緊急でトロッカー留置術が施行された。その後、呼吸苦や胸痛の訴えはなく、経過観察となった。</p>	<p>胸水ドレナージ施行中に、ドレーン上の三方活栓の状態を確認しなかった。ハッピーキャスがしっかりと固定されていた。排液の流出を確認する際に、三方活栓の状態まで確認できていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ドレナージをする際には、ドレーンに問題がないか確認する。 • 流出を確認する時には、三方活栓の向きや刺入部の確認も行なう。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
13	胸水貯留にて胸腔ドレナージ目的で胸腔ドレーンを挿入し、前日にピシパニールを注入、その後-10cmH ₂ Oで吸引していた。ドレーンバッグ交換時に蒸留水を入れずにエアシールで接続した。他のスタッフに確認後、すぐにウォーターシールに繋ぎ変えた。	通常胸腔ドレーン挿入時、ドレーンバッグの交換の際はウォーターシールで接続しているが、今回の場合計画の欄に「挿入時水なしで接続」と記載があり、その後の勤務もエアシールと思い込んでしまった。エアシールの記載の際は一気に胸水の流出があり、蒸留水を入れなくともすぐにシールの状態が作られていたためそのような記載があったことが判明した。	<ul style="list-style-type: none"> ・疑問に感じた時や、いつもと違う場合は他のスタッフや医師に確認を行う。
14	患者は左右胸腔ドレーンを留置しており、持続吸引していた(歩行時ウォーターシール可)。受け持ちが、左右のドレーンバッグを交換した。翌日回復室から自室へベット移動する際、ドレーンバッグの水封部に水が入っていないことに、医師が気付いた。	ドレーンバッグ交換時にマニュアルを参照しなかった。水封部に水を入れなければならないという認識はあったが、入れる方法を正しく理解していなかった。交換後もドレーンバッグの観察を行っていたにもかかわらず、水封部に水がはいっているかの確認をしていなかった(観察点のマニュアルを徹底していなかった)。交換から発見までの勤務者もドレーン挿入時の確認が徹底されていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・医療器具操作時はマニュアルを確認し、徹底する。 ・胸部ドレーン挿入中の観察点を把握し、確実に行う。 ・移動前後(吸引を外した前後)は必ずエアリークの有無の確認を行う。
15	心のうドレーンと前縦隔ドレーンを接続後、低圧持続吸引に記載する表記を反対につけてしまった。	ドレーンを接続後、すぐ低圧持続吸引に表記せず、後回しにした。	<ul style="list-style-type: none"> ・ドレーンを接続後直ちに低圧持続吸引に表記する。
16	患者はPTCD挿入中であり、1日1000mL排液後、クランプの指示があった。回診時より開放し、1000mLの排液あったため、付属の三方活栓にてクランプしていた。その後ナースコールがあり、患者は「何かにひっかけて知らないうちに開いてしまったらしい。腹が少し楽になった」と話す。排液はすでに650mLあり、三方活栓は閉じた状態になっていた。患者自身で三方活栓を閉じたと話した。三方活栓を閉じ、鉗子でクランプをし経過観察をした。	患者の行動範囲を確認できていなかった。患者に危険性について説明が足りなかった。三方活栓がすぐに動いてしまう仕組みだった。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に危険性についての説明を行う。 ・三方活栓がすぐに動くものから、固定できるようにする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【その他 7件】 類似事例 22件			
20	下垂体腫瘍のため入院中の患者に対し、スパイナルドレーン挿入中であつた。準夜、深夜を通して3mLしか排出されていなかった。排液中に浮遊物があり、拍動も弱めであつたことから、患者の背部を確認するも屈曲部が見当たらなかつた。同じ夜勤者の看護師に相談し、様子観察する事となつた。夜勤から日勤へ申し送り、日勤者が患者の観察へ行つたところ、背部にドレーン屈曲があり、ミルキングにて流出をし始めた。	先輩看護師に相談するだけでなく、実際に患者のもとへ行き、一緒に確認できていなかった。ドレーンの拍動が弱い事や浮遊物があることから、閉塞や屈曲を考え、ミルキングや刺入部、背部の観察をきっちりと行うべきであつた。	<ul style="list-style-type: none"> 観察を密に行う。観察方法を確認する為、病棟内でカンファレンスを行った。
21	食事が終わりベッドのギャッジダウンをした際、三角巾がはずれて腰のほうに落ちているため直そうとしたところ皮下ドレーンが抜け出ている事に気付いた。食前、ベッドをギャッジアップした時には三角巾の中までの確認はしていないが上層ガーゼは汚染なく、排液の量も増えていた（この時は排液が30mLから40mLに増えているように見えた）のでドレーンは有効であると判断した。排液バッグを手持ちの紙絆創膏で固定した。ギャッジアップは電動ベッドであつたので横に立ち患者の様子を見ながらであつた。食後訪室時排液バッグの固定テープははずれていたがルートは十分余裕のある長さであつた。どの時点でドレーンが抜けていたかは不明である。	食事前にドレーンは有効（この時点では抜けていない）と判断したが、排液量の確認（正確な量を見れるように十分に垂直に出来ていなかった）や上層汚染の確認（三角巾の上から一方向から見ただけで注意深く後ろのほうにまで気を配ってはいなかつた）が曖昧であつた。ギャッジアップ前に排液バッグの固定をする際、紙絆創膏で固定をした。ギャッジアップ後ルートは確認したが三角巾のずれがないかにまで注意を払っていなかった。その時点では確認したつもりが後で思い返した時にどうであつたかが曖昧なのは確認項目を確実に確認出来ていなかった可能性がある。	<ul style="list-style-type: none"> ドレーンの固定はトランスポアで行う。 排液バッグの量の確認時は垂直にし誤差が少ないようにする。 上層汚染確認は確実にチェックする。 ドレーン挿入中、体位を変えた前後などドレーンだけでなく三角巾など固定に関するものにも十分に注意を払う。
22	手術室から病棟のストレッチャーへの移動時に、患者の背部に挿入されていたドレーンが、テープと共にシーツに貼りついた状態であり、移動時に5人で移動をしたにもかかわらず、患者を確実に持ち上げる事が出来ず背部を引きずってしまった。	ドレーンの刺入部は縫合されていなかった（執刀医の方針で、ドレーン刺入部のガーゼを開放しないため）。	<ul style="list-style-type: none"> ベッドの移動時には、十分な人員の確保を行い、実施する。 背部の創や、ドレーンのテープ固定について、移動時の安全が確保されるような方法を、スタッフと共に検討していき、医師とも糸針固定など、すぐ抜去されないような固定方法を検討する。 整形外科脊椎班内でドレーンの固定（縫合糸による固定）について検討中である。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
23	スパイナルドレーン挿入中の患者がCTより帰室した。別の看護師がドレーンの圧設定を行いこのときにドレーン解放後の髄液搏動を確認していなかった。体位を整えようと患者を側臥位にしたら、寝衣が濡れており、背部のスパイナルドレーンが切断されているのを発見した。	CTの移動の際ドレーンを体の下に敷いたまま移動させた可能性がある。	<ul style="list-style-type: none"> 移動の際には責任者を決めドレーンの名称とルートの状態を確認する。 ドレーンは必ず刺入部より末端部まで確認する。
24	スパイナルドレーン留置中の患者。ドレーンの高さで外耳孔の高さ調整を行うために体位変換を行った。その際、枕にドレーンがかかり、切断してしまった。医師に報告し、ドレーンを抜去し経過を観察した。	ドレーンの位置を体位変換前に確認できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 体位変換を行う際には、ドレーン、点滴ルートなどの確認を行い実施する。
25	硬膜外チューブを固定する際、テープが長すぎたため医師より「切って」と言われた。患者の体位固定をしていたため、はさみを持つ手しか自由にならず、硬膜外チューブは医師が把持してくれた。いつものように、患者の首元でテープを切った。しかし、テープが半分しか切れておらず、残りの半分を切る際に、テープにチューブが引っついてきてしまったためにチューブと一緒に切ってしまった。	外回りスタッフとの連携がうまくいかず、体位固定をしているスタッフがテープを切らなくてはいけなかった。また、テープも切りにくく、二度もはさみを入れなければいけなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 体位固定をしているスタッフがテープを切るのではなく、外回りのスタッフがテープを切った方がよい。 硬膜外チューブを固定する際は、患者の首元でテープを切るのではなく、頭側から下肢側へテープで固定する。 テープが長い場合は患者に触れないようにはさみで切る。
26	整形外科の手術後にSBドレーンが留置されていた。帰室時、SBドレーンの風船と吸引ボトルの切続面がマーキングされていた。1時間ごとにドレーンと排液の観察を行っていた。マーキング部分は風船と吸引ボトルの切続面ではなく、風船全体の輪郭をマーキングしていると思い込んでいた。1時間ごとにチェックしている際に徐々に風船がしぼんでいき、0時のチェックに明らかに小さくなっていったため、看護師に相談し一緒に確認を行なった。その際、マーキングの意味を取り違えていることに気付いた（マーキングの意味を取り違えていたため、本来よりも低い圧でドレナージされていた可能性がある）。看護師と共に風船をマーキングの部分まで膨らませ、その後、整形外科の当直医、小児科医に報告した。インシデントの前後で、排液量に大きな差はなかった。	SBドレーンについての知識が不十分であった。当病棟にドレーン留置の患者が少なく、知識や実践が不十分であった。日勤と夜勤勤務者の情報の伝達が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> ドレーンについての知識を深める。 実際に留置している患者を見る前には、手順や参考書を必ず目を通す。 不明であれば、ドレーンについての知識のある他のスタッフに依頼して説明してもらうようにする。 勤務交替時には、申し出るスタッフが確実にドレーンの確認を行なった状態で、次の勤務者に申し出るようにする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【部位不明 2件】 類似事例 20件			
27	<p>イレウス管挿入予定の患者で、挿入後瘻孔造影を急遽行うことになり、ドレーン刺入部固定に使用されていたオプサイトを医師がはがした時に縫合が外れていることを発見した。造影の結果、ドレーンの位置にずれはなく再度縫合をして刺入部の観察がしやすいようにオプサイトで固定をした。</p>	<p>造影の結果、ドレーンの位置にずれはなく再度縫合をして刺入部の観察がされやすいようにオプサイトで固定をした。オプサイトの上からでは縫合が外れているようには見えなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> テープをはがす際には縫合が外れてしまっていることも考え、ドレーンを押さえながらテープ除去をする。
28	<p>他のチームの患者からナースコールがあり、持続吸引器の吸引圧設定がおかしいといわれたため訪室した。吸引器はコンセントが刺さったままで、圧設定がされていなかった。患者が、「先ほどまでコンセントを抜いてベッドを離れていた」と言ったため、電圧低下により電源が落ちてしまったのではないかと思った。吸引器にぶら下げた吸引圧チェック板に「-7 cmH₂O」と書いてあったため、その通りに設定した。詰所に戻り、患者のチームの検温者と指示簿を確認したところ、1時間前に医師により、ウォーターシールに変更されたばかりであった。検温者は、そのことを把握していた（吸引圧設定して作動後、5分経過していた）。</p>	<p>確認不足、記録・記載不備、勤務多忙、当直・夜勤、同職種者間の連携不適切、思い込んでいた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 他のチームの患者の処置は、チームの検温者に確認するか、指示簿で確認してから行うようにする。 吸引圧チェック板の表示は、圧の変更があったらすぐ書き直す。 患者本人にも設定の変更などについて説明するようにする。

【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～15歳未満）と人間の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7月1日から平成19年9月30日の間に報告された小児の療養に関連した事例は3件であった（図表Ⅲ-16）。

（2）小児患者の療養に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第24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-17）。報告された事例の中から32件の事例概要を図表Ⅲ-18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
【食事（栄養）】		
1	障害なし	栄養チューブが詰まった為、看護師がJMS栄養チューブ6Frを入れ替えた。気泡音を確認し、ミルクを注入したが患者がぐずついた。医師が気泡音を確認し、ミルクを再開した。その後、SpO ₂ の低下があり、右肺野に湿性ラ音が聞かれた為レントゲン撮影にて栄養チューブが左気管支に挿入されていたことに気付いた。患者は1歳で発達遅滞障害で、喉頭反射、咳嗽反射が欠如しており栄養チューブ迷入の危険性が高かった。
搬送・移送		
2	障害の可能性 (低い)	8歳の筋ジストロフィーの患者が電動車椅子でテーブルに近づき、止まろうとリモコン操作をした際にうまくいかずテーブルと衝突した。車椅子操作をする手の固定にスポンジを使用し、不安定であったため滑ってしまった。
その他		
3	障害の可能性 (高い)	3歳の重症心身障害者の自力体動のない患者のおむつ交換の際に、左大腿部の腫脹・熱感があることに気づき、レントゲンの結果、左大腿骨骨折と診断された。おむつ交換の際に何らかの負荷がかかった可能性があった。

図表Ⅲ - 17 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）	16	10	4	0	0	67	97
清潔	0	1	0	0	0	0	1
運動	0	9	18	5	0	56	88
排泄	0	0	1	1	0	4	6
睡眠・休息	0	0	0	0	0	2	2
搬送・移送	0	1	0	0	0	2	3
その他	13	5	3	0	0	14	35
合計	29	26	26	6	0	145	232

図表Ⅲ - 18 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) 9件】 他類似事例 88件			
1	生後8日目の患者に授乳していた。40mLのミルクのうち半分ほど飲ませたときに哺乳瓶内に母乳パックの一部が入っているのを発見した。残りのミルクは破棄し人工乳にした。	調乳時に母乳パックを切った時に哺乳瓶に入ってしまった。哺乳瓶の中に異物が入っていないか確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・調乳時に母乳パックは切り離さず分乳する。 ・授乳時哺乳瓶の中に異物が入っていないか確認する。
2	生後6日目でミルクが開始になった。母乳の場合は母親が薬を服用していないか確認した上で飲ませることになっていた。ミルク表には「内服無し」と書いてあったが、産科よりの情報交換表には睡眠導入剤等を服用していることが記載されていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・母親に服薬の有無を聴取したとき、確認が不十分であった。 ・母親へ搾乳時の説明が不十分であった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・内服確認は産科よりの情報交換表で行う。 ・母親に薬服用時の母乳には薬剤名を記入するように指導する。
3	生後7日目の患者の授乳時間で母乳をビンで経口哺乳させる時に、患者は空腹でかなり啼泣しており、早く飲ませようと焦っていた。加温器から母乳の入った哺乳瓶を取り出したが、他の患者のものを手に持っていた。いつもは他の看護師とダブルチェックをするが、その時は入院処置等で側に誰もいなく、確認不十分のまま与えてしまった。患者が哺乳瓶を口に咥えたときに、間違いに気付いた。	授乳時間と点滴処置の時間が重なった。準夜勤務者は入院患者についており、また各チームの患者にスタッフ一人ずつが授乳していて声をかけづらかった。患者が次々と泣き出し焦っていた。自分も肩から頭にかけて重圧感があり(体調不良気味)なんとなく不調で声が出づらかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・必ずミルクカードと患者の名前を見て、量と物を看護師2人でダブルチェックする。 ・声を出し確認する。 ・哺乳瓶の患者氏名を見やすくする工夫をする。
4	生後1歳4カ月の患者で、卵白アレルギーがあり、極刻み食を摂取していた。食事に普通の納豆が付いており、副食の代わりにものを依頼すると、かまぼこの刻みを持ってきた。アレルギー反応はなかったが、かまぼこの中には卵白が入っていた。	栄養科で配膳時に食事の種類と食札の確認ができていなかった。かまぼこに卵白が使用されていることに気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・普通食以外の食事については食材と食事の形態など配膳時に確認をして給食から出す。
5	日齢15日目の低体重の患者に経管栄養を実施する際、体重2000g以下の新生児用のミルクを使用しなければいけないところを、間違えて体重2000g以上の新生児に使用するミルクを使用してしまった。患者に変化はみられなかった。	準備前に指示量は確認していたが体重を確認していなかった。思い込みと先入観で間違っていることに気付かず準備をし、また注入実施直前も体重を確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・思い込みと先入観をなくして行動する。 ・内容・時間・指示量など確認すべき内容を、必ず準備前後と実施直前に確認することを怠らない。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
6	クリーンルーム入室中の患者より「おやつにママグルトが出ているけど、乳酸菌は駄目なのに飲んでも良いんですか」と質問があった。ママグルトは乳酸菌製品でもあり、飲食して良いか不明のため栄養課に問い合わせた。その結果、配膳ミスであることが判明し患者はママグルトを飲むことはなかった。他のクリーンルームの患者も母親が飲ませないほうが良いと判断し、飲むことはなかった。	クリーンルーム内の患者は免疫力が低下しており、移植前の腸内無菌化治療開始中であったため、気付かずに飲んでいたら、移植への影響が大きく、移植後の下痢への要因になる状態であった。確認が不十分、教育・訓練が不十分だった（栄養課の配膳担当者が交代したばかりであった）。	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養課で委託業者スタッフ全員への教育を実施した。
7	母が看護室に来てきゅうりを食べた後口唇が腫れてしまったと報告した。訪室すると通常の2倍に腫脹していた。父親が瓜科アレルギーの既往があり家では食べさせていなかったきゅうりを本人が3口食べてしまった。診察後2時間の絶飲食の指示が出され経過観察を行った。	入院時アレルギー問診票を渡してあったがまだ母の手元にあった。アレルギー歴に関して情報不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・再度アレルギーの情報収集しオーダーへ入力した。 ・食事開始時はアレルギーの有無を必ずダブルチェックし入力確認する。 ・禁止食品のある場合は配膳時に確認する。 ・入院時必要な情報の収集がもれなく行われているかチェックする方法の検討をする。
8	中耳炎のため入院中の患者が手術後飲水可の指示があり、麦茶70mL摂取させる。その後他のスタッフから指摘あり、患者はさまざまなアレルギーがあり、大麦のチェックを行っていないため麦茶禁となっていたことに気付いた。	大麦のチェックを行っていないので麦茶禁にしていることが明確に伝達されていない。アレルギーがあることに気付いていなく麦茶に対しても疑問を持たなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギーの記録は必ず行う。 ・指示（麦茶禁等）は電子カルテ上明確に入力する。 ・大麦アレルギーの場合麦茶禁である認識を持つ。
9	患者は小麦アレルギーであった。昼食時テーブル担当の保育士が席をはずしていたのでサラダのみお皿にとりわけた際、髪型で他の患者と間違えて盛り付けてしまった。マカロニを2本くらい食べたところへテーブル担当の保育士が戻り本人用のサラダでないことに気付くすぐに本人用のものと交換した。	乳児院の児でありネームバンドはつけていなかった。常時外見で患者を認識している。受け持ちでない保育士が対応したためしっかりと認識できなかった。小麦アレルギーがある患者がいることが認識されていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・受持ち保育士が対応する。 ・小麦アレルギーがある患者がいることを明確にする。
【清潔 1件】			
10	生後10ヶ月目で人工呼吸器装着中の患者の洗髪・全身清拭を1人で始めた。下に敷いたパットをずらす際、体を動かした時、挿管チューブが抜けてしまった。	人工呼吸器装着中の場合は安全確保の為、1人では清拭をしないことになっているルールを逸脱した。	<ul style="list-style-type: none"> ・決められたルールの遂行と安全確保に努めた業務を考えて行う

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【運動 9件】 他類似事例 79件			
11	生後11カ月の患者に祖父が付き添っていた。患者をベッドに坐らせ、ベッド柵を上げずに、祖父は食事の準備をするために後をふり返った時に、患者がベッドから前に転落した。	家族はベッドの側におり、食事の準備をする間のわずかな時間目を離れた間に転落するとは思っていなかった。入院時オリエンテーションで転倒・転落について注意説明を行っているが、十分な理解がされていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・家族へ転倒・転落防止について再度指導する。 ・ベッド柵が上がっていない状況を見たときには再度声をかける。 ・訪室時にベッド柵が上がっていることを確認する。
12	2歳の患者の病室に他の患者が遊びに来て、低圧ドレーンの器械で遊んで触り、いじって吸引圧をOFFにしてしまった。	患者が器械を触ったり遊んだりすると言う事に医療従事者は気付かず予想外の行動で、想定していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・操作パネルにロックをかけられる吸引機を優先して小児科では使い、必ずロックをしていく。
13	1歳の入院中の患者が、サークルベッドより転落し、前額上部を打撲した。転落時、患者は、一人でベッド上におり、祖母が付き添っていた。柵は1段上がっており、祖母と遊んで過ごしていたが、祖母が振り返って鞆を触ろうと患者に背を向けたところ、患者が祖母を追いかけ、柵をまたいで転落した。患者はその後、変化無く経過した。	子供の危険行動について家族への説明と協力依頼不足であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・柵の取り扱いの指導。 ・子供の危険行動についての十分な説明と協力を得る。
14	1歳の患者が外来待合室のソファ付近からハイハイしてきたところ、職員が押してきた物品搬送用ワゴン車の車輪と左手小指付近を接触した。外傷はなかった。	前方不注意。物品搬送用ワゴン車と患者待合室が共存している体制の問題。	<ul style="list-style-type: none"> ・小児は予測できない行動をとることがあるため、常に気配り注意してワゴン車を扱う。 ・物品搬送用ワゴン車が患者待合室を通らなくてよい体制を整える。
15	アイソレーター（無菌室）内で床上安静中で患者は機嫌よく遊んでいた。プロビアクカテーテル（体外静脈カテーテル）のプラネクタ（三方活栓）に鉛筆の先を突き刺して遊んでいた。家人のコールで気付いた。血液培養採血をし、点滴ルートを交換した。	確認・観察不足、機嫌よく遊んでいた。	<ul style="list-style-type: none"> ・小児は思いつかないような遊びをすることがあるため、ハサミやペンなど使用する時には目を離さないように家族に指導し、部屋から離れる時には看護師に声をかけてもらう。
16	患者は小児が遊ぶマットの敷いてある3畳ほどのホールで母親と一緒にテレビ見ていた。母親が側を離れた時に転んでホールの中央に置いてあるテーブルに顔をぶつけた。下口唇を裂傷し、前歯が一本なくなっていた。口唇裂傷は特に処置を要せず、歯科受診したところ、歯は歯茎に入り込んでいたが、永久歯が生えてくるとき一緒に押し上げられるだろうとのことで、処置はしなかった。	小児が遊んでいたの転倒であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ホールのマットにおいてあるテーブルは児が遊ぶには不要であるためテーブルをなくす。 ・角になっているものがあるため、保護剤などをまいてぶつかっても怪我をしないように予防する

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
17	ベッド柵を中段にし、母親はベッドサイドの椅子に座り、患者がベッド上で遊んでいた。患者がベッド柵の金具で遊び、親指が金具に挟まり、切り傷をおった。少量の出血が見られたため、アルコール消毒し、絆創膏で保護した。	患者はベッド柵で遊んでいたが、注意して患者を見ていなかった。ベッド柵の金具で怪我をするという認識がなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 常にベッド柵は上段にする。 ベッド柵の金具で怪我をする可能性があることを、付き添い者、患者に説明し注意を促すこととした。
18	耳鼻科の手術目的で入院となった患者が、母親と一緒にベッドに入眠中ベッドから転落した。入眠中、母親側はベッド柵2本使用しており、患者の側は頭元にベッド柵1本使用し、足元にオーバーベッドテーブルがベッドに平行にくっつけた状態で置かれていた。体動激しく寝返りにて足元まで移動し、ベッドとオーバーベッドテーブルの間から転落した。	母親側はベッド柵2本使用していたが、患者の側は頭元にベッド柵1本のみ使用であった。1時間毎の巡視時は母と児共に入眠しており、ベッド柵にて転倒するような状況で無かったが、体動激しく転落の危険があった。足元にオーバーベッドテーブルがベッドに平行にくっつけた状態で置かれていたため安心し、寝返りなどで足元まで移動し、隙間から転落する危険性を考慮できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 小児は体動激しく、成人とは違い少しの隙間からでもベッドから転落してしまう危険性があるため、母に了解を得て入眠中だけでも4点柵使用していく。 巡視時注意して観察を行っている。
19	中庭で看護師が付き添って患者が遊んでいたが、業務のためその場を離れた。患者同士でスロープを渡っているとき輸液ポンプが点滴台ごと転倒した。患者への接触はなかった。	対応した看護師は、勤務場所を異動し、不慣れな職場環境であった。他の業務に気を取られ、患者の行動を常時観察できなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 小児の遊戯中は、常時観察を行なう。 やむを得ず、場所を離れる場合は、他の看護師へ観察を依頼する。
【排泄 1件】 他類似事例 5件			
20	11歳の患者。家族がトイレから出てこないため声をかけ、トイレの中で倒れているところを発見する。鍵が掛けられており、職員がドアの上によじ登り中に入り救出する。ショック状態であったが、まもなく落ち着いた。	患者の状態を充分把握できていなかった。鍵の掛けられたトイレのドアを外から開ける方法を知らなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 緊急対応できるように体制を整える。 患者の状態を把握し、観察を強化する。 院内の全トイレの鍵を調査し、緊急時外からドアを開ける方法を各部署の管理者に周知する。
【睡眠・休息 1件】 他類似事例 1件			
21	患者に付き添っていた母親が児を寝かしつけている間に自分が眠ってしまい、患者がベッドから転落して目が覚めた。	母親の希望にて付き添いを許可していたため医療者としての注意が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 付き添いはなるべく避け家族の体調管理をすすめる。 やむなく付きそ場合はベッド柵は最下段まで下げないようオリエンテーションを行なう。
【搬送・移送 2件】 他類似事例 1件			
22	母が患者をバギーからベッドに移そうとベルトをはずした。その時患者に喘鳴があったため、母は吸引の準備をした。患者に背を向け準備している時に、患者が足のほうから落ちてしまった。看護師が、そばで他患者のケアをしており、危ないと声をかけたときには落ちていた。	看護師が側にいたが、危険防止の声かけが遅れた。	<ul style="list-style-type: none"> 病棟内に「転倒・転落防止のポスター」を貼ることや口頭での説明をおこなっていくようにする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
23	父と共に患者が点滴台を押し廊下を歩いていた。患者が父より先に点滴台を押して進み、点滴台と共に転倒し、投与中であった点滴の瓶が割れてしまった。	2歳の患者が1人で点滴台を押し歩いていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・幼児が点滴台を1人で押す事は危険であるため、家族に押ししてもらったり、点滴をしている患者（特に幼児）からは目を離さないように指導を徹底する。
【その他 9件】 他類似事例 26件			
24	日齢8日の患者を新人看護師が受け持っていた。患者はまだ出生体重に戻っておらず、手術後でもあったため体重測定は毎日行うことになっていたが、測定するのを忘れてしまった。指導者が日勤終了後カルテを確認していた時に患者の体重が測定されていないことに気付いた。	新人看護師の指導が4人であり、一人一人の受け持ち患者の情報把握ができていなかった。新人看護師への確認が不十分だった。	<ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師との確認の際には、受け持ちの患者の状態と必要なケアをどれくらい把握しているのか確認し、必要に応じて事前に説明する。 ・チェックリストファイルの進行状況に合わせながら、適所で指導・確認を付け加えていく。 ・受け持ち患者に必要なケアがもれなく行われるように、新人看護師とケアのリストアップと行動計画を行う。
25	深夜帯で生後2日目の患者の右下肢足関節内側に擦過傷を発見した。患者は啼泣時、両下肢がこすれるように動かしていた。その時ネームバンドの固定用のプラスチック部分が内側に向いていた。そこで左下肢につけていたネームバンドのプラスチック部分を見るとわずかな出っ張りがあったためバンドを除去した。業者に連絡した。擦過傷は自然経過で退院までに痂皮形成し自然治癒した。	ネームバンドのプラスチック部分の製造過程での処理が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者へ身につけるような用具は、不備がないか良く観察して使用する。
26	家族が使用中のはさみを2歳の患者が欲しがり、家族が患者へ渡した。家族が目を離したときに患者が中心静脈ルートをはさみでカットした。	子どもの側ではさみを使用した。	<ul style="list-style-type: none"> ・家族指導を強化する。
27	生後2カ月の患者にパルスオキシメーターを装着していた。体重測定時にテープを外すと暗赤色に変色していた。	小児の場合外れて貼り替えることが多く、1カ所に何日も貼ってあることがなかったため、毎日貼り替えるマニュアルにしてなかった。装着部位の観察が不十分だった。	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日指を替えて貼り替える。
28	3歳の患者の術後末梢循環不全管理として保温のために体の周囲に温罨法をした際、患者の左足底部に接触し熱傷した。	術後の末梢循環不全改善のため、温罨法は行われている処置であるが体より1本の手が入る隙間は作るという基本的な看護手順を怠った。観察不足であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・術後の末梢循環不全改善のため、温罨法は行われている処置であるが体より1本の手が入る隙間は作るという基本的な看護手順を理解し安全な看護を行い、十分な観察をしていく。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
29	1歳の患者の点滴ルート確保をし、シーネ固定した。翌日、シーネから針金が出たため、2cm程度左下腿を切傷した。	シーネの観察不足。患児は下肢をよく動かしていたため、シーネを包帯で保護していたが徐々にずれて針金部分が突出してきていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴の観察をするときに、シーネの観察も徹底して行っていく。 ・シーネはガーゼで覆い、床との接着面が外れやすい為、テープでずれないようにした。
30	患者の右手首にタオル地のおもちゃをマジックテープで止めて入眠していた。目覚めたので患者のそばにいくと、右手首に発赤・水泡を発見した。	皮膚の弱い患者に対して、身につけるものの観察不十分。	<ul style="list-style-type: none"> ・乳幼児は非常に皮膚が弱い患者が多いため、おもちゃや手袋・洋服などに十分注意が必要。皮膚トラブルチェックを実施する。
31	医師が、血管確保のために右上腕に使用した輪ゴムを外し忘れ、約18時間後に看護師が発見した。看護師が当該患児の清拭をする際に、右手と腕が腫れているのでおかしいと思い観察すると、輪ゴムが付いた状態であった。輪ゴムの部分だけに内出血が生じた。	医師と看護師が、処置後の観察を怠った。NICU（新生児集中治療室）では、介助者の手で駆血することが多く、輪ゴムで駆血するケースは殆どなかった。輪ゴムが衣類で隠れて見えにくい状態だった。診察や重症患者の説明等の業務が重なっていた。当該患者と他の患者の処置を同時に行っていた。GCU（継続保育室）とNICU間の情報伝達が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・血管確保や採血後は、駆血帯が外れているかを再確認する。 ・大きい小児患者には、成人用の駆血帯を用いる。 ・衣類の上から駆血するようにする。 ・極力多重業務を避ける。 ・患者がGCUとNICU間を移動する際は、医療者間の情報共有化を図る。
32	小児科の患者が救急外来で受診。父親が子供の診察券でなく、自分の診察券を提示した。その診察券でカルテを出してしまった。保険証は子供の保険証を提示したので、カルテを出している間に、その子供の保険証を見て、処置伝票や、その他の入力をしたため、診療内容等は患者自身の入力をしているが、父親のカルテを使用してしまった。	父親が自分の子供の診察券でなく、親自身の診察券を提出しているにも関わらず、そのまま父親のカルテを出してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が診察券を提出した時に、名前と生年月日を確認する。

【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24回ヒヤリ・ハット事例の中から記述情報収集テーマである「薬剤に関連した事例」、「入院時の持参薬の管理に関連した事例」、「輸液ポンプ等に関連した事例」、「ドレーンの挿入・留置及び管理に関連した事例」「小児患者の療養に関連した事例」10事例と、医療機関が警鐘的と判断し報告した事例8事例、計18事例を選別しヒヤリ・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 - 19)。

(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

事例 24-371：(デュロテップパッチを切断して使用)

発生月【6月】 発生曜日【土曜日】 曜日区分【休日】 発生時間帯【14時～15時台】 発生場所【病室】
女性 64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【1年2ヶ月】 部署配属年数【1年2ヶ月】
発生場面【外用】 発生内容【投与方法間違い】 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 誤った】 心理的状況【慌てていた、思いこんでいた】 薬剤【薬剤の性質上の問題】 教育・訓練【不十分だった】
影響度【仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度(処置が必要)と考えられる】
<内容> デュロテップパッチ(2.5mg)が前日から開始された患者に、半分量に減量という指示が出された。指示を受けた当事者は、その方法を医師に確認したところ、はさみで切ると聞き、貼用中のデュロテップパッチをはさみで切り、半分残して貼用した。他のスタッフが気づき、すぐに剥がして皮膚の清拭を行なった。デュロテップパッチは、切断して使用すると皮膚に直接薬が触れ、通常よりも早く吸収されるために血中濃度の急激な上昇と作用の増強、強い副作用の出現の危険がある。
<要因> 当事者の薬剤の用法についての知識不足と経験不足。主治医の指示に疑問を持ったが、再度確認しても同様の答えであったため、従わなければならないと思い込み、他の看護師に尋ねなかった。休日で看護師数が少ないので、それぞれの看護師が各自の担当患者の援助を行なっているため、簡単に尋ねられる環境ではなかった。
<改善策> 与薬において、経験が少ないものについては、その投与方法の確認を必ず行なう。 新しい薬や使用頻度の少ない薬については、その注意書きに目を通すよう習慣づける。 日頃から新しい薬の情報や、与薬の方法についての知識を得られるように興味を持ち敏感になっておく。 主治医の指示であっても疑問がある場合は、専門部署に確認する。

事例 24-773：(水薬の内服量間違い)

発生月【5月】 発生曜日【月曜日】 曜日区分【不明】 発生時間帯【8時～9時台】 発生場所【病室】
男性 65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【10年月数不明】 部署配属年数【5年月数不明】
発生場面【その他】 発生内容【その他】 発生要因-薬剤【管理が悪かった】
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> 1回10mL服用の水剤を、自己管理中であった患者が1回20mL服用していた。薬杯には20mLのところマジックで線が引いてあり、患者はこれにそって自分でついでいた。患者は、これ以外に、他の2種類の水剤を服用していたが、これらは1回20mLであり、薬杯は同様に印がされていた。看護師は、水剤の減りが早いことや、服薬確認の際に薬杯の印を見て、おかしいと感じ、患者に確認したところ過量投与の間違いに気付いた。
<要因> 薬杯を渡して使う場合、キャップで飲む場合などがある。
<改善策> 薬杯の使用については、3つの薬杯を2つにして、量と薬品名、薬品の色を薬杯に書いた。薬杯には、目盛りに線を引いたとしても、薬の名前や色などは表示しないため、複数薬杯の使用が存在する場合の統一したルールを調整する。

事例24-75：(持参薬と当院処方薬の同等品の重複投与)

発生月【5月】 発生曜日【土曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【10時～11時台】 発生場所【ナースステーション】
女性 77歳 患者の心身状態【床上安静】 発見者【同職種者】
当事者の職種【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【内服】 発生内容【重複与薬】 発生要因-確認【不十分であった】 知識【不足していた】 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】
<内容> 持参薬でガスポート服用中の患者。腰痛に対して当院でロキソニン・ガスターが臨時処方された際、ガスポートとガスターが同じ薬効の薬であることに気付かず、重複投与してしまった。持参薬は全て薬剤科で管理していた。
<要因> 内服薬確認の際の確認不足。院外処方（持参薬）であり、把握しにくく気付かなかった。
<改善策> 持参薬の管理方法を徹底する。 持参薬あずかり札を活用し、中止薬を返却する。

事例24-1454：(持参薬確認時の転記間違い)

発生月【4月】 発生曜日【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【不明】 発生場所【ナースステーション】
女性 85歳 患者の心身状態【薬剤の影響下】 発見者【他職種者】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【9年1ヶ月】 部署配属年数【0年1ヶ月】
発生場面【その他の情報伝達過程に関する場面】 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】 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】
<内容> 入院時、他院処方の持参薬を確認した。このなかにジゴシン錠0.25mgを0.5錠の処方であったが、看護記録には1錠と記入してしまった。入院して12日目に持参薬が無くなり、医師は看護記録を参考にして当院採用のジゴシン散0.1%を0.25mg分1朝7日とオーダー入力した。薬局より薬袋が届き看護師は前回の薬袋と確認を行った。他院の薬袋には薬品名だけで用量までは記入がなかったので薬品名だけを確認して投与した。当院処方に切り替えた5日目頃より嘔気が出現し、8日後に主治医が他院の紹介状を確認したところ間違いに気付いた。
<要因> 医師が持参薬を紹介状と確認しないで処方を行った。看護師は、紹介状の薬剤名や用量の確認を行わなかった。
<改善策> 医師・看護師は紹介状による薬剤名・用法・用量を確認する。

事例 24-551：(人工呼吸器使用中の加湿器への回路接続間違い)

発生月【6月】 発生曜日【土曜日】 曜日区分【休日】 発生時間帯【16時～17時台】 発生場所【病室】
男性 0歳 患者の心身状態【その他】 発見者【同職種者】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【13年3ヶ月】 部署配属年数【5年11ヶ月】
発生場面【人工呼吸器】 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】 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> カリオペα（人工呼吸器）装着中の児。加湿器チャンバーの向きを変えるため、看護師2人で回路の接続を一瞬外した。その際、インピーダンスバルブ（吸気ガスの流れを制御する回路）の位置を、本来は加湿器モジュールOUTに接続するものを、吸気出口と加湿器モジュール（IN）の間に接続してしまった。翌日巡回時に、深夜看護師が接続間違いに気付いた。児はIMVモードであったため機器は正常に作動し、一般状態にも影響なかった。
<要因> 巡回時、回路の接続異常についての確認が十分行えていなかった。インピーダンスバルブが加湿器モジュールIN、OUTどちら側にも接続することができるようになっていた。IMVモードでは、インピーダンスバルブは作動しないので機器は正常に動いており、アラームなどで異常を知らせることがなかった。回路の組み立ての際、加湿器モジュールの給水口が手前に来ていなかった。
<改善策> 巡回時や回路に触ったときは、機器の作動や回路の接続に異常がないか確認する。 加湿器モジュールの給水口は、給水しやすいように手前にセットする。

事例 24-1311：(人工呼吸器回路の滅菌期限切れ)

発生月【6月】 発生曜日【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【18時～19時台】 発生場所【病室】
男性 76歳 患者の心身状態【不明】 発見者【同職種者】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【20年月数不明】 部署配属年数【8年月数不明】
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】
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> 人工呼吸器使用前に、回路設置月日を確認すると、「(有)月/日」と書いてあり、滅菌の有効期限が過ぎていた。マニュアルでは設置月日をメモに記入して機械を覆い、シーツに貼るとしていた。
<要因> 決まりのない用紙に記入としていた。滅菌物は有効期限を記入する用にしており、混乱した。頻度が高くないので、何を記入するかあやふやであった。
<改善策> 設置年月日を記入する用紙を作成し、呼吸器上部に置くこととした。

事例24-531：(シリンジポンプ再開時の流量設定間違い)

発生月【4月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【不明】 発生場所【病室】
男性 90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【2年0ヶ月】 部署配属年数【0年5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】 心理的状況【思いこんでいた】 システムの不備【看護職間の連携不適切】
影響度【その他】
<内容> 点滴漏れにて針を刺しかえた際、シリンジポンプの電源をおとした。電源を入れ再開した際に、3 mL/h で設定したが、実際は5 mL/h の投与であった。翌日の深夜が投与量に疑問を感じ確認したところ、投与量の間違いが発覚した。主治医に報告し、5 mL/h で投与続行の指示を受けた。
<要因> 前日勤務時、3 mL/h であったため思い込んでいた。投与再開時に注射指示一覧で投与量を確認しなかった。
<改善策> 更新、開始時は、シリンジポンプの投与量と注射指示一覧を照らし合わせて施行する。

事例24-1317：(シリンジポンプ使用時の三方活栓の閉塞)

発生月【4月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【14時～15時台】 発生場所【病室】
女性 60歳 患者の心身状態【薬剤の影響下】 発見者【当事者本人】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【12年11ヶ月】 部署配属年数【0年1ヶ月】
発生場面【輸液・輸注ポンプ】 発生内容【医療・歯科医療用具（機器）の故障】 発生要因-医療用具【故障していた】 教育・訓練【マニュアルに不備があった】
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> 塩酸モルヒネ8 A + 生食42 mL (トータル50 mL) をシリンジポンプ (テルフージョンシリンジポンプ) にて注入中 (メインの点滴の側管より注入) であった患者の清拭を行った後の更衣の際、塩酸モルヒネの三方活栓をオフにした。その後夜勤者より塩酸モルヒネの三方活栓がオフであったことを指摘された。
<要因> シリンジポンプの使用前点検を行うことになっていたが、実施したかの確認を行うシステムがなかった。シリンジポンプのアラームが鳴らなかった。
<改善策> シリンジポンプについてすぐに業者による点検をおこなった。

事例24-1435：（哺乳瓶の取り違い）

発生月【6月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【時～1時台】 発生場所【NICU】
男性 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【28年2ヶ月】 部署配属年数【9年7ヶ月】
発生場面【経口摂取】 発生内容【内容の間違い】 発生要因-確認【不十分であった】 身体的状況【体調が不良だった】 心理的状況【慌てていた、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】 連携不適切【看護職間の連携不適切】 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> 生後7日目の患者の授乳時間で母乳をピンで経口哺乳させる時に、患者は空腹でかなり啼泣しており、早く飲ませようと焦っていた。加温器から母乳の入った哺乳瓶を取り出したが、他の患者のものを手に持っていた。いつもは他の看護師とダブルチェックをするが、その時は入院処置等で側に誰もいなく、確認不十分のまま与えてしまった。患者が哺乳瓶を口に咥えたときに、間違いに気付いた。
<要因> 授乳時間と点滴処置の時間が重なった。準夜勤務者は入院についており、また各チームの患者にスタッフ一人ずつが授乳していて声をかけづらかった。患者が次々と泣き出し焦っていた。自分も肩から頭にかけて重圧感があり（体調不良気味）なんとなく不調で声が出づらかった。
<改善策> 必ずミルクカードと児の名前を見て、量と物を看護師2人でダブルチェックする。 声を出し確認する。 哺乳瓶の患者氏名を見やすくする工夫をする。

事例24-1585：（遊戯中の点滴台の転倒）

発生月【4月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【14時～15時台】
発生場所【病棟のその他の場所】
男性 4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【年月数不明】 部署配属年数【年月数不明】
発生場面【移動中】 発生内容【その他搬送・移送のエラー】 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> 中庭で看護師が付き添って患者が遊んでいたが、業務のためその場を離れた。患者同士でスロープを渡っているとき輸液ポンプが点滴台ごと転倒した。患者への接触はなかった。
<要因> 対応した看護師は、勤務場所を異動し、不慣れな職場環境であった。他の業務に気を取られ、患者の行動を常時観察できなかった。
<改善策> 小児の遊戯中は、常時観察を行なう。 やむを得ず、場所を離れる場合は、他の看護師へ観察を依頼する。

事例24-1092：(ネームバンド装着部位の損傷)

発生日【5月】 発生日【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【不明】 発生場所【病棟のその他の場所】
女性 0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【助産師】 職種経験年数【7年1ヶ月】 部署配属年数【5年1ヶ月】
発生場面【その他の医療用具（機器）の使用・管理に関する場面】 発生内容【その他の医療・歯科医療用具】 医療用具【欠陥品・不良品だった】
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> 深夜帯で生後2日目の患者の右下肢足関節内側に擦過傷を発見した。患者は啼泣時、両下肢がこすれるように動かしていた。その時ネームバンドの固定用のプラスチック部分が内側に向いていた。そこで左下肢につけていたネームバンドのプラスチック部分を見るとわずかな出っ張りがあったためバンドを除去した。業者に連絡した。擦過傷は自然経過で退院までに痂皮形成し自然治癒した。
<要因> ネームバンドのプラスチック部分の製造過程での処理が不十分であった。
<改善策> 患者へ身につけるような用具は、不備がないか良く観察して使用する。

事例24-168：(病理検体の左右記載間違い)

発生日【6月】 発生日【水曜日】 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 60歳 患者の心身状態【麻酔中・麻酔前後】 発見者【同職種者】
当事者の職種【医師、看護師】 職種経験年数【6年2ヶ月】 部署配属年数【2年2ヶ月】
発生場面【病理検査】 発生内容【その他の検体管理・取扱い】 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】
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> 前立腺癌のリンパ節生検を行い、右と左のリンパ節の検体が1つずつ出た。左リンパ節の検体を入れた病理瓶のラベルに右リンパ節と書いてしまった（左と書いたつもりだった）。翌日、検体を他の看護師が確認し、どちらも右になっている事が分かった。当事者が右側はホルマリン液を多めに入れたが左側は検体が浸る程度に入れたため、比較して左右の確認ができた。医師にも確認して間違いがない事が分かった。
<要因> 検体を受け取る際に復唱確認が不十分で、思い込みで受け取っている。「病理検体取り扱い手順」があり、手術中に、外科などでリンパ節検体が出る場合があることが明文化されているが遵守できていなかった。
<改善策> マニュアルに基づき検体を受け取る際、検体の部位（左右）の復唱確認を確実にする。 手術終了後に外回り看護師と手洗い看護師が目視による確認・ダブルチェックを行なう。

事例 24-186：(患肢への血管確保)

発生月【6月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【6時～7時台】 発生場所【病室】
男性 32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【4年2ヶ月】 部署配属年数【4年2ヶ月】
発生場面【術前処置】 発生内容【部位取り違い】 発生要因-確認・観察【不十分であった】 心理的状況【慌てていた】 勤務状態【多忙であった、夜勤明けだった】
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> 夜勤明けの病棟看護師が、朝一番の手術のため、術前に輸液ルートの確保のためにサーフローを留置した。本来患肢の反対の手に留置する必要があるのを、患肢に留置してしまった。その後、夜勤明け看護師がサーフローと同じ側に、術前の筋肉注射を行ってしまった。手術室看護師が、サーフロー留置が患肢側に行われていることに気が付き、留置し直した。
<要因> 朝に3件の術前準備が重なり、朝一番であるので夜勤明けの看護師が術前準備を行う必要があるという、慌しい状況であったため、患肢の確認を怠ってしまった。
<改善策> 慌しくない手術前日のうちに、患肢が分かるようにマーキングする。 患肢と反対側（つまりサーフロー留置する側）にリボン等の目印をつけるようにする。 術前の患者説明用紙にも、患肢と反対側の手にサーフロー留置するという説明文を加え、説明するようにし、患者からも間違いに気付いてもらえるようにする。

事例 24-373：(伝票の見間違いによる検体処理の誤り)

発生月【6月】 発生曜日【金曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【16時～17時台】 発生場所【検査室】
女性 75歳 患者の心身状態【不明】 発見者【同職種者】
当事者の職種【看護師、臨床検査技師】 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【検体検査】 発生内容【その他の検体管理・取扱い】 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】 心理的状況【慌てていた、思いこんでいた】 教育・訓練【不十分だった】
影響度【不明】
<内容> 17時30分過ぎに整形病棟の看護師が、今から「尿の細胞診検査」を出してよいか聞き病理部に来た。一人残っていた新人検査技師は細胞診検査の処理はしたことが無く、また、時間外の検査依頼をどうしたらよいか分からなくて残業していた検体部門の検査技師に尋ねたところ、「時間外の検査は当直者の仕事だから」と言われ、当直者のPHSに「尿の細胞診検体」があるので処理してくれるよう伝えた。伝言を受け取った当直者も細胞診検体処理は初めてで自信がなかったため、帰宅していた病理部の上司に電話で指示を受けながら2人で処理をおこなった。3日後の朝に病理部の別の検査技師が、看護師が持ってきた伝票が「細胞診検査伝票」ではなく、「微生物検査伝票」であることに気付き、間違いであることが解った。
<要因> 新人検査技師は病理部に2ヶ月所属しているが、組織診処理で手一杯で、細胞診処理までは研修していなかった。当直に従事する際は研修中に「微生物検査伝票」のことも出てくるが、研修はまだ受けていず、微生物検査伝票は見たことがなかった。時間外は全ての検査に関する問い合わせは当直者のPHSにってもらうことを知らなかった。当直検査技師は連絡を受けたとき、他の検査で慌しかった。時間外検査項目ではない「細胞診処理」の研修はしていなかったために気持ちの余裕が無く、「細胞診検査」と強く思い込んでいた。
<改善策> 基本である検体と伝票の照合をしっかりとする。 事例について検査部会等で周知する。 時間外検査項目ではなくても、依頼されることのある項目については研修しておく。 検体提出側にも検体と伝票の照合をきちんとするよう申し入れる。 時間外の検査依頼は全て当直者へ連絡するよう申し入れる。

事例24-419：(輸血時の輸血セット選択誤り)

発生月【4月】 発生曜日【月曜日】 曜日区分【休日】 発生時間帯【12時～13時台】 発生場所【ICU】
男性 0歳 患者の心身状態【意識障害】 発見者【同職種者】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【3年月数不明】 部署配属年数【3年月数不明】
発生場面【輸血実施】 発生内容【輸血のその他のエラー】 発生要因-確認【不十分であった】 知識【不足していた、誤りがあった】
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> 濃厚赤血球を40mL/hで投与の指示があった。指示確認後、シリンジで精密投与をおこなったが、輸血セットのフィルターを介さず濃厚赤血球をシリンジに詰めて投与した。10分後、輸血投与をリーダー看護師に報告した際、リーダー看護師が濃厚赤血球に輸血セットが接続されていないことに気付き、輸血セットのフィルターを介さずに10mL投与されているところを発見した。発見後、輸血投与を中止し、新しくフィルターを介したものにつなぎ替えて投与を再開した。輸血用ルートのフィルターを介さないと凝血のリスクがあった。
<要因> 血液製剤投与時、輸血セットを使用することを認識していたが、シリンジへ移し替えて精密投与する経験がなかったため、精密投与する際に予めフィルターを通さなければいけないことを認識できていなかった。輸血投与時、輸血セットの使用に疑問を思ったが、白血球除去フィルターが中止になったことと混同していた。輸血用ルートのフィルターがフィブリン除去の目的のため使用することを理解していなかった。小児の受け持ちに慣れておらず、逐一行動を確認すべきであったが怠った。
<改善策> 輸血投与時は今回の血液製剤に限らず、輸血セットのフィルターを通さなければいけないことを認識しておく。 フィルターの役割、目的を正しく理解する。自己の経験が浅いことを認識し、少しでも疑問に思ったら必ず相談、確認する。 経験の無いことは、きちんと報告・相談ができるように教育する。

事例24-1233：(検体へのラベルの貼り間違い)

発生月【4月】 発生曜日【金曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【8時～9時台】 発生場所【外来診察室】
女性 6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【看護師】 職種経験年数【3年0ヶ月】 部署配属年数【1年0ヶ月】
発生場面【採血】 発生内容【検体取り違い】 発生要因-確認【不十分であった】 心理的状況【慌てていた】
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】
<内容> ほぼ同時刻に2人の患者の採血を実施した。それぞれのトレイに採血管を用意していたがマイクロで提出することもあるため採血管にラベルを貼っていなかった。1人目の採血が終わり、ラベルを貼り、次の当該患者の採血を行った。ラベルを貼り、検査課へ提出したがキャップカラーが茶色と紫の生化学用採血管のラベルが間違っていると連絡が入り発覚した。
<要因> 本来はスピッツに患者のラベルを貼り、その上で患者の名前を確認してから採血を行うがそれができていない。早く採血を提出しなければと焦ってしまいしっかりとスピッツとラベルを確認の上、スピッツに貼れていない。
<改善策> できる限りスピッツにラベルを貼った上で採血を行う。 後からラベルを貼る場合はもう一度スピッツとラベルがあっているかどうかを確認し貼るようにする

事例24-1572：（手術患者の搬送間違い）

発生月【6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【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【12年0ヶ月】 部署配属年数【6年0ヶ月】
発生場面【その他】 発生内容【その他】 発生要因-確認【不十分であった】 判断【誤りがあった】
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> 手術室から電話を受けたスタッフから眼科の手術の入室の連絡を受け、患者を手術室に搬送した。手術室で、手術室に呼ばれた患者は他病棟の患者と気付き部屋に戻った。
<要因> 他病棟の患者の連絡が来たため電話を受けた看護師は患者名を復唱せず当病棟の手術予定患者と思いついた。電話を受けた看護師は新人であり電話での確認方法が未熟であった。
<改善策> 電話での連絡の際は患者名をフルネームで行い復唱する。

事例24-1664：（手術前後のガーゼ枚数の不一致）

発生月【6月】 発生曜日【火曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【18時～19時台】 発生場所【手術室】
男性 31歳 患者の心身状態【麻酔中・麻酔前後】 発見者【同職種者】
当事者の職種【同職種者】 職種経験年数【年月数不明】 部署配属年数【年月数不明】
発生場面【開胸】 発生内容【その他】 心理的状況【イライラしていた、思いこんでいた】 勤務状態【多忙であった】
影響度【仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度（処置が必要）と考えられる】
<内容> 手術室にて、胸腔鏡下肺切除術の外回りを行っていた。胸腔鏡下であったため、ガーゼはセット内に入っている手術用ガーゼを使用する事にしていた。手術が始まり、しばらくしたら小開胸となった。そのため手洗い看護師に術野の手術用ガーゼをすべて落としてもらうよう声をかけ、術野へはGガーゼを出した。手術用ガーゼを回収し、枚数を確認したところ、19枚しかなかった（セット内には基本的に20枚の手術用ガーゼが入っている事になっている）。しかし、器械展開時、執刀時、手術用ガーゼ数のカウントを行っていなかった。術者へ報告し、胸腔内にガーゼが入っていない事を確認し閉胸となった。術後、レントゲンで体内遺残がない事を確認した。
<要因> 胸腔鏡下のため手術用ガーゼでいいだろうという考えていた。Gガーゼではなく、セット内の手術用ガーゼをそのまま使用した。展開時、執刀時に手術用ガーゼが本当に20枚なのかチェックしていなかった。
<改善策> 今後は胸腔鏡下であっても、開胸する場合の事も考え、展開時よりGガーゼを出し、カウントを確実にやっていくようにしていく。 開胸、開腹の可能性のある手術は全てX線造影糸入りガーゼを出してカウントする。 器械セット内にはX線造影できないガーゼを入れない。

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7月1日から同年9月30日までに報告された事故事例を分析班等において個別に検討する中で、広く共有すべきであると考えられた事例の概要等を図表IV-1に示す。なお、事業要綱改定に伴い、前報告書（第10回報告書）において対象とされた事故事例についても同様に扱うことになった。

図表IV-1 共有すべき医療事故情報

概要	内容
薬剤	<p>処方箋に解釈の誤認により用法を誤って投与した事例が報告された。</p> <p>他科の医師はリン酸コデイン60mgを3回に分けて処方することを意図し「リン酸コデイン60mg、3×」とカルテに記載したが、主科の担当医は「3×」を1日3回と解釈し、処方箋に「リン酸コデイン180mg 分3」と記入した（事例概要については本報告書64頁 図表Ⅲ-1 8番参照）。</p>
薬剤	<p>化学療法の投薬期間を間違えて投与した事例が3件報告された。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 化学療法（アドリアシン、プリプラチン）において、本来、プロトコールでは2週間休薬予定であった。しかし、休薬すべき週にも薬剤を投与した（事例概要については本報告書64頁 図表Ⅲ-1 12番参照）。 2) 化学療法カルボプラチンの投与を行っていた。1日目のみ投与する予定のカルボプラチンを、8日目、15日目にも投与した（事例概要については本報告書64頁 図表Ⅲ-1 13番参照）。 3) 本来1日間のみの投与する予定であったシスプラチンが3日間投与された。化学療法の開始が週末となり、薬剤部とのダブルチェック機能が働かない状況であった（事例概要については本報告書64頁 図表Ⅲ-1 14番参照）。
医療材料	<p>医療材料の滅菌、未滅菌が簡単に判別できなかった事例が報告された。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 手術前、業者から納入された滅菌タンポンガーセのインジケーターの色がはっきり滅菌後とわからなかったため、院内で滅菌し患者に使用した。確認すると、担当者が誤った材料番号で発注を行ったため、未滅菌の製品が納入されていた。タンポンガーセのインジケーターは滅菌・未滅菌の状態が簡単に判別できなかった。 2) 手術でソフトスポンXを使用した。ソフトスポンXに有効期限の印字がなく未滅菌のものであることがわかり、術野の洗浄などで対応した。本来、ソフトスポンXを滅菌して手術室内の棚に収納するきまりだが、業者から製品を受け取った事務員がきまりを知らず、未滅菌のままソフトスポンXを収納した。そのため棚には滅菌と未滅菌のソフトスポンXが混在していた。製品自体が個別装で滅菌・未滅菌の状態が簡単に判別できなかった。

概要	内容
治療・処置	<p>三方活栓の使用に関連した事例が報告された。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 左右の前腕に静脈末梢ルートを取り、それぞれ別の輸液を滴下していた。血管造影の際、右の静脈末梢ルートを中止し、左の静脈末梢ルートから2つの輸液を三方活栓を使い同時に滴下した。その際、ひとつのルートが三方活栓で閉塞されたままであった。 2) 静脈末梢ルートの三方活栓の接続部位が外れて出血した。緊急時であったため、接続がきちんとされていなかった可能性があった。
療養上の世話	<p>ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例が報告された。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 患者はベッドの左側に設置されていたテレビのイヤホンを首に一周する状態で左右のベッド柵に固定していた。電動ベッドを上げる際、イヤホンの固定のことを忘れており首が絞められた状態となった。同室者からの「隣がうるさい」というナースコールで顔面蒼白になった状態で発見され、処置にて意識が戻った。 2) 患者はオキシコンチン等を使用し疼痛コントロールをしていた。レンドルミン服用後、オーバーテーブルにもたれかかり座位で入眠していた。その後ベッドから上半身のみ転落した状態で発見された。上半身をのせていたオーバーテーブルが移動したと考えられた。
その他	<p>施設管理に関連した事例が報告された。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 医療ガス修理工事を看護師長と業者責任者が主導して開始した。酸素ボンベへの切換えを行い、業者責任者は「酸素を止めます」と伝え、看護師長が返事をしたので酸素をバルブをしめた。看護師長は準備された酸素ボンベが各部屋の前になかったので、すべての患者に酸素が供給されていると思っていた。その後、患者家族からナースコールがあり、2部屋の酸素ボンベの交換ができていなかったことがわかった。 2) 患者の輸血が入った血液保冷庫の温度は5度で管理されていた。夜間、薬局内の電源工事があり、工事担当者は血液保冷庫の電源を抜き、約1分後に再度電源を入れた。翌日、別の電源がはいており、血液保冷庫の電源はきれたままであったため、患者の輸血は使用不能となった。

【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>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、第9回報告書169頁、第10回報告書142頁)</p> <p>看護師は準備してあった袋の中からアドナとトランサミンを取り出したつもりだったが、実際はアドナとオムニカインを取り出し、点滴に混合した。 (事例概要については本報告書 63頁 図表Ⅲ - 1 3番参照)。</p>
薬剤	<p>インスリンに関する事例が1件報告された。 (第4回報告書129頁、第6回報告書137頁 第10回報告書142頁)</p> <p>1) 看護師が、ノボリンR 50単位 = 0.5mL のところをインスリンのバイアルを見誤って5mL と判断して実施した。(事例概要については本報告書 64頁 図表Ⅲ - 1 9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、第10回報告書143頁)</p> <p>患者が排便困難のため浣腸を希望した。看護師は左側臥位でグリセリン浣腸を実施した。浣腸のチューブの先端6cm と患者の肛門周囲にワセリンを塗布し、チューブを挿入した。約2cm 程度挿入したところで、患者より痛みの訴えがあり、チューブの抵抗感があった為直ちに抜去した。その後、再度同様にチューブを挿入しグリセリン液を注入した。その後患者は気分不快と肛門部の痛みを訴え、肛門上部に約5cm ほどの水泡様の膨隆が見られ、CT で「直腸穿孔」と診断された。直腸内の硬便により浣腸チューブが屈曲し、粘膜を損傷し皮下にグリセリンが注入された可能性があった。</p>
左右間違い	<p>手術部位の左右間違いが1件報告された。 (第8回報告書 137頁、第10回報告書 143頁)</p> <p>左側慢性硬膜下血腫で緊急入院、緊急手術で右側頭部を除毛し、穿頭、硬膜を切開しようとした時、患部の左右間違いであることに気付いた。</p>

概 要	内 容
療養上の世話	<p>療養上の世話における熱傷が2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、第10回報告書143頁)</p> <p>1) 植物状態の患者を看護師2名で入浴介助した。担架の上で身体を洗い浴槽にお湯をためたが、2名の看護師はお互いに湯の確認をしたと思い込み、そのまま担架ごと浴槽に降ろしてしまった。お湯が熱いことにすぐ気づき、担架を上げたが、背部から臀部、両前腕後面、両踵部、左肘後面、仙骨部、左足背に熱傷を負った。</p> <p>2) 手浴の際、汚れが多いことを予測し、清拭車の蒸しタオルを少し冷ましたもので両手を1時間ほど蒸した後、タオルで汚れを落とし微温等で洗いなおした。その後皮膚剥離を2箇所発見した。蒸しタオルの温度確認を素手で行わず、手袋をした状態で確認し、適温であるか正確に確認しなかった。</p>

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. 8～No. 10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. 8

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.8 2007年7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.8 2007年7月

手術部位の左右の取り違い

手術部位の左右を取り違えた事例が9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8回報告書に一部を掲載）。

左右を取り違えた事例の多くは、手術部位のマーキングが適切になされなかった事例です。

マーキング	事例件数
あり	2件
なし	6件
不明	1件

◆マーキングありの事例2件のうち、1件はマーキングそのものの左右間違いであり、1件は眼科の手術において手掌にマーキングを行った事例です。

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業



No.8 2007年7月 ◆ ◆ ◆ ◆

〔手術部位の左右の取り違い〕

事例 1

両側の変形性膝関節症に対して、症状の強い左膝の手術が予定された。手術前日に、患者に対して左膝の手術を行うことを説明した際、マニュアル通りにマーキングを行わなかった。翌日、手術室入室直後に、看護師、麻酔医、執刀医は、患者と共に左膝の手術を行うことを確認したが、その際にもマーキングは確認しなかった。全身麻酔後に、執刀医は予定とは逆の右膝に術前準備を行ったが、そのことに誰も気付かないまま手術が開始された。手術開始後30分が経過した時点で左右の取り違いに気付いた。

事例 2

左眼硝子体手術のため、病棟にて手術側である左側手掌にマーキングを行った。手術室入室後、術前準備を介助した医師が、誤って反対側の右眼に麻酔等の術前準備を行い、そのまま手術が開始された。手術開始直後、顕微鏡画面をモニターで見ていた医師が、手術眼の左右の取り違いに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

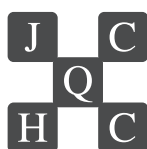
手術部位のマーキングについてルールを決め、徹底する。

※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. 9

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.9 2007年8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

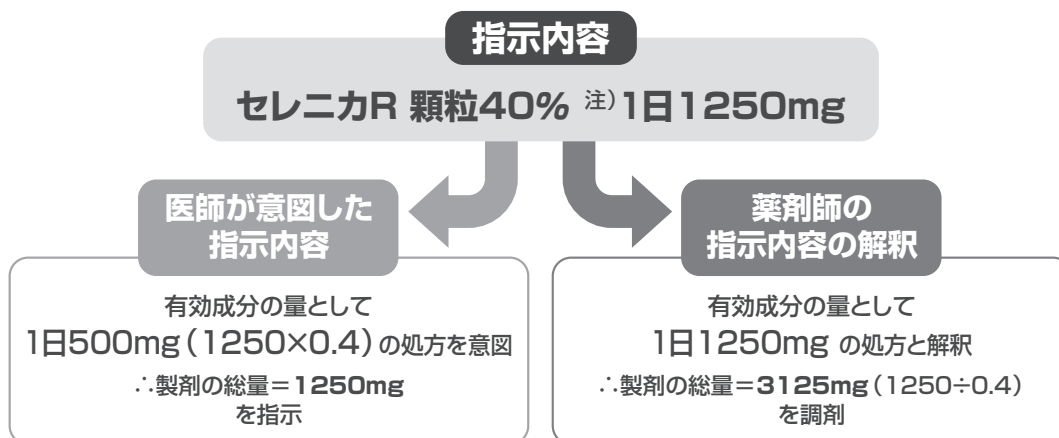
医療 安全情報

No.9 2007年8月

製剤の総量と有効成分の量の間違い

製剤の総量と有効成分の量との誤認による事例が4件報告されています(集計期間: 2004年10月1日~2007年3月31日、第8回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

内服薬処方において、製剤の総量と有効成分の量との誤認に起因する過量投与が報告されています。



注) 有効成分：バルプロ酸ナトリウム

〈類似の報告があった薬剤〉 アレビアチン散10% フェノパール散10% など

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業

医療
安全情報

No.9 2007年8月 ◆ ◆ ◆ ◆

製剤の総量と有効成分の量の間違い

事例 1

他院からの紹介患者の情報提供用紙には、内服薬として『セレニカR 1.25g分2朝・夕』（有効成分であるバルプロ酸ナトリウムとして500mgに相当）と記載されていた。医師は同一内容の処方箋を意図してオーダー画面に『セレニカR顆粒40% 400mg/g 1250mg 朝・夕食後』と入力し院外処方箋を発行した。一方、処方箋を受け取った院外調剤薬局では1250mgを製剤の総量ではなく、有効成分（バルプロ酸ナトリウム）の量と解釈し、製剤の総量としてセレニカR顆粒40% 3125mgを調剤した。家族から患者に嘔吐などが出現しているという連絡があり過量投与がわかった。

事例 2

患者は呂律がまわらないなどの症状を訴え外来を受診した。主治医は3週間前から他院で処方されていた薬を当院で継続処方したことが原因ではないかと疑い、他院に処方内容を確認した。その結果、他院では有効成分としてフェノバルビタール150mg/日が処方されていたものが、当院では10倍量の1500mg/日が処方されていたことがわかった。これは、主治医が、患者持参の薬ノートに記載された『フェノバル散10% 1.5g/日』を見て同一内容の処方箋を意図して『フェノバル散10% 1500mg/日』と指示したところ、当院薬局では慣例として、「g」表示の場合は製剤の総量を、「mg」表示の場合は有効成分の量を意味したため、調剤の過程で、「mg」単位で記載された処方箋から1500mgが有効成分の量と解釈されたためであった。

事例が発生した医療機関の取り組み

処方に関する記載方法を確立し、量の記載が有効成分の量か製剤の総量であるかを付記する。

※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. 10

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.10 2007年9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.10 2007年9月

MRI検査室への磁性体 (金属製品など)の持ち込み

MRI検査室内への磁性体(金属製品など)の持ち込みに伴う事故が2件報告されています(集計期間:2004年10月1日~2007年3月31日、第9回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

**MRI検査室には、患者および
医療従事者が磁性体(金属製品など)を
持ち込まないことの徹底が必要です。**

MRI室に持ち込まれた磁性体(金属製品など)

酸素ボンベ

ホーロー^{注)}製のトレイ

注) ホーローは、金属とガラス成分から構成されており、磁性体(磁力引き寄せられる性質を持つ物質)です。

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業

医療
安全情報

No.10 2007年9月 ◆ ◆ ◆ ◆

MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み

事例 1

患者を救急外来のストレッチャーで酸素吸入をさせながらMRI検査室に搬送した。入室時に、患者が金属製品を所持していないことを確認し、義歯と下着を外した。診療放射線技師は、ストレッチャーと酸素ボンベが、MRI専用であると思い込んでいたため、入室時にMRI専用であるかの確認を行わなかった。患者を撮影台に移動させるため、ストレッチャーをMRIの側まで移動させた際に、酸素ボンベが飛び出し、MRIガントリーに吸着した。

事例 2

鎮静処置を要する幼児のMRI検査のために、看護師は鎮静処置の準備をホーロー製のトレイにし、検査室横の検査準備室に置いて退出した。診療放射線技師は、医師および患児がMRI検査室へ入室時に金属製品を所持していないことを確認した。その後、医師は、検査準備室に準備されていたトレイを持って検査室に入り、患児の足元の撮影台に置き処置を開始した。患児が入眠したため、撮影を開始すべく、撮影台を頭側へ移動させると、患児の足元に置いてあったホーロー製のトレイがMRIのガントリーに引き寄せられ、トレイにあった使用済みの物品が飛散し、その一部が患児に当たり口腔内裂傷をきたした。

事例が発生した医療機関の取り組み

**MRI検査室には磁性体(金属製品など)を
持ち込まないことを徹底する。**

※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 報告義務対象医療機関一覧（273施設）

平成19年9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 鹿児島医療センター
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 *	富山大学附属病院 *
国際医療福祉大学病院	長崎大学医学部・歯学部附属病院 *
国際医療福祉大学附属三田病院	名古屋市立大学病院 *
国際医療福祉大学附属熱海病院	名古屋大学医学部附属病院 *
埼玉医科大学附属病院 *	奈良県立医科大学附属病院 *
佐賀大学医学部附属病院 *	新潟大学医歯学総合病院 *
札幌医科大学附属病院 *	日本医科大学付属病院 *
産業医科大学病院 *	日本歯科大学附属病院
滋賀医科大学医学部附属病院 *	日本歯科大学新潟病院
自治医科大学附属病院 *	日本大学医学部附属板橋病院 *
島根大学医学部附属病院 *	日本大学歯学部附属歯科病院
順天堂大学医学部附属順天堂医院 *	日本大学松戸歯学部附属病院
昭和大学歯科病院	浜松医科大学医学部附属病院 *
昭和大学病院 *	兵庫医科大学病院 *
信州大学医学部附属病院 *	弘前大学医学部附属病院 *
聖マリアンナ医科大学病院 *	広島大学病院 *
千葉大学医学部附属病院 *	福井大学医学部附属病院 *
筑波大学附属病院 *	福岡歯科大学医科歯科総合病院
鶴見大学歯学部附属病院	福岡大学病院 *
帝京大学医学部附属病院 *	福島県立医科大学医学部附属病院 *
東海大学医学部附属病院 *	藤田保健衛生大学病院 *
東京医科歯科大学医学部附属病院 *	北海道医療大学病院
東京医科歯科大学歯学部附属病院	北海道大学病院 *
東京医科大学病院	松本歯科大学病院
東京歯科大学千葉病院	宮崎大学医学部附属病院 *
東京慈恵会医科大学附属病院 *	三重大学医学部附属病院 *
東京女子医科大学病院 *	明海大学歯学部附属明海大学病院
東京大学医科学研究所附属病院	明治鍼灸大学附属病院
東京大学医学部附属病院 *	山形大学医学部附属病院 *
東邦大学医療センター大森病院 *	山口大学医学部附属病院 *
東北大学病院 *	山梨大学医学部附属病院 *
徳島大学病院 *	横浜市立大学附属病院 *
獨協医科大学病院 *	琉球大学医学部附属病院 *
鳥取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7月1日から9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。

東北大学歯科部附属病院・・・病院が廃止となったため、報告義務医療機関として登録を抹消した。
東京女子医科大学病院・・・特定機能病院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2 参加登録申請医療機関一覧（280施設）

平成19年9月30日現在

【北海道】

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

【山形県】

医療法人社団 山形愛心会 庄内余目病院

【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
医療法人社団 常仁会 牛久愛和総合病院

【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
 医療法人財団葛の木会 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 片山温湯泉丘の上病院

【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

互惠会 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】

医療法人尚賢会 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

資料3 医療事故情報報告様式 (項目、選択肢及び記述欄)

1. 事故発生日時と事故の概要

1	発生年 <input type="checkbox"/> 前年 <input type="checkbox"/> 当年 <input type="checkbox"/> それ以前 () 年を半角数字4桁で記入
2	発生月 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月
3	発生曜日 <input type="checkbox"/> 月曜日 <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
4	発生時間帯 <input type="checkbox"/> 0時～1時台 <input type="checkbox"/> 2時～3時台 <input type="checkbox"/> 4時～5時台 <input type="checkbox"/> 6時～7時台 <input type="checkbox"/> 8時～9時台 <input type="checkbox"/> 10時～11時台 <input type="checkbox"/> 12時～13時台 <input type="checkbox"/> 14時～15時台 <input type="checkbox"/> 16時～17時台 <input type="checkbox"/> 18時～19時台 <input type="checkbox"/> 20時～21時台 <input type="checkbox"/> 22時～23時台 <input type="checkbox"/> 不明 ()
5	事故の程度 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 障害残存の可能性が高い (高い) <input type="checkbox"/> 障害残存の可能性が低い (低い) <input type="checkbox"/> 障害残存の可能性なし <input type="checkbox"/> 障害なし <input type="checkbox"/> 不明 ()
6	事故の治療の程度 <input type="checkbox"/> 濃厚な治療 <input type="checkbox"/> 軽微な治療 <input type="checkbox"/> なし
7	発生場所 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 外来診察室 <input type="checkbox"/> 外来処置室 <input type="checkbox"/> 外来待合室 <input type="checkbox"/> 救急外来 <input type="checkbox"/> 救命救急センター <input type="checkbox"/> 病室 <input type="checkbox"/> 病棟処置室 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/> NICU <input type="checkbox"/> 検査室 <input type="checkbox"/> カテーテル検査室 <input type="checkbox"/> 放射線治療室 <input type="checkbox"/> 放射線撮影室 <input type="checkbox"/> 核医学検査室 <input type="checkbox"/> 透析室 <input type="checkbox"/> 分娩室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()
8	事故の概要 <input type="checkbox"/> 指示出し <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療用具 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 歯科医療用具 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他 ()
9	特に報告を求める事例 <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"/> 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"/> 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"/> 間違った保護者の許への新生児の引渡し <input type="checkbox"/> 本事例は選択肢には該当しない
10	関連診療科 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 神経科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 循環器外科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 美容外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> ペインクリニック <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 性病科 <input type="checkbox"/> 肛門科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()

2. 当該事故に係る患者に関する情報

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

3. 当該事故に係る医療関係者に関する情報

15	発見者 □当事者本人 □同職種者 □他職種者 □患者本人 □家族・付き添い □他患者 □その他（ ）
16	当事者職種 □医師 □歯科医師 □看護師 □准看護師 □薬剤師 □臨床工学技士 □助産師 □看護助手 □診療放射線技師 □臨床検査技師 □理学療法士（PT） □管理栄養士 □栄養士 □調理師・調理従事者 □言語聴覚士（ST） □作業療法士（OT） □衛生検査技師 □歯科衛生士 □歯科技工士 □その他（ ）
	専門医・認定医及びその他の医療従事者の専門・認定資格
	当事者職種経験（0年0ヶ月～50年11ヶ月の範囲で報告。） （ ）年 （ ）ヶ月
	当事者部署配属期間（0年0ヶ月～50年11ヶ月の範囲で報告。） （ ）年 （ ）ヶ月
	直前1週間の夜勤回数 □0回 □1回 □2回 □3回 □4回 □5回 □6回 □7回 □不明
	勤務形態 □1交替 □2交替 □3交替 □4交替 □その他（ ）
直前1週間の勤務時間（1～150時間の範囲で報告。不明の場合は「900」と報告。） （ ）時間	

20	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 ()
20	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

18	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 ()
19	事故の内容
	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"/> 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 () 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 () 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 () 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 ()
20	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

21	実施した医療行為の目的
22	事故の内容

6. 当該事故に関する必要な情報

23	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()
24	事故の背景・要因
25	事故調査委員会設置の有無（複数回答可） <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に対応 <input type="checkbox"/> 現在検討中で対応は未定 <input type="checkbox"/> その他()
26	改善策
27	事故内容に関する自由記載欄

資料4 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 ()

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5 ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧

平成19年6月30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 221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
 市立大森病院 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 日本医科大学附属病院

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
 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
 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 刈谷豊田総合病院
 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
 独立行政法人国立病院機構 南京都病院

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

