

# 医療事故情報収集等事業 第15回報告書

平成20年12月9日



財団法人日本医療機能評価機構

医療事故防止事業部

# 目次

はじめに .....	1
第15回報告書の公表にあたって .....	3
<b>I 医療事故情報収集等事業の概要 .....</b>	<b>5</b>
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 .....	11
【1】事業の目的 .....	11
【2】ヒヤリ・ハット事例情報の収集 .....	11
【3】ヒヤリ・ハット事例情報の分析・提供 .....	13
<b>II 報告の現況 .....</b>	<b>15</b>
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 .....	21
2 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業 .....	50
【1】登録医療機関 .....	50
【2】報告件数 .....	51
【3】全般コード化情報 .....	52
【4】記述情報 .....	65

### III 医療事故情報等分析作業の現況 ..... 67

1 概況 .....	67
【1】分析対象とするテーマの選定状況 .....	67
【2】分析対象とする情報 .....	68
【3】分析体制 .....	68
【4】医療事故情報に対する追加調査 .....	68
2 個別のテーマの検討状況 .....	69
【1】薬剤に関連した医療事故 .....	69
【2】医療機器の使用に関連した医療事故 .....	95
【3】リハビリテーションに関連した医療事故 .....	101
【4】輸血療法に関連した医療事故 .....	110
【5】手術における異物残存 .....	121
【6】ヒヤリ・ハット事例情報データベース .....	155

### IV 共有すべき医療事故情報 ..... 169

【1】「共有すべき医療事故情報」 .....	169
【2】再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」 .....	171

### 参考 医療安全情報の提供..... 173

【1】事業の目的 .....	173
【2】主な対象医療機関 .....	173
【3】提供の方法 .....	173
【4】医療安全情報 .....	174
資料1 報告義務対象医療機関一覧 .....	180
資料2 参加登録申請医療機関一覧 .....	184
資料3 医療事故情報報告様式 .....	189
資料4 研修会資料 .....	198
資料5 ヒヤリ・ハット事例報告様式 .....	206
資料6 ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧 .....	218
資料7 ヒヤリ・ハット事例収集事業参加登録医療機関（定点外）一覧 .....	222



## 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、当機構が運営組織となることとなり、平成21年1月より開始する予定です。

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

当事業における報告書の公表は、今回が15回目になります。また、本報告書にNO. 20-22を掲載した医療安全情報は、毎月1回の頻度で計24回の情報提供をしております。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を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15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  
特命理事 野本 亀久雄

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のご意見もいただいております。

医療事故情報やヒヤリ・ハット事例をご報告していただくことが当事業の基盤であることから、事業にご参加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。一方で、本年9月1日には、厚生労働省から事故等報告医療機関に対し、報告範囲の確認や適切な報告を促す通知が発出されました。当事業の基礎である医療事故報告を一層信頼される正確なものにするよう求めているものと考えられます。実際に、平成16年に事業を開始して以来、全くご報告のない医療機関があるのも事実です。また、年報に掲載しているように、1年間という期間内にご報告のない医療機関が平成19年は80医療機関ありました。このような医療機関では、該当事例が発生していないことが考えられますが、該当事例は発生しているにもかかわらず医療機関が事例を報告しておられないことも考えられます。したがって、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、今後とも、本報告書に掲載されている報告範囲をご確認いただき、該当事例が発生した場合は適切にご報告いただくようお願い致します。

今回は平成20年7月～9月までにご報告頂いた医療事故情報と、平成20年4月～6月に発生したヒヤリ・ハット事例のご報告を取りまとめた第15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」、「リハビリテーションに関連した医療事故」、「輸血療法に関連した医療事故」、「手術における異物残存」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。併せて「再び報告のあった共有すべき医療事故情報」を掲載しておりますのでご参照下さい。

さらに、医療安全情報を、当事業に参加している医療機関を始めとして4,200を超える医療機関に対し、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。本報告書にはNO. 20-22を掲載いたしました。現在総合評価部会において、医療事故を防ぐ対策の記載を充実するなど、医療安全情報の一層の充実を検討しているところです。

本報告書をお読みいただくためのご支援として、今回の送付に際しては、本報告書の内容の一部とその該当ページを記載したご案内を同封しております。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。<sup>(注1)</sup>

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。<sup>(注2)</sup>

### 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」<sup>(注3)</sup>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://www.jcqh.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<sup>(注1)</sup>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（現 医療事故防止事業部）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。当事業部では、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、当事業部の運営委員会<sup>(注2)</sup>の方針に基づいて、専門家より構成される総合評価部会<sup>(注3)</sup>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<sup>(注4)</sup>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、当事業部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://www.jcqh.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<sup>(注1)</sup>

- 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<sup>(注2)</sup>

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<sup>(注1)</sup>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<sup>(注2)</sup>。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 医療事故防止事業部において行った。

### (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<sup>(注3)</sup>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 当事業部は、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://www.jcqh.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

### (1) 第2回医療事故情報の活用と分析に関する研修会

当事業参加登録医療機関において、医療事故報告制度の現状を知っていただくとともに、報告された医療事故を活用し、自らの医療機関の業務工程を併せて分析・検討していただくため「第2回医療事故情報の活用と分析に関する研修会」を平成20年7月6日（日）に開催した。

#### 1) 研修会の概要

##### i 対象者

各医療機関2～3名、なるべく多職種でのメンバー構成

- ① 参加登録医療機関の医療安全管理部門の責任者およびそれに準ずる者
- ② 参加登録医療機関の中で、医療安全に関しての役割を担っている者

##### ii 内容

- ① 講義：医療事故情報収集等事業について  
医療事故分析における業務工程図の意義について  
演習：事故事例を使い、自らの医療機関の業務工程図と併せて分析・検討する

#### 2) 受講状況

受講者数 46名（16医療機関）

#### 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。演習の資料については後日報告書に掲載する予定である。

### (2) 第5回医療事故情報の分析と報告に関する研修会

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9月19日（金）、20日（土）の1.5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 56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。演習の資料については後日報告書に掲載する予定である。

## 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<sup>(注1)</sup>に則り収集する。

なお、全般コード化情報は、定点医療機関<sup>(注2)</sup>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<sup>(注3)</sup>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20年9月30日現在、236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3) 資料7「ヒヤリ・ハット事例収集事業参加登録医療機関（定点外）一覧」参照。

- a) 収集期間（収集回）毎に定められたテーマ<sup>(注1)</sup>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<sup>(注2)</sup>
- 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 - 3- 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 27 回	平成 20 年	○リハビリテーション中に起きた事例
	1 月～ 3 月	○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 ○手術の際の異物残存
第 28 回	4 月～ 6 月	○リハビリテーション中に起きた事例 ○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 ○手術の際の異物残存
第 29 回	7 月～ 9 月	○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 ○ベッドなど患者の病室で使用される設備に関連した事例 ○患者取り違え、手術（処置）部位の間違いに関連した事例
第 30 回	10 月～ 12 月	○ベッドなど患者の病室で使用される設備に関連した事例 ○患者取り違え、手術（処置）部位の間違いに関連した事例 ○電気メスに関連した事例 ○化学療法における腫瘍用薬に関連した事例

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

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

### (3) 報告方法

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

### (4) 報告形式

報告形式は、コード選択形式と記述形式である<sup>(注1)</sup>。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 医療事故防止事業部において行った。

### (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<sup>(注2)</sup><sup>(注3)</sup>を通じて、関係者や国民に情報提供している。

---

(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://www.jcqh.or.jp/html/accident.htm#med-safe>) 参照。

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



## II 報告の現況

### 1 医療事故情報収集・分析・提供事業

医療事故情報をご報告頂いている医療機関は、報告義務対象医療機関と任意参加の医療機関である参加登録申請医療機関とに大別される。今回の報告書の集計は、報告義務対象医療機関より寄せられた報告内容を中心とした。事故の概要や事故の程度等の集計値は、平成20年7月から9月までの集計値と平成20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20年9月30日現在、医療事故情報収集・分析・提供事業に参加している医療機関数は以下の通りである。

図表 II - 1 - 1 報告義務対象医療機関数及び参加登録申請医療機関数

開設者		報告義務対象 医療機関	参加登録申請 医療機関 <sup>(注)</sup>
国	国立大学法人等	46	1
	独立行政法人国立病院機構	146	0
	厚生労働省（国立高度専門医療センター）	8	0
	厚生労働省（ハンセン病療養所）	13	0
	独立行政法人労働者健康福祉機構	0	2
自治体	都道府県	1	8
	市町村	0	26
	公立大学法人	9	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	0	50
	恩賜財団済生会	0	4
	厚生農業協同組合連合会	0	7
	国民健康保険団体連合会	0	1
	全国社会保険協会連合会	0	36
	厚生年金事業振興団	0	1
	共済組合及びその連合会	0	6
法人	学校法人	49	9
	医療法人	0	90
	公益法人	0	15
	会社	0	7
	その他法人	0	5
個人		0	10
合計		273	279

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

(2) 参加登録申請医療機関における登録件数の推移

平成20年7月1日から同年9月30日までの参加登録申請医療機関における登録件数の推移は以下の通りである。

図表 II - 1 - 2 参加登録申請医療機関の登録件数

	平成20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	1	1	2	1	1	1	6	1	0	—	—	—
登録取下げ 医療機関数	19	0	1	0	0	0	0	0	0	—	—	—
累 計	267	268	269	270	271	272	278	279	279	—	—	—

## 【2】報告件数

### (1) 月別報告件数

平成20年7月1日から同年9月30日までの報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関の月別報告件数は以下の通りである。

図表Ⅱ-1-3 報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関の月別報告件数

	平成20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	82	97	107	90	156	127	132	102	142	—	—	—	1,035
参加登録申請 医療機関報告数	18	7	4	10	7	10	9	13	8	—	—	—	86
報告義務対象 医療機関数	273	273	273	273	273	273	273	273	273	—	—	—	—
参加登録申請 医療機関数	267	268	269	270	271	272	278	279	279	—	—	—	—

### (2) 医療事故事例の報告状況

#### ① 報告義務対象医療機関の報告状況

平成20年9月30日現在の報告義務医療機関の平成20年7月1日から同年9月30日までの報告医療機関数および報告件数を図表Ⅱ-1-4に、事業開始からの報告件数を開設者別に集計したものを図表Ⅱ-1-5に、病床規模別に集計したものを図表Ⅱ-1-6に、地域別に集計したものを図表Ⅱ-1-7に示す。また、同期間内における報告医療機関数を報告件数別に集計したものを図表Ⅱ-1-8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20年9月30日現在報告義務対象医療機関の数は273施設、病床数合計は14万4,295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20年 9月30日現在)	報告医療機関数		報告件数		
		平成20年 7月～9月	平成20年 1月～9月	平成20年 7月～9月	平成20年 1月～9月	
国	国立大学法人等	46	23	36	55	189
	独立行政法人国立病院機構	146	73	104	212	509
	国立高度専門医療センター	8	4	4	26	46
	ハンセン病療養所	13	4	6	5	11
自治体	都道府県	11	6	8	14	35
	市町村					
	公立大学法人					
	地方独立行政法人					
法人	学校法人	49	13	22	64	245
(再掲)	特定機能病院	82	44	66	148	482
合計		273	123	180	376	1,035

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20年9月
国	国立大学法人等	1,109
	独立行政法人国立病院機構	1,945
	国立高度専門医療センター	232
	ハンセン病療養所	53
自治体	都道府県	131
	市町村	
	公立大学法人	
	地方独立行政法人	
法人	学校法人	1,464
(再掲)	特定機能病院	2,682
合 計		4,934

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20年 7月～9月	平成20年 1～9月	平成20年 7月～9月	平成20年 1～9月
0～19床	0	0	0	0	0
20～49床	13	0	1	0	5
50～99床	6	0	0	0	0
100～149床	4	0	0	0	0
150～199床	9	3	5	4	16
200～249床	13	8	10	16	30
250～299床	17	6	10	10	28
300～349床	25	12	17	27	82
350～399床	17	9	13	28	62
400～449床	26	15	20	44	90
450～499床	14	4	7	9	29
500～549床	14	7	9	29	53
550～599床	10	6	7	15	56
600～649床	26	12	17	38	99
650～699床	9	5	7	20	50
700～749床	12	6	10	24	46
750～799床	2	0	0	0	0
800～849床	12	8	10	29	50
850～899床	5	4	4	14	30
900～999床	9	4	9	7	26
1000床以上	30	14	24	62	283
合 計	273	123	180	376	1,035

図表Ⅱ - 1 - 7 地域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

地域	医療機関数	報告医療機関数		報告件数	
		平成 20 年 7月～9月	平成 20 年 1月～9月	平成 20 年 7月～9月	平成 20 年 1月～9月
北海道	11	5	8	12	46
東北	24	10	16	20	70
関東甲信越	84	27	47	94	359
東海北陸	37	25	30	92	190
近畿	35	18	27	50	127
中国四国	36	15	24	49	128
九州沖縄	46	23	28	59	115
合 計	273	123	180	376	1,035

図表Ⅱ - 1 - 8 報告件数別報告義務対象医療機関数

報告件数	報告医療機関数	
	平成 20 年 7月～9月	平成 20 年 1月～9月
0	150	93
1	44	40
2	31	26
3	9	28
4	15	19
5	9	19
6	2	5
7	4	6
8	3	3
9	2	4
10	0	4
11～20	4	19
21～30	0	4
31～40	0	2
41～50	0	0
51～100	0	1
101～150	0	0
151～200	0	0
200以上	0	0
合 計	273	

② 参加登録申請医療機関の報告状況

平成20年9月30日現在の参加登録申請医療機関の平成20年7月1日から同年9月30日までの報告医療機関数および報告件数を図表Ⅱ-1-9に、事業開始からの報告件数を開設者別に集計したものを図表Ⅱ-1-10に示す。

図表Ⅱ-1-9 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20年 9月30日現在)	報告医療機関数		報告件数	
		平成20年 7月～9月	平成20年 1月～9月	平成20年 7月～9月	平成20年 1月～9月
国	3	1	1	1	1
自治体	35	3	8	7	20
公的医療機関	105	6	12	6	19
法人	126	13	18	16	46
個人	10	0	0	0	0
合計	279	23	39	30	86

図表Ⅱ-1-10 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20年9月
国	1
自治体	89
公的医療機関	145
法人	352
個人	0
合計	587

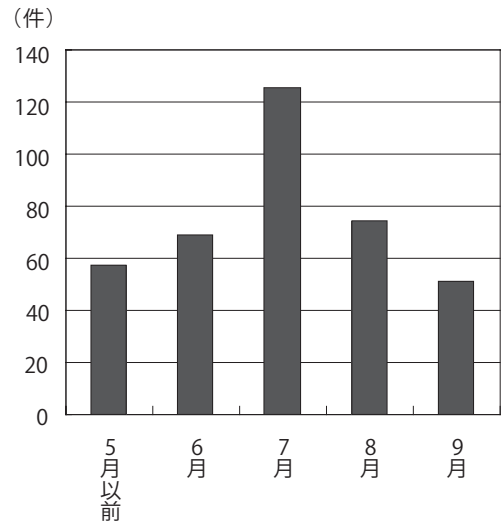
### 【3】報告義務医療機関からの報告の内容

平成20年7月1日から同年9月30日までの報告義務対象医療機関からの医療事故報告の内容は以下の通りである。

なお、各表の項目名は医療事故情報報告様式（資料3参照）のコード表記に準じている。

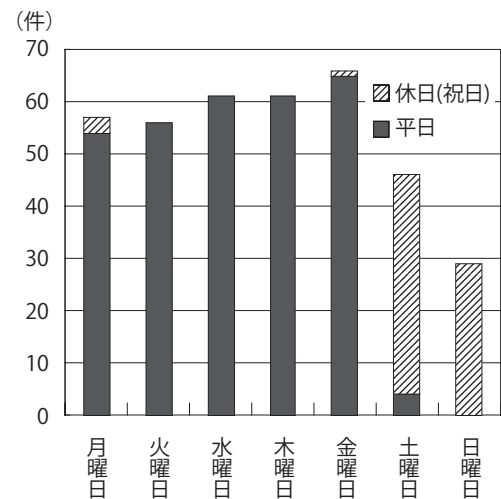
図表Ⅱ-1-11 発生月

発生月		件数
平成20年	5月以前	57
	6月	69
	7月	125
	8月	74
	9月	51
合計		376



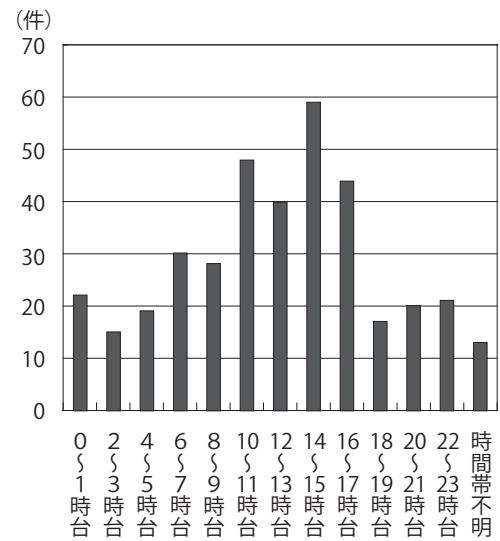
図表Ⅱ-1-12 発生曜日・曜日区分

発生曜日	平日	休日(祝日)	合計
月曜日	54	3	57
火曜日	56	0	56
水曜日	61	0	61
木曜日	61	0	61
金曜日	65	1	66
土曜日	4	42	46
日曜日	0	29	29
合計	301	75	376



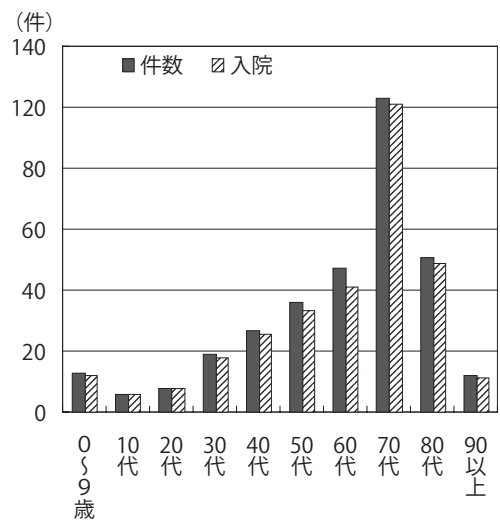
図表Ⅱ - 1 - 1 3 発生時間帯

発生時間帯	件数
0～1時台	22
2～3時台	15
4～5時台	19
6～7時台	30
8～9時台	28
10～11時台	48
12～13時台	40
14～15時台	59
16～17時台	44
18～19時台	17
20～21時台	20
22～23時台	21
時間帯不明	13
合計	376



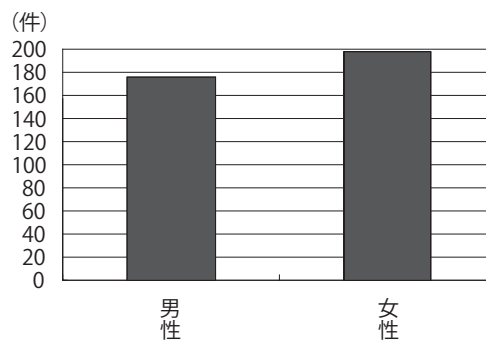
図表Ⅱ - 1 - 1 4 患者の年齢

患者の数	患者の年齢	件数	入院患者
1人	0～9歳	15	14
	10代	7	7
	20代	9	9
	30代	22	21
	40代	31	30
	50代	42	39
	60代	55	48
	70代	120	118
	80代	59	57
	90以上	14	13
	合計	374	356
複数	合計	2	1
総計		376	357



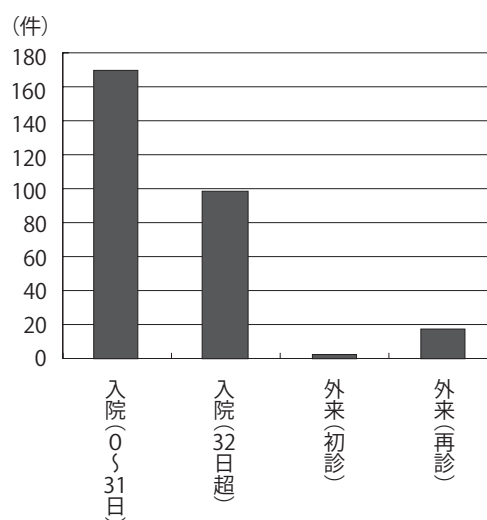
図表Ⅱ-1-15 患者の性別

患者の数	性別	件数
1人	男性	176
	女性	198
	合計	374
複数	合計	2
総計		376



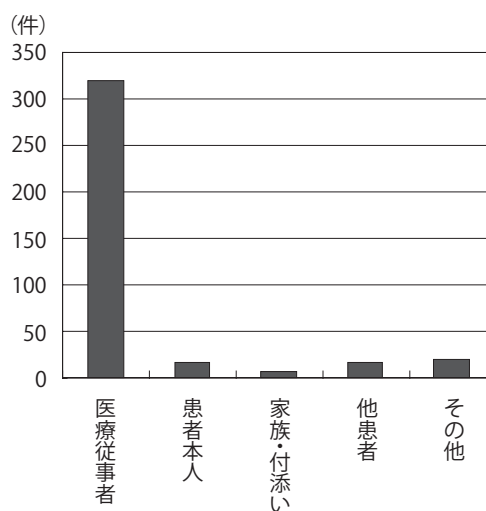
図表Ⅱ-1-16 入院・外来の区分・入院期間

入院・外来の区分		合計
入院	入院期間0～31日	213
	入院期間32日超	144
	合計	357
外来	初診	3
	再診	16
	合計	19
総計		376



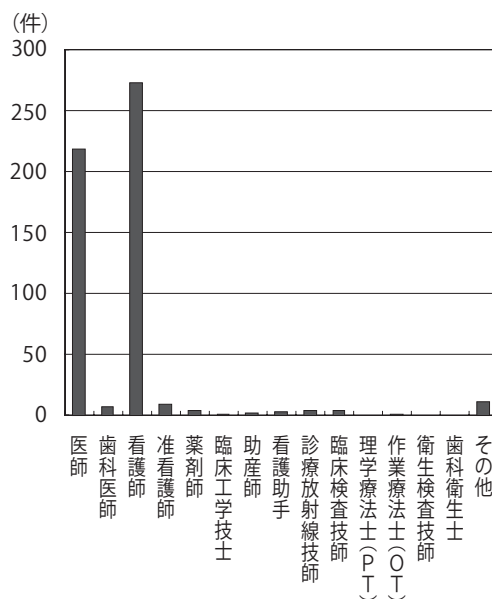
図表Ⅱ-1-17 発見者

発見者	件数
医療従事者	320
患者本人	16
家族・付添い	5
他患者	16
その他	19
合計	376



図表Ⅱ - 1 - 18 当事者の職種

当事者 <sup>(注)</sup> の職種	件数
医師	220
歯科医師	7
看護師	274
准看護師	9
薬剤師	4
臨床工学技士	1
助産師	2
看護助手	3
診療放射線技師	4
臨床検査技師	4
理学療法士(P T)	0
作業療法士(O T)	1
衛生検査技師	0
歯科衛生士	0
その他	11
合計	540



(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）の職種別経験年数

当事者 <sup>(注)</sup> の 職種× 職種経験年数	0年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11 ～ 20年	21 ～ 30年	30年 超	合計
医師	9	6	12	10	4	15	13	14	12	9	4	80	27	5	220
歯科医師	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	2	0	0	7
看護師	17	33	30	24	18	9	14	10	5	8	8	48	40	10	274
薬剤師	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	4

(注) 当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

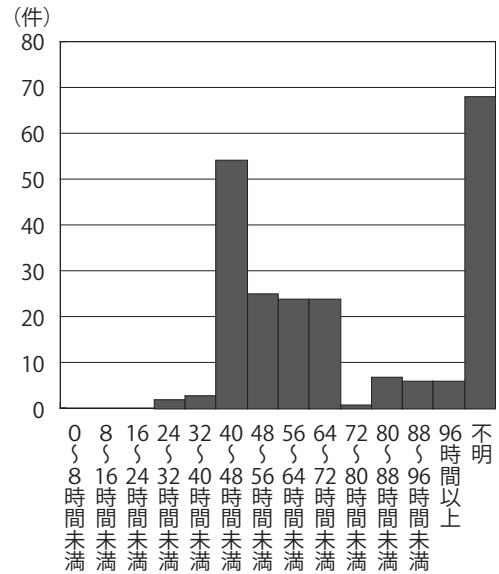
図表Ⅱ - 1 - 20 当事者（医師・歯科医師・看護師・薬剤師）の部署配属年数

当事者 <sup>(注)</sup> の 職種× 部署配属年数	0年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11 ～ 20年	21 ～ 30年	30年 超	合計
医師	50	38	29	13	9	21	7	11	5	5	0	27	5	0	220
歯科医師	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	7
看護師	64	72	51	36	25	11	6	6	0	0	0	3	0	0	274
薬剤師	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	4

(注) 当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

図表Ⅱ - 1 - 2 1 当事者（医師）<sup>(注1)</sup>の勤務時間（直前1週間）<sup>(注2)</sup>

勤務時間	平成20年 7月～9月	平成20年 1月～9月
0～8時間未満	0	0
8～16時間未満	0	3
16～24時間未満	0	2
24～32時間未満	2	6
32～40時間未満	3	55
40～48時間未満	54	163
48～56時間未満	25	61
56～64時間未満	24	61
64～72時間未満	24	67
72～80時間未満	1	9
80～88時間未満	7	22
88～96時間未満	6	14
96時間以上	6	17
不明	68	189
合計	220	669
平均勤務時間 (不明を除く)	55.9	53.5

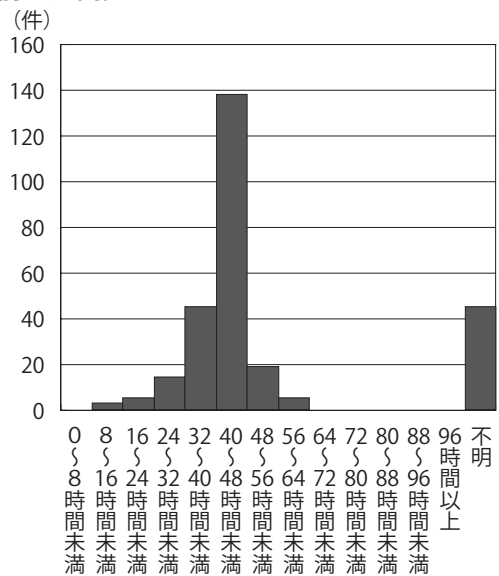


(注1) 当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、非常勤務職員が含まれている可能性がある。なお、当事者は複数回答が可能である。

(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（看護師）<sup>(注1)</sup>の勤務時間（直前1週間）<sup>(注2)</sup>

勤務時間	平成20年 7月～9月	平成20年 1月～9月
0～8時間未満	0	1
8～16時間未満	3	3
16～24時間未満	5	13
24～32時間未満	14	44
32～40時間未満	45	191
40～48時間未満	138	304
48～56時間未満	19	43
56～64時間未満	5	8
64～72時間未満	0	0
72～80時間未満	0	0
80～88時間未満	0	0
88～96時間未満	0	0
96時間以上	0	0
不明	45	86
合計	274	693
平均勤務時間 (不明を除く)	38.3	37.4

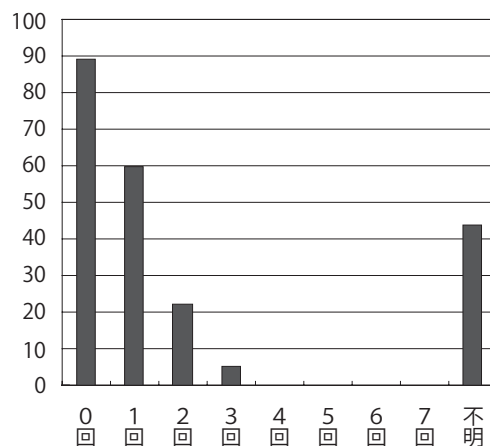


(注1) 当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、非常勤務職員が含まれている可能性がある。なお、当事者は複数回答が可能である。

(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。

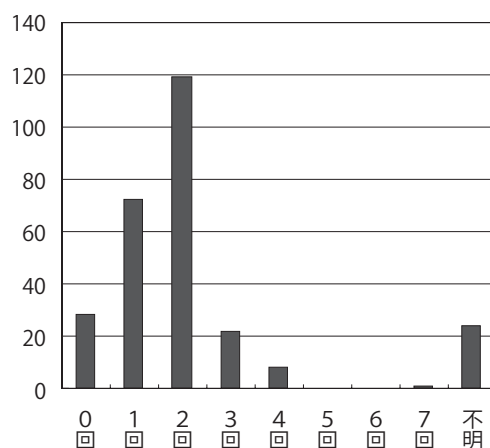
図表Ⅱ - 1 - 23 当事者（医師）の夜勤回数（直前1週間）

夜勤回数	平成20年 7月～9月	平成20年 1月～9月
0回	89	266
1回	60	186
2回	22	58
3回	5	13
4回	0	4
5回	0	1
6回	0	0
7回	0	0
不明	44	141
合計	220	669
平均夜勤回数（不明を除く）	0.68	0.69



図表Ⅱ - 1 - 24 当事者（看護師）の夜勤回数（直前1週間）

夜勤回数	平成20年 7月～9月	平成20年 1月～9月
0回	28	86
1回	72	189
2回	119	255
3回	22	65
4回	8	11
5回	0	1
6回	0	0
7回	1	1
不明	24	85
合計	274	693
平均夜勤回数（不明を除く）	1.66	1.56



図表Ⅱ - 1 - 25 事故の概要

事故の概要	平成20年7月～9月		平成20年1月～9月	
	件数	%	件数	%
指示出し	4	1.1	6	0.6
薬剤	16	4.3	55	5.3
輸血	0	0.0	2	0.2
治療処置	83	22.1	269	26.0
医療用具等	30	8.0	102	9.9
医療機器	13	3.5	36	3.5
ドレーン、チューブ類	17	4.5	65	6.3
歯科医療用具	0	0.0	1	0.1
検査	21	5.6	58	5.6
療養上の世話	173	46.0	403	38.9
その他	49	13.0	140	13.5
合計	376	100.0	1035	100.0

図表Ⅱ - 1 - 26 事故の程度

事故の程度 <sup>(注1)</sup>	平成20年7月～9月		平成20年1月～9月	
	件数	%	件数	%
死亡	23	6.1	79	7.6
障害の可能性（高い）	40	10.6	113	10.9
障害の可能性（低い）	118	31.4	315	30.4
障害の可能性（なし）	120	31.9	307	29.7
障害なし	53	14.1	166	16.0
不明 <sup>(注2)</sup>	22	5.9	55	5.3
合計	376	100.0	1035	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-1-27 事故の治療の程度

事故の治療の程度	平成20年7月～9月		平成20年1月～9月	
	件数	%	件数	%
濃厚な治療	179	47.6	481	46.5
軽微な治療	169	44.9	441	42.6
なし	28	7.4	113	10.9
合計	376	100.0	1,035	100.0

図表Ⅱ-1-28 発生場所

発生場所	平成20年7月～9月		平成20年1月～9月	
	件数	%	件数	%
外来診察室	5	1.3	20	1.9
外来処置室	3	0.8	13	1.3
外来待合室	2	0.5	4	0.4
救急外来	1	0.3	1	0.1
救命救急センター	0	0.0	12	1.2
病室	175	46.5	485	46.9
病棟処置室	3	0.8	15	1.4
手術室	50	13.3	124	12.0
ICU	7	1.9	25	2.4
CCU	0	0.0	2	0.2
NICU	1	0.3	6	0.6
検査室	3	0.8	11	1.1
カテーテル検査室	15	4.0	44	4.3
放射線治療室	1	0.3	6	0.6
放射線撮影室	13	3.5	27	2.6
核医学検査室	0	0.0	1	0.1
透析室	0	0.0	4	0.4
分娩室	0	0.0	0	0.0
機能訓練室	1	0.3	6	0.6
トイレ	15	4.0	28	2.7
廊下	16	4.3	34	3.3
浴室	7	1.9	20	1.9
階段	1	0.3	1	0.1
不明	6	1.6	17	1.6
その他	51	13.6	129	12.5
合計	376	100.0	1,035	100.0

図表Ⅱ - 1 - 29 関連診療科

関連診療科 <sup>(注)</sup>	平成20年7月～9月		平成20年1月～9月	
	件数	%	件数	%
内科	42	8.9	107	8.6
麻酔科	11	2.3	24	1.9
循環器内科	29	6.1	91	7.3
神経科	6	1.3	21	1.7
呼吸器内科	30	6.3	69	5.5
消化器科	33	7.0	74	5.9
血液内科	6	1.3	21	1.7
循環器外科	4	0.8	17	1.4
アレルギー科	0	0.0	3	0.2
リウマチ科	3	0.6	10	0.8
小児科	24	5.1	66	5.3
外科	28	5.9	83	6.6
整形外科	64	13.5	129	10.3
形成外科	3	0.6	7	0.6
美容外科	0	0.0	0	0.0
脳神経外科	21	4.4	52	4.2
呼吸器外科	10	2.1	20	1.6
心臓血管外科	14	3.0	40	3.2
小児外科	4	0.8	6	0.5
ペインクリニック	1	0.2	1	0.1
皮膚科	4	0.8	9	0.7
泌尿器科	14	3.0	32	2.6
性病科	0	0.0	0	0.0
肛門科	0	0.0	1	0.1
産婦人科	5	1.1	20	1.6
産科	2	0.4	7	0.6
婦人科	9	1.9	19	1.5
眼科	10	2.1	26	2.1
耳鼻咽喉科	9	1.9	31	2.5
心療内科	1	0.2	1	0.1
精神科	20	4.2	58	4.6
リハビリテーション科	5	1.1	12	1.0
放射線科	7	1.5	20	1.6
歯科	1	0.2	4	0.3
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	5	1.1	17	1.4
不明	0	0.0	0	0.0
その他	48	10.1	153	12.2
合計	473	100.0	1,251	100.0

(注)「関連診療科」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ - 1 - 3 0 発生要因

発生要因 <sup>(注)</sup>	平成20年7月～9月		平成20年1月～9月	
	件数	%	件数	%
確認を怠った	84	11.9	269	14.3
観察を怠った	100	14.2	243	12.9
判断を誤った	89	12.6	237	12.6
知識が不足していた	39	5.5	92	4.9
技術・手技が未熟だった	40	5.7	84	4.5
報告が遅れた	5	0.7	16	0.9
通常とは異なる身体的条件下にあった	12	1.7	47	2.5
通常とは異なる心理的条件下にあった	10	1.4	21	1.1
システムに問題があった	19	2.7	54	2.9
連携ができていなかった	40	5.7	99	5.3
記録などの不備	8	1.1	14	0.7
患者の外見・姓名が似ていた	0	0.0	0	0.0
勤務状況が繁忙だった	16	2.3	43	2.3
環境に問題があった	30	4.2	70	3.7
医薬品の問題	6	0.9	13	0.7
医療機器の問題	14	2.0	34	1.8
諸物品の問題	9	1.3	18	1.0
施設・設備の問題	13	1.8	30	1.6
教育・訓練に問題があった	28	4.0	92	4.9
説明不足	36	5.1	98	5.2
その他	108	15.3	309	16.4
合計	706	100.0	1,883	100.0

(注)「発生要因」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ - 1 - 3 1 特に報告を求める事例

特に報告を求める事例	平成20年7月～9月		平成20年1月～9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	1	0.3	2	0.2
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	7	1.9	23	2.2
入院患者の逃走	3	0.8	5	0.5
入院中の熱傷	2	0.5	9	0.9
入院中の感電	0	0.0	1	0.1
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	0	0.0	4	0.4
本事例は選択肢には該当しない	363	96.5	990	95.7
合計	376	100.0	1,035	100.0

図表Ⅱ - 1 - 3 2 事故調査委員会設置の有無

事故調査委員会設置の有無 <sup>(注)</sup>	平成20年7月～9月		平成20年1月～9月	
	件数	%	件数	%
内部調査委員会設置	47	11.6	147	13.4
外部調査委員会設置	5	1.2	13	1.2
内部調査委員会設置予定	1	0.2	5	0.5
外部調査委員会設置予定	3	0.7	5	0.5
既設の医療安全に関する委員会等で対応	262	64.9	744	67.7
現在検討中で対応は未定	11	2.7	21	1.9
その他	70	17.3	152	13.8
未選択	5	1.2	12	1.1
合計	404	100.0	1099	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 3 事故の概要×事故の程度

事故の概要× 事故の程度 <sup>(注1)</sup>	死亡		障害の可能性 (高い)		障害の可能性 (低い)		障害の可能性 (なし)		障害なし		不明 <sup>(注2)</sup>		合計	
	H20 7月～9月	H20 1月～9月	H20 7月～9月	H20 1月～9月	H20 7月～9月	H20 1月～9月	H20 7月～9月	H20 1月～9月	H20 7月～9月	H20 1月～9月	H20 7月～9月	H20 1月～9月	H20 7月～9月	H20 1月～9月
	指示出し	0	0	0	0	1	1	1	2	2	3	0	0	4
薬 剤	2	2	1	4	4	13	3	19	6	15	0	2	16	55
輸 血	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
治療・処置	7	22	13	37	32	84	24	82	4	30	3	14	83	269
医療用具等	1	3	4	10	8	27	7	27	7	29	3	6	30	102
医療機器	0	2	1	4	3	5	4	10	3	11	2	4	13	36
ドレーン、 チューブ類	1	1	3	6	5	22	3	17	4	18	1	1	17	65
歯科医療用具 (機器)等	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
検 査	3	7	2	8	5	11	6	14	3	16	2	2	21	58
療養上の世話	5	18	14	36	57	151	62	130	23	47	12	21	173	403
その他	5	27	6	18	11	28	17	31	8	26	2	10	49	140
合計	23	79	40	113	118	315	120	307	53	166	22	55	376	1,035

(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 - 3 4 事故の概要×事故の治療の程度

事故の概要× 事故の治療の程度	濃厚な治療		軽微な治療		なし		合計	
	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20
	7月～9月	1月～9月	7月～9月	1月～9月	7月～9月	1月～9月	7月～9月	1月～9月
指示出し	1	1	1	3	2	2	4	6
薬 剤	6	18	5	22	5	15	16	55
輸 血	0	1	0	0	0	1	0	2
治療処置	60	167	20	80	3	22	83	269
医療用具等	15	55	13	36	2	11	30	102
医療機器	7	20	5	9	1	7	13	36
ドレーン、チューブ類	8	35	8	27	1	3	17	65
歯科医療用具	0	0	0	0	0	1	0	1
検 査	17	33	2	11	2	14	21	58
療養上の世話	62	141	102	237	9	25	173	403
その他	18	65	26	52	5	23	49	140
合 計	179	481	169	441	28	113	376	1,035

図表Ⅱ - 1 - 3 5 事故の程度×事故の治療の程度

事故の程度 <sup>(注1)</sup> ×事故の治療の程度	濃厚な治療		軽微な治療		なし		合 計	
	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20
	7月～9月	1月～9月	7月～9月	1月～9月	7月～9月	1月～9月	7月～9月	1月～9月
死亡	17	59	3	6	3	14	23	79
障害の可能性（高い）	34	97	4	11	2	5	40	113
障害の可能性（低い）	63	161	50	139	5	15	118	315
障害の可能性（なし）	41	103	77	186	2	18	120	307
障害なし	9	27	30	86	14	53	53	166
不明 <sup>(注2)</sup>	15	34	5	13	2	8	22	55
合 計	179	481	169	441	28	113	376	1,035

(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 - 3 6 発生場面×事故の程度

発生場面×事故の程度 <sup>(注1)</sup>	死亡		障害の可能性 (高い)		障害の可能性 (低い)		障害の可能性 (なし)		障害なし		不明 <sup>(注2)</sup>		合計	
	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20
	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月
薬剤に関する項目													19	60
与薬準備	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
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	1	0	4	0	1	0	0	0	6
静脈注射	1	1	1	3	3	4	0	1	2	4	0	0	7	13
動脈注射	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
末梢静脈点滴	0	0	0	1	1	2	1	5	1	2	0	0	3	10
中心静脈注射	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
内服	0	1	0	0	0	4	1	4	2	4	0	0	3	13
点鼻・点眼・点耳	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
その他の処方・与薬に関する場面	0	0	0	1	1	2	1	2	0	1	0	0	2	6
内服薬調剤・管理	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3
注射薬調剤・管理	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	2	3
その他の調剤・製剤管理等に関する場面	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
輸血に関する項目													1	3
血液検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
輸血実施	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
その他の輸血に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
治療・処置に関する項目													82	272
開頭	0	0	0	2	1	2	0	2	0	1	0	3	1	10
開胸	0	1	0	0	1	2	1	3	0	0	0	0	2	6
開心	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
開腹	0	0	0	2	5	7	2	4	2	3	0	0	9	16
四肢	0	0	0	1	0	2	1	2	0	0	0	0	1	5
鏡視下手術	0	0	2	2	4	11	1	1	0	2	0	0	7	16
その他の手術	1	2	1	3	2	8	5	10	3	3	1	4	13	30
術前準備	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3
術前処置	0	0	0	0	0	1	1	3	0	1	0	0	1	5
術後処置	1	1	1	2	0	1	0	0	0	2	0	0	2	6
その他の手術に関する場面	0	3	0	2	1	7	2	6	0	3	0	1	3	22
全身麻酔(吸入麻酔+静脈麻酔)	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	3
局所麻酔	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
吸入麻酔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
静脈麻酔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脊椎・硬膜外麻酔	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
その他の麻酔に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
帝王切開	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
その他の分娩・人工妊娠中絶等に関する場面	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3
血液浄化療法(血液透析含む)	0	0	0	1	0	0	0	3	0	2	0	0	0	6
IVR(血管カテーテル治療等)	2	5	2	7	0	7	2	7	0	0	0	0	6	26
放射線治療	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3
リハビリテーション	0	0	0	0	0	3	0	3	0	1	0	0	0	7
親血的歯科治療	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
内視鏡的治療	0	0	0	0	1	5	3	5	0	1	1	1	5	12
その他の治療に関する場面	1	1	2	2	5	6	0	5	0	3	0	1	8	18
中心静脈ライン	0	0	0	0	4	4	2	13	1	7	0	2	7	26
末梢静脈ライン	0	0	1	1	0	2	0	1	0	0	0	1	1	5
血液浄化用カテーテル	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2
栄養チューブ(NG・ED)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
尿道カテーテル	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	3
ドレーンに関する処置	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
創傷処置	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
その他のチューブ類の挿入	0	1	0	2	1	2	2	3	0	2	0	1	3	11
気管挿管	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
気管切開	0	1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4

II 報告の現況

発生場面×事故の程度 <sup>(注1)</sup>	死亡		障害の可能性 (高い)		障害の可能性 (低い)		障害の可能性 (なし)		障害なし		不明 <sup>(注2)</sup>		合計	
	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月
	心臓マッサージ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
酸素療法	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
その他の救急処置に関する場面	0	0	1	3	3	4	1	1	0	1	0	0	5	9
医療用具（機器）の使用・管理に関する項目													13	34
人工呼吸器	0	0	0	1	0	0	0	2	0	4	0	1	0	8
酸素療法機器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
人工心肺	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
除細動器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ペースメーカー	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
輸液・輸注ポンプ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	3
血液浄化用機器	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
心電図・血圧モニター	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
パルスオキシメーター	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の医療用具（機器）の使用・ 管理に関する場面	0	0	0	0	4	7	4	5	2	6	1	2	11	20
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目													14	62
中心静脈ライン	0	0	0	1	0	4	0	1	1	3	0	0	1	9
末梢動脈ライン	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	1	3
気管チューブ	0	0	0	1	0	1	2	3	0	2	0	0	2	7
気管カニューレ	1	1	2	2	0	2	0	1	0	1	0	1	3	8
栄養チューブ（NG・ED）	0	0	0	1	0	1	0	5	0	1	0	0	0	8
尿道カテーテル	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
胸腔ドレーン	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3	0	0	2	4
腹腔ドレーン	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
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	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
硬膜外カテーテル	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
血液浄化用カテーテル・回路	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	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	0	0	1	2	0	7	0	3	0	3	1	1	2	16
検査に関する項目													18	58
採血	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	0	0	0	5
その他の検体採取	0	2	0	0	1	3	0	1	0	3	0	0	1	9
その他の生理検査	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
一般撮影	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	3
MRI	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
血管カテーテル撮影	1	2	1	2	0	4	2	6	0	0	0	0	4	14
下部消化管撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の画像検査	0	1	0	2	0	0	1	2	1	2	0	0	2	7
上部消化管	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
下部消化管	0	0	0	1	2	4	0	0	1	2	1	1	4	8
気管支鏡	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
その他の内視鏡検査	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
病理検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の検査に関する場面	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
療養上の場面に関する項目													174	422
気管内・口腔内吸引	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
体位変換	0	0	0	1	2	5	3	5	1	1	1	2	7	14
清拭	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	4
更衣介助	0	0	0	0	2	3	1	1	0	1	0	0	3	5
食事介助	1	1	2	3	0	1	1	3	0	0	1	1	5	9
入浴介助	1	1	0	0	0	1	3	3	0	1	0	0	4	6
排泄介助	0	1	0	3	6	11	8	13	2	3	0	0	16	31
移動介助	0	0	0	0	0	10	5	9	1	2	1	1	7	22

発生場面×事故の程度 <sup>(注1)</sup>	死亡		障害の可能性 (高い)		障害の可能性 (低い)		障害の可能性 (なし)		障害なし		不明 <sup>(注2)</sup>		合計	
	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20
	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月
搬送・移送	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3
患者周辺物品管理	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2
配膳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
患者観察	0	4	1	1	2	7	3	8	3	5	1	1	10	26
その他の療養上の世話に関する場面	2	4	3	7	4	16	7	16	1	3	2	6	19	52
経口摂取	0	0	1	1	0	1	0	2	1	1	0	1	2	6
その他の給食・栄養に関する場面	0	0	1	1	0	0	0	2	0	1	0	0	1	4
散歩中	1	1	0	0	1	3	1	3	1	1	0	0	4	8
移動中	1	2	3	9	24	46	13	29	9	11	2	3	52	100
外出・外泊中	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3
食事中	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
入浴中	0	1	1	2	1	1	0	1	0	0	0	1	2	6
排泄中	0	0	2	2	4	10	2	9	2	5	1	1	11	27
就寝中	0	6	0	2	3	7	2	8	0	2	1	3	6	28
その他の療養生活に関する場面	0	4	2	8	6	23	8	12	4	11	3	3	23	61
その他	4	16	4	11	5	12	16	24	3	15	1	4	33	82
未選択 <sup>(注3)</sup>	1	5	1	2	10	14	7	13	3	6	0	2	22	42
合計	23	79	40	113	118	315	120	307	53	166	22	55	376	1,035

(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。

(注3) 「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 7 事故の内容×事故の程度

事故の内容×事故の程度 <sup>(注1)</sup>	死亡		障害の可能性 (高い)		障害の可能性 (低い)		障害の可能性 (なし)		障害なし		不明 <sup>(注2)</sup>		合計		
	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	
														19	60
<b>薬剤に関する項目</b>														19	60
処方量間違え	1	1	0	0	0	3	0	1	0	1	0	0	1	6	
過剰与薬	0	0	0	1	1	2	1	4	0	0	0	0	2	7	
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
患者間違え	0	0	0	0	0	0	0	2	1	4	0	0	1	6	
薬剤間違え	1	1	0	1	1	2	0	3	2	3	0	0	4	10	
投与方法間違え	0	0	0	0	1	1	1	2	0	0	0	0	2	3	
その他の処方・与薬に関する内容	0	1	1	2	1	5	1	6	2	4	0	1	5	19	
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・製剤管理等に関する内容	0	0	0	1	2	2	0	1	2	3	0	1	4	8	
その他の薬剤・血液製剤管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>輸血に関する項目</b>														1	3
クロスマッチ間違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
結果記入・入力間違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
その他の輸血検査に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	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	0	0	2	0	0	0	0	0	2	
<b>治療・処置に関する項目</b>														82	272
患者間違え	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	
部位取違え	0	0	1	1	2	4	1	3	2	2	1	5	7	15	
診療・治療・処置等その他の取違え	0	0	0	1	3	6	0	1	0	0	0	0	3	8	
方法（手技）の誤り	0	0	2	2	6	11	5	14	0	4	0	2	13	33	
未実施・忘れ（治療・処置）	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
不必要行為の実施	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	
患者体位の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
診察・治療等のその他の誤り	1	1	0	1	1	3	1	1	0	0	0	1	3	7	
誤嚥	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
異物の体内残存	0	0	0	0	4	9	1	8	2	6	0	1	7	24	
その他の治療・処置に関する内容	6	19	8	28	15	46	16	57	2	25	1	6	48	181	
<b>医療用具（機器）の使用・管理に関する項目</b>														13	34
組み立て	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
設定忘れ・電源入れ忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
故障	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	
知識不足	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
警報設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	4	
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	1	0	1	
破損（医療用具等）	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	2	
その他の医療用具（機器）の使用・管理に関する内容	0	1	0	2	4	6	3	4	3	10	1	1	11	24	
<b>ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目</b>														14	62
点滴漏れ	0	0	0	0	1	5	0	1	0	0	0	0	1	6	
自己抜去	0	0	0	0	0	2	1	3	1	2	0	0	2	7	
自然抜去	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	1	1	4	
接続はずれ	0	0	1	1	0	0	0	2	1	1	0	0	2	4	
閉塞	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
破損・切断	0	0	0	0	1	2	0	2	0	4	0	0	1	8	
接続間違え	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	
空気混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
その他のドレーン、チューブ類の使用・管理に関する内容	1	1	2	5	1	10	1	7	1	6	1	1	7	30	
<b>検査に関する項目</b>														18	58
患者取違え（検査）	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3	
検査手技・判定技術の間違い	0	0	0	1	1	2	0	0	1	1	0	0	2	4	
検体採取時のミス	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	

事故の内容×事故の程度 <sup>(注1)</sup>	死亡		障害の可能性 (高い)		障害の可能性 (低い)		障害の可能性 (なし)		障害なし		不明 <sup>(注2)</sup>		合計	
	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20
	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月	7月~9月	1月~9月
検体取違え(検査)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2
検体紛失	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
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	1	0	0	0	0	0	1
結果報告	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
その他の検査に関する内容	2	6	2	8	1	9	5	11	1	9	2	2	13	45
療養上の場面に関する項目													174	422
転倒	2	4	6	21	39	94	29	63	12	22	7	10	95	214
転落	0	3	1	2	6	10	7	13	1	4	1	4	16	36
衝突	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	3	3
拘束・抑制	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
重度な(筋層Ⅲ度・Ⅳ度に届く)褥瘡	0	0	1	2	0	1	1	4	0	0	0	0	2	7
誤嚥(療養上)	1	3	4	7	0	1	0	3	1	1	1	1	7	16
誤飲(療養上)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の療養上の世話・療養生活に関する内容	2	12	4	9	11	40	16	32	10	17	2	5	45	115
その他の搬送・移送に関する内容	0	3	0	0	0	5	2	3	0	1	1	1	3	13
無断外出・外泊	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
その他の自己管理薬に関する内容	1	2	0	0	0	2	0	1	1	2	0	1	2	8
その他の給食・栄養に関する内容	0	0	0	0	0	1	0	3	0	2	1	1	1	7
その他	4	16	4	11	5	12	16	24	3	15	1	4	33	82
未選択 <sup>(注3)</sup>	1	5	1	2	10	14	7	13	3	6	0	2	22	42
合計	23	79	40	113	118	315	120	307	53	166	22	55	376	1,035

(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。

(注3) 「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 - 38 発生場所×事故の程度

発生場所× 事故の程度 <sup>(注1)</sup>	死亡		障害の可能性 (高い)		障害の可能性 (低い)		障害の可能性 (なし)		障害なし		不明 <sup>(注2)</sup>		合計	
	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月
外来診察室	0	0	2	3	0	3	2	6	0	5	1	3	5	20
外来処置室	1	1	0	0	1	4	0	1	1	7	0	0	3	13
外来待合室	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	2	4
救急外来	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
救命救急センター	0	0	0	2	0	2	0	2	0	6	0	0	0	12
病室	8	37	20	54	56	151	51	141	27	76	13	26	175	485
病棟処置室	0	1	0	0	1	5	2	6	0	3	0	0	3	15
手術室	1	5	5	12	20	41	17	36	6	20	1	10	50	124
ICU	2	6	1	2	1	3	1	8	1	5	1	1	7	25
CCU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
NICU	0	1	0	1	1	2	0	1	0	1	0	0	1	6
検査室	0	0	0	1	0	1	1	5	0	1	2	3	3	11
カテーテル検査室	4	6	2	7	4	17	4	13	1	1	0	0	15	44
放射線治療室	0	0	0	1	0	3	1	2	0	0	0	0	1	6
放射線撮影室	1	1	2	5	3	5	4	9	2	6	1	1	13	27
核医学検査室	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
透析室	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	4
分娩室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
機能訓練室	0	0	0	0	0	1	0	2	1	3	0	0	1	6
トイレ	0	0	0	1	4	9	7	12	4	6	0	0	15	28
廊下	0	0	1	3	5	13	7	11	3	6	0	1	16	34
浴室	1	3	1	2	2	6	3	6	0	2	0	1	7	20
階段	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
不明	0	1	0	2	3	7	2	4	1	1	0	2	6	17
その他	5	15	5	16	15	39	17	38	6	16	3	5	51	129
合計	23	79	40	113	118	315	120	307	53	166	22	55	376	1,035

(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 - 39 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	
	H20 7月～9月	H20 1月～9月	H20 7月～9月	H20 1月～9月	H20 7月～9月	H20 1月～9月
外来診察室	1	3	4	17	5	20
外来処置室	1	4	2	9	3	13
外来待合室	0	1	2	3	2	4
救急外来	0	0	1	1	1	1
救命救急センター	0	12	0	0	0	12
病 室	175	485	0	0	175	485
病棟処置室	3	15	0	0	3	15
手術室	49	122	1	2	50	124
ICU	7	25	0	0	7	25
CCU	0	2	0	0	0	2
NICU	1	6	0	0	1	6
検査室	2	7	1	4	3	11
カテーテル検査室	15	43	0	1	15	44
放射線治療室	1	4	0	2	1	6
放射線撮影室	11	19	2	8	13	27
核医学検査室	0	0	0	1	0	1
透析室	0	4	0	0	0	4
分娩室	0	0	0	0	0	0
機能訓練室	0	4	1	2	1	6
トイレ	15	28	0	0	15	28
廊 下	16	33	0	1	16	34
浴 室	7	20	0	0	7	20
階 段	1	1	0	0	1	1
不 明	6	17	0	0	6	17
その他	46	116	5	13	51	129
合 計	357	971	19	64	376	1,035

図表 II - 1 - 40 関連診療科×事故の概要

関連診療科 <sup>(注)</sup> × 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		歯科医療用具(機器)等	
	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月
内科	0	1	2	9	0	0	3	19	2	4	1	3	0	0
麻酔科	0	0	1	2	0	0	7	14	0	0	1	2	0	0
循環器内科	0	0	1	4	0	0	11	32	1	3	1	3	0	0
神経科	0	0	0	1	0	0	0	3	0	1	0	2	0	0
呼吸器内科	0	0	0	1	0	0	3	9	0	0	2	4	0	0
消化器科	0	0	2	4	0	0	7	24	0	1	2	3	0	0
血液内科	0	0	0	0	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0
循環器外科	0	0	0	0	0	0	2	9	0	2	1	1	0	0
アレルギー科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
リウマチ科	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
小児科	0	0	0	5	0	0	0	10	1	4	1	4	0	0
外科	0	0	0	4	0	0	10	24	0	3	2	12	0	0
整形外科	0	0	2	4	0	0	5	17	2	2	2	2	0	0
形成外科	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	1	0	0
美容外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	0	0	1	3	0	0	7	21	2	4	1	3	0	0
呼吸器外科	0	0	0	0	0	0	5	8	1	1	0	4	0	0
心臓血管外科	0	0	0	1	0	0	9	20	1	1	0	5	0	0
小児外科	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
ペインクリニック	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮膚科	0	0	1	1	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0
泌尿器科	0	0	1	2	0	0	6	16	0	0	1	3	0	0
性病科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
産婦人科	1	1	1	2	0	0	2	10	0	0	1	2	0	0
産科	0	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
婦人科	1	1	1	1	0	0	3	6	1	2	0	0	0	0
眼科	1	1	1	1	0	0	7	13	0	0	0	0	0	0
耳鼻咽喉科	0	0	0	1	0	0	6	14	0	1	0	1	0	0
心療内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
精神科	0	0	0	1	0	0	2	4	1	1	0	0	0	0
リハビリテーション科	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	1	1	0	0
放射線科	0	0	0	0	0	0	2	7	0	0	0	0	0	0
歯科	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
矯正歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科口腔外科	0	0	0	1	0	0	2	9	0	1	0	1	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	1	2	0	7	0	2	5	24	2	6	4	14	0	1
合 計	4	6	17	60	0	2	111	333	14	37	21	73	0	1

(注)「関連診療科」は複数回答が可能である。

検 査		療養上の世話		その他		合 計	
H20 7月～9月	H20 1月～9月	H20 7月～9月	H20 1月～9月	H20 7月～9月	H20 1月～9月	H20 7月～9月	H20 1月～9月
5	12	24	50	5	9	42	107
0	0	0	1	2	5	11	24
4	14	8	30	3	5	29	91
0	0	5	13	1	1	6	21
0	3	19	42	6	10	30	69
5	10	13	25	4	7	33	74
0	3	3	10	2	2	6	21
0	0	1	3	0	2	4	17
0	0	0	1	0	1	0	3
0	0	2	3	1	5	3	10
2	2	17	29	3	12	24	66
2	3	11	25	3	12	28	83
1	1	48	90	4	13	64	129
0	0	0	1	1	2	3	7
0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	9	16	0	3	21	52
0	2	4	5	0	0	10	20
0	0	3	9	1	4	14	40
0	0	2	4	0	0	4	6
0	0	0	0	0	0	1	1
0	0	0	2	2	3	4	9
0	0	4	8	2	3	14	32
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1	0	1
0	0	0	1	0	4	5	20
0	0	0	1	1	2	2	7
1	1	1	3	1	5	9	19
0	1	0	6	1	4	10	26
0	0	1	10	2	4	9	31
0	0	1	1	0	0	1	1
0	0	8	34	9	18	20	58
0	0	2	7	1	1	5	12
3	7	1	2	1	4	7	20
0	1	0	0	0	1	1	4
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	0	1	2	3	5	17
0	0	0	0	0	0	0	0
3	12	26	61	7	24	48	153
28	75	213	494	65	170	473	1,251

図表 II - 1 - 4 1 関連診療科×事故の程度

関連診療科 <sup>(注1)</sup> ×事故の程度 <sup>(注2)</sup>	死亡		障害の可能性 (高い)		障害の可能性 (低い)		障害の可能性 (なし)		障害なし		不明		合計	
	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月
	内科	2	5	3	7	16	36	14	40	4	14	3	5	42
麻酔科	0	1	4	6	4	7	3	3	0	4	0	3	11	24
循環器内科	2	9	6	14	9	29	9	25	2	10	1	4	29	91
神経科	0	0	0	3	3	8	3	8	0	2	0	0	6	21
呼吸器内科	2	5	3	6	10	28	11	22	2	4	2	4	30	69
消化器科	0	2	2	7	12	32	11	20	4	8	4	5	33	74
血液内科	0	3	0	4	4	5	1	5	1	3	0	1	6	21
循環器外科	0	1	1	2	2	3	1	6	0	4	0	1	4	17
アレルギー科	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	3
リウマチ科	0	2	0	1	1	3	1	1	1	2	0	1	3	10
小児科	1	7	4	13	9	20	8	17	2	8	0	1	24	66
外科	3	7	3	6	10	25	6	27	4	15	2	3	28	83
整形外科	0	2	8	19	26	56	23	42	6	9	1	1	64	129
形成外科	0	0	1	1	0	1	1	3	1	2	0	0	3	7
美容外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	1	3	2	12	9	17	5	8	2	7	2	5	21	52
呼吸器外科	1	2	1	3	1	1	5	9	1	4	1	1	10	20
心臓血管外科	0	2	2	6	6	12	4	11	1	6	1	3	14	40
小児外科	0	0	0	1	1	1	1	1	2	3	0	0	4	6
ペインクリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
皮膚科	1	1	1	1	1	4	1	2	0	0	0	1	4	9
泌尿器科	0	3	3	6	6	15	3	6	2	2	0	0	14	32
性病科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
産婦人科	1	3	0	1	2	3	0	7	2	6	0	0	5	20
産科	1	2	1	2	0	1	0	1	0	1	0	0	2	7
婦人科	0	0	1	2	3	7	3	7	2	2	0	1	9	19
眼科	0	0	1	1	4	8	4	8	0	4	1	5	10	26
耳鼻咽喉科	2	8	3	3	2	9	1	6	0	2	1	3	9	31
心療内科	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
精神科	1	6	3	5	5	16	5	13	4	13	2	5	20	58
リハビリテーション科	0	0	2	3	2	6	0	2	1	1	0	0	5	12
放射線科	2	3	0	2	1	5	2	7	0	1	2	2	7	20
歯科	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0	1	4
矯正歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科口腔外科	1	1	1	2	1	6	2	5	0	2	0	1	5	17
不明 <sup>(注3)</sup>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	4	14	8	18	5	29	17	43	9	35	5	14	48	153
合計	25	92	64	157	156	396	145	358	55	178	28	70	473	1,251

(注1) 「関連診療科」は複数回答が可能である。

(注2) 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3) 「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 - 4 2 関連診療科×事故の治療の程度

関連診療科 <sup>(注)</sup> ×事故の治療の程度	濃厚な治療		軽微な治療		なし		合 計	
	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20	H20
	7月～9月	1月～9月	7月～9月	1月～9月	7月～9月	1月～9月	7月～9月	1月～9月
内科	15	39	22	52	5	16	42	107
麻酔科	9	19	2	3	0	2	11	24
循環器内科	15	45	11	38	3	8	29	91
神経科	1	9	5	12	0	0	6	21
呼吸器内科	15	33	14	33	1	3	30	69
消化器科	18	40	12	28	3	6	33	74
血液内科	4	13	1	6	1	2	6	21
循環器外科	3	9	1	5	0	3	4	17
アレルギー科	0	0	0	3	0	0	0	3
リウマチ科	0	6	3	3	0	1	3	10
小児科	6	24	17	34	1	8	24	66
外科	14	39	13	38	1	6	28	83
整形外科	34	69	29	57	1	3	64	129
形成外科	2	3	1	3	0	1	3	7
美容外科	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	14	31	7	17	0	4	21	52
呼吸器外科	5	12	5	8	0	0	10	20
心臓血管外科	8	23	5	11	1	6	14	40
小児外科	1	1	2	3	1	2	4	6
ペインクリニック	0	0	0	0	1	1	1	1
皮膚科	1	4	2	4	1	1	4	9
泌尿器科	12	23	2	7	0	2	14	32
性病科	0	0	0	0	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	1	0	0	0	1
産婦人科	0	5	3	11	2	4	5	20
産科	1	3	0	2	1	2	2	7
婦人科	6	14	1	3	2	2	9	19
眼科	3	8	6	15	1	3	10	26
耳鼻咽喉科	7	22	1	6	1	3	9	31
心療内科	1	1	0	0	0	0	1	1
精神科	7	21	12	32	1	5	20	58
リハビリテーション科	4	7	1	5	0	0	5	12
放射線科	7	11	0	5	0	4	7	20
歯科	0	0	1	3	0	1	1	4
矯正歯科	0	0	0	0	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科口腔外科	4	9	1	6	0	2	5	17
不明	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	22	61	22	65	4	27	48	153
合 計	239	604	202	519	32	128	473	1,251

(注)「関連診療科」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ - 1 - 4 3 発生要因×事故の概要

発生要因 <sup>(注)</sup> ×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	
	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月
確認を怠った	3	5	14	46	0	2	27	87	6	18	4	27	0	0
観察を怠った	0	0	2	7	0	0	15	41	2	4	6	15	0	0
判断を誤った	1	2	6	11	0	1	19	52	1	7	6	21	0	0
知識が不足していた	2	4	7	18	0	0	6	15	4	8	0	10	0	0
技術・手技が未熟だった	0	0	1	2	0	0	19	34	2	2	2	5	0	0
報告が遅れた	0	0	0	1	0	0	0	2	1	1	1	1	0	0
通常とは異なる身体的条件下にあった	0	0	1	4	0	1	5	16	0	1	2	4	0	0
通常とは異なる心理的条件下にあった	0	0	2	3	0	0	2	5	1	1	0	1	0	0
システムに問題があった	1	1	5	11	0	0	4	16	1	4	0	3	0	1
連携ができていなかった	1	1	5	11	0	0	6	20	0	3	0	8	0	0
記録などの不備	0	0	2	2	0	0	2	4	0	1	0	0	0	0
患者の外見・姓名が似ていた	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
勤務状況が繁忙だった	1	1	2	11	0	0	6	10	1	2	0	1	0	0
環境に問題があった	0	0	1	3	0	0	1	6	2	5	0	0	0	0
医薬品の問題	0	0	1	7	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
医療機器の問題	0	0	0	2	0	0	5	11	6	11	1	4	0	1
諸物品の問題	0	0	0	1	0	0	1	3	0	0	1	3	0	0
施設・設備の問題	0	0	0	1	0	0	2	4	0	1	0	0	0	0
教育・訓練に問題があった	1	1	3	8	0	0	5	20	3	7	1	10	0	1
説明不足	0	0	0	1	0	0	1	9	1	1	0	4	0	0
その他	0	0	0	3	0	0	29	101	2	8	6	11	0	0
合 計	10	15	52	153	0	4	155	456	33	85	30	129	0	3

(注)「発生要因」は複数回答が可能である。

検 査		療養上の世話		その他		合 計	
H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月
6	15	15	47	9	22	84	269
1	3	60	142	14	31	100	243
3	6	41	116	12	21	89	237
1	1	16	29	3	7	39	92
2	5	13	32	1	4	40	84
0	1	3	7	0	3	5	16
0	2	1	11	3	8	12	47
0	0	1	6	4	5	10	21
1	5	5	8	2	5	19	54
2	4	21	41	5	11	40	99
1	1	2	4	1	2	8	14
0	0	0	0	0	0	0	0
2	3	4	13	0	2	16	43
0	0	19	42	7	14	30	70
3	3	2	2	0	0	6	13
0	2	0	0	2	3	14	34
0	0	5	7	2	4	9	18
1	2	6	14	4	8	13	30
0	3	11	33	4	9	28	92
1	4	29	65	4	14	36	98
9	23	49	106	13	57	108	309
33	83	303	725	90	230	706	1,883

図表 II - 1 - 4 4 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	
	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月
外来診察室	0	0	0	6	0	0	2	7	0	0	1	2	0	0
外来処置室	0	0	1	2	0	0	1	4	0	0	0	1	0	0
外来待合室	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
救急外来	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
救命救急センター	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	3	0	0
病室	1	2	8	30	0	1	12	59	6	14	12	43	0	0
病棟処置室	0	0	0	0	0	0	1	8	0	1	0	1	0	0
手術室	1	1	1	3	0	0	39	92	6	10	0	2	0	1
ICU	0	0	2	3	0	0	2	11	1	3	1	5	0	0
CCU	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
NICU	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0
検査室	0	0	0	0	0	0	2	6	0	0	0	0	0	0
カテーテル検査室	0	0	1	2	0	0	8	27	0	1	0	2	0	0
放射線治療室	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0
放射線撮影室	0	0	1	1	0	0	4	8	0	1	0	1	0	0
核医学検査室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
透析室	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
分娩室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
機能訓練室	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
トイレ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
廊 下	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	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	1	0	0	0	0	0	0
その他	2	2	2	6	0	1	10	26	0	3	2	2	0	0
合 計	4	6	16	55	0	2	83	269	13	36	17	65	0	1

検 査		療養上の世話		その他		合 計	
H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月
0	1	0	0	2	4	5	20
1	2	0	3	0	1	3	13
0	0	1	2	0	0	2	4
0	0	0	0	0	0	1	1
0	1	0	0	0	3	0	12
1	8	116	264	19	64	175	485
0	0	1	3	1	2	3	15
0	2	0	1	3	12	50	124
1	1	0	1	0	1	7	25
0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	1	2	0	0	1	6
1	4	0	0	0	1	3	11
6	11	0	0	0	1	15	44
0	0	1	1	0	0	1	6
5	12	1	1	2	3	13	27
0	1	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	1	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	1	0	1	1	6
0	0	13	23	2	4	15	28
0	0	12	25	3	7	16	34
0	0	6	16	1	4	7	20
0	0	1	1	0	0	1	1
0	1	5	12	1	3	6	17
6	14	14	47	15	28	51	129
21	58	173	403	49	140	376	1,035

図表 II - 1 - 4 5 事故調査委員会設置の有無×事故の概要

事故調査委員会設置の有無 <sup>(注1)</sup> ×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	
	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月
内部調査委員会設置	1	1	4	14	0	0	13	52	2	7	3	13	0	0
外部調査委員会設置	0	0	0	0	0	0	4	7	0	0	1	1	0	0
内部調査委員会設置予定	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
外部調査委員会設置予定	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
既設の医療安全に関する委員会等 等に対応	2	4	10	38	0	2	51	178	10	27	12	49	0	1
現在検討中で対応は未定	0	0	0	1	0	0	6	9	0	0	0	0	0	0
その他	1	1	2	3	0	0	17	38	1	3	2	3	0	0
未選択 <sup>(注2)</sup>	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
合 計	4	6	18	59	0	2	91	286	13	37	18	67	0	1

(注1)「事故調査委員会設置の有無」は複数回答が可能である。

(注2)「未選択」とは、「事故調査委員会設置の有無」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 - 4 6 事故調査委員会設置の有無×事故の程度

事故調査委員会設置の有無 <sup>(注1)</sup> ×事故の程度 <sup>(注2)</sup>	死亡		障害の可能性 (高い)		障害の可能性 (低い)		障害の可能性 (なし)		障害なし		不明 <sup>(注3)</sup>		合 計	
	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月	H20 7月~9月	H20 1月~9月
内部調査委員会設置	4	16	10	20	12	47	16	43	4	15	1	6	47	147
外部調査委員会設置	0	4	4	6	1	2	0	0	0	0	0	1	5	13
内部調査委員会設置予定	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	5
外部調査委員会設置予定	1	2	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	3	5
既設の医療安全に関する委員会等 等に対応	16	56	29	82	97	235	70	214	35	120	15	37	262	744
現在検討中で対応は未定	1	3	1	4	2	3	3	3	2	4	2	4	11	21
その他	6	15	1	10	13	34	34	57	10	26	6	10	70	152
未選択	1	1	0	1	0	4	1	1	3	4	0	1	5	12
合 計	30	99	47	125	125	327	124	318	54	170	24	60	404	1,099

(注1)「事故調査委員会設置の有無」は複数回答が可能である。

(注2) 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3)「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。

検 査		療養上の世話		その他		合 計	
H20 7月～9月	H20 1月～9月	H20 7月～9月	H20 1月～9月	H20 7月～9月	H20 1月～9月	H20 7月～9月	H20 1月～9月
0	4	15	34	9	22	47	147
0	2	0	0	0	3	5	13
0	1	0	1	1	2	1	5
0	1	1	1	1	1	3	5
19	46	131	305	27	94	262	744
0	0	5	8	0	3	11	21
4	7	28	68	15	29	70	152
0	0	3	8	1	1	5	12
23	61	183	425	54	155	404	1,099

## 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（定点外）とに大別される。今回の報告書においては、第28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。なお、平成19年末に定点医療機関とその他の参加登録医療機関（定点外）にヒヤリ・ハット事例収集事業への参加の意向を確認した。

### 【1】登録医療機関

ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供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28回
参加登録医療機関総数	1,136
うち定点医療機関	237

定点医療機関とは、ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供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。病床規模及び地域に偏りのないよう抽出している。第28回事例発生期間である平成20年6月30日定点医療機関<sup>(注)</sup>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28回		第28回
0-99	21	北海道	14
100-199	35	東北	26
200-299	29	関東甲信越	59
300-399	41	東京	13
400-499	25	東海北陸	37
500-599	30	近畿	32
600以上	56	中国四国	31
合計	237	九州沖縄	25
		合計	237

平成20年6月30日現在のヒヤリ・ハット事例収集事業参加登録医療機関の定点医療機関の病床数総計は101,975床である。

(注) 資料7「ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関（定点外）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 27 回収集	第 28 回収集	備考
事例発生月		1月～3月	4月～6月	
収集期間		2月19日～ 5月12日	5月13日～ 8月11日	
登録医療機関	参加登録医療機関 総数	1,138	1,136	
	参加登録医療機関 のうち報告のあった 医療機関	326	318	
	定点医療機関 <sup>(注1)</sup>	239	237	
	定点医療機関のうち 報告のあった医療機関	230	229	第27回報告困難施設 6施設 第28回報告困難施設 6施設
報告件数 <sup>(注2)</sup>	総報告件数	49,905	59,534	
	全般コード化情報	49,228	58,600	
	記述情報	2,976	4,793	
有効件数	全般コード化情報	49,227	58,600	
	記述情報	916	2,757	

(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20年6月30日現在、237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

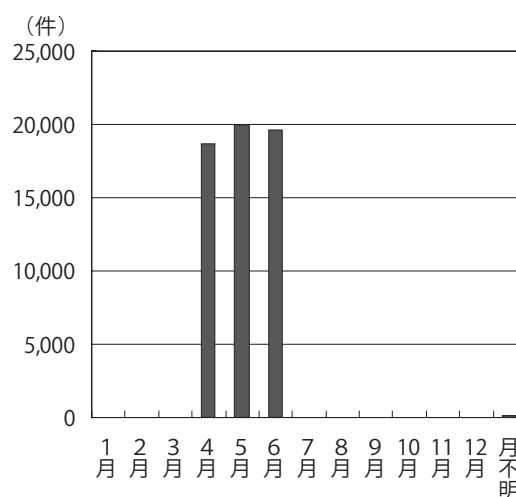
#### (1) 第28回ヒヤリ・ハット事例

##### ① 報告の内容

平成20年4月1日から同年6月30日に発生したヒヤリ・ハット事例（全般コード化情報）58,600件に対し、各項目の単純集計及びクロス集計を行った。結果は以下の通りである。

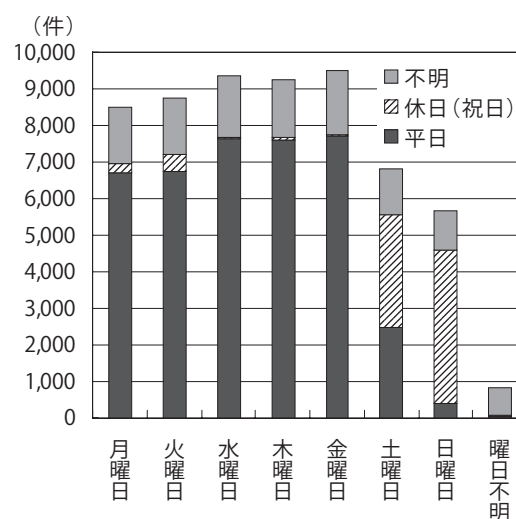
図表Ⅱ-2-4 発生月

発生月	件数
4月	18,758
5月	20,004
6月	19,711
月不明	127
合計	58,600



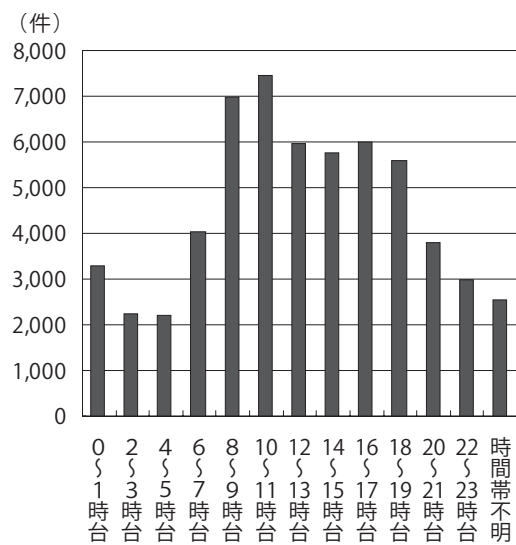
図表Ⅱ-2-5 発生曜日・曜日区分

発生曜日	平日	休日(祝日)	不明	合計
月曜日	6,696	260	1,524	8,480
火曜日	6,726	463	1,547	8,736
水曜日	7,619	44	1,674	9,337
木曜日	7,603	56	1,602	9,261
金曜日	7,694	42	1,768	9,504
土曜日	2,480	3,079	1,263	6,822
日曜日	407	4,186	1,059	5,652
曜日不明	46	8	754	808
合計	39,271	8,138	11,191	58,600



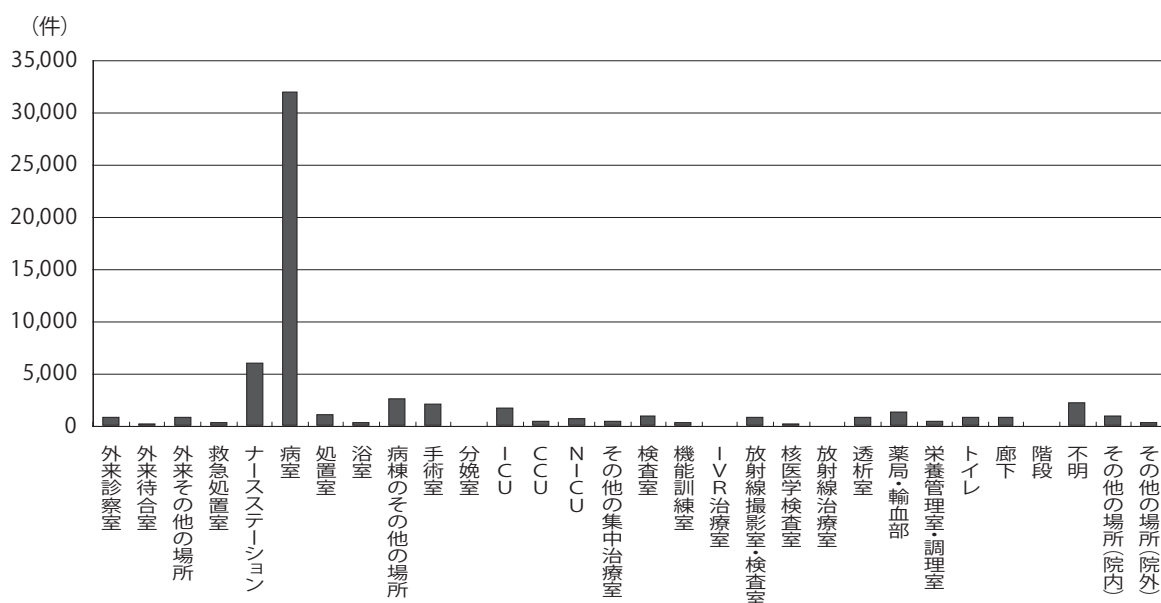
図表Ⅱ - 2 - 6 発生時間帯

発生時間帯	件数
0～1時台	3,262
2～3時台	2,224
4～5時台	2,184
6～7時台	4,005
8～9時台	6,967
10～11時台	7,410
12～13時台	5,956
14～15時台	5,734
16～17時台	5,975
18～19時台	5,574
20～21時台	3,790
22～23時台	2,972
時間帯不明	2,547
合計	58,600



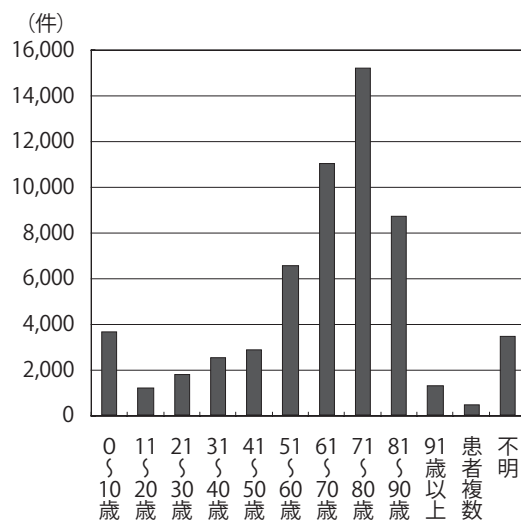
図表 II - 2 - 7 発生場所

発生場所	件数	%
外来診察室	823	1.4
外来待合室	150	0.3
外来その他の場所	797	1.4
救急処置室	285	0.5
ナースステーション	5,957	10.2
病室	32,086	54.8
処置室	1,060	1.8
浴室	210	0.4
病棟のその他の場所	2,577	4.4
手術室	1,980	3.4
分娩室	63	0.1
ICU	1,697	2.9
CCU	334	0.6
NICU	652	1.1
その他の集中治療室	410	0.7
検査室	835	1.4
機能訓練室	254	0.4
IVR 治療室	41	0.1
放射線撮影室・検査室	791	1.3
核医学検査室	82	0.1
放射線治療室	56	0.1
透析室	802	1.4
薬局・輸血部	1,323	2.3
栄養管理室・調理室	402	0.7
トイレ	816	1.4
廊下	750	1.3
階段	15	0.0
不明	2,201	3.8
その他の場所 (院内)	951	1.6
その他の場所 (院外)	200	0.3
合計	58,600	100.0



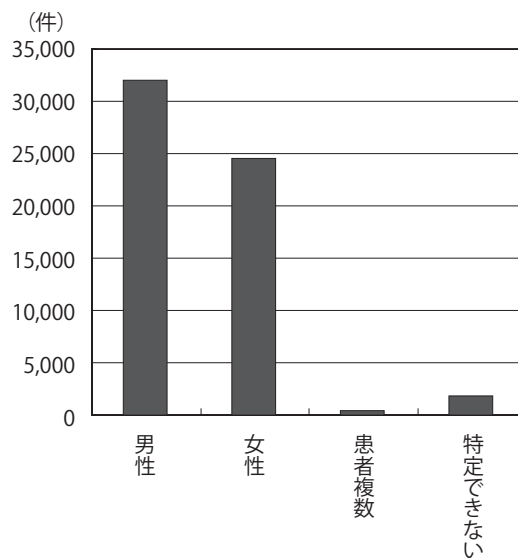
図表Ⅱ - 2 - 8 患者の年齢

年 齢	件 数
0～10歳	3,656
11～20歳	1,180
21～30歳	1,757
31～40歳	2,488
41～50歳	2,861
51～60歳	6,544
61～70歳	11,006
71～80歳	15,194
81～90歳	8,714
91歳以上	1,289
患者複数	441
不 明	3,470
合 計	58,600



図表Ⅱ - 2 - 9 患者の性別

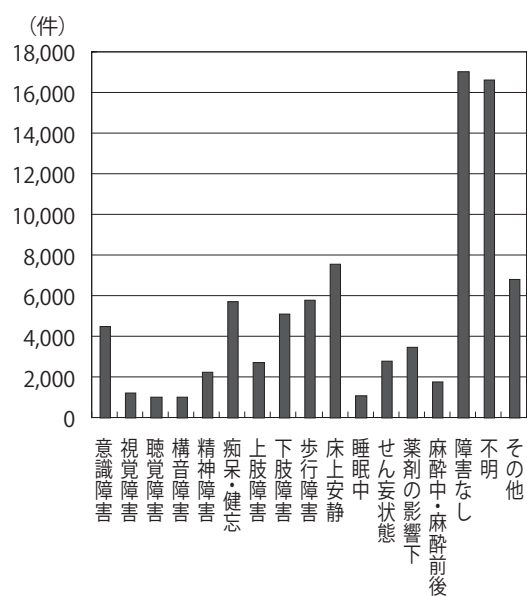
性 別	件 数
男 性	31,868
女 性	24,426
患者複数	464
特定できない	1,842
合 計	58,600



図表Ⅱ-2-10 患者の心身状態

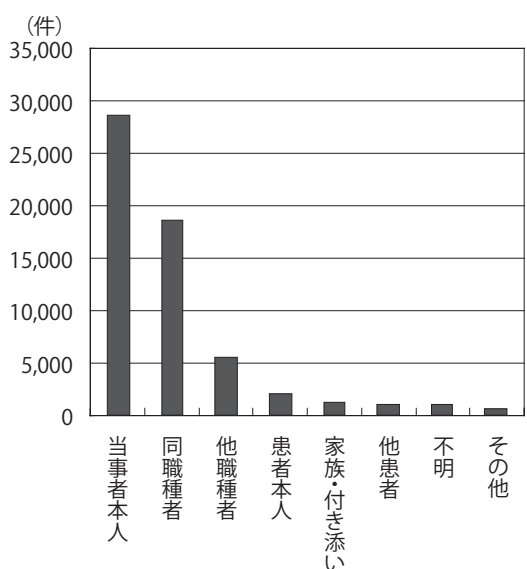
患者の心身状態 <sup>(注)</sup>	件数	%
意識障害	4,462	5.2
視覚障害	1,227	1.4
聴覚障害	999	1.2
構音障害	999	1.2
精神障害	2,256	2.6
痴呆・健忘	5,712	6.6
上肢障害	2,740	3.2
下肢障害	5,097	5.9
歩行障害	5,768	6.7
床上安静	7,563	8.8
睡眠中	1,099	1.3
せん妄状態	2,788	3.2
薬剤の影響下	3,482	4.0
麻酔中・麻酔前後	1,799	2.1
障害なし	16,949	19.6
不明	16,573	19.2
その他	6,764	7.8
合計	86,277	100.0

(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

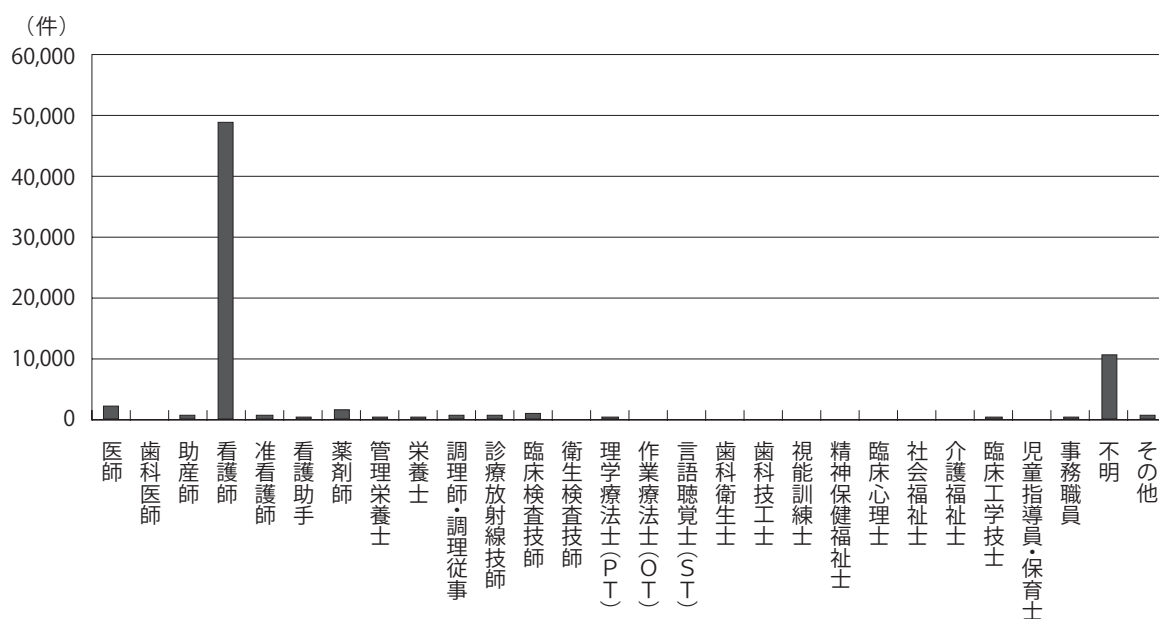
発見者	件数	%
当事者本人	28,627	48.9
同職種者	18,658	31.8
他職種者	5,529	9.4
患者本人	2,081	3.6
家族・付き添い	1,151	2.0
他患者	1,027	1.8
不明	936	1.6
その他	591	1.0
合計	58,600	100.0



図表Ⅱ-2-12 当事者の職種

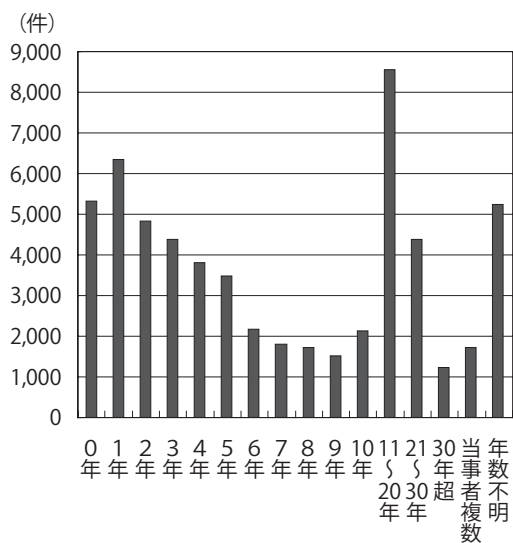
当事者の職種 <sup>(注)</sup>	件数	%
医師	2,235	3.2
歯科医師	49	0.1
助産師	701	1.0
看護師	48,743	70.6
准看護師	672	1.0
看護助手	318	0.5
薬剤師	1,601	2.3
管理栄養士	250	0.4
栄養士	250	0.4
調理師・調理従事者	678	1.0
診療放射線技師	700	1.0
臨床検査技師	774	1.1
衛生検査技師	5	0.0
理学療法士 (PT)	274	0.4
作業療法士 (OT)	109	0.2
言語聴覚士 (ST)	27	0.0
歯科衛生士	10	0.0
歯科技工士	1	0.0
視能訓練士	18	0.0
精神保健福祉士	0	0.0
臨床心理士	2	0.0
社会福祉士	6	0.0
介護福祉士	29	0.0
臨床工学技士	245	0.4
児童指導員・保育士	24	0.0
事務職員	393	0.6
不明	10,419	15.1
その他	483	0.7
合計	69,016	100.0

(注)「当事者の職種」は複数回答が可能である。



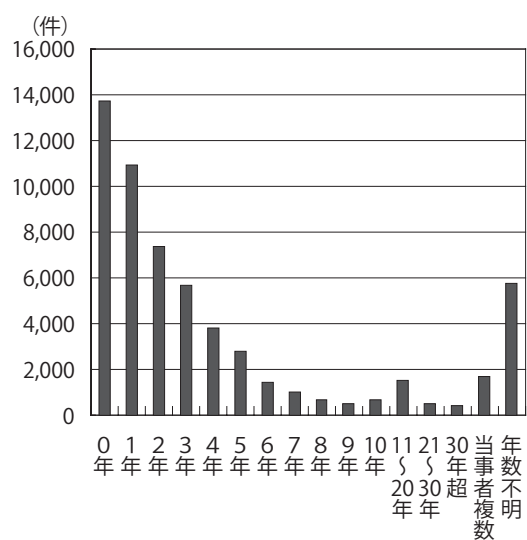
図表Ⅱ-2-13 当事者の職種経験年数

当事者の職種経験年数	件数	%
0年	5,311	9.1
1年	6,354	10.8
2年	4,832	8.2
3年	4,360	7.4
4年	3,785	6.5
5年	3,493	6.0
6年	2,186	3.7
7年	1,800	3.1
8年	1,730	3.0
9年	1,524	2.6
10年	2,117	3.6
11～20年	8,538	14.6
21～30年	4,391	7.5
30年超	1,226	2.1
当事者複数	1,709	2.9
年数不明	5,244	8.9
合計	58,600	100.0



図表Ⅱ-2-14 当事者の部署配属年数

当事者の部署配属年数	件数
0年	13,748
1年	10,922
2年	7,407
3年	5,639
4年	3,808
5年	2,773
6年	1,468
7年	1,029
8年	686
9年	536
10年	656
11～20年	1,555
21～30年	466
30年超	407
当事者複数	1,733
年数不明	5,767
合計	58,600

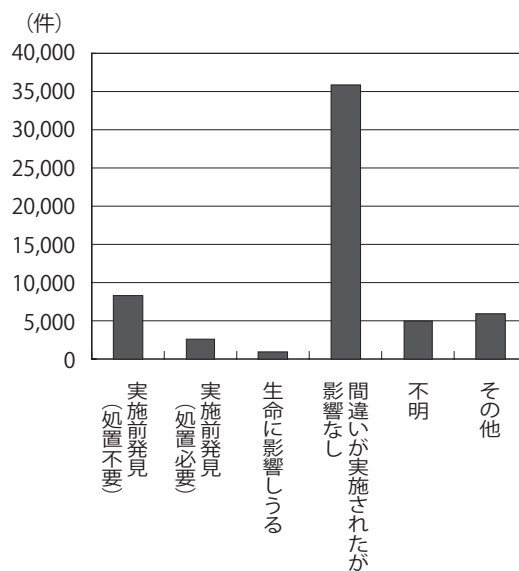


図表Ⅱ-2-15 ヒヤリ・ハットが発生した場面

発生場面	件数	(%)
オーダー・指示出し	720	1.2
情報伝達過程	1,415	2.4
与薬準備	1,290	2.2
処方・与薬	12,594	21.5
調剤・製剤管理等	1,679	2.9
輸血	298	0.5
手術	751	1.3
麻酔	87	0.1
出産・人工流産	26	0.0
その他の治療	558	1.0
処置	387	0.7
診察	135	0.2
医療用具（機器）の使用・管理	1,447	2.5
ドレーン・チューブ類の使用・管理	8,149	13.9
歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理	11	0.0
検査	3,586	6.1
療養上の世話	4,633	7.9
給食・栄養	1,608	2.7
その他の療養生活の場面	6,024	10.3
物品搬送	54	0.1
放射線管理	14	0.0
診療情報管理	552	0.9
患者・家族への説明	315	0.5
施設・設備	116	0.2
その他	12,151	20.7
合計	58,600	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)	8,277	14.1
実施前発見：患者への影響は中等度 (処置必要)	2,707	4.6
実施前発見：患者への影響は大きい (生命に影響しうる)	1,019	1.7
間違いが実施されたが、患者に影響 がなかった	35,754	61.0
不明	4,989	8.5
その他	5,854	10.0
合計	58,600	100.0



図表Ⅱ - 2 - 17 発生要因

発生要因 <sup>(注)</sup>	件数	(%)
確認が不十分であった	36,861	24.6
観察が不十分であった	18,388	12.3
判断に誤りがあった	12,475	8.3
知識が不足していた・知識に誤りがあった	5,280	3.5
技術（手技）が未熟だった・技術（手技）を誤った	3,539	2.4
報告等（忘れた・不十分・間違い・不適切）	3,220	2.2
身体的状況（寝不足・体調不良等）	2,101	1.4
心理的状況（慌てていた・思い込み等）	15,498	10.3
システム	2,817	1.9
連携	6,634	4.4
記録等の記載	1,574	1.1
患者の外見（容貌・年齢）・姓名の類似	222	0.1
勤務状況	12,056	8.0
環境	1,277	0.9
医療・歯科医療用具（機器）・器具・医療材料	1,594	1.1
薬剤	1,636	1.1
諸物品	743	0.5
施設・設備	528	0.4
教育・訓練	3,936	2.6
患者・家族への説明	6,780	4.5
その他	12,605	8.4
合計	149,764	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 <sup>(注)</sup>	発生要因詳細	件数
確認	確認が不十分であった	36,231
	その他	788
観察	観察が不十分であった	17,924
	その他	509
心理的状況	慌てていた	4,987
	イライラしていた	271
	緊張していた	763
	他のことに気を取られていた	3,090
	思い込んでいた	7,179
	無意識だった	2,424
	その他	1,328
勤務状況	多忙であった	6,485
	勤務の管理に不備	149
	作業が中断した	549
	当直だった	204
	当直明けだった	57
	夜勤だった	5,234
	夜勤明けだった	329
	その他	828
判断	判断に誤りがあった	11,796
	その他	782
患者・家族への説明	説明が不十分であった	3,361
	説明に誤りがあった	184
	患者・家族の理解が不十分であった	3,653
	その他	610
連携	医師と看護職の連携不適切	1,755
	医師と技術職の連携不適切	102
	医師と事務職の連携不適切	35
	医師間の連携不適切	139
	看護職間の連携不適切	3,763
	技術職間の連携不適切	243
	多職種間の連携不適切	656
	歯科医師と歯科関連職の連携不適切	0
	その他	483
知識	知識が不足していた	4,330
	知識に誤りがあった	601
	その他	543

(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 <sup>(注)</sup>	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	594	72	123	102	47	93	38	204	127	197
情報伝達過程	1,141	108	263	145	36	234	44	441	182	444
与薬準備	1,088	138	186	122	92	78	55	393	81	160
処方・与薬	10,884	2,148	2,150	1,405	706	713	474	4,503	606	1,765
調剤・製剤管理等	1,416	180	165	128	96	57	82	647	98	113
輸血	222	52	66	81	21	25	11	121	31	60
手術	528	147	131	94	95	62	28	217	34	159
麻酔	58	22	20	7	13	4	3	28	5	13
出産・人工流産	18	5	11	5	3	5	1	9	2	6
その他の治療	375	168	146	70	84	50	18	192	28	84
処置	272	102	97	66	76	41	23	119	30	62
診察	102	29	39	12	6	18	4	37	14	34
医療用具（機器）の使用・管理	1,069	375	216	240	165	58	42	431	90	159
ドレーン・チューブ類の使用・管理	3,621	4,946	2,296	415	490	159	217	1,276	116	456
歯科医療用具（機器）・ 材料の使用・管理	7	3	3	2	2	2	0	4	0	1
検査	2,897	348	592	458	222	278	151	1,204	265	540
療養上の世話	1,944	2,479	1,453	282	290	144	147	774	111	342
給食・栄養	1,425	276	239	108	75	77	34	389	93	163
その他の療養生活の場面	1,646	3,147	1,477	99	49	62	163	596	61	217
物品搬送	44	7	10	5	4	5	1	20	4	8
放射線管理	9	3	3	2	2	2	1	4	1	1
診療情報管理	467	29	63	39	19	37	15	181	45	70
患者・家族への説明	214	30	82	38	16	28	8	94	29	75
施設・設備	52	19	19	8	3	4	2	14	8	9
その他	6,768	3,555	2,625	1,347	927	984	539	3,600	756	1,496
合計	36,861	18,388	12,475	5,280	3,539	3,220	2,101	15,498	2,817	6,634

(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
56	7	129	25	38	30	32	14	96	33	80	2,137
106	13	234	6	24	37	18	10	129	74	42	3,731
61	7	268	27	43	169	40	19	137	58	90	3,312
459	34	2,673	111	121	807	76	34	874	779	399	31,721
47	5	341	17	45	283	26	10	113	30	85	3,984
9	2	72	9	11	7	4	0	41	7	11	863
17	2	95	15	89	14	24	4	70	39	69	1,933
2	0	10	3	6	3	3	1	9	9	12	231
1	0	6	0	2	1	1	1	4	3	1	85
18	4	88	8	31	14	12	6	53	29	46	1,524
15	0	87	8	22	7	12	4	35	25	21	1,124
2	9	25	1	4	0	2	0	14	18	6	376
21	0	224	31	378	23	51	15	187	35	51	3,861
36	7	1,778	137	297	53	126	24	372	1,188	351	18,361
0	0	1	1	4	0	2	0	4	2	2	40
116	50	646	65	92	33	51	27	275	186	156	8,652
35	8	853	153	139	30	96	53	370	986	328	11,017
33	9	259	18	13	8	20	11	146	41	60	3,497
21	5	1,149	335	62	36	74	89	233	1,637	480	11,638
1	1	11	1	3	2	3	1	5	2	2	140
0	0	1	0	1	0	0	0	3	1	3	37
37	14	87	7	11	3	8	5	68	20	29	1,254
9	4	44	6	4	4	4	4	35	141	9	878
0	0	13	7	9	1	7	33	9	7	10	234
472	41	2,962	286	145	71	51	163	654	1,430	10,262	39,134
1,574	222	12,056	1,277	1,594	1,636	743	528	3,936	6,780	12,605	149,764

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	173	36	14	398	26	73	720
情報伝達過程	248	43	21	881	108	114	1,415
与薬準備	323	72	9	729	77	80	1,290
処方・与薬	1,391	304	242	8,819	993	845	12,594
調剤・製剤管理等	676	112	21	625	73	172	1,679
輸血	53	16	15	161	27	26	298
手術	96	77	36	384	70	88	751
麻酔	11	11	1	35	9	20	87
出産・人工流産	1	0	1	21	0	3	26
その他の治療	45	33	9	366	24	81	558
処置	42	20	17	228	16	64	387
診察	31	7	3	67	7	20	135
医療用具（機器）の使用・管理	166	82	30	919	96	154	1,447
ドレーン・チューブ類の使用・管理	565	339	105	5,148	649	1,343	8,149
歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理	2	0	0	8	0	1	11
検査	539	121	14	2,363	246	303	3,586
療養上の世話	342	148	47	3,077	278	741	4,633
給食・栄養	315	48	31	1,003	62	149	1,608
その他の療養生活の場面	387	155	87	4,024	209	1,162	6,024
物品搬送	16	1	1	29	3	4	54
放射線管理	4	0	1	7	1	1	14
診療情報管理	110	11	8	333	53	37	552
患者・家族への説明	43	9	5	201	18	39	315
施設・設備	18	8	2	60	5	23	116
その他	2,680	1,054	299	5,868	1,939	311	12,151
合計	8,277	2,707	1,019	35,754	4,989	5,854	58,600

## 【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<sup>(注1)</sup>。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28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27回収集	第28回収集		
事例発生日		1月～3月	4月～6月		
収集期間		2月19日～ 5月12日	5月13日～ 8月11日		
常時収集 対象となる 事例 <sup>(注1)</sup>	薬剤に関連した事例 (報告書掲載件数)	353 (31)	1,560 (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 20 (13)	人工呼吸器 43 (17)		
	その他重要事例 <sup>(注2)</sup> (報告書掲載件数)	72 (8) <sup>(注3)</sup>	393 (4)		
収集回毎 テーマの 事例	リハビリテーション中に 起きた事例 (報告書掲載件数)	189 (32)	179 (35)		
	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 (報告書掲載件数)	47 (20)	57 (20)		
	輸血療法に関連した事例 (報告書掲載件数)	156 (30)	204 (30)		
	手術の際の異物残存に関 連した事例 (報告書掲載件数)	125 (23)			

(注1) 記述情報として収集する事例の内容やテーマは10～11頁参照。

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

(注3) ヒヤリ・ハット事例データベースに掲載したものを示す。



# III 医療事故情報等分析作業の現況

平成16年度より開始した当事業において、医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例を収集している<sup>(注)</sup>。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年度より取り上げたテーマを図表Ⅲ-1-1に示す。

図表Ⅲ-1-1 個別分析の対象としたテーマ

平成16年	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
平成17年	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（人工呼吸器） 薬剤に関連した医療事故 医療処置に関連した医療事故
平成18年	医療機器の使用に関する医療事故 薬剤に関連した医療事故 医療処置に関連した医療事故（浣腸・経鼻栄養チューブ等） 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
平成19年	医療機器の使用に関する医療事故（人工呼吸器・輸液ポンプ） 薬剤に関連した医療事故 医療処置に関連した医療事故 検査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 リハビリテーションに関連した医療事故
平成20年	医療機器の使用に関する医療事故（人工呼吸器） 薬剤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 リハビリテーションに関連した医療事故 輸血療法に関連した医療事故 手術における異物残存に関する医療事故（再）

(注) 5～6、11～13頁に詳述。

## 【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・ハット事例収集においては、引き続き個別分析班が分析対象として扱う事象に関連するテーマを設定し、記述情報を収集している。

## 【3】分析体制

医療安全に関わる医療専門職、安全管理の専門家など多様な医療職種の専門家で構成される分析班において、月に1～2回の頻度で全ての医療事故情報を参照し、医療事故情報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。

## 【4】医療事故情報に対する追加調査

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を分析するうえで、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、医療機関へ文書等による問い合わせや、現地確認調査を行っている。追加調査の内容は、医療安全対策を検討するために活用している。

医療機関への現地確認調査は、平成20年7月1日から同年9月30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20年7月1日から平成20年9月30日の間に報告された医療事故のうち、薬剤に関連した事例30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情報の概要は図表Ⅲ-2-1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-2-2）。

##### ① 指示段階

指示段階における事例は7件であった。そのうち、当該患者にとって禁忌であることがわかっている薬剤を投与した事例が3件、化学療法際の抗癌剤の処方間違いが2件あった。

##### ② 指示受け・申し送り段階

指示受け・申し送り段階における事例は2件であり、ドパミン塩酸塩の含量を間違えて、投与量を計算したことにより過量投与となった事例が1件あった。

##### ③ 準備段階

準備段階における事例は4件であった。そのうち、有効期限が切れたワクチンを使用した事例が1件、注射器に準備された薬剤に関する事例が1件、錠剤自動分包機のカセットに他の薬剤が混入していたため、患者が処方されていない薬剤を内服した事例が1件あった。

##### ④ 実施段階

実施段階における事例は17件であった。そのうち、輸液の血管外漏出が2件、持続点滴を行うところ静脈注射した事例が1件、輸液ポンプ等の流量設定間違いが2件、注射器に準備された薬剤を取り違えた事例が3件、当該患者にとって禁忌であることがわかっている薬剤を投与した事例が1件あった。

##### ⑤ 実施後の観察及び管理段階

この段階における事例の報告はなかった。

##### ⑥ その他

この段階における事例の報告はなかった。

## (2) 薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第28回ヒヤリ・ハット事例収集<sup>(注)</sup>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28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禁忌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、事例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-2-3)。また、報告された事例の中から33件の事例概要を図表Ⅲ-2-4に示す。

### ② 禁忌薬に関する事例

禁忌とは、「患者に投与しないこと」を意味するが、医療機関から報告された禁忌薬に関する事例をもとに、本報告書で扱う禁忌薬を

- i) 患者の原疾患や既往歴、患者の体質などにより患者に投与しない、または、投与しないほうがよい薬剤
  - ii) 併用してはいけない、または、併用しないほうがよい薬剤
  - iii) 配合が不適である、または、配合しないほうがよい薬剤
- として事例の発生状況を整理した。

禁忌薬が準備、投与等される段階を経時的に「指示」、「指示受け・申し送り時」、「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、事例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-2-5)。また、報告された事例の中から20件の事例概要を図表Ⅲ-2-6に示す。

---

(注) 第1回～27回 ヒヤリ・ハット事例収集に関しては5～6頁参照。

図表Ⅲ - 2 - 1 薬剤に関連した医療事故の発生状況

番号	事故の程度	段階	発生経緯
<b>【薬剤間違い】</b>			
1	障害なし	指示受け・ 申し送り段階	「フェンタニル1.3mg(2.6mL)+2%キシロカイン2.2mLでトータル4.8mL、4mL/h」の指示が出たため、看護師は院内の薬品コードブックで確認し、臨時薬品請求伝票で「キシロカインE注射液2%(2.0mL)」を請求した。看護師2人で確認したが「E」を薬品名と認識した。夜勤の看護師は、ミキシングの際、伝票と取り寄せた薬品の表示の違いには気付いていたが、指示が「E」の文字を略された記載であると思い、点滴を開始した。夜勤看護師は、薬剤部からあがってきた翌日の薬品を見て薬剤間違いであることにことに気付き、当直医師に報告し、薬剤を交換しなくてよいかを確認した。医師は、キシロカインEはエピドラから投与されているものと思い、交換せず投与してよいと指示した。翌朝、医師により「E」入り薬剤を中止し、本来の薬剤に変更となった。
2	障害なし	準備段階	看護師から、当該患者の分包された薬の中に違う薬があるとの報告を受け、確認すると、ドプスを服用する指示で分包された薬剤の中に、TS-1カプセルが混在していた。更に薬剤課で確認すると、当該患者の薬の中から3カプセルのTS-1を発見し、更に、ドプスの錠剤自動分包機カセットからは14カプセルを発見した。入院患者に錠剤自動分包機を利用してドプスカプセルを調剤した患者は、当該患者を含め3名いることがわかった。TS-1カプセル2.5mgとドプスカプセル100mgの外観が類似しているという認識に欠けていた。
3	障害なし	準備段階	検査時、看護師がミエロトレイを開け、注射器2本と1.8G注射針、スパイナル針、消毒用イソジンをトレイ内に準備した。医師は注射器と針を接続し、看護師が手に持った1%キシロカインポリアンブ10mLを吸い上げた。準備していたオムニパーク240(10mL)は注射器に吸い上げていなかったが、医師はキシロカインをオムニパークだと思い脊柱管内に注入した。6mL入ったところで造影されなかったため、オムニパークではないことに気付いた。
4	障害の可能性 (低い)	準備段階	手術終了後、麻酔科研修医が、担当指導医に、筋弛緩薬の拮抗のための薬剤の必要性についてPHSで質問した。「リバーは必要ですか?」と問い、指導医から「いつもの半量用意するように」との口頭指示があった。研修医は硫酸アトロピン1A+ネオスチグミン2Aを用意することを理解し、準備する際、ネオスチグミンを取り出すところ、トレーの薬剤ラベルの「ネオ」という文字のみを見て、誤って右にあったネオシネジン2Aを取り出し、アンプルの確認をせず投与した。
5	障害なし	実施段階	カテーテル検査時に局所麻酔薬オムニカイン注射薬のシリンジとフラッシュ用ヘパリン生食シリンジが清潔領域にあった。患者は検査中から徐脈傾向および気分不快、嘔気を認めた。この症状は局所麻酔薬静脈注射による可能性が高いと考えられ、注射器に準備されたオムニカインとヘパリン生食を取り違えた可能性があった。

番号	事故の程度	段階	発生経緯
6	障害の可能性 (低い)	実施段階	眼科での手術の際、アバスチン及びケナコルトを硝子体に注入し、ゲンタシンを結膜下に注射する予定であった。医師はアバスチンを硝子体腔に注入後、看護師がケナコルトが入ったシリンジを渡すところゲンタシンが入ったシリンジを渡したため、硝子体腔にゲンタシンを注入した。
<b>【薬剂量間違い】</b>			
7	障害の可能性 (低い)	指示段階	主治医は、患者に化学療法を実施するため指示を出した。受け持ち医は、患者が入院した日曜日に、抗癌剤の指示をオーダーリングシステムに入力した。この時、そのうち1種類の抗癌剤（シスプラチン）について、主治医が意図した1日ではなく、4日分を入力し、患者に投与した。
8	障害の可能性 (低い)	指示段階	今回の化学療法においてレジメンはシスプラチンを1日目に投与、5-FUを1日目から5日目まで投与後、3週休薬する予定だった。しかし、主治医は、食道癌の放射線化学療法のレジメンが2週投与、1週休薬となっていたため、休薬であるはずの2週目にも抗癌剤を投与した。
9	障害の可能性 (なし)	指示段階	外来診療時にネオドパストンの処方量を粉砕150mg分6から粉砕300mg分6に増量し、その後、患者は薬剤の影響を観察するため入院した。入院当日、薬剤師が持参薬を確認する際に、前回の外来受診時の処方内容を確認することなく、ネオドパストン600mg分6と持参薬確認表に記載した。患者が1ヶ月後に持参薬を飲みきったため、研修医Aが持参薬確認表を基にネオドパストン600mg分6（7日分）を臨時処方し、その後、研修医Bが更に1ヶ月間同様の処方を行った。主治医は、症状悪化に伴い薬剤を減量したが、改善しないため、入院前の薬剂量を確認したところ、処方量が間違っていることに気付いた。
10	死亡	指示受け・ 申し送り段階	鎮静施行に伴い血圧低下があり、0.3イノバンシリンジを3γで開始の指示があり、0.3%イノバンシリンジを3γ（11.7mL/h）で開始した。開始時に医師に薬剤、ガンマ数を確認したのみで看護師間のダブルチェックは行っていなかった。4時間後、看護師がシリンジポンプを確認したところ、0.3イノバンシリンジはドパミンの含量が150mg/50mLであるが、50mg/50mLとしてガンマ計算をし、投与されていることに気付いた。そのため、3倍量の9γ/hが投与された。

番号	事故の程度	段階	発生経緯
<b>【速度間違い】</b>			
11	不明	実施段階	患者は、敗血症性ショックに対し、シリンジポンプにより、ノルアドレナリン3 A（1 g/mL/ A）+生食47 mL（計50 mL）を3 mL/h、サクシゾン50 mL/hで投与されていた。サクシゾンの輸液の終了アラームとノルアドレナリンが入った輸液のアラームが同時に鳴ったため、受け持ち看護師は、サクシゾンを止めて、ノルアドレナリンを交換した。その際、ノルアドレナリンが投与されていたシリンジポンプに接続すべきところ、誤ってサクシゾンが投与されていたシリンジポンプのルートに接続した。20分後、シリンジのアラームが鳴ったため別の看護師が確認したところ、ノルアドレナリンが流量が50 mL/hで投与されているのを発見した。
12	障害なし	実施段階	1本の点滴スタンドに2台の輸液ポンプが設置し、CVラインよりメインの輸液が60 mL/h、カコージンが10 mL/hで投与されていた。患者の心拍がHR 110で続いていた為、輸液ポンプを確認したところ、カコージンの流量が指示量ではないことに気付いた。
<b>【対象者間違い】</b>			
13	障害なし	指示段階	経管栄養を行っている患者Aの内服薬準備中、プレドニゾロン散の処方があるのを見つけた。疑問に思いカルテの指示欄で確認、処方指示の記載は無かったが、すでに1回分は患者に与薬されていた。医師が処方箋記載する際、定期でプレドニゾロン内服薬服用中の患者Aと患者Bの氏名を間違えエンボスカードを押してしまった。指示受けした看護師も確認時、患者氏名を見落とした。
14	障害なし	実施段階	看護師は、栄養チューブから内服薬をシリンジで注入する際、他の患者のシリンジと取り違え、氏名確認をせずに注入した。別の看護師が、他の患者の薬剤が入ったシリンジがないことに気付いた。誤って投与したシリンジの中に入っていた薬剤は、ディオバン80 mg、アダラートL 20 mg等が含まれていた。当該病棟では、栄養チューブから内服薬を投与する患者が多く、複数の患者のシリンジをまとめて1つのトレイに入れてワゴンで運んでいた。そのため、シリンジにビニールテープで氏名を記入したものを貼っていたが、シリンジが重なり合ったり、方向がバラバラで氏名が見えにくい状況であった。
<b>【その他】</b>			
15	死亡	指示段階	患者は、羊水穿刺目的で入院した。患者のカルテには、禁忌の薬剤として、セフェム系薬剤の記載がされていたが、該当する薬であるオーツカCEZ注を点滴注射した。電子カルテシステムを導入していたが、アレルギー禁忌の項目が入力不十分であった。
16	障害なし	指示段階	入院中の患者に対し泌尿器科外来で膀胱鏡検査を実施し、医師は患者にアレルギーの有無を確認後クラビット2錠を投与した。患者が病棟に戻り、「頭の中がかゆい」と訴えた。その後、患者は、意識消失、眼球上方固定、脈拍触知不能、呼吸停止となった。カルテ表紙にある薬剤禁忌欄に、「キノロン」と赤字で記載されていたが、当該薬品であることが理解できなかった。

番号	事故の程度	段階	発生経緯
17	障害の可能性 (低い)	指示段階	病棟担当医は、術後指示として、ボルタレン坐薬 2.5 mg を指示記載し、患者に投与した。20分後、患者は「全身かゆい」と訴え、プレシヨック状態となった。ボルタレンは患者の禁忌薬剤として電子カルテのアレルギー欄に記載されていた。また、患者はボルタレンが禁忌薬剤であることを外来主治医、受け持ち看護師、病棟薬剤師に申告していた。しかし、外来主治医は申告された内容を病棟担当医に伝えていなかった。
18	障害なし	準備段階	薬剤部が、平成19年度分のインフルエンザワクチンを卸業者に返品するため、在庫品の製造番号確認を行い、卸業者に連絡したところ平成18年度分の製造番号のワクチンがあった。インフルエンザワクチンの接種者のカルテを確認したところ、平成18年度のワクチンを接種した患者が7名いたことがわかった。調査の結果、薬剤部へ返却された期限切れワクチン6本が払い出され、使用されていた。
19	障害の可能性 (なし)	実施段階	造影MRI目的にてEOBプリモビスト投与したところ、静注後約5分で呼吸苦が出現した。患者は、顔面にチアノーゼ、上気道狭窄音などを認めた。以前にも数回、造影MRIを施行していたがアレルギー歴はなく、予測は困難であった。
20	障害の可能性 (なし)	実施段階	アレビアチン注 250 mg ワンショット（急速投与）により血圧が低下した。薬剤知識が不足していたためにアレビアチン注の投与速度（側管注射）を誤った。
21	障害の可能性 (低い)	実施段階	看護師は、血液の逆流及び刺入部に問題がないことを確認し化学療法としてオンコビン点滴を開始した。アドリアシン点滴交換を依頼された看護師は患者が点滴刺入部の違和感を訴えたため確認したが、発赤、腫脹はみられなかった。その後、血管外漏出を認め壊死性筋膜炎となった。
22	障害の可能性 (低い)	実施段階	患者は、尿量コントロールのためピトレシンをシリンジポンプにて24時間持続点滴を行っていた。1年目の看護師は、初めての夜勤であったため、フォローの看護師と共に、ピトレシン持続点滴の指示（ピトレシン20単位＋生理食塩水19mL）があることを確認した。その後、1年目の看護師は、点滴更新のため、メインと抗生剤の点滴と共にピトレシンが入ったシリンジを持って病室に行き、メインと抗生剤の点滴をPDAにより開始確認後、ピトレシンの持続点滴を行うところ静脈注射を行った。
23	障害の可能性 (なし)	実施段階	患部の腫脹に対し、消炎剤が朝・夕で処方された。患者は、認知機能に問題が無いため自分で内服が可能であったため、シートのまま錠剤を渡した。その後、胃部不快感を訴えCRPが上昇したため、尿路感染を疑い治療を行ったが、症状が改善せず消化器科を受診した。更に、症状が憎悪したため、消化科に転院し、転院後緊急開腹術により、錠剤がシートのまま内服されており、腸穿孔の原因と考えられた事がわかった。

番号	事故の程度	段階	発生経緯
24	障害なし	実施段階	ソルアセット D 500 mL の点滴を交換した。1 時間後、薬剤に変化はみられなかった。2 時間後、タケプロンを側管から注入した（注入前後に管内に生理食塩水を注入した）。その6 時間半後、点滴ルート、フィルター内、ソルアセット D 薬液内に無数の細かな暗紫色の浮遊物を発見した。
25	死亡	実施段階	造影 CT 施行目的のため、患者にヨード系造影剤 138 mL を注入した。その後、咳嗽が出現した。ただちに投与を中止したが患者は急変し、心停止、呼吸停止をきたした。
26	障害の可能性 (低い)	実施段階	左内踝部にジェルコ針を刺入し、輸液ポンプにてソルデム 3A 500 mL 2 本を持続点滴を開始した。3 日後、左下肢全体の腫脹があったため、血液の逆流と輸液ポンプの滴下を確認し、点滴を継続した。その夜、左内踝部の点滴刺入部に約 0.5 × 2 cm の水疱があった。抜針時の固定用絆創膏を剥がす際、約 4 × 4 cm 表皮が剥離していた。4 日後、左内踝部の点滴刺入部が広範囲（約 10 × 7 cm）に壊死化形成がみられ、壊死周囲は白色化していた。
27	障害の可能性 (高い)	実施段階	術後の CT 検査時に造影剤を使用した。特に異常は見られなかった。5 ヶ月後、患者は、外来を受診し経過観察のため造影 CT の検査を実施することとなった。造影剤注入後約 40 秒で 1 回目の撮影を完了した後に本人から「気分が悪い」との訴えがあり、撮影を中止した。その後、患者は息苦しいと訴え、意識消失した。
28	障害なし	実施段階	ヘパリン起因性血小板減少症のためヘパリン投与禁止の患者に対し、抗生剤終了後ヘパロックをした。受け持ち看護師に「抗生剤が終了したのでヘパロックします」と声を掛け実施した。受け持ち看護師がヘパリン投与禁止であることに気づき声を掛けた時には、すでにヘパリン生食が投与されていた。患者の枕元に「ヘパリン禁」の貼り紙があったが、消灯後であったため気付かなかった。
29	障害の可能性 (高い)	実施段階	右大腿部の末梢血管より静脈留置針で点滴管理していた。電解質異常にて 50% ブドウ糖、アスパラ K を混注した点滴を実施中に静脈炎で発赤を認めた。オプサイトを貼布し皮膚保護を図った。6 日後、水泡を掲載し、更に 2 日後に表皮剥離し、一部潰瘍を形成した。
30	障害の可能性 (低い)	実施段階	患者は 3 ヶ月前オムニパークを用いた造影 CT 撮影検査を受けており、その際には特に問題は生じていなかった。今回はイオパミロン 300 を投与して撮影を行った。撮影を終えた時点では呼びかけに対し返答があったが、その後、心肺停止状態になった。ボスミンの投与と心臓マッサージを施行し蘇生した。

図表Ⅲ - 2- 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	3	0	0	0	0	1	3	7
	指示受け・ 申し送り段階	1	1	0	0	0	0	0	0	2
	準備段階	3	0	0	0	0	0	0	1	4
	実施段階	2	0	0	0	0	2	1	12	17
	実施後の観察 及び管理段階	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計		6	4	0	0	0	2	2	16	30

図表Ⅲ - 2- 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	5	35	0	0	2	1	4	45	92
	指示受け・ 申し送り段階	12	22	1	0	0	11	0	37	83
	準備段階	111	155	1	3	3	16	35	172	496
	実施段階	22	75	3	0	1	187	15	578	881
	実施後の観察 及び管理段階	0	0	0	0	0	0	0	5	5
	その他	0	0	0	0	0	0	0	3	3
合計		150	287	5	3	6	215	54	840	1,560

(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 11 事例を含む

図表Ⅲ - 2 - 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 4件】 他類似事例 146件			
1	化学療法のため24時間末梢点滴キープをしている患者がシャワー浴を行うためロックを行う際、誤って吸入用ピソルボン液2mL(4mg)を投与した。手技を見守っていた先輩看護師に指摘され、1.6mL投与したところで中止した。	ヘパリン生食を冷所より取り出す際、隣のトレイに置いてあったピソルボンを取り出した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤を投与する際の3点確認を必ず行う。</li> <li>・吸入薬はピンクのシリンジを必ず使う(ないときは作らない)。</li> <li>・冷所にはヘパロックのみが入っているという思い込みをしない。</li> <li>・ヘパリン生食のシリンジや置き場所について再検討する。</li> <li>・吸入薬は吸入薬専用のトレイに入れる。</li> </ul>
2	入院時に患者の持参薬を確認した際、アダラートL20mgを持参薬確認用紙に「アダラート(20mg)」と記載し、医師に報告した。その後、指示看護ワークシートに持参薬登録でアダラートCR(20mg)の指示が出た。退院時、退院処方として出された薬がいつも内服している薬と違う(アダラートLではなくアダラートCRが処方された)ことに患者が気づき、インシデントが発覚した。担当医へ持参薬がアダラートLであったことを報告し、退院処方はアダラートCRからアダラートLに変更となった。	持参薬の確認をした際、当事者はアダラート「L」まで確認していなかったため、実際の持参薬と異なるアダラート「CR」で指示受けをしてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・持参薬を確認する際はヒートや薬表、識別番号で薬を調べ、薬品名を最後まで確認して持参薬確認表に記載する。</li> <li>・医師からワークシートを受ける際、持参薬と指示の内容が一致しているかを確認する。</li> </ul>
3	点滴混注において、ソルデム3Aにアスパラカリウムを混注するところを、KCLを混注し、他の看護師に発見された。その患者の伝票を見ながら混注をしていたが、自分の頭の中でカリウム製剤はKCLという思い込みがあり、混注間違いをしてしまった。	自分の頭の中でカリウム製剤はKCLという思い込みがあった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ワークシートと薬品の確認を、慌てている時であっても、指差し声出し確認で確実にを行う。</li> <li>・思い込みをなくす。</li> <li>・点滴を混注する時間を確保し、点滴混注中には、メンバーに業務を依頼するなどをして、集中して行う。</li> </ul>
4	1度調剤方法を間違い、やり直した際、ワーファリン1mgを1日1回夕食後2.75錠、2日分を調剤しようとして、ラシックスを取り調剤してしまった。やり直す前の調剤では、きちんとワーファリンを取りカラを確認していたが、取った5.5錠を全て粉砕してしまったため、急いで調剤し直した。あせって調剤し、調剤方法に気がいってしまい、薬剤の確認、カラとの確認が疎かになってしまった。この患者は血栓が出来やすい患者で、ワーファリンが服用できなければ、塞栓症に至った可能性も考えられた。	ワーファリンとラシックスの外観が類似していた。特に焦っていたため、赤いという共通する特徴を確認することを怠った。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・粉砕、一包化などは、調剤者の責任が大きく鑑査も行いにくいいため、調剤する段階でのチェックを行う。</li> <li>・カラやバーコード処理など、必ず確認できるものを残し、チェックする。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【薬剤量間違い 6件】 他類似事例 281件</b>			
5	10%ベサコリン散60mg 朝夕食後10日分(全20包)の調剤をした。1包の分包紙の印字を30mgとすところを20mgとしてしまった。鑑査者も気付かず、病棟に上がってしまった。9日後看護師が印字の誤りを発見し、薬局に連絡をした。薬剤師が処方せんにて総秤量数・分包数を確認し、印字の修正を行った。患者に投与された薬は、処方通りであった。	全20包の数を印字してしまった。連休前で業務が集中して、注意力が低下してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・印字を入力後、入力内容を確認する。</li> <li>・分包が終了したら、再度印字を確認する。</li> <li>・忙しい場合も落ち着いて、仕事を行う。</li> </ul>
6	抗生剤を2種類使用中の患児に、5時分のザイボックス40mgを看護師2名でダブルチェック後作成し、投与した。最終記載時、注射ワークシートで読み上げた40mgという数字に気をとられてしまった結果、用紙のIV欄へ40mL投与と記載してしまった。その後も記載間違いに気付かなかった。日勤帯13時に投与する際、過量投与の疑いがあることに気付いた。医師へ報告、過量投与の疑いがあるため13時分はスキップとした。当事者に事実確認した際、記載間違いであり1回投与量は間違えていなかったことが判明した。医師へ報告し、過少投与のまま様子観察となった。	不明。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・投与の際はmg単位、時間数の確認に加えて、シリンジへ吸いあげた量(mL)も指差し・声出し確認をするよう徹底する。</li> </ul>
7	朝からリン酸コデイン散1%60mg 3包3×(毎食後)が開始になる患者に対し、1包が10mgだと思い込み、2包与薬した。さらにその与薬したリン酸コデイン散は眠前様に処方されていた一包40mgのリン酸コデイン散であった。結果、80mgのリン酸コデイン散を患者に投与した。医師報告し、患者に問題ないことを伝え様子観察となった。	不明。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護ワークシートの見方と処方箋の見方をもう一度確認する。</li> <li>・与薬の準備をする際、処方されている薬と処方箋、看護指示ワークシートが一致しているか確認し、薬包に書いてある朝・昼・夕の表示を見落とさないように怠らないようにする。</li> <li>・準備した際は3回声だし確認を行ない、Wチェックしてもらい、確認する。</li> <li>・リーダーとして、夜間帯の遅い時間の処方された与薬は、届いているのかセットされているのか注意をし確認をする。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
8	翌日心臓カテーテル検査を予定していた患児の注射ワークシートをリーダー看護師が医師より受け取った。医師と共に、オピスタン、ヒベルナ、持続点滴については指差し、声出し確認して指示を受けたが、抗生剤の量の指差し、声出し確認を怠り、抗生剤の量の単位が正確には「130mg」であるものが、「130g」となっており、誤りに気付かなかった。翌日（検査日）の日勤リーダー看護師が単位が誤っていることを発見し、医師へ正しい指示を出し直してもらった。	不明。	<ul style="list-style-type: none"> <li>指示出し、指示受け時には、声だし、指差し確認を医師と共に確実に行う。</li> </ul>
9	入院時に入力される患者の身長、体重が看護師により逆に入力されていた。（○ cm、△ kg が △ cm、○ kg）医師が抗癌剤をレジメンオーダー入力する際、気付かずに予定投与量の80%の量で治療を行った。この投与量で治療経過中白血球減少を来し、予定投与量で治療を行っていた場合は、化学療法の一時的中止する可能性があり、少ない投与量が患者に大きな不利益を与えなかったと考えられた。	抗癌剤の量はレジメンオーダーで患者基本から自動的に、身長、体重を読み込み計算される。今回逆に入力されていたが体表面積がもっともらしい数値であり間違いに気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>抗癌剤をオーダーする際は、体表面積だけでなく、身長・体重も必ず確認する。</li> </ul>
10	プレドニンが処方され、薬名・用法・用量・内服する日をパソコン上で確認したが、「1日おきに内服」ということに気付かなかった。また、本人へ内服薬を渡す際にWチェックするが、2人とも注意書きには気付かなかった。次の日、同じ看護師が受け持ったが、分包する時に1日おきに内服という文字には気付かなかった。Wチェックは他スタッフ2人で行うが、その時も準備されている薬が正しいものだと思い、処方箋の注意書きには気付かなかった。本人に内服薬を渡す時もその日の受け持ちやWチェックをしたスタッフ2人ではないスタッフが渡した。診察時に医師より本人にプレドニンを1日おきに内服していることを話し、本人より当日も内服したことを医師に話し、リーダー看護師からその日の受け持ち看護師に1日おきに内服する指示であったが内服してしまった事を告げられ、間違いに気付いた。	それぞれが、処方箋・薬袋の確認不足であった。また、指示変更になった時の医師との連携が不足していた。2人で確認を行っていたにも関わらず、指示を見落としてしまった。処方分包・与薬の準備・患者への与薬と内服の内容の確認を行う機会があったにもかかわらず、内容確認できていなかった。確認行為を何のために行っているのかということをおぼろげに忘れて、機械的に行っていた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>処方箋の端から端までしっかり確認し、大事な指示を見落とさないように注意する。</li> <li>特殊な内服方法であったため、マーカー等でしっかり印をつける。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【方法間違い 3件】 他類似事例 11件</b>			
11	<p>左腹部からPTCDチューブと右腹部から肝膿瘍ドレーンが挿入されていた。右手背からは、末梢点滴のルートが確保され、輸液が行われていた。定時の抗生物質の静脈点滴を行うため、患者のベッドサイドの訪問し、臥床している患者の左側に点滴台が置かれ、点滴台上部には輸液ボトルが吊るされ、点滴台下部には、2つのドレーンの廃液バックがそれぞれに下げられていた。腹部中央に三方活栓があったので、指示の静脈点滴をつないだ。終了後他の看護師が、空の抗生剤バックをはずそうとしたところ、肝膿瘍ドレーンについていた三方活栓に抗生剤のバックが接続されており、誤接続であることに気付いた。主治医に直ぐ報告し、廃液量の確認と患者の状態観察を行ったが、症状の変化はなかった。</p>	<p>ドレーンに三方活栓を使用することに問題があった。各種ドレーンを取り扱う時の刺入部確認が不十分であった。血管内と血管以外の使用も同一の三方活栓を使用していた。末梢静脈点滴も肝膿瘍ドレーンも右側から挿入され、患者の腹部には2個ルートが体の上を通り、いずれも三方活栓がつけられていた状態にあった。接続した看護師も三方活栓は目に付いていたが、刺入部まで確認できていなかった。肝膿瘍ドレーンは時々流出が少なくなり、閉塞を防ぐため医師により三方活栓がつけられ、生食でフラッシュされることがあり、そのままドレーンに三方活栓がつけられたままになっていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>血管アクセスルートへの三方活栓のカラー識別を検討する。</li> <li>原則ドレーンに三方活栓を活用しない。ドレーン類を取り扱うときは、必ず刺入部確認を手で繰り返す。</li> <li>各種ドレーンの刺入部表示をルートにテープを貼り、刺入部を記入し、わかりやすくする。</li> </ul>
12	<p>患者にヘパリンロック用のペミロックを通常100倍濃度のものを使用するところ10倍濃度のものを使用した。</p>	<p>それまで使用していたヘパリンロック用シリンジが院内全体で回収されてから、病棟で初めてペミロックを使用した。薬局から病棟に上がった時にダブルチェックもされていたため別の規格があることの疑問をもたなかった。ペミロックのシリンジに100単位/mLの記載があったが、100倍の濃度の100と勘違いしてしまった。業者が薬局に100倍ではなく、10倍のものを納入してしまい、薬局でも規格の違いに気付かず病棟へ払い出してしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新しく使用する薬剤は特に薬剤名、規格の確認を十分に行う。</li> </ul>
13	<p>TS-1の内服について、○/7まで服用し、その後1週間の休薬指示であった。指示を読み間違いで○/3～○/7まで休薬してしまった。</p>	<p>休薬指示の書き方が紛らわしかった。指示受け時注意深く読まなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>指示を判り易い書き方にして貰うよう依頼した。</li> <li>指示を受ける時はゆっくり復唱する。</li> </ul>
<b>【速度間違い 5件】 他類似事例 210件</b>			
14	<p>手術後の輸液管理時、ポンプを使用し1本目の輸液を開始した。予定通りの時間で終了し2本目を更新した。この時も引き続き200mL/hで開始。1時間後の輸液チェックに行くと「積算200mL 200mL/h」と設定は合っていたが、輸液の残量を見ると約120mLしかなく医師に報告した。輸液の内容はアクチット+ネオプラミール1Aであった。</p>	<p>ポンプの設定、積算量は間違いなく合っていたが、目視での残量との誤差があったためMEに調査のため提出した。後日MEより「輸液ポンプの作動に問題ないため継続して使用可」との返事が来た。しかし、現場では不安が残っていると報告を受けたので、改めて業者へ提出している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>業者へ問い合わせを行っている。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
15	心不全にて入院中の患者。カテコラミンサポートのもと、利尿剤投与していた。ビーフリードが40mL/hで投与されており、14時のラウンドの際、腕をまっすぐしてもらい、フラッシュで落ちることを確認し、滴下を合わせ直した。15時にラシックスを投与しようと部屋に訪室した際、滴下が早いことに気付いた。1時間で40mL投与するところを1時間で200mL投与した。	持続点滴がフラッシュで落ちること確認したときに手の向きが変わることまで確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・持続点滴がフラッシュで落ちること確認したときに手の向きが変わることまで確認していなかったので、再度、与薬・注射の基本行動を振り返る。</li> <li>・滴下が変わりやすい状況にあったため、早期に輸液ポンプをつけるなどの対策をする。</li> </ul>
16	I V H 9 0 0 mL / 日で投与している患児の輸液投与に際し、輸液ポンプの積算をクリアにせず、予定量を設定したため、約600mL / 日になり、指示された一日投与量に満たなかった。設定量で輸液ポンプの設定アラームが鳴ったため、担当者は輸液が終了したと思い込んだ。	医師報告し、不足分は投与せず様子観察なる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・積算管理の徹底をすること。</li> <li>・終了時間の引継ぎを次勤務者と確認すること。</li> <li>・投与が正しく行われたかを再確認すること。</li> </ul>
17	輸液ポンプが適正に設定されていない状態で、患者に使用した。輸液セットの滴下数のセットが間違った設定で使用された。(本来は20滴に設定するところ、15滴で設定されていた。20滴変更済みシールは添付されていなかった。)使用した際に、担当看護師が不備に気づき他のものと取り替えた。	修理から返却された輸液ポンプを点検せずに出してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・再度、発生したインシデントの周知を図り、さらに点検・確認事項を確実にこなす。</li> <li>・今回は、新入職者が実施した内容を、指導者が把握しておらず、確認もできなかった。</li> <li>・指導者は多忙であり、余裕がなかった。</li> </ul>
18	患者に対しT S - 1 + C D D P療法を行っており、C D D Pの第2病日であった。担当看護師は輸液残量と指示速度と終了予定時刻を申し送り昼休憩に入った。申し送りを受けた看護師は他の患者を検査室に移送中で不在であった。患者を移送中にナースコールがあり、輸液完了のため伝票を確認し、輸液を交換した。予定より早く輸液ポンプの完了アラームが鳴り、輸液ポンプの流量と予定量を逆に設定してしまっていた。患者は著変なく、当番医に報告し経過観察の指示を得た。	輸液ポンプの流量と予定量を設定した時に、確認が不十分であった。昼休憩中で看護師の人数が少ない時間に入院受け入れ、ベッド掃除、検査移送が重なってしまい気持ちにゆとりがなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・輸液ポンプの設定後も、5Rを指さし、声出して最終確認を実施する。</li> <li>・申し送りを受けた看護師は、依頼されたことが実施できない場合、他のスタッフに申し送る。</li> <li>・昼休憩中の処置を考慮して、休憩する看護師の人数を配慮する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【対象者間違い 4件】 他類似事例50件</b>			
19	<p>指示にあったオメプラール1Vと生食100mLをつなごうとしていた。しかし、つなぐ際メインのみ指示を確認し、生食100mLの点滴をつないだ。本人へは「昨日と同じ点滴です」と説明しつないだ後も点滴確認をしなかった。他の患者のところをラウンドしていると他の看護師より本来つなぐはずの点滴が渡され、間違っつないでいたことに気付いた。患者のところへ行くと、つないだ点滴（ユナシン3g、生食100mL）は残20mL程度だったが取り外した。バイタルに変化無く副作用見られなかった。医師に報告し様子観察となった。</p>	<p>ラウンド前に注射箋、点滴に書かれている名前が一致しているか確認していなかった。ワゴンに間違え置いてしまった。メインのみ確認し側管の点滴の方は注射箋、点滴と照らし合わせて本人確認しなかった。つなぐ際、他のことを考えながらつないでしまった。注射箋とあわせて本人確認、薬剤を確認しなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・名前、薬剤、日付、時間の指差し確認を行う（つなぐ前、つないだ後の確認）。</li> <li>・ラウンドする前点滴確認をする。ワゴンに乗っている点滴が間違いないか、注射箋を見ながら名前、日付、薬剤の確認をする。</li> </ul>
20	<p>術後の患者Aとリカバリー室の胃術後1日の患者Bを受け持っていた。患者Aは朝分の抗生剤の点滴指示があり看護師管理でロベミンの内服薬をしていた。患者Bは8時に抗生剤の指示点滴があった。ひとつのかご内に両名の点滴と内服薬を入れ8時に患者Aのところへ行き内服薬を投与し、本人確認せず患者Bの抗生剤を滴下した。点滴は残薬60mLで他看護師が訪室した際に点滴のつなぎ間違いに気づき発覚した。患者Aはバイタルサイン異常、ショック症状なかった。</p>	<p>ベットサイドで注射伝票、リストバンド、ベットネームで本人の確認をしていなかった。ひとつのかごの中に2人の点滴抗生剤点滴と内服薬を入れて持ち歩いていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・点滴を実施する際は、リストバンド、ベットネーム、注射伝票で本人確認を確実にを行う。</li> <li>・ベットサイドに行く時は他の患者の点滴や内服薬を持っていかない。</li> </ul>
21	<p>8時に切り替えの点滴を準備する際、処置台に全員分の点滴を並べた。他の看護師とダブルチェックを行った後、（ソルデム3A500mL・リメファー3B×1A）の混注を行った。混注の際、患者Aの点滴内に患者Bに入れるリメファー3B×1Aをに混注した。（患者Aの指示ソルデム3A500mL、患者Bの指示ソルデム3A500mL・リメファー3B×1A）。点滴接続時、患者氏名の照合のみ行い接続した。日勤になり、主治医から指摘され、日勤看護師が混注間違いに気付いた。</p>	<p>点滴注射の手順どおりに実施していなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・点滴準備の際、1患者1トレイを使用する。</li> <li>・薬剤を吸い上げる際に、ラベルと薬剤の数量、単位を声出し確認する。</li> <li>・注射ラベルに書かれた患者氏名と薬剤を声出し確認する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
22	<p>手術予定は3例であり、1例目終了後、すぐに2例目の受け入れをしなければならなかった。他のスタッフが、1例目の注射薬を伝票類と薬品と残薬を1つのトレーに入れ、記録台に置いた。報告者は昼休み中であつた。報告者が昼休みから出てきた時、2例目の受け入れとなつていた。受け入れ時の準備が一通り済んだ後で、後休みのスタッフに1例目の薬がひとまとめにしていたが、落ちてから処理をする、と申し受けた。その後、術中に麻薬の追加指示があつた。報告者が指示を聞いた時、麻酔科医師が指示の注射薬を準備し始めていた。その時点で、麻酔科医師が記録台に置いてあつた麻薬に気づき、「もう準備してくれてあつたんだ。これをつなげばいい」と手に取り、手術中の患者に投与を開始した。報告者は、「準備してあつたんですね」と返答したが、麻薬であり、今出た指示薬を誰が準備したのか、看護師が手薄であるのに変だと思ひ、1例目の患者の残薬を確認すると、トレー内に無くなつてゐることから、間違いに気付いた。</p>	<p>記録台に当日の手術患者の注射薬が3例分載せてあつた。麻薬（アルチバ）は、持続注射であり、医師は追加薬を早く欲しかつたので急いでいた。指示医も報告者も異動後、5日目であり、業務に慣れていゝなかつた。1例目に終了した患者の残薬を誤つて麻酔科医師が2例目の患者に使用してしまつた。麻酔科医師・看護師の連携不足および確認不足が事故に繋がつた。また、環境面においても同一の手術室で複数の手術を入れ替へて行つており前の患者の注射薬が同じ部屋に置いてあつた。ミキシングの管理は基本的に看護師がダブルチェックしてゐるので、自分がミキシングしてゐないものに対してはもっと注意が必要であつた。環境的にも、複数の患者の注射薬が置いてあつたり、術中に看護師の入れ替えがあるという所で、改善の余地があると思ふ。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スタッフに声かけ、改善方法を検討してゐる。</li> <li>・カンファレンスで共有するとともに使用後の薬剤には「使用済み」の札を入れて明確に区分けすること、ダブルチェックを確実にすることを行つた。</li> </ul>
【その他 11件】 その他 829件			
23	<p>前期破水にて入院になり、抗生物質を内服した。G B S (+)のため点滴でも抗生剤を投与したため、重複して投与した。</p>	<p>忙しい中での入院で、焦つてゐたことや情報収集が不十分のまま関わり、破水患者には抗生剤内服という習慣がありあまり考えずに行動してしまつた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・習慣で行つてゐた投薬であつたため、情報収集や指示を確実に行つてゐなかつたのが原因と思はれるため、入院時は確認を確実にしてゐる。</li> <li>・入院時には確実に情報収集してから患者に関わる。</li> <li>・感染症や血液型など入院時必ず確認する事項は、注意して優先的に確認するようにする投薬の適応はなのかを意識して行ひ、1つ1つ確認しながら行動する。</li> <li>・心理的に焦つてゐる自覚があるのでその自覚があるときは客観視できるように自分をコントロールしてゐる。</li> <li>・他者への協力を発信してゐる。</li> <li>・内服はダブルチェックを徹底する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
24	外来院内処方において、リスミー1 T 1 X 朝食後30分 14日分という処方をそのまま調剤、鑑査して患者に渡ってしまった。3日後、患者より電話で「リスミーは朝飲むものですか？」と問い合わせがあり、処方箋を調べたところ上記のことがわかった。患者には寝る前に服用するように話した。	リスミーは寝る前で処方されているだろうという思い込みがあった。薬のものだけ見て、服用方法の確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・服用方法の確認を行う。</li> </ul>
25	転院先より退院し○月△日より通院透析中の患者は、転院先で当院からの定期薬の中の一部（ラニラピット、ワソラン、ヘルベッサール）が除脈のため中止されていた。5日後当院で定期薬を処方した時、これらの中止薬に気付かずそのまま処方（ラニラピット、ワソラン、ヘルベッサールを含む）をしてしまった。2日後、除脈を認め中止忘れが発覚した。	中止薬については、他の医師によりカルテ所見欄に記載があった。定期処方当日のカルテ記載は、上記と同じページにされていた。看護師から定期薬処方を依頼されたのは当事者が外出する前であり、焦っていた。当事者は同じカルテのページに書かれている「中止」の情報を見なかった。当該患者に会ったのは1ヶ月以上前であり、転院についての情報を知らなかった。しかし当事者が処方を記載（前回処方のコピー）の確認チェックサインをしたページ所見欄には他の医師により既に中止薬の情報が書かれていた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者情報の収集は医師・看護師共に必須であるとし、医師はサインをした時点で処方責任が発生していることの認識を持つよう上席医に指導した。</li> <li>・患者の安全を最優先に考え情報共有（看護師間、医師と看護師間）の工夫をするようカルテ記載の工夫を提案した。</li> </ul>
26	健忘のある患者。ステロイド性の糖尿病があり、インスリンを看護師管理にて行っていたが、インスリン前にターゲットが入っていたことに気付かずインスリン注射を送り、そのままヒューマカートR6単位を皮下注射してしまった。打った直後に気づき、すぐに採血し対処をした。	ヒューマカート6単位を皮下注射後、採血をし忘れていたことに気づき、看護師によりすぐに採血を実施した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・インスリン投与の患者に対しては、注射ワークシート合わせ時に、ターゲットの有無を検査ワークシートで必ず確認する。</li> <li>・インスリン投与中でない患者に対しても同様に検査の有無、内容を確認し、内服、インスリン、食待ち（禁）の指示がでていないかを確認する。</li> <li>・内服、インスリン、食待ちなど特別な指示のある患者はワークシートに目立つように記入をし、検査前の投与を防ぐ。</li> <li>・理解のある患者にはそのゆえを事前にオリエンテーションする。</li> </ul>
27	指示により利尿剤（ラシックス）を静脈注射した。本日より利尿剤（ラシックス）が内服薬で処方されていたが、注射伝票で指示が出ていたので主治医に確認せず、他の看護師とダブルチェックをして静脈注射を実施した。本来は、利尿剤を注射から内服に変更の予定であった。主治医が来棟し注射が実施されていることに気付いた。	注射伝票内の、利尿剤の注射指示が実施指示のままだった。医師指示書に注射中止指示がなかった。情報収集不足であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・注射指示と同じ薬剤の内服が処方された場合、指示の確認を主治医に行う。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
28	<p>体表面積より薬剤（抗癌剤）使用量を計算し、計算結果を入院カルテに残し、薬剤部にもプリントした書類で通知した。HOPE/EGMAIN-EXより「カルテセット展開」→「他科頻用」→「消化器内科」→「入院化学療法」→「FOLFIRI」→「FOLFIRI day1」と展開し薬剤使用量を入力した。入院のFOLFIRI療法の点滴セットはday1、day2に分かれており、day1にはinfusional 5FU 23時間分の薬剤量を記載しなければならなかったが、誤って46時間分の5FU量を入力した。翌日の午後0時ころより46時間分の5FUを23時間で点滴する倍の速度で点滴が開始された。2日後、5FU点滴の残存量が少ない事に主治医が気づき、点滴速度の誤りに気付いた。</p>	<p>外来化学療法ではFOLFIRI療法のinfusional 5FUは46時間分を2mL/hのインフューザーポンプに入れを使用している。外来化学療法と入院化学療法でinfusional 5FUの入力方法に違いがあった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院で行なうFOLFIRI療法もday1, day2に分けず外来と同様に46時間分の5FUをまとめて調剤する。</li> </ul>
29	<p>中心静脈栄養として、フルカリックが投与されていた。接続予定の1時間ほど前に準備を行なった。フルカリックは、薬液が2室に分かれ、さらに上室の上にビタミン剤が付いておりストッパーで仕切られている。まずこのストッパーを折ってビタミン剤を混和させ、その後上室と下室を混和させて全体を混ぜて準備する。当事者は、この薬剤を扱うのは初めてであったが、形が似ている薬剤の準備を行なっていたため、同様に行なえばよいと判断し、上室と下室の混和を行ない、ビタミン剤のストッパーを折らず、混和させないまま、接続してしまった。翌日の勤務者が、ビタミン剤が残っていることに気付いた。ビタミン欠乏状態の可能性があった。</p>	<p>入社2ヶ月で、まだフルカリックを扱ったことがなかった。似ている薬剤の準備を行なっていたことで、同様に行なえば良いと思い込んだ。初めて行なうことであったが、他の看護師に方法の確認を行わず、取り扱い説明を確認しなかった。ダブルチェックで開通確認を行なっていることを知らなかった。病棟での新人指導の中で、ダブルチェックについて不十分であった。当日の受け持ち患者6人のうち、点滴がある患者が5人と多く、分担に問題があった。点滴セットの交換もあり、慌てた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>初めて行なう準備や処置の場合は必ず他の看護師に方法の確認を行なう。</li> <li>二層式になった点滴の準備時のダブルチェックの徹底する。</li> <li>未経験のことについて、定期的に振り返りの時間を作って指導する。</li> <li>投与されている薬剤については、薬効や投与方法などを正しく理解するよう徹底する。</li> <li>点滴準備は、落ち着いた時刻に、余裕を持って行なう。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
30	<p>朝の抗生剤と夕の抗生剤のバーコードを貼り間違えていることに気付かず実施の確定をしてしまった。抗生剤の内容は朝と夕とも同じでバーコードを読み取るまではバーコードは朝の分なのか夕の分なのかわからなかったため、ダブルチェックの時に手入力で患者IDを入力しバーコード認証をした。患者認証の時に○がでたので朝の分であると思いこんで内容を確認せず点滴をミキシングした。患者のもとへ行き実施する際に同様に認証したところ○とでたが内容を確認し夕の分と気づき、また別の患者の検査の迎えに呼ばれたためそのときは実施しなかった。検査の迎えから帰ってきた後バーコードが違うことを忘れており、患者のもとで実施する際に患者認証をしたところ○とでたのでこのときも内容を確認せず実施をしてしまった。</p>	<p>患者認証時に点滴内容・日付・投与時間を確認してなかった。基本は基本として守っていなかった。基本に基づいて名前、時間、量、日付、方法を確実にしていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・抗生剤の内容は朝、夕とも同じ内容だったのでカルテの修正依頼を提出した。</li> <li>・準備の段階でバーコードに時間指定がないときは患者認証をして点滴内容・日付・投与時間を画面と確認する。</li> <li>・実施する前に患者のもとで再度患者認証をして点滴内容・日付・投与時間を画面と確認する。</li> <li>・別の業務が入ってきた時は戻ってきててもわかるようにしておく。</li> </ul>
31	<p>化学療法を受ける患者の治療当日、薬剤が準備されて病棟に到着し、医師によりルート確保がされた。本体として投与する薬剤を開始して、側管からは制吐剤や免疫抑制剤の後に抗癌剤を投与した。この抗癌剤は、点滴セットは専用のものを使用しなければならなかったが、そのことを知らず、制吐剤などを投与したセットでそのまま開始した。半分ほど投与した時に、別の看護師が訪室して発見された。塩化ビニール製のセットは、薬剤によって溶解されてしまい、抗癌剤が変性、低下させて治療効果を下げる可能性や、人体への影響が考えられた。</p>	<p>抗癌剤投与時の専用セット使用に関する知識が不足していた。初めて取り扱う薬剤であったが、注意事項を認識しないまま、準備から投与までを行なった。当院に入社して1ヶ月で初めて行なうことであったが、他の看護師に尋ねなかった。抗がん剤を投与する前の制吐剤などのセットでそのまま接続していいとの思い込みがあった。準備時における伝票確認が不十分であった。(専用セット使用)と記載してある。他の患者の処置や採血などの指示が重なり慌てていたため、注意力が低下した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・点滴準備時の呼称確認の徹底する。</li> <li>・事故防止チェックリストを使用し準備を行なう。</li> <li>・接続時には、伝票もベッドサイドへ持って行き確認する。</li> <li>・投与される薬剤については、取り扱い方法を確実に調べる。</li> <li>・初めての時は、慣れるまでは必ず他の看護師に尋ねて確認する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
32	<p>化学療法を120時間持続して投与する患児の薬剤投与は、昨日夕方終了予定であったが、本日分のワークシートにも治療指示が入っており、本日も投与する予定で看護師は認識していた。その後、患児の母からの指摘にて、本日は投与がないことに気付いた。患児は、一度退院をしており、指示実施記録とワークシートのチェックが必要であったが、その存在を認識できておらず、化学療法指示書のみを見て確認してしまった。医師も、5日間という認識はあったが、昨日～本日をまたいだ記載であったため、改めて入力をしてしまった。</p>	<p>化学療法指示書は、昨日～本日をまたいで記載であったため、そこでの確認の際も本日分が存在すると思いついてしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プロトコールの内容を確実に把握する。</li> <li>・特に、日付をまたいでの投与となる際は、より意識し、各々の勤務帯へ申し送りを行う。</li> <li>・長期間に渡っての治療の際は、全体のうち現在どこの治療であるかを確認し、ワークシートへ記載する。</li> <li>・最初に治療指示を受けた看護師は、次の日勤リーダーへ内容を申し送る（日勤リーダー交代毎に確認）。</li> <li>・血液医師確認のワークシート又は指示実施記録との確認を徹底する。</li> </ul>
33	<p>心不全で入院した患者、生食100mL＋ハンプ1000µg 4mL/h、利尿目的でカコージンD 5mL/h 持続点滴の指示があり、輸液ポンプ2台を準備した。輸液セットが今後15滴/mLから20滴/mLに変更すると聞いていたので、既に変更になったと思いきみ、輸液ポンプの設定を変更して開始した。しかし、まだ交換しておらず、15滴/mLの輸液セットであった。翌朝の交換時まで気付かず、量を多く投与してしまった。ハンプ4mL/h→5.2mL/h カコージンD 5mL/h→6.5mL/h、開始時輸液セットの確認とダブルチェックを怠った。</p>	<p>輸液セット変更についての情報伝達に不備があった。薬剤投与時のマニュアルの周知徹底が不足していた。ダブルチェックの徹底が不足していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後点滴セットなど物品、薬剤など変更時は末端まで周知する。</li> <li>・薬剤投与マニュアルを周知徹底する。</li> <li>・ダブルチェックを周知徹底する。</li> </ul>

図表Ⅲ - 2 - 5 禁忌薬に関するヒヤリ・ハット事例の発生状況

	薬物過敏	疾病	併用	配合	特定患者への投与			その他	合計
					妊産婦	高齢者	小児		
発生段階	指示段階	12	2	0	0	0	0	0	14
	指示受け・ 申し送り段階	6	0	0	0	0	0	3	9
	準備段階	9	1	0	5	0	0	1	16
	実施段階	3	1	0	13	0	0	0	17
	実施後の観察 及び管理段階	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	1	0	0	0	0	0	0	1
合計	31	4	0	18	0	0	0	4	57

図表Ⅲ - 2 - 6 ヒヤリ・ハット事例 記述情報 (禁忌薬)

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬物過敏 10件】 他類似事例 21件			
1	患者には、過去の記録より抗生物質に対するアレルギー歴（パンスポリンとスルペラゾン）があることが分かっており、予め当事者本人によりカルテ表紙に赤字で記載してあった。しかし後に薬剤オーダーする際にそれを失念し、スルペラゾン点滴静注の指示を出したため、内視鏡検査の前処置として点滴が投与された。点滴開始約5分後に当事者本人がアレルギー歴のある薬剤を点滴していることに気づき、直ちに中止した。検査前にカルテを確認していたところ、薬剤アレルギーの注意事項に気付いた。	過去のアレルギー歴が確認されている薬剤に関して、オーダーリングシステム上使用を禁止する処置が取れず、使用可能となってしまった。カルテに記載することとなっているが、実際にそれを確認する手順が徹底されていない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・オーダーリングシステム上、アレルギー歴薬剤の使用を禁止、もしくは中止・警告できるような体制に変更する。</li> <li>・カルテのアレルギー歴事項を徹底的に確認する。</li> </ul>
2	キシロカインアレルギーの恐れのある患者の血管造影室申し送り表に「キシロカイン禁」と入力しなかった。術後に、看護師がキシロカイン禁であることに気付いた。経過観察をしたが、特に異常は見られなかった。	情報の伝達・連携が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・申し送り表を記入する際は特記事項に記入する必要があるものがないか確認する。</li> </ul>
3	化学放射線療法を施行した患者に対し、効果判定のため膀胱鏡を予定した。膀胱鏡検査を行い、検査自体は問題なく終了した。膀胱鏡検査時に、感染予防のためクラビット2錠を内服した。クラビット内服時にはアレルギーの有無を確認することになっているが、今回は十分ではなかった。40分後、病棟より緊急コールがあった。患者はベッドから転倒、眼瞼を裂傷、血圧60台に低下し、ショック状態であった。クラビットによるアレルギー性ショックと診断された。カルテには「キノロン」禁忌と書かれていた。	アレルギーの有無の確認が不十分だった。膀胱鏡検査は処置伝票を外来にファックスしているが、それにもクラビット内服を明記していた。指示出し時にも確認していなかった。カルテを外来に持って行くようにしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検査時には必ずカルテを確認し、さらに患者に確認する。</li> </ul>
4	医師の指示でアミグランドとビタジェクトを混注しポートから施注していたが、残100mLのところまで「体がかゆい」との訴え有り、頸部から背中にかけて発疹がみられた。医師に報告し強ミノファージェンCとソリタT1を施注し、症状が軽減した。前回の注射時にアレルギーが出現したためカルテの表紙に記載されていたが、医師も看護師も気付かなかった。	禁忌薬に関してはオーダー画面に禁忌薬のコメントが入るが入力されてなかった。また、患者に禁忌薬剤について十分説明がされていなかった。患者からの確認がとれていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者に禁忌薬剤の情報提供を行い、記録に残したものを渡し説明をする。</li> <li>・オーダー画面にコメントを入力する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
5	<p>KN3B500mL、アスコルビン酸1A、ビタメジン1Aを投与するためルートを準備した。サーフロー挿入直前患者から「ピンクの点滴でアレルギーが出るんです」と言われ医師に報告した。KN3B500mLへ変更となり点滴ボトルのみ交換し医師が点滴を開始した。直後ショック症状が出現した。</p>	<p>関連薬剤 KN3B500mL（大塚製薬）、ビタメジン静注用（第一三共）、アスコルビン酸注25%、500mg/2mL（沢井製薬）。ルート交換をしていなかった。カルテに薬剤アレルギーの記載が無かった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・過去2回ビタメジンの点滴にてアレルギー反応が見られた事が前回入院カルテで判明した。</li> <li>・今回薬品アレルギーに登録した。</li> <li>・ビタミン剤でもアレルギー反応を起こす事を念頭に入れ点滴ケアを行う。</li> <li>・記録の有無について外来にてミーティングを行った。</li> </ul>
6	<p>入院カルテにアレルギー歴（パンスポリン・スルペラゾン）が記入されていたが、その情報収集ができていなかった。そのため、スルペラゾンキットを指示通り使用し、ERBDのため検査室へ出棟した。検査室に到着し、医師がアレルギー歴あることに気づき直ちにスルペラゾンキットはずした（スルペラゾンキット使用量約20mg）。</p>	<p>入院診療録（診療録1号紙）と日常の状態にアレルギー歴あり（スルペラゾン・パンスポリン）という情報が記入されていた。しかし、入院診療録に禁忌薬剤の記入欄があることを知らなかった。そのため患者の情報収集をする際に、情報収集できず、禁忌薬剤を投与した。また、主治医が指示したため、指示薬剤にはアレルギーがないと思い込んでいた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後、患者の情報収集する上で、アレルギー歴の有無を入院診療録（診療録1号紙）で確認する。</li> <li>・また、アレルギーがある場合は、看護師間で情報が共有できるよう、看護師間伝言版用紙に記入する。</li> <li>・個人ワークシートに反映するようパソコン入力を行う。</li> <li>・主治医の指示であっても、アレルギーの有無を再確認する。</li> </ul>
7	<p>処方箋のアレルギー情報に、「ペニシリンアレルギーあり」と記載されている患者に対し、処方箋の指示通り、サワシリンを調剤し交付していた。患者が薬を受け取った後、再度、薬局窓口に来て、お薬手帳貼付シールを希望された。帰り際に、ペニシリンでアレルギーがあったため薬をかえてもらったと患者が話した。お薬手帳貼付シールを渡した薬剤師が、サワシリンが調剤され、交付済みであることに気付いた。声をかけようとしたが、患者は既に帰ってしまっていた。処方医に連絡し、処方方をサワシリンからクラリスに変更してもらった。患者宅に電話連絡した後、薬を交換に伺った。サワシリンを含む、先に交付した薬剤を回収した。</p>	<p>確認・観察を怠った（不十分だった）。技術・手技が未熟だった。記録などの不備があった。勤務状況が繁忙だった。処方箋にペニシリンアレルギーありの表記を確認出来なかった薬剤師は計3名（処方箋鑑査、調剤鑑査、交付者）。13時の時間帯は多忙だと言にくいだが、午前中のラッシュによる集中力低下の可能性がある。交付者は入職2ヶ月目の新任薬剤師で、服薬指導のことに焦っていたので、アレルギー情報と区別しにくく、目立っていない形・フォントサイズも原因だと考えられる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急注意喚起表示を鑑査場所に設置した。</li> <li>・事例として新任薬剤師とインシデントの根本原因を分析する。</li> <li>・処方箋のレイアウトの見直す。</li> <li>・アレルギー情報を明確に、わかりやすい場所、字体で表記する。</li> </ul>
8	<p>壊死性筋膜炎疑いで入院中の70歳の患者は、既往に脳動脈瘤がありエクセグラン・セレンカR細粒を内服していた。その後、患者はけいれん発作が起り、脳外の医師によりアレピアチンの点滴が指示されたため施行した。しばらくして、カルテ記載をしていたところERの記事にアレピアチン禁の記載を発見した。すぐに皮膚科の医師、脳外の医師に報告した。</p>	<p>外来カルテを見たところH7年にアレピアチン薬剤性SLEと診断されていた。しかし、外来カルテの表紙には記載がされておらず、また、アナムネ用紙にはアレルギー無しの記載があった。薬剤投与前にアレピアチン禁止であることに気付かなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アレルギーのある薬剤は記載するべきところに必ず記載する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
9	本日より開始の内服薬（フスタゾール・ムコダイン）の夕食後の内服ができたかを確認しにいくと、母親より内服薬に混ざっている乳糖にアレルギーがあるとの情報があった。週間予定・処方箋には乳糖の記載はなく、内服薬の袋には乳糖の記載があった。医師報告し、診察依頼共に内服薬は中止となった。朝と昼の分は祖母が気付かずに内服させていた。医師によると牛乳アレルギーであるため、乳糖は問題ないかもしれないとのことであった。	小児の場合、内服しやすいように乳糖が混ぜられていることがある。アレルギーのある患児の場合は、食事だけではなく薬剤等にも注意をする必要があった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>把握時にアレルギーの有無・内容を確認すると共に、食事に限らず薬剤等患児に使用するものにアレルゲンが含まれていないか確認する。</li> <li>また、実際の使用時にも再度確認を行う。</li> </ul>
10	中心静脈ラインを挿入し、点滴内容指示が変更となり、看護師Aが指示受けした。看護師が点滴準備し、施行した。FOYも開始であったため、A看護師がFOY 2000mg + 5%ブドウ糖500mLを用意して患者の元へ行き、FOY施行を告げた。そのとき、患者の顔を見てFOYが禁忌であることに気付いた。医師へ報告し、フサンに指示変更された。	患者情報を充分把握していなかった。患者記入欄のアレルギー（有）の記載がなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>温度票、カルテの所定の欄にアレルギー・禁忌を忘れず記入する。</li> <li>問診票への確実な記載とチェックをする。</li> <li>アレルギーカードを活用する。</li> <li>患者への教育、指導を行う。</li> </ul>
<b>【疾病 3件】 他類似事例 1件</b>			
11	RFA施行の際に、前立腺肥大の既往がある患者に対し医師指示の硫酸アトロピンを施行した。施注以降、排尿困難となった。	次勤務帯で持続尿道バルーンを挿入することとなった。翌日、尿道バルーンを抜去し自尿を認めた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師指示は慌てずに一つずつ確認して受ける。</li> <li>医師指示を受ける時には、患者の既往歴を確認の上、受ける。</li> <li>既往歴によっては禁忌の薬剤があるので医師指示に疑問を感じた時には医師に確認する。</li> <li>それでも納得のいかない時は師長やリーダーに相談する。</li> </ul>
12	潰瘍性大腸炎合併の褥婦に、ペインコントロールとしてポンタール内服のみの指示が出ていた。内服のみでは痛みが緩和しなかった為、医師に他の痛み止めの処方を依頼し、ボルタレンサボの指示が出て、薬剤を挿入した。挿入後、他のスタッフによりその患者が潰瘍性大腸炎合併であることを指摘された。	医師に報告し、患者の全身状態の観察を行った。	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾患に対する知識を習得する。</li> <li>患者の合併症・既往歴を把握し、禁止薬剤を知る。</li> <li>合併症・既往歴で必要だと判断されるものは看護ワークシート、産褥フローシートに記入する。</li> <li>通常と違う指示がある場合は、その理由を把握する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
13	入室時麻酔科医師より硫酸アトロピン皮下注射の指示が口頭であった。外回り看護師が準備し受け持ち看護師とダブルチェックし皮下注射した。約5時間後リーダーがカルテを見ていて硫酸アトロピンを使用したが見ていて緑内障があることに気付いた。眼痛はなく瞳孔は入室時より2.0mmで変わりなし、左右差なく対光反射も確認できた。頭痛が軽度あったが、嘔気が強い事による随伴症状と考えられた。担当医に連絡し、1度だけの使用で今後使う予定なく、頭痛はプリンペラン使用し改善しなければコールとなる。プリンペラン使用后頭痛は緩和し、眼痛の出現、瞳孔の異常は見られなかった。	入室時に救急外来からの申し送りで「既往歴はこれらがあるようです」と言われたが書かれた内容を詳しく見ず、医師、看護師ともに緑内障の既往があることは入室時点では認識していなかった。緑内障には硫酸アトロピンが禁忌だと認識しているが、投与する際に本人に確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・硫酸アトロピン投与の際は、必ず緑内障の有無を確認する。</li> <li>・引継ぎを受けた際に既往を確認する。</li> <li>・禁忌情報の確認の仕方を具体的にする。</li> <li>・医師に既往歴の聴取を依頼する。</li> </ul>
<b>【併用 0件】</b>			
<b>【配合 5件】 他類似事例 13件</b>			
14	フェジンとビタメジンを混注したために、液の混濁が起こり実施後に、患者が悪寒を訴え一時的に発熱した。	当事者の知識が不足していた。薬剤師の確認が不足していた。看護師が実施前に確認が出来ていない。オーダーリングでの注意喚起をしていない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤オーダーでフェジンを選んだ場合、オーダーリング上で注意喚起を促す文章が出るように改善した。</li> </ul>
15	日局生理食塩液または日局5%ブドウ糖注射液以外の溶解液、輸液、輸液及び他剤との混合を避ける事が必要なオメプラールを単独で投与しなかった。	準夜看護師と点滴、ラインのチェック時にオメプラールが腎不全I V Hのラインに接続されており、単独で投与することを確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初めて聞く薬剤は点滴準備時、開始前に確認を行う。</li> <li>・先輩看護師と薬剤の注意点や手技を確認してから実施に移す。</li> <li>・薬品配合早見表で投与前に確認する。</li> <li>・D I情報で確認をする。</li> </ul>
16	ソルダクトン+5%ブドウ糖液50mLを19時半から投与したが、摘下が悪く、ゆっくり投与していると申し送りがあった。21時に患者のもとにラウンドへ行くと、ビーフリード+ビタメジンを輸液ポンプで投与している側管からソルダクトンが投与されており、ソルダクトン内にビーフリードが逆流している状態であった。点滴をすべて停止し、生理食塩水で逆血を確認するがなく、ルートが閉塞していることを発見した。	薬剤に他剤と配合禁忌との注意書きがなかった。ソルダクトンの配合について薬剤部に確認し、PHが酸性であるため、同時投与可能な薬剤は少なく、ビーフリードとは配合禁忌であるとわかった。薬剤部としてはケイツーやオメプラールのように前後フラッシュに関しての使用上の注意を明記したシールは添付していないが、注意はしてほしいとのことであった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・シール添付をする。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
17	FOY と抗生剤（スルペラゾン）を末梢持続点滴側管から同時に滴下し混濁させてしまった。当事者は新人看護師から点滴の交換を行う時に FOY について確認を求められた。用法・容量・患者確認についてのみ説明し、FOY の配合禁忌について説明を忘れてしまった。新人看護師は FOY と抗生剤の両方に点滴セットがついていたため、同時に側管から滴下させてしまった。当該患者は当日転棟する予定になっていた。転棟先の看護師が抗生剤のルート内が混濁し滴下不能になっているのを発見した。	配合禁忌・注意薬品についてや注射箋の見方について、ルールが決まっているが先輩看護師が説明していなかった。説明方法が統一していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新採用の看護師が間違いやすい事例として、各部署に伝達した。</li> </ul>
18	準夜勤務で、訪室し、点滴を確認するとドルミカム・セレネース入りの点滴が茶褐色に変色しているのを発見した。浮遊物などはなかった。ドルミカム・セレネースの点滴とすべてのルートを交換し様子観察とした。その後は、変色などトラブルなく経過した。点滴を投与した当日は、C V 挿入、メイン（S T 3）のみの段階でオメプラール静注し、その後ドルミカム・セレネースを末梢ルートから C V ルートに切り替えた。	原因がはっきりしないため、それに対する明確な対応はできないが、混注の際には、クランプやフラッシュなど確実にを行うとともにその後も点滴類の観察・確認を行い、異常の早期発見に努める。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤部に、薬剤の相互関係について確認（ドルミカム・セレネース・オメプラール）した。</li> <li>・オメプラールが何らかの具合で残ってドルミカム・セレネースと混ざってしまった可能性がある。</li> <li>・オメプラールの前後には生食フラッシュ、他のルートをクランプしており手技的には問題なかった。</li> <li>・事例を病棟内で周知した。</li> </ul>
【妊産婦 0件】			
【高齢者 0件】			
【小児 0件】			
【その他 2件】 他類似事例 2件			
19	入院中の患者の検査結果コレステロールが高値だったためリピトールが追加処方された。2日後の情報収集時、その翌日からグレープフルーツ禁となっていた。後日薬剤部に問い合わせ、リピトール服用中はグレープフルーツ・ダイダイ・レモン・スイーティーは血中濃度が上がり副作用が出現しやすくなるため、摂取しないほうがよい事を知った。	リピトールには禁忌や相互作用に関する食品はないと思っていた（知識不足）。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新しく処方された薬は禁忌、相互作用、副作用などを確認する。</li> <li>・食事に影響のある薬を P C 付近に一覧にして貼付する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
20	<p>検温時、患者より「今日の朝納豆が出たから食べたけど良かったんだよね。この前栄養指導で納豆は控えるように言われたんだけどそんなの嘘だよな？」との話があった。患者は現在ワーファリン2mg/日を内服しており、入院時に納豆禁忌の入力を行ったが、3日後牛乳を禁忌にした際、納豆禁忌を入力をし忘れていた。パソコンでの入力ミスをしてしまい、納豆禁忌になっていなかったことを患者に謝罪し、今後退院後も含めワーファリンを内服している間は作用が強くなる可能性がある為、納豆を食べないほうがよいことを伝えた。</p>	<p>納豆禁忌になっているものだと思い込んでしまっていた。食事変更などの他にパソコンで食事内容を確認する習慣がなかった。禁忌項目や食事変更をする際には、必ず以前入力されていたものを確認して変更以外は同じ物になっているかを再度確認する。</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 食事の変更が行われた時には、各勤務帯でパソコンで確認する。</li><li>• プライマリー患者は、計画の評価日など、週に1回はパソコンで内容、コメント、禁忌項目の確認を行う。</li></ul>

## 【2】医療機器の使用に関連した医療事故

平成20年7月1日から平成20年9月30日の間に報告された医療機器に関連した医療事故のうち、人工呼吸器に関連した事例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3件であった。そのうち、呼吸器回路に関連した事例が2件、移動型人工呼吸器使用の際に酸素ボンベが空になり、患者の呼吸状態が悪化した事例が1件であった。その概要を図表Ⅲ-2-7に示す。

### (2) 医療機器の使用に関連したヒヤリ・ハット

第28回ヒヤリ・ハット事例収集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-2-8)。また、報告された事例の中から17件の事例概要を図表Ⅲ-2-9に示す。

図表Ⅲ - 2 - 7 人工呼吸器に関連した医療事故事例の概要

No.	分類	事故の程度	発生場所	事故の経緯
1	回路	障害の可能性 (なし)	病室	慢性心不全急性憎悪のため、人工呼吸器管理を行っていた。患者は不穏状態で、点滴スタンドを足で倒したりする行動がみられた。その1時間後に体動激しくなってきたため、両下肢の抑制を行ったが、起き上がろうとする動作がみられたため、プロポフォールを更に投与し、しばらく鎮静効果がみられた。約3時間後、人工呼吸器アラーム音にて訪室すると、気管チューブが抜けているのを発見した。
2	酸素供給	不明	その他	人工呼吸器装着中の患者は、透視室で経腸栄養チューブを留置することとなり、移動型人工呼吸器（レジェンド・エア）を装着し、酸素ポンベを使用していた。透視室内には、酸素等の配管設備がないため、酸素ポンベ（大）を設置していたが、透視室到着後、その酸素ポンベに切り替えなかった。そのため、処置中に酸素ポンベが空になり、患者の呼吸状態が悪化した。透視室への移動の際、移動型呼吸心拍監視装置を取り付けず、経皮的酸素飽和度測定器のみ使用していた。また、移動型人工呼吸器の使用の際、アラーム設定をしていなかったために酸素濃度の低下に気付かなかった。
3	回路	障害の可能性 (低い)	病室	日齢6日の患者は、人工呼吸器管理のもと経過観察を行っていた。状態が安定していたため、週1回予定されている洗髪実施を計画した。通常は看護師2名で実施するが、母親が面会に来ていたため、看護師1名と母親で洗髪を実施した。洗髪中に人工呼吸器の警報が鳴り、SpO <sub>2</sub> が60%まで低下し、頻脈と全身チアノーゼが出現した。担当医師が確認すると、気管カニューレ固定バンドに緩みがあり、抜けかかっていた。

図表Ⅲ - 2 - 8 人工呼吸器に関するヒヤリ・ハット事例の発生分類

発生分類	件数
電源	1
酸素供給	5
回路	13
加温・加湿器	10
設定・操作部	6
呼吸器本体	2
その他	6
総計	43

図表Ⅲ - 2 - 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
<b>【電源 1件】 他類似事例 0件</b>			
1	通常救命センターでは、人工呼吸器の電源を無停電電源に接続することになっている。しかし、人工呼吸器の電源が発電電源に接続されていた。使用されていた人工呼吸器は、バッテリーが搭載されていないタイプのものであった。臨床工学技士が1日に3回、使用中点検を実施しているが、確認ミスがあり、発見が遅れた。発見後速やかに医師に報告し、電源を無停電に接続しなおした。その際、患者の換気はアンビューバックにより行った。	使用中点検を実施しているが、確認ミスがあった。臨床工学技士は、人員が少ないこともあり、複数人での勤務が難しく、ダブルチェックが困難であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>救命センターの人工呼吸器は、半数以上の人工呼吸器がバッテリーの搭載されていないものであり、無停電電源に接続していなければ、停電時に作動が停止してしまうため、必ず無停電に接続する。</li> <li>生命維持管理装置の中でも最重要と考えられる人工呼吸器にバッテリーが搭載されていない（購入後20年が経過している）ことが問題であり、早急な更新を行う。</li> <li>人工呼吸器使用開始時の点検をMEが確実にこなす。</li> <li>複数人でのダブルチェックなどが難しいため指差し確認などを取り入れ、出来る限り確認を行なう。</li> </ul>
<b>【酸素供給 2件】 他類似事例 3件</b>			
2	D P A P 管理中の患児のクベース内の酸素が指示通り満たされていないことを次の勤務帯のスタッフが発見した。勤務の始めにD P A Pの酸素設定は確認したが、クベース内の酸素設定の確認及び実測を忘れていた。発見の時点でクベース内に酸素投与を開始し、指示通りの酸素療法を開始した。	不明。	<ul style="list-style-type: none"> <li>D P A P 管理の仕方について学ぶ。</li> <li>勤務の始めに機器類や酸素の設定の確認を怠らない。</li> <li>疑問に思ったことや曖昧なことをそのままにせず、他者に確認する。</li> </ul>
3	B i P A P をはずし、ネブライザーをかけた。その後、S p O <sub>2</sub> が低下したため、医師が再度B i P A P を装着した。その際、酸素アウトレットへB i P A P のルートをつないでおらず、S p O <sub>2</sub> が80%台まで低下した。20分程度経過し、ME点検により発見した。	すぐに酸素アウトレットへ接続し、S p O <sub>2</sub> 90%後半まで上昇した。前回B i P A P 装着中には、S p O <sub>2</sub> 90%台維持できていたが、ルート未接続が原因と気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸器使用時、全て正しく接続されているか確認する。</li> <li>患者の状態変化だけでなく、機器にも原因があるかもしれないことを考え、点検を行う。</li> <li>原因の分からないアラームがなっているときは、すぐにリーダー・医師へ報告する。</li> </ul>
<b>【回路 4件】 他類似事例 9件</b>			
4	入院する患児にハミングVの呼吸器を使用するため準備をした。この時、本来ならば加湿器より患者側の回路につけるべきインピーダンスバルブを、呼吸器から加湿器に接続する側に接続していた。呼吸器は作動しており、日勤帯ではアラームはならなかった。17時30分気道内圧上昇のアラームが鳴り、準夜勤者がインピーダンスバルブが逆についていることを発見した。	組み立てる場合、今まで一人で行い一人で確認していた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>組み立てる場合は2人で行い指差し呼称をして確認する。</li> <li>呼吸器ごとに回路を組み立てた状態の写真を取り付ける。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
5	ウォータートラップの水を廃棄し、呼吸器に装着した。3時間後、患者から「空気が入ってこない」と訴えがあり、確認するとウォータートラップのパッキンが半分脱落していた。	形状の変更があったが、業者から取り扱いについて説明がなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>他の施設からの情報で業者が取り扱い説明の用紙を出した。</li> <li>その情報と取り扱いを伝達した。</li> </ul>
6	患者の母よりフィルターから「本人よりの蛇腹に亀裂がある」と言われた。1ヶ所亀裂があり、もれがあった。呼吸器に表示されるリーク値が普段は0～5程だが、ここ数日、10前後になる事があった。その日はリークもなく他の値も安定していた。患児は交換する前後では、呼吸状態に変わりなかった。	医師とMEセンターへ連絡し、新しいものと交換した。ベッドサイドに予備を置く。	<ul style="list-style-type: none"> <li>亀裂があった部分は、蛇腹を固定する時に曲がりやすい部位であったので、固定する時に注意する。</li> <li>呼吸器の設定だけでなく、接続部位まで確認する。</li> </ul>
7	16時台に加温加湿器の回路を交換した。回路全体を一通り確認した。交換直後準夜帯へ引き継いだため、回路が温まっていることは確認できなかった。その後、準夜帯メンバーも回路は温かいことを確認したが、準夜帯リーダーより、呼気側の回路が温まっていないこと、水滴が付着していることを指摘された。確認すると、呼気側の回路に熱を伝えるためのコードがつながっていなかった。	コードを接続し、しばらくしてあたかくなっていることを確認した。回路交換を数人で行った。今回外れていたコードのみは、外れていてもアラームが鳴らなかった。呼吸器にもシールが貼ってあり、注意喚起されていた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>担当したところの確認するだけでなく、一連の交換が終わった上で、最終的に一通りの確認をしっかりと行う。</li> <li>他の加熱コードは、外れていた場合にアラームが鳴るが、今回外れていたコードのみは、外れていてもアラームが鳴らないとのことを認識する。</li> <li>呼吸器にもシールが貼ってあり、注意喚起されていることを認識する。</li> </ul>
<b>【加温加湿器 3件】 他類似事例 7件</b>			
8	心不全にて呼吸苦あり、救急外来でBIPAP装着していた患者。加湿のための生食にルートが接続されていないことを次勤務者に指摘された。加湿器の電源は入っていることを確認していたが、ルートの接続は確認していなかった。痰が多く自己喀痰はできていた。	救急外来から接続されてきたため大丈夫だろうと思ひ込み十分な確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> <li>すぐに生食ボトルを接続し、経過を観察した。</li> <li>必ず自分の目で正しく作動しているか確認をしていく。</li> <li>加湿されないことによる患者への影響を考え確認を徹底していく。</li> <li>BIPAPも呼吸器であることを再認識し、他の呼吸器と同様確認項目をチェックしていく。</li> </ul>
9	LTV装着のダブルチェック時、加湿器のダイヤルが3であることを指さし確認したが、電源の確認を怠った。チェックリストの確認の際、加湿器には触れていたが温度の意識が薄かった。その結果、加湿器の電源を入れ忘れ、次の勤務者に指摘された。	電源をすぐに入れ、痰の性状・呼吸状態の観察を強化した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>電源を入れること・確認を意識して行う（指差し・声出し確認）。</li> <li>ダブルチェック時、設定を読む人も電源の確認を行う。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
10	14時30分に人工呼吸器の日常点検をしていたところ、患者の挿管チューブに結露がないことに気付いた。加湿器本体にも加湿水が供給されておらず、加湿器は空焚きの状態であった。原因検索したところ加湿器の自動給水の差込口の針が突き抜けておらず、給水がされない状態であった。すぐに気付いたため加湿器の自動給水の交換を行った。	不明	<ul style="list-style-type: none"> <li>加湿水が加湿器本体に給水されているか必ず加湿水交換時には確認する。</li> <li>加湿水の最初の量から減っていることを水位ラインで確認する。</li> <li>患者の挿管チューブに結露があることを必ず確認する。</li> </ul>
<b>【設定・操作部 2件】 他類似事例 4件</b>			
11	夜間使用中の鼻マスク式人工呼吸器の圧表示が設定と異っていたと看護師より日勤帯に報告があった。	今回の場合、数日前から圧表示のずれに気付いていたようであるが許容範囲なのか判断が付きにくく報告が遅れた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>機器について疑問があれば早めにMEセンターに相談をする。</li> <li>人工呼吸器の異常の報告を受け機器のチェックおよび代替器の準備を行った。</li> <li>調査後の異常内容を医師・看護師へ報告するとともに医師が患者および家族への報告した。</li> </ul>
12	日勤のA看護師と準夜勤務のB看護師が医師オーダー表に記載されていた人工呼吸器（servo-i）の設定をダブルチェックし、変更した。設定後、画面での確認をしなかった。8時間後、再び深夜勤務にきたA看護師とB看護師がダブルチェックをした際、変更されていないことがわかった。直後に指示どおりの設定に変更した。	人工呼吸器の設定はパネルで行うが「決定」ボタンを押さないと変更できない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>変更後は、設定画面で再度確認を行う。</li> </ul>
<b>【呼吸器本体 1件】 他類似事例 1件</b>			
13	患者に使用中に人工呼吸器のアラームが発生し担当の看護師が見たところ換気停止の警報が鳴っており、呼吸器は換気を行っていない状態であった。すぐに医師、臨床工学技士を呼びアンビューバッグにて換気を行った。その際SaO <sub>2</sub> 280%、HR 47まで低下したがARTに著変は認めなかった。警報の原因が不明のためその間に別の人工呼吸器を使用した。	不明	<ul style="list-style-type: none"> <li>人工呼吸器が換気停止となった時点ですぐにアンビューバッグにて換気を行ったため、人工呼吸器入れ換え前後で患者のバイタルに著変は認めなかった。</li> <li>ハード面についてはすぐにメーカーに依頼し、原因究明を行っていく。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【その他 4件】 他類似事例 2件</b>			
14	レスピレーターのアラームがあり、家人からナースコールあり訪室すると気管内挿管チューブを自己抜管していた。以前にも自己抜管しており、両上肢に抑制帯をしていたが体動激しいためドルミカム4Aを時間20mLで使用していた。1時間ごとに訪室していたが家人がトイレに行っている間に抜管された。抑制帯は外れておらず、上体を起こして抜管した様子であった。	重症患者の状態把握がなされていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪室を頻回に行い観察する。</li> <li>・患者、家人に説明して了解を得て抑制帯をする。</li> <li>・体動が激しいときは医師に至急報告するシステム構築する。</li> </ul>
15	4歳男児の呼吸器離脱は6:30~21:00であり、看護ワークシート上も特殊指示として記載されていた。しかし、水分注入の指示として覚醒から23時とすぐ下に手書きで書き込まれている指示を見て、呼吸器離脱時間と勘違いした。22時過ぎ同勤務者に指摘受け、間違いに気付いた。	すぐに呼吸器装着した。医師に報告し様子観察となる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ワークシート確認を徹底する。</li> <li>・水分を注入する際の時間指定が必要か医師に確認する。</li> </ul>
16	呼吸器の水はけ、吸引を行ったところ、SpO <sub>2</sub> が下がり始めたため呼吸器を装着した。その後すぐに30%まで低下した。アンビューが手元になかったため、救急カートまで取りに行った。	すぐに、アンビュー加圧・酸素投与を行い、SpO <sub>2</sub> 98%まで上昇した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自発呼吸のない患児のベッドサイドにはアンビューを置いておく。</li> <li>・アンビューの位置を確認する。</li> <li>・アンビューの数の充足させる。</li> <li>・SpO<sub>2</sub>低下時はすぐに応援を呼ぶ。</li> </ul>
17	呼吸状態が悪化し挿管した患者に対し、人工呼吸器を装着した。装着後、担当医師が人工呼吸器の作動不良（患者回路のリーク）を発見した。患者側（カフ漏れや接続不良など）には異常が見られず、人工呼吸器回路側にも明らかな異常が見られなかったため、人工呼吸器の不良を考え、人工呼吸器を交換した。交換中は、医師がアンビューバックにて換気を行った。作動不良中、人工呼吸器のアラームは鳴らず、作動不良の人工呼吸器の装着期間は、30分程度であったと考えられる。その間、患者バイタル、酸素飽和度等の低下は見られなかった。人工呼吸器は点検済であり、使用直前点検にて臨床工学技士が正常作動を確認していた。人工呼吸器交換後、点検を行ったところ、人工呼吸器の呼気フィルタに異常が発見された。	今回の人工呼吸器作動不良は、呼気フィルタの破損によるものであったが、テストラングでの作動確認では異常が発見できず、アラームも発生しない程度のリークであった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・呼気フィルタの破損は、人工呼吸器との接続の際に発生しており、人工呼吸器点検後（リークチェック後）の再接続は避ける事とした。</li> <li>・過去に類似した事例は何回か発生しているため、メーカーなどと相談し、不具合情報提供などを利用して、人工呼吸器や用具そのものの改善に対しても働きかけていく。</li> </ul>

### 【3】リハビリテーションに関連した医療事故

平成20年7月1日から平成20年9月30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、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事例は1件であった（図表Ⅲ-2-10）。

#### （1）リハビリテーションに関連した医療事故の現状

平成20年7月1日から平成20年9月30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は小児患者の運動療法時の転倒の事例が1件であった。

#### （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-2-11）。報告された事例の中から35件の概要を図表Ⅲ-2-12に示す。

図表Ⅲ - 2 - 10 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	障害なし	作業療法が終了し、作業療法士はカルテを記載していた。3歳の患者の母親は療法中に使用したステップ台を片付けており、母親の側に立っていた患者が後に転倒した。

図表Ⅲ - 2 - 11 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	1	88	3	13	26	131
物理療法	0	2	0	1	0	1	5	9
作業療法	1	0	0	9	0	2	8	19
言語聴覚療法	0	0	1	1	0	0	2	5
不明	0	0	2	3	0	2	6	13
その他	0	0	0	1	0	0	1	2
合計	1	2	4	103	3	18	48	179

図表Ⅲ - 2 - 1 2 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
<b>【誤嚥・誤飲・窒息 1件】</b>			
1	リハビリ活動の一環でそうめんを試食していたとき、患者が誤嚥した。身体状況が低下していた患者であり、誤嚥のハイリスクがあることを予測していたため、そうめんをわざわざ茹で短く切ってとろみをつけた。また、ゆっくり食べるよう再々促していた。誤嚥時にタッピング、ハイムリック法、口腔内かきだし法など実施し大事には至らなかった。	飲み込みの悪さが予測を超えるほどの状態となっていたため、誤嚥を引き起こした。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画を立てる段階で、活動に適した内容（食物）かどうかの検討する。</li> <li>・対象者ひとりひとりの評価も充分実施する。</li> <li>・緊急時に備え吸引器を用意する。</li> </ul>
<b>【熱傷 1件】 他類似事例 1件</b>			
2	両下腿のホットパック中、患部が熱く感じてきたと患者から訴えがあった。タオルの枚数を増やし、患部の熱感がなくなったことを確認した。熱傷には至らなかった。	判断ミス。施術前・施術中の確認不足。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施術前・中の確認事項を周知する。</li> <li>・低温火傷予防策の見直し、マニュアルの変更（施術中の確認回数を増やすなど）する。</li> <li>・患者別の至適温度が決まりしだい、申し送りノートに記載する。</li> </ul>
<b>【患者取り違い 1件】 他類似事例 3件</b>			
3	患者の言語療法の予約がないと外来総合受付から電話があった。予約を入れていたはずなのに不思議に思い調べてみると、年齢は違う同姓同名の患者と間違えて臨床予約を入れていた。電話にて予約日変更を受けてののだが、その際、名前入力だけで予約してしまった。	ID番号や誕生日等で確認すべき所を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ID番号、誕生日までの確認をする。</li> </ul>
<b>【運動による骨折・筋断裂等 15件】 他類似事例 88件</b>			
4	患者Aの四這いバランス訓練をプラットフォームで行った際、患者Aが転倒し、置いてあった患者Bの右短下肢プラスチック装具を臀部でつぶしてしまった。患者Aに外傷はなかった。患者Bの短下肢装具は破損し使用不可能となった。	転倒する予測がつく訓練を行っていた。このような訓練を行う場合は周囲に危険な物はないか確認してからリハビリを開始することをルールとしていたが、うっかり確認せずにリハビリを開始した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訓練前周囲に危険な物がないか確認してリハビリを開始する。</li> </ul>
5	患者がエルゴメーターを使用中、ペダル部分のベルトが外れた拍子に、バランスを崩してエルゴメーターごと転倒しかけた。	患者の背が高く、サドルを一番上の方まで上げて使用していたため、重心が上になり不安定だった。最近購入したエルゴメーターの足幅は安定しているが、当該エルゴメーター古いタイプで、足幅が狭く横揺れに弱いタイプであった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安定性を高めるためにエルゴメーターに支え棒や足幅を広げる工夫をする。</li> <li>・身長が高い患者には、安定性の高い機種のエルゴメーターを使用してもらう。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
6	理学療法室にてリハビリ中。プラットホーム上で四つ這い移動練習を実施後、長座位をとった際に左母趾の爪が剥がれているのを発見した。一部のみ皮膚とつながっており、その部分にうっすらと血液がにじんだ状態であった。疼痛は無いとのことだった。病棟の担当看護師を通じてリハビリ担当医師に報告した。その後形成外科を受診し、爪を取り除いて軟膏塗布と絆創膏での処置をした。推定される患者への影響は、左母趾の疼痛が出現し、四つ這い移動練習に支障をきたすと考えられた。	患者の爪の状態を確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>裸足でリハビリを行う際には、患者の爪の状態なども確認していく。</li> </ul>
7	立位台で固定し抗重力筋の訓練を行っていた。体の動きを出すため、固定したまま上肢はボールを投げたり受けたりし、担当者は少し離れてキャッチボールをしていた。固定がしっかりされているかの点検が不十分で固定台のベルトが途中で外れ、転倒した。	固定台のベルト固定の点検が不十分であった。本来万が一のことを考え、すぐそばでできる上肢の運動訓練を行い、すぐ介助できる位置にいるべきであった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>固定ベルトの業者点検と、使用前の担当者の確認を行う。</li> <li>固定ベルトが不備な時は使用しない。</li> <li>担当者は万が一の場合に備え、介助できる範囲で患者に接する。</li> </ul>
8	患者の松葉杖歩行訓練時、実習生に監視を依頼し他の患者の訓練を行なった。訓練室を一周し着座使用とした時、右切断側のズボンを左下肢で踏みつけ坐骨部分で着座した。そのまま前方へと両手をついて転倒した。	下肢切断した患者の歩行訓練の監視を学生に依頼しその場を離れ、他の患者の訓練を行っていた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者のADL状況、及び学生の能力を把握・考慮し訓練を行う。</li> <li>学生に監視を依頼してもすぐに介助ができるように十分に監視をする。</li> </ul>
9	左脛骨骨折にて患肢ギプス固定中であり、松葉杖を使用し看護師付き添いで歩行練習を行っている患者。歩行練習をしようと、病室を出て廊下で数歩歩行した際に、廊下に水分があり滑って転倒した。患肢に荷重はかけることなく、左臀部を下にしていた。	患者の病室は浴室の前であり、廊下にごく少量の水滴があった。浴室では、入浴介助が行われた後であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>歩行練習を始める前に、歩行練習の経路となる場所に水分がないかを確認する。</li> <li>歩行練習を行う時は浴室の出入りが少ない時間帯を選択する。</li> </ul>
10	理学療法学生が歩行訓練を屋外で行っていたところ、階段を降りる際に、足を踏み外して前方へ倒れこむような姿勢となった。体幹を支えて転倒を抑止したが、患者は両膝を地面で打撲した。その際、膝に擦過傷を生じた。理学療法室へ帰り、患者から痛みの訴えがなかったためにそのまま病棟へ帰した。翌日、実習生から転倒の報告を受け、また病棟からも患者が転倒したとの連絡を受けた。	実習指導者の可視範囲内で実習生による歩行訓練を行っていなかった。歩行訓練からリハビリ部へ帰ったときに、実習生に訓練時の状況を詳しく聞き取ることを怠った。	<ul style="list-style-type: none"> <li>実習生が行う医療行為は実習指導者の監督の下で行うことを再確認した。</li> <li>実習指導者は必ず実習生が行った医療行為の内容を確認することを徹底する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
11	リハビリを終了し、車椅子で帰室した。介助でベッドに移動する際に、車椅子のフットレストに右下腿が接触し、裂傷となった。	リスクをふまえた人的・物理的環境設定が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の状態を把握し、異常時に予測されるリスクに十分配慮する。</li> <li>接触の可能性のある部分の緩衝と保護を行う。</li> <li>介助量が大きい場合には複数介助を優先する。</li> </ul>
12	病棟ベットサイドにてリハビリ中、端座位保持訓練を行っていたところ麻痺によりつばっていた右足が床に擦ってしまい爪がはがれ受傷（出血して）しまった。	リハビリ時の履物の選択の問題点（靴下を履いていなかった、また靴は拘縮により履けなかった）。物理的な環境や設備上の問題（左足を床につけるためベットを低くしていた、もともと拘縮が強く、伸展位でつばる方向にあった）。	<ul style="list-style-type: none"> <li>靴が履けないような状況である場合は、スリッパを履いて行なう。</li> </ul>
13	肩関節拘縮のある患者に肋木（梯子状の体操器具）前に設置してある足底板使い、自主ストレッチを行うように指導したが、患者は勘違いをし肋木上方のバーにぶら下がってしまった。その際に、足底板が倒れ足底が宙に浮いた状態となっていた。	自主トレーニング内容の説明不足。肋木とバーの位置関係が不適切であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>肋木バーの位置を低くする。</li> <li>担当PTは患者に自主トレーニングの内容を詳しく説明し、内容を両者で確認する。</li> <li>スタッフ全員で情報の共有を行い自主トレーニング中の患者の見守りを徹底する。</li> </ul>
14	ナースステーションにて、理学療法士より担当患者の理学療法施行中に欠伸により顎関節脱臼したという報告を受けた。医師による整復に同席し「あまり大きな口を開けないように」との指示を看護師と共に受けた。看護師がホールの食事の場所へ患者を移送し、先輩STが看護師に食事の可否を確認、了承を得たため、食事評価の準備をしていたところ、別の看護師が義歯を持ってきた。先輩STに義歯装着の可否を確認し、装着したところ2回目の顎関節脱臼を起こした。	整復後、食事の可否を医師に確認しなかった。看護師に確認しただけで、食事をしても問題ないと判断した。入院前、何度か顎関節脱臼したことがあるという情報を得ていなかった。顎関節脱臼についての知識が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>確認すべき内容を判断し、医師の指示のもとリハビリテーションを行う。</li> <li>看護師から得るべき情報と医師に確認し、指示を仰ぎ内容の区別をつける。</li> <li>家族には入院前の生活での問題点など詳しく聴取する。</li> <li>顎関節脱臼に関する知識を得て、今後のリハビリテーションに生かす。</li> </ul>
15	床上動作の指導を行っていた。立位保持し、右足1/2の部分荷重するところ、右足に全荷重をかけ、腓骨骨折のある左足を前方に出させてしまった。	技術、経験による判断ができなかった。また、患者への説明、観察ができてなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>事例検討会を行い、他のスタッフや新人にも事例を共有し、生かしていく。</li> </ul>
16	訓練に来た右下肢に痙性麻痺、変形拘縮がある患者をマットに臥位にしたまま、PTが訓練器具を取りに行っている間に、患者が興奮してキッキングした。その時に、下肢の痙性によって患者の両下肢が接近し、患者自身の右足の爪で左足関節内側を引っ掻き、擦過傷をができた。	患者が興奮して足を激しく動かすことを予測しておらず、そのまま、臥位にして器具を取りに行った。訓練器具を前もって準備していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>痙性の状態により、臥位にする場合は、ポスキーに下肢を乗せて両下肢が接近しないようにする。</li> <li>訓練に必要な器具や準備は、前もって確認しておく</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
17	<p>作業療法活動（ウォーキング活動）中の患者が、作業療法棟内の廊下歩行中に、床にある地下開口の蓋の金属部分にスリッパのつま先が引っかかり転倒した。両膝下を打撲したが外傷はなかった。患者は軽度の痛みがあったため、活動を中止し経過観察をした。</p>	<p>普段は運動靴を履いてウォーキングをしていたが、当日はスリッパのまま歩行していることにスタッフが気付かず開始した。前回までは運動靴での歩行状態が安定していたため、観察を十分にせず確認が不十分であった。また、すり足気味に歩くために、わずかな段差でもつまずきやすかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開始前に服装、履き物の観察と確認を行い、運動に適さない場合は適するものに変えてもらうように伝える。</li> <li>・活動中の見守りを充分に行う。</li> <li>・蓋の金属部分の段差を解消した。</li> </ul>
18	<p>機能訓練室でのトイレ動作練習中、患者に排泄後手すりを両手で把持するよう促し、両腋窩を支持し軽介助にて車椅子へ移乗した。その際患者は車椅子の座面先端に浅く座り、そのまま殿部がずり落ち、フットレストに着座する状態となった。呼び出しベルにて他のスタッフを呼び、2人で介助し、車椅子に乗車させた。病棟へ帰室し、経過観察となった。</p>	<p>トイレ動作練習をするため、事前に先輩の監視のもとで行うことを決めていたが、一人で行ってしまった。訓練時間の変更を報告せずにリハビリを開始してしまった。患者の状態に関しての把握が不足していた。状況把握、トランスファー技術が不足していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前に打ち合わせしていたことと異なる事象が発生した場合、先輩にその旨を報告する。</li> <li>・初めて実施するプログラムを行う際は、報告相談し指示を仰ぐ。</li> <li>・一人一人の患者の状態を総合的に評価し、プログラムを検討する。</li> </ul>
<p><b>【義肢・装具 2件】 他類似事例 1件</b></p>			
19	<p>胸髄症対麻痺に対しリハビリ依頼があり、理学療法を実施していた患者。歩行練習の際、右足関節周囲筋力低下あるため、リハビリ室にある既存のプラスチック装具を使用（裸足で）した。訓練後足部に発赤はなかった。しかし、病棟の看護師が清拭の際右踵部の水疱形成に気付き、処置をした。翌日、歩行訓練を行う際に足部に創の処置をされていることで気付いた。水疱の位置から訓練中に装着した装具によって形成された可能性が高かった。</p>	<p>感覚障害のある患者に対し、プラスチック装具を裸足で使用した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プラスチック装具着用時は、足部に適合があるか確認する。プラスチック装具着用時は、靴下を履く等、裸足では使用しない。</li> </ul>
20	<p>短下肢装具装着して、車椅子で訓練に来室したため、訓練を開始しようと、介助して車椅子からおりて歩行してもらった際、装具のベルトが外れていたのに気付かないままで歩行させた。医師から指摘されてようやく気付いた。</p>	<p>装具の装着状態を確認しなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・装具を装着している患者は、訓練前に必ず装着状態を観察し、確実に装着できていることを自分の目と手で確認する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【全身状態の悪化 4件】 他類似事例 14件</b>			
21	覚醒レベルの低下があり、疲労の訴えをすることが不可能な患者へ、プラットホーム上で端座位訓練を約10分間実施した。訓練前後の血圧・体温の異常は認めなかった。その後、臥位にてリラクゼーション中に透明色のもの大匙1～2杯程度嘔吐した。病棟へ連絡しストレッチャーにて病室となった。	急性期におけるリスク管理の知識が乏しく、初めての患者でありながら、いきなり訓練室で治療を行うと考えてしまった。	・急性期におけるリスク管理の再指導と、初めての患者の場合に訓練室で行う基礎を確認した。
22	立位バランスの訓練を行っていた。立位を1度行い、その後起坐の状態であったところ、急に意識消失したためすぐに看護師を呼んだ。意識は徐々に回復、主治医からは起立性低血圧であろうとのことであった。	心臓リハビリの場合、開始前・後の血圧測定や心電図監視モニターは実践されていた。後でわかったが、当日から薬剤の変更になっていたことを、事前情報確認の際に見落としていた。	・医師・リハビリ担当・看護師間の情報用紙が必要である。
23	頸椎牽引開始後、患者から歯痛の訴えがあったためリハビリを中止した。牽引によって歯痛を引き起こした可能性、または痛みの増強の可能性があった。	施術前の体調確認をしなかった。	・施術前の体調確認の徹底する。 ・リハビリに関する患者向けの説明書を作成し、口頭説明に加えて説明書を渡して指導する。
24	頸椎手術後7日の患者に対する作業療法訓練中に、患者より気分不快の訴えが聞かれた。血圧を測定したところ血圧低下が認められた。軽度の意識低下も認められ、ストレッチャーにて病棟に帰棟となった。	手術後7日、また訓練室での訓練も2日目であり、身体状態も安定していなかったものと思われる。また、糖尿病の既往があり食事療法を行っていた状態であるが、予約時間の配慮がなされていなかった。	・病棟でも可能な訓練に切り替え、身体状況が落ち着いた後に訓練室での訓練を再開する。 ・予約時間に配慮し、食事前の訓練は避けるようにする。
<b>【その他 11件】 他類似事例 37件</b>			
25	車椅子に座り平衡棒内で待機中の患者が、バーを固定するねじを動かそうとしているのを発見した。患者をセラピストの目が届く場所に移動した。	患者の待機場所の選択ミス、判断誤りがあった。	・患者待機場所についてマニュアルへ追記し、周知徹底する。
26	患者が理学療法室での訓練終了後、車椅子で病棟からの迎えを待っていた。20分経過しても迎えが来ず、別の理学療法士が病棟に再度連絡を取り、迎えがきた。	担当の理学療法士は一度病棟へ迎えを電話したまま、患者が待っているのを把握せず、別室でのカルテ記入を行っており、患者の迎えの確認を怠った。	・患者が理学療法室にいる限り、最後まで責任を持って見守る。
27	訓練終了後、車椅子を前方へ介助駆動時、点滴ラインのチューブが車輪に絡まった。	車椅子駆動前に点滴チューブの確認を行わなかった。	・車椅子移乗時や駆動前に点滴ラインの整理と、駆動時に車輪と接触していないか状況の確認を行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
28	理学療法場面で、呼吸器疾患のある患者が酸素カニューレを使用して酸素を投与し歩行訓練をしていたが、搬送中に酸素の架台が斜めになり加湿器内の蒸留水がカニューレ内に流入した。鼻翼までに数滴達してしまった。	移動時などは蒸留水を使用しなくてもよいと考えている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・移動しているときには加湿しなくてもよい</li> </ul>
29	リハビリテーション室にて、鼻に栄養チューブが入っているほぼ全介助状態の患者を車椅子からベッドへ移乗する際、チューブを白衣のボタンに引っ掛けそのまま気付かず移乗を実施したため、半分以上抜去してしまった。	栄養チューブが白衣のボタンに引っ掛かっていることに気付かなかった。そのような予測が出来なかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・動作を実施する前、動作中ともに安全管理を心がけ、常に危険がないか予測していくことが必要である。</li> </ul>
30	人工股関節置換術後の患者に対し、主治医は3週間後より歩行練習の開始を予定していたが、当事者が術後3日後より歩行練習を開始してしまった。整形外科とのカンファレンスの際に、当事者が気づき主治医に報告した。X線上問題はなく、患者には影響がなかった。しかしながら、骨折や置換した人工股関節の緩みなどにつながる可能性があった。	主治医からの連絡が、病棟やリハビリスタッフに伝達されていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟とリハビリ部での伝達ノートを作成し、毎朝確認するようにしている。</li> </ul>
31	作業療法部門の責任者が、午後不在であり、その間に処方があった患者2名に対して、代行者が担当者割り当て業務を行っておらず、約2日間、対象患者に対して作業療法が実施されなかった。	部門責任者と代行者の引き継ぎが十分でなかった。患者割り当ての基準が明確でなかった。該当業務の担当以外の作業療法士の業務に対する気づきがなかった。部門責任者と代行者の不注意があった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・休みの前に引き継ぎ事項を書面に残す。</li> <li>・代行者をもう一人加え、チェック機構を強化する。</li> <li>・責任者と代行者間で連絡を密に取る。</li> <li>・他の作業療法士に対しても該当業務内容を説明し、もれの無いように気づきを促す。</li> </ul>
32	単独行動禁止の閉鎖病棟の患者が、作業療法の園芸活動中に作業療法室を単独で出ていたことに気付かなかった。患者が、他の病棟から出てくるところを発見した。	要観察対象者の担当者が不明確であったために、行動観察が出来ていなかった。スタッフ間の情報伝達が不十分であった。単独で行動しないように患者への説明が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・作業療法中の役割分担を明確にする。</li> <li>・活動開始前の患者情報の場を十分に活用する。</li> <li>・活動開始前に、患者へ単独行動しないことと、中断したい時は担当へ声かけをするよう伝える。</li> </ul>
33	S T、O Tの順に訓練を予定していた患者に対し、間違えてO Tから訓練を実施した。O T終了前にS Tの指摘により気付いた。S Tはその間3回病棟に連絡を取っていた。	1週間のうち当日のみS T、O Tの順番が逆になっており、オーダーリング等で予約時間の確認をせずに実施してしまい、確認を怠った。1週間の予約を入れる際、他職種との相談を怠った。早出業務で、時間に余裕を持たず、スケジュールの確認不足につながった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・業務開始前に1日のスケジュールを確認する。</li> <li>・予約を入れる際は、他職種と事前に相談して行う。</li> <li>・余裕を持って業務に取り組みよう、前日より時間管理を行い早めに出勤する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
34	ペースメーカー装着の患者から約4 m離れて座っていた当該患者の携帯電話が鳴り、少しだけ話したいとのことで電話をとった。その際ペースメーカー装着患者の担当セラピストよりペースメーカーのことを聞き、当該患者に電話を切るよう伝え、電源を切ってもらった。	休暇の同職種者に代わって、代理で担当した当該患者は、末梢血幹細胞移植後であった。そのため感染リスクに配慮して奥の机に座ったが、ペースメーカー装着患者が同じ机に着席し、当該患者には別の席に移ってもらった。患者は少し気分を害している様子もあり、携帯電話が鳴ったときにすぐに注意できなかった。ペースメーカー装着患者が同室していることを事前に把握できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・携帯電話の電源を切ってもらおう、徹底して伝える。</li> <li>・ペースメーカー装着などリスクのある患者情報は出来るだけ共有する。</li> </ul>
35	訓練室にて車椅子に設置されている酸素ボンベを使用し、酸素投与しながら訓練を実施していた。呼吸困難の訴えがあり、SpO <sub>2</sub> 低下を認めた。酸素ボンベが空であることを発見し、直ちに新しい酸素ボンベにて酸素投与開始し、SpO <sub>2</sub> 上昇し呼吸困難軽減を認めたため帰室となった。	酸素ボンベの残量確認不足があった。酸素投与量の多い患者へのリスク認識不足があった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初歩的ミスなため、リスク管理と「慣れ」の考えについて指導を行った。</li> <li>・訓練前の酸素ボンベ残量の確認徹底とその教育訓練システムの構築する。</li> </ul>

## 【4】輸血療法に関連した医療事故

本報告書では、報告された医療事故事例のうち、「事故の概要」及び「事故の内容」のコード情報の中から「輸血」に関するコードを選択した事例、もしくは、それ以外で報告の内容が輸血療法に関連する事例について分析を行った。

### （1）輸血療法に関連した医療事故の現状

平成20年7月1日から9月30日の間に報告された輸血療法に関連する事例について、「検体取り違い」、「患者取り違い」、「製剤取り違い」、「製剤間違い」、「製剤量間違い」、「速度」、「保存・保管」、「手技・手順」、「結果入力」、「結果判定」、「その他」として整理した。報告された事例は、交差血の検体の受付の受付番号を取り違えたことにより、検査結果を報告する患者を取り違い、輸血を行った事例が1件であった（図表Ⅲ-2-13）。

### （2）輸血療法に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第28回ヒヤリ・ハット事例収集において報告された輸血療法に関する事例について分析を行った。

輸血療法に関連したヒヤリ・ハット事例について、記述情報のテーマに挙げられた「輸血療法に関連した事例」の内容を、「検体取り違い」、「患者取り違い」、「製剤取り違い」、「製剤間違い」、「製剤量間違い」、「速度」、「保存・保管」、「手技・手順」、「結果入力」、「結果判定」、「その他」として整理した（図表Ⅲ-2-14）報告された事例の中から30件の事例概要を図表Ⅲ-2-15に示す。

図表Ⅲ - 2 - 1 3 輸血療法に関連した医療事事故事例の概要

番号	発生段階	事故の程度	発生経緯
1	準備段階	障害なし	産婦人科外来の患者 X から、当院で行った血液型の結果が本人の認識と違うことを指摘された。外来助産師が検査科へ問い合わせたところ、この時の患者 X の血液型検査台帳には A 型 Rh+ となっていたが、検査科で患者 X が検査を行った検体で、血液型を再検したところ、A B 型 Rh+ の判定となり、最初に行った報告の A 型 Rh+ は誤りであることが判明した。また、同日に行われた患者 X 以外の血液型検査について再検査を行ったところ、外科を受診した患者 Y の血液型が A 型 Rh+ であったが、患者 Y の血液型を A B 型 Rh+ と報告していた。当該事象発見日から遡って輸血歴を調べたところ、患者 Y が血液型間違いのあった日に A B 型 Rh+ の輸血をしている事がわかった。血液型判定を 2 名分同時に行い、血液型判定装置の上に 2 名分の検体を置いて判定したため検体受付番号を取り違えていた。患者 Y の交差適合試験時、血液型の検査を実施していなかった。

図表Ⅲ - 2 - 1 4 輸血療法に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

		取り違え			製剤 間違い	製剤量 間違い	速度	保存・ 保管	手技・ 手順	結果		その他	合計
		検体	患者	製剤						入力	判定		
発生 段階	指示段階	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	5
	指示受け・ 申し送り段階	0	0	0	2	4	1	0	2	0	0	11	20
	準備段階	0	3	4	3	7	0	25	26	0	0	36	104
	検査段階	0	2	0	0	0	0	0	1	1	3	4	11
	実施段階	0	1	0	0	4	25	1	8	1	0	21	61
	実施後の 観察管理段階	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	合計	0	7	4	5	16	26	26	37	2	3	78	204

図表Ⅲ - 2 - 15 ヒヤリ・ハット事例 記述情報（輸血療法）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【検体取り違い 0件】</b>			
<b>【患者取り違い 2件】 他類似事例 5件</b>			
1	交差適合試験の際、輸血パックに貼る付箋に間違えた名前を記載し、交差適合試験実施後輸血パックを払い出した。病棟より名前が違うが間違いはないか、との問い合わせにより、間違いに気付いた。	検査室でよく名前を聞く患者と同姓の患者であったため、無意識のうちによく名前を聞く患者の名前を記載してしまった。払い出しの際も名前の確認が出来ていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・確認を怠らないよう心掛ける。</li> <li>・払い出しの際も間違いはないか確認するよう改善する。</li> </ul>
2	19時頃、検査室へ患者Aのクロスマッチ用血液と患者Bの血液検体が提出された。同日23時頃医師より患者Aの輸血のオーダーが入力された。19時に提出されたクロスマッチ用血液でクロスマッチ検査を実施したが不適合となった。患者Aのクロスマッチ用血液で血型を調べるとA型であった。患者Aの血液型はB型であるため、主治医に連絡し、再度クロスマッチ用血液の提出を依頼しクロスマッチ検査を実施した結果、19時に提出された血液は他の患者の血液であった。	同時に複数の患者の採血をした。検体と患者の照合の確認が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検体と患者の照合についてのマニュアル遵守する。</li> </ul>
<b>【製剤取り違い 2件】 類似事例 2件</b>			
3	看護師が患者Aの血液製剤依頼票を持って来たので輸血検査室で預かり血液を払い出した。その後、看護師が必要なのは患者Bの製剤であることに気付いた。患者Aの製剤は輸血検査室に返却されたが、病棟に持っていった後返却されたため製剤は廃棄処分となった。	担当の看護師が取りに行った製剤の患者名を間違えた。看護師は当日複数の輸血者があり、他の看護師から、輸血の受け取りを依頼されて、誤って別の患者の血液製剤依頼票を取り、輸血部に行ってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血液製剤を受け取りに行く時は患者名を十分確認する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
4	<p>ノークロスでB型(+)MAP6単位のオーダーがあり、そのうち4単位を至急で病棟にとりよせた。その際ノークロスであったので交差試験成績書は添付されておらず、同僚看護師と二人でB型(+)の輸血であることを確認し、PDAでも輸血が本人のものであると確認し、投与した。その後、検査室より連絡もなくFAXにて交差試験仮成績書が送付され、残りの2単位はこの交差試験仮成績書で同僚看護師とともにダブルチェックを行い、再度PDAでも確認を行った後投与した。“交差試験仮成績書”には6単位分の血液製造番号が、No.1 ○○-○○○○○, No.2 △△-△△△△-△△△△, No.3 ××-××××-××××と記載されており、No.3はペンで塗りつぶしてあったため、最初に投与した血液はNo.1の血液であったと思い込み、投与し終わった血液の製造番号を確認することなくダブルチェックの欄にサインをした。後日No.1の血液が残っていることがわかり、実際投与した血液はNo.3の血液であったことがわかった。</p>	<p>No.3の血液番号が消されていたので、投与した血液はNo.1の血液だと思い込んだ。払い出しの血液番号が交差試験仮成績書では消されていた。オーダー自体が削除されたわけではないので、手書きで番号が消されていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>投与した血液バッグの番号を再度確認の後、サイン欄にサインを行う。</li> </ul>
<b>【製剤間違い 2件】 他類似事例 3件</b>			
5	<p>貧血のためRCC投与の指示あり、準夜帯で輸血依頼伝票、クロス血採血を検査室に提出した。後に輸血の準備が出来たと連絡あり、輸血製剤取扱い伝票を検査室に提出した。深夜勤務者にI r-RCC-LR投与予定であると申し送った。深夜帯で製剤を受け取るが溶解されたFFPであった。輸血依頼伝票を確認すると、FFPの欄に3と記入しており、輸血製剤取扱い伝票もFFPの欄にチェックがしてあった。医師の指示書にはRCC2単位投与の指示であった。医師に報告しFFPは破棄となり、後日I r-RCC-LR発注を行った。</p>	<p>輸血製剤依頼伝票を記入の際、指示書と合わせての確認を怠った。看護師が転記するルールになっていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアルに沿ったダブルチェックを確実に実施する。</li> <li>輸血製剤取り扱い伝票の記載を誰がするか再検討する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
6	<p>前日状態変化があったため、輸血施行していた（FFP、MAP）。データ上、輸血が必要であり「残っているFFP 2単位施行してください」と指示があった。その指示を勘違いしてMAP 2単位施行だと思い込んでしまい、検査室へオーダー、MAP 2単位受けとり、実施した。輸血確認は、主治医が不在であったため、担当外の外科の医師と確認を行った。実施前も看護師でダブルチェック実施した。MAPを実施したことはリーダーにも報告していた。夕方申し送りの際、リーダーより、「FFPも実施するようになっていた」と聞き、掲示板を再確認したところ、製剤間違いの輸血を行ったことが判った。</p>	<p>すべての指示に関し注意していく必要はあるが、輸血に関しては特に注意を払うが、指示を受ける時点からダブルチェックしていなかった。実施する前にも、再度指示内容の確認を行わなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施する前にも、再度指示内容を確認する。</li> </ul>
<b>【製剂量間違い 3件】 他類似事例 13件</b>			
7	<p>FFP 4単位指示のものを薬剤部において払い出し時に、2単位2本のところが1単位2本しか払い出しされていなかった。確認をしたところ薬剤師は「これでよい」との返事であった。しかし、実際には指示量より少ない量を投与していた。</p>	<p>血液型や番号は確認したが単位数の確認が不足していた。FFPの規格に変更があり、今回初めての受領であった。薬剤部から払い出されたものに間違いはないという思い込みがあった。薬剤師は血液の担当者ではなかった。血液伝票が新しくなっておらず、規格変更前の様式であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・古い受領伝票への記載方法に間違いが起らないように約束事を周知する。</li> <li>・規格の変更があった場合は写真等で周知徹底を図る。</li> <li>・指差し呼称を徹底する。</li> </ul>
8	<p>血液出庫リストには2パックと記載されていたが輸血予定の患者の患者認証（電子カルテ）でOKサインが出たので1パックだと思い施行した。翌日に昨日の輸血を4単位投与であったが2単位施行できていないことがわかった。</p>	<p>確認が不足していた。1パックだけ届いたため1パックのみと思いこんだ。3人の患者が同じ時間帯で血液の指示があり次々に行わなくてはならない状況であった。血液を間違えないよう気をとられていたので出庫リストの払い出し日の日付けの確認が見れてなかった。輸血を投与する患者輸血のベッド位置に何の製剤が投与されているかわかるようにファイルと伝票をおくことになっていたが、当日は別のところにあり抜針時にも抜針を行う者にわからないところに置いてあった。急遽他の業務に入ることになり、残務整理に追われており引継ぎが十分でなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伝票と電子カルテと2つの管理の中でもう一度確認する。</li> <li>・電子カルテの中にオーダーした分の2つの項目ロット番号が反映しそこから認証できるか、当日の他の依頼分がわかりやすい画面を検討する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
9	手術室からの依頼はR C C-L R 10単位と血小板20単位だったが間違えてF F P 10単位血液センターへ発注し取り寄せた。すべて出庫したあと看護師から指摘を受け、手術室からのF A Xを確認したところ間違いに気付いた。その後血小板を20単位発注したが血液センターには10単位しかなくそれを1時間後に届けてもらった。F F P 20単位は後日使用された。	手術中大量出血ということもあり慌てていた。オーダーのF A X用紙を確認しなかった。O P室からのF A X用紙が見にくいものであった。1回目のオーダーがR C C-L RとF F Pだったため2回目も電話依頼でそう思い込みF A Xもよく確認しないまま血液センターに発注した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>• F A Xの運用、様式について手術室と検査室間で検討する。</li> <li>• 当直時は一人体制であるため緊急時は応援を依頼する。</li> </ul>
<b>【速度 3件】 他類似事例 23件</b>			
10	手術当日の患者。自己血2パック目が80mL/hで返血中であった。深夜初回ラウンド時、患者の腕が伸展されていること、フラッシュにして落ちることを確認し2秒1滴に滴下を合わせ直した。本来なら4時半に終了予定であったが1時45分のラウンドで輸血終了しており、約200mL/hで滴下した。	準夜帯から申し送りを受け、滴下数だけを計算し、輸血終了時刻を予測していなかった。ラウンド毎に滴下数だけを確認し、残量の確認を行っていなかった。腕が伸展されていること、フラッシュにして落ちが良いことのみを確認し、腕の他の角度での落ち具合はどうか確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 自己血パックに何時で終わる予定か記載する。</li> <li>• ラウンド毎に残量と終了時刻を照らし合わせ、指示通りに滴下されているか確認する。</li> <li>• 早かったり遅かったりする場合は滴下速度の調整をする。</li> <li>• 腕が伸展されているからといって、その状態が一番落ちるとは限らないため、腕の角度を変えてみてフラッシュで一番落ちる場所で合わせる。</li> </ul>
11	本来M A P 2単位を4時間で施行しなければならなかった。医師の指示により、先輩看護師から口頭で指示を受けたが自分は2時間2単位で投与すると聞き復唱したつもりがきちんと伝わっていなかった。その後、15分毎に滴下とバイタルサインを確認したが変化がなかった。結局、2単位を4時間で投与しなければならなかったところを1時間で投与した。	指示を受けるときは口頭だけでなく、視覚的（紙）での指示受けが必要なM A Pを1時間1単位で投与することが早いことに疑問を持っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 指示の確認を行うときは5Rを互いに確認するようにする。</li> <li>• 口頭だけでなく視覚的にも必ず確認するようにする。</li> <li>• 患者の状態からして指示内容が適していないのではないかとアセスメントできるように努める。</li> </ul>
12	M A P 2単位ずつを輸血するよう口頭指示あり、看護師は処置板に記載した。翌日受持ち看護師は、M A P 200mL、1単位を検査技師と確認し、出庫して医師とも確認していたが、2単位1パックと勘違いし、M A P 200mL、1単位で終了してしまった。翌日、当事者が気付き医師に報告した。	M A Pは1単位1パックと、2単位1パックの2種類がある。輸血の指示が口頭で、指示書等に記載がなかった。M A Pは2単位のものを使用することが多かったため、このM A Pも2単位であると思い込んでしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 輸血施行時は、必ず指示書等により指示出し、指示受けを行う。</li> <li>• 輸血マニュアル（指示受けから実施まで）を見直す。</li> <li>• 温度表に、ロット番号のシールを貼付し、単位数を記入し、最終的に確認する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【保存・保管 4件】 他類似事例 22件</b>			
13	生食ボトルより針を抜き、PCパックの口に差し込む際にPCパックをワゴンの上で平らに置かず、輸液スタンドにかけたまま（口を下にしたまま）針を差し込み出口部より液漏れした。出口部が不潔になったため、PCは使用不可能で輸血室に返却あらたにPCを発注した。PCパック自体の破れなど破損は見当たらなかった。至急の発注であったため、15単位がなく20単位が届き輸血実施した。	輸血バッグは平らにして輸血セットを接続することになっていたが、スタンドで接続する方法が正しいと思っていた。輸血情報に注意事項として記載があったが、見ていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新しいことや初めて経験することでない手順やマニュアルなどを確認せずに動いている事がある。</li> <li>・日頃、行っている業務でももう一度手順を見直す。</li> </ul>
14	定期便であがってきた照射濃厚血小板を日勤者が受け取り、冷蔵庫に保管したことをその日のリーダーから報告された。照射濃厚血小板があがってくることは分かっていたが、その保存方法についての知識が不足していた。先に届いていた照射赤血球濃厚液の輸血を実施してから血小板輸血を実施しようと思い、冷蔵庫保存のまま2時間程度放置した。2時間後、輸血室から連絡があり、血小板が未使用であることを指摘され保存方法に誤りがあることに気付いた。	輸血の取り扱いに慣れていなかった。取り扱い知識が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・輸血について学習する。</li> <li>・輸血予定がある場合は、輸血が配達される前に輸血マニュアルを読む。</li> <li>・輸血を正しく取り扱ったことがない時は、リーダーなど他者と一緒に輸血マニュアルを確認して実施する。</li> </ul>
15	医師が確認した輸血を翌日使用するため返却に行こうとした際、廊下に居合わせた看護師に輸血が入った輸血移送バックの返品を依頼した。依頼時に中に輸血が入っていることを伝えなかった為に、受け取った看護師は輸血が中に入っていることに気付かず、輸血部にバックを返品した。輸血部でバックの中身を確認するまで、輸血が放置された。	輸血バックの依頼した時に、中に入っていることを伝えなかった。依頼方法に問題があった。受け取った看護師も、確認をしないままバックを受け取った。輸血部にバックを返品時に、バックの中を見なかった。輸血バック返品時のルールが、特別無かった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・輸血部に輸血移送バックを返品する際は、輸血部でバックのファスナーを開け確認する。</li> <li>・バックのファスナーは、開けて返品する。</li> <li>・依頼する際、受け取る際はお互いに良く確認する。</li> </ul>
16	RCC 2単位が検査室より届いたが、直ぐに施行できず1時間常温に置いた。先輩看護師から直ぐに輸血しない場合は、保冷库に保存しておくことを言われたのでそのようにしたが、保管管理が適切でなかったためで廃棄となった。	検査室から届いたら30分以内に施行という理解がなかった。15分間フックに掛け、血液バックに凝塊がないことを確認してから実施していたが、看護師は長時間常温にしなければ良いと思っていた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・RCCの保管温度は2～6℃であり、病棟に届いたら速やかに実施することを周知する。</li> <li>・実施できない場合は常温ではなく冷蔵庫に保存する。</li> <li>・輸血マニュアルに温度管理が不十分な状態では各成分は機能低下を来しやすいこと、15分ではなく速やかに使用するようにした。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【手技・手順 4件】 他類似事例 33件</b>			
17	緊急手術時、大量の輸血が必要となり複数回に分けて輸血依頼のオーダーが出された。その結果、追加オーダーした輸血が、注文されていない。さらに、検査技師が発注していない輸血を受付処理（血液センターから製剤が届き実施）していた。看護師が手術後の処理を行った際に気付いた。	緊急を要する状況の中で、業務手順の遵守ができていなかった。輸血指示が複数回出され、看護師も輸血指示に対する確認が不十分であった。検査技師もオーダー番号の確認ミスがあった。オーダーした医師も、輸血伝票を発行する看護師もどれが実施できて、追加をどれだけ頼んだか十分把握していなかった。また、看護師も現場から手が離せない状況であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時でも確実に指示が伝達できるような体制（システム、人員配置を含む）。</li> </ul>
18	F F Pを融解する際に、水道の流水のもとで溶かそうと思った。温度計は、使用していない。患者に使用する段階で、F F Pを取り出すとお湯が熱く、F F Pが破損した。	F F Pの取扱に関する意識が不足していた。専用の容器と温度計がなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>各部署に、F F P融解専用の容器と温度計を設置した。</li> <li>容器に「37℃で融解」と明記した。</li> <li>血液センターから講師を招いて研修会を2回に分けて実施した。</li> <li>各部署でマニュアルに沿ってO J Tを実施した。</li> </ul>
19	当院では輸血用血液製剤は全て未照射の製剤を発注し、当院内において放射線照射を施行している。今回の事例は製剤がH L A 適合血小板であり、既に照射済の製剤が供給されていたが、照射済の表示を見落とし、誤って再度照射をした。照射終了後の製剤に照射済シールを添付する際、日赤照射済ラベルが既に添付されている事に気づき、過剰照射が判明した。放射線照射量は日赤で1.5 Gy、当院において1.5 Gyの合計3.0 Gyであったが、厚生労働省の「輸血療法の実施に関する指針」で照射線量は「最低限1.5 Gy（5.0 Gyを超えない）」とされている為、製剤自体には問題なく、患者への影響もないと考えられた。	通常血小板製剤は未照射で供給されるため、今回の血小板製剤も未照射であると思い込み、製剤ラベルの照射の標記を確認せず、照射担当者に製剤を渡した。照射担当者は製剤の放射線照射前に照射済み製剤でないかを再度確認をする手順であったが、ラベルの確認を怠り照射を実施した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>インシデントの部署全員への周知と確認を行った。</li> <li>作業を徹底し、このような製剤が有効な輸血製剤として機能していたかどうかを、患者症状（出血症状など）の変化や血球数の推移などで主治医に確認し、輸血細胞療法部にフィードバックする。</li> </ul>
20	患者に、輸血を実施しようと思ったが、輸血が冷たいと感じ温めるため湯につけた。他の看護師より指摘され間違いに気付く。（お湯の温度は不明。当該看護師の主観にて温める）。すぐに検査室に連絡し、血液センターへ問い合わせの上、使用可能という判断により主治医と相談の上、実施した。	当該看護師は、F F Pと勘違いしてしまった。新人の知識不足による輸血製剤取り扱いに関する思い込み行動をした。新人の経験不足であった。新人指導における教育体制に不備があった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>輸血製剤の教育を行う。</li> <li>新人指導の教育体制を見直す。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【結果入力 1件】 他類似事例 1件</b>			
21	O型陽性患者の交差適合試験をO型陽性の輸血パックで実施し報告する際、血液型確認試験の結果記入欄を「O型陽性」であるのにも関わらず、「A型陽性」にチェックをし報告した。	以前に何度か輸血をしている患者であったが、「A型陽性」と思い込み、O型陽性の患者をA型陽性で報告した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>検査結果を記入する際は、検査結果と照らし合わせてから記入し報告をする。</li> <li>交差適合試験に関してはダブルチェックを実施していなかった為、ダブルチェックをしてから結果報告するよう改善する。</li> </ul>
<b>【結果判定 1件】 他類似事例 2件</b>			
22	ヘモグロビン低値の患者の血型オーダーが出た。外注の指示であったが、輸血の可能性があるため院内で検査を行った。結果がRh-の結果を得た。再検査は同一人物が行い再度Rh-の結果だった。確認のため、同一検体を外注に提出した。翌日、輸血の指示が出たため、A型Rh-の血液を発注し、血液が届いたときに外注先からA型Rh+の報告が届き、血液センターの人に修正を依頼し、A型Rh+の血液を受け取り、クロスマッチを実施した。血液型の不一致があったので前日の検体のうち一部検査室に残っていた血液で再度Rhの検査を行ったところ、Rh+の結果を得た。患者に異型輸血する事はなかった。	血型検査時は、判定とシステム入力に監視し、複数で確認を行い判定カードも保管していた。Rh-が出たときは再検査方法についての手順がなく、担当者により様々になっていた。今回は、試薬の劣化ではなく、間違っって同じようなボトルの別の試薬を加えた可能性が考えられた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rh+が出た場合は、別の技士が再度検査を行うなど詳細に手順を見直し、誤判定しないようにする。</li> </ul>
<b>【その他 8件】 他類似事例 70件</b>			
23	血液製剤を照射するラベルに照射した日付を記入することになっているが、21日と記入すべきところ22日と記入した。投与日は21日であったため、患者家族がラベルの日付違いに気付いた。	検査技師が、血液製剤出庫時にラベル確認を行うが、照射の有無しか確認せず、照射日付を確認する事を行っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>血液製剤出庫時、照射の有無だけでなく、日付確認を行うこととした。</li> </ul>
24	外来処置室にて外来看護師が濃厚赤血球を輸血する際、本来輸血セットを使用するところ、輸液ポンプ用の点滴セットを血液バッグに接続した。患者に投与する際に間違いに気づき投与には至らなかった。	輸血セットと輸液セットのビニール包装の文字部分の色調が類似していた（あずき色と茶色）。その他の物品は置き場所を定める表示があったが、今回の輸液セットの置き場所を定める表示はなかったため、委託のSPD配送係員が外来処置室の輸血セットの配置場所に輸液セットを置いてしまい看護師が取り間違えた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>保管棚に置き場所を定める表示を行う。</li> <li>輸血セットと輸液セットは別の棚（場所）に保管し、場所を離す。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
25	患者は骨髄移植後であり、RCC投与時はB型を、PC・FFP投与時はAB型の血型となる状態だった。当日RCC輸血のオーダーが入り、輸血部から交付されたRCC確認時に、AB型のものが届いているのを発見した。患者氏名は正しく、医師の輸血オーダーもB型となっていた。	輸血部に連絡して、間違いであったことを伝えられ、B型のRCCを再交付してもらった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>確認を徹底する。</li> </ul>
26	悪性リンパ腫で自家末梢血幹細胞移植を施行した。その後他院で臍帯血移植を2回施行した。今回した血小板輸血が行われた際に、もともとのレシピエントのB型が2回目の移植ドナーのA型に変化していたことに気がつかず、B型の血小板を輸血した。幸い抗活性が低いため、反応は見られなかった。	移植による血液型の変化に対する情報伝達の不徹底であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>移植後患者の輸血に対して情報伝達を徹底する。</li> </ul>
27	「預血していた血液4単位を返却して、新たに4単位オーダーした。採血はいらぬ」と伝達された。その後検査室から電話を受けた同僚から「預血ですが血液ができました」と報告を受けたが、「輸血の準備ができた」と受け取った。その際に復唱はしなかった。主治医からは直接輸血の指示は受けていなかった。輸血は実施するものと認識していたため、自ら輸血検査室にRCCを取りに行き、新人看護師とダブルチェックを行い、患者の元に行った。患者への投与前に患者から輸血が必要なか確認された為、週間予定の輸血欄を確認しに詰所に戻り電子カルテを確認した。「赤血球製剤輸血 預血 4単位」と記載されており、「赤血球」「輸血」「○血」「4単位」の文字が目に入り、慎重に確認しないまま、輸血をいくと判断した（実際には「預血」と記載されていた）。18時すぎに来棟された主治医から指摘され、輸血する必要のない血液を輸血してしまったことが判明した。	直接輸血指示を受けていないまま投与しており、医師の輸血指示（種類・単位数・投与時間など）の確認を怠っていた。口頭での伝達においては、復唱するという原則を怠った。輸血投与に関する一連の流れ、確認事項がマニュアルの内容から逸脱しており、熟知されていなかった。新人看護師をダブルチェックの相手に選んでおり、事故発生リスクに関する意識付けが甘かった。新人看護師の指導を行い、午前中に行う予定であった業務が予定通り進まず気持ちに焦りがあった。準夜勤務者に仕事を残してはいけない、はやく開始せねばならないという同僚（準夜勤務者）への配慮が強く働き、焦りを助長していた。「預血」「輸血」は韻、文字数ともに類似している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の輸血指示確認の具体的な行動について振り返る。</li> <li>輸血マニュアル、介助法などマニュアルに立ち返る。</li> <li>普段から医師指示を復唱すること、状況によっては直接指示を確認し直すことを意識して行動する。</li> <li>患者優先の安全を第一に考えた行動を心がける。</li> <li>「預血」という用語を「保存血」など視覚的、聴覚的にも区別しやすい用語に変更する。</li> <li>患者の状況をアセスメントし、なぜその処置、治療が必要なのかを意識して行動するように心がける。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
28	<p>検査部に輸血依頼伝票が提出されると担当者がパソコン入力し、ID番号で血液型が出るようになっていた。血液センターに血小板製剤の予約をする際、輸血依頼伝票を見ながら血液発注表に記入した。O型(+)と記入するところ間違えてA型(+)と記入しFAXしてしまった。同日、血液を発注する患者が3名いた。FAXする際に、患者の氏名は、個人情報保護の観点から、イニシャルで記入している。血小板の輸血当日、血液センターから納入され受領欄にサインをしてからパソコン入力した情報と確認する際、血液型を間違えて発注したことに気付いた。血液センターに事情を説明し発注した。</p>	<p>発注伝票が手書きであった。患者氏名は、イニシャルで記入されていた。一連の業務は、一人で行われていた。同時に発注する患者が3名いた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血液センターへFAXを送るときに、輸血依頼伝票、輸血発注伝票、パソコンから出力した血液型を記入した用紙をそろえておき、発注内容をダブルチェックで確認する。</li> <li>・発注伝票を血液型確認の画面から直接プリントアウトできるようにする。(手書きを廃止する。)</li> <li>・患者氏名はイニシャルではなく、フルネームで記入する。</li> </ul>
29	<p>不規則抗体陽性(抗E抗体)患者の手術中、血液予約のオーダーがあった。血液請求伝票を持って依頼にいったが、不規則抗体陽性の場合の別の伝票が必要と言われた。伝票について、各部署へ問い合わせ、伝票(抗原陰性血液供給依頼書)を取り寄せるのに時間を要した。その過程で、薬局より抗e抗体についての問い合わせがあり、検査室に確認するなど混乱した。看護師に知らされていないシステムであり、看護師が仲介せず、検査室と薬局との連携のみで対応される仕組みの方が、混乱を防げると考えられた。</p>	<p>不規則抗体陽性患者に輸血をする場合の血液請求依頼「抗原陰性血液供給依頼書」について、看護師にはシステムがおりていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師が介入することで、輸血の準備のプロセスで混乱と時間の無駄が生じている。</li> <li>・看護師の介入は最小限とし、検査室と薬局との連携によるスムーズな血液請求できるシステム作りが必要と考える。</li> <li>・輸血マニュアル変更する。</li> </ul>
30	<p>○/7に「当日MAP2単位」施行した。翌日の手術前にもMAP2単位施行し手術室にも2単位持参する指示が出ていたが、口頭で指示を聞いたため、「翌日2単位施行し手術室にも2単位持参する」と認識してしまっただ。カルテにも指示の記載があったが、患者を搬送中に指示に気づき、その道中に「MAPは明日施行する」と思い込んだ。カルテはそのまま外来に回り、時間外に返ってきた。準夜勤者が○/7のMAPが施行できていないことに気付いた。</p>	<p>思い込みがあった。口頭で指示を受ける際のルール違反があった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口頭指示受けメモの活用と手順の遵守する。</li> <li>・口頭指示は専用紙に記入し医師と復唱確認を行って指示受けサインをする。</li> <li>・医師は速やかに診療録に指示を記入し、記入確認がなされてから専用紙を破棄する。</li> </ul>

## 【5】手術における異物残存

手術における異物残存については、第1回報告書から第4回報告書（注）（報告期間：平成16年10月から平成17年12月31日まで）において個別テーマとして取り上げた。今回、平成18年1月1日から平成20年9月30日までに報告された医療事故のうち、手術における異物残存92件について分析を行った。対象期間に報告された手術における異物残存の医療事故概要を図表Ⅲ-2-16に示す。

### （1）手術における異物残存に関連した医療事故の現状

手術は大きく i 身体に切開を加える開胸、開腹、開頭等手術（胸腔鏡、腹腔鏡などの鏡視下手術を含む）、ii カテーテル手術や内視鏡手術等に分けることができる。本報告書では、i の手術の際、手術野において手術操作を加える際に用いられる衛生材料・医療機器等（以下医療機器等とする）の残存について取り上げた。

前回個別テーマで取り上げた期間の件数を並列し図表を作成した。

#### ① 報告件数の概要

##### i 異物残存が発生した手術の種類

異物残存が発生した手術の報告事例を図表Ⅲ-2-17に示す。平成17年は特に多いものはないが、平成18年、平成19年、平成20年は開腹手術がそれぞれ15件、9件、12件と多かった。また、開胸手術および開心手術の異物残存は平成17年は8件、平成18年は10件報告されているが平成19年は2件、平成20年は1件であった。一方、鏡視下手術は、平成17年、平成18年は1件、平成19年は0件、平成20年は4件であった。その他として分類されたものの内訳は、眼科や歯科等の手術であった。報告事例では数十年前の異物残存の発見も含まれており、過去4年間を比較して大きな変動は見られなかった。

##### ii 異物残存の内容

残存した異物の内容を図表Ⅲ-2-18に示す。異物の内容は、ガーゼが平成17年は9件、平成18年は26件、平成19年は15件、平成20年は15件であった。過去4年間を比較して大きな変動は見られなかった。

##### iii 異物残存の発見場面

異物残存が発見された場面を、「手術中」、「手術室退室まで（リカバリールームを含む）」、「退院まで」、「退院後」と分類し図表Ⅲ-2-19に示す。「手術中」、「手術室退室まで」をあわせて平成17年は3件、平成18年は11件、平成19年は5件、平成20年は6件となっていた。少しずつではあるが、早期に異物を発見する取り組みを医療機関は行っているといえる。また、退院後に異物が発見されたのは平成17年は4件、平成18年は9件、平成19年は11件、平成20年は7件であった。退院後に異物が発見された事例には、防止の取り組みが積極的に行われていなかった数十年前の残存物の発見も含まれていた。

## ② 手術において残存した異物

手術における異物残存を次の2つに分類した。

- i 残留：手術に使用した医療機器等を、手術終了時あるいはそれ以前に手術野から取り除くべきであったが取り除かなかったもの（ガーゼ、縫合針、鉗子など）
- ii 破損・分解：手術に使用中の医療機器等の破損・分解により、部品あるいは部品の一部が手術野に残存したもの（メスの先端、金属リングの一部など）

異物残存の類型を縦軸に、残存したものの種類を横軸とし、図表Ⅲ-2-20に示す。

医療機器等の残留はガーゼが56件と圧倒的に多かった。破損・分解は10件であり、メスの先端や縫合針など細かな医療機器が報告された。また、その他として切断したワイヤーの破片などが報告された。

次に、異物残存に気付いた（あるいは疑った）時点を、「手術中」、「手術室退室まで（リカバリールームを含む）」、「退院まで」、「退院後」とし縦軸にとり、手術において残存したものの種類を横軸とし、図表Ⅲ-2-21に示す。

手術において残存したものは、手術の際、血液や浸出液、洗浄液などを除去するためなどに用いられるガーゼ等が56件、綿球等が10件であった。また縫合針5件、鉗子類5件が報告された。

さらに、異物残存がおきた手術の種類を「開頭手術」、「開胸手術」、「開心手術」、「開腹手術」、「四肢手術」、「鏡視下手術」、「その他」とし縦軸にとり、手術において残存したものの種類を横軸とし、図表Ⅲ-2-22に示す。

ガーゼの残存は開腹手術が30件と多く、また綿球等の残存は開頭手術が9件と多かった。

## ③ 手術における異物残存の発見の契機

異物残存の発見の契機を「異物残存に気付いた（あるいは疑った）時」とし、「手術中」、「手術室退室まで（リカバリールームを含む）」、「退院まで」、「退院後」を縦軸にとり、発見するきっかけである「医療機器等のカウントの結果」、「X線撮影・CT検査等」、「異物によると思われる症状の出現」、「その他」を横軸とし、図表Ⅲ-2-23に示す。

### i 医療機器等のカウント<sup>(注)</sup>の結果

医療機器等のカウントの結果が発見の契機となった事例は9件であり、うち6件が手術中であった。主な内容は次のものがあげられた。

- ・カウントが合わないため、X線撮影をし、残存物を発見した。
- ・X線撮影で異物の所見は見られなかったが、カウントが合わないため再度X線撮影をし、残存物を発見した。

(注) 本報告書において「カウント」とは、手術前後の医療機器等の数を管理するため、

①手術開始前などに手術に使用する医療機器等の数を記録する

②手術中または手術終了前に、使用中、使用済み及び未使用の医療機器等の数を記録する

ことを意味し、①と②の数が合うことを「カウントが合う」、①と②の数が合わないことを「カウントが合わない」と表現する。(第2回報告書27頁参照)

## ii X線撮影・CT検査等

X線撮影・CT検査等が発見の契機となった事例は56件であり、うち36件が手術室退出から退院までであった。また、9件は退院後であった。主な内容は次のものがあげられた。

- ・カウントが合っていたため閉創したが、術後のX線撮影で残存物を発見した。
- ・術野で医療機器等を見失った。目視で見つからず、X線撮影で残存物を発見した。
- ・開頭手術後の経過を見るためのCTで異物を発見した。
- ・他の疾患で受けた検査（CTなど）で偶然見つかった。

また、X線写真には異物が写っていても、「異物がある」という視点で見なかったために見落としとしてしまい、後日気付いた事例もある。

## iii 異物が原因と思われる症状の出現

異物が原因と思われる症状の出現が発見の契機となった事例は17件であり、そのうち16件が退院後であった。17件の報告では、腫脹や腫瘍、疼痛や発熱、循環障害などの症状の出現が異物の発見の契機となっていた。

## iv その他

その他の5件の主な内容として次のものがあげられた。

- ・手術中、医療機器が破損したことに気付いたが、体内に迷入した。
- ・医療機器を使用後、直接介助看護師に返却した際に、使用前の機器と形状が違っていたことから、破損に気付いた。

## ④ 手術における異物残存が発生する要因・背景

手術における異物残存が発生した主な要因・背景を推測・分析し次のように整理した。

## i ルールの不備

次の2つの条件下でのカウントのルールがなかった。

- ・手術室ではない場所（カテーテル室等）での手術。
- ・創が浅い、創が小さい、など開創の状況。

## ii ルール違反

- ・X線不透過鋼線入りガーゼを使用するルールを守らなかった。
- ・ガーゼをカウントするルールを守らなかった。
- ・閉創前にX線撮影をするルールを守らなかった。

## iii 判別しにくい医療機器等や術野

- ・通常は使用しないガーゼや医療機器等が混入していた。
- ・X線不透過鋼線入りガーゼ、X線不透過鋼線の入っていないガーゼなど複数の種類のガーゼを使用していた。
- ・ガーゼや医療機器等を目視で確認せず、「あるもの」という前提で頭の中で数えた。

## iv 複雑な状況

- ・ガーゼの取り扱いを、使用前、使用中、使用済みなどで区別しなければならない状況であった。
- ・ガーゼや医療機器等の置かれている場所が、術野、器械台、清潔野外と複数であった。
- ・大量出血で術野の視野が悪くなった。

- ・出血など緊迫した状況で、迅速な処置を優先とした為、使用した医療機器等の確認が十分でなかった。
- ・術中に異物残存に気づき、搜索したが発見できず、患者の全身状態を考え、やむなく閉創を判断した。
- ・器械出しをしながらカウントをするなど、カウントに集中できる環境でなかった。
- ・特別な体位や医療機器等の使用により、X線撮影をすることが困難であった。
- ・手術時間が延長し、閉創とカウントを同時に進行した。

v X線撮影における限界

- ・撮影体位や角度により陰影が不明瞭となり、判別しにくかった。

vi 伝達や記録の誤り

- ・手術途中で医師、看護師などスタッフの交代があり伝達が不十分であった。
- ・医師と看護師の認識していた数が異なっていた。
- ・複数の医師、看護師が関与し、記録するスタッフの責任が明確でなかった。

vii 教育の不徹底

- ・毎年入れ替わる医師の異物残存防止に関する教育が徹底されてなかった。

viii 人的状況

- ・カウントのために、予定より多い人員が必要な状況であったが、緊急手術などで依頼できるスタッフがいなかった。

⑤ 手術における異物残存を防ぐ取り組みの現況

多くの医療機関では、手術において異物を残存させないために、ガーゼや医療機器等をカウントする、術後X線撮影をするなどの取り組みがなされている。本報告書では、i 術後（あるいは術中）X線撮影をする取り組み、ii ガーゼカウントを行う取り組みについて分析した。

i 術後（あるいは術中）X線撮影をする取り組みの現況

報告された医療事故事例のうち、術後の経過観察や異物残存の確認のために、X線撮影を行った事例は54件であった（過去の手術で詳細がわからないものは除く）。そのうち、1回目のX線撮影で異物残存を発見できた事例は31件であった。発見できなかった理由としては、次のことがあげられる。

- ・「X線写真上、異常陰影には気付いたが石灰化と思った」等、陰影に気付いていても、他の原因による症状と判断した。
- ・カウントの合致により、「異物はない」という視点でX線写真を判読した。
- ・X線撮影条件が適切でなかったことなどにより、異常陰影を発見できなかった。

X線撮影をする取り組みには、患者の手術体位が固定されている等の状況により、必ずしも異物が発見できる条件で撮影できるわけではないといった問題がある。医療機関の中には、「放射線技師の協力を得て、ガーゼの鋼線を発見しやすい設定条件で写真を現像する」という取り組みをしているところもある。

また、X線撮影で発見できなかった事例のうち8件は、その後実施したCTやMRI撮影により発見されており、医療機関の中には早期発見のために、「カウントが合わないなど異物残存が疑わしい時は、術後CTを撮影する」という取り組みをしているところもある。

## ii ガーゼカウントを行う取り組みの現況

報告された医療事故事例で、残存物がガーゼであった事例56件のうち、ガーゼカウントのルールがあったのは34件であった。そのうち、ルールを遵守したのは29件であった。

カウントでは「ガーゼの残存はない」と判断したが、結果としてガーゼが残存していた事例は20件であった。カウントが合わないことで、残存の可能性に気づき探したが、見つからなかった事例は10件であった。ガーゼカウントが結果的に間違っていた主な背景として次のことがあげられた。

- ・カウントしたガーゼの中に、普通はカウントしない硬膜外麻酔時に使用したガーゼが混入していた。
- ・カウントの際に術野の目視ができないガーゼの数について直接介助看護師と間接介助看護師の認識に、くい違いがあった。
- ・記録をするというルールがあったが、その方法が決まっておらず看護師によって様々だった。

ガーゼカウントを行っている医療機関は多いが、にも関わらず異物残存が起きている現況である。ルールの不備はないか、また様々な手術の状況に対応できるかといったことや、具体的なカウントの方法、医療従事者の業務分担について、検討の余地があるといえる。

また、ガーゼカウントのルールを遵守できなかった事例5件の主な内容は次の通りであった。

- ・最終のガーゼカウントが実施できなかった。
- ・ガーゼを術野に出した時は、カウント票に枚数を記録をする予定であったが、できなかった。

ルールを遵守できなかった背景として、他の処置との同時進行や、大量の出血への対応など、他に優先すべきことがあったことや慌ただしい状況であったことがあげられた。

使用済みのガーゼカウントの具体的な方法として、ガーゼカウントのためのホルダーやトレイなどの道具を使用した取り組みをしている医療機関や、「使用済みのガーゼはすべてキックバケツに落とし、ガーゼを1枚ずつさばいて数える」といった取り組みをしている医療機関もあった。

## (2) 手術における異物残存に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第27回および第28回ヒヤリ・ハット収集事業において、記述情報のテーマにあげられた手術の際の異物残存について分析を行った。手術の際の異物残存に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況について、手術の種類「開頭手術」、「開胸手術」、「開心手術」、「開腹手術」、「四肢手術」、「鏡視下手術」、「その他」を縦軸にとり、残存したものの種類「ガーゼ」、「綿球・タオル等」、「縫合針」、「鉗子類」、「メス」、「チューブ類」、「その他」を横軸とし図表Ⅲ-2-24に示す。第2回報告書(32頁表3)のヒヤリ・ハット事例では、手術において一時的に行方が不明になった医療機器等が発見された場所を紹介している。本報告書でも、手術において一時的に行方が不明になった医療機器等が発見された場所について、図表Ⅲ-2-25に示す。また、報告された事例の中から23件の事例概要を図表Ⅲ-2-26に示す。

図表Ⅲ - 2 - 16 手術における異物残存に関連した医療事事故例の概要

番号	事故の程度	事例概要
【手術中】 13件		
ガーゼ等		
1	障害なし	胸椎後方除圧固定術を施行し、閉創時ガーゼカウントを実施したところ清潔野と不潔野の枚数が1枚足らなかった。そのため胸椎部のX線撮影を施行したがガーゼの確認はできなかった。術野からの出血が多量であった為、1度閉創し、再度X線撮影を広範囲で行ったところ、下位頸椎部にガーゼを認めた。直ちに再開創しガーゼを摘出した。
2	不明	胸部大動脈人工血管置換術を施行し、閉胸前のガーゼカウントにおいて1枚足りないとの報告を手術室看護師から受けた。十分に術野を検索したがガーゼは見あたらなかった。また手術室も検索し、X線撮影を行ったが、ガーゼは認めなかったため、閉胸をした。術後の冠動脈造影の際、ガーゼが撮影されているのを発見した。手術室にて再開胸し遺残ガーゼを摘出した。
3	障害の可能性 (低い)	産婦人科腔式術で腹膜縫合前にガーゼカウントを施行した。閉創時、四つ折りガーゼが1枚不足していたため、看護師がガーゼを確認するよう依頼したが、術者は止血操作のため確認できなかった。閉創後もガーゼが見つからなかったが、麻酔の状況で手術を終了することを判断した。その後、X線撮影により腹腔内にガーゼ遺残が確認され、腔式術によりガーゼを摘出した。
4	不明	閉腹時にガーゼカウント(2回目)が合わなかったため、複数の目でゴミ箱、部屋の隅々までさがしたが見つからなかった。術者も腹腔内を探したが見つからなかった。開腹した状態でベッドの下にフィルムを入れて胸部・腹部X線撮影を行ったが、ガーゼの陰影は認めなかった。閉創後、2回目のX線撮影を身体の下に直接フィルムを入れて行ったが、ガーゼの陰影は認めず手術室退室した。手術翌日のX線撮影でガーゼらしい異物を認め、CT撮影でガーゼの遺残を認めた。ガーゼが椎体に重なっていたためX線撮影に映りにくかった。
5	障害の可能性 (低い)	胃癌の手術開始前、ガーゼは医師、看護師とも60枚であることを確認した。閉腹前にガーゼカウントが一致しなかったため、腹腔内の検索と腹部単純X線撮影をしたが、画像上明らかなガーゼはなかったため閉腹した。その後、再度、腹部単純X線撮影をしたがガーゼはみあたらなかった。術後、2回の腹部単純撮影をしたがガーゼはみあたらなかった。術後1年の定期診察のため当院を受診した。その時に、腹部CTで残胃後方にのう胞性腫瘍を認め、腫瘍内部にガーゼのワイヤーを疑う線状の高濃度の構造を認めた。放射線科読影結果と腹部単純X線撮影の結果から手術に伴うガーゼ遺残と判断した。
6	障害の可能性 (低い)	骨盤骨折、大腿骨骨折で整復後固定術の際、骨盤動脈付近より出血量が5000mL程度あった。出血点が不明であったためタオル3枚にてパッキングし圧迫止血を図った。この時点でガーゼカウントが1枚合わず、執刀医へ報告した。透視装置で骨盤内を確認したがX線不透過の鋼線入りの止血タオル3枚が入っており、X線不透過の鋼線入りガーゼ1枚が不明であった。しかし、出血部位を特定しなければならず、急いでアンギオ室へ搬送するため、ガーゼ1枚不一致のまま閉創とした。術後、止血タオル除去の時点で、ガーゼ1枚も含めて摘出した。

番号	事故の程度	事例概要
綿片等		
7	不明	肺切除術を施行した。閉胸前、ツッペル（直径 10mm 大の球形の綿状の医療用具で、鉗子の先にはさんで血管などを押さえるのに用いる）のカウンタが一つ足りないことが判明した。胸腔内を検索したが、見つけ出すことができずに閉胸した。術直後の X 線写真でも、右肺野を入念に確認したが遺残はないと判断した。しかし、術後 1 年での定期検査で、CT 検査を施行し、右胸腔内、前縦隔、胸骨裏面に内部に線状の高吸収物質を含む球形の構造物がみられた。過去の X 線写真を詳細に見直したところ、線状の高吸収物質が確認され、ツッペル遺残と断定した。X 線写真では、胸骨、椎体と重なる位置に遺残があり確認できずに経過していた。
8	不明	脳腫瘍の手術（顕微鏡下手術）でガーゼの代わりに使用するデリコット（10mm × 13mm20cm の紐付き）を 130 枚使用したところで医師、看護師でカウントした。2 枚不足したため探し、1 枚はドレープの脇から発見されたが 1 枚は不明のままであった。術中に X 線撮影で確認したが脳内残留所見を認めず閉頭した。その後、帰室前の頭部 CT 撮影にて脳内にデリコットの残留を認めた。家族に遺残に至った経緯と有害の可能性は低い事を説明し、緊急で再開頭はせず経過を見ることとした。X 線撮影で確認できる材料であったが、サイズが小さい為、判読出来なかった。デリコットは紐付きであったが紐を短く切って使用していた。
医療機器（残留）		
9	障害の可能性（低い）	硝子体手術の際、強膜プラグ（硝子体手術用鑷子）を使用した。手術終了前の器械の個数点検の際、強膜プラグが 1 個不足していることが看護師より報告され、術野を探し遺残がないことを術者が確認した。手術時間が 2 時間を越えており、患者の痛みに対する訴えも強く術野の確保が十分ではなかった。手術が終了し、室内の清掃時にもプラグが発見できなかった。翌日に X 線撮影を施行した結果、眼窩内にプラグの遺残を認めたため、患者に説明し、摘出術を施行した。強膜プラグは時に床に落ちて手術終了後に発見されたこともあり、今回も床に落ちているのであろうという考えがあった。
医療機器（破損・分解）		
10	障害の可能性（低い）	後頭下減圧術中に最も細いマイクロリウエル鉗子を用いて深部の骨削除施行中に先端が折れた。術野からマイクロリウエルが戻って来た際に、先端が欠損しているのを看護師が発見し、直ちに術者に報告した。医師がエコー及びマイクロスコープを用いて手術部位を探索するとともに、看護師がガーゼの間や床等を探索したが発見できなかった。硬膜縫合の前にも器械台、術野、床、機器の周辺等を探したが発見できず、遺残の確認が出来ないまま閉頭した。後日 MRI 施行の際に金属アーチファクトにより遺残が明らかとなった。腹臥位で、マイクロスコープが設置されており、ポータブル X 線装置や C アーム X 線装置を使用することが困難であった。

番号	事故の程度	事例概要
11	障害の可能性 (低い)	人工股関節全置換術の手術中に、関節の開創のために使用するピンレトラクターを繋いでいるチェーンの金属リングの部分が破損し、外れている状態で手術台に戻っている事に看護師が気づき術者に伝えた。術者は術野の確認を行なったが、脱落物は確認が出来なかった。破損部のチェーンの形状から溶接部分が広がり、チェーンが外れたものと判断した。術野は大量の生食水にて洗浄を繰り返し行なった。創部を閉鎖し確認のX線を撮影で、人工股関節頸部外側に2、3mm大の金属片を認めた。手術器具、器材は滅菌する前と手術当日テーブルに並べる時点で、点検が行なわれており、不具合は認めていなかった。手術終了前に異物の残存が判明したので、取り出す事は可能であったが、患者の状態から感染のリスクが高い事、残存物による影響は少ないことなど勘案し取り出さなかった。
12	障害の可能性 (低い)	人工関節置換術において、移植骨を固定する際、ドリルによりスクリュー穴を開けている時に、ドリル先端約1.5cmが骨盤内と思われる部位で折損した。手術部位からの摘出は非常に困難なため、残存とした。ドリルに疲労があった可能性を考慮したが、破損物の調査では認められなかった。使用操作は適切に行っているが、使用中に機器に強い力がかかった可能性があった。
13	障害の可能性 (なし)	経膈式子宮鏡下子宮筋腫核出術中、電気メスのループ型電極の先端部分(約7mm)が破損した。子宮内搔把、膈内洗浄及び吸引等を行い排出を試みたが取れなかった。手術途中、家族へ経過を説明した。X線撮影にて筋腫の奥のほうに引っかかっており、経膈的操作でこれ以上の対応は困難と判断した。手術終了時再度X線撮影にてループ型電極の残存を確認したが、腹腔内に入ることはないかと判断し、経過観察することとし、本人、家族へ説明し了解を得た。出血167g使用されたループ型電極は先端が細く比較的破損しやすい器具であり、今回はその劣化による破損が遺残の原因と考えられた。ループ型電極は、リユース可能な製品として販売されており、破損が確認された場合は、新製品と交換していたが、肉眼的な破損が無い限り再滅菌を行い使用していた。また、業者からは使用する症例により耐久性に影響を受けるため、耐用期間の設定をせず使用法は病院に一任されていた。その後、開腹子宮筋腫核出術・金属片摘出術を施行した。
<b>【手術室退室まで】 9件</b>		
<b>ガーゼ</b>		
14	障害の可能性 (低い)	術中に行った2回のガーゼカウントで枚数が合っていたため、閉腹となったが、術後回復室でX線撮影により、右腹腔内に異物が発見された。術中使用したX線不透過繊維入りガーゼが残存していることが判明したため、再開腹によりガーゼ1枚を腹腔内より摘出した。 術中のガーゼカウント時にX線不透過繊維入りガーゼに硬膜外麻酔で使用した普通のガーゼ1枚が混入した可能性があった。また、外回り看護師がそれに気付かずカウントし、最終のカウントでも腹腔内に1枚残存していることに気付かなかった。

番号	事故の程度	事例概要
15	障害の可能性 (低い)	子宮全摘術施行し、ガーゼと器械のカウントが合致したため、閉腹した。その後腹部X線撮影で異物の有無を確認した。麻酔覚醒後、帰棟準備中に、直接介助看護師から柄付きガーゼの不足を指摘された。手術室内を捜したが見つからず、腹腔内異物残存が疑われた。患者は麻酔から覚醒していたため、ガーゼ残存の可能性を説明し同意を得た後、再開腹し、腔内に柄付きガーゼを認め除去した。直接介助看護師は余裕が無くリストに沿った器械カウントができず、そのことを執刀医や間接介助看護師に伝えていなかった。また、医師と看護師間で術野で使用した柄付きガーゼの返却方法が決まっていなかった。
16	不明	肺切除術終了後、胸腔内の観察とガーゼカウントを行い、異物なしと判断し閉胸した。体位を仰臥位とし、気管チューブ抜管前の胸部写真を撮影した。このX線で異常陰影を認め、ガーゼ遺残を確認したため、体位を仰臥位から側臥位に戻し、再開胸を施行し、横隔膜上にガーゼを認め、除去した。1回目の閉創前にエアリークがあったため、縫合及びタココンブ（シート状生物学的組織接着・閉鎖剤）貼布をした際、使用したガーゼが確認できなくなったのではないかと考えられた。ガーゼカウントする際、通常ガーゼが1枚混入しており、多重の因子でガーゼ遺残が生じた。
17	障害の可能性 (低い)	膝関節内の腫瘍切除術の際、後方と前方よりアプローチする為、腹臥位で後方から、仰臥位で前方から腫瘍を切除した。手術には駆血帯を用いたが、長時間になる為、途中で開放した。その際、圧迫止血の為にガーゼを詰めて止血を行った。後方、前方共に終了した後、術後確認のX線をとったところ、ガーゼのラインを認めた。患者は麻酔から覚醒しており、その場で患者に説明し、創の一部を再度開けてガーゼを摘出した。腫瘍は大きく、関節周囲に巨大な腔が存在したため、ガーゼは内部に残り得たが、ガーゼカウントは行われていなかった。
18	障害の可能性 (低い)	胸部X線撮影にて胸腔内に大ガーゼらしい陰影を発見した。再度ガーゼカウントを行なったところ、大ガーゼが1枚不足していたことが判明した。再開胸し、大ガーゼを1枚を摘出した。 事故の背景として、①体内に留置されているガーゼや術野で使用しているため回収不可能であるガーゼについて直接介助看護師と間接介助看護師が共有していなかったため、ホワイトボードに明記するというルールが徹底できていなかった、②1回目のガーゼカウントの時、3枚足りなかったが、術野で2枚使用していることが判明した時点でカウントが合ったと誤認し、再度カウントを行なわなかった、③2回目のガーゼカウントの時、術野とのガーゼの行き来がなかったため、声を出して枚数を確認しないまま、ガーゼカウントは大丈夫であると判断し、術者に伝えた、④3回目はガーゼカウントをしなかった、ということがあげられた。
<b>医療機器（残留）</b>		
19	障害の可能性 (低い)	冠動脈大動脈吻合術で、冠動脈を吻合中に冠動脈末梢に血流を確保するためのシャントチューブを術中心嚢内に落下させた。医師は吻合後除去するつもりであったが、除去し忘れ、シャントチューブを心嚢内に残したまま閉胸してしまった。手術終了後のポータブル撮影で体内に異物を認め、再開胸しシャントチューブを回収した。通常、術中体内に意図的にガーゼ等の異物を残す場合、器械出し看護師にその旨が伝えられるが、医師はシャントチューブを心嚢内に落下させたことを看護師に告げていなかった。また、吻合中に看護師の交替があり、追加で出した器械や材料をメモに書き出し、看護師間の申し送りを確実にするが、術後のカウントをメモに記載し忘れた。

番号	事故の程度	事例概要
20	障害の可能性 (なし)	手術中に、釣り針を頸部皮下に置き忘れていたことに気付かず閉創した。看護師から釣り針がないことを指摘されたため、一部創を開いて観察したが発見できなかったため、置き忘れなしと判断した。手術後のX線で釣り針を発見し、患者家族に説明し、再度開創、釣り針を取り出した。
医療機器 (破損・分解)		
21	不明	人工膝関節置換術を終了し、術後確認X線撮影施行した際に、術野に小さな陰影を発見した。手術に使用したソーブレードを確認すると刃が欠けているのに気付いた。透視下で確認したが特定できなかったため、創を開き直視下でソーブレードの破片を捜したが見あらず、骨内に入り込んだと考えられた。生体に影響を与える事は無いと判断し手術を終了した。
22	障害の可能性 (なし)	人工股関節置換術を終了し、直後の股関節X線写真で、股関節付近に約2×6mm大の金属片が確認された。手術部位を再開創、金属片を摘出した。のちに股関節カップ打ち込み器の金属疲労による破片であることが判明した。毎回業者により、目視点検は行っていた。
【退院まで】 41件		
ガーゼ等		
23	未選択	手術から2日後に撮影したX線写真で、左胸腔内に異物の陰影に気付き、ガーゼ遺残と判断した。このため家族に説明し同意を得た後、手術を実施してガーゼを1枚摘出した。使用前のガーゼ枚数と使用後のガーゼ枚数が一致したことにより、手術直後のX線写真によるX線不透過ガーゼを確認する場面でも、胸水による影響と心臓の影と重なる等でX線不透過ガーゼを確認しにくいという認識が不足していた。
24	障害の可能性 (低い)	結腸切除術を施行した。閉腹時には腹腔内の可視範囲にはガーゼの遺残はなく、ガーゼ枚数や手術器具の数に間違いのないことを看護師に確認して閉腹した。術翌日の胸腹部X線写真で腹腔内に異物が確認し、CTによりガーゼの遺残と判断した。全身麻酔下で開腹術を施行し、ダグラス窩付近のガーゼ(ひも付きガーゼ)を摘出した。
25	障害の可能性 (低い)	子宮全摘除術の閉創後に、最終のガーゼカウントの確認を行わなかった。手術が長時間におよび閉創前にX線撮影を行う手順になっていたが、実施されなかった。手術終了時腹膜閉鎖後にガーゼカウントが合っていることを確認して筋膜、皮膚を閉創したが、翌日、腹部CT写真で皮下にガーゼが残っていることを確認した。再開腹手術を行いガーゼを摘出した。
26	不明	腹膜炎疑いの診断で緊急手術をした。患者は皮下脂肪が多く腹壁が非常に厚いため、開創器や器具を用いても視野の展開は不良であった。ガーゼカウント合致を確認後、閉腹した。2日後、腹部X線撮影を行い腸管ガスの移動を担当医が確認し食事を開始した。全身状態は順調に経過したが微熱が遷延したため、4日後に画像所見と血液検査所見を担当医と指導医が見直したところ術後2日に撮影した腹部X線撮影で腰椎前面に異物を疑う所見に気付いた。緊急に腹部X線撮影と腹部CT検査施行し、腹腔内ガーゼ遺残と診断した。翌日、異物摘出術を施行した。

番号	事故の程度	事例概要
27	不明	人工肛門造設が終了し閉腹することとなった時点で清潔領域に出したミクリツツガーゼ大6枚、小4枚のカウントを行った。直接介助看護師は、清潔領域に大1枚、小3枚があると間接介助看護師に報告し、間接介助看護師は不潔領域に大5枚、小1枚があることを確認し、合計が合致していることを確認した。筋層縫合の時点で再度ガーゼをカウントし、合計枚数が合致したため閉腹して手術終了となった。翌日、術後の経過を観察するため腹部単純X線撮影を行ったところ体内にガーゼ遺残像が確認された。直ちに患者に説明のうえミクリツツガーゼ大1枚を摘出術を施行した。手術時、直接介助看護師は、カウントは針糸を渡しながらいっていたため、目視でガーゼの確認ができず患者の胸の上にガーゼ大1枚があると思った。
28	障害の可能性 (低い)	腫瘍摘出後、器械・針・ガーゼカウント、医師の腹腔内確認はOKであった。病棟に帰室し、術後ポータブルX線撮影で腹腔内にガーゼを確認した。同日、再開腹しガーゼ1枚を摘出した。 事故の背景として、①腹腔内に止血のために挿入した1枚のガーゼが体外に出たことを目で確認せず、挿入したままであるとしてガーゼカウントを行い、次々と4名の看護師が器械出しの担当を交替していた、②常に忙しく休憩を取るために交替のタイミングを待っていない傾向が全体的にあった、③医療チーム間でのタイムアウトを宣言してガーゼカウントが行われていなかった、ということがあげられた。
29	障害の可能性 (低い)	ガーゼカウントがあっていたため、ガーゼ遺残に気が付かなかった。
30	障害の可能性 (低い)	肝癌に対する凝固療法実施6日後、CT読影時腹腔内にX線不透過物質を認め、手術中に使用したガーゼ残存の可能性が考えられ緊急手術となった。
31	障害の可能性 (低い)	人工肛門造設術後、医師は看護師から手術終了時のガーゼ枚数のカウントに問題はないと報告を受け、手術を終了した。しかし、術後第1日目の腹部X線撮影にてガーゼの残存を認め、緊急手術を行い遺残ガーゼを摘出した。
32	障害の可能性 (低い)	肝臓の手術を行ったが、癒着が高度で門脈血栓のため大量出血をきたし、長時間手術となった。手術終了後のガーゼカウントでガーゼの紛失はみられず閉腹した。また、閉腹時の腹部単純X線撮影写真では明らかなガーゼ遺残なしと判断し、手術を終了した。術後2日目のCTにて門脈グラフトを採取した右外腸骨静脈領域にガーゼの遺残が確認された。翌日、開腹術を行いガーゼを除去した。 事故の背景として、①ガーゼは腹部単純写真で辛うじて映っているものの非常に不鮮明なものであった、②長時間に及ぶ手術のため術者の注意力が十分ではなかった、③ガーゼのバリウム線が鮮明ではなかった、ということがあげられた。
33	不明	小腸部分切除後、術野確保のためタオルを挿入し、腹膜外経路でストーマを造設した。閉腹用器械を出し布をかけ直した時点でカウントがなされたが、タオルについては閉腹用器械のタオルと混乱した可能性があった。閉腹後のX線ではタオルが写っていたが、担当医は見逃していた。研修医は異物に気付いたが、上級医に声をかけることはなかった。バイタルサインが安定せず外回りの看護師も手術室を出たり入ったりせざるを得なかった。

番号	事故の程度	事例概要
34	不明	<p>手術開始頃に執刀医が柄付ガーゼを肝臓右側背面部に3枚置き、胆嚢周囲を剥離しやすいようにしていた。胃全摘術と直腸低位前方切開術を行い、閉腹の際、肝臓右側背面部の2枚の柄付ガーゼは除去したが、1枚は残存していた。柄付きガーゼは、他の組織の止血にも使用したため、この術中に合計9枚使用したと思われるが、手術室間接介助担当看護師が、術野に出した柄付きガーゼの枚数を確実に把握していなかったため、最終カウントに誤りがあったと思われる。後日、腹部CT撮影の際、肝臓下面に残存していたガーゼを発見し、緊急手術を行った。</p> <p>事故の背景として、①柄付きガーゼを術野に出した時は、出血カウント表に枚数を記載する手順となっていたが出来ていなかった、②術中、出血多量で多忙な状態となった、③緊急手術も入り応援が依頼できず、間接介助看護師は1人で対応していた、ということがあげられた。</p>
35	障害の可能性 (なし)	<p>乳房部分切除後、組織が摘出されすぐに洗浄過程に入った。洗浄前に直接介助看護師Aはガーゼカウントを行ったが、記録用紙に結果を記入しなかった。その後創部にドレーンを挿入した。看護師Aはドレーンの種類を確認することに注意がいき、医師の手元を見ておらず、その後ドレーン挿入、閉創と続いたため、閉創前のガーゼカウントを行わなかった。また、遺残確認のX線撮影をしなかった。翌日、術後の胸部X線撮影にガーゼが写った。ガーゼ遺残場所は皮下であった。</p> <p>事故の背景として、①閉創前に一旦手を止めずに閉創処置が続いた、②医師の作業過程の中で、間接介助看護師も他に気を取られ、最終的なガーゼカウントを忘れた、③開腹、開胸、開頭ではなかったため、手術時の遺残確認のX線撮影を必ずするというルールではなかった、ということがあげられた。</p>
36	障害の可能性 (なし)	<p>帝王切開術の際、1回目のガーゼカウントを実施し子宮を閉創した。本来ならばこの後でミクリッツガーゼ2枚を取り出す手順であったが、不妊手術を行うため両卵管を引き出した。その際ミクリッツガーゼが子宮の裏側に入った。腹膜を閉鎖する前に2回目のガーゼカウントを実施し、カウントOKとした。医師は閉創前のガーゼカウントOKの報告を聞き、実際に確認を行わなかった。その後直接介助看護師と間接介助看護師が3回目(最終)カウントを実施した。ガーゼは50枚/50枚、ミクリッツガーゼ2枚/2枚と記載されカウントOKとなっていた。ガーゼは実際に目視しカウントしたが、ミクリッツガーゼは声かけのみのカウントになってしまった。後日のCT検査の結果、ミクリッツガーゼの遺残が判明した。ミクリッツガーゼは他の手術では、紐に鉗子をかけて遺残防止をしていたが、帝王切開時は患児への安全のために鉗子を使用していなかった。</p>
37	障害の可能性 (低い)	<p>多量の下血のため緊急でハルトマン手術、左内腸骨底静脈の止血術施行した。閉腹時のガーゼカウントは問題なく手術終了した。翌日の腹部X線でガーゼ遺残を発見し、日CT撮影で確認した。緊急にて全身麻酔下で右ベンローズ挿入部直下を約2cm皮膚切開し、ガーゼを摘出した。</p>

番号	事故の程度	事例概要
38	障害の可能性 (なし)	閉腹時にガーゼカウントが不一致であったため、腹腔内検索した上でX線撮影して、腹腔内に遺残がないと判断した。翌日、X線撮影にて再確認したところ、ガーゼの鋼線を疑う所見が見られたため、CTで確認し、緊急再開腹してガーゼを除去した。体重120kg以上の体格で腹腔内脂肪もかなり多く、大量出血や長時間手術の要因となった。ガーゼが腹腔内臓器や脂肪の陰に隠れてしまうことがありうるが、これを発見できる集中力や観察力が欠如していた。X線撮影は体型的に撮影条件が厳しく、またガーゼの鋼線と思われる陰影は脊柱に重なった位置にあり、より発見を困難にした。手術中のガウン・手袋着用の清潔状態であったため、パソコン画面上で画像条件を変化させて観察をしなかった。
39	障害の可能性 (低い)	腹腔鏡右腎摘除術を施行された。執刀医はガーゼを確認後、創部洗浄をした。創部洗浄が開始になったため、器械出し看護師がガーゼカウントの声かけをし、外回り看護師は、使用後ガーゼカウントをし「0枚」、器械出し看護師は手術野のガーゼを確認後「0枚」と声に出した。ガーゼカウントの声かけをし、外回り看護師はガーゼカウント確認表にOKと記載した。閉創までにその後2回実施した。ガーゼカウントはその2回も合っていた。器械出し看護師は、カウントが合っていることを医師に伝え閉創終了した。ガーゼカウントが合っていたのでX線撮影は実施しなかった。術後、患者は感染兆候を認め、腹部CTを再確認したところ、右骨盤内にワイヤー状の金属片を認めた。単純腹部X線撮影で再度確認後ガーゼの残存と判明し、腹腔内異物除去術を施行した。
40	障害の可能性 (低い)	右下腹部傍腹直筋切開にて開腹し、回腸静脈枝より7Fr 10cm長のシースを挿入した。この時点で外科より放射線科医師へ交替した。門脈造影にて分岐形態を確認後、目的門脈枝カテーテルを挿入し、門脈右枝、左葉内側区域枝、尾状葉枝をフィブリン糊、コイル、ヒストアクリルにて塞栓した。その後、再び外科医師に交替し、シースを抜去後、閉腹した。翌日及び翌々日に腹部単純X線写真撮影し、腹腔内にガーゼ遺残が判明し再手術を施行した。
41	障害の可能性 (低い)	胸腔鏡補助左肺上葉切除術ならびに縦隔リンパ節郭清を行なった。胸腔内にガーゼ遺残がないことを視認し、術野外でガーゼカウントを行なった。1回目のカウントで数が1枚合わなかったが、2回目のカウントで数が合ったため、閉胸して手術を終了した。通常の呼吸器外科手術で行なっているのと同様に、手術室内で胸部X線写真を撮影し、異物の有無について複数の医師でチェックしたが、ガーゼの遺残所見に気付かなかった。翌日、午前中にICUにおいて胸部X線写真を撮影したが、すぐにガーゼの遺残所見があることには気付かず、同日夕方の診察時に胸部X線写真を見て、はじめてガーゼの遺残に気付いた。
42	障害なし	腓体尾部切除を施行した。肥満が高度で手術操作がしにくく、術中数カ所に止血困難な部分があり、さばきガーゼによる圧迫を併用しながら手術を進めた。閉創直前「員数とガーゼは？」という質問に対し、「OKです」という声を確認し、閉創し手術を終了した。翌日、術後ルーチンのポータブル胸腹部X線撮影をし、ガーゼと思われる異物を発見した。家族にガーゼ遺残が疑われることを説明し、再手術の同意を得た。事故の背景としては、①術者が途中で交代しており、確認作業のフォーカスが一致していない可能性があった、②外回り看護師が交代しておりカウント作業の継続性が中断していた、③申し送りではカウントが合っていた、ということがあげられた。

番号	事故の程度	事例概要
43	障害なし	<p>緊急で載石位での開腹による子宮内反修腹術を施行した。術後、感染対策を図り、DIC 治療を同時に行った。しかし、腹痛が強く、異物混入を疑い、術後3日後にX線撮影を行い、遺残（ガーゼ）と診断し、再開腹術を行った。腹腔内より円柱状ガーゼを発見し、摘出した。</p> <p>事故の背景として、①円柱状ガーゼについてはガーゼカウントをしていなかった、②救命目的の緊急手術であり、また、深夜のため慌てていた、③円柱状ガーゼについて、23cm × 8cm × 6cm という大きさだった為、残存するとは考えられておらず、カウントするマニュアルがなかった、ということがあげられた。</p>
44	障害の可能性 (なし)	<p>胃ろう・腸ろう造設術を施行した。術後、チューブの位置と機能確認のための術後消化管造影を行った所、胃ろうチューブ刺入部付近にX線不透過ガーゼのラインに酷似した線状陰影を認めた。手術用に準備したのは、10枚入りのX線不透過ライン入りガーゼ30枚と、ミクリッツガーゼ2枚であり、麻酔医が気管カニューレの清拭と口腔に咬ませるためなどに3枚使用していた。発見後、術中使用ガーゼ等を廃棄した感染ゴミと可燃ゴミを調べたところ、不透過ライン入りガーゼ29枚、ミクリッツガーゼ2枚を確認した。手術時使用した不透過ライン入りガーゼが30枚であることと合わせ、ガーゼの腹腔内遺残と判断された。術中の出血量を測定していた間接介助看護師は、術中から鑷子2本を使用して、ガーゼ枚数を1枚ずつ確認し、5枚ずつ膿盆に小分けして数えていた。直接介助看護師は手術終了時に、器械台には未使用のガーゼが7枚残っていることを間接介助看護師に伝え、最終確認を依頼した。間接介助看護師は、手術に同席した主治医と共に、残りのガーゼを捜し、再度数え直して「ライン入りガーゼは、30枚ある」と執刀医に報告していた。</p>
綿片等		
45	障害の可能性 (低い)	<p>腫瘍全摘出術後、翌日頭部単純X線撮影、CTにて止血用の小綿片が頭蓋内に残存していることが確認された。術中脳の保護および止血のため多数の小綿片を必要とするが、小片のため血液と混在してカウントが難しい。当院では、1cm角の極小綿以外は忘れ防止用糸がついていなかった。</p>
46	障害の可能性 (低い)	<p>術後経過良好であったが、翌日施行したCTで、圧縮小綿片が頭蓋内に残存していることに気付いた。即座に再手術を行った。当該科では、術中脳の保護および止血のため多数の小綿片（デリコット）を必要とし、小片のため血液と混在してカウントが難しい。当院の手術時、1cm角の極小片以外は忘れ防止用糸がついていなかった。</p>
47	障害の可能性 (低い)	<p>手術終了後、術後経過は特に問題なかったが、3日後頭部CTにて止血用の綿が硬膜内に残存していることが発見された。手術翌日のCTでは、クリップとの鑑別が困難であったこと、残存綿が脳表近く骨固定用プレートの近傍であったことなどから、見過ごされていた。</p>
48	障害の可能性 (低い)	<p>脳動静脈奇形摘出術の際に出血のコントロールに使用したデリコットマイクロシート（5mm大）が、摘出腔に2枚残存していることを術後の頭部CTで確認した。動静脈奇形摘出後、血腫腔や周囲を顕微鏡で確認したが、その際には遺残しているシートを発見できなかった。シートを摘出することが最善であるが、摘出すると出血する可能性もあり、医学的見地から現在はそのまま様子を見た方が良いと判断、ご家族にも説明し了承を得た。デリコットマイクロシートは、本来確認用のため糸をつけたまま使用するが、深部の手術であり、糸が邪魔になるため糸を切って使用していた。</p>

番号	事故の程度	事例概要
49	障害の可能性 (なし)	血管吻合手術後の頭部CT、頭部X線撮影で脳保護綿（ベンシーツ）を確認した。手術中にその保護綿を動脈瘤などに巻いて頭蓋内に意図的に留置して置くこともある物質ではあるが、今回は意図的な留置ではないこと、将来的に異物としての反応を生じる場合もあるとの判断から、家族に説明し、同日異物除去術を施行し保護綿を摘出した。通常、脳の深部の手術の場合には糸を切らずに脳保護面綿を使用するが、脳表の血管の手術時には糸がついていることにより縫合の際支障をきたすため、使用する保護綿のほとんどの糸を切り使用していた。
50	障害なし	頭蓋内腫瘍摘出術及び止血確認後、ベンシーツを頭蓋内から取り除き遺残のないことを目視で確認した。当該手術では、ベンシーツを合計200枚使用した。直接介助の看護師から手術後のベンシーツの枚数が少ない可能性あることの報告を受け、術者は術野を再確認し、間接介助の看護師も手術室内を探した。その後、硬膜と小脳の間及び術野周辺の覆布から各1枚のベンシーツを発見し、術野を再度目視で確認した上で硬膜を縫合した。しかし、その後、ベンシーツ4枚の不足が判明し、手術室にて頭部単純X線撮影を行った。4枚のうち1枚が室内で発見され、また、X線画像上頭蓋内にベンシーツの遺残はないと判断し、閉創し手術室を退室した。術後、出血の有無及び腫瘍摘出状況の確認目的に頭部X線CTを撮影したところ、脳幹と小脳の間には2枚のベンシーツと思われる所見を認めた。後日、再開頭手術を行い脳幹周囲からベンシーツを除去した。手術の際、術者は腫瘍切除時にベンシーツのひもを切断したこと気付かなかったため、脳表面からベンシーツの存在を認識することができなかった。使用していたベンシーツはX線非透過性であったが、単純X線画像では撮影角度等の理由からベンシーツを描出できなかった。
医療機器（残留）		
51	障害の可能性 (低い)	腹腔鏡下膀胱全摘術後、イレウス、尿管狭窄の診断のため消化器外科、泌尿器科合同で開腹手術を施行した。下腹部正中切開しイレウスを解除し左尿管と回腸導管を再吻合した後、出血や異物が無いことを確認し閉腹することとなった。この時、使用したコッヘル鉗子が腹腔内に迷入したことに気付かないまま閉腹した。器械カウントが合わないという看護師からの報告は無かった。麻酔を終了し病棟へ帰室し、腹部単純X線写真に鉗子が写っていることに医師が気付いた。患者と家族に状況を説明し、全身麻酔下に再開腹し、コッヘル鉗子を回収した。 事故の背景として、①閉腹操作時、腹膜縫合を開始後、途中でドレーン挿入を行ったため閉腹操作の流れが寸断され、術者には最初にかけた鉗子の存在が曖昧になってしまった、②術者は最初にかけた鉗子を助手がはずしたのではないかと勝手に推測してしまった、③助手も最初にかけたコッヘル鉗子が開創部頭側端に在るはずであることに気付かなかった、④閉腹操作中に1回目の器械カウントを行うことはあり得るが、カウントを医師と看護師が協力して声を掛け合って行わなかった、⑤1回目のカウント時（閉腹中）に使用中であった鉗子のカウントがその後の追加出しで不明瞭となってしまったと推測された、ということがあげられた。
52	不明	肝手術終了時、器械カウントOKと言われた事で、器械数の確認を十分に行わず、また、腹腔内の検索も十分しないまま閉腹した。ICU移動後、鉗子1個が足りない事が判明、X線をとって確認したところ、腹腔内にあることがわかった。本人、家族に説明し、全身麻酔下において取り出した。

番号	事故の程度	事例概要
53	障害の可能性 (低い)	<p>手術は冠動脈バイパス術と左心耳閉鎖、僧帽弁形成術を行った。手術終了時にガーゼ、針、その他手術道具のカウン트에問題ないことを確認した上で閉胸した。カウント実施は主に看護師であった。手術室で通常通りX線撮影し、異物遺残がないことと、チューブ類の挿入位置を確認し、ICUへ帰室した。手術から約半月後に冠動脈造影検査を実施したが、このとき針1本が心嚢内に遺残していることを発見した。この針を使用するタイミングから考えると、カニューレション、左房閉鎖、前縦隔の止血及び閉鎖時と考えられた。術中特に針の紛失などはなく、通常通り術者から看護師へ手渡しされていた。また、手術室で撮影されたX線写真を見直したが針の同定は困難であった。手術後針を発見するまでに合計6回の胸部X線写真を撮影しているが、そのうち少なくとも2回は針と考えられる陰影が後の検証で確認可能であった。</p> <p>事故の背景として、①撮影が専門のX線技師でなく医師（主として研修医）であり、X線写真のクオリティーが低かった、②看護師が数名途中で交代しており、いずれかの時点で針カウントが適正に行われなかった可能性があった、③手術の経過において、器械出し看護師が合計4名入れ替わった、④使用した針を収納しておく滅菌の袋は、手術の最初から最後まで同じ1つの袋を使用し、器械出し看護師交代ごとに袋を換える等の対応はしなかった、⑤針カウント結果及びX線フィルム読影の結果、遺残なしと判断し、非常に小さな針の陰影を主治医が見逃していたこと、ということがあげられた。</p>
54	障害の可能性 (なし)	<p>胃全摘出術後の翌日、胸腹部単純X線写真を撮影したところ、腹腔内に鉗子があるのをX線技師が発見した。このため、患者と患者家族に鉗子が腹腔内に遺残していることを説明し、手術を行い、鉗子を摘出した。</p> <p>事故の背景として、①「器械カウントマニュアル」の原則から外れた行動があり、基本的な器械カウントを実施しなかった、②現行の器械カウンターは直接介助看護師が担当しているが、閉創時、器械カウントの実際は、閉創のための器械を渡しながら行っており、集中してカウントすることが困難な状況であった、ということがあげられた。</p>
55	障害の可能性 (なし)	<p>冠動脈バイパス術、大動脈弁置換術後11日目のX線写真で心嚢内にバネ様の異物らしきものに気付いた。翌日CT撮影をしたところ、異物がブルドッグ鉗子であることとその位置が確認できた。患者家族に説明し、除去手術の同意を得、異物除去を行った。ブルドッグは縫合糸の反対側に付けて重しとして使われたものが自然に離脱し、気付かないうちに心嚢内に脱落したものと思われた。閉創時、手術終了時にプラスチックブルドッグをカウントすることが義務付けられておらず、足らないので残存確認をすることなく閉創した。術後のX線写真上で確認はできるが、異物を探すという目で見ないと気付きにくいいため、10日以上が経過して判明した。</p>

番号	事故の程度	事例概要
56	不明	肝右葉切除術を施行した。手術終了時の使用物品数の最終確認では、不足は認めなかった。その後、腹腔内の異物確認のために術後手術室で行った腹部X線検査で左上腹部に長さ約3cm、太さ約4mmの管状の異物を認めたが、主治医は1年前の手術時に腸管内に留置した膵管ステントチューブと考え、腹腔内異物遺残とは考えなかった。第3病日未明に高熱が出現し、中心静脈カテーテルを抜去したが同日夕方にも発熱を認めた。熱源検索のため緊急で腹部CT検査を施行したところ、管状の異物が左上腹部の遊離腹腔内に存在していることが判明し、チューブ摘出手術を行った。手術の際、看護師は、ガーゼやその他の術野に出たものが器械台に戻ってきたことを確認したが、手術が終了した時点でのダブルチェックで、全てを外回り看護師と確認していなかった。
57	障害なし	腎移植手術後の腹部X線撮影の際、手術創付近に線状の陰影があった。CTで精査したところ創内に縫合針と思われる陰影があった。手術の際、針使用本数と残数の確認ができておらず、手渡しの際の看護師の目による確認のみであった。
58	障害なし	冠動脈バイパス手術中に、シャントチューブを心嚢内に忘れたまま閉創した。手術室退室前に胸部X線で残存物がないか確認した。術者はX線上の異常陰影に気付いていたが、この患者は陳旧性結核があり胸膜に石灰化があったため異常陰影も胸膜の石灰化と思い以前のX線と比較検討はしなかった。術後3日目に撮ったCTで心嚢内の異常陰影に気づき術後4日目に再手術を行い残存物を除去した。 事故の背景として、①患者は2枝バイパス手術中であったが、シャントチューブを3本使用しており、通常はバイパス数より少ないシャントチューブしか使用しないため、看護師は2本返ってきたことで全て回収したと判断した、②シャントチューブの出した数、回収した数の確認をしていなかった、ということがあげられた。
59	障害の可能性 (なし)	緊急冠動脈バイパス術を行った。術中、術後に手術で使用したクリップの数を確認し、X線撮影を実施したが、帰室直後、最終確認の段階で血管クリップの不足がわかった。再度X線撮影を行い、クリップが左室背側面にあったため、再開胸を行い摘出した。事故の背景として、①緊急を要する時間外手術であり、医師、看護師などの人員が手薄であった、②心臓血管外科の手術には、多数の器具を使用した、③複数の者がX線画像の確認をしていながら、閉胸前に誰も気が付かなかった、④クリップ数の十分な確認がなされなかった、ということがあげられた。
60	障害なし	胃全摘の手術の終わりにドレーンを挿入し、腹腔内でドレーンの位置調整を行いカットし、切断端を腹腔外に出しておいたが、周りの医師、看護師はそれに気付かないまま閉腹時にドレーンが腹腔内に紛れ込んだ。術直後のX線写真では、AEDのパドルを貼付していたのとチューブの重なり合っており気付かなかった。1週間後の透視の際に、チューブが腹腔内に残存しているのに気付いた。

番号	事故の程度	事例概要
医療機器（破損・分解）		
61	障害の可能性 （低い）	<p>股関節形成術・骨移植の際、スクリューにて白蓋形成時、ドリルエクストラショートが曲がり折れた。ドリルドライバーが業者に返され、その破片が直接介助看護師に助手医師より返された。看護師は曲がったスクリューの隣にその破片を置き、業者に「これは破片です」と言って並べた。手術終了後、直接介助看護師が器材の片付け洗浄中に破片が一部回収されていないことに気付き、ゴミなどを探したが発見できず、医師に残存の可能性がないか確認したが、手術終了時のX線写真には遺残の影はなかった。翌日、再度手術終了時の写真を確認したところ創部より下の位置に破片と同型の影を発見し、その後折れた破片が骨髄内にあることを確認した。主治医より、患者に、人工骨も挿入しており、異物ではあるが今後悪影響を及ぼすとは考えられず、取り出すことの方がリスクが大きいと説明し除去はしないことになった。</p> <p>事故の背景として、①コミュニケーション不足により曲がって折れたエクストラショートが原型を留めているか誰も確認していなかった、②助手医師は「はい、破片」と言って看護師に渡したが、これで回収できたかどうか見て欲しいということは伝えていなかった、③直接介助看護師は助手医師から破片をもらった時、業者に向かって「破片です」と言ったが、業者から何も指摘がないので破片はこれで回収できたものと思った、④医師は、術野に集中していて破片を確認する余裕がなかった、⑤間接介助看護師は破片のことを知らなかったので注意を向けることができなかった、ということがあげられた。</p>
62	障害なし	局所麻酔下によるインプラント除去手術が行われていた。術後のX線で、除去インプラントの破折片もしくは切削器具の破折片と思われるX線不透過像を認めた。
医療機器（その他）		
63	障害の可能性 （低い）	顎矯正術施行後、病棟担当医がX線撮影を行ったところ、右下顎枝後縁に約3×1mmのX線不透過像を認めた。患者および家族に異物残存があったことを話し、再手術が必要である旨説明し同意を得た。ワイヤーなどの金属片であった。
【退院後】 27件		
ガーゼ等		
64	障害の可能性 （低い）	大動脈弁置換術と上行大動脈置換術を施行した。手術終盤で1回目（心嚢を閉じる前）のガーゼカウントはOKだった。しかし、2回目（胸骨を閉じる前）のガーゼカウントが合わず、1枚不足していることを看護師が指摘し、胸部X線撮影をし当該診療科、放射線部の医師が探したが、発見出来なかった。その後、経過に問題なく外来加療となっていた。約半年後、患者が外来受診し、撮影した胸部X線写真（2方向）にてガーゼ遺残を指摘されたが緊急的加療の必要性はないと評価した。手術の際ガーゼカウントは看護師が行っていたが、カウント時の医師とのタイミングのずれによる数の間違いが起きたものと思われた。胸部X線写真（正面）で複数の医師がガーゼを探したが、見つからなかった。正面写真は脊椎に重なって異物がわかりにくかった。CT撮影をガーゼ遺残が見つかるまで5回実施しているが、わからなかった。手術室で撮影したX線写真でガーゼが見つからなかったため、その時点でガーゼ遺残が否定され、情報の継続が出来ていなかった。
65	障害の可能性 （低い）	肺手術後、X線撮影は行っていた。約3週間後に乳癌手術を実施し、3ヵ月後退院した。約1年後の定期外来でのX線撮影でガーゼの体内残留に気付いた。
66	障害の可能性 （低い）	入院中化学療法を施行した。退院後から左側腹部痛が認められ腹部CTで巨大嚢胞性腫瘍を認め、手術となった。術中の所見にて胸腔内に異物があることが判明し、異物は肺癌に対して10年前に手術した際に使用したガーゼと思われた。

番号	事故の程度	事例概要
67	障害の可能性 (低い)	10年前、緊急帝王切開を施行した。手術は順調に終了し、ガーゼカウントも合致したことを確認し閉腹した。この時X線撮影での確認は行われなかった。2年前頃より下腹部痛が出現し、他の病院を受診し、腹部X線撮影でガーゼ遺残が疑われた。当院を受診し、右下腹部に膿瘍様の腫瘤所見ならびにガーゼの鋼線様の所見を認め、腫瘤内からガーゼを確認した。
68	障害の可能性 (高い)	手術後、患者は他の病院に通院しており、当院には20年間来院していなかった。右大腿と右下腿後面に腫瘤、疼痛が出現し、CTで血管病変を疑われ当院へ転院となった。血管外科で血管病変を否定され、整形外科で行った生検（右下腿）でヘマトーマという結果が出たため、外来で経過観察をしていた。右下腿の生検部が圧潰し浸出液が多量に排出したため、切開・デブリードメント施行した。その際、大腿部の腫瘤も切開したところ大腿内側からガーゼ4枚が摘出された。20年前、手術終了後のガーゼカウントの実施や鋼線入りガーゼの使用はされていなかった。
69	障害の可能性 (低い)	約6年前の手術の際に残したと思われるガーゼが発見された。初回手術時大量出血があり、その際に使用したガーゼのカウントが合っていないかった。
70	障害の可能性 (低い)	胆嚢摘出術、子宮付属器摘出術を行った。開腹は婦人科医師が行った後、外科医師が胆嚢摘出術を行った。摘出胆嚢に悪性の可能性があったが、迅速病理の結果、摘出した胆嚢が良性だったため、外科医は退室した。子宮全摘術を行い、閉腹前にガーゼ・タオルカウント後、確認の腹部X線を撮りガーゼ遺残はなしと判断し閉腹した。術後、発熱、下痢が続き胸部X線撮影を数日ごとに3回実施するが、ガーゼ遺残に気付かなかった。退院後、腹痛、下痢のため撮影したCTにより、ガーゼ遺残を確認し、腹腔鏡下でガーゼ除去を行った。 事故の背景として、①2つの診療科が別々の病名で同時に手術を行った、②確認X線撮影の指示は婦人科の指示で実施したため、撮影範囲が明確ではなかった（胆嚢摘出後の撮影範囲を知らなかった）、③ガーゼカウント時に外回りの看護師が交代している可能性があり、ガーゼカウントが不明確になった可能性があった、④看護記録の記載方法の基準がスタッフ全員に周知されていないため、記録のタイミングが看護師によって異なっていた、ということがあげられた。
71	障害の可能性 (低い)	ガーゼ遺残があった。X線不透過型ガーゼを使用していたが腹部X線撮影を実施していなかった。緊急帝王切開術を行った後、14年経過してガーゼ遺残が判明した。
72	障害の可能性 (低い)	腹部大動脈瘤切除・人工血管置換術および下腸間膜再建術を施行し、止血にX線認識糸を含まない巻きガーゼを計4個使用した。手術終了前に体外に3個、体内に1個あることを確認したが、手術終了時に4個が体外にあることを確認することなしに閉腹した。手術後5ヵ月後、左側腹部痛出現し腫瘤形成を認め、小腸重積の診断で緊急開腹したところ、X線認識糸のない巻きガーゼの残留と小腸穿孔および癒着を認めた。小腸切除と再吻合術が施行された。
73	障害の可能性 (低い)	ペースメーカーの植え込みを行った。3ヶ月後、創部感染のため手術室にてデブリードマン実施した。ICD本体を抜去する際創部展開したところICD本体を挿入しているポケット内にガーゼが1枚組織内に包み込まれるように癒着していた。

番号	事故の程度	事例概要
74	不明	7年前に前立腺全摘除術を受け、その後、CT検査により骨盤内腫瘍は認められたが炎症性腫瘍と判断し、血液検査及びCT検査等による経過観察を行っていた。自覚症状はなかったが、骨盤内腫瘍の増大を認め、腫瘍の再発、血行障害、リンパ流貯留又はガーゼ等の遺残が疑われたため、腫瘍の摘出を行った。その結果、以前の手術で遺残したと思われる異物（ガーゼ繊維）を確認し摘出した。手術当時は、術中の異物遺残防止策が不十分であり、大量出血のため、多量のガーゼが使用されていた。
75	障害の可能性（低い）	28年前に他院にて腰椎手術施行した。その後左下肢痛精査のためMRI施行し、L5付近に腫瘍像を認め、当院にて入院手術を行った。術中、摘出した腫瘍を切開すると内容物はガーゼであった。
76	障害の可能性（低い）	11年前に頸椎前方固定術を施行した。このとき右腸骨より移植骨を採骨した。その後、右腸骨部の圧痛、発熱を生じるようになり、入院となった。抗生剤にて様子を見ていたが、改善されず、全身麻酔下、右腸骨部に対して手術を施行し、膿とガーゼを摘出した。前回手術時のものと考えられた。手術終了直後、ご家族、本人へ説明を行った。脳外科の手術に関してガーゼカウントが行われていなかった。
77	障害の可能性（低い）	硬膜外（皮下）膿瘍手術中にガーゼの留置を発見し、ガーゼ抜去した。多発性脳腫瘍に対する複数回の開頭手術の際にガーゼを置き忘れた可能性が高い。
78	障害の可能性（低い）	ペースメーカー移植術を行い、術後は軽快し、退院となった。その後、創部より出血、創部感染が疑われたため入院した。特に増悪傾向無く、ポケット部の腫脹も軽快したため退院となった。数日後、ペースメーカーポケット部の腫脹し、血腫を認めたため穿刺を行い、抗生剤の内服治療により経過観察となった。1ヵ月後、再び入院の上、開創処置を行う予定であったが、再腫脹が見られなかったため活動性のある出血は無いものと判断し、経過観察となった。約5ヵ月後、再びポケットの腫脹傾向を認めたため、開創手術を施行したところ、血性の内容液が流出し、ポケット内より前回手術時のガーゼが遺残していた。
79	障害の可能性（低い）	股関節痛と膝関節痛があり、他院を受診したところ、X線写真で骨盤内にガーゼと思われる異物が写っていた。エコー検査の結果、約30年前に腹式子宮全摘出術を施行した際のガーゼであると判明した。手術時、X線に写るガーゼを使用していたにもかかわらず、X線撮影等での確認を怠った。
80	不明	17年前、左膝関節の手術を受けた際、左腸骨から骨が採取された。今回、別の手術のため入院したところ、左腸骨部の腫脹と疼痛が増大していたことから、左腸骨血腫除去と偽被膜の切除術を施行した。この際、腸骨部分の骨髓内から、ガーゼと思われる繊維の一部が摘出された。17年前の手術記録や診療録等から、ガーゼを手術創内に遺残したことは確認できなかった。当院の手術室では、現在ルーティーン使用となっているX線ライン入りガーゼへの移行期であったため、手術の内容によって、X線ライン入りガーゼと、なしガーゼが使用されていた。腸骨は、「カウントの必要性が判断しかねる場合の対処方法」のカテゴリに含まれ、術野の広さ、深さを判断の目安として、医師と相談して決定すること、カウントする場合はX線不透過線ライン入りガーゼを使用することとなっていた。
81	障害の可能性（なし）	全身麻酔下で、上顎骨嚢胞摘出術を施行した。術中止血のために用いたタンポンガーゼ（3×30cm）が遺残した。術後5ヶ月後に紹介元開業歯科医院で切開排膿時に発見され摘出された。

番号	事故の程度	事例概要
82	障害の可能性 (なし)	<p>脾摘・胆摘・肝部分切除術を施行した。胆摘を行う際、肝臓の右側面、背側に分銅のついた（遺残防止のためつけている）柄つきガーゼ（鉛線入り）などを挿入し、胆嚢を術野の中央に持ってくるようにするが、今回は分銅を付けずに柄つきガーゼを使用した。胆嚢摘出肝部分切除後、腹腔内全体を洗浄し、止血や胆汁漏が無いこと腹腔内にガーゼや器具の遺残がないことを、閉創前に執刀医と手術助手で術野を目視及び触診で確認した。また、ガーゼや器具のカウントに関しては、直接介助看護師および間接介助看護師から、使用前後の個数が合致していると報告を受けたため、ガーゼ等の遺残はなしと判断し閉創した。閉創後、胸部・腹部のX線撮影を実施した。確認の際、主にドレーンの位置と体格からの横隔膜挙上に注目していたため、ガーゼの遺残に気付かなかった。術後経過中にも腹部X線を数回撮影したが、遺残に気付かなかった。また、術後に時折発熱を認めたが、炎症所見は経時的に低下しており、脾臓を摘出した影響であると考え解熱剤投与を行っていた。他院へ転院後、高熱を認め、腹腔内の膿瘍を疑い腹部CT検査を施行したところ、肝臓背側部に異物らしきものを認め、至急当科への転院となった。当科で家族に説明し緊急手術により異物を摘出した。摘出物は柄付きガーゼであった。術後経過中の腹部X線撮影では、ガーゼが描出されていたが、腸閉塞などの術後合併症の確認が中心となるあまり、ガーゼ遺残を見逃していた。また、肝硬変患者では、肝切除後に胸腹水の貯留は一般的であり、術後の発熱についても脾臓摘出後の経過として一般的なものであり、どちらからもガーゼ遺残の可能性を疑わなかった。</p>
83	障害の可能性 (低い)	<p>鏡視下授動術抜釘を実施後、患者は退院しリハビリ通院していた。左上腕内側に発赤疼痛圧痛が出現したため、緊急でMRIを実施した。左上腕内側に膿の貯留があり手術となった。皮下を剥離すると排膿がありその奥にガーゼ1枚残留を発見した。創内部に使用するガーゼはX線不透過であるが、消毒等に使用する普通のガーゼも使用したことが原因と考えられた。手術器械台に2種類のガーゼを置いていた。</p>
84	障害なし	<p>17年前に当院で子宮全摘出を施行し経過良好であった。一昨年、他病院にてX線撮影したところガーゼ遺残が発覚した。手術当時は、すでにマーカー入りガーゼを使用していたが、ガーゼカウントに問題ない場合は、確認のためのX線撮影をしていなかった。</p>
85	障害の可能性 (なし)	<p>患者は下腹部痛を自覚した。約20年前に施行した手術の際に留置されたワイヤー入りガーゼと考えられ、腹腔内異物除去しガーゼを確認した。</p>
86	障害の可能性 (なし)	<p>胆嚢癌の鏡視下手術を施行し、約6ヵ月後外来CTで異物に起因すると思われる右横隔膜下液体貯留に気づき、ガーゼの残存を確認した。患者の経過を見て腹腔鏡補助下にて摘出した。術後のX線の確認は行っているが確認サインがなく、誰が見たのかわからなかった。ガーゼカウントはしていたが、タオルガーゼのカウントの記載がなかった。</p>

番号	事故の程度	事例概要
<b>綿片等</b>		
87	障害の可能性 (低い)	脳腫瘍摘出術を施行した。術後経過は良好で退院前の頭部MRI検査でも明らかな異常所見は認めず、退院となった。外来を受診した際に、頭部CTにて髄液還流障害及び脳腫脹を認めたため、入院となった。再入院後の頭部MRI検査などで、脳腫瘍摘出部の原因不明の癒着による髄液還流障害をきたしたものと考え、ステロイド剤投与を行ったが、改善は得られなかった。そこで、頭蓋内の癒着除去およびその原因検索の目的で再開頭術を行なうこととなった。再開頭術を行ったところ、前回の病巣である左脳室内に肉芽組織を混じる手術用綿片（径約1cmで糸付）を確認し除去したところ髄液循環の改善が得られた。手術後本人、家族に説明をした。今回の原因となった手術用綿片は、一般の外科手術で使用されるガーゼと異なり、小さく、枚数も多いため術前後の枚数確認が不確実であった。手術用綿片には、狭い手術野内で見失わないよう数cmの糸をつけているが、再手術時に発見された綿片はこの糸が途中で切れていた。このため手術操作中に、術野の死角部分に迷入したものと推測された。
<b>医療機器（残留）</b>		
88	障害の可能性 (低い)	昨年胃癌手術を施行した。開腹所見で根治術困難と判断し、術後の栄養補給に用いるための小腸瘻造設術を施行した。1年後、腰痛を訴え、整形外科受診し、施行された骨盤X線写真で、異物を指摘され、手術の際に用いた針の1本が腹腔内に遺残していたことがわかった。
<b>医療機器（破損・分解）</b>		
89	障害なし	20年前から痔瘻に対して当院および他院で手術が行われていた患者が排尿時痛があり、泌尿器科を受診した。尿路造影時に異物を指摘され、骨盤CTを行った。CT上、異物は直腸壁内に存在を認め、経肛門的異物摘出術を施行した。異物は金属製で、手術用針の先端が折れたものと思われた。どの手術で残存したのかは不明であった。
<b>医療機器（その他）</b>		
90	不明	顎矯正手術後3日目、担当医がX線撮影を行い、小さな不透過像が認められたが何であるか確認できなかった。その後患者は退院した。約3週間後に確認のX線撮影を行ったところ、前回より大きい不透過像が認められ精査となった。患者の同意を得た上で同日摘出術を行った。ワイヤー小片の口腔粘膜下の遺残が発見された。下顎骨片のワイヤーによる固定を行う際、結紮したワイヤーの切断法に問題があったのと、閉創時にワイヤー等の遺残がないかの確認が不十分であった。
<b>【不明】 2件</b>		
<b>綿片・タオル等</b>		
91	障害の可能性 (低い)	脳腫瘍摘出腔に7mm×8mmのコットンを遺残した。脳腫瘍の摘出後には2名の術者が遺残がないことを確認したつもりであった。しかし、実際に残してしまったところは、2名からも死角となる脳の裏側であった。ここも観察後に閉創すべきであったが、脳の裏側を必要以上に操作する事は、脳の損傷や出血を招く恐れがあり、今回は省いた。
<b>医療器具（破損・分解）</b>		
92	障害の可能性 (低い)	頸椎症の症状悪化の防止のために椎弓形成施行した。経過の画像で椎弓内に数ミリのドリルの先端を認めた。術中にドリルの先端が破損し、椎弓内に残存してしまったと思われた。残存した異物の摘出のリスクは少なく、今後摘出を予定している。

図表Ⅲ - 2 - 17 異物残存が発生した手術の種類

	平成16年 10月～ 12月31日	平成17年 1月1日～ 12月31日	平成18年 1月1日～ 12月31日	平成19年 1月1日～ 12月31日	平成20年 1月1日～ 9月30日	合 計
	件数	件数	件数	件数	件数	
開頭手術	0	0	5	3	3	11
開胸手術	3	3	7	0	0	13
開心手術	1	5	3	2	1	12
開腹手術	2	4	15	9	12	42
四肢手術	1	3	5	3	2	14
鏡視下手術	2	1	1	0	4	8
その他	1	6	2	11	2	22
不明	0	0	2	0	0	2
合 計	10	22	40	28	24	124

図表Ⅲ - 2 - 18 異物残存の内容

	平成16年 10月～ 12月31日	平成17年 1月1日～ 12月31日	平成18年 1月1日～ 12月31日	平成19年 1月1日～ 12月31日	平成20年 1月1日～ 9月30日	合 計
	件数	件数	件数	件数	件数	
ガーゼ	3	9	26	15	15	68
綿球等	0	0	5	2	3	10
縫合針	3	4	1	3	1	12
鉗子類	1	1	3	2	0	7
メス	0	0	0	0	1	1
チューブ類	0	1	1	1	1	4
その他	3	7	4	5	3	22
合 計	10	22	40	28	24	124

図表Ⅲ - 2 - 19 異物残存の発見場面

	平成16年 10月～ 12月31日	平成17年 1月1日～ 12月31日	平成18年 1月1日～ 12月31日	平成19年 1月1日～ 12月31日	平成20年 1月1日～ 9月30日	合 計
	件数	件数	件数	件数	件数	
手術中	0	2	5	3	5	15
手術室退室まで	0	1	6	2	1	10
退院まで	6	15	19	11	11	62
退院後	4	4	9	11	7	35
不明	0	0	1	1	0	2
合 計	10	22	40	28	24	124

図表Ⅲ - 2 - 2 0 手術において残存した異物①

	ガーゼ等		綿球等		縫合針		鉗子類	
	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日
残留	12	56	0	10	6	4	2	4
破損・分解	0	0	0	0	1	1	0	1
その他	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	12	56	0	10	7	5	2	5

図表Ⅲ - 2 - 2 1 手術において残存した異物②

	ガーゼ等		綿球等		縫合針		鉗子類	
	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日
手術中・開創中	0	6	0	2	1	0	0	0
手術室退室まで	0	5	0	0	0	1	0	1
手術室退室から 退院まで	6	22	0	6	4	2	2	2
退院後	6	23	0	1	2	2	0	2
不明	0	0	0	1	0	0	0	0
合計	12	56	0	10	7	5	2	5

図表Ⅲ - 2 - 2 2 異物残存が発生した手術の種類および異物の内容

	ガーゼ等		綿球等		縫合針		鉗子類	
	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日
開頭手術	0	1	0	9	0	0	0	1
開胸手術	2	6	0	1	1	0	2	0
開心手術	0	1	0	0	4	1	0	1
開腹手術	4	30	0	0	1	2	0	2
四肢手術	3	5	0	0	0	0	0	0
鏡視下手術	1	3	0	0	1	0	0	1
その他	2	8	0	0	0	2	0	0
不明	0	2	0	0	0	0	0	0
合計	12	56	0	10	7	5	2	5

図表Ⅲ - 2 - 2 3 手術における異物残存の発見の契機

	カウント		X線撮影・CT検査等		症状の出現		その他	
	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日
手術中・開創中	0	6	0	3	0	0	2	4
手術室退室まで	0	1	1	8	0	0	0	0
手術室退室から 退院まで	3	2	15	36	1	1	2	1
退院後	0	0	2	9	2	16	4	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	3	9	18	56	3	17	8	5

メス		チューブ類		その他		合 計		統 計
平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	
0	0	1	3	7	3	28	80	108
0	1	0	0	3	7	4	10	14
0	0	0	0	0	2	0	2	2
0	1	1	3	10	12	32	92	124

メス		チューブ類		その他		合 計		統 計
平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	
0	1	0	0	1	3	2	13	15
0	0	0	1	1	2	1	9	10
0	0	1	2	8	5	21	41	62
0	0	0	0	0	2	8	28	36
0	0	0	0	0	0	0	1	1
0	1	1	3	10	12	32	92	124

メス		チューブ類		その他		合 計		統 計
平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	
0	0	0	0	0	0	0	11	11
0	0	0	0	1	0	6	7	13
0	0	1	1	1	2	6	6	12
0	0	0	2	1	0	6	36	42
0	0	0	0	1	5	4	10	14
0	1	0	0	1	0	3	5	8
0	0	0	0	5	5	7	15	22
0	0	0	0	0	0	0	2	2
0	1	1	3	10	12	32	92	124

不明		合 計		統 計
平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	平成16年 10月～ 平成17年 12月31日	平成18年 1月1日～ 平成20年 9月30日	
0	0	2	13	15
0	0	1	9	10
0	1	21	41	62
0	2	8	27	35
0	2	0	2	2
0	5	32	92	124

図表Ⅲ - 2 - 24 異物残存が発生したヒヤリハット事例の発生状況

	ガーゼ等	綿球等	縫合針	鉗子類	メス	チューブ類	その他	不明	合 計
開頭手術	0	5	1	0	0	0	2	0	8
開胸手術	2	1	0	0	0	0	2	0	5
開心手術	2	0	3	0	0	0	0	0	5
開腹手術	22	3	10	5	0	1	2	1	44
四肢手術	7	0	1	0	1	1	4	0	14
鏡視下手術	3	0	1	1	0	0	1	0	6
その他	9	2	5	0	0	1	3	0	20
不明	8	2	6	3	0	0	4	0	23
合 計	53	13	27	9	1	3	18	1	125

図表Ⅲ - 2 - 25 ヒヤリハット事例の紛失物が発見された場所<sup>(注)</sup>

	ガーゼ	綿球・タオル等	縫合針	鉗子類	その他	不明	合 計
術野周辺	1	0	2	0	0	0	3
器械台	1	0	0	0	0	0	1
ゴミ箱等	5	1	1	0	1	0	8
床等	0	0	7	0	0	0	7
患者周辺	3	1	0	0	0	0	4
室外	0	0	0	1	0	1	2
合 計	10	2	10	1	1	1	25

(注) 報告された事例のうち、医療機器等が患者の創部以外で発見された事例25件についての図表である

図表Ⅲ - 2 - 26 ヒヤリ・ハット事例 記述情報（異物残存）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【ガーゼ 10件】 類似事例 43件</b>			
1	開腹手術の腹膜閉創の際にガーゼカウントを行ったところ、バラガーゼが1枚カウントが合わなかったため閉創を一時中断することになった。看護師が再搜索したところ室内のゴミ袋の中からフォーリーカテーテルの包み（中側のもの）と一緒にガーゼが発見された。ゴミ箱にガーゼを捨ててしまった原因として、フォーリーカテーテルを挿入した際、医師に、包みをゴミ箱に捨ててもらおうように声をかけ忘れてしまい、キックバケツに包みが捨てられてしまった。	包みをすぐに回収せず手術が始まってしまった。包みの中にはないと思いこみそのまま包みを捨ててしまった。実際ガーゼは包みの中でなく紙の折り目に入り込んでしまっていた。手術を開始した後も少しの間キックバケツの中にあっただけのため上からガーゼを捨てた際に入り込んでしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>キックバケツの中はもちろんのこと、部屋にある不要なものを捨てる際には広げたりあげたりできるものはすべて周りや中をすみずみまで確認した後にゴミ箱・袋に捨てるということを徹底し、忘れないようにする。</li> </ul>
2	大腿骨骨折手術の閉創時のガーゼカウントの際、数が合わず、スタッフの応援を頼みガーゼを探した。手術中、その機器にかけてあったリネンにガーゼがまぎれていたところを発見した。発見が早かったため、閉創終了には間に合うことができた。	機器、モニター、電気メスなどがあり、携わる人も多かったため、部屋で行動できる範囲が狭くなっていた。そのため、リネンにガーゼがまぎれていることに気付かなかった。術野でガーゼや器械の出し入れが多かったため、術野にガーゼが残っている可能性が高いと思い込んでいた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>リネンにはガーゼが巻き込みやすいことを考慮する。</li> <li>使用したものを全てをきちんと確認していく。</li> <li>ものの位置、配置は動線を考えて置く。</li> <li>放射線科技師にも、リネンを床に置かないことの協力を依頼する。</li> </ul>
3	肝・腸切除の術中はガーゼカウントは合っていたが、腹膜を閉じる直前に合わなくなった。医師とともに探したが見つからずX線撮影をすることになった。技師が来るのに時間がかかり医師は閉創を始めた。写真にはガーゼが残っており、再度開創しガーゼを除去した。	閉創前にX線撮影をすることのできる体制や医師の閉創を止められる職場風土がなかった。進行中に、ガーゼ残存の確認をし、その都度医師とともに行わなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師は、ガーゼカウントが合っているのを確認してから閉創する。</li> <li>術中X線撮影ができる環境をつくる。</li> <li>直接介助と間接介助の看護師間のコミュニケーションを密に、その都度声を掛け合う。</li> </ul>
4	腹腔鏡下ヘルニア手術施行中、メッシュ（筋膜や靭帯の代わりの人工素材）を挿入後、ガーゼカウントを行い枚数を確認し腹膜の縫合を始めた。途中、執刀医から「1/3ガーゼ」と指示があり直接介助看護師が渡した。腹膜の縫合が終わったところで、執刀医から「ガーゼは残っていないか」と確認があったため、「1/3ガーゼが残っている」と答えた。執刀医は術野を確認したが見つからず、縫合した腹膜を小切開したところ腹膜とメッシュの間から1/3ガーゼが発見された。	ガーゼが使用された時は、閉腹する前に介助している看護師がガーゼカウントし、申し出ることになっているが、行われていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師の知識や技術が不足しているので教育を行い、ガーゼを使ったら必ずガーゼカウントを行う。</li> <li>医師との話し合い、連携を保つ。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
5	<p>鼻の内視鏡手術にて3×15cmのコメガーゼ20枚と3×30cmのコメガーゼ20枚を使用していた。30cmのガーゼをはじめに2枚鼻腔内に挿入し、残りの8枚は器械出し看護師は1/2にカットして使用していた。ガーゼカウント時30cmのガーゼが1枚カウントが合わなかった。この時、器械出し側は15cmが5枚、30cmが9枚、外回り側は15cm15枚、1/2にカットされた30cmが9枚であり、30cmのままが1枚足りなかった。鼻腔内・口腔内を医師が調べたが、残存はなかった。術野から外回り看護師が受け取ったガーゼ数も間違っていないか医師とともに確認した。医師が再度ガーゼを確認した際に15cmのガーゼに見えていたものが、30cmが半分に折られた(15cm)の長さのガーゼを2枚を発見した。</p>	<p>外回りの看護師は器械出し看護師から受け取ったガーゼを手で広げて確認した。だが、血液が付着した状態で半分に重なっており、見た目上は15cmのガーゼに見えていた。そのため、2重になっていることに気付かなかった。器械出し看護師は30cmを1/2にカットしたのは8枚だったが30cmが鼻内に6枚挿入しているのを確認していたため30cmが半分に折れて帰ってきているとは思わなかった。しかし15cmの枚数が実際にカットした枚数よりも多くなるためカットした枚数の再確認が不足していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>15cmのガーゼのように見えても実は30cmのガーゼが半分に重なっているときもあるため、不透明線に十分に注意して確認する。</li> <li>可能ならばガーゼはカットせずにそのままの長さで使用する。</li> <li>カットした場合はカットした枚数を器械出し・外回り看護師の共通認識を徹底しガーゼカウントを行う。</li> </ul>
6	<p>頚椎のデブリードマンの際、閉創時のガーゼカウントが合わなかった。リネンをはがす際、カーテンと頸部のリネンとの間から発見された。</p>	<p>頚椎の手術であるためカーテンを使用していた。デブリードマン後、穴あきシーツを追加したことでより術野周囲にリネンが増えた。術野が狭く見にくかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>デブリードマン後リネンを追加する際には、新しいリネンをかける前に術野周囲にガーゼが残っていないか確認する。</li> <li>器械出し看護師はガーゼの出し入れに注意するとともに、看護師からは見えない位置なので、医師にも協力してもらう。</li> </ul>
7	<p>閉創前のガーゼカウントを行う際、X線不透過ガーゼが2枚不足していることに外回り看護師が気付いた。器械出し看護師横のブルーパケツから2枚(1枚は血液汚染があるガーゼ・1枚は使用した後の手袋の中から胆汁様の汚染のあるガーゼ)発見された。どの時点で混入したかは不明である。</p>	<p>1枚は間違っ入れてしまったと考えられるが、どの段階で発生したかは不明である。1枚は手袋交換にガーゼを持ったまま交換してしまった。手術自体、9時間近く要しており、医師・看護師ともに疲労していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ゴミ箱に誤って入れないよう医師を含めて事例報告を行い、ルールを再周知する。</li> <li>ガーゼカウント前に手順として「ゴミ箱を空にする」という項目を追加する。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
8	<p>長時間の手術で、直接介助者が2度交代した。1回目の交代時のガーゼカウントではガーゼが1枚合わず、2回目の交代時のガーゼカウントではガーゼは2枚合わなかった。しかし、手術中であったため、術野の中にガーゼが入っている可能性も考えられ、ガーゼは保留の形で交代となった。手術中に側臥位から仰臥位になる手術であり、側臥位で始めに鎖骨下と鼠径部を剥離し、その後仰臥位になって胸を開いていた。医師は一番目の直接介助者にガーゼを鎖骨下と鼠径部に入れたことを伝えた。しかし、一番目の直接介助者はそのことを聞いていなかったため、交代する際に伝えられなかった。閉創時にガーゼカウントを行ったが、ガーゼが一枚合わなかった。医師にも協力を得てガーゼが残留する可能性のある箇所を探してもらったところ、鎖骨下からガーゼが一枚見つかった。</p>	<p>長時間手術で、直接介助者が3人交代している時に確認されていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師が言ったことに対して、常に耳を傾ける。</li> <li>・手術に集中し、術野を確認するように、直接看護師が交代する時は必ず基本的な確認を目と手で確認し、声をかけあうように指導した。</li> </ul>
9	<p>インプラント挿入後、直接介助と共にガーゼカウント実施した。カウントが合わず、手術を終了した。術後にX線撮影しガーゼの残存がないことを確認した。患者が退室後に再度カウントしたらガーゼの枚数は合っていた。</p>	<p>ガーゼカウントが合わなくても閉創する風土がある。気持ちが焦ってしまう。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ガーゼカウントが合うまで、スタッフ全員で探し、閉創しない。</li> </ul>
10	<p>外来手術室で体外受精手術の患者に手術終了後、腔内にガーゼ1枚挿入されたまま、婦人科外来へ退室となった。患者は婦人科外来で安静解除の時に医師がガーゼを抜き帰宅した。</p>	<p>処置をした医師より「ガーゼを入れてしまったのでガーゼの先を引っ張って抜いてほしい」と婦人科外来に連絡が入り、婦人科外来より確認の連絡があった。外来手術室の研修を4月より始めたばかりで、2件続けて手術があったため、急がなくてはいけないという思いがあり確認が出来なかった（医師より早く、早くという言葉が前の手術の時もあった）。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来手術室看護師1名は1ヶ月毎のローテーションとなったため、オリエンテーションをする時に体外受精手術の特徴のところでガーゼカウントの教育を行う。</li> <li>・医師も3ヶ月毎のローテーションのため、変わった月は看護師サイドでも気をつける。</li> <li>・独特の科のためローテーション看護師のプレッシャーもあり、ローテーション看護師の状況をみて症例が重ならない時に体外受精手術に就いてもらうよう症例配慮をする。</li> <li>・中央手術室からのバックアップの検討を主任・係長と行う。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【線球等 4件】 類似事例 9件</b>			
11	<p>脳外開頭術介助時、X線不透過のベンシーツ（滅菌済脳外科用パッド）が1枚（大きさ約1cm×1cm）カウントが合わなかった。医師に報告し、数回カウントをやり直し、術野及び手術室内を探したが、見あたらなかった。再度医師に報告し、頭部単純撮影を実施し、頭部にベンシーツがないことを医師が確認し退室した。</p>	<p>マイクロ操作終了後、1度ベンシーツのカウントを実施したが、この時点でベンシーツは一枚不足していた。医師に報告するも硬膜閉創時にもう1度探すからの指示があり、その時点で必要以上に探すことはしなかった。再度探し始めた時間は不足していると気付いたときから1時間程度たった時であった。不足していると気付いた時間と探し始めた時間に誤差が生じたことが要因であったと考えられる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不足していると気付いた時点で医師に協力を求めすぐ探すようにする。</li> <li>・ベンシーツ使用時は医師と声を掛け合い術野にあるベンシーツの枚数を確認できる状況をつくる。</li> <li>・看護師は時間を設定しベンシーツのカウントを実施する。</li> </ul>
12	<p>手術中に止血のため綿球を使用した。手術前に10個確認し、術中追加で6個出してもらった。手術の最後に綿球を確認したが1個足らなかった。医師は全部出したと言ったが再度確認しても1個足らなかった。再度口腔内を確認してもらっている最中にゴミ箱に綿球が1個入っているのを外回り看護師が発見し、医師に報告した。口腔内にも見当たらなかった為、術中に1個落としたと医師と共に理解し、カウントOKで手術終了となった。抜管後患者がむせ、口腔内吸引をした際、綿球が1個あるのを発見し除去した。その後ゴミ箱から発見した綿球は手術の前に口腔の周りを消毒した綿球だったと分かりカウントがOKではなかったのに手術終了させてしまった事がわかった。</p>	<p>医師がカウントに積極的ではない。消毒と術中使用した綿球を区別していない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師にもカウントに参加してもらう。</li> <li>・カウントを正確に行う。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
13	喉頭鏡下咽頭嚢腫摘出術（経口腔法）が行われた。手術が開始され、異物カウント表に使用された綿球の数が記載された。標本が摘出された段階で、異物カウントを行った。異物カウント表には、中綿球10個・小綿球20個と記載されていた。1回目に異物カウントすると数が1個足りないので医師に報告し、2回目の異物カウントを行い数があった。さらに手術が進められ、もう一度異物カウントを行った。このときは1個増えてしまった。異物カウント表に記載している看護師に、記載内容を確認すると「消毒の時に使われた綿球2個」が記載されていないことがわかり、1個足りないことがわかった。医師に報告し、術野を探すと、鼻腔より1個の綿球が発見された。	異物カウントを行っているが、記入しなければいけない物が決められていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術創の閉創前には、異物カウントも含めて手術器具のカウントも行うようにしているが、もう一度何をカウントするのかを見直してカウントする内容を決定した。</li> </ul>
14	手術開始後、術野でベンシーツを使用していた。途中医師が使用していたベンシーツの糸の部分を持って床に落とした。手術終了後ガーゼカウント時に他の看護師から、ベンシーツの切れた糸はどこにあるか聞かれた。その時床に落ちた事を伝え探したが見つからず、ゴミ箱の中から出てきた。	ベンシーツの糸を切って床に落ちた時、外回り看護師に報告することや拾ってもらうことを考えなかった。報告が必要という認識がなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>糸を切ったらその場で外回り看護師に声を掛け拾ってもらう（状況報告を行う）。</li> <li>ベンシーツの糸を確認し易くするため、巻きつけず確認しやすい状態にしておく。</li> </ul>
<b>【縫合針 1件】 類似事例 26件</b>			
15	看護師が直接介助を行っていた。執刀医から4-0モノクリル針で吻合後、持針器が返ってくるのと同時に、介助医に「モスキート」と言われた。執刀医から返ってきた持針器をメーヨー台に置き、介助医にモスキートを渡した。その直後に、持針器の針を処理しようと確認すると、針がついていなかった。直ぐに周囲の確認を行うが見つからなかった。術後X線撮影にて術野に針がないことを確認して手術を終了した。患者が手術室退室後に、シート・ゴミ・ガーゼ・吸引ボトル内・手術ベッド周囲を探したが見当たらなかった。最後に清掃用の布で床を拭くと、針が巻きついた。	直接介助を行う看護師は、持針器が戻されたときに針がついているのかを確認することが義務付けられているが行わなかった。また看護師の技術も未熟であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師は、持針器を受け取った時に「針」があることを確認する。</li> <li>技術練習を行う。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【鉗子类 2件】 類似事例 7件</b>			
16	肝外側区域切除術開始した。器械は開腹用セットと血管採取用セットがあり、双方の術前器械カウントは一致した。血管採取終了、血管採取セットの器械カウントは一致し、手術室から滅菌室へ器械を送った。手術終了し、閉腹時器械カウントを行なった。五爪セッシが1本（定数2）不足し、カウントは不一致であった。医師、看護師で術野や器械台など周囲を探したがみつからなかった。この時、医師より、開腹用の器械を1本を血管採取器械と一緒に下ろしたと報告を受けた。すでにこれらの器械は滅菌室へ搬送しており、確認困難であった。腹部のX線撮影をし、体内遺残のないことを確認した。	手術に使用する器械は、手術終了後に患者が手術室を退室するまで部屋の外に出さない、というルールの違反があった。数多くのME機器を使用する手術であり、手術室内が非常に狭くなった。器械カウントが一致しており、滅菌室に器械を下ろしても大丈夫であるという誤った判断をした。	<ul style="list-style-type: none"> <li>使用済みの器械で器械カウントが一致していても手術終了、患者がまで器械を外に持ち出さない。</li> </ul>
17	帝王切開手術終了直前にダブルチェックで器材カウントを行い、体内残存がないことを確認した。手術終了後器械を片付けた時に、リスタ鉗子が2本ないことに気付いた。結果、産科病棟看護師が胎盤と共に病棟に持ち帰っていたことがわかり、器材カウントOKであった。	病棟が器械を持ちだす時は声かけし伝達するというルールがされていなかった。器械カウントを2人の目で行うという方法が正しく行われていず、お互いの言葉のみを鵜呑みにして、目で見確認していない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>不潔野におちた器械は、直接・関節介助者間で声を掛け合い確実にカウントしていく。</li> <li>産科病棟と話し合い、手術室から器材を持ち出す時は担当看護師に声をかけるルールとした。</li> </ul>
<b>【メス類 1件】</b>			
18	骨形成的ヘルニア除去術の直接介助についた。器械は別の看護師が用意した。メスの刃、消毒鉗子も作っており、整理整頓もされていた。袋に入っている器械を袋の上からカウントをして、手術にはいった。途中、直接介助を交代した。手術終了後、使用していないメス柄がコンテナの中に残っていないことを交代してきた看護師が発見し、メス柄を探したが、みつからなかった。術前にあったと言い切れず、曖昧なカウントをしたまま手術に入っていた。	手術前の器械カウントがいい加減であった。自信のもてるようなカウントができていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>術前に確実に自信が持てるようなカウントを行い、カウント用紙にサインをする。</li> <li>用意がされている状態でもカウント用紙にそって確実にカウントする。</li> <li>袋にはいつている鉗子類は出して、カウントしていったものから袋に戻す。</li> <li>カウントは合っていると過信しない。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【チューブ類 1件】 類似事例 2件</b>			
19	人工膝関節置換術において関節内にドレーンの一部を遺残した。執刀医がドレーン挿入し、手術助手が関節内のドレーンを切断し、その後双方で取り出しを確認しないまま手術を終了した。手術終了直後のX線撮影では置換術の結果のみの確認で遺残を考慮した確認はしなかった。術後2週間後のX線撮影で遺残を発見し家族に説明後、再手術を施行した。	院内ルールで術後遺残の早期発見目的でX線撮影を義務化されていたが、整形の場合は、手術結果の確認で、遺残可能性からの確認という意識が希薄であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術終了時、執刀医と手術助手でX線撮影で遺残有無について確認する。</li> <li>病院内の類似事故防止として遺残防止マニュアルの見直しをする。</li> </ul>
<b>【その他 4件】 類似事例 14件</b>			
20	医師が手術で摘出した副腎腫瘍の組織を、患者の家族に説明するためと病理標本にするため、手術室外に持ち出した。その時、器械とX線不透過ガーゼを一緒に持ち出したが、外回り看護師・器械出し看護師共、それぞれの業務を行っていたために気付かなかった。閉腹時の器械カウントで合わないことが判明した。その後、医師の持ち出しがわかったため、持ち出した器械、ガーゼ数と、病理標本室に置かれた数の一致を確認した。更に、術後のX線画像で異残物がないことを確認した。	確認が不十分だった。他のことに気をとられていた、医師と看護職の連携不適切、多忙であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師に術中に組織を持ち出す時、器械やガーゼと一緒に持ち出さない事を周知徹底する。</li> </ul>
21	術野にスクリューヘッドが脱落するのを防止するため、最後に閉めるブレイクドライバーカウンタートルクは、スクリューヘッドが約10個たままる仕組みになっている。手術が終わり、閉創後のX線画像を待ちながら業者に器械にたまったスクリューヘッドの出し方を教わり取り出してみたら、6個あるはずのヘッドが1個不足していた。器械台の上に紛れていないか探したが見当たらず、医師・業者・外回り看護師に伝えた。イメージの写真で確認するとスクリューヘッドがついたまま写っていることがわかり、患者は麻酔中であったため手術を再開した。	確認遅れ・知識不足であった。当事者は本来ダブルで器械出しをするべきであったが、緊急手術が立て込み、予定手術も終わらないため、途中から一人で器械出しをする状況であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>勉強会でメーカーは、スクリューヘッドを切り終えたら速やかにカウントするよう説明した。</li> <li>再度、勉強会を計画した。</li> </ul>

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
22	<p>腹腔鏡下で卵巣嚢腫摘出術を行った。その後、腫瘍を摘出する目的で作った手袋を腹腔内に残したことに気付いた。手術助手の医師、手術室看護師に確認したところ、手袋を取り出した記憶が無かった。患者と家族に全て話をし再手術に同意してもらった。再度腹腔鏡下で手術を行い、残した手袋を体外に取り出した。</p>	<p>腹腔鏡下手術において、摘出腫瘍等を入れて回収する袋は、当院は、ゴム手袋を改良した物を使用するケースが多い。今回の場合、手袋は入れたが腫瘍が大きすぎて使用しなかった。腹腔内に物を出し入れする時は医師、看護師が声をかけあって確認するルールがあるが、今回の手袋は確認できなかった。また、画像を記録する機械に故障が発生し、スタッフが慌てていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腹腔内で使用しない場合は、直ちに体外に出すことを徹底する。</li> <li>・腹腔内に物を入れた時、出した時は、医師、看護師が声を掛け合い確認するルールを遵守する。</li> <li>・回収袋に関しては、既製品を導入することを検討する。</li> </ul>
23	<p>手術が終了し、閉創前に器械カウントを行った。器械が合ったことを外回りの看護師に伝えた。閉創後、手術で使用しなかったメツツェン（剥離剪刀）がひとつないことに気づき、部屋を探したが見つからなかった。初めからなかったのかもしれないと思い、次の日に交代前に手術についていた看護師に確認することにした。その後、別の看護師の確認により、初めからメツツェンが入っていなかったことがわかった。</p>	<p>閉創前に適確なカウントができていなかった。カウントに対する認識が甘かった。器械がみつからなかったが、確認を次の日にしようとし、責任のある行動がとれなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の体内に異物を残さないために再度カウントの重要性を認識し、適確なカウントをする。</li> <li>・器械がみつからなかったり、手術でイレギュラーなことが発生した場合、早急に報告をする。</li> </ul>

## 【6】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27・28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<sup>(注)</sup>。

(注) 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 28-877：(アスパラ K と KCL を間違えた事例)

発生月【4月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【不明】 発生時間帯【18時～19時台】 発生場所【病棟その他の場所】
男性 70歳 患者の心身状態【不明、その他】 発見者【同職種者】
当事者の職種【看護師、不明】 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・観察【不十分であった】 判断・知識【誤りがあった】 心理的状況【慌てていた】 その他【その他】
影響度【仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度（処置が必要）と考えられる】
<内容> 点滴混注において、ソルデム 3 A にアスパラカリウムを混注するところを、KCL を混注してしまい、他の看護師に発見された。その患者の伝票を見ながら混注をしていたが、自分の頭の中でカリウム製剤は KCL という思い込みがあり、混注間違いをしてしまった。
<要因> 自分の頭の中でカリウム製剤は KCL という思い込みがあった。
<改善策> ワークシートと薬品の確認を、慌てている時であっても、指差し声出し確認で確実に行う。 思い込みをなくす。 点滴を混注する時間を確保し、点滴混注中には、メンバーに業務を依頼するなどをして、集中して行う。

事例 28-2204：(廃液ドレーンに輸液ルートを接続)

発生月【5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 73歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【同職種者】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【5年2ヶ月】 部署配属年数【0年2ヶ月】
発生場面【その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する場面】 発生内容【接続間違い】 発生要因-確認【不十分であった】 判断【誤りがあった】 報告等【不適切であった】 心理的状況【思い込んでいた】 連携【看護職間の連携不適切】 教育・訓練【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> 左腹部から P T C D チューブと右腹部から肝膿瘍ドレーンが挿入されていた。右手背からは、末梢点滴のルートが確保され、輸液が行われていた。定時の抗生物質の静脈点滴を行うため、患者のベッドサイドの訪問し、臥床している患者の左側に点滴台が置かれ、点滴台上部には輸液ボトルが吊るされ、点滴台下部には、2つのドレーンの廃液バックがそれぞれぶら下げられていた。腹部中央に三方活栓があったので、指示の静脈点滴をつないだ。終了後他の看護師が、空の抗生剤バックをはずそうとしたところ、肝膿瘍ドレーンについていた三方活栓に抗生剤のバックが接続されており、誤接続であることに気付いた。主治医に直ぐ報告し、廃液量の確認と患者の状態観察を行ったが、症状の変化はなかった。
<要因> ドレーンに三方活栓を使用することに問題があった。各種ドレーンを取り扱う時の刺入部確認が不十分であった。血管内と血管以外の使用も同一の三方活栓を使用していた。末梢静脈点滴も肝膿瘍ドレーンも右側から挿入され、患者の腹部には2個ルートが体の上を通り、いずれも三方活栓がつけられていた状態にあった。接続した看護師も三方活栓は目に付いていたが、刺入部まで確認できていなかった。肝膿瘍ドレーンは時々流出が少なくなり、閉塞を防ぐため医師により三方活栓がつけられ、生食でフラッシュされることがあり、そのままドレーンに三方活栓がつけられたままになっていた。
<改善策> 血管アクセスルートへの三方活栓のカラー識別を検討する。 原則ドレーンに三方活栓を活用しない。 ドレーン類を取り扱うときは、必ず刺入部確認を手で繰り返す。 各種ドレーンの刺入部表示をルートにテープを貼り、刺入部を記入し、わかりやすくする。

## 事例28-1054：(輸液の隔壁開通忘れ)

発生日【6月】 発生日【土曜日】 曜日区分【休日】 発生時間帯【14時～15時台】 発生場所【病室】
女性 68歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【同職種者】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【0年2ヶ月】 部署配属年数【0年2ヶ月】
発生場面【中心静脈注射】 発生内容【無投薬】 発生要因-確認【不十分であった、その他】 知識【不足していた】 技術(手技)【誤った、その他】 心理的状況【慌てていた、緊張していた、思い込んでいた、無意識だった】 勤務状況【多忙であった、その他】 薬剤【性質上の問題】 教育・訓練【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】
<p>&lt;内容&gt; 中心静脈栄養として、フルカリックが投与されていた。接続予定の1時間ほど前に準備を行なった。フルカリックは、薬液が2室に分かれ、さらに上室の上にビタミン剤が付いておりストッパーで仕切られている。まずこのストッパーを折ってビタミン剤を混和させ、その後上室と下室を混和させて全体を混ぜて準備する。当事者は、この薬剤を扱うのは初めてであったが、形が似ている薬剤の準備を行なっていたため、同様に行なえばよいと判断し、上室と下室の混和を行い、ビタミン剤のストッパーを折らず、混和させないまま、接続してしまった。翌日の勤務者が、ビタミン剤が残っていることに気付いた。ビタミン欠乏状態の可能性があった。</p>
<p>&lt;要因&gt; 入社2ヶ月で、まだフルカリックを扱ったことがなかった。似ている薬剤の準備を行なっていたことで、同様に行なえば良いと思いついた。初めて行なうことであったが、他の看護師に方法の確認を行わず、取り扱い説明を確認しなかった。ダブルチェックで開通確認を行なっていることを知らなかった。病棟での新人指導の中で、ダブルチェックについて不十分であった。当日の受け持ち患者6人のうち、点滴がある患者が5人と多く、分担に問題があった。点滴セットの交換もあり慌てた。</p>
<p>&lt;改善策&gt; 初めて行なう準備や処置の場合は必ず他の看護師に方法の確認を行なう。 二層式になった点滴の準備時のダブルチェックの徹底する。 未経験のことについて、定期的に振り返りの時間を作って指導する。 投与されている薬剤については、薬効や投与方法などを正しく理解するよう徹底する。 点滴準備は、落ち着いた時刻に、余裕を持って行なう。</p>

事例28-2603：(アレルギー情報の確認不備による禁忌薬剤の投与)

発生月【6月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【16時～17時台】 発生場所【外来その他の場所】
男性 91歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【同職種者】
当事者の職種【医師、看護師】 職種経験年数【20年2ヶ月】 部署配属年数【15年2ヶ月】
発生場面【診察】 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】 システム【連絡・報告システムの不備】 連携【医師と看護職の連携不適切】 勤務状況【多忙であった】 教育・訓練【マニュアルに不備があった】
影響度【その他】
<内容> 化学放射線療法を施行した患者に対し、効果判定のため膀胱鏡を予定した。膀胱鏡検査を行い、検査自体は問題なく終了した。膀胱鏡検査時に、感染予防のためクラビット2錠を内服した。クラビット内服時にはアレルギーの有無を確認することになっているが、今回は十分ではなかった。40分後、病棟より緊急コールがあった。患者はベッドから転倒、眼瞼を裂傷、血圧60台に低下し、ショック状態であった。クラビットによるアレルギー性ショックと診断された。カルテには“キノロン”禁忌と書かれていた。
<要因> アレルギーの有無の確認が不十分だった。膀胱鏡検査は処置伝票を外来にファックスしているが、それにもクラビット内服を明記していた。指示出し時にも確認していなかった。カルテを外来に持って行くようにしていなかった。
<改善策> 検査時には必ずカルテを確認し、さらに患者に確認する。

事例28-658：(潰瘍性大腸炎の患者へのボルタレン坐薬の投与)

発生月【5月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【不明】 発生時間帯【22時～23時台】 発生場所【病室】
女性 30歳 患者の心身状態【障害なし、不明】 発見者【同職種者】
当事者の職種【看護師、不明】 職種経験年数【1年月数不明】 部署配属年数【1年月数不明】
発生場面【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】 心理的状況【慌てていた】 その他【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> 潰瘍性大腸炎合併の褥婦に、ペインコントロールとしてポンタール内服のみの指示が出ていた。内服のみでは痛みが緩和しなかった為、医師に他の痛み止めの処方を依頼し、ボルタレンサポの指示が出て、薬剤を挿入した。挿入後、他のスタッフによりその患者が潰瘍性大腸炎合併であることを指摘された。
<要因> 医師に報告し、患者の全身状態の観察を行った。
<改善策> 疾患に対する知識を習得する。 患者の合併症・既往歴を把握し、禁止薬剤を知る。 合併症・既往歴で必要だと判断されるものは看護ワークシート、産褥フローシートに記入する。 通常と違う指示がある場合は、その理由を把握する。

## 事例28-1928：(バッテリーが搭載されていない人工呼吸器を発電電源に接続した事例)

発生月【4月】 発生曜日【火曜日】 曜日区分【不明】 発生時間帯【20時～21時台】 発生場所【ICU】
女性 47歳 患者の心身状態【意識障害、不明】 発見者【同職種者】
当事者の職種【看護師、臨床工学技師】 職種経験年数【年数不明月数不明】 部署配属年数【3年1ヶ月】
発生場面【その他】 発生内容【その他の誤操作】 発生要因-確認・観察【不十分であった】 施設・設備【電気系統】 その他【その他】
影響度【仮に実施されていても、患者への影響は小さかった(処置不要)と考えられる】
<内容> 通常救命センターでは、人工呼吸器の電源を無停電電源に接続することになっている。しかし、人工呼吸器の電源が発電電源に接続されていた。使用されていた人工呼吸器は、バッテリーが搭載されていないタイプのものであった。臨床工学技士が1日に3回、使用中点検を実施しているが、確認ミスがあり、発見が遅れた。発見後速やかに医師に報告し、電源を無停電に接続しなおした。その際、患者の換気はアンビューバックにより行った。
<要因> 使用中点検を実施しているが、確認ミスがあった。臨床工学技士は、人員が少ないこともあり、複数人での勤務が難しく、ダブルチェックが困難であった。
<改善策> 救命センターの人工呼吸器は、半数以上の人工呼吸器がバッテリーの搭載されていないものであり、無停電電源に接続していなければ、停電時に作動が停止してしまうため、必ず無停電に接続する。 生命維持管理装置の中でも最重要と考えられる人工呼吸器にバッテリーが搭載されていない(購入後20年が経過している)ことが問題であり、早急な更新を行う。 人工呼吸器使用開始時の点検をMEが確実にこなう。 複数人でのダブルチェックなどが難しいため指差し確認などを取り入れ、出来る限り確認を行なう。

## 事例28-1435：(インピーダンスバルブの接続間違い)

発生月【5月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【16時～17時台】 発生場所【不明】
女性 0歳 患者の心身状態【不明】 発見者【同職種者】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【7年2ヶ月】 部署配属年数【3年3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】
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】
<内容> 入院する患児にハミングVの呼吸器を使用するため準備をした。この時、本来ならば加湿器より患者側の回路につけるべきインピーダンスバルブを、呼吸器から加湿器に接続する側に接続していた。呼吸器は作動しており、日勤帯ではアラームはならなかった。17時30分気道内圧上昇のアラームが鳴り、準夜勤者がインピーダンスバルブが逆についていることを発見した。
<要因> 組み立てる場合、今まで一人でいい一人で確認していた。
<改善策> 組み立てる場合は2人で行い指差し呼称をして確認する。 呼吸器ごとに回路を組み立てた状態の写真を取り付ける。

事例 28-1925：(人工呼吸器の呼気フィルタの異常)

発生月【5月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【不明】 発生時間帯【12時～13時台】 発生場所【ICU】
女性 67歳 患者の心身状態【薬剤の影響下、不明】 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【年数不明月数不明】 部署配属年数【0年1ヶ月】
発生場面【その他】 発生内容【医療・歯科医療用具（機器）の点検管理ミス】
発生要因-確認・観察【不十分であった】 知識【不足していた】 技術（手技）【未熟であった】
勤務状況【多忙であった】 教育・訓練【不十分であった】 その他【その他】
影響度【仮に実施されていても、患者への影響は小さかった（処置不要）と考えられる】
<p>&lt;内容&gt; 呼吸状態が悪化し挿管した患者に対し、人工呼吸器を装着した。装着後、担当医師が人工呼吸器の作動不良（患者回路のリーク）を発見した。患者側（カフ漏れや接続不良など）には異常が見られず、人工呼吸器回路側にも明らかな異常が見られなかったため、人工呼吸器の不良を考え、人工呼吸器を交換した。交換中は、医師がアンビューバックにて換気を行った。作動不良中、人工呼吸器のアラームは鳴らず、作動不良の人工呼吸器の装着期間は、30分程度であったと考えられる。その間、患者バイタル、酸素飽和度等の低下は見られなかった。人工呼吸器は点検済であり、使用直前点検にて臨床工学技士が正常作動を確認していた。人工呼吸器交換後、点検を行ったところ、人工呼吸器の呼気フィルタに異常が発見された。</p>
<p>&lt;要因&gt; 今回の人工呼吸器作動不良は、呼気フィルタの破損によるものであったが、テストラングでの作動確認では異常が発見できず、アラームも発生しない程度のリークであった。</p>
<p>&lt;改善策&gt; 呼気フィルタの破損は、人工呼吸器との接続の際に発生しており、人工呼吸器点検後（リークチェック後）の再接続は避ける事とした。 過去を類似した事例は何回か発生しているため、メーカーなどと相談し、不具合情報提供などを利用して、人工呼吸器や用具そのものの改善に対しても働きかけていく。</p>

事例 28-380：(松葉杖歩行訓練中の転倒)

発生月【4月】 発生曜日【火曜日】 曜日区分【不明】 発生時間帯【16時～17時台】
発生場所【外来のその他の場所】
男性 35歳 患者の心身状態【下肢障害、不明】 発見者【当事者本人】
当事者の職種【看護師・不明】 職種経験年数【10年11ヶ月】 部署配属年数【0年11ヶ月】
発生場面【その他】 発生内容【その他】 発生要因-確認・観察【不十分であった】 環境【床が濡れていた】 その他【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】
<p>&lt;内容&gt; 左脛骨骨折にて患肢ギプス固定中であり、松葉杖を使用し看護師付き添いで歩行練習を行っている患者。歩行練習をしようと、病室を出て廊下で数歩歩行した際に、廊下に水分があり滑って転倒した。患肢に荷重はかけることなく、左臀部を下にしていた。</p>
<p>&lt;要因&gt; 患者の病室は浴室の前であり、廊下にごく少量の水滴があった。浴室では、入浴介助が行われた後であった。</p>
<p>&lt;改善策&gt; 歩行練習を始める前に、歩行練習の経路となる場所に水分がないかを確認する。 歩行練習を行う時は浴室の出入りが少ない時間帯を選択する。</p>

## 事例 28-234：(運動訓練中の転倒)

発生月【5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【機能訓練室】
男性 12歳 患者の心身状態【上肢障害、下肢障害、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【8年1ヶ月】 部署配属年数【3年1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】
発生要因-確認・観察【不十分であった】 諸物品【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】
<内容> 立位台で固定し抗重力筋の訓練を行っていた。体の動きを出すため、固定したまま上肢はボールを投げたり受けたりし、担当者は少し離れてキャッチボールをしていた。固定がしっかりとされているかの点検が不十分で固定台のベルトが途中で外れ、転倒した。
<要因> 固定台のベルト固定の点検が不十分であった。本来万が一のことを考え、すぐそばでできる上肢の運動訓練を行い、すぐ介助できる位置にいるべきであった。
<改善策> 固定ベルトの業者点検と、使用前の担当者の確認を行う。 固定ベルトが不備な時は使用しない。 担当者は万が一の場合に備え、介助できる範囲で患者に接する。

## 事例 28-1729：(食事評価の際の顎関節脱臼)

発生月【6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【病棟その他の場所】
女性 78歳 患者の心身状態【意識障害、痴呆・健忘、上肢障害、下肢障害、歩行障害、その他】
発見者【当事者本人】
当事者の職種【言語聴覚士 (ST)】 職種経験年数【0年3ヶ月】 部署配属年数【0年3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】
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】
連携【医師と技術職の連携不適切】
影響度【仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度（処置が必要）と考えられる】
<内容> ナースステーションにて、理学療法士より担当患者の理学療法施行中に欠伸により顎関節脱臼したという報告を受けた。医師による整復に同席し「あまり大きな口を開けないように」との指示を看護師と共に受けた。看護師がホールの食事の場所へ患者を移送し、先輩 S T が看護師に食事の可否を確認、了承を得たため、食事評価の準備をしていたところ、別の看護師が義歯を持ってきた。先輩 S T に義歯装着の可否を確認し、装着したところ 2 回目の顎関節脱臼を起こした。
<要因> 整復後、食事の可否を医師に確認しなかった。看護師に確認しただけで、食事をして問題ないと判断した。入院前、何度か顎関節脱臼したことがあるという情報を得ていなかった。顎関節脱臼についての知識が不足していた。
<改善策> 確認すべき内容を判断し、医師の指示のもとリハビリテーションを行う。 看護師から得るべき情報と医師に確認し、指示を仰ぎ内容の区別をつける。 家族には入院前の生活での問題点など詳しく聴取する。 顎関節脱臼に関する知識を得て、今後のリハビリテーションに生かす。

**事例 28-2534：(複数の患者を同時に採血したことによる検体取り違い)**

発生月【4月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【6時～7時台】 発生場所【病室】
女性 23歳 患者の心身状態【その他】 発見者【他職種者】
当事者の職種【不明】 職種経験年数【年数不明月数不明】 部署配属年数【年数不明月数不明】
発生場面【輸血検査】 発生内容【検体取り違い】 発生要因-確認【不十分であった】
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】
<p>&lt;内容&gt; 19時頃、検査室へ患者Aのクロスマッチ用血液と患者Bの血液検体が提出された。同日23時頃医師より患者Aの輸血のオーダーが入力された。19時に提出されたクロスマッチ用血液でクロスマッチ検査を実施したが不適合となった。患者Aのクロスマッチ用血液で血型を調べるとA型であった。患者Aの血液型はB型であるため、主治医に連絡し、再度クロスマッチ用血液の提出を依頼し、クロスマッチ検査を実施した結果、19時に提出された血液は他の患者の血液であった。</p>
<p>&lt;要因&gt; 同時に複数の患者の採血をした。検体と患者の照合の確認が不足していた。</p>
<p>&lt;改善策&gt; 検体と患者の照合についてのマニュアル遵守する。</p>

**事例 28-3433：(輸血依頼伝票の記載間違いによる製剤及び製剤量間違い)**

発生月【4月】 発生曜日【土曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【0時～1時台】 発生場所【ICU】
男性 58歳 患者の心身状態【床上安静】 発見者【当事者本人】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【年数不明月数不明】 部署配属年数【年数不明月数不明】
発生場面【その他の輸血に関する場面】 発生内容【製剤取り違い輸血】 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】
<p>&lt;内容&gt; 貧血のためRCC投与の指示あり、準夜帯で輸血依頼伝票、クロス血採血を検査室に提出した。後に輸血の準備が出来たと連絡あり、輸血製剤取扱い伝票を検査室に提出した。深夜勤務者にI r-RCC-LR投与予定であると申し送った。深夜帯で製剤を受け取るが溶解されたFFPであった。輸血依頼伝票を確認すると、FFPの欄に3と記入してあり、輸血製剤取扱い伝票もFFPの欄にチェックがしてあった。医師指示書にはRCC2単位投与の指示であった。医師に報告しFFPは破棄となり、後日I r-RCC-LR発注を行った。</p>
<p>&lt;要因&gt; 輸血製剤依頼伝票を記入の際、指示書と合わせての確認を怠った。看護師が転記するルールになっていた。</p>
<p>&lt;改善策&gt; マニュアルに沿ったダブルチェックを確実に実施する。 輸血製剤取扱い伝票の記載を誰がするか再検討する。</p>

## 事例 28- 2207 : (試薬を間違えたことによる Rh 式血液型の判定間違い)

発生月【6月】 発生曜日【金曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【16時～17時台】 発生場所【検査室】
男性 69歳 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【12年2ヶ月】 部署配属年数【8年6ヶ月】
発生場面【輸血検査】 発生内容【クロスマッチ間違い】 発生要因-確認【不十分であった】 技術(手技)【誤った】 心理的状況【慌てていた】 勤務状況【多忙であった】 教育・訓練【不十分であった、マニュアルに不備があった】
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> ヘモグロビン低値の患者の血型オーダーが出た。外注の指示であったが、輸血の可能性があるの で院内で検査を行った。結果がRh-の結果を得た。再検査は同一人物が行い再度Rh-の結果だった。 確認のため、同一検体を外注に提出した。翌日、輸血の指示が出たため、A型Rh-の血液を発注し、 血液が届いたときに外注先からA型Rh+の報告が届き、血液センターの人に修正を依頼し、A型 Rh+の血液を受け取り、クロスマッチを実施した。血液型の不一致があったので前日の検体のう ち一部検査室に残っていた血液で再度Rhの検査を行ったところ、Rh+の結果を得た。患者に異 型輸血する事はなかった。
<要因> 血型検査時は、判定とシステム入力に監視し、複数で確認を行い判定カードも保管していた。 Rh-が出たときは再検査方法についての手順がなく、担当者により様々になっていた。今回は、 試薬の劣化ではなく、間違っただけのボトルの別の試薬を加えた可能性が考えられた。
<改善策> Rh-が出た場合は、別の技師が再度検査を行うなど詳細に手順を見直し、誤判定しないようにする。

## 事例 27- 537 : (手術時のガーゼの紛失1)

発生月【1月】 発生曜日【火曜日】 曜日区分【不明】 発生時間帯【16時～17時台】 発生場所【手術室】
女性 85歳 患者の心身状態【麻酔中・麻酔前後、不明】 発見者【同職者】
当事者の職種【看護師、不明】 職種経験年数【10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・観察【不十分であった】 心理的状況【思い込んでいた】 システム【その他】 連携【その他】 記録等の記載【その他】 勤務状態【多忙であった】 環境【その他】 施設・設備【その他の保守管理に関する問題】 教育・訓練【その他】 患者・家族への説明【その他】 その他【その他】
影響度【仮に実施されていても、患者への影響は小さかった(処置不要)と考えられる】
<内容> 大腿骨骨折手術の閉創時のガーゼカウントの際、数が合わず、スタッフの応援を頼みガーゼを探 した。手術中、その機器にかけてあったリネンにガーゼがまぎれていたところを発見した。発見 が早かったため、閉創終了には間に合うことができた。
<要因> 機器、モニター、電気メスなどがあり、携わる人も多かったため、部屋で行動できる範囲が狭くなっ ていた。そのため、リネンにガーゼがまぎれていることに気付かなかった。術野でガーゼや器械 の出し入れが多かったため、術野にガーゼが残っている可能性が高いと思い込んでいた。
<改善策> リネンにはガーゼが巻き込みやすいことを考慮する。 使用したものを全てをきちんと確認していく。 ものの位置、配置は動線を考えて置く。 放射線科技師にも、リネンを床に置かないことの協力を依頼する。

事例 27-570：(手術時のガーゼの紛失 2)

発生月【2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【手術室】
男性 83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【0年9ヶ月】 部署配属年数【0年9ヶ月】
発生場面【鏡視下手術】 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【医師と看護職の連携不適切】
影響度【仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度（処置が必要）と考えられる】
<p>&lt;内容&gt; 腹腔鏡下ヘルニア手術施行中、メッシュ（筋膜や靭帯の代わりの人工素材）を挿入後、ガーゼカウントを行い枚数を確認し腹膜の縫合を始めた。途中、執刀医から「1/3ガーゼ」と指示があり直接介助看護師が渡した。腹膜の縫合が終わったところで、執刀医から「ガーゼは残っていないか」と確認があったため、「1/3ガーゼが残っている」と答えた。執刀医は術野を確認したが見つからず、縫合した腹膜を小切開したところ腹膜とメッシュの間から1/3ガーゼが発見された。</p>
<p>&lt;要因&gt; ガーゼカウント後に、ガーゼが使用された時は、閉腹する前に介助している看護師がガーゼカウントをし、申し出ることになっているが、行なわれていなかった。</p>
<p>&lt;改善策&gt; 看護師の知識や技術が不足しているので教育を行い、ガーゼを使ったら必ずガーゼカウントを行う。 医師との話し合い、連携を保つ。</p>

事例 27-612：(手術中のガーゼの紛失 3)

発生月【不明】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【14時～15時台】 発生場所【手術室】
性別【不明】 年齢【不明】 患者の心身状態【麻酔中・麻酔前後】 発見者【不明】
当事者の職種【看護師】 職種経験年数【20年月数不明】 部署配属年数【10年月数不明】
その他【その他】
影響度【不明】
<p>&lt;内容&gt; 医師が手術で摘出した副腎腫瘍の組織を、患者の家族に説明するためと病理標本にするため、手術室外に持ち出した。その時、器械とX線不透過ガーゼを一緒に持ち出したが、外回り看護師・器械出し看護師共、それぞれの業務を行っていたために気付かなかった。閉腹時の器械カウントで合わないことが判明した。その後、医師の持ち出しがわかったため、持ち出した器械、ガーゼ数と、病理標本室に置かれた数の一致を確認した。更に、術後のX線画像で異残物がないことを確認した。</p>
<p>&lt;要因&gt; 確認が不十分だった。他のことに気をとられていた、医師と看護職の連携不適切、多忙であった。</p>
<p>&lt;改善策&gt; 医師に術中に組織を持ち出す時、器械やガーゼを一緒に持ち出さない事を周知徹底する。</p>

## 事例27-605：(手術の際の腹腔内の異物残存)

発生月【2月】	発生曜日【水曜日】	曜日区分【平日】	発生時間帯【14時～15時台】	発生場所【手術室】
女性 58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【30年10ヶ月】		部署配属年数【14年10ヶ月】		
発生場面【鏡視下手術】				
発生内容【診療・治療等のその他のエラー】				
発生要因-確認・観察【不十分であった】				
心理的状況【慌てていた、他のことに気を取られていた】				
勤務状態【多忙であった】				
影響度【その他】				
<内容>	腹腔鏡下で卵巣嚢腫摘出術を行った。その後、腫瘍を摘出する目的で作った手袋を腹腔内に残したことに気付いた。手術助手の医師、手術室看護師に確認したところ、手袋を取り出した記憶がなかった。患者と家族に全て話をし再手術に同意してもらった。再度腹腔鏡下で手術を行い、残した手袋を体外に取り出した。			
<要因>	腹腔鏡下手術において、摘出腫瘍等を入れて回収する袋は、当院は、ゴム手袋を改良した物を使用するケースが多い。今回の場合、手袋は入れたが腫瘍が大きすぎて使用しなかった。腹腔内に物を出し入れする時は医師、看護師が声をかけあって確認するルールがあるが、今回の手袋は確認できなかった。また、画像を記録する機械に故障が発生し、スタッフが慌てていた。			
<改善策>	腹腔内で使用しない場合は、直ちに体外に出すことを徹底する。 腹腔内に物を入れた時、出した時は、医師、看護師が声を掛け合い確認するルールを遵守する。 回収袋に関しては、既製品を導入することを検討する。			

## 事例28-1227：(不確実な手術器械の確認)

発生月【6月】	発生曜日【月曜日】	曜日区分【平日】	発生時間帯【18時～19時台】	発生場所【手術室】
性別【不明】	年齢【不明】	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【1年2ヶ月】		部署配属年数【1年2ヶ月】		
発生場面【術後処置】				
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】				
影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】				
<内容>	手術が終了し、閉創前に器械カウントを行った。器械が合ったことを外回りの看護師に伝えた。閉創後、手術で使用しなかったメツツェン（剥離剪刀）がひとつないことに気づき、部屋を探したが見つからなかった。初めからなかったのかもしれないと思い、次の日に交代前に手術についていた看護師に確認することにした。その後、別の看護師の確認により、初めからメツツェンが入っていなかったことがわかった。			
<要因>	閉創前に適確なカウントができていなかった。カウントに対する認識が甘かった。器械がみつからなかったが、確認を次の日にしようとし、責任のある行動がとれなかった。			
<改善策>	患者の体内に異物を残さないために再度カウントの重要性を認識し、適確なカウントをする。器械がみつからなかったり、手術でイレギュラーなことが発生した場合、早急に報告をする。			

**事例 28-1370：(救急物品の補充忘れ)**

発生日【5月】 発生日【金曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【10時～11時台】 発生場所【不明】
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【年数月数不明】 部署配属年数【年数月数不明】
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】
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>&lt;内容&gt; 他の医院より要請があり、8時過ぎにDrカーで出発した。日勤看護師はDrカー乗車時、深夜のメンバーより直接救急BOXを受け取った。他の医院に到着後、気管内挿管をした。その時点で、ジャクソンリースを使用しようと救急BOX内を探したが用意されていなかった。そのため医師は当院まで酸素10Lをアンビューバックで加圧し、搬送した。当院に到着後、患者は呼吸器で呼吸管理を開始した。</p>
<p>&lt;要因&gt; 前日Drカーを使用後、準備段階でジャクソンリースを入れ忘れていた。日勤でフリー業務者が物品のチェックをし、サインをすることになっていた。使用した時点でも、物品の補充は行っていたが、一つ一つチェックリストに沿って確認は行っていなかった。</p>
<p>&lt;改善策&gt; 使用ごとに必ずチェックリストに沿って確認し、誰が行ったかサインをする。救急BOXにも赤のテープを貼り、誰が見ても点検済みとわかるようにした。</p>

**事例 28-2409：(パスおよび電子カルテの不十分な指示)**

発生日【5月】 発生日【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【18時～19時台】
発生場所【ナースステーション】
女性 76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年月数不明】 部署配属年数【2年月数不明】
発生場面【オーダー・指示出し】 発生内容【指示出し・情報伝達不十分】 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【思い込んでいた】
影響度【仮に実施されていても、患者への影響は小さかった(処置不要)と考えられる】
<p>&lt;内容&gt; 糖尿病の患者が定期入院し、糖尿病用心臓手術のパスを使用していた。パス用紙には血糖測定の指示が記載されていたが、当日夕食前に測定をしなかった。糖尿病用心臓手術のパスを使用していることと、血糖測定を行っていることを認識していたが、電子カルテでの医師の指示には血糖測定の指示がなかった。また、糖尿病用心臓手術のパスを使用している場合には、必ず血糖測定をしなければならないということについて認識がなかった。そのため、血糖測定をしなかった。</p>
<p>&lt;要因&gt; パス用紙での指示には気付いていたが、電子カルテ上に血糖測定の指示がなかったため、測定をしないで良いと思った。</p>
<p>&lt;改善策&gt; 指示の確認をする。 パスの内容を再確認する。</p>

## 事例28-2500：(不適切な環境での聴力検査)

発生月【6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【不明】
女性 59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【臨床検査技師】 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【その他の生理検査に関する問題】 発生内容【検査手技・判定技術の間違い】 発生要因-知識【不足していた】 技術(手技)【誤った】
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> 骨導聴力検査時には検耳の反対耳にマスキング(雑音を聞かせる)を行わなければならない。患者A、患者B、患者Cは左右差がありマスキングを行わないと健側の検査音が響いてしまい患側の検査値は得られず検査値は正確ではなかった。当事者はマスキングをかけないで検査を行い検査結果として提出した。熟練者がOAEの検査を行い聴力検査結果を確認したところ、マスキングを行っていないことに気付いた。当日行った他の患者の検査結果を確認したところほか2名の検査手技にも誤りがあることがわかった。
<要因> 検査手技を正しく理解・把握できていなかった。新人技師で未熟で技術不足であり、正しく検査の内容を理解していなかった。
<改善策> 正しい聴力検査ができるよう、気道でマスキングを行う場合や骨導でマスキングを行う場合などを再度マニュアルを見直し、理解する。

## 事例28-2606：(同じ診療科の同姓同名の患者間違い)

発生月【6月】 発生曜日【火曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【10時～11時台】 発生場所【放射線撮影室・検査室】
女性 年齢【患者複数】 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【診療放射線技師】 職種経験年数【年数月数不明】 部署配属年数【年数月数不明】
発生場面【一般撮影】 発生内容【患者取り違い】 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> 同姓同名の患者Aの胸部写真を撮影した。数分後、患者Aから受付係へ「乳房撮影もあるのでは」と質問され確認したところ、乳房撮影の依頼のみがオーダーされており、胸部撮影のオーダーは依頼されていなかった。同姓同名の患者Bの胸部撮影が依頼されていることも分かり、患者Aのオーダーで患者BのX線撮影をしていたことが分かった。胸部撮影時、患者呼び出しの為、「A様」と呼んだところ、同姓同名の患者Bが入室した。本人確認のため姓名を名乗ってもらったが、同姓同名が居ることは知らず、生年月日の確認まではせずに撮影した。事実発覚後、双方へ説明と謝罪を行い、撮影し直した。
<要因> 同時刻、同じフロアに同姓同名の同じ診療科受診の患者がいた。患者確認の時、姓名の確認は行ったが、IDナンバー、生年月日の確認は行わなかった。
<改善策> 姓名、IDナンバー、生年月日の確認を行う。



## IV 共有すべき医療事故情報

### 【1】「共有すべき医療事故情報」

平成20年7月1日から同年9月30日までに報告された事故事例を分析班等において個別に検討する中で、広く共有すべきであると考えられた事例の概要等を図表IV-1-1に示す。なお、事業要綱改定に従い、前報告書(第14回報告書)において対象とされた事故事例についても同様に扱うことになった。

図表IV-1-1 共有すべき医療事故情報

概要	内容	本報告書参照事例番号
	<p>病理検体の取り扱いに関連した事例が報告された。</p> <p>手術で切除した胃組織の切り出しを病理医が行い、検査技師が補助を行った。3日後、検鏡した際に切片の向きが一定方向でなかったため、検査技師と確認し「口側断端陽性」という報告書を作成した。報告書を見た主治医は、患者に「残った胃に癌がある可能性が高い」と説明した。追加手術の際の病理組織学検査では残存癌はなかった。カンファレンスで病理医が全標本を取り出し再構築図を作成した際に、口側断端の切片と腫瘍中心の切片が入れ替わっていた可能性を発見した。</p>	該当なし
検査	<p>左右の乳房から組織が採取され、左右別容器で病理検査室に提出された。右側乳房には1左側乳房には2と区別して病理検査室において組織検査番号が付けられた。組織を処理する際、1(右側乳房)、2(左側乳房)の順に材料を処理した。次にスライドガラスに左から右側乳房の切片、左側乳房の切片の順に載せるところを、右切片の目印となる切りこみが2(左側乳房)にあるように見えたため、左側乳房の切片、右側乳房の切片の順に載せて標本を作成した。スライドガラスのラベルには病理部のルールに従って左から順に1、2、と記載したため、標本1は左側乳房、標本2は右側乳房の組織となった。病理医は標本1を癌、標本2を線維腺腫と診断し、標本1は右側乳房(実際には左側乳房)、標本2は左側乳房(実際には右側乳房)の結果として報告した。病理診断に従い、右乳房の部分切除が行われ、切除後の病理診断で線維腺腫と診断されたため、検体の左右間違いを発見した。</p>	該当なし
医療機器	<p>採血用穿刺器具の不適切な使用に関連した事例が報告された。</p> <p>糖尿病の患者は、自宅では採血用穿刺器具エースレットを使用していた。患者は入院時のため、自分の採血用穿刺器具を持ち合わせていなかったため、当院のものを使用することになった。看護師は、病棟にあったエースレットを使用した。エースレットは複数の患者に使用してはいけない採血用穿刺器具であった。</p>	該当なし

概要	内容	本報告書参照事例番号
治療・処置	<p>眼科手術の際の眼内レンズの間違いに関連した事例が報告された</p> <p>手術患者のため、近視、遠視の2種類の眼内レンズを用意した。手術前日、患者と相談の上、近視用レンズを使用することを決定した。夜、担当医は伝票に記載する際に誤って遠視用眼内レンズの度数を転記した。手術当日、誤って記載された伝票のもと用意された遠視用眼内レンズを挿入した。</p> <hr/> <p>挿入予定の眼内レンズはA社SA60AS+22.0Dであったが、手術直前に主治医が用意したものはB社VA60BBR+22.0Dであったため、執刀医が別の医師に口頭で変更を指示した。指示を受けた医師と看護師の2名でレンズを確認し用意したものがA社SN60WS+22.0Dであった。挿入直前の確認の際に執刀医が誤りに気づき、SA60AS+22.0Dへの変更を指示した。その際、指示を聞き間違えてSA60AS+12.0Dを用意した。その結果、間違ったレンズを患者に挿入した。</p>	<p>該当なし</p> <hr/> <p>該当なし</p>
治療・処置	<p>歯科診療の際の部位間違いの事例が報告された</p> <p>左上顎第1小白歯(24番)および第2大臼歯(27番)の抜歯手術の予定であったが、第1大臼歯(26番)が欠損しており、欠損域が広がったことから、第2小白歯(25番)を第1小白歯(24番)と思い込み、第2小白歯(25番)と第2大臼歯(27番)を抜歯した。当該科では後方から歯を確認する方法が用いられていた。</p>	<p>該当なし</p>
療養上の世話	<p>禁忌食品の配膳間違いの事例が報告された。</p> <p>食事摂取後、洗面台で意識レベル低下している患者を発見した。すぐ意識は回復したが血圧が下がっていた為、処置を施行した。約1時間後、上肢に発赤が出現した為、患者に尋ねると「朝食に出ていた牛乳を好きだから飲んだ」と返答した。入院時より乳製品はアレルギーの為、患者にとって禁止食品となっていたが、誤って配膳されていた。患者は以前にも牛乳を摂取したことによりショックになった経験があった。</p>	<p>該当なし</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-1-2に示す。

図表Ⅳ-1-2 共有すべき医療事故情報（再掲分）

概要	内容	本報告書参照事例番号
薬剤	<p>薬剤アレルギーの情報伝達に関連した事例が報告された。 (第12回報告書143頁、第13回報告書143頁、第13回報告書129頁)</p> <p>1) 患者のカルテには、禁忌の薬剤として、セフェム系薬剤の記載がされていたが、該当する抗生物質を側管から点滴注射した。電子カルテシステムを導入していたが、アレルギー禁忌の項目が入力不十分であった。</p>	<p>73頁 図表Ⅲ-2-1 15番</p>
	<p>2) 病棟担当医はボルタレン坐薬2.5mgを指示し、患者に投与した。患者は、全身掻痒感、顔面紅潮、プレシヨック状態となった。ボルタレンは患者の禁忌薬剤として電子カルテのアレルギー欄に記載されていた。</p>	<p>74頁 図表Ⅲ-2-1 17番</p>
医療機器	<p>酸素吸入療法の際のチューブの不適切な使用に関連した事例が報告された。 (第13回報告書142頁)</p> <p>患者は病棟からベッドのままで看護師Aと研修医により内視鏡検査に搬送中であつた。病棟のエレベーターホールで患者の顔が紅潮し、苦悶状態であることに看護師長が気づき確認すると、気管チューブに直接酸素チューブが接続され、呼吸ができない状態になっていた。直ちに対処し患者の状態は改善したが患者は右気胸をおこしていた。気胸の要因として、酸素チューブの不適切な装着による加圧が考えられた。</p>	該当なし

概要	内容	本報告書参照事例番号
その他	<p>ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例が報告された。 (第13回報告書142頁、第14回報告書130頁)</p> <p>1) 脳性まひの患者の体動により、ベッド柵に接触したため、外傷防止のため、柵をマットでガードしていた。患者がベッド上で、体を反り返しベッド柵のマットへ顔を接触させ、呼吸停止状態であるところを発見した。直ちに処置を行い、事故以前の状態に回復した。ベッド柵のガードを発泡スチロールおよびセラピーマットに変更した。</p>	該当なし
	<p>2) 患者の「看護師さん」と呼ぶ声で訪室したところ、右手でベッド柵を掴み、さらに右手第5指が柵のレバーに挟まった状態であった。起き上がる際、ベッド柵を右手で捕まえ上半身を起した際にベッド柵のレバーの隙間に第5指が挟まり抜けなくなっていた。患者は骨折と診断されシーネ固定となった。</p>	該当なし
薬剤	<p>薬剤の有効期限に関連した事例が報告された。 (第14回報告書128頁)</p> <p>薬剤部が、平成19年度分のインフルエンザワクチンを卸業者に返品するため、在庫品の製造番号確認を行い、卸業者に連絡したところ平成18年度分の製造番号のワクチンがあった。インフルエンザワクチンの接種者のカルテを確認したところ、平成18年度のワクチンを接種した患者が7名いたことがわかった。</p>	74頁 図表Ⅲ-2-1 18番

## 参考 医療安全情報の提供

---

平成18年12月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、平成20年7～9月分の医療安全情報 No. 20～No. 22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

- ① 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
- ② ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業参加登録医療機関
- ③ 情報提供を希望した病院

なお、これまで情報提供の希望を2回募り、医療安全情報 No. 15より、合計4,232医療機関へ情報提供を行っている。

### 【3】提供の方法

主にファックスにより情報提供している。

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

---

(注) 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://www.jcqh.or.jp/html/accident.htm#med-safe>) 参照。

## 【4】医療安全情報 No. 20

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.20 2008年7月



財団法人 日本医療機能評価機構



No.20 2008年7月

# 伝達されなかった指示変更

関連する部署に指示変更が伝わらなかったため、変更前の指示が実施された事例が2件報告されています。(集計期間:2006年1月1日~2008年4月30日、第10回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

**関連する部署に指示変更が  
伝わらなかったため、変更前の指示が  
実施された事例が報告されています。**

変更前の指示	変更内容	変更すべきもの	実施の状況
腫瘍用薬の 投与	投与の中止	注射指示 (画面入力)	変更した (医事課に伝わった)
		診療録	変更していない
		注射箋	変更していない
右眼の手術	左眼に訂正	病棟での術前点眼	変更した
		手術申込み	変更していない
		診療録	変更していない

外来化学療法室に伝わっていない

手術室に伝わっていない

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業



No.20 2008年7月 ◆ ◆ ◆ ◆

## 〔伝達されなかった指示変更〕

### 事 例

外来化学療法法の指示は、医師が事前に診療録と注射箋に記載し、コンピュータの画面入力を行い、診察の当日、診察後に注射箋を確認する流れになっている。

診察の当日、患者の白血球が低下しており、医師は、その日の腫瘍用薬（点滴）投与を中止した。医師は、コンピュータの画面入力により腫瘍用薬投与の注射指示を削除したが、診療録には腫瘍用薬投与中止の指示を記載するのを忘れた。また、腫瘍用薬投与中止のための注射箋の変更を行うのを忘れた。実施前に外来化学療法室の看護師が確認した診療録と注射箋には腫瘍用薬投与中止の記載がなかったため、薬剤の投与を開始した。

### 事例が発生した医療機関の取り組み

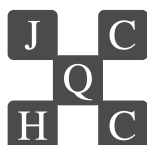
**指示変更を確実に伝える仕組みを  
院内で構築する。**

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

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

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

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



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル10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. 21

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.21 2008年8月



# 血糖測定器の 使用上の注意

No.21 2008年8月

イコデキストリンを含む透析液を投与中の患者の血糖測定に、グルコース脱水素酵素 (GDH) 法のうち補酵素にピロロキノリンキノン (PQQ) を用いた血糖測定器を使用したことにより、実際の血糖値より高値を示し、その値をもとにインスリンを投与した事例が1件報告されています。(集計期間:2006年1月1日～2008年6月30日、第13回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

**GDH法のうち補酵素にPQQを使用する  
血糖測定器は、特定の患者には、  
実際の血糖値より高値を示すことがあります。**

### GDH法のうち補酵素にPQQを使用する血糖測定器を使用できない患者

- マルトースを含む輸液等を投与中の患者
- イコデキストリンを含む透析液を投与中の患者
- ガラクトース負荷試験を実施中の患者
- キシロース吸収試験を実施中の患者
- ブラリドキシムヨウ化メチルを投与中の患者

### GDH法のうち補酵素にPQQを使用する主な血糖測定器

該当機器名	製造販売業者
アキュチェックアビバ	ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社
ニプロフリースタイルメーター	ニプロ株式会社

◆この他の血糖測定器については、添付文書等で測定方法等をご確認ください。

## 〔血糖測定器の使用上の注意〕

### 事 例

病棟にはGDH法を用いた血糖測定器とGOD（グルコースオキシダーゼ）法を用いた血糖測定器があり、2種類の機器の区別を意識せずに使用していた。イコデキストリン透析液を使用している患者に対し、GDH法を用いた機器を使用し、その値をもとにインスリンを投与していた。

11日後、偶然、GOD法を用いた機器で血糖値を測定したところ、今までに比べて低値であったため、疑問に思い、両方の機器で同時に血糖値を測定すると、GDH法を用いた機器では215mg/dL、GOD法を用いた機器では91mg/dLであった。機器の添付文書を確認すると、当該患者に対して不適切な血糖測定器を使用していたことがわかった。

### 血糖測定器に係る「使用上の注意」について、厚生労働省からの通知が出されています。

医政総発第0207001号 平成17年2月7日

薬食安発第0207005号 平成17年2月7日

<http://www.pmda.go.jp/operations/notice/2005/file/20050207001-0207005.pdf>

薬食安発第0907001号 平成19年9月7日

[http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t\\_docframe.cgi?MODE=tsuchi&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=4369](http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe.cgi?MODE=tsuchi&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=4369)

※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 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル10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. 22

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.22 2008年9月



財団法人 日本医療機能評価機構



No.22 2008年9月

# 化学療法の治療計画の 処方間違い

化学療法の際、治療計画の実施間違いが25件報告されています。そのうち、処方間違いにより非投与日に腫瘍用薬を投与した事例が5件報告されています。(集計期間: 2006年1月1日~2008年7月31日、第11回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

**処方間違いにより腫瘍用薬を  
非投与日に投与した事例が報告されています。**

予定した治療計画	実施した治療 の投与日を誤った
ランダ 1日目のみ 5FU 1~5日目	ランダ 1~3日目 5FU 1~5日目
ニドラン 1日目のみ (併用した薬剤 不明)	ニドラン 1~3日目 (併用した薬剤 不明)
カルボプラチン 1日目のみ トポテシン 1,8,15日目	カルボプラチン 1,8日目 トポテシン 1,8,15日目
カルボプラチン 1日目のみ パクリタキセル (投与日 不明)	カルボプラチン 1,8,15日目 パクリタキセル (投与日 不明)
アドリアシン 1日目のみ ブリプラチン 1~7日目	アドリアシン 1,8日目 ブリプラチン 1~8日目

◆化学療法の際の治療計画の実施間違いは、この他、薬剤間違いや薬剤量間違いなどが報告されています。

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業



No.22 2008年9月 ◆ ◆ ◆ ◆

## 〔化学療法の治療計画の処方間違い〕

### 事例 1

治療計画では、「ランダ(1日目のみ)+5-FU(1~5日目)」を投与する予定であった。しかし、医師は、誤って2日目、3日目にもランダを処方し、患者に投与した。

### 事例 2

治療計画では、「カルボプラチン(1日目のみ)+トポテシン(1日目、8日目、15日目)」を投与する予定であった。しかし、医師は、誤って8日目にもカルボプラチンの指示をコンピュータ入力し、患者に投与した。

### 事例が発生した医療機関の取り組み

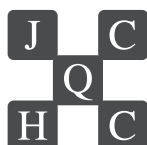
- ・ 治療計画を患者、医師、薬剤師、看護師等と共有する。
- ・ 治療計画に基づいた処方・処方鑑査を行う。

※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 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル10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20年9月30日現在

I 医療法施行規則第十一条の二に基づく報告義務対象医療機関は次の通りである。

## 1 国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所

国立がんセンター中央病院*	国立療養所宮古南静園
国立がんセンター東病院	国立療養所栗生楽泉園
国立国際医療センター	国立駿河療養所
国立循環器病センター*	国立療養所松丘保養園
国立成育医療センター	国立療養所星塚敬愛園
国立国際医療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	まつもと医療センター松本病院	国立病院機構	兵庫中央病院
国立病院機構	まつもと医療センター中信松本病院	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 高松医療センター	国立病院機構 長崎神経医療センター
国立病院機構 善通寺病院	国立病院機構 熊本医療センター
国立病院機構 香川小児病院	国立病院機構 熊本南病院
国立病院機構 四国がんセンター	国立病院機構 菊池病院
国立病院機構 愛媛病院	国立病院機構 熊本再春荘病院
国立病院機構 高知病院	国立病院機構 大分医療センター
国立病院機構 小倉病院	国立病院機構 別府医療センター
国立病院機構 九州がんセンター	国立病院機構 西別府病院
国立病院機構 九州医療センター	国立病院機構 宮崎東病院
国立病院機構 福岡病院	国立病院機構 都城病院
国立病院機構 大牟田病院	国立病院機構 宮崎病院
国立病院機構 福岡東医療センター	国立病院機構 鹿児島医療センター
国立病院機構 佐賀病院	国立病院機構 指宿病院
国立病院機構 肥前精神医療センター	国立病院機構 南九州病院
国立病院機構 東佐賀病院	国立病院機構 沖縄病院
国立病院機構 嬉野医療センター	国立病院機構 琉球病院

### 3 学校教育法に基づく大学の附属施設である病院（病院分院を除く）

愛知医科大学病院 *	香川大学医学部附属病院 *
愛知学院大学歯学部附属病院	鹿児島大学医学部・歯学部附属病院 *
秋田大学医学部附属病院 *	神奈川歯科大学附属病院
旭川医科大学病院 *	川崎医科大学附属病院 *
朝日大学歯学部附属病院	関西医科大学附属枚方病院 *
茨城県立医療大学付属病院	北里大学病院 *
岩手医科大学附属病院 *	岐阜大学医学部附属病院 *
愛媛大学医学部附属病院 *	九州歯科大学附属病院
奥羽大学歯学部附属病院	九州大学病院 *
大阪医科大学附属病院 *	京都大学医学部附属病院 *
大阪市立大学医学部附属病院 *	京都府立医科大学附属病院 *
大阪歯科大学附属病院	杏林大学医学部付属病院 *
大阪大学医学部附属病院 *	近畿大学医学部附属病院 *
大阪大学歯学部附属病院	熊本大学医学部附属病院 *
大分大学医学部附属病院 *	久留米大学病院 *
岡山大学病院 *	群馬大学医学部附属病院 *
金沢医科大学病院 *	慶應義塾大学病院 *
金沢大学医学部附属病院 *	神戸大学医学部附属病院 *

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

#### 4 その他

防衛医科大学校病院 \*

大阪府立成人病センター \*

(\*：特定機能病院)

## 資料2 参加登録申請医療機関一覧（279施設）

平成20年9月30日現在

### 【北海道】

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  
北海道社会保険病院  
医療法人社団北海道恵愛会 札幌南一条病院  
ふじのさわ内科クリニック  
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  
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  
医療法人母恋 日鋼記念病院  
医療法人社団 長田歯科医院  
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】

盛岡市立病院  
医療法人社団帰厚堂 南昌病院  
財団法人 総合花巻病院

### 【宮城県】

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  
財団法人宮城厚生協会 坂総合病院  
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】

秋田赤十字病院  
秋田社会保険病院  
能代山本医師会病院

秋田県厚生農業協同組合連合会 由利組合総合病院

### 【山形県】

医療法人社団山形愛心会 庄内余目病院

### 【福島県】

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

### 【茨城県】

社会福祉法人恩賜財団済生会 水戸済生会総合病院  
医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院  
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  
東京医科大学霞ヶ浦病院  
株式会社日立製作所 日立総合病院  
医療法人社団 いとう眼科  
総合病院取手協同病院  
医療法人社団 常仁会 牛久愛和総合病院

### 【栃木県】

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  
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  
社団法人全国社会保険協会連合会  
宇都宮社会保険病院  
医療法人報徳会 宇都宮病院

### 【群馬県】

伊勢崎市民病院  
前橋赤十字病院  
原町赤十字病院  
社会保険群馬中央総合病院  
医療法人社団慈瑩会 岩田病院  
医療法人群馬会 群馬病院  
医療法人社団美心会 黒沢病院

医療法人社団全仁会 高木病院  
利根保健生活協同組合 利根中央病院  
慶友整形外科病院

## 【埼玉県】

北里大学 北里研究所  
メディカルセンター病院  
さいたま赤十字病院  
深谷赤十字病院  
社会保険大宮総合病院  
自治医科大学附属さいたま医療センター

## 【千葉県】

千葉社会保険病院  
千葉市立海浜病院  
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  
医療法人梨香会 秋元病院

## 【東京都】

総合病院 大森赤十字病院  
日本赤十字社医療センター  
総合病院 厚生中央病院  
社会保険蒲田総合病院  
城東社会保険病院  
社会保険中央総合病院  
東京厚生年金病院  
国家公務員共済組合連合会 立川病院  
公立学校共済組合関東中央病院  
医療法人財団保養会 竹丘病院  
特別医療法人社団愛有会 久米川病院  
医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院  
財団法人日本心臓血圧研究振興会附属  
榊原記念病院  
財団法人 聖路加国際病院  
NTT 東日本関東病院  
医療法人社団好仁会 滝山病院  
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  
昭和大学病院附属東病院  
医療法人財団 河北総合病院  
特定医療法人健生会 立川相互病院

## 【神奈川県】

津久井赤十字病院  
川崎社会保険病院  
社会保険相模野病院  
国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院  
医療法人社団愛心会 湘南鎌倉総合病院  
医療法人社団緑水会 横浜丘の上病院  
昭和大学藤が丘病院  
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  
独立行政法人 労働省健康福祉機構  
関東労災病院

## 【新潟県】

新潟市民病院  
医療法人責善会 村上はまなす病院  
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

## 【富山県】

金沢医科大学氷見市民病院  
富山赤十字病院

## 【石川県】

伊藤病院  
公立松任石川中央病院  
金沢社会保険病院  
医療法人社団 金沢宗広病院  
医療法人社団東野会 東野病院  
医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター  
浅ノ川総合病院  
医療法人社団修和会 片山津温泉丘の上病院  
医療法人社団 安田内科病院

医療法人恵愛会 松南病院

医療法人社団浅ノ川 金沢循環器病院

【福井県】

レイクヒルズ美方病院

坂井市立三国病院

福井赤十字病院

福井社会保険病院

【山梨県】

山梨赤十字病院

社会保険山梨病院

市立甲府病院

【長野県】

諏訪赤十字病院

長野赤十字病院

安曇野赤十字病院

飯山赤十字病院

特定・特別医療法人慈泉会 相澤病院

信越病院

昭和伊南総合病院

長野県厚生農業協同連合会 北信総合病院

【岐阜県】

岐阜赤十字病院

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

【静岡県】

伊豆赤十字病院

県西部浜松医療センター

裾野赤十字病院

社会保険 桜ヶ丘総合病院

三島社会保険病院

社会保険浜松病院

特定医療法人社団松愛会 松田病院

財団法人 神山復生病院

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

沼津市立病院

静岡県立こころの医療センター

【愛知県】

小牧市民病院

愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院

社会保険中京病院

財団法人 豊田地域医療センター

名古屋掖済会病院

医療法人豊田山之手病院

総合病院南生協病院

【三重県】

山田赤十字病院

四日市社会保険病院

鈴鹿回生病院

【滋賀県】

長浜赤十字病院

大津赤十字病院

社会保険滋賀病院

財団法人近江兄弟社 ヴォーリス記念病院

【京都府】

京都府立与謝の海病院

舞鶴赤十字病院

京都第一赤十字病院

社会保険京都病院

医療法人芳松会 田辺病院

医療法人啓信会 京都きづ川病院

三菱京都病院

医療法人仁心会 宇治川病院

【大阪府】

日本赤十字社大阪府支部 大阪赤十字病院

星ヶ丘厚生年金病院

医療法人愛仁会 高槻病院

医療法人藤井会 大東中央病院

医療法人愛賛会 浜田病院

医療法人祐生会 みどりヶ丘病院

関西医科大学附属滝井病院

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

特別医療法人真美会 中野こども病院

大阪回生病院

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  
 医療法人徳州会 八尾徳州会総合病院  
 高槻赤十字病院

## 【兵庫県】

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

## 【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】

鳥取赤十字病院

## 【島根県】

益田赤十字病院  
 医療法人青葉会 松江青葉病院

## 【岡山県】

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

## 【広島県】

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

## 【山口県】

総合病院 山口赤十字病院

## 【徳島県】

徳島赤十字病院  
 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

## 【香川県】

香川県立中央病院  
 特定医療法人財団エム・アイ・ユー 麻田総合病院  
 医療法人財団 大樹会 総合病院 回生病院

## 【愛媛県】

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

## 【高知県】

高知県立安芸病院  
 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター  
 高知赤十字病院  
 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  
 特定医療法人 久会 凶南病院

## 【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  
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】

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

【長崎県】

佐世保市立総合病院  
日本赤十字社 長崎原爆病院  
日本赤十字社 長崎原爆諫早病院  
健康保険諫早総合病院

【熊本県】

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

【大分県】

大分赤十字病院  
健康保険南海病院  
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】

川内市医師会立市民病院  
医療法人藤田眼科  
医療法人潤愛会 鯨島病院  
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  
医療法人仁風会 日高病院  
垂水市立医療センター垂水中央病院

【沖縄県】

沖縄赤十字病院  
医療法人仁愛会 浦添総合病院

## 資料3 医療事故情報報告様式 (項目、選択肢及び記述欄)

## 1. 事故発生日時と事故の概要

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

## 2. 当該事故に係る患者に関する情報

11	患者の数 ..... <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 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 ..... <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
12	患者区分1 ..... <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 (初診) <input type="checkbox"/> 外来 (再診)
	患者区分2 ..... <input type="checkbox"/> 入院 (0～31日) <input type="checkbox"/> 入院 (32日～) <input type="checkbox"/> 一般外来 <input type="checkbox"/> 救急外来 <input type="checkbox"/> 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 (複数選択可) .....
	<input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 認知症・健忘 <input type="checkbox"/> 上肢障害 <input type="checkbox"/> 下肢障害 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 床上安静 <input type="checkbox"/> 睡眠中 <input type="checkbox"/> せん妄状態 <input type="checkbox"/> 薬剤の影響下 <input type="checkbox"/> 麻酔中・麻酔前後 <input type="checkbox"/> 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 .....
	<input type="checkbox"/> 当事者本人 <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"/> その他 (      )

16	<b>当事者</b> ..... <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> 3人 <input type="checkbox"/> 4人 <input type="checkbox"/> 5人 <input type="checkbox"/> 6人 <input type="checkbox"/> 7人 <input type="checkbox"/> 8人 <input type="checkbox"/> 9人 <input type="checkbox"/> 10人 <input type="checkbox"/> 11人以上
	<b>当事者職種</b> ..... <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護助手 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 (PT) <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 調理師・調理従事者 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 (ST) <input type="checkbox"/> 作業療法士 (OT) <input type="checkbox"/> 衛生検査技師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<b>専門医・認定医及びその他の医療従事者の専門・認定資格</b> .....
	<b>当事者職種経験 (0年0ヶ月～50年11ヶ月の範囲で報告。)</b> ..... ( )年 ( )ヶ月
	<b>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。)</b> ..... ( )年 ( )ヶ月
	<b>直前1週間の当直・夜勤回数</b> ..... <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回 <input type="checkbox"/> 6回 <input type="checkbox"/> 7回 <input type="checkbox"/> 不明
	<b>勤務形態</b> ..... <input type="checkbox"/> 1交替 <input type="checkbox"/> 2交替 <input type="checkbox"/> 3交替 <input type="checkbox"/> 4交替 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<b>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」と入力。)</b> ..... ( )時間
16-2	<b>当事者 2</b> ..... 16と同様
16-3	<b>当事者 3</b> ..... 16と同様
16-4	<b>当事者 4</b> ..... 16と同様
16-5	<b>当事者 5</b> ..... 16と同様
16-6	<b>当事者 6</b> ..... 16と同様
16-7	<b>当事者 7</b> ..... 16と同様
16-8	<b>当事者 8</b> ..... 16と同様
16-9	<b>当事者 9</b> ..... 16と同様
16-10	<b>当事者 10</b> ..... 16と同様
16-11	<b>当事者 11人以上</b> ..... 11人以上の場合は、上記と同様の入力項目を記入

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

## 4. 発生場面・内容に関する情報

### 指示出し・情報伝達過程に関する項目

18	<b>発生場面</b>			
	<input type="checkbox"/> 指示の作成	<input type="checkbox"/> 手書き文書による指示	<input type="checkbox"/> オーダリングシステムによる指示	
	<input type="checkbox"/> 口頭による指示 (メモあり)	<input type="checkbox"/> 口頭による指示 (メモなし)	<input type="checkbox"/> 頻繁な指示の変更	
	<input type="checkbox"/> その他の指示出し・情報伝達過程に関する場面 ( )			
19	<b>事故の内容</b>			
	<input type="checkbox"/> 指示出し忘れ	<input type="checkbox"/> 指示出し遅延	<input type="checkbox"/> 指示出し不十分	<input type="checkbox"/> 指示出し間違い
	<input type="checkbox"/> 指示受け・間違い	<input type="checkbox"/> 指示受け・情報伝達忘れ	<input type="checkbox"/> 指示受け・情報伝達遅延	<input type="checkbox"/> 指示受け・情報伝達不十分
	<input type="checkbox"/> 指示受け・情報伝達間違い	<input type="checkbox"/> その他の指示出し・情報伝達過程に関する内容 ( )		

### 薬剤に関する項目

18	<b>発生場面</b>					
	<b>与薬準備</b>					
	<input type="checkbox"/> 与薬準備	<input type="checkbox"/> その他の与薬準備に関する場面 ( )				
	<b>処方・与薬</b>					
	<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 ( )					
	<b>調剤・製剤管理等</b>					
	<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 ( )					
	<b>薬剤・製剤の種類</b>					
	<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"/> その他の薬剤 ( )					
19	<b>事故の内容</b>					
	<b>処方・与薬</b>					
	<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 ( )		
	<b>調剤・製剤管理等</b>					
<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"/> 薬剤取違い調剤	<input type="checkbox"/> 説明文書の取違い	<input type="checkbox"/> 交付患者間違い		
<input type="checkbox"/> 薬剤・製剤の取違い交付	<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 ( )				
<b>薬剤・血液製剤管理</b>						
<input type="checkbox"/> 混合間違い	<input type="checkbox"/> 薬袋・ボトルの記載間違い	<input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> ABO型不適合薬剤の交付	<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 ( )					
20	<b>関連医薬品</b>					
	販売名	( )				
	剤型	( )				
	規格単位	( )				
	製造販売業者名	( )				

## 輸血に関する項目

18	<b>発生場面</b> <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	<b>事故の内容</b> <b>輸血検査</b> <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検体取違い <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"/> その他の輸血検査に関する内容 ( ) <b>血液製剤への放射線照射及び輸血に関する項目</b> <input type="checkbox"/> 未実施・忘れ <input type="checkbox"/> 過剰照射 <input type="checkbox"/> 患者取違い輸血 <input type="checkbox"/> 製剤取違い輸血 <input type="checkbox"/> その他の血液製剤への放射線照射及び輸血に関する内容 ( )

## 治療・処置に関する項目

18	<b>発生場面</b> <b>手術</b> <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 ( ) <b>麻酔</b> <input type="checkbox"/> 全身麻酔 (吸入麻酔 + 静脈麻酔) <input type="checkbox"/> 局所麻酔 <input type="checkbox"/> 吸入麻酔 <input type="checkbox"/> 静脈麻酔 <input type="checkbox"/> 脊椎・硬膜外麻酔 <input type="checkbox"/> その他の麻酔に関する場面 ( ) <b>分娩・人工妊娠中絶等</b> <input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> その他の分娩・人工妊娠中絶等に関する場面 ( ) <b>その他の治療</b> <input type="checkbox"/> 血液浄化療法 (血液透析含む) <input type="checkbox"/> IVR (血管カテーテル治療等) <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> ペインクリニック <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 観血的歯科治療 <input type="checkbox"/> 非観血的歯科治療 <input type="checkbox"/> 内視鏡的治療 <input type="checkbox"/> その他の治療に関する場面 ( ) <b>一般的処置 (チューブ類の挿入)</b> <input type="checkbox"/> 中心静脈ライン <input type="checkbox"/> 末梢静脈ライン <input type="checkbox"/> 動脈ライン <input type="checkbox"/> 血液浄化用カテーテル <input type="checkbox"/> 栄養チューブ (NG・ED) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ドレーンに関する措置 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> その他のチューブ類の挿入に関する場面 ( ) <b>救急措置</b> <input type="checkbox"/> 気管挿管 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 心臓マッサージ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 血管確保 <input type="checkbox"/> その他の救急措置に関する場面 ( )
19	<b>事故の内容</b> <input type="checkbox"/> 患者間違い <input type="checkbox"/> 部位取違い <input type="checkbox"/> 医療材料取違い <input type="checkbox"/> 診察・治療・処置等その他の取違い <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"/> 診察・治療等のその他の誤り <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤飲 <input type="checkbox"/> 異物の体内残存 <input type="checkbox"/> その他の治療・処置に関する内容 ( )
20	<b>医療材料・歯科医療材料・諸物品</b> 販売名 ( ) 製造販売業者名 ( ) 購入年月 ( )

## 医療用具 (機器) の使用・管理に関する項目

18	<b>発生場面</b> <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素療法機器 <input type="checkbox"/> 麻酔器 <input type="checkbox"/> 人工心肺 <input type="checkbox"/> 除細動器 <input type="checkbox"/> IABP <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 輸液・輸注ポンプ <input type="checkbox"/> 血液浄化用機器 <input type="checkbox"/> 保育器 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 低圧持続吸引器 <input type="checkbox"/> 心電図・血圧モニター <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> 高気圧酸素療法装置 <input type="checkbox"/> その他の医療用具 (機器) の使用・管理に関する場面 ( )
19	<b>事故の内容</b> <input type="checkbox"/> 組み立て <input type="checkbox"/> 条件設定間違い <input type="checkbox"/> 設定忘れ・電源入れ忘れ <input type="checkbox"/> 誤作動 <input type="checkbox"/> 医療機器の不適切使用 <input type="checkbox"/> 故障 <input type="checkbox"/> 保守・点検不良 <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 技術不足 <input type="checkbox"/> 警報設定忘れ <input type="checkbox"/> 警報設定範囲 <input type="checkbox"/> 便宜上警報 OFF <input type="checkbox"/> 記憶違い <input type="checkbox"/> 使用前・使用中の点検・管理ミス <input type="checkbox"/> 消毒・清潔操作の誤り <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他の医療用具 (機器) の使用・管理に関する内容 ( )

20	<b>医療機器・歯科医療機器</b>	
	販売名	( )
	製造販売業者名	( )
	製造年月	( )
	購入年月	( )
	直近の保守・点検年月	( )

**ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目**

18	<b>発生場面</b>	
	<input type="checkbox"/> 中心静脈ライン <input type="checkbox"/> 末梢動脈ライン <input type="checkbox"/> 動脈ライン <input type="checkbox"/> 気管チューブ <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 栄養チューブ (NG・ED) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン <input type="checkbox"/> 腹腔ドレーン <input type="checkbox"/> 脳室・脳槽ドレーン <input type="checkbox"/> 皮下持続吸引ドレーン <input type="checkbox"/> 硬膜外カテーテル <input type="checkbox"/> 血液浄化用カテーテル・回路 <input type="checkbox"/> 三方活栓 <input type="checkbox"/> その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する場面 ( )	
19	<b>事故の内容</b>	
	<input type="checkbox"/> 点滴漏れ <input type="checkbox"/> 自己抜去 <input type="checkbox"/> 自然抜去 <input type="checkbox"/> 接続はずれ <input type="checkbox"/> 未接続 <input type="checkbox"/> 閉塞 <input type="checkbox"/> 破損・切断 <input type="checkbox"/> 接続間違い <input type="checkbox"/> 三方活栓操作間違い <input type="checkbox"/> ルートクランプエラー <input type="checkbox"/> 空気混入 <input type="checkbox"/> その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する内容 ( )	
20	<b>医療材料・歯科医療材料・諸物品</b>	
	販売名	( )
	製造販売業者名	( )
	購入年月	( )

**歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理に関する項目**

18	<b>発生場面</b>	
	<input type="checkbox"/> 歯科用回転研削器具 <input type="checkbox"/> 歯科用根管治療用器具 <input type="checkbox"/> 歯科補綴物・充填物 <input type="checkbox"/> 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 ( )	
19	<b>事故の内容</b>	
	<input type="checkbox"/> 組み立て <input type="checkbox"/> 条件設定間違い <input type="checkbox"/> 設定忘れ・電源入れ忘れ <input type="checkbox"/> 誤作動 <input type="checkbox"/> 医療機器の不適切使用 <input type="checkbox"/> 故障 <input type="checkbox"/> 保守・点検不良 <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 技術不足 <input type="checkbox"/> 警報設定忘れ <input type="checkbox"/> 警報設定範囲 <input type="checkbox"/> 便宜上警報 OFF <input type="checkbox"/> 記憶違い <input type="checkbox"/> 使用前・使用中の点検・管理ミス <input type="checkbox"/> 消毒・清潔操作の誤り <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他の歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理に関する内容 ( )	
20	<b>医療機器・歯科医療機器</b>	
	販売名	( )
	製造販売業者名	( )
	製造年月	( )
	購入年月	( )
	直近の保守・点検年月	( )
20	<b>医療材料・歯科医療材料・諸物品</b>	
	販売名	( )
	製造販売業者名	( )
	購入年月	( )

## 検査に関する項目

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

## 療養上の場面に関する項目

18	<b>発生場面</b> 療養上の世話については介助を伴うもの、その他の療養生活については患者が単独で行なったものとする。 <b>療養上の世話（介助を伴うもの）</b> <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（                      ） <b>給食・栄養</b> <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（                      ） <b>その他の療養生活の場面（患者が単独で行なったもの）</b> <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（                      ）
	<b>事故の内容</b> <b>療養上の世話・療養生活</b> <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（                      ） <b>搬送・移送</b> <input type="checkbox"/> 取違え <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（                      ） <b>自己管理薬</b> <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（                      ） <b>給食・栄養</b> <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	医療材料・歯科医療材料・諸物品		
	販売名	(	)
	製造販売業者名	(	)
	購入年月	(	)

## その他

18	発生場面
	<input type="checkbox"/> その他
19	事故の内容
	<input type="checkbox"/> その他

## 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（複数選択可）
	<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"/> 連携が出来ていなかった <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（複数選択可）
	<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 研修会資料

### I 「第2回医療事故情報の活用と分析に関する研修会」開催結果概要

#### 1 受講状況

○職種

医師	8名	歯科医師	1名	看護師	24名
薬剤師	11名	歯科衛生士	1名	事務職員	1名

○医療安全管理の専従者数 20名

#### 2 アンケート結果

(1) 回答者46名(回収数46、回答率100%)

(2) 「業務工程図とは」の理解度

①講義内容：(よく)理解できた 85%、(あまり)理解できなかった 15%

②あまり理解できなかった理由：

- ・提示スライドと資料の順序が違っていたため(2名)。
- ・ボリュームの割には説明時間が短かった気がした。
- ・業務工程図の意義や作成については理解できたが、過程がいまひとつ理解できなかった。
- ・表示している資料と手持ちの資料の順が違うため、探しているうちにどんどん進んでしまった。言葉が理解できないものがあった。
- ・内容が豊富で難しかった
- ・用語等聞き慣れないものが多かったため、理解できなかった。

③業務工程図作成の意義：(よく)理解できた 96%、(あまり)理解できなかった 4%

④あまり理解できなかった理由：

- ・言葉の意味が分からない。難しい言語があった。
- ・内容が豊富で難しかった。

(3) 「医療安全における業務工程図作成の意義」の理解度 ※未選択があるため100%にならない項目がある

⑤講義内容：(よく)理解できた 98%、(あまり)理解できなかった 0%

⑥あまり理解できなかった理由：

- ・記載なし

⑦ 業務工程図作成の意義：(よく)理解できた 100%、(あまり)理解できなかった 0%

**(4) 事例の「業務工程図修正例」の講義の理解度**

①講義内容：（よく）理解できた 100%、（あまり）理解できなかった 0%

**(5) 演習の理解度 ※未選択があるため100%にならない項目がある**

①演習内容：（よく）理解できた 96%、（あまり）理解できなかった 2%

②理解できなかった点：

- ・自施設の事例を使用して演習を行なったほうが理解しやすいと思った。

③演習の内容についての要望

- ・フローチャートと業務工程図の違いがよく分かった。
- ・具体的なアドバイスがあったらより理解が深まる。
- ・自施設の業務工程図を見直す機会となってよかった。
- ・他施設のフロー図を参照したい。
- ・大変有意義な研修会だった。
- ・発表をPCで大スクリーンにプレゼンテーションができるとよく分かったと思った。

**(6) 「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 98%、（あまり）理解できなかった 2%

**(7) 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 72% なかった 28%

②受講による疑問点の解消：（概ね）解消された 81%、（あまり）解消されなかった 19%

**(8) 研修会の演習・分析事例の活用について ※未選択があるため100%にならない項目がある**

①演習・分析事例の活用状況： 活用している 39% 活用していない 44%

**(9) 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63%、平日が望ましい20%、どちらでもよい17%

②期間（長さ、時間）：この長さでよい73%、もう少し長い方がよい20%、もっと短くてよい7%

③適当と考える期間：2日7名、1日1名、1.5日1名、0.5日3名

イ) 研修会に関する希望等

- ・ R C Aの研修も受けたが、現場で活用するには難しく付帯的に活用できていなかった。業務工程図はスタッフが考えやすい内容であり、問題が見えやすいと思う。
- ・ 医療事故防止の方法として、自分にとって初めてで新鮮だった。とても勉強になり、病院に帰って活用してみようと思う。
- ・ 業務工程を簡便にできるコンピューターソフトがあれば良いと思う
- ・ 業務工程を作成、修正することにより、当院の業務の長所、短所が分かった。今後の実際の業務に大いに役立った。。
- ・ 業務工程を作成し、意見交換することで問題点が明確になりよかったと思う。
- ・ 業務工程図が作れるソフトがひな型にあって P C 上に変換できると自分の病院での業務工程が整理しやすいと思う。
- ・ 研修時グループごとに話し合いを行っていたが、業務工程図の基本から研修が必要だと感じた。判断ポイント等について作成時に必要な HOW TO が必要。
- ・ 施設交流する時間があると良い。業務工程図の活用方法をもっと知りたい。
- ・ 資料、事前にいただいて目を通してきたものと本日利用されたもの (ppt) が異なっていていくのに困った。
- ・ 資料が飛んでいたのが講義についていくのが難しかった。
- ・ 初めて医療安全・医療事故防止に関する研修会へ参加し、用語等知らないことも多くあったが、事故情報の収集・解析、事故防止のための工程図作成の意義は理解できたと思う。今後は、自施設での誤りの多い調剤の業務工程図を作成してみようと思った。
- ・ 他施設との情報交換ができるとよかった。
- ・ 他施設との比較があまり出来なかったため、もう少し同じグループだけでもよいので目にする時間があればよいと思った。
- ・ 他施設の業務工程図や当院の業務工程図の修正すべき点をご指摘していただきたかった。内服その他のほかのプロセスについて活用し、インシデント発生場面の分析に活用していきたい。
- ・ 短い時間だったが、業務工程を書くことで無駄や漏れを見つけられることを再認識した。これまで類似した事をやってきたがきちんと教育してもらい非常に参考になった。
- ・ 本研修会後の各医療施設でのフィードバック後に研修会があればよいと思われた。大変勉強になった。
- ・ 薬剤の業務がみえにくいので今後明確にしていきたい。当院の薬剤師に伝えたい。

## (参考) プログラム

平成20年7月6日(日)

ホテルイースト21東京

時間	項目	備考
9:30～	挨拶	医療事故防止事業部 特命理事 野本 亀久雄
	オリエンテーション	事務局
9:40～10:40	医療事故情報収集等事業の現況と課題	医療事故防止事業部長 後 信
10:40～11:20 (40分)	業務工程図とは	株式会社日立製作所 水戸総合病院 院長 永井 庸次 先生
11:20～11:30	休憩	
11:30～12:00 (30分)	業務工程図作成の意義	株式会社日立製作所 水戸総合病院 院長 永井 庸次 先生
12:00～12:20 (20分)	医療安全における業務工程図作成の意義	滋賀医科大学医学部附属病院 医療安全管理部 講師 坂口 美佐 先生
12:20～13:20	昼 食	
13:20～16:50 (3時間30分)	グループ演習	鮎澤 純子 先生 (九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座) 楠本 茂雅 先生 (特別・特定医療法人生長会 ベルランド総合病院) 小林 美雪 先生 (山梨県立大学看護学部 基礎看護学領域) 坂口 美佐 先生 (滋賀医科大学医学部附属病院) 永井 庸次 先生 (株式会社日立製作所 水戸総合病院) 藤田 茂 先生 (東邦大学医学部社会医学講座)
17:00	閉 会	

## II 「第5回医療事故情報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) 参加医療機関数 52 (報告義務医療機関：43、任意医療機関：9)
- (2) 受講者数 52名
- (3) 受講者内訳

#### ○職種

医師	5名	歯科医師	2名	看護師	39名
薬剤師	4名	助産師	2名		

○医療安全管理の専従者数 31名

### 2 アンケート結果

- (1) 回答者52名 (回収数49、回答率94%)

#### (2) 「医療事故分析の意義」の理解度

①講義内容： (よく)理解できた 98%、(あまり)理解できなかった 2%

②あまり理解できなかった理由：

- ・奥が深く展開できない所が沢山あった。
- ・分析の読み方や意義のとらえ方などがよく分かった。4年間のデータの分析などよくわかった。

#### (3) 「RCAの概要と実施の方法」の理解度

①講義内容： (よく)理解できた 84%、(あまり)理解できなかった 16%

②あまり理解できなかった理由：

- ・略号の説明がなく、文意がとらえにくいところがあった。
- ・具体例が乏しかった。
- ・講義は理解できたが、実行できるか不安である。
- ・質問カード、振り分け質問の使用について今ひとつ理解できなかった。
- ・質問紙の使い方など、質問紙の実物提示をしてもらって説明を受けたかった。
- ・事例の重要性評価について詳しく知りたかった。
- ・1事例のRCAを説明してくれることが理解を深められると思った。
- ・自分で学んだ事を繰り返し展開していきたい。

**(4) 演習について** ※未選択があるため100%にならない項目がある

## ア)「出来事流れ図の作成方法」の理解度

演習内容：（よく）理解できた 96%、（あまり）理解できなかった 2%

## イ)「なぜなぜ分析の方法」の理解度

演習内容：（よく）理解できた 88%、（あまり）理解できなかった 10%

## ウ)「因果図（原因結果図）作成の方法」の理解度

演習内容：（よく）理解できた 76%、（あまり）理解できなかった 22%

## エ)「原因要約の方法」の理解度

演習内容：（よく）理解できた 74%、（あまり）理解できなかった 24%

## オ) 演習の内容についての要望等

- ・繰り返しやってみないと身につかないと思った。
- ・とても良かった。講師の先生もわかりやすい指導だった。
- ・因果図の作成・原因要約について、演習の中で詳しい説明があれば理解につながったと思う。
- ・演習の回答例があるとよい。
- ・結果的には”使えるもの”として、ほとんど全く学べなかった。インストラクターによって見解が違っており、その中に通じるもの、共通した考え方等がみえてこなかった。
- ・理解は出来たが、実施したり、文に表すことがむずかしかった。
- ・時間的に短いと思った。しかしこれ以上長くしても同じかもしれない。

**(5) 「医療事故情報収集等事業の現状と課題」の理解度**

講義内容の理解：（よく）理解できた 96%、（あまり）理解できなかった 4%

**(6) 医療事故報告に関する疑問** ※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 16% なかった 80%

②受講による疑問点の解消：（概ね）解消された 92%、（あまり）解消されなかった 8%

**(7) 研修会の演習・分析事例の活用について** ※未選択があるため100%にならない項目がある

①演習・分析事例の活用状況： 活用している 45% 活用していない 35%

(8) 研修運営について ※未選択があるため100%にならない項目がある

ア) 日程の設定

- ①曜日の設定： 土、日が望ましい 29%、平日が望ましい 22%、どちらでもよい 45%
- ②期間（長さ、時間）：この長さでよい 63%、もう少し長い方がよい 31%、もっと短くてよい 4%
- ③適当と考える期間：3～5日 1名、3日 4名、2～3日 2名、2日 7名、1日 2名

イ) 研修会に関する希望等

- ・RCAに興味が出ました。病院でもやってみようと思う。
- ・RCAの研修と分析の報告に関する研修は目的が別と思う。別にするか、日程を長くして、分析結果と共に今後の報告に関する課題等について研修企画するほうがよいと思う。
- ・RCAを病院でスタッフに根づかせるのは理解と所用時間の問題で中々難しいのが現場である。
- ・とてもおもしろかった。施設に帰って実践したい。指導もしていきたいと思う。
- ・演習は他職種の方とできたので、たいへん勉強になった。しかし、RCA分析を自施設に帰り、一人でやるには自信がない。
- ・具体的な事例で大変わかりやすかった。ありがとうございました。
- ・研修後、実践に生かしている方とのフォローアップ研修があってもよいのではないかと思います。

## 研修日程表

## (参考) プログラム

9月19日(金)(第1日目)

東武ホテルレバント東京3階 龍田

時間	項目	備考
13:00～	挨拶	(財)日本医療評価機構 特命理事 野本 亀久雄
	オリエンテーション	事務局
13:10～14:20	医療事故情報収集等事業の 現況と課題	医療事故防止事業部長 後 信
14:20～15:20	医療事故分析の意義	講師 名古屋大学医学部保健学科 教授 山内 豊明 先生
	休 憩	
15:30～17:00	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 先生
17:00～17:20	RCAの課題設定と進行手順説明 連絡事項	事務局

9月20日(土)(第2日目)

東武ホテルレバント東京4階 錦

時間	項目	備考
9:00～9:10	オリエンテーション	事務局
9:10～16:00	RCA 演習	演習担当者(予定)  楠本 茂雅 先生 (特別・特定医療法人生長会 ベルランド総合病院) 小林 美雪 先生 (山梨県立大学看護学部 基礎看護学領域) 坂口 美佐 先生 (滋賀医科大学医学部附属病院) 佐相 邦英 先生 (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) 藤田 茂 先生 (東邦大学医学部社会医学講座)
16:00	閉 会	

## 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"/> 01 1月 <input type="checkbox"/> 02 2月 <input type="checkbox"/> 03 3月 <input type="checkbox"/> 04 4月 <input type="checkbox"/> 05 5月 <input type="checkbox"/> 06 6月 <input type="checkbox"/> 07 7月 <input type="checkbox"/> 08 8月 <input type="checkbox"/> 09 9月 <input type="checkbox"/> 10 10月 <input type="checkbox"/> 11 11月 <input type="checkbox"/> 12 12月 <input type="checkbox"/> 90 不明
B	発生曜日
	<input type="checkbox"/> 01 月曜日 <input type="checkbox"/> 02 火曜日 <input type="checkbox"/> 03 水曜日 <input type="checkbox"/> 04 木曜日 <input type="checkbox"/> 05 金曜日 <input type="checkbox"/> 06 土曜日 <input type="checkbox"/> 07 日曜日 <input type="checkbox"/> 90 不明
	曜日区分
	<input type="checkbox"/> 01 平日 <input type="checkbox"/> 02 休日 (祝祭日を含む) <input type="checkbox"/> 90 不明
C	発生時間帯
	<input type="checkbox"/> 01 0時～1時台 <input type="checkbox"/> 02 2時～3時台 <input type="checkbox"/> 03 4時～5時台 <input type="checkbox"/> 04 6時～7時台 <input type="checkbox"/> 05 8時～9時台 <input type="checkbox"/> 06 10時～11時台 <input type="checkbox"/> 07 12時～13時台 <input type="checkbox"/> 08 14時～15時台 <input type="checkbox"/> 09 16時～17時台 <input type="checkbox"/> 10 18時～19時台 <input type="checkbox"/> 11 20時～21時台 <input type="checkbox"/> 12 22時～23時台 <input type="checkbox"/> 90 不明
D	発生場所
	<input type="checkbox"/> 0101 外来診察室 <input type="checkbox"/> 0102 外来待合室 <input type="checkbox"/> 0199 外来その他の場所 ( ) <input type="checkbox"/> 0200 救急処置室 <input type="checkbox"/> 0301 ナースステーション <input type="checkbox"/> 0302 病室 <input type="checkbox"/> 0303 処置室 <input type="checkbox"/> 0304 浴室 <input type="checkbox"/> 0399 病棟その他の場所 ( ) <input type="checkbox"/> 0400 手術室 <input type="checkbox"/> 0500 分娩室 <input type="checkbox"/> 0601 ICU <input type="checkbox"/> 0602 CCU <input type="checkbox"/> 0603 NICU <input type="checkbox"/> 0699 その他の集中治療室 ( ) <input type="checkbox"/> 0700 検査室 <input type="checkbox"/> 0800 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 0900 IVR 治療室 <input type="checkbox"/> 1000 放射線撮影室・検査室 <input type="checkbox"/> 1100 核医学検査室 <input type="checkbox"/> 1200 放射線治療室 <input type="checkbox"/> 1300 透析室 <input type="checkbox"/> 1400 薬局・輸血部 <input type="checkbox"/> 1500 栄養管理室・調理室 <input type="checkbox"/> 1600 トイレ <input type="checkbox"/> 1700 廊下 <input type="checkbox"/> 1800 階段 <input type="checkbox"/> 9000 不明 <input type="checkbox"/> 9901 その他の場所 (院内) ( ) <input type="checkbox"/> 9902 その他の場所 (院外) ( )

## 患者に関する情報

E	患者の性別
	<input type="checkbox"/> 01 男性 <input type="checkbox"/> 02 女性 <input type="checkbox"/> 88 患者複数 <input type="checkbox"/> 90 不明
F	患者の年齢
	<input type="checkbox"/> 000-019 0～19歳 <input type="checkbox"/> 020-039 20～39歳 <input type="checkbox"/> 040-059 40～59歳 <input type="checkbox"/> 060-079 60～79歳 <input type="checkbox"/> 080-150 80～150歳 <input type="checkbox"/> 888 患者複数 <input type="checkbox"/> 900 不明
G	患者の心身状態 (複数選択可)
	<input type="checkbox"/> 0100 意識障害 <input type="checkbox"/> 0200 視覚障害 <input type="checkbox"/> 0300 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 0400 構音障害 <input type="checkbox"/> 0500 精神障害 <input type="checkbox"/> 0600 痴呆・健忘 <input type="checkbox"/> 0700 上肢障害 <input type="checkbox"/> 0800 下肢障害 <input type="checkbox"/> 0900 歩行障害 <input type="checkbox"/> 1000 床上安静 <input type="checkbox"/> 1100 睡眠中 <input type="checkbox"/> 1200 せん妄状態 <input type="checkbox"/> 1300 薬剤の影響下 <input type="checkbox"/> 1400 麻酔中・麻酔前後 <input type="checkbox"/> 7700 障害なし <input type="checkbox"/> 9000 不明 <input type="checkbox"/> 9900 その他 ( )
H	発見者
	<input type="checkbox"/> 01 当事者本人 <input type="checkbox"/> 02 同職種者 <input type="checkbox"/> 03 他職種者 <input type="checkbox"/> 04 患者本人 <input type="checkbox"/> 05 家族・付き添い <input type="checkbox"/> 06 他患者 <input type="checkbox"/> 90 不明 <input type="checkbox"/> 99 その他 ( )
I	当事者の職種 (複数選択可)
	<input type="checkbox"/> 01 医師 <input type="checkbox"/> 02 歯科医師 <input type="checkbox"/> 03 助産師 <input type="checkbox"/> 04 看護師 <input type="checkbox"/> 05 准看護師 <input type="checkbox"/> 06 看護助手 <input type="checkbox"/> 07 薬剤師 <input type="checkbox"/> 08 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 09 栄養士 <input type="checkbox"/> 10 調理師・調理従事者 <input type="checkbox"/> 11 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 12 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 13 衛生検査技師 <input type="checkbox"/> 14 理学療法士 (PT) <input type="checkbox"/> 15 作業療法士 (OT) <input type="checkbox"/> 16 言語聴覚士 (ST) <input type="checkbox"/> 17 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 18 歯科技工士 <input type="checkbox"/> 19 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 20 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 21 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 22 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 23 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 24 臨床工学士 <input type="checkbox"/> 25 児童指導員・保育士 <input type="checkbox"/> 26 事務職員 <input type="checkbox"/> 90 不明 <input type="checkbox"/> 99 その他 ( )

J	当事者の職種経験年数 (0年0ヶ月～100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。)
	000-100 ( )年      00-11 ( )ヶ月      888 当事者複数      900 年数不明
K	当事者の部署配属年数 (0年0ヶ月～100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。)
	000-100 ( )年      00-11 ( )ヶ月      88 当事者複数      90 月数不明

## ヒヤリ・ハットが発生した場面と内容に関する情報

## オーダー・指示出し、情報伝達過程に関する項目

L	ヒヤリ・ハットが発生した場面
	<b>オーダー・指示出し</b> <input type="checkbox"/> 010100 オーダー・指示出し  <b>情報伝達過程</b> <input type="checkbox"/> 020101 文書による指示受け <input type="checkbox"/> 020102 口頭による指示受け <input type="checkbox"/> 020199 その他の指示受け ( ) <input type="checkbox"/> 020201 文書による申し送り <input type="checkbox"/> 020202 口頭による申し送り <input type="checkbox"/> 020299 その他の申し送り <input type="checkbox"/> 029900 その他の情報伝達過程に関する場面 ( )
M	ヒヤリ・ハットの内容
	<b>オーダー・指示出し、情報伝達過程に関する項目</b> <input type="checkbox"/> 010100 指示出し・指示受け・情報伝達忘れ <input type="checkbox"/> 010200 指示出し・情報伝達遅延 <input type="checkbox"/> 010300 指示出し・情報伝達不十分 <input type="checkbox"/> 010400 誤指示・情報伝達間違い <input type="checkbox"/> 019900 指示出し・情報伝達のその他のエラー ( )

## 処方、与薬に関する項目

L	ヒヤリ・ハットが発生した場面
	<b>与薬準備</b> <input type="checkbox"/> 110100 与薬準備  <b>処方・与薬</b> <input type="checkbox"/> 120101 皮下・筋肉注射 <input type="checkbox"/> 120102 静脈注射 <input type="checkbox"/> 120103 動脈注射 <input type="checkbox"/> 120104 末梢静脈点滴 <input type="checkbox"/> 120105 中心静脈注射 <input type="checkbox"/> 120200 内服 <input type="checkbox"/> 120300 外用 <input type="checkbox"/> 120400 坐剤用 <input type="checkbox"/> 120500 吸入 <input type="checkbox"/> 120600 点鼻・点眼・点耳 <input type="checkbox"/> 129900 その他の処方・与薬に関する場面 ( )
M	薬剤・製剤の種類
	<input type="checkbox"/> 140100 血液製剤 <input type="checkbox"/> 140200 麻薬 <input type="checkbox"/> 140300 抗腫瘍剤 <input type="checkbox"/> 140400 循環器用薬 <input type="checkbox"/> 140500 抗糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 140600 抗不安剤 <input type="checkbox"/> 140700 睡眠導入剤 <input type="checkbox"/> 149900 その他の薬剤 ( )
M	ヒヤリ・ハットの内容
	<b>処方・与薬</b> <input type="checkbox"/> 110100 処方量間違い <input type="checkbox"/> 110201 過剰与薬 <input type="checkbox"/> 110202 過少与薬 <input type="checkbox"/> 110300 与薬時間・日付間違い <input type="checkbox"/> 110400 重複与薬 <input type="checkbox"/> 110500 禁忌薬剤の組合せ <input type="checkbox"/> 110601 投与速度速すぎ <input type="checkbox"/> 110602 投与速度遅すぎ <input type="checkbox"/> 110699 その他の投与速度のエラー ( ) <input type="checkbox"/> 110700 患者間違い <input type="checkbox"/> 110800 薬剤間違い <input type="checkbox"/> 110900 単位間違い <input type="checkbox"/> 111000 投与方法間違い <input type="checkbox"/> 111100 無投薬 <input type="checkbox"/> 119900 処方・与薬のその他のエラー ( )



## 診療、手術、麻酔、出産、その他の治療、処置に関する項目

L	<b>ヒヤリ・ハットが発生した場面</b>																																																																																																											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="4"><b>手術</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 210101 開頭</td> <td><input type="checkbox"/> 210102 開胸</td> <td><input type="checkbox"/> 210103 開心</td> <td><input type="checkbox"/> 210104 開腹</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 210105 四肢</td> <td><input type="checkbox"/> 210106 鏡視下手術</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 210199 その他の手術 ( )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 210200 術前準備</td> <td><input type="checkbox"/> 210300 術前処置</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 210400 術後処置</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> 219900 その他の手術に関する場面 ( )</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>麻酔</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 220100 局所麻酔</td> <td><input type="checkbox"/> 220200 脊椎・硬膜外麻酔</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 220300 吸入麻酔</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 220400 静脈麻酔</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 220500 吸入麻酔+静脈麻酔</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> 229900 その他の麻酔に関する場面 ( )</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>出産・人工流産</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 230100 経膈分娩</td> <td><input type="checkbox"/> 230200 帝王切開</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 230300 医学的人工流産</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> 239900 その他の出産・人工流産に関する場面 ( )</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>その他の治療</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 240100 血液浄化療法</td> <td><input type="checkbox"/> 240200 IVR</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 240300 放射線治療</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 240400 ペインクリニック</td> <td><input type="checkbox"/> 240500 リハビリテーション</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 240600 観血的歯科治療</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 240700 非観血的歯科治療</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 249900 その他</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>処置</b></td> </tr> <tr> <td colspan="4">(一般的処置 チューブ類の挿入)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 250101 中心静脈ライン</td> <td><input type="checkbox"/> 250102 末梢静脈ライン</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 250103 動脈ライン</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 250104 血液浄化用カテーテル</td> <td><input type="checkbox"/> 250105 栄養チューブ (NG・ED)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 250106 尿道カテーテル</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 250199 その他のチューブ類の挿入 ( )</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 250200 ドレーンに関する処置</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> 250300 創傷処置</td> </tr> <tr> <td colspan="4">(救急処置)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 250400 気管挿管</td> <td><input type="checkbox"/> 250500 気管切開</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 250600 心臓マッサージ</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> 259900 その他の救急処置に関する場面 ( )</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>診察</b></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> 260100 診察</td> </tr> </table>	<b>手術</b>				<input type="checkbox"/> 210101 開頭	<input type="checkbox"/> 210102 開胸	<input type="checkbox"/> 210103 開心	<input type="checkbox"/> 210104 開腹	<input type="checkbox"/> 210105 四肢	<input type="checkbox"/> 210106 鏡視下手術	<input type="checkbox"/> 210199 その他の手術 ( )		<input type="checkbox"/> 210200 術前準備	<input type="checkbox"/> 210300 術前処置	<input type="checkbox"/> 210400 術後処置		<input type="checkbox"/> 219900 その他の手術に関する場面 ( )				<b>麻酔</b>				<input type="checkbox"/> 220100 局所麻酔	<input type="checkbox"/> 220200 脊椎・硬膜外麻酔	<input type="checkbox"/> 220300 吸入麻酔		<input type="checkbox"/> 220400 静脈麻酔	<input type="checkbox"/> 220500 吸入麻酔+静脈麻酔			<input type="checkbox"/> 229900 その他の麻酔に関する場面 ( )				<b>出産・人工流産</b>				<input type="checkbox"/> 230100 経膈分娩	<input type="checkbox"/> 230200 帝王切開	<input type="checkbox"/> 230300 医学的人工流産		<input type="checkbox"/> 239900 その他の出産・人工流産に関する場面 ( )				<b>その他の治療</b>				<input type="checkbox"/> 240100 血液浄化療法	<input type="checkbox"/> 240200 IVR	<input type="checkbox"/> 240300 放射線治療		<input type="checkbox"/> 240400 ペインクリニック	<input type="checkbox"/> 240500 リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 240600 観血的歯科治療		<input type="checkbox"/> 240700 非観血的歯科治療	<input type="checkbox"/> 249900 その他			<b>処置</b>				(一般的処置 チューブ類の挿入)				<input type="checkbox"/> 250101 中心静脈ライン	<input type="checkbox"/> 250102 末梢静脈ライン	<input type="checkbox"/> 250103 動脈ライン		<input type="checkbox"/> 250104 血液浄化用カテーテル	<input type="checkbox"/> 250105 栄養チューブ (NG・ED)	<input type="checkbox"/> 250106 尿道カテーテル		<input type="checkbox"/> 250199 その他のチューブ類の挿入 ( )		<input type="checkbox"/> 250200 ドレーンに関する処置		<input type="checkbox"/> 250300 創傷処置				(救急処置)				<input type="checkbox"/> 250400 気管挿管	<input type="checkbox"/> 250500 気管切開	<input type="checkbox"/> 250600 心臓マッサージ		<input type="checkbox"/> 259900 その他の救急処置に関する場面 ( )				<b>診察</b>				<input type="checkbox"/> 260100 診察		
<b>手術</b>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 210101 開頭	<input type="checkbox"/> 210102 開胸	<input type="checkbox"/> 210103 開心	<input type="checkbox"/> 210104 開腹																																																																																																									
<input type="checkbox"/> 210105 四肢	<input type="checkbox"/> 210106 鏡視下手術	<input type="checkbox"/> 210199 その他の手術 ( )																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 210200 術前準備	<input type="checkbox"/> 210300 術前処置	<input type="checkbox"/> 210400 術後処置																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 219900 その他の手術に関する場面 ( )																																																																																																												
<b>麻酔</b>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 220100 局所麻酔	<input type="checkbox"/> 220200 脊椎・硬膜外麻酔	<input type="checkbox"/> 220300 吸入麻酔																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 220400 静脈麻酔	<input type="checkbox"/> 220500 吸入麻酔+静脈麻酔																																																																																																											
<input type="checkbox"/> 229900 その他の麻酔に関する場面 ( )																																																																																																												
<b>出産・人工流産</b>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 230100 経膈分娩	<input type="checkbox"/> 230200 帝王切開	<input type="checkbox"/> 230300 医学的人工流産																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 239900 その他の出産・人工流産に関する場面 ( )																																																																																																												
<b>その他の治療</b>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 240100 血液浄化療法	<input type="checkbox"/> 240200 IVR	<input type="checkbox"/> 240300 放射線治療																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 240400 ペインクリニック	<input type="checkbox"/> 240500 リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 240600 観血的歯科治療																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 240700 非観血的歯科治療	<input type="checkbox"/> 249900 その他																																																																																																											
<b>処置</b>																																																																																																												
(一般的処置 チューブ類の挿入)																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 250101 中心静脈ライン	<input type="checkbox"/> 250102 末梢静脈ライン	<input type="checkbox"/> 250103 動脈ライン																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 250104 血液浄化用カテーテル	<input type="checkbox"/> 250105 栄養チューブ (NG・ED)	<input type="checkbox"/> 250106 尿道カテーテル																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 250199 その他のチューブ類の挿入 ( )		<input type="checkbox"/> 250200 ドレーンに関する処置																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 250300 創傷処置																																																																																																												
(救急処置)																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 250400 気管挿管	<input type="checkbox"/> 250500 気管切開	<input type="checkbox"/> 250600 心臓マッサージ																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 259900 その他の救急処置に関する場面 ( )																																																																																																												
<b>診察</b>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 260100 診察																																																																																																												
M	<b>ヒヤリ・ハットの内容</b>																																																																																																											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="3"><b>診療、手術、麻酔、出産、その他の治療、処置</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 020101 患者取り違え</td> <td><input type="checkbox"/> 020102 部位取り違え</td> <td><input type="checkbox"/> 020103 医療材料取り違え</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 020199 診察・治療・処置等のその他の取り違え ( )</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 020200 方法(手技)の誤り</td> <td><input type="checkbox"/> 020300 未実施・忘れ</td> <td><input type="checkbox"/> 020400 中止・延期</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 020500 日程・時間の誤り</td> <td><input type="checkbox"/> 020600 順番の誤り</td> <td><input type="checkbox"/> 020700 不必要行為の実施</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 020800 消毒・清潔操作の誤り</td> <td><input type="checkbox"/> 020900 患者体位の誤り</td> <td><input type="checkbox"/> 021001 誤飲</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 021002 誤嚥</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 029900 診察・治療等のその他のエラー ( )</td> </tr> </table>	<b>診療、手術、麻酔、出産、その他の治療、処置</b>			<input type="checkbox"/> 020101 患者取り違え	<input type="checkbox"/> 020102 部位取り違え	<input type="checkbox"/> 020103 医療材料取り違え	<input type="checkbox"/> 020199 診察・治療・処置等のその他の取り違え ( )			<input type="checkbox"/> 020200 方法(手技)の誤り	<input type="checkbox"/> 020300 未実施・忘れ	<input type="checkbox"/> 020400 中止・延期	<input type="checkbox"/> 020500 日程・時間の誤り	<input type="checkbox"/> 020600 順番の誤り	<input type="checkbox"/> 020700 不必要行為の実施	<input type="checkbox"/> 020800 消毒・清潔操作の誤り	<input type="checkbox"/> 020900 患者体位の誤り	<input type="checkbox"/> 021001 誤飲	<input type="checkbox"/> 021002 誤嚥	<input type="checkbox"/> 029900 診察・治療等のその他のエラー ( )																																																																																							
<b>診療、手術、麻酔、出産、その他の治療、処置</b>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 020101 患者取り違え	<input type="checkbox"/> 020102 部位取り違え	<input type="checkbox"/> 020103 医療材料取り違え																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 020199 診察・治療・処置等のその他の取り違え ( )																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 020200 方法(手技)の誤り	<input type="checkbox"/> 020300 未実施・忘れ	<input type="checkbox"/> 020400 中止・延期																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 020500 日程・時間の誤り	<input type="checkbox"/> 020600 順番の誤り	<input type="checkbox"/> 020700 不必要行為の実施																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 020800 消毒・清潔操作の誤り	<input type="checkbox"/> 020900 患者体位の誤り	<input type="checkbox"/> 021001 誤飲																																																																																																										
<input type="checkbox"/> 021002 誤嚥	<input type="checkbox"/> 029900 診察・治療等のその他のエラー ( )																																																																																																											

## 医療用具（機器）の使用・管理に関する項目

L	<b>ヒヤリ・ハットが発生した場面</b>																				
	<table border="1"> <tr> <td colspan="3"><b>医療用具（機器）の使用・管理</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 310100 人工呼吸器</td> <td><input type="checkbox"/> 310200 酸素療法機器</td> <td><input type="checkbox"/> 310300 麻酔器</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 310400 人工心肺</td> <td><input type="checkbox"/> 310500 除細動器</td> <td><input type="checkbox"/> 310600 IABP</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 310700 ペースメーカー</td> <td><input type="checkbox"/> 310800 輸液・輸注ポンプ</td> <td><input type="checkbox"/> 310900 血液浄化用機器</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 311000 インキュベーター</td> <td><input type="checkbox"/> 311100 内視鏡</td> <td><input type="checkbox"/> 311200 低圧持続吸引器</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 311300 心電図・血圧モニター</td> <td><input type="checkbox"/> 311400 パルスオキシメーター</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 319900 その他の医療用具（機器）の使用・管理に関する場面 ( )</td> </tr> </table>	<b>医療用具（機器）の使用・管理</b>			<input type="checkbox"/> 310100 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 310200 酸素療法機器	<input type="checkbox"/> 310300 麻酔器	<input type="checkbox"/> 310400 人工心肺	<input type="checkbox"/> 310500 除細動器	<input type="checkbox"/> 310600 IABP	<input type="checkbox"/> 310700 ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 310800 輸液・輸注ポンプ	<input type="checkbox"/> 310900 血液浄化用機器	<input type="checkbox"/> 311000 インキュベーター	<input type="checkbox"/> 311100 内視鏡	<input type="checkbox"/> 311200 低圧持続吸引器	<input type="checkbox"/> 311300 心電図・血圧モニター	<input type="checkbox"/> 311400 パルスオキシメーター		<input type="checkbox"/> 319900 その他の医療用具（機器）の使用・管理に関する場面 ( )	
<b>医療用具（機器）の使用・管理</b>																					
<input type="checkbox"/> 310100 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 310200 酸素療法機器	<input type="checkbox"/> 310300 麻酔器																			
<input type="checkbox"/> 310400 人工心肺	<input type="checkbox"/> 310500 除細動器	<input type="checkbox"/> 310600 IABP																			
<input type="checkbox"/> 310700 ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 310800 輸液・輸注ポンプ	<input type="checkbox"/> 310900 血液浄化用機器																			
<input type="checkbox"/> 311000 インキュベーター	<input type="checkbox"/> 311100 内視鏡	<input type="checkbox"/> 311200 低圧持続吸引器																			
<input type="checkbox"/> 311300 心電図・血圧モニター	<input type="checkbox"/> 311400 パルスオキシメーター																				
<input type="checkbox"/> 319900 その他の医療用具（機器）の使用・管理に関する場面 ( )																					



## 検査に関する項目

L	<b>ヒヤリ・ハットが発生した場面</b>
	<b>検体採取</b> <input type="checkbox"/> 410101 採血 <input type="checkbox"/> 410102 採尿 <input type="checkbox"/> 410103 採便 <input type="checkbox"/> 410104 採痰 <input type="checkbox"/> 410105 穿刺液 <input type="checkbox"/> 410199 その他の検体採取に関する場面 (                      )
	<b>生理検査</b> <input type="checkbox"/> 410201 超音波検査 <input type="checkbox"/> 410202 心電図検査 <input type="checkbox"/> 410203 トレッドミル検査 <input type="checkbox"/> 410204 マスター負荷心電図 <input type="checkbox"/> 410205 脳波検査 <input type="checkbox"/> 410206 筋電図検査 <input type="checkbox"/> 410207 肺機能検査 <input type="checkbox"/> 410299 その他の生理検査に関する場面 (                      )
	<b>画像検査</b> <input type="checkbox"/> 410301 一般撮影 <input type="checkbox"/> 410302 ポータブル撮影 <input type="checkbox"/> 410303 CT <input type="checkbox"/> 410304 MRI <input type="checkbox"/> 410305 血管カテーテル撮影 <input type="checkbox"/> 410306 上部消化管撮影 <input type="checkbox"/> 410307 下部消化管撮影 <input type="checkbox"/> 410399 その他の画像検査に関する場面 (                      )
	<b>内視鏡検査</b> <input type="checkbox"/> 410401 上部消化管 <input type="checkbox"/> 410402 下部消化管 <input type="checkbox"/> 410403 気管支鏡 <input type="checkbox"/> 410499 その他の内視鏡検査に関する場面 (                      )
	<b>機能検査</b> <input type="checkbox"/> 410501 耳鼻科検査 <input type="checkbox"/> 410502 眼科検査 <input type="checkbox"/> 410503 歯科検査 <input type="checkbox"/> 410599 その他の機能検査 (                      )
	<b>その他の検査</b> <input type="checkbox"/> 410600 検体検査 <input type="checkbox"/> 410700 血糖検査 (病棟での) <input type="checkbox"/> 410800 病理検査 <input type="checkbox"/> 410900 核医学検査 <input type="checkbox"/> 419900 その他の検査に関する場面 (                      )
M	<b>ヒヤリ・ハットの内容</b>
	<b>検査</b> <input type="checkbox"/> 160100 患者取り違い <input type="checkbox"/> 160200 検査手技・判定技術の間違い <input type="checkbox"/> 160300 検体採取時のミス <input type="checkbox"/> 160400 検体取り違い <input type="checkbox"/> 160500 検体紛失 <input type="checkbox"/> 160600 検体破損 <input type="checkbox"/> 160700 検体のコンタミネーション <input type="checkbox"/> 160800 その他の検体管理・取扱い (                      ) <input type="checkbox"/> 160900 試薬管理 <input type="checkbox"/> 161000 分析機器・器具管理 <input type="checkbox"/> 161100 検査機器・器具準備 <input type="checkbox"/> 161201 データ取り違い <input type="checkbox"/> 161202 データ紛失 <input type="checkbox"/> 161299 その他のデータ管理のエラー (                      ) <input type="checkbox"/> 161300 計算・入力・暗記 <input type="checkbox"/> 161400 結果報告 <input type="checkbox"/> 169900 その他検査のエラー (                      )

## 療養上の世話・療養生活の場面に関する項目

L	<b>発生場面</b>
	<b>療養上の世話</b> <input type="checkbox"/> 510100 気管内・口腔内吸引 <input type="checkbox"/> 510200 体位交換 <input type="checkbox"/> 510300 清拭 <input type="checkbox"/> 510400 更衣介助 <input type="checkbox"/> 510500 食事介助 <input type="checkbox"/> 510600 入浴介助 <input type="checkbox"/> 510700 排泄介助 <input type="checkbox"/> 510800 ストーマケア <input type="checkbox"/> 510900 移動介助 <input type="checkbox"/> 511000 搬送・移送 <input type="checkbox"/> 511100 体温管理 <input type="checkbox"/> 511200 患者周辺物品管理 <input type="checkbox"/> 511300 配膳 <input type="checkbox"/> 511400 患者観察 <input type="checkbox"/> 519900 その他の療養上の世話に関する場面 (                      )
	<b>その他の療養生活の場面</b> <input type="checkbox"/> 530100 散歩中 <input type="checkbox"/> 530200 外出・外泊中 <input type="checkbox"/> 530300 着替え中 <input type="checkbox"/> 530400 移動中 <input type="checkbox"/> 539900 その他の療養生活に関する場面 (                      )

M	<b>ヒヤリ・ハットの内容</b>
	<b>療養上の世話・療養生活</b> <input type="checkbox"/> 170101 転倒 <input type="checkbox"/> 170102 転落 <input type="checkbox"/> 170103 衝突 <input type="checkbox"/> 170201 誤嚥 <input type="checkbox"/> 170202 誤飲 <input type="checkbox"/> 170300 誤配膳 <input type="checkbox"/> 170401 安静指示の不履行 <input type="checkbox"/> 170402 禁食指示の不履行 <input type="checkbox"/> 170499 その他の指示の不履行 (                      )
	<b>搬送・移送</b> <input type="checkbox"/> 170501 取り違え <input type="checkbox"/> 170502 遅延 <input type="checkbox"/> 170503 忘れ <input type="checkbox"/> 170504 搬送先間違い <input type="checkbox"/> 170599 その他の搬送・移送のエラー (                      )
	<b>自己管理薬</b> <input type="checkbox"/> 170601 飲み忘れ・注射忘れ <input type="checkbox"/> 170602 摂取・注入量間違い <input type="checkbox"/> 170603 取り違い摂取 <input type="checkbox"/> 170699 その他の自己管理薬のエラー (                      )
	<b>その他の療養上の世話・療養生活</b> <input type="checkbox"/> 170700 無断外出・外泊 <input type="checkbox"/> 179900 その他の療養上の世話・療養生活のエラー (                      )

**給食・栄養に関する項目**

L	<b>発生場面</b>
	<b>給食・栄養</b> <input type="checkbox"/> 520100 経口摂取 <input type="checkbox"/> 520200 経管栄養 <input type="checkbox"/> 529900 その他の給食・栄養に関する場面 (                      )
M	<b>ヒヤリ・ハットの内容</b>
	<b>給食・栄養</b> <input type="checkbox"/> 180100 内容の間違い <input type="checkbox"/> 180200 量の間違い <input type="checkbox"/> 180300 中止の忘れ <input type="checkbox"/> 180400 延食の忘れ <input type="checkbox"/> 180500 異物混入 <input type="checkbox"/> 189900 その他の給食・栄養のエラー (                      )

**物品搬送に関する項目**

L	<b>発生場面</b>
	<b>物品搬送</b> <input type="checkbox"/> 610100 物品搬送
M	<b>ヒヤリ・ハットの内容</b>
	<b>物品搬送</b> <input type="checkbox"/> 190100 遅延 <input type="checkbox"/> 190200 忘れ <input type="checkbox"/> 190300 搬送先間違い <input type="checkbox"/> 190400 搬送中の破損 <input type="checkbox"/> 199900 その他の物品搬送のエラー (                      )

**放射線管理に関する項目**

L	<b>発生場面</b>
	<b>放射線管理</b> <input type="checkbox"/> 620100 放射線管理
M	<b>ヒヤリ・ハットの内容</b>
	<b>放射線管理</b> <input type="checkbox"/> 200100 放射性物質の紛失 <input type="checkbox"/> 200200 放射線漏れ <input type="checkbox"/> 209900 その他の放射線管理のエラー (                      )



## ヒヤリ・ハットが発生した要因に関する情報

(複数選択可。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		
	<b>確認</b>		
	<input type="checkbox"/> 010100 確認が不十分であった	<input type="checkbox"/> 019900 その他（ ）	
	<b>観察</b>		
	<input type="checkbox"/> 020100 観察が不十分であった	<input type="checkbox"/> 029900 その他（ ）	
	<b>判断</b>		
	<input type="checkbox"/> 030100 判断に誤りがあった	<input type="checkbox"/> 039900 その他（ ）	
	<b>知識</b>		
	<input type="checkbox"/> 040100 知識が不足していた	<input type="checkbox"/> 040200 知識に誤りがあった	<input type="checkbox"/> 049900 その他（ ）
	<b>技術（手技）</b>		
<input type="checkbox"/> 050100 技術（手技）が未熟だった	<input type="checkbox"/> 050200 技術（手技）を誤った	<input type="checkbox"/> 059900 その他（ ）	
<b>報告等</b>			
<input type="checkbox"/> 060100 忘れた	<input type="checkbox"/> 060200 不十分であった	<input type="checkbox"/> 060300 間違いであった	
<input type="checkbox"/> 060400 不適切であった	<input type="checkbox"/> 069900 その他（ ）		
<b>身体的状況</b>			
<input type="checkbox"/> 070100 寝不足だった	<input type="checkbox"/> 070200 体調が不良だった	<input type="checkbox"/> 070300 眠くなる薬を飲んでいて	
<input type="checkbox"/> 079900 その他（ ）			
<b>心理的状況</b>			
<input type="checkbox"/> 080100 慌てていた	<input type="checkbox"/> 080200 イライラしていた	<input type="checkbox"/> 080300 緊張していた	
<input type="checkbox"/> 080400 他のことに気を取られていた	<input type="checkbox"/> 080500 思い込んでいた		
<input type="checkbox"/> 080600 無意識だった	<input type="checkbox"/> 089900 その他（ ）		

## 当事者に影響を及ぼした環境等に関すること

N	<b>ヒヤリ・ハットの要因</b>	
	<b>システム</b>	
	<input type="checkbox"/> 110100 連絡・報告システムの不備	<input type="checkbox"/> 110200 指示伝達システムの不備
	<input type="checkbox"/> 110300 コンピューターシステムの不備	<input type="checkbox"/> 110400 作業マニュアルの不備
	<input type="checkbox"/> 119900 その他 ( )	
	<b>連携</b>	
<input type="checkbox"/> 120100 医師と看護職の連携不適切	<input type="checkbox"/> 120200 医師と技術職の連携不適切	
<input type="checkbox"/> 120300 医師と事務職の連携不適切	<input type="checkbox"/> 120400 医師間の連携不適切	
<input type="checkbox"/> 120500 看護職間の連携不適切	<input type="checkbox"/> 120600 技術職間の連携不適切	
<input type="checkbox"/> 120700 多職種間の連携不適切	<input type="checkbox"/> 120800 歯科医師と歯科関連職の連携不適切	
<input type="checkbox"/> 129900 その他 ( )		
<b>記録等の記載</b>		
<input type="checkbox"/> 130100 字が汚かった	<input type="checkbox"/> 130200 小さくて読みにくかった	
<input type="checkbox"/> 130300 記載形式が統一されてなかった	<input type="checkbox"/> 130400 記載方法がわかりにくかった	
<input type="checkbox"/> 130500 記載漏れ	<input type="checkbox"/> 139900 その他 ( )	
<b>患者の外見（容貌・年齢）・姓名の類似</b>		
<input type="checkbox"/> 140100 患者の外見（容貌・年齢）・姓名の類似		
<b>勤務状況</b>		
<input type="checkbox"/> 150100 多忙であった	<input type="checkbox"/> 150200 勤務の管理に不備	<input type="checkbox"/> 150300 作業が中断した
<input type="checkbox"/> 150400 当直だった	<input type="checkbox"/> 150500 当直明けだった	<input type="checkbox"/> 150600 夜勤だった
<input type="checkbox"/> 150700 夜勤明けだった	<input type="checkbox"/> 159900 その他 ( )	
<b>環境</b>		
<input type="checkbox"/> 160100 災害時だった	<input type="checkbox"/> 160200 緊急時だった	<input type="checkbox"/> 160300 コンピュータシステムがダウンしていた
<input type="checkbox"/> 160400 照明が暗かった	<input type="checkbox"/> 160500 床が濡れていた	
<input type="checkbox"/> 160900 その他 ( )		

## 医療・歯科医療用具（機器）・薬剤・設備等に関すること

N	<b>ヒヤリ・ハットの要因</b>		
	<b>医療・歯科医療用具（機器）・器具・医療材料（複数選択不可）</b>		
	<input type="checkbox"/> 210100 欠陥品・不良品だった	<input type="checkbox"/> 210200 故障していた	<input type="checkbox"/> 210300 複数の規格が存在した
	<input type="checkbox"/> 210400 扱いにくかった	<input type="checkbox"/> 210500 配置が悪かった	<input type="checkbox"/> 210600 数が不足していた
	<input type="checkbox"/> 210700 管理が不十分だった	<input type="checkbox"/> 210800 機器誤作動	<input type="checkbox"/> 219900 その他 ( )
	<b>薬剤（複数選択不可）</b>		
<input type="checkbox"/> 220100 薬剤を入れる容器が似ていた	<input type="checkbox"/> 220200 薬剤の色や形態が似ていた	<input type="checkbox"/> 220300 薬剤名が似ていた	
<input type="checkbox"/> 220400 複数の規格が存在した	<input type="checkbox"/> 220500 配置が悪かった	<input type="checkbox"/> 220600 管理が悪かった	
<input type="checkbox"/> 220700 薬剤の性質上の問題	<input type="checkbox"/> 220800 薬効が似ていた	<input type="checkbox"/> 220900 薬剤の略号が似ていた	
<input type="checkbox"/> 229900 その他 ( )			
<b>諸物品（複数選択不可）</b>			
<input type="checkbox"/> 230100 欠陥品・不良品だった	<input type="checkbox"/> 230200 故障していた	<input type="checkbox"/> 230300 複数の規格が存在した	
<input type="checkbox"/> 230400 扱いにくかった	<input type="checkbox"/> 230500 配置が悪かった	<input type="checkbox"/> 230600 数が不足していた	
<input type="checkbox"/> 230700 管理が不十分だった	<input type="checkbox"/> 239900 その他 ( )		
<b>施設・設備</b>			
(保守管理が不十分)			
<input type="checkbox"/> 240101 電気系統	<input type="checkbox"/> 240102 空調	<input type="checkbox"/> 240103 衛生設備	
<input type="checkbox"/> 240104 通信設備	<input type="checkbox"/> 240105 昇降設備		
<input type="checkbox"/> 240199 その他の保守管理に関する問題 ( )			
<input type="checkbox"/> 240200 施設構造物に関する問題	<input type="checkbox"/> 249900 施設構造物以外で施設・設備に関するその他の問題 ( )		

## 教育・訓練に関すること

N	ヒヤリ・ハットの要因	
	<b>教育・訓練</b> <input type="checkbox"/> 310100 教育・訓練が不十分だった <input type="checkbox"/> 310300 カリキュラムに不備があった <input type="checkbox"/> 310200 マニュアルに不備があった <input type="checkbox"/> 319900 その他 ( )	

## 説明・対応に関すること

N	ヒヤリ・ハットの要因	
	<b>患者・家族への説明</b> <input type="checkbox"/> 410100 説明が不十分であった <input type="checkbox"/> 410300 患者・家族の理解が不十分であった <input type="checkbox"/> 410200 説明に誤りがあった <input type="checkbox"/> 419900 その他 ( )	
	<b>その他</b> <input type="checkbox"/> 990000 その他 ( )	

## 間違いの実施の有無及びヒヤリ・ハットの影響度

O	間違いの有無及びヒヤリ・ハットの影響度	
	<b>間違いが実施前に発見された事例</b> <input type="checkbox"/> 0101 仮に実施されていても、患者への影響は小さかった（処置不要）と考えられる <input type="checkbox"/> 0102 仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度（処置が必要）と考えられる <input type="checkbox"/> 0103 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	
	<b>その他の事例</b> <input type="checkbox"/> 0200 間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例 <input type="checkbox"/> 9000 不明 <input type="checkbox"/> 9900 その他	

## 備考

P	備考
	コード選択と「その他」欄への入力だけでは不十分な場合、文字入力（全角 500 字）



## 資料6 ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧(237施設)

平成20年6月30日現在

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

北海道大学病院	医療法人正観会 御野場病院
独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター	山形大学医学部附属病院
独立行政法人国立病院機構 西札幌病院	独立行政法人国立病院機構 山形病院
独立行政法人国立病院機構 八雲病院	独立行政法人国立病院機構 米沢病院
総合病院北見赤十字病院	公立置賜総合病院
旭川赤十字病院	総合病院 福島赤十字病院
北海道社会保険病院	社会保険二本松病院
医療法人 王子総合病院	北福島医療センター
特定医療法人社団カレスサッポロ 時計台記念病院	財団法人太田総合病院附属 太田西ノ内病院
特定医療法人北海道循環器病院	独立行政法人国立病院機構 霞ヶ浦医療センター
医療法人社団 高橋病院	独立行政法人国立病院機構 茨城東病院
医療法人社団愛心館 愛心メモリアル病院	恩賜財団済生会支部茨城県済生会 龍ヶ崎済生会病院
社団法人北海道勤医協 苫小牧病院	医療法人社団 常仁会 牛久愛和総合病院
ふじのさわ内科クリニック	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
青森県立はまなす医療療育センター	医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院
八戸赤十字病院	医療法人恒貴会 協和中央病院
岩手医科大学附属病院	東京医科大学霞ヶ浦病院
独立行政法人国立病院機構 岩手病院	医療法人博郁会 椎名産婦人科
宮城県立がんセンター	獨協医科大学病院
大河原町外1市2町保健医療組合 みやぎ県南中核病院	独立行政法人国立病院機構 宇都宮病院
公立志津川病院	社団法人全国社会保険協会連合会 宇都宮社会保険病院
塩竈市立病院	医療法人報徳会 宇都宮病院
仙台社会保険病院	桐生厚生総合病院
東北厚生年金病院	公立碓氷病院
医療法人社団蔵王会 仙南サナトリウム	公立富岡総合病院
財団法人宮城厚生協会 長町病院	伊勢崎市民病院
秋田大学医学部附属病院	原町赤十字病院
市立大森病院	医療法人社団美心会 黒沢病院
秋田赤十字病院	埼玉医科大学病院

深谷赤十字病院  
 医療法人財団健和会 みさと健和病院  
 埼玉医療生活協同組合 羽生総合病院  
 独立行政法人国立病院機構 下志津病院  
 東陽病院  
 国保松戸市立病院  
 千葉社会保険病院  
 JFE 健康保険組合川鉄千葉病院  
 帝京大学医学部附属病院  
 杏林大学医学部付属病院  
 日本医科大学付属病院  
 日本大学医学部附属板橋病院  
 独立行政法人国立病院機構 東京医療センター  
 国立がんセンター中央病院  
 社会保険中央総合病院  
 医療法人社団関川会 関川病院  
 特別医療法人社団愛有会 久米川病院  
 日本歯科大学附属病院  
 東京医科大学病院  
 東芝病院  
 東京医療生活協同組合 中野総合病院  
 北里大学病院  
 東海大学医学部付属病院  
 独立行政法人国立病院機構 相模原病院  
 独立行政法人国立病院機構 神奈川病院  
 独立行政法人国立病院機構 箱根病院  
 神奈川県立こども医療センター  
 厚木市立病院  
 社会保険横浜中央病院  
 国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院  
 医療法人社団愛心会 湘南鎌倉総合病院  
 医療法人徳洲会 大和徳洲会病院  
 北里大学東病院  
 独立行政法人国立病院機構 さいがた病院  
 新潟市民病院  
 富山赤十字病院  
 富山県済生会高岡病院  
 伊藤病院  
 金沢医科大学病院  
 独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター  
 石川県立中央病院  
 金沢社会保険病院  
 医療法人財団愛生会 浜野西病院  
 医療法人社団東野会 東野病院  
 医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター  
 NTT 西日本金沢病院  
 独立行政法人国立病院機構 福井病院  
 福井赤十字病院  
 社会福祉法人恩賜財団 福井県済生会病院  
 財団法人新田塚医療福祉センター 福井総合病院  
 山梨大学医学部附属病院  
 山梨県立中央病院  
 山梨赤十字病院  
 社会保険山梨病院  
 医療法人聴心会 韮崎相互病院  
 信州大学医学部附属病院  
 独立行政法人国立病院機構 まつもと医療センター 松本病院  
 独立行政法人国立病院機構 まつもと医療センター 中信松本病院  
 長野県立須坂病院  
 諏訪赤十字病院  
 長野赤十字病院  
 下伊那赤十字病院  
 長野県厚生連 佐久総合病院  
 医療法人中信勤労者医療協会 松本協立病院  
 松本歯科大学病院  
 独立行政法人国立病院機構 長良医療センター  
 羽島市民病院  
 岐阜社会保険病院  
 墨俣医院  
 静岡市立静岡病院  
 社会保険浜松病院  
 特定医療法人社団松愛会 松田病院  
 財団法人復康会 沼津中央病院  
 公立大学法人名古屋市立大学病院  
 藤田保健衛生大学病院  
 独立行政法人国立病院機構 東名古屋病院

一宮市立市民病院  
 岡崎市民病院  
 西尾市民病院  
 小牧市民病院  
 春日井市民病院  
 名古屋第二赤十字病院  
 社会保険中京病院  
 国家公務員共済組合連合会 名城病院  
 医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院  
 山田赤十字病院  
 鈴鹿回生病院  
 独立行政法人国立病院機構 滋賀病院  
 長浜赤十字病院  
 独立行政法人国立病院機構 舞鶴医療センター  
 独立行政法人国立病院機構 南京都病院  
 綾部市立病院  
 医療法人 岸本病院  
 医療法人啓信会 京都きづ川病院  
 社会福祉法人京都社会事業団 京都桂病院  
 公立大学法人大阪市立大学医学部附属病院  
 近畿大学医学部附属病院  
 国立循環器病センター  
 市立吹田市民病院  
 医療法人愛仁会 高槻病院  
 医療法人美杉会 佐藤病院  
 医療法人永寿会 福島病院  
 医療法人藤井会 大東中央病院  
 医療法人宝生会 P L 病院  
 関西医科大学附属滝井病院  
 兵庫医科大学病院  
 独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター  
 独立行政法人国立病院機構 兵庫中央病院  
 独立行政法人国立病院機構 兵庫青野原病院  
 公立豊岡病院組合立豊岡病院  
 赤穂市民病院  
 神戸赤十字病院  
 医療法人回生会 宝塚病院  
 医療法人社団甲友会 西宮協立脳神経外科病院  
 医療法人新生会 総合病院高の原中央病院  
 医療法人財団 神戸海星病院  
 財団法人先端医療振興財団 先端医療センター  
 独立行政法人国立病院機構 松籟荘病院  
 公立大学法人和歌山県立医科大学附属病院  
 鳥取市立病院  
 独立行政法人国立病院機構 米子医療センター  
 独立行政法人国立病院機構 鳥取医療センター  
 鳥取赤十字病院  
 町立奥出雲病院  
 益田赤十字病院  
 川崎医科大学附属病院  
 独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター  
 総合病院岡山赤十字病院  
 社会福祉法人恩賜財団岡山済生会総合病院  
 医療法人社団操仁会 岡山第一病院  
 財団法人津山慈風会 津山中央病院  
 広島大学病院  
 独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター  
 独立行政法人国立病院機構 賀茂精神医療センター  
 総合病院 三原赤十字病院  
 医療法人社団 井野口病院  
 医療法人聖比留会 セントヒル病院  
 独立行政法人国立病院機構 東徳島病院  
 健康保険鳴門病院  
 なぎさ会沖の洲病院  
 独立行政法人国立病院機構 善通寺病院  
 香川県立中央病院  
 高松赤十字病院  
 特定医療法人財団エム・アイ・ユー 麻田総合病院  
 独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター  
 独立行政法人労働者健康福祉機構 愛媛労災病院  
 松山赤十字病院  
 高知大学医学部附属病院  
 高知赤十字病院  
 医療法人尚賢会 高知高須病院  
 産業医科大学病院  
 福岡大学病院

久留米大学病院  
独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター  
済生会福岡総合病院  
特定医療法人青洲会 福岡青洲会病院  
佐賀県立病院好生館  
社会福祉法人恩賜財団済生会唐津病院  
特定医療法人祐愛会 織田病院  
佐世保市立総合病院  
日本赤十字社 長崎原爆病院  
健康保険諫早総合病院  
医療法人社団 長崎記念病院  
熊本大学医学部附属病院  
独立行政法人国立病院機構 熊本南病院  
健康保険人吉総合病院  
健康保険天草中央総合病院  
健康保険 八代総合病院  
独立行政法人国立病院機構 別府医療センター  
公立おがた総合病院  
大分赤十字病院  
医療法人 大久保病院  
社会福祉法人恩賜財団済生会鹿児島病院  
川内市医師会立市民病院  
沖縄赤十字病院

## 資料7 ヒヤリ・ハット事例収集事業参加登録医療機関（定点外） 一覧（899施設）

平成20年6月30日現在

### 【北海道】

医療法人健康会 くにもと病院  
札幌医科大学附属病院  
旭川医科大学病院  
独立行政法人国立病院機構 札幌南病院  
独立行政法人国立病院機構 帯広病院  
独立行政法人国立病院機構 道北病院  
市立三笠総合病院  
清水赤十字病院  
栗山赤十字病院  
函館赤十字病院  
小清水赤十字病院  
浦河赤十字病院  
置戸赤十字病院  
総合病院 釧路赤十字病院  
総合病院伊達赤十字病院  
社会福祉法人北海道社会事業協会 小樽病院  
北海道厚生農業協同組合連合会 札幌厚生病院  
札幌社会保険総合病院  
医療法人回生会 大西病院  
土田病院  
医療法人サンブラザ 新札幌循環器病院  
医療法人潤和会 札幌ひばりが丘病院  
医療法人秀友会 札幌秀友会病院  
医療法人 禎心会病院  
医療法人社団カレスサッポロ 北光記念病院  
医療法人 新さっぽろ脳神経外科病院  
五稜会病院  
医療法人母恋 天使病院  
医療法人 愛全病院  
医療法人社団函館脳神経外科病院  
医療法人 河西外科病院  
医療法人社団健和会 大村病院  
医療法人医仁会 中村記念病院  
医療法人社団北海道恵愛会 札幌南一条病院  
財団法人北海道石炭同交振興会 同交会病院  
札幌医療生活協同組合 札幌南青洲病院  
社会福祉法人 函館厚生院函館中央病院  
もなみクリニック  
札幌整形外科  
医療法人社団清香会 おおしま内科胃腸科クリニック  
医療法人社団 39会 星野泌尿器科  
月寒東内科クリニック  
医療法人社団 宮崎整形外科医院  
医療法人社団 ひらおか内科胃腸科  
勤労者医療協会 当別診療所  
医療法人社団 みと内科循環器クリニック  
長内歯科新川診療所

ハート歯科クリニック  
平木歯科クリニック  
つかごし歯科クリニック  
ポストン歯科クリニック  
N&R デンタルオフィス田中歯科口腔外科  
わかまつ歯科医院  
あすか歯科  
札幌ファミリー歯科医院  
北斗デンタルクリニック  
堀川歯科医院

### 【青森県】

独立行政法人国立病院機構 弘前病院  
独立行政法人国立病院機構 青森病院  
独立行政法人国立病院機構 八戸病院  
国立療養所松丘保養園  
独立行政法人労働者健康福祉機構 青森労災病院  
自衛隊三沢病院  
三沢市立三沢病院  
平内町国民健康保険 平内中央病院  
弘前市立病院  
八戸市立市民病院  
医療法人ときわ会 ときわ会病院  
医療法人清照会 湊病院  
医療法人社団来蘇園会黒石あけぼの病院  
社団法人慈恵会青森慈恵会病院  
医療法人社団清泉会 布施病院  
医療法人社団良風会 ちびき病院  
医療法人千隆会 岸原病院  
医療法人財団謙昌会 美保野病院  
あおり協立病院

### 【岩手県】

独立行政法人国立病院機構 花巻病院  
独立行政法人国立病院機構 盛岡病院  
独立行政法人国立病院機構 釜石病院  
岩手県立東和病院  
奥州市国民健康保険まごころ病院  
洋野町国民健康保険 種市病院  
盛岡市立病院  
盛岡赤十字病院  
ひがしやま病院  
医療法人薬山会 せいてつ記念病院  
特定医療法人社団清和会 奥州病院  
社団医療法人 盛岡繋温泉病院  
医療法人祐和会 久慈享和病院  
もりおかこども病院

### 【宮城県】

東北大学病院  
独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター

独立行政法人国立病院機構 宮城病院	日東病院
独立行政法人国立病院機構 西多賀病院	いがり歯科医院
栗原市立栗原中央病院	<b>【茨城県】</b>
蔵王町国民健康保険蔵王病院	筑波大学附属病院
石巻赤十字病院	独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター
仙台赤十字病院	鹿島労災病院
宮城社会保険病院	茨城県立こども福祉医療センター
国家公務員共済組合連合会 東北公済病院	茨城県立あすなろの郷病院
医療法人向仁会 永井病院	筑西市民病院
医療法人寶樹会仙塩総合病院	水戸赤十字病院
佐藤病院	古河赤十字病院
財団法人広南会 広南病院	社会福祉法人恩賜財団済生会 水戸済生会総合病院
財団法人宮城県精神障害者救護会 国見台病院	医療法人滝田会 丸山荘病院
財団法人光が丘スベルマン病院	医療法人香風会 岩上記念病院
財団法人宮城厚生協会 坂総合病院	医療法人財団古宿会 水戸中央病院
宮城利府掖済会病院	医療法人 幕内会 山王台病院
<b>【秋田県】</b>	医療法人仁愛会 茅根病院
市立横手病院	医療法人愛正会 田尻ヶ丘病院
公立角館総合病院	医療法人群羊会 久慈茅根病院
J A 秋田県厚生農業協同組合連合会 仙北組合総合病院	医療法人一誠会 川崎胃腸科肛門科病院
秋田社会保険病院	医療法人社団輝峰会 東取手病院
医療法人松野敬愛会能代病院	医療法人竜仁会 牛尾病院
医療法人祐愛会 加藤病院	医療法人新生会 豊後荘病院
医療法人緑陽会 笠松病院	医療法人慈心会 那珂中央病院
医療法人青嵐会本荘第一病院	明野中央医院
医療法人明和会 中通総合病院	北水会病院
<b>【山形県】</b>	財団法人鹿島病院
公立高島病院	財団法人筑波麗仁会 筑波学園病院
米沢市立病院	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
山形市立病院済生館	株式会社日立製作所 日立総合病院
白鷹町立病院	株式会社日立製作所水戸総合病院
町立真室川病院	社会福祉法人愛正会 重症心身障害児施設 水方苑
鶴岡市立荘内病院	横瀬医院
北村山公立病院	いがらしクリニック
医療法人二本松会 山形病院	根本眼科
医療法人社団山形愛心会 庄内余目病院	医療法人隆朋会 河上医院
特定医療法人敬愛会 尾花沢病院	医療法人つくばセントラル病院
医療法人二本松会 上山病院	<b>【栃木県】</b>
<b>【福島県】</b>	独立行政法人国立病院機構 栃木病院
公立大学法人福島県立医科大学附属病院	南那須地区広域行政事務組合立那須南病院
独立行政法人国立病院機構 福島病院	日本赤十字社栃木県支部 足利赤十字病院
独立行政法人国立病院機構 いわき病院	大田原赤十字病院
独立行政法人労働者健康福祉機構 福島労災病院	芳賀赤十字病院
公立藤田総合病院	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
公立岩瀬病院	<b>【群馬県】</b>
医療法人慈繁会付属 土屋病院	独立行政法人国立病院機構 高崎病院
医療法人秀公会 あづま脳神経外科病院	独立行政法人国立病院機構 沼田病院
医療法人敬仁会 中野病院	独立行政法人国立病院機構 西群馬病院
医療法人安積保養園附属 あさかホスピタル	国立療養所栗生楽泉園
社団医療法人呉羽会 呉羽総合病院	渋川総合病院
社団医療法人養生会 かしま病院	館林厚生病院
財団法人湯浅報恩会 寿泉堂総合病院	西吾妻福祉病院
財団法人竹田総合病院	前橋赤十字病院
財団法人慈山会医学研究所付属 坪井病院	社会保険群馬中央総合病院
財団法人大原総合病院附属 大原医療センター	富士重工業健康保険組合 総合太田病院
財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院	医療法人醫光会 新邑楽病院

渋川中央リハビリ病院	国立療養所多磨全生園
医療法人社団慈聲会 岩田病院	国立精神・神経センター病院
医療法人中沢会上毛病院	国立国際医療センター
医療法人社団恵育会 田村産婦人科	国立成育医療センター
医療法人群馬会 群馬病院	自衛隊中央病院
医療法人 杉本病院	東京大学医学研究所附属病院
医療法人誠和会 正田病院	青梅市立総合病院
医療法人社団生方会 生方医院	葛飾赤十字産院
医療法人醫光会 駒井病院	総合病院 大森赤十字病院
医療法人社団三思会 くすの木病院	日本赤十字社医療センター
医療法人 新井胃腸科診療所	総合病院 厚生中央病院
<b>【埼玉県】</b>	社会保険蒲田総合病院
防衛医科大学校病院	城東社会保険病院
独立行政法人国立病院機構 埼玉病院	東京厚生年金病院
独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院	せんぼ東京高輪病院
独立行政法人国立病院機構 東埼玉病院	石川島播磨重工業健康保険組合病院
さいたま赤十字病院	国家公務員共済組合連合会 立川病院
小川赤十字病院	公立学校共済組合関東中央病院
済生会鴻巣病院	国家公務員共済組合連合会 虎の門病院
埼玉社会保険病院	医療法人財団良心会 青梅成木台病院
社会保険大宮総合病院	医療法人社団愛和会 南千住病院
医療法人秀峰会 北辰病院	医療法人社団埴原会 赤羽病院
医療法人一成会 さいたま記念病院	医療法人社団おきの会 旗の台脳神経外科病院
医療法人社団東所沢病院	医療法人財団保養会 竹丘病院
医療法人社団哺育会 白岡中央総合病院	医療法人財団 荻窪病院
獨協医科大学越谷病院	医療法人社団寿光会 青梅坂本病院
医療生協さいたま生活協同組合 埼玉協同病院	医療法人社団叡有会 安田病院
ダイヤモンド歯科医院	医療法人社団明芳会 新葛飾病院
自治医科大学附属さいたま医療センター	医療法人財団中山会 八王子消化器病院
<b>【千葉県】</b>	医療法人社団広恵会 春山外科病院
千葉大学医学部附属病院	医療法人社団はなぶさ会 島村記念病院
独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター	医療法人社団天紀会 上妻病院
独立行政法人国立病院機構 千葉東病院	医療法人財団岩尾会 東京青梅病院
独立行政法人国立病院機構 下総精神医療センター	医療法人社団三奉会 井上病院
国立国際医療センター国府台病院	医療法人社団順江会江東病院
国立がんセンター東病院	医療法人社団雄心会 山崎病院
船橋市立医療センター	医療法人社団 飯野病院
国保直営総合病院君津中央病院	医療法人社団千秋会 田中脳神経外科病院
総合病院国保旭中央病院	医療法人社団山本・前田記念会 前田病院
銚子市立総合病院	医療法人社団爽玄会 碑文谷病院
成田赤十字病院	医療法人財団大和会 東大和病院
社会保険船橋中央病院	医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院
医療法人社団明芳会 佐原中央病院	医療法人社団陽和会 武蔵野陽和会病院
東京勤労者医療会 東葛病院	要町病院
医療法人鉄蕉会 亀田総合病院	北部セントラル病院
医療法人緑栄会 三愛記念病院	梶原病院
千葉県勤労者医療協会 千葉健生病院	町田胃腸病院
<b>【東京都】</b>	木村病院
東京大学医学部附属病院	財団法人日本心臓血管研究振興会附属 榑原記念病院
慶應義塾大学病院	財団法人精神医学研究所附属 東京武蔵野病院
東京慈恵会医科大学附属病院	財団法人 心臓血管研究所附属病院
順天堂大学医学部附属順天堂医院	財団法人 聖路加国際病院
東邦大学医療センター大森病院	駿河台日本大学病院
独立行政法人国立病院機構 災害医療センター	東京女子医科大学病院
独立行政法人国立病院機構 東京病院	NTT 東日本関東病院
独立行政法人国立病院機構 村山医療センター	社会福祉法人信愛報恩会 信愛病院

宗教法人救世軍 救世軍ブース記念病院

立正佼成会附属佼成病院

社会福祉法人白十字会 東京白十字病院

仁生社 江戸川病院

上野睡眠クリニック

ながぬま歯科医院

【神奈川県】

横浜市立大学附属病院

聖マリアンナ医科大学病院

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター

独立行政法人国立病院機構 久里浜アルコール症センター

独立行政法人国立病院機構 南横浜病院

独立行政法人 労働者健康福祉機構 関東労災病院

横須賀市立うわまち病院

平塚市民病院

小田原市立病院

津久井赤十字病院

横浜市立みなと赤十字病院

川崎社会保険病院

社会保険相模野病院

国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院

医療法人財団愛心会 葉山ハートセンター

医療法人仁厚会病院

医療法人社団緑水会 横浜丘の上病院

医療法人社団仁輪会 くず葉台病院

湘南第一病院

財団法人横浜勤労者福祉協会 汐田総合病院

社会福祉法人相模更生会 総合相模更生病院

磯部クリニック

あおぞらクリニック

医療法人 林間こどもクリニック

医療法人社団 桐生医院

医療法人永光会 相模原クリニック

松村歯科室

医療法人社団緑森会 おくもり歯科医院

医療法人松翠会 グリーンパーク歯科

【新潟県】

新潟大学医学総合病院

独立行政法人国立病院機構 新潟病院

独立行政法人国立病院機構 西新潟中央病院

新潟労災病院

新潟県立吉田病院

新潟県立津川病院

国民健康保険魚沼市立堀之内病院

南魚沼市立城内病院

済生会新潟第二病院

医療法人社団橘光葉会 三条東病院

医療法人（財団）公仁会 柏崎中央病院

医療法人青山信愛会 新津信愛病院

医療法人責善会 村はまなす病院

医療法人桑名恵風会 桑名病院

工藤病院

財団法人 小千谷総合病院

白根保健生活協同組合 白根健生病院

【富山県】

富山大学附属病院

独立行政法人国立病院機構 北陸病院

独立行政法人国立病院機構 富山病院

富山県立中央病院

高岡市民病院

あさひ総合病院

富山市立 富山市民病院

黒部市民病院

社会保険高岡病院

公立学校共済組合北陸中央病院

【石川県】

金沢大学附属病院

独立行政法人国立病院機構 石川病院

独立行政法人国立病院機構 七尾病院

独立行政法人国立病院機構 医王病院

公立羽咋病院

公立能登総合病院

公立松任石川中央病院

町立富来病院

市立輪島病院

金沢赤十字病院

社会福祉法人恩賜財団石川県済生会金沢病院

国民健康保険 小松市民病院

医療法人社団 金沢宗広病院

医療法人社団 越野病院

医療法人財団松原愛育会 松原病院

医療法人社団浅ノ川桜ヶ丘病院

浅ノ川総合病院

医療法人社団修和会 片山津温泉丘の上病院

金沢聖霊総合病院

田谷泌尿器科医院

医療法人社団泉之杉会 にしかわクリニック

胃腸科・肛門科 新谷外科医院

洞庭医院

三平クリニック

上川医院

勝木医院

いしぐろクリニック

【福井県】

福井大学医学部附属病院

独立行政法人国立病院機構 あわら病院

レイクヒルズ美方病院

坂井市立三国病院

福井社会保険病院

社会保険高浜病院

本多レディースクリニック

【山梨県】

医療法人桃花会 一宮温泉病院

独立行政法人国立病院機構 甲府病院

北杜市立 甲陽病院

国民健康保険 富士吉田市立病院

社会保険鰺沢病院

医療法人景雲会 春日居リハビリテーション病院

医療法人静正会 三井クリニック

【長野県】

独立行政法人国立病院機構 長野病院

独立行政法人国立病院機構 東長野病院

独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院

飯田市立病院

国民健康保険 依田窪病院

波田総合病院

長野市民病院

安曇野赤十字病院

長野赤十字上山田病院

飯山赤十字病院

川西赤十字病院

長野県厚生農業協同組合連合会 安曇総合病院

長野県厚生連 リハビリテーションセンター鹿教湯病院

医療法人抱生会 丸の内病院

医療法人 栗山会 飯田病院

医療法人山力会 菅沼病院

医療法人信愛会 田中病院

特別医療法人城西医療財団 城西病院

医療法人健和会 健和会病院

医療法人公生会 竹重病院

稲荷山医療福祉センター

長野中央病院

医療法人あさま会 リサーチパーククリニック

【岐阜県】

岐阜大学医学部附属病院

岐阜県総合医療センター

岐阜県立下呂温泉病院

岐阜県立多治見病院

市立恵那病院

国民健康保険 飛騨市民病院

岐阜赤十字病院

高山赤十字病院

岐阜県厚生農業協同組合連合会 岐北厚生病院

岐阜県厚生農業協同組合連合会 久美愛厚生病院

医療法人馨仁会 藤掛病院

医療法人録三会 太田病院

医療法人社団誠広会 岐阜中央病院

医療法人蘇西厚生会 松波総合病院

医療法人社団友愛会 岩砂病院第一

朝日大学歯学部附属病院

医療法人社団秀徳会 川村医院

【静岡県】

浜松医科大学医学部附属病院

独立行政法人国立病院機構 静岡医療センター

独立行政法人国立病院機構 天竜病院

独立行政法人国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター

独立行政法人国立病院機構 静岡富士病院

自衛隊富士病院

静岡県立こころの医療センター

磐田市立総合病院

榛原総合病院

市立御前崎総合病院

菊川市立総合病院

焼津市立総合病院

県西部浜松医療センター

裾野赤十字病院

浜松赤十字病院

静岡赤十字病院

引佐赤十字病院

社会保険 桜ヶ丘総合病院

三島社会保険病院

医療法人社団 賢仁会 杉山病院

医療法人社団八洲会 袋井みつかわ病院

医療法人社団種光会 朝山病院

医療法人社団辰糸会 沼津千本病院

医療法人社団敬慈会 伊豆函南セントラル病院

医療法人財団新六会 大富士病院

弘遠会 すずかけ病院

田方保健医療対策協会 伊豆保健医療センター

NTT 東日本伊豆病院

社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院聖隷浜松病院

静岡県総合健康センター

さくらい歯科医院

【愛知県】

名古屋大学医学部附属病院

愛知医科大学病院

独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター

独立行政法人国立病院機構 豊橋医療センター

独立行政法人国立病院機構 東尾張病院

国立長寿医療センター

独立行政法人労働者健康福祉機構 中部労災病院

独立行政法人労働者健康福祉機構 旭労災病院

公立陶生病院

知多市民病院

蒲郡市民病院

半田市立半田病院

豊橋市民病院

名古屋第一赤十字病院

愛知県済生会病院

愛知県厚生農業協同組合連合会渥美病院

愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院

JA 愛知厚生連 豊田厚生病院

国家公務員共済組合連合会 東海病院

医療法人陽和会 春日井リハビリテーション病院

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院東分院

刈谷記念病院

医療法人光寿会 光寿会リハビリテーション病院

医療法人清慈会 鈴木病院

医療法人社団隆豊会 磯病院

医療法人社団喜峰会 東海記念病院

医療法人豊和会 南豊田病院

特定医療法人徳洲会 名古屋徳洲会総合病院

安藤病院

財団法人 豊田地域医療センター

トヨタ記念病院

名古屋掖済会病院

医療法人 鈴木小児科医院

鈴木歯科医院

【三重県】

三重大学医学部附属病院

独立行政法人国立病院機構 三重病院

独立行政法人国立病院機構 鈴鹿病院

恩賜財団済生会松阪総合病院

四日市社会保険病院

医療法人大仲会 大仲さつき病院	大阪医科大学附属病院
医療法人 富田浜病院	独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
財団法人信貴山病院分院 上野病院	独立行政法人国立病院機構 大阪南医療センター
西城外科内科	独立行政法人国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター
宇野胃腸科内科医院	独立行政法人国立病院機構 刀根山病院
アップル歯科クリニック	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立成人病センター
【滋賀県】	市立岸和田市民病院
滋賀医科大学医学部附属病院	箕面市立病院
独立行政法人国立病院機構 紫香楽病院	市立松原病院
滋賀県立成人病センター	日本赤十字社大阪府支部 大阪赤十字病院
彦根市立病院	星ヶ丘厚生年金病院
公立高島総合病院	国家公務員共済組合連合会 大手前病院
大津赤十字病院	特定医療法人景岳会 南大阪病院
済生会滋賀県病院	医療法人藤井会 石切生喜病院
社会保険滋賀病院	医療法人敬寿会 吉村病院
医療法人友仁会 友仁山崎病院	医療法人愛賛会 浜田病院
医療法人弘英会琵琶湖大橋病院	一祐会 藤本病院
財団法人近江兄弟社 ヴォーリス記念病院	医療法人祐生会 みどりヶ丘病院
【京都府】	医療法人泰仁会 白山病院
京都府立医科大学附属病院	医療法人協和会 聖徒病院
京都大学医学部附属病院	医療法人愛仁会 千船病院
独立行政法人国立病院機構 宇多野病院	医療法人愛仁会 愛仁会リハビリテーション病院
京都府立洛南病院	特定医療法人社団有隣会 東大阪病院
京都府立与謝の海病院	緑ヶ丘病院
京都市京北病院	財団法人淀川勤労者厚生協会 西淀病院
京都第二赤十字病院	中山製鋼所附属病院
舞鶴赤十字病院	東大阪生協病院
京都第一赤十字病院	茂松整形外科
社会保険京都病院	【兵庫県】
国家公務員共済組合連合会 舞鶴共済病院	神戸大学医学部附属病院
警察共済組合京都府支部 京都警察病院	独立行政法人国立病院機構 神戸医療センター
医療法人愛寿会同仁病院	三木市立三木市民病院
医療法人財団康生会 武田病院	公立御津病院
特別医療法人岡本病院（財団） 第一岡本病院	公立宍粟総合病院
医療法人社団千春会 千春会病院	神戸市立医療センター中央市民病院
医療法人芳松会 田辺病院	公立社総合病院
特定医療法人稲門会 岩倉病院	市立川西病院
京都九条病院	市立小野市民病院
医療法人親友会 島原病院	宝塚市立病院
財団法人療道協会 西山病院	神戸市立西市民病院
総合病院 日本バプテスト病院	柏原赤十字病院
財団法人 丹後中央病院	姫路赤十字病院
財団法人仁風会 京都南西病院	中町赤十字病院
社団法人京都保健会 京都民医連中央病院	社会福祉法人恩賜財団 済生会兵庫県病院
社団法人信和会 京都民医連第二中央病院	社会保険神戸中央病院
明治鍼灸大学附属病院	医療法人緑風会 龍野中央病院
三菱京都病院	医療法人社団神鋼会 神鋼病院
医療法人小柴会小柴産婦人科医院	医療法人弘仁会 南和病院
片山産婦人科	医療法人尚和会 宝塚第一病院
佐々木産婦人科	特定医療法人社団仙齡会 はりま病院
和知町国民健康保険和知診療所	医療法人愛和会 金沢病院
医療法人 たちいり整形外科	医療法人古橋会 揖保川病院
医療法人社団 外松医院	医療法人社団慈恵会 新須磨病院
小川歯科医院	医療法人協和会 協立病院
【大阪府】	医療法人甲風会 有馬温泉病院
大阪大学医学部附属病院	医療法人社団 新日鐵広畑病院

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

信原病院

財団法人 甲南病院

社団法人明石市医師会立 明石医療センター

神戸掖済会病院

志田クリニック

社団法人姫路市歯科医師会 口腔保健センター

【奈良県】

公立大学法人奈良県立医科大学附属病院

独立行政法人国立病院機構 奈良医療センター

天理市立病院

社会福祉法人恩賜財団済生会奈良病院

国保中央病院組合 国保中央病院

奈良社会保険病院

医療法人桂会 平尾病院

財団法人 沢井病院

財団法人天理よろづ相談所病院

【和歌山県】

独立行政法人国立病院機構 南和歌山医療センター

独立行政法人国立病院機構 和歌山病院

独立行政法人労働者健康福祉機構 和歌山労災病院

橋本市民病院

日本赤十字社 和歌山医療センター

医療法人弘仁会 瀬藤病院

【鳥取県】

鳥取大学医学部附属病院

独立行政法人労働者健康福祉機構 山陰労災病院

鳥取県立厚生病院

鳥取県立中央病院

日野病院組合 日野病院

医療法人十字会 野島病院

社団法人鳥取県中部医師会立 三朝温泉病院

【島根県】

島根大学医学部附属病院

独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター

島根県立中央病院

隠岐広域連合立隠岐島前病院

松江赤十字病院

医療法人社団創健会 松江記念病院

医療法人財団公仁会 鹿島病院

【岡山県】

岡山大学病院

独立行政法人国立病院機構 南岡山医療センター

国立療養所長島愛生園

国立療養所邑久光明園

吉備高原医療リハビリテーションセンター

総合病院岡山市立市民病院

総合病院岡山赤十字病院玉野分院

医療法人天馬会 チクハ外科胃腸科肛門科病院

医療法人社団同仁会金光病院

医療法人竜操整形 竜操整形外科病院

医療法人和風会 中島病院

医療法人 岡村一心堂病院

川崎医科大学附属川崎病院

三菱水島病院

岡山医療生活協同組合 総合病院岡山協立病院

【広島県】

独立行政法人国立病院機構 福山医療センター

独立行政法人国立病院機構 広島西医療センター

独立行政法人国立病院機構 呉医療センター

福山市民病院

広島赤十字・原爆病院

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

医療法人社団大谷会 大谷リハビリテーション病院

医療法人社団陽正会 寺岡記念病院

医療法人社団仁慈会 安田病院

医療法人社団更生会 草津病院

医療法人社団沼南会 沼隈病院

医療法人社団宏仁会 寺岡整形外科病院

堀産婦人科麻酔科医院

【山口県】

独立行政法人国立病院機構 関門医療センター

独立行政法人国立病院機構 岩国医療センター

独立行政法人国立病院機構 山陽病院

独立行政法人国立病院機構 柳井病院

下関市立豊浦病院

小野田赤十字病院

総合病院 山口赤十字病院

総合病院社会保険徳山中央病院

社会保険下関厚生病院

医療法人仁徳会周南病院

医療法人治徳会 湯野温泉病院

医療法人茜会 昭和病院

医療法人社団 磯部レディースクリニック

高取整形外科医院

【徳島県】

徳島大学病院

独立行政法人国立病院機構 徳島病院

徳島通信病院

徳島赤十字ひのみね総合療育センター

徳島県立中央病院

徳島赤十字病院

徳島県厚生農業協同組合連合会 阿南共栄病院

医療法人あさがお会 保岡クリニック 論田病院

医療法人リバーサイド リバーサイドのぞみ病院

医療法人清流会 緑ヶ丘病院

中洲八木病院

博愛記念病院

医療法人 静可会 三加茂田中病院

近藤内科病院

きたじま田岡病院

医療法人慈成会 寺沢病院

医療法人修誠会吉野川病院

医療法人三光会 高木病院

医療法人博美会 大野病院

医療法人倚山会 田岡病院

医療法人道志社 リハビリテーション大神子病院

青鳳会美摩病院

大島病院

【香川県】

香川大学医学部附属病院

独立行政法人国立病院機構 高松医療センター

独立行政法人国立病院機構 香川小児病院

国立療養所大島青松園

独立行政法人 労働者健康福祉機構 香川労災病院

坂出市立病院

社会保険栗林病院

医療法人社団たけお会 岩佐病院

赤心会 赤沢病院

牟礼病院

【愛媛県】

愛媛大学医学部附属病院

独立行政法人国立病院機構 愛媛病院

市立野村病院

市立宇和島病院

社会福祉法人恩賜財団済生会今治第二病院

宇和島社会保険病院

医療法人滴水会 吉野病院

医療法人青峰会 真網代くじらりハビリテーション病院

医療法人みのり会 三瓶病院

医療法人天真会 南高井病院

医療法人和昌会 貞本病院

医療法人団伸会 奥島病院

松山笠置記念心臓血管病院

住友別子病院

【高知県】

独立行政法人国立病院機構 高知病院

高知県立安芸病院

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター

厚生年金高知リハビリテーション病院

医療法人川村会 くぼかわ病院

特定医療法人久会 図南病院

高知医療生活協同組合 高知生協病院

池本歯科医院

中山歯科医院

【福岡県】

九州大学病院

独立行政法人国立病院機構 小倉病院

独立行政法人国立病院機構 九州医療センター

独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター

独立行政法人国立病院機構 福岡病院

独立行政法人国立病院機構 大牟田病院

県立 粕屋新光園

公立八女総合病院

福岡市民病院

今津赤十字病院

健康保険直方中央病院

社会保険久留米第一病院

国家公務員共済組合連合会 浜の町病院

医療法人財団池友会 福岡新水巻病院

医療法人せいわ会 聖和記念病院

医療法人社団シマダ 嶋田病院

誠愛リハビリテーション病院

医療法人 いわさクリニック

末永産婦人科マスイ科

日高眼科クリニック

医療法人海洋会 駅南メンタルクリニック

西田クリニック

国吉眼科

原澤循環器科・内科クリニック

産科婦人科 津田病院

北九州市門司区医師会診療所

おおき矯正歯科

【佐賀県】

佐賀大学医学部附属病院

独立行政法人国立病院機構 佐賀病院

独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター

独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター

有田共立病院

武雄市立武雄市民病院

唐津赤十字病院

社会保険浦之崎病院

佐賀社会保険病院

医療法人幸善会 前田病院

医療法人順天堂 順天堂病院

医療法人清明会 やよいがおか鹿毛病院

医療法人至慈会 高島病院

医療法人静便堂白石共立病院

医療法人松籙会 河畔病院

医療法人智仁会 佐賀リハビリテーション病院

医療法人整和会 副島整形外科病院

社会福祉法人 からつ医療福祉センター

平川俊彦脳神経外科

医療法人東雲会 小野医院

医療法人實生会 池田産婦人科

うれしのふくだクリニック

医療法人 朝長医院

清哲会 藤瀬医院

医療法人虹心会 たなベクリニック産科婦人科

梶山整形外科

こが内科こどもクリニック

うえきクリニック

医療法人整和会 副島整形外科クリニック

【長崎県】

独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター

独立行政法人国立病院機構 長崎病院

独立行政法人国立病院機構 長崎神経医療センター

独立行政法人労働者健康福祉機構 長崎労災病院

長崎県離島医療圏組合 中対馬病院

長崎県立島原病院

公立新小浜病院

日本赤十字社 長崎原爆諫早病院

国家公務員共済組合連合会 佐世保共済病院

医療法人明星会病院

医療法人慈恵会小江原中央病院

特定特別医療法人雄博会 千住病院

医療法人徳洲会 長崎北徳洲会病院

医療法人琴生会 大石共立病院

医療法人玄州会 光武内科循環器科病院

特別医療法人春回会 井上病院

特定医療法人三俊会 宮崎病院

医療法人宏善会 諫早記念病院

三菱重工業株式会社長崎造船所病院

社会福祉法人十善会 十善会病院  
医療法人尚健会 佐藤内科医院  
長崎大学医学部・歯学部附属病院

【熊本県】

独立行政法人国立病院機構 熊本医療センター  
独立行政法人国立病院機構 熊本再春荘病院  
独立行政法人国立病院機構 菊池病院  
国立療養所菊池恵楓園  
植木町国民健康保険植木病院  
国民健康保険八代市立病院  
熊本赤十字病院  
日本赤十字社 熊本健康管理センター

【大分県】

大分大学医学部附属病院  
独立行政法人国立病院機構 大分医療センター  
独立行政法人国立病院機構 西別府病院  
九州大学病院別府先進医療センター  
大分県立病院  
大分県立三重病院  
健康保険南海病院  
特定医療法人社団春日会 黒木記念病院  
医療法人長門莫記念会 長門記念病院  
医療法人利光会 五反田胃腸科外科病院  
咸宣会 日田中央病院  
医療法人小寺会 佐伯中央病院  
医療法人興仁会 桑尾病院  
医療法人恵愛会 中村病院  
医療法人財団天心堂 へつぎ病院  
医療法人明和会 大分ゆふみ病院  
医療法人敬和会 大分岡病院  
中津脳神経外科病院  
大分市医師会立アルメイダ病院  
宇佐高田医師会病院  
心葉消化器外科  
伊藤内科医院  
胤末整形外科クリニック

【宮崎県】

独立行政法人国立病院機構 都城病院  
独立行政法人国立病院機構 宮崎病院  
独立行政法人国立病院機構 宮崎東病院  
宮崎市立田野病院  
医療法人青隆会 野口脳神経外科  
医療法人爽林会 政所医院

【鹿児島県】

鹿児島大学医学部・歯学部附属病院  
独立行政法人国立病院機構 鹿児島医療センター  
独立行政法人国立病院機構 指宿病院  
独立行政法人国立病院機構 南九州病院  
国立療養所星塚敬愛園  
国立療養所奄美和光園  
パールランド病院  
医療法人慈風会 厚地脳神経外科病院  
医療法人一誠会 三宅病院  
医療法人柏葉会 水間病院  
医療法人天道会 崎元眼科  
医療法人 一心会 神田医院

【沖縄県】

琉球大学医学部附属病院  
独立行政法人国立病院機構 沖縄病院  
独立行政法人国立病院機構 琉球病院  
国立療養所沖縄愛楽園  
国立療養所宮古南静園  
医療法人琉心会 勝山病院  
医療法人和の会 与那原中央病院  
医療法人仁愛会 浦添総合病院