

医療事故情報収集等事業 第12回報告書

平成20年3月19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12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
【4】医療事故情報収集に関連した教育研修	9
3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の概要	10
【1】事業の目的	10
【2】ヒヤリ・ハット事例情報の収集	10
【3】ヒヤリ・ハット事例情報の分析・提供	12
【4】ヒヤリ・ハット事例収集に関連した教育研修	12
II 報告の現況	15
1 医療事故情報収集・分析・提供事業	15
【1】登録医療機関	15
【2】報告件数	17
【3】報告義務医療機関からの報告の内容	20
2 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業	44
【1】登録医療機関	44
【2】報告件数	45
【3】全般コード化情報	46
【4】記述情報	59

III 医療事故情報等分析作業の現況 61

1 概況	61
【1】分析対象とするテーマの選定状況	61
【2】分析対象とする情報	61
【3】分析体制	61
【4】事故事例に対する追加調査	62
2 個別のテーマの検討状況	63
【1】薬剤に関連した医療事故	63
【2】医療機器の使用に関連した医療事故	91
【3】小児患者の療養生活に関連した医療事故	105
【4】リハビリテーションに関連した医療事故	115
【5】ヒヤリ・ハット事例情報データベース	127

IV 共有すべき医療事故情報 141

【1】「共有すべき医療事故情報」	141
【2】再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」	143

参考 医療安全情報の提供..... 145

【1】事業の目的	145
【2】主な対象医療機関	145
【3】提供の方法	145
【4】医療安全情報	146
資料1 報告義務対象医療機関一覧	152
資料2 参加登録申請医療機関一覧	156
資料3 医療事故情報報告様式	161
資料4 「第4回医療事故の分析と報告に関する研修会」資料	170
資料5 ヒヤリ・ハット事例報告様式	188
資料6 ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧	198
資料7 「ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業研修会」開催結果概要	202

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を平成20年度中に開始するための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15回の提供を行うことができました。現在では、全国の病院の半数程度にファックスにより情報提供しております。医療安全の推進のため、平素より当事業において医療事故情報やヒヤリ・ハット事例等の情報提供をしていただき、ご協力いただいております医療機関の皆様や、関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

当事業における報告書の公表は、今回が12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12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を開始しました。

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。当事業に参加することは、医療安全に取り組む積極的な姿勢を示すことにつながるとのご意見もいただいております。

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。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10月～12月までにご報告頂いた医療事故情報と、平成19年7月～9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12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」、「小児患者の療養生活に関連した医療事故」に加え新たに「リハビリテーションに関連した医療事故」を取り上げました。

また、3ヵ月間に収集した事例を中心に、特に重要と考えられる事例を「共有すべき医療事故情報」に掲載しております。

さらに、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、2月現在、4200を超える医療機関に提供させていただいております。

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。今回の報告書には、当事業において行った研修会の資料や医療事故の分析例も掲載しておりますのでご活用下さい。

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

I 医療事故情報収集等事業の概要

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

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

1 医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例収集の経緯

ヒヤリ・ハット事例収集の経緯

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

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

医療事故情報収集の経緯

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

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

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

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

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

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

当機構における事業の経緯

平成16年7月1日、当機構内に医療事故防止センターを付設し、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。

【4】医療事故情報収集に関連した教育研修

当事業参加登録医療機関において、医療報告制度の実際と事故原因・背景要因の分析や対策立案の知見を深めていただくため「第4回医療事故情報の分析と報告に関する研修会」を平成19年8月10日（金）、11日（土）の2日間開催した。

（1）研修会の概要

i) 対象者

- ① 参加登録医療機関の医療安全管理部門の責任者
- ② 参加登録医療機関の医療安全管理者またはそれに準ずる者

ii) 内容

- ① 講義：医療事故情報収集等事業について
医療事故事例分析の技法（RCA:Root Cause Analysis）について
- ② 演習：RCA の実際

（2）受講状況

受講者数 69名

（3）内容

研修会のプログラム、受講者のアンケート結果は資料4に示す。演習において事例、および「RCA分析の一例」を作成したので参考にさせていただきたい。

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5「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12月31日現在、240施設の協力を得ている。

資料6「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、言語療法士等に関連した事例)
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、言語療法士等に関連した事例) ○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

報告方法は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。

【4】ヒヤリ・ハット事例収集に関連した教育研修

当事業定点医療機関において医療安全管理を担当し指導的な立場にある方を対象に、医療事故情報収集等事業の現況と、ヒヤリ・ハット事例や医療事故を分析することの意義、および分析手法（RCA）に関して「ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業 研修会」を12月12日（水）の1日間開催した。

(4) 研修会の概要

i) 対象者

- ① 定点医療機関の医療安全管理部門の責任者
- ② 定点医療機関の医療安全管理者また医療安全管理に係る者

ii) 内容

- ① 講義：医療事故情報収集等事業について
医療事故事例分析の技法（RCA:Root Cause Analysis）について

(注1) 資料5「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。

(5) 受講状況

受講者数 108名

(6) 内容

研修会のプログラム、受講者のアンケート結果は資料7に示す。

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10月から12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12月31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	1
	独立行政法人国立病院機構	146	—
	厚生労働省（国立高度専門医療センター）	8	—
	厚生労働省（ハンセン病療養所）	13	—
	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	1
	地方独立行政法人	1	0
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	8
	医療法人	—	99
	公益法人	—	15
	会社	—	7
	その他法人	—	5
個人		—	11
合計		273	285

(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10月1日から同年12月31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	0	3	2
登録取下げ 医療機関数	31	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
累 計	271	271	275	275	276	279	280	280	280	280	283	285

【2】報告件数

(1) 月別報告件数

平成19年10月1日から同年12月31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	138	124	121	1,266
参加登録申請医療機関報告数	8	11	19	35	29	7	15	17	9	6	12	11	179
報告義務対象医療機関数	273	273	273	273	273	274	274	274	273	273	273	273	—
参加登録申請医療機関数	271	271	275	275	276	279	280	280	280	280	283	285	—

(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12月31日現在の報告義務医療機関の平成19年10月1日から同年12月31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12月31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14万4,736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 12月31日現在)	報告医療機関数		報告件数		
		平成19年 10月～12月	平成19年 1月～12月	平成19年 10月～12月	平成19年 1月～12月	
国	国立大学法人等	46	28	39	89	281
	独立行政法人国立病院機構	146	72	109	196	592
	国立高度専門医療センター	8	5	7	18	56
	ハンセン病療養所	13	3	5	7	15
自治体	都道府県	11	5	7	14	31
	市町村					
	公立大学法人					
	地方独立行政法人					
法人	学校法人	49	18	26	59	291
(再掲)	特定機能病院	82	49	70	160	585
合計		273	131	193	383	1,266

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12月
国	国立大学法人等	920
	独立行政法人国立病院機構	1,436
	国立高度専門医療センター	186
	ハンセン病療養所	42
自治体	都道府県	96
	市町村	
	公立大学法人	
	地方独立行政法人	
法人	学校法人	1,219
(再掲)	特定機能病院	2,200
合 計		3,899

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 10月～12月	平成19年 1月～12月	平成19年 10月～12月	平成19年 1月～12月
0～19床	0	0	0	0	0
20～49床	13	1	1	8	15
50～99床	6	0	0	0	0
100～149床	4	2	2	3	3
150～199床	8	4	6	8	22
200～249床	12	4	7	5	14
250～299床	18	7	14	14	53
300～349床	25	15	17	41	103
350～399床	18	8	14	22	69
400～449床	25	12	18	37	109
450～499床	14	5	9	16	38
500～549床	13	6	10	15	66
550～599床	12	6	9	20	69
600～649床	26	13	18	50	131
650～699床	8	4	6	20	49
700～749床	12	7	11	10	66
750～799床	3	1	3	1	6
800～849床	12	6	9	26	67
850～899床	5	4	5	10	36
900～999床	9	7	8	13	38
1000床以上	30	19	26	64	312
合 計	273	131	193	383	1,266

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 10 月～ 12 月	平成 19 年 1 月～ 12 月
0	142	80
1	43	29
2	39	39
3	16	15
4	10	24
5	5	12
6	6	8
7	4	13
8	3	5
9	2	6
10	0	11
11～20	3	24
21～30	0	5
31～40	0	0
41～50	0	1
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 12 月 31 日現在の参加登録申請医療機関の平成 19 年 10 月 1 日から同年 12 月 31 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 12 月 31 日現在)	報告医療機関数		報告件数	
		平成 19 年 10 月～ 12 月	平成 19 年 1 月～ 12 月	平成 19 年 10 月～ 12 月	平成 19 年 1 月～ 12 月
国	2	0	0	0	0
自治体	35	3	10	4	37
公的医療機関	103	4	13	7	33
法 人	134	10	26	18	109
個 人	11	0	0	0	0
合 計	285	17	49	29	179

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 12 月
国	0
自治体	69
公的医療機関	126
法 人	306
個 人	0
合 計	501

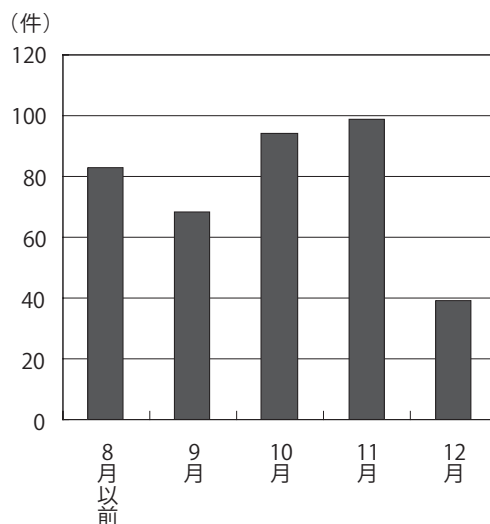
【3】報告義務医療機関からの報告の内容

平成19年10月1日から同年12月31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。

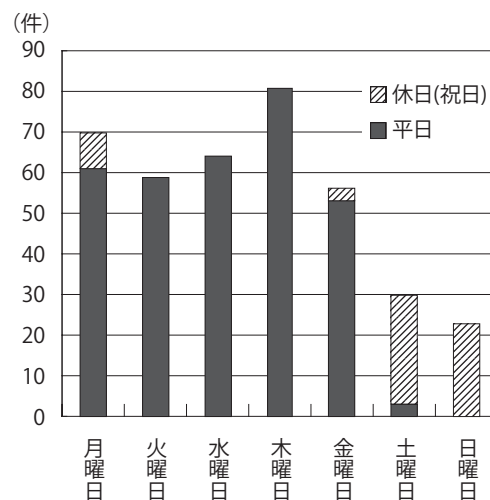
図表Ⅱ-1-10 発生月

発生月		件数
平成19年	8月以前	83
	9月	68
	10月	94
	11月	99
	12月	39
合計		383



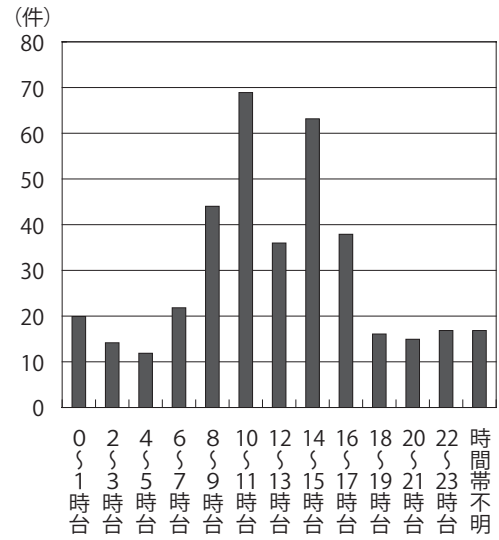
図表Ⅱ-1-11 発生曜日・曜日区分

発生曜日	平日	休日(祝日)	合計
月曜日	61	9	70
火曜日	59	0	59
水曜日	64	0	64
木曜日	81	0	81
金曜日	53	3	56
土曜日	3	27	30
日曜日	0	23	23
合計	321	62	383



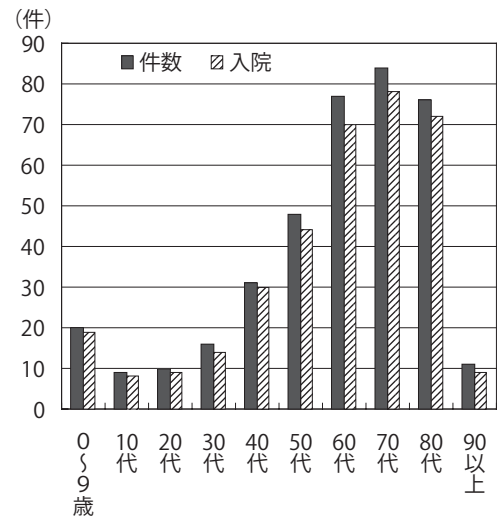
図表Ⅱ - 1 - 1 2 発生時間帯

発生時間帯	件数
0～1時台	20
2～3時台	14
4～5時台	12
6～7時台	22
8～9時台	44
10～11時台	69
12～13時台	36
14～15時台	63
16～17時台	38
18～19時台	16
20～21時台	15
22～23時台	17
時間帯不明	17
合計	383



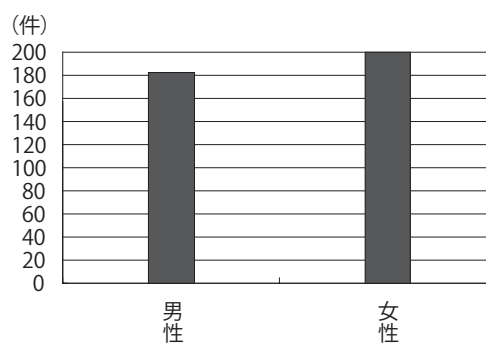
図表Ⅱ - 1 - 1 3 患者の年齢

患者の数	患者の年齢	件数	入院患者
1人	0～9歳	20	19
	10代	9	8
	20代	10	9
	30代	16	14
	40代	31	30
	50代	48	44
	60代	77	70
	70代	84	78
	80代	76	72
	90以上	11	9
	合計	382	353
複数	合計	1	0
総計		383	353



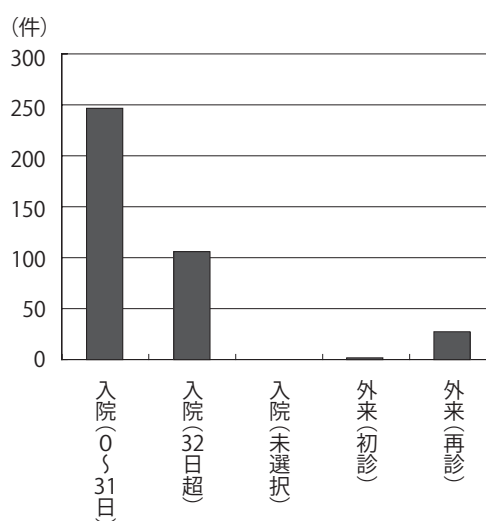
図表Ⅱ-1-14 患者の性別

患者の数	性別	件数
1人	男性	182
	女性	200
	合計	382
複数	合計	1
総計		383



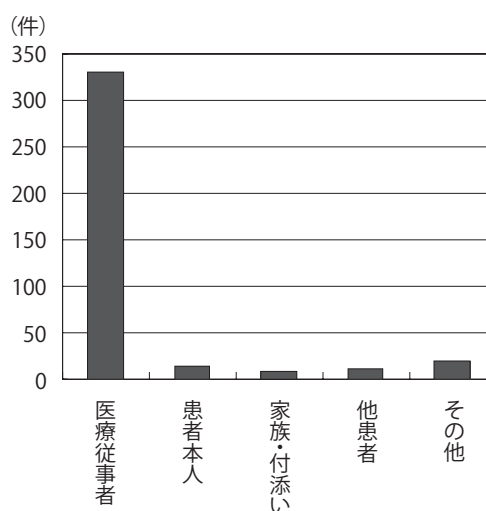
図表Ⅱ-1-15 入院・外来の区分・入院期間

入院・外来の区分		合計
入院	入院期間0～31日	247
	入院期間32日超	106
	未選択	0
	合計	353
外来	初診	2
	再診	28
	合計	30
総計		383



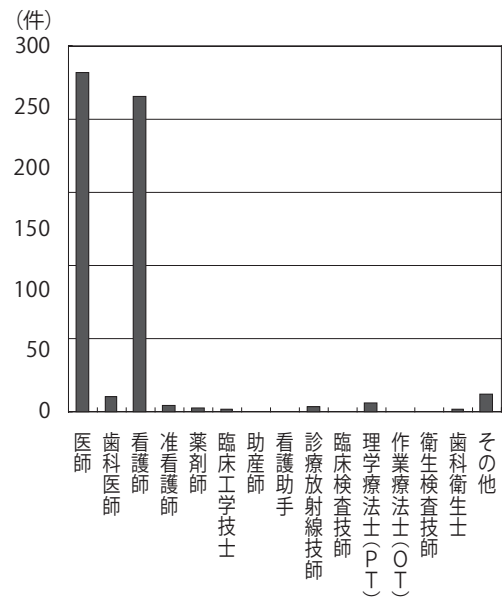
図表Ⅱ-1-16 発見者

発見者	件数
医療従事者	330
患者本人	14
家族・付添い	9
他患者	10
その他	20
合計	383



図表Ⅱ - 1 - 17 当事者の職種

当事者 ^(注) の職種	件数
医師	278
歯科医師	12
看護師	259
准看護師	5
薬剤師	3
臨床工学技士	2
助産師	0
看護助手	0
診療放射線技師	4
臨床検査技師	0
理学療法士（PT）	7
作業療法士（OT）	0
衛生検査技師	0
歯科衛生士	2
その他	14
合計	586



(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	6	13	14	13	16	13	12	9	14	18	105	38	3	278
歯科医師	0	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	3	12
看護師	25	23	24	20	8	10	19	13	2	8	4	45	50	8	259
薬剤師	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3

(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。

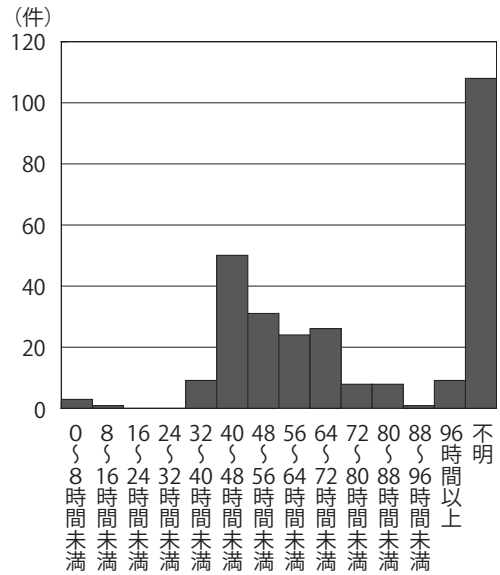
図表Ⅱ - 1 - 19 当事者（医師・歯科医師・看護師・薬剤師）の部署配属年数

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	43	36	20	21	8	14	10	8	7	7	32	2	1	278
歯科医師	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3	12
看護師	67	57	43	46	10	12	10	4	1	2	1	6	0	0	259
薬剤師	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3

(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 10月～12月	平成19年 1月～12月
0～8時間未満	3	12
8～16時間未満	1	4
16～24時間未満	0	2
24～32時間未満	0	7
32～40時間未満	9	98
40～48時間未満	50	226
48～56時間未満	31	116
56～64時間未満	24	123
64～72時間未満	26	72
72～80時間未満	8	23
80～88時間未満	8	34
88～96時間未満	1	12
96時間以上	9	19
不明	108	151
合計	278	899
平均勤務時間 (不明を除く)	55.3	51.7

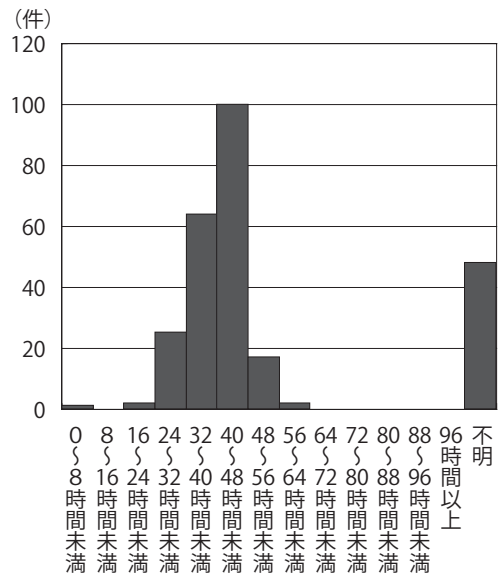


(注1) 当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、非常勤務職員が含まれている可能性がある。なお、当事者は複数回答が可能である。

(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 10月～12月	平成19年 1月～12月
0～8時間未満	1	7
8～16時間未満	0	12
16～24時間未満	2	20
24～32時間未満	25	60
32～40時間未満	64	228
40～48時間未満	100	398
48～56時間未満	17	59
56～64時間未満	2	12
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	48	61
合計	259	858
平均勤務時間 (不明を除く)	36.7	36.9

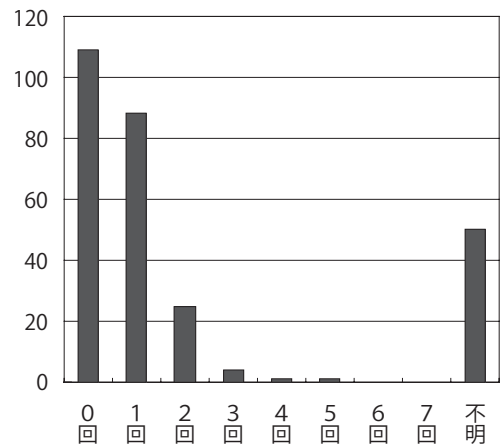


(注1) 当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、非常勤務職員が含まれている可能性がある。なお、当事者は複数回答が可能である。

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

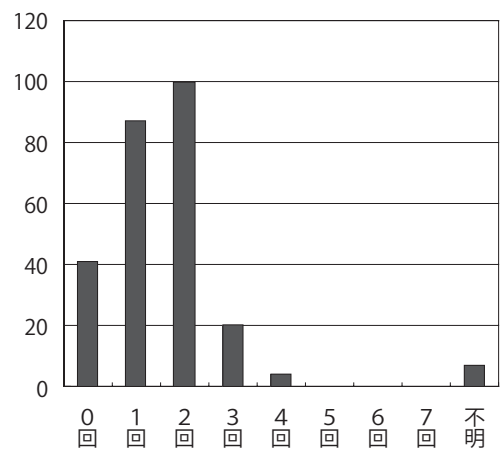
図表Ⅱ - 1 - 2 2 当事者（医師）の夜勤回数（直前1週間）

夜勤回数	平成19年 10月～12月	平成19年 1月～12月
0回	109	346
1回	88	295
2回	25	69
3回	4	18
4回	1	2
5回	1	2
6回	0	0
7回	0	1
不明	50	166
合計	278	899
平均夜勤回数（不明を除く）	0.70	0.70



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 10月～12月	平成19年 1月～12月
0回	41	149
1回	87	244
2回	100	337
3回	20	86
4回	4	13
5回	0	3
6回	0	0
7回	0	0
不明	7	26
合計	259	858
平均夜勤回数（不明を除く）	1.44	1.49



図表Ⅱ-1-24 事故の概要

事故の概要	平成19年10月～12月		平成19年1月～12月	
	件数	%	件数	%
指示出し	3	0.8	4	0.3
薬剤	24	6.3	77	6.1
輸血	0	0.0	3	0.2
治療処置	111	29.0	379	29.9
医療用具等	35	9.1	127	10.0
医療機器	11	2.9	45	3.6
ドレーン、チューブ類	21	5.5	77	6.1
歯科医療用具	3	0.8	5	0.4
検査	9	2.4	46	3.6
療養上の世話	145	37.9	441	34.8
その他	56	14.6	189	14.9
合計	383	100.0	1,266	100.0

図表Ⅱ-1-25 事故の程度

事故の程度 ^(注1)	平成19年10月～12月		平成19年1月～12月	
	件数	%	件数	%
死亡	52	13.6	142	11.2
障害残存の可能性が高い	44	11.5	163	12.9
障害残存の可能性が低い	114	29.8	559	44.2
障害残存の可能性なし	108	28.2	187	14.8
障害なし	51	13.3	86	6.8
不明 ^(注2)	14	3.7	129	10.2
合計	383	100.0	1,266	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10月～12月		平成19年7月～12月	
	件数	%	件数	%
濃厚な治療 ^(注1)	196	51.2	346	50.4
軽微な治療	153	39.9	271	39.5
なし	34	8.9	69	10.1
合計	383	100.0	686	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10月～12月		平成19年1月～12月	
	件数	%	件数	%
外来診察室	10	2.6	35	2.8
外来処置室	4	1.0	11	0.9
外来待合室	0	0.0	6	0.5
救急外来	1	0.3	7	0.6
救命救急センター	0	0.0	7	0.6
病室	168	43.9	586	46.3
病棟処置室	6	1.6	21	1.7
手術室	53	13.8	172	13.6
ICU	8	2.1	31	2.4
CCU	0	0.0	3	0.2
NICU	2	0.5	3	0.2
検査室	5	1.3	23	1.8
カテーテル検査室	13	3.4	37	2.9
放射線治療室	4	1.0	15	1.2
放射線撮影室	5	1.3	18	1.4
核医学検査室	0	0.0	1	0.1
透析室	2	0.5	2	0.2
分娩室	2	0.5	5	0.4
機能訓練室	2	0.5	3	0.2
トイレ	7	1.8	39	3.1
廊下	17	4.4	43	3.4
浴室	6	1.6	23	1.8
階段	1	0.3	2	0.2
不明	9	2.4	21	1.7
その他	58	15.1	152	12.0
合計	383	100.0	1,266	100.0

図表Ⅱ - 1 - 28 関連診療科

関連診療科 ^(注)	平成19年10月～12月		平成19年1月～12月	
	件数	%	件数	%
内科	33	6.9	109	7.1
麻酔科	13	2.7	37	2.4
循環器内科	35	7.4	103	6.7
神経科	8	1.7	43	2.8
呼吸器内科	28	5.9	78	5.1
消化器科	39	8.2	107	6.9
血液内科	6	1.3	23	1.5
循環器外科	2	0.4	11	0.7
アレルギー科	1	0.2	2	0.1
リウマチ科	1	0.2	5	0.3
小児科	19	4.0	69	4.5
外科	44	9.3	120	7.8
整形外科	51	10.7	157	10.2
形成外科	3	0.6	10	0.6
美容外科	0	0.0	0	0.0
脳神経外科	26	5.5	82	5.3
呼吸器外科	8	1.7	32	2.1
心臓血管外科	15	3.2	49	3.2
小児外科	2	0.4	19	1.2
ペインクリニック	0	0.0	0	0.0
皮膚科	4	0.8	28	1.8
泌尿器科	12	2.5	54	3.5
性病科	0	0.0	0	0.0
肛門科	0	0.0	0	0.0
産婦人科	7	1.5	24	1.6
産科	1	0.2	8	0.5
婦人科	4	0.8	16	1.0
眼科	5	1.1	14	0.9
耳鼻咽喉科	10	2.1	30	1.9
心療内科	0	0.0	2	0.1
精神科	24	5.1	80	5.2
リハビリテーション科	6	1.3	15	1.0
放射線科	10	2.1	37	2.4
歯科	7	1.5	15	1.0
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	12	2.5	20	1.3
不明	0	0.0	3	0.2
その他	39	8.2	141	9.1
合計	475	100.0	1,543	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10月～12月		平成19年1月～12月	
	件数	%	件数	%
確認を怠った	108	15.3	335	14.5
観察を怠った	109	15.5	316	13.7
判断を誤った	110	15.6	313	13.6
知識が不足していた	21	3.0	87	3.8
技術・手技が未熟だった	26	3.7	104	4.5
報告が遅れた	6	0.9	29	1.3
通常とは異なる身体的条件下にあった	19	2.7	53	2.3
通常とは異なる心理的条件下にあった	11	1.6	29	1.3
システムに問題があった	16	2.3	56	2.4
連携が出来ていなかった	26	3.7	122	5.3
記録などの不備	5	0.7	17	0.7
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	15	2.1	56	2.4
環境に問題があった	23	3.3	60	2.6
医薬品の問題	4	0.6	16	0.7
医療機器の問題	10	1.4	40	1.7
諸物品の問題	8	1.1	21	0.9
施設・設備の問題	12	1.7	46	2.0
教育・訓練に問題があった	24	3.4	80	3.5
説明不足	26	3.7	125	5.4
その他	126	17.9	398	17.3
合計	705	100.0	2305	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10月～12月		平成19年7月～12月	
	件数	%	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	0	0.0	1	0.1
院内感染による死亡や障害	0	0.0	1	0.1
入院中に自殺又は自殺企図	9	2.3	16	2.3
入院患者の逃走	0	0.0	1	0.1
入院中の熱傷	4	1.0	6	0.9
入院中の感電	0	0.0	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	0	0.0
間違った保護者の許への新生児の引渡し	1	0.3	1	0.1
本事例は選択肢には該当しない	369	96.3	660	96.2
合計	383	100.0	686	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 10 月～ 12 月		平成 19 年 7 月～ 12 月	
	件 数	%	件 数	%
内部調査委員会設置	69	17.1	123	17.2
外部調査委員会設置	5	1.2	9	1.3
内部調査委員会設置予定	3	0.7	4	0.6
外部調査委員会設置予定	0	0.0	1	0.1
既設の医療安全に関する委員会等に対応	273	67.7	484	67.7
現在検討中で対応は未定	5	1.2	14	2.0
その他	42	10.4	74	10.3
未選択	6	1.5	6	0.8
合 計	403	100.0	715	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 10月～12月	H19 1月～12月	H19 10月～12月	H19 1月～12月	H19 10月～12月	H19 1月～12月	H19 10月～12月	H19 1月～12月	H19 10月～12月	H19 1月～12月	H19 10月～12月	H19 1月～12月	H19 10月～12月	H19 1月～12月
	指示出し	0	0	0	0	2	3	1	1	0	0	0	0	3
薬 剤	2	3	2	6	3	26	7	16	8	14	2	12	24	77
輸 血	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
治療・処置	17	45	15	68	24	151	33	51	19	28	3	36	111	379
医療用具等	3	16	5	13	9	50	13	24	3	9	2	15	35	127
医療機器	1	3	2	5	4	21	2	3	1	7	1	6	11	45
ドレーン、 チューブ類	2	13	3	8	5	28	9	19	1	1	1	8	21	77
歯科医療用具 (機器)等	0	0	0	0	0	1	2	2	1	1	0	1	3	5
検 査	1	2	0	7	3	23	2	5	3	5	0	4	9	46
療養上の世話	18	36	12	48	56	226	44	74	12	20	3	37	145	441
その他	11	40	10	21	17	77	8	16	6	10	4	25	56	189
合 計	52	142	44	163	114	559	108	187	51	86	14	129	383	1,266

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	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19	H19
	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月
薬剤に関する項目													29	84
与薬準備	0	0	0	0	0	0	3	4	1	1	0	0	4	5
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	0	1	0	1	0	6
静脈注射	0	0	1	2	3	9	4	8	2	3	1	5	11	27
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	1	2	0	4	1	4	0	1	1	4	3	15
中心静脈注射	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
内服	1	1	0	0	1	4	2	2	2	5	0	5	6	17
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	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	2	3
内服薬調剤・管理	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	2	3
注射薬調剤・管理	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
その他の調剤・製剤管理に関する場面	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													109	353
開頭	1	2	0	3	0	5	2	3	0	0	0	0	3	13
開胸	0	2	1	4	1	3	1	1	0	0	0	0	3	10
開心	0	1	1	2	0	2	1	1	0	0	0	0	2	6
開腹	1	3	0	3	1	12	2	3	0	2	0	4	4	27
四肢	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0	0	1	4
鏡視下手術	1	1	1	8	6	13	1	4	1	1	0	1	10	28
その他の手術	3	4	3	9	2	20	3	4	1	1	1	6	13	44
術前準備	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	3
術前処置	0	0	0	1	1	3	1	1	1	1	0	0	3	6
術後処置	1	3	0	3	0	3	2	3	0	1	0	1	3	14
その他の手術に関する場面	1	4	1	6	0	8	1	2	0	2	0	2	3	24
全身麻酔（吸入麻酔＋静脈麻酔）	0	0	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	2	4
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	1	1	0	0	0	0	1	1
脊椎・硬膜外麻酔	0	0	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	3	4
その他の麻酔に関する場面	0	0	0	0	0	2	0	0	1	2	0	0	1	4
帝王切開	0	1	1	1	1	1	2	2	0	0	0	0	4	5
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	0	2	0	0	1	1	0	2	1	6
IVR（血管カテーテル治療等）	1	2	1	7	4	11	0	1	1	1	0	0	7	22
放射線治療	0	0	1	1	0	4	0	0	0	0	0	0	1	5
リハビリテーション	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	2	4
観血的歯科治療	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	3
内視鏡的治療	1	1	2	3	0	1	3	3	1	1	0	4	7	13
その他の治療に関する場面	2	5	0	3	1	13	3	4	4	6	1	3	11	34
中心静脈ライン	1	5	1	1	1	8	4	6	6	8	0	2	13	30
末梢静脈ライン	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	1	2	1	6
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	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
ドレーンに関する処置	0	0	0	0	0	4	0	3	0	0	0	0	0	7
創傷処置	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	2
その他のチューブ類の挿入	0	1	0	0	1	3	2	5	2	2	0	2	5	13

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
	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月
気管挿管	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
気管切開	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2
医療用具（機器）の使用・管理に関する項目													15	54
人工呼吸器	0	2	1	2	0	7	0	0	1	3	1	3	3	17
酸素療法機器	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
人工心肺	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
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	1	1	0	0	0	0	1	1
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	0	1	0	1
心電図・血圧モニター	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
パルスオキシメーター	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
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	12	2	3	0	4	0	4	6	23
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	1	1	2	2	0	0	3	4
ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目													23	82
中心静脈ライン	0	0	1	2	0	3	0	3	0	0	0	2	1	10
末梢動脈ライン	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3
気管チューブ	3	7	2	3	1	2	1	2	0	0	0	0	7	14
気管カニューレ	0	2	0	0	1	3	0	0	0	0	0	2	1	7
栄養チューブ（NG・ED）	0	2	1	1	0	2	1	2	0	0	1	1	3	8
尿道カテーテル	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	1	3
胸腔ドレーン	0	0	0	0	1	9	0	1	0	0	0	2	1	12
腹腔ドレーン	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	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	1	1	0	0	0	0	1	2
血液浄化用カテーテル・回路	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2
その他ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する場面	1	3	0	1	1	6	5	7	0	0	0	1	7	18
検査に関する項目													11	52
採血	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4
その他の検体採取	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	1	3
その他の生理検査	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	1	4
一般撮影	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	3
MR I	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	2
血管カテーテル撮影	0	0	0	4	1	4	0	0	1	1	0	1	2	10
下部消化管撮影	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
その他の画像検査	0	1	0	0	0	3	0	1	0	1	0	1	0	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	1	1	0	0	1	3	1	1	1	1	0	0	4	6
気管支鏡	0	0	0	0	2	3	0	1	0	0	0	0	2	4
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	0	1	0	0	0	1
療養上の場面に関する項目													162	485
気管内・口腔内吸引	0	2	0	1	1	2	0	0	0	0	0	1	1	6
体位変換	0	0	0	1	0	8	1	1	0	0	1	3	2	13
清拭	1	1	1	2	0	2	1	1	0	0	0	0	3	6
更衣介助	0	1	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0	2	4
食事介助	0	1	1	6	0	2	1	1	1	1	0	1	3	12
入浴介助	1	1	1	1	1	7	0	1	1	2	0	2	4	14

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
	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月
排泄介助	0	0	0	4	8	17	1	2	0	0	0	1	9	24
移動介助	0	0	1	1	0	5	1	2	0	0	0	0	2	8
搬送・移送	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	2	3
患者周辺物品管理	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
配膳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
患者観察	3	9	3	10	4	21	2	9	2	3	0	3	14	55
その他の療養上の世話に関する場面	1	4	1	6	12	39	6	9	1	1	1	5	22	64
経口摂取	2	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	4
その他の給食・栄養に関する場面	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3
散歩中	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0	2	3
移動中	4	6	1	7	17	70	16	28	5	8	0	10	43	129
外出・外泊中	2	3	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	4	5
食事中	0	0	0	1	0	2	1	3	0	0	0	0	1	6
入浴中	2	4	0	0	2	4	1	2	0	0	0	1	5	11
排泄中	1	1	1	4	0	16	1	4	1	2	0	1	4	28
就寝中	1	3	5	8	3	10	2	4	1	2	0	3	12	30
その他の療養生活に関する場面	2	3	1	6	13	31	6	8	1	1	1	7	24	56
その他	8	25	4	10	6	41	5	7	2	4	2	18	27	105
未選択 ^(注)	2	11	0	6	2	28	1	1	1	1	1	2	7	49
合計	52	142	44	163	114	559	108	187	51	86	14	129	383	1,266

(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
	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月
薬剤に関する項目													29	84
処方量間違い	0	0	0	1	1	2	2	3	0	1	0	1	3	8
過剰与薬	0	0	0	1	3	7	3	5	2	3	0	2	8	18
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0	0	1	0	6
患者間違い	0	0	0	0	0	0	1	1	3	4	0	4	4	9
薬剤間違い	0	0	0	0	0	9	1	4	0	1	1	3	2	17
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	3
その他の処方・与薬に関する内容	2	2	1	2	1	7	2	3	1	2	0	2	7	18
数量間違い・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	1	1	0	1	1	2
その他の薬剤・血液製剤管理に関する内容	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	2	3
輸血に関する項目													0	2
クロスマッチ間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
結果記入・入力間違い	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													109	353
患者間違い	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
部位取違え	0	0	1	2	2	11	4	5	1	1	0	2	8	21
診察・治療・処置等その他の取違え	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	1	3
方法（手技）の誤り	0	0	0	5	1	13	1	4	4	5	0	5	6	32
未実施・忘れ（治療・処置）	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3
不必要行為の実施	0	0	0	1	0	4	0	1	0	0	0	0	0	6
患者体位の誤り	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
診察・治療等のその他の誤り	2	3	1	4	3	8	3	3	1	1	0	2	10	21
誤嚥	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
異物の体内残存	0	0	0	0	3	14	5	9	2	3	1	6	11	32
その他の治療・処置に関する内容	12	35	14	50	13	80	18	28	13	20	2	18	72	231
医療用具（機器）の使用・管理に関する項目													15	54
組み立て	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	3
設定忘れ・電源入れ忘れ	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3
故障	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
知識不足	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	3
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	1	2	1	1	1	2	1	1	4	7
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	1	3	1	1	1	2	0	0	3	6
その他の医療用具（機器）の使用・管理に関する内容	0	4	2	4	2	11	2	2	0	5	0	5	6	31
ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目													23	82
点滴漏れ	0	0	0	1	0	3	0	1	0	0	0	0	0	5
自己抜去	1	3	1	1	0	1	1	3	0	0	0	1	3	9
自然抜去	1	3	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	2	6
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	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2
破損・切断	0	0	0	1	0	1	3	4	0	0	0	1	3	7
接続間違い	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	4
空気混入	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
その他のドレーン、チューブ類の使用・管理に関する内容	2	7	2	4	3	19	3	8	0	0	2	9	12	47

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
	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月	10月~12月	1月~12月
検査に関する項目													11	52
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	0	2	0	0	0	0	0	1	0	4
検体採取時のミス	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	2
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	2	0	7	5	23	1	4	3	5	0	1	10	42
療養上の場面に関する項目													162	485
転倒	8	10	6	19	40	145	24	43	5	9	1	19	84	245
転落	1	3	3	7	7	26	3	4	3	3	1	6	18	49
衝突	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2
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	0	2	2	15	0	0	1	1	0	2	3	20
誤嚥(療養上)	2	5	2	8	0	1	2	2	1	1	0	3	7	20
誤飲(療養上)	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	2
その他の療養上の世話・療養生活に関する内容	9	23	4	19	11	48	14	24	2	5	1	7	41	126
その他の搬送・移送に関する内容	1	1	0	1	2	4	0	3	1	1	0	0	4	10
無断外出・外泊	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
その他の自己管理薬に関する内容	0	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	1	1	5
その他の給食・栄養に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3
その他	8	25	4	10	6	41	5	7	2	4	2	18	27	105
未選択 ^(注)	2	11	0	6	2	28	1	1	1	1	1	2	7	49
合計	52	142	44	163	114	559	108	187	51	86	14	129	383	1,266

(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 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月
外来診察室	0	0	0	4	2	14	2	4	6	9	0	4	10	35
外来処置室	0	0	1	1	1	5	1	1	1	1	0	3	4	11
外来待合室	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	6
救急外来	0	0	0	2	1	3	0	0	0	2	0	0	1	7
救命救急センター	0	0	0	1	0	3	0	3	0	0	0	0	0	7
病室	28	77	22	75	53	270	37	72	21	35	7	57	168	586
病棟処置室	0	1	0	0	0	10	6	9	0	0	0	1	6	21
手術室	6	16	10	33	12	66	15	24	8	15	2	18	53	172
ICU	0	3	2	5	2	10	3	7	0	1	1	5	8	31
CCU	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
NICU	0	1	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2	3
検査室	1	1	0	4	1	11	2	4	1	2	0	1	5	23
カテーテル検査室	2	6	1	5	4	17	4	5	2	2	0	2	13	37
放射線治療室	0	0	1	3	2	9	1	1	0	0	0	2	4	15
放射線撮影室	0	1	0	1	0	5	3	6	2	3	0	2	5	18
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	1	1	1	1	0	0	2	2
分娩室	0	0	0	1	1	2	1	1	0	1	0	0	2	5
機能訓練室	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	2	3
トイレ	0	2	2	7	2	15	1	8	1	2	1	5	7	39
廊下	1	2	1	2	6	21	9	10	0	1	0	7	17	43
浴室	3	6	0	0	2	11	1	2	0	1	0	3	6	23
階段	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2
不明	0	2	0	3	3	6	6	8	0	0	0	2	9	21
その他	11	24	4	16	19	71	15	21	6	8	3	12	58	152
未選択	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	52	142	44	163	114	559	108	187	51	86	14	129	383	1,266

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 10月～12月	H19 1月～12月	H19 10月～12月	H19 1月～12月	H19 10月～12月	H19 1月～12月
外来診察室	0	2	10	33	10	35
外来処置室	1	1	3	10	4	11
外来待合室	0	1	0	5	0	6
救急外来	0	0	1	7	1	7
救命救急センター	0	6	0	1	0	7
病 室	168	586	0	0	168	586
病棟処置室	6	20	0	1	6	21
手術室	52	169	1	3	53	172
ICU	8	31	0	0	8	31
CCU	0	3	0	0	0	3
NICU	2	3	0	0	2	3
検査室	4	17	1	6	5	23
カテーテル検査室	13	37	0	0	13	37
放射線治療室	4	14	0	1	4	15
放射線撮影室	4	15	1	3	5	18
核医学検査室	0	0	0	1	0	1
透析室	2	2	0	0	2	2
分娩室	2	5	0	0	2	5
機能訓練室	2	3	0	0	2	3
トイレ	7	37	0	2	7	39
廊 下	16	42	1	1	17	43
浴 室	6	23	0	0	6	23
階 段	1	2	0	0	1	2
不 明	9	20	0	1	9	21
その他	46	128	12	24	58	152
合 計	353	1,167	30	99	383	1,266

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 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月
確認を怠った	3	4	14	56	0	3	36	111	6	26	9	28	1	1
観察を怠った	0	0	2	8	0	0	21	63	7	14	5	15	0	0
判断を誤った	1	1	5	11	0	0	31	87	1	6	6	30	1	1
知識が不足していた	0	1	4	15	0	0	6	23	3	12	2	11	0	0
技術・手技が未熟だった	0	0	1	3	0	0	14	57	0	4	0	3	0	2
報告が遅れた	0	0	0	1	0	0	2	9	0	0	1	7	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	6	14	0	0	3	5	0	0
通常とは異なる心理的条件下にあった	0	1	1	5	0	0	3	7	1	2	0	0	0	1
システムに問題があった	2	3	3	12	0	1	2	14	2	6	2	5	0	0
連携が出来ていなかった	1	2	1	14	0	0	10	35	0	3	3	12	0	0
記録などの不備	0	0	0	2	0	0	1	2	1	1	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	0	7	0	1	2	14	1	3	2	2	0	0
環境に問題があった	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	1	2	0	0
医薬品の問題	0	0	3	9	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
医療機器の問題	0	0	1	2	0	0	2	13	3	17	2	3	2	2
諸物品の問題	0	0	0	0	0	0	1	5	1	2	0	1	0	0
施設・設備の問題	0	0	2	2	0	0	0	4	2	2	0	2	0	0
教育・訓練に問題があった	1	2	3	10	0	0	5	15	2	6	2	4	0	0
説明不足	0	0	1	1	0	0	4	36	0	0	1	2	0	0
その他	0	0	6	11	0	1	38	135	1	6	5	19	0	0
合 計	8	14	47	169	0	7	184	650	31	110	44	151	4	7

(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 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月
2	14	24	65	13	27	108	335
1	6	62	169	11	41	109	316
1	8	54	139	10	30	110	313
0	1	3	16	3	8	21	87
1	5	8	22	2	8	26	104
0	0	2	9	1	3	6	29
1	3	5	21	4	10	19	53
0	0	5	10	1	3	11	29
0	2	2	7	3	6	16	56
0	2	7	34	4	20	26	122
0	1	1	5	2	6	5	17
0	0	0	0	0	1	0	2
1	3	8	20	1	6	15	56
0	0	16	41	6	13	23	60
1	1	0	3	0	1	4	16
0	0	0	2	0	1	10	40
1	1	3	8	2	4	8	21
0	0	8	26	0	10	12	46
0	0	8	31	3	12	24	80
0	7	16	57	4	22	26	125
4	15	47	129	25	82	126	398
13	69	279	814	95	314	705	2,305

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 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月
外来診察室	0	0	2	9	0	0	6	14	0	0	0	1	1	1
外来処置室	0	0	1	1	0	0	1	5	0	0	0	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	0	2	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0
救命救急センター	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0
病室	3	4	10	42	0	1	26	98	7	20	9	46	1	1
病棟処置室	0	0	0	3	0	0	4	11	0	1	1	2	0	0
手術室	0	0	3	3	0	0	39	136	1	8	2	6	1	1
ICU	0	0	0	2	0	1	2	6	0	4	5	8	0	0
CCU	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1
NICU	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
検査室	0	0	0	0	0	0	2	7	0	0	0	2	0	0
カテーテル検査室	0	0	0	0	0	0	8	27	2	2	0	0	0	0
放射線治療室	0	0	0	0	0	0	1	7	0	5	1	1	0	0
放射線撮影室	0	0	1	3	0	0	2	9	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	1	1	0	0	0	0	0	0
分娩室	0	0	0	1	0	0	2	4	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	1	1	0	0	1	1	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	1	2	0	0
その他	0	0	6	10	0	0	15	44	0	4	2	5	0	0
合 計	3	4	24	77	0	3	111	379	11	45	21	77	3	5

検 査		療養上の世話		その他		合 計	
H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月	H19 10月~12月	H19 1月~12月
1	7	0	1	0	2	10	35
1	1	1	1	0	1	4	11
0	0	0	2	0	4	0	6
0	0	0	0	0	1	1	7
0	0	0	3	0	0	0	7
0	4	91	279	21	91	168	586
0	2	0	1	1	1	6	21
0	0	0	0	7	18	53	172
0	0	0	4	1	6	8	31
0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	1	1	2	3
2	10	0	1	1	3	5	23
2	6	0	0	1	2	13	37
1	1	0	0	1	1	4	15
1	5	0	0	1	1	5	18
0	1	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	1	1	2	2
0	0	0	0	0	0	2	5
0	0	1	1	1	2	2	3
0	0	6	32	1	7	7	39
0	0	13	36	2	5	17	43
0	0	6	22	0	1	6	23
0	0	1	2	0	0	1	2
0	1	7	14	1	2	9	21
1	8	19	42	15	39	58	152
9	46	145	441	56	189	383	1,266

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25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25回
参加登録医療機関総数	1,281
うち定点医療機関	240

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25回事例発生期間である平成19年9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25回		第25回
0-99	26	北海道	15
100-199	39	東 北	25
200-299	24	関東甲信越	57
300-399	44	東 京	15
400-499	25	東海北陸	36
500-599	27	近 畿	32
600以上	55	中国四国	33
合 計	240	九州沖縄	27
		合 計	240

平成19年9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定点医療機関の病床数総計は99,901床である。

(注1) 資料6「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	第 25 回収集	備考
事例発生日		1月～3月	4月～6月	7月～9月	
収集期間		2月14日～ 5月21日	5月22日～ 8月20日	8月21日～ 11月19日	
登録医療機関	参加登録医療機関 総数	1,277	1,283	1,280	
	参加登録医療機関 のうち報告のあった医療機関	334	343	344	
	定点医療機関 ^(注1)	245	242	240	
	定点医療機関のうち 報告のあった医療機関	236	233	232	第23回報告困難施設 0施設 第24回報告困難施設 2施設 第25回報告困難施設 3施設
報告件数 ^(注2)	総報告件数	46,340	57,902	56,302	
	全般コード化情報	44,812	56,404	54,753	
	記述情報	3,347	4,769	4,707	
有効件数	全般コード化情報	44,812	56,404	54,750	
	記述情報	1,956	1,855	2,567	

(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9月30日現在、240施設の協力を得ている。

資料6「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

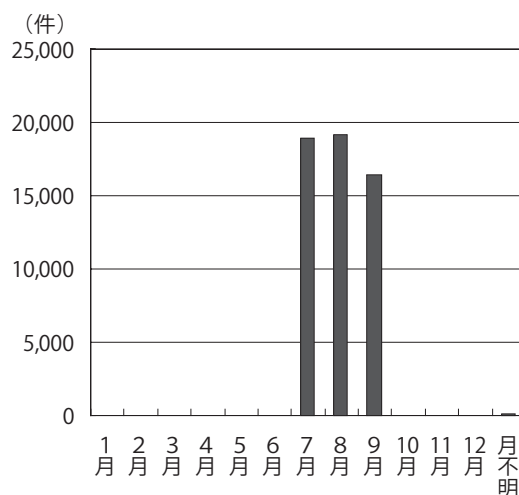
(1) 第25回ヒヤリ・ハット事例

① 報告の内容

平成19年7月1日から同年9月30日に発生したヒヤリ・ハット事例（全般コード化情報）54,750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。

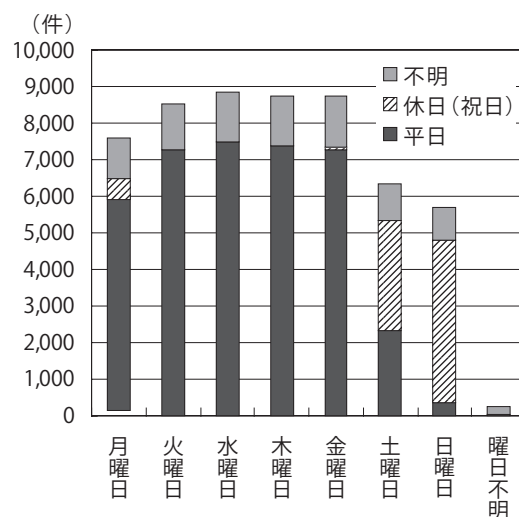
図表Ⅱ-2-4 発生月

発生月	件数
7月	18,984
8月	19,152
9月	16,478
月不明	136
合計	54,750



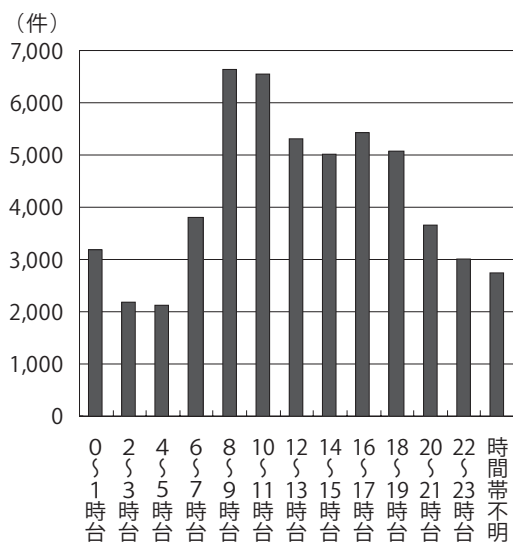
図表Ⅱ-2-5 発生曜日・曜日区分

発生曜日	平日	休日(祝日)	不明	合計
月曜日	5,910	565	1,125	7,600
火曜日	7,263	21	1,243	8,527
水曜日	7,478	29	1,333	8,840
木曜日	7,386	9	1,360	8,755
金曜日	7,259	85	1,399	8,743
土曜日	2,313	3,034	990	6,337
日曜日	362	4,444	888	5,694
曜日不明	25	5	224	254
合計	37,996	8,192	8,562	54,750



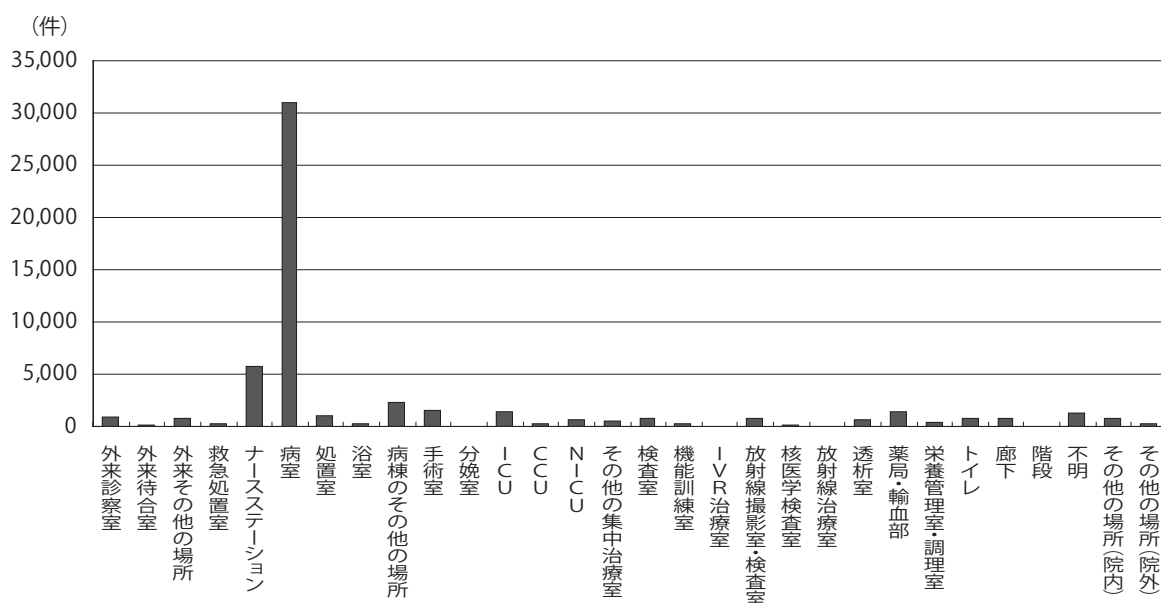
図表Ⅱ-2-6 発生時間帯

発生時間帯	件数
0～1時台	3,194
2～3時台	2,175
4～5時台	2,116
6～7時台	3,799
8～9時台	6,653
10～11時台	6,551
12～13時台	5,309
14～15時台	5,022
16～17時台	5,437
18～19時台	5,068
20～21時台	3,671
22～23時台	3,005
時間帯不明	2,750
合計	54,750



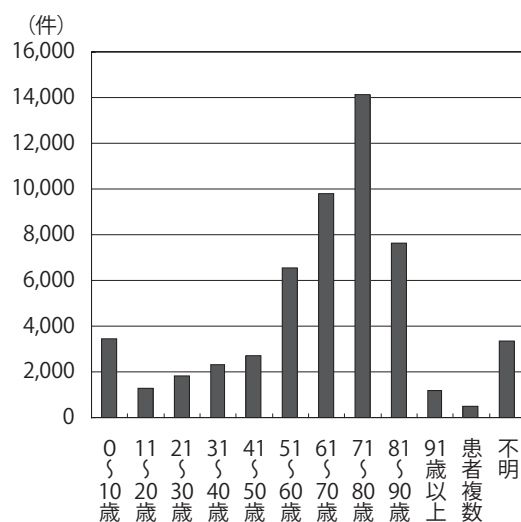
図表 II - 2 - 7 発生場所

発生場所	件数	%
外来診察室	829	1.5
外来待合室	156	0.3
外来その他の場所	710	1.3
救急処置室	286	0.5
ナースステーション	5,688	10.4
病室	30,981	56.6
処置室	965	1.8
浴室	207	0.4
病棟のその他の場所	2,344	4.3
手術室	1,563	2.9
分娩室	36	0.1
ICU	1,457	2.7
CCU	307	0.6
NICU	692	1.3
その他の集中治療室	454	0.8
検査室	794	1.5
機能訓練室	214	0.4
IVR 治療室	25	0.0
放射線撮影室・検査室	770	1.4
核医学検査室	83	0.2
放射線治療室	34	0.1
透析室	622	1.1
薬局・輸血部	1,373	2.5
栄養管理室・調理室	401	0.7
トイレ	734	1.3
廊下	743	1.4
階段	19	0.0
不明	1,256	2.3
その他の場所(院内)	812	1.5
その他の場所(院外)	195	0.4
合計	54,750	100.0



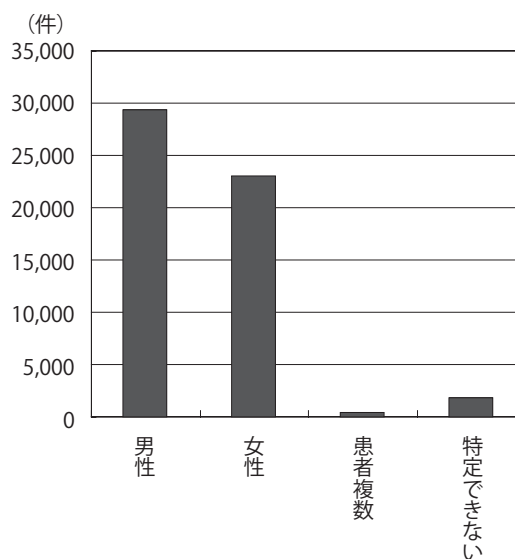
図表Ⅱ-2-8 患者の年齢

年 齢	件 数
0～10歳	3,440
11～20歳	1,302
21～30歳	1,801
31～40歳	2,334
41～50歳	2,716
51～60歳	6,530
61～70歳	9,811
71～80歳	14,131
81～90歳	7,654
91歳以上	1,199
患者複数	505
不 明	3,327
合 計	54,750



図表Ⅱ-2-9 患者の性別

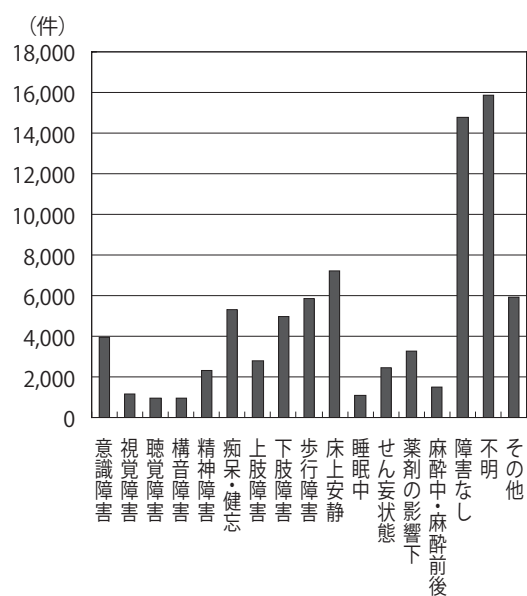
性 別	件 数
男 性	29,346
女 性	23,055
患者複数	491
特定できない	1,858
合 計	54,750



図表Ⅱ-2-10 患者の心身状態

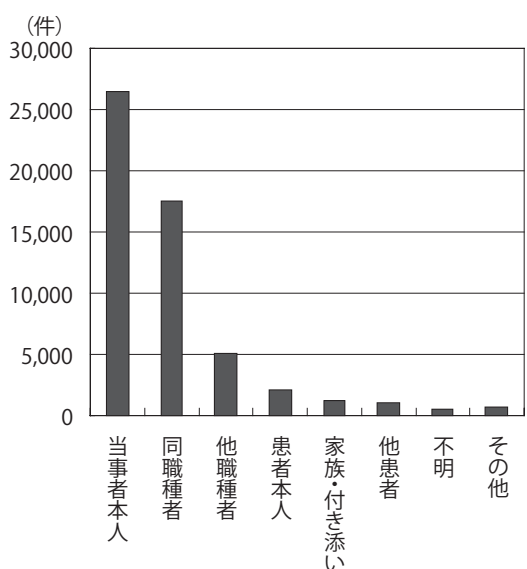
患者の心身状態 ^(注)	件数	%
意識障害	3,952	4.9
視覚障害	1,153	1.4
聴覚障害	939	1.2
構音障害	931	1.2
精神障害	2,329	2.9
痴呆・健忘	5,287	6.6
上肢障害	2,813	3.5
下肢障害	4,956	6.2
歩行障害	5,870	7.3
床上安静	7,219	9.0
睡眠中	1,114	1.4
せん妄状態	2,416	3.0
薬剤の影響下	3,263	4.1
麻酔中・麻酔前後	1,469	1.8
障害なし	14,738	18.4
不明	15,823	19.7
その他	5,904	7.4
合計	80,176	100.0

(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

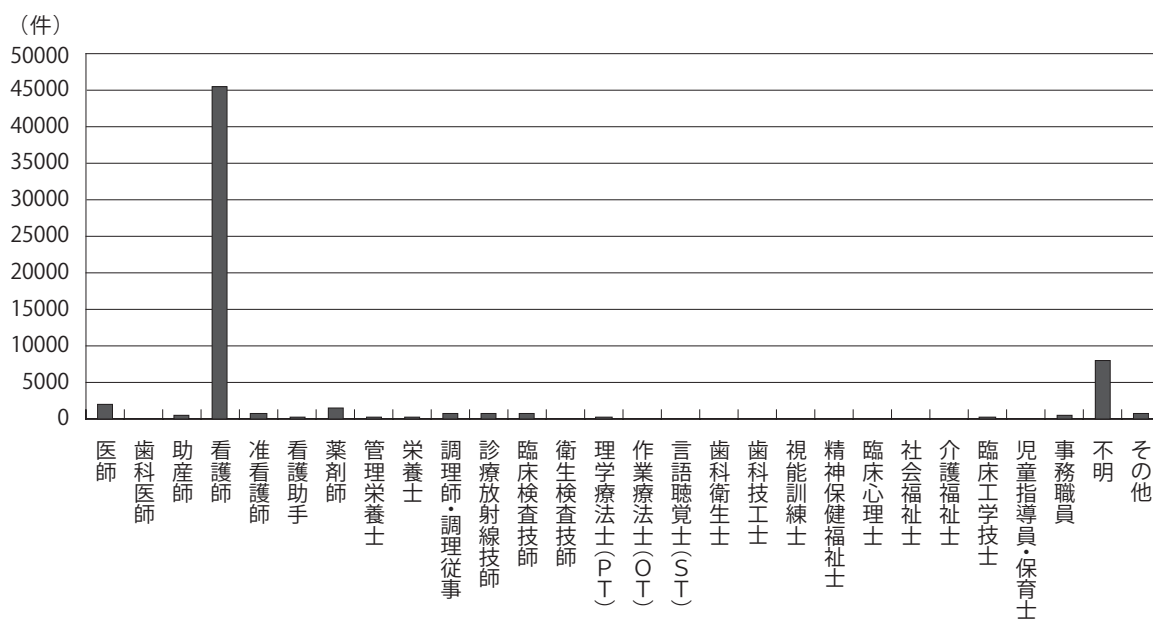
発見者	件数	%
当事者本人	26,456	48.3
同職種者	17,581	32.1
他職種者	5,138	9.4
患者本人	2,176	4.0
家族・付き添い	1,160	2.1
他患者	1,063	1.9
不明	466	0.9
その他	710	1.3
合計	54,750	100.0



図表Ⅱ-2-12 当事者の職種

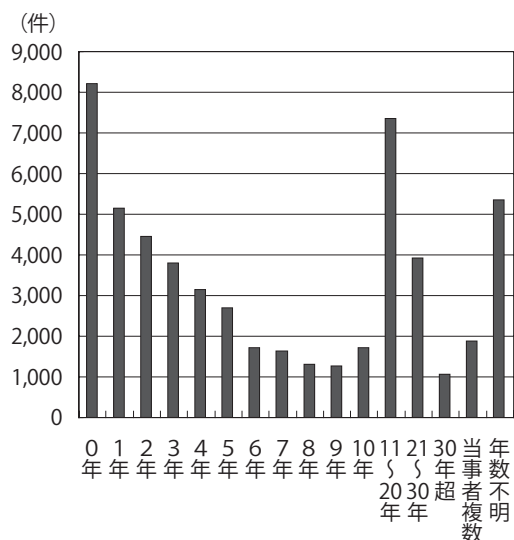
当事者の職種 ^(注)	件数	%
医師	1,984	3.1
歯科医師	38	0.1
助産師	598	0.9
看護師	45,464	72.1
准看護師	759	1.2
看護助手	334	0.5
薬剤師	1,554	2.5
管理栄養士	248	0.4
栄養士	247	0.4
調理師・調理従事者	628	1.0
診療放射線技師	660	1.0
臨床検査技師	692	1.1
衛生検査技師	5	0.0
理学療法士 (PT)	243	0.4
作業療法士 (OT)	109	0.2
言語聴覚士 (ST)	22	0.0
歯科衛生士	11	0.0
歯科技工士	2	0.0
視能訓練士	17	0.0
精神保健福祉士	3	0.0
臨床心理士	7	0.0
社会福祉士	9	0.0
介護福祉士	39	0.1
臨床工学技士	155	0.2
児童指導員・保育士	31	0.0
事務職員	441	0.7
不明	8,113	12.9
その他	639	1.0
合計	63,052	100.0

(注)「当事者の職種」は複数回答が可能である。



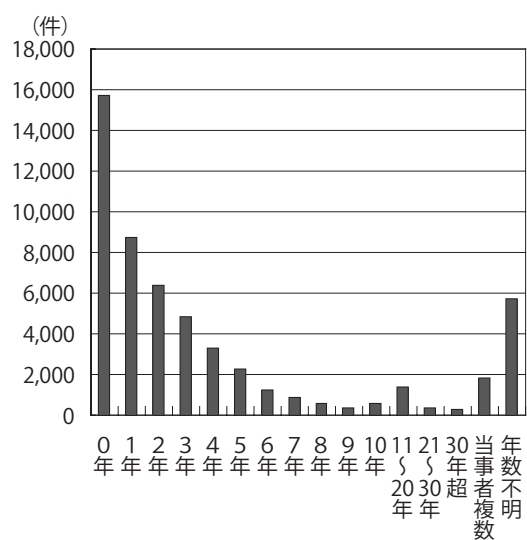
図表Ⅱ - 2 - 1 3 当事者の職種経験年数

当事者の職種経験年数	件数	%
0年	8,230	15.0
1年	5,152	9.4
2年	4,440	8.1
3年	3,803	6.9
4年	3,146	5.7
5年	2,717	5.0
6年	1,711	3.1
7年	1,635	3.0
8年	1,329	2.4
9年	1,250	2.3
10年	1,710	3.1
11～20年	7,355	13.4
21～30年	3,942	7.2
30年超	1,081	2.0
当事者複数	1,874	3.4
年数不明	5,375	9.8
合計	54,750	100.0



図表Ⅱ - 2 - 1 4 当事者の部署配属年数

当事者の部署配属年数	件数
0年	15,737
1年	8,779
2年	6,404
3年	4,864
4年	3,309
5年	2,300
6年	1,240
7年	859
8年	618
9年	376
10年	580
11～20年	1,431
21～30年	393
30年超	270
当事者複数	1,872
年数不明	5,718
合計	54,750

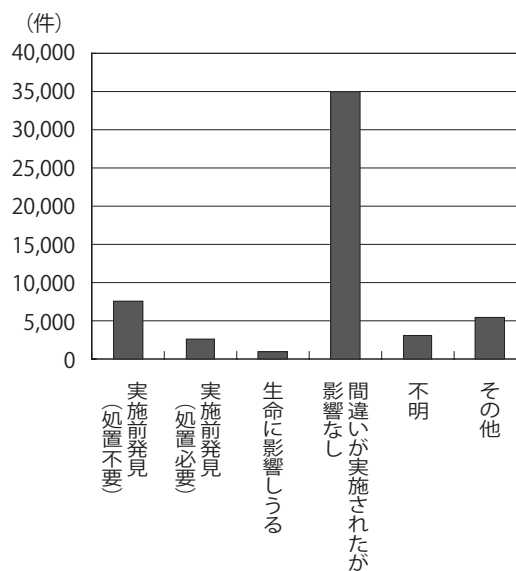


図表Ⅱ-2-15 ヒヤリ・ハットが発生した場面

発生場面	件数	(%)
オーダー・指示出し	716	1.3
情報伝達過程	1,340	2.4
与薬準備	1,256	2.3
処方・与薬	12,017	21.9
調剤・製剤管理等	1,553	2.8
輸血	260	0.5
手術	685	1.3
麻酔	55	0.1
出産・人工流産	20	0.0
その他の治療	455	0.8
処置	404	0.7
診察	117	0.2
医療用具（機器）の使用・管理	1,201	2.2
ドレーン・チューブ類の使用・管理	7,729	14.1
歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理	11	0.0
検査	3,353	6.1
療養上の世話	4,681	8.5
給食・栄養	1,609	2.9
その他の療養生活の場面	6,014	11.0
物品搬送	58	0.1
放射線管理	16	0.0
診療情報管理	473	0.9
患者・家族への説明	327	0.6
施設・設備	111	0.2
その他	10,289	18.8
合計	54,750	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)	7,617	13.9
実施前発見：患者への影響は中等度 (処置必要)	2,649	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)	992	1.8
間違いが実施されたが、患者に影響 がなかった	35,112	64.1
不明	3,044	5.6
その他	5,336	9.7
合計	54,750	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	34,772	24.6
観察が不十分であった	17,998	12.7
判断に誤りがあった	11,561	8.2
知識が不足していた・知識に誤りがあった	4,408	3.1
技術（手技）が未熟だった・技術（手技）を誤った	3,060	2.2
報告等（忘れた・不十分・間違い・不適切）	2,966	2.1
身体的状況（寝不足・体調不良等）	2,182	1.5
心理的状況（慌てていた・思い込み等）	14,964	10.6
システム	2,721	1.9
連携	6,222	4.4
記録等の記載	1,665	1.2
患者の外見（容貌・年齢）・姓名の類似	233	0.2
勤務状況	11,928	8.4
環境	1,369	1.0
医療・歯科医療用具（機器）・器具・医療材料	1,389	1.0
薬剤	1,594	1.1
諸物品	940	0.7
施設・設備	826	0.6
教育・訓練	3,444	2.4
患者・家族への説明	7,021	5.0
その他	10,159	7.2
合計	141,422	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	34,233
	その他	675
観察	観察が不十分であった	17,446
	その他	595
心理的状況	慌てていた	4,562
	イライラしていた	350
	緊張していた	503
	他のことに気を取られていた	3,041
	思い込んでいた	6,779
	無意識だった	2,520
	その他	1,480
勤務状況	多忙であった	6,405
	勤務の管理に不備	115
	作業が中断した	504
	当直だった	238
	当直明けだった	50
	夜勤だった	5,282
	夜勤明けだった	308
	その他	828
判断	判断に誤りがあった	10,723
	その他	935
患者・家族への説明	説明が不十分であった	3,203
	説明に誤りがあった	194
	患者・家族の理解が不十分であった	3,866
	その他	690
連携	医師と看護職の連携不適切	1,695
	医師と技術職の連携不適切	87
	医師と事務職の連携不適切	20
	医師間の連携不適切	141
	看護職間の連携不適切	3,452
	技術職間の連携不適切	246
	多職種間の連携不適切	556
	歯科医師と歯科関連職の連携不適切	0
	その他	566
知識	知識が不足していた	3,392
	知識に誤りがあった	482
	その他	698

(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	574	59	105	89	29	73	37	194	106	188
情報伝達過程	1,103	110	256	147	47	204	49	489	181	424
与薬準備	1,101	126	185	120	109	93	74	385	103	190
処方・与薬	10,464	2,070	2,013	1,126	538	696	508	4,384	608	1,666
調剤・製剤管理等	1,369	143	167	113	78	45	69	604	76	123
輸血	187	39	62	57	20	28	6	91	21	56
手術	516	149	134	89	92	58	40	214	45	174
麻酔	40	19	12	10	10	5	2	17	2	14
出産・人工流産	7	8	9	0	3	3	0	5	1	6
その他の治療	295	155	132	56	71	37	29	144	24	56
処置	280	106	94	65	66	43	32	143	21	60
診察	77	21	18	10	2	11	5	35	5	26
医療用具(機器)の使用・管理	928	333	231	194	133	73	62	365	69	132
ドレーン・チューブ類の使用・管理	3,595	4,766	2,115	380	445	119	239	1,210	95	429
歯科医療用具(機器)・ 材料の使用・管理	4	1	3	1	1	1	1	4	2	1
検査	2,773	408	536	371	209	251	165	1,203	238	489
療養上の世話	1,995	2,698	1,308	259	224	136	161	835	97	322
給食・栄養	1,346	236	172	83	67	61	35	370	68	162
その他の療養生活の場面	1,495	3,179	1,417	115	63	72	182	633	56	217
物品搬送	42	6	12	3	4	3	4	18	4	6
放射線管理	13	5	5	4	3	3	3	7	1	1
診療情報管理	401	34	66	34	18	29	16	142	52	68
患者・家族への説明	214	36	74	33	16	35	10	89	39	81
施設・設備	45	10	14	12	9	8	3	18	9	10
その他	5,908	3,281	2,421	1,037	803	879	450	3,365	798	1,321
合計	34,772	17,998	11,561	4,408	3,060	2,966	2,182	14,964	2,721	6,222

(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
60	4	120	25	30	34	20	24	82	49	48	1,950
106	12	271	26	30	38	26	28	131	75	38	3,791
62	4	253	32	43	161	38	27	134	57	44	3,341
462	51	2,741	133	148	771	119	86	917	730	405	30,636
48	4	315	20	29	251	23	7	90	23	51	3,648
5	3	50	7	6	3	4	3	30	3	8	689
19	1	97	20	51	10	18	9	68	28	31	1,863
3	0	12	0	2	1	1	2	4	1	2	159
1	0	5	0	0	0	0	0	1	1	2	52
15	0	82	15	21	10	9	8	32	26	47	1,316
18	0	107	15	16	11	15	15	42	30	26	1,205
2	11	24	2	2	1	3	0	13	9	8	285
30	1	205	30	301	20	55	18	143	46	26	3,395
54	9	1,682	153	265	65	171	68	341	1,098	384	17,683
1	0	5	0	7	1	2	0	2	1	0	38
93	43	672	54	85	32	47	43	244	156	123	8,235
61	9	976	182	147	60	151	133	270	1,227	269	11,520
55	9	188	26	18	13	30	27	103	53	145	3,267
22	6	1,159	332	50	37	113	118	196	1,733	528	11,723
1	0	14	2	3	2	6	1	10	1	4	146
0	0	2	0	1	0	1	1	1	0	0	51
53	9	70	22	19	11	20	20	60	18	27	1,189
14	2	52	9	15	11	13	18	38	155	13	967
3	0	13	12	6	3	18	32	18	12	18	273
477	55	2,813	252	94	48	37	138	474	1,489	7,912	34,052
1,665	233	11,928	1,369	1,389	1,594	940	826	3,444	7,021	10,159	141,474

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	196	37	11	367	34	71	716
情報伝達過程	204	44	24	899	63	106	1,340
与薬準備	427	66	11	657	42	53	1,256
処方・与薬	1,302	256	273	8,914	610	662	12,017
調剤・製剤管理等	639	100	17	591	67	139	1,553
輸血	47	12	19	147	19	16	260
手術	95	63	30	350	42	105	685
麻酔	10	8	0	29	4	4	55
出産・人工流産	0	2	0	16	1	1	20
その他の治療	38	25	9	285	23	75	455
処置	47	21	8	261	15	52	404
診察	22	4	3	72	2	14	117
医療用具（機器）の使用・管理	145	40	38	780	53	145	1,201
ドレーン・チューブ類の使用・管理	473	355	99	5,207	332	1,263	7,729
歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理	5	0	0	4	0	2	11
検査	504	106	22	2,267	185	269	3,353
療養上の世話	380	176	45	3,252	194	634	4,681
給食・栄養	286	44	26	1,060	48	145	1,609
その他の療養生活の場面	401	171	86	3,958	262	1,136	6,014
物品搬送	13	3	0	34	5	3	58
放射線管理	5	1	0	7	2	1	16
診療情報管理	98	15	5	288	21	46	473
患者・家族への説明	68	4	4	189	11	51	327
施設・設備	20	8	3	50	8	22	111
その他	2,192	1,088	259	5,428	1,001	321	10,289
合計	7,617	2,649	992	35,112	3,044	5,336	54,750

【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25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	第25回収集
事例発生日		1月～3月	4月～6月	7月～9月
収集期間		2月14日～ 5月21日	5月22日～ 8月20日	8月21日～ 11月19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)	989 (33)
	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)	人工呼吸器 45 (14)
	その他重要事例 ^(注2) (報告書掲載件数)	242 (7) ^(注3)	153 (7)	284 (9)
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)	173 (33)
	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)	395 (25)
	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)	255 (36)
	リハビリテーションに関連した事例 (報告書掲載件数)			178 (31)

(注1) 記述情報として収集する事例の内容やテーマは10～11頁参照。

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

(注3) ヒヤリ・ハット事例データベースに掲載したものを示し、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「小児患者の療養生活に関連した医療事故」、「リハビリテーション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 of 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) 5～13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10月1日から同年12月31日までに3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10月1日から平成19年12月31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35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10件であった。そのうち、小児患者への薬剤処方の際、誤って10倍量指示した事例が2件、「mg」と「mL」を間違えた事例が1件、アレルギー禁忌のある患者に対し、禁忌薬剤を投与した事例が2件、「分3」を勘違いし過量投与した事例が1件あった。

② 指示受け・申し送り段階

指示受け・申し送り段階における事例は1件であり、口頭指示の際の薬剤量間違いであった。

③ 準備段階

準備段階における事例は3件であった。そのうち、外観が類似していることにより薬剤を取り違えた事例が1件、薬剤を取り違えて調剤した事例が1件、インスリンの1単位の含量を誤って10倍量投与した事例が1件あった。

④ 実施段階

実施段階における事例は14件であった。そのうち、内服薬の薬瓶の表示を見誤り過量投与した事例が1件、投与経路を間違えた事例が4件、別の患者の薬剤を投与した事例が5件、ヘパリンロックを行った際、ルート内に残っていた薬剤が急速に投与され副作用症状が出現した事例が1件あった。

⑤ 実施後の観察及び管理段階

実施後の観察及び管理段階における事例は4件であった。そのうち、抗癌剤の点滴投与中における輸液の血管外漏出が1件、ワーファリン内服中の患者に対する生検の実施に関する事例が1件あった。

⑥ その他

その他の事例は3件であった。骨きり術施行後の抜釘を予定していた患者が抗凝固剤を内服していたため手術が延期された事例が1件、内服による抗癌剤治療の際、患者が抗癌剤の余剰内服薬を持っていたことによる過量投与が1件あった。

(2) 薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第25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25回ヒヤリ・ハット事例収集において、記述情報のテーマにあげられた入院時の持参薬に関する事例について分析を行った。

① 薬剤に関連する事例

医療事故と同様に薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況を整理した。薬物療法を行う際の業務の流れを「指示」、「指示受け・申し送り」、「準備」、「実施」、「実施後の観察及び管理」、「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33件の事例概要を図表Ⅲ-4に示す。

② 入院時の持参薬の管理に関連する事例

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

入院時に薬を持込んだ際の流れを「入院時」、「入院後、改めて持参薬を処方した時」、「薬の管理時」、「退院時」、「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33件の事例概要を図表Ⅲ-6に示す。

(注1) 第1回～24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事故例の概要

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
【薬剤間違い】			
1	準備段階	障害の可能性 (なし)	「エフェドリン1 Aを生食9 mLで希釈」の指示により、看護師Aは指示票を見ながら、シリンジに「エフェドリン4 mg/mL」と記入し生食9 mLを吸った。その後に薬剤カートから薬剤を取り出し準備した。看護師Aは看護師Bとアンプルとシリンジを並べ、指示票を見ながらダブルチェックを行った。手術中血圧が低下したため、予め準備したエフェドリンを使用した急激に血圧が上昇したため、看護師Bがアンプルを確認したところ、エフェドリンの空アンプルではなくボスミンの空アンプルがあり、薬剤を取り違えていたことがわかった。エフェドリンとボスミンのアンプルの外観がよく似ていた。
2	準備段階	障害なし	フェノバル散を調剤すべきところ、フェニトイン散10%を調剤した。フェニトインは患者にとって禁忌薬剤であり、発熱や発疹等の症状が出現した。2日後、看護師が今まで内服していた散剤と色が違うことから薬剤科に疑義照会し、調剤の間違いに気付いた。
【薬剤量間違い】			
3	指示段階	障害の可能性 (なし)	小児患者はラシックス8 mg、アルダクトン8 mg、ジゴシン0.03 mg (いずれも散剤)の内服が開始となった。その後、時折心拍数が90台となり、23時には47まで低下し末梢体温も低下したため心室ペーシングを開始した。2日後に主治医が確認したところジゴシンが予定の10倍(0.3 mg)を処方していたことに気付いた。
4	指示段階	障害の可能性 (なし)	泌尿器科医師の指示にてプログラフ1 mg/日を持続で静脈注射で行う予定であったが、1 mL(5 mg)/日を処方し、患者へ投与した。血中濃度が上昇し過量投与を発見した。
5	指示段階	障害の可能性 (なし)	医師が外来処方をする際、イソニアジド0.3gと入力するところ3gと入力した。翌日の昼過ぎ、患者はふらつきと下痢・嘔吐を出現し救急外来受診した。内服指示簿を見直すと同薬剤の過量投与がわかった。院外薬局での疑義照会はなかった。主治医は、イソニアジドは錠剤であれば通常3錠(300mg)投与するため、「3」という数字が優先し誤入力した。
6	指示段階	障害の可能性 (なし)	処方入力の際ノルバスク5 mg 1錠と画面入力したつもりが5錠と画面入力してしまった。
7	指示段階	障害の可能性 (なし)	結核性髄膜炎のためリファブチン300 mg/日の内服を行っていた。その後、後天性免疫不全症候群に対してカトレラを処方した。カトレラとリファブチンを併用する際、相互作用のためリファブチンを減量する必要があったが、主治医は以前と同様に300 mg/日の処方を行っていた。2ヶ月半後より患者は右の視力低下を自覚し、眼科を受診し、リファブチンによるぶどう膜炎と診断され、リファブチンの中止とステロイド点眼投与を行った。主治医がカンファランスにてぶどう膜炎の発生を報告した際、他の医師よりリファブチンの過量投与を指摘された。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
8	指示段階	障害の可能性 (低い)	手術後、術前から内服していたアレビアチンを内服から点滴に変更した。その際、内服薬処方のアレビアチン250mg「分3」を「×3」と勘違いし、アレビアチン注250mg 3A/日として処方し投与した。せん妄症状が改善しないため、神経内科にコンサルトし、14日後にフェニトイン血中濃度を測定した結果、濃度上昇を認め、間違いに気付いた。
9	指示段階	障害の可能性 (低い)	小児の患者のDICに対し、フラグミン投与を開始した。主治医はフラグミン投与を指示する際に、75U/kg/日とすべきところを750U/kg/日と指示を入力し、予定していた10倍量を処方した。フラグミンを準備した薬剤師、実際に投与した看護師もミスに気付かず、フラグミンは5日間連日投与された。全身状態、他の凝固検査の改善にもかかわらずPT、APTTの高値が続いていたことから主治医が確認したところ、フラグミンの過量投与に気付いた。
10	準備段階	障害の可能性 (なし)	看護師Aは、点滴(フルカリック)にノボリンRを混入する際、14単位のもりで1.4mL(140単位)を混入しようとしていた。不審に思った看護師Bに発見され、看護師Aはインスリン1単位0.01mLであるところを『インスリン1単位は0.1mL(実際の10倍量)』と勘違いしていた。マイジェクター0.1mLの目盛りで標記されている『10を1単位』だと思っていた。
11	実施段階	障害なし	テモダールの内服と放射線療法が開始となった。カーデックスには「テモダール100mg 1C 1×5日分 テモダール20mg 1C 1×5日分朝食前」と記載され、テモダール100mgを1カプセルとテモダール20mgを1カプセル(テモダールとして120mg)を内服する予定であった。看護師は薬袋からテモダール100mgカプセル1瓶(5カプセル入り)とテモダール20mgカプセル1瓶(5カプセル入り)を取り出した。瓶のラベルには「テモダール100mg 5カプセル」と記載されており、看護師は、1瓶で100mgだと思い、20mgのテモダールについても同様に思った。看護師はテモダール100mgと20mgを5カプセルずつ合計10カプセル(テモダールとして600mg)を患者に内服させた。主治医が診察した際、「10カプセル飲んだ」という患者からの情報により過量投与を発見した。
12	その他	障害の可能性 (低い)	帝王切開で出生した患児にGI療法を行うこととなった。医師Aはプロトコルを見て調製し、シリンジポンプで投与を開始した。約2時間後の血糖値56mg/dL、約5時間後の血糖値5mg/dLと低値となっていたため、20%糖20mL静脈注射した。内容を確認したところヒューマリンR 1mL(100単位)+20%糖9mLを静脈注射し、予定した量の10倍量が投与されていた。
13	指示受け・ 申し送り段階	障害なし	麻酔中に血圧が低下したため研修医は、口頭(PHS)で指導医に指示を求めた。指導医はエフェドリンとして8mg使用を意図し、エフェドリンを希釈したもの(当該部署ではエフェドリン1mL(40mg)を生理食塩水9mLで希釈している)を2mL使用するつもりで、「2ミリ」静脈内に投与するように口頭指示をした。研修医は「2ミリ」を聞いて、未希釈のエフェドリンを2mL患者に投与した。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
【方法間違い】			
14	実施段階	不明	胃カメラの前処置でホリゾン10mg 3/4A（1.5mL）を左肘関節内側部から静脈注射した。翌々日に、患者は、注射した当日から左の第1～3指のしびれ・痛み・運動障害と前腕部全体の皮疹を訴え来院した。診察の結果、動脈内への注射であることがわかった。
15	実施段階	障害なし	経腸注入する内服薬を静脈内に誤って注入した。新人看護師の経験及び知識不足により、本来使用するカテーテルチップ型のシリンジではなく、ルアー型のシリンジを使用した。
16	実施段階	障害の可能性（なし）	I V Hルートにハイカリック1号を接続すべきところ、末梢ルートに接続した。
17	実施段階	不明	医師から「フェノバールを皮下持続注入で行きたい」という依頼を受け、皮下持続用ポンプが故障していたため、シリンジポンプで代用することになった。看護師Aは看護師Bにシリンジポンプを代用することを伝えた。看護師Bはカルテ指示と注射指示箋の確認をしたが、注射指示箋の皮下注射の記載を見落とし、また、注射器に準備する際に、アンプルの名前、単位、用法の確認も行わなかった。看護師Bはシリンジポンプを患者の部屋に持っていき、C Vカテーテルライン側管へ接続したため、皮下注射で投与する予定のフェノバールを静脈注射した。
【対象者間違い】			
18	実施段階	障害なし	看護師Aは化学療法について主治医と共に確認し、看護師Aは休憩に入るため看護師Bに抗癌剤接続を依頼した。看護師Bは抗癌剤（生食水500mL＋パクリタキセル300mg（商品名タキソール））を接続するところを、別の患者の抗癌剤（5%ブドウ糖液250mL＋イリノテカン106mg（商品名カンプト））を当該患者の薬剤と思いこみ「注射指示及び実施記録」と点滴の氏名を確認せず接続した。患者は抗癌剤投与の際、点滴ボトルに書かれた薬の名前とプロトコールに書かれた薬の名前の違うことを疑問に思い看護師Bに質問をしたが、看護師Bは商品名と一般名の違いだと思い確認をしなかった。看護師Aが休憩から戻り、確認すると別の患者の点滴が接続されていた。
19	実施段階	不明	看護師は患者Aの輸液（ネオフィリン1A+生食100mL）を50mL 2本のシリンジに準備した。準備したシリンジには患者氏名・病室番号・投与日・薬剤名を記入したシールを貼った。同様に、別の看護師は患者Bの輸液（ドルミカム5A+生食90mL）50mL 2本のシリンジに準備し、準備したシリンジには患者氏名・薬剤名・投与日を記載したシールを貼った。患者A、患者Bのシリンジに準備された輸液は薬品保冷庫に保管してあった。看護師は患者Aの輸液を交換する際、薬品保冷庫から誤って患者Bの50mLシリンジを取り出し施行した。看護師は、シリンジに表示してある患者氏名等を記載したラベルの確認をしなかった。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
20	実施段階	障害なし	昼食時、看護師は患者Aの薬を注入しようとする薬車から患者Aの名前を確認して取り出した。しかしその部屋に入室した時、患者Bの経管栄養が目にとまり、先に接続しようと思った。経管栄養を注入する前に内服を注入しようと思い、手に持っていた患者Aの薬を患者Bに注入した。別の看護師が患者Aの薬を注入しようとして内服が無かったため、患者間違いに気付いた。
21	実施段階	障害の可能性 (なし)	他の勤務者から患者Aへ眠前薬を与薬するよう依頼された。病室へ行き「寝る前の薬3錠ですね」といい、その場で服用させた。同勤務者からの報告により、誤って患者Bに患者Aの内服薬を服用させたことに気付いた。
22	実施段階	障害なし	看護師Aと看護師Bが処方箋と照合し各患者のトレイに置かれている内服薬を確認した。その際、患者Cと患者Dの内服薬はそれぞれトレイ内に準備してあった。看護師Bは患者Cに内服薬を注入し、その後、看護師Aが患者Dのトレイを見て内服薬がないことに気づき、捜すと患者Dの空の薬袋がゴミ箱から発見された。看護師Bが患者Dの内服薬を患者Cに注入したと考えられた。
【その他】			
23	指示段階	死亡	患者は、化学療法においてトポテシンを投与していた。トポテシン1回目投与の投与前の白血球は5900、1週間後、トポテシン2回目投与の投与前の白血球は4000であった。更に1週間後、トポテシン3回目投与の投与前の白血球は2550であった。その後、患者の全身状態が悪化した。
24	指示段階	障害の可能性 (なし)	主治医より造影腹CTの指示があった。検査伝票にはアレルギーなしに丸印が付けられていた。その後、検査用の点滴のイオパミロンを施行し、造影腹部CT室に患者を搬送した。帰室後、呼吸苦、喘鳴、冷汗がみられ、SpO ₂ 80代に低下した。主治医に報告し、カルテのアナムネ用紙を見ると、イオパミロン禁止の記載があった。造影剤アレルギーを見逃し、検査施行したことが判明した。アレルギーがある患者には、カルテの背表紙に、アレルギーの印をすることに決まっていたが行っていなかった。主治医もアレルギーがあることを見逃していた。
25	指示段階	障害の可能性 (低い)	患者は、以前にバファリン内服時に軽い呼吸困難を出現した既往があり、耳鼻咽喉科への前医からの紹介状にはアスピリン喘息の疑いが指摘されていた。しかし、麻酔科医は術前診察時に、外来カルテに貼付されていた紹介状を読んでいなかったため、術後鎮痛の目的でロピオン注50mgを静脈内投与し、呼吸困難が出現した。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
26	実施段階	障害なし	維持液のトリフリードが接続された点滴ルートには、側管から抗菌剤がシリンジポンプで投与されていた。抗菌剤投与時はトリフリードの投与を中止し抗菌剤のみ投与する予定になっていた。点滴セットに三方活栓が接続してあったため、点滴セットのクレンメを開放のまま三方活栓で操作をし、抗菌剤を接続した。三方活栓のトリフリード側のラインが閉鎖されていると思い込み、他の処置を行なったが、実際は開放されており、投与を中止するはずのトリフリードが滴下されているのに気が付いた。
27	実施段階	障害の可能性 (なし)	静脈内投与する場合は、30秒以上かけて投与することになっているアルチバを、手術終了後に少量フラッシュ（量不明）をしてヘパリンロックをしたことにより、アルチバが少量、急速に投与された。帰室1時間後にヘパリンロックしたラインよりソルデム3A開始したところ、突然眼球上転、両上肢肘屈曲位で拘縮し呼吸停止となった。その後、バイタルサインは安定した。
28	実施段階	障害の可能性 (低い)	5ヶ月間にわたって肘部にインフルエンザ予防接種を実施した。約1ヶ月後から患者の訴えにより、予防接種後に肘の腫脹があり、診療科で様子観察をしていたが軽快しなかったため、整形外科を受診した結果、滑液包炎と診断された。患者から相談・苦情があり、予防接種者全員を調査した結果、20人に滑液包炎の発症があった。
29	実施段階	障害の可能性 (なし)	主治医が造影剤の副作用に関して説明を行った後に造影CTを行った。オムニパークを注入後、数分して喘鳴が出現、血圧低下、呼吸状態が悪化した。ボスミン、ステロイド剤投与にても呼吸状態は改善せず、挿管し人工呼吸器管理とした。呼吸状態および全身状態はその後速やかに改善し、5時間後には抜管でき、当日中にはほぼ検査前と同様の状態に改善した。
30	実施後の観察 及び管理段階	障害の可能性 (なし)	麻酔導入後、執刀前に、セフマゾンとプリドールの投与を開始した。その数分後、皮膚発赤著明、血圧感知不能の心停止に近いショック状態になった。
31	実施後の観察 及び管理段階	障害の可能性 (高い)	患者は外来化学療法を施行していた。右前腕部に留置針を挿入しカイトリルの点滴を静脈注射し、25分後、抗癌剤（アドリアシン）の投与を開始した。アドリアシンの点滴静注終了後、オンコビンの静注をゆっくり開始した。静注施行中に抗癌剤の血管外漏出に気付いた。
32	実施後の観察 及び管理段階	障害の可能性 (高い)	今までの既往から胆管炎が第一に疑われ、以前から使用歴がありアレルギー症状の出現も認めなかったスルペラゾンを抗生剤として投与することとし、Veen F 500mL +スルペラゾン 1g/生食100mLの点滴静注を開始した。直後より嘔気の出現、意識状態の急激な低下を認め、意識状態はJCS 300、頸動脈触知は微弱、気道確保の上、アンビュランスバッグにて呼吸補助を開始した。

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
33	実施後の観察 及び管理段階	障害の可能性 (なし)	骨腫瘍に対し、針生検術を骨盤から行った際、検査後に高度な貧血をきたし輸血を行った。生検直前に他医療機関にてワーファリンが増量され、易出血状態にあったことに気付かなかった。また、術前にワーファリンの内服は把握していたが、患者のワーファリンの内服量を十分把握していなかった。結果的にPT-INRが異常高値を示し、採血部位で著明な皮下出血を認めた。
34	その他	障害なし	患者は術後抜釘のため入院した。入院後内服薬確認時、抗凝固剤のエパデールを内服していることが判明し、手術日が5日間延期となった。患者には抗凝固剤を内服するような疾病や既往がなかったため、内服していると思わなかった。
35	その他	障害なし	エンドキサン100mg＋ゼローダ2400mg/日内服、ハーセプチン120mgを点滴にて行っていた。翌日よりエンドキサン＋ゼローダの内服をTS-1 120mg/日に変更した。8日後外来化学療法室での問診で口内炎の悪化、下痢を認め当科外来を受診した。5日間、エンドキサン100mg＋ゼローダ2400mg/日とTS-1 120mg/日を同時に内服していたことがわかった。エンドキサン、ゼローダの内服は終了していたはずだが、患者は余剰内服薬を持っていた。

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	7	0	0	0	0	0	3	10
	指示受け・ 申し送り段階	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	準備段階	2	1	0	0	0	0	0	0	3
	実施段階	0	1	4	0	0	0	5	4	14
	実施後の観察 及び管理段階	0	0	0	0	0	0	0	4	4
	その他	0	1	0	0	0	0	0	2	3
合計		2	11	4	0	0	0	5	13	35

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	7	36	0	0	1	1	1	20	66
	指示受け・ 申し送り段階	3	16	0	1	0	7	0	35	62
	準備段階	88	98	0	2	5	2	18	114 ^(注)	327
	実施段階	14	44	7	0	0	82	18	246	411
	実施後の観察 及び管理段階	0	1	0	0	0	50	0	12	63
	その他	1	4	0	0	0	0	0	55	60
合計		113	199	7	3	6	142	37	482	989

(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8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 7件】 他類似事例 106件			
1	リボスチン点鼻液の指示のところリボスチン点眼液を調剤し、外来患者に渡した。患者自身が使用前に間違いに気付いた。	投与方法が異なる同名の薬剤であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ダブルチェック、指差し呼称を徹底する。 ・薬品管理棚（ラック）に「鼻」「目」「耳」などカラーで明示する。
2	PC画面上と処方された4種類の内服薬の種類・数を確認し、薬剤師に服薬指導を依頼した。翌日、患者へ4種類の薬が渡された。リーダー看護師が内服薬をPC画面と照合した際、マグラックス250mgの指示が330mgの錠剤が病棟に払い出されていることに気づき、薬局へ連絡した。	PC画面上の処方量（mg・mLなど）を見落としていた。用法・容量・処方数・種類を1つずつ確認するのを怠った。薬剤師が服薬指導に入るため、しっかりと確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・基本の確認は必ず実施する。 ・薬剤師が指導するからと安心せず患者に服薬してもらう前に処方指示内服薬を確認する。
3	抗生剤の投与が終了したため、次に投与する点滴に交換した。伝票との照合を慌てて行い点滴を開始した。その後、患者のベッドサイドに訪室した医師が、指示をした「ヴェノグロブリン」ではなく、「ベニロンI」が投与されていることに気付いた。	1人のスタッフが休憩中であった。ナースコールの対応をし、他患の点滴交換など多重業務を抱えていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・忙しい時間帯にどうしても投与しなくてはいけないものかきちんと考えて行動に移す。 ・自分だけでは手が回らないと思ったら休憩中のスタッフに声をかけ手伝ってもらおう。
4	呼吸器管理中の患者に持続投与されていたドルミカムの輸注ポンプの残量アラームが鳴った。担当看護師が休憩中であったために、別の看護師が薬剤を用意していた。ワークシートには鎮静剤としてドルミカムの指示であったが、プロポフォルをシリンジに吸いかけ、それを見ていた日勤の看護師より指摘を受けて、薬剤が違うことに気付いた。	自分の勤務でプロポフォルでの鎮静が多かったことでの、思い込みがあった。日頃より、薬剤名に混乱している自覚はあったため注意していたが、今回はシリンジの中に「白い薬剤」が見えず、残量が少ないために急いで準備をしていた。思い込んでいた。他の作業を中断したため焦りもあり、ワークシートを手にとってはいたが、確認行為を怠っていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤とワークシートの指差し確認、特に微量投与の薬剤は声に出しての確認を徹底する。 ・使い慣れない薬剤であり、誤投与の怖さを再認識する。
5	小児患者に、ヴェノグロブリンIH投与の指示があり、シリンジポンプで注入開始となった。残量アラームが鳴り、注射器に用意してあったものを追加した。指示簿は確認したが注射器内の製剤までは確認しなかった。準夜勤者に交代し、製剤が25%アルブミンであったことがわかった。	請求伝票の時点から誤りがあった。指示簿と製剤、および注射指示箋と製剤を合わせて確認しなかった。ダブルチェックしなかった。違和感を持った時点で再確認をしなかった。思いこんでしまった。施行中の製剤の名前のラベルを、所定の部位に施行者が貼っていても誤りに気がつかなかった。当事者の看護師2名は、小児看護グループに入ってから共々2年目であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・血液製剤請求伝票はダブルチェックを必ず行う。 ・請求伝票は指示簿を見て記入する。 ・小児科、患者名、年齢を記入する。 ・注射器の内容がわかるようにする。 ・川崎病についての勉強会を開き、疾患について、治療、管理について、再度確認した。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
6	患者に自己注射指導の手技確認を行うために、注射ワークシートと注射を持参しベットサイドへ行った。患者の手技を確認していたところ、注射ワークシートの指示はノボリンNフレックスペンであったが、持参したのはノボラピット30ミックスフレックスペンであることに気付いた。すぐに指示のものに交換し、自己注射を行ってもらい実際に患者が誤注射することはなかった。ノボラピット30ミックスフレックスペンは以前に夕方の注射で使用していたもので、当日は既にオーダーが中止になっており使用していなかった。	患者が複数の薬剤を持っていた。医師の指示の変更が患者に伝わっていなかった。患者が指示の変更を理解していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者へ薬品の変更がわかるように伝える。
7	ハイポアルコールの綿球を作る際、新しい包交つばに綿球を入れハイポライト10を入れた。胃瘻造設患者の処置のためそのハイポ綿球が用いられ、使用後に皮膚が発赤した。内視鏡室にいた医師と看護師が異常に気付いた。すぐに病室に戻り生食で洗浄した。洗浄後は皮膚の状態が悪化することはなかった。包交つばは熱を帯びて異臭を放っていた。	ハイポアルコールの綿球を作ることが初めてでありハイポアルコールでなく、ハイポライト10を使うものと思い込んでいた。初めて行う作業であり何をやるのか確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ハイポアルコールの綿球を作成する前に何を使用するのか確認する。 初めて行う場合、事前に確認する。
【薬剤量間違い 8件】 他類似事例 191件			
8	9ヶ月の患者（体重3.7kg）に、モベンゾシン80mgの投与指示であったが、計算を間違え800mg投与した。モベンゾシン1gを5mLで溶解し、0.4mL使用したところを4mL使用し、10倍量の投与となった。看護師が注射指示書に記載されていた計算式の間違いに気付いた。	薬剤準備から投与の過程で複数の看護師が介入しており責任の所在が曖昧であった。ダブルチェックを実施しているが、ダブルチェック実施の方法が統一されていない。抗生剤の作成方法（希釈方法）が統一されていない。抗生剤投与時間が夜間の人手の少ない時間帯であった。抗生剤の規格が成人用の規格で小児用の規格がない。	<ul style="list-style-type: none"> 1g = 10mL、0.5g = 5mL、0.75g = 7.5mL、0.25g = 2.5mL等、抗生剤のg数により希釈量を統一する。 夜間帯の投与時間は比較的人手が多い時間に変更する。 薬剤準備は受け持ち看護師と同じチームの看護師が行なう。 注射指示書に薬剤希釈量の計算式を記入し、2名でダブルチェックし実施のサインとチェックの印を残す。
9	急性上気道炎の患児にムコダインシロップを処方した。オーダーリング画面は全て力価であるため、体重10kg相当の300mgを処方するところ300mL処方してしまい、予定量の約50倍になってしまった。	オーダーリング画面を再設定した8月に表示が、mgからmLに変更されていた。事務は、薬の単位表記が何種類かあることを知らなかった。医師は、力価で表示されていると思い込んでいた。院内薬局、院外薬局からの間違いの指摘がなかった。	<ul style="list-style-type: none"> オーダーリング画面を再設定した際、連絡を行う。 医師が、薬の単位を再確認する。 薬剤師による再チェックを行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
10	23時の血糖値の結果がスライディングにかかったため、皮下注射ヒューマリンRを2単位(0.02mL)行うことになった。準備をしたが、インシュリン用のシリンジではなく1mL規格のシリンジで0.2mLインシュリンを吸っていた。ダブルチェックの際にシリンジが違うことを指摘された。	専用シリンジでインシュリンを使用していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> • おかしいと思った時点で、先に進まずにその作業をやめて確認する。
11	タスモリン散1%0.6mg1×7日分で全量0.42gのところ10倍量の4.2gを秤量し調剤した。監査で発見されず病棟に払い出し2週間分服用した。	タスモリン散が0.6mgと少量で出るのは稀なことであり、常用量の0.6gと見間違えてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> • 散薬の単位がmgであったりgで表示されているもので、単位に気を付けて調剤を行ない監査を徹底する。
12	医師に電話で4時間尿量を報告し指示を確認したところ、医師は「ラシックス半筒」と指示したが、3筒と聞き間違え「3筒ですね」と復唱したところ、医師は半筒と聞き間違え「はい」といった。ラシックス3アンプルを静脈注射し1時間後尿量が約1000mL出たため補液負荷を行った。翌日、医師に尿量を報告した際、指示したラシックスと量が違うことが判明した。	注射薬品に対する知識が不足していた。自分ひとりで判断し指示を受け、実施した。	<ul style="list-style-type: none"> • 安全管理委員会で院内で口頭指示を行うとき「半筒」という指示は禁止し「0.5筒」ということに決定しリスクマネージャー会議で周知した。 • 口頭指示は大きな声で復唱し複数で確認する。 • 新卒看護師は口頭指示を受けたときは指導者に指示を確認してから処置を実行する。
13	上級医より、9kgの小児患者に対して抗生剤を100mg/kgで処方するように指示され、投与量300mg×3回/日のところを900mg×3回/日と間違えて、1回のみ投与した。看護師より投与量が多いことを相談され、当事者と看護師はそれぞれ本日の治療薬を再確認したが、今回の間違いには気付かなかった。患者に投与後、別の上級医が抗生剤の投与量が多い事に気付いた。	看護師とも再確認したが、気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> • 慣れない処方については、上級医と共に処方する。
14	プレドニン8mgを1日に2回投与していた。注射箋ではプレドニン10mgとなっていたため、手書きで書き直すようにしていた。5日後の注射箋は書き直しておらず、日勤看護師がに投与する際に、注射箋にある10mgを投与してしまった。準夜看護師が注射箋と対症指示とを照らし合わせ、異なっているため過剰投与に気付いた。	次の日の注射箋を作成する際に、プレドニンの量を書き換えていなかった。また、対症指示と注射箋を日勤看護師が関連付けて把握できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> • 日々の担当者が対症指示と照らし合わせて最終確認を行うようにする。 • 薬剤を投与する際に、対症指示と必ず照らし合わせるようにする。 • 指示が変わった場合は、対症指示にも入れてもらうようにする。 • 指示の数量が変わった場合は注射のオーダーも必ず出し直してもらう。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
15	自己管理で開始となったベイスンの内服状況を確認すると、1日3錠、7日分処方されていたが、残3錠であった。確認すると1回3錠を1日3回内服（計9錠/日）していた。	他にも自己管理の薬があり、抗糖尿病薬も自己管理にしていた。薬袋に処方箋も一緒に付けて渡っていたため、「用量/日数」と見間違えていた。内服開始後より、内服の確認が出来ていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 特に低血糖の恐れが考えられる薬は、はじめは看護師が配薬する。 分かりづらい処方箋は患者には渡さない。 内服時には必ず看護師が確認をする。
【方法間違い 2件】 他類似事例 14件			
16	患児にオメガシン20mg点滴の指示があった。心房ルートのカVPラインの側管につなげるつもりがD O AとD O Bラインの側管につなげてしまい輸液を開始した。BP、HRが上昇したためすぐに気付いた。	印が三方活栓から離れたところについていた。ルートをたどる基本動作を行っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ルートをたどり注射されている薬剤を確認する。 薬剤を明記した印を見やすい位置につける（離れた所につけない）。
17	患者家族から、いつもと違ってランドセン細粒の1包量が多いとの問い合わせあり。処方箋を調べた結果、10日分のところを30日分秤量していたことが判明した。	手書きの数字を投与日数と勘違いした。確認不足。抗てんかん薬は長期投与で処方されることが多いという思い込みがあった。	<ul style="list-style-type: none"> 投薬日数をよく確認する。 また、監査時も、マニュアル通り確実に確認する。
【速度間違い 6件】 他類似事例 136件			
18	点滴速度を40mL/hから20mL/hへ変更の指示が出ていた。輸液交換の時、流量変更を行うのを忘れてしまった。次の勤務者が気づき訂正した。	指示伝票で滴数の確認をしなかった。点滴交換の時、家族との話に気を取られていた。	<ul style="list-style-type: none"> 点滴開始の時には、指示箋と注射箋で薬剤、投与方法、流量などを声だし・指差し確認を徹底する。
19	ソルデム3AにKCL混注し、60/hにて投与していた。少し遅れていたために少し早めに調節したが、1時間後の点滴速度の観察を怠ってしまう。2時間後に2時間程過剰投与していたのを発見した。	点滴は加圧バックの裏になっていて、観察しにくい状況だった。	<ul style="list-style-type: none"> 毎時間の点滴確認を行えるよう、時間管理できるようにする。 ルート整理を行い、点滴速度がすぐに見れるようにする。 点滴が遅れた時点で、リーダーに報告し、自分で判断しない。
20	朝に抗生剤の点滴を行った。その後、抗生剤の点滴を維持液につなぎ変えたとき、維持液の流量を間違え、30mL/hを50mL/hと多量に投与した。他の看護師が間違いに気付いた。	確認不足、思い込んでいた。	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤の流量は点滴ボトルだけでなく、指示簿とも照らし合せ、確実に流量を間違えないようにする。 訪室した時に必ず点滴の流量を確認する。 点滴ボトルに流量変更をわかりやすく書く。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
21	5FU、ランダ投与の患者。13時に医師とともに5FU作成確認したが「20mL/h」とボトルに記載すべきところ「40mL/h」と記載した。その後14時の更新時やバッテリー切れで輸液ポンプを交換する際は指示書をもとに「20mL/h」でセットしたが、ボトルの「40mL/h」の誤記には気付かなかった。16時過ぎにMRI検査を行い、帰宅後、別の看護師がボトルに記載されていた「40mL/h」でセットしてしまった。1時の確認時に40mL/hで投与されていることを発見した。	点滴作成時にボトルに流量を間違えて記載してしまった。点滴更新時や輸液ポンプ交換時にボトルの誤記を見過ごしてしまった。準夜と日勤看護師が確認をしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 点滴ボトルに流量を記入する場合は指示箋に基づいて行う。 勤務交代時、患者の都合で確認できなかった場合はチェックしておく、後で必ず確認することを徹底する。
22	成人用の点滴ルートを用いて点滴を開始していた。患者はそのまま、病棟に来られ、入院となったため、入院後も成人用ルートで輸液が行われていた。準夜帯で、点滴の滴下数を確認した。80mL/hの投与予定であり、本来ならば、成人用ルートで20滴/分で投与すべきところ、小児用ルートが接続されていると勘違いし80滴/分で滴下されていた。そのため、予定の時間よりも早く点滴が行われた。	成人用ルートでの滴下であるという認識が欠如していた。成人用ルートの使用は初めてであった。夜勤帯で忙しく焦っていた。点滴のボトルが滴下により変形していた。そのボトルの形を整えずに見ていた為、正確な残量の確認が出来ていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 成人用ルートであると申し送りを受けた際には、ワークシートに目立つように記入し、確認が行えるようにする。 ボトルの残量を確認する際にはボトルの形を整え、残量と終了時間の計算を行う。 小児用のルートに交換する。 成人用ルートである場合、滴下数を計算し、ワークシートに記入する。 ルートを刺入部からボトルまでたどり、成人用ルートか小児用ルートかを確認する。 体動により滴下数が変動しやすい場合は、ポンプの使用を検討する。
23	薬剤量に変更されていることに気付かず、前日分のワークシートと同じ投与量をワークシートに転記し、薬剤を交換したが、DOA+DOB 0.7mL/hのところ1.4mL/h、パルクス0.7mL/hのところ1.3mL/hで投与していた。その後、主治医が発見した。約3時間半の間、2剤が倍量投与されていた。	15時からの点滴ワークシートを確認する際、前日分と投与速度等の指示が変更されていることに気付かず、前日分と同様であると思い込んだ。前日分と同様の滴下数を転記した。新しいワークシートと前日分のワークシートとの照合時の確認が不足していた。修正されたワークシートが多数出力されており、確認がしにくかった。医師へ確認・依頼をしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 当日分のワークシートを組む際、前日分のワークシートの確認（薬剤名、規格量、投与量、投与方法、投与経路などの指示内容）を確実にし、内容が前日と異なる場合は、医師へ必ず確認を行う。 医師の指示部分の転記は絶対に行わない。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【対象者間違い 2件】 他類似事例 35件			
24	同室患者の点滴と間違えて点滴を交換してしまった。その際、点滴の内容は確認はしたが、名前の確認はせず、患者認証も出来ていなかった。また、患者家人に名乗ってもらい点滴の確認をすることも、出来ていなかった。その後、家人が患者間違いに気付いた。点滴の内容は同一であることを家人に説明し、児への影響はなかった。	注射ワークシートで薬剤名、速度を確認したが、訪室時に点滴を交換する際、本人、家族に名前を名乗ってもらい確認することが出来ていなかった。PDA（携帯情報端末）による患者認証を行っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族に名乗ってもらい、点滴の内容、名前が合っているか一緒に行う。 ・急いでいる時でもPDAを必ず使用する。
25	夕薬を配薬時、薬の入ったボックスから患者Aの薬を取り出した。患者Aの薬袋からリピトール1錠を取り出し、同室患者の患者Bに与薬してしまった。薬袋をボックスに戻す時、再度薬袋の名前を確認したところ、患者の間違いに気付いた。	患者確認をベッドネーム、ネームバンドで行わず、顔を見ただけで確認したつもりになっていた。手にしている薬を患者Bの薬だと思い込んでいた。リピトールがどのような薬なのか理解していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者確認を行う際は、必ずベッドネーム、ネームバンドと処方箋、薬袋の氏名を照らし合わせる。 ・患者の氏名を患者にも聞こえる声で確認する。 ・薬剤の内容、患者の疾患を理解した上で与薬する。 ・指差し確認を怠らない。
【その他 8件】 他類似事例 474件			
26	TS-14C分2で内服を開始し、3週間で終了する予定であった。その日の与薬係が3週間で終了することに気付かず主治医ではない医師へ終了を伝えた。依頼された医師は再処方した。薬剤部で調剤され、処方整理した看護師も気付かず内服させてしまった。薬剤部から終了しているのに処方されていると指摘があったため誤りに気付いた。内服は1回分であったので患者への影響はなかった。治療開始前に患者へは主治医から内服期間についての説明があった。	与薬係の看護師が主治医ではない医師へ終了を報告し、投薬剤の処方を依頼した。依頼された医師は主治医に確認せず処方入力した。抗癌剤プロトコルが医師・看護師・薬剤師間で十分共有されていない。服薬指導を3回行っているが患者の理解も不十分だった。	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師は期間限定の処方に関しては開始時点で○/○～○/○までと与薬ボックスに明記する。 ・医師は入力の際にコメント欄に○/○～○/○までと入れる。 ・化学療法プロトコル一覧表でスタッフへ示す。
27	IVHから輸液を投与し、側管でインスリン持続注開始した。途中、イントラリポス側注を同じルートで行った。管内に満たされていたインスリン5単位分ワンショットで行った事になり、血糖値が53と低下した。	投与後のことを予測できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・別ルートにする。
28	患者の体温が38.3℃であり、38℃以上でロキソニン使用の指示があった。クラビット内服中であつたが、そのことに気付かず内服させた。その後、併用注意の2薬剤であることに気づき、医師にて指示変更となった。	クラビット内服中であることに気付かなかつた。	<ul style="list-style-type: none"> ・指示受け時、ミーティングの際、併用注意の薬剤を使用していないか確認していく。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
29	<p>ブスコパン使用予定であり、問診表にそって話を聴いた。患者は大動脈炎症候群と甲状腺機能亢進症の治療中であった。その旨を記載した。医師は患者の所へ話をしに行き、指導医に確認（大動脈炎症候群のみ報告）後、ブスコパンの筋肉注射の指示を出した。「ブスコパン打っているんですね」と確認し準備をした。他看護師が筋肉注射を行い検査が行われたが、途中で動悸を訴え検査中断となった。</p>	<p>医師に指示出しまでの経過を聞くと、大動脈炎症候群についての確認はしたが、甲状腺機能亢進症の項目は確認しなかったとの事だった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・禁忌疾患や慎重投与の疾患のある場合は、医師の問診だけに頼らず、出来る範囲で細かい情報を取り、アセスメントする。 ・現在治療中の方にブスコパンの指示が出たら、「〇〇と▲▲の治療中ですけど、ブスコパン1Aでいいですね。」と強調しながら確認をする。
30	<p>麻酔終了後に、手術室に薬剤師が来て、未使用の毒薬および麻薬を回収した。全てのマスキュラックスを渡したつもりでいたが、調剤の袋に入ったまま、手術室の棚に置き忘れていた。このとき、本症例以外に複数の症例の薬剤を一括して返却したため、返却薬の不足に気付かなかった。この日が金曜日で、次の月曜日に手術室に置き忘れられた薬剤に気づき、初めて返却忘れに気付いた。</p>	<p>麻薬は、手術室で返却薬剤と処方箋が照合され、不足についてはその場で確認される。それに対して、毒薬を含む他の薬剤は、処方箋が調剤部にあり、本件のように照合箋を含む調剤袋ごと返却を忘れてしまうと、手術室薬剤部では不足をチェックすることができない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・返却する際に、薬剤の種類と数を確認する。 ・調剤部で前日の処方箋と返却薬剤を照合し、不足分については、手術室に確認する。 ・また、複数の症例の薬剤を持ち合わせていたことも、本件の一因と考えられるが、金曜日は症例数が多く、一人の麻酔科医が担当する症例も多い。その都度、薬局に薬剤を保管し、取りに行っていたのでは、手術の回転に差し障るため今後検討する。
31	<p>小児患者に処方されたコランチル顆粒を家族が内服させようとしたところ、薬袋内に薄いオレンジ色のビニールが入っているのを発見した。前日、当日に色が付いた物の粉碎処方が無く何のものか特定できなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・散剤分包機が不十分であった。監査時に確認が出来ていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・清掃を徹底する。 ・監査時散剤を動かしながら異物混入していないか確認の徹底する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
32	<p>○/27処方箋の下方に、「リウマトレックス○/26は内服欠→次は△/3、フォリアミン○/28は内服欠→次は△/5」と記載されていた。○/27朝7時内服薬を配薬する際、持参薬と院内処方薬を照合し、院内処方の中に、リウマトレックスとフォリアミンがセットされていないことに気付いた。同夜勤の看護師に報告し、パソコンで確認したが、どこにも中止と指示がなかったこと、医師より○/26の時点ではリウマトレックスを○/27に内服してくださいと言われていたことから、内服するものと判断し、内服させた。○/26日勤看護師は○/26に医師より「○/27のリウマトレックスは内服中止で」と口頭指示を受けており、処方箋の下方に赤字で記入した。日勤看護師は準夜看護師に申し送るためのフリーシートを間違えて破棄しており、日勤リーダーと準夜看護師へはリウマトレックスについて申し送られていなかった。○/279時頃日勤看護師に指摘され、内服しないはずの薬を内服させたことに気付いた。</p>	<p>○/26の日勤看護師が医師からの内服中止であることの口頭指示を申し送っていなかった。その指示を処方箋の下方に赤字で記入しただけで、申し送りをしていなかった。リウマトレックスが大切な薬剤であるという意識が低かった。セットされていた内服がおかしいと気付いた時、日勤看護師または医師に確認をとらなかった。○/26の時点で医師から指示されていたことを信用していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 次の勤務帯の看護師へ変更になった点を申し送りをする。 • 持参薬から院内処方へ切り替えとなった場合は、配薬ボックスの中に持参薬がないか確認をし、持参薬を本人へ返却する。 • 中止となった薬には、中止と薬に記載するようにする。 • 医師からの口頭指示は紙面に記入し、記録を残すようにする。また、医師に指示をPC入力にもらうようにする。 • セットされている薬がおかしいと感じた時は、前の勤務の看護師または医師に確認をとるようにする。
33	<p>薬剤部から上がってきたフローランを点滴伝票と確認し、冷蔵庫に保存しなければならなかったが、冷蔵庫に保存するのを忘れた。</p>	<p>薬剤が薬剤部から上がってきているのを見たが、処置が終わってから確認しようと思い、忘れてしまった。後で確認しようと、先に点滴伝票に捺印してしまっていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 定時の点滴の指示受け時は、薬剤部から上がってきた薬剤と点滴伝票が合っているのか確認してから、捺印をする。 • 点滴のオーダーが出たときは、その薬剤の保存方法を確認し、室温に置けないものであった場合、保存方法に注意しなければならないため、処置板に記入する。

図表Ⅲ - 5 入院時の持参薬の管理に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

	薬剤 間違い	薬剤量間違い		投薬・ 内服忘れ	用法 間違い	その他	合 計	
		過少・過量	重複					
入院時	2	2	2	2	0	4	12	
入院後、改めて持参薬 を処方した際	1	2	1	3	0	1	8	
薬の 管理時	患者自身が管理	0	3	5	8	2	11	29
	病院側が管理	3	29	14	17	8	23	94
退院時	0	0	0	0	0	6	6	
その他	0	1	3	5	1	14	24	
合 計	6	37	25	35	11	59	173	

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 4件			
1	患者より眩暈、頭痛などの訴えがあり、内服薬を確認したところ2日前より持参薬から当院の処方薬に変更になっていた。持参薬ではデパケンR錠100mg3錠分3を内服していたが、当院で処方する際、当院採用のデパケン錠200mg3錠分3で処方し、倍量処方となっていたことが判明した。医師は、持参薬識別票の当院採用薬に記載されていたデパケン錠200mgにRがないが、用量についても同量に該当すると思い、そのまま処方し、看護師も気付かず与薬してしまった。	処方量などを間違いやすい持参薬識別票の表記であった。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬識別票に当院採用薬がある場合、mgの相違などをカラーで表示、あるいはマーキングをするなど注意を促進できるようにする。 薬剤師からの問診を含めた持参薬識別の実施と処方チェックを行うようにする。
2	患者の持参薬確認で、チェック表にはリーゼ0.5Tと記入されており、リーゼと思い投与したが、後でリーゼのように外形が丸くなかったことに気付いた。翌朝持参薬を確認し、薬局に鑑別を依頼するとアモバンであった。	他院の薬で処方箋なかった。薬袋に薬剤名の記載がなかった。薬が半分に割られて新たに包装されており、わかりにくかった。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬は薬剤部で点検確認してもらう。
【薬剤量間違い 過少・過量 10件】 他類似事例 52件			
3	持参の内服薬を管理投薬できるように新しい薬袋に振り分けの際、薬袋に内服量を間違えて、デパケン6包分3と入力すべきところ、3包分3と記入してしまったため、指示量の半分しか投与されなかった。	持参された他院の各薬袋には複数の薬が一緒に入っており、錠剤の投与量が「1」と記入されていて、間違った薬剤は粉末剤で、投与量「2」と記入されていたが見落としてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 他院の処方投与方法が複雑であるので、新しく転記し直す場合はダブルチェックを行う。 もしくは当院で新しく処方してもらう。
4	白内障の手術のため他科より転科された患者であった。詰所管理の内服薬がなくなるため、処方を外来を通して依頼したところ糖尿病薬を過剰に与薬していることがわかった。本来はアマリール1mg4T/2×のみを内服するところ、さらにオイグルコンの同効薬ダオニール1.25mg2T/2×を与薬していた。眼科主治医に報告、血糖は304mg/dLであり症状変わりなく、経過観察となった。前科で代行の医師が過剰に処方し、前科の看護師も与薬を行っていた。転科時の確認の時も気付かれず発見が遅れた。	前科主治医の「中止」指示がカルテ上になかった。転科時の内服の申し送りで使用されていた入院時持参薬一覧表と定期処方の用紙上はダオニール中止の記載がなかった。「中止」指示が確実に看護師に伝わっていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 主治医に報告、血糖チェックし経過観察とした。 指示に関しては、口答指示は、一時的に鉛筆書きなどで記録を残すなどし、後ほどカルテに確実に指示を記載してもらう。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
5	<p>入院時看護師が持参薬（ワンアルファ0.5 μg錠、アスパラCa200mg錠）を確認して、本人に自己管理して内服するように指導した。持参薬内容は看護記録にその他の薬剤とともに「ワンアルファ、アスパラK」だけ記入した。2日後、持参薬が少なくなり、主治医に処方依頼した。主治医は看護記録を見て、ワンアルファ1 μg錠とアスパラK300mgと処方してしまった。薬局より処方が届き、看護師は持参薬と処方薬は同じ物であると思い込み一緒に薬袋に入れてしまった。翌朝の勤務看護師が薬袋より薬を確認すると入り混じっていることを発見した。</p>	<p>当院では「ワンアルファでは1 μg錠・アスパラではアスパラK300mg錠」しか採用されていなかった。研修医による処方であったが、上級医師の確認がされていなかった。看護師は薬品名の間違いや単位数まで記録していない。当院採用されている薬剤は「アスパラ」では「アスパラK」しかないため、思い込んでいた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・研修医の処方に対しては、上級医師の確認が必要であることをもう一度注意喚起した。 ・他施設の薬剤は薬剤鑑定を依頼する。 ・記録の際、薬品名と単位も記入する。 ・転記する場合は間違いがないよう確認する。
6	<p>他院から転院してきた小児患者で、他院ではエレンタール80gを2袋使用しており持参してきていた。当院にはエレンタールP40gのものを使用しており、4袋使用することになっていたが、経管栄養表にエレンタール80g2袋と記載してあったため、半量しか入らなかった。</p>	<p>エレンタールの規格違いに気付かなかった。持参したのから当院処方分に切り替わる際に、経管栄養表の記載変更をしなかった。毎回の栄養液準備時は表を見て行っているため、間違いに気付かなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・処方箋で受領する栄養液は処方箋確認を行う。
7	<p>レトラックとムコスタを重複して内服させてしまった。入院時持参薬でケンタンとムコスタとその他薬剤が多数処方されており入院後も続行と指示が出ていた。その薬以外に、主治医からレトラックとムコスタが処方されていた。ケンタンとレトラックが同じ薬品だとわかってはいたが、持参薬の確認と、入院時処方の確認を別々のタイミングで行ってしまったため、どちらかを中止していなかった。また、持参薬は自己管理で、当院処方だけが看護師管理となっていたことや、配薬した看護師も持参薬を確認していなかったため、重複して内服させてしまっていた。</p>	<p>持参薬と入院時処方指示受けしたとき別々のタイミングで確認してしまい、重複したことに気が付かなかった。持参薬の続行という指示があったうえで、処方が出ていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時には必ず持参薬と入院時に処方された薬をまとめて、薬剤室で薬を確認してもらっていく。 ・このことを徹底していく。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
8	持参薬処方準備をする際に、数を間違えて準備していた。受け持ち配薬に変更する際、残薬チェックをした時に間違えて準備していた事が発覚した。酸化マグネシウムを内服中であり、3g分3毎食後の指示であったが、1包0.33gで1回に1g内服する分を0.33g1包が1回の内服分だと思いこみ分包していた。	0.33g1包が1回の内服分だと思いこみ、分包していた。	<ul style="list-style-type: none"> 分包処理をする際には、薬剤のg数まで把握し、分包するようにする。
9	内服薬を時間配薬している患者に対して、入院時に持参された緩下剤、整腸剤が切れたため、追加処方してもらった。しかし、実は持参分に残薬があり、配薬カート内に同じ内容の薬袋が2つ（持参分の薬袋と追加処方分の薬袋）あった。同内容であることに気付かず、それぞれの薬袋から薬を取り出し、重複して配薬していた。昼食後の配薬時に気が付いて発覚した。	配薬時に確認したが、機械的に薬を取り出していたため、重複していることにすぐ気付かなかった。処方内容にもっと注意を払い、気を付けることが必要だと感じた。また、持参分が切れたため追加処方となったのだが、実際にはまだ残りがあり、処方を依頼した看護師がその時点で確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 配薬時の確認は、薬の名前、飲む時間、個数全てに注意する。 持参分が切れて追加処方となる際には、カルテの印鑑欄のみ見るのではなく、実際の残数を確認する。
10	深夜、朝の薬を準備しているときに、グルコン酸Kが二重投与されていることに気付いた。○月17日の朝・昼・夕に二重投与されてしまっていた。主治医へ報告し、経過観察となった。	持参薬を新しい薬袋に入れ替えて準備した。その時に粉碎された薬が2種類あり、ひとつはグルコン酸Kと印字され緑の線が入っていた。もうひとつの薬は、情報提供書の内容からカリウムであるとわかったが、グルコン酸Kとカリウムが同じ薬という認識がなく、別の処方として袋を準備してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 知識が不足していた。 印字のない粉碎薬の確認が不十分であった。
11	持参薬がなくなり次第当院処方分を与薬すべき所、既に薬剤部から配送されていた当院処方の薬剤を持参薬と一緒に与薬し2倍量の薬を与薬した。重複した薬剤はゾゴキシン(0.125mg)とセロケン(20mg)であった。	持参薬は分包、当院処方分は未分包で配薬看護師は同じ薬剤と思わなかった。持参薬管理表の運用が不十分で持参薬取り決め事項を遵守しなかった。持参薬がなくなり次第当院処方分へ切り替わることの伝達が不十分であった。配薬時処方箋と照らし合わせ配薬するという当院のマニュアルを遵守しなかった。薬剤師の服薬指導が出来ていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 服薬指導を充実させる。 持参薬管理マニュアルを遵守する。 配薬看護師は配薬時の、当院マニュアル「患者確認・薬剤確認」を遵守する。 医師はオーダーリング「備考欄」に与薬開始月日を正確に入力する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
12	患者の自己管理の持参薬ガスター2錠/日(2回)は○/26から内服中止の指示が出ていた。○/30の朝、患者よりガスターが不足するとの訴えがあり、確認すると点滴内にガスター20mg混中の指示があり、ガスター錠の内服は不要であった。○/26からガスターが4日間、内服と注射の重複与薬されていたことが判明した。患者に確認すると中止の説明は聞いていないと云われた。	内服薬の中止の指示が出た時点で、患者の理解の程度を把握した説明を十分行なっていなかった。患者の自己管理薬への理解を確認し、中止薬をそのまま患者の保管とするか、スタッフステーションに持ち帰るかの判断を行なっていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・中止薬の処理に付いての判断を行なう。 ・自己管理のまま薬剤を中止した場合は、次の勤務者が必ず再確認を行なう。
【投薬・内服忘れ 7件】 他類似事例 28件			
13	入院時、持参薬において2種類内服中止となり薬袋に中止と記入し、家人へ指導し渡していたが、続行の薬の1種類も中止していた。尿量の減少、浮腫の増強にて確認したところ判明した。	家人への指導が不十分であった。家人管理後の内服確認が不十分であった。入院時の管理方法の徹底がされていない。	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬の内服続行・中止の有無を明確にする。 ・管理方法のチャートを使用し管理方法の決定を確実に実行する。
14	パーキンソン病の薬剤量調整目的で入院した患者は、外来処方済りの薬を持参して来たため看護師が預かり整理した。指示はベルマックス250μg(1.5-1.5-1)の指示だった。看護師は夜寝る前の薬の袋にセンノサイド、ベルマックスと書いてあったが「ゲザイ」と書かれた散薬だけでベルマックスが入っていないことに気付いた。4日間寝る前のベルマックスが投与されていない。	入院時の製剤確認、整理を行った看護師2名はどちらも間違いに気付かず整理した。処方袋、薬剤手帳などで確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師に持参薬の確認、整理を依頼する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
15	<p>2泊3日の化学療法目的で入院した患者の持参薬にオキシコンチン3錠/分3、オプソ3包（頓用）、リタリンがあった。入院時担当の看護師Aは、患者のアナムネを聴取し持参薬確認を行ったが、薬の内容までは確認しておらず薬剤師に任せていた。薬剤師は患者面接にて持参薬を確認し、オキシコンチンとオプソは金庫管理とし、リタリンは師長と相談し患者管理とした。薬剤師は用法も把握しており、患者の受け持ち看護師Bにはオプソの頓用時間（深夜服用）を強調して説明した。看護師Bは入院診療計画書を持って患者の所へ行った際、「麻薬については、好きな時に好きなだけ飲むようにとされている」と患者から聞き、オキシコンチン、オプソ共に頓用と思い麻薬施用票を作成した。各勤務間の申し送りも頓用でなされ、オプソは退院前日に服薬されたが、オキシコンチンの服用なく経過した。退院時に薬剤師がオキシコンチンがそのまま残っているのに気づき、無投薬が発覚した。</p>	<p>麻薬処方箋には用法・容量共に記載されていたが、薬剤師からオプソ頓用の説明があり、また患者からも「麻薬は好きな時に好きなだけ・・・」の発言が聞かれ、オキシコンチンも頓用と思った。現行の麻薬施用票には用法記載欄があるが、当該病棟では旧式の施用票を使用しており、今回の施用票にも「オキシコンチン3ヶ」のみ記入されていた。麻薬管理は師長が行うが、施用票の記載を見て頓用と思っていた。薬剤師が毎日定期的に麻薬の残数を確認する体制にしていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施用票作成時は、処方箋または処方画面、お薬手帳を照らし合わせて確認し、用法も記入する。 ・薬剤師は1日1回、必ず麻薬の残数を確認する。
16	<p>リウマチが既往にあり、不明熱で入院した患者は入院時に持参薬があり、自己管理としていた。看護師は「薬飲んでくださいね」と声掛けはしていたが、内服確認までしていなかった。入院から6日後に患者が内服していなかったことが判明した。患者は予防的に飲んでいたので入院したら飲まなくてよいと思っていた。</p>	<p>医師・薬剤師・看護師から自己管理薬についての説明が十分でなかった。患者の同意を得ていなかった。内服確認をしていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時に、医師・薬剤師・看護師から持参薬の内服についてもしっかり説明をする。 ・患者の内服についての意志確認をし、同意を得たことを記録する。 ・看護師は声掛けだけでなく内服も確認する。
17	<p>入院時より持参薬を薬剤師が小袋に入れセットし継続していた。しかし、タケプロンのみが持参薬の残数と合わず臨時で処方されていた。看護師管理で配薬をしていたが、小袋にまとめて入っていたため確認を怠り、きちんと処方通り入っていると思い込んでいた。8日の夜勤看護師が配薬時に確認をしたところ、タケプロンのみセットされておらず、4日より内服していなかった。朝の内服を配薬中に薬が足りない事に気づきカルテを確認したところ、4日より処方が切れており、4日間内服していないことを発見した。</p>	<p>毎食後の内服薬がそれぞれ小袋に入っていた。朝の内服は全部で10錠あった。処方箋は修正が多く、見にくかった。きちんと入っているものだと思い込んでいた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・処方が切れる日付を処方箋に記入する。 ・一つ一つ錠剤を処方箋と確認をする。 ・配薬時処方箋を必ず確認してから配薬する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
18	手術のため、持参薬であるエパデールSを中止していた。主治医の指示で、明日から再開となり、看護師は指示を受け、受け持ち看護師に伝えた。受け持ち看護師は患者に再開することを伝えた。患者は入院時から持参薬を自己管理していた。約1週間後、薬剤師が服薬指導をしたときに、エパデールSが再開されていないことがわかった。患者は医師からは再開の説明を聞いていないとのことだった。	医師の患者への説明不足と、看護師の自己管理患者へのチェック体制の不備があった。また、薬剤師も関与が遅くなったことから、医師・看護師、薬剤師の連携にも問題があった。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師はまず説明責任を果たすこととした。 ・看護師は自己管理の患者へのチェックを必ず行う。 ・医師から薬剤師へ、中止薬や変更等の服薬指導の指示を出す。
19	左白内障術後1病日の患者が「胸が苦しい。」と訴えた。12誘導心電図を施行した。自己管理中の持参薬ニトロダームTTSを前日の朝入院前に更新し当日は更新していなかったことに本人が気づき更新した。その後主治医診察時には症状軽快していたため様子観察となった。	クリニカルパスには外来からニトロダームと記載されていたが、入院時の受け持ち看護師が実際の薬と照らし合わせて確認していなかった。本人にニトロダームTTSの最終更新時間を確認していなかった。当日の受け持ち看護師も更新時間を確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時は必ずクリニカルパスと薬とを照らし合わせて確認する。 ・貼り薬は最終更新時間を確認する。
【用法間違い 4件】 他類似事例 7件			
20	他院からの持込薬でフェロミア1C1×Aと薬袋に記されているのを見て朝服用するのだと思い、朝食後配薬し内服された。後で他のスタッフにAが夕の意味であることを聞いて間違いに気付いた。	当院では処方箋に朝食後、毎食後、就眠前など日本語で内服をいつするか記載されており、いつもはそれを見て配薬しているが、Aの意味を正しく理解していないにもかかわらず朝食後と思い込み配薬した。院内約束処方録にはAの意味も記載されており、新人の教育プログラムの中で聞いてはいたが覚えていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・教育内容を見直す。
21	持参薬確認を薬局に依頼した。その記録を基に看護師が内服薬のセットをした。検査のために一部の薬を内服させ、終了後に残りを内服させようと確認し、フェノバルビタール3回/日のところ1回/日と薬局の記録が誤っていたことに気付いた。	薬剤師1人で持参薬確認をしている。半透明の袋に入っていたので内容を認しにくかった。お薬手帳など薬の情報が薬局に届いていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・複数の薬剤師により確認する。 ・お薬手帳等の情報が薬局に届くように、入院案内にお薬手帳持参のお願いを記載した。 ・持参薬依頼用袋の中に入れる用紙にお薬手帳等の欄を設け、情報が薬局に届くようにした。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
22	ショートステイ入所時にハイセレンとムコダインの薬を持参してきた。朝夕2回服用する薬であったが、与薬車にセットする際、朝昼夕の3回服用するようにセットしてしまい、2日間与薬していた。3日目に病棟が変わることになり、残薬を確認している際数が不足しており、服用回数が違っていただけに気付いた。	入所時処方箋など薬方法の分かるものを持ってこなかった。服用方法の確認が不十分だった。与薬時確認する物がなく、セットのまま与薬していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ショートステイ入所時には必ず処方箋控えなどを持参してもらう。 ・家族に服用方法など確認する。 ・与薬時確認できる処方箋控え又はそれに変わるメモなどを入れ確認する。
23	自宅では、妻が内服管理されていたため、入院後は看護師管理としていた。当院脳外科の処方であったが、入院時持参薬報告書に転記しカルテにはさんだ。持参薬報告書にはシンメトレルの内服は朝と記載していた。しかし、次回処方より朝夕の指示であり、主治医に増量なのか確認すると、以前からのオーダー内容に変更はなく分2の処方であり、転記違いが発覚した。	持参薬がある場合、転記していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤説明用紙を持参している場合は、入院時持参薬報告書に転記せず、コピーしカルテにはさむようにする。 ・薬剤説明用紙がない場合は、オーダーシールを出してもらい入院時持参薬報告書に貼っていくようにする。
【その他 10件】 他類似事例 49件】			
24	T A E施行患者に対し、治療後内服する酸分泌抑制薬を2日間投与していなかった。患者は、持参薬にガスポートがあり治療後再開予定であったが、クリニカルパスにガスターD中止と指示があった。持参薬を使用するため、放射線科医が治療後に処方したガスターDを中止する意味であったが、誤解して持参薬のガスポートの内服を中止した。2日目に他の看護師が気付いた。主治医・放射線科医に報告し経過観察となった。3日目から内服再開となった。	治療後に内服する目的について十分な理解ができていなかった。持参薬と放射線科医が処方した薬が2重になっていることを理解していなかった。内服中止の指示記載欄が違っていった。指示受けをした看護師、ガスターDを返納した看護師がそれぞれ違っていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・検査・治療後に内服する目的などについての知識を習得し、分からないこと、疑問に思うことはその都度確認していく。 ・内服薬の指示確認、内服欄の確認を確実にやっていく。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
25	<p>糖尿病・蜂窩織炎のため緊急入院した患者は内科外来処方薬を持参しており、皮膚科主治医の確認を得て続行していた。残薬が少なくなったため、追加処方を主治医に依頼したところ、内科外来記録上2年前に処方されたものと判明し、中止となった。内服薬は患者の妻が管理しており、袋を入れ替えて使用していた為、発見が遅れた。</p>	<p>今回の場合、説明書がなく、妻が袋を入れ替えていた為、薬の直接照合をしないまま投薬した。視力障害のある患者のため、薬剤の確認を患者本人に出来なかった。入院診療科以外の診療科処方薬の確認を、カルテを取り寄せて確認しなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬は、説明書または、処方カルテによる照合を行う。 他科処方の場合は、オーダーリング画面にて確認する。持参薬が、服薬説明書や、処方時の袋のままであれば、薬剤と直接照合する。
26	<p>アルツハイマー型認知症の患者の内服を看護師管理で行っていた。他院で処方されていたアリセプトを医師の指示により、入院中も続行して内服していた。退院時、退院処方を薬剤師によって手渡された。その際に残薬も渡したと思い込んで確認をしなかった。そのため残薬を渡し忘れた。2日後他の看護師が薬剤整理の際、持参薬渡し忘れを発見した。</p>	<p>退院時チェックリストの確認不足であった。薬剤師への確認不足であった。アリセプトが持参薬から内服をしているという情報がとれていなかった。時間に追われて焦っていたので確認が不足した。薬剤師が薬をすべて渡していると思い込んでいた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 退院時のチェックリストを余裕を持って確認する。 退院時のチェックリストを退院前日、夜勤、渡す人それぞれで確認する。 持参薬を内服しているか、中止しているかの情報を配薬箱とカルテから、初回受け持ち時、退院時に確認をする。 薬剤師が渡したという言葉に頼りきらず、持参薬の棚と家族あるいは本人に確認する。
27	<p>オーダー状況照会には「持参薬継続」になっていたが、医師カルテには「リーマス以外持参薬継続」と記載されているのを発見して、誤薬させていたのに気付いた。</p>	<p>オーダー入力が間違っていた。医師カルテとオーダー入力内容の確認がされなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医師はオーダー内容がカルテ記載事項と合致しているか確認をする。
28	<p>入院受付の際に持参薬があった。個別包装のものと一包化されたものがあり、一包化されたものを薬剤科にて持参薬チェックをしてもらった。朝食後、内服薬の包みに入院前から休止しているばすのバイアスピリンが含まれていたが、取り除かずに本人に返却した。入院後もバイアスピリンを内服していた。</p>	<p>バイアスピリンを休止していると入院指示書に記載してあり、また本人の家族にも口頭で確認したところ休止しているとのことだった為、内服していないと思い、持参薬の確認が出来ていなかった。持参薬チェックを行った際に休止しているはずの薬剤が入っていたが、薬剤チェック表を確認せず休止薬が入っていることに気付かなかった。手術前に内服薬を回収し、抗凝固剤の有無を再度チェックしたが気付かなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬チェックを行った際、必ず薬剤チェック表を確認し、休止薬がないことを確認する。 休止すべき内服薬が含まれていると判明した際には即回収する。 手術前に内服薬を回収した際には再度抗凝固剤の内服の有無を確認するよう徹底する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
29	深夜勤務で朝食後の内服をカルテで指示を確認する際、院内処方指示はあったが、持参薬が記載してある表が入っていなかったため持参薬がないと思ったため朝食後の薬は院内処方しか与薬せず、持参薬フェマラ朝1錠が与薬されなかった。日勤看護師が昼食後準備時、持参薬の朝食後が与薬されていないことに気付いた。	持参薬がある場合、持参薬表に記載し、カルテに入れる手順が徹底されていなかった。そのため持参薬表が無かった事で院内処方のみと思いきいで準備していた。内服準備時、薬袋の中に持参薬表が入っていたが、見落としていた。内服準備時、何度か作業中断をした。	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬がある場合は必ず持参薬表をカルテに綴じ込む手順を遵守する。 内服準備時、薬袋1つ1つ確認しながら準備する。 作業中断をした場合は、必ず最初に戻り確認行動をする。
30	医師から外来薬続行の指示があり、入院時に母親に現在内服している薬を確認すると「デパケン、エクセグラン、リボトリール」の3種類と言われた。以前より内服している薬であったため、家人管理で内服してもらうことになった。内服確認は行っていたが、胃ろう造設となり内服管理が看護師へと変更となったため、母親より内服薬を預かると3種類以外に「ムコダイン」が出てきた。母親に確認すると入院前より処方あり、内服していたと言われた。実際は4種類飲んでいただけがわかり、看護師が外来薬をきちんと把握できていないことがわかった。	入院時に主治医から「外来薬続行」と指示が出たときに、外来処方の内容と現物との照合が出来ていなかった。母親に口頭で確認しただけで3種類であると思いついでいた。外来薬確認後、主治医にその薬で良いか再確認していなかった。口頭での内服確認は行っていたが、残薬確認を行っておらず家人に全て任せてしまっていた。	<ul style="list-style-type: none"> 外来薬続行の指示が出たときは、カルテにて確認を行う。 主治医にも内容の再確認を行う。 内服確認は「薬飲みましたか？」だけでなく「〇と〇とちゃんと飲んでますか？〇種類で良かったですね。」などのように薬名、種類、数も確認する。 長期の入院になる場合は、マニュアルどおり週1回残薬確認を行う。
31	患者が入院し、内服薬の指示は、主治医から受けることとなっていたが、主治医は夕方まで外来診察であった。外来カルテに『バイアスピリン休薬』との記載があり、患者の持参薬からバイアスピリンのみを引き上げた。残りの内服薬は、内服管理表に記入のうえ、本人管理のため薬を返した。夕方、主治医より内服の指示があり、指示簿に『抗血小板薬：止』と記載されていたことから、そのままバイアスピリンのみを休薬した。その後、リーダー同士の引き継ぎで、チャートと指示簿の見直しを行なったところ、他の抗血小板薬（オパルモン、アンブラグ）が休薬されていないことが発覚した。また、その後、手術前日にエパデールも休薬していないことが発覚し、腰椎麻酔で行なう予定であった手術を全身麻酔で実施した。	「バイアスピリン、ワーファリンは休薬」という意識が強く、思い込みで、持参していたバイアスピリンのみしか休薬しなかった。指示が出た時に、内服管理票の再確認ができていなかった。指示簿への記載が「抗血小板薬：止」だけで、それぞれの薬が明記されていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師が、入院時の持参薬管理を実施することとした。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
32	<p>持参薬にペルジピン・サイモチンの降圧剤があった。ペルジピンがなくなったため、医師に処方依頼したところ、ペルジピンの処方と、持参薬のサイモチンの代わりにカルナクリンの処方があった。カルナクリンは降圧剤であることを確認した。降圧剤が2種類に増えたのだと安易に考えてしまい、持参薬のサイモチンの残薬と一緒に、新たに出た処方分（ペルジピン・カルナクリン）の降圧剤を被せて服薬させてしまった。</p>	<p>医師からの新しい処方が出た際に薬の作用を調べたが、持参薬の薬の作用を十分に把握していなかった。薬袋にガスモチンと記載してあったため消化器系の薬と勘違いしていた。サイモチンとカルナクリンが同一の薬効の薬であるという認識がなかった。持参薬の袋と薬自体を照合させて確認していなかった。医師から新しい処方が出た際に、処方の理由を医師に聞くこと、考えることに欠けていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師からの新たな処方が出た際には、なぜその薬が処方されたかを医師に確認する。 ・また薬効などを調べ、確認し患者に与薬していく。 ・また、薬・薬袋・処方箋を3つを照合して確認していく。
33	<p>当日朝よりウルソ6錠分3毎食後で内服が開始となった。持参薬より薬剤を準備し、他看護師と薬剤を確認し、患者に薬袋を渡した。翌日の日勤で薬袋の残薬を確認すると、ミオナールが混ざっており、「混ざってるのには気付いたけど飲んだよ」と話す。</p>	<p>持参薬が、薬剤シートが同色で類似しており、確認が不十分であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・持参薬を使用する際は、薬剤ごとに整理し、わかりやすく明示しておく。 ・薬剤名まで十分に確認する。

【2】医療機器の使用に関連した医療事故

平成19年10月1日から平成19年12月31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、呼吸器回路に関連した事例が5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0件であった。

（3）医療機器の使用に関連したヒヤリ・ハット

第25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-8）。また、報告された事例の中から14件の事例概要を図表Ⅲ-9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」、「その他」、「不明」の機器の種別を横軸に整理した（図表Ⅲ-10）。また、報告された事例の中から25件の事例概要を図表Ⅲ-11に示す。

図表Ⅲ - 7 人工呼吸器に関連した医療事故事例の概要

No.	分類	発生場所	事故の程度	事例概要
1	回路	病室	不明	看護師は、人工呼吸器（レジェンドエア）の高圧アラームが鳴ったため体位を軽度の右側臥位から仰臥位へ変換した。 S p O ₂ （経皮的動脈血酸素飽和度）を確認しその場を離れた。別の患者の対応中、別の看護師が呼吸器とモニターのアラームが聞こえたため、確認すると気管カニューレと回路が外れていた。
2	回路	病室	障害の可能性（なし）	回路交換の4日後、人工呼吸器（B I R D 8 4 0 0 S T i）点検中に回路の組み立てがおかしい事に気付いた。本来ならば呼気弁ボディ（機器本体から呼吸回路へ接続する部分）にフローセンサーを接続するところ、フローセンサーと呼吸回路が接続できたため、誤って接続してしまった。
3	回路	病室	障害の可能性（低い）	看護師が一人で患者を側臥位にした際に、加湿器のアラームが鳴りアラームを止め確認したが問題はなかった。その後、人工呼吸器（C V 5 0 0 0）のアラームが鳴り出しS p O ₂ （経皮的動脈血酸素飽和度）が降下した。人工呼吸器の加湿器の蛇管の接続が外れているのを発見した。
4	回路	病室	障害の可能性（高い）	人工呼吸器管理（サーボ900E）使用中の患者。看護師は、ウォータートラップへ水が溜まっていたため、接続を外し溜まった水の処理をした。人工呼吸器のアラームが鳴ったため別の看護師が患者の病室へ訪室したところ、一回換気量のメーターが0mLになっていた。新しい人工呼吸器に交換後、使用中だったサーボ900Eを確認すると、ウォータートラップ接続が十分できていない状態であった事が判明した。
5	回路	病室	死亡	患者は気道内圧の上昇が続き、ファイティングを起こし気管カニューレが外れやすくなっていたため呼吸器（サーボ900E）設定変更や鎮静剤の使用、気管カニューレの固定の補強等で対応した。その後詰所のモニターが徐脈を示しアラームがなったため看護師が訪室すると、人工呼吸器の蛇管と気管切開部のボーカーレートの接続チューブが外れていた。
6	その他	ICU	障害の可能性（高い）	ICU（集中治療室）にて術後胸部レントゲン撮影を行なった。その際、背部に厚さ1.5cmのカセットを挿入するため、人工呼吸器（ベンチレーター840）を装着した患者の上半身の上げ下ろしを医師2名、看護師1名、放射線技師1名で行なった。直後、血中酸素飽和濃度が不安定となり不整脈出現し、気管内吸引試みるがチューブ挿入できず、気管支鏡にて気管カニューレの逸脱が判明した。

図表Ⅲ - 8 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	2
酸素供給	1
回路	13
加温加湿器	10
設定・操作部	6
呼吸器本体	1
その他	12
総計	45

図表Ⅲ-9 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 1件			
1	帰棟した際、人工呼吸器のコンセントを優先電源につながっている延長コードにつなげてしまった。	延長コードが無停電電源につながっていると思い込んでいた。人工呼吸器は延長コードを介さず無停電電源に直接接続するということを理解していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後は思い込みでなく接続部まで声だし、指差し確認していく。
【酸素供給 1件】 他類似事例 0件			
2	カニューラからNIPPV（非侵襲的間歇陽圧換気）へ切り替えの際、酸素の接続切り替えを忘れた。	作業の途中でナースコールが鳴り対応してしまう。	<ul style="list-style-type: none"> ・ ひとつひとつの作業を確実に行ってから次の業務に入る。 ・ 忙しい時は、他スタッフの協力を得る。
【回路 5件】 他類似事例 8件			
3	先天性心疾患既往の心臓手術後、術後酸素化不良で循環動態にも影響を及ぼしている状態であった。循環動態が更に悪化し、PCPS（経皮的心肺補助装置）の装着も必要になり挿入した。その際、麻酔科医が換気量が不十分な事に気付き、臨床工学技士が呼吸器を点検すると、回路のウォータートラップ（水受け）の接続部分にリークがあった。	夜間ウォータートラップに水の貯留は無かったので排液は行っていないため外す事は無く、換気量は問題なかったが、何故、突然換気量が低下したのか不明。データ記録では低換気によるアラームがなっている記録は残されていたがそれに対する対策がとられていない。	<ul style="list-style-type: none"> ・ ICU（集中治療室）の看護師はアラームに対する対応が取れるトレーニングをしておく。 ・ 呼吸器の異常を知らせるアラームが鳴っている場合は、早急に対応し、分からなければ医師、又は技師を呼びアラームを放置しない。 ・ バイタルサインなどの観察の際、ラインの点検もするが呼吸器などの医療機器の作動状態も確認し、アラームに全て頼らない。
4	人工呼吸器管理中の患児の抜管を主治医が行い、介助についた。抜管後、酸素に加湿をかける必要があったため、保育器内のBOXに呼吸器の回路をつなぎ酸素を流した。しかし、誤って吸気側ではなく呼気側の回路をBOXにつなげてしまった。吸気側の回路は保育器内にあり、実際はBOXではなく保育器内酸素として酸素が患児のもとへ流れる状態になっていた。日勤で抜管し、深夜の同職種者が発見したため、約12時間上記の状態であった。バイタル計測時、酸素濃度を計測していたため患児への影響は小さかったと考えられるが、加湿をかけた酸素を有効に患児に投与することができなかった。	人工呼吸器回路とBOXの接続の方法を正しく理解していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人工呼吸器の仕組み、取り扱いについて確認し、再発防止に努める。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
5	<p>夜間患者が吐血し、シーツ交換を行っていると人工呼吸器（ニューポートベンチレータ E 2 0 0 ウェーブ）のアラームが鳴った。呼吸器からほとんど換気がされていない状況だった。回路の接続やチューブを確認したが、接続には問題なく、気道内吸引で多量の痰を引いても換気状態は改善しなかった。医師と ICU（集中治療室）スタッフに確認してもらったところ、回路のウォータートラップに水が溜まっていた。医師の指示により、別の呼吸器に替えたことで、換気も問題なく行なえるようになった。</p>	<p>患者に使用していたのは、加湿器付きの呼吸器だった。加湿を行なうことで、回路（蛇管）内が結露を起し、閉鎖させることがあることは知っていた。そのため回路内の水は訪室毎にウォータートラップへ流していた。しかしウォータートラップに水が溜まることで、溜まった水が少しでも呼気弁に付着すると、弁がうまく作動せず、換気不良を起こすことがあるということを認識していなかった。その日は忙しかつたこともあり、ウォータートラップに溜まった水を空けることを重要視していなかったため、水が溜まっていることにも気付いていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 加湿器付きの呼吸器を管理する場合は、回路内の水をウォータートラップに流すだけでなく、その度に中に溜まった水を空ける。 回路やチューブの点検をする時には、呼気弁もチェックするようにする。 呼吸器における、呼気弁の働きと換気不良になる原因を自己学習する。 関係した看護師（リーダー及び担当）が個々に事例検討し、カンファレンスにて呼吸器の管理について病棟内で学習する。 ICUと協力し呼吸器管理のチェックリストを作成中であり、安全に呼吸器管理が行えるように体制を整える。
6	<p>気管切開部ガーゼ交換のため、人工呼吸器を一時解除し、ベッドを下げた際、ウォータートラップをベッドの間に挟み、破損した。</p>	<p>蛇管その他のルートの確認不足。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 観察を怠らず、物品管理を適切に行う。
7	<p>訪室した際、空気の音が気になり、人工呼吸器の蛇管（フィッシャー&パイケル呼吸回路）の接続の確認を行った。呼気側蛇管の本体に1番近いところに亀裂が入っているのを発見した。患者は良眠しており、呼吸器のアラームは鳴らなかった。蛇管の交換は月末に行っていた。</p>	<p>蛇管が長く、ウォータートラップ（水受け）などの重みや呼吸器を動かしたことで蛇管が劣化したため亀裂が入ったのではないかと考えられる。患者用に長めに調整した蛇管であった。交換時に、入りにくかったため、かなり力をいれて挿入していたため、圧がかかり、破損の可能性が高かった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 交換時に力を加減して行い、蛇管に重みが掛からないように、紐などで蛇管を吊り上げて、工夫する。
【加湿加湿器 2件】 他類似事例 8件			
8	<p>患児の体温が36.6℃まで下降見られ、保育器内温度を上昇させるが体温上昇しなかった。保育器内の加湿を上げて様子見ていたら、呼吸器の加湿器に水が入っていないことに他のスタッフが気付いた。水が入っている容器が陰圧になっており、加湿器に水が落ちていなかった。呼吸器回路内にも水滴はなくフードを使用し、加湿器内に水が入ってからは体温37.0℃まで上昇した。回路内も水滴が付着していた。</p>	<p>呼吸器チェック時に加湿器内の水量を確認していたが、水が入っていることで良いと思い、量が少ないことを異常として認識していなかった。また体温低下時になぜ低下したのかということ十分にアセスメントできていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸器チェック時に加湿器内の水量と加湿器温度を手で確認する。 回路内に加湿がかかっている時や体温低下時には呼吸器の加湿器の水量を確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
9	午前中にN-CPAP（経鼻的持続性気道内陽圧呼吸）を一時的にOFFにした。14時頃に多呼吸を認め、N-CPAPを同条件で再装着した。その時に加温器の電源を入れ忘れており、1時間毎の観察時にも気付かなかった。準夜勤務者へ申し送りしている時に指摘され気付いた。	N-CPAPの電源をつけた時に加温器の電源を入れ忘れ、また1時間毎のチェック時にも確認できていなかった。点検事項を指差し呼称していない。	・1時間毎チェック時に必ず呼吸器・加温器・クベースの設定確認を怠らないようにする。
【設定・操作部 2件】 他類似事例 4件			
10	リーダー看護師から人工呼吸器の呼吸回数設定が変更になったことを申し送られていたが、準夜勤務中に呼吸器設定の確認をしていないことに気付いた。呼吸器条件表と確認すると、申し送りで聞いていた呼吸回数と違う設定になっていた。児の呼吸状態は落ち着いており、朝まで経過観察とし、主治医に確認したところ、実際に設定されていた呼吸回数が正しいことがわかった。	人工呼吸器装着中の患者の呼吸器設定は勤務の切り替わり時に前の勤務者と確認となっていたが、準夜勤務時に忘れて確認を怠ってしまった。無意識だった。看護師2人以上で確認を行わなかった。	・業務マニュアルを適切に行う。
11	申し送りで呼吸器の設定を25%と送られ、その情報だけを頼り呼吸器再着後の呼吸器設定をした際に、酸素23%を25%にして投与していたところ、次の勤務帯の人に指摘を受け、設定の間違いに気付いた。	申し送りだけの情報に頼ってしまった。	・申し送りだけの情報に頼らず、患者の前後の経過から、呼吸器の設定を理解、把握する。
【呼吸器本体 1件】 他類似事例 0件			
12	未熟児の手術準備の際、麻酔器（エスティバ5）の呼吸回路用モジュールを小児用に交換した。交換したモジュールのパーツの一部が浮いていたことに気付かずに取付けてしまった。これにより呼吸回路内にリークが発生。医師が麻酔器の警報に気づき、パーツが浮いていることを発見した。	モジュールのパーツが容易に外れる。また、外れていても非常に気づきにくい構造である。	・発生要因を踏まえ、外観を点検してから取付を行う。 ・メーカーに当インシデントを報告し、改善を求める。
【その他 2件】 他類似事例 10件			
13	ナースステーションのモニターのSpO ₂ （経皮的動脈血酸素飽和度）の値が80代となった為訪室した。吸入したばかりだった為、痰がたまっていると思い吸引したが、ほとんど引けずSpO ₂ 84%まで低下した。人工呼吸器（KV5）が作動していない事に気づきアンビューにて補助呼吸を実施しようとする、少しずつレスピレーターが動き出した。	最初に訪室した時人工呼吸器のアラームは鳴っていなかった。21時頃は正常に人工呼吸器は作動していた。気道内圧のチューブや回路に水滴はあまりなかった（気道内圧チューブは水滴はなかった）。フィルターは本日交換したばかりだった。	・人工呼吸器の交換。 ・人工呼吸器の点検を業者に依頼する。 ・回路の異常のチェック。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
14	人工呼吸器管理中の患児。チューブの固定テープが分泌物で湿潤しており、その張り替えをするために腹臥位から仰臥位にしたところ、S p O ₂ が低下し、酸素濃度を上げてもS p O ₂ 上昇がなく、人工換気しながら胃内吸引にてエア－15 mLほど引け、気管内吸引のトラックケアを挿入すると、入りきった。主治医が呼吸音聴診したが確認できなかった為、抜管した。	数日前の胸部レントゲン写真で、挿管チューブが浅めに入っていた。腹臥位管理にしており、さらにチューブが浅めになっていた可能性があった。口腔内の分泌物で挿管チューブの固定テープが湿潤していた。そのため、固定位置が浅くなったり、糸がゆるんでいた可能性があった。腹臥位から仰臥位に変換するのを一人で行った。体位変換した時にS p O ₂ が下降したが、心拍の落ち込みは一過性であった。しかし、F i O ₂ （吸入酸素濃度）をあげてもS p O ₂ は上昇しなかったが、自発呼吸があったため徐脈は続かず全身色に変化なかったので、自己回復できるだろうと思い、しばらくの間他スタッフに助けを求めなかった。	<ul style="list-style-type: none"> レントゲン上、挿管チューブが浅めで腹臥位管理をしているときは、さらに浅くなる可能性があることを十分意識して観察をする。 腹臥位から仰臥位に体位変換するときは、一人で行わず、他看護師と行う。 固定テープがしっかり固定できているか、固定位置が変わっていないかを観察してから、体位変換やテープの張り替え慎重に行う。 自分が行ったケアに対して、バイタルサインが回復しない時は、すぐにリーダー看護師や先輩看護師の助けを呼ぶ。

図表Ⅲ - 10 輸液ポンプ等に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

		輸液ポンプ	シリンジポンプ	その他	不明	合計
指示		2	8	0	1	11
電源	充電	2	1	0	0	3
	電源忘れ	4	1	0	0	5
	その他	6	2	1	1	10
回路	シリンジ	0	5	0	0	5
	ルート	47	13	0	3	63
設定・操作	固定	2	17	0	0	19
	流量設定	113	32	0	9	154
	その他	6	5	1	0	12
観察管理	刺入部	2	0	0	0	2
	その他	30	32	4	1	67
その他		25	13	1	5	44
合計		239	129	7	20	395

図表Ⅲ - 11 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 10件			
1	16時にIVHを挿入し、「ラックテックG250mLを24時間かけて落とす」と口頭指示があった。準夜から、「16時に終わる予定だが、残量から考えて、合わない」と深夜勤者は申し送りを受けた。確認すると残量が100mL弱であったが流量についての指示が指示簿に記載されていないため、そのまま、10mL/hで落とされた。そのため、午前中には残量がほとんどなくなっていた。医師に報告し、16時までの輸液指示を受けた。	開始者は、「16時から24時間で注入」として流量を設定したが、実際の輸液ポンプでの施行は、17時からであった。16時挿入から17時までの1時間は、自然滴下であったため、輸液ポンプ開始時の残量の確認不足があったと推測される。連絡・報告システムの不備。医師と看護師の連携不適切。夜勤だった。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師に指示簿への記入を確実にしてもらう。 ・輸液ポンプのトータル輸液量を確認する。 ・輸液残量と残りの時間確認をして申し送る。 ・各勤務者は、輸液量の最後の確認時に輸液ボトルにラインを引く。
【電源 3件】 他類似事例 15件			
2	心臓手術後、検温時に点滴の指示確認で内容と速度確認を行うと、3種類のうち1台の点滴ポンプの電源が切れていた。	最後にポンプ確認をしたのは速度変更の時であったが、その時の担当看護師によれば変更後もポンプは作動していたとのことである。原因は不明。可能性としては、長時間のポンプ内蔵バッテリーの作動で電源切れが起こった。定期点検とメンテナンスの不備。	<ul style="list-style-type: none"> ・長時間のポンプ内蔵バッテリーの作動だけでは、電源切れが起きる可能性があるためAC電源を使用する。 ・定期点検とメンテナンス。
3	化学療法後の患者で、午前中に7mL/hで滴下中のカタボンHiが切れたためアラームが鳴った。ダブルチェック後に1人で交換するため訪室した。輸液ポンプが古いタイプのため、アラームを止めるために電源OFFのボタンを押した。交換した後に慌てていた事もあったため、実際に滴下するのを確認せずに電源ONのボタンを押し忘れて退室した。その日の深夜勤の看護師が巡回時にカタボンHiの輸液ポンプの電源がOFFになっている事に気が付き、すぐにカタボンHi7mL/hでスタートした。その後、血圧は上昇したものの呼吸状態変化なく尿流出も少なかったため主治医へ報告した。	点滴が多く、他の作業にも慌てており、実際に滴下しているか確認不足であった。全身状態が悪かったため、何度も訪室し、随時点滴チェックにも訪室していたが、滴下数表示の部分のみしか見ておらず、残量がどのくらい減っているかまでは確認していなかった。輸液ポンプの作動確認はこれまでは実際に滴下しているか自分の目で確かめるようにしていたが、その時は他の作業に追われており慌てていたため確かめていなかった。新人も3ヶ月経過し、少しずつ自分で実践できる事が増えてきており、日勤でも一部を担当しリーダーがサポート体制を行っている。今回は新人1人で実践し、その後の確認をお互いにできていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・輸液の残量が自分の勤務帯でどの位減っているか、実際に滴下しているか、目で見えて意識しながら確認を行う。 ・輸液ポンプで点滴を施行、交換する時は、セットしてから点滴部から刺入部に向かって指示し確認を行う。その後、スタートを押して実際に滴下を確かめる。輸液ポンプの取り扱いに自信がつかまでは自分で一度セットし確認してから他のスタッフにも確認してもらうようにする。 ・チーム内で話し合い、輸液・輸注ポンプ作動時の確認を必ずリーダーと一緒にやっていく。（夜勤も同様にパート内でサポートしていく）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
4	IVHを輸液ポンプ（テルフェュジョン輸液ポンプTE-112）で管理していたが処置の際、輸液ポンプのコードを抜き、喉頭鏡のコンセントと差し替えた。その後、他の患者の処置が続いていたので、受け持ちではないスタッフに後の処理を任せて次へ同行した。再度、確認に行くべきだったが、確認出来ないままコンセントを元に戻すのを忘れており、輸液ポンプの電源が落ちてしまっていた。IVHの閉塞を来す恐れがあった。	アラーム設定の確認、バッテリー機能の確認ができていない。多くの電源やコンセントの利用状況の中で、機器用コンセントを効率良く機能しやすく安全に活用できていない。	<ul style="list-style-type: none"> ・コンセント活用状況を確認する。 ・輸液ポンプのアラームやバッテリーを確認する。 ・スタッフ間での共有確認は、上記について改善する意識を持つ。
【回路 5件】 他類似事例 63件			
5	コンクライトMg20mLを10mL/hで更新した。30分後に次勤務者との点滴ダブルチェックでシリンジからルートが外れていることを発見した。更新した際に挿入物チェックを行ったが、その際には異常がなかった。	接続後の確認を行っていない。20mLのシリンジにはルート接続部にロックがなく、接続が外れやすい（ロック式シリンジを使用しなかった）。	<ul style="list-style-type: none"> ・ロックシリンジを必ず使用する。 ・接続時、確実に接続状況を確認する。
6	15時に研修医がランダ2mL/hをセットしていた。その後の投与中の深夜1時にシリンジ内の残量を確認時、目盛りがなく、シリンジが上下逆に設置されていた事に気付いた。開始後から指示通りの量は投与され、空気の注入など問題はなかった。日勤看護師は残量を確認をしておらず、準夜勤務の看護師は、目盛りが分からないまま目分量で判断していた。	研修医がシリンジをセットした際に、確認をする指導者がいなかった。各勤務で患者を担当した看護師は、いずれも1年目の看護師であり、勤務交代時のシリンジポンプのチェックができていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・新人ヘシリンジポンプ使用時の確認事項の再教育を行なった。 ・特に、勤務開始と終了時の機器使用点検事項の遵守に付いての指導を行なった。
7	救急入院してきた患者に0時ごろより生食500mLにヘパリン2V入りの点滴を20mL/h、輸液ポンプで開始した。同日9時ごろ主治医が点滴の投与量が50~60mLしか減っていないのに気づき、輸液ポンプ（STC-508）のドアをオープンすると、ポンプ内のルートが外れていた。	経年の看護師でポンプについては熟知していたが、それが返って機器の過信につながった。ポンプの表示していた積算量の確認だけ行い、実際の輸液の残量確認ができていなかった。そして機械の不備・異常があれば、アラームが鳴るとだろうと思っていて、アラーム音がなかったため、正常に作動しているとし、確認しなかった。また、勤務状況として他の重症患者がほぼ同時に入院してきたため、そちらのほうに気をとられていた事も要因として挙げられる。またポンプのチェックシートを活用していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・輸液ポンプを使用する場合は全てポンプチェックシートを使用することとし、ポンプの近くに設置する。 ・医療機器に対しての使用方法の確認と、機械の過信をしないことの注意を喚起する院内メールを配布した。 ・そして業務量の適正について病棟でカンファレンスを持ち、適正な配置ができる援助体制を構築する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
8	<p>輸液ポンプを使用して持続点滴実施中、23時にボトル交換した。3時の巡視時に輸液が減っていないことに気付いた。ポンプを開けてみるとルートが折れ曲がった状態になっていた。ルートを吸引し逆血を確認して再セットした。</p>	<p>ボトル交換してポンプを再セットした後、滴下筒の部分の滴下を確認しなかった。テルモ輸液ポンプ508タイプは、輸液セットを溝に入れる時に緩みがあってずれやすい。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・テルモ輸液ポンプ508タイプを使用時の注意事項について「お知らせ」を配布する。 ・輸液ポンプの勉強会を企画実施した。
9	<p>アリメポンプ（輸液ポンプ）で高カロリー輸液を行なっている患者の点滴回路交換を行なった。その際、回路装着ルートを誤って逆側（ドリップから装着）から接続してしまった。そのままローラーの回転方向と逆側に回路を巻きつけ、作動させた。そのため、逆方向に吸引される状態になり、逆血した。一時間ほどして、血圧が低下してきていることに気付き訪室すると、高カロリー輸液と同じルートで点滴されていた、カコージンのパックに血液が逆流していた。血圧、脈拍ともに低下したが、すぐに、ルートを正しく装着して、患者の血圧も安定した。</p>	<p>接続時、輸液回路の装着手順を誤った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・アリメポンプの接続手順通りに施行することと、接続後の確認をしっかりと行う。
<p>【設定・操作 11件】 他類似事例 174件</p>			
10	<p>午前3時ころ深夜看護師がイノバンシリンジをシリンジポンプ（テルフュージョンテルモシリンジポンプTE-331）に変更した。日勤看護師が午前10時ころにアラームが鳴って止まったので確認するとシリンジポンプのスリットにシリンジがはまっていなかった。薬剤はほぼ予定通りの量が注入されていたため患者への影響はなかった。</p>	<p>院内のシリンジポンプは型番が統一されていない。シリンジポンプが古い型番で、シリンジを感知するセンサーのある機種でなかったため、シリンジがきちんとセットされなくても作動してしまった。シリンジポンプは、レバーのところでシリンジの太さを感知するが、その感知には余裕があるため、シリンジの羽をさみこんでも、シリンジの太さの誤差をすぐには感知できなかった。シリンジポンプにあるスリット部分が、溝にはめるのか、溝の手前にはめるのか分かりにくい。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・シリンジポンプの機種による安全装置の違いについて周知・教育する。 ・今後、買い替えの時期には安全装置付のシリンジポンプの機種への統一する。 ・シリンジポンプのスリット部分に色をつけるとか、矢印をつけるなどし、スリットを目立たせる。
11	<p>重度の心疾患患者の治療で麻薬の持続投与がシリンジポンプで施行されていた。シリンジ交換の際シリンジがポンプに確実にセッティングされなかった為、ポンプが作動できず薬剤が投与されなかった。</p>	<p>1度も使用したことが無いシリンジポンプを、1度見学で見ていて出来ると思い込んで、自分一人でシリンジ交換をしてしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・一度見学したからという事だけでなく実際自分で実施出来ること許可されてから行なう。 ・CCU内の教育、プリセプターについて見直し指導者が共通の認識を持ち情報共有する。 ・安全管理についても現場責任者はスタッフ教育・指導を行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
12	フサン使用のため輸液ポンプを使用していたが、明らかに指示量より遅かった。輸液ポンプの作動状況を確認したところ、輸液セットをロックさせる所がしっかりと作動部分に挟まっていなかったために滴下に狂いが生じた。	輸液ポンプ、シリンジポンプにはそれぞれ確認事項のカードが付いているがその確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> ・業務手順の遵守を促す。
13	エホチールの時間注入量が4 mL/hで投与されるところ、40 mL/hで投与されていた。	40 mLの設定を4 mLと読み間違えた。前日にシリンジポンプのメンテナンスを実施した時に注入速度を変えていたがリセットせずに実施をしてしまった。シリンジポンプの注入速度をリセットする事がマニュアルに記載されていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルに記載する。メンテナンス記録表に注入速度確認欄、ゼロを加える。 ・透析経過表に注入速度を記録する。 ・院内使用のシリンジポンプ使用経過表を使用する。
14	輸液ポンプ（テルフュージョン輸液ポンプTE-161）を使用して化学療法を行っていた。最後に生理食塩液を実施する際に「予定量500 mLを250 mL/h」で実施すべきを流量と予定量を逆に設定してしまった。250 mL入って輸液完了アラームが鳴って気付いた。	ポンプ操作に不慣れな状態であった。化学療法中の患者の点滴流量はダブルチェックシステムになっているが守られていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・該当病棟管理者へ厳重注意と再指導・周知徹底した。 ・看護部リスクマネジメント会議で事例を紹介し、手順の遵守について指導する。
15	中心静脈栄養（フルカリック1号+KCL2A+SMC2A）を24時間で持続点滴を行っていたが、日勤看護師が12時に接続する際に、24時間ペース（40 mL/h）のところを12時間予定（80 mL/h）での流量速度で輸液ポンプを設定してしまった。夜勤看護師が20時の検温で訪室した際、流量設定の間違いに気付いた。患者は糖尿病の既往があり、インスリンの皮下注射を行っており高血糖になる可能性と、KCLが混注されていたので高カリウム血症になる可能性があった。	輸液速度（予定時間）を12時間であると思い込んでいた。接続時に注射伝票での確認が不十分であった（業務手順やルール、チェック方法を遵守していなかった）。	<ul style="list-style-type: none"> ・注射の準備から施行における業務手順やマニュアルを再度確認し遵守すること。 ・接続時に予定時間予定流量を再度確認する。 ・必ず、ベッドサイドへ注射伝票を持っていき確認する。
16	R-CHOP（化学療法）2クール目施行の患者。予定よりも早く、輸液完了のポンプアラームが鳴った。100 mL/hで1時間投与したあと、200 mL/hに流量変更して全量投与する指示であった。流量を変更する際、流量200 mL/hと設定するところを予定輸液量の700 mL/hと設定し、投与した。部屋持ち看護師が気付くまでの間、15分間程で100 mL強のリツキサンが注入された。	ポンプ設定変更の際、流量と積算を変更したが、各項目の確認不足があった。設定変更の際、ダブルチェックをしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ポンプ設定変更の際はダブルチェックをし、指差し声だして十分に確認を行なう。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
17	<p>ソリタ T 1 2 0 0 mL を 8 0 mL/h で投与の後、次の点滴はソリタ T 3 5 0 0 mL を 2 0 mL/h で投与する指示であった。P D A（携帯情報端末）で患者・点滴の照合をし、入力・薬剤・用法・照合者を確認した。2 0 mL/h で点滴ボトルに時間割り振りのチェックをしたあと、別の患者の人工呼吸器アラームが鳴っていたため、いったんその場を離れた。その後、輸液ポンプの流量ボタンを押して流量変更をしたつもりで退室した。しかし、実際には流量のボタンを押しただけで、流量変更をしていないまま開始していた。約 1 時間後に別の看護師に指摘されて気付いた。</p>	<p>作業を途中で中断した。確認を怠った。再度確認を行なわなかった。指示が複雑であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 作業を中断せず、1つ1つの動作を確実にこなす。
18	<p>テルフェュージョン輸液ポンプ T E - 1 7 2 にてカタボン H i を 2 ガンマで投与中の患者。当日カタボン H i からプレドパへ変更の指示あり、準備をして交換した。前の薬剤と同じ設定のまま、薬剤とルートを交換し開始した。1 時間半後に当日のリーダー看護師が薬剤のチェックに入った際に、点滴ポンプの薬剤量と溶液量の設定が、カタボン H i のままになっており、流量が変更されていないことに気付いた。</p>	<p>これまでドパミン投与用のポンプをチェックしていたが、薬剤変更に伴うルートの交換と設定入力は未経験であり、知識の未熟さと、投与開始時のダブルチェックが不十分であった。同ポンプチェックの際、薬剤量・溶液量までの確認が出来ていなかった。薬剤のドパミン含量の違いを正確に把握できていないまま取り扱っていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ドパミン投与用のポンプ使用時はチェック時・薬剤の交換時共、必ず薬剤量と溶液量の確認をする。 薬剤内容変更時は、薬袋のドパミン含量と設定を照らし合わせ、ダブルチェックにて確認をする。 この種のポンプに関して、取り扱い方法の分からない人もいる為、再度業者へポンプ機器に関する取り扱いの説明会を依頼する。
19	<p>生後 1 2 日目の患者で、高カロリー輸液剤をシリンジポンプを使用し注入していた。注射液の変更指示が出たため、薬液を作り、シリンジポンプにつなぎ変えた。その後、注射指示票と確認すると流量が違っていたことに気付いた。薬液変更とともに流量も変更になっていた。</p>	<p>薬液の変更とともに流量も変更になっていたが気付かなかった。流量設定を注射指示票を見て確認しなかった。流量の変更が多かった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 注射の更新時は注射指示票の指示と確認する。
20	<p>シリンジポンプでディプリバンを持続注入するのにディプリバンモードに設定していなかったため正常に作動せずアラームが鳴り、間違いに気付いた。</p>	<p>ディプリバンは専用のシリンジポンプで施行するが、安全管理上一般病棟ではディプリバンを使用しないことになっているため、通常は集中治療室にしか専用ポンプを置いていない。しかし、一般病棟で呼吸器装着中の患者の鎮静にディプリバンを指示された。当事者がディプリバン専用ポンプの取り扱いに慣れていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> やむを得ず一般病棟でディプリバンを使用する場合は、スタッフは専用ポンプの使用方法を事前にマスターしておくよう研修をする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【観察・管理 2件】 他類似事例 67件			
21	末梢より輸液ポンプを使用し、80 mL/h でドバストンを滴下していた。夜間体位変換前に巡視した時には、刺入部に異常は見られなかった。3時間後に医師が刺入部前腕の腫れ、刺入部周囲が発赤しているのを発見した。	多忙であったこと、輸液ポンプを使用していたため、滴下は大丈夫だという過信があったことから、十分に観察が行き届いていなかった。30分毎に点滴は見えていたが、5時半以降は刺入部の観察をしていなかったため、発見が遅れてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・体位変換前だけでなく、体位変換後にもしっかり刺入部まで観察する。 ・輸液ポンプを過信せず、全身状態と滴下状態の確認を怠らない。 ・刺入していない方の腕との左右差まで観察する。
22	患者は持続注入ポンプにて1日1本（24時間）点滴が入っていた。本体の側管からはカタボンHiが3 mL/h で持続点滴されていた。日勤帯で14時の時点（残440 mL）でチェックがされていた。準夜帯最初のチェック時、14時チェック時点より少量しか点滴が入っていなかったが、日勤のメンバーがおらず、確認を取る事ができなかった。確認をしなければと思っていたが、他の患者の処置に追われ、点滴チェックが疎かになっており、結局、22時の点滴チェックの際、輸液が14時から少量しか滴下されていなかった。輸液ポンプの作動ボタンは押されておらず、ランプも点滅していなかった。14時のチェック時から量が減っていなかった為、14時チェック時以降より作動していなかった事になる。その間、アラーム音は一度も鳴る事はなかった。	輸液ポンプだと油断して確認が疎かになっていた。作業ボタンを確認しておらず、ランプの点灯も確認していなかった。輸液残量で点滴速度を変更しなければいけなかったが、それも徹底できておらず、作動ボタンを確認できていない要因となった。また、アラームも鳴っておらず、輸液ポンプの点検等も疎かになっていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・忙しい中でも必ずすべき事は優先順位を守って協力を得るなどして行っていく。 ・また、疑問に思った事は必ず引き継ぎの際に確認する事を徹底する。 ・輸液ポンプの日頃の点検も行い、勤務始めには必ず作動を確認する。 ・点滴挿入部から点滴ボトルまでのチェックの仕方、輸液ポンプのチェックについて再度チームで確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【その他 3件】 他類似事例 41件			
23	<p>ラステットを投与する際に、輸液ポンプはT E 1 7 1を使用しなければならなかったが、通常の輸液ポンプを使用してしまった。遅れ気味で滴下していることに気付いたが、他の輸液を輸液ポンプで投与する際も度々起こりうることであったため、輸液量を増量して滴下し続けた。結果的に2時間で投与しなければならなかったラステットを2時間20分で投与した。</p>	<p>用意されていた輸液ポンプがラステット用でないことに気付かず、通常の輸液ポンプで滴下してしまった。滴下が遅れがちであることも、輸液ポンプの誤差範囲と誤った判断をして使用機器が間違っていることに気付くのが遅れた。その結果、2時間で投与しなければいけないラステットを2時間20分で投与してしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ラステット投与時の専用輸液ポンプと輸液セットの存在の周知を徹底する。 具体的には、しばらくの間各パートで申し送ること、ラステット専用輸液セットを病棟内に常置して、目にする機械を増やすことでラステット専用輸液セットと輸液ポンプの存在を周知する。 インシデントレポートとして病棟内のスタッフ間で周知して、同じ事故を起こさないように情報提供する。
24	<p>患者からナースコールあり訪室するとシリンジポンプが点滴台の脚の上に落ちており、シリンジポンプ側から約10cmのルート部分が破損していた。患者に問うと「段差のところで（シリンジポンプが）落ちた。」「管（ルート）の途中から血が出ているみたいだ」とのことであった。輸液のルートは、2日前に交換したばかりであった。1時間程前にポンプをチェックしたときには、出血等なく、ルートはきちんと確認したが、シリンジポンプのネジは確認しなかった。</p>	<p>シリンジポンプのネジが緩んでいた可能性（シリンジポンプの下の部分と、輸液スタンドに固定する部分の2つ）がある。輸液のルートがポンプの落下によって破損した可能性がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> シリンジポンプのネジを定期的にチェックする。 ルートを確認する際は、破損がないかも確認する。
25	<p>前月から右鎖骨下にダブルルーメンカテーテル挿入し、高カロリー輸液を施行中であった。朝、点滴の点検と流量の確認を行っている際に接続下部に気泡を発見した。ポンプの中を確認したところ、内部にも気泡があったが、アラームが作動しなかった。</p>	<p>機器の作動不全。定期点検を行っていない。長期間点検せず使用を続けた</p>	<ul style="list-style-type: none"> 長期使用のポンプは点検に出す。 M E（臨床工学技士）が定期的に点検できるシステムをつくる。

【3】小児患者の療養生活に関連した医療事故

本報告書では、小児患者を一般的に小児科が対象としている15歳未満の患者とし、新生児（生後28日未満）、乳児（生後28日～生後1年未満）、幼児（生後1歳～6歳未満）、学童（6歳～12歳未満）、青年（12歳から15歳未満）と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10月1日から平成19年12月31日の間に報告された小児の療養に関連した事例は6件であった（図表Ⅲ-12）。

（2）小児患者の療養生活に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第25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、小児の療養生活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-13）。報告された事例の中から36件の事例概要を図表Ⅲ-14に示す。

図表Ⅲ - 1 2 小児患者の療養生活に関連した医療事故事例の概要

番号	事故の程度	事例概要
清潔		
1	障害の可能性 (なし)	12歳の意識障害の患者を看護師Aは母親と陰部洗浄を行った。看護師Aは素手で指を1、2秒入れて温度を確認した。洗浄後臀部の皮膚が茶色に剥がれており、2度の熱傷と診断された。受け持ち看護師Bは処置の時間を考えて熱めの湯を用意した。実施した看護師Aが指で確認したところ、熱いという印象はなく、施行中は手袋を使用していた。
その他		
2	障害の可能性 (低い)	出生当日に胃瘻造設術などを施行し、術後は鎮静剤、筋弛緩剤使用下での集中管理が行われていた。創部の安静保持のため頸部伸展不可であり、ごく浅い側臥位のみでの体位変換しか行えず、後頭部の除圧がほとんどできない状況である上に、皮膚の観察が不可能であった。頭部には除圧用ジェルマットを使用していたが、生後12日目に後頭部に発赤を確認し、6日後には壊死組織を伴うStage 3の褥瘡が確認された。
3	障害なし	8歳の患者を病室で理学療法の一環としてバギー乗車を検討中、ベッドに一時患者を移動してバギーにタオルを敷こうと、患者から目を離れた隙にベッドから転倒した。ベッドに患者を置く場合、柵を必ず上げるという決まりを守らなかった。
4	障害なし	9歳の発達障害の患者のリハビリテーションの際に、体位を変えようとしたとき足がひっかかっているのに気付かず、股関節に無理な力がかかってしまい骨折してしまった。
5	障害の可能性 (低い)	1歳の患者の母親がベッド柵を降ろしてベッドに座り、テレビをつけようと後を向いたところ患者がベッドから転落した。
6	障害の可能性 (なし)	10歳のレット症候群の患者の脱衣更衣中、上肢を挙上した際、滲泣し異常と判断された。レントゲンの結果骨折と判断されたが、すでに仮骨が形成されており、いつの時点の骨折かは不明であった。患者は易骨折状態であり、注意して日常生活援助をしていた。

図表Ⅲ - 1 3 小児患者の療養生活に関連したヒヤリ・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)	22	14	11	0	0	50	97
清潔	1	3	0	0	0	1	5
運動	1	6	20	2	0	79	108
排泄	0	0	0	0	0	6	6
睡眠・休息	0	1	0	0	0	0	1
搬送・移送	0	0	4	1	0	14	19
その他	3	2	3	0	0	11	19
合計	27	26	38	3	0	161	255

図表Ⅲ - 14 ヒヤリハット事例 記述情報（小児患者の療養生活）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【食事（栄養） 8件】 他類似事例 89件			
1	日齢8日目の患者に指示量より多くのミルクを与えてしまった。指示量が50mLであり、直接授乳で4mL摂取したので残りのミルクは46mLにしなればいけなかったが50mL授乳してしまい、トータル54mLと指示量以上授乳してしまった。患者に変化はなく様子観察とした。	直接授乳をした場合、指示量から直接授乳量を差し引きして不足分をミルクで補うことは知識としては知っていた。しかし、確認不足と指示量ばかりが記憶にあり判断ミスしてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・時間哺乳で指示量の決まっている児の授乳の方法をもう一度再確認する。 ・指示量などを確認し計算間違いをしないようにする。
2	同姓の患者が2名、入院中であった。授乳時間に冷蔵庫を見ると、搾母乳が入っていた。準夜からは搾母乳が冷蔵庫にあるという申し送りはなかった。一人の患者の母親について「家では哺乳瓶の消毒方法が決まってない為、搾母乳はしておらず、タオルに搾っているだけ」と申し送りを受けていたので、搾母乳はないと思い込んでいた。また、哺乳瓶の名札には母親の名前ではなく患者の名前が書いてあった。当事者は患者の名前の認識が薄く、母乳量も微量（0.5mL）であり、1日目の患者の母親は母乳に対して意欲的であったため、1日目の患者の母親の搾母乳だと思い飲ませてしまった。3時頃、準夜担当者より「搾母乳があることを申し送り忘れていた」と連絡を受け、患者の間違いに気付いた。	同姓の患者がいた。準夜の申し送りから、患者だけ母親の搾母乳はないと思い込んでいた。搾母乳の量から生後1日目の患者の母親だと思い込んでしまった。哺乳瓶の名札に患者の名前が書いてあったが、名前の確認を行わずに飲ませてしまった。患者のコットネームは母親の名前を記載しており名前は記載していない。取り決め事項では搾母乳をした瓶には母親のフルネームを記載することになっていたが守られていなかった。母親から搾母乳を受け取るときに両方で名前の確認をすることになっていたができていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ベビーコットに「同姓注意」を貼って注意を促す。 ・取り決め事項の遵守 1. 搾母乳した哺乳瓶の名札と哺乳瓶の蓋には母親自身でフルネームを記載する 2. 母親より瓶を受け取る際には、母親と看護師で名前の確認をする 3. 瓶の名札は授乳が終わるまではずさない。
3	生後9カ月の患者であった。離乳食の完了期のオーダーであったが、副食形態が刻みのところ、ペースト状の物が来ていた。	栄養科で食札を確認して配膳しなかった。食札が見にくかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・食札を見て確認し、調理する。 ・配膳後病棟へ食事を出す前に再度確認する。 ・食札に見やすいようにマークを付ける。
4	生後36日目の患者で、哺乳中にミルクが変色していることに気づき、哺乳を中止し、哺乳瓶を確認すると乳首の一部に穴が開いていた。	哺乳前に乳首の確認をしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・乳首の亀裂なども確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
5	<p>昼食に小麦アレルギーの患者にうどんが配膳され、付き添っていた母親が気付いた。多種の食物アレルギーがあるため、入院時に栄養士と話をしてもらい病院食を食べてもらうことになった。</p>	<p>配膳をする看護師、クランク、ヘルパー間で情報の共有出来ていなかった。栄養システムでは禁食の数が限られているため、手入力もれた。小麦禁と入れることで回避できたうどんが配膳された。指示伝達システムの不備があった。コンピュータシステムに不備があった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養科でのシステム改善の検討。 ・禁忌食物を書いた札を患者のベッドサイドに下げる。 ・アレルギー食の検討。
6	<p>リーダー看護師よりMRIがある為、昼食後から絶飲食があることを聞き、個人ワークシートに記載した。その後、検査の為、母親に今から絶飲食になる事を説明し、絶飲食の時間が記入してある札をベッド柵に掛け退室した。14時の巡視時、母親に絶飲食が守れていることを確認した。15時、保育士におやつ延滞食が無いか聞かれたが、個人ワークシートを確認しないまま「無い」と答えてしまったため、そのままおやつが配られて食べてしまった。そのため絶飲食の指示が守れなかった。</p>	<p>保育士から延滞食を確認された時に個人ワークシートを見て確認しなかった。おやつが配られることを忘れていた。絶飲食の時間が書かれた板がベッドサイドについてはいたが、保育士は確認をせず、配膳してしまっていた。家族は絶飲食である事は分かっていたが、おやつが配膳されたため、食べさせてしまっていた。病棟では絶飲食の確認をするための用紙があるが、記入するのを忘れていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・受持ち患者の絶食の時間を聞かれた時は、必ず指示を書いた個人ワークシートを見て確認する。 ・ラウンド毎、検査前に絶飲食が守られているか確認する。 ・検査の内容、使用薬剤の特徴について学習し、絶飲食の必要性について理解を深める。 ・家族に検査の必要性、絶飲食の時間を説明し協力を得る。 ・絶飲食の時間を説明する際には、なぜ絶飲食が必要であるかを分かりやすく説明する。 ・受持ち患者に延滞食や欠食がある時は、延滞食を確認する用紙に指示が出た時点ですぐに名前を記入する。 ・絶飲食が記入されている板は、見やすい位置に設置し全職員が分かるようにする。
7	<p>当日よりミルク12回から8回へ変更となっていた。夜勤前の情報収集時、変更となっていることを確認した。同じく準夜帯より輸血開始や点滴変更・側注などの慣れない指示があり、指示のもれがないよう検温板に鉛筆書きで実施内容と手順を記載した。しかしミルク8回へ変更となったことを忘れ、今まで通りの12回のつもりでミルクを投与していた。準夜帯で行う水分出納の際、準夜帯のミルク量が多いことに気づき、再度カルテ指示簿で確認したところ、準夜帯のミルク1回分を多く投与していることを発見した。</p>	<p>準夜帯より輸血開始の指示があったが輸血実施経験がほとんどなく、リーダーに確認しながら実施したが、輸血終了後より点滴内容と滴下量の変更・側注など指示が重なって、気持ちが焦り緊張していた。前回の患者の受け持ちの際、他の内容でインシデントを起こしていたため、再び起こさないよう緊張していた。ミルク指示簿との確認が不十分であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・慣れないケアなどで気持ちが焦ると、そのケアに集中しすぎて他の慣れたケアの確認が疎かになりやすい傾向にあるため、余裕を持ってケアに当たれるよう、その都度やるべきことを確認し実施していく。
8	<p>おやつを提供する時、袋の中に入っている品質保持剤を取り出さずそのまま提供したため、興味を持った患者が品質保持剤を開封してしまった。後かた付け時に、トレイの中に散らばっているのを見て発見した。摂取はしていない。</p>	<p>危険性の判断不足、患者の状況を理解していない、おやつを提供方法に対する注意不足が考えられる。小児は、何にでも興味を示すことが理解できていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の発達段階を職員全員で共通理解し、提供の方法を統一した。 ・食器に食物だけ（食物以外のは排除して）準備し、提供することにした。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【清潔 2件】 他類似事例 3件			
9	沐浴時に臍の有無を確認、確認書にサイン後沐浴を実施した。その後、臍を消毒しサージカルテープで2点固定後、下半身の余分な水分とサリチルパウダーをバスタオルでふき取り着衣した。新生児チェックの際、臍の紛失を他の看護師が発見し、捜したところ、ゴミ箱から発見した。発見後は母に手渡され了解された。	臍消毒後、サージカルテープでの2点固定がしっかり行えていなかった。無意識のうちの行為であり、沐浴の一連の行為を責任を持って行えていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・臍の固定は、皮膚にしっかりと固定されるよう十分な長さのサージカルテープで行う。 ・沐浴そのものの行為を含め、皮膚の観察や臍の有無の確認など、一連の行為を行う目的を念頭におき、責任を持って行うようにする。
10	5ヶ月の患者を沐浴をする際、左下肢に末梢ラインを留置していた為、ビニールで保護した。しかし、足を湯につけてしまい、水がビニール内に入ってきて濡れてしまい、ラインを再挿入しなければならなくなった。	母親に説明だけして任せきりにしてしまった。ビニール保護の仕方が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ラインなどある場合は、母親任せにせず看護師も介入する。
【運動 11件】 他類似事例 97件			
11	1歳の小児の入院中。母と交替して祖母が付き添いをしていた。小児用サークルベッドの柵を半分降ろしたまま、祖母が後ろを向いて用事をしていた際、音がしたため振り向くと、ベッドから患者が転落していた。	入院オリエンテーションを受けた母には転落の危険性について説明していたが、祖母には伝わっていなかった。看護師も再確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・付き添いが交替した時の伝達についてのオリエンテーション ・訪室のたびに説明を繰り返す。
12	入院中の1歳8ヶ月の患者が兄弟と祖父の面会があったためプレイルームで遊んでいた。家人が目を離すと走り出し転倒した。机で目の横を打ち少し切り、出血が軽度あったため、すぐにガーゼにて止血を行い主治医に報告し様子観察をした。	家人が目を離してしまった。家人が病気について、転倒などの危険性について理解していなかった。家人への説明が不十分だった。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者から目を離さないよう説明し、離れなければいけない時は看護師に声をかけてもらう。 ・病気について、転倒などによってどのような危険性があるのか、主治医から家人へ説明する。 ・プレイルームの使い方なども家人へ十分に説明する。
13	1歳の患者の母親がベッド柵を上段まで上げ用意していると、ベッド柵がしっかり止まっていなかったため、ベッド柵が下がり患者が頭から転落した。すぐ啼泣したが、訪室時ボーッとしており、当直医に報告し、診察した。その後患者に著変なく経過した。	ベッド柵は上段まで上げられていたが、しっかりロックできているか確認が不十分であった。家人にベッド柵のロックまで確認するように、説明が出来ていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッド柵の必要性、使い方を入院時オリエンテーションで詳しく説明する。 ・訪室時には、ベッド柵が上げられているか、ロックはきちんと出来ているか、声かけと確認をする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
14	小児科受診を外の待合の長椅子に座って待っていた。母親から「腕が抜けません」と看護師に報告があった。行って見ると、手すりと壁の間に右肘が入っており抜けなくなっていた。医師とともに石鹼をつけて外した。小児科医師が肘の診察も行い問題ないことを伝えた。	手すりのある壁に向けて長いすが配置してあった。利用していない手すりであった。	<ul style="list-style-type: none"> ・手すりの除去。 ・院内の安全点検実施。
15	患者は大人用の普通ベッドに入院していた。入院時、転落の危険性があるので、転落防止用の板を取り付けるよう看護師がすすめたが母親より「この子はおとなしいので大丈夫です、柵はいりません」と言われ使用しなかった。母が見ている前で、布団と一緒に後ろ向きに転落した。外傷はなかった。	母の意見で使用するべき転落防止板を使用しなかった。母に理由を説明し、同意を得るという事を行っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・必ずルール通り転落防止板を使用する。
16	入院中の患者が靴をはいて病室で遊んでいた。ベッドサイドに置いてあった、輸注ポンプ用の台の鉄製の脚の周りで遊んでおり、患者が何かをつまんで手渡してきた。磁石（2 cm 大）の上にボタン電池が付いていた。	直ちに、リーダーへ報告し、ベッド周りを点検した。	<ul style="list-style-type: none"> ・危険があるおもちゃ、物品については家族へ返却する等、事前に危険が回避できるよう徹底する。 ・足元や行動範囲を踏まえた環境整備、療養の援助ができるようにする。
17	プレイルームで母と遊んでいた患者の点滴棒、輸液ポンプが引っ張られ転倒し、近くにいた他の患者にぶつかってしまった。ぶつかった患者に外傷などはなかった。医師へ報告し診察してもらったが、特に処置等は必要なく様子観察した。その後も著変なかった。	プレイルームで遊んでいる時、コードに引っかかり点滴棒が動きにくくなってしまいうこともあり、引っ張られると転倒しやすい。付き添い家人への情報伝達のあり方の問題点があった。	<ul style="list-style-type: none"> ・付き添い人にも協力してもらい転倒に注意する（パンフレット作成）。 ・付き添いが変わった時でも伝達できるような注意が必要である。
18	8歳の患者は腎性高血圧により安静度はベッド上安静であった。患者はペットボトルを床頭台の上に手を伸ばして取るようとした。電動ベッドを一番高くまで挙げ、立ち上がりベッドより転落した。廊下を歩いていた看護師に床でうずくまっているのを発見された。	母親の付き添いが数日前より中止になっていた。飲み物が手の届く所になかった。転倒・転落の危険性について説明していなかった（家族へは説明していた）。ナースコールが手の届く所になかった。柵が4点全てに立ててあったため乗り越えようとした。4人部屋であったが誰にも協力を求めなかった。電動ベッドを自分で作動させた（日頃より作動させていた様子）。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に転倒・転落の危険性について説明し理解してもらう。 ・飲み物は手の届く範囲に置きいつでも飲めるようにする。 ・ナースコールを手の届く場所においておく。 ・家族の帰院時は、飲み物やナースコールなどの環境を整えてもらう様、付き添い者にも説明する。 ・手動ベッドに変更する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
19	患者がベッド周りのカーテンにし がみついていたところ、母がそのこ とに気付かずカーテンを移動させ た。その時に、患者が転倒してし まった。ゴツンという音がしたため 母が気付いた。	家族へ充分に説明し協力を得る。	・日中はしっかりとカーテンを端に 寄せまとめておく。
20	母親が、ベッド柵が上がった状態で ベッドから降りようとしていた。足 をかけるとベッド柵が急に下がっ てしまい、そのまま後ろ向きの状態 で落下した。患者も母の後を追うよ うに前向きに床に落下した。母は背 中、腰部を床に強打し、患者は背中 を点滴スタンドの車輪に強打した が外傷はなかった。	ベッド柵が完全に上までしっかり とあがっていなかった事が考えら れる。母親のベッド操作方法の知識 不足があった。	・入院オリエンテーションの際に、 ベッド柵の使い方を説明するだけ でなく、付添者にも実際にやって もらい、柵が完全に上がっている か確認する。
21	車椅子に乗って母とキャッチボー ルをしていた時、前かがみに転落し そうになる。母がすぐ助けたため外 傷はなかった。	車椅子を使用の際、ベルトをしてい なかった。	・車椅子を使用の際は、ベルトの着 用などを確認する。 ・家族にも正しく使用するよう再度 お願いする。
【排泄 1件】 他類似事例 5件			
22	トイレ内よりナースコールがあっ た。直ぐに駆けつけると脱水で当日 入院の患者が排泄後気分不良で転 倒したらしいと、付き添っていた母 親からの連絡であった。駆けつけた 時は既に立ち上がっており、顔色は 不良であったが外傷はなくバイタ ルも安定していた。脳波の異常もな く起立性の低血圧からくるもので あろうと両親に説明が行われた。	入院初日であり、歩行時はナース コールするよう患者と家族に説明 をしていたが、病室内トイレの使 用で転倒の予測が出来なかった。脱 水での入院であり、排尿量観察のた めにも翌朝まで床上で尿器の使用が 望ましかったが説明をしなかった。	・入院初回の歩行は家族に依存せ ず、必ず看護師が付き添うことを 病棟内の決まりとした。
【睡眠・休息 1件】 他類似事例 0件			
23	5歳の患者が心臓カテーテル終了 後、ベッド上安静中、両親もベッド サイドに付き添い一緒に眠ってし まっていた。ドスンという音がして 訪室すると、ベッドサイドに患者が 転落していた。	両親の面会中ということもあり、両 親が付き添っている側のベッド柵 は下ろしていた。	・寝返りや体動が予想される場合 は、危険防止対策としてベッド柵 を完全に下ろすのは危険と両親に も了解を得る。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【搬送・移送 6件】 他類似事例 13件			
24	持続点滴中の患者が個室から廊下へ勢いよく飛び出したところ、点滴ルートに引っ張られ廊下で転倒し、点滴スタンドの足で頭部を打撲した。患者はすぐに激しく啼泣した。啼泣の声を聞き看護師がその場かけつけた。点滴スタンドは父が押し、母が横に付き添っていた。すぐにベッドへ戻り、バイタルサインと外傷の有無・意識状態の観察し、医師が診察を行った。	患者は1歳であり、突然予期できない行動をとることも考えられた。入院生活が長くなり、安静度が解除され行動範囲が広がってきた時期であった。看護師自身も行動範囲の拡大に伴い、両親への転倒転落についての注意喚起を再度促す必要があった。また、日常生活の中でも注意を促して観察するべきであった。	<ul style="list-style-type: none"> 小児科の付き添いに関しては、入院時のオリエンテーションに十分な説明を具体的にを行う。 入院中、急性期から回復期へと状態が変化する時は転倒転落アセスメントスコアの再評価をその都度行う（小児の場合は、入院期間が短期である為、再評価は1週間を待たず行う）。
25	斜視で入院した3歳の患者が全身麻酔の前投薬としてドルミカムシロップを内服し、母親とともに車椅子搬送した。看護師間の申し送りのために、患者から離れた際に、車椅子より転落し頭部打撲した。母親が手術室の外から発見した。	前投薬された患者の搬送は、ストレッチャー又は柵付きベッドで行うという原則の認識の欠如があった。	<ul style="list-style-type: none"> 前投薬された患者の搬送は、ストレッチャー又は柵付きベッドで行うという原則を徹底する。
26	エレベーターホールで母親と遊んでいた患者が母親が眼を離した隙に自動ドアのスイッチを押してしまい、戸とドアの間に手を挟んでしまった。発赤はあったが腫脹はなく、クーリングで数時間で発赤も消失した。	エレベーターホールで遊んでいた。母親の観察不足、母親への指導不足・確認不足があった。	<ul style="list-style-type: none"> エレベーターホールでの遊び禁止を再度説明した。 患者から眼を離さないように家族への指導の徹底した。
27	患者の沐浴が終了し、バギーに乗せた。他の患者の処置を次にしなくてはいけないため、母親に安全バーの装着を依頼した。しかし安全バーの装着の確認をせずにその場を離れてしまった。母親は安全バーを看護師が装着したと思っていたため、そのまま病室に戻った。病室に戻り患者が少し暴れたためずり落ちて転落した。	看護師の説明が十分ではなかった。看護師は母親に依頼したため安心し、母親は看護師がバギーに乗せたため安全バーが装着していたと思い込んでいた。安全バーが装着したことを確認せずにその場を離れてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 安全バーが装着され患者の安全を確認してから病室に戻ってもらう。 母親に依頼する場合、依頼したことの実施を確認する。 母親に依頼する場合、依頼内容を十分説明し母親が理解しているか確認する。
28	抱っこして移送中、ポケットの中にあった鉛筆が児の腹部にすれて傷を生じた。	抱いた際に危険物がポケット内にあった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者を抱くときは危険物が無いか、十分に確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
29	手術室から看護師1名でストレッチャーでの搬送中、患者が激しく暴れ、立ち上がろうとしストレッチャーから転落しそうになり、点滴ルートも引っ張っていた。看護師はストレッチャーに患者を寝かせ、母と両手を抑制しながらエレベーターで搬送したが、病棟のエレベーターホールまで来た所で、再び患者が激しく暴れ出したため、危険だと判断し、母に患者を抱っこしてもらい病室まで戻ろうとした。しかしその際も激しく暴れており、点滴を確認すると、留置針が抜けていた。	搬送中激しく暴れる患者に対して、抑制が不十分であった。また、点滴の固定が、不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 搬送は安全に行われそうにない場合は手術室から病棟に応援を依頼する。 術後患者が自分で抜こうとしてしまうことを考慮し、点滴の固定を十分に行う。
【その他 7件】 他類似事例 12件			
30	生後27日の患者で、皮膚が弱く水疱形成し易い状態であった。膝に保護のテープを貼ってあったが、腹臥位をとっていた時に啼泣時、膝が擦れ、テープがずれて出血していた。	啼泣時は患者の動きが激しくなった。また、腹臥位の時は啼泣が激しくなった。	<ul style="list-style-type: none"> 激しく啼泣しないように腹臥位にはしない。 膝が擦れないようにタオルなどを挟む。
31	0ヶ月の患者の手足に冷感を感じたため、足元に湯たんぽを設置した。約1時間後患者が泣いたためあやそうとしたところ、寝衣・寝具が濡れており、湯たんぽからお湯が漏れていることに気付いた。患者には熱傷は認められなかった。	湯たんぽの中央に5mm程度の穴が開いていた。	<ul style="list-style-type: none"> 物品使用時には異常の有無を確認することになっているが、不十分だったため、使用時の確認と使用中の観察を密に行っていく。
32	付き添いの家族から鼻の中に異物が入っていると言われ確認するとビーズ入っていた。鼻をかむと出てきた。患者に痛みや出血はなかった。	数日前に保育で使用したビーズのプレスレットを患者に渡していた。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の年齢、状況にあったおもちゃを考慮して渡す。 ベッド周辺に危険物がないか環境整備と点検を徹底する。
33	未熟児室入院患者の母親が面会中であり、祖母と長女が待合室で待機していた。他の未熟児面会者が待合室からでて行こうとした時、長女がドアに指を挟んで泣いていた。祖母がいたが、ドアに指をかけていることに気付かなかった。	ドアの近くに椅子がありドアの隙間に近づきやすい配置になっていた。付き添い者がドアの危険度を十分に把握していなかった。目を離した際であった。	<ul style="list-style-type: none"> ドアの隙間にスポンジを張る。 待合室の椅子の位置を変えてドア近くに柵を置き、ドアに近寄らないようにする。 院内の待合室で起こったことであるため、ドアに注意するよう張り紙をする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
34	入院患者の母親が顔面に带状疱疹発症（受診していないため診断はついていない）していたが、主治医へ報告しておらず、毎日面会に入室していた。接触感染であり、母も手洗いの重要性は、自ら発言していた。また、患者へ母の抗体が移行していると思われるため、患者に感染する可能性は低いと、NICU内の他の患者への感染の可能性は考えられた。そのため、主治医より母の带状疱疹が痂皮化するまで入室禁止の指示があった。	带状疱疹の感染に対する知識不足があり、危機意識が低かった。看護師間での確認不足があり、主治医へ報告済みと思い込んでいた。	<ul style="list-style-type: none"> 带状疱疹についての勉強会を持つ。
35	アイスノン貼布部の観察不足による凍傷の可能性があった。患者は頭部と背部の2点クーリングを行っていた。アイスノンはビニール袋に入れ小タオルで包んでいた。左側臥位に体位変換後、頭部と背部にアイスノンをあてた。その後、他の看護師がミルク注入前に右側臥位に体位変換する際、右腕の外側部分がアイスノンにより赤くなっているのを発見した。	患者の所へは吸引などで頻回に行っているが、その都度全身をしっかりと観察できていなかった。患者は皮膚が弱く皮膚損傷や凍傷になり易い可能性を考えてケアできていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の所へは吸引などで頻回に行っておりその都度、全身をしっかりと観察する。 皮膚損傷や凍傷の可能性を考えてケアを行う。 アイスノンが長時間同じ部分に当たっていないか、皮膚に直接当たっていないか注意し、こまめに貼布部分を変える。 更新直後の冷えたアイスノンは厚めのタオルに包んだり、溶けてきたら薄めのタオルに包むなど配慮しながらケアする。
36	母よりナースコールあったため、他の看護師が訪室すると、母より患者がセーフティーボックスの取っ手を取ってしまい、口に咥えてたと報告があった。患者の全身状態を観察し、部品がそろっているか確認すると、誤飲されていないことが分かった。	同室に兄がおり、サークルベットを近づけると柵を乗り越え、弟のベットへ移る事があった為、柵ぎりぎりにベットを寄せていた。その為、立位時に柵に手が届く位置にあった。患者の行動を予測できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の行動を観察し、適宜不要なものは外す。 継続してベット周囲の環境整備を行う。 面会時には、家人に患者の様子を伝え、家人の協力を得る。

【4】リハビリテーションに関連した医療事故

平成19年1月1日から平成19年12月31日の間に報告された医療事故事例のうち「発生場所」のコード情報の中から「機能訓練室」で選択されていた事例、及びそれ以外のコードの中から、その報告内容がリハビリテーションに関連する事例のうち、今回は主に理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語療法士（ST）などの関係するリハビリテーションに関連した事例5件について分析を行った（図表Ⅲ-15）。

（1）リハビリテーションに関連した医療事故の現状

平成19年1月1日から平成19年12月31日の間に報告されたリハビリテーションに関連する事例5例はすべて運動による骨折・筋断裂等に関わる事例であった。いずれも何らかの対策を講じていたが、患者が転倒した事例であった。

（2）リハビリテーションに関連したヒヤリ・ハット事例の現状

本報告書では、事故の内容を「誤嚥・誤飲・窒息」、「熱傷」、「患者取り違え」、「運動による骨折・筋断裂等」、「義肢・装具」、「全身状態の悪化」、「その他」とし、リハビリテーションの種類と併せて医療事故の発生状況を整理した（図表Ⅲ-16）。報告された事例の中から31件の概要を図表Ⅲ-19に示す。

<参考>

なお、平成16年10月から平成18年12月31日の間に報告された理学療法士、作業療法士、言語療法士などの関係するリハビリテーションに関連した19事例を参考として図表Ⅲ-17に示し、事故の内容を「誤嚥・誤飲・窒息」、「熱傷」、「患者取り違え」、「運動による骨折・筋断裂等」、「義肢・装具」、「全身状態の悪化」、「その他」とし、リハビリテーションの種類と併せて医療事故の発生状況を整理した（図表Ⅲ-18）。

図表Ⅲ - 15 リハビリテーションに関連した医療事故事例の概要

番号	事故の程度	発生経緯
【運動による骨折・筋断裂等】		
1	障害の可能性 (高い)	作業療法士がリハビリ室内に一本杖を取りに行く際、患者へプラットホーム座位での待機することを話した。患者が移動し平行棒を伝い、再び歩行器へ戻ろうと方向転換を行った際、歩行器の滑車(車輪)につまずき、転倒した。スタッフは周囲におり、転倒を目撃したが転倒防止には間に合わなかった。
2	障害の可能性 (低い)	患者は人工股関節置換術後に歩行器・杖歩行がほぼ自由にできるようになっていた。当日もいつものように歩行器でリハビリ室に来て、プラットホームに座って待っている指導を受けていたが、患者はいつもと違う方法をとったため転倒した。患者は、出来るという過信があった。医療者側はいつものようにしてくれと思っていた。
3	障害の可能性 (なし)	患者はリハビリテーション室へ独歩にて入室し、バランス訓練や交叉歩行など実施していた。手すりのすぐ横に立ち、その反対側後方より理学療法士の監視下で、後方歩行を実施したところ、右踵が床につまずき、バランスを崩し後方に両手を着いて座り込んだ。監視していた理学療法士が介助しようと手をのばし、患者の背中に触れ後方への転倒に対処したが、病衣を把持できず下方に座り込む形となった。
4	障害の可能性 (なし)	左下肢免荷状態であり、右下肢と両松葉杖で歩行練習をしていた患者がバランスを崩し転倒した。理学療法士は患者の後方にて近位監視をしていたが、転倒するスピードに対応できなかった。患者は腰ベルトは使用していなかった。
5	障害の可能性 (低い)	左方麻痺の歩行訓練中、前方にバランスを崩し転倒した。いつもは左手を振り出した際に後方にバランスを崩して倒れることが多いため、理学療法士は後方左側から介助していた為、支えきれなかった。

図表Ⅲ - 16 リハビリテーションに関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

	誤嚥・誤飲・窒息	熱傷	患者取り違い	運動による骨折・筋断裂等	義肢・装具	全身状態の悪化	その他	合計
運動療法	0	0	0	114	0	10	11	135
物理療法	0	3	0	0	0	0	3	6
作業療法	0	1	0	4	0	3	9	17
言語聴覚療法	0	0	0	0	0	0	2	2
不明	0	0	0	3	0	1	4	8
その他	0	0	0	1	0	2	7	10
合計	0	4	0	122	0	16	36	178

図表Ⅲ - 17 リハビリテーションに関連した医療事故事例の概要

平成16年10月～平成18年12月31日

番号	事故の程度	事例概要
【熱傷】		
1	不明	理学療法士は糖尿病の患者に新しい器械であるマイクロウェーブを10分程度照射したまま目を離していた。約10分後、どのような感じか聞いた際、「熱い」と言われたので中止し、照射部位をみたところ、発赤が出現していた。病棟で患者が肩がひりひりすると訴えがあり診察したところ、I度の熱傷を負っていた。
2	障害の可能性 (低い)	四肢不全麻痺と両下肢筋緊張亢進のある患者が両膝にホットパックを施行した。理学療法士は他の患者の訓練のため傍を離れた。15～20分ほどで戻ると、患者は熱傷を負っていた。
3	記載なし	外来で患者は理学療法の電気温熱治療室で両膝へホットパックを実施し帰宅した。その患者は膝に違和感を感じズボンをまくると、発赤ホットパック貼用部に発赤が出現していた。
4	障害の可能性 (低い)	知覚障害のある大腿部頸部骨折術後の患者にホットパックにて患部を温め、シルバーカーを使用して歩行訓練を行っていた。ある日いつものとおりホットパックにて患部を温めリハビリを行った。その後、病棟で看護師がホットパックを使用した大腿部の発赤を発見した。
【運動による骨折・筋断裂等】		
5	不明	骨折にて入院治療後、外来でリハビリ中であった。前腕回外訓練を実施していたところ骨折した。
6	障害の可能性 (低い)	肩関節屈曲の可動域が160度ほどの患者の肩の可動域訓練中に、理学療法士は右手で脱臼しないように上腕骨頭を、左手で前腕近位部を把持し、患者の左上肢を肩屈曲を行おうと上肢を挙上した。90度付近で抵抗の増加を感じた瞬間に音がして挙上に対する抵抗感がなくなり、診察の結果、骨折を確認した。低酸素脳症による意識障害、運動機能障害、感覚障害がある患者であった。
7	不明	上肢・下肢の障害で車椅子の患者の臀部が前に出て体幹が後傾している状態であった。そのままでは車椅子自走の際、疲れるため、腰を持って介助しようとしたところ同時に患者も上肢に力を入れたため右上腕を骨折した。
8	障害の可能性 (低い)	筋緊張の高い患者に対し、関節可動域訓練を行っていた際、屈曲方向に力を入れたところ、ガクッと抜けるような反応があった。レントゲン撮影したところ、大腿骨顆上骨折が判明した。患者は寝たきりであり、骨も脆弱化していた。筋緊張が強く、膝を少しでも曲げようとしたため、骨や筋肉に対し、ストレスが過剰にかかったと考えられた。
9	障害の可能性 (低い)	リハビリで膝関節伸展位で平行棒内歩行を行っていた。立位で荷重のないところを確認し、歩行器歩行を前腕支持により施行していた。5、6歩進んだ時に術創より出血を認めた。レントゲンで確認したところ骨片が固定より剥離していることを認め、再手術した。関節リウマチに伴う骨粗鬆があり、骨脆弱のため予想していたより強度が弱かった。

番号	事故の程度	事例概要
10	障害の可能性 (低い)	訓練における評価では理学療法士の監視なしで可能と評価されていた患者が、義足を装着し片松葉杖歩行訓練中、義足側の膝折れで転倒し、松葉杖で右胸部を圧迫した。理学療法士が付き添い病棟に戻ったが、理学療法士から病棟看護師等への転倒の報告はされなかった。2日後、肋骨骨折と診断された。
11	障害の可能性 (低い)	患者は左上肢に軽度の麻痺があり、屋外歩行訓練中に駐車場を歩いていた。会話をしていた為、車輪止めに気付かずにつまずいて前方に転倒した。両膝・手を付き擦り傷を負った。
12	不明	人工膝関節置換術後の患者で、全加重での歩行が許可されていた。両側松葉杖を使用し4点歩行を3メートル施行し立ち止まった際、術側の膝折れを起こした。理学療法士が後方から介助し転倒は免れたが、患者はしゃがみ込む様な体勢となり、膝の疼痛の訴えた。レントゲンにより大腿骨顆上骨折が判明した。
13	障害の可能性 (低い)	脳炎後遺症で、体重増加に伴い、四つ這い移動能力が低下したため、リハビリテーションを受けていた患者が訓練室で尖足矯正目的のため起立台にて起立訓練をしていた。終了後、理学療法士が起立台を水平にしたのち固定ベルトをはずし、使用していたタオルを戻すため2m程離れ、20～30秒程目を離した間に患者が起立台上で寝返り、45cm位の高さから転落した。
14	不明	理学療法施行時に患者から下肢の疼痛の訴えがあった。レントゲンにて脛骨骨折が認められた。
15	障害の可能性 (低い)	理学療法士は患者にいつも使用している低いベッドが空いていなかった為、少し高いベッドに移動するように伝えた。患者はベッドに腰をかける際に浅く坐り込んでしまい、麻痺側より転倒した。
16	障害の可能性 (低い)	患者はシルバーカーを使用し機能訓練室に入った。理学療法士は、前日まで問題がなかったため大丈夫だと考え、遠位監視（遠くからの見守り）をしていたが目を離れた時に、患者は治療用ベッドの端に坐り、そのまま転落した。
17	障害の可能性 (低い)	リハビリテーション時にメディシンボールを使用し、バウンドによるキャッチボールを実施中、突き指をした。レントゲンの結果、手指に骨折が見つかった。
18	不明	人工膝関節置換術後の患者が理学療法中に自分で背臥位から腹臥位になった。その瞬間に股関節に音がしたと訴えがあった。レントゲン撮影にて股関節の脱臼を認めた。通常は今回の肢位では股関節の脱臼は起こらないケースであるが、長期免荷してきた脚で、関節弛緩があった。
【その他】		
19	障害の可能性 (低い)	人工肘関節置換術後の患者。数日前自宅の風呂場で転倒し前腕近位部位背面を打撲し、腫れていると作業療法士は聞いていた。作業療法訓練再開となり、肘関節関節可動域訓練を開始した。作業療法士は患者の上腕遠位背面を支え、前腕中央より近位部位背面を持ち肘を屈曲方向へ動かした際に前腕近位付近で鈍い音を認めた。診察にて尺骨骨折と診断された。数日前の自宅での転倒の情報が十分に生かされなかった。

<参考>

図表Ⅲ - 18 リハビリテーションに関連した医療事故の発生状況

平成16年10月～平成18年12月31日

	誤嚥・誤飲・ 窒息	熱傷	患者取り違え	運動による骨 折・筋断裂等	義肢・装具	全身状態の 悪化	その他	合 計
運動療法	0	0	0	13	0	0	0	13
物理療法	0	4	0	0	0	0	0	4
作業療法	0	0	0	0	0	0	1	1
言語聴覚療法	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	1	0	0	0	1
合計	0	4	0	14	0	0	1	19

図表Ⅲ - 19 ヒヤリハット事例 記述情報（リハビリテーション）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【熱傷 2件】 他類似事例 2件			
1	腰痛の部位（左腰部）に車椅子上でホットパックを20分間施行した。施行中患者の皮膚の状態を確認せず終了し、病棟へ帰した。病棟看護師より連絡があり、背部に直径10cm程の発赤があると連絡を受けた。	ホットパック施行中の確認を怠った。患者に感覚障害があり、熱くても気付かない可能性があった。車椅子での姿勢では常に圧がかかるような部位に発赤があった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の姿勢と、ホットパックがきちんと当たっているかを確認する。
2	料理プログラム実施中、天ぷらを揚げている時他の患者が揚げている横で、患者は次に揚げる物を載せたお皿をもっていった。患者は自分も揚げて見たくなりそのお皿を置こうとした時に、熱くなっていたコンロの五徳に手が触れた。患者の「熱っ」の声でスタッフが気付いた。冷やした後痛みもなく発赤も見られなかったのと患者より大騒ぎになるのが嫌だから病棟看護師には黙っていてと言われ作業継続し報告をしなかった。	熱くなっている五徳の上に鍋などを載せ、直接触れないようにしていない。病棟への連絡をしなかった。危険性に対して予測をしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 五徳の上に鍋など載せておく。 連絡の徹底。 危険性の予測に対して対処しておく。
【運動による骨折・筋断裂等 16件】 他類似事例 106件			
3	患者はベッドに端坐位になり、OT（作業療法士）は対面する形で1m程離れた所からボールを受け、投げを行っていた。しばらくして患者がボールを受けた際、そのまま後方へ倒れ頭部を床に打ち付けた。バイタルサインの変化、腫脹や頭痛、嘔気・嘔吐なく患者の状態に変化はなかった。	これまでの訓練場面で端坐位が安定していることが評価できていたため後方に倒れることを想定していなかった。後方へ倒れることを想定し、倒れた場合に頭部を保護できるような状況設定が必要であった。	<ul style="list-style-type: none"> 後方へ倒れても大丈夫なように保護用具を設置する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
4	<p>訓練のため車椅子移乗をする際、患者をベッドサイドに端座位をとらせ理学療法士が横に座って支えながら電動ベッドの高さを下げているところ、患者の左足がベッドと床に挟まったようになっていたことに気付いた。慌ててベッドを上げて患部を見たが、擦り傷だけだったため看護師には詳細を報告しなかった。翌日、同理学療法士が患者の左足から足先にかけて腫脹しているのを発見し、初めて医師・看護師に事故を報告した。レントゲン撮影の結果、脛骨・腓骨骨折と判明しギプス固定となった。理学療法士自身が足関節を捻挫しギプス固定していたため、通常行わない手順（患者を起こしたあとベッドを下げる）で介助を行った。また、ベッドは低床電動ベッドで、床から24.5cm（フレーム含む）まで下げることができ、障害物があっても30kg以上の抵抗がなければ強制的に動かしてしまものであった。患者は筋緊張が強く全介助状態であった。</p>	<p>理学療法士自身が捻挫しギプス固定・松葉杖を使用していたにもかかわらず、受傷翌々日から業務に就かせ、通常業務を行わせていた部署内の判断誤りと危機管理不足があった。当事者の過信、電動ベッド操作時の確認不足、危機感欠如による訓練時トラブルが起こった際の不適切な対応があった。電動ベッドを安全に使用するための注意事項の全職員への周知徹底不足、危険性の認知不足であった（購入時、業者から説明や説明書の配布はなかった）。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今後、訓練士の体調を考慮しての業務調整を徹底する。 ・患者の移乗介助が安全に行えないと判断された場合は、休暇ないし事務に従事させる。 ・訓練時トラブルが起こった際の対応について新人教育を徹底する。 ・電動ベッドを安全に使用するためのマニュアルの配布、職員への周知徹底をする。 ・電動ベッドは患者を起こす前に高さ調整する。 ・電動操作は両手で行う。
5	<p>訓練室の廊下で歩行訓練中、前方から来た人を避けようとした際つまづき前方に転倒し、左膝と両手をつき床に打たれた。理学療法士は遠位監視していたため介助に間に合わなかった。帰室し看護師へ報告し主治医の診察を受けた。患者状態は異常を認めなかった。</p>	<p>訓練中に他の患者とすれ違うことは当然理解していたのに遠位監視レベルでできるだろうとの考えがあった。事故後の処理に問題があった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訓練中の事故予測と発生後の報告の再教育した。
6	<p>監視で立位で上肢活動中、その場を離れ必要道具を取りに離れてしまった。また、その場には他OT（作業療法士）やスタッフはいたが、監視の継続依頼をしていなかった。道具を持ってその場に戻った時には患者様が床に座っていた。他OTが転倒音で振り返ると左殿部と左肘を着いた状態で転倒していたとの事。即座に体位を整え、異常や異変の有無を確認中だった。患者の意識や身体状況に異常がないことを確認し、車椅子で帰室した。病棟リーダー、看護師長、医師に報告し、その後の観察を依頼した。</p>	<p>監視必須なのに、その場を離れた。また、他のOTやスタッフに監視の継続依頼をしていなかった。これまで患者様が転倒する可能性は念頭において訓練に当たってきたが、一瞬なら大丈夫であろうという思い込みがあった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒リスクがある場合、視界から外さずその場を離れない。 ・万が一その場を離れる必要時は必ず他のスタッフに責任依頼を確実にする。 ・他のスタッフがいけない場合は、いったん椅子に座らせ安全環境を確認後、他の業務を行なう。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
7	大腿頸部骨折整復固定術後 完全免荷で歩行練習開始し 4 日目の患者が松葉杖での歩行練習中、車椅子からの立ち上がり動作直前にバランスを崩し転倒した。P T（理学療法士）は直接身体へ触れての介助はしていなかった。その後患者の異常がないことを確認した。	立ち上がりの際に担当 P T が健測にいたため、患者がふらついた時に介助の手が届かなかった。患者のふらつきの予測ができていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介助位置の選択。 ・ P T 間で介助方法の勉強会を実施する
8	リハビリに歩行にて移動中、階段降下中に靴のマジックテープがはずれてしりもちをついた。リハビリ初日であり、自立歩行可能、杖なし、認知レベル低下のない患者であったため、先にエレベーター前で待つよう指示をした。患者は一人で階段で降りてしまった。	自立歩行可能な患者であり、指示を伝えたと考えていても患者の性格、日常の行動を熟知し患者それぞれに対する危険予測ができていなかった。リハビリ初日であり、リハビリ開始時から患者から目を離す状態を作ってはいけなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者評価を正しく行い、危険予測に基づて行う。 ・ リハビリテーション時は、患者から目を離さない。
9	ベッドサイドでリハビリの際、左上肢を保持し持ち上げようとしたら、皮膚剥離になってしまった。	皮膚の状態は低下しており、剥離するリスクは高かった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 皮膚の状態をよく確認し、保持する場所などを注意する。
10	大腿四頭筋訓練、T 杖での歩行訓練、T 杖と手すり使用で段差（階段）訓練を行った後、1メートルくらい先の椅子に座ろうとしたところ、両膝が折れて膝をついてしまった。バイタルチェックと痛みの確認は異常なし。車椅子で部屋に戻し、看護師に報告した。	段差訓練自体は 4 回目です。今まで膝折れはなくフリーハンド歩行も可能なため監視があまくなっていた。もともと監視レベルの患者であったが段差を降りきった後で介助の手を放していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訓練中だけでなく、歩行時や座るまで帯による介助を放さない。
11	廊下にて両松葉杖での歩行訓練中、前方へバランスを崩し転倒した。理学療法士は患者のズボンを後ろから把持していたが、支えきれず倒れた。患者は右大腿骨頭すべり症のため、右下肢を完全免荷で歩行していたが、転倒時に右足部を接地し、特に右踵の疼痛を訴えた。右股関節についても痛みがあった。	左足振り出し時に地面につま先が引っかかり、前方へバランスを崩した。理学療法士はズボン後ろから把持していたが、支えきれなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ バランス面での向上が見られるまで、歩行器での歩行に切り替える。
12	リハビリ訓練室のマット上において理学療法を開始した。筋力強化、バランス練習実施後、普段使用していたプラットフォームが空いていなかったため、椅子の座面を利用して立ち上がろうとした際、左小趾を負傷した。小趾から出血していたためティッシュにて止血し、絆創膏を貼った。	椅子の素材への配慮不足であった。床上動作に対して安定性のない患者に対し、下肢の振り出し位置への注意が不足していた。普段使用していたプラットフォームではなく、椅子を支えにして立ち上がりを実施した。靴下を着用せず裸足でマット上での訓練を実施した。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者がリハビリに来る際には、靴下を持参してもらう。 ・ 動作時は患者の全身への注意、配慮を怠らない。 ・ 使用する道具の材質、形態にも配慮する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
13	リハビリにて可動式免荷装置使用後、母が後方介助し、患者は背もたれなし椅子にて休憩していた。母が離れた際に椅子ごと転落し後頭部を打った。直ちにバイタル確認し後頭部に皮下出血認め救急外来を受診した。CT上頭蓋内出血は認めず経過観察となった。	座位が不安定な患者に対して椅子の選択や配置、監視位置が不十分であった。安全管理を家族に任せてしまった。患者の座位能力の過信があった。	<ul style="list-style-type: none"> ・休憩する際はトレッドミル上から降りて休憩を行う。 ・患者から目を離す際は必ず他のスタッフに見守りを要請する。
14	シルバーカーを使用し、右後側方からの軽介助にて歩行練習を実施した。その際、左側へふらつき膝折れがみられ、支えきれず右膝を接地し転倒した。右膝蓋骨前面に擦過傷がみられ病棟で処置を行った。	歩行安定性の低い患者に対する評価不足、危険予測不足であった。患者の歩行能力の過信があった。介助量・介助方法に誤りがあった。	<ul style="list-style-type: none"> ・歩行能力の評価、介助方法を適切に実施する。 ・危険予測を念頭において訓練を実施する。
15	長距離歩行の練習のためカーペットフロアを歩行中、右足趾がカーペットに引っかかり前方へ転倒し、右前頭部及び右前腕部殴打し出血した。理学療法士が患者の横に見守っていたが、転倒が速度が速く転倒を回避できなかった。	患者が歩行訓練を行う場所（カーペットの床）としては不相当であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・長距離歩行訓練には患者に腰紐をつけてもらい、それを持ちゆっくり歩く。
16	リハビリ室内に設置されている車椅子用トイレ内において、患者はリハビリでのトイレが初回であった。患者はトイレ動作は自立しているが移乗動作に監視や軽介助を要しており、担当PTがトイレ移乗まで付き添った。その後担当PTは、別件で一時的にその場を離れなくてはならず、「トイレが終わったら、一緒に車椅子に戻るなのでそのまま待っててください」と指示し、その場を離れた。患者は理解していたが、トイレが頻回で迷惑をかけたくないとの理由から、自分で出来ると判断し、担当PTが戻るのを待たず自力で車椅子へ移乗を試みた。その結果、車椅子とトイレの間にずり落ちてしまい、直後に戻った担当PTにより発見された。打撲は確認できず経過観察となった。	急な別件により、他のことに気をとられていた。当事者が、患者のトイレ動作、性格などについて詳細な評価が出来ていなかったため、患者とのコミュニケーションにも問題ないことから、指示に従ってくれるだろうと思いついていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリでのトイレが初回の場合は、評価することを含め、必ず担当PTの監視下にて行う。 ・急な別件が入った場合は他のスタッフに声をかけるなどして応援を要請する。
17	酸素療法を行なっている呼吸不全患者が病室内歩行練習を行っている際に、方向転換しようとして酸素チューブを跨ごうとした。その際、片脚立位の状態となり片脚で支えきれず膝折れして地面に座り込んだ状態となった。	酸素チューブをつけたままでのリハビリに対する注意が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・酸素チューブの長さ、位置に十分に配慮する。 ・下肢筋力低下の明らかな場合の歩行練習の際には、必ず患者に付き添うようにする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
18	作業療法の一環で軽スポーツのプログラムがあり患者十数名が参加していた。プログラム内容はソフトバレーであった。当該患者は遠くへ飛んだボールを追いかけた際につまずき前方へ転倒した。両膝、肘を打撲したが、外傷はなく継続する疼痛は無かった。患者はバレーに夢中になり作業療法士の無理をしないようにという声かけが聞こえなかった。	新人作業療法士に対して医療安全教育がされていなかった。軽スポーツ中の起こりやすい事故を他の作業療法士と事前に話し合い情報を共有していなかった。精神疾患患者の慢性期患者を理解するための疾病教育がされていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者理解のため疾病教育実施する。 医療安全管理教育を専任リスクマネージャーと事例分析しながら実施する。 医療安全研修会に参加する。 スポーツ開始前に注意点を参加者に知らせる。
【全身状態の悪化 3件】 他類似事例		13件	
19	四肢麻痺のため自己体動困難の患者が呼吸理学療法とベッド上運動療法を行っていた。痰が多く、当日も多量の痰が吸引され、かつ下葉呼吸音が不良だったため、左側臥位で体位ドレナージを行った。状況に問題なかったため、そのまま退室した。その後患者は著明に酸素飽和濃度が低下しているところを発見された。もともと左側臥位で酸素飽和度が低下する患者であった。担当看護師はそのことを知っていたが、理学療法士は知らなかった。	多職種間の連携不適切であった。他のことに気を取られていた。理学療法士は患者が左側臥位で酸素飽和度が低下するということを知らず、体位ドレナージのために左側臥位をとり呼吸介助を行い、状態に問題なかったため退室した。	<ul style="list-style-type: none"> 全身状態の不良な症例については、特に患者に影響を及ぼす事項についていた職種との連携が必要である。
20	リハビリを実施中、全身の筋緊張が高い印象を受けたため肩甲帯周囲のリラクゼーションを実施した。しかしそれが誘発刺激となりさらに全身の筋緊張が高まり、少量の嘔吐を認めた。直ちに看護師へ報告し、バイタルの確認をし医師へ報告した。その後、上司で報告した。	前日の検査や処置による患者の疲労感に対する配慮不足であった。介入方法によっては筋緊張が亢進しやすい患者への観察、判断不足であった。患者に合わせたリハビリ時間やプログラム内容が不適切であった。	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ実施前の全身状態のチェックを必ず実施する。 リハビリ介入時の全身状態に合わせて、リハビリ時間やプログラム内容を配慮する。 主治医、病棟看護師など他職種との連携、情報の共有を図る。
21	作業療法室で車椅子座位で机上訓練を実施中、作業療法士が他患に関わっている時、患者に痙攣発作が起きていた。別の作業療法士がそれに気づき、看護師に連絡し病棟に帰棟した。当日は担当者が不在だった為、当事者の作業療法士が担当していた。当事者の作業療法士が気付いた時、患者や他の患者に不安を与えるような発言をしてしまった。	当事者の作業療法士は他の患者に気を取られて、患者に注意していなかった。患者は以前にも痙攣発作を起こしていた。	<ul style="list-style-type: none"> 以前から痙攣発作を起こしているという事をしっかりと頭に入れて、良く確認をしておくべきであった。 言動に注意する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【その他 10件】 他類似事例 26件			
22	四肢筋力低下の患者に対し、病室でベッドから車椅子に移動訓練を実施する際、PTが医師、看護師に立ち会いを依頼した。看護師が訪床する前にPTと医師で移動訓練が開始された。患者は気管切開をし人工呼吸器を装着していたが、看護師が訪床すると患者の気管チューブに人工呼吸器の回路の緊張がかかった状態にあり、声を掛けたが気管チューブ（ボーカーレト）ごと回路が脱落した。	PT、医師、看護師の連携が不備であった。業務手順、ルールを守っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> PT、医師、看護師の役割をリハビリ開始前に確認し、観察するべき役割の認識を高め、リハビリに臨むことを徹底する。 時間調整も必要である。
23	糖尿病の運動療法の処方箋が提出されたので、患者をリハビリ室へ呼び、運動療法を行おうとした。その時、患者から「運動をしても大丈夫か」と聞かれ、処方箋を確認すると、網膜症を合併していた。主治医に確認しようとしたが、別件中であり確認できなかったため、低負荷・短時間で運動療法を行った。再度、主治医に連絡し、結局運動は禁忌であった。以降、運動療法は中止となった。	医師自身が間違った処方を出した。指示を受けた看護師も運動療法についてチェックができていなかった。処方箋の内容をしっかりと理学療法士が確認していなかった。患者から言われて確認しようとしたが、きちんと確認できるまで、待てなかった。これらについては、どの段階かでチェックが働いていれば防ぐことが出来ていただろうと思われるが、ルール・チェックの仕組み・手順が遵守されていなかったことが問題である。	<ul style="list-style-type: none"> 疑問に思った時は、必ず安全を第一に確認できるまで業務を中断しておく。
24	右外果骨折、左中足骨底骨折の患者。医師からの指示は「トランスファー及び立位時に左下肢は荷重可能」であった。しかしPTが荷重可能と思いこみ、棒内歩行訓練をして過荷重させてしまった。	新人の理学療法士であるため、知識不足により病態を把握できていなかった。医師の指示も少し不明瞭であった。	<ul style="list-style-type: none"> 不明瞭な点については必ず相談して行う。
25	医師からの依頼書には「診断名：腰痛 物理療法 腰椎牽引 腰部マイクロ」と書かれていた。初回は、その通り物理療法を行った。2度目の時に、首から提げていた機械について問い合わせると「これは心臓のペースメーカーや」と患者より返答があった。腰部マイクロの際、精密機器は厳禁であった。	医療機器使用の際の患者への問診が不十分であった。スタッフの機器の知識不足、機器の安全への配慮不足であった。今回の件は実際は、ペースメーカーではなく、ホルター心電図であった。	<ul style="list-style-type: none"> 医療機器を使用する場合、初回は医療従事者が必ず患者へ問診する。 医師へペースメーカー使用者の機器使用のリスクを説明する。 患者カルテの記載内容を検査前に確認する。
26	理学療法終了後、病棟の送迎待ち時間があったため、患者には頸椎牽引の下の椅子に座ってもらった。椅子に座ったところ、頸椎牽引の頸部固定のベルトが患者の頭部に触れていたため、固定ベルトを動かしたところ滑車が外れた。患者の頭上にあった金具が頭部に落ちてしまった。	固定ベルトを動かす際に、真下に患者が居るにもかかわらず、安全確認の配慮が欠けていた。また、器具を扱う際の安全確認も不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 頭上に金具などがあるということに対する、危険の確認を行い、機械等を扱う際には安全確認を十分行うよう実施する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
27	作業療法中、患者Aと患者Bが雑談していた際、患者Bの発した一言に対し患者Aが激怒した。患者Bはすぐに謝った。当事者も仲介に入ったが患者Aは患者Bに対し平手打ちを1回行った。患者Bに外傷はなかった。精神科外来へ連絡し、看護師と外来チーフ、当事者が診察の必要性を再三話す、患者Aは全く応じず帰院した。その後、落ち着いた患者Aと家族が謝罪に来た。	患者Aの精神症状の悪化あり、診察時に不調を訴えており、発生日にも当事者へいらいら感の訴えがあった。それでも明るく談笑しながら作業に取り組んでいたため、観察の実施が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の観察を十分に行い、主事医師との連携を密にする。 病状不安定の患者には、作業療法の実施回数や内容を再考する。
28	食事動作でスプーンを口元に運ぶ訓練中、ビーズをすくい取り口腔近くまで移動した際、口腔の中を含んでしまった。直ぐに吐き出させ、当事者が指で掻き出し、飲み込んでいないことを確認した。	軽度の意識障害があり、食べ物か否か判断できない状態を予測しなかった。事前に食べてはいけないことを説明しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 食事動作訓練時はスプーンに何も乗せない手順にした。
29	裁縫道具を使用したリハビリを実施した。リハビリ終了後に、患者と介護士からマチ針の置き忘れの報告を受け、直ちに確認しに病室へ行ったところ、ベッド横の台の上にマチ針が放置されているところを発見した。直ちに安全な場所へ保管し、上司へその旨を報告した。	患者に視野障害があるにも関わらず、道具使用後の最終確認を患者に任せてしまった。自らがマチ針の有無の確認を怠った。使用前と使用後のマチ針の本数を確認していなかった。セラピスト側の集中力不足があった。	<ul style="list-style-type: none"> 使用前と使用後の針の本数の確認を行う。 使用後は、自らが針などの置き忘れがないか確認をする。 リハビリ用として物品個数を明確にした裁縫箱を作成する。
30	酸素吸入中の患者が、リハビリのため車椅子で搬送されて来た。リハビリ開始直前に酸素ボンベと流量の確認を行った。流量計の目盛は4を示しているが、酸素ボンベのコックは閉じたままで酸素が流れていないことに気付いた。直ちにコックを解放、流量も上げた。S p O ₂ が82%と下がっていたが、2分位でS p O ₂ が普段の94%まで上がり、酸素5Lに下げ、リハビリを開始した。	酸素ボンベのコックの解放忘れがあった。	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ開始時チェックを確実に行う。 同患者に関して、同様のインシデントが再発しているの、確実な対策を行う。
31	患者持参のT-cane(杖)を基準より4cm短く切断した。約1ヶ月後、入院病棟医師により発覚した。患者へ謝罪を行い、新しい杖を処方した。	確認不十分、知識不足であった(本来は、訓練用のもので仮の測定をしてから長さの確認をし、少し長めに切断する)。判断の誤りがあった。相談・報告の遅延があった。治療に対する慣れや人のものである杖や装具に対する意識や責任の欠如があった。膝や腰部に疼痛が出現する恐れがあった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者へ謝罪し、病院負担で新しい杖の処方をした。 当事者へ、装具、義足、介助用具に関しての使用意義と障害について再指導を行った。

【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25回ヒヤリ・ハット事例の中から選別された23事例についてヒヤリ・ハット事例情報データベースに全般コード化情報と合わせて情報を公開したので、参考にしていただきたい^(注1)。

(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 25-77：(抗癌剤の処方日数の間違い)

発生月【7月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【18時～19時台】 発生場所【病室】	
女性 52歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【他職種者】	
当事者の職種【医師、看護師、薬剤師】 職種経験年数【当事者複数】 部署配属年数【当事者複数】	
発生場面【内服】 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】 報告等【不適切であった】 連携不適切【医師間の連携不適切】 患者・家族への説明【患者・家族の理解が不十分であった】	
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>	T S - 1 4C分2で内服を開始し、3週間で終了する予定であった。その日の与薬係が3週間で終了することに気付かず、主治医ではない医師へ終了を伝えた。依頼された医師は再処方した。薬剤部で調剤され、処方整理した看護師も気付かず内服してしまった。薬剤部から終了しているのに処方されていると指摘あったため誤りに気付いた。内服は1回分であったので患者への影響はなかった。治療開始前に患者へは主治医から内服期間についての説明があった。
<要因>	与薬係の看護師が抗癌剤を主治医ではない医師へ終了を報告し、抗癌剤の処方を依頼した。依頼された医師は主治医に確認せず処方入力した。抗癌剤プロトコルが医師・看護師・薬剤師間で十分共有されていなかった。服薬指導を3回行なっているが患者の理解も不十分だった。
<改善策>	看護師は期間限定の処方に関しては開始時点で○/○～○/○までと与薬ボックスに明記する。医師は入力の際にコメント欄に○/○～○/○までと入れる。 化学療法プロトコル一覧表でスタッフへ示す。

事例25-2183：(不十分な伝達によるリウマトレックスの内服日数間違い)

発生月【9月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【8時～9時台】 発生場所【ナースステーション】	
女性 56歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【当事者本人】	
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【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【与薬時間・日付間違い】 発生要因-確認・観察【不十分であった】 判断【誤りがあった】 連携不適切【医師と看護職の連携不適切、看護職間の連携不適切】	
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】	
<内容>	○/27処方箋の下方に、「リウマトレックス○/26は内服欠→次は△/3、フォリアミン○/28は内服欠→次は△/5」と記載されていた。○/27朝7時内服薬を配薬する際、持参薬と院内処方薬を照合し、院内処方薬の中に、リウマトレックスとフォリアミンがセットされていないことに気付いた。同夜勤の看護師に報告し、パソコンで確認したが、どこにも中止と指示がなかったこと、医師より○/26の時点では「リウマトレックスを○/27に内服してください」と言われていたことから、内服するものと判断し、内服させた。○/26日勤看護師は○/26に医師より「○/27のリウマトレックスは内服中止で」と口頭指示を受けており、処方箋の下方に赤字で記入した。日勤看護師は準夜看護師に申し送るためのフリーシートを間違えて破棄しており、日勤リーダーと準夜看護師へはリウマトレックスについて申し送られていなかった。○/279時頃日勤看護師に指摘され、内服しないはずの薬を内服させたことに気付いた。
<要因>	○/26の日勤看護師が医師からの内服中止であることの口頭指示を申し送っていない。その指示を処方箋の下方に赤字で記入していただけて、申し送りをしていなかった。リウマトレックスが大切な薬剤であるという意識が低かった。セットされていた内服がおかしいと気付いた時、日勤看護師または医師に確認をとらなかった。○/26の時点で医師から指示されていたことを信用していた。
<改善策>	次の勤務帯の看護師へ変更になった点を申し送りをする。 持参薬から院内処方へ切り替えとなった場合は、配薬ボックスの中に持参薬がないか確認をし、持参薬を本人へ返却する。 中止となった薬には、中止と薬に記載するようにする。 医師からの口頭指示は紙面に記入し、記録を残すようにする。また、医師に対症指示としてPC入力してもらうようにする。 セットされている薬がおかしいと感じた時は、前の勤務の看護師または医師に確認をとるようにする。

事例 25-2310：(消毒剤の取り違え)

発生月【8月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【10時～11時台】 発生場所【処置室】
男性 性別不明 患者の心身状態【障害なし】 発見者【同職種者】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【0年4ヶ月】 部署配属年数【0年4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】 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】
<p><内容> ハイポアルコールの綿球を作る際、新しい包交つばに綿球を入れハイポライト10を入れた。胃瘻造設患者の処置のためそのハイポ綿球が用いられ、使用後に皮膚が発赤した。内視鏡室にいた医師と看護師が異常に気付いた。すぐに病室に戻り生食で洗浄した。洗浄後は皮膚の状態が悪化することはなかった。包交つばは熱を帯びて異臭を放っていた。</p>
<p><要因> ハイポアルコールの綿球を作ることが初めてでありハイポアルコールでなく、ハイポライト10を使うものと思い込んでいた。初めて行う作業であり何を用いるのか確認しなかった。</p>
<p><改善策> ハイポアルコールの綿球を作成する前に何を使用するのか確認する。 初めて行う場合、事前には確認する。</p>

事例 25-533：(同効薬の重複投与)

発生月【8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【ナースステーション】
女性 79歳 患者の心身状態【視覚障害、聴覚障害】 発見者【同職種者】
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【内服】 発生内容【重複与薬】 発生要因-確認・観察【不十分であった】 知識【不足していた】 システムの不備【指示伝達システムの不備】 連携不適切【医師間・看護職間の連携不適切】 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】
<p><内容> 白内障の手術のため他科より転科された患者だった。詰所管理の内服薬がなくなるため、処方外来を通して依頼したところ糖尿病薬を過剰に与薬していることがわかった。本来はアマリール 1mg 4T / 2×のみを内服するところ、さらにオイグルコンの同効薬ダオニール 1.25mg 2T / 2×を与薬していた。眼科主治医に報告、血糖は 304mg/dl であり症状変わりなく、経過観察となった。前科で代行の医師が過剰に処方し、前科の看護師も与薬を行っていた。転科時の確認の時も気付かれず発見が遅れた。</p>
<p><要因> 前科主治医の「中止」指示がカルテ上になかった。転科時の内服の申し送りで使用されていた入院時持参薬一覧表と定期処方の用紙上はダオニールが中止の記載がなかった。「中止」指示が確実に看護師に伝わっていなかった。</p>
<p><改善策> 主治医に報告、血糖チェックし経過観察とした。 指示に関しては、口答指示は、一時的に鉛筆書きなどで記録を残すなどし、後ほどカルテに確実に指示を記載してもらう。</p>

事例25-1270：(持参薬と同規格の薬剤がなかったことによる薬剤の規格間違い)

発生月【7月】 発生曜日【日曜日】 曜日区分【休日】 発生時間帯【16時～17時台】 発生場所【ナースステーション】
女性 70歳 患者の心身状態【下肢障害】 発見者【同職種者】
当事者の職種【医師、看護師、薬剤師】 職種経験年数【当事者複数】 部署配属年数【当事者複数】
発生場面【内服】 発生内容【過剰与薬】 発生要因-確認・観察【不十分であった】 知識【不足していた】 システムの不備【指示伝達システムの不備】 連携不適切【医師と技術職の連携不適切】 薬剤【薬剤名が似ていた】 教育・訓練【不十分だった】
影響度【その他】
<内容> 患者より眩暈、頭痛などの訴えがあり、内服薬を確認したところ2日前より持参薬から当院の処方薬に変更になっていた。持参薬ではデパケンR錠100mg 3錠分3を内服していたが、当院で処方する際、当院採用のデパケン錠200mg 3錠分3で処方し、倍量処方となっていることが判明した。医師は、持参薬識別票の当院採用薬に記載されていたデパケン錠200mgにRがないが、用量についても同量に該当すると思い、そのまま処方し、看護師も気付かず与薬してしまった。
<要因> 処方量などを間違いやすい持参薬識別票の表記であった。
<改善策> 持参薬識別票に当院採用薬がある場合、mgの相違などをカラーで表示、あるいはマーキングをするなど注意を促進できるようにする。 薬剤師からの問診を含めた持参薬識別の実施と処方チェックを行う。

事例25-2189：(呼吸器回路の破損による空気漏れ)

発生月【9月】 発生曜日【金曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【4時～5時台】 発生場所【病室】
女性 1歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【当事者本人】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【2年5ヶ月】 部署配属年数【2年5ヶ月】
発生場面【人工呼吸器】 発生内容【その他の医療・歯科医療用具（機器）の使用・管理エラー】 発生要因-医療用具【その他】
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> 訪室した際、空気の音が気になり、人工呼吸器の蛇管（フィッシャー&パイケル呼吸回路）の接続の確認を行った。呼吸側蛇管の本体に1番近いところに亀裂が入っているのを発見した。患者は良眠しており、呼吸器のアラームは鳴らなかった。蛇管の交換は月末に行っていた。
<要因> 蛇管が長く、ウォータートラップ（水受け）などの重みや呼吸器を動かしたことで蛇管が劣化したため亀裂がはいったのではないかと考えられる。患者用に長めに調整した蛇管であった。交換時に、入りにくかったため、かなり力をいれて挿入していたため、圧がかかり、破損の可能性が高かった。
<改善策> 交換時に力を加減して行い、蛇管に重みが掛からないように、紐などで蛇管を吊り上げて、工夫する。

事例 25-1714：(麻酔器の呼吸器回路用部品の装着不備による空気漏れ)

発生月【7月】 発生曜日【火曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【20時～21時台】 発生場所【手術室】
男性 0歳 患者の心身状態【麻酔中・麻酔前後】 発見者【他職種者】
当事者の職種【臨床工学技士】 職種経験年数【2年3ヶ月】 部署配属年数【2年3ヶ月】
発生場面【麻酔器】 発生内容【組立】 発生要因-確認・観察【不十分であった】 知識【不足していた】 医療用具【扱いにくかった】
影響度【その他】
<内容> 未熟児の手術準備の際、麻酔器（エスティバ5）の呼吸回路用モジュールを小児用に交換した。交換したモジュールのパーツの一部が浮いていたことに気付かずに取付けてしまった。これにより呼吸回路内にリークが発生。医師が麻酔器の警報に気づき、パーツが浮いていることを発見した。
<要因> モジュールのパーツが容易に外れる。また、外れていても非常に気づきにくい構造である。
<改善策> 発生要因を踏まえ、外観を点検をしてから取付を行う。 メーカーに当インシデントを報告し、改善を求める。

事例 25-1105：(輸液ポンプ使用時の血管外漏出)

発生月【8月】 発生曜日【火曜日】 曜日区分【不明】 発生時間帯【10時～11時台】 発生場所【病室】
女性 65歳 患者の心身状態【その他】 発見者【他職種者】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【0年5ヶ月】 部署配属年数【0年5ヶ月】
発生場面【その他】 発生内容【処方・与薬のその他のエラー】 発生要因-確認・観察【不十分であった】 技術（手技）【未熟だった】 勤務状態【多忙であった】
影響度【仮に実施されていた場合、身体への影響は大きい（生命に影響しうる）と考えられる】
<内容> 末梢より輸液ポンプを使用し、80mL/hでドパストンを滴下していた。夜間体位変換前に巡視した時には、刺入部に異常は見られなかった。3時間後に医師が刺入部前腕の腫れ、刺入部周囲が発赤しているのを発見した。
<要因> 多忙であったこと、輸液ポンプを使用していたため、滴下は大丈夫だという過信があったことから、十分に観察が行き届いていなかった。30分毎に点滴は見えていたが、5時半以降は刺入部の観察をしていなかったため、発見が遅れてしまった。
<改善策> 体位変換前だけでなく、体位変換後にもしっかり刺入部まで観察する。 輸液ポンプを過信せず、全身状態と滴下状態の確認を怠らない。 刺入していない方の腕との左右差まで観察する。

事例25-1929：(シリンジポンプの薬液変更の際の流量変更忘れ)

発生日【7月】 発生日【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【16時～17時台】 発生場所【NICU】
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【看護師】 職種経験年数【11年3ヶ月】 部署配属年数【5年9ヶ月】
発生場面【静脈注射】 発生内容【投与速度遅すぎ】 発生要因-確認【不十分であった】 技術(手技)【誤った】 連携不適切【医師と看護職の連携不適切】 勤務状態【多忙であった】
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】
<内容> 生後12日目の患者で、高カロリー輸液剤をシリンジポンプを使用し注入していた。注射液の変更指示が出たため、薬液を作り、シリンジポンプにつなぎ変えた。その後、注射指示票と確認すると流量が違っていたことに気付いた。薬液変更とともに流量も変更になっていた。
<要因> 薬液の変更とともに流量も変更になっていたが気付かなかった。流量設定を注射指示票を見て確認しなかった。流量の変更が多かった。
<改善策> 注射の更新時は注射指示票の指示と確認する。

事例25-414：(鼻腔内への異物混入)

発生日【9月】 発生日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【10時～11時台】 発生場所【病室】
女性 3歳 患者の心身状態【その他】 発見者【家族・付き添い】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【0年6ヶ月】 部署配属年数【0年6ヶ月】
発生場面【患者周辺物品管理】 発生内容【その他の療養上の世話・療養生活のエラー】 発生要因-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> 付き添いの家族から鼻の中に異物が入っていると言われ、確認するとビーズが入っていた。鼻をかむと出てきた。患者に痛みや出血はなかった。
<要因> 数日前に保育で使用したビーズのプレスレットを患者に渡していた。
<改善策> 患者の年齢、状況にあったおもちゃを考慮して渡す。 ベッド周辺に危険物がないか環境整備と点検を徹底する。

事例 25-614：(検査前禁食指示の不履行)

発生月【8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】 不明 7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【0年4ヶ月】 部署配属年数【0年4ヶ月】	
発生場面【経口摂取】 発生内容【延食の忘れ】 発生要因-確認【不十分であった】 判断【誤りがあった】 心理的状況【他のことに気を取られていた、思いこんでいた】 患者・家族への説明【説明が不十分であった】	
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>	リーダー看護師よりMRI検査がある為、昼食後から絶飲食があることを聞き、個人ワークシートに記載した。その後、母親に検査の為、今から絶飲食になる事を説明すると納得されたため、絶飲食の時間が記入してある札をベッド柵に掛け退室した。14時の巡視時、母親に絶飲食が守られていることを確認した。15時、保育士におやつ延滞食が無いか聞かれたが、個人ワークシートを確認しないまま「無い」と答えてしまったため、そのままおやつが配られて食べてしまった。そのため絶飲食の指示が守れなかった。
<要因>	保育士から延滞食を確認された時に個人ワークシートを見て確認しなかった。おやつが配られることを忘れていた。絶飲食の時間が書かれた板がベッドサイドについてはいたが、保育士は確認をせず、配膳してしまっていた。家族は絶飲食である事は分かっていたが、おやつが配膳されたため、食べさせてしまっていた。病棟では絶飲食の確認をするための用紙があるが、記入するのを忘れていた。
<改善策>	受持ち患者の絶食の時間を聞かれた時は、必ず指示を書いた個人ワークシートを見て確認する。ラウンド毎、検査前に絶飲食が守られているか確認する。 検査の内容、使用薬剤の特徴について学習し、絶飲食の必要性について理解を深める。 家族に検査の必要性、絶飲食の時間を説明し協力を得る。 絶飲食の時間を説明する際には、なぜ絶飲食が必要であるかを分かりやすく説明する。 受持ち患者に延滞食や欠食がある時は、延滞食を確認する用紙に指示が出た時点ですぐに名前を記入する。 絶飲食が記入されている板は、見やすい位置に設置し全職員が分かるようにする。

事例 25-1837：(新生児沐浴後の臍の紛失)

発生月【9月】 発生曜日【火曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【12時～13時台】 発生場所【病棟のその他の場所】	
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【14年6ヶ月】 部署配属年数【6年4ヶ月】	
発生場面【その他の療養上の世話に関する場面】 発生内容【その他の療養上の世話・療養生活のエラー】 発生要因-確認・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>	沐浴時に臍の有無を確認、確認書にサイン後、沐浴を実施した。その後、臍を消毒しサージカルテープで2点固定後、下半身の余分な水分とサリチルパウダーをバスタオルでふき取り着衣した。新生児チェックの際、臍の紛失を他の看護師が発見し、捜したところ、ゴミ箱から発見した。発見後は母に手渡され了解された。
<要因>	臍消毒後、サージカルテープでの2点固定がしっかり行えていなかった。無意識のうちの行為であり、沐浴の一連の行為を責任を持って行えていなかった。
<改善策>	臍の固定は、皮膚にしっかりと固定されるよう十分な長さのサージカルテープで行う。 沐浴そのものの行為を含め、皮膚の観察や臍の有無の確認など、一連の行為を行う目的を念頭におき、責任を持って行うようにする。

事例25-1766：(作業療法に使用した裁縫針の置き忘れ)

発生月【7月】 発生曜日【火曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【10時～11時台】 発生場所【病室】
女性 69歳 患者の心身状態【視覚障害、精神障害、下肢障害、歩行障害】 発見者【他職種者】
当事者の職種【作業療法士 (OT)】 職種経験年数【0年4ヶ月】 部署配属年数【0年4ヶ月】
発生場面【リハビリテーション】 発生内容【未実施・忘れ】 発生要因-確認・観察【不十分であった】 判断【誤りがあった】 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> 裁縫道具を使用したリハビリを実施した。リハビリ終了後に、患者と介護士からマチ針の置き忘れの報告を受け、直ちに確認しに病室へ行ったところ、ベッド横の台の上にマチ針が放置されているところを発見した。直ちに安全な場所へ保管し、上司へその旨を報告した。
<要因> 患者に視野障害があるにも関わらず、道具使用後の最終確認を患者に任せてしまった。自らがマチ針の有無の確認を怠った。使用前と使用後のマチ針の本数を確認していなかった。セラピスト側の集中力不足があった。
<改善策> 使用前と使用後の針の本数の確認を行う。 使用後は、自らが針などの置き忘れがないか確認をする。 リハビリ用として物品個数を明確にした裁縫箱を作成する。

事例25-1805：(歩行訓練中の転倒)

発生月【8月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【8時～9時台】 発生場所【廊下】
女性 73歳 患者の心身状態【歩行障害】 発見者【当事者本人】
当事者の職種【理学療法士 (PT)】 職種経験年数【2年4ヶ月】 部署配属年数【2年4ヶ月】
発生場面【リハビリテーション】 発生内容【診察・治療等のその他のエラー】 観察【不十分であった】 技術(手技)【未熟だった】
影響度【その他】
<内容> 長距離歩行の練習のためカーペットフロアを歩行中、右足趾がカーペットに引っかかり前方へ転倒し、右前頭部及び右前腕部殴打し出血した。理学療法士が患者の横に見守っていたが、転倒が速度が速く転倒を回避できなかった。
<要因> 患者が歩行訓練を行う場所(カーペットの床)としては不適當であった。
<改善策> 長距離歩行訓練には患者に腰紐をつけてもらい、それをもちゆっくり歩く。

事例 2 5- 5 : (透析装置の警報音量操作に伴う対応の遅れ)

発生月【7月】 発生曜日【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【4時～5時台】 発生場所【病室】
男性 72歳 患者の心身状態【せん妄状態】 発見者【患者本人】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【2年3ヶ月】 部署配属年数【2年3ヶ月】
発生場面【血液浄化用カテーテル・回路】 発生内容【閉塞】 発生要因-確認【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> 持続血液浄化療法を実施している患者が、自ら透析装置の警報アラーム音量つまみを操作し、最小音量とした。結果として「ブラッドアクセス異常」の警報に看護師が気が付くのに時間を要し、回路内が凝固した。患者に影響は認めなかった。
<要因> せん妄状態である患者の観察の問題、ならびに「つまみの操作のみで音量を調節可能な」機器の仕組み上の問題も要因として考えられる。
<改善策> 音量調節つまみ部分に、カバーを製作し、保護する。

事例 2 5- 5 4 7 : (膀胱生検用検体の不十分な検体保存)

発生月【7月】 発生曜日【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【8時～9時台】 発生場所【検査室】
男性 76歳 患者の心身状態【歩行障害】 発見者【同職種者】
当事者の職種【臨床検査技師】 職種経験年数【25年4ヶ月】 部署配属年数【21年4ヶ月】
発生場面【病理検査】 発生内容【検体紛失】 発生要因-確認【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> 膀胱生検のパラフィンブロック作成中に、一部がないことに気付いた。カセットには確実に入れられており、ふたも確実にしめられていた。
<要因> 確認、チェックなどのマニュアル化が不十分。カセットの中に入れた検体を載せる台紙が少し大きく無理やり閉めたため、ふたの中央が若干浮き上がり隙間ができそこから出たのではないかと。
<改善策> カセットの蓋を確実にしめる。 小さな検体の場合、薄紙などで、上から柔らかく目に押さえて動かないようにする。 カセットを包埋時までに入れておく。 四角バットの水を捨てる時は、ガーゼで濾過し、ガーゼごと翌日夕方まで水の入った容器に保管する。 排水口の金網も同様に水の入った容器内で洗いそのまま翌日夕方まで保管する。

事例 25-586：(附属部品の劣化した酸素流量計の使用)

発生月【9月】 発生曜日【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【10時～11時台】 発生場所【病室】
男性 66歳 患者の心身状態【麻酔中・麻酔前後】 発見者【当事者本人】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【当事者複数】 部署配属年数【当事者複数】
発生場面【酸素療法機器】 発生内容【医療・歯科医療用具（機器）の点検管理ミス】
発生要因-確認【不十分であった】 知識【不足していた】 医療用具【管理が不十分だった】
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】
<p><内容> 患者より酸素の流れが悪いようだと言えがあった（安静時2L・歩行時ボンベで4L）。流量計フローボールは指示量であり、流出口に手を当て確認するが、酸素は流れておりSpO₂（経皮的酸素飽和度）もやや低め程度であったため、数日、特に対応せず経過した。その後も、訴え同様にあるため、流量計を交換したところ、流れがよくなり、SpO₂の上昇も見られた。流量計は、フローメーター部等のパッキンが劣化していた。</p>
<p><要因> 流量計は、耐用年数を越えて使用しており、パッキン等は購入以来交換していなかった。取り扱いが容易な機器に関しては、説明書を読んでいない。この機器には、5種類のパッキンを使用しているが、説明書にはパッキンの使用位置・交換方法などの詳細な説明はなく、病棟内で20台程度使用している機器の管理が困難な面もある。</p>
<p><改善策> この機種については、パッキンを確認するよう伝達し、実施した。使い慣れている簡便な機器も破損・変形・接続の緩み等日頃チェックするよう指導した。多くの部品交換を要しない機種に変更する。</p>

事例 25-734：(患者移動後の酸素投与開始忘れ)

発生月【9月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【不明】 発生時間帯【18時～19時台】
発生場所【放射線撮影室・検査室】
男性 1歳 患者の心身状態【その他】 発見者【他職種者】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【0年月数不明】 部署配属年数【0年月数不明】
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】 心理的状況【無意識だった】
その他【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】
<p><内容> 心疾患でHOT（在宅酸素療法）導入している小児患者。レントゲン撮影のため出棟する際、看護師がコットンカーに移動し、グリーンチューブ（酸素療法に使用するチューブ）を接続しそのまま出棟した。レントゲン室にて患者の顔色が悪くなり、技師より「酸素が流れていない」と指摘を受けて気付いた。SpO₂（非観血的酸素飽和度）は57%まで低下していた。</p>
<p><要因> 患者をコットンカーに移動し、グリーンチューブを接続した際に酸素流量の確認を怠った。</p>
<p><改善策> 患者が出棟するときは、看護助手に任せてしまっていて責任意識が薄かったということを確認し、基本に従って出棟時と帰室時に患者の状態を確認する。</p>

事例25-1748：(MRI検査を受ける患者のコンタクトレンズ除去忘れ)

発生月【9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【放射線撮影室・検査室】
男性 12歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【当事者本人】
当事者の職種【看護助手】 職種経験年数【0年8ヶ月】 部署配属年数【0年8ヶ月】
発生場面【MRI】 発生内容【その他検査のエラー】 発生要因-確認【不十分であった】 報告等【忘れた】 心理的状況【慌てていた】 連携不適切【多職種間の連携不適切】
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】
<内容> MRI(核磁気共鳴画像)検査前の問診にて、コンタクトレンズ装着している事が分かり、除去してもらう説明をした。患者に中待合いに座ってもらい、除去に必要な紙コップと生理食塩水を操作室に取りに入った。その際、看護師より他の業務を依頼され、コンタクトレンズの除去の事をすっかり忘れてしまっていた。技師に呼ばれた患者は、コンタクトレンズをしたまま検査室に入りMRI検査を受けた。検査後、患者から「コンタクトレンズはずさなかったけど大丈夫？」と聞かれ、コンタクト除去し忘れていた事に気が付いた。目に違和感なかったとの患者の返答を看護師、医師、技師に報告し、大丈夫であると患者に説明し帰宅してもらった。
<要因> 補助職と看護師、技師間の連絡不足。物品(コンタクトレンズ除去物品)の配置に問題があった。
<改善策> 技師はMRI入室時チェックリストを確認後、患者をMRI検査室内に入室させるよう、申し入れをする。コンタクトレンズ除去物品の配置場所を変更する。

事例25-1888：(バイポーラの誤った使用による熱傷)

発生月【7月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【10時～11時台】 発生場所【手術室】
女性 3歳 患者の心身状態【麻酔中・麻酔前後】 発見者【当事者本人】
当事者の職種【医師】 職種経験年数【11年3ヶ月】 部署配属年数【0年2ヶ月】
発生場面【その他の手術】 発生内容【診察・治療等のその他のエラー】 発生要因-確認【不十分であった】 判断【誤りがあった】 連携不適切【医師と看護職の連携不適切】 医療用具【複数の規格が存在した】
影響度【その他】
<内容> 扁桃腺摘出術の際止血のためバイポーラ(止血・凝固を意図した電気手術器)を使用した。コーティング無しのバイポーラを使用していたのに気付かず、手術を終了した。口唇口角の粘膜に熱傷を引き起こしていた。患者および家族に説明し、軟膏塗付を行った。
<要因> 当事者は当該病院に赴任して日が浅く、バイポーラは全てコーティングしてあると思っていた。
<改善策> 口蓋扁桃摘出術に使用するバイポーラは、コーティングのある物を準備することにした。 コーティングのあるバイポーラを増やした。 医局会で事例を伝え、新任医師に起こりやすい事例として注意を喚起した。

事例25-1924：(搬送に使用する酸素ポンベの閉栓忘れ)

発生月【7月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【18時～19時台】 発生場所【手術室】
女性 0歳 患者の心身状態【麻酔中・麻酔前後】 発見者【他職種者】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【22年9ヶ月】 部署配属年数【2年4ヶ月】
発生場面【酸素療法機器】 発生内容【その他の誤操作】 発生要因-確認【不十分であった】 心理的状況【慌てていた】 システムの不備【作業マニュアルの不備】 連携不適切【多職種間の連携不適切】 勤務状態【多忙であった】
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3日目の患者の手術のため、搬送用クベース（保育器）で手術室へ入室した。患者をクベースから手術台に移動し、クベースは術後搬送のために、手術室ホールに移動し準備した。手術が終了し手術室から退室時にクベースの酸素ポンベが空になっていることを発見し、急遽病棟より酸素ポンベを持ってきてもらい、対応した。入室後酸素ポンベの元栓を開けたままにしてあった。
<要因> 手術台に患者を移動した後、酸素ポンベの元栓を確認しなかった。退室用にクベース準備をした際に酸素ポンベの残量を確認しなかった。
<改善策> 手術台に患者を移動したら、酸素ポンベの元栓は閉める。 退室用クベースの準備をする際酸素ポンベの元栓や残量を確認する。

事例25-2005：(経腸栄養投与時間の誤り)

発生月【8月】 発生曜日【金曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【10時～11時台】 発生場所【病室】
男性 77歳 患者の心身状態【意識障害、上肢障害、下肢障害】 発見者【同職種者】
当事者の職種【助産師】 職種経験年数【8年4ヶ月】 部署配属年数【0年4ヶ月】
発生場面【与薬準備】 発生内容【与薬時間・日付間違い】 発生要因-確認【不十分であった】 知識【不足していた】 心理的状況【思いこんでいた】 システムの不備【指示伝達システム・コンピュータシステムの不備】
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> 経腸栄養剤(ラコール)が「朝・昼・夕食中 1日3回」投与の指示がだされた。看護システムのワークシートには、「10:00、14:00、20:00」と表示されているが、基礎指示には「朝、昼、夕」と記載されていた。深夜勤務者は朝(8時前)に投与を終了し、日勤者に終了していることを伝えた。日勤者はワークシートに「10時14時」と記載されていたために朝分(10時)のラコールを投与した。準夜勤務者に申し送りをしたところ、1日3回分の投与が日勤帯中に終了している誤りに気付いた。
<要因> 経腸栄養剤に適した処方方法の記載がシステム上ないため、「朝・昼・夕食中 1日3回」という指示を食間と思った。そのため1日4回投与であると思い込んだ。この指示は看護システムでは「10:00、14:00、20:00」と変換されるが、日常的に10時の指示は深夜勤務者が実施している。薬剤部から処方されるため内服の取り扱いであるが、基礎指示では食事の指示に記載されている。以上について、経験が浅いため間違いやすい状況にあった。
<改善策> 初めての指示や行為は確認をする。 看護システムの表記を正しくしてもらうよう提案した。

事例 25 - 2263 : (検査報告書の結果の印字場所誤り)

発生月【9月】 発生曜日【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【12時～13時台】	
発生場所【その他の場所（院内）】	
性別・年齢【不明】 患者の心身状態【不明】 発見者【同職種者】	
当事者の職種【臨床検査技師】 職種経験年数【26年0ヶ月】 部署配属年数【4年0ヶ月】	
発生場面【その他の検査に関する場面】 発生内容【結果報告】	
発生要因 - 施設・設備【その他の保守管理に関する問題】	
影響度【その他】	
<内容>	生化学報告書が一部改定となったが、血糖（血漿）の印字場所が変更されていないのに気付かず、新報告書の LDL コレステロールの場所に印字されていた（10日間で約280名）。
<要因>	報告書の設定変更の際のチェックが不十分だったため、血糖（血漿）の印字場所の変更がなされていないことに気付かなかった。
<改善策>	変更等の際はひとりでチェックせず、複数人でチェックするよう再度徹底する。

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10月1日から同年12月31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。内容・調査に時間を要する事例があることから、前回の報告書（第11回報告書）において対象とした事例を含め、事例を選択した。

図表IV-1 共有すべき医療事故情報

概要	内容
薬剤	<p>薬剤の注入経路を誤って投与した事例が報告された。</p> <p>1) ハイカリック1号をIVHルートに接続すべきところ、静脈末梢ルートに接続した（事例概要については本報告書67頁 図表Ⅲ-1、16番参照）。</p> <p>2) 経腸注入する内服薬を静脈内に誤って注入した。（事例概要詳細については本報告書67頁 図表Ⅲ-1、15番参照）</p> <p>3) 皮下持続注入予定のところ誤ってCVカテーテルラインの側管へ接続した。（事例概要詳細については本報告書67頁 図表Ⅲ-1、17番参照）</p>
薬剤	<p>薬瓶の表示を誤認して過量投与した事例が報告された。</p> <p>薬瓶のラベルの冒頭の表示で一瓶の総量が100mgだと思い、実際には5倍量投与した。（事例概要詳細については本報告書66頁 図表Ⅲ-1、11番参照）</p>
その他	<p>患者が疑問を投げかけたが、修正されずに実施された事例が報告された。</p> <p>患者は、点滴ボトルに書かれた薬の名前とプロトコールに書かれた薬の名前が違うことを疑問に思い質問をしたが、看護師は商品名と一般名の違いだと思い確認をしなかった。（事例概要詳細については本報告書67頁 図表Ⅲ-1、18番参照）</p>
薬剤	<p>薬剤のアレルギーの情報伝達に関連した事例が報告された。</p> <p>1) 検査伝票にはアレルギーなしへ印がつけられていたが、カルテのアナムネ用紙には、イオパミロン禁止の記載があった。（事例概要詳細については本報告書68頁 図表Ⅲ-1、24番参照）</p> <p>2) 患者は、前医からの紹介状にはアスピリン喘息の疑いが指摘されていたが情報が伝わらずロピオン注50mgを静脈内投与し、呼吸困難が出現した。（事例概要詳細については本報告書68頁 図表Ⅲ-1、25番参照）</p>
医療機器	<p>人工呼吸器の回路の誤接続に関連した事例が報告された。</p> <p>人工呼吸器の呼気弁ボディにフローセンサーを接続をするところ、フローセンサーと呼吸回路を誤って接続した。（事例概要詳細については本報告書92頁 図表Ⅲ-7、2番参照）</p>

概 要	内 容
医療機器	<p>人工呼吸器の回路の管理に関連した事例が報告された。</p> <p>患者に装着していた人工呼吸器（サーボ 900E）のウオータートラップの水の処理をした。その後、ウオータートラップ接続が片側において十分しまっていない状態であったことがわかった。</p> <p>（事例概要詳細については本報告書 92 頁 図表Ⅲ - 7、4 番参照）</p>

【2】再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」

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

図表Ⅳ - 2 「共有すべき医療事故情報」(再掲分)

概要	内容
薬剤	<p>類似した外観の薬剤取り違えの事例が報告された。 (第9回報告書 169 頁、第10回報告書 142 頁、第11回報告書 131 頁)</p> <p>手術の際、エフェドリンを準備するところをボスミンと、薬剤を取り違えた。エフェドリンとボスミンのアンプルの外観がよく似ていた。 (事例概要については本報告書 65 頁 図表Ⅲ - 1、1 番参照)</p>
薬剤	<p>インスリンに関する事例が報告された。 (第4回報告書 129 頁、第6回報告書 137 頁 第10回報告書 142 頁、第11回報告書 131 頁)</p> <p>看護師 A は、「インスリン 1 単位は 0.1 mL (実際の 10 倍量)」と理解していた。 (事例概要については本報告書 66 頁 図表Ⅲ - 1、10 番参照)</p>
薬剤	<p>オーダ入力する際、端末操作の誤りによる薬剤の指示間違いの事例が報告された。 (第10回報告書 141 頁)</p> <p>フラグミン投与を指示する際に、7.5 U/kg/日を 75.0 U/kg/日と処方した。 (事例概要については本報告書 66 頁 図表Ⅲ - 1、9 番参照)</p>
薬剤	<p>ワーファリン服用中の患者の出血に関する事例が報告された。 (第6回報告書 137 項)</p> <p>生検直前に他医療機関にてワーファリンが増量され、易出血状態にあったことに気付かなかった。また、術前にワーファリンの内服は把握していたが、患者のワーファリンの内服量を十分把握していなかった。 (事例概要については本報告書 69 頁 図表Ⅲ - 1 33 番参照)</p>
左右間違い	<p>手術部位の左右間違いが 2 件報告された。 (第8回報告書 137 頁、第10回報告書 143 頁、第10回報告書 143 頁、第11回報告書 131 頁)</p> <p>1) 慢性硬膜外血腫にて手術室で本来右側にマーキングをすべきところ左側のマーキングを施行したため、開頭部位を間違えた。</p> <p>2) 手術の際、主治医は 3DCTA (3 次元血管撮影) の画像に表示された左右表示をもとに左側を開頭した。開頭後、別の医師が手術側ではない左を開頭されていることに気付いた。3DCTA の画像の画像表示は、システムのバージョンアップ作業のため約 1 ヶ月間、代替機を使用して処理されていた。この 1 ヶ月間に処理された画像データに仕様外の情報が 1 箇所表示された。その表示は、画像の回転と同期しない左右表示であったため、主治医は画像の左右を見誤った。</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3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、第11回報告書 132 頁)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 患者はシャワー浴で麻痺側の左手を、支えになりそうな混合栓の上ののせて入浴していた。麻痺があったため混合栓を熱いとも感じなかった。シャワー浴後、左手に水泡、表皮剥離に気付いた。 2) 看護師は素手で指を1、2秒入れて湯の温度を確認したが熱いという印象はなく、施行中は手袋を使用した。洗浄後臀部の皮膚が茶色に剥がれており、2度の熱傷と診断された。(事例概要については本報告書106頁 図表Ⅲ-121番参照) 3) 下半身麻痺の患者に保温の為、湯たんぽを準夜帯で使用した。湯たんぽ(ゴム製)は患者の足先から離していたが、次の日の昼にシーツに血液付着があることに気付いた。左第3～5指からの出血、皮膚剥離があった。湯たんぽは作成時90度弱の湯を使用して作成した。

参考 医療安全情報の提供

今年度より医療事故情報収集等事業において報告書、年報を作成・公表する情報提供に加え、その内容の一部を事業に参加している医療機関等に対してファックス等により情報提供することとした。本報告書には、医療安全情報 No. 1 1～No. 1 3 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, 3 3 2 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. 11

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.11 2007年10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

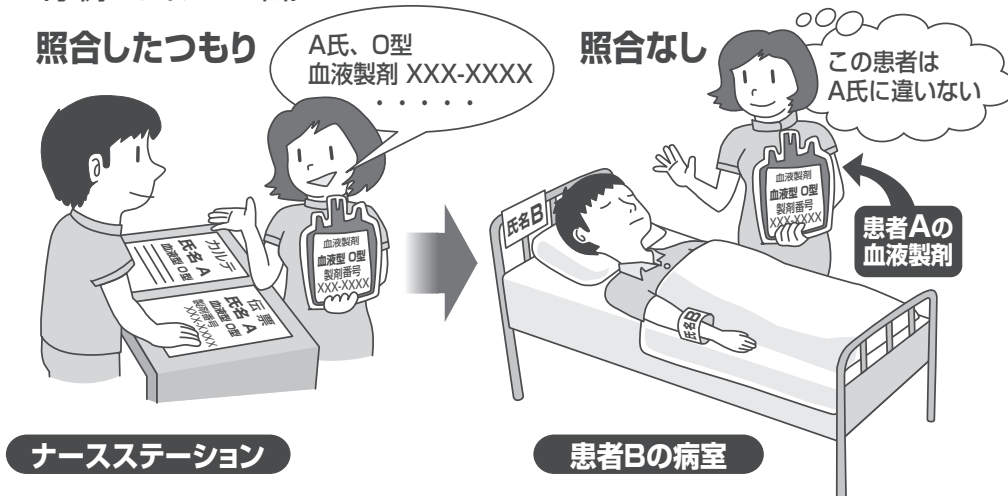
No.11 2007年10月

「誤った患者への輸血」

輸血療法施行時に患者を誤った事例が8件報告されています。(集計期間:2004年10月1日~2007年6月30日。第9回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

報告事例のうち6件は、輸血用血液製剤を接続する際に、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行わなかった事例です。

〈事例1のイメージ図〉



◆報告された事例6件のうち5件は、ナースステーションなどで輸血伝票やカルテなどで輸血用血液製剤の照合を行っていましたが、患者と製剤の照合を行わなかった事例です。

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業

医療
安全情報

No.11 2007年10月 ◆ ◆ ◆ ◆

[誤った患者への輸血]

事例 1

主治医は、患者Aの輸血用血液製剤実施の指示を出した。看護師は、輸血部から患者Aの輸血用血液製剤を持ってきた他の看護師とともに、ナースステーションで輸血用血液製剤と伝票の患者氏名、血液型の照合を行った。その後、看護師は、患者Bのベッドサイドに行き、その患者が患者Aであるかを照合せずに接続した。2時間後、主治医が患者Bのベッドサイドに行き、指示していない輸血用血液製剤が接続されていることに気付いた。

事例 2

主治医は、患者CとDの2人分の輸血用血液製剤の準備を行ったところで他の処置に呼ばれた。30分後、主治医は患者Cに輸血を行おうと、患者Dの輸血用血液製剤をトレイに入れ、患者Cの病室に行き、輸血用血液製剤が患者Cのものであるかを照合せずに接続した。その後、主治医は患者Cの輸血用血液製剤が投与されずに残っていたため、患者Cに患者Dの輸血用血液製剤を接続したことに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

**院内の輸血マニュアルを遵守し、
輸血用血液製剤を接続する際は、
患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行う。**

※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. 12

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.12 2007年11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

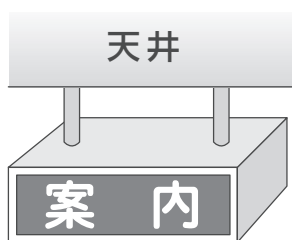
No.12 2007年11月

患者搬送中の接触

患者の搬送中に起こった事例が2件報告されています。2件とも点滴台が院内の施設の上壁に接触したことによる事例です。(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)。

**患者を搬送する際、天井などの上壁に
接触しないよう点滴台等の
高さの確認が必要です。**

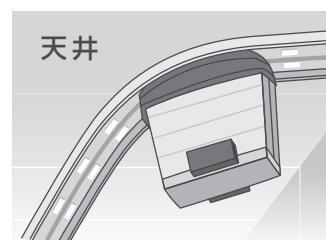
搬送する際、上壁が障害となる例



天井に敷設してある
サイン



下がり壁



天井を移動している
小型搬送機

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業



No.12 2007年11月 ◆ ◆ ◆ ◆

〔患者搬送中の接触〕

事例 1

ベッドの後方から点滴台がついていく形でCT室からICUへ患者を医師5名で搬送していた。扉を通過する際に、点滴台の上部が扉の上壁にぶつかり、その際に中心静脈カテーテルが抜去された。

事例 2

ストレッチャーで点滴を行いながら病棟へ患者を搬送していた。その途中、点滴台の上部が廊下の上壁にぶつかり、患者の眼に異物が入った。

事例が発生した医療機関の取り組み

**搬送に使用する場所の天井の最低高を確認し、
接触しないよう点滴台や
ストレッチャーなどの高さを決める。**

※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、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. 13

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.13 2007年12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.13 2007年12月

輸液ポンプ等の流量の確認忘れ

輸液ポンプ等（輸液ポンプ及びシリンジポンプ）を使用して、別の薬剤に変更する際に、流量の確認を忘れた事例が2件報告されています。（集計期間：2004年10月1日～2007年6月30日、第8回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

**輸液ポンプ等を使用して、
別の薬剤に変更する際に、
流量の確認を忘れた事例が
報告されています。**

◆輸液ポンプ等の流量に関連した事例には、この他、流量設定の操作間違いや複数の輸液ポンプ等を使用したことによる取り違えが報告されています。

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業



No.13 2007年12月 ◆ ◆ ◆ ◆

〔輸液ポンプ等の流量の確認忘れ〕

事例 1

シリンジポンプを使用して血液製剤を50mL/hで投与した。終了後、そのシリンジポンプを使用して別の薬剤を5mL/hで投与する予定であったが、流量を変更し確認するのを忘れた。シリンジポンプの残量アラームが鳴り、流量を確認しなかったことに気付いた。

事例 2

輸液ポンプで輸液Xと輸液Yを切り替えて使用していた。輸液Xを125mL/hで投与し、終了後、同じ輸液ポンプを使用して輸液Yを20mL/hで投与する予定であったが、看護師Aは流量を変更し確認するのを忘れた。その後、看護師Bが患者の病室に行った際、流量が変更されていないことに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

輸液ポンプ等を使用している時に薬剤を変更する際は、薬剤の流量の確認を必ず行う。

※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、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12月31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 *	日本大学歯学部付属歯科病院
順天堂大学医学部附属順天堂医院 *	日本大学松戸歯学部付属病院
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 *
東海大学医学部付属病院 *	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 *	明海大学歯学部付属明海大学病院
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)

資料2 参加登録申請医療機関一覧（285施設）

平成19年12月31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 登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
医療法人社団母恋 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
医療法人健康会 くにもと病院

【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
東北大学病院附属歯科医療センター

【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
 自治医科大学附属さいたま医療センター

【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
 榑原記念病院
 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
 公立大学法人 横浜市立大学附属
 市民総合医療センター
 横浜丘の上病院

【新潟県】

医療法人白日会 黒川病院
 医療法人崇徳会 長岡西病院
 医療法人社団白美会 白根大通病院
 医療法人責善会 村上ほまなす病院
 医療法人新潟勤労者医療協会 舟江病院
 新潟市民病院

【富山県】

富山赤十字病院

【石川県】

伊藤病院
 医療法人社団 金沢宗広病院
 医療法人社団 安田内科病院
 公立宇出津総合病院
 医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター
 金沢社会保険病院
 公立松任石川中央病院

医療法人恵愛会 松南病院
医療法人社団東野会 東野病院
医療法人社団浅ノ川 金沢循環器病院
医療法人社団修和会 片山津温泉丘の上病院

【福井県】

坂井市立三国病院
福井社会保険病院
レイクヒルズ美方病院
福井赤十字病院

【山梨県】

社会保険山梨病院
山梨赤十字病院
市立甲府病院

【長野県】

信越病院
昭和伊南総合病院
特定・特別医療法人慈泉会 相澤病院
長野赤十字病院
諏訪赤十字病院
安曇野赤十字病院
飯山赤十字病院

【岐阜県】

国民健康保険 坂下病院
朝日大学歯学部附属村上記念病院
岐阜赤十字病院

【静岡県】

順天堂大学医学部附属静岡病院
J A 静岡厚生連 静岡厚生病院
三島社会保険病院
財団法人 神山復生病院
裾野赤十字病院
特定医療法人社団松愛会 松田病院
社会保険浜松病院
社会保険桜ヶ丘総合病院
県西部浜松医療センター
沼津市立病院

【愛知県】

医療法人豊田山之手病院

豊田地域医療センター
医療法人豊和会 南豊田病院
社会保険中京病院
名古屋掖済会病院
小牧市民病院
総合病院南生協病院

【三重県】

四日市社会保険病院
山田赤十字病院
鈴鹿回生病院

【滋賀県】

社会保険滋賀病院
長浜赤十字病院
大津赤十字病院
財団法人近江兄弟社 ヴォーリス記念病院

【京都府】

医療法人仁心会 宇治川病院
医療法人芳松会 田辺病院
社会保険京都病院
三菱京都病院
舞鶴赤十字病院
京都府立与謝の海病院
医療法人啓信会 京都きづ川病院
京都第一赤十字病院

【大阪府】

医療法人ペガサス 馬場記念病院
独立行政法人労働者健康福祉機構 大阪労災病院
互恵会 大阪回生病院
医療法人愛賛会 浜田病院
関西医科大学附属滝井病院
市立豊中病院
宗教法人在日本南プレスビテリアンミッション
淀川キリスト教病院
特別医療法人真美会 中野こども病院
星ヶ丘厚生年金病院
医療法人藤井会 大東中央病院
医療法人温心会 堺温心会病院
医療法人愛仁会 高槻病院

医療法人祐生会 みどりヶ丘病院
 医療法人美杉会 佐藤病院
 日本赤十字社大阪府支部 大阪赤十字病院
 医療法人徳州会 八尾徳州会病院

【兵庫県】

特別医療法人高明会 西宮渡辺病院
 真星病院
 医療法人社団甲友会 西宮協立脳神経外科病院
 三菱神戸病院
 医療法人伯鳳会 赤穂中央病院
 神戸赤十字病院
 姫路赤十字病院
 医療法人 明和病院
 市立加西病院
 赤穂市民病院
 医療法人社団紀洋会 岡本病院
 社会福祉法人恩賜財団 済生会兵庫県病院
 西脇市立西脇病院
 医療法人財団姫路聖マリア会総合病院姫路聖マリア病院

【奈良県】

医療法人桂会 平尾病院
 医療法人郁慈会 服部記念病院
 奈良県立奈良病院

【和歌山県】

医療法人 奥村医院
 医療法人千徳会 桜ヶ丘病院

【鳥取県】

医療法人大淀会 米子東病院
 鳥取赤十字病院

【島根県】

大田市立病院
 益田赤十字病院
 松江青葉病院

【岡山県】

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

【広島県】

中国電力株式会社中電病院
 マツダ株式会社 マツダ病院
 総合病院三原赤十字病院
 尾道市立市民病院
 医療法人健真会 山本整形外科病院
 広島赤十字・原爆病院
 国家公務員共済組合連合会 広島記念病院
 国家公務員共済組合連合会 呉共済病院
 総合病院 庄原赤十字病院
 社会福祉法人恩賜財団広島県済生会
 済生会広島病院

【山口県】

医療法人和同会 宇部リハビリテーション病院
 総合病院山口赤十字病院

【徳島県】

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

【香川県】

特定医療法人財団エム・アイ・ユー 麻田総合病院
 香川県立中央病院

【愛媛県】

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

【高知県】

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

【福岡県】

社会保険久留米第一病院
 特定医療法人青洲会 福岡青洲会病院

北九州市立若松病院
医療法人 西福岡病院
福岡赤十字病院
嘉麻赤十字病院
社会福祉法人 新栄会病院
医療法人笠松会 有吉病院

【佐賀県】

佐賀社会保険病院
社会保険浦之崎病院
佐賀県立病院好生館
唐津赤十字病院
武雄市立武雄市民病院

【長崎県】

健康保険諫早総合病院
日本赤十字社長崎原爆病院
佐世保市立総合病院

【熊本県】

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

【大分県】

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

【宮崎県】

医療法人慈光会 宮崎若久病院

【鹿児島県】

医療法人 藤田眼科
医療法人潤愛会 鯨島病院
医療法人健幸会 天辰病院
特定医療法人大進会 希望ヶ丘病院
財団法人慈愛会 今村病院
医療法人徳洲会 鹿児島徳洲会病院
医療法人清泉会 伊集院病院
鹿児島県立整肢園

川内市医師会立市民病院
医療法人仁風会 日高病院
垂水市立医療センター垂水中央病院

【沖縄県】

沖縄赤十字病院
医療法人仁愛会 浦添総合病院

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	

薬剤に関する項目

18	発生場面 与薬準備 <input type="checkbox"/> 与薬準備 <input type="checkbox"/> その他の与薬準備に関する場面（ ） 処方・与薬 <input type="checkbox"/> 皮下・筋肉注射 <input type="checkbox"/> 静脈注射 <input type="checkbox"/> 動脈注射 <input type="checkbox"/> 末梢静脈点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈注射 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 坐剤用 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 点鼻・点眼・点耳 <input type="checkbox"/> その他の処方・与薬に関する場面（ ） 調剤・製剤管理等 <input type="checkbox"/> 内服薬調剤・管理 <input type="checkbox"/> 注射薬調剤・管理 <input type="checkbox"/> 血液製剤管理 <input type="checkbox"/> その他の調剤・製剤管理等に関する場面（ ）
	薬剤・製剤の種類 <input type="checkbox"/> 血液製剤 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 抗腫瘍剤 <input type="checkbox"/> 循環器用薬 <input type="checkbox"/> 抗糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 抗不安剤 <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤 <input type="checkbox"/> その他の薬剤（ ）
19	事故の内容 処方・与薬 <input type="checkbox"/> 処方量間違い <input type="checkbox"/> 過剰与薬 <input type="checkbox"/> 過少与薬 <input type="checkbox"/> 与薬時間・日付間違い <input type="checkbox"/> 重複与薬 <input type="checkbox"/> 禁忌薬剤の組合せ <input type="checkbox"/> 投与速度速すぎ <input type="checkbox"/> 投与速度遅すぎ <input type="checkbox"/> 患者間違い <input type="checkbox"/> 薬剤間違い <input type="checkbox"/> 単位間違い <input type="checkbox"/> 投与方法間違い <input type="checkbox"/> 無投薬 <input type="checkbox"/> その他の処方・与薬に関する内容（ ） 調剤・製剤管理等 <input type="checkbox"/> 処方箋・注射箋監査間違い <input type="checkbox"/> 秤量間違い調剤 <input type="checkbox"/> 数量間違い調剤 <input type="checkbox"/> 分包間違い調剤 <input type="checkbox"/> 規格間違い調剤 <input type="checkbox"/> 単位間違い調剤 <input type="checkbox"/> 薬剤取換え調剤 <input type="checkbox"/> 説明文書の取換え <input type="checkbox"/> 交付患者間違い <input type="checkbox"/> 薬剤・製剤の取換え交付 <input type="checkbox"/> 期限切れ製剤の交付 <input type="checkbox"/> その他の調剤・製剤管理等に関する内容（ ） 薬剤・血液製剤管理 <input type="checkbox"/> 混合間違い <input type="checkbox"/> 薬袋・ボトルの記載間違い <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> A B O型不適合製剤の交付 <input type="checkbox"/> 異物混入 <input type="checkbox"/> 細菌汚染 <input type="checkbox"/> その他の薬剤・血液製剤管理に関する内容（ ）
	関連医薬品 販売名 （ ） 剤型 （ ） 規格単位 （ ） 製造（輸入販売）業者名 （ ）

輸血に関する項目

18	発生場面 <input type="checkbox"/> 輸血検査 <input type="checkbox"/> 放射線照射 <input type="checkbox"/> 輸血実施 <input type="checkbox"/> その他の輸血に関する場面（ ）
19	事故の内容 輸血検査 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検体取換え <input type="checkbox"/> クロスマッチ間違い <input type="checkbox"/> 結果記入・入力間違い <input type="checkbox"/> その他の輸血検査に関する内容（ ） 放射線照射 <input type="checkbox"/> 未実施・忘れ <input type="checkbox"/> 過剰照射 <input type="checkbox"/> 患者取換え輸血 <input type="checkbox"/> 製剤取換え輸血 <input type="checkbox"/> その他の血液製剤への放射線照射及び輸血に関する内容（ ）

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 「第4回医療事故の分析と報告に関する研修会」資料

I 「第4回医療事故の分析と報告に関する研修会」開催結果概要

1 受講状況

(1) 受講者数 69名（報告義務医療機関：44名、任意医療機関：25名）

(2) 受講者内訳

○職種

医師	11名	歯科医師	4名	看護師	47名
薬剤師	2名	助産師	1名	臨床検査技師	1名
理学療法士	1名	事務職員	2名		

○医療安全管理の専従者数 37名

2 アンケート結果 ※未選択があるため100%にならない項目がある

(1) 回答者68名（回収数68、回答率100%）

(2) RCA分析講義の理解度（講義内容毎）

①事例の選別	：（よく）理解できた88%、（あまり）理解できなかった：9%
②なぜなぜ分析の方法	：（よく）理解できた84%、（あまり）理解できなかった：12%
③因果図作成の方法	：（よく）理解できた78%、（あまり）理解できなかった：16%
④質問カードの考え方	：（よく）理解できた52%、（あまり）理解できなかった：44%
⑤原因要約の方法	：（よく）理解できた82%、（あまり）理解できなかった：15%

(3) 演習の理解度（演習内容毎）

①出来事流れ図の作成方法	：（よく）理解できた94%、（あまり）理解できなかった：4%
②なぜなぜ分析の方法	：（よく）理解できた90%、（あまり）理解できなかった：9%
③因果図作成の方法	：（よく）理解できた81%、（あまり）理解できなかった：18%
④原因要約の方法	：（よく）理解できた81%、（あまり）理解できなかった：18%

(4) 分析や分析を行う場に関する疑問

- ①受講前の疑問の有無 : あった 57% なかった 37%
- ②受講による疑問点の解消 : (概ね) 解消された87%、(あまり) 解消されなかった10%
- ③あまり解消できなかった理由:
- ・SHELL 分析を使用していてなかなか深まらないことが問題だったが、RCA の考えでやっていけばその点がクリアでき対策を立てられると思う。
 - ・インストラクターの先生によって微妙に言われることが違う。
 - ・病院に帰って企画・運営できるかどうか不安。
 - ・もっと簡単な事例にしてほしい
 - ・1回だけの研修では時間がなく十分理解できなかった。今後数回の研修が必要である。
 - ・自分自身の発想の無さ、力の無さを痛感してしまい解決策までは到達できなかった。
 - ・場に関する疑問点とは院内に場が十分かという点で、これは研修では解消できない。
 - ・分析の方法、なぜなぜの流れ図を作成することで見えなかった所が見えてきた。

(5) 「医療事故報告の方法 (講義)」の理解度

講義内容の理解 : (よく) 理解できた 94%、(あまり) 理解できなかった 6%

(6) 医療事故報告に関する疑問

- ①受講前の疑問の有無 : あった 32% なかった 65%
- ②受講による疑問点の解消 : (概ね) 解消された 91%、(あまり) 解消されなかった 5%
- ③あまり解消されなかった理由:

(7) 研修運営について**ア) 日程の設定**

- ①曜日の設定 : 土、日が望ましい 10%、平日が望ましい38%、 どちらでもよい 50%
- ②期間(長さ, 時間): この長さでよい 81%、もう少し長い方がよい 18%、もっと短くてかまわない 2%
- ③適当と考える期間 : 3日程度 4名、2日 7名、1日 1名

イ) 研修会に関する主な希望等

- ・(研修を) 継続してもらいたい。
- ・1日演習をすることで実際に流れややることがわかりやすかった。その都度部分発表も刺激となりわかりやすかった。
- ・RCA の実際を1回ではなく、グループワークで2回行なったほうが理解が深まると思う。
- ・RCA を院内スタッフに広げる方法について知りたかった。
- ・組織体制作りとして、幹部・医師をもっと参加させてほしい。医療安全係長一人では組織は変わらない現状がある。組織として成功している事例を取り上げたり、情報がほしい。
- ・道筋が少し見えた。施設に帰ってまずやってみたい。今後事例を重ねて勉強したい。
- ・2名応募したが1名しか採用されなかったのもう少し人数を増やしてほしい。

- ・東京以外の場所で開催されると近くの施設から参加しやすい。昨年は落選し参加できなかったので、研修開催を増やして参加人員を増やしてほしい。

(参考) プログラム

平成19年8月10日(金)(第1日目)

時間	項目	備考
13:00～	挨拶	医療事故防止センター長 野本 亀久雄
	オリエンテーション	事務局
13:10～14:10	医療事故情報収集等事業の現状と課題	医療事故防止センター 医療事故防止事業部長 後 信
14:10～14:20		休憩
14:20～15:30	医療事故分析の意義	講師 (財)電力中央研究所社会経済研究所 ヒューマンファクター研究センター 上席研究員 佐相 邦英
15:30～15:40		休憩
15:40～17:10	RCAの概要と実施の方法	講師 東邦大学医学部社会医学講座 医療政策・経営科学分野 助教 リスクマネジャー 藤田 茂
17:10～17:30	RCAの課題設定と進行手順説明 連絡事項	事務局

平成19年8月11日(土)(第2日目)

時間	項目	備考
9:00～9:10	オリエンテーション	事務局
9:10～12:20	RCA演習	演習担当者 城川 美佳(東邦大学医学部社会医学講座) 坂口 美佐(滋賀医科大学医学部附属病院) 佐相 邦英((財)電力中央研究所社会経済研究所 ヒューマンファクター研究センター) 千本 美紀(前日本医療機能評価機構) 藤田 茂(東邦大学医学部社会医学講座)
12:20～13:20		お昼休み
13:20～15:00	引き続きRCA演習	
15:00～15:50	RCA演習まとめ	演習担当者
16:00		閉会

II RCA演習用事例

神田駿河台医療センター事例報告書

報告日	平成19年7月24日	所属	整形外科	報告者	B
患者名	A ○太郎	生年月日	昭和25年○月△日	年齢	59歳
入院日	平成19年7月15日	病名	腰椎椎間板ヘルニア		
発生日	平成19年7月24日 15時頃	場所	レントゲン透視室		
発見日	平成19年7月24日 15時頃	場所	レントゲン透視室		
発見者	報告者（脳外科A医師）	報告先	医療安全管理室長、主治医、看護師長		
発生種類	<input type="checkbox"/> 薬剤 <input checked="" type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療機器の使用 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他				
内容	A氏のミエログラフィーを主治医Cから依頼された。すでにレントゲン透視室で介助に入っていたD研修医に薬剤の準備を依頼した。A氏にスパイナル針を挿入し、研修医に薬を取ってもらい注入した。造影されないのでおかしいと思い確認したところ、造影剤のイソビストではなく1%キシロカインであった。				
原因	確認、連携不足				
発生後の状況	下肢の知覚鈍麻が軽度出現したが、徐々に改善した。				
発生後の対応	直ちに検査を中止した。血管確保し全身状態を観察した。				
結果	健康被害はない。				
改善策	指示はなるべくあやふやな表現は避ける。口頭指示を受ける場合は復唱をする。				
発生部署の意見	今後は十分注意し、忙しくても①指示は明確に出す、②研修医が指示を受ける場合は復唱する、ということを進んでいきたい。				

神田駿河台医療センター概要

医療機関名	神田駿河台医療センター		
診療科目	内科(呼吸器科・消化器科・循環器科・腎臓内科・血液内科) 小児科・外科・整形外科・形成外科・脳神経外科・神経内科・心臓血管外科・泌尿器科・皮膚科・産科・婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・放射線科・麻酔科		
許可病床数	524床 (ICU6床)		
看護単位	13病棟・中央手術部・集中治療部・中央材料部・外来・透析部・救急部・健康管理センター		
診察受付時間	月曜～土曜/午前 8:00～午前 11:30 日曜・祝日/休診 救急部は 24 時間体制		
施設基準等	一般病棟入院基本料 1-1	急性期特定入院加算	
	紹介外来特別加算	入院時医学管理加算	
	診療録管理体制加算	夜間勤務等看護加算	
	療養環境加算	重症者等療養環境特別加算	
	特定集中治療室管理料	開放型病院共同指導料	
	薬剤管理指導料	無菌製剤処理加算	
	画像診断管理加算 1	総合リハビリテーション施設	
	言語聴覚療法 2	埋込型徐細動器移植術及び交換術	
	補助人工心臓	体外衝撃波腎・尿管胆石結石破碎術	
	経皮的冠動脈形成術 (アテレクトミー含)		
	大動脈バルーンパンピング法		
	経皮的冠動脈形成術 (ステント留置、アテレクトミー含)		
	ペースメーカー移植術		
	高エネルギー放射療法		
	心疾患リハビリテーション		
救急等	救急告示病院・二次体制常時協力病院		
その他	厚生労働省臨床研修指定病院		

1日平均入院患者数	473人	職員数	医師	112人 + 研修医 6人
1日平均外来患者数	1300人		薬剤師	20人
年間手術件数	5500件		看護師	400人
年間救急患者数	17000人		助産師	20人
平均在院日数	15.6日		看護補助者	36人
			臨床工学技士	6人

関係者のプロフィール

- B 医師 当該事例の**背髄腔造影施術者**
11年目整形外科医
- C 医師 A氏（患者）の主治医 8年目整形外科医
- D 医師 経験4ヶ月目の研修医 整形外科は1ヶ月目
当日午後はレントゲン透視室の担当であった。
- E 看護師 当日のレントゲン透視室での整形外科処置の担当看護師
職種経験年数 26年目 整形外科外来配属年数 2年目

医療安全管理者による当事者インタビュー（事実確認）

「なるべく時間の経過に沿って、事実を教えてください」との問いに・・・

B 医師： C 先生から12時ころ電話で依頼されました。外来が終わらないって言われて・・・お互いフォローするのは当然ですので、14時ころから1時間は時間が取れる余裕があったので依頼を受けました。簡単な検査ですし・・・レントゲン透視室には14時15分ころ入りました。D先生は私が検査室に行ったときにはもう、そこにいましたよ。だから「Aさんのミエロ、準備してね」と頼みました。D先生は研修医ですが、昨日も検査についたはずなのでわかるだろうと思って、特に細かい打ち合わせはしませんでした。検査物品を見た時、注射器が2本用意してあったので、傍にいたE看護師に「局麻はしないよ」と声をかけました。

患者Aさんは、14時20分ころレントゲン透視室に来ました。カルテを見て14時30分、時間通りには消毒を始めたと思います。それからすぐに「薬を取って」と造影剤を取るようD先生に指示しました。見ていれば進行状況はわかると思ったんですけど・・・

それから造影剤と思って薬を3mL 注入しました。それで造影して写らないのでおかしいと思い、D医師に「イソビストだよな？」と聞いて間違いに気付いたんですよ。

口頭指示のルール？・・・うーん、わかっているけど、口頭指示っていう認識はなかったな。みんなそうなんじゃない？日頃やってることですし・・・薬の確認をしなかったのは自分でも悪いと思います。自分の責任に跳ね返ってくることですからね。

C 医師： 午前中の外来がたて込んでいて、14時30分のAさんの検査予約時間に間に合わないと思ったので、12時ころ、B先生に電話でお願いしました。B先生は快く受けてくれました。もちろん間に合えば自分でやるつもりでしたが外来が終わらなかったで・・・

D 医師： 午後からレントゲン透視室当番だったので、12時40分ころから検査室にいました。B先生は早めにレントゲン透視室にこられて、Aさんのミエロの準備を依頼されたので、いつもどおりにしました。看護師さんは一人ですので、ちょうど忙しそうでした。14時30分ころミエロが始まりました。Aさんは左片まひのため、左側臥位ができないので、右側臥位になってもらいました。それからB先生が消毒を始めて・・・僕がいる所からはAさんの消毒部位もB先生の手元も見ることではできなかったんです。ですので、たぶん消毒しているだろうな・・・と思ってからすぐにB先生が「薬を取って」とおっしゃったので、局所麻酔だと判断しました。渡す時「薬ですね」と復唱しました。B先生は何もおっしゃいませんでした。それからB先生が造影画面を見て「写らないぞ！」とおっしゃったのでびっくりしました。

E 看護師：レントゲン透視室は、看護師が必ず介助につけると限りません。他の患者さんの対応もあるし・・・。D先生は手際もいいと思ったし、お任せしても大丈夫だと思ってました。造影のできる部屋が狭いのは問題ですが、今回のことはちょっとした不注意だと思います。D先生もこれから気をつけると思いますし・・・。

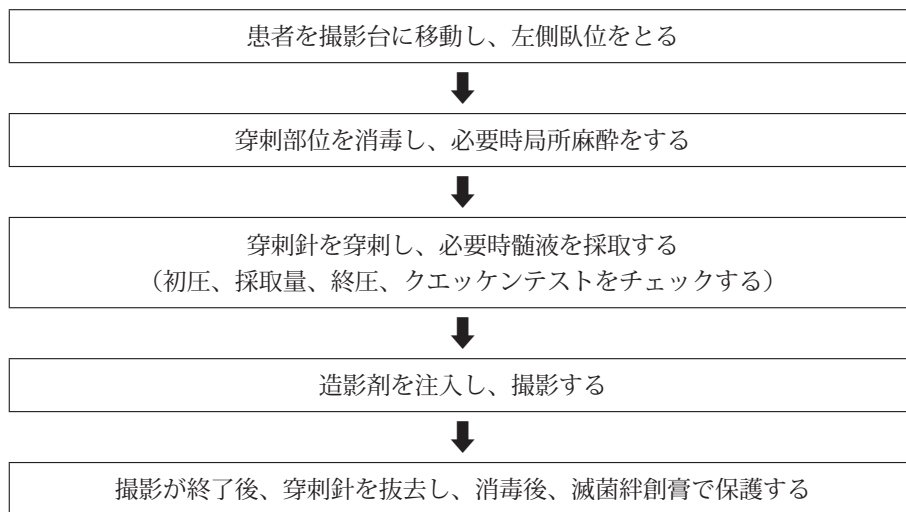
神田駿河台医療センターの検査業務手順

脊髄腔造影（ミエログラフィー）

方法：脊髄腔（くも膜下腔）に造影剤を注入し、レントゲン透視、レントゲン写真を撮影し、脊髄・神経根や脊柱管の病変を診断する。

- 必要物品：①薬品 造影剤（イソビスト 240 10mL）
局所麻酔剤（1%キシロカイン 5mL）※場合により
- ②器具等 スパイナル針（21G） 注射針（18G） 注射器（10mL）
穴あき四角布 ガーゼ
※局所麻酔時 注射針（23G） 注射器（5mL）
※髄液採取時 ルンバールセット 三方括栓 細径エクステンションチューブ
- ③消毒 シャーレ イソジン液 綿球 消毒セッシ

手 順



注意事項

- ① 医師の指示があれば、検査後 CT をとる
- ② CT 帰室後は安静度フリーとし、翌日から入浴可とする
- ③ 痙攣、頭痛、嘔気、嘔吐、腰背部痛、四肢の痺れ、知覚障害など副作用の観察

事故発生時の状況

- 検査時の位置 図1
- 準備されたシリンジ 図2
- 当日の検査室での処置予定

13時 ～ 13時45分	神経根ブロック
13時45分～14時30分	神経根ブロック
14時30分～15時30分	脊髄腔造影
15時30分～16時30分	脊髄腔造影

その他の情報

当該科について

- 整形外科は診療部長以下6名。
- 外来は午前中のみ行っており、受診患者は平均70名/日である。外来は午後にずれ込むことも多い。入院患者は常時40名程度である。整形外科の手術件数は約230件/年であり、背髄腔造影（ミエログラフィー）は2件/月程度である。

レントゲン透視室について（当該事例に関することを抜粋）

- 当該レントゲン透視室は1箇所であり、背髄腔造影と神経根ブロックは週2回（火）（木）の午後行い、担当医が行うことになっている。
- 当該レントゲン透視室での背髄腔造影は、8件/月程度（整形外科2、脳神経外科3、神経科3）である。
- 看護師は使用する科の外来看護師が担当する

検査に関する教育・研修について

- 院内で検査業務手順が定められているが、教育は各部署に任せてある。
- 今回事例が発生した部署では、実施しながら指導医が教えている。

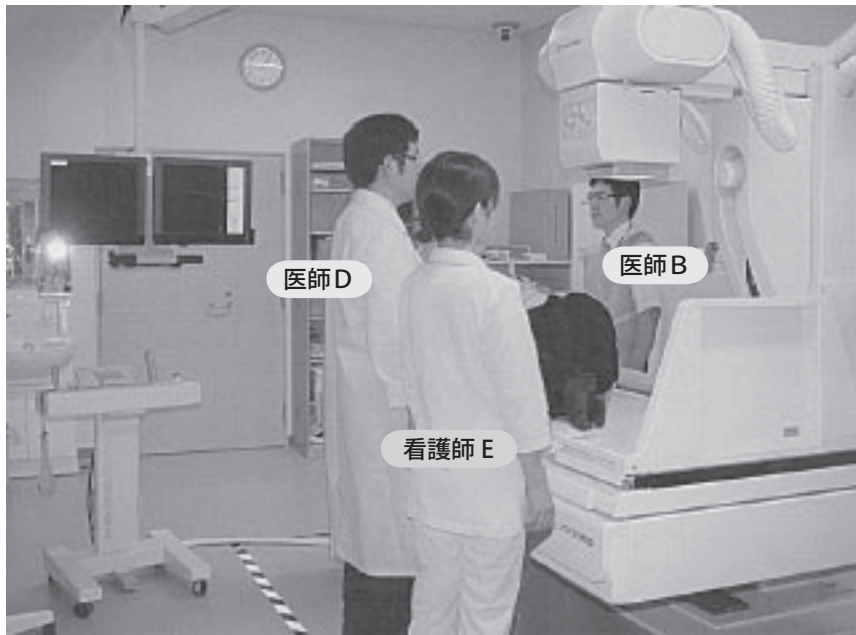


図1 事故発生時の関係者の位置



図2 準備されていた注射器のイメージ

神田駿河台医療センターの口頭指示取り決め

原則として口頭指示は禁止

患者急変時など急を要する場合は次のことを注意する

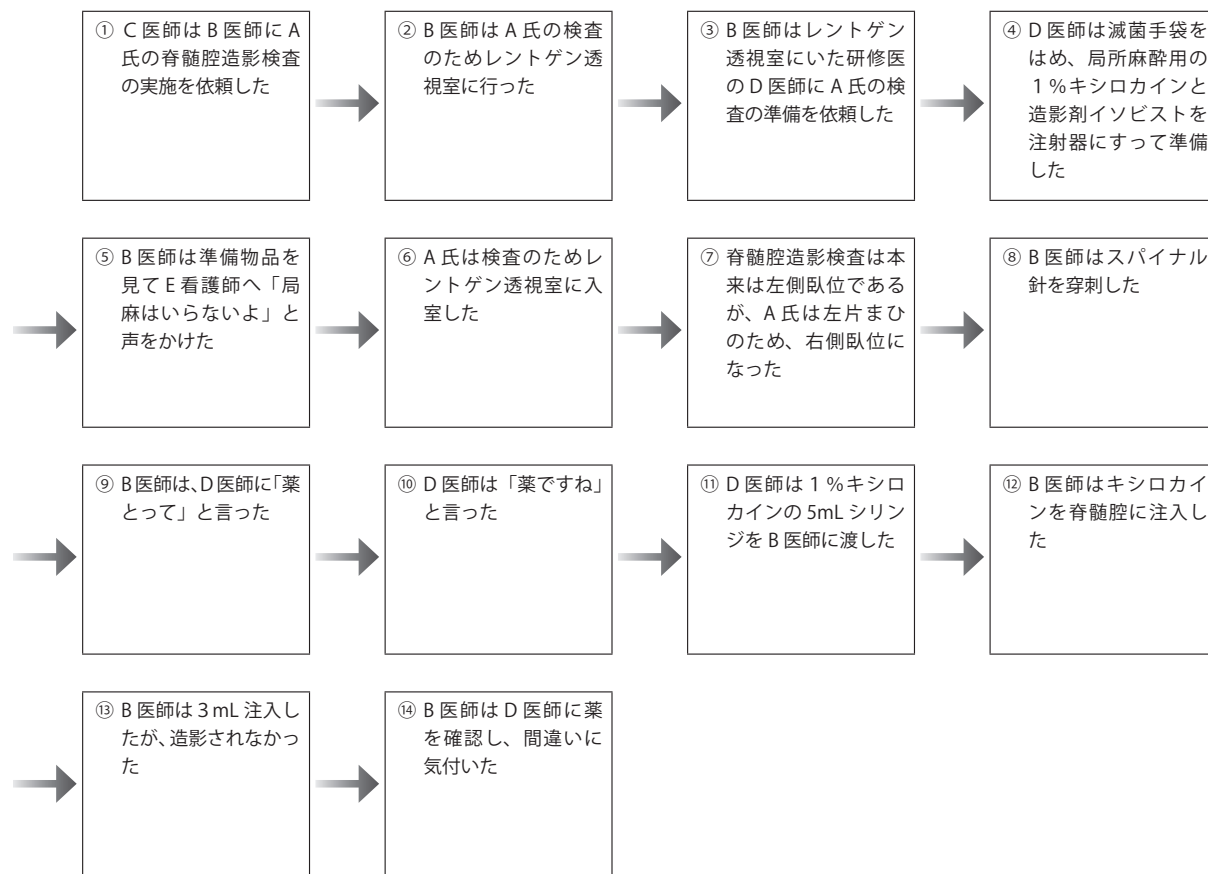
- ① 口頭指示を受けたら、復唱確認する
- ② 注射液などの準備はシリンジにアンプルをつけ、医師に見せ薬名、量、を言って医師に渡す。

看護師の取り決めで病院の取り決めはない。

III 根本原因分析（RCA）研修の実際

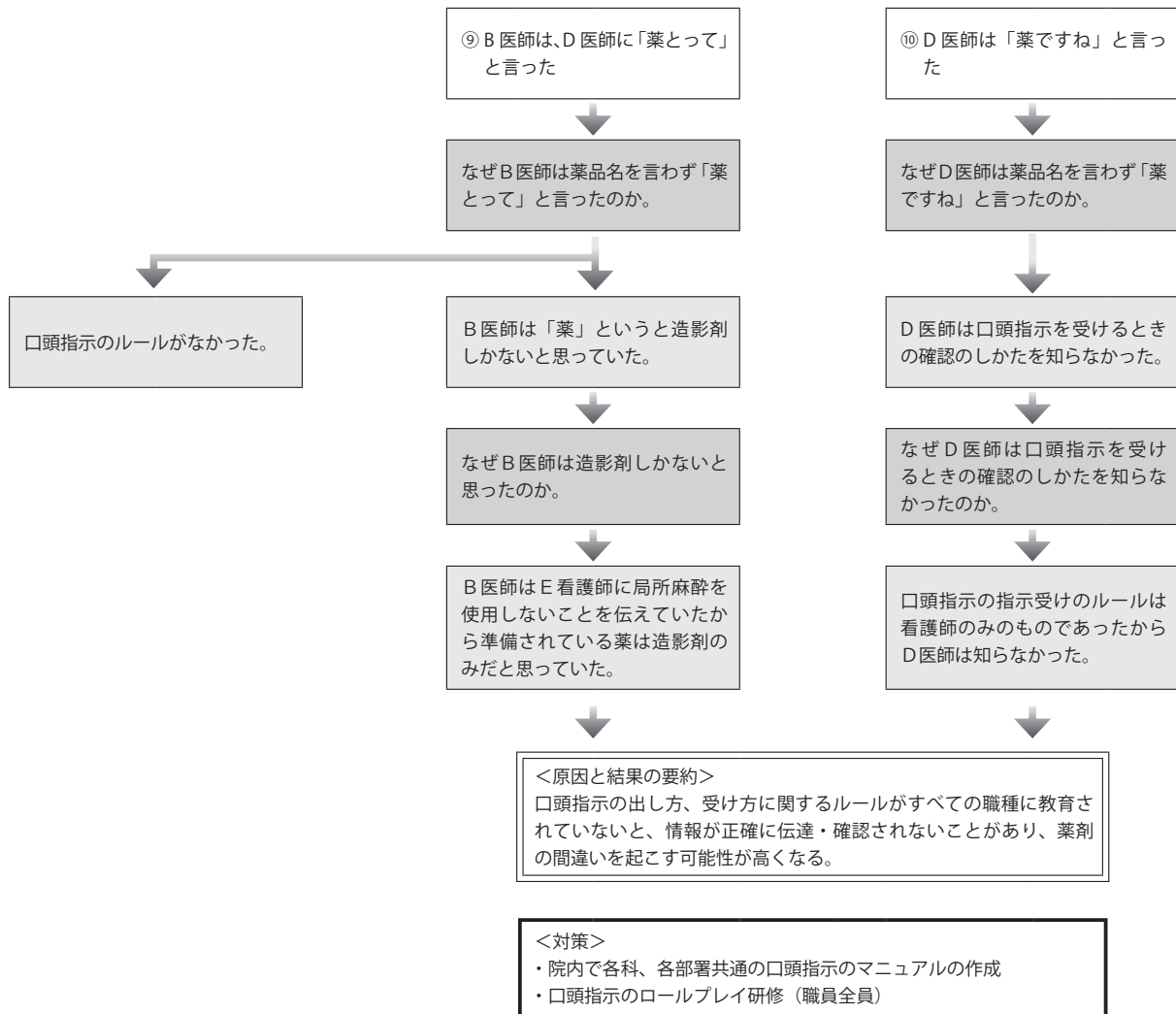
「第4回医療事故の分析と報告に関する研修会」において、RCA 演習用事例の分析例を医療安全に関わる医療専門職、安全管理の専門家により出来事流れ図を作成し、4つの場面を抽出し、RCA分析を展開した一例を紹介する。

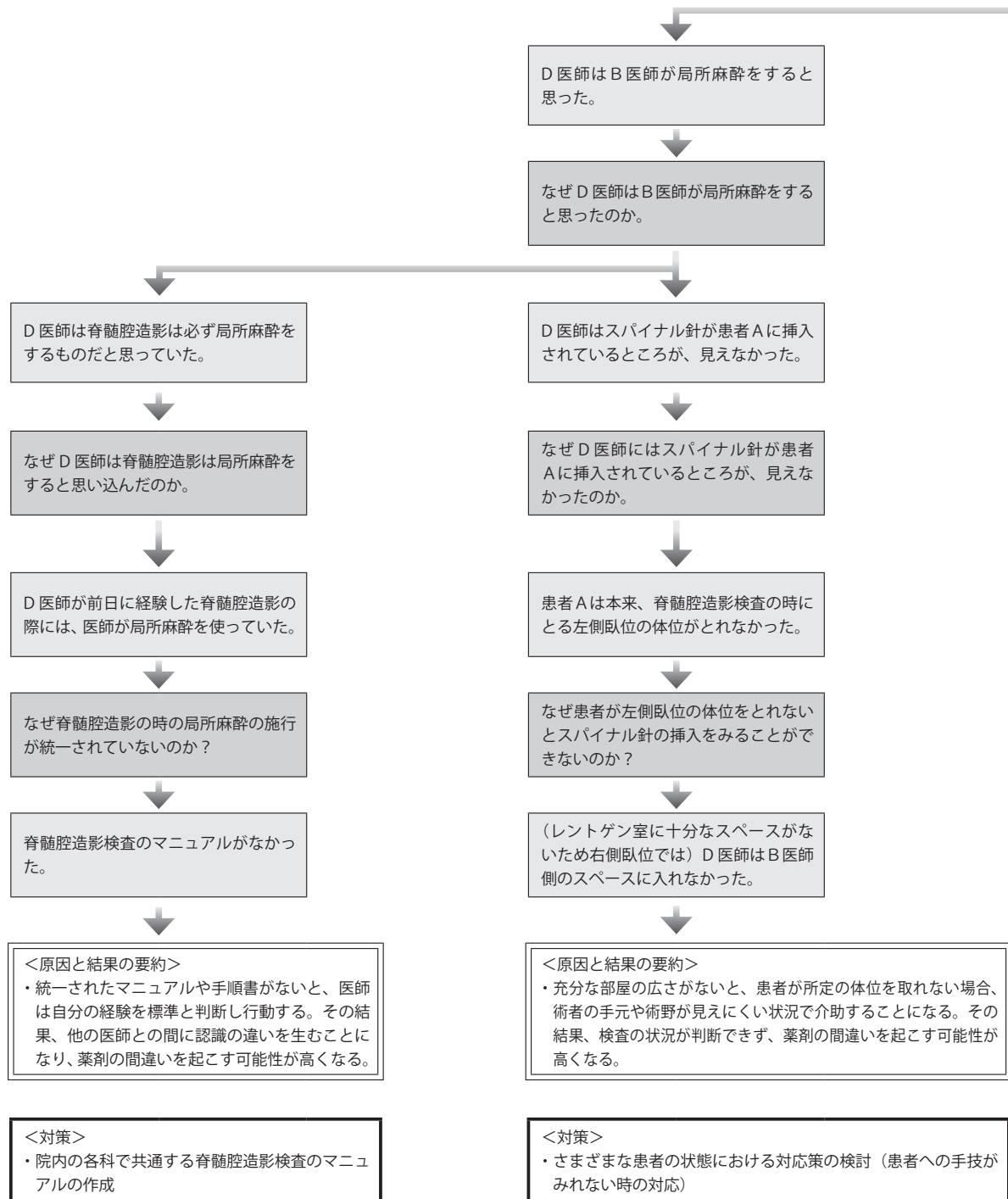
(1) 出来事流れ図

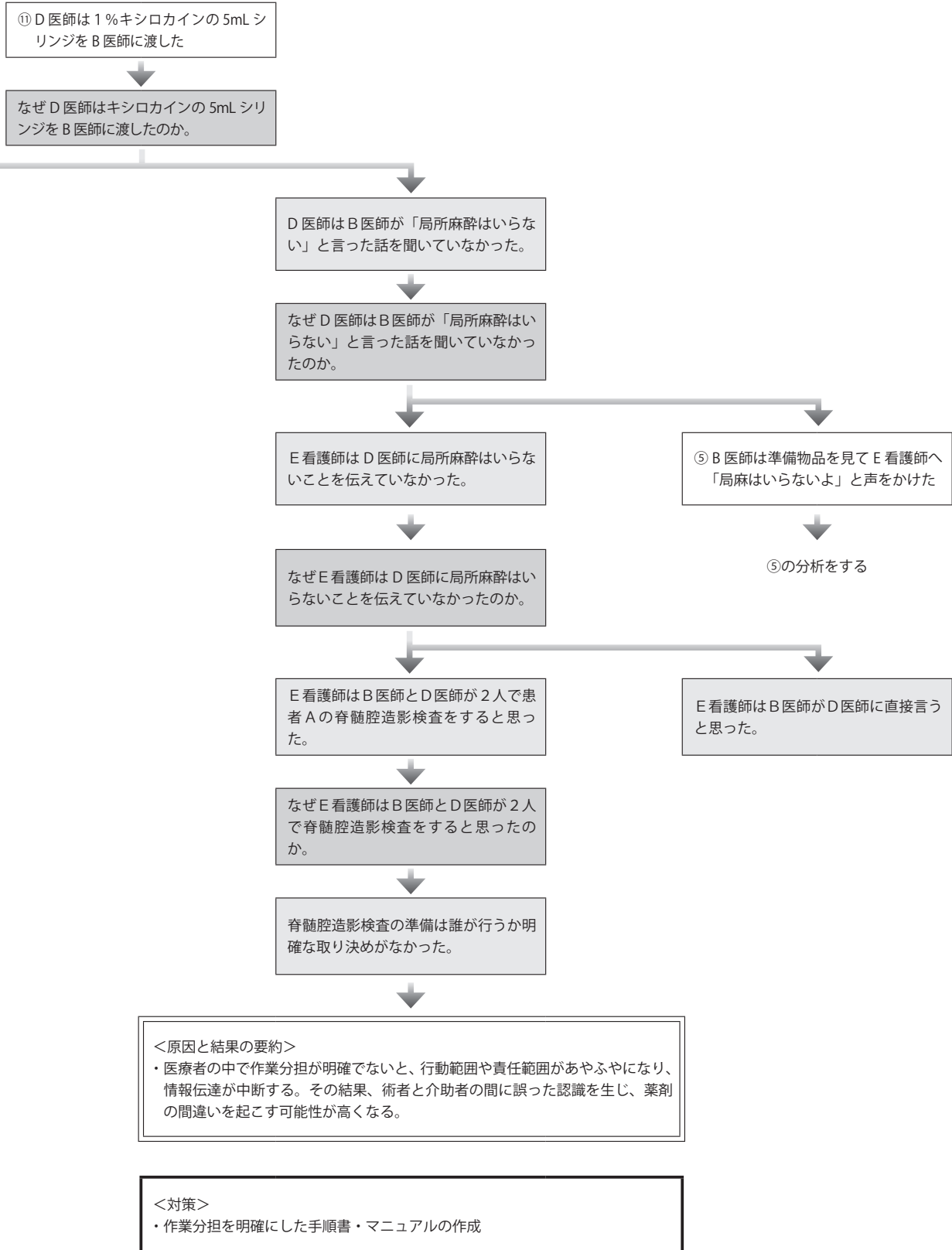


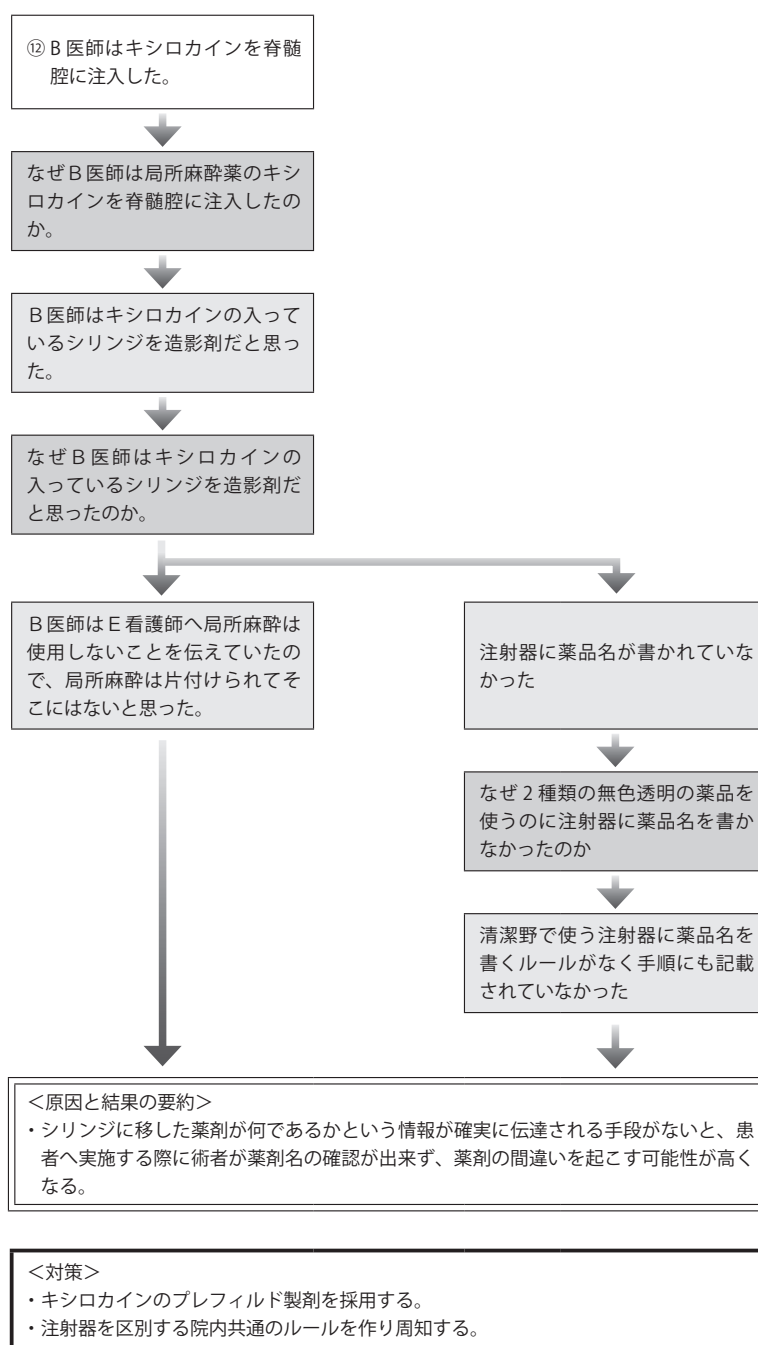
(2) RCA分析の一例

出来事流れ図 No 9、No 10、No 11、No 12 の場面で RCA 分析を展開した。









資料5 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6 ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧

平成19年9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 219施設

独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター 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 函館病院 独立行政法人国立病院機構 米沢病院
 独立行政法人国立病院機構 西札幌病院 公立置賜総合病院
 勤労者医療協会 当別診療所 社会保険二本松病院
 総合病院北見赤十字病院 北福島医療センター
 旭川赤十字病院 医療法人博郁会 椎名産婦人科
 北海道社会保険病院 根本眼科
 医療法人 王子総合病院 独立行政法人国立病院機構 霞ヶ浦医療センター
 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 茨城東病院
 特定医療法人 北海道循環器病院 恩賜財団済生会支部茨城県済生会 龍ヶ崎済生会病院
 医療法人社団 高橋病院 医療法人つくばセントラル病院
 社団法人北海道勤医協 苫小牧病院 医療法人貞心会 慶和病院
 弘前大学医学部附属病院 医療法人博仁会 志村大宮病院
 青森県立中央病院 医療法人社団善仁会 小山記念病院
 八戸赤十字病院 医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院
 医療法人社団清泉会 布施病院 医療法人恒貴会 協和中央病院
 岩手医科大学附属病院 獨協医科大学病院
 独立行政法人国立病院機構 岩手病院 独立行政法人国立病院機構 栃木病院
 宮城県立がんセンター 医療法人社団美心会 黒沢病院
 大河原町外1市2町保健医療組合 みやぎ県南中核病院 埼玉医科大学附属病院
 公立志津川病院 深谷赤十字病院
 塩竈市立病院 医療法人財団健和会 みさと健和病院
 仙台社会保険病院 埼玉医療生活協同組合 羽生総合病院
 東北厚生年金病院 独立行政法人国立病院機構 下志津病院
 医療法人社団蔵王会 仙南サナトリウム 組合立東陽病院
 財団法人宮城厚生協会 長町病院 国保松戸市立病院
 秋田大学医学部附属病院 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 日本医科大学付属病院
 山形大学医学部附属病院 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	山梨大学医学部附属病院
国立がんセンター中央病院	山梨県立中央病院
国立精神・神経センター武蔵病院	山梨赤十字病院
社会保険中央総合病院	信州大学医学部附属病院
医療法人社団関川会 関川病院	独立行政法人国立病院機構 松本病院
医療法人社団叡有会 安田病院	独立行政法人国立病院機構 中信松本病院
医療法人社団愛有会 久米川病院	長野県立須坂病院
日本歯科大学附属病院	諏訪赤十字病院
東京医科大学病院	長野赤十字病院
東芝病院	下伊那赤十字病院
北里大学病院	長野県厚生連 佐久総合病院
東海大学医学部付属病院	医療法人中信勤労者医療協会 松本協立病院
独立行政法人国立病院機構 相模原病院	松本歯科大学病院
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 長良医療センター
独立行政法人国立病院機構 箱根病院	墨俣医院
横須賀市立うわまち病院	羽島市民病院
厚木市立病院	岐阜社会保険病院
社会保険横浜中央病院	国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター
国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院	静岡市立静岡病院
神奈川県立こども医療センター	特定医療法人社団松愛会 松田病院
医療法人徳洲会 大和徳洲会病院	医療法人社団 和恵会記念病院
北里大学東病院	財団法人復康会 沼津中央病院
独立行政法人国立病院機構 さいがた病院	名古屋市立大学病院
新潟市民病院	藤田保健衛生大学病院
富山赤十字病院	独立行政法人国立病院機構 東名古屋病院
富山県済生会高岡病院	一宮市立市民病院
伊藤病院	岡崎市民病院
金沢医科大学病院	西尾市民病院
独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター	小牧市民病院
石川県立中央病院	春日井市民病院
金沢社会保険病院	名古屋第二赤十字病院
医療法人財団愛生会 浜野西病院	社会保険中京病院
医療法人社団東野会 東野病院	国家公務員共済組合連合会 名城病院
NTT 西日本金沢病院	医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院
独立行政法人国立病院機構 福井病院	特定医療法人斎寿会 鈴鹿回生病院
福井赤十字病院	独立行政法人国立病院機構 滋賀病院
社会福祉法人 恩賜財団 福井県済生会病院	独立行政法人国立病院機構 南京都病院
財団法人新田塚医療福祉センター 福井総合病院	綾部市立病院

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

資料7 「ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業研修会」開催結果概要

開催日：平成19年12月12日（水）

1 受講状況

(1) 受講者数 107名

(2) 受講者内訳

○職種

医師	13名	歯科医師	1名	看護師	69名
薬剤師	9名	助産師	3名	診療放射線技師	1名
臨床検査技師	5名	歯科衛生士	1名	事務職員	2名
その他	3名				

○医療安全管理の専従者数 45名

2 アンケート結果

(1) 回答者100名（回収数100、回答率93%）

(2) 「医療事故、ヒヤリ・ハット分析（講義）」の理解度

※未選択があるため100%にならない項目がある

講義内容の理解 : (よく) 理解できた 97%、(あまり) 理解できなかった 2%

(3) 医療事故、ヒヤリ・ハット分析に関する疑問

※未選択があるため100%にならない項目がある

①受講前の疑問の有無 : あった 30% なかった 67%

②受講による疑問点の解消 : (概ね) 解消された73%、 解消されなかった 18%

③あまり解消されなかった理由:

- ・どこまでが事故か、ヒヤリ・ハットかの線引きがわからなかった。
- ・報告後をどうするのかという点についてもっと詳しく講義していただきたいかった。一般論的な話が長く、後半聞きたい部分は全部飛ばされたという印象。
- ・講義の時間配分を考えていただきたい。

(4) 「RCAの概要と実施の方法（講義）」の理解度

講義内容の理解 : (よく) 理解できた 85%、(あまり) 理解できなかった 15%

(5) 医療事故の分析を行う場に関する疑問 ※未選択があるため100%にならない項目がある

- ①受講前の疑問の有無 あった 39% なかった 60%
- ②受講による疑問点の解消 : (概ね) 解消された70%、 (あまり) 解消されなかった 28%
- ③あまり解消されなかった理由:
- ・因果図が理解できていなかった。
 - ・言葉の意味が分からないことが度々あった。
 - ・講義がすっきり整理されておらず、分からなかった。
 - ・講義を受けると理解できたように錯覚するが実際分析をしてみると必ず行き詰まることになってしまう。自信がないことで、答えとして自信がもてない。「RCA概要」は理解できるが実践では理解できないと思ってしまう。
 - ・時間が足りず、先生の説明が飛び飛びでよく分からなかった。
 - ・実際にするのは初めてなのでバタバタした。「なぜ」が何を問題にするか基本が今ひとつ分からない。

(6) 「RCA分析の実際(講義)」の理解度 ※未選択があるため100%にならない項目がある

講義内容の理解 : (よく) 理解できた 74%、 (あまり) 理解できなかった 18%

(7) RCA分析に関する疑問 ※未選択があるため100%にならない項目がある

- ①受講前の疑問の有無 : あった 57% なかった 36%
- ②受講による疑問点の解消 : (概ね) 解消された63%、 (あまり) 解消されなかった 23%
- ③あまり解消されなかった理由:
- ・「なぜ」の取り扱いが難しい。
 - ・RCA自体知らなかったので実際にできてよかった。
 - ・効果判定が分からなかった。
 - ・今回だけでは飲み込めなかったので帰って復習したい。
 - ・思ったよりも難しいと思った。
 - ・時間が短く、演習を行なう時間が十分ではなかった。
 - ・振り分け質問の使い方を知りたかった。
 - ・非常に手間がかかるわりに対策の漏れが生じる可能性もあり、関係者や専門家による対策会議のほうが確実に効率的だと感じられた。
 - ・分析を必要とする出来事の扱いは個人差があるのではないかと考える。

(参考) プログラム

平成19年12月12日(水)

時間	項目	備考
10:00～	挨拶	医療事故防止センター長 野本 亀久雄
	オリエンテーション	事務局
10:10～11:30	医療事故情報収集等事業の現状と課題	医療事故防止センター 医療事故防止事業部長 後 信
休憩		
11:40～12:40	医療事故、ヒヤリ・ハット 分析の意義	講師 名古屋大学医学部保健学科 教授 山内 豊明
お昼休み		
13:40～15:00	RCAの概要と実施の方法	講師 財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院 副院長 柳川 達生
休憩		
15:10～16:40	RCA分析の実際	講師 東邦大学医学部社会医学講座 医療政策・経営科学分野 助教 藤田 茂
17:00		閉会