

# 医療事故情報収集等事業 第16回報告書

平成21年3月24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16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 ..... | 10        |
| 【1】事業の目的 .....                 | 10        |
| 【2】ヒヤリ・ハット事例情報の収集 .....        | 10        |
| 【3】ヒヤリ・ハット事例情報の分析・提供 .....     | 12        |
| <b>II 報告の現況 .....</b>          | <b>13</b> |
| 1 医療事故情報収集・分析・提供事業 .....       | 13        |
| 【1】登録医療機関 .....                | 13        |
| 【2】報告件数 .....                  | 15        |
| 【3】報告義務対象医療機関からの報告の内容 .....    | 19        |
| 2 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業 .....    | 48        |
| 【1】登録医療機関 .....                | 48        |
| 【2】報告件数 .....                  | 49        |
| 【3】全般コード化情報 .....              | 50        |
| 【4】記述情報 .....                  | 63        |

### III 医療事故情報等分析作業の現況 ..... 65

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| 1 概況 .....                   | 65  |
| 【1】分析対象とするテーマの選定状況 .....     | 65  |
| 【2】分析対象とする情報 .....           | 66  |
| 【3】分析体制 .....                | 66  |
| 【4】医療事故情報に対する追加調査 .....      | 66  |
| 2 個別のテーマの検討状況 .....          | 67  |
| 【1】薬剤に関連した医療事故 .....         | 67  |
| 【2】医療機器の使用に関連した医療事故 .....    | 95  |
| 【3】輸血療法に関連した医療事故 .....       | 102 |
| 【4】ベッドなど病室の設備に関連した医療事故 ..... | 113 |
| 【5】ヒヤリ・ハット事例情報データベース .....   | 122 |

### IV 共有すべき医療事故情報 ..... 133

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| 【1】共有すべき医療事故情報 .....           | 133 |
| 【2】再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」 ..... | 136 |

### 参考 医療安全情報の提供..... 141

|                   |     |
|-------------------|-----|
| 【1】事業の目的 .....    | 141 |
| 【2】主な対象医療機関 ..... | 141 |
| 【3】提供の方法 .....    | 141 |
| 【4】医療安全情報 .....   | 142 |

|   |     |
|---|-----|
| 資料1 報告義務対象医療機関一覧 .....                  | 148 |
| 資料2 参加登録申請医療機関一覧 .....                  | 154 |
| 資料3 医療事故情報報告様式 .....                    | 159 |
| 資料4 「医療安全における国内外の取り組みに関する研究会」開催結果概要 ... | 168 |
| 資料5 ヒヤリ・ハット事例報告様式 .....                 | 171 |
| 資料6 ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧 .....         | 182 |
| 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 .....  | 186 |



## 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月より開始しました。また、薬局で発生したり発見されるヒヤリ・ハット事例の収集事業も間もなく事例収集を開始する予定です。

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16回目になります。また、本報告書にNO. 23-25を掲載した医療安全情報は、毎月1回の頻度で計28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に努めてまいりたいと思っておりますので、ご指導、ご鞭撻の程お願い申し上げます。

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



## 第16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、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、当事業部としては、昨年末に、そのような医療機関に対して、文書より適切な報告をお願いしたところです。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10月～12月までにご報告頂いた医療事故情報と、平成20年7月～9月に発生したヒヤリ・ハット事例のご報告を取りまとめた第16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」、「輸血療法に関連した医療事故」、に加え、新たに、「ベットなど病室の設備に関連した医療事故」を取り上げました。また、3ヵ月間に収集した事例を中心に、特に重要と考えられる事例を「共有すべき医療事故情報」に掲載しております。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、本報告書には医療安全情報のNO. 23-25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

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、国内外における医療安全についての知見を深めていただくために「医療安全における国内外の取り組みに関する研修会」を札幌において平成20年10月16日（木）に開催した。

### （1）研修会の概要

#### i) 対象者

医療事故情報収集・分析・提供事業の参加登録医療機関及びヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の参加医療機関の医療安全管理部門の責任者または、医療安全管理に係る者

#### ii) 内容

講義：医療事故情報収集等事業について  
医療安全における行政の取り組み  
医療安全における海外の現況

### （2）受講状況

受講者数 70名（55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。

## 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12月31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 - 3- 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<br>○輸血療法に関連した事例<br>○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<br>○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<br>○輸血療法に関連した事例<br>○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<br>○輸血療法に関連した事例<br>○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<br>○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<br>○患者取り違え、手術（処置）部位の間違いに関連した事例<br>○電気メスに関連した事例<br>○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

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

### (4) 報告形式

報告形式は、コード選択形式と記述形式である<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10月から12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12月31日現在、医療事故情報収集・分析・提供事業に参加している医療機関数は以下の通りである。

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

| 開設者                  |                     | 報告義務対象<br>医療機関 | 参加登録申請<br>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        | 145            | 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              | 28                            |
|                      | 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<br>医療機関の開設者 | 日本赤十字社              | 0              | 50                            |
|                      | 恩賜財団済生会             | 0              | 5                             |
|                      | 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             | 11                            |
|                      | 医療法人                | 0              | 89                            |
|                      | 公益法人                | 0              | 15                            |
|                      | 会社                  | 0              | 7                             |
|                      | その他法人               | 0              | 5                             |
| 個人                   |                     | 0              | 10                            |
| 合計                   |                     | 272            | 283                           |

(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10月1日から同年12月31日までの参加登録申請医療機関における登録件数の推移は以下の通りである。

図表 II - 1 - 2 参加登録申請医療機関の登録件数

|                 | 平成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<br>医療機関数 | 1     | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 6   | 1   | 0   | 4   | 1   | 0   |
| 登録取下げ<br>医療機関数  | 19    | 0   | 1   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 1   | 0   |
| 累 計             | 267   | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 278 | 279 | 279 | 283 | 283 | 283 |

## 【2】報告件数

### (1) 月別報告件数

平成20年10月1日から同年12月31日までの報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関の月別報告件数は以下の通りである。

図表Ⅱ-1-3 報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関の月別報告件数

|                   | 平成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<br>医療機関報告数 | 82    | 97  | 107 | 90  | 156 | 127 | 132 | 102 | 142 | 166 | 108 | 131 | 1,440 |
| 参加登録申請<br>医療機関報告数 | 18    | 7   | 4   | 10  | 7   | 10  | 9   | 13  | 8   | 11  | 14  | 12  | 123   |
| 報告義務対象<br>医療機関数   | 273   | 273 | 273 | 273 | 273 | 273 | 273 | 273 | 273 | 273 | 273 | 272 | —     |
| 参加登録申請<br>医療機関数   | 267   | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 278 | 279 | 279 | 283 | 283 | 283 | —     |

### (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12月31日現在の報告義務対象医療機関の平成20年10月1日から同年12月31日までの報告医療機関数および報告件数を図表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12月31日現在報告義務対象医療機関の数は272施設、病床数合計は144,158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<br>(平成20年<br>12月31日現在) | 報告医療機関数          |                 | 報告件数             |                 |       |
|------|------------------------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|-------|
|      |                              | 平成20年<br>10月～12月 | 平成20年<br>1月～12月 | 平成20年<br>10月～12月 | 平成20年<br>1月～12月 |       |
| 国    | 国立大学法人等                      | 46               | 25              | 40               | 48              | 237   |
|      | 独立行政法人国立病院機構                 | 145              | 84              | 112              | 219             | 728   |
|      | 国立高度専門医療センター                 | 8                | 7               | 7                | 30              | 76    |
|      | ハンセン病療養所                     | 13               | 6               | 8                | 6               | 17    |
| 自治体  | 都道府県                         | 11               | 5               | 9                | 11              | 46    |
|      | 市町村                          |                  |                 |                  |                 |       |
|      | 公立大学法人                       |                  |                 |                  |                 |       |
|      | 地方独立行政法人                     |                  |                 |                  |                 |       |
| 法人   | 学校法人                         | 49               | 21              | 28               | 91              | 336   |
| (再掲) | 特定機能病院                       | 82               | 48              | 73               | 155             | 637   |
| 合計   |                              | 272              | 148             | 204              | 405             | 1,440 |

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<br>～平成20年12月 |
| 国    | 国立大学法人等      | 1,157                 |
|      | 独立行政法人国立病院機構 | 2,164                 |
|      | 国立高度専門医療センター | 262                   |
|      | ハンセン病療養所     | 59                    |
| 自治体  | 都道府県         | 142                   |
|      | 市町村          |                       |
|      | 公立大学法人       |                       |
|      | 地方独立行政法人     |                       |
| 法人   | 学校法人         | 1,555                 |
| (再掲) | 特定機能病院       | 2,837                 |
| 合 計  |              | 5,339                 |

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<br>10月～12月 | 平成20年<br>1～12月 | 平成20年<br>10月～12月 | 平成20年<br>1～12月 |
| 0～19床    | 0     | 0                | 0              | 0                | 0              |
| 20～49床   | 13    | 2                | 3              | 2                | 7              |
| 50～99床   | 6     | 1                | 1              | 1                | 1              |
| 100～149床 | 4     | 2                | 2              | 2                | 2              |
| 150～199床 | 9     | 3                | 5              | 4                | 20             |
| 200～249床 | 13    | 7                | 10             | 11               | 41             |
| 250～299床 | 16    | 10               | 12             | 20               | 48             |
| 300～349床 | 25    | 11               | 17             | 23               | 105            |
| 350～399床 | 17    | 11               | 14             | 27               | 89             |
| 400～449床 | 26    | 19               | 23             | 59               | 149            |
| 450～499床 | 13    | 8                | 8              | 16               | 45             |
| 500～549床 | 14    | 6                | 11             | 14               | 67             |
| 550～599床 | 11    | 6                | 8              | 21               | 77             |
| 600～649床 | 26    | 14               | 20             | 36               | 135            |
| 650～699床 | 9     | 6                | 8              | 26               | 76             |
| 700～749床 | 12    | 5                | 10             | 10               | 56             |
| 750～799床 | 2     | 1                | 1              | 1                | 1              |
| 800～849床 | 12    | 6                | 10             | 17               | 67             |
| 850～899床 | 5     | 3                | 4              | 8                | 38             |
| 900～999床 | 9     | 8                | 9              | 13               | 39             |
| 1000床以上  | 30    | 19               | 28             | 94               | 377            |
| 合 計      | 272   | 148              | 204            | 405              | 1,440          |

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<br>10月～12月 | 平成 20 年<br>1月～12月 | 平成 20 年<br>10月～12月 | 平成 20 年<br>1月～12月 |
| 北海道   | 11    | 5                  | 8                 | 20                 | 66                |
| 東北    | 24    | 11                 | 17                | 23                 | 93                |
| 関東甲信越 | 83    | 43                 | 62                | 138                | 497               |
| 東海北陸  | 37    | 26                 | 31                | 66                 | 256               |
| 近畿    | 35    | 17                 | 27                | 40                 | 167               |
| 中国四国  | 36    | 22                 | 26                | 50                 | 178               |
| 九州沖縄  | 46    | 24                 | 33                | 68                 | 183               |
| 合 計   | 272   | 148                | 204               | 405                | 1,440             |

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<br>10月～12月 | 平成 20 年<br>1月～12月 |
| 0       | 124                | 69                |
| 1       | 53                 | 29                |
| 2       | 44                 | 29                |
| 3       | 21                 | 23                |
| 4       | 10                 | 17                |
| 5       | 4                  | 22                |
| 6       | 9                  | 13                |
| 7       | 2                  | 18                |
| 8       | 1                  | 8                 |
| 9       | 0                  | 5                 |
| 10      | 2                  | 4                 |
| 11～20   | 1                  | 25                |
| 21～30   | 1                  | 5                 |
| 31～40   | 0                  | 2                 |
| 41～50   | 0                  | 0                 |
| 51～100  | 0                  | 3                 |
| 101～150 | 0                  | 0                 |
| 151～200 | 0                  | 0                 |
| 200以上   | 0                  | 0                 |
| 合 計     | 272                |                   |

② 参加登録申請医療機関の報告状況

平成20年12月31日現在の参加登録申請医療機関の平成20年10月1日から同年12月31日までの報告医療機関数および報告件数を図表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<br>(平成20年<br>12月31日現在) | 報告医療機関数          |                 | 報告件数             |                 |
|--------|----------------------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|
|        |                            | 平成20年<br>10月～12月 | 平成20年<br>1月～12月 | 平成20年<br>10月～12月 | 平成20年<br>1月～12月 |
| 国      | 3                          | 0                | 1               | 0                | 1               |
| 自治体    | 37                         | 6                | 9               | 13               | 33              |
| 公的医療機関 | 106                        | 6                | 15              | 7                | 26              |
| 法人     | 127                        | 14               | 25              | 17               | 63              |
| 個人     | 10                         | 0                | 0               | 0                | 0               |
| 合計     | 283                        | 26               | 50              | 37               | 123             |

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12月 |
| 国      | 1                 |
| 自治体    | 102               |
| 公的医療機関 | 152               |
| 法人     | 369               |
| 個人     | 0                 |
| 合計     | 624               |

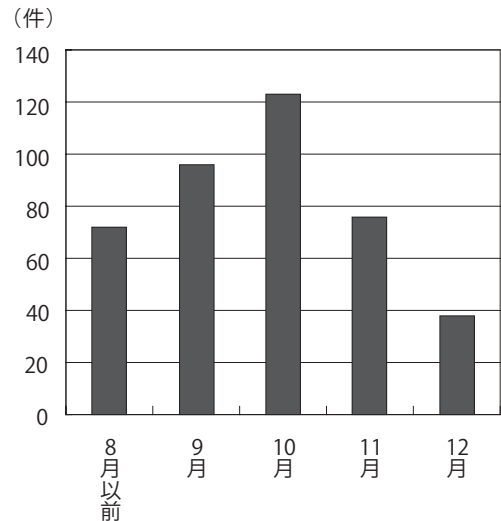
### 【3】報告義務対象医療機関からの報告の内容

平成20年10月1日から同年12月31日までの報告義務対象医療機関からの医療事故報告の内容は以下の通りである。

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

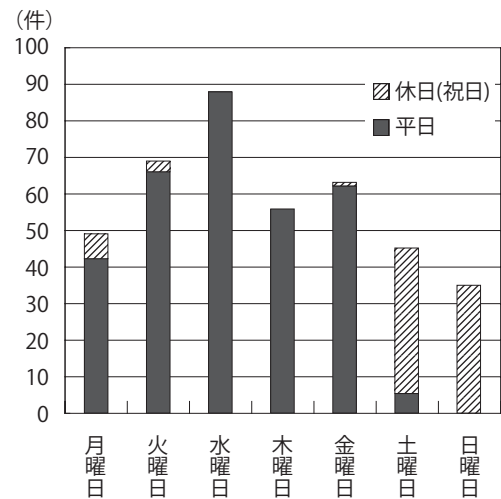
図表Ⅱ-1-11 発生月

| 発生月   |      | 件数  |
|-------|------|-----|
| 平成20年 | 8月以前 | 72  |
|       | 9月   | 96  |
|       | 10月  | 123 |
|       | 11月  | 76  |
|       | 12月  | 38  |
| 合計    |      | 405 |



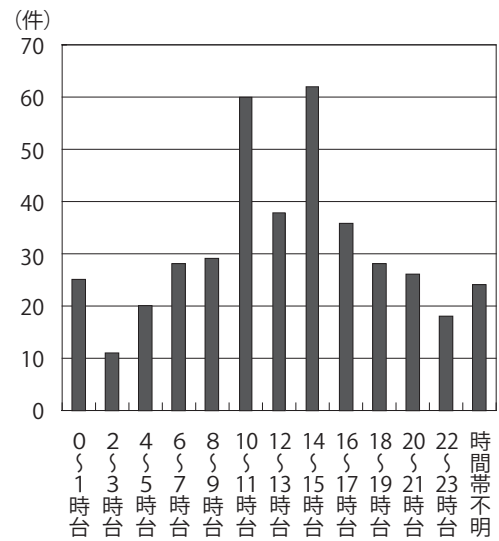
図表Ⅱ-1-12 発生曜日・曜日区分

| 発生曜日 | 平日  | 休日(祝日) | 合計  |
|------|-----|--------|-----|
| 月曜日  | 42  | 7      | 49  |
| 火曜日  | 66  | 3      | 69  |
| 水曜日  | 88  | 0      | 88  |
| 木曜日  | 56  | 0      | 56  |
| 金曜日  | 62  | 1      | 63  |
| 土曜日  | 5   | 40     | 45  |
| 日曜日  | 0   | 35     | 35  |
| 合計   | 319 | 86     | 405 |



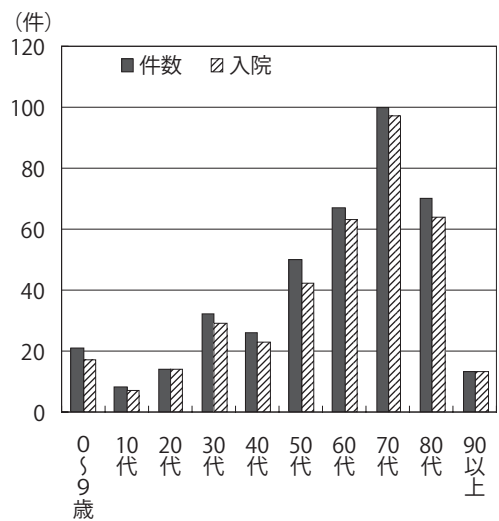
図表Ⅱ - 1 - 13 発生時間帯

| 発生時間帯   | 件数  |
|---------|-----|
| 0～1時台   | 25  |
| 2～3時台   | 11  |
| 4～5時台   | 20  |
| 6～7時台   | 28  |
| 8～9時台   | 29  |
| 10～11時台 | 60  |
| 12～13時台 | 38  |
| 14～15時台 | 62  |
| 16～17時台 | 36  |
| 18～19時台 | 28  |
| 20～21時台 | 26  |
| 22～23時台 | 18  |
| 時間帯不明   | 24  |
| 合計      | 405 |



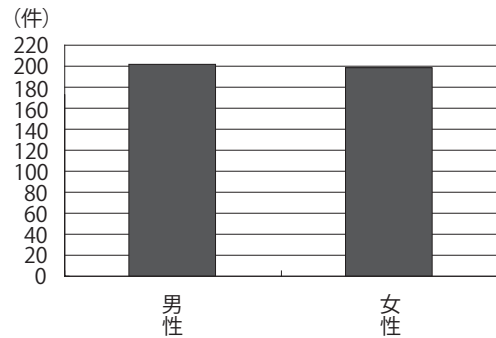
図表Ⅱ - 1 - 14 患者の年齢

| 患者の数 | 患者の年齢 | 件数  | 入院患者 |
|------|-------|-----|------|
| 1人   | 0～9歳  | 21  | 17   |
|      | 10代   | 8   | 7    |
|      | 20代   | 14  | 14   |
|      | 30代   | 32  | 29   |
|      | 40代   | 26  | 23   |
|      | 50代   | 50  | 42   |
|      | 60代   | 67  | 63   |
|      | 70代   | 100 | 97   |
|      | 80代   | 70  | 64   |
|      | 90以上  | 13  | 13   |
| 複数   | 合計    | 401 | 369  |
| 総計   | 合計    | 405 | 370  |



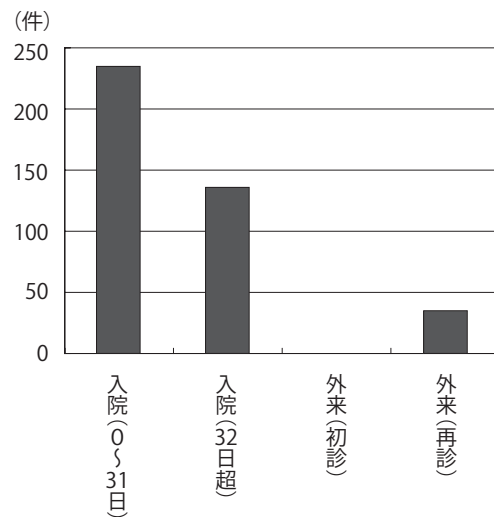
図表Ⅱ-1-15 患者の性別

| 患者の数 | 性別 | 件数  |
|------|----|-----|
| 1人   | 男性 | 202 |
|      | 女性 | 199 |
|      | 合計 | 401 |
| 複数   | 合計 | 4   |
| 総計   |    | 405 |



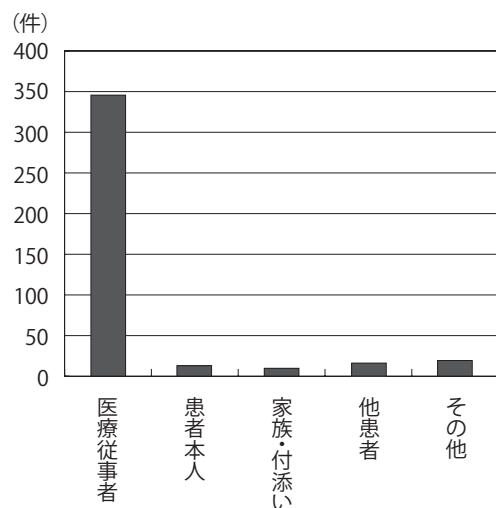
図表Ⅱ-1-16 入院・外来の区分・入院期間

| 入院・外来の区分 |           | 合計  |
|----------|-----------|-----|
| 入院       | 入院期間0～31日 | 234 |
|          | 入院期間32日超  | 136 |
|          | 合計        | 370 |
| 外来       | 初診        | 0   |
|          | 再診        | 35  |
|          | 合計        | 35  |
| 総計       |           | 405 |



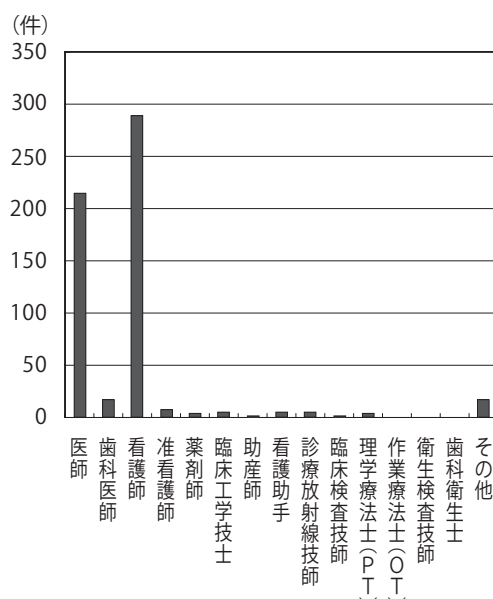
図表Ⅱ-1-17 発見者

| 発見者    | 件数  |
|--------|-----|
| 医療従事者  | 345 |
| 患者本人   | 14  |
| 家族・付添い | 11  |
| 他患者    | 17  |
| その他    | 18  |
| 合計     | 405 |



図表Ⅱ - 1 - 18 当事者の職種

| 当事者 <sup>(注)</sup> の職種 | 件数  |
|------------------------|-----|
| 医師                     | 214 |
| 歯科医師                   | 17  |
| 看護師                    | 289 |
| 准看護師                   | 7   |
| 薬剤師                    | 3   |
| 臨床工学技士                 | 5   |
| 助産師                    | 1   |
| 看護助手                   | 5   |
| 診療放射線技師                | 5   |
| 臨床検査技師                 | 1   |
| 理学療法士（PT）              | 3   |
| 作業療法士（OT）              | 0   |
| 衛生検査技師                 | 0   |
| 歯科衛生士                  | 0   |
| その他                    | 17  |
| 合計                     | 567 |



(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<br>職種×<br>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<br>～<br>20年 | 21<br>～<br>30年 | 30年<br>超 | 合計  |
|---------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----------------|----------------|----------|-----|
| 医師                                    | 10 | 4  | 14 | 12 | 11 | 9  | 10 | 9  | 8  | 8  | 8   | 78             | 28             | 5        | 214 |
| 歯科医師                                  | 0  | 2  | 0  | 1  | 1  | 3  | 1  | 2  | 0  | 0  | 1   | 2              | 2              | 2        | 17  |
| 看護師                                   | 23 | 32 | 28 | 20 | 21 | 11 | 8  | 9  | 11 | 7  | 13  | 43             | 48             | 15       | 289 |
| 薬剤師                                   | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   | 0              | 1              | 0        | 3   |

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

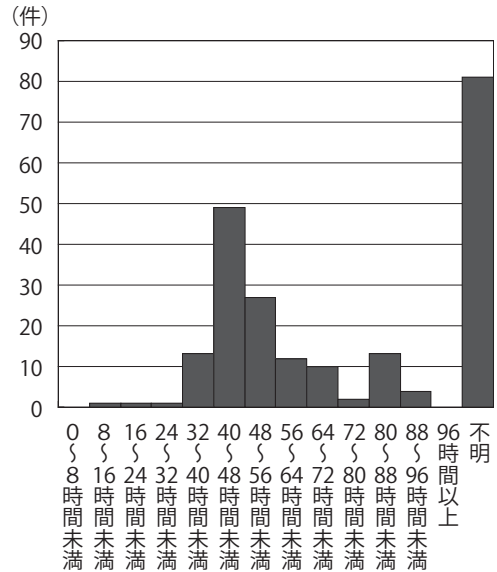
図表Ⅱ - 1 - 20 当事者（医師・歯科医師・看護師・薬剤師）の部署配属年数

| 当事者 <sup>(注)</sup> の<br>職種×<br>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<br>～<br>20年 | 21<br>～<br>30年 | 30年<br>超 | 合計  |
|---------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----------------|----------------|----------|-----|
| 医師                                    | 48 | 32 | 13 | 12 | 15 | 12 | 13 | 8  | 10 | 3  | 11  | 29             | 7              | 1        | 214 |
| 歯科医師                                  | 1  | 1  | 0  | 2  | 1  | 3  | 1  | 2  | 1  | 0  | 0   | 1              | 3              | 1        | 17  |
| 看護師                                   | 83 | 62 | 51 | 35 | 21 | 17 | 6  | 7  | 3  | 0  | 0   | 3              | 1              | 0        | 289 |
| 薬剤師                                   | 1  | 2  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   | 0              | 0              | 0        | 3   |

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

図表Ⅱ-1-2-1 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<br>10月～12月 | 平成20年<br>1月～12月 |
|-------------------|------------------|-----------------|
| 0～8時間未満           | 0                | 0               |
| 8～16時間未満          | 1                | 4               |
| 16～24時間未満         | 1                | 3               |
| 24～32時間未満         | 1                | 7               |
| 32～40時間未満         | 13               | 68              |
| 40～48時間未満         | 49               | 212             |
| 48～56時間未満         | 27               | 88              |
| 56～64時間未満         | 12               | 73              |
| 64～72時間未満         | 10               | 77              |
| 72～80時間未満         | 2                | 11              |
| 80～88時間未満         | 13               | 35              |
| 88～96時間未満         | 4                | 18              |
| 96時間以上            | 0                | 17              |
| 不明                | 81               | 270             |
| 合計                | 214              | 883             |
| 平均勤務時間<br>(不明を除く) | 51.7             | 53.1            |

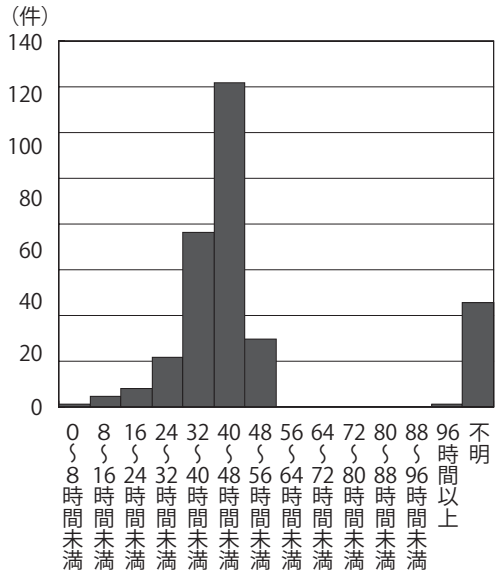


(注1) 当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、非常勤務職員が含まれている可能性がある。なお、当事者は複数回答が可能である。

(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<br>10月～12月 | 平成20年<br>1月～12月 |
|-------------------|------------------|-----------------|
| 0～8時間未満           | 1                | 2               |
| 8～16時間未満          | 4                | 7               |
| 16～24時間未満         | 7                | 20              |
| 24～32時間未満         | 19               | 63              |
| 32～40時間未満         | 67               | 258             |
| 40～48時間未満         | 124              | 428             |
| 48～56時間未満         | 26               | 69              |
| 56～64時間未満         | 0                | 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            | 1                | 1               |
| 不明                | 40               | 126             |
| 合計                | 289              | 982             |
| 平均勤務時間<br>(不明を除く) | 37.2             | 37.3            |

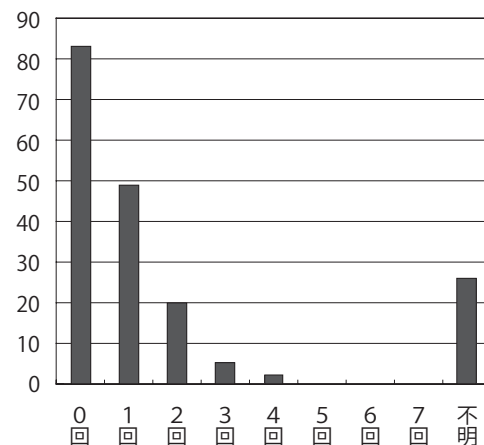


(注1) 当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、非常勤務職員が含まれている可能性がある。なお、当事者は複数回答が可能である。

(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。

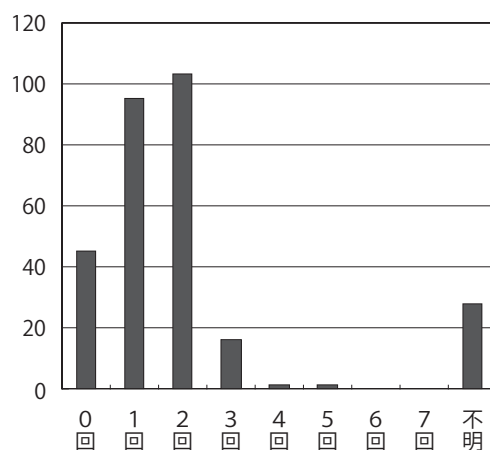
図表Ⅱ - 1 - 2 3 当事者（医師）の夜勤回数（直前1週間）

| 夜勤回数          | 平成20年<br>10月～12 | 平成20年<br>1月～12月 |
|---------------|-----------------|-----------------|
| 0回            | 70              | 336             |
| 1回            | 67              | 253             |
| 2回            | 12              | 70              |
| 3回            | 3               | 16              |
| 4回            | 1               | 5               |
| 5回            | 1               | 2               |
| 6回            | 0               | 0               |
| 7回            | 0               | 0               |
| 不明            | 60              | 201             |
| 合計            | 214             | 883             |
| 平均夜勤回数（不明を除く） | 0.71            | 0.69            |



図表Ⅱ - 1 - 2 4 当事者（看護師）の夜勤回数（直前1週間）

| 夜勤回数          | 平成20年<br>10月～12 | 平成20年<br>1月～12月 |
|---------------|-----------------|-----------------|
| 0回            | 45              | 131             |
| 1回            | 95              | 284             |
| 2回            | 103             | 358             |
| 3回            | 16              | 81              |
| 4回            | 1               | 12              |
| 5回            | 1               | 2               |
| 6回            | 0               | 0               |
| 7回            | 0               | 1               |
| 不明            | 28              | 113             |
| 合計            | 289             | 982             |
| 平均夜勤回数（不明を除く） | 1.37            | 1.51            |



図表Ⅱ - 1 - 25 事故の概要

| 事故の概要      | 平成20年10月～12月 |       | 平成20年1月～12月 |       |
|------------|--------------|-------|-------------|-------|
|            | 件数           | %     | 件数          | %     |
| 指示出し       | 6            | 1.5   | 12          | 0.8   |
| 薬剤         | 18           | 4.4   | 73          | 5.1   |
| 輸血         | 4            | 1.0   | 6           | 0.4   |
| 治療処置       | 91           | 22.5  | 360         | 25.0  |
| 医療用具等      | 38           | 9.4   | 140         | 9.7   |
| 医療機器       | 11           | 2.7   | 47          | 3.3   |
| ドレーン、チューブ類 | 27           | 6.7   | 92          | 6.4   |
| 歯科医療用具     | 0            | 0.0   | 1           | 0.1   |
| 検査         | 15           | 3.7   | 73          | 5.1   |
| 療養上の世話     | 181          | 44.7  | 584         | 40.6  |
| その他        | 52           | 12.8  | 192         | 13.3  |
| 合計         | 405          | 100.0 | 1,440       | 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10月～12月 |       | 平成20年1月～12月 |       |
|-----------------------|--------------|-------|-------------|-------|
|                       | 件数           | %     | 件数          | %     |
| 死亡                    | 36           | 8.9   | 115         | 8.0   |
| 障害の可能性（高い）            | 31           | 7.7   | 144         | 10.0  |
| 障害の可能性（低い）            | 127          | 31.4  | 442         | 30.7  |
| 障害の可能性なし              | 131          | 32.3  | 438         | 30.4  |
| 障害なし                  | 66           | 16.3  | 232         | 16.1  |
| 不明 <sup>(注2)</sup>    | 14           | 3.5   | 69          | 4.8   |
| 合計                    | 405          | 100.0 | 1,440       | 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10月～12月 |       | 平成20年1月～12月 |       |
|----------|--------------|-------|-------------|-------|
|          | 件数           | %     | 件数          | %     |
| 濃厚な治療    | 161          | 39.8  | 642         | 44.6  |
| 軽微な治療    | 204          | 50.4  | 645         | 44.8  |
| なし       | 40           | 9.9   | 153         | 10.6  |
| 合計       | 405          | 100.0 | 1440        | 100.0 |

図表Ⅱ-1-28 発生場所

| 発生場所     | 平成20年10月～12月 |       | 平成20年1月～12月 |       |
|----------|--------------|-------|-------------|-------|
|          | 件数           | %     | 件数          | %     |
| 外来診察室    | 7            | 1.7   | 27          | 1.9   |
| 外来処置室    | 8            | 2.0   | 21          | 1.5   |
| 外来待合室    | 2            | 0.5   | 6           | 0.4   |
| 救急外来     | 2            | 0.5   | 3           | 0.2   |
| 救命救急センター | 2            | 0.5   | 14          | 1.0   |
| 病室       | 194          | 47.9  | 679         | 47.2  |
| 病棟処置室    | 6            | 1.5   | 21          | 1.5   |
| 手術室      | 40           | 9.9   | 164         | 11.4  |
| ICU      | 8            | 2.0   | 33          | 2.3   |
| CCU      | 2            | 0.5   | 4           | 0.3   |
| NICU     | 0            | 0.0   | 6           | 0.4   |
| 検査室      | 3            | 0.7   | 14          | 1.0   |
| カテーテル検査室 | 10           | 2.5   | 54          | 3.8   |
| 放射線治療室   | 4            | 1.0   | 10          | 0.7   |
| 放射線撮影室   | 6            | 1.5   | 33          | 2.3   |
| 核医学検査室   | 1            | 0.2   | 2           | 0.1   |
| 透析室      | 2            | 0.5   | 6           | 0.4   |
| 分娩室      | 0            | 0.0   | 0           | 0.0   |
| 機能訓練室    | 2            | 0.5   | 8           | 0.6   |
| トイレ      | 17           | 4.2   | 45          | 3.1   |
| 廊下       | 18           | 4.4   | 52          | 3.6   |
| 浴室       | 17           | 4.2   | 37          | 2.6   |
| 階段       | 0            | 0.0   | 1           | 0.1   |
| 不明       | 4            | 1.0   | 21          | 1.5   |
| その他      | 50           | 12.3  | 179         | 12.4  |
| 合計       | 405          | 100.0 | 1,440       | 100.0 |

図表Ⅱ - 1 - 29 関連診療科

| 関連診療科 <sup>(注)</sup> | 平成20年10月～12月 |       | 平成20年1月～12月 |       |
|----------------------|--------------|-------|-------------|-------|
|                      | 件数           | %     | 件数          | %     |
| 内科                   | 41           | 8.1   | 148         | 8.4   |
| 麻酔科                  | 16           | 3.1   | 40          | 2.3   |
| 循環器内科                | 32           | 6.3   | 123         | 7.0   |
| 神経科                  | 17           | 3.3   | 38          | 2.2   |
| 呼吸器内科                | 35           | 6.9   | 104         | 5.9   |
| 消化器科                 | 29           | 5.7   | 103         | 5.9   |
| 血液内科                 | 7            | 1.4   | 28          | 1.6   |
| 循環器外科                | 8            | 1.6   | 25          | 1.4   |
| アレルギー科               | 0            | 0.0   | 3           | 0.2   |
| リウマチ科                | 3            | 0.6   | 13          | 0.7   |
| 小児科                  | 26           | 5.1   | 92          | 5.2   |
| 外科                   | 36           | 7.1   | 119         | 6.8   |
| 整形外科                 | 64           | 12.6  | 193         | 11.0  |
| 形成外科                 | 4            | 0.8   | 11          | 0.6   |
| 美容外科                 | 0            | 0.0   | 0           | 0.0   |
| 脳神経外科                | 23           | 4.5   | 75          | 4.3   |
| 呼吸器外科                | 9            | 1.8   | 29          | 1.6   |
| 心臓血管外科               | 15           | 2.9   | 55          | 3.1   |
| 小児外科                 | 3            | 0.6   | 9           | 0.5   |
| ペインクリニック             | 1            | 0.2   | 2           | 0.1   |
| 皮膚科                  | 6            | 1.2   | 15          | 0.9   |
| 泌尿器科                 | 10           | 2.0   | 42          | 2.4   |
| 性病科                  | 0            | 0.0   | 0           | 0.0   |
| 肛門科                  | 0            | 0.0   | 1           | 0.1   |
| 産婦人科                 | 5            | 1.0   | 25          | 1.4   |
| 産科                   | 2            | 0.4   | 9           | 0.5   |
| 婦人科                  | 8            | 1.6   | 27          | 1.5   |
| 眼科                   | 5            | 1.0   | 31          | 1.8   |
| 耳鼻咽喉科                | 11           | 2.2   | 42          | 2.4   |
| 心療内科                 | 0            | 0.0   | 1           | 0.1   |
| 精神科                  | 26           | 5.1   | 84          | 4.8   |
| リハビリテーション科           | 0            | 0.0   | 12          | 0.7   |
| 放射線科                 | 9            | 1.8   | 29          | 1.6   |
| 歯科                   | 4            | 0.8   | 8           | 0.5   |
| 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            | 1.0   | 22          | 1.3   |
| 不明                   | 1            | 0.2   | 1           | 0.1   |
| その他                  | 48           | 9.4   | 201         | 11.4  |
| 合計                   | 509          | 100.0 | 1,760       | 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10月～12月 |       | 平成20年1月～12月 |       |
|---------------------|--------------|-------|-------------|-------|
|                     | 件数           | %     | 件数          | %     |
| 確認を怠った              | 108          | 13.8  | 377         | 14.2  |
| 観察を怠った              | 99           | 12.7  | 342         | 12.8  |
| 判断を誤った              | 104          | 13.3  | 341         | 12.8  |
| 知識が不足していた           | 41           | 5.3   | 133         | 5.0   |
| 技術・手技が未熟だった         | 52           | 6.7   | 136         | 5.1   |
| 報告が遅れた              | 11           | 1.4   | 27          | 1.0   |
| 通常とは異なる身体的条件下にあった   | 32           | 4.1   | 79          | 3.0   |
| 通常とは異なる心理的条件下にあった   | 6            | 0.8   | 27          | 1.0   |
| システムに問題があった         | 16           | 2.0   | 70          | 2.6   |
| 連携ができていなかった         | 42           | 5.4   | 141         | 5.3   |
| 記録などの不備             | 4            | 0.5   | 18          | 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          | 15           | 1.9   | 58          | 2.2   |
| 環境に問題があった           | 33           | 4.2   | 103         | 3.9   |
| 医薬品の問題              | 8            | 1.0   | 21          | 0.8   |
| 医療機器の問題             | 13           | 1.7   | 47          | 1.8   |
| 諸物品の問題              | 9            | 1.2   | 27          | 1.0   |
| 施設・設備の問題            | 11           | 1.4   | 41          | 1.5   |
| 教育・訓練に問題があった        | 31           | 4.0   | 123         | 4.6   |
| 説明不足                | 38           | 4.9   | 136         | 5.1   |
| その他                 | 108          | 13.8  | 417         | 15.7  |
| 合計                  | 781          | 100.0 | 2,664       | 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10月～12月 |       | 平成20年1月～12月 |       |
|----------------------------|--------------|-------|-------------|-------|
|                            | 件数           | %     | 件数          | %     |
| 汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故 | 2            | 0.5   | 4           | 0.3   |
| 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               | 12           | 3.0   | 35          | 2.4   |
| 入院患者の逃走                    | 0            | 0.0   | 5           | 0.3   |
| 入院中の熱傷                     | 6            | 1.5   | 15          | 1.0   |
| 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         | 1            | 0.2   | 5           | 0.3   |
| 本事例は選択肢には該当しない             | 384          | 94.8  | 1,374       | 95.4  |
| 合計                         | 405          | 100.0 | 1,440       | 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10月～12月 |       | 平成20年1月～12月 |       |
|-----------------------------|--------------|-------|-------------|-------|
|                             | 件数           | %     | 件数          | %     |
| 内部調査委員会設置                   | 46           | 11.0  | 193         | 12.7  |
| 外部調査委員会設置                   | 1            | 0.2   | 14          | 0.9   |
| 内部調査委員会設置予定                 | 1            | 0.2   | 6           | 0.4   |
| 外部調査委員会設置予定                 | 0            | 0.0   | 5           | 0.3   |
| 既設の医療安全に関する委員会等に対応          | 280          | 67.0  | 1,024       | 67.5  |
| 現在検討中で対応は未定                 | 7            | 1.7   | 28          | 1.8   |
| その他                         | 75           | 17.9  | 227         | 15.0  |
| 未選択                         | 8            | 1.9   | 20          | 1.3   |
| 合計                          | 418          | 100.0 | 1,517       | 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×<br>事故の程度 <sup>(注1)</sup> | 死亡             |               | 障害の可能性<br>(高い) |               | 障害の可能性<br>(低い) |               | 障害の可能性<br>なし   |               | 障害なし           |               | 不明 <sup>(注2)</sup> |               | 合計             |               |
|---------------------------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|
|                                 | H20<br>10月～12月 | H20<br>1月～12月 | H20<br>10月～12月 | H20<br>1月～12月 | H20<br>10月～12月 | H20<br>1月～12月 | H20<br>10月～12月 | H20<br>1月～12月 | H20<br>10月～12月 | H20<br>1月～12月 | H20<br>10月～12月     | H20<br>1月～12月 | H20<br>10月～12月 | H20<br>1月～12月 |
|                                 | 指示出し           | 0             | 0              | 1             | 1              | 2             | 3              | 3             | 5              | 0             | 3                  | 0             | 0              | 6             |
| 薬剤                              | 0              | 2             | 1              | 5             | 8              | 21            | 7              | 26            | 2              | 17            | 0                  | 2             | 18             | 73            |
| 輸血                              | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 3              | 5             | 1              | 1             | 0                  | 0             | 4              | 6             |
| 治療・処置                           | 11             | 33            | 12             | 49            | 22             | 106           | 22             | 104           | 22             | 52            | 2                  | 16            | 91             | 360           |
| 医療用具等                           | 2              | 5             | 1              | 11            | 8              | 35            | 14             | 41            | 9              | 38            | 4                  | 10            | 38             | 140           |
| 医療機器                            | 0              | 2             | 1              | 5             | 2              | 7             | 4              | 14            | 2              | 13            | 2                  | 6             | 11             | 47            |
| ドレーン、<br>チューブ類                  | 2              | 3             | 0              | 6             | 6              | 28            | 10             | 27            | 7              | 25            | 2                  | 3             | 27             | 92            |
| 歯科医療用具<br>(機器)等                 | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0                  | 1             | 0              | 1             |
| 検査                              | 3              | 10            | 2              | 10            | 2              | 13            | 4              | 18            | 3              | 19            | 1                  | 3             | 15             | 73            |
| 療養上の世話                          | 6              | 24            | 10             | 46            | 71             | 222           | 68             | 198           | 22             | 69            | 4                  | 25            | 181            | 584           |
| その他                             | 14             | 41            | 4              | 22            | 14             | 42            | 10             | 41            | 7              | 33            | 3                  | 13            | 52             | 192           |
| 合計                              | 36             | 115           | 31             | 144           | 127            | 442           | 131            | 438           | 66             | 232           | 14                 | 69            | 405            | 1,440         |

(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×<br>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    |
|                    | 10月～12月 | 1月～12月 | 10月～12月 | 1月～12月 | 10月～12月 | 1月～12月 | 10月～12月 | 1月～12月 |
| 指示出し               | 4       | 5      | 0       | 3      | 2       | 4      | 6       | 12     |
| 薬 剤                | 5       | 23     | 11      | 33     | 2       | 17     | 18      | 73     |
| 輸 血                | 2       | 3      | 1       | 1      | 1       | 2      | 4       | 6      |
| 治療処置               | 52      | 219    | 34      | 114    | 5       | 27     | 91      | 360    |
| 医療用具等              | 19      | 74     | 18      | 54     | 1       | 12     | 38      | 140    |
| 医療機器               | 5       | 25     | 6       | 15     | 0       | 7      | 11      | 47     |
| ドレーン、チューブ類         | 14      | 49     | 12      | 39     | 1       | 4      | 27      | 92     |
| 歯科医療用具             | 0       | 0      | 0       | 0      | 0       | 1      | 0       | 1      |
| 検 査                | 6       | 39     | 5       | 16     | 4       | 18     | 15      | 73     |
| 療養上の世話             | 52      | 193    | 116     | 353    | 13      | 38     | 181     | 584    |
| その他                | 21      | 86     | 19      | 71     | 12      | 35     | 52      | 192    |
| 合 計                | 161     | 642    | 204     | 645    | 40      | 153    | 405     | 1,440  |

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    |
|                                 | 10月～12月 | 1月～12月 | 10月～12月 | 1月～12月 | 10月～12月 | 1月～12月 | 10月～12月 | 1月～12月 |
| 死亡                              | 29      | 88     | 0       | 6      | 7       | 21     | 36      | 115    |
| 障害の可能性（高い）                      | 22      | 119    | 9       | 20     | 0       | 5      | 31      | 144    |
| 障害の可能性（低い）                      | 41      | 202    | 78      | 217    | 8       | 23     | 127     | 442    |
| 障害の可能性なし                        | 38      | 141    | 84      | 270    | 9       | 27     | 131     | 438    |
| 障害なし                            | 21      | 48     | 29      | 115    | 16      | 69     | 66      | 232    |
| 不明 <sup>(注2)</sup>              | 10      | 44     | 4       | 17     | 0       | 8      | 14      | 69     |
| 合 計                             | 161     | 642    | 204     | 645    | 40      | 153    | 405     | 1,440  |

(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<br>(高い) |        | 障害の可能性<br>(低い) |        | 障害の可能性<br>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    |
|                            | 10月~12月 | 1月~12月 | 10月~12月        | 1月~12月 | 10月~12月        | 1月~12月 | 10月~12月      | 1月~12月 | 10月~12月 | 1月~12月 | 10月~12月            | 1月~12月 | 10月~12月 | 1月~12月 |
| 薬剤に関する項目                   |         |        |                |        |                |        |              |        |         |        |                    |        | 20      | 80     |
| 与薬準備                       | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 3            | 4      | 0       | 0      | 0                  | 1      | 3       | 5      |
| その他の与薬準備に関する場面             | 0       | 0      | 0              | 0      | 2              | 2      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 2       | 2      |
| 皮下・筋肉注射                    | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 1      | 1            | 5      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 7      |
| 静脈注射                       | 0       | 1      | 1              | 4      | 1              | 5      | 2            | 3      | 0       | 4      | 0                  | 0      | 4       | 17     |
| 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              | 3      | 1            | 6      | 0       | 2      | 0                  | 0      | 2       | 12     |
| 中心静脈注射                     | 0       | 1      | 0              | 0      | 2              | 2      | 1            | 1      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 3       | 5      |
| 内服                         | 0       | 1      | 0              | 0      | 1              | 5      | 0            | 4      | 1       | 5      | 0                  | 0      | 2       | 15     |
| 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      | 0              | 2      | 0            | 2      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 0       | 6      |
| 内服薬調剤・管理                   | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 2            | 3      | 0       | 1      | 0                  | 1      | 2       | 5      |
| 注射薬調剤・管理                   | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 1      | 1       | 3      | 0                  | 0      | 1       | 4      |
| その他の調剤・製剤管理等に関する場面         | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 1      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 1      |
| 輸血に関する項目                   |         |        |                |        |                |        |              |        |         |        |                    |        | 3       | 6      |
| 血液検査                       | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 0      | 1       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 1      |
| 輸血実施                       | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 2            | 4      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 2       | 4      |
| その他の輸血に関する場面               | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 0      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 0       | 1      |
| 治療・処置に関する項目                |         |        |                |        |                |        |              |        |         |        |                    |        | 81      | 353    |
| 開頭                         | 0       | 0      | 1              | 3      | 0              | 2      | 1            | 3      | 0       | 1      | 0                  | 3      | 2       | 12     |
| 開胸                         | 0       | 1      | 3              | 3      | 2              | 4      | 0            | 3      | 1       | 1      | 0                  | 0      | 6       | 12     |
| 開心                         | 1       | 2      | 0              | 0      | 0              | 0      | 1            | 2      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 2       | 4      |
| 開腹                         | 2       | 2      | 0              | 2      | 2              | 9      | 2            | 6      | 1       | 4      | 0                  | 0      | 7       | 23     |
| 四肢                         | 0       | 0      | 0              | 1      | 2              | 4      | 0            | 2      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 2       | 7      |
| 鏡視下手術                      | 1       | 1      | 0              | 2      | 0              | 11     | 0            | 1      | 2       | 4      | 0                  | 0      | 3       | 19     |
| その他の手術                     | 1       | 3      | 1              | 4      | 0              | 8      | 2            | 12     | 1       | 4      | 1                  | 5      | 6       | 36     |
| 術前準備                       | 1       | 1      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 1      | 0       | 2      | 0                  | 0      | 1       | 4      |
| 術前処置                       | 0       | 0      | 0              | 0      | 1              | 2      | 0            | 3      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 6      |
| 術後処置                       | 0       | 1      | 0              | 2      | 1              | 2      | 1            | 1      | 2       | 4      | 0                  | 0      | 4       | 10     |
| その他の手術に関する場面               | 3       | 6      | 1              | 3      | 4              | 11     | 1            | 7      | 2       | 5      | 0                  | 1      | 11      | 33     |
| 全身麻酔(吸入麻酔+静脈麻酔)            | 0       | 1      | 2              | 2      | 0              | 0      | 1            | 2      | 0       | 0      | 0                  | 1      | 3       | 6      |
| 局所麻酔                       | 0       | 0      | 0              | 0      | 1              | 1      | 0            | 1      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 1       | 2      |
| 吸入麻酔                       | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 0      |
| 静脈麻酔                       | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 0      |
| 脊椎・硬膜外麻酔                   | 0       | 0      | 0              | 0      | 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      | 1            | 1      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 1       | 1      |
| 帝王切開                       | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 1      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 1      |
| その他の分娩・人工妊娠中絶等に関する場面       | 0       | 1      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 2      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 3      |
| 血液浄化療法(血液透析含む)             | 0       | 0      | 0              | 1      | 0              | 0      | 1            | 4      | 1       | 3      | 0                  | 0      | 2       | 8      |
| IVR(血管カテーテル治療等)            | 0       | 5      | 0              | 7      | 2              | 9      | 2            | 9      | 3       | 3      | 0                  | 0      | 7       | 33     |
| 放射線治療                      | 0       | 0      | 0              | 0      | 1              | 2      | 0            | 2      | 0       | 0      | 1                  | 1      | 2       | 5      |
| 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      | 1              | 1      | 0              | 5      | 2            | 7      | 0       | 1      | 0                  | 1      | 3       | 15     |
| その他の治療に関する場面               | 1       | 2      | 2              | 4      | 0              | 6      | 2            | 7      | 2       | 5      | 1                  | 2      | 8       | 26     |
| 中心静脈ライン                    | 0       | 0      | 0              | 0      | 2              | 6      | 1            | 14     | 1       | 8      | 0                  | 2      | 4       | 30     |
| 末梢静脈ライン                    | 0       | 0      | 0              | 1      | 0              | 2      | 1            | 2      | 0       | 0      | 0                  | 1      | 1       | 6      |
| 血液浄化用カテーテル                 | 0       | 1      | 0              | 0      | 0              | 1      | 1            | 1      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 1       | 3      |
| 栄養チューブ(NG・ED)              | 0       | 0      | 0              | 0      | 1              | 2      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 1       | 2      |
| 尿道カテーテル                    | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 2      | 0       | 1      | 0                  | 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      | 0              | 1      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 1      |
| その他のチューブ類の挿入               | 0       | 1      | 0              | 2      | 1              | 3      | 0            | 3      | 0       | 2      | 0                  | 1      | 1       | 12     |
| 気管挿管                       | 1       | 2      | 0              | 2      | 0              | 0      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 1       | 4      |
| 気管切開                       | 0       | 1      | 0              | 2      | 0              | 0      | 0            | 1      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 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<br>(高い) |        | 障害の可能性<br>(低い) |        | 障害の可能性<br>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    |
|                               | 10月~12月 | 1月~12月 | 10月~12月        | 1月~12月 | 10月~12月        | 1月~12月 | 10月~12月      | 1月~12月 | 10月~12月 | 1月~12月 | 10月~12月            | 1月~12月 | 10月~12月 | 1月~12月 |
| 心臓マッサージ                       | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 0      |
| 酸素療法                          | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 1      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 1      |
| その他の救急処置に関する場面                | 0       | 0      | 0              | 3      | 0              | 4      | 0            | 1      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 0       | 9      |
| 医療用具（機器）の使用・管理に関する項目          |         |        |                |        |                |        |              |        |         |        |                    |        | 19      | 53     |
| 人工呼吸器                         | 1       | 1      | 0              | 1      | 0              | 0      | 1            | 3      | 2       | 6      | 1                  | 2      | 5       | 13     |
| 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      | 1       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 1      |
| 輸液・輸注ポンプ                      | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 0      | 0       | 2      | 0                  | 1      | 0       | 3      |
| 血液浄化用機器                       | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 1      | 2       | 2      | 0                  | 0      | 2       | 3      |
| 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      | 2              | 2      | 4              | 11     | 3            | 8      | 0       | 6      | 1                  | 3      | 10      | 30     |
| 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      | 1       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 1      |
| ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目        |         |        |                |        |                |        |              |        |         |        |                    |        | 29      | 91     |
| 中心静脈ライン                       | 0       | 0      | 0              | 1      | 2              | 6      | 3            | 4      | 3       | 6      | 0                  | 0      | 8       | 17     |
| 末梢動脈ライン                       | 0       | 0      | 0              | 0      | 1              | 3      | 3            | 3      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 4       | 7      |
| 気管チューブ                        | 0       | 0      | 0              | 1      | 1              | 2      | 1            | 4      | 1       | 3      | 0                  | 0      | 3       | 10     |
| 気管カニューレ                       | 0       | 1      | 0              | 2      | 0              | 2      | 1            | 2      | 0       | 1      | 1                  | 2      | 2       | 10     |
| 栄養チューブ（NG・ED）                 | 0       | 0      | 0              | 1      | 0              | 1      | 0            | 5      | 1       | 2      | 1                  | 1      | 2       | 10     |
| 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      | 0              | 1      | 0            | 0      | 0       | 3      | 0                  | 0      | 0       | 4      |
| 腹腔ドレーン                        | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 1            | 2      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 3      |
| 脳室・脳槽ドレーン                     | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 0      | 1       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 1      |
| 皮下持続吸引ドレーン                    | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 1      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 1      |
| 硬膜外カテーテル                      | 0       | 0      | 0              | 1      | 0              | 0      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 1      |
| 血液浄化用カテーテル・回路                 | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 1            | 2      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 3      |
| その他ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する場面     | 2       | 2      | 0              | 2      | 3              | 10     | 1            | 4      | 1       | 4      | 0                  | 1      | 7       | 23     |
| 検査に関する項目                      |         |        |                |        |                |        |              |        |         |        |                    |        | 14      | 72     |
| 採血                            | 0       | 0      | 0              | 0      | 2              | 3      | 0            | 1      | 0       | 3      | 0                  | 0      | 2       | 7      |
| その他の検体採取                      | 0       | 2      | 0              | 0      | 0              | 3      | 1            | 2      | 0       | 3      | 0                  | 0      | 1       | 10     |
| その他の生理検査                      | 0       | 0      | 1              | 2      | 0              | 0      | 0            | 0      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 3      |
| 一般撮影                          | 1       | 1      | 0              | 0      | 0              | 1      | 0            | 0      | 1       | 2      | 0                  | 1      | 2       | 5      |
| MRI                           | 0       | 0      | 1              | 2      | 0              | 0      | 0            | 0      | 1       | 2      | 0                  | 0      | 2       | 4      |
| 血管カテーテル撮影                     | 1       | 3      | 1              | 3      | 0              | 4      | 0            | 6      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 2       | 16     |
| 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      | 3            | 5      | 0       | 2      | 0                  | 0      | 3       | 10     |
| 上部消化管                         | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 1      | 0       | 0      | 1                  | 1      | 1       | 2      |
| 下部消化管                         | 0       | 0      | 0              | 1      | 0              | 4      | 0            | 0      | 0       | 2      | 0                  | 1      | 0       | 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      | 0            | 1      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 1      |
| 病理検査                          | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 1      | 0       | 1      |
| その他の検査に関する場面                  | 0       | 1      | 0              | 1      | 0              | 0      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 2      |
| 療養上の場面に関する項目                  |         |        |                |        |                |        |              |        |         |        |                    |        | 187     | 609    |
| 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      | 1              | 6      | 4            | 9      | 0       | 1      | 1                  | 3      | 6       | 20     |
| 清拭                            | 0       | 0      | 0              | 0      | 1              | 4      | 1            | 2      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 2       | 6      |
| 更衣介助                          | 0       | 0      | 0              | 0      | 1              | 4      | 1            | 2      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 2       | 7      |
| 食事介助                          | 2       | 3      | 1              | 4      | 1              | 2      | 0            | 3      | 0       | 0      | 0                  | 1      | 4       | 13     |
| 入浴介助                          | 1       | 2      | 0              | 0      | 2              | 3      | 3            | 6      | 1       | 2      | 0                  | 0      | 7       | 13     |
| 排泄介助                          | 0       | 1      | 0              | 3      | 6              | 17     | 4            | 17     | 1       | 4      | 0                  | 0      | 11      | 42     |
| 移動介助                          | 0       | 0      | 1              | 1      | 1              | 11     | 3            | 12     | 1       | 3      | 0                  | 1      | 6       | 28     |

| 発生場面×事故の程度 <sup>(注1)</sup> | 死亡      |        | 障害の可能性<br>(高い) |        | 障害の可能性<br>(低い) |        | 障害の可能性<br>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    |
|                            | 10月~12月 | 1月~12月 | 10月~12月        | 1月~12月 | 10月~12月        | 1月~12月 | 10月~12月      | 1月~12月 | 10月~12月 | 1月~12月 | 10月~12月            | 1月~12月 | 10月~12月 | 1月~12月 |
| 搬送・移送                      | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 3      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 3      |
| 患者周辺物品管理                   | 0       | 0      | 0              | 0      | 1              | 1      | 0            | 2      | 1       | 1      | 0                  | 0      | 2       | 4      |
| 配膳                         | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 0      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 0       | 1      |
| 患者観察                       | 1       | 5      | 0              | 1      | 2              | 9      | 1            | 9      | 1       | 6      | 0                  | 1      | 5       | 31     |
| その他の療養上の世話に関する場面           | 2       | 6      | 3              | 10     | 12             | 28     | 9            | 25     | 3       | 6      | 1                  | 7      | 30      | 82     |
| 経口摂取                       | 0       | 0      | 0              | 1      | 0              | 1      | 2            | 4      | 0       | 1      | 0                  | 1      | 2       | 8      |
| その他の給食・栄養に関する場面            | 0       | 0      | 0              | 1      | 0              | 0      | 0            | 2      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 0       | 4      |
| 散歩中                        | 0       | 1      | 0              | 0      | 0              | 3      | 1            | 4      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 9      |
| 移動中                        | 0       | 2      | 3              | 12     | 22             | 68     | 13           | 42     | 6       | 17     | 0                  | 3      | 44      | 144    |
| 外出・外泊中                     | 0       | 1      | 0              | 0      | 0              | 2      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 3      |
| 食事中                        | 1       | 2      | 1              | 2      | 1              | 1      | 0            | 0      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 3       | 6      |
| 入浴中                        | 1       | 2      | 0              | 2      | 1              | 2      | 3            | 4      | 1       | 1      | 0                  | 1      | 6       | 12     |
| 排泄中                        | 0       | 0      | 0              | 2      | 6              | 16     | 3            | 12     | 1       | 6      | 2                  | 3      | 12      | 39     |
| 就寝中                        | 1       | 7      | 0              | 2      | 4              | 11     | 7            | 15     | 2       | 4      | 0                  | 3      | 14      | 42     |
| その他の療養生活に関する場面             | 1       | 5      | 0              | 8      | 13             | 36     | 14           | 26     | 1       | 12     | 1                  | 4      | 30      | 91     |
| その他                        | 7       | 23     | 4              | 15     | 10             | 22     | 3            | 27     | 5       | 20     | 0                  | 4      | 29      | 111    |
| 未選択 <sup>(注3)</sup>        | 3       | 8      | 1              | 3      | 2              | 16     | 8            | 21     | 8       | 14     | 1                  | 3      | 23      | 65     |
| 合計                         | 36      | 115    | 31             | 144    | 127            | 442    | 131          | 438    | 66      | 232    | 14                 | 69     | 405     | 1,440  |

(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<br>(高い) |        | 障害の可能性<br>(低い) |        | 障害の可能性<br>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    |
|                             | 10月~12月 | 1月~12月 | 10月~12月        | 1月~12月 | 10月~12月        | 1月~12月 | 10月~12月      | 1月~12月 | 10月~12月 | 1月~12月 | 10月~12月            | 1月~12月 | 10月~12月 | 1月~12月 |
| 薬剤に関する項目                    |         |        |                |        |                |        |              |        |         |        |                    |        | 20      | 80     |
| 処分量間違え                      | 0       | 1      | 0              | 0      | 0              | 3      | 1            | 2      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 7      |
| 過剰与薬                        | 0       | 0      | 0              | 1      | 2              | 4      | 3            | 7      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 5       | 12     |
| 投与速度速すぎ                     | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 0      | 1       | 2      | 0                  | 0      | 1       | 2      |
| 患者間違え                       | 0       | 0      | 0              | 0      | 1              | 1      | 0            | 2      | 0       | 4      | 0                  | 0      | 1       | 7      |
| 薬剤間違え                       | 0       | 1      | 0              | 1      | 1              | 3      | 0            | 3      | 0       | 3      | 0                  | 0      | 1       | 11     |
| 投与方法間違え                     | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 1      | 0            | 2      | 1       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 4      |
| その他の処方・与薬に関する内容             | 0       | 1      | 1              | 3      | 3              | 8      | 4            | 10     | 0       | 4      | 0                  | 1      | 8       | 27     |
| 数量間違え・調剤                    | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 0      |
| その他の調剤・製剤管理に関する内容           | 0       | 0      | 0              | 1      | 0              | 2      | 2            | 3      | 0       | 3      | 0                  | 1      | 2       | 10     |
| 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      |
| 輸血に関する項目                    |         |        |                |        |                |        |              |        |         |        |                    |        | 3       | 6      |
| クロスマッチ間違え                   | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 0      | 1       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 1      |
| 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      | 1            | 1      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 2      |
| 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      | 1            | 3      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 1       | 3      |
| 治療・処置に関する項目                 |         |        |                |        |                |        |              |        |         |        |                    |        | 81      | 353    |
| 患者間違え                       | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 1      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 1      |
| 部位取違え                       | 0       | 0      | 0              | 1      | 2              | 6      | 0            | 3      | 0       | 2      | 1                  | 6      | 3       | 18     |
| 診療・治療・処置等その他の取違え            | 0       | 0      | 0              | 1      | 0              | 6      | 1            | 2      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 1       | 9      |
| 方法（手技）の誤り                   | 2       | 2      | 0              | 2      | 3              | 14     | 1            | 15     | 2       | 6      | 1                  | 3      | 9       | 42     |
| 未実施・忘れ（治療・処置）               | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 1      | 1            | 1      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 1       | 2      |
| 不必要行為の実施                    | 0       | 0      | 0              | 1      | 1              | 1      | 0            | 1      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 1       | 3      |
| 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       | 2      | 3              | 4      | 1              | 4      | 0            | 1      | 0       | 0      | 0                  | 1      | 5       | 12     |
| 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      | 3              | 12     | 2            | 10     | 2       | 8      | 0                  | 1      | 7       | 31     |
| その他の治療・処置に関する内容             | 8       | 27     | 8              | 36     | 10             | 56     | 15           | 72     | 12      | 37     | 1                  | 7      | 54      | 235    |
| 医療用具（機器）の使用・管理に関する項目        |         |        |                |        |                |        |              |        |         |        |                    |        | 19      | 53     |
| 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                 | 1       | 1      | 0              | 0      | 1              | 1      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 2       | 2      |
| 故障                          | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 0      | 1       | 1      | 0                  | 2      | 1       | 3      |
| 知識不足                        | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 1      | 1       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 2      |
| 警報設定忘れ                      | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 0      |
| 警報設定範囲                      | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 0      |
| 使用前・使用中の点検・管理ミス             | 0       | 0      | 1              | 1      | 0              | 1      | 2            | 4      | 1       | 2      | 1                  | 1      | 5       | 9      |
| 消毒・清潔操作の誤り（医療用具等）           | 0       | 0      | 0              | 0      | 1              | 1      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 1      | 1       | 2      |
| 破損（医療用具等）                   | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 1            | 2      | 0       | 1      | 1                  | 1      | 2       | 4      |
| その他の医療用具（機器）の使用・管理に関する内容    | 0       | 1      | 1              | 3      | 2              | 8      | 1            | 5      | 3       | 13     | 0                  | 1      | 7       | 31     |
| ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目      |         |        |                |        |                |        |              |        |         |        |                    |        | 29      | 91     |
| 点滴漏れ                        | 0       | 0      | 0              | 0      | 1              | 6      | 3            | 4      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 4       | 10     |
| 自己抜去                        | 2       | 2      | 0              | 0      | 1              | 3      | 2            | 5      | 0       | 2      | 0                  | 0      | 5       | 12     |
| 自然抜去                        | 0       | 0      | 0              | 1      | 0              | 0      | 2            | 2      | 2       | 4      | 1                  | 2      | 5       | 9      |
| 接続はずれ                       | 0       | 0      | 0              | 1      | 0              | 0      | 0            | 2      | 1       | 2      | 0                  | 0      | 1       | 5      |
| 閉塞                          | 0       | 0      | 0              | 1      | 0              | 0      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 1      |
| 破損・切断                       | 0       | 0      | 0              | 0      | 2              | 4      | 2            | 4      | 3       | 7      | 0                  | 0      | 7       | 15     |
| 接続間違え                       | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 1      | 1            | 1      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 3      |
| 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  | 0       | 1      | 0              | 5      | 3              | 13     | 1            | 8      | 1       | 7      | 1                  | 2      | 6       | 36     |
| 検査に関する項目                    |         |        |                |        |                |        |              |        |         |        |                    |        | 14      | 72     |
| 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              | 3      | 0            | 0      | 0       | 1      | 0                  | 0      | 1       | 5      |
| 検体採取時のミス                    | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 1      | 1            | 1      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 1       | 2      |

| 事故の内容×事故の程度 <sup>(注1)</sup> | 死亡      |        | 障害の可能性<br>(高い) |        | 障害の可能性<br>(低い) |        | 障害の可能性<br>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    |
|                             | 10月~12月 | 1月~12月 | 10月~12月        | 1月~12月 | 10月~12月        | 1月~12月 | 10月~12月      | 1月~12月 | 10月~12月 | 1月~12月 | 10月~12月            | 1月~12月 | 10月~12月 | 1月~12月 |
| 検体取違え(検査)                   | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 1      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 1      | 0       | 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      | 0              | 1      | 0              | 0      | 0            | 0      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 0       | 1      |
| その他の検査に関する内容                | 2       | 8      | 3              | 11     | 1              | 10     | 3            | 14     | 2       | 11     | 1                  | 3      | 12      | 57     |
| 療養上の場面に関する項目                |         |        |                |        |                |        |              |        |         |        |                    |        | 187     | 609    |
| 転倒                          | 0       | 4      | 4              | 25     | 45             | 139    | 38           | 101    | 8       | 30     | 3                  | 13     | 98      | 312    |
| 転落                          | 1       | 4      | 1              | 3      | 2              | 12     | 10           | 23     | 1       | 5      | 0                  | 4      | 15      | 51     |
| 衝突                          | 0       | 0      | 0              | 0      | 2              | 2      | 2            | 5      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 4       | 7      |
| 拘束・抑制                       | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 1            | 2      | 0       | 0      | 0                  | 0      | 1       | 2      |
| 重度な(筋層Ⅲ度・Ⅳ度に届く)褥瘡           | 0       | 0      | 0              | 2      | 0              | 1      | 0            | 4      | 0       | 0      | 1                  | 1      | 1       | 8      |
| 誤嚥(療養上)                     | 2       | 5      | 2              | 9      | 1              | 2      | 0            | 3      | 0       | 1      | 0                  | 1      | 5       | 21     |
| 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       | 7       | 19     | 2              | 11     | 19             | 59     | 14           | 46     | 9       | 26     | 1                  | 6      | 52      | 167    |
| その他の搬送・移送に関する内容             | 0       | 3      | 0              | 0      | 2              | 7      | 1            | 4      | 0       | 1      | 0                  | 1      | 3       | 16     |
| 無断外出・外泊                     | 0       | 0      | 0              | 0      | 0              | 0      | 0            | 1      | 1       | 2      | 0                  | 0      | 1       | 3      |
| その他の自己管理薬に関する内容             | 0       | 2      | 0              | 0      | 2              | 4      | 0            | 1      | 0       | 2      | 0                  | 1      | 2       | 10     |
| その他の給食・栄養に関する内容             | 0       | 0      | 0              | 0      | 2              | 3      | 3            | 6      | 0       | 2      | 0                  | 1      | 5       | 12     |
| その他                         | 7       | 23     | 4              | 15     | 10             | 22     | 3            | 27     | 5       | 20     | 0                  | 4      | 29      | 111    |
| 未選択 <sup>(注3)</sup>         | 3       | 8      | 1              | 3      | 2              | 16     | 8            | 21     | 8       | 14     | 1                  | 3      | 23      | 65     |
| 合計                          | 36      | 115    | 31             | 144    | 127            | 442    | 131          | 438    | 66      | 232    | 14                 | 69     | 405     | 1,440  |

(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 - 3 8 発生場所×事故の程度

| 発生場所×<br>事故の程度 <sup>(注1)</sup> | 死亡             |               | 障害の可能性<br>(高い) |               | 障害の可能性<br>(低い) |               | 障害の可能性<br>なし   |               | 障害なし           |               | 不明 <sup>(注2)</sup> |               | 合計             |               |
|--------------------------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|
|                                | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月     | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 |
|                                | 外来診察室          | 1             | 1              | 0             | 3              | 1             | 4              | 2             | 8              | 3             | 8                  | 0             | 3              | 7             |
| 外来処置室                          | 1              | 2             | 1              | 1             | 2              | 6             | 0              | 1             | 3              | 10            | 1                  | 1             | 8              | 21            |
| 外来待合室                          | 0              | 0             | 0              | 1             | 1              | 2             | 1              | 2             | 0              | 0             | 0                  | 1             | 2              | 6             |
| 救急外来                           | 0              | 0             | 0              | 0             | 1              | 2             | 0              | 0             | 0              | 0             | 1                  | 1             | 2              | 3             |
| 救命救急センター                       | 0              | 0             | 0              | 2             | 1              | 3             | 1              | 3             | 0              | 6             | 0                  | 0             | 2              | 14            |
| 病室                             | 14             | 51            | 12             | 66            | 62             | 213           | 66             | 207           | 35             | 111           | 5                  | 31            | 194            | 679           |
| 病棟処置室                          | 1              | 2             | 0              | 0             | 3              | 8             | 1              | 7             | 1              | 4             | 0                  | 0             | 6              | 21            |
| 手術室                            | 3              | 8             | 8              | 20            | 14             | 55            | 12             | 48            | 3              | 23            | 0                  | 10            | 40             | 164           |
| ICU                            | 1              | 7             | 0              | 2             | 0              | 3             | 3              | 11            | 2              | 7             | 2                  | 3             | 8              | 33            |
| CCU                            | 0              | 0             | 0              | 0             | 1              | 1             | 0              | 0             | 1              | 2             | 0                  | 1             | 2              | 4             |
| NICU                           | 0              | 1             | 0              | 1             | 0              | 2             | 0              | 1             | 0              | 1             | 0                  | 0             | 0              | 6             |
| 検査室                            | 0              | 0             | 0              | 1             | 1              | 2             | 1              | 6             | 1              | 2             | 0                  | 3             | 3              | 14            |
| カテーテル検査室                       | 0              | 6             | 2              | 9             | 3              | 20            | 1              | 14            | 4              | 5             | 0                  | 0             | 10             | 54            |
| 放射線治療室                         | 1              | 1             | 1              | 2             | 2              | 5             | 0              | 2             | 0              | 0             | 0                  | 0             | 4              | 10            |
| 放射線撮影室                         | 0              | 1             | 2              | 7             | 0              | 5             | 2              | 11            | 1              | 7             | 1                  | 2             | 6              | 33            |
| 核医学検査室                         | 0              | 1             | 0              | 0             | 0              | 0             | 1              | 1             | 0              | 0             | 0                  | 0             | 1              | 2             |
| 透析室                            | 0              | 1             | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 2             | 2              | 2             | 0                  | 0             | 2              | 6             |
| 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             | 1              | 2             | 1              | 3             | 0              | 3             | 0                  | 0             | 2              | 8             |
| トイレ                            | 1              | 1             | 1              | 2             | 7              | 16            | 6              | 18            | 2              | 8             | 0                  | 0             | 17             | 45            |
| 廊下                             | 0              | 0             | 2              | 5             | 6              | 19            | 8              | 19            | 1              | 7             | 1                  | 2             | 18             | 52            |
| 浴室                             | 5              | 8             | 0              | 2             | 3              | 9             | 7              | 13            | 2              | 4             | 0                  | 1             | 17             | 37            |
| 階段                             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             | 0                  | 0             | 0              | 1             |
| 不明                             | 0              | 1             | 0              | 2             | 1              | 8             | 2              | 6             | 1              | 2             | 0                  | 2             | 4              | 21            |
| その他                            | 8              | 23            | 2              | 18            | 17             | 56            | 16             | 54            | 4              | 20            | 3                  | 8             | 50             | 179           |
| 合計                             | 36             | 115           | 31             | 144           | 127            | 442           | 131            | 438           | 66             | 232           | 14                 | 69            | 405            | 1,440         |

(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<br>10月～12月 | H20<br>1月～12月 | H20<br>10月～12月 | H20<br>1月～12月 | H20<br>10月～12月 | H20<br>1月～12月 |
| 外来診察室        | 0              | 3             | 7              | 24            | 7              | 27            |
| 外来処置室        | 2              | 6             | 6              | 15            | 8              | 21            |
| 外来待合室        | 0              | 1             | 2              | 5             | 2              | 6             |
| 救急外来         | 0              | 0             | 2              | 3             | 2              | 3             |
| 救命救急センター     | 2              | 14            | 0              | 0             | 2              | 14            |
| 病 室          | 194            | 679           | 0              | 0             | 194            | 679           |
| 病棟処置室        | 6              | 21            | 0              | 0             | 6              | 21            |
| 手術室          | 39             | 161           | 1              | 3             | 40             | 164           |
| ICU          | 8              | 33            | 0              | 0             | 8              | 33            |
| CCU          | 2              | 4             | 0              | 0             | 2              | 4             |
| NICU         | 0              | 6             | 0              | 0             | 0              | 6             |
| 検査室          | 2              | 9             | 1              | 5             | 3              | 14            |
| カテーテル検査室     | 10             | 53            | 0              | 1             | 10             | 54            |
| 放射線治療室       | 3              | 7             | 1              | 3             | 4              | 10            |
| 放射線撮影室       | 1              | 20            | 5              | 13            | 6              | 33            |
| 核医学検査室       | 1              | 1             | 0              | 1             | 1              | 2             |
| 透析室          | 1              | 5             | 1              | 1             | 2              | 6             |
| 分娩室          | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 機能訓練室        | 1              | 5             | 1              | 3             | 2              | 8             |
| トイレ          | 17             | 45            | 0              | 0             | 17             | 45            |
| 廊 下          | 16             | 49            | 2              | 3             | 18             | 52            |
| 浴 室          | 17             | 37            | 0              | 0             | 17             | 37            |
| 階 段          | 0              | 1             | 0              | 0             | 0              | 1             |
| 不 明          | 4              | 21            | 0              | 0             | 4              | 21            |
| その他          | 44             | 160           | 6              | 19            | 50             | 179           |
| 合 計          | 370            | 1,341         | 35             | 99            | 405            | 1,440         |

図表 II - 1 - 4 0 関連診療科×事故の概要

| 関連診療科 <sup>(注)</sup> ×<br>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<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 |
| 内科                              | 0              | 1             | 4              | 13            | 0              | 0             | 7              | 26            | 2              | 6             | 1              | 4             | 0              | 0             |
| 麻酔科                             | 0              | 0             | 0              | 2             | 0              | 0             | 9              | 23            | 1              | 1             | 2              | 4             | 0              | 0             |
| 循環器内科                           | 1              | 1             | 3              | 7             | 0              | 0             | 10             | 42            | 0              | 3             | 3              | 6             | 0              | 0             |
| 神経科                             | 0              | 0             | 1              | 2             | 0              | 0             | 1              | 4             | 1              | 2             | 5              | 7             | 0              | 0             |
| 呼吸器内科                           | 0              | 0             | 1              | 2             | 0              | 0             | 1              | 10            | 1              | 1             | 0              | 4             | 0              | 0             |
| 消化器科                            | 0              | 0             | 0              | 4             | 0              | 0             | 10             | 34            | 2              | 3             | 0              | 3             | 0              | 0             |
| 血液内科                            | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 3              | 9             | 0              | 0             | 1              | 1             | 0              | 0             |
| 循環器外科                           | 0              | 0             | 1              | 1             | 0              | 0             | 4              | 13            | 0              | 2             | 0              | 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                             | 2              | 2             | 2              | 7             | 1              | 1             | 2              | 12            | 0              | 4             | 3              | 7             | 0              | 0             |
| 外科                              | 1              | 1             | 1              | 5             | 0              | 0             | 8              | 32            | 0              | 3             | 6              | 18            | 0              | 0             |
| 整形外科                            | 1              | 1             | 1              | 5             | 0              | 0             | 8              | 25            | 2              | 4             | 0              | 2             | 0              | 0             |
| 形成外科                            | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 1              | 4             | 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              | 4             | 0              | 0             | 6              | 27            | 1              | 5             | 3              | 6             | 0              | 0             |
| 呼吸器外科                           | 0              | 0             | 1              | 1             | 0              | 0             | 5              | 13            | 0              | 1             | 1              | 5             | 0              | 0             |
| 心臓血管外科                          | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             | 8              | 28            | 1              | 2             | 1              | 6             | 0              | 0             |
| 小児外科                            | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| ペインクリニック                        | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             | 1              | 1             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 皮膚科                             | 0              | 0             | 1              | 2             | 1              | 1             | 1              | 3             | 1              | 1             | 0              | 1             | 0              | 0             |
| 泌尿器科                            | 0              | 0             | 0              | 2             | 1              | 1             | 3              | 19            | 0              | 0             | 1              | 4             | 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                            | 0              | 1             | 0              | 2             | 0              | 0             | 4              | 14            | 1              | 1             | 0              | 2             | 0              | 0             |
| 産科                              | 0              | 0             | 1              | 4             | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 婦人科                             | 0              | 1             | 0              | 1             | 0              | 0             | 4              | 10            | 0              | 2             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 眼科                              | 0              | 1             | 0              | 1             | 0              | 0             | 2              | 15            | 1              | 1             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 耳鼻咽喉科                           | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             | 5              | 19            | 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             | 3              | 4             | 0              | 0             | 1              | 5             | 0              | 1             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| リハビリテーション科                      | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 3             | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             |
| 放射線科                            | 0              | 0             | 1              | 1             | 0              | 0             | 3              | 10            | 0              | 0             | 1              | 1             | 0              | 0             |
| 歯科                              | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 4              | 6             | 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             | 3              | 12            | 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              | 3             | 3              | 10            | 1              | 3             | 7              | 31            | 1              | 7             | 4              | 18            | 0              | 1             |
| 合 計                             | 6              | 12            | 25             | 85            | 4              | 6             | 121            | 454           | 15             | 52            | 32             | 105           | 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<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 |
| 2              | 14            | 17             | 67            | 8              | 17            | 41             | 148           |
| 2              | 2             | 0              | 1             | 2              | 7             | 16             | 40            |
| 1              | 15            | 10             | 40            | 4              | 9             | 32             | 123           |
| 0              | 0             | 7              | 20            | 2              | 3             | 17             | 38            |
| 1              | 4             | 25             | 67            | 6              | 16            | 35             | 104           |
| 3              | 13            | 11             | 36            | 3              | 10            | 29             | 103           |
| 0              | 3             | 3              | 13            | 0              | 2             | 7              | 28            |
| 2              | 2             | 1              | 4             | 0              | 2             | 8              | 25            |
| 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 1             | 0              | 3             |
| 1              | 1             | 2              | 5             | 0              | 5             | 3              | 13            |
| 0              | 2             | 14             | 43            | 2              | 14            | 26             | 92            |
| 1              | 4             | 12             | 37            | 7              | 19            | 36             | 119           |
| 1              | 2             | 41             | 131           | 10             | 23            | 64             | 193           |
| 0              | 0             | 2              | 3             | 1              | 3             | 4              | 11            |
| 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 0              | 2             | 12             | 28            | 0              | 3             | 23             | 75            |
| 1              | 3             | 1              | 6             | 0              | 0             | 9              | 29            |
| 0              | 0             | 2              | 11            | 3              | 7             | 15             | 55            |
| 0              | 0             | 2              | 6             | 1              | 1             | 3              | 9             |
| 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 1              | 2             |
| 0              | 0             | 0              | 2             | 2              | 5             | 6              | 15            |
| 1              | 1             | 4              | 12            | 0              | 3             | 10             | 42            |
| 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 1             |
| 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 4             | 5              | 25            |
| 1              | 1             | 0              | 1             | 0              | 2             | 2              | 9             |
| 0              | 1             | 3              | 6             | 1              | 6             | 8              | 27            |
| 0              | 1             | 2              | 8             | 0              | 4             | 5              | 31            |
| 1              | 1             | 2              | 12            | 3              | 7             | 11             | 42            |
| 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             | 0              | 1             |
| 0              | 0             | 17             | 51            | 5              | 23            | 26             | 84            |
| 0              | 0             | 0              | 7             | 0              | 1             | 0              | 12            |
| 2              | 9             | 2              | 4             | 0              | 4             | 9              | 29            |
| 0              | 1             | 0              | 0             | 0              | 1             | 4              | 8             |
| 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 0              | 1             | 1              | 2             | 1              | 4             | 5              | 22            |
| 0              | 0             | 1              | 1             | 0              | 0             | 1              | 1             |
| 2              | 14            | 21             | 82            | 8              | 32            | 48             | 201           |
| 22             | 97            | 215            | 709           | 69             | 239           | 509            | 1,760         |

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><br>×事故の程度 <sup>(注2)</sup> | 死亡             |               | 障害の可能性<br>(高い) |               | 障害の可能性<br>(低い) |               | 障害の可能性<br>なし   |               | 障害なし           |               | 不明 <sup>(注3)</sup> |               | 合計             |               |
|---|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|
|   | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月     | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 |
|   | 内科             | 7             | 12             | 2             | 9              | 14            | 50             | 10            | 50             | 6             | 20                 | 2             | 7              | 41            |
| 麻酔科   | 4              | 5             | 4              | 10            | 4              | 11            | 3              | 6             | 1              | 5             | 0                  | 3             | 16             | 40            |
| 循環器内科   | 4              | 13            | 3              | 17            | 8              | 37            | 10             | 35            | 7              | 17            | 0                  | 4             | 32             | 123           |
| 神経科   | 0              | 0             | 0              | 3             | 9              | 17            | 5              | 13            | 3              | 5             | 0                  | 0             | 17             | 38            |
| 呼吸器内科   | 4              | 9             | 2              | 8             | 14             | 42            | 11             | 33            | 4              | 8             | 0                  | 4             | 35             | 104           |
| 消化器科  | 3              | 5             | 4              | 11            | 7              | 39            | 8              | 28            | 5              | 13            | 2                  | 7             | 29             | 103           |
| 血液内科  | 1              | 4             | 1              | 5             | 2              | 7             | 3              | 8             | 0              | 3             | 0                  | 1             | 7              | 28            |
| 循環器外科   | 1              | 2             | 2              | 4             | 2              | 5             | 2              | 8             | 1              | 5             | 0                  | 1             | 8              | 25            |
| 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   | 1              | 3             | 0              | 1             | 1              | 4             | 1              | 2             | 0              | 2             | 0                  | 1             | 3              | 13            |
| 小児科   | 1              | 8             | 2              | 15            | 5              | 25            | 15             | 32            | 3              | 11            | 0                  | 1             | 26             | 92            |
| 外科  | 5              | 12            | 3              | 9             | 15             | 40            | 9              | 36            | 2              | 17            | 2                  | 5             | 36             | 119           |
| 整形外科  | 4              | 6             | 3              | 22            | 27             | 83            | 18             | 60            | 8              | 17            | 4                  | 5             | 64             | 193           |
| 形成外科  | 0              | 0             | 0              | 1             | 3              | 4             | 1              | 4             | 0              | 2             | 0                  | 0             | 4              | 11            |
| 美容外科  | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0                  | 0             | 0              | 0             |
| 脳神経外科   | 1              | 4             | 3              | 15            | 10             | 27            | 4              | 12            | 4              | 11            | 1                  | 6             | 23             | 75            |
| 呼吸器外科   | 0              | 2             | 2              | 5             | 3              | 4             | 2              | 11            | 1              | 5             | 1                  | 2             | 9              | 29            |
| 心臓血管外科  | 4              | 6             | 3              | 9             | 0              | 12            | 6              | 17            | 2              | 8             | 0                  | 3             | 15             | 55            |
| 小児外科  | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 1             | 3              | 4             | 0              | 3             | 0                  | 0             | 3              | 9             |
| ペインクリニック  | 0              | 0             | 1              | 1             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 1             | 0                  | 0             | 1              | 2             |
| 皮膚科   | 0              | 1             | 3              | 4             | 1              | 5             | 1              | 3             | 0              | 0             | 1                  | 2             | 6              | 15            |
| 泌尿器科  | 3              | 6             | 2              | 8             | 0              | 15            | 4              | 10            | 1              | 3             | 0                  | 0             | 10             | 42            |
| 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  | 0              | 3             | 0              | 1             | 1              | 4             | 2              | 9             | 1              | 7             | 1                  | 1             | 5              | 25            |
| 産科  | 0              | 2             | 0              | 2             | 1              | 2             | 1              | 2             | 0              | 1             | 0                  | 0             | 2              | 9             |
| 婦人科   | 0              | 0             | 0              | 2             | 5              | 12            | 1              | 8             | 2              | 4             | 0                  | 1             | 8              | 27            |
| 眼科  | 0              | 0             | 2              | 3             | 0              | 8             | 3              | 11            | 0              | 4             | 0                  | 5             | 5              | 31            |
| 耳鼻咽喉科   | 1              | 9             | 1              | 4             | 3              | 12            | 2              | 8             | 4              | 6             | 0                  | 3             | 11             | 42            |
| 心療内科  | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0                  | 0             | 0              | 1             |
| 精神科   | 3              | 9             | 1              | 6             | 11             | 27            | 6              | 19            | 3              | 16            | 2                  | 7             | 26             | 84            |
| リハビリテーション科                                      | 0              | 0             | 0              | 3             | 0              | 6             | 0              | 2             | 0              | 1             | 0                  | 0             | 0              | 12            |
| 放射線科  | 1              | 4             | 2              | 4             | 1              | 6             | 4              | 11            | 1              | 2             | 0                  | 2             | 9              | 29            |
| 歯科  | 0              | 0             | 0              | 0             | 3              | 3             | 0              | 2             | 1              | 3             | 0                  | 0             | 4              | 8             |
| 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  | 2              | 3             | 0              | 2             | 2              | 8             | 0              | 5             | 0              | 2             | 1                  | 2             | 5              | 22            |
| 不明 <sup>(注3)</sup>                              | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 1              | 1             | 0              | 0             | 0                  | 0             | 1              | 1             |
| その他   | 4              | 18            | 1              | 19            | 10             | 39            | 16             | 59            | 15             | 50            | 2                  | 16            | 48             | 201           |
| 合計  | 54             | 146           | 47             | 204           | 162            | 558           | 152            | 510           | 75             | 253           | 19                 | 89            | 509            | 1,760         |

(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><br>×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    |
|                                   | 10月～12月 | 1月～12月 | 10月～12月 | 1月～12月 | 10月～12月 | 1月～12月 | 10月～12月 | 1月～12月 |
| 内科                                | 15      | 54     | 22      | 74     | 4       | 20     | 41      | 148    |
| 麻酔科                               | 11      | 30     | 5       | 8      | 0       | 2      | 16      | 40     |
| 循環器内科                             | 14      | 59     | 15      | 53     | 3       | 11     | 32      | 123    |
| 神経科                               | 8       | 17     | 7       | 19     | 2       | 2      | 17      | 38     |
| 呼吸器内科                             | 9       | 42     | 24      | 57     | 2       | 5      | 35      | 104    |
| 消化器科                              | 16      | 56     | 11      | 39     | 2       | 8      | 29      | 103    |
| 血液内科                              | 4       | 17     | 3       | 9      | 0       | 2      | 7       | 28     |
| 循環器外科                             | 3       | 12     | 5       | 10     | 0       | 3      | 8       | 25     |
| アレルギー科                            | 0       | 0      | 0       | 3      | 0       | 0      | 0       | 3      |
| リウマチ科                             | 1       | 7      | 2       | 5      | 0       | 1      | 3       | 13     |
| 小児科                               | 7       | 31     | 13      | 47     | 6       | 14     | 26      | 92     |
| 外科                                | 20      | 59     | 13      | 51     | 3       | 9      | 36      | 119    |
| 整形外科                              | 28      | 97     | 34      | 91     | 2       | 5      | 64      | 193    |
| 形成外科                              | 2       | 5      | 2       | 5      | 0       | 1      | 4       | 11     |
| 美容外科                              | 0       | 0      | 0       | 0      | 0       | 0      | 0       | 0      |
| 脳神経外科                             | 12      | 43     | 10      | 27     | 1       | 5      | 23      | 75     |
| 呼吸器外科                             | 6       | 18     | 3       | 11     | 0       | 0      | 9       | 29     |
| 心臓血管外科                            | 10      | 33     | 4       | 15     | 1       | 7      | 15      | 55     |
| 小児外科                              | 0       | 1      | 2       | 5      | 1       | 3      | 3       | 9      |
| ペインクリニック                          | 1       | 1      | 0       | 0      | 0       | 1      | 1       | 2      |
| 皮膚科                               | 4       | 8      | 2       | 6      | 0       | 1      | 6       | 15     |
| 泌尿器科                              | 5       | 28     | 4       | 11     | 1       | 3      | 10      | 42     |
| 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                              | 3       | 8      | 2       | 13     | 0       | 4      | 5       | 25     |
| 産科                                | 0       | 3      | 1       | 3      | 1       | 3      | 2       | 9      |
| 婦人科                               | 1       | 15     | 7       | 10     | 0       | 2      | 8       | 27     |
| 眼科                                | 3       | 11     | 2       | 17     | 0       | 3      | 5       | 31     |
| 耳鼻咽喉科                             | 2       | 24     | 6       | 12     | 3       | 6      | 11      | 42     |
| 心療内科                              | 0       | 1      | 0       | 0      | 0       | 0      | 0       | 1      |
| 精神科                               | 9       | 30     | 11      | 43     | 6       | 11     | 26      | 84     |
| リハビリテーション科                        | 0       | 7      | 0       | 5      | 0       | 0      | 0       | 12     |
| 放射線科                              | 3       | 14     | 5       | 10     | 1       | 5      | 9       | 29     |
| 歯科                                | 0       | 0      | 4       | 7      | 0       | 1      | 4       | 8      |
| 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                            | 2       | 11     | 3       | 9      | 0       | 2      | 5       | 22     |
| 不明                                | 0       | 0      | 1       | 1      | 0       | 0      | 1       | 1      |
| その他                               | 18      | 79     | 25      | 90     | 5       | 32     | 48      | 201    |
| 合計                                | 217     | 821    | 248     | 767    | 44      | 172    | 509     | 1,760  |

(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<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 |
| 確認を怠った                     | 6              | 11            | 12             | 58            | 3              | 5             | 23             | 110           | 5              | 23            | 7              | 34            | 0              | 0             |
| 観察を怠った                     | 0              | 0             | 1              | 8             | 1              | 1             | 11             | 52            | 1              | 5             | 7              | 22            | 0              | 0             |
| 判断を誤った                     | 2              | 4             | 4              | 15            | 1              | 2             | 19             | 71            | 2              | 9             | 10             | 31            | 0              | 0             |
| 知識が不足していた                  | 5              | 9             | 4              | 22            | 2              | 2             | 5              | 20            | 4              | 12            | 0              | 10            | 0              | 0             |
| 技術・手技が未熟だった                | 0              | 0             | 1              | 3             | 0              | 0             | 20             | 54            | 3              | 5             | 7              | 12            | 0              | 0             |
| 報告が遅れた                     | 1              | 1             | 0              | 1             | 0              | 0             | 2              | 4             | 0              | 1             | 0              | 1             | 0              | 0             |
| 通常とは異なる身体的条件下にあった          | 0              | 0             | 4              | 8             | 0              | 1             | 3              | 19            | 0              | 1             | 1              | 5             | 0              | 0             |
| 通常とは異なる心理的条件下にあった          | 1              | 1             | 1              | 4             | 0              | 0             | 0              | 5             | 0              | 1             | 0              | 1             | 0              | 0             |
| システムに問題があった                | 2              | 3             | 2              | 13            | 1              | 1             | 6              | 22            | 0              | 4             | 0              | 3             | 0              | 1             |
| 連携ができていなかった                | 2              | 3             | 4              | 15            | 1              | 1             | 12             | 32            | 0              | 3             | 1              | 9             | 0              | 0             |
| 記録などの不備                    | 0              | 0             | 2              | 4             | 0              | 0             | 1              | 5             | 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                 | 0              | 1             | 1              | 12            | 1              | 1             | 2              | 12            | 1              | 3             | 2              | 3             | 0              | 0             |
| 環境に問題があった                  | 0              | 0             | 1              | 4             | 0              | 0             | 1              | 7             | 0              | 5             | 1              | 1             | 0              | 0             |
| 医薬品の問題                     | 0              | 0             | 4              | 11            | 0              | 0             | 1              | 1             | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             |
| 医療機器の問題                    | 0              | 0             | 0              | 2             | 0              | 0             | 4              | 15            | 7              | 18            | 1              | 5             | 0              | 1             |
| 諸物品の問題                     | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             | 1              | 4             | 0              | 0             | 1              | 4             | 0              | 0             |
| 施設・設備の問題                   | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             | 0              | 4             | 0              | 1             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 教育・訓練に問題があった               | 3              | 4             | 3              | 11            | 1              | 1             | 1              | 21            | 1              | 8             | 2              | 12            | 0              | 1             |
| 説明不足                       | 0              | 0             | 1              | 2             | 0              | 0             | 2              | 11            | 0              | 1             | 2              | 6             | 0              | 0             |
| その他                        | 0              | 0             | 2              | 5             | 0              | 0             | 40             | 141           | 0              | 8             | 4              | 15            | 0              | 0             |
| 合 計                        | 22             | 37            | 47             | 200           | 11             | 15            | 154            | 610           | 24             | 109           | 46             | 175           | 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<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 |
| 5              | 20            | 36             | 83            | 11             | 33            | 108            | 377           |
| 0              | 3             | 62             | 204           | 16             | 47            | 99             | 342           |
| 3              | 9             | 54             | 170           | 9              | 30            | 104            | 341           |
| 0              | 1             | 15             | 44            | 6              | 13            | 41             | 133           |
| 1              | 6             | 14             | 46            | 6              | 10            | 52             | 136           |
| 1              | 2             | 6              | 13            | 1              | 4             | 11             | 27            |
| 2              | 4             | 18             | 29            | 4              | 12            | 32             | 79            |
| 1              | 1             | 1              | 7             | 2              | 7             | 6              | 27            |
| 3              | 8             | 0              | 8             | 2              | 7             | 16             | 70            |
| 3              | 7             | 15             | 56            | 4              | 15            | 42             | 141           |
| 0              | 1             | 1              | 5             | 0              | 2             | 4              | 18            |
| 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 0              | 3             | 6              | 19            | 2              | 4             | 15             | 58            |
| 0              | 0             | 23             | 65            | 7              | 21            | 33             | 103           |
| 0              | 3             | 3              | 5             | 0              | 0             | 8              | 21            |
| 0              | 2             | 0              | 0             | 1              | 4             | 13             | 47            |
| 0              | 0             | 3              | 10            | 4              | 8             | 9              | 27            |
| 2              | 4             | 5              | 19            | 4              | 12            | 11             | 41            |
| 1              | 4             | 13             | 46            | 6              | 15            | 31             | 123           |
| 1              | 5             | 26             | 91            | 6              | 20            | 38             | 136           |
| 3              | 26            | 44             | 150           | 15             | 72            | 108            | 417           |
| 26             | 109           | 345            | 1,070         | 106            | 336           | 781            | 2,664         |

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<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 |
| 外来診察室      | 0              | 0             | 0              | 6             | 0              | 0             | 4              | 11            | 0              | 0             | 2              | 4             | 0              | 0             |
| 外来処置室      | 0              | 0             | 0              | 2             | 0              | 0             | 5              | 9             | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             |
| 外来待合室      | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 2             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 救急外来       | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 1              | 2             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 救命救急センター   | 0              | 1             | 1              | 2             | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 2             | 1              | 4             | 0              | 0             |
| 病室         | 1              | 3             | 11             | 41            | 4              | 5             | 21             | 80            | 3              | 17            | 14             | 57            | 0              | 0             |
| 病棟処置室      | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 4              | 12            | 0              | 1             | 1              | 2             | 0              | 0             |
| 手術室        | 1              | 2             | 1              | 4             | 0              | 0             | 27             | 119           | 6              | 16            | 3              | 5             | 0              | 1             |
| ICU        | 0              | 0             | 0              | 3             | 0              | 0             | 2              | 13            | 1              | 4             | 4              | 9             | 0              | 0             |
| CCU        | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             | 1              | 2             | 0              | 0             | 1              | 1             | 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             | 0              | 6             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| カテーテル検査室   | 0              | 0             | 0              | 2             | 0              | 0             | 9              | 36            | 0              | 1             | 0              | 2             | 0              | 0             |
| 放射線治療室     | 0              | 0             | 1              | 1             | 0              | 0             | 3              | 8             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 放射線撮影室     | 0              | 0             | 1              | 2             | 0              | 0             | 0              | 8             | 0              | 1             | 0              | 1             | 0              | 0             |
| 核医学検査室     | 0              | 0             | 1              | 1             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 透析室        | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 2              | 5             | 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             | 1              | 1             | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             |
| 廊 下        | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             | 0              | 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        | 4              | 6             | 2              | 8             | 0              | 1             | 11             | 37            | 1              | 4             | 1              | 3             | 0              | 0             |
| 合 計        | 6              | 12            | 18             | 73            | 4              | 6             | 91             | 360           | 11             | 47            | 27             | 92            | 0              | 1             |

| 検 査            |               | 療養上の世話         |               | その他            |               | 合 計            |               |
|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
| H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 |
| 1              | 2             | 0              | 0             | 0              | 4             | 7              | 27            |
| 2              | 4             | 0              | 3             | 1              | 2             | 8              | 21            |
| 0              | 0             | 2              | 4             | 0              | 0             | 2              | 6             |
| 0              | 0             | 0              | 0             | 1              | 1             | 2              | 3             |
| 0              | 1             | 0              | 0             | 0              | 3             | 2              | 14            |
| 1              | 9             | 119            | 383           | 20             | 84            | 194            | 679           |
| 1              | 1             | 0              | 3             | 0              | 2             | 6              | 21            |
| 0              | 2             | 0              | 1             | 2              | 14            | 40             | 164           |
| 0              | 1             | 0              | 1             | 1              | 2             | 8              | 33            |
| 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 2              | 4             |
| 0              | 0             | 0              | 2             | 0              | 0             | 0              | 6             |
| 3              | 7             | 0              | 0             | 0              | 1             | 3              | 14            |
| 1              | 12            | 0              | 0             | 0              | 1             | 10             | 54            |
| 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             | 4              | 10            |
| 3              | 15            | 1              | 2             | 1              | 4             | 6              | 33            |
| 0              | 1             | 0              | 0             | 0              | 0             | 1              | 2             |
| 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 1             | 2              | 6             |
| 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 0              | 0             | 0              | 1             | 2              | 3             | 2              | 8             |
| 0              | 0             | 13             | 36            | 3              | 7             | 17             | 45            |
| 0              | 0             | 14             | 39            | 4              | 11            | 18             | 52            |
| 0              | 0             | 13             | 29            | 4              | 8             | 17             | 37            |
| 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             | 0              | 1             |
| 0              | 1             | 1              | 13            | 3              | 6             | 4              | 21            |
| 3              | 17            | 18             | 65            | 10             | 38            | 50             | 179           |
| 15             | 73            | 181            | 584           | 52             | 192           | 405            | 1,440         |

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><br>×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<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 |
| 内部調査委員会設置                              | 1              | 2             | 3              | 17            | 1              | 1             | 16             | 68            | 5              | 12            | 2              | 15            | 0              | 0             |
| 外部調査委員会設置                              | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 1              | 8             | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             |
| 内部調査委員会設置予定                            | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 1             | 1              | 1             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| 外部調査委員会設置予定                            | 0              | 0             | 0              | 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<br>等に対応                | 5              | 9             | 14             | 52            | 3              | 5             | 54             | 232           | 6              | 33            | 23             | 72            | 0              | 1             |
| 現在検討中で対応は未定                            | 0              | 0             | 0              | 1             | 0              | 0             | 1              | 10            | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             |
| その他                                    | 0              | 1             | 2              | 5             | 0              | 0             | 22             | 60            | 1              | 4             | 1              | 4             | 0              | 0             |
| 未選択 <sup>(注2)</sup>                    | 0              | 0             | 0              | 2             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 0             | 1              | 2             | 0              | 0             |
| 合 計                                    | 6              | 12            | 19             | 78            | 4              | 6             | 94             | 380           | 13             | 50            | 27             | 94            | 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><br>×事故の程度 <sup>(注2)</sup> | 死亡             |               | 障害の可能性<br>(高い) |               | 障害の可能性<br>(低い) |               | 障害の可能性<br>なし   |               | 障害なし           |               | 不明 <sup>(注3)</sup> |               | 合 計            |               |
|--|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|
|  |                |               |                |               |                |               |                |               |                |               |                    |               |                |               |
|  | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月     | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 |
| 内部調査委員会設置  | 8              | 24            | 7              | 27            | 12             | 59            | 9              | 52            | 8              | 23            | 2                  | 8             | 46             | 193           |
| 外部調査委員会設置  | 0              | 4             | 1              | 7             | 0              | 2             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0                  | 1             | 1              | 14            |
| 内部調査委員会設置予定  | 0              | 2             | 0              | 0             | 1              | 3             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0                  | 1             | 1              | 6             |
| 外部調査委員会設置予定  | 0              | 2             | 0              | 2             | 0              | 0             | 0              | 0             | 0              | 1             | 0                  | 0             | 0              | 5             |
| 既設の医療安全に関する委員会等<br>等に対応                                | 22             | 78            | 23             | 105           | 100            | 335           | 95             | 309           | 33             | 153           | 7                  | 44            | 280            | 1,024         |
| 現在検討中で対応は未定  | 1              | 4             | 0              | 4             | 1              | 4             | 4              | 7             | 0              | 4             | 1                  | 5             | 7              | 28            |
| その他  | 6              | 21            | 2              | 12            | 18             | 52            | 23             | 80            | 21             | 47            | 5                  | 15            | 75             | 227           |
| 未選択  | 0              | 1             | 0              | 1             | 1              | 5             | 2              | 3             | 5              | 9             | 0                  | 1             | 8              | 20            |
| 合 計  | 37             | 136           | 33             | 158           | 133            | 460           | 133            | 451           | 67             | 237           | 15                 | 75            | 418            | 1,517         |

(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<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 | H20<br>10月~12月 | H20<br>1月~12月 |
| 5              | 9             | 8              | 42            | 5              | 27            | 46             | 193           |
| 0              | 2             | 0              | 0             | 0              | 3             | 1              | 14            |
| 0              | 1             | 0              | 1             | 0              | 2             | 1              | 6             |
| 0              | 1             | 0              | 1             | 0              | 1             | 0              | 5             |
| 10             | 56            | 132            | 437           | 33             | 127           | 280            | 1,024         |
| 0              | 0             | 5              | 13            | 1              | 4             | 7              | 28            |
| 2              | 9             | 34             | 102           | 13             | 42            | 75             | 227           |
| 0              | 0             | 7              | 15            | 0              | 1             | 8              | 20            |
| 17             | 78            | 186            | 611           | 52             | 207           | 418            | 1,517         |

## 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29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29回  |
|------------|-------|
| 参加登録医療機関総数 | 1,138 |
| うち定点医療機関   | 236   |

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29回事例発生期間である平成20年9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29回  |       | 第29回  |
| 0-99    | 21    | 北海道   | 14    |
| 100-199 | 34    | 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    | 31    |
| 600以上   | 56    | 中国四国  | 31    |
| 合計      | 236   | 九州沖縄  | 25    |
|         |       | 合計    | 236   |

平成20年9月30日現在のヒヤリ・ハット事例収集事業参加登録医療機関の定点医療機関の病床数総計は101,776床である。

(注) 資料6「ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧」参照。

## 【2】 報告件数

ヒヤリ・ハット事例収集の概況は以下の通りである。

図表Ⅱ - 2 - 3 報告件数の推移

|                      |                               | 第 27 回収集        | 第 28 回収集        | 第 29 回収集         | 備考   |
|----------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|--|
| 事例発生月                |                               | 1月～3月           | 4月～6月           | 7月～9月            |  |
| 収集期間                 |                               | 2月19日～<br>5月12日 | 5月13日～<br>8月11日 | 8月12日～<br>11月10日 |  |
| 登録医療機関               | 参加登録医療機関<br>総数                | 1,138           | 1,136           | 1,138            |  |
|                      | 参加登録医療機関<br>のうち報告のあった<br>医療機関 | 326             | 318             | 315              |  |
|                      | 定点医療機関 <sup>(注1)</sup>        | 239             | 237             | 236              |  |
|                      | 定点医療機関のうち<br>報告のあった医療機関       | 230             | 229             | 230              | 第27回報告困難施設 6施設<br>第28回報告困難施設 6施設<br>第29回報告困難施設 3施設 |
| 報告件数 <sup>(注2)</sup> | 総報告件数                         | 49,905          | 59,534          | 59,773           |  |
|                      | 全般コード化情報                      | 49,228          | 58,600          | 58,239           |  |
|                      | 記述情報                          | 2,976           | 4,793           | 4,543            |  |
| 有効件数                 | 全般コード化情報                      | 49,227          | 58,600          | 58,239           |  |
|                      | 記述情報                          | 916             | 2,757           | 1,873            |  |

(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

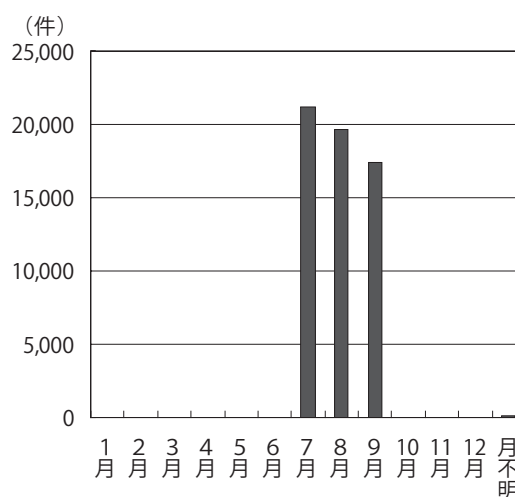
#### (1) 第29回ヒヤリ・ハット事例

##### ① 報告の内容

平成20年7月1日から同年9月30日に発生したヒヤリ・ハット事例（全般コード化情報）58,239件に対し、各項目の単純集計及びクロス集計を行った。結果は以下の通りである。

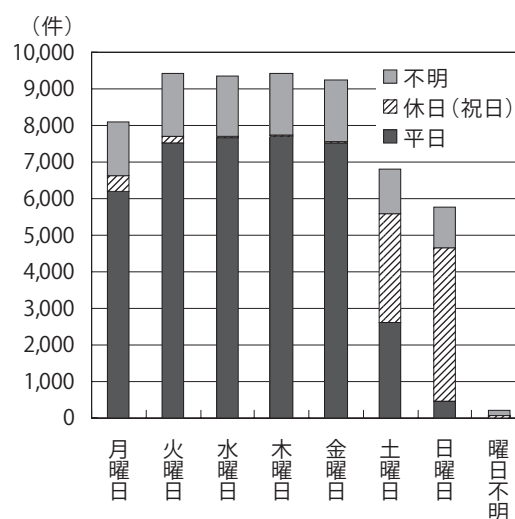
図表Ⅱ-2-4 発生月

| 発生月 | 件数     |
|-----|--------|
| 7月  | 21,147 |
| 8月  | 19,636 |
| 9月  | 17,376 |
| 月不明 | 80     |
| 合計  | 58,239 |



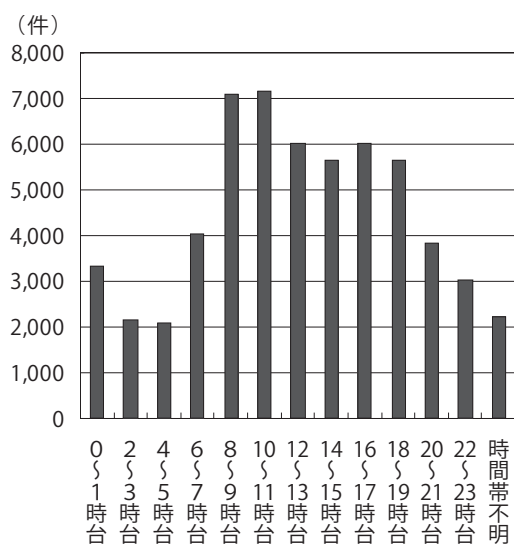
図表Ⅱ-2-5 発生曜日・曜日区分

| 発生曜日 | 平日     | 休日(祝日) | 不明     | 合計     |
|------|--------|--------|--------|--------|
| 月曜日  | 6,184  | 429    | 1,480  | 8,093  |
| 火曜日  | 7,495  | 206    | 1,724  | 9,425  |
| 水曜日  | 7,665  | 12     | 1,668  | 9,345  |
| 木曜日  | 7,702  | 12     | 1,694  | 9,408  |
| 金曜日  | 7,512  | 42     | 1,664  | 9,218  |
| 土曜日  | 2,599  | 2,964  | 1,238  | 6,801  |
| 日曜日  | 445    | 4,180  | 1,127  | 5,752  |
| 曜日不明 | 46     | 2      | 149    | 197    |
| 合計   | 39,648 | 7,847  | 10,744 | 58,239 |



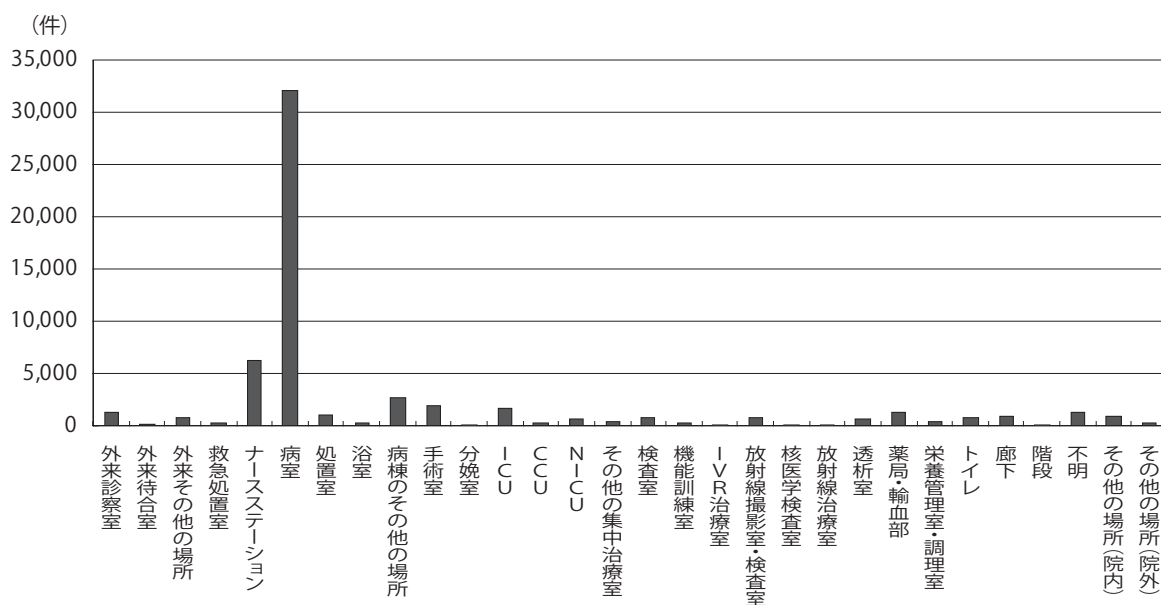
図表Ⅱ - 2 - 6 発生時間帯

| 発生時間帯   | 件数     |
|---------|--------|
| 0～1時台   | 3,313  |
| 2～3時台   | 2,154  |
| 4～5時台   | 2,099  |
| 6～7時台   | 4,023  |
| 8～9時台   | 7,101  |
| 10～11時台 | 7,154  |
| 12～13時台 | 6,010  |
| 14～15時台 | 5,641  |
| 16～17時台 | 6,012  |
| 18～19時台 | 5,659  |
| 20～21時台 | 3,846  |
| 22～23時台 | 3,023  |
| 時間帯不明   | 2,204  |
| 合計      | 58,239 |



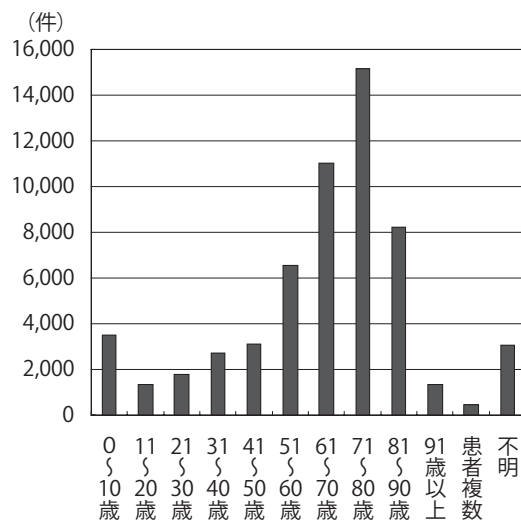
図表 II - 2 - 7 発生場所

| 発生場所        | 件数     | %     |
|-------------|--------|-------|
| 外来診察室       | 1,356  | 2.3   |
| 外来待合室       | 127    | 0.2   |
| 外来その他の場所    | 727    | 1.2   |
| 救急処置室       | 333    | 0.6   |
| ナースステーション   | 6,192  | 10.6  |
| 病室          | 32,117 | 55.1  |
| 処置室         | 1,014  | 1.7   |
| 浴室          | 214    | 0.4   |
| 病棟のその他の場所   | 2,631  | 4.5   |
| 手術室         | 1,879  | 3.2   |
| 分娩室         | 45     | 0.1   |
| ICU         | 1,691  | 2.9   |
| CCU         | 275    | 0.5   |
| NICU        | 709    | 1.2   |
| その他の集中治療室   | 365    | 0.6   |
| 検査室         | 780    | 1.3   |
| 機能訓練室       | 212    | 0.4   |
| IVR 治療室     | 33     | 0.1   |
| 放射線撮影室・検査室  | 779    | 1.3   |
| 核医学検査室      | 67     | 0.1   |
| 放射線治療室      | 44     | 0.1   |
| 透析室         | 668    | 1.1   |
| 薬局・輸血部      | 1,339  | 2.3   |
| 栄養管理室・調理室   | 392    | 0.7   |
| トイレ         | 836    | 1.4   |
| 廊下          | 862    | 1.5   |
| 階段          | 21     | 0.0   |
| 不明          | 1,319  | 2.3   |
| その他の場所 (院内) | 946    | 1.6   |
| その他の場所 (院外) | 266    | 0.5   |
| 合計          | 58,239 | 100.0 |



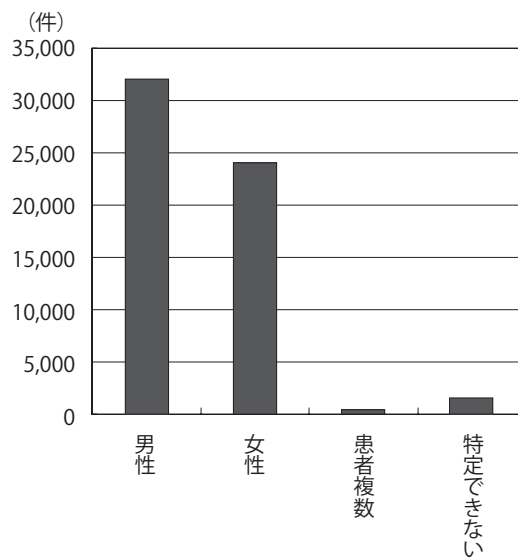
図表Ⅱ-2-8 患者の年齢

| 年 齢    | 件 数    |
|--------|--------|
| 0～10歳  | 3,503  |
| 11～20歳 | 1,342  |
| 21～30歳 | 1,784  |
| 31～40歳 | 2,690  |
| 41～50歳 | 3,126  |
| 51～60歳 | 6,570  |
| 61～70歳 | 11,010 |
| 71～80歳 | 15,170 |
| 81～90歳 | 8,222  |
| 91歳以上  | 1,310  |
| 患者複数   | 440    |
| 不 明    | 3,072  |
| 合 計    | 58,239 |



図表Ⅱ-2-9 患者の性別

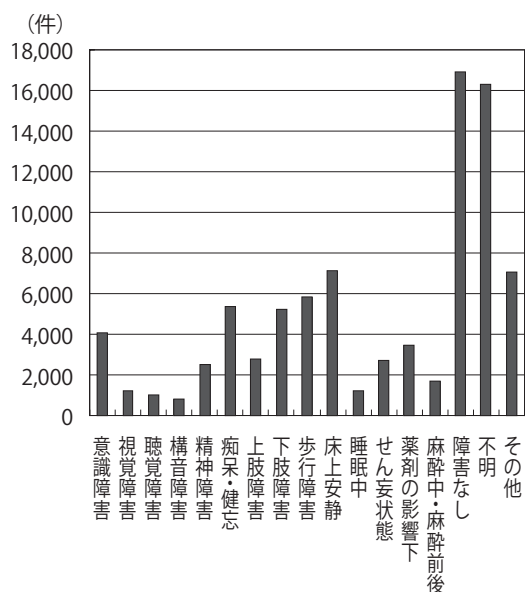
| 性 別    | 件 数    |
|--------|--------|
| 男 性    | 32,084 |
| 女 性    | 24,081 |
| 患者複数   | 474    |
| 特定できない | 1,600  |
| 合 計    | 58,239 |



図表Ⅱ-2-10 患者の心身状態

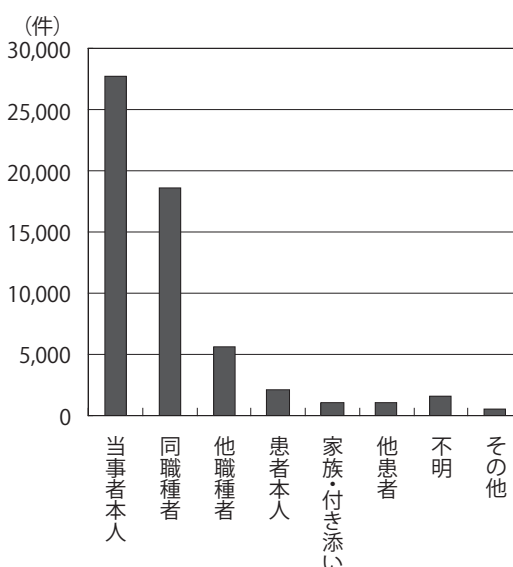
| 患者の心身状態 <sup>(注)</sup> | 件数     | %     |
|------------------------|--------|-------|
| 意識障害                   | 4,093  | 4.8   |
| 視覚障害                   | 1,252  | 1.5   |
| 聴覚障害                   | 1,008  | 1.2   |
| 構音障害                   | 848    | 1.0   |
| 精神障害                   | 2,491  | 2.9   |
| 痴呆・健忘                  | 5,355  | 6.3   |
| 上肢障害                   | 2,776  | 3.3   |
| 下肢障害                   | 5,200  | 6.1   |
| 歩行障害                   | 5,867  | 6.9   |
| 床上安静                   | 7,116  | 8.3   |
| 睡眠中                    | 1,209  | 1.4   |
| せん妄状態                  | 2,690  | 3.2   |
| 薬剤の影響下                 | 3,438  | 4.0   |
| 麻酔中・麻酔前後               | 1,707  | 2.0   |
| 障害なし                   | 16,896 | 19.8  |
| 不明                     | 16,278 | 19.1  |
| その他                    | 7,064  | 8.3   |
| 合計                     | 85,288 | 100.0 |

(注)「患者の心身状態」は複数回答が可能である。



図表Ⅱ-2-11 発見者

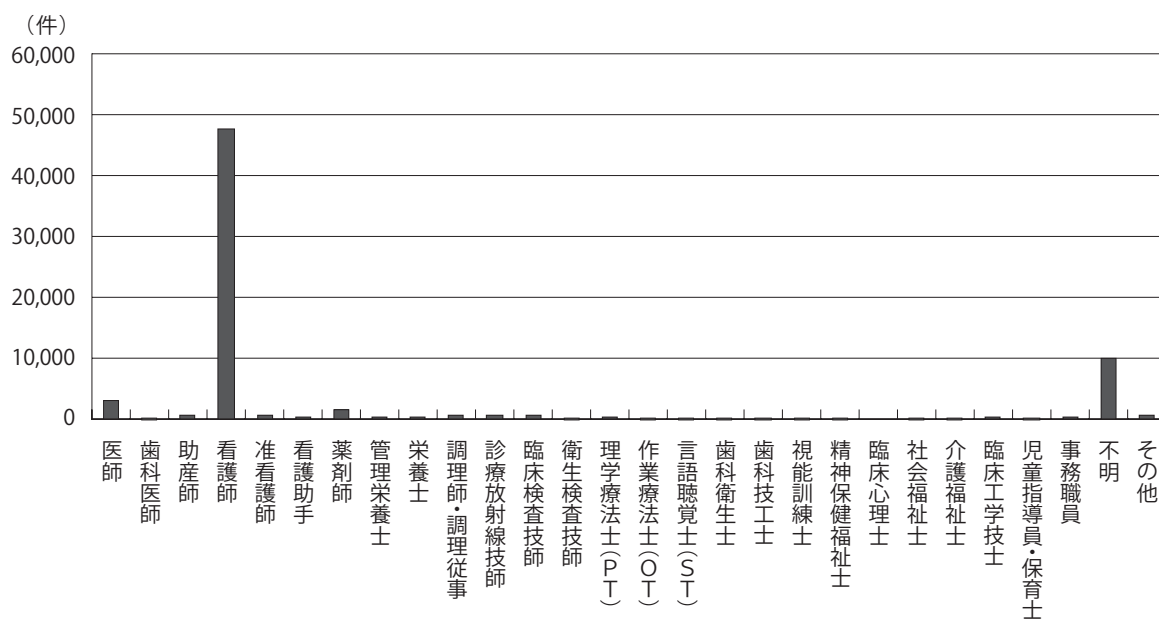
| 発見者     | 件数     | %     |
|---------|--------|-------|
| 当事者本人   | 27,799 | 47.7  |
| 同職種者    | 18,523 | 31.8  |
| 他職種者    | 5,583  | 9.6   |
| 患者本人    | 2,128  | 3.7   |
| 家族・付き添い | 1,043  | 1.8   |
| 他患者     | 1,065  | 1.8   |
| 不明      | 1,495  | 2.6   |
| その他     | 603    | 1.0   |
| 合計      | 58,239 | 100.0 |



図表Ⅱ-2-12 当事者の職種

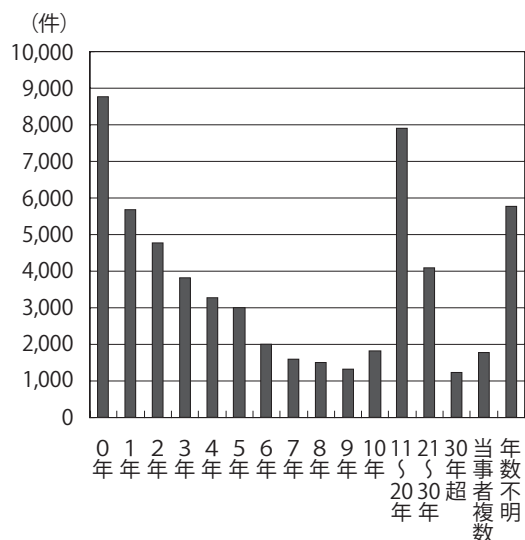
| 当事者の職種 <sup>(注)</sup> | 件数     | %     |
|-----------------------|--------|-------|
| 医師                    | 2,935  | 4.3   |
| 歯科医師                  | 52     | 0.1   |
| 助産師                   | 703    | 1.0   |
| 看護師                   | 47,664 | 69.8  |
| 准看護師                  | 749    | 1.1   |
| 看護助手                  | 298    | 0.4   |
| 薬剤師                   | 1,565  | 2.3   |
| 管理栄養士                 | 317    | 0.5   |
| 栄養士                   | 220    | 0.3   |
| 調理師・調理従事者             | 677    | 1.0   |
| 診療放射線技師               | 624    | 0.9   |
| 臨床検査技師                | 748    | 1.1   |
| 衛生検査技師                | 5      | 0.0   |
| 理学療法士 (PT)            | 276    | 0.4   |
| 作業療法士 (OT)            | 96     | 0.1   |
| 言語聴覚士 (ST)            | 33     | 0.0   |
| 歯科衛生士                 | 17     | 0.0   |
| 歯科技工士                 | 2      | 0.0   |
| 視能訓練士                 | 15     | 0.0   |
| 精神保健福祉士               | 2      | 0.0   |
| 臨床心理士                 | 0      | 0.0   |
| 社会福祉士                 | 6      | 0.0   |
| 介護福祉士                 | 38     | 0.1   |
| 臨床工学技士                | 203    | 0.3   |
| 児童指導員・保育士             | 27     | 0.0   |
| 事務職員                  | 387    | 0.6   |
| 不明                    | 10,052 | 14.7  |
| その他                   | 556    | 0.8   |
| 合計                    | 68,267 | 100.0 |

(注)「当事者の職種」は複数回答が可能である。



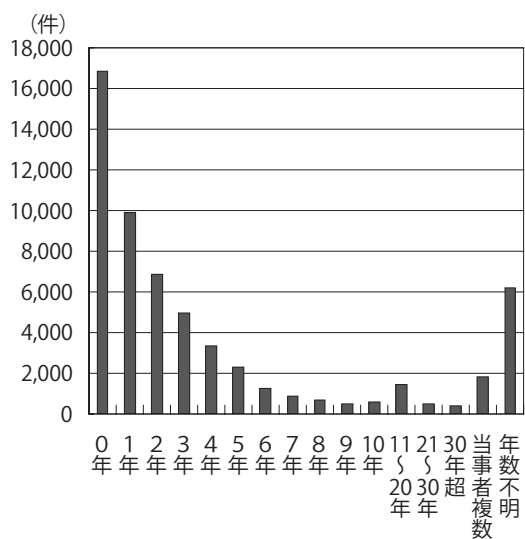
図表Ⅱ - 2 - 1 3 当事者の職種経験年数

| 当事者の職種経験年数 | 件数     | %     |
|------------|--------|-------|
| 0年         | 8,782  | 15.1  |
| 1年         | 5,683  | 9.8   |
| 2年         | 4,751  | 8.2   |
| 3年         | 3,801  | 6.5   |
| 4年         | 3,292  | 5.7   |
| 5年         | 3,000  | 5.2   |
| 6年         | 1,980  | 3.4   |
| 7年         | 1,573  | 2.7   |
| 8年         | 1,503  | 2.6   |
| 9年         | 1,309  | 2.2   |
| 10年        | 1,831  | 3.1   |
| 11～20年     | 7,898  | 13.6  |
| 21～30年     | 4,072  | 7.0   |
| 30年超       | 1,223  | 2.1   |
| 当事者複数      | 1,765  | 3.0   |
| 年数不明       | 5,776  | 9.9   |
| 合計         | 58,239 | 100.0 |



図表Ⅱ - 2 - 1 4 当事者の部署配属年数

| 当事者の部署配属年数 | 件数     |
|------------|--------|
| 0年         | 16,895 |
| 1年         | 9,926  |
| 2年         | 6,812  |
| 3年         | 4,931  |
| 4年         | 3,348  |
| 5年         | 2,287  |
| 6年         | 1,263  |
| 7年         | 877    |
| 8年         | 629    |
| 9年         | 451    |
| 10年        | 597    |
| 11～20年     | 1,438  |
| 21～30年     | 440    |
| 30年超       | 384    |
| 当事者複数      | 1,774  |
| 年数不明       | 6,187  |
| 合計         | 58,239 |

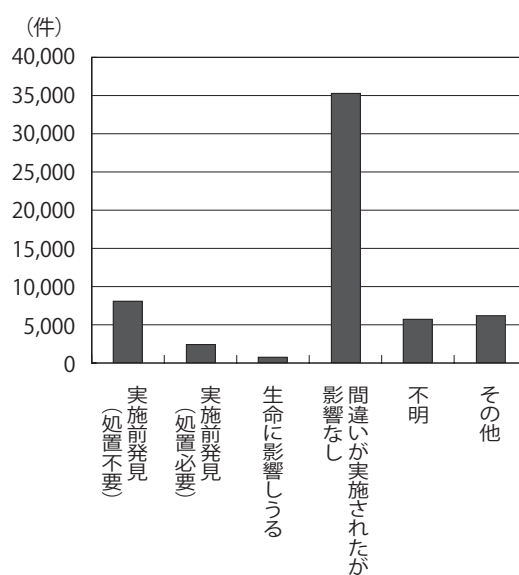


図表Ⅱ-2-15 ヒヤリ・ハットが発生した場面

| 発生場面                | 件数     | (%)   |
|---------------------|--------|-------|
| オーダー・指示出し           | 670    | 1.2   |
| 情報伝達過程              | 2,131  | 3.7   |
| 与薬準備                | 1,084  | 1.9   |
| 処方・与薬               | 12,496 | 21.5  |
| 調剤・製剤管理等            | 1,569  | 2.7   |
| 輸血                  | 277    | 0.5   |
| 手術                  | 750    | 1.3   |
| 麻酔                  | 86     | 0.1   |
| 出産・人工流産             | 22     | 0.0   |
| その他の治療              | 532    | 0.9   |
| 処置                  | 452    | 0.8   |
| 診察                  | 102    | 0.2   |
| 医療用具（機器）の使用・管理      | 1,266  | 2.2   |
| ドレーン・チューブ類の使用・管理    | 8,189  | 14.1  |
| 歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理 | 13     | 0.0   |
| 検査                  | 3,368  | 5.8   |
| 療養上の世話              | 4,772  | 8.2   |
| 給食・栄養               | 1,734  | 3.0   |
| その他の療養生活の場面         | 6,321  | 10.9  |
| 物品搬送                | 61     | 0.1   |
| 放射線管理               | 12     | 0.0   |
| 診療情報管理              | 557    | 1.0   |
| 患者・家族への説明           | 323    | 0.6   |
| 施設・設備               | 130    | 0.2   |
| その他                 | 11,322 | 19.4  |
| 合計                  | 58,239 | 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<br>(処置不要)     | 7,946  | 13.6  |
| 実施前発見：患者への影響は中等度<br>(処置必要)     | 2,354  | 4.0   |
| 実施前発見：患者への影響は大きい<br>(生命に影響しうる) | 814    | 1.4   |
| 間違いが実施されたが、患者に影響<br>がなかった      | 35,181 | 60.4  |
| 不明                             | 5,747  | 9.9   |
| その他                            | 6,197  | 10.6  |
| 合計                             | 58,239 | 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              | 37,236  | 24.7  |
| 観察が不十分であった              | 18,604  | 12.3  |
| 判断に誤りがあった               | 12,339  | 8.2   |
| 知識が不足していた・知識に誤りがあった     | 5,169   | 3.4   |
| 技術（手技）が未熟だった・技術（手技）を誤った | 3,732   | 2.5   |
| 報告等（忘れた・不十分・間違い・不適切）    | 3,144   | 2.1   |
| 身体的状況（寝不足・体調不良等）        | 2,374   | 1.6   |
| 心理的状況（慌てていた・思い込み等）      | 15,485  | 10.3  |
| システム                    | 2,751   | 1.8   |
| 連携                      | 6,436   | 4.3   |
| 記録等の記載                  | 1,607   | 1.1   |
| 患者の外見（容貌・年齢）・姓名の類似      | 202     | 0.1   |
| 勤務状況                    | 12,232  | 8.1   |
| 環境                      | 1,559   | 1.0   |
| 医療・歯科医療用具（機器）・器具・医療材料   | 1,704   | 1.1   |
| 薬剤                      | 1,695   | 1.1   |
| 諸物品                     | 957     | 0.6   |
| 施設・設備                   | 838     | 0.6   |
| 教育・訓練                   | 3,616   | 2.4   |
| 患者・家族への説明               | 7,096   | 4.7   |
| その他                     | 12,129  | 8.0   |
| 合計                      | 150,905 | 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       | 36,533 |
|                     | その他              | 859    |
| 観察                  | 観察が不十分であった       | 17,987 |
|                     | その他              | 673    |
| 心理的状況               | 慌てていた            | 4,825  |
|                     | イライラしていた         | 305    |
|                     | 緊張していた           | 548    |
|                     | 他のことに気を取られていた    | 3,153  |
|                     | 思い込んでいた          | 7,094  |
|                     | 無意識だった           | 2,293  |
|                     | その他              | 1,728  |
| 勤務状況                | 多忙であった           | 6,205  |
|                     | 勤務の管理に不備         | 109    |
|                     | 作業が中断した          | 529    |
|                     | 当直だった            | 212    |
|                     | 当直明けだった          | 47     |
|                     | 夜勤だった            | 5,533  |
|                     | 夜勤明けだった          | 393    |
|                     | その他              | 1,023  |
| 判断                  | 判断に誤りがあった        | 11,456 |
|                     | その他              | 993    |
| 患者・家族への説明           | 説明が不十分であった       | 3,286  |
|                     | 説明に誤りがあった        | 131    |
|                     | 患者・家族の理解が不十分であった | 3,729  |
|                     | その他              | 842    |
| 連携                  | 医師と看護職の連携不適切     | 1,632  |
|                     | 医師と技術職の連携不適切     | 89     |
|                     | 医師と事務職の連携不適切     | 29     |
|                     | 医師間の連携不適切        | 153    |
|                     | 看護職間の連携不適切       | 3,541  |
|                     | 技術職間の連携不適切       | 266    |
|                     | 多職種間の連携不適切       | 551    |
|                     | 歯科医師と歯科関連職の連携不適切 | 0      |
|                     | その他              | 714    |
| 知識                  | 知識が不足していた        | 4,012  |
|                     | 知識に誤りがあった        | 535    |
|                     | その他              | 777    |

(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                | 570    | 81     | 148    | 96    | 58     | 88    | 44    | 199    | 133   | 191   |
| 情報伝達過程                   | 1,902  | 106    | 290    | 155   | 48     | 232   | 52    | 464    | 191   | 499   |
| 与薬準備                     | 969    | 147    | 190    | 140   | 120    | 88    | 74    | 363    | 95    | 173   |
| 処方・与薬                    | 10,790 | 2,140  | 2,250  | 1,325 | 735    | 810   | 569   | 4,566  | 701   | 1,805 |
| 調剤・製剤管理等                 | 1,346  | 198    | 209    | 131   | 115    | 65    | 101   | 640    | 99    | 148   |
| 輸血                       | 206    | 44     | 55     | 75    | 33     | 35    | 19    | 116    | 39    | 67    |
| 手術                       | 549    | 149    | 134    | 102   | 107    | 57    | 21    | 230    | 29    | 160   |
| 麻酔                       | 56     | 25     | 16     | 13    | 24     | 4     | 2     | 20     | 4     | 19    |
| 出産・人工流産                  | 16     | 9      | 6      | 1     | 1      | 1     | 5     | 9      | 1     | 4     |
| その他の治療                   | 356    | 168    | 151    | 67    | 74     | 53    | 30    | 165    | 36    | 90    |
| 処置                       | 325    | 117    | 111    | 87    | 86     | 62    | 27    | 154    | 32    | 78    |
| 診察                       | 75     | 12     | 20     | 13    | 7      | 9     | 3     | 31     | 12    | 22    |
| 医療用具(機器)の使用・管理           | 954    | 324    | 216    | 194   | 157    | 71    | 51    | 393    | 81    | 155   |
| ドレーン・チューブ類の使用・管理         | 3,794  | 5,046  | 2,376  | 441   | 572    | 173   | 207   | 1,368  | 153   | 469   |
| 歯科医療用具(機器)・<br>材料の使用・管理  | 7      | 5      | 4      | 4     | 3      | 4     | 2     | 4      | 5     | 6     |
| 検査                       | 2,750  | 380    | 555    | 424   | 213    | 235   | 145   | 1,231  | 299   | 496   |
| 療養上の世話                   | 2,010  | 2,561  | 1,392  | 263   | 242    | 159   | 174   | 782    | 140   | 381   |
| 給食・栄養                    | 1,520  | 278    | 238    | 104   | 95     | 96    | 42    | 410    | 113   | 188   |
| その他の療養生活の場面              | 1,662  | 3,333  | 1,505  | 149   | 83     | 48    | 189   | 714    | 67    | 197   |
| 物品搬送                     | 46     | 10     | 11     | 10    | 10     | 8     | 8     | 23     | 7     | 10    |
| 放射線管理                    | 6      | 3      | 3      | 1     | 1      | 0     | 0     | 3      | 1     | 3     |
| 診療情報管理                   | 444    | 37     | 86     | 54    | 36     | 43    | 16    | 167    | 41    | 68    |
| 患者・家族への説明                | 197    | 34     | 90     | 31    | 14     | 31    | 16    | 95     | 30    | 63    |
| 施設・設備                    | 58     | 23     | 16     | 7     | 9      | 8     | 5     | 22     | 11    | 6     |
| その他                      | 6,628  | 3,374  | 2,267  | 1,282 | 889    | 764   | 572   | 3,316  | 431   | 1,138 |
| 合計                       | 37,236 | 18,604 | 12,339 | 5,169 | 3,732  | 3,144 | 2,374 | 15,485 | 2,751 | 6,436 |

(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<br>(医療・歯科医療用具<br>機器・器具・医療) | 薬剤    | 諸物品 | 施設・設備 | 教育・訓練 | 説明<br>患者・家族への | その他    | 合計      |
|--------|--------------------|--------|-------|-------------------------------|-------|-----|-------|-------|---------------|--------|---------|
| 70     | 5                  | 142    | 32    | 66                            | 54    | 51  | 31    | 102   | 47            | 50     | 2,258   |
| 114    | 8                  | 269    | 24    | 26                            | 46    | 21  | 14    | 137   | 79            | 35     | 4,712   |
| 74     | 4                  | 262    | 39    | 60                            | 179   | 49  | 34    | 122   | 66            | 55     | 3,303   |
| 498    | 37                 | 2,778  | 176   | 193                           | 762   | 135 | 100   | 819   | 849           | 503    | 32,541  |
| 62     | 1                  | 331    | 26    | 56                            | 262   | 34  | 21    | 101   | 47            | 73     | 4,066   |
| 13     | 0                  | 60     | 12    | 12                            | 10    | 7   | 6     | 35    | 7             | 12     | 863     |
| 14     | 4                  | 94     | 13    | 74                            | 12    | 18  | 6     | 73    | 19            | 86     | 1,951   |
| 4      | 0                  | 11     | 1     | 3                             | 5     | 2   | 1     | 12    | 6             | 13     | 241     |
| 0      | 0                  | 7      | 0     | 0                             | 0     | 0   | 0     | 1     | 1             | 0      | 62      |
| 31     | 0                  | 89     | 27    | 42                            | 24    | 27  | 23    | 51    | 42            | 64     | 1,610   |
| 19     | 2                  | 94     | 8     | 24                            | 14    | 14  | 8     | 30    | 29            | 23     | 1,344   |
| 2      | 9                  | 15     | 1     | 0                             | 0     | 1   | 1     | 6     | 10            | 6      | 255     |
| 26     | 0                  | 186    | 31    | 316                           | 20    | 53  | 23    | 157   | 28            | 43     | 3,479   |
| 67     | 7                  | 1,837  | 156   | 321                           | 71    | 141 | 55    | 346   | 1,119         | 383    | 19,102  |
| 1      | 0                  | 2      | 2     | 6                             | 1     | 4   | 1     | 5     | 2             | 1      | 69      |
| 93     | 27                 | 663    | 44    | 69                            | 26    | 34  | 19    | 241   | 160           | 163    | 8,267   |
| 61     | 15                 | 952    | 221   | 170                           | 67    | 122 | 98    | 315   | 1,211         | 327    | 11,663  |
| 47     | 11                 | 268    | 29    | 24                            | 12    | 20  | 19    | 114   | 66            | 99     | 3,793   |
| 18     | 5                  | 1,191  | 381   | 53                            | 44    | 123 | 107   | 240   | 1,721         | 617    | 12,447  |
| 6      | 0                  | 19     | 5     | 6                             | 5     | 6   | 4     | 7     | 5             | 5      | 211     |
| 0      | 1                  | 0      | 0     | 0                             | 0     | 0   | 0     | 2     | 1             | 1      | 26      |
| 43     | 15                 | 87     | 10    | 13                            | 5     | 12  | 9     | 47    | 17            | 41     | 1,291   |
| 9      | 4                  | 56     | 7     | 7                             | 3     | 5   | 7     | 44    | 163           | 15     | 921     |
| 2      | 1                  | 15     | 11    | 14                            | 2     | 15  | 48    | 17    | 6             | 12     | 308     |
| 333    | 46                 | 2,804  | 303   | 149                           | 71    | 63  | 203   | 592   | 1,395         | 9,502  | 36,122  |
| 1,607  | 202                | 12,232 | 1,559 | 1,704                         | 1,695 | 957 | 838   | 3,616 | 7,096         | 12,129 | 150,905 |

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           | 146        | 58         | 35         | 313                   | 28    | 90    | 670    |
| 情報伝達過程              | 208        | 56         | 31         | 874                   | 844   | 118   | 2,131  |
| 与薬準備                | 310        | 53         | 9          | 559                   | 59    | 94    | 1,084  |
| 処方・与薬               | 1,396      | 303        | 224        | 8,693                 | 1,012 | 868   | 12,496 |
| 調剤・製剤管理等            | 652        | 125        | 23         | 542                   | 70    | 157   | 1,569  |
| 輸血                  | 44         | 12         | 17         | 144                   | 35    | 25    | 277    |
| 手術                  | 104        | 63         | 17         | 424                   | 58    | 84    | 750    |
| 麻酔                  | 6          | 10         | 2          | 30                    | 19    | 19    | 86     |
| 出産・人工流産             | 5          | 2          | 0          | 13                    | 0     | 2     | 22     |
| その他の治療              | 54         | 36         | 4          | 317                   | 30    | 91    | 532    |
| 処置                  | 22         | 21         | 12         | 290                   | 32    | 75    | 452    |
| 診察                  | 23         | 4          | 3          | 59                    | 3     | 10    | 102    |
| 医療用具（機器）の使用・管理      | 155        | 53         | 32         | 767                   | 108   | 151   | 1,266  |
| ドレーン・チューブ類の使用・管理    | 506        | 350        | 131        | 5,204                 | 520   | 1,478 | 8,189  |
| 歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理 | 3          | 0          | 0          | 8                     | 0     | 2     | 13     |
| 検査                  | 460        | 96         | 28         | 2,169                 | 297   | 318   | 3,368  |
| 療養上の世話              | 361        | 148        | 44         | 3,106                 | 376   | 737   | 4,772  |
| 給食・栄養               | 432        | 36         | 16         | 1,049                 | 81    | 120   | 1,734  |
| その他の療養生活の場面         | 372        | 179        | 81         | 4,137                 | 247   | 1,305 | 6,321  |
| 物品搬送                | 14         | 2          | 1          | 34                    | 7     | 3     | 61     |
| 放射線管理               | 1          | 1          | 2          | 7                     | 0     | 1     | 12     |
| 診療情報管理              | 96         | 15         | 4          | 342                   | 55    | 45    | 557    |
| 患者・家族への説明           | 57         | 14         | 4          | 197                   | 26    | 25    | 323    |
| 施設・設備               | 15         | 13         | 1          | 66                    | 11    | 24    | 130    |
| その他                 | 2,504      | 704        | 93         | 5,837                 | 1,829 | 355   | 11,322 |
| 合計                  | 7,946      | 2,354      | 814        | 35,181                | 5,747 | 6,197 | 58,239 |

## 【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29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                     | 第29回収集                     |  |
|-------------------------------------|---|---------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| 事例発生日                               |   | 1月～3月                     | 4月～6月                      | 7月～9月                      |  |
| 収集期間                                |   | 2月19日～<br>5月12日           | 5月13日～<br>8月11日            | 8月12日～<br>11月10日           |  |
| 常時収集<br>対象となる<br>事例 <sup>(注1)</sup> | 薬剤に関連した事例<br>(報告書掲載件数)                                | 353<br>(31)               | 1,560<br>(33)              | 685<br>(33)                |  |
|                                     | 医療機器・用具に<br>関連した事例<br>(報告書掲載件数)                       | 人工呼吸器 20<br>(13)          | 人工呼吸器 43<br>(17)           | 人工呼吸器 26<br>(18)           |  |
|                                     | その他重要事例 <sup>(注2)</sup><br>(報告書掲載件数)                  | 72<br>(8) <sup>(注3)</sup> | 393<br>(4) <sup>(注3)</sup> | 467<br>(8) <sup>(注3)</sup> |  |
| 収集回毎<br>テーマの<br>事例                  | リハビリテーション中に<br>起きた事例<br>(報告書掲載件数)                     | 189<br>(32)               | 179<br>(35)                |                            |  |
|                                     | 禁忌薬（配合禁忌、併用<br>禁忌、疾病禁忌、アレル<br>ギー）に関連した事例<br>(報告書掲載件数) | 47<br>(20)                | 57<br>(20)                 | 64<br>(21)                 |  |
|                                     | 輸血療法に関連した事例<br>(報告書掲載件数)                              | 156<br>(30)               | 204<br>(30)                | 198<br>(30)                |  |
|                                     | 手術の際の異物残存に関<br>連した事例<br>(報告書掲載件数)                     |                           | 125<br>(23)                |                            |  |
|                                     | ベッドなど病室の設備に<br>関連した医療事故<br>(報告書掲載件数)                  |                           |                            | 40<br>(20)                 |  |

(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<br>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<br>医療機器の使用に関する医療事故（人工呼吸器）<br>薬剤に関する医療事故<br>医療処置に関する医療事故  |
| 平成18年 | 医療機器の使用に関する医療事故<br>薬剤に関する医療事故<br>医療処置に関する医療事故（浣腸・経鼻栄養チューブ等）<br>患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関する医療事故<br>検査に関する医療事故  |
| 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）<br>薬剤に関する医療事故<br>医療処置に関する医療事故<br>検査に関する医療事故<br>小児患者の療養生活に関する医療事故<br>リハビリテーションに関する医療事故                             |
| 平成20年 | 医療機器の使用に関する医療事故（人工呼吸器）<br>薬剤に関する医療事故<br>小児患者の療養生活に関する医療事故<br>リハビリテーションに関する医療事故<br>輸血療法に関する医療事故<br>手術における異物残存に関する医療事故（再）<br>ベッドなど患者の病室の設備に関する事例 |

(注) 5～6、10～12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10月1日から同年12月31日までに3件実施した。

## 2 個別のテーマの検討状況

### 【1】薬剤に関連した医療事故

平成20年10月1日から平成20年12月31日までに報告された医療事故のうち、薬剤に関連した事例43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、販売名が類似していることにより薬剤を間違えた事例が1件、薬剤の規格を間違えて処方入力した事例が1件、希釈して使用する薬剤の量を間違えた事例が1件、必要な薬剤の指示を忘れた事例が2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3件であった。そのうち、希釈して使用する薬剤の量を間違えた事例が1件、持参薬に関連した事例が1件、口頭指示の際、単位を明確に伝えなかったために過量投与した事例が1件であった。

##### ③ 準備段階

準備段階における事例は12件であった。そのうち、販売名が類似していることにより薬剤を間違えた事例が2件、同じ引き出しに入れてあった薬剤を取り違えた事例が1件、注射器に準備された薬剤の取り違えが1件、希釈して使用する薬剤の量を間違えた事例が1件、インスリンの含量を誤認し過量投与となった事例が1件、調剤の際の薬剂量間違えが2件、別な患者に内服薬を投与した事例が1件であった。

##### ④ 実施段階

実施段階における事例は19件であった。そのうち、抗癌剤の血管外漏出が4件、引火する薬剤と電気メスを併用し患者に熱傷をきたした事例が2件であった。

##### ⑤ 実施後の観察及び管理段階

この段階における事例はなかった。

##### ⑥ その他

この段階における事例は2件あった。2件とも患者が自己管理している内服薬に関連した事例であった。

## (2) 薬剤に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第29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29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21件の事例概要を図表Ⅲ-2-6に示す。

---

(注) 第1回～28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事例の概要

| 番号      | 事故の程度      | 段階   | 事例概要  |
|---------|------------|------|---|
| 【薬剤間違い】 |            |      |   |
| 1       | 死亡         | 指示段階 | 診察後、当直医Aは電子カルテに「サクシゾン」を入力するため、検索に「サクシ」と入力し、表示された「サクシン」を「サクシゾン」と勘違いし、「サクシン200mg 2A+生食100mL」を指示した。看護師Bが薬剤部にサクシンを取りに行き、看護師Cと2人で確認をし、看護師Cが患者に投与した。1時間後、看護師Dが訪室した時は患者の体動がみられたが、その約1時間後、看護師Dが訪室すると患者の呼吸が停止していた。当直医Aは投与した薬剤を確認したところ、入力を間違え「サクシン」を指示したことに気付いた。当院では、「サクシゾン」の採用を中止していたが、「サクシン」は手術時のみ使用していた。                           |
| 2       | 障害の可能性なし   | 準備段階 | 医師は紙カルテに「チウラジール（50mg）1日1錠朝食後」と記入した。事務員は、レセプトコンピューターに入力する際、薬剤名を「チ」で検索し、一番最初に表示された「チラーヂンS」をコンピューターに入力した。院外薬局では今回が初めての処方であった為、処方箋通りの薬剤を患者に払い出した。2週間後の受診では、患者にチウラジールが処方され、調剤薬局より前回と処方内容が全く異なる点を電話で指摘され、前回の処方箋の入力間違いに気付いた。   |
| 3       | 障害なし       | 準備段階 | バセドウ氏病治療のため入院した患者に対し、チウラジール50mg 6錠1日3回5日分の処方が出されたが、薬剤師Aは誤ってチラーヂンS 50μg 6錠5日分を調剤した。鑑査者の薬剤師Bは処方箋をみたが薬剤が違うことに気付かず、錠数を確認後、病棟に払出した。病棟で、看護師はダブルチェックを行ったが、ヒートの薬剤名と薬袋に記載された薬剤名を確認せず間違いに気付かなかった。患者は、薬袋に明記されている薬品名と、薬のヒートに記された名前が違うと気付いていたが、看護師や薬剤師に確認することなく4日間内服した。両薬剤とも甲状腺疾患に使用する薬剤であり、かつ薬品名が類似していたことで、薬剤師は思い違いをして調剤し、鑑査者も発見できなかった。 |
| 4       | 障害の可能性（低い） | 準備段階 | 羊水検査の前処置として、ストック薬からウテメリン1錠を準備し、患者に投与した。30分後、メテナリンを内服させた事に気付いた。入院直後の検査であったため、前投薬を病棟のストック薬から準備した。また、ストック薬はウテメリンとメテナリンが同じ引き出しにあった。メテナリンはシートを1錠に切った場合、薬効や効能の表示が全く見えない部分があり、今回使われた錠剤も表示がない部分であった。  |
| 5       | 障害の可能性なし   | 準備段階 | 新人の看護師が、薬品冷蔵庫に保管されているヘパリン生食を取り出す際に、他の患者のネブライザー吸入用に準備されたピソルボン液（吸入用原液）を誤って取り出し、ヘパリン生食と思い込み、患者の末梢静脈のルートより静脈注射した。静脈注射の際、先輩看護師がピソルボンと薬品名が注射器に記載してあることに気付き注入を中止したが、すでに1.6mL注入していた。病棟では、静脈注射用薬剤と外用の薬剤が同じ冷蔵庫に保管されていた。   |

| 番号              | 事故の程度          | 段階              | 事例概要   |
|-----------------|----------------|-----------------|--|
| 6               | 障害の可能性<br>(低い) | 準備段階            | 看護師は、指示によりソセゴン15mgとアタラックスP25mgを投与した。その直後より、患者は、心拍数増加、血圧低下、不整脈出現し、確認するとアタラックスP25mg1Aを投与すべきところプロタノール1Aを間違えて投与したことに気付いた。患者に投与する薬剤を準備する際、「患者個人に対し1つのトレイを使用」することになっていなかった。  |
| 7               | 障害の可能性<br>(低い) | 準備段階            | 患者には、ラシックスとシグマートが輸液ポンプにより持続投与されていた。シグマートの残量アラームが鳴った。薬剤準備する際、シグマートを準備すべきところ、ラシックスをポンプにセットした。その後、主治医よりラシックスの投与速度が速いため投与を中止するよう指示された。看護師が確認するとラシックスの投与速度は0.5mL/hと指示通りでセットされていたが、シグマートがセットしてあるはずのポンプにラシックスが5mL/hがセットされ、患者に投与されていた。   |
| <b>【薬剤量間違い】</b> |                |                 |  |
| 8               | 障害の可能性<br>なし   | 指示段階            | ユーイング肉腫治療目的のため、1ヶ月前の前回オーダーをコンピューター上にコピーし、今回治療時に施行用に転記入力した。前回治療と今回治療の間に当院でエンドキサン100mg/バイアルは採用中止になり、500mg/バイアルに統一されていた。前回のオーダーでは「エンドキサン100mg/バイアル×4バイアル」となっており、今回コピーした際には100mg/バイアルは存在しない旨の注意文が表示されたが、医師は基材の問題であると勘違いし、エンドキサンを再度入力し、さらに500mg/バイアルとなっていたことに気付かないまま入力した。10日後の採血の際、これまでの治療経過から考えて骨髄抑制が著明であることから、プロトコルを再確認すると予定量の5倍のエンドキサンを投与したことが判った。             |
| 9               | 障害の可能性<br>なし   | 指示段階            | デノシンの指示を『「デノシン(500mg)1バイアルを注射用水20mLで溶解し、うち5mL=75mgを生食100mLに混注し、100mL/hでdiv(本来は3mL=75mgと記載するべきであった)』と指示簿に印字していた。指示を見た看護師は5mL(125mg)を混注し、計3回過量に投与した。2日後看護師が引き続き投与する指示を受る際に量の誤りが判明した。   |
| 10              | 障害の可能性<br>(低い) | 指示受け・<br>申し送り段階 | プログラフ(5mg=1mL)を生食で10mLとし、そのうち0.25mg=0.5mLを生食100mLに混ぜて2mL/hで投与する指示が出ていた。その後、指示を変更する際に、10倍希釈したものを0.3mL(=0.15mg)を生食100mLに混ぜるところ、担当医は指示簿に「プログラフ0.15mg=0.3mLを生食100mLに混ぜて作成」と記載していた。看護師はそれを見てプログラフ原液0.3mL(=1.5mg)を生食に混注して薬液を作成し、患者に投与した。抗癌剤の上級医チェックは必ず行われるが、免疫抑制剤に関しては3年目医師に任せていた。「組成は変えず」という注意書きが量変更の指示とは離れたところに書き込まれていた。リーダートレーニング中の2年目看護師が指示を受け、原液で使用するものだと思った。 |

| 番号 | 事故の程度    | 段階          | 事例概要   |
|----|----------|-------------|--|
| 11 | 障害の可能性なし | 指示受け・申し送り段階 | 看護師は、患者家族から受け取った薬袋から患者に夕食後にミンザイン2錠、寝る前に2錠を投与した。患者は夕食後の2錠のうち1錠は吐き出した為、計3錠を内服した。その後、意識レベルが低下した。同室の患者より「患者は“薬を半分のだる”と言ったのに、看護師は2錠と書いてあると飲ませた」と情報があり、本来は寝る前だけに1/2錠服用しているミンザインを過剰投与（6倍量）したことが分かった。薬袋の記載は「1日1回28日分」、「1回服用量2錠」であり、「夕・寝る前」の両方にまたがって丸が付されているように見えた。患者には認知障害があった。また看護師は、ミンザリンが院内採用薬でないため、薬効を知らなかった。  |
| 12 | 障害の可能性なし | 指示受け・申し送り段階 | 医師は、挿管の鎮静目的のため、看護師にドルミカム4mg投与することを意図して「ドルミカム4ミリ静脈注射」と口頭指示を出した。看護師は、ドルミカム4mL（20mg）投与する指示だと思い、注射器にドルミカム2A準備し、「ドルミカム2筒、4ミリ注射します」と言いながら実施した。挿管終了後、医師は、口頭指示で使用した薬品を注射指示箋に記載する際、「ドルミカム1A」と記載した。看護師は医師に2A使用したことを伝え、口頭指示の際の医師が意図した量が4mgであったことに気付いた。  |
| 13 | 障害なし     | 準備段階        | 医師は、オリベス点滴1%200mL（希釈型リドカイン2000mg）から50mg（5mL）を抜き取り、オリベス点滴用1%50mg+5%ブドウ糖50mLを30分で投与する指示をしたが、看護師は、オリベス点滴用1%200mL+5%ブドウ糖50mLを準備し、患者に投与した。処置中に主治医が、オリベス点滴用がつかまっていることに気付き、過量投与が判明した。看護師は、オリベス点滴用1%200mLのリドカインの含量が50mgだと思い込んでいた。また、看護師はリーダー看護師と共に薬剤と病棟指示箋を照合する際、「5%ブドウ糖50mL、オリベス点滴用、投与速度30分」と2人で同時に声に出して読み上げたが、投与量の読み上げと照合を行わなかった。  |
| 14 | 障害の可能性なし | 準備段階        | 「生食500mL+ヘパリンナトリウム5000単位（2.5A）」、「生食39mL+ヒューマリンR100単位（1mL）」を点滴投与する指示が出された。看護師Aは、インスリンの点滴を準備する際、インスリンのバイアルに標記されている「100単位/mL」が目に入り、1バイアル100単位だと思いこみ、1バイアル1000単位（10mL）+生食39mLを準備し、看護師Bに「生食500mLヘパリンナトリウム5000単位」「生食39mL+ヒューマリンR100単位」と声を出し確認したが、空バイアルは示さなかった。その後、点滴を開始した。看護師Aは間違いに気付かなかったが違和感を感じ、開始後15から30分おきに患者を観察していた。投与から約1時間半後、患者は冷汗をかき、血糖値が33mg/dLであった。伝票を確認するとヒューマリンR1000単位を投与した事に気付いた。 |
| 15 | 障害の可能性なし | 準備段階        | 2名の患者にそれぞれカフェインが0.003g、0.001gと処方された。秤量困難なため、予め薬剤部にて調整した100倍散を用いて調剤を行うところ、装置瓶を取り間違え、カフェイン原末を調剤した。散剤鑑査システムが導入され薬剤違いを警告していたが、調剤者がシステムの不具合と自己判断し、システムの警告を無視して手動により調剤を行った。  |

| 番号              | 事故の程度          | 段階   | 事例概要   |
|-----------------|----------------|------|--|
| 16              | 障害の可能性<br>なし   | 準備段階 | 小児のため処方指示箋のリスパダール液は1回量が少なかった。その場合、通常薬剤師は内服1回量を測りやすくするため単シロップを混合する。今回、薬剤師は単シロップの混合量を計算間違いをしたため「1回2mL:1日3回を10日分作成(全量60mL)のところ単シロップを1/3量しか混合せず全量20mLで作成し、患者には1回2mLで説明し払い出した。患者から4回内服したところで残量が少ないという問い合わせがあり、間違いに気付いた。   |
| <b>【速度間違い】</b>  |                |      |  |
| 17              | 障害なし           | 実施段階 | ハイカリックRF500mL+ピタジェクト注1キット+生食10%20mL+ミネラリン注シリンジ2mL+ネオアミュー200mL(総量700mL)が5時から24時間予定で持続投与されていた。日勤の看護師は、14時に輸液ボトルの目盛りを実際より約2時間遅れていると思い、残量と残り時間から滴下数を合わせた。その後、患者の意識レベル低下、SpO <sub>2</sub> 低下、採血の結果血糖値1119と高値であった。輸液が短時間に大量投与されたことで高血糖になった可能性があった。                   |
| <b>【対象者間違い】</b> |                |      |  |
| 18              | 障害の可能性<br>(低い) | 準備段階 | 看護師は、患者の内服薬だと思い込み他の患者の薬を取り出して準備をした。患者のものと思い込んでいたため、与薬の際、ワークシートの薬剤名と準備した薬剤の照合と、投与する患者本人であるかの確認を怠り、患者に与薬した。  |
| <b>【その他】</b>    |                |      |  |
| 19              | 障害の可能性<br>(低い) | 指示段階 | 患者は、経管栄養を中止し、中心静脈栄養法に切り替えていた。○月△日以前の点滴処方箋には総合ビタミン剤が記載されていた。医師は、△日以降の点滴指示を4日前に記載した。この時、総合ビタミン剤を処方せんに記載するのを忘れた。その後1ヶ月間、同じ点滴指示を行った。翌月に注射処方箋を記載する際、総合ビタミン剤を約1ヶ月間記載し忘れていたことに気付いた。指示受けを行った看護師も「ビタミン剤が記載していないが、意図的だろう」と思い込み、医師への確認をしなかった。また、薬剤師によるチェックも行われなかった。       |
| 20              | 障害の可能性<br>(高い) | 指示段階 | アミオダロン肺炎のために他院に転院し、改善後、患者は、再度当院に転院した。この時に、ステロイド投与の指示が漏れていたことに気付いた。転院の時の処方漏れ、他の医師もそれをチェックできなかった。  |
| 21              | 障害の可能性<br>なし   | 指示段階 | 肺炎治療の目的で入院中の患児に、抗生剤メロペンを4日間点滴治療した。その後、病状が軽快し患者は退院したが、翌日、強い不穏症状が現れ他院で診察を受けた。家族は、他院の医師から「抗てんかん薬を服用中にメロペンを投与したため、バルプロ酸の血中濃度が下がり不穏症状が生じた可能性がある」と説明を受けた。家族から診療経過の報告を受け当院で確認すると、持参薬の抗てんかん薬を内服している患者にメロペンを点滴投与したことがわかった。入院時に抗てんかん薬を内服中であるとカルテに記載されていたが、担当医が把握していなかった。 |

| 番号 | 事故の程度          | 段階   | 事例概要  |
|----|----------------|------|---|
| 22 | 障害の可能性<br>(低い) | 指示段階 | 患者が痙攣発作を起こしたため、痙攣の予防として、アレビアチンを投与したところ、アレビアチンは患者にとって禁忌の薬剤であった。事故の背景要因として、禁忌薬剤の確認が不足していた。また、端末への登録ミスがあった。  |
| 23 | 障害の可能性<br>なし   | 準備段階 | 内科外来にてプレドニン12.5mg/1×朝が13日処方となり、1週間分をセットし、残りはナースステーション内の残薬ボックスに保管した。翌週の定期処方日に受け持ち看護師から配薬業務を依頼された看護師がプレドニンを1週間分セットし忘れたため、翌日から1週間プレドニン12.5mg/日が無投薬となった。患者は内服薬の自己管理を導入したばかりであり、薬袋をそのまま渡してしまったため、無投薬が1週間わからなかった。 |
| 24 | 死亡             | 実施段階 | CT検査の結果と臨床所見が一致しないため、切断部位の決定のために検査を実施した。入室時、呼吸苦があり、また緊張している様子であったため酸素1Lで開始していた。右腸骨動脈より造影剤注入後、テストドーズでは問題なかったが、その後、呼吸状態が悪化し、すぐに気管内挿管し人工呼吸、心臓マッサージ、薬剤投与で対応した。原因ははっきりしないが、造影剤によるアナフィラキシーショックの可能性が高い。            |
| 25 | 障害の可能性<br>(高い) | 実施段階 | 造影CT検査時に、オムニパーク(300)を93mL静脈注射した時点で、患者が気持ちが悪いと訴えた。アナフィラキシー様ショックのため急速に患者の状態が悪化し、心肺停止状態になった。速やかに蘇生治療を行ったが、低酸素脳症となった。   |
| 26 | 障害の可能性<br>なし   | 実施段階 | 胸腹部造影CT中に、患者が血管痛を訴えたため造影剤を10mL程注入した所で注入を止め、漏れないか看護師が確認し、注入を続行した。注入直後から撮影を開始したが、その直後より患者の様子が変わり、患者は意識消失し、ショック状態へと進行した。職員による救命処置により、約4時間後には自発呼吸が戻り、会話も可能となった。   |
| 27 | 障害の可能性<br>(低い) | 実施段階 | 患者は、既往に糖尿病があり、インスリン自己注射をしていた。当日、午前中にPET検査が予定されており、禁食の指示となっていたが、患者は、朝インスリン10単位を自己注射した。そのため、PET検査は午後になった。検査前日、患者にはPET検査があること、朝は禁食とインスリン中止を説明していたが、患者には認識がなかった。  |
| 28 | 死亡             | 実施段階 | 患者は早期胃癌と診断され、患者及び家人に手術を勧めたが、手術を拒否し、抗癌剤の投与を希望された為、TS-1カプセルの内服を開始した。投与期間4週間のところ、2週間としていたが、投与終了後3日目に、発熱、意識障害にて緊急搬送され、抗癌剤による骨髄抑制と感染症、腎不全増悪を認め、入院治療を行なった。  |

| 番号 | 事故の程度          | 段階   | 事例概要  |
|----|----------------|------|---|
| 29 | 障害の可能性<br>(低い) | 実施段階 | 潰瘍性大腸炎の治療のため、回腸ストマ、S上結腸粘液ろうを造設手術の閉腹後、正中創にノベクタンスプレーを填霧した。その後、皮膚切開に電気メスを使用したところ、皮膚のノベクタンスプレーに引火した。すぐにガーゼを用い消火したが患者に熱傷をきたした。ノベクタンスプレーが有機溶媒を用いていることを忘れていた。  |
| 30 | 障害の可能性<br>(低い) | 実施段階 | 術前の消毒後患者の体は、既にシートで覆われていた。術中所見により追加でドレナージが必要となった。マスクンエタノールで追加消毒後に電気メスで皮膚を切開したところ、マスクンエタノールが浸透していたシートに引火した。   |
| 31 | 障害の可能性<br>なし   | 実施段階 | 化学療法を実施するため、逆流を確認し点滴投与を開始した。15時40分、16時共に刺入部に異常は認められなかったが、16時25分に滴下不良がみられ、刺入部位の腫脹はないが、刺入部位より中枢側に軽度の発赤が認められた。   |
| 32 | 障害の可能性<br>なし   | 実施段階 | 抗癌剤（アバスチン）の点滴を投与した。1時間ごとに点滴刺入部の観察をしていたが、9時間後に腫脹4cm×2cmが認められた。   |
| 33 | 障害の可能性<br>なし   | 実施段階 | 本日から、初めての化学療法開始（アバスチン＋FOLFFOX）した。抗癌剤点滴施行中の注意点については、患者にオリエンテーション用紙を用いて説明した。左前腕にルートを確認し化学療法開始した。2時間後、刺入部の腫脹・疼痛はみられなかった。更に1時間後、左刺入部の腫脹（3×3cm）の発赤が認められた。  |
| 34 | 障害なし           | 実施段階 | パラプラスチン552mg＋5%ブドウ糖液250mL輸液の残量が約20mLの時に点滴刺入部痛の訴えがあり、腫脹も認められたが残量全てを投与し、更に次に予定されていたソルアセットF500mLをゆっくり滴下した。その後、リーダーナース、主治医に報告し、点滴抜針と患部冷却の指示があった。  |
| 35 | 不明             | 実施段階 | 患者は、化学療法のため来院し、皮下埋め込み型中心静脈リザーバーからカイトリル、デカドロン入りの点滴を投与した。アバスチン、アイソボリン、エルプラットを順に投与した。その時点で、皮膚の異常がないことを看護師が確認したが、アイソボリン、エルプラットが200mL終了した時点で、患者が穿刺部の違和感を訴えた。確認すると、皮膚の腫脹を認めたため皮膚科を受診し皮膚潰瘍の治療を開始した。  |
| 36 | 障害なし           | 実施段階 | 深夜、ソルデム3A500mLに点滴を更新し、点滴ライン及び刺入部の確認をしたが特に異常はなかった。2時間半後に訪室しドレイン類の排液確認、輸液ポンプの点滴が滴下しているのを確認したが、患者が布団を巻きつけて入眠していたため、点滴刺入部の確認は行わなかった。早朝に刺入部を確認し点滴漏れを発見した。点滴の滴下を止め抜去する際、点滴挿入部のパーミエイドを剥がすと、一部表皮剥離があり、アズノールを塗布しリント布で保護した。左上腕部に点滴漏れに伴う膨張と水疱が認められ、その後、左前腕から浸出液が認められた。 |

| 番号 | 事故の程度          | 段階   | 事例概要   |
|----|----------------|------|--|
| 37 | 障害の可能性<br>(高い) | 実施段階 | カテ熱のため I V H ルートを抜去し、塩酸ドパミンを右下腿から、ビーフリードを左下腿から投与していた。ある日、左下肢点滴漏れと刺入部の血管に沿って発赤があり点滴を抜去した。ビーフリードを右下肢のルートに接続した。再び点滴刺入部より血管に沿って発赤があり、点滴を抜去し、左上肢へ再度血管確保を行った。右下腿点滴抜針部には小水疱形成を認め、発赤は血管に沿って膝付近まで広がった。右下腿部に潰瘍を形成し、その後、潰瘍形成部が徐々に壊死創まで悪化した。 |
| 38 | 障害の可能性<br>(低い) | 実施段階 | 患者は、血圧低下のため塩酸ドパミンキットをメインからビーフリードを側管から投与していた。点滴が漏れたため抜針した。5 時間後点滴抜針部に水疱が形成されているのに気づき、創傷被覆材により対処した。3 日後、潰瘍を形成した。   |
| 39 | 障害なし           | 実施段階 | ガリウムシンチグラフィ検査実施のため、朝食止めであったにも関わらず、アクトス 30 mg、オイグルコン 2.5 mg を内服させた。当事者は朝禁食となっていたことを把握していなかった。また、検査指示を受けたときに血糖降下薬の内服に対する指示を確認していなかった。  |
| 40 | 障害の可能性<br>なし   | 実施段階 | 患者はこれまで多数の造影 CT 検査を実施していた。繰り返す誤嚥のため気管切開、CV ポート造設が行われていた。敗血症、呼吸困難の精査のため造影 CT を施行した。末梢静脈路の確保が困難であったため CV より造影剤イオパミロン 300 を投与したが、30 mL 静注した時点で顔面から上半身の皮膚発赤、激しい咳き込み、眼球結膜の充血が生じ、アナフィラキシー様反応を起こした。                                     |
| 41 | 障害なし           | 実施段階 | 明け方、患者は「これから睡眠薬を飲んで眠るから起こさないでくれ」と看護師に言った。5 分後、病室に患者が不在であったため所在を確認した。患者が病棟の外の廊下で寝ているのを他の部署の看護師が発見した。昏睡状態のため既往の糖尿病の低血糖を疑い、血糖測定したが正常であった。当直医が向精神薬の服用を疑い、薬袋を確認したところ、デパス 0.5 mg 11 錠、ネルボン 5 mg 11 錠がなくなっていたため、服用したと判断した。              |
| 42 | 障害の可能性<br>(低い) | その他  | 患者は、自己管理でプラビックス錠を内服していた。患者の内服状況を確認すると、3 日分内服をしていことがわかった。   |
| 43 | 障害の可能性<br>(低い) | その他  | 精神科入院歴あるが患者が精査目的のため入院していた。イライラと焦燥感の訴えがあったため、当直医へ報告している間に、本人管理の持参薬を 4～5 回分内服したと自己申告があった。患者の持参薬は、デパケン、マイスリー、レスリン、ロヒプノール、アナフラニールであった。   |

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             | 1     | 2      | 0     | 0  | 0  | 0     | 0      | 4   | 7  |
|      | 指示受け・<br>申し送り段階  | 0     | 3      | 0     | 0  | 0  | 0     | 0      | 0   | 3  |
|      | 準備段階             | 6     | 4      | 0     | 0  | 0  | 0     | 1      | 1   | 12 |
|      | 実施段階             | 0     | 0      | 0     | 0  | 0  | 1     | 0      | 18  | 19 |
|      | 実施後の観察<br>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      | 2   | 2  |
| 合計   |                  | 7     | 9      | 0     | 0  | 0  | 1     | 1      | 25  | 43 |

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             | 3     | 10     | 0     | 0  | 0  | 0     | 1      | 2                 | 16  |
|      | 指示受け・<br>申し送り段階  | 2     | 1      | 0     | 1  | 3  | 0     | 0      | 3                 | 10  |
|      | 準備段階             | 80    | 102    | 0     | 1  | 1  | 18    | 53     | 81 <sup>(注)</sup> | 336 |
|      | 実施段階             | 0     | 0      | 0     | 0  | 0  | 0     | 0      | 0                 | 0   |
|      | 実施後の観察<br>及び管理段階 | 0     | 0      | 0     | 0  | 0  | 0     | 0      | 0                 | 0   |
|      | その他              | 22    | 33     | 4     | 0  | 0  | 138   | 49     | 77                | 323 |
| 合計   |                  | 107   | 146    | 4     | 2  | 4  | 156   | 103    | 163               | 685 |

(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 1 2 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 5件】 他類似事例 102件 |  |   |  |
| 1                     | 医師よりラシックスを投与する指示を受けた。準夜帯で忙しく、薬局へ取りに行けなかったため病棟ストックの薬剤を使用し、アンプルと伝票を持って、同勤務者と確認後投与した。その後、薬局へ薬剤を取りに行き、キャビネットに戻す際、ラシックスではなくプリンペランを患者に投与していた事に気付いた。  | 病棟ストックにある薬剤だったため、薬局に取りに行かず、ストック薬を使用すればいいという考えがあった。多忙だったことや投与時間が過ぎたことで焦りがあった。ストック薬の配置が隣り合わせだった。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・手順・規則を守って行う。</li> <li>・業務が忙しくダブルチェックもお互いに来ていなかったため、忙しい時こそ確認が必要だということを意識付ける。</li> <li>・忙しく薬局に取りに行けない時には、薬剤師などに依頼し持ってきてもらう。</li> <li>・ストック薬の配置を見直す。</li> </ul> |
| 2                     | 小児CT造影検査を主治医立会いのもと、放射線科医と行っていた。放射線科医は検査に使用する造影剤10mLシリンジと生食20mLシリンジを1つのトレイに準備し検査台の上に置いていた。患者の鎮静が不十分であったため、主治医がドルミカム(10mL)を静注し、残薬を放射線科医が準備していたトレイに置いてしまい、1つのトレイに造影剤とドルミカム(ともに10mLシリンジ)が混在してしたが、放射線科医はそれを認識する術がなく造影剤とドルミカムを取り間違え投与した。拮抗剤を用意していたためすぐに処置し、患者のバイタルなどに影響もなく無事検査は終了した。 | 放射線科医が準備したトレイに主治医が使用したドルミカム入りのシリンジを入れてしまい、1つのトレイに使用目的の異なる薬剤が混在した。放射線科医が画像確認のため、造影室から出ている間に、主治医は鎮静目的でドルミカムを使用したが、放射線科医に伝えていなかった。注射器にラベリングしていたが、検査室の照明が暗かったため判別ができなかった。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・使用目的の異なる薬剤を同じトレイに混在させない。</li> <li>・危険薬剤はラベリングし、他の薬剤との差別化を図る。</li> <li>・他科や他職種とのコミュニケーションを十分に図る。</li> <li>・薬剤投与時は指差し、声出し確認を行う。</li> </ul>                     |
| 3                     | 主治医は、コメリアン中止という指示を出した。看護師は患者の持参薬を確認し、コメリアンがない事を確認した。入院後8日目持参薬の1種類がなくなったので、主治医に処方依頼したところ入院時に中止の指示を出していた事が判明した。患者が持参していた薬は、タンタリックで看護師は、タンタリックがコメリアンのジェネリック薬であることに気付かなかった。  | 入院時、薬の説明書を持参してきたため、薬剤部へ持参薬の確認依頼をしなかった。また、新人看護師であり、薬剤の作用が書いてあったが、指示された薬品名と持参薬が同じ作用の薬であると判断できなかった。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時、持参薬は全て薬剤部で確認依頼する。</li> <li>・指示された薬が見当たらない場合には、主治医へもう一度確認する。</li> </ul>   |
| 4                     | 化学療法の指示受けをした際、プロトコールはタキソールであったがワークシートではタキソテールになっていたことに気付かずに指示受けをした。指示受けは週末であったために当日の朝薬剤部から指摘されて気付いた。実際はタキソールの使用であった。点滴調剤前に気付いた。  | タキソールとタキソテールはもともと間違えやすい薬剤としてあげられていたが、主治医のサイン、ダブルチェックのサインもされていたために確認が間違えていないだろうという先入観があった。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・今後は指示受けの際に患者の施行している治療を再度確認するとともに一つ一つを声に出して確認するように心がける。</li> </ul>  |

| No.                          | 具体的内容  | 背景・要因   | 改善策   |
|------------------------------|--|---|---|
| 5                            | <p>当日ICUからの転入を受けることになっていた。ICUからの転入があった同時刻に抗生剤が終わったため、ヘパロックをしてほしいと依頼された。患者には抗生剤とプレドパのルートが左上腕にあった。受けている合間をみてヘパロックを行ったところ同じ上腕のプレドパのルートにヘパプッシュしてしまっていることに気付いた。その結果プレドパを急速投与した。</p>   | <p>焦っていた。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・IVは行わない。</li> <li>・慌てている時こそ一呼吸し、落ち着いて基本に沿った手順を行うようにする。</li> <li>・点滴ルートを1回1回確認することを怠らない。</li> <li>・ルートは一目で何がいっているか分かるように工夫する。</li> <li>・静脈注射は先輩に依頼する。</li> </ul> |
| <b>【薬剤間違い 6件】 他類似事例 140件</b> |  |   |   |
| 6                            | <p>点滴を患者名、点滴内容の指示を確認して薬液（生食100mLにデカドロン2mg）を混注した。その時ナースコールがあり、ミキシング台のスタンドに掛けてその場所を離れた。その後、他の看護師が生理食塩水の蓋が開いていたのに気付かず、また薬剤が点滴台の上に置いてあったが、まだ、薬剤を混注していないと思い込み、さらに指示量の薬剤を他の看護師と確認し混注した。混注後に看護師が戻ってきてデカドロン2mgがすでに混注してあることを伝えられ指示量の倍量が入っていることがわかり、再度、新しく点滴を作りなおした。</p> | <p>混注されているかが不明な状態で置いてあった。生食の蓋が開いていた事に疑問を感じなかった。一つの点滴に何人も関わっていること、点滴の蓋が外れているものに疑問を持たなかった作業途中の段階でのダブルチェックができていなかった。</p> | <p>ミキシング後に薬液を置いておく時に通常空アンプルを付けておくが今回のように空アンプルがない場合や少量の薬液でアンプル内の残量がわかりにくい時は中にどのくらい、何がミキシングされているか表示しておく。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬液の蓋が開いている時には、混注済みであるかを周りの人に確認する。</li> </ul>         |
| 7                            | <p>患者は、生食49.5mL、HR50単位がシリンジポンプで持続投与されていた。深夜帯看護師が注射箋のHR注U-（10mL）50単位を、ヒューマリンR（10mL）と読み間違えシリンジに吸いミキシングした。他の看護師にチェックしてもらおうつもりでカート上においたが、他の看護師がカート上の準備されたインスリンを患者に接続した。トータルが50mLであるのに60mLになっているのをおかしいと思いながら施行した。1時間30分後血糖値が下がり、間違いに気付いた。</p>                       | <p>入院注射箋での処方内容（マスター表示）がわかりにくい。薬剤（インスリン）に対する認識が不足していた。1V使用する事への疑問が無かった。ダブルチェックがされていない。おかしいと思ったのに接続している。</p>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤部のマスター表示をわかりやすく変えた。</li> <li>・ヒューマリンR注U-（10mL）50単位をヒューマリンR注（1000単位/10mL）50単位と記載する。</li> <li>・薬剤部による薬品の研修会を行う。</li> <li>・ダブルチェックをするまで中断中カードを使用する。</li> </ul>   |

| No. | 具体的内容  | 背景・要因   | 改善策   |
|-----|--|---|---|
| 8   | 患者は、左鎖骨下CVより高カロリー輸液とヘパリンが投与されていた。残量より、日勤時間帯にヘパリン交換時間がくると予想し、12時過ぎにヘパリン準備した。注射ワークシートで生食47mL、ヘパリン1000（1mL）単位の指示を確認し、50mLロックタイプシリンジ、10mLシリンジを準備した。その後、生食47mL、ヘパリン10mLを吸い上げた。15時過ぎ、同職種者が注射カートに準備してあるシリンジを確認し、ヘパリン1mLのところ10mL準備されているのを発見した。ヘパリン1000単位の指示を確認し理解していたが、mLに変換する際に指示量を間違え10mL準備した。 | 今回、単位からmLに変換する際、1000単位と10000単位が頭の中で混乱し、曖昧な状態でシリンジを準備し、薬液を吸い上げた。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>単位からmLに変換する際は、頭の中で考えるのではなく、声に出しながら書き出した上で変換していく。</li> <li>確認できるよう、1000単位から20000単位までの簡易メモを作っておく。</li> <li>準備する際に単位変換をシリンジ準備時、吸い上げ時、混注前の3段階で行っていく。</li> <li>再度ダブルチェック後、生食とヘパリンを混注し、患者につなげる。</li> </ul> |
| 9   | 左肩痛あり、基礎指示と持参薬指示表（持参薬継続の申し送りあり）を確認後、基礎指示に従いロキソニン錠1錠を渡して内服してもらった。翌日、深夜の申し送り時にロキソニン錠が2錠2×（朝夕食後）で定時処方されていることを知り、朝の内服後2時間程度で与薬したことに気付いた。医師に報告し基礎指示のロキソニン錠内服指示は中止となった。  | 入院時、医師は基礎指示の疼痛時指示をロキソニン屯用の予定で記入したが、その後定時内服に変更した時に基礎指示を変更していなかった。内服が持参薬と院内処方の両方あったが、持参薬のみだと思い、持参薬指示表は確認したがクリオスは確認しなかった。朝・夕食後の内服だったため、ワークシートには表示されなかった。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>ロキソニン錠が定時処方された時に医師に基礎指示の疼痛時指示の変更がないかを確認する。</li> <li>薬は持参薬指示表・クリオスの両方を確認する。</li> </ul>  |
| 10  | 入院患者の持参薬をカルテに入力していた時、「ドラル錠15mg」を持参していたが、前回他病棟に入院していた時の持参役処方の画面を参照していて、「ドラル錠20mg」と入力していたことに気付いた。  | 薬剤情報提供文が添えられていたにも関わらず、規格間違いを見落とす。集中力・注意力・慎重さを欠如していた。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>入力時は、薬剤名・規格・用法・用量全てに注意し、患者の立場に立って業務する。</li> </ul>  |
| 11  | 患者は脳梗塞で入院中であり、利尿目的でハンプを持続投与していた。薬剤は準夜帯始めに交換となるため、日中薬剤を作成した。リーダーとメンバーはワークシートの読み合わせの時に、声を出して、患者氏名、日付、薬剤名、量、投与時間を確認した。作成時メンバー2人でダブルチェックを同様にを行ったが、ハンプ5000µgのところを500µgで作成していた。（1000µg/Vを1/2Vで作成した。実際は5V。）準夜受持ちメンバーに作成した薬剤を申し送る際、バイアルの中に薬剤が残っているのを指摘され気付いた。                                    | 当事者は作成時声出しはしていたが、小児科からのリリースであり、500µgと思い込み作成していた。小児と成人の違いからの思い込みがあった。ダブルチェックを行ったが気付かなかった。外来ではあまり扱わない薬剤であり、知識不足から気付けない部分があった。                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤作成の基本である、声出し指差し確認の徹底を引き続き行なう。</li> <li>薬剤の用法用量を理解する。</li> <li>用法用量を理解する。</li> <li>薬剤作成時は、知識経験等を考慮し、ダブルチェックがより確実な確認になるようにする。</li> </ul>   |

| No.                 | 具体的内容   | 背景・要因   | 改善策  |
|---------------------|---|---|--|
| 【方法間違い 3件】 他類似事例 7件 |   |   |  |
| 12                  | <p>新生児仮死での患児は、インフアントウォーマーでの処置を終え保育器入室となった。医師よりK2N投与の指示があり、他の看護師がアンプルから0.4mLをツベルクリン用注射器に吸い上げ、当事者と薬剤・量をダブルチェックで確認した。その薬剤を当事者が受け取りK2Nを投与する時、「K2N入れます」と声を出し他の看護師に確認した際、他の看護師からNGチューブへの投与でなく輸液ラインから静注すると指摘され、方法の違いに気付いた。</p>   | <p>薬剤の知識が不足していた。注射器（シリンジ）の使用基準が理解されていなかった。ダブルチェック時薬剤名と量の確認しか行っていなかった。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・再度病棟勉強会で薬剤の学習や他の看護師との事例を共有する。</li> <li>・入職時や部署でオリエンテーションがされているが使用時に再度カラーシリンジなどを使用する。</li> <li>・静注など注射として使用する場合は白シリンジ、経管（栄養チューブ管理）は黄色、吸引や洗浄は赤などを再説明し確認する。</li> <li>・ダブルチェック時は7つのRightを確実に行う。</li> </ul> |
| 13                  | <p>持続でヘパリン投与中の患者。当日の注射ワークシートの指示は「ヘパリン10000単位を生食38mLで希釈し2mL/hで投与」であった。同日日勤中に指示が変更され、「ヘパリン10000単位」の部分が手書きで「14000単位」となった。流速は「2mL/h」が手書きで「2.8mL/h」へ変更されていた。指示受けをし、「ヘパリン14000単位を生食34mLで希釈し2.8mL/hで投与」と変更になったことをメンバーに伝え投与した。翌日朝、受け持ち医にヘパリンの濃度が違うと指摘を受けた。指示は「ヘパリン10000単位を生食38mLで希釈したものを2.8mL/hで投与し、1日のトータルを14000単位にする」という意図であった。そのためヘパリンの過剰投与になっていた。ヘパリン14000単位を生食34mLに希釈したものを2mL/hの投与へ減量し、その後凝固系のデータフォローした。</p> | <p>不明。</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・流速や濃度変更の指示があった場合は手書きではなく必ず新しく入力したワークシートを出力してもらい、指示を医師の前で復唱し確認していく。</li> </ul>  |

| No.                          | 具体的内容  | 背景・要因  | 改善策  |
|------------------------------|--|--|--|
| 14                           | <p>患者は、ワーファリン3.5mgを夕1×で内服中であった。○月△日の日付で、ワーファリン3日間休薬(○/△~○/×まで)、4日目より3mgで再開の指示があった。しかし、ワーファリンの指示を見逃し、また、指示受けした看護師がワーファリンを抜くのを忘れてしまったこともあり、休薬する予定であった3日間患者に内服させてた。4日目の深夜勤務者が間違いに気付いた。各勤務者に確認したところ、初めてそれぞれが気付いた状況であった。患者には血行動態や意識レベル上に変化なく、出血傾向も見られず経過した。</p> | <p>医師指示書は見たが、ひとつの指示だけ確認し、同日付のワーファリン指示は見落とししてしまった。カルテ2号用紙の情報収集・見落とした。内服中の薬確認はPCやワークシート、薬の説明書で行っていた。薬の中止や増減はカルテ指示表や口頭で指示を受けている状況であった。薬が中止になった際は申し送りがあるだろうと思いこんでいた。PC、ワークシートには3.5mgで載っているため、カルテの指示を見逃すと中止していることに気付かない状況であった。PCやワークシート上の変更入力がなく、与薬前の確認画面では中止とは分からなかった。新しい指示を主に注意してみるという情報収集方法の誤りや不足、慣れがあった。深夜で準備する際、一包化されている薬の内容を確認せず、セットした。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>情報収集の方法と確認作業を見直す。</li> <li>収集する記録物の確認の徹底する。</li> <li>基本に則り、医師指示書は日付からきちんと確認し、前の欄の指示も確認する。</li> <li>情報収集の時間は余裕をもって行う。</li> <li>内服確認の情報源、PC、ワークシート、薬の説明書に変更の有無が分かるよう工夫する。</li> <li>医師へ中止や変更の場合、PCへの入力の有無を確認する。</li> <li>チェック機構を見直す。</li> <li>ワーファリンチェックシートを作り活用する。</li> </ul> |
| <b>【速度間違い 6件】 他類似事例 150件</b> |  |  |  |
| 15                           | <p>ドルミカム+セレネース+生食の持続点滴注射を施行の際、指示簿で4mL/hの速度であることをダブルチェックした。患者の元でシリンジポンプの速度を設定する際ダブルチェックで行ったが0.4mL/hと思いきみ速度設定を0.4mL/hで開始してしまった。開始40分後主治医が気づき、速度を修正した。</p>  | <p>薬剤の速度や量の根拠への理解と認識が不足していた。看取りの患者の対応があり、時間や他の患者の処置のことを気にしながら実施し、気をとられ集中していなかった。(ダブルチェック者)他の患者のナースコールの合間で、2人が同時に部屋に行けるうちと思いついていた。実際に、画面を見て確認したにもかかわらず、速度を設定を間違ってしまったのは、その薬剤が、どの位の濃度であるのか、なぜその速度設定なのか理解(把握)が不十分であったために、4.0mL/hを0.4mL/hと記憶がすりかわってしまった。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>時間の中で出来ること、優先度を考え、指示の確認と実施は集中して行う。</li> <li>忙しい時は特に記憶だけに頼らず、メモをとるなどの対応をする。</li> <li>薬剤の知識(特に睡眠剤、麻薬)を持つことと、患者の状況を十分把握し、根拠を持った看護を行う。</li> </ul>   |
| 16                           | <p>患児は、メソトレキセート投与終了後、エンドキサンを点滴投与していた。エンドキサン投与中は、メインを130mL/hから30mL/hへ減量していた。メイン側の輸液ポンプには滴下数変更のテープが貼ってあったが、エンドキサンが繋がっている輸液ポンプにテープは貼っていなかった。エンドキサンが終了した際そのままエンドキサン側のポンプを止めたが、メインの滴下数を130mL/hへ戻すことを忘れ、30mL/hで30分経過してしまい、16時薬をラウンドしている看護師により指摘された。</p>          | <p>指示を把握していなかった。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>業務の優先順位を考え、点滴を止める際何が繋がっているのか把握する。</li> <li>治療が終了した際はすぐにダブルチェックを行い、滴下数変更を行う。</li> </ul>  |

| No. | 具体的内容   | 背景・要因   | 改善策  |
|-----|---|---|--|
| 17  | <p>昼休みの休憩時間帯。当該患者の部屋持ち看護師が休憩に入った。その患者に輸液ポンプを2つ使用しており、片方のポンプを停止し、30分で終了する薬を投与していた。投与中の薬剤が終了した際に看護師が停止していたポンプを再開した。その際、流量の設定をもう一方のポンプ流量と誤った。ダブルチェックの依頼をせず経過し、休憩交代の際、ポンプ再開したことを部屋持ち看護師に報告した。部屋持ち看護師は、流量と点滴伝票を確認しなかった。</p>  | <p>再開した輸液の中にはKCLが混注されていたが、薬剤の作用や危険性についての意識が十分でなかった。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・輸液ポンプの設定は点滴伝票、薬剤を確認しながら声に出して行う。</li> <li>・ダブルチェックを確実に行う。休憩中に依頼する内容は整理してから送り、漏れが無いようにする。</li> <li>・休憩後は必ずラウンドを行い、点滴が確実に投与されているか確認を行う。</li> <li>・投与されている薬剤の作用や危険性についての意識を高く持つ。</li> </ul>  |
| 18  | <p>患者は、複数の輸液ポンプを使用して薬剤を投与していた。フラグミンを早送りする指示があったが、誤ってフェンタニルを早送りしてしまった。</p>   | <p>1つの点滴棒に輸注ポンプ2台、輸液ポンプ1台設置しており、ルートはからまった状態であった。</p>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・投与前に「物の確認」「ルートの確認」は手で探りながら行なう。</li> <li>・環境整備は点滴の配置やルート整理にも気を配る。</li> <li>・早送りそのものの指示を医師と相談し、できれば行わないようにする。</li> <li>・点滴棒のポンプの配置とルートを整理する。</li> <li>・夜間でも見やすくするため、シリンジだけでなく輸注ポンプにも投与薬剤をテープに記載したものを貼布する。</li> <li>・CV白と青ルートがわかるようにテープで印をつける。</li> </ul>   |
| 19  | <p>経皮的冠動脈形成術を受ける予定の患者に生理食塩水を160mL/hで投与する指示がでていたが、準備の段階でワークシートの指示・薬品・投与方法を確認せず、100mL/hで投与した。ラベルは100mL/hと160mL/hで投与するものの2種類があったが、物品準備の際に誤まって流速100mL/hのラベルを点滴に貼付した。その後ベッドサイドで患者に投与する際に、ラベルと患者を確認し、ワークシートの指示を見落とし、流量が誤っていることに気付かなかった。滴下開始より、1時間が経過したところで気付いた。</p> | <p>指示を見落としした。</p>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・点滴準備は、声出しを行ないワークシートの内容(患者・日時・薬品・量・流速・方法)を物品準備・作成前・作成後・ベッドサイド・使用後で確認を徹底する。</li> <li>・点滴ワークシートは自ら投与する点滴以外のものも内容や必要性を確認をする。</li> <li>・ベッドサイドで患者に対して点滴を見せる時には、ワークシートを見せて行なう。</li> <li>・リーダーからの指示は、指示内容を理解するように努め、分からない事や不安を感じる事は声に出して確認する。</li> <li>・患者個人にあった必要性を理解し確認動作を行なう。</li> <li>・リーダーは、メンバーにワークシートを渡す際に、メンバーと一緒に使用するラベルとワークシートを確認し受け渡す。</li> <li>・心疾患の患者などの滴下速度によるリスクが高くなる患者の輸液では、滴下速度まで確認をする。</li> </ul> |

| No.                          | 具体的内容  | 背景・要因   | 改善策   |
|------------------------------|--|---|---|
| 20                           | <p>ケモ目的にて入院の患者に対し、メソトレキセート500mg+5%TZ250mLを16時から16時の一日かけて点滴する指示であった。そのため輸液ポンプ使用し点滴実施した。点滴する全量は250mLと点滴のボトルを見て確認していたが計算する時、全量を500mLとして計算し、20mL/hで点滴開始した。準夜看護師が気付き翌日まで点滴できるよう滴下調節を行った。滴下の速度が速くなることで副作用症状の増強が考えられたが、特に患者に問題はみられなかった。</p> | <p>入院患者や処置を行う患者が多く多忙であった。受け持ち患者も多かった。点滴の設定速度をした後、他の人の目で確認が必要であった。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 点滴の輸液ポンプ設定を行った後は手順に従い、他の人の目で確認する。</li> <li>• 忙しい時こそ落ち着いて作業を行う。</li> </ul>  |
| <b>【対象者間違い 5件】 他類似事例 98件</b> |  |   |   |
| 21                           | <p>担当患者達の注射を各々のトレイに準備してワゴンにのせて4人部屋を訪室した。バイタルサイン測定後、強力ミノファゲンCを静脈注射施行中に患者から「何の注射？」と聞かれ、「肝臓の薬です。」と答えながら終了した。終了後に同室の他の患者の注射であることに気付いた。</p>   | <p>受持患者の情報収集時、薬疹が出たのはこの患者だと思い込んでしまった。注射実施前にフルネームでの確認をしなかった。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• フルネームでの氏名確認、注射伝票との照合確認を徹底する。</li> <li>• 注射施行マニュアルを遵守する。</li> </ul>   |
| 22                           | <p>日帰り入院・化学療法の患者Aに対して「SS100、ナゼア1A、デカドロン8mg」の点滴をつなぐところ、患者Bの「SS100、ガスター1A、デカドロン12mg」の点滴をつなげてしまった。他の看護師に指摘され間違いに気が付いた。すでに半量入っていた。主治医も詰所にいたためすぐに報告した。このまま最後まで続けて良いと許可を得る。患者Aには心配ないことを説明した。その後抗がん剤も副作用なく終了し退院となった。</p>                    | <p>当日合計4人の化学療法があった。日帰り入院・化学療法の患者が3人あり、3人とも同じ主治医が溶解し、個人別にバットの中に入れてあった。受け持ちの患者Aのものと思い込み、患者Bの点滴を手にとってしまい、患者Aのところへ持って行った。伝票を確認したつもりだったが、思い込みで患者Bの点滴を患者Aにつないでしまった。輸液ポンプの設定時のダブルチェックも他のスタッフに依頼しなかったため、間違いを早く見つけることができなかった。点滴を手にとるとき、実施する際に処方箋・ネームバンド・輸液について指差し・声出しの基本的な確認行動が出来ていなかった。思い込みのままつないでしまった。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 今後は処置台から患者のところへ持って行く際にダブルチェックし、そのまま2人で患者サイドに行き、つなぐ前に再度ダブルチェックでポンプの流量確認を行う。</li> <li>• 声出し、指差し確認を徹底して行う。</li> </ul> |

| No.                 | 具体的内容   | 背景・要因  | 改善策   |
|---------------------|---|--|---|
| 23                  | <p>準夜勤看護師Aは、勤務の終わりに、担当していた患者Bの状態を主治医に電話報告した。患者Bの血圧は低めではあったがスケール内で安定していた。看護師Aが担当していた重症患者は2名（患者Bと患者C）で、どちらもカタボンHiが施行され、主治医も同じであった。1時30分頃主治医は、看護師Aに患者Bのカタボン増量を指示した。看護師Aは、看護師Dに、口頭で患者CのカタボンHiを5mL/hに増量することを依頼した。看護師Dは患者Cの血圧測定を行い患者Cの血圧は120台/であった。看護師Dは、疑問を抱きつつカタボンHiを5mL/hに増量した。看護師Aに再度確認したところ誤っていたことに気付いた。</p> | <p>確認が不十分、看護職の連携が不適切であった。口頭での伝言であったため不適切であった。判断に誤りがあった。夜勤交代時間で多忙であった。</p>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・メモに書いて渡し、一緒に患者確認をしていく。</li> <li>・口頭指示の場合は施行する際に、必ず声を出しながら確認して施行する。</li> </ul>   |
| 24                  | <p>胃癌術後の患者にビーフリード500mL、肺炎の患者にビーフリード500mL＋グルコリンS2A混注し用意したが、それぞれ逆の患者に点滴を更新した。</p>   | <p>患者へ施行する時、注射処方箋と共に確認が出来ていなかった。夜間であり、入眠されており名前の確認が出来ていなかった。与薬した点滴が正しく施行されてされているか確認出来ていなかった。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者へ施行する時、注射処方箋と共に確認する。</li> <li>・与薬時の確認行動を振り返り、確実に与薬する。</li> <li>・夜間の点滴更新は薬と処方箋と患者ネームバンドの確認を行う。</li> </ul>              |
| 25                  | <p>14時に同内容の点滴（ビクロックス250mg+生食100mL）を投与する患者が2人おり、患者Aの点滴を患者Bに、患者Bの点滴を患者Aに取り違えて投与してしまった。準夜帯の看護師が22時に患者Aと患者Bに点滴を接続する際に発見した。</p>  | <p>慌てており、点滴投与時にリストバンドと本人に名乗ってもらって行う本人確認を怠った。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・慌てている時でも、与薬時の原則に沿ってリストバンドと本人に名乗ってもらい、点滴伝票と照らして本人確認を行う。</li> </ul>   |
| 【その他 8件】 他類似事例 155件 |   |  |   |
| 26                  | <p>心外手術中、麻酔科医師よりフェンタニール3A、ドルミカム1Aを準備するよう言われ、空シリンジを渡されたため、薬剤を準備し吸って渡した。麻酔科医師が施注前に量が違う事に気付いた。シリンジに書かれた名前と薬剤を逆に吸っていた事が判明した。</p>  | <p>確認不足。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬液1つ1つの名前、量をシリンジに吸う前後で確認する。</li> <li>・ダブルチェックを行う。</li> <li>・医師に渡す時も1つ1つ名前を確認しながら渡す。</li> <li>・同時に同じ場所で作業しない。</li> </ul> |

| No. | 具体的内容   | 背景・要因  | 改善策  |
|-----|---|--|--|
| 27  | 患者はD I Cの治療にパナベート1000単位を500mLブドウ糖液に溶解して18G針で右前腕より20mL/hで点滴を開始した。その後、患者の右前腕の腫脹を発見し、直ちに点滴抜去した。この時患者自身は痛みを感じておらず、点滴の漏出にも気付いていなかった。同日午前中に皮膚科に診療依頼し、ステロイドの皮下注射を施行した。直ちに、本人と夫に組織障害を起こしやすい薬剤の血管外漏出があったと説明した。その後組織障害は起こらなかった。 | 組織障害性の薬剤であることを認識していたので最大限に希釈した。刺入部の確認は頻繁に行った。漏出が確認されたら、直ちに抜去し皮膚科に診療を依頼した。発生後、速やかに本人家族に報告した。インシデントレポートの報告は遅かった。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>中心静脈にカテーテルを留置し投与するのが良いと思うが、習熟していないとこちらのリスクも少なくないため、なるべく他の薬剤を使用する。</li> <li>重症患者の治療にはある程度のリスクを伴うことを患者家族に説明する。</li> </ul>   |
| 28  | 患児には、フルカリック1号が点滴投与されていた。当日、リーダーであり、点滴交換をした。昨日分の点滴をみると、小壁の部分が割られておらず、小壁内に保管されている薬液が、メイン全体に混注されていないことに気付いた。その日の日勤者より、フルカリックの小壁の部分が開通されているか確認していなかった。また、深夜看護師に確認すると、同様の返答がある。昨日、点滴を準備したリーダー看護師は小壁を折り忘れていた。               | 小児科病棟では、フルカリックは使い慣れない薬剤であった。ミキシングの方法も周知されていなかった。折り忘れ予防の表示がフルカリックに示してあるが、それは重視されていなかった。                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>フルカリックのミキシングの方法を知らなかった看護師がいたため、病棟会議で情報共有した。</li> <li>各勤務帯で隔壁が開通されているか確認することをスタッフ間で共有した。</li> <li>特殊な薬剤の溶解方法について、病棟会議、ナースノートに提示し、共有の知識を得る。</li> <li>各勤務帯で隔壁が開通されているか確認する。</li> </ul> |
| 29  | 主治医より、血圧170mmHg以上になれば舌下でアダラート1/2cap内服の指示があった。アダラートの効果等調べてはいたが、1/2capにするのは初めてであった。錠剤を半錠にする際は、手で半錠にしていたため、アダラートも同様で良いのかと思い込み、1/2capにカットして舌下で内服して頂いた。内服後、先輩看護師に「どのように内服したのか」と聞かれ、間違いに気付いた。                               | 知識が不足しており、思い込みだけで実施してしまった。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>初めてあるいは分からない処置等は事前に先輩に確認してから行う。</li> </ul>  |

| No. | 具体的内容  | 背景・要因  | 改善策  |
|-----|--|--|--|
| 30  | <p>治験薬で2回/日のS C(皮下注射)の投与をしていた。治験薬は注射器に1回分の薬液が充填され、針も装着されているタイプであった。使用すると針が安全のために装置内に格納される仕組みになっていた。外装の箱には前もって使用日と時間をマジックで記入してあった。箱と注射器は全て使用後回収する必要があり、使用前のものと一緒に場所に置いていた。前日の使用分が針が引っ込まず、リキャップした状態で回収したものが入っていたが、それに気が付かず、針がついていたため使用前のものと同様にS Cしてしまった(外装の箱に書かれた日時にも気が付かなかった)。その後当日の日付の入った箱が残っていることに他の看護師が気付いた。患者に謝罪し、当日分を改めてS Cした。</p> | <p>薬液は殆ど入っていなかったが初めてだったので、それ位なのかと思っていた。</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・初めてのことは必ず分かる人に確認してから行なう。</li> <li>・日付や時間指定の薬剤もあるため同じものが同じ箱に入っているときは特に注意する。</li> <li>・使用済みのものを再び使用することのないよう気を付ける。</li> </ul>            |
| 31  | <p>内科から外科に転科・転棟したばかりの患者だった。記録が○月△日からパスに変更されており、パスに主治医の追記でザイロリック朝夕食後の内服中止が記入されていたが見落していた。○月△日朝から翌日朝まで内服させてしまった。○月×日の夕方に、勤務していた看護師により発見された。主治医に報告し、○月×日の夕方からザイロリック中止となった。</p>  | <p>確認が不足していた。○月△日の午後に定期処方入れ替えした時にパスに記入されていた指示に気が付かなかった。内科で出た定期処方せんには中止の記載はなかった。転科・転棟したときにパスの指示受けしたリーダーの確認も抜けていた。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・転科・転棟した時、手術前の指示の確認は徹底する。</li> <li>・パスに追記された指示は見落さないよう注意する。</li> <li>・薬が中止のオーダーが出た際、速やかに中止伝票処理する。</li> </ul>                            |
| 32  | <p>本日よりE S H A P療法(化学療法)投与開始の患者にパラプラチンのルートをつなぎ輸液ポンプをセットした後、遮光カバーをかぶせていないことに気付いた。遮光カバーをかぶせてボトルを点滴棒に下げなおす際、固定されたままの滴下センサーにルートが引っ張られ、ボトルからルートが抜けた。ルートが抜けた勢いで、パラプラチンが数滴飛散し、患者の左眼に入った。すぐに流水で洗い流し、医師に報告し診察となった。</p>  | <p>抗癌剤に対する、日頃暴露対策には取り組んでいるが、意識が欠けていた。</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬液ボトルの接続部から、輸液ポンプまでのルートの余裕を確認し、点滴棒からボトルを外す際は輸液ポンプからルートを必ず外す。</li> <li>・ルートが抜ける可能性を考え、患者からできるだけ離れて作業する。ルートをつなぐ前に遮光カバーをかけておく。</li> </ul> |

| No. | 具体的内容   | 背景・要因  | 改善策  |
|-----|---|--|--|
| 33  | <p>C S Iのシリンジ交換（プレペノン＋生食）のため、看護師2人で訪室する。ナースコールが5分間隔で鳴っている状況であり、1人離れたため、1人で確認し交換を行った。その後、一旦離れた看護師に確認を依頼し、確認を行った。1時間後アラームが鳴り、三方活栓が開いておらず、1時間薬剤が注入されていなかったことに気付いた。</p> | <p>交換後、病棟独自のチェックリストにチェックをしたが、項目を一つ一つ意識的に確認をしなかった。以前、C S Iで不応期の間違いをしたため、そのことに強く意識が集中してしまった。一人で交換の途中でナースコールがあり、待っていてももらえるよう対応をしたが、交換の間、時間が気になってしまった。再度確認を依頼された時、流量の速度とロックアウトタイムのチェック、開始されていることの確認に意識が集中してしまい、接続や三方活栓は開いているものと思いこみ、きちんと患者に実施されているか確認を怠っていた。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・事故に気付いた時、患者から疼痛の訴えはなく、C S Iは指示の速度で開始した。</li> <li>・気持ちが急いでいたため、時間や優先度を冷静に考え、今実施していることに集中して行う。</li> <li>・C S Iは以前も別の事故を起こしており、事故を起こしやすいことを意識し、必ずチェックリストの内容を1つ1つ確認をする。</li> <li>・ダブルチェックの意味を再度考え、基本に立ち返り1つ1つ確実に確認する。</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            | 10 | 1  | 3  | 0        | 0   | 0  | 0   | 14 |
|      | 指示受け・<br>申し送り段階 | 1  | 0  | 0  | 0        | 0   | 0  | 0   | 1  |
|      | 準備段階            | 3  | 0  | 2  | 2        | 0   | 0  | 0   | 7  |
|      | 実施段階            | 8  | 3  | 16 | 12       | 0   | 0  | 0   | 39 |
|      | 実施後の観察<br>管理段階  | 0  | 0  | 0  | 0        | 0   | 0  | 0   | 3  |
|      | その他             | 3  | 0  | 0  | 0        | 0   | 0  | 0   | 0  |
| 合計   | 25              | 4  | 21 | 14 | 0        | 0   | 0  | 0   | 64 |

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 9件】 他類似事例 16件 |   |  |  |
| 1                   | <p>家族より腹痛があると電話があり、担当医師不在のため、他の医師へ連絡し、内服薬（ブスコパン錠）処方してもらった。患者に内服してもらう時に薬品名、効用を説明した。看護師が持参しているファイル表紙を閉じた時、メモでブスコパン禁と赤マジックで記載していることに気付いた。30分程様子を見るが嘔気、嘔吐は見られなかった。何かあった時はすぐ病院へ連絡してもらうよう伝えた。平成10年からのカルテを閲覧するが、情報記載はなかった。内服1時間後状況確認のためご本人宅へ電話をした。嘔気、嘔吐は見られなかった。</p> | <p>ファイルの表紙を見落としてしまった。処方のでたので、大丈夫だと思い込んでいた。カルテ、ファイルでのアレルギー等の確認が不足していた。患者へのアレルギーの有無の確認が不足していた。</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問ファイル、カルテでアレルギー等の確認を必ず行う。</li> <li>・アレルギーの有無を再確認し、カルテ表紙に必ず記載する。</li> <li>・投与前、患者、家族へアレルギー等確認を行う。</li> </ul>   |
| 2                   | <p>患者は、末梢より点滴投与していた。看護師は、患者の点滴が漏れ、末梢挿入部が赤くなっているのを発見し、入れ替えを行なった。その際、アルコール綿禁止の患者に対しアルコール綿を使用したため患者の前腕が全体に発赤した。医師が末梢入れ替えの準備をしていたのを日中の受け持ち看護師は知っていたが、アルコール綿禁であることを言わなかった。</p>   | <p>もともとアルコール綿禁の患者であった。末梢の入れ替えを判断し、準備をしたのは医師ではあるが、それをみていた看護師もアルコール綿禁であることを医師に言わなかった。</p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・アルコール綿使用禁止の患者には、医師が採血の時など気付きやすいように「アル綿禁止」の札をつける。</li> <li>・患者のベッドサイドにも「アル綿禁止」の札を置く。</li> <li>・カルテにも「アル綿禁止」の札をつける。</li> </ul>   |
| 3                   | <p>患者は、ペニシリン禁止との情報があった。医師より、炎症データが高いため、ペントシリン2g 生食100mLを1日2回の指示を受け、投与した。その後、夕方にカーデックスに情報記載をしている際に間違いに気付いた。バイタル変動なく、アレルギー症状の出現はなかった。</p>   | <p>問診表の記載を確認しなかった。</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・抗菌薬を投与する際には、必ず、注射用抗菌薬投与に関する問診票の記載があるか確認し、なければ医師に依頼し、アレルギーの有無を確認してから投与の指示を受ける。</li> <li>・薬剤のアレルギーなどがある時は、注射ワークシート、指示看護ワークシートに記載を行う。</li> <li>・アレルギー等がある場合は、カルテの薬物感受性の欄に記載することを、医師に依頼していく。</li> <li>・I C U受けの際など、初めての事、経験が少ない時に指示を受ける際には、周りへアピールしていき、ダブルチェックにて指示受けを行う。</li> <li>・指示を受け際には患者の情報を一度整理をしてから、指示受けをする。</li> </ul> |

| No. | 具体的内容  | 背景・要因  | 改善策  |
|-----|--|--|--|
| 4   | 手術入室前、ユナシンS 1.5g/生食 10mL 投与する指示があった。手術室看護師によりペニシリン禁の患者になぜユナシンが投与されているのかと問い合わせがありわかった。  | 電子カルテ、CCU チャート指示表にもペニシリン禁はルール通り赤字で表示されていた為、ペニシリン禁の文字は目に入っていたが、ユナシンがペニシリン製剤と気付かず、医師に確認しないまま施行した。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>各部署にユナシンに関するお知らせが配布され目を通していた。記憶は時間と共に薄れるので、ペニシリン禁となっていたら、一覧を確認し施行する。</li> <li>システムの改善を担当部門に提案する。</li> <li>システムの改善は時間がかかるが、重要なものは早めに対応出来るようにも依頼する。</li> </ul>  |
| 5   | 手術前情報によりアルコールアレルギーがある事を確認していた。手術室で末梢ルートを確認するためいつも使用しているアルコール綿は使用しないように気をつけようと意識していた。担当麻酔医師にもその事を伝え部屋に置いてあったマスクンRを皮膚消毒用に準備した。その際、表示成分の確認を行わなかった。消毒後、皮膚発赤はなかった。手術終了し患者退室後、記録見直し時に手術室スタッフに指摘されマスクンRにエタノールが含まれている事に気付いた。 | マスクンRにエタノールが入っている事を理解していなかった。表示してある成分を確認せず使用した。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>薬品名だけでなく表示成分の確認を行う。</li> <li>普段使用している薬品についての知識を持つ。</li> </ul>   |
| 6   | 「ミノマイシン禁」の患者であった。発熱ありミノマイシンが処方され、処方当日昼と夕、翌日朝に与薬した。朝と薬後、他のスタッフが体温表をみて「ミノマイシン禁」に気づき、報告し中止となった。発見した看護師は冷蔵庫に貼っているミノマイシン服用（乳製品禁止）の貼紙を見た後浣腸のため体温表を見て赤字のミノマイシン発疹の字が目に入り気付いた。  | 処方した医師は主治医ではなかった。処方する時ミノマイシン禁の明記に気付かなかった。受けたリーダーは体温表は見たが、ミノマイシン禁の明記に気付かなかった。アレルギーの有無の確認を怠った。内服介助した看護師は5Rは確認したがアレルギーの有無の確認を怠った。機能別であり患者の状態を把握していない。看護記録用紙の備考欄にアレルギーの記入がなかった。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>処方する医師は体温表でアレルギーの有無を確認する。</li> <li>指示を受ける看護師は処方が出たらの手順を作成する。</li> <li>受け持ち制を考える。</li> <li>その日の受け持ちが与薬前に看護記録の備考欄または処方箋ファイルを確認し手順に沿って与薬する。</li> <li>与薬間違いによる患者への影響について考え、固定受け持ちが看護記録の備考欄と処方箋ファイルに記入する。</li> </ul> |
| 7   | 一刻の有余もない帝王切開患者が搬入されてきた。通常帝王切開で使用するプロスタルモンFを主治医に指示を確認し術中に使用した。手術終了後、電子カルテの掲示板に喘息（+）と書かれていることに気づき、禁忌薬を使用していたことがわかった。患者に喘息発作は見られず手術室より退出した。   | 術前に麻酔科医の診察もできていないなど、主治医、手術室看護師、病棟看護師も情報収集ができていなかった。手術室内のパソコンを起動した時、患者の掲示板には喘息の情報の記載はなかった。術中に入力されていた。術中に麻酔科医が患者プロファイルを見て喘息があることに気がついたが、プロスタルモンFを使用するのだと思い主治医に再確認をしなかった。産科医は、患者の生命の安全のために喘息がある患者でも、プロスタルモンFを使用することがあると考えている。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>帝王切開の場合は、喘息の有無をはじめ、最低聞いておかないといけない事項について、チェック板を作り手術台に置き、どんなに急いでも必ず確認する。</li> </ul>   |

| No.                     | 具体的内容  | 背景・要因  | 改善策   |
|-------------------------|--|--|---|
| 8                       | 電子カルテでアルコールで皮膚に発赤が出ることを確認し、手術室内にハイアルコールを置かず、室内や部屋の前に「アルコール禁」と書かれた札を掛けて手術室スタッフの認識の統一を行っていた。術中、タキソテールを投与する指示あり、病棟より手術室へ薬剤を運んだ。腹腔ポートよりタキソテールを2Vを溶解液で溶解し生食50mLに混入し注入した。タキソテール付属の溶解液にはエタノールが含まれていたが、溶解時には注射用水であると思い込み、また急ぐように指示されたため確認せず溶解した。タキソテール注入後血圧低下あり、皮膚発赤が見られた。血圧上昇、皮膚の発赤減退を確認し麻酔覚醒、帰室となった。 | 薬剤の注意事項を確認しなかった。薬剤の注意事項の表示が目立っていなかった。溶解液がアルコールではなく注射用水と思い込んでいた。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>抗がん剤の予備的知識を習得する。</li> <li>アルコール過敏の患者におけるタキソテール調整法について学ぶ。</li> </ul>                            |
| 9                       | 糖尿病性壊疽の患者は下肢バイパス術後、鼠径部に手術創がありカラヤヘッシブが貼用してあったが、清拭時にカラヤヘッシブがはがれかけているのを発見した。医師に報告後に看護師にてカラヤヘッシブの貼りなおしを施行したが、その際にイソジン消毒をしてからカラヤを貼用した。直後に患者よりヨードでアレルギーがあるが今使用したのはイソジンではないかと言われ、使用禁止の薬剤を使用してしまったことに気が付いた。  | 入院時のアナムネ用紙とワークシートにはヨード禁止の記載と入力があった。当日、当事者の看護師はその日の受け持ちではなく早出であり患者の清拭のケアを行った。ヨード禁止である認識がなかった。また創傷処置を行う際にその患者の情報収集とアレルギー等の有無の確認を怠った。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>ベットサイドに誰が見てもすぐわかるようにイソジン禁止の張り紙をすることにした。</li> <li>入院時にもこうした張り紙をしておくことが視覚的にも分かりやすくする。</li> </ul> |
| <b>【疾病 3件】 他類似事例 1件</b> |  |  |   |
| 10                      | 眼科の診察時に、散瞳が必要と思い込み医師に確認せず、ミドリンPを点眼した。診察時に患者が緑内障であることが分かり、すぐにサンピロ点眼が行われた。   | 指示を確認せず、思い込みで施行した。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>必ず、医師の指示を確認する。</li> </ul>  |
| 11                      | 入院患者に対し左白内障手術であることを手術掲示板で確認し、本人にも病名・術眼を口頭で話してもらって確認した。「白内障のみ」ということであった。その上で経過表に記された「診察前ミドリンP点眼」の指示（パスにて指示入力されていた）に従い点眼した。しかし、患者は緑内障も併発しており、手術予約票に「手術当日まで散瞳禁」と書かれていた。主治医が診察の際、そのことに気付いた。  | 散瞳薬禁止の指示が手術予約票に入力されていた。パス入力は入院当日の当番医が行って行っていたので適切な指示に書き換えが行えなかった。散瞳薬禁止の指示が掲示板にかかれていることが多く指示の統一が無かった。指示は指示簿に記載するルールが遵守できていなかった。     | <ul style="list-style-type: none"> <li>医師に指示の記載方法と記載場所を統一する。</li> </ul>   |

| No.                      | 具体的内容  | 背景・要因   | 改善策   |
|--------------------------|--|---|---|
| 12                       | <p>大腸内視鏡検査時、不整脈が既往にあることの報告を医師・看護師ともに聴いていた。検査開始前にグルカゴン1V、静脈注射を開始した。その後、挿入困難な状況があり、指示が何回か出され都度に対応するといった緊張した状況になっていた。その状況の中でスボラミン1/2アンプルの指示があり、既往歴のことを忘れ、そのまま静脈注射を実施した。実施後、不整脈があることを思い出し、医師に再度報告した。特に医師から指示はなかったが、その後バイタルサインなどの観察を強化した。結果と特に症状に変化はなかった。</p> | <p>・タイムプレッシャー等による意識が一点に集中していた。確認が不十分であった。</p>   | <p>・薬品使用前に再確認を徹底する。</p>   |
| <b>【併用 5件】 他類似事例 16件</b> |  |   |   |
| 13                       | <p>排便コントロールにて酸化マグネシウム1.2g/3×食後で内服していた。本日夕食後よりクラビット100mg 3錠/3×食後で開始となった。クラビットとマグネシウムはクラビットの吸収障害が起こるため、従来、マグネシウムをずらして服用していたが、気付かずに一緒に内服させてしまった。</p>  | <p>マグネシウムを服用していたが、クラビット開始となる際に時間をずらして内服するように医師から指示に入力はなかった。以前確認したときに「わざと吸収を悪くして服用させるから、時間をずらしたりしなくてよい」といわれたことがあった。看護師は配薬する際に、内服薬を認証しているときにクラビットとマグネシウムを服用していることを確認した際に気付くことができなかった。</p> | <p>・看護指示にマグネシウムはクラビット内服中にてずらして10時・14時・20時に服用するように入力し、薬袋にもその旨を記載する。</p>  |
| 14                       | <p>午前中は左上肢からのみルート確保されていたが、午後に入り閉塞アラームがなった為、右上肢からもルート確保し2ルート使用していた。右上肢から本体ルート、左上肢からは、ハンブとベルジピンが投与されていた。ラシックスの投与指示があった為、先輩に投与する事のみ報告し、どこのルートから投与するかを報告せずにベルジピンと同じルートからラシックスを投与した。その後、点滴ルート内が凝固してしまった。申し送り時の、点滴ルートの確認時に発見した。</p>                            | <p>作用と副作用しか学習しておらず、配合禁忌薬剤という事を把握していなかった。投与するルートが2つあったが何も考えず、ルートを選択した。</p>   | <p>・薬を投与する時は、薬効だけでなく配合禁忌薬剤の有無も確認する。<br/>         ・投与中のルートや刺入部の観察を徹底する。<br/>         ・2つのルートがある時は、どのルートから投与するのかという事も考え、先輩に報告し投与する。<br/>         ・ルートから薬剤を投与する事は、ルート閉塞だけでなくルート内の薬剤が急速投与される事が考えられる。当事者は新人看護師であり、ルート選択の原則と根拠を指導するとともに、通常と異なる事に疑問を感じ速やかに先輩看護師に報告・相談できるように教育する。</p> |

| No.                      | 具体的内容  | 背景・要因  | 改善策  |
|--------------------------|--|--|--|
| 15                       | 点滴の指示書を見ながら、指示通りにビーフリードにリン酸カリウム、塩化カルシウム、ブドウ糖を混注した。混注時軽度混濁したが、混注した薬剤が白い物だと思い混濁だと思わなかった。患者に接続し1時間後に確認すると沈殿していたため、点滴を振り均一化させて退室した。他看護師が訪室し、混濁している点滴に気づき指摘された。患者には影響がなかった。   | 混濁しやすい薬剤、混濁したらどうなるかなど、薬剤の混濁について知識がなかった。いつもと違うが、異常であると認識できなかったため、リーダーへの報告もしなかった。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤の配合変化についての知識を持つ。</li> <li>・新人への教育に加え、病棟へもアナウンスする。</li> <li>・普段と違う状況がおこったら、必ず確認する姿勢を身につける。</li> <li>・配合変化を起こしやすい薬剤の処方には、薬剤科でも疑義紹介をする。</li> </ul>            |
| 16                       | フサンが生理食塩水に混ざると、白色に混濁してしまうため、単ルートで点滴していく必要があることは理解していた。日勤より左前腕と左手背、右手背にそれぞれルートが確保されており、手背にはフサンが単ルートで点滴されていた。補液は左前腕のルートから点滴されていた。右手背のルートはヘパロックされていた。MAPとFFPの指示が出たため、補液がされている前腕の側管より施行した。しかし、抗生剤の点滴も同時時間帯にあったため、その間のみフサンの側管からFFPを点滴した。30分後、2時間後はルート内に混濁がないことを確認したがその後30分後に側管の接続部に白色の混濁があることを発見した。 | 右ルートも使える状況にあったが、体位変換も頻回に行われていたため、両腕のルートの使用は抜針の危険性もあると思い、またFFPは血液製剤であるため、白濁はしないという思いこみもあり、フサンの側管より点滴を行ってしまった。FFPの成分にはNaも含まれており、白色混濁の可能性もあることが知識として不足していた。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・フサンは単ルートで点滴を行うことを徹底していく。</li> <li>・思いこみをもたず、薬効や投与時の注意点など点滴施行時には再度確認をしていく。</li> <li>・右ルートも使える状況にあり、固定法を工夫するなどして抜針の危険防止に努め、安全に点滴施行していくことを最優先に考えて行く。</li> </ul> |
| 17                       | 疼痛があり、本人処方が出ており、一昨日使用していた為、カルテで対症指示の確認をせずにそのままペンタジン+アタラックスP筋注した。筋注後、医師よりコンチン内服している為、ペンタジンとアタラックスPの投与は拮抗作用があり禁忌であると指摘を受け気付いた。ペンタジン+アタラックスPの対症指示の期限は切れていた。   | 本人処方が出ていた為、カルテで対症指示の確認をせずに思い込みでそのまま投与した。コンチンを内服していることは認識していたが、コンチンと併用禁忌であることを理解していなかった。コンチンの内服が開始になった時点で、ペンタジンとアタラックスPの返納がされていなかった。                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・麻薬とペンタジンの併用は拮抗作用があり禁忌であることをスタッフ全員で周知しておく。</li> <li>・必ず対症指示を確認してから施行する。</li> <li>・麻薬が開始になったら、ペンタジンを返納しておく。</li> </ul>   |
| <b>【配合 4件】 他類似事例 10件</b> |  |  |  |
| 18                       | タケプロンをモルヒネと同時投与をしてしまった。  | タケプロンは単独投与であることは知っていたが、確認不足が生じた。モルヒネは疼痛管理に必要であるため、止めなくてもよいと思い込んでしまった。  | 単独投与の必要性、配合変化のリスクを再確認する。投与時に、単独になっていることを再確認する。   |

| No.      | 具体的内容   | 背景・要因   | 改善策  |
|----------|---|---|--|
| 19       | 脳外術後の患者にアレビアチン投与の指示が出て、指示通り実施したが、単独投与せずアセトキープ3Gの側管から投与した（指示には単独投与のコメントはなかった）。投与前後で明らかな患者の変化はなかった。   | すぐに単独ルートより投与した。ルート内に結晶化が見られ、逆血を確認し、ルートを交換した。                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>アレビアチンの薬の引き出しに、「配合注意」のシールを貼る。</li> <li>アレビアチンは単独投与に指定されていない為、オーダーと同時に表示されないが、システムとして配合変化しやすい薬剤も、表示されるように検討する。</li> </ul>  |
| 20       | ラクテックGの側管よりロセフィンの処方オーダーがあり、チェックを見逃し患者に施行された。ロセフィンはCa含有の輸液とは配合不可であり、投与前後でフラッシュが必要であった。   | 配合変化の知識が不足していた。配合変化へのチェックへの認識が不足していた。                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>配合変化の知識を向上し、情報を共有を行う。</li> <li>ロセフィンと混合可能な輸液（当院採用分）ソルデム3A、ソルデム1、KN3B、生理食塩液、5%ブドウ糖液などロセフィンオーダー時にシステム上で注意喚起を行えるか検討する。</li> </ul>  |
| 21       | アレビアチンを投与中の患者に、ビーフリード500mLを持続点滴をしていた。アレビアチン投与前後に生食フラッシュの指示が出ていたが生食を通しただけで、ビーフリードとアレビアチンを同時に投与した。その後は他患者のケアのため訪室してルート内を観察していなかった。本人のナースコールあり、他の看護師にて点滴ルート内が白濁しており結晶が出来ているのに気付いた。アレビアチンは残2mLであった。ルート内にある薬液をシリンジで引き、ルートを新しく交換しビーフリードを再開した。 | アレビアチンとビーフリードを同時に投与すると白濁するものであるということを知らなかった。生食前後フラッシュの意味を把握していなかった。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>初めて行う処置は方法や禁忌事項など細かいところまで確認して理解してから行動する。</li> <li>実施する際は先輩看護師に方法や注意点を述べ、間違いがないか確認してもらい、見てもらいながら実施する。</li> <li>薬を調べる際は作用・副作用だけでなく禁忌項目、注意点の確認を行う。</li> <li>症状が落ち着いている患者でも異常がないか時間を決めて観に行く。</li> </ul> |
| 【妊産婦 0件】 |   |   |  |
| 【高齢者 0件】 |   |   |  |
| 【小児 0件】  |   |   |  |
| 【その他 0件】 |   |   |  |

## 【2】医療機器の使用に関連した医療事故

平成20年10月1日から平成20年12月31日まで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8件であった。そのうち、呼吸器本体と呼気弁を接続しているチューブが外れた事例が2件、ジャクソンリース回路に人工鼻を接続し患者が喚起不能状態となった事例が1件、ウォータートラップの接続が不十分であったため患者の呼吸状態が一時的に悪化した事例が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29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18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事故例の概要

| No. | 分類 | 事故の程度      | 発生場所     | 事故概要   |
|-----|----|------------|----------|--|
| 1   | 回路 | 不明         | その他      | 人工呼吸器（CV5000）の低圧アラームが鳴り始めたため、看護師Aがアラームを消音にし、看護師Bは患者の吸引を実施した。看護師Aは回路にリークがないか確認し、接続した。しかし、再度低圧アラームが鳴るため、看護師Aは再びリーク部分を確認した。医師はチアノーゼの出現と胸郭の動きから呼吸器が正常に作動していないと判断し、心臓マッサージ等を開始した。看護師Aが回路を確認すると、呼気弁アルファに接続している呼気弁チューブ接続コネクタが外れていた。 |
| 2   | 回路 | 障害なし       | 病室       | 人工呼吸器（ニューポートベンチレータE150）の点検をするため訪室したところ、低圧アラームが頻回に鳴り、気道内圧が1～2に低下し、SpO <sub>2</sub> 61%に低下していた。医師に連絡し、人工呼吸器の酸素濃度設定を0.21から0.5にあげ、人工呼吸器から用手人工呼吸に切り替えた。その後、呼気弁と人工呼吸器本体をつないでいるチューブが外れていることに気付き、再接続した。                              |
| 3   | 回路 | 障害の可能性（高い） | 手術室      | 医師は酸素を投与するため、人工呼吸回路にジャクソンリリース回路（ORジャクソンリリースセット）を接続した。その後、医師がフィルタ付人工鼻を接続したところ、患者が換気不能の状態となり気胸となった。  |
| 4   | 回路 | 障害の可能性なし   | 病室       | 人工呼吸器回路（サーボ900）の水抜きを行い再装着した後にアラームが鳴りSpO <sub>2</sub> が低下した。痰が貯まっていると思い吸引を行ったが、痰は引けず呼吸状態さらに悪化した。人工呼吸器を点検したところ、ウォータートラップがゆるんでいたことが判明した。  |
| 5   | 回路 | 障害の可能性なし   | 救命救急センター | 患者は、人工呼吸器により呼吸管理中であり、抜管に向けてウィニング中であった。患者の体動が著明であったため、両上肢抑制帯とミトンを使用し両下を肢を抑制していた。人工呼吸器のアラームが鳴ったため振り返ると、患者がミトンをしたまま、気管内挿管チューブを自己抜管しているのを発見した。   |
| 6   | 回路 | 障害なし       | 病室       | 患者は人工呼吸器（EVT-2200）を装着し呼吸管理を行っていた。患者には不随意運動が見られ、特に右側臥位の場合には強かった。そのため右側臥位にする場合は患者の腕がチューブに届かないよう体位を工夫していた。人工呼吸器のアラームが鳴り訪室すると、人工呼吸器と気管カニューレが外れていて、左手がカニューレ接続部のところまで届き、人工呼吸器と気管カニューレの接続部が外れた可能性があった。                              |

| No. | 分類    | 事故の程度 | 発生場所 | 事故概要  |
|-----|-------|-------|------|---|
| 7   | 呼吸器本体 | 障害なし  | 病室   | 患者は人工呼吸器（ニューポートベンチレータHT50）により呼吸管理を行っていた。訪室時、患者は、顔面・前胸部に多量の発汗があり、開眼しているが呼びかけに反応がなく、HR = 128 SpO <sub>2</sub> 99～100%であった。テストラングにより確認すると、人工呼吸器のアラームは鳴らなかったが回路に水滴が多く付着し、回路を持ち上げると水がテストラングと呼気回路に流れた。アンビューバックで換気すると数分で患者の意識がレベル改善した。呼吸回路の異常を疑い、蛇管を交換した。その後、PEEP圧は0であったが呼気終末圧が5までしか下がらない状態が続いたため人工呼吸器を交換した。 |
| 8   | 電源    | 死亡    | 病室   | 人工呼吸器離脱訓練を開始したが30分後、患者は、呼吸苦をナースコールで知らせてきた。人工呼吸器（TバードVSO2）を装着したがこの時、電源を入れていなかった。人工呼吸器装着から25分後、呼吸が停止しているのを発見し、緊急コール、アンビュー加圧を開始した。当該病棟では、離脱訓練中は人工呼吸器を外すと電源を切らずにテストバックにつけていた。そのため、看護師は人工呼吸器の電源が入っていると思いこんだ。   |

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     | 2  |
| 酸素供給   | 0  |
| 回路     | 7  |
| 加温・加湿器 | 4  |
| 設定・操作部 | 5  |
| 呼吸器本体  | 5  |
| その他    | 3  |
| 総計     | 26 |

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 1件</b> |   |  |  |
| 1                       | 患者は、毎日、17時～翌朝7時まで人工呼吸器（ベンチレーター740）を装着していた。人工呼吸器装着時、トラブルを示す表示はなかった。18:30看護師が呼吸器のアラーム音に気づき表示を確認すると、「バッテリー充電不可」となっていた。電源コードがAC電源に接続されていることを確認し、アラームを解除すると充電中のランプが点灯した。3時間半後、再び充電不可のアラームが発生したため技士に連絡し、呼吸器を交換した。この間、患者の状態の変化はなかった。本機種は、技士が定期点検、始業点検を行い、異常がないことを確認して使用していた。 | 人工呼吸器は電源を切ってもAC電源に接続されていれば、充電されるという認識を持っていた。呼吸器を外した際、主電源を切っており、電源投入時、バッテリーから起動となることを認識していなかった。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当院で所持している呼吸器で主電源を切った状態でAC電源を接続していても充電されない機種の有無を確認し情報を院内に伝達する。</li> <li>・技士がベンチレーター740を使用している部署で同機種を用いて、充電可能な状態にするための機種の取り扱い方法を説明する。</li> </ul> |
| <b>【酸素供給 0件】</b>        |   |  |  |
| <b>【回路 6件】 他類似事例 1件</b> |   |  |  |
| 2                       | 重症部屋から個室に移動時、呼吸器を動かした際に回路が引っ張られ気管チューブが抜けた。直に再挿入し問題は無かった。  | 呼吸器装着患者の移動時のルールが守られてなかった。注意力が足りず手技が雑であった。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・呼吸器装着患者を移動する時は、数人で声かけし気管チューブの接続を外すよう徹底する。</li> </ul>   |
| 3                       | 人工呼吸器のアラームが鳴り、患児のもとに行くと、ポーテックスが完全に抜けている状態であった。患児は腹臥位で、頭頂部と後頭部に砂のうを置いて布オムツで抑制を実施していたが、発見時、顔は真下を向いていた。抜去されたポーテックスのテープは粘着性も十分であり、よだれで濡れている事もなかった。テープは同日の朝交換していた。再挿管を行い、一時的にマスクラック増量し体動を抑制した。   | もともと浅めのチューブ管理をしている患児であった。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・抜管のリスクが通常より高い事を念頭に活動性を予測した抑制を行う。</li> <li>・活動性があり、抜管のリスクがある場合は的確なチューブ位置について医師と情報交換を行い、より安全な管理ができるように調整する。</li> </ul>                           |
| 4                       | P B 7 2 0 0 装着中の患者の S p O <sub>2</sub> が低下した。リーダーから蛇腹の水がたまっていることを発見した。蛇腹の水を抜くと S p O <sub>2</sub> が上昇した。  | 蛇腹の水を定期的に抜くことを忘れていた。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・水を抜かないことで、窒息や気道熱傷が起こり得ることを再認識し、バイタルサインのチェック表に蛇腹の項目を付け加えチェックすることで忘れないように徹底する。</li> </ul>  |

| No.                         | 具体的内容  | 背景・要因   | 改善策  |
|-----------------------------|--|---|--|
| 5                           | D P A P を装着中の患者。加湿加湿器の水を補給した後、回路が加湿加湿器本体に接続されていないことを他の看護師が発見した。担当者は水を補給してその場を離れた後、患者の元へは戻っていなかった。発見されるまで40分ほどの間、加湿されていなかったと考えた。    | 本体に入っていた水を捨て、新しい水を入れて温度が適温に下がるのを待ち、再び接続した。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>回路をはずした際は、患者の側を離れる前に必ず指差し確認をし、回路が正しく本体に接続されていることを確認する。</li> </ul>   |
| 6                           | 別な看護師より、加湿器の蒸留水が減っていないことを申し送られた。加湿器の温度が38.9度であったため、MEに連絡し、点検してもらい加湿器を交換するが変化なく、再度点検依頼し確認したところ、回路の組み立てが間違っていたことに気付いた。               | 患者が急変し、病棟看護師が呼吸器を組み立てた。その後MEへ連絡しなかった。休日体制で仕事していたので、忙しかった。毎朝MEは呼吸器点検に病棟ラウンドしているが、その後に呼吸器を使用した場合連絡をしなかったため点検できていなかった。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>改めて、呼吸器装着時MEへ連絡するように、病棟へ文章で周知した。</li> </ul>   |
| 7                           | 呼吸器（ベア1000）使用開始した。ベア1000用の滅菌パックされた蛇管を使用した。約2週間後、他患の使用したサーボの蛇管を整理している際、1本がベア1000の蛇管であることに気付き使用中のベア1000の蛇管を確認すると1本がサーボの蛇管であることに気付いた。 | サーボとベア1000の蛇管は長さが15センチ程度違う事と、小さく表記された物品番号が違うのみで外観は同じで間違えやすい状況であった。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>翌日担当医に報告し蛇管全体を交換した。</li> <li>スタッフに対し識別の仕方をカンファレンスの場で伝え、カンファレンスノートへも記載しておく。</li> <li>滅菌依頼物品を置く場所に間違えないよう注意を促す文を掲示する。</li> <li>救命センターでの呼吸器管理に関する知識と日常の機器管理を徹底していく。</li> </ul> |
| <b>【加湿・加湿器 4件】 他類似事例 0件</b> |  |   |  |
| 8                           | 心不全、呼吸苦にて23時よりBiPAP装着した患者。次勤務者のリーダーラウンド時に加湿加湿器の電源が入っていない事を指摘された。   | BiPAPに加湿加湿器があるのは理解していたが、電源を入れるまでの流れを忘れていた。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸器開始時には一連の流れとして行なうよう心がける。</li> <li>加湿加湿器の重要性を再認識する。</li> </ul>   |
| 9                           | 気管切開の手術に出棟していた患者が帰室し、医師が人工呼吸器を接続した。その後人工呼吸器チェック表をもとに呼吸器設定を確認したが、加湿器の確認を十分にせず、勤務交代時に人工呼吸器の加湿器の電源が入っていないことを次勤務者が発見した。                | 加湿器の電源を入れ、患者の呼吸状況の観察を行う。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>人工呼吸器の確認方法を再確認し、加湿器の電源が入っているかを確認していく。</li> <li>人工呼吸器の加湿器の目的を再確認し、意識を持って観察を行う。</li> <li>自身の傾向として慌てているときに見落としがあることを再確認し、日々の観察、確認を1つ1つ確実にやっていく。</li> </ul>                     |
| 10                          | 呼吸器離脱したため、一旦呼吸器の電源を切った。再度呼吸器を装着するため、ダブルチェックにて確認するが、ひと通り読み上げてもらうも、加湿・加湿器を見ておらず、午後のMEのラウンドにより発見された。4時間強電源が切れていた。                     | 加湿・加湿器を確認していなかった。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>項目にあわせてきちんと確認する。</li> <li>ラウンドした際に、定期的に全体の設定を確認する。</li> </ul>   |

| No.                         | 具体的内容  | 背景・要因  | 改善策   |
|-----------------------------|--|--|---|
| 11                          | 人工呼吸器装着中の患者に対し、準夜帯から深夜帯にかけて、人工呼吸器の加湿に関する観察・管理を怠り、日勤看護師の指摘により、加湿器内の注射用水が空の状態であったことに気付いた。その後、加湿器に注射用水を補充したものの呼吸状態が悪化し、気管支鏡実施すると気管チューブ内が痰により閉塞していたため、経鼻にて再挿管した。   | 前勤務者から引き継いだ時から日勤帯の看護師に引き継ぐまで、人工呼吸器の加湿の方法と加湿が適切に行なわれているのかを確認していないため、人工呼吸器の管理ができていなかった。気管チューブから吸引する際、痰が固く、閉鎖式の吸引チューブが挿入しづらいつ感じながらも、口腔・鼻腔・カフ上部から多量の痰が引けてきており、血ガス上のデータも良好であったことに安心してしまい、その状態が異常であると判断できなかった。救命センターで作成した呼吸器管理に関する約束事項について「説明はされたと思うが、存在自体を覚えていなかった」と話す。作成されたマニュアルが活用されていなかった。先輩看護師との人間関係は良好だが、今回、痰の粘稠性が強くなっているという変化を相談しなくて良い事項として考えてしまった。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>人工呼吸器回路と加湿に関する知識が不足しているため、人工呼吸器回路と加湿に関するレポートをまとめ、知識を修得し、今後人工呼吸器を装着している患者を受け持つ時は必ず加湿が適切に行なえているのか確認する。</li> <li>痰が固く、吸引チューブが挿入しづらいことが異常であるということを確認するとともに、加湿が適切に行なえているかを確認し、必要時には加湿の方法が適切であるのか検討する。</li> <li>自分自身で判断できない時は、必ず先輩の看護師に相談し、独断で行動しない。</li> <li>細かい状態の変化も相談・報告する習慣がつくよう、繰り返し指導する。</li> </ul> |
| <b>【設定・操作部 3件】 他類似事例 2件</b> |  |  |   |
| 12                          | PEEP設定を0にしてCVPを見ようとしたところ、トリガーを0にしてしまい、換気がない状態に反応し過換気となってしまった。看護師が気づき、医師へ報告、トリガーを元に戻し状態は元に戻る。   | 人工呼吸器の設定を戻し、状態を観察した。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>人工呼吸器の設定変更の時は、設定項目と設定値の確認をし、その患者に妥当な変更かどうか十分に検討し行う。</li> <li>第三者の確認を行う。</li> </ul>   |
| 13                          | 救命センターICU入院中の男性患者の呼吸状態が改善しないため、呼吸器の回路、設定、SpO <sub>2</sub> など低下ないかを確認したが問題なかった。3時間後時すぎSpO <sub>2</sub> は96%まで低下したため、装着しなおし吸引を行うとSpO <sub>2</sub> は97%へ上昇した。その後もSpO <sub>2</sub> が低下したため、吸引を行い、TV、呼吸回数、回路のゆるみなど確認し、レントゲン撮影を実施するも問題なかった。主治医と原因を探していると主治医がFiO <sub>2</sub> が0.2になっていたのを発見した。(指示の設定は0.4であった)元の設定へ変更するとすぐにSpO <sub>2</sub> は99~100%まで上昇した。FiO <sub>2</sub> が変更になっていた原因は不明であった。 | 最終確認で呼吸器の回路、設定を確認したのがCTから帰室した時のみで、SpO <sub>2</sub> が低下した時は回路、TV、患者の確認は行ったが設定の確認を行っていなかった。また、原因検索を行う上でのアセスメント能力に欠けていた。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸器装着の患者はSpO<sub>2</sub>の低下が見られた時は、TV、呼吸回数、回路吸引、肺の状態だけではなく、呼吸器設定の確認も必ず行う。</li> <li>原因検索を行う時のアセスメントを行えるように再度学習を行う。</li> </ul>   |

| No.                        | 具体的内容  | 背景・要因  | 改善策   |
|----------------------------|--|--|---|
| 14                         | IPAPを27に設定したが実値17~18であったため、医師の指示にてIPAPを34に設定した。医師からもマスク脇からのリークが考えられるとの説明を家固定を強化した。リークの原因を業者に確認し、圧センサーと加湿器の水を破棄したところ、実値27~28まで上昇みられた。勤務交代時にセンサーの水滴を確認していたが、家族と確認した際にやや水が貯まっていた。   | 勤務交代時にセンサーの水滴は確認していたが、確認が十分ではなかった。リークがあると分かった時点で圧センサーの水滴を再度確認する必要があった。                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>勤務交代時にセンサーの水滴は確認していたが、その後の確認が足りなかったことを両親に謝罪した。</li> <li>今回は、医師の最初の指示通り（IPAP27）程度の圧が実値でかかっていたため問題なかったが、圧センサー感知不良に気付かなければそれ以上の圧をかけてしまう恐れもあったため、今後は頻回に圧センサーの水滴を確認する。</li> </ul> |
| <b>【呼吸器本体 3件】 他類似事例 2件</b> |  |  |   |
| 15                         | ニューポートE100の無呼吸アラームが頻回になっていた。前勤務帯から呼吸が浅くトリガーがかかりにくく、アラーム頻回であるとの伝達があり、体位調整、覚醒促しながら看護師2名で経過観察していた。MEに点検依頼すると、トリガー設定が6→20まで上昇していた。ベッドサイドでの前勤務者との送りでは設定に問題なく、他の人が触った形跡はなかった。  | 慣れない人工呼吸器管理であり、知識が不十分であった。分からないことは先輩看護師に確認しながら行っていたが、曖昧な知識であった。医師に報告はしたが直ぐ来れず、前勤務者からの送り通りの対応をしていた。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>MEに聞くなど確実な知識を持って管理に当たるように心がける。</li> <li>呼吸の観察に努めたが、MEを呼ぶ対応を速やかに取ることを念頭に置いておく。</li> <li>今回の原因は不明であるが、今回起こったことと、それによって得た知識をもち同じ過ちを起さないように学習に努める。</li> </ul>                    |
| 16                         | 人工呼吸器（E500）アラームが鳴っており、確認に行くと、液晶モニターが消え、パネルと呼吸器本体の間より白煙があがり、焦げ臭いにおいがたちこめているのを発見した。患者のバイタルサインに変化無く、直ぐにジャクソンリースによる手動換気を行い、リークテストを行った呼吸器に変更すると共に、ME当直者、ICU指導医、夜勤係長へ報告し、ICU指導医により呼吸状態とバイタルに異常のない事確認された。MEにより原因を調べる為、呼吸器を点検に出した。 | 点滴や、水滴等の影響がある場所での設置ではなかった。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>MEセンター、業者により原因を追求する。</li> <li>機械は故障する可能性があるものという意識で、人工呼吸器管理の患者にすぐバック換気ができるように環境整備を行ってゆく。</li> <li>院内のE500を使用する各部署へ注意喚起を行う。</li> </ul>  |
| 17                         | 呼吸器を装着したが、深夜の初回ラウンドで呼気のフィルター用ヒーターの電源が入っていないことに気が付いた。   | 発見時に電源を入れ、蛇腹に水滴が溜まっていないことを確認した。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸器始動時は全ての電源を確認する。</li> <li>回路の意味を理解する。</li> </ul>   |
| <b>【その他 1件】 他類似事例 2件</b>   |  |  |   |
| 18                         | 換気不全にてDPAPとRTX使用の患児の呼吸器装着時間が本日より変更となっていた。次勤務者と装着時間を確認したところ2時間DPAP装着をし忘れていたことに気付いた。   | 医師に確認し、経過観察となる。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>体交表が変更になった場合には、前後の勤務者とダブルチェックを行う。</li> <li>体交表を誰が見ても見やすいように、表を作成する。</li> </ul>   |

### 【3】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10月1日から12月31日までに報告された輸血療法に関連する事例について、「検体取り換え」、「患者取り換え」、「製剤取り換え」、「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、注射器に準備された血液製剤を取り換え、別の患者の血液製剤を投与した事例が1件、採血をする際の検体の取り換えが1件、血液製剤が接続されたラインを洗浄用のドレーンに接続した事例が1件であった（図表Ⅲ-2-10）。

#### (2) 輸血療法に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第29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、「検体取り換え」、「患者取り換え」、「製剤取り換え」、「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-2-11）。報告された事例の中から30件の事例概要を図表Ⅲ-2-12に示す。

図表Ⅲ - 2 - 10 輸血療法に関連した医療事事故例の概要

| 番号 | 発生段階 | 事故の程度    | 事例概要   |
|----|------|----------|--|
| 1  | 準備段階 | 障害の可能性なし | 患者A（O型）と患者B（A型）にMAPの指示があり、2人分の輸血製剤をほぼ同時刻に準備した。医師と看護師が確認し、注射準備台を別々にして、それぞれの受け持ち看護師が複数の注射器に分けて準備した。2人の患者とも1本目は医師と看護師がベッドサイドで確認し、シリンジポンプを使用して、ほぼ同時刻に輸血製剤の投与を開始した。患者A（O型）の1本目の輸血製剤が終了し、ポンプのアラームに気付いたリーダー看護師は、注射器に準備された患者Bの輸血製剤（A型）を患者Aの輸血製剤と思い込み、受け持ち看護師に渡した。受け持ち看護師はその注射器が誰の製剤であるかを確認せずポンプに接続した。患者Bの受け持ち看護師は、患者Bの輸血の投与量が120mLであるはずが、ポンプの積算量が70mLしかないことに疑問を持ち、確認したところ、患者B（A型）の輸血製剤が患者A（O型）に投与されたことがわかった。 |
| 2  | 検査段階 | 障害なし     | 化学療法目的で入院中の患者に対し、血液型の検査を行っていなかった為、採血指示が出された。日勤看護師が採血を試みたが、患者の採血に適した血管が見つからず、夜勤看護師が代わりに採血を実施した。翌日患者の血液型は報告書にB型（+）と記入され病棟に報告された。2週間後に赤血球濃厚液2単位の輸血指示を出す際、医師が患者に血液型を確認すると「A型です」と返答した。しかし検査結果がB（+）であったため、医師は輸血伝票にB（+）と記入した。その後輸血部に、交叉血はA（+）だが伝票にはB（+）となっており、報告書と交叉した血液の血型が違うことを指摘された。採血する際、検体ラベルと患者の氏名を確認していなかった。   |
| 3  | 実施段階 | 障害の可能性なし | 腹腔内持続洗浄は、生食500mLに輸液セット+三連プラネクタ付き延長チューブを接続したものをプリーツドレンチューブのコネクターに接続して、輸液ポンプを用いて行われていた。担当看護師は誤って腹腔内持続洗浄用ラインのプラネクタに血小板輸血ラインを接続し、血小板を患者に約100mL投与した。洗浄ラインが短いため延長する必要があり、本来使わないプラネクタを洗浄ラインにつなげていた。看護師は血小板を接続する際、ラインの穿入部から接続部まで確認しなかった。また、ラインの途中に「洗浄用」と書かれた緑色テープを貼っていたがそれも見落とした。患者の右側に末梢ライン、洗浄ライン、透析ラインが留置され、末梢ラインと洗浄ラインは同じ点滴棒にかけられていた。   |

図表Ⅲ - 2 - 1 1 輸血療法に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

|      | 取り違い            |    |    | 製剤<br>間違い | 製剤量<br>間違い | 速度 | 保存・<br>保管 | 手技・<br>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          | 0  | 0         | 0         | 0  | 0  | 3   | 4  |     |
|      | 指示受け・<br>申し送り段階 | 0  | 0  | 1         | 0          | 3  | 1         | 0         | 0  | 0  | 7   | 12 |     |
|      | 準備段階            | 2  | 5  | 1         | 0          | 3  | 0         | 44        | 3  | 0  | 0   | 59 | 117 |
|      | 検査段階            | 2  | 1  | 0         | 0          | 0  | 0         | 0         | 7  | 0  | 0   | 2  | 12  |
|      | 実施段階            | 0  | 2  | 0         | 0          | 2  | 26        | 0         | 0  | 0  | 0   | 16 | 46  |
|      | 実施後の<br>観察管理段階  | 0  | 0  | 0         | 0          | 0  | 0         | 0         | 0  | 0  | 0   | 3  | 3   |
|      | その他             | 0  | 0  | 0         | 0          | 0  | 0         | 1         | 0  | 0  | 0   | 3  | 4   |
|      | 合計              | 4  | 9  | 2         | 0          | 8  | 27        | 45        | 10 | 0  | 0   | 93 | 198 |

図表Ⅲ - 2 - 1 2 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>【検体取り違え 2件】 他類似事例 2件</b> |  |  |   |
| 1                           | 入院時の採血指示にはなかったが、ついでにクロス用検体も採血して、検体容器に氏名を記入して冷蔵庫に入れた。この時、もう一本、他の患者の検体も入っていた。その後、輸血指示が出たのでオーダーしてラベルを貼って提出した。検査課で検査を進めている際に副試験（+）と出たため、血液型を再検すると別の血液型であること、検体に記入されている氏名とラベルの氏名が違うことを発見した。   | 患者間違い防止のため、クロス用採血は時間をずらして採血するという知識が不足していた。この病棟では、指示のない患者でもクロス用を採血し、保管しておくことが時々あった。患者に何回も苦痛を与えるよりも一度に採血した方がよいと考えているスタッフがいた。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>輸血マニュアルを遵守する。</li> <li>院内輸血研修受講する。</li> <li>指示前のクロス用採血、冷蔵庫保管をやめる。</li> </ul>                             |
| 2                           | 病棟より自己血の交叉試験が提出された。（-）が期待される結果において（+）の判定であったため検体の名前、パイロットチューブのナンバー、各々の血液型を再確認した。その結果書式に間違いはなかったが、パイロットチューブの血液型が本人のものと一致しなかった。  | 当日貯血した他患者の自己血からパイロットチューブを分離し提出した。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>交叉伝票に患者ID一式の他に自己血のID番号を持参する。</li> <li>分離したパイロットチューブのID番号を必ず交叉伝票と照らし合わせて同一であることを確認して提出する。</li> </ul>      |
| <b>【患者取り違え 2件】 他類似事例 7件</b> |  |  |   |
| 3                           | 医師より当日血小板輸血の指示が出た。外来待合室にて患者の名前をフルネームで3回呼んだ。患者が返事をしたので「○○○○様ですね」と聞いた。患者を点滴室に誘導し、点滴室看護師に送りし、バイタルサイン測定と交差血採血を依頼した。その後検査室より、輸血依頼伝票の血型と交差血の血型が違うと連絡があった。患者に名前を確認すると、違う名前を名乗り、患者間違いであることに気付いた。患者は自分のベットに書かれた名前が違うのに気づき、後で聞いてみようと思っていたと話した。 | 患者確認が不十分であった。患者はフルネームで何度も呼ばれたが、難聴で聞こえていなかった。本来輸血をすべき患者も外来待合室で待っていたが、同じく難聴があり、自分の名前が呼ばれたことに気付かなかった。フルネームで患者確認は行ったが、会話の中で難聴があるとわかった時点で、他の患者確認方法（自分で名乗ってもらう、基本ファイルの名前を見せて確認する）をしていない。患者との会話の中で、輸血に関して理解不足があると感じた時点で、患者間違いではという認識が出なかった。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>患者確認を行う際はフルネームで確認すると同時に、自分で名前を名乗ってもらう。</li> <li>基本ファイルを患者に見せる。</li> <li>受付番号表の名前を確認する方法を併用する。</li> </ul> |

| No.                           | 具体的内容   | 背景・要因   | 改善策   |
|-------------------------------|---|---|---|
| 4                             | 手術中の大量出血に対し、麻酔科の医師が手術室の端末よりアルブミン 4V をオーダーした。その後、他の医師が同じ端末を使用したため、他の患者の画面になっていた。患者出血量が増加し、初回オーダーの 15 分後に麻酔科の医師は同画面（他の患者の画面）から赤血球ならびに血漿の追加オーダーをした。その結果、他の患者の輸血がオーダーされた。輸血部に輸血取り寄せの電話をしたところ手術中の患者の輸血オーダーが無く、代わりに他の患者のオーダーが発生している事が判明した。麻酔科が端末を確認し、他の患者の画面への移行を確認し、正しいオーダーを入力するとともに誤ったオーダーを取り消した。 | 出血量が増加している状況下で急いでいた。15 分程度の短時間で他の医師の使用はないと思い込んでいた。オーダー画面の確認が不十分であった。黒画面で新患者 ID 入力後も他の患者のオーダーが出来る仕様であった。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>十分な確認を行う。</li> <li>黒画面と WINDOWS の窓画面の患者が違って別々に操作できてしまうため画面の改善を検討する。</li> </ul>                                     |
| <b>【製剤取り違い 1 件】 他類似事例 1 件</b> |   |   |   |
| 5                             | 術中、医師より「凍結血漿全部ください」と口頭指示を受けた。FFP の残りが 10 単位あり「残りの 10 単位解かしますね」と言ったが、医師の返事を確認せずに FFP を解凍し、医師に渡した。医師から「血小板ください」と言われ、聞き間違えていたことが判った。FFP は、帰室後使用することとなった。   | 確認が不十分であった。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>口頭指示は、必ず復唱し確認する。</li> <li>輸血使用の確認を行う。</li> <li>口頭マニュアル指示受けマニュアルを徹底する。</li> </ul>                                   |
| <b>【製剤間違い 0 件】</b>            |   |   |   |
| <b>【製剤量間違い 2 件】 他類似事例 6 件</b> |   |   |   |
| 6                             | 輸血用製剤箋で 1 単位の R C C の指示を受けた臨床検査技師が、いつも指示の多い 2 単位でクロスを行った。輸血検査結果報告書には 2 単位でうちだされた。病棟看護師が受け取りに来た時、輸血検査結果報告書で確認して持ち帰り、病棟でも医師と輸血検査結果報告書で確認した。施行前に電子カルテの指示を確認したが単位は確認せずに 2 単位を実施した。  | 臨床検査技師が思い込みでクロスを行った。受け取る時に、輸血用製剤箋を持参して確認しなかった。施行までの過程で輸血検査結果報告書で確認を行った。施行前、電子カルテで指示の確認をした時確実にしなかった。     | <ul style="list-style-type: none"> <li>検査技師は指示をチェックしながら、声出し確認を行う。</li> <li>受け取りには輸血用血液製剤箋を持参し、それで確認する。</li> <li>施行前には電子カルテの指示をダブルチェックで声出し確認する。</li> </ul> |

| No.                      | 具体的内容  | 背景・要因   | 改善策   |
|--------------------------|--|---|---|
| 7                        | 発熱が続いていたため輸血開始の直前に抗菌薬が変更になった。MAPが2単位準備されていたので2単位投与すると思ひ込み、交叉試験適合用紙と製剤は確認したが指示実施表は確認しなかった。輸血開始時に流量を医師と確認したが総量、指示量を確認しなかった。準夜勤帯で患者の母親より予定量より過剰投与されていると申し出があり、指示実施表を確認したところ予定量が過剰に投与されていることが判った。                                | 指示実施表で指示量を確認しなかった。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>輸血開始時に医師とともに予定量を指示実施表と照らし合わせて確認することを徹底する。</li> </ul>   |
| <b>【速度 5件】 他類似事例 22件</b> |  |   |   |
| 8                        | 超低出生体重児の入院後、輸血の指示が出た。輸血開始時に看護師Aが2.5mL/hの速度で5mL注入の指示を受け、RCC（赤血球濃厚液）を指示量より1.2mL多くシリンジに詰めて施行した。施行後すぐに医師は5mL/hの速度に変更したことを看護師Aに伝えた。看護師Aは担当看護師Bが他の業務を終え戻ってきたので、速度変更のことで、1時間でRCCを終了することを伝えたが、タイマーをかけなかったため、シリンジに多めに詰めていた輸血が全て投与された。 | 勤務交代時における連絡に不備があった。指示を受けた時点で何mLで終了するのか確認しなかった。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>重大なミスにつながるような処置（輸血、化学療法等）では、担当看護師が始めから最後まで責任を持って実施する。</li> <li>指示を受けたら必ず時間計算してタイマーをかける手順の徹底する。</li> </ul>  |
| 9                        | 2単位4時間でFFP投与指示があり、MAPの側管より併用して投与していた。約3時間で滴下終了していた。  | MAP、FFPが同時に投与されていたため、滴下速度が変化しやすい状態だった。患者状況が落ち着かず、処置・投与薬剤も多いことから多忙であり、細かい確認が行えなかった。        | <ul style="list-style-type: none"> <li>MAP・FFPが同時に投与されている時には、濃度の違いから新たなものを接続したときなど滴下速度が変化する可能性があるため、適宜滴下速度の確認を行う。</li> <li>処置が多く、作業が煩雑になりやすい状況であり、細かい確認が行えないことが予想されることを念頭において、最低限行うべき確認事項を念頭に入れてベットのサイドケアを行うようにする。</li> </ul> |
| 10                       | 手術前日に患者の自己血を返血する際、指示量100mL/h、積算量を400mL/hとセットしたつもりが、指示量と積算量が逆になってしまい、400mL/hで投与した。  | 輸液ポンプにセットする際、注意が足りなかった。院内で輸液ポンプがメーカーは統一されているものの、機種の違いができて、輸液ポンプにより流量画面と積算画面の設定の方法が異なっていた。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>機種の統一を図る。</li> </ul>   |

| No.                         | 具体的内容  | 背景・要因   | 改善策   |
|-----------------------------|--|---|---|
| 11                          | F F Pの指示はなく、看護師が入力した掲示板にF F Pをメインとして使用することと80mL/hで滴下する指示が記載されていた。ポンプチェック時に、血液のバッグには速度の記載がされていなかった。そのため、前勤務者にメインはの滴下速度を確認し、バッグに80mL/hと記載した。次に準備した血液も18時から80mL/hで滴下していた。21時頃、オーダーされている血液の量では夜間に不足してしまうことに気づき、医師に確認したところ、F F Pは日中から60mL/hで滴下し、翌日まで継続する指示であった。                     | 前勤務者に確認する際、口頭での確認しかなかったため、曖昧になった。勤務交替とCHDF導入直後が重なり、慌しかった。変更された指示の入力がなく、掲示板入力での確認であった。またそれも変更されていなかった。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 点滴速度を再度確認する。</li> <li>• 点滴速度を確認する際は、看護師が口答指示を受け入力した掲示板ではなく、指示簿で確認するようにし、入力がなければ医師に依頼する。</li> </ul>                           |
| 12                          | 輸血開始後、観察目的で訪室すると輸血セットの滴下筒内で血液が伝い落ち、滴下が数えられなかった。滴下筒がやや斜めの位置の状態であったため垂直にするとしばらくは滴下がわかったが、再び伝い落ち始めて滴下が目視できなくなった。滴下はしているため頻回に訪室して滴下具合を確認し輸血を終了した。後日メーカーに報告、確認したところ、他施設からも同様の報告があり、1mLが15滴から20滴に変更になったことにより1滴が少なくなったため、滴下筒内を伝いやすくなったとのことであった。すでに滴下筒の内部を改良したものがメーカーから出され当院にも納入されていた。 | メーカーから不具合の報告がなく院内に周知されていなかった。メーカーから製品を改良したことを周知できていなかった。院内に2種類の輸血セットが混在していた。                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• メーカーに情報提供を必ずしももらうようお願いした。</li> <li>• 院内の製品が変わった時は必ず周知をする。</li> <li>• 不具合情報の報告を行う。</li> <li>• 院内周知により情報の認識と共有化を図る。</li> </ul> |
| <b>【保存・保管 6件】 他類似事例 39件</b> |  |   |   |
| 13                          | 手術が終わり残った輸血をICUへ搬送するため、輸血搬送用のボックスに輸血を入れたが、氷の上に直接置いてしまった。数分後、ICUで申し送りをする際、ICUの看護師に指摘され気づき、破棄することとなった。   | 氷の上に直接置くと、凍結され、解凍されたときに成分が変わり、投与されればショック反応を起こすという知識が当事者に不足していた。                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• マニュアルを再度確認し行動する。</li> </ul>  |
| 14                          | 血液製剤を、誤って落とし、製剤を破損した。  | 夕方、やや急いでいた。体調不良が不良であった。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 冷蔵庫に製剤を入れる時は、トレイに入れた状態で入れる運用を実施する。</li> </ul>  |

| No.                        | 具体的内容   | 背景・要因   | 改善策   |
|----------------------------|---|---|---|
| 15                         | 実施予定のFFP（新鮮凍結血漿）を受領した。血液検査の結果、FFPは当日には投与しないことになったが、そのまま病棟の冷凍庫で保管した。次の日輸血部より電話連絡あり、保存方法が間違っていたことが判った。  | 保存方法が間違っていたため、FFPは破棄しなければならなくなった。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>受領後すぐに使用しない新鮮凍結血漿は、輸血部に返却する。</li> <li>新鮮凍結血漿は-20℃以下で保存しなければいけないことを周知徹底する。</li> </ul>   |
| 16                         | MAP2単位を投与しようとしたが、1単位分だけ針によって袋が破損した。   | 針を刺す時に袋の固定をしっかりとしていなかった。針を刺した後の確認が不足していた。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアルを確認する。</li> </ul>   |
| 17                         | フリーザーの温度チェック実施したところ、-14℃に上昇していた（通常は-20℃）。この際、警報アラームスイッチがOFFであったため警報音は鳴らなかった。3時間後にFFP-LR2 3パックを入庫する際、フリーザーの温度を確認せずに保管して、結果的に破損となった。この時の温度記録装置では、-4℃前後であり破損と判断された。                  | 発生時は、経験の乏しい技師が大量出血の患者の対応に追われていた。フリーザーの温度チェックをした時、その数値の意味を正しく認識できなかった。警告アラームのスイッチがOFFの状態であり、異常と認識されなかった。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>製剤は破損処理をした。</li> <li>フリーザーは故障したため修理を依頼した。</li> <li>主任会議に報告し全員への周知徹底する。</li> </ul>  |
| 18                         | 手術（TKA）予定の患者に入院前自己血採血を内科受診に合わせて外来で採血した。医師は自己血の有効期限を十分把握せずに指示し、看護師は手術日を把握しないで介助した。そのため、手術日に自己血の使用期限が一日切れてしまった。   | 医師が自己血の有効期限を十分把握せず指示を出した。看護師は手術日を把握しないで介助した。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>自己血採血時は、手術日と有効期限を把握してから行う。</li> </ul>  |
| <b>【手技・手順 4件】 他類似事例 6件</b> |   |   |   |
| 19                         | 患者の血液型検査の時、血型採取用紙の抗A・抗Bに垂らす液体を介助者が逆に垂らしたことを気付かず血液を垂らしてしまった。   | 検査液が逆になっていることなどを考えもせず、血液を垂らす際チェックしなかった。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>血液を垂らす際必ずチェックする。</li> <li>間違いなどないではなく、間違っているかもしれないということを常に念頭に置き、チェックを怠らない。</li> </ul>  |
| 20                         | 休日に輸血指示が出て、事務当直が血液を頼んだ。血液が来たので、事務当直は日直副看護師長に連絡した。日直副看護師長は病棟に連絡し、血液を病棟に渡した。病棟は看護師、医師が確認し交差試験の欄が空欄であったが、赤血球濃厚液を開始した。検査科から病棟に電話があり、交差試験をせずに輸血を開始したことに気付いた。血液は30mL入っていたが、患者には異常はなかった。 | 事務当直は、交差試験が必要な血液は検査科に持って行く事になっていたがマニュアル通りにしていなかった。日直副看護師長はマニュアルを熟知していなかった。日直副看護師長は病棟に払い出す時に、病棟看護師と交差試験の確認をしていなかった。病棟での確認作業で医師、看護師共、交差試験の確認をしていなかった。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>医事当直に「休日の輸血の取り扱いマニュアル」の遵守を徹底する。</li> <li>事故の概要を伝え、マニュアルを確認して作業するようメールで発信した。</li> <li>マニュアルを知っているか、事務当直する人へ一人ずつ確認作業を行った。</li> <li>「医療安全だより」で事故が起こったことを伝え、病棟スタッフ、医師に輸血施行時の確認作業の徹底を傳達した。</li> </ul> |

| No.                       | 具体的内容   | 背景・要因   | 改善策   |
|---------------------------|---|---|---|
| 21                        | 術中に出血が多かったことから、病室帰室後に輸血を使用する指示があった。19時30分頃の依頼だったが、検査技師から準備終了の連絡があったのが21時頃だった。その後、医師と確認しながら開始したところ、検査技師より中止してほしい旨の連絡が入った。検査技師に問い合わせると照射していない血液かもしれないという返事であった。濃厚赤血球には照射済みのシールが貼ってあった。開始直後だったため、患者には投与されなかった。 | 病棟では、照射済みの確認は検査技師からの手書きの情報しかない。事前にオーダーしてあったにも関わらず、輸血開始までの時間がかかりすぎた。夜間であったため、スタッフも少数であることから、病棟と血液保管庫の数回の往復は時間も人手もかかっていた。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>検査技師の手順の再徹底する。</li> <li>照射が済んでいるかどうかの表記方法を改善する。</li> <li>病院だけでは改善しないが、照射後の血液に関して、輸血バックのどこかの色を変更するなどの改善が必要である。</li> </ul> |
| 22                        | 血液製剤の放射線照射終了（15時30分頃）後、血液照射装置から取り出すのを忘れたまま業務を続けた。担当者は、業務チェックリストの最終確認を怠り業務を終了し、血液製剤をそのままにしてしまった。19時30分頃、病棟より製剤が供給されていないとの電話が当直者にあり、血液照射装置を確認すると血液製剤がそのままであった。当直者は払い出し処理を行い、病棟に払い出した。                         | 確認が不十分であった。慌てていた。照射装置が検査室から離れた場所に設置してあった。作業マニュアルに不備があった。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>業務チェックリストの最終確認を徹底した。</li> <li>照射装置が検査室より離れているため、照射終了の合図のためタイマーを使用することとした。</li> </ul>                                     |
| <b>【結果判定 0件】</b>          |   |   |   |
| <b>【その他 8件】 他類似事例 85件</b> |   |   |   |
| 23                        | 透析患者に対し、非透析日にカリウム吸着フィルターを使用し輸血4単位を投与する指示があった。準備段階より、受け持ち以外の看護師に依頼するが輸血2単位終了直前までカリウム吸着フィルターを使用していない事に気付いた。患者への影響は輸血血液内のカリウムによる影響が出る可能性があった。  | 透析患者へ非透析日に輸血を実施する時は、輸血用血液中のカリウムを体内に入れないよう吸着フィルター付きラインを使用することになっていた。使用についてはこの症例が初めてであった。前々日、前日の朝の全体朝礼で、師長、主任より説明があったが、実施した看護師は、勤務時間の都合上、2回とも伝達を聞いていなかった。使用について、情報が周知されていなかった。当事者に輸血を依頼した看護師は説明を聞いていたが、依頼時には確認しなかった。受け持ち患者の処置に関しては基本的には受け持ちが実施することになっているが、受け持ち看護師は他の患者の対応をしていたため、手が空いていた別の看護師に依頼した。実施した看護師は入職3ヶ月であり、依頼した看護師は入職6ヶ月目であった。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>特殊な治療について、情報が伝わらない場合のことも考へ通常の輸血ラインの箱や患者のカルテ表紙などに注意喚起をする。</li> </ul>  |

| No. | 具体的内容   | 背景・要因   | 改善策  |
|-----|---|---|--|
| 24  | 手術に持参する自己血輸血の依頼書を前日提出していたが当日別のスタッフが手術出しを行い、自己血の保管場所、受け渡し場所を確認していなかったために持参されずに施行されてしまった。術中、自己血がないことが発覚したが手術は終了した。手術後、病棟で自己血を投与した。  | 手術前日自己血について最後まで処理を行わなかった。スタッフ間の伝達が不足していた。処理がはじめてだったのに1人で処理してしまった。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>初めての業務や疑問に思ったことは、必ず、相談し確実にできるようにする。スタッフ間に正確な情報提供を行う。</li> </ul> |
| 25  | 悪性リンパ腫で、翌日末梢血幹細胞採取予定の患者に、血小板10単位輸血の指示があった。準備段階で、輸血バッグに血小板輸血セットを接続したが、刺入方向が狂い液漏れを生じたため、一旦輸血セットを抜き、破損部位をコッヘルで止めた。予備の接続部に輸血セットを接続し、輸血を開始した。主治医が、病室巡回時にコッヘルで止められた状態の輸血バッグでを見かけ、感染の危険性大と判断し、投与を中止した。   | 中途採用者、既卒採用者、勤務移動者等は、血液疾患患者の感染予防対策を熟知していなかった。過去に行ってきた対処方法をそのまま実施した。大丈夫だと思い、疑問に感じなかった。血小板輸血を早く実施しようと思い、慌てていた。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>勤務移動者等に対する作業マニュアル作成する。</li> <li>感染管理に関する勉強会の実施する。</li> </ul>    |
| 26  | 3日後に輸血を予定して、医師が輸血オーダー登録を行った。検査室にO型と印字された血液製剤依頼票（システム出力）が届いたので、過去の血液型データを確認すると、検査室の輸血システムに登録されている血液型はAB型であった。通常、血液型検査を実施すると結果は患者基本画面と輸血オーダー画面に登録されるはずが、患者基本画面には、2000年の結果が反映されず不明となっていた。患者基本画面、輸血オーダー画面ともに検査結果の登録以外で血液型は変更出来ないはずであるため、原因は不明である。直ちに主治医に血液型検査を依頼し、この検査でAB型であることを再度確認した。システム障害をオーダーシステムのメーカーへ連絡した。 | PCシステムの不具合は原因が不明と回答があり問題が明確にならない。夜間であろうと手順通りに実施したことで、機械的な不具合による間違いも防ぐことができた。                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアルの遵守する。</li> <li>職種間の良好な連携を維持する。</li> </ul>                 |
| 27  | 出血性のショックで連日、輸血を実施している患者に対して、輸血を行うとした際、輸血用専用ポンプラインで実施するところ、誤って一般用輸液ラインで実施してしまった。   | 確認不足であった。マニュアルを再度見直し、輸血方法を確認する。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアルを遵守する。</li> </ul>  |

| No. | 具体的内容   | 背景・要因   | 改善策  |
|-----|---|---|--|
| 28  | 急性骨髄性白血病の患者は、以前、同種骨髄移植（バンク移植）を施行して完全寛解の状態にあったが、持続する血小板減少と肝機能障害に伴う凝固因子不足から出血傾向にあった。このため、緊急でF F P輸注を依頼したが、F F Pの血液型を間違えて入力してオーダーした（A B型をO型と入力）。本来、患者はB型で、血小板輸血に際しては実際は全ての血液型が使用可能であるが、F F PはA B型が望ましい。F F Pは全血液型でも対応可能であるが、患者が抗B抗体に強く反応することの情報を知らず、確認せずにオーダーを出した。輸血部の技師に本患者が抗B抗体に強く反応することの指摘あり、B型のF F Pに変更した。これにより溶血する可能性が未然に防げた。 | 緊急時でもあったため正確な判断ができず、O型のドナーなのでF F PもO型を依頼してしまった。理論的には全血液型の使用が可能であるが、溶血の可能性を考慮するとA B型のF F Pが抗A抗体と抗B抗体をもっていないため使用が望ましい。患者が抗B抗体に強く反応することの情報がカルテ上になく、その情報を確認していなかったこと（なかなか困難である）が要因と考えられた。 | ・記入なし  |
| 29  | 患者はA型（+）で（移植後も現時点ではA型（+）のまま）、B型（+）のドナーから幹細胞移植を受けた患者で、HLA抗体があるため、普段はHLA血小板を輸血しているが、この日は血小板数が特に低く、通常血小板を輸血することになった。この場合、AB型（+）の血小板輸血を施行することになっているが、直近の通常血小板（ランダム血小板）のオーダーを指示したところ、ランダム血小板がAB型（+）ではなく、A型（+）で指示されており、このためA型（+）の血小板を指示してしまった。患者に投与する前に気付いた。  | 移植後の輸血対応票の確認が不十分であった。直近の通常血小板オーダーが、本来オーダーすべきAB（+）ではなく、A（+）であった。   | ・オーダーした血小板をキャンセルし、AB型（+）の血小板をオーダーしなおした。            |
| 30  | 医師よりクロスマッチ用の採血管を2本を受け取った。2本のうち1本の患者名を確認して患者の識別バンドと照合して一致したので採血を行い2本に分注した。その後輸血部検査室にてクロスマッチの血液型とその患者の血液型の履歴が合わないと連絡があり、2本のクロスマッチ採血は2名分である事が判明した。2名分のやり直しを行い、それぞれの患者の血液型が正しい結果となった。   | 医師から依頼を受け2本分のクロスマッチを受け取った時に変だなと思ったが、大量輸血のために一人の患者に2本のクロスマッチが必要なのだと解釈した。電子媒体での照合確認を省いた。  | ・輸血療法に関わる事なので、疑問はその場で解決する。<br>・電子媒体での照合システムを確実に行う。 |

## 【4】 ベッドなど病室の設備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」のコード情報の中から「療養上の世話」および「その他」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ベッドなど病室の設備に関連する事例について抽出し、病室の設備を「ベッドおよびベッド柵」、「床頭台」、「オーバーテーブル」、「ナースコール」と限定し、分析を行った。

### (1) ベッドなど病室の設備に関連した医療事故の現状

平成20年1月1日から12月31日までに報告されたベッドなど病室の設備に関連する事例についての事故の概要は図表Ⅲ-2-13のとおりである。また、事故の内容を「ベッドおよびベッド柵」、「床頭台」、「オーバーテーブル」、「ナースコール」と分類した（図表Ⅲ-2-14）。

#### ① ベッドおよびベッド柵

ベッドおよびベッド柵に関連した事例は5件であった。ベッド柵とベッドの隙間に患者の頭が挟まった事例が2件、ベッド柵のレバーに患者の指が挟まった事例が2件、外傷防止のためにベッド柵に装着したマットに患者の顔が埋まった事例が1件であった。

#### ② 床頭台

床頭台に関連した事例は0件であった。

#### ③ オーバーテーブル

オーバーテーブルに関連した事例は2件であった。いずれもオーバーテーブルを支えにし移動しようとしたところ、オーバーテーブルが動いたため、転倒した事例であった。

#### ④ ナースコール

ナースコールに関連した事例は0件であった。

### (2) ベッドなど病室の設備に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第29回ヒヤリ・ハット事例収集において報告されたベッドなど病室の設備に関連した事例について分析を行った。

ベッドなど病室の設備に関連したヒヤリ・ハット事例について、記述情報のテーマにあげられた「ベッドなど病室の設備に関連した事例」の内容を、「ベッドおよびベッド柵」、「オーバーテーブル」、「床頭台」、「ナースコール」として分類した（図表Ⅲ-2-15）。報告された事例の中から20件の事例概要を図表Ⅲ-2-16に示す。

### <参考>

平成18年1月1日から平成19年12月31日の間に報告されたベッドなど病室の設備に関連する医療事故事例12件を（図表Ⅲ-2-17）に示す。

図表Ⅲ - 2 - 13 ベッドなど病室の設備に関連した医療事事故事例の概要

平成20年1月1日～12月31日

| 番号         | 事故の程度      | 事例概要   |
|------------|------------|--|
| ベッドおよびベッド柵 |            |  |
| 1          | 障害の可能性なし   | 患者の悲鳴が聞こえたため訪室すると、足元側に設置してあったセパレート式ベッド柵レバー（柵の右側）のストッパー部分に右第5指を挟んでいるのを発見した。すぐにレバーを開放したが指先に裂傷による出血があった。ポータブルトイレからの立ち上がり時、ベッド柵を持って立とうとした際に右第5指がストッパー部分に挟まった状態で柵が上がってしまったと考えられた。翌日、X-P撮影の結果、右第5指末節骨骨折と診断された。 |
| 2          | 死亡         | 患者はパーキンソン病で、経口摂取が困難なため、胃ろう造設し、内服治療およびリハビリを行い、寝たきりの状態から座位の保持が可能となっていた。看護師が訪室した時には既に入眠していた。約1時間後、看護師が再び訪室した際に、ベッド柵とベッド柵の間に横向き状態で首が挟まり、心肺停止の状態であった。   |
| 3          | 障害の可能性なし   | 脳性まひの患者の体動時ベッド柵への接触があり、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、自発呼吸が出現し、意識レベルも事故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。  |
| 4          | 障害なし       | 患者より「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た。  |
| 5          | 障害なし       | 意識障害の患者の咳嗽が聞こえたため、病室を訪室するとベッド柵の間に首が挟まっていた。1本のベッド柵ははずれかかかっていた。ベッド柵は高さが異なるものを使用しており、安全バーを使用していなかった。  |
| オーバーテーブル   |            |  |
| 6          | 障害の可能性（低い） | 自立歩行の安定している患者が、ベッドから立ち上がり、オーバーテーブルに両手をついたところ、オーバーテーブルが動き、そのまま仰向けに転倒し、臀部、大腿を打撲した。   |
| 7          | 障害の可能性なし   | 昼は歩行器を使用し、夜はポータブルトイレを使用していた患者がポータブルトイレに移動する際オーバーテーブルに掴ると動いたため、咄嗟に歩行器に手をかけたがそれも動いたため転倒した。立ち上がり時は介助バーを使用するよう指導しており、患者も日頃はそのようにしていたが、事故当時、オーバーテーブルと歩行器がすぐ手に届くところに置かれており、掴まってしまった。                           |

図表Ⅲ - 2 - 1 4 ベッド等に関連した医療事故の発生分類

| 分 類        | 平成 18 年 1 月 1 日～<br>平成 19 年 12 月 31 日 <sup>(注)</sup> | 平成 20 年 1 月 1 日～<br>平成 20 年 12 月 31 日 |
|------------|--|---------------------------------------|
| ベッドおよびベッド柵 | 9  | 5                                     |
| オーバーテーブル   | 2  | 2                                     |
| 床頭台        | 0  | 0                                     |
| ナースコール     | 1  | 0                                     |
| 合 計        | 12   | 7                                     |

(注) 参考として掲載した

図表Ⅲ - 2 - 1 5 ベッド等に関連したヒヤリ・ハット事例の発生分類

| 分 類        | 件 数 |
|------------|-----|
| ベッドおよびベッド柵 | 20  |
| オーバーテーブル   | 10  |
| 床頭台        | 8   |
| ナースコール     | 2   |
| 合 計        | 40  |

図表Ⅲ - 2 - 16 ヒヤリハット事例 記述情報（ベッドなど病室の設備）

| No.                     | 具体的内容  | 背景・要因   | 改善策                                 |
|-------------------------|--|---|-------------------------------------|
| 【ベッド・ベッド柵 12件】 他類似事例 8件 |  |   |                                     |
| 1                       | 患者は入院初日で不穏が強く、体幹ベルトを着用していた。モニターに雑音が入っていたため訪室すると、患者の体がベッドに対し横になっており、頭側のベッド柵から頭と足が出てもがいていた。床頭台のテレビは足で蹴飛ばされて床に落ちて壊れていた。                 | 患者や家族の理解が不十分であった。患者の既往歴にアルコール依存症があった。精神疾患もあり、医療者側の説明も理解できていなかったと思われた。                         | ・精神障害のある患者についての対応を専門医も交えて検討する。      |
| 2                       | 血液培養の検体を採取しようと消毒した後、患者が手を曲げてしまったため、不潔になるのを防ぐためベッド柵を使用して手を固定した。採血終了後、手を確認するとベッド柵に当たっていたところの表皮が1cmほど剥離してしまっていた。出血はなかったが、消毒し皮膚保護剤で貼付した。 | 右肘部の静脈から採取しようとしたが、手の安静が保てなかったため、手を抑制するためにベッド柵を上げたまま使用した。採取時の抑制した手の観察が不十分だった。一人で採取した。          | ・看護師や他の医師と一緒に採取する。                  |
| 3                       | 患者の大きな声で訪室すると、2段式でベッド柵を上下可動出来るベッド柵が突然落ちているのを見つけた。患者に影響はなかった。   | 柵のストッパーは両サイドともかけられていたが、ベッド柵をあげた時にフックにきちんとかけられていなく、何らかの偶然が重なって落下したと考えられる。患者本人が柵をつかみ体動することもあった。 | ・ベッド柵を確実にフックにかける。<br>・ストッパーを確実にかける。 |
| 4                       | 病室で喧嘩をしていると報告があったため駆けつけると、病室で他の患者がベッド柵を振り上げているところだった。当該患者には前額部5mmの裂傷があった。両患者ともに話をして落ち着いているのでそのまま様子観察となった。                            | 患者同士の金品のやり取りが喧嘩の原因であった。   | ・棟内の巡視を頻回に行う。<br>・患者の行動の観察を行う。      |
| 5                       | 朝食のため、電動ベッドのベッドアップした際に、タオルケットがかかっていたため、患者がベッド柵を握っていたのに気付かず、ベッドと柵の間に手を挟めてしまった。  | 注意不足、確認不足であった。  | ・ベッドアップの際は必ず患者の手足の位置の確認を目視する。       |
| 6                       | 「看護師さん」と繰り返し呼ぶ声があり、訪室したところ患者がギャッチアップし、柵とベッドの間に右手が挟まれていた。軽度の循環不良がみられた。  | 患者は上肢のみ自由に動かせる状態であり、ベッドの下に置いて手が届かないようにしてあったが、コードを手繰り寄せてリモコン操作した。手が届かないとの思い込みがあった。             | ・ギャッチアップの電源を切り、患者に自分で操作しないように説明した。  |

| No. | 具体的内容  | 背景・要因  | 改善策  |
|-----|--|--|--|
| 7   | 同室者の報告あったため訪室すると、ベッド柵が床に落ちており、患者が床にすわりこんでいる所を発見した。自分でベッド柵を外してトイレに行こうとしたとのことで、オムツ内に排尿、排便があった。ベッド柵とスパーサーを使用していたが、高さの違うベッド柵を並べて設置していたところから降りたとのことだった。 | ベッド柵並列で設置する場合、同じ種類・高さのベッド柵を使用するようにしていたが、高さの違うベッド柵を並べていた。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベッドを壁側に寄せて設置し、昇降場所に体動コール（マット君）を設置する。</li> <li>・ベッド柵の高さをそろえ、スパーサー使用を継続する。</li> </ul>            |
| 8   | 朝の巡回で、患者は右ベッド柵に首がはさまり、圧迫されていた。   | ベッド柵のすき間に首が入る構造。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・右側臥位になるため、ベッドの右側を壁につけた。</li> <li>・ベッド柵に布団をかけ、首が入らないようにした。</li> </ul>                           |
| 9   | 患者が電動ベッドのギャッジ操作していたら、右手の点滴ルートがベッドの間に挟まり三方活栓が破損した。  | 患者のギャッジ操作時の安全確認指導が不足していた。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベッドを上げてても下げてても安全なようにルートを整理する。</li> <li>・訪室毎にルートの安全確認を行う。</li> </ul>                            |
| 10  | 医療助手が患者にホットパックを当てる際、患者がベッド端に膝をついたと同時に、シーソーのようにベッドが斜めになった。  | 古いベッド4台を廃棄する際、ちょうど麻酔科で廃棄予定のベッドが数台あるとのことで、理学療法室に設置された。電動式であるが安静目的に使用されるベッドであるため、支柱が中心部にしかなくリハビリ用としては不適であった。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリでは寝返り動作練習など、広いスペースが必要であり、電動ベッド4台を並べて使用するため、プラットホーム型のベッドを購入する必要がある。</li> </ul>              |
| 11  | 患者はベッドと柵の隙間に首を入れ、ベッドより頭が出ている状態であった。チアノーゼはなく、意識はあった。ベッドをはずし、ベッド中央に臥床してもらった。ベッドと柵の間にバスタオルをあて、一時的にガードした。  | 観察不十分であった。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・夕食後から翌朝おむつ交換（9：00）までの間は、長い柵で対応する。</li> <li>・ナースコールをいつも手元に置いておく。</li> <li>・訪室を頻回にする。</li> </ul> |
| 12  | 分層植皮、皮弁術後の患者にフローティングベッドを使用し、非常用電源を使用していたが、院内の電気工事で非常用電源が使用できなかったのに、切り替えをしなかったため、2時間作動していなかった。患者は眠っており、目覚めてベッドが硬いことに気が分かった。発赤の出現、創状態の悪化は無かった。       | 停電後の機械の作動確認ミスがあった。病棟内の設備を理解していなかった。停電中・停電後の観察不足、確認不足、情報不足、危機管理意識の低下がみられた。                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟の構造の理解と非常電源が使われていないかの確認が必要だった。</li> </ul>  |

| No.                           | 具体的内容  | 背景・要因  | 改善策  |
|-------------------------------|--|--|--|
| <b>【オーバーテーブル 3件】 他類似事例 7件</b> |  |  |  |
| 13                            | 患者はベッドより立とうとしてオーバーテーブルに手を置いたら、動いたので思いきり転んだ。左顎関節の打撲、左上腕の打撲があった。右手側にL字柵があったが、左側には、ベッド柵がオーバーテーブルより低く影になっていたため、オーバーテーブルに手を置いてしまった。   | 固定式のオーバーテーブルがなかった。患者へのオリエンテーションで、移動時にどこをつかむかの説明が不十分であった。癌末期のため、下肢の浮腫もひどく歩行時の安定は悪かった。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>固定式のオーバーテーブルを必要時設置できるよう購入を検討する。</li> </ul>  |
| 14                            | 食事のセッティングを行った際、オーバーテーブルが患者の高さにあっていなかったため、食事を置いたままテーブルの高さを調節しネジを締めましたが、ネジを放した数秒後にテーブルが1番下まで勢いよく下がり、患者の両大腿部にお茶がかかってしまった。   | テーブルの上に配膳したまま、テーブルの高さを調節してしまった。調節後にきちんとネジが締められ固定されたかの確認が出来ていなかった。                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>テーブルの高さ調節時は、食事を避けてから行う。</li> <li>患者から離れたところでテーブルの高さを調節する。</li> </ul>  |
| 15                            | 同室者よりナースコールあったため訪室すると患者はベッドに腰掛けていた。話を聞くと、患者は食事前に目の前にあるオーバーベッドテーブルを支えにし立ち上がったが、テーブルにはタイヤがついており動きやすい状態であったため、バランスを崩して転倒したということであった。外傷・疼痛なく、歩行可能であった。患者は数日前に白内障の手術をしており、保護メガネを着用していたため、やや視界不良であった。その為、以前から動きやすいものを支えにしないよう注意を呼びかけていた。更に患者は起立時眩暈が時折出現していた為、活動時はゆっくりと動き、眩暈があるときは無理して動かないよう説明していた。今回、転倒時には眩暈出現なかった。患者は「動くから危ないと言われてたけど、つい・・・」と話した。 | 動きやすい物と分かっているながらも、目の前に支えとなる物があったため、手をかけてしまった。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>患者にオーバーテーブルを支えにするなどのように危険か、入院当初から十分に説明をしベッド柵など固定されていて安定している物を支えにするよう促す。</li> <li>支えにつかまっても動かないもので固定する。</li> </ul> |
| <b>【床頭台 3件】 他類似事例 5件</b>      |  |  |  |
| 16                            | キャスター付のテレビ台（床頭台）を持って動こうとしてズルズルと引きずられるように転んだ。キャスターのロックが4箇所中2箇所外れていた。  | 床頭台を移動した際の安全確認不足であった。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ベッド移動した際は、ベッドと床頭台のキャスターのロック確認を声出し、指差しで行う。</li> </ul>  |

| No.                | 具体的内容   | 背景・要因   | 改善策  |
|--------------------|---|---|--|
| 17                 | 患者は物をとるために床頭台につかまってしゃがもうとしたところ、床頭台のストッパーがかかっておらず、そのまま後ろへしりもちをついた。   | 患者の動作状況に応じて床頭台にストッパーをかけるようになっていたが、当該患者の転倒の危険性を予測しておらず、ストッパーが外れていた。夜間・休日で看護師の人数が少なかった。                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・床頭台のストッパーをかける。</li> <li>・ベッド柵をつける。</li> </ul>  |
| 18                 | 患者はベッドサイドで排泄をし、ベッドに戻る際、サイドテーブル（床頭台）を持って立ち上がろうとしたところテーブルが動き、しりもちをついた。受傷はなかった。                              | 筋力低下のため自力で立ち上がれなかった。4人部屋に入院中、狭い空間にポータブルトイレ、サイドテーブルが設置されていた。サイドテーブルにはストッパーは付いていなかった。排泄後はナースコールするよう説明したが、患者はコールせず一人で移動した。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・他にもサイドテーブルに関連した転倒事例が起こっており、メーカーに連絡した。</li> <li>・現状を調査し、サイドテーブルに注意喚起のためのシールを貼ることにした。</li> <li>・看護師には事例を伝え、患者に十分説明するよう伝えた。</li> <li>・サイドテーブルは、使用後はなるべくポータブルトイレとは反対側に置くようにした。</li> <li>・ベッド周囲の安全をテーマにした研修会を開催した。</li> </ul> |
| <b>【ナースコール】 2件</b> |   |   |  |
| 19                 | 深夜に入院して患者からナースコールを鳴らしても、誰も来なかったとの苦情が届いた。ナースコールを接触不良で鳴らなかった。   | ナースコールのスイッチ部分に水分等がかかると接触不良が生じることがわからなかった。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ナースコールの取り扱いとして、接触不良となる事例を共有する。</li> <li>・患者への説明の際に注意喚起する。</li> <li>・定期的な点検を計画する。</li> </ul>  |
| 20                 | 朝食後の下膳で訪室たところ、電動ベッドが一番上まで上がって、オーバーテーブルが浮いており不安定だった。急いで下ろそうとしたところギシギシと音が鳴り、センサーコールがベッド柵に引っかかった状態で破損してしまった。 | 患者が操作できる場所に電動ベッドのリモコンがあった。センサーコールがベッド柵に引っかかっていることに気付いてなかった。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・電動ベッドのリモコンの位置を決めておき、患者の操作できないところに離しておく。</li> </ul>   |

<参考資料> 図表Ⅲ - 2 - 17 ベッドなど病室の設備に関連した医療事事故例の概要

平成 18 年 1 月 1 日～平成 19 年 12 月 31 日

| 番号         | 事故の程度          | 事例概要  |
|------------|----------------|---|
| ベッドおよびベッド柵 |                |   |
| 1          | 不明             | オムツ交換後、ベッド柵のロックをしなかったため、患者自身がベッド柵が開いて移動した。その際、ベッド柵の上部に前頭部をぶつけ、裂傷を負った。   |
| 2          | 死亡             | 患者は、精神神経科の開放病棟の個室に入院中であった。朝、看護師が訪室するとベッド柵にタオルを縛り首にきつく縛り付け床に足を投げ出した姿勢で心肺停止状態のところを発見した。心肺蘇生施行後したが、心肺停止状態であり、死亡を確認した。警察署により検死と事情聴取の結果、事件性はないと確認された。                              |
| 3          | 障害の可能性<br>(低い) | ベッドから降りようとベッド柵に寄りかかった時、柵が下がり床に右手を強くつき骨折した。ベッド柵の固定が不十分であったと推定された。  |
| 4          | 障害の可能性<br>(低い) | 患者は、外を見ようと電動ベッドの高さを一番上まで高くしたところ、急にベッドが一番下まで下がってしまったため、腰部を打撲した。看護師がベッドを見た時には一番低い位置になっていた。すぐにベッド交換を行い、故障したベッドを調べると、上半身のギャッチアップは可能であったが、ベッドの上昇下降の作動はモーター音がするだけで動かなかった。           |
| 5          | 障害の可能性<br>(低い) | 入院前より、「自殺したい」という言動が見られたため、隔離入院となった。家人面会等の後、自室で臥床しているのを確認した 30 分後、ベッド柵に入浴用タオルを首に巻いた患者を発見した。  |
| 6          | 不明             | 重症心身障害児がぐずり泣くため抱いたり、ベッドサイドで様子を見ていた。他の用事のため、ベッドサイドを離れた 20 分後、声がしなくなったので訪室すると、患児はベッド柵にあたらぬようガードしてあった毛布に顔を埋め、ぐったりしていた。すぐに気道確保と吸引を行い、呼吸状態と意識状態は速やかに回復した。                          |
| 7          | 障害の可能性<br>(高い) | 入院後アルコール離脱症状があり、転倒転落防止の為体幹抑制していた。ベッド上に仰臥位で手を叩いていたのを確認し、同室者のケアをしていた。約 20 分後、当該患者を見ると、ベッド柵とベッド柵の隙間に首が挟まっている状態であった。顔面うっ血状態で呼吸停止、頸動脈触知不能であり、医師が気管内挿管を施行した。数分後に自発呼吸は回復し、ICU に収容した。 |
| 8          | 死亡             | 患者は認知症のため意思の疎通が図れず、体動が激しかった。ベッドを 60 度ギャジアップし、経管栄養を開始した。最終観察から 15 分後、物音がしないため確認すると、左側 2 本のベッド柵の間に首が挟まって心肺停止の状態が発見した。   |
| 9          | 障害の可能性<br>なし   | 患者はベッドの左側に設置されていたテレビのイヤホンを首に一周する状態で左右のベッド柵に固定していた。電動ベッドを上げる際、イヤホンの固定のことを忘れており、首が絞められた状態となった。同室者からの「隣がうるさい」というナースコールで顔面青紫になった状態が発見され、処置にて意識が戻った。                               |
| オーバーテーブル   |                |   |
| 10         | 障害の可能性<br>(低い) | 患者は排尿のため、ベッドからポータブルトイレへ移動しようとした際、オーバーテーブルに手をかけ、テーブルが動いたため体勢が崩れ転んだ。  |

| 番号     | 事故の程度          | 事例概要  |
|--------|----------------|---|
| 11     | 障害の可能性<br>(低い) | 患者は、トイレに行こうとして立ち上がり、オーバーテーブルを支えにしたため転倒した。後頭部に裂傷があり、3針縫合となった。                                    |
| ナースコール |                |   |
| 12     | 死亡             | 看護師が、夜勤の巡回時、うつ傾向の患者がベッドを90度あげ、起座したままナースコールのコードを首に巻きつけ呼吸停止の状態となっているのを発見した。直ちに救命処置をしたが効果なく死亡確認した。 |

## 【5】ヒヤリ・ハット事例情報データベース

ヒヤリ・ハット事例情報データベース作成検討班は、医療機関が警鐘的と判断し報告した事例を中心に、広く周知することが医療安全に資すると判断された事例について検討を行っている。本報告書に掲載した第29回ヒヤリ・ハット事例の中から選別された19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29-1032：(コメリアンコーワ内服中止の指示が出されたが、患者の持参薬がタンタリック(後発品)であったため内服が中止されなかった事例)

|  |
|--|
| 発生月【7月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【不明】 発生時間帯【8時～9時台】 発生場所【病室】  |
| 女性 61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年月数不明】 部署配属年数【0年3ヶ月】   |
| 発生場面【内服】 発生内容【指示出し・情報伝達のその他のエラー】 発生要因- 知識【不足していた】<br>連携【多職種間の連携不適切】 教育・訓練【不十分だった】  |
| 影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】   |
| <内容> 主治医は、コメリアンコーワ中止という指示を出した。看護師は患者の持参薬を確認し、コメリアンコーワがない事を確認した。入院後8日目持参薬の1種類がなくなったので、主治医に処方依頼したところ入院時に中止の指示を出していた事が判明した。患者が持参していた薬はタンタリックで、看護師はタンタリックがコメリアンコーワのジェネリック薬であることに気付かなかった。 |
| <要因> 入院時、薬の説明書を持参してきたため、薬剤部へ持参薬の確認依頼をしなかった。また新人看護師であり、薬剤の作用が書いてあったが、指示された薬品名と持参薬が同じ作用の薬であると判断できなかった。   |
| <改善策> 入院時、持参薬は全て薬剤部へ確認依頼する。<br>指示された薬が見当たらない場合には、主治医へもう一度確認する。   |

### 事例29-1439：(点滴薬剤の重複混注)

|   |
|---|
| 発生月【9月】 発生曜日【日曜日】 曜日区分【休日】 発生時間帯【18時～19時台】<br>発生場所【ナースステーション】   |
| 男性 67歳 患者の心身状態【障害なし】 発見者【当事者本人】   |
| 当事者の職種【看護師】 職種経験年数【0年月数不明】 部署配属年数【0年月数不明】   |
| 発生場面【与薬準備】 発生内容【処方量間違い】 発生要因- 確認【不十分であった】 判断【誤りがあった】  |
| 影響度【その他】  |
| <内容> 点滴を患者名、点滴内容の指示を確認して薬液(生食100mLにデカドロン2mg)を混注した。その時ナースコールがあり、ミキシング台のスタンドに点滴を掛けてその場所を離れた。その後、他の看護師が生理食塩水の蓋が開いていたのに気付かず、また、薬剤が点滴台の上に置いてあったが、まだ薬剤を混注していないと思い込み、さらに指示量の薬剤を他の看護師と確認し混注した。混注後に看護師が戻ってきてデカドロン2mgがすでに混注してあることを伝えられ指示量の倍量が入っていることがわかり、再度、新しく点滴を作りなおした。 |
| <要因> 混注されているかが不明な状態で置いてあった。生食の蓋が開いていた事に疑問を感じなかった。一つの点滴に何人も関わっていること、点滴の蓋が外れているものに疑問を持たなかった。作業途中の段階でのダブルチェック機能ができていなかった。  |
| <改善策> ミキシング後に薬液を置いておく時に通常空アンプルを付けて置くが今回のように空アンプルがない場合や少量の薬液でアンプル内の残量がわかりにくい時は中にどのくらい、何がミキシングされているか表示しておく。<br>薬液の蓋が開いている時には、混注済みであるかを周りの人に確認する。  |

**事例 29-1351：(シリンジポンプの流量設定間違いによる薬剤の過量投与)**

|  |  |
|--|--|
| 発生日【7月】 発生日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【20時～21時台】 発生場所【病室】   |  |
| 女性 70歳 患者の心身状態【痴呆・健忘、睡眠中、薬剤の影響下】 発見者【当事者本人】  |  |
| 当事者の職種【看護師】 職種経験年数【6年月数不明】 部署配属年数【0年月数不明】  |  |
| 発生場面【末梢静脈点滴】 発生内容【投与速度遅すぎ】 発生要因-確認【不十分であった】<br>知識【不足していた】 心理的状況【慌てていた、他のことに気を取られていた、思い込んでいた】<br>勤務状況【多忙であった】 |  |
| 影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】   |  |
| <内容>   | ドルミカム+セレネース+生食の持続点滴注射を施行の際、指示簿で4mL/hの速度であることをダブルチェックした。患者の元でシリンジポンプの速度を設定する際ダブルチェックを行ったが0.4mL/hと思いこみ速度設定を0.4mL/hで開始してしまった。開始40分後主治医が気づき、速度を修正した。   |
| <要因>   | 薬剤の速度や量の根拠への理解と認識が不足していた。看取りの患者の対応があり、時間や他の患者の処置のことを気にしながら実施し、気をとられ集中していなかった。(ダブルチェック者) 他の患者のナースコールの合間で、2人が同時に部屋に行けるうちにと思い焦っていた。実際に、画面を見て確認したにもかかわらず、速度設定を間違ってしまったのは、その薬剤が、どの位の濃度であるのか、なぜその速度設定なのか理解(把握)が不十分であったために、4.0mL/hを0.4mL/hと記憶がすりかわってしまった。 |
| <改善策>  | 時間の中で出来ること、優先度を考え、指示の確認と実施は集中して行う。<br>忙しい時は特に記憶だけに頼らず、メモをとるなどの対応をする。<br>薬剤の知識(特に睡眠剤、麻薬)を持つことと、患者の状況を十分把握し、根拠を持った看護を行う。   |

**事例 29-1450：(人工呼吸器ベア1000にサーボの回路を使用)**

|  |  |
|--|--|
| 発生日【9月】 発生日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【0時～1時台】 発生場所【ICU】                  |  |
| 男性 79歳 患者の心身状態【不明】 発見者【不明】   |  |
| 当事者の職種【不明】 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【人工呼吸器】 発生内容【その他の医療・歯科医療用具(機器)の使用・管理エラー】<br>発生要因-教育・訓練【不十分だった】 |  |
| 影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】                                       |  |
| <内容>   | 呼吸器(ベア1000)使用開始した。ベア1000用の滅菌パックされた蛇管を使用した。約2週間後、他患の使用したサーボの蛇管を整理している際、1本がベア1000の蛇管であることに気づき使用中のベア1000の蛇管を確認すると1本がサーボの蛇管であることに気付いた。             |
| <要因>   | サーボとベア1000の蛇管は長さが15センチ程度違う事と、小さく表記された物品番号が違うのみで外観は同じで間違いやすい状況であった。   |
| <改善策>  | 翌日担当医に報告し蛇管全体を交換した。<br>スタッフに対し識別の仕方をカンファレンスの場で伝え、カンファレンスノートへも記載しておく。<br>滅菌依頼物品を置く場所に間違えないよう注意を促す文を掲示する。<br>救命センターでの呼吸器管理に関する知識と日常の機器管理を徹底していく。 |

## 事例29-557：(加温加湿器の電源入れ忘れ)

|  |
|--|
| 発生月【8月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【不明】 発生時間帯【0時～1時台】 発生場所【病室】  |
| 女性 55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、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】 観察【不十分であった】<br>判断【誤りがあった】 知識【不足していた】 心理的状況【慌てていた】 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> 気管切開の手術に出棟していた患者が帰室し、医師が人工呼吸器を接続した。その後人工呼吸器<br>チェック表をもとに呼吸器設定を確認するが、加湿器の確認を十分にせず、勤務交代時に人工呼<br>吸器の加湿器の電源が入っていないことを次勤務者が発見した。           |
| <要因> 加湿器の電源を入れ、患者の呼吸状況の観察を行う。  |
| <改善策> 人工呼吸器の確認方法を再確認し、加湿器の電源が入っているのか確認していく。<br>人工呼吸器の加湿器の目的を再確認し、意識を持って観察を行う。<br>自身の傾向として慌てているときに見落としがあることを再確認し、日々の観察、確認を1つ1<br>つ確実にやっていく。 |

## 事例29-769：(交差血採血時の患者取り違い)

|   |
|---|
| 発生月【7月】 発生曜日【火曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【10時～11時台】 発生場所【外来待合室】  |
| 男性 86歳 患者の心身状態【聴覚障害】 発見者【当事者本人】   |
| 当事者の職種【看護師】 職種経験年数【20年3ヶ月】 部署配属年数【3年3ヶ月】  |
| 発生場面【採血】 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【その他】  |
| <内容> 医師より当日血小板輸血の指示が出た。外来待合室にて患者の名前をフルネームで3回呼んだ。<br>患者が返事をしたので「○○○○様ですね」と聞いた。患者を点滴室に誘導し、点滴室看護師に<br>申し送りをし、バイタルサイン測定と交差血採血を依頼した。その後検査室より、輸血依頼伝票の<br>血型と交差血の血型が違っていると連絡があった。患者に名前を確認すると、違う名前を名乗り、患者<br>間違いであることに気付いた。患者は自分のベッドに書かれた名前が違うのに気づき、後で聞いて<br>みようと思っていたと話した。 |
| <要因> 患者確認が不十分であった。患者はフルネームで何度も呼ばれたが、難聴で聞こえていなかった。<br>本来、輸血をすべき患者も外来待合室で待っていたが、同じく難聴があり、自分の名前が呼ばれ<br>たことに気付かなかった。フルネームで患者確認は行ったが、会話の中で難聴があるとわかった<br>時点で、他の患者確認方法(自分で名乗ってもらう、基本ファイルの名前を見せて確認する)を<br>していない。患者との会話の中で、輸血に関して理解不足があると感じた時点で、患者間違いで<br>はという認識がなかった。       |
| <改善策> 患者確認を行う際はフルネームで確認すると同時に、自分で名前を名乗ってもらう。<br>基本ファイルを患者に見せる。<br>受付番号表の名前を確認する方法を併用する。   |

## 事例 29-1775：(血液製剤投与時の輸血セット滴下の不具合)

|  |
|--|
| 発生月【8月】 発生曜日【不明】 曜日区分【平日】 発生時間帯【不明】 発生場所【病室】   |
| 女性 年齢不明 患者の心身状態【不明】 発見者【当事者本人】   |
| 当事者の職種【看護師】 職種経験年数【5年月数不明】 部署配属年数【1年月数不明】  |
| 発生場面【輸血実施】 発生内容【輸血のその他のエラー】<br>発生要因-医療・歯科医療用具(機器)・器具・医療材料【欠陥品・不良品だった】<br>教育・訓練【マニュアルに不備があった】   |
| 影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】   |
| <内容> 輸血開始後、観察目的で訪室すると輸血セットの滴下筒内で血液が伝い落ち、滴下が数えられなかった。滴下筒がやや斜めの位置の状態であったため垂直にするとしばらくは滴下がわかったが、再び伝い落ち始めて滴下が目視できなくなった。滴下はしているため頻りに訪室して滴下具合を確認し輸血を終了した。後日メーカーに報告、確認したところ、他施設からも同様の報告があり、1mLが15滴から20滴に変更になったことにより1滴が少なくなったため滴下筒内を伝いやすくなったとのことであった。すでに滴下筒の内部を改良したものがメーカーから出され当院にも納入されていた。 |
| <要因> メーカーから不具合の報告がなく院内に周知されていなかった。メーカーから製品を改良したことを周知できていなかった。院内に2種類の輸血セットが混在していた。  |
| <改善策> メーカーに情報提供を必ずしてもらうようお願いした。<br>院内の製品が変わった時は必ず周知をする。<br>不具合情報の報告を行う。<br>院内周知により情報の認識と共有化を図る。  |

## 事例 29-82：(交差試験を行わずに血液製剤を投与)

|  |
|--|
| 発生月【9月】 発生曜日【日曜日】 曜日区分【休日】 発生時間帯【16時～17時台】 発生場所【病室】  |
| 男性 87歳 患者の心身状態【床上安静】 発見者【他職種者】   |
| 当事者の職種【医師、看護師、事務職員】 職種経験年数【当事者複数】 部署配属年数【当事者複数】  |
| 発生場面【輸血検査】 発生内容【未実施】 発生要因-確認【不十分であった】 観察【不十分であった】<br>心理的状況【思い込んでいた】 連携【多職種間の連携不適切】 勤務状況【多忙であった】  |
| 影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】   |
| <内容> 休日に輸血指示が出て、事務当直が血液を頼んだ。血液が来たので、事務当直は日直副看護師長に連絡した。日直副看護師長は病棟に連絡し、血液を病棟に渡した。病棟は看護師、医師が確認し交差試験の欄が空欄であったが、赤血球濃厚液を開始した。検査科から病棟に電話があり、交差試験をせずに輸血を開始したことに気付いた。血液は30mL入っていたが、患者には異常は無かった。 |
| <要因> 事務当直は、交差試験が必要な血液は検査科に持って行く事になっていたがマニュアル通りにしていなかった。日直副看護師長はマニュアルを熟知していなかった。日直副看護師長は病棟に払い出す時に、病棟看護師と交差試験の確認をしていなかった。病棟での確認作業で医師、看護師共、交差試験の確認をしていなかった。                               |
| <改善策> 医事当直に「休日の輸血の取り扱いマニュアル」の遵守を徹底する。<br>事故の概要を伝え、マニュアルを確認して作業するようメールで発信した。<br>マニュアルを知っているか、事務当直する人へ一人ずつ確認作業を行った。<br>「医療安全だより」で事故が起こったことを伝え、病棟スタッフ、医師に輸血施行時の確認作業の徹底を傳達した。              |

## 事例29-152：(ベッド柵の落下)

|  |
|--|
| 発生月【7月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【18時～19時台】 発生場所【病室】  |
| 男性 不明 患者の心身状態【歩行障害、床上安静】 発見者【同職種者】   |
| 当事者の職種【看護師、准看護師】 職種経験年数【当事者複数】 部署配属年数【当事者複数】   |
| 発生場面【その他の療養生活に関する場面】 発生内容【その他の療養上の世話・療養生活のエラー】   |
| 発生要因-確認【不十分であった】 観察【不十分であった】 心理的状況【思い込んでいた、無意識だった】   |
| 影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】   |
| <内容> 患者の大きな声で訪室すると、2段式でベッド柵を上下可動出来るベッド柵が突然落ちているのを発見した。患者に影響はなかった。                                  |
| <要因> 柵のストッパーは両サイドともかけられていたが、ベッド柵をあげた時にフックにきちんとかけられていなく、何らかの偶然が重なって落下したと考えられる。患者本人が柵をつかみ体動することもあった。 |
| <改善策> ベッド柵を確実にフックにかける。<br>ストッパーを確実にかける。  |

## 事例29-263：(ベッドとベッド柵に手が挟まれた事例)

|  |
|--|
| 発生月【9月】 発生曜日【日曜日】 曜日区分【休日】 発生時間帯【0時～1時台】 発生場所【病室】                                    |
| 男性 82歳 患者の心身状態【下肢障害、歩行障害】 発見者【当事者本人】   |
| 当事者の職種【看護師】 職種経験年数【30年】 部署配属年数【6ヶ月】  |
| 発生場面【その他の療養生活に関する場面】 発生内容【その他の療養上の世話・療養生活のエラー】                                       |
| 発生要因-確認【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> 「看護師さん」と繰り返し呼ぶ声があり、訪室したところ患者がギヤッチアップし、柵とベッドの間に右手が挟まれていた。軽度の循環不良がみられていた。         |
| <要因> 患者は上肢のみ自由に動かせる状態であり、ベッドの下に置いて手が届かないようにしてあったが、コードを手繰り寄せてリモコン操作した。手が届かないと思込みがあった。 |
| <改善策> ギヤッチアップの電源を切り、患者に自分で操作しないように説明した。  |

事例29-1166：(固定されていない床頭台を支えに移動し転倒)

|   |
|---|
| 発生月【8月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【10時～11時台】 発生場所【病室】   |
| 男性 88歳 患者の心身状態【その他】 発見者【当事者本人】  |
| 当事者の職種【看護師】 職種経験年数【2年4ヶ月】 部署配属年数【2年4ヶ月】   |
| 発生場面【移動中】 発生内容【転倒】 発生要因-観察【不十分であった】   |
| 影響度【その他】  |
| <内容> 患者はベッドサイドで排泄をし、ベッドに戻る際、サイドテーブル(床頭台)を持って立ち上がろうとしたところテーブルが動き、しりもちをついた。受傷はなかった。   |
| <要因> 筋力低下のため自力で立ち上がれなかった。4人部屋に入院中、狭い空間にポータブルトイレ、サイドテーブルが設置されていた。サイドテーブルにはストッパーは付いていなかった。排泄後はナースコールするよう説明したが、患者はコールせず一人で移動した。  |
| <改善策> 他にもサイドテーブルに関連した転倒事例が起こっており、メーカーに連絡した。現状を調査し、サイドテーブルに注意喚起のためのシールを貼ることにした。看護師には事例を伝え、患者に十分説明するよう伝えた。サイドテーブルは、使用後はなるべくポータブルトイレとは反対側に置くようにした。ベッド周囲の安全をテーマにした研修会を開催した。 |

事例29-365：(黄疸計の設定間違い)

|   |
|---|
| 発生月【8月】 発生曜日【日曜日】 曜日区分【休日】 発生時間帯【6時～7時台】  |
| 発生場所【病棟その他の場所】  |
| 男性 0歳 患者の心身状態【その他】 発見者【同職種者】  |
| 当事者の職種【助産師】 職種経験年数【5年5ヶ月】 部署配属年数【5年5ヶ月】   |
| 発生場面【その他の医療用具(機器)の使用・管理に関する場面】 発生内容【その他の誤操作】  |
| 発生要因-知識【不足していた】 医療・歯科医療用具(機器)・器具・医療材料【その他】  |
| 教育・訓練【不十分だった、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> 新生児の黄疸を測定する際、ミノルタ黄疸計のリセットボタンを長押ししたため、単位が「mg/dL」から「μmol/dL」に変わっていた。しかしそのことに気付かずに測定したため高値を示した。新生児のビリルビン採血を行ったところ、結果は正常範囲内であった。 |
| <要因> ミノルタ黄疸測定器の使用法(長押しすると単位が変わる)ことを知らなかった。測定時単位の確認をしなかった。   |
| <改善策> ミノルタ黄疸測定器の正しい使用法を周知徹底する。「μmol/dL」で使用することがないため、単位が変更できないようにならないか業者に確認する。   |

## 事例29-430：(情報伝達の不備により、誤った方法で採血した事例)

|   |   |
|---|---|
| 発生月【9月】 発生曜日【金曜日】 曜日区分【不明】  |   |
| 発生時間帯【12時～13時台】 発生場所【外来その他の場所】  |   |
| 男性 40歳 患者の心身状態【障害なし、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【5年月数不明】 部署配属年数【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】 知識【不足していた】<br>心理的状況【思い込んでいた】 システム【その他】 連携【多職種間の連携不適切】 その他【その他】 |   |
| 影響度【間違いが実行されたが、患者に影響がなかった事例】  |   |
| <内容>  | 採血にB T P管採血の指示があった。B T P管は処置室においていなかったため、看護補佐が検査室受付に取りに行った。看護補佐は検査室でB T P管と説明書を渡された。看護補佐はB T P管と説明書を処置室へ持っていき、採血管を準備したが説明書を渡されたことは看護師に言わなかった。看護師は採血室に患者を呼びいれた後に、採血台の横の棚においてあった説明書に気付いたが、検体の説明書であると思わず、普段どおり真空採血を行った。その後、検査室からB T P管採血は注射器採血であることを指摘された。 |
| <要因>  | 看護補佐は説明書という認識を持っておらず、採血管を準備したが説明書についての声掛けを看護師にしなかった。  |
| <改善策>   | 初めて実施することは、確認してから行う。<br>人から伝達されたことはきちんと次の人に伝える。   |

## 事例29-445：(食事の際、誤って軟膏を食べた事例)

|  |  |
|--|--|
| 発生月【9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【病室】  |  |
| 女性 80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【月数不明】 部署配属年数【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】 観察【不十分であった】<br>判断【誤りがあった】 知識【不足していた】 施設・設備【施設構造物以外で施設・設備に関するその他の問題】<br>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【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】   |  |
| <内容>   | 処置に使用した軟膏をオーバーテーブルの上に置いたままにしていた。食後、訪室行なうと軟膏が御盆の中央にあり、患者が摂取したことに気付いた。軟膏には、スプーンですくった後があり、患者は「一口食べた」と話した。患者に嘔気・嘔吐・そのほかの消化器症状ないか確認した。薬剤部に問い合わせを行い、摂取しても害は無いという返答を得た。 |
| <要因>   | 食事を配膳した看護師も、気付かず食事セッティングを行なった。   |
| <改善策>  | 軟膏類を置く場所を決め、整理整頓を徹底する。<br>出したらそのままにせず、片付ける。<br>環境整備を行い、ベットサイドのものに気を配る視点を養う。  |

事例 29-548：(食事摂取記入板の誤った情報による配膳間違い)

|   |  |
|---|--|
| 発生月【8月】 発生曜日【金曜日】 曜日区分【不明】 発生時間帯【18時～19時台】<br>発生場所【ナースステーション】   |  |
| 男性 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【3年月数不明】 部署配属年数【2年月数不明】                    |  |
| 発生場面【その他】 発生内容【その他】 発生要因-確認【不十分であった】 心理的状況【思い込んでいた】<br>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>  | 術後患者は朝食から食事が始まり、全量摂取できていたために点滴は抜針していた。午後に昼食の摂取量を尋ねると「昼食が配膳されていない」と言われた。食事のオーダー入力が入っていたが、食事摂取量記入板には朝食から夕食まで「禁」と記載されており、配膳したスタッフに聞くと「禁と書かれていたため配膳しなかった」ということだった。配膳は患者の状況を知らないスタッフが行っており、配膳時まで患者の状況を把握していたリーダー、受持ち看護師は食事摂取量記入板は確認していなかった。栄養部と相談し、臨時で食事をあげてもらった。 |
| <要因>  | 患者は頭痛出現のため食事は摂取できなかった。   |
| <改善策>   | 患者の食事の指示受けをしたスタッフは、指示受けをした時点で食事板の記入を確認し、訂正する。<br>術後の患者で食事が始まるかどうか曖昧な場合は「要確認」と記載する。<br>各勤務のリーダーは食事の指示に責任を持ち、食事前に食事板を必ず確認をする。<br>配膳時にも疑問を持ち、患者の状況を考えて声掛けをする。   |

事例 29-563：(ストレッチャーに乗せた輸液ポンプの落下)

|   |   |
|---|---|
| 発生月【8月】 発生曜日【月曜日】 曜日区分【不明】 発生時間帯【16時～17時台】<br>発生場所【放射線撮影室・検査室】          |   |
| 男性 80歳 患者の心身状態【不明、その他】 発見者【当事者本人】                                       |   |
| 当事者の職種【診療放射線技師、その他】 職種経験年数【10年月数不明】 部署配属年数【5年月数不明】                      |   |
| 発生場面【その他】 発生内容【その他】<br>発生要因-確認【不十分であった】 観察【不十分であった】 判断【誤りがあった】 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>  | ストレッチャーに乗っている患者を、検査のため撮影室に移動しようとしたところ、布団の中に隠れて、患者のそばに乗せていた輸液ポンプが落下した。 |
| <要因>  | 輸液ポンプがストレッチャーにのっていることが、布団に隠れて見えなかった。                                  |
| <改善策>   | ストレッチャーの移動時は周りをよく確認する。  |

## 事例29-1468：(血液透析器の設定間違い)

|   |
|---|
| 発生月【9月】 発生曜日【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【10時～11時台】 発生場所【透析室】  |
| 男性 75歳 患者の心身状態【不明】 発見者【当事者本人】   |
| 当事者の職種【臨床工学技士】 職種経験年数【25年月数不明】 部署配属年数【25年月数不明】  |
| 発生場面【血液浄化療法】 発生内容【方法(手技)の誤り】 発生要因-確認【不十分であった】<br>心理的状況【他のことに気を取られていた】   |
| 影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】  |
| <内容> 透析療法で3時間の治療オーダーであった。個人機のため透析液原液節約目的でECUMに切り替えてあった。開始時のダブルチェックを看護師と行ったが、透析開始操作時にECUMであることに気付かず治療をスタートした。「HD、運転OK」と確認したが、確認ができてなかった。浄化センタースタッフ内にはECUMになっていることに気付いているものもいたが、そういう指示だと思っていた。1時間後にHDに切り替え、透析当番医師に報告し、予定通りの時間で治療を行った。 |
| <要因> 返血側穿刺部の腫脹があり、そこに意識が行っていたため、ダブルチェックが落ち着いた状況で行えていなかった。また、浄化センター内では、HDモードになっているとの思いこみと、スタート後に技士と看護師のリーダーがそれぞれチェックするので安心していただ部分もあった。また、透析施行中のチェックも自分の関わったところよりも、他の所をチェックするような傾向があった。   |
| <改善策> ダブルチェックもしっかり出来ていなかったもので、今後は注意して実施していく。  |

## 事例29-1527：(血糖測定器の指定外の試薬の使用)

|  |
|--|
| 発生月【7月】 発生曜日【日曜日】 曜日区分【休日】 発生時間帯【4時～5時台】 発生場所【病室】  |
| 女性 65歳 患者の心身状態【視覚障害】 発見者【当事者本人】  |
| 当事者の職種【看護師】 職種経験年数【3年4ヶ月】 部署配属年数【3年2ヶ月】  |
| 発生場面【その他】 発生内容【その他】 発生要因-医療・歯科医療用具(機器)・器具・医療材料【その他】<br>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> 前日の日勤看護師が患者が持っている血糖測定器を確認せず、血糖測定器(エクシード)と違うチップ(試薬:ウルトラビュー)を渡してしまい、患者は血糖測定の際にそのチップを使用した。低血糖の値が出てしまい、ブドウ糖10g2包内服した。再度血糖を測ったが値が変わらないと患者より訴えがあり、深夜の看護師が本人用で血糖測定しようとし、血糖測定器とチップが違っていることに気付いた。本人は血糖測定器とチップが違うことを知らなかった。 |
| <要因> 最近、患者へ新しい血糖測定器の導入があり、以前から血糖測定器を使用していた人へは以前のものがそのまま使用されていた。2種類の血糖測定器とチップがあり看護師がチップを渡す時に確認していなかった。  |
| <改善策> 血糖測定器を一つのものに統一する。<br>看護師がチップを渡す時にどの血糖測定器を使っているのか必ず確認しチップを渡すようにする。  |

事例 29- 1772 : (休憩時の申し送り忘れ)

|  |   |
|--|---|
| 発生月【9月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【12時～13時台】<br>発生場所【ナースステーション】                              |   |
| 女性 59歳 患者の心身状態【下肢障害】 発見者【同職種者】   |   |
| 当事者の職種【看護師】 職種経験年数【6ヶ月】 部署配属年数【6ヶ月】  |   |
| 発生場面【その他の救急処置に関する場面】 発生内容【未実施・忘れ】 発生要因-確認【不十分であった】<br>報告等【忘れた】 連携【看護職間の連携不適切】 勤務状況【多忙であった】 |   |
| 影響度【仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度（処置が必要）と考えられる】   |   |
| <内容>   | 患者は糖尿病の既往があり、1日3回食前に血糖測定を実施していた。日勤で昼食前に血糖測定を実施しなければならなかったが、休憩に入る際、血糖測定を行うのを忘れており、他の看護師にも申し送るのを忘れた。申し送りが出来ていなかったが他の看護師が気づき、血糖測定を実施した。          |
| <要因>   | ワークシートには血糖測定があることを記載していたが実施することを忘れていた。  |
| <改善策>  | 血糖測定があることを忘れないよう自分がすぐ見て目に付くようにメモなどする。<br>申し送りが終わった時点で看護フリーシートに記載する。<br>測定ができていなかったら休憩に入る前に他の看護師に申し送りをする。<br>化学療法や手術など多忙の時には測定をしてから休憩に入るようにする。 |

## IV 共有すべき医療事故情報

### 【1】共有すべき医療事故情報

平成20年10月1日から同年12月31日までに報告された事故事例を分析班等において個別に検討する中で、広く共有すべきであると考えられた事例の概要等を図表IV-1-1に示す。なお、事業要綱改定に従い、前報告書（第15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             |
|----|---|------------------------|
| 薬剤 | <p>併用禁忌の薬剤に関連した事例が報告された。</p> <p>肺炎の患児に、抗生剤メロペンを4日間点滴治療した。その後、退院したが翌日強い不穏症状が現れ他院で診察を受けた。家族は、他院の医師から「抗てんかん薬を服用中にメロペンを投与したため、バルプロ酸の血中濃度が下がり不穏症状が生じた可能性がある」と説明を受けた。当院で確認すると、持参薬の抗てんかん薬を内服している患者にメロペンを点滴投与したことがわかった。</p> | 72頁<br>図表Ⅲ-2-1<br>No21 |
| 薬剤 | <p>注射器に準備された薬剤の取り違えの事例が報告された。</p> <p>看護師が、薬品冷蔵庫に保管されているヘパリン生食を取り出す際に、他の患者のネブライザー用に準備されたピソルボン液（吸入用原液）を誤って取り出し、患者の末梢静脈のルートより静脈注射した。病棟では静脈注射用薬剤と外用の薬剤が同じ冷蔵庫に保管されていた。</p>   | 69頁<br>図表Ⅲ-2-1<br>No5  |

| 概要    | 内容   | 本報告書参照事例番号                      |
|-------|--|---------------------------------|
| 薬剤    | <p>希釈して使用する薬剤の量を間違えた事例が報告された。</p> <p>デノシンの指示は『「デノシン（500mg）1バイアルを注射用水20mLで溶解し、うち5mL＝75mgを生食100mLに混ぜて、100mL/hで点滴」（本来は3mL＝75mgと記載するべきであった）』と指示簿に印字されていた。看護師は5mL（125mg）を混ぜたため、過量に投与した。</p>   | <p>70頁<br/>図表Ⅲ-2-1<br/>No9</p>  |
|       | <p>プログラフ（5mg＝1mL）を生食で10mLとし、そのうち0.5mL（0.25mg）を生食100mLに混ぜて2mL/hで投与する指示が出ていた。その後、プログラフを10倍希釈した0.3mL（0.15mg）を生食100mLに混ぜる指示を出すところ担当医は指示簿に「プログラフ0.15mg＝0.3mLを生食100mLに混ぜて作成」と記載した。看護師はそれを見てプログラフ原液0.3mL（＝1.5mg）を生食に混ぜて薬液を作成し、患者に投与した。</p>  | <p>70頁<br/>図表Ⅲ-2-1<br/>No10</p> |
|       | <p>医師は、オリベス点滴1%200mL（希釈型リドカイン2000mg）から50mg（5mL）を抜き取り、オリベス点滴用1%50mg＋5%ブドウ糖50mLを30分で投与する指示をしたが、看護師は、オリベス点滴用1%200mL＋5%ブドウ糖50mLを準備し、患者に投与した。看護師は、薬剤を請求する際に、オリベス点滴用1%200mLのリドカインの含量が50mgだと思い込んだ。</p>  | <p>71頁<br/>図表Ⅲ-2-1<br/>No13</p> |
| 治療・処置 | <p>鼻腔に留置した軟膏付コメガーゼの残存に関連した事例が報告された。</p> <p>慢性副鼻腔炎の患者に対し、手術中、右鼻腔にコメガーゼ（クロマイ軟膏付）2枚5組を留置し、左鼻腔にコメガーゼ（クロマイ軟膏付）2枚3組を留置した。術後2日目、医師は両鼻腔よりコメガーゼ1組を抜去した。同日、患者から「ガーゼが口から抜けた」と報告があり、看護師は2枚のコメガーゼを認め、医師に報告した。術後5日目、医師は鼻腔コメガーゼを抜去した。ファイバーで確認してもガーゼの残存はなかった。退院後、患者が鼻をかんでいた際に、コメガーゼが排出された。</p> <p>左眼窩吹き抜け骨折に対し、整復手術を施行し、コメガーゼ3×20cm（クロマイ軟膏付）2枚2組を鼻腔内に留置した。術後6日目、コメガーゼ2枚を抜去した（手術の引継ぎ用紙にコメガーゼ2枚と記載してあった）。この際に、通常行うファイバーによる観察を実施しなかった。退院後、祖母から鼻腔内からガーゼが出てきたと連絡があった。医師がファイバーにて診察したところ、1枚のガーゼが残存していた。</p> | <p>該当なし</p>                     |

| 概要    | 内容  | 本報告書参照事例番号             |
|-------|---|------------------------|
| 治療・処置 | <p>放射線療法の左右間違いの事例が報告された。</p> <p>患者は右乳癌の術後放射線治療目的で他院から紹介され放射線化外来を受診した。CTシミュレーションの予定の日、患者が遅れてきたため、照射部のマーキングをしなかった。その後、医師がカルテの部位確認を怠り、治療計画書の照射部位を『左』と記載した。ライナックグラフィックは治療計画書で確認し、『左』に施行した。約1ヶ月、25回放射線治療を行った。紹介された病院を患者が受診した際に、医師が照射部位間違いに気付いた。患者はおかしいと思っていたが、再発防止のために照射しているものと思っていた。</p>  | 該当なし                   |
| 治療・処置 | <p>電気メスと引火性の薬剤を併用した事例が報告された。</p> <p>潰瘍性大腸炎の治療のため、回腸ストマ、S上結腸粘液ろうを造設した。閉腹後、ストマを作るため正中創にノベクタンスプレーを噴霧した。その後、皮膚切開に電気メスを使用したところ、皮膚のノベクタンスプレーに引火した。すぐに消火したが患者に熱傷をきたした。</p>   | 74頁<br>図表Ⅲ-2-1<br>No29 |
|       | <p>術前の消毒後、患者の体はシートで覆われていた。マスクンエタノールで追加消毒し、電気メスで皮膚を切開したところ、マスクンが浸透していたシートに引火し発火した。</p>   | 74頁<br>図表Ⅲ-2-1<br>No30 |
| 医療機器  | <p>セントラルモニターの受信設定忘れの事例が報告された。</p> <p>患者Aの心電図は送信機①を使用し、セントラルモニター（8人用）に表示されていた。数日後、患者Aの送信機②に変更し、患者Bに送信機①を使用し、セントラルモニター（3人用）に患者Bの心電図を表示することとなった。この際セントラルモニター（8人用）のチャンネルを送信機②に設定しなかったため、セントラルモニター（8人用）とセントラルモニター（3人用）の両方に患者Bの心電図が表示された。モニターがナースステーションの別々に入り口に設定されていたため両方のセントラルモニターに患者Bの心電図が表示されていることに気付かなかった。次の日、患者Aの波形（実際には患者Bの波形）がAfであったため、一次ペーシングを実施した。ペーシング終了後に看護師がモニターの波形が患者Bのものであったことに気付いた。</p> | 該当なし                   |

## 【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>名称の類似による薬剤間違いが報告された。<br/>(平成19年年報204頁)</p> <p>当直医Aは電子カルテに「サクシゾン」を入力するため、検索に「サクシ」と入力し、表示された「サクシン」を「サクシゾン」と勘違いして入力し、「サクシン200mg 2A+生食100mL」を指示した。看護師Bが薬剤部にサクシンを取りに行き、看護師Cと2人で確認をし、投与した。1時間後、看護師Dが訪室した時は患者の体動がみられたが、その約1時間後、看護師Dが訪室すると患者は呼吸停止していた。当直医Aは投与した薬剤を看護師Bに確認したところ、入力を間違え「サクシン」を指示したことに気付いた。</p> | <p>69頁<br/>図表Ⅲ - 2 - 1<br/>No 1</p>   |
|    | <p>医師は紙カルテに「チウラジール(50mg) 1日1錠朝食後」と記入した。事務員は、レセプトコンピューターに入力する際、薬剤名を「チ」で検索し、一番最初に表示された「チラーヂンS」をコンピューターに入力した。院外薬局では処方箋通りの薬剤を患者に払い出した。2週間後の受診では、患者にチウラジールが処方され、調剤薬局より前回と処方内容が全く異なる点を指摘され、前回の処方箋の入力間違いに気付いた。</p>   | <p>69頁<br/>図表Ⅲ - 2 - 1<br/>No 2</p>   |
|    | <p>患者に対し、チウラジール50mg 6錠1日3回5日分の処方が出されたが、薬剤師Aは誤ってチラーヂンS 50μg 6錠5日分を調剤した。鑑査者(薬剤師B)は処方箋をみたが薬剤が違うことに気付かず、錠数を確認後、病棟に払出した。病棟で看護師は、ダブルチェックを行ったが、ヒートの薬剤名と薬袋に記載された薬剤名を確認せず間違いに気付かなかった。患者は、薬袋に明記されている薬品名と、薬のヒートに記された名前が違うと気付いていたが、看護師や薬剤師に確認することなく4日間で内服した。</p>  | <p>69頁<br/>図表Ⅲ - 2 - 1<br/>No 3</p>   |
| 薬剤 | <p>薬剤の注入経路を誤って投与した事例が報告された。<br/>(平成19年年報205頁)</p> <p>腹腔内持続洗浄は、生食500mLに輸液セット+三連プラネクタ付き延長チューブ(JMS社製)を接続したものを、プリーツドレーン(イリゲーションタイプ)のコネクターに接続し、輸液ポンプを用いて行われていた。担当看護師は誤って腹腔内持続洗浄用ラインのプラネクタに血小板輸血ラインを接続した。ラインの途中に「洗浄用」と書かれた緑のテープが貼ってあったが見落した。</p>  | <p>103頁<br/>図表Ⅲ - 2 - 10<br/>No 3</p> |

| 概要    | 内容   | 本報告書参照事例番号              |
|-------|--|-------------------------|
| 輸血    | <p>輸血の患者間違いが報告された。<br/>(平成19年年報206頁)</p> <p>9歳の患者A(O型)、患者B(A型)にMAPオーダーがあり、準備をした。医師と看護師がダブルチェックし、50mLの注射器に分注し、注射準備台を別々にして、それぞれ受け持ち看護師が準備した。2人の患者ともほぼ同時刻に1本目は医師と看護師がダブルチェックし、シリンジポンプを使用して輸血製剤の投与を開始した。患者Aの1本目の輸血が終了しアラームに気付いたリーダー看護師はシリンジに準備された患者Bの輸血を患者Aの輸血だと思い込み、受け持ち看護師に渡した。受け持ち看護師は受け取ったシリンジを確認せず患者Aに投与した。</p> | 105頁<br>図表Ⅲ-2-10<br>No1 |
| 治療・処置 | <p>手術の際、ガーゼカウントしたにも関わらず、体内に残存した事例が報告された。(第14回報告書127頁)</p> <p>平成18年帝王切開術をした患者。ガーゼの枚数を確認後、手術を終了した。平成20年10月腹痛により近医を受診し、ガーゼ遺残がわかった。開腹手術にて除去した。</p>   | 該当なし                    |
| 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。<br/>(第15回報告書170頁)</p> <p>患者は全身麻酔下で上顎正中過剰埋状歯2歯を抜去予定であったが、未萌出の左上顎側切歯をそのうちの1歯と誤認し、抜歯した。術後のX線で過剰埋状歯の残存により左上顎側切歯の誤抜歯に気付いた。</p>  | 該当なし                    |
| 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。<br/>(第15回報告書170頁)</p> <p>手術時、術野に集中していたため眼内レンズの屈折度数確認を怠り、屈折度数が適正でない眼内レンズを眼内に挿入した。術後の視力検査で度数のズレに気づき、入れ替えの手術を行った。</p>   | 該当なし                    |

| 概要   | 内容   | 本報告書参照事例番号                     |
|------|--|--------------------------------|
| 医療機器 | <p>人工呼吸器の回路の接続外れや緩みに関連した事例が報告された。<br/>(平成19年年報208頁、第14回報告書130頁)</p> <p>人工呼吸器(CV5000)の低圧アラームが鳴り始めたため、看護師は回路にリークがないかを確認し、接続した。しかし、再度アラームが鳴るため、医師が診察した。回路を確認すると、呼気弁アルファに接続している呼気弁チューブ接続コネクタが外れていたことに気付いた。</p>   | <p>96頁<br/>図表Ⅲ-2-7<br/>No1</p> |
|      | <p>人工呼吸器(ニューポートベンチレータE150)の低圧アラームが頻回になり、SpO<sub>2</sub>は61%に低下した。呼気弁と人工呼吸器本体をつないでいるチューブが外れていることに気付いた。</p>  | <p>96頁<br/>図表Ⅲ-2-7<br/>No2</p> |
|      | <p>人工呼吸器回路(サーボ900)の水抜きを行い再装着をした際にアラームが鳴りSpO<sub>2</sub>が低下した。痰がたまっていると思い吸引を行ったが、痰は引けず呼吸状態はさらに悪化した。人工呼吸器を点検したところ、ウオータートラップがゆるんでいたことがわかった。</p>   | <p>96頁<br/>図表Ⅲ-2-7<br/>No4</p> |
| 医療機器 | <p>人工呼吸器の回路の誤接続に関連した事例が報告された。<br/>(平成19年年報208頁、第14回報告書130頁)</p> <p>医師は酸素を投与するため人工呼吸回路にジャクソンリース(ORジャクソンリースセット)回路を接続した。その後、医師がフィルタ付人工鼻を接続したところ、その直後から患者が換気不能の状態となり気胸となった。</p>  | <p>98頁<br/>図表Ⅲ-2-7<br/>No3</p> |
| 医療機器 | <p>電気メス・対極板による熱傷の事例が報告された。<br/>(第14回報告書127頁)</p> <p>手術はCO<sub>2</sub>レーザーと電気メスを併用していた。CO<sub>2</sub>レーザーから電気メスに変更して使用する際誤ってレーザーのペダルを踏んでしまい、緑布に引火した。患者は左大腿後面に約10cm×30cmの熱傷を負った。</p>   | <p>該当なし</p>                    |
| 医療機器 | <p>MRI(磁気共鳴画像)検査での事例が報告された。<br/>(平成19年年報207頁)</p> <p>緊急MRI検査後、医師が患者を退室させる為に、酸素ボンベを積んだストレッチャーをMRI検査室内に入れた。その時技師が制止したが間にあわず、酸素ボンベが飛び出し検査台の直下のガントリーに吸着した。患者や技師に影響はなかった。医師はMRI検査前に金属類を外すことを知っていたが、MRI検査に続いて他の検査に行くことが多く、検査後ストレッチャーを検査室に入れる動作が習慣となっていた。また、当院では前室や柵など物理的な防護壁がなかった。</p> | <p>該当なし</p>                    |

| 概要     | 内容   | 本報告書参照事例番号              |
|--------|--|-------------------------|
| 療養上の世話 | <p>療養上の世話における熱傷の事例が報告された。<br/>(平成19年年報212頁、第13回報告書144頁等)</p> <p>1歳4ヶ月の患児の保温の為、両下肢の間に温枕を置き、両下腿に加温したおしぼりにタオルカバーをしたものをおいた。約8時間半後に温枕がぬるくなっていたので、温枕とおしぼりを更新した。その30分後、血圧測定時に両下腿が熱く感じ、下腿の下に温枕が直接あたっているのに気付いた。その後左下腿に水泡形成、浸出液の流出が見られた。</p> | 該当なし                    |
| その他    | <p>口頭での情報伝達の間違いが生じた事例が報告された。<br/>(第13回報告書142頁)</p> <p>医師は、看護師にドルミカム4mg投与することを意図して「ドルミカム4ミリ静脈注射」と口頭指示を出した。看護師は、ドルミカム4mL(20mg)投与する指示だと思い、注射器にドルミカム2A準備し、「ドルミカム2筒、4ミリ注射します」と言いながら実施した。</p>  | 71頁<br>図表Ⅲ-2-1<br>No12  |
| 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。<br/>(第13回報告書142頁、第14回報告書130頁 第15回報告書172頁)</p> <p>夜間咳嗽が聞こえたため、病室を訪室すると、患者の首がベッド柵の間に挟まっていた。1本のベッド柵は外れかけていた。ベッド柵は高さが異なるものを使用していた。</p>   | 114頁<br>図表Ⅲ-2-13<br>No5 |



## 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10～12月分の医療安全情報 No. 23～No. 25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. 23

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.23 2008年10月



財団法人 日本医療機能評価機構



No.23 2008年10月

### 〔処方入力の際の単位間違い〕

処方入力の際、薬剤の単位を間違えたことによる過量投与が3件報告されています。  
(集計期間:2006年1月1日~2008年8月31日、第13回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

**処方入力の際、薬剤の単位を間違えたことによる過量投与が報告されています。**

| 薬剤名      | 予定した量 | 実際に投与した量    |
|----------|-------|-------------|
| ノルバスク錠   | 5mg   | 5錠 (25mg)   |
| エクザール注射用 | 5.5mg | 5.5本 (55mg) |
| プログラフ注射液 | 1mg   | 1mL (5mg)   |

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業



No.23 2008年10月 ◆ ◆ ◆ ◆

## 〔処方入力の際の単位間違い〕

### 事例 1

患者に、ノルバスクの錠剤5mgを処方する予定であった。オーダーリングの処方入力の画面では、「ノルバスク錠5mg」と表示され、単位の初期設定は「錠」であった。医師は、そのことに気付かず、「5」と入力したため、誤って5錠(25mg)が処方された。

### 事例 2

化学療法のため、患者に、エクザール5.5mgを処方する予定であった。オーダーリングの処方入力の画面では、「エクザール10mg」と表示され、単位の初期設定は「本」であった。医師は、そのことに気付かず、「5.5」と入力したため、誤って5.5本(55mg)が病棟に払出された。

### 事例が発生した医療機関の取り組み

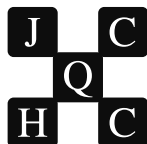
- ・ 入力の際、画面に表示される単位を確認する。
- ・ 単位間違いが起こりやすいことを認識し、処方鑑査を強化する。

※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://www.jcqh.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://www.jcqh.or.jp/html/index.htm>

## 医療安全情報 No. 24

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.24 2008年11月



財団法人 日本医療機能評価機構



No.24 2008年11月

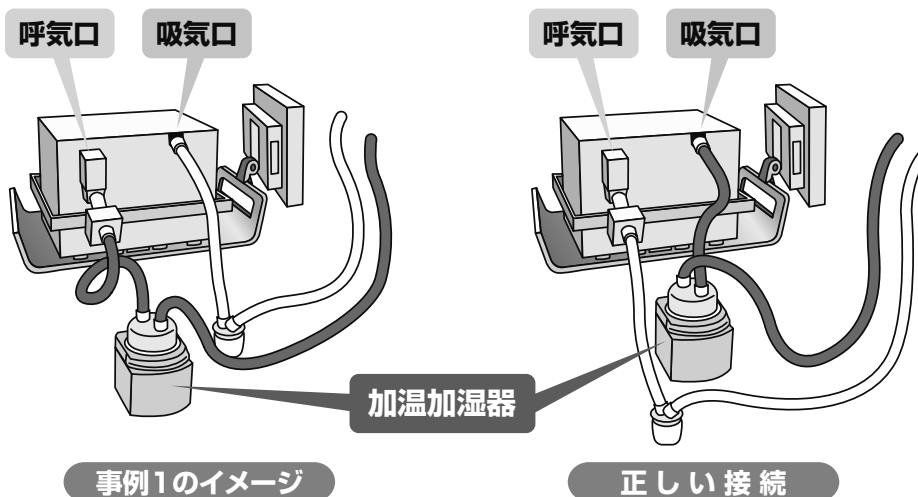
# 人工呼吸器の 回路接続間違い



人工呼吸器の回路接続を間違えた事例が6件報告されています。(集計期間：2006年1月1日～2008年9月30日、第12回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)

**人工呼吸器の回路接続を間違えた事例が報告されています。**

| 接続を間違えた回路の状況                            | 件数 |
|---|----|
| 加湿器に吸気側の回路を接続すべきところ、呼気側の回路を接続した         | 2件 |
| 呼吸器の吸気口に回路を接続すべきところ、患者側の呼気排出口に接続した      | 1件 |
| 呼気側の回路に気道内圧計を測定するチューブを接続すべきところ、人工鼻に接続した | 1件 |
| 呼気排出口にフローセンサーを接続すべきところ、呼気排出口と回路の間に接続した  | 1件 |
| 加湿器に接続する回路を人工鼻に接続した                     | 1件 |



◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業



No.24 2008年11月 ◆ ◆ ◆ ◆

## 〔人工呼吸器の回路接続間違い〕

### 事例 1

看護師は、人工呼吸器を組み立てる際、加湿器に吸気側の回路を接続すべきところ、呼気側の回路を接続し、患者に使用した。その結果、吸気が加湿されない状態で人工呼吸器を使用した。

### 事例 2

看護師が患者の体位交換を行った際、人工呼吸器の吸気口に接続されていた回路が外れた。看護師は、誤って外れた回路を患者の呼気排出口に接続した。

### 事例が発生した医療機関の取り組み

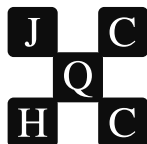
- ・人工呼吸器を使用する際、簡易取扱い説明書などを用いて、回路が正しく接続されているかを確認する。
- ・人工呼吸器の回路を呼気口や吸気口、加温加湿器などに接続する際、回路の口径が同じであるため、誤った接続ができることに注意する。

※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://www.jcqh.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://www.jcqh.or.jp/html/index.htm>

## 医療安全情報 No. 25

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.25 2008年12月



財団法人 日本医療機能評価機構

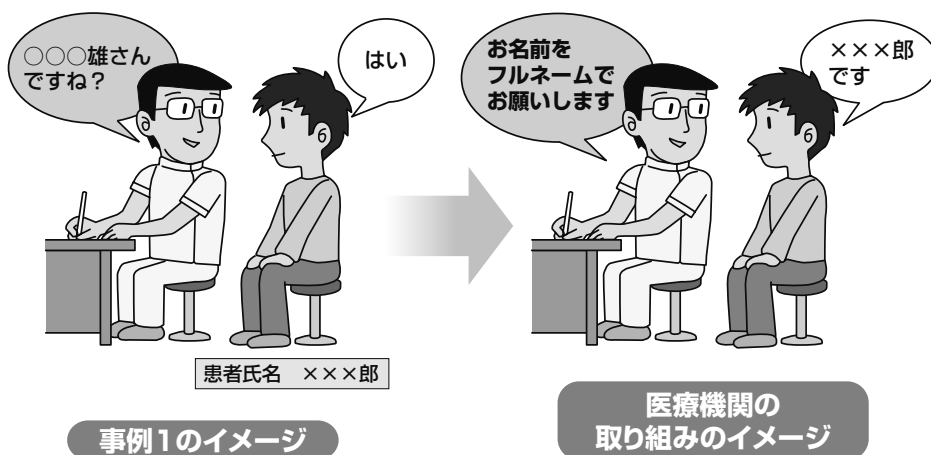


No.25 2008年12月

### 診察時の患者取り違え

外来診察の際、口頭で行った患者氏名の確認が不十分であったため、患者を取り違えた事例が3件報告されています。(集計期間:2006年1月1日~2008年8月31日、第13回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

**診察時、口頭で患者氏名を確認したにもかかわらず、患者の取り違えが起こった事例が報告されています。**



◆この3件は、全て名前を呼んで患者に返事をしてもらう方法で患者確認を行った事例です。

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業



No.25 2008年12月 ◆ ◆ ◆ ◆

## 〔診察時の患者取り違い〕

### 事 例

外来での診察の際、医師が患者Aを診察室に呼び入れ、フルネームで確認したところ、患者Bが「はい」と答えた。診察終了後、看護師は、次の診察患者Bを呼び入れたところ、患者Aとして診察した患者が再び入ってきたため、患者を取り違えたことに気付いた。

### 事例が発生した医療機関の取り組み

**口頭で患者を確認する際は、2つ以上の方法で行う。**

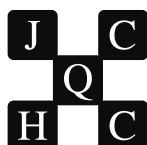
- (例) ・診察券の提示や患者の家族により、本人であることを同定する
- ・患者に名乗ってもらう

※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://www.jcqh.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://www.jcqh.or.jp/html/index.htm>

# 資料1 報告義務対象医療機関一覧（272施設）

平成20年12月31日現在

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

## 1 国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所

|                 |            |
|-----------------|------------|
| 国立がんセンター中央病院*   | 国立療養所宮古南静園 |
| 国立がんセンター東病院     | 国立療養所栗生楽泉園 |
| 国立国際医療センター戸山病院  | 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 | 三重中央医療センター   |
| 国立病院機構 | 下総精神医療センター       | 国立病院機構 | 榊原病院         |
| 国立病院機構 | 下志津病院            | 国立病院機構 | 福井病院         |
| 国立病院機構 | 東京医療センター         | 国立病院機構 | あわら病院        |
| 国立病院機構 | 災害医療センター         | 国立病院機構 | 滋賀病院         |
| 国立病院機構 | 東京病院             | 国立病院機構 | 紫香楽病院        |
| 国立病院機構 | 村山医療センター         | 国立病院機構 | 京都医療センター     |
| 国立病院機構 | 横浜医療センター         | 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 | 山口宇部医療センター   |
| 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 | 鈴鹿病院             | 国立病院機構 | 東徳島病院        |

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 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 小倉医療センター   | 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       |
| 国立病院機構 長崎病院       |                   |

### 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    | 学校法人北里研究所 北里大学病院 * |
| 岩手医科大学附属病院 *    | 岐阜大学医学部附属病院 *      |
| 愛媛大学医学部附属病院 *   | 九州歯科大学附属病院         |
| 奥羽大学歯学部附属病院     | 九州大学病院 *           |
| 大阪医科大学附属病院 *    | 京都大学医学部附属病院 *      |
| 大阪市立大学医学部附属病院 * | 京都府立医科大学附属病院 *     |
| 大阪歯科大学附属病院      | 杏林大学医学部付属病院 *      |
| 大阪大学医学部附属病院 *   | 近畿大学医学部附属病院 *      |
| 大阪大学歯学部附属病院     | 熊本大学医学部附属病院 *      |
| 大分大学医学部附属病院 *   | 久留米大学病院 *          |
| 岡山大学病院 *        | 群馬大学医学部附属病院 *      |
| 金沢医科大学病院 *      | 慶應義塾大学病院 *         |
| 金沢大学医学部附属病院 *   | 神戸大学医学部附属病院 *      |

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

#### 4 その他

防衛医科大学校病院 \*

大阪府立成人病センター \*

(\*：特定機能病院)

Ⅱ 平成20年10月1日から12月31日までの間における報告義務医療機関の変更<sup>(注)</sup>は次のとおりである。

国立病院機構南横浜病院・・・病院が廃止となったため、報告義務医療機関としての登録を抹消した。

- 
- (注) 本報告書において記載する変更とは
1. 報告義務対象医療機関の新設改廃
  2. 報告義務対象医療機関における開設者の変更で
    - 1) 報告義務の用件にかかわる変更
    - 2) 当事業部が定める開設者大区分が変更される場合をさす。



## 資料2 参加登録申請医療機関一覧（283施設）

平成20年12月31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  
学校法人北里研究所 北里大学  
北里研究所病院  
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  
学校法人北里研究所 北里大学東病院  
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  
恩師財団 済生会横浜市東部病院  
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 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 ヴォーリズ記念病院

【京都府】

京都府立与謝の海病院  
京都市立病院  
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】

医療法人久和会 奥村マタニティクリニック  
 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  
 大田市立病院  
 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  
 社会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  
 医療法人尚賢会 高知高須病院  
 高知県厚生農業協同組合連合会 JA 高知病院  
 特定医療法人 久会 函南病院

【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

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

【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 鮫島病院  
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

## 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><br><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><br><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<br><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><br><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<br><b>曜日区分</b><br><input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 休日  |
| 4  | <b>発生時間帯</b><br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 不明 (                      )   |
| 5  | <b>事故の程度</b><br><input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 障害残存の可能性がある(高い) <input type="checkbox"/> 障害残存の可能性がある(低い)<br><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><br><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><br><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<br><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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他 (                      )   |
| 8  | <b>事故の概要</b><br><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<br><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><br><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<br><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<br><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<br><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><br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br>.....<br><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。)<br>.....<br>(      )歳      (      )ヶ月   |
|    | 患者の性別<br>.....<br><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   |
| 12 | 患者区分1<br>.....<br><input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 (初診) <input type="checkbox"/> 外来 (再診)   |
|    | 患者区分2<br>.....<br><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<br>.....<br>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)<br>.....   |
|    | <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<br><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<br><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<br>.....   |
|    | <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><br>.....<br><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><br>.....<br><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<br><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<br><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<br><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><br>.....  |
|       | <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><br>.....<br>( )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><br>.....<br>( )年 ( )ヶ月  |
|       | <b>直前1週間の当直・夜勤回数</b><br>.....<br><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><br>.....<br><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><br>.....<br>( )時間   |
| 16-2  | <b>当事者 2</b><br>.....<br>16と同様  |
| 16-3  | <b>当事者 3</b><br>.....<br>16と同様  |
| 16-4  | <b>当事者 4</b><br>.....<br>16と同様  |
| 16-5  | <b>当事者 5</b><br>.....<br>16と同様  |
| 16-6  | <b>当事者 6</b><br>.....<br>16と同様  |
| 16-7  | <b>当事者 7</b><br>.....<br>16と同様  |
| 16-8  | <b>当事者 8</b><br>.....<br>16と同様  |
| 16-9  | <b>当事者 9</b><br>.....<br>16と同様  |
| 16-10 | <b>当事者 10</b><br>.....<br>16と同様   |
| 16-11 | <b>当事者 11人以上</b><br>.....<br>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</b> (複数回答可)      |                                    |                                     |                                     |                                     |                                 |
|    | <input type="checkbox"/> 医師    | <input type="checkbox"/> 歯科医師      | <input type="checkbox"/> 看護師        | <input type="checkbox"/> 准看護師       | <input type="checkbox"/> 薬剤師        | <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 |
|    | <input type="checkbox"/> 助産師   | <input type="checkbox"/> 看護助手      | <input type="checkbox"/> 診療放射線技師    | <input type="checkbox"/> 臨床検査技師     | <input type="checkbox"/> 理学療法士 (PT) | <input type="checkbox"/> 管理栄養士  |
|    | <input type="checkbox"/> 栄養士   | <input type="checkbox"/> 調理師・調理従事者 | <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 (ST) | <input type="checkbox"/> 作業療法士 (OT) | <input type="checkbox"/> 衛生検査技師     | <input type="checkbox"/> 歯科衛生士  |
|    | <input type="checkbox"/> 歯科技工士 | <input type="checkbox"/> その他 ( )   |                                     |                                     |                                     |                                 |

## 4. 発生場面・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><br><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><br><b>輸血検査</b><br><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<br><input type="checkbox"/> その他の輸血検査に関する内容 ( )<br><b>血液製剤への放射線照射及び輸血に関する項目</b><br><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<br><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><br><b>手術</b><br><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<br><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 ( )<br><b>麻酔</b><br><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<br><input type="checkbox"/> その他の麻酔に関する場面 ( )<br><b>分娩・人工妊娠中絶等</b><br><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 ( )<br><b>その他の治療</b><br><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<br><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 ( )<br><b>一般的処置 (チューブ類の挿入)</b><br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他のチューブ類の挿入に関する場面 ( )<br><b>救急措置</b><br><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<br><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><br><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<br><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<br><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<br><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><br>販売名 ( )<br>製造販売業者名 ( )<br>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><br><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<br><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<br><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<br><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><br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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><br><b>検体採取</b><br><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<br><input type="checkbox"/> その他の検体採取に関する場面（                      ）<br><b>生理検査</b><br><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<br><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（                      ）<br><b>画像検査</b><br><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<br><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（                      ）<br><b>内視鏡検査</b><br><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（                      ）<br><b>機能検査</b><br><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）<br><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><br><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<br><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<br><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<br><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><br>販売名                      （                      ）<br>製造販売業者名                      （                      ）<br>製造年月                      （                      ）<br>購入年月                      （                      ）<br>直近の保守・点検年月                      （                      ）   |
|    | <b>医療材料・歯科医療材料・諸物品</b><br>販売名                      （                      ）<br>製造販売業者名                      （                      ）<br>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。<br><b>療養上の世話（介助を伴うもの）</b><br><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<br><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<br><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（                      ）<br><b>給食・栄養</b><br><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（                      ）<br><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><br><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<br><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><br><b>療養上の世話・療養生活</b><br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他の療養上の世話・療養生活に関する内容（                      ）<br><b>搬送・移送</b><br><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<br><input type="checkbox"/> その他の搬送・移送に関する内容（                      ）<br><b>自己管理薬</b><br><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（                      ）<br><b>給食・栄養</b><br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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 「医療安全における国内外の取り組みに関する研究会」 開催結果概要

### 1 受講状況

#### ○職種

|      |     |       |    |         |     |
|------|-----|-------|----|---------|-----|
| 医師   | 13名 | 歯科医師  | 6名 | 看護師     | 40名 |
| 薬剤師  | 1名  | 保健師   | 2名 | 臨床検査技師  | 2名  |
| 検査技師 | 1名  | 作業療法士 | 1名 | 診療放射線技師 | 1名  |
| 事務職  | 3名  |       |    |         |     |

○医療安全管理の専従者数 35名

### 2 アンケート結果

(1) 回答者70名（回収数66、回答率94%）

(2) 「医療事故情報収集等事業の現況と課題」の理解度

講義内容の理解：（よく）理解できた 97%、無回答 3%

(3) 「医療安全における海外の現況」の理解度 ※未選択があるため100%にならない項目がある

①講義内容：（よく）理解できた 92%、（あまり）理解できなかった 5%

②あまり理解できなかった理由：

- ・海外と明記している以上、米国以外のデータが欲しい（米国追従型が最良なのかを判断したい）。海外のデータが少ない。
- ・海外の状況を知って、現場でどうつなげていけばよいか、狙いがわかりにくかった。

(4) 「医療安全における行政の取り組み」の理解度 ※未選択があるため100%にならない項目がある

①講義内容：（よく）理解できた 93%、（あまり）理解できなかった 3%

②あまり理解できなかった理由：

- ・内容が盛りだくさんだったのか、次に行くのが早く、頭と目が追いつかなかった。
- ・指針も具体的に現場にあったものを出してほしい。

(5) 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 24% なかった 74%

②受講による疑問点の解消：（概ね）解消された 94%、（あまり）解消されなかった 6%

## ③解消できなかった理由：

- ・情報を公開した後、同じ事例に対する件数の推移、または検証は行っているのか。当然減少していればいいのだが。
- ・事故報告事業、また、異常死に対して、基準・概念がやはりはっきりしない。

## (6) 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 15%、平日が望ましい 50%、どちらでもよい 32%
- ②期間（長さ、時間）：この長さでよい 77%、もう少し長い方がよい 18%、もっと短くてよい 2%
- ③適当と考える期間：2～3日 2名、2日 9名、1.5日 1名

## イ) 研修会に関する主な希望等

- ・各内容をもっと時間をかけて欲しい。
- ・午前と午後の講演の内容に重複があり、せっかく1日がかりの研修なので、重複なく多くの情報を提供してほしい。メディエーション等、新しい話題も講演してほしい。
- ・場所が、とても交通の利便性が高くてよかった。早目に研修案内を頂いたので、業務調整して参加できた。
- ・集中的に、演習等を含めてしていただくとありがたい。
- ・病院の規模によって、ヒヤリ・ハットの内容に違いがあると思う。そこそこの規模（ベッド数、診療科等）に適した研修内容、報告書・医療安全情報の活用状況の紹介、交流等、安全に向けての評価はどうしているのか。
- ・事故報告の範囲についての質問に対する回答は、非常に曖昧だと感じた。視点を患者影響レベルにあてると当然気胸は報告すべきと考える。予測されれば報告がいらなくなると、目的が（方向性が）おかしな事になる。もっと具体的にわかりやすく整理してほしい。その差が報告件の差となると感じている。
- ・講義使用スライドを受講者に配布できないか。院内教育の為に非常に有用と考え、利用したいが。
- ・年間に開催する場所（地域）がわかっているならば、年度始め、または早目に知らせて欲しい。
- ・各病院の安全に対する取込のレベルに応じての研修の方が良い。
- ・より大規模な会場で実施し、研修の裾野を広げるべき。
- ・「再発防止」という観点で評価機構が設立されたことは、大いに意味のあることであり重要なことであると思う。情報共有も評価できる。しかし、医療機関はそれを生かしている場合もあれば、そうでない場合も考えられる。単に報告すれば事は済むという意識がないわけでもない。正直、強い抑制力があるとは思えない。情報提供ができる抑制力には限界がある。とって、ペナルティーを設ければ、隠蔽する可能性もでてくる。
- ・事故報告に対して優れた解決策を出し、それを実行し、著しく事例が減少した施設に対して「ご褒美」を進呈してはいかがか？おそらく医療事故に対する意識が飛躍的に向上すると思う。
- ・地方都市ではない地方で開催してほしい。都市では常に何らかの安全に関する研修・研究会等が行われ、医療者の参加機会が多く、どんどん意識は高くなるが、地方は出向く時間・費用の面から、医療者の学習機会が減る分、意識が高まらない。全国格差をなくしてほしい。

## (参考) プログラム

平成20年10月16日(木)

J Rタワーホテル日航札幌

| 時間          | 項目  |
|-------------|---|
| 10:00～      | 受付  |
| 10:30～      | 開会  |
| 10:40～12:10 | 講義：医療事故情報収集等事業の現況と課題<br>(財)日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部<br>部長 後 信       |
| 12:10～13:10 | 昼 食   |
| 13:10～14:40 | 講義：医療安全における海外の現況<br>東邦大学医学部社会医学講座<br>医療政策経営科学分野<br>教授 長谷川 友紀 先生 |
| 14:40～14:50 | 休 憩   |
| 14:50～15:50 | 講義：医療安全における行政の取り組み<br>厚生労働省医政局 医療安全推進室<br>主査 久米 翠 先生            |
| 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<br><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<br><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<br><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<br><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( )<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 0500 分娩室 <input type="checkbox"/> 0601 ICU <input type="checkbox"/> 0602 CCU <input type="checkbox"/> 0603 NICU<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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)<br><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<br><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<br><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<br><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><br><input type="checkbox"/> 010100 オーダー・指示出し<br><br><b>情報伝達過程</b><br><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 ( )<br><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<br><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><br><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<br><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<br><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><br><input type="checkbox"/> 110100 与薬準備<br><br><b>処方・与薬</b><br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 120500 吸入 <input type="checkbox"/> 120600 点鼻・点眼・点耳<br><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<br><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<br><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><br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 110601 投与速度速すぎ <input type="checkbox"/> 110602 投与速度遅すぎ<br><input type="checkbox"/> 110699 その他の投与速度のエラー ( )<br><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<br><input type="checkbox"/> 111000 投与方法間違い <input type="checkbox"/> 111100 無投薬<br><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 | <p><b>ヒヤリ・ハットが発生した場面</b></p> <p><b>手術</b></p> <p><input type="checkbox"/> 210101 開頭                      <input type="checkbox"/> 210102 開胸                      <input type="checkbox"/> 210103 開心                      <input type="checkbox"/> 210104 開腹</p> <p><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 (                      )</p> <p><input type="checkbox"/> 210200 術前準備                      <input type="checkbox"/> 210300 術前処置                      <input type="checkbox"/> 210400 術後処置</p> <p><input type="checkbox"/> 219900 その他の手術に関する場面 (                      )</p> <p><b>麻酔</b></p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 220400 静脈麻酔                      <input type="checkbox"/> 220500 吸入麻酔+静脈麻酔</p> <p><input type="checkbox"/> 229900 その他の麻酔に関する場面 (                      )</p> <p><b>出産・人工流産</b></p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 239900 その他の出産・人工流産に関する場面 (                      )</p> <p><b>その他の治療</b></p> <p><input type="checkbox"/> 240100 血液浄化療法                      <input type="checkbox"/> 240200 IVR                      <input type="checkbox"/> 240300 放射線治療</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 240700 非観血的歯科治療                      <input type="checkbox"/> 249900 その他</p> <p><b>処置</b></p> <p>(一般的処置 チューブ類の挿入)</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 250300 創傷処置</p> <p>(救急処置)</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 259900 その他の救急処置に関する場面 (                      )</p> <p><b>診察</b></p> <p><input type="checkbox"/> 260100 診察</p> |
|   | <p><b>ヒヤリ・ハットの内容</b></p> <p><b>診療、手術、麻酔、出産、その他の治療、処置</b></p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 020199 診察・治療・処置等のその他の取り違え (                      )</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 021002 誤嚥                      <input type="checkbox"/> 029900 診察・治療等のその他のエラー (                      )</p>  |

医療用具（機器）の使用・管理に関する項目

|   |  |
|---|--|
| L | <p><b>ヒヤリ・ハットが発生した場面</b></p> <p><b>医療用具（機器）の使用・管理</b></p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 310400 人工心肺                      <input type="checkbox"/> 310500 除細動器                      <input type="checkbox"/> 310600 IABP</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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 (                      )</p> |
|---|--|



検査に関する項目

|   |  |
|---|--|
| L | <b>ヒヤリ・ハットが発生した場面</b>  |
|   | <p><b>検体採取</b></p> <p><input type="checkbox"/> 410101 採血                      <input type="checkbox"/> 410102 採尿                      <input type="checkbox"/> 410103 採便                      <input type="checkbox"/> 410104 採痰<br/> <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 (                      )</p>   |
|   | <p><b>生理検査</b></p> <p><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<br/> <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<br/> <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 (                      )</p>   |
|   | <p><b>画像検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 410301 一般撮影                      <input type="checkbox"/> 410302 ポータブル撮影                      <input type="checkbox"/> 410303 CT<br/> <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<br/> <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 (                      )</p>   |
|   | <p><b>内視鏡検査</b></p> <p><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<br/> <input type="checkbox"/> 410499 その他の内視鏡検査に関する場面 (                      )</p>  |
|   | <p><b>機能検査</b></p> <p><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<br/> <input type="checkbox"/> 410599 その他の機能検査 (                      )</p> <p><b>その他の検査</b></p> <p><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<br/> <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 (                      )</p>   |
| M | <b>ヒヤリ・ハットの内容</b>  |
|   | <p><b>検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 160100 患者取り違え                      <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<br/> <input type="checkbox"/> 160400 検体取り違え                      <input type="checkbox"/> 160500 検体紛失                      <input type="checkbox"/> 160600 検体破損<br/> <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 (                      )<br/> <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<br/> <input type="checkbox"/> 161201 データ取り違え                      <input type="checkbox"/> 161202 データ紛失<br/> <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<br/> <input type="checkbox"/> 161400 結果報告                      <input type="checkbox"/> 169900 その他検査のエラー (                      )</p> |

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>  |
|   | <p><b>療養上の世話</b></p> <p><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<br/> <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<br/> <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<br/> <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<br/> <input type="checkbox"/> 519900 その他の療養上の世話に関する場面 (                      )</p> <p><b>その他の療養生活の場面</b></p> <p><input type="checkbox"/> 530100 散歩中                      <input type="checkbox"/> 530200 外出・外泊中                      <input type="checkbox"/> 530300 着替え中<br/> <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 (                      )</p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
| M  | ヒヤリ・ハットの内容   |  |
|  | 療養上の世話・療養生活  |  |
|  | <input type="checkbox"/> 170101 転倒 <input type="checkbox"/> 170102 転落 <input type="checkbox"/> 170103 衝突 <input type="checkbox"/> 170201 誤嚥<br><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<br><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 (                      ) |  |
|  | 搬送・移送  |  |
|  | <input type="checkbox"/> 170501 取り違え <input type="checkbox"/> 170502 遅延 <input type="checkbox"/> 170503 忘れ<br><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 (                      )  |  |
| 自己管理薬  |  |  |
| <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<br><input type="checkbox"/> 170699 その他の自己管理薬のエラー (                      ) |  |  |
| その他の療養上の世話・療養生活  |  |  |
| <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  | 発生場面   |  |
|  | 給食・栄養  |  |
| <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  | ヒヤリ・ハットの内容   |  |
|  | 給食・栄養  |  |
|  | <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<br><input type="checkbox"/> 180400 延食の忘れ <input type="checkbox"/> 180500 異物混入<br><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                                    | 発生場面   |  |
|                                      | 物品搬送   |  |
| <input type="checkbox"/> 610100 物品搬送 |  |  |
| M                                    | ヒヤリ・ハットの内容   |  |
|                                      | 物品搬送   |  |
|                                      | <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<br><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   | 発生場面       |  |
|   | 放射線管理      |  |
| <input type="checkbox"/> 620100 放射線管理   |            |  |
| M   | ヒヤリ・ハットの内容 |  |
|   | 放射線管理      |  |
| <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><br><input type="checkbox"/> 310100 教育・訓練が不十分だった<br><input type="checkbox"/> 310300 カリキュラムに不備があった<br><input type="checkbox"/> 310200 マニュアルに不備があった<br><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><br><input type="checkbox"/> 410100 説明が不十分であった<br><input type="checkbox"/> 410300 患者・家族の理解が不十分であった<br><input type="checkbox"/> 410200 説明に誤りがあった<br><input type="checkbox"/> 419900 その他 ( ) |
|   | <b>その他</b><br><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><br><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<br><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<br><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><br><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<br><input type="checkbox"/> 9000 不明<br><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(236施設)

平成20年9月30日現在

定点医療機関とはヒヤリ・ハット事例収集において全般コード化情報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（902施設）

平成20年9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                  | 【茨城県】                         |
| 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                |
| 【秋田県】                       | 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                         |
| 【山形県】                       | 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               | 【栃木県】                         |
| 【福島県】                       | 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                      | 【群馬県】                         |
| 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  
 医療法人社団慈聲会 岩田病院  
 医療法人中沢会上毛病院  
 医療法人社団恵育会 田村産婦人科  
 医療法人群馬会 群馬病院  
 医療法人 杉本病院  
 医療法人誠和会 正田病院  
 医療法人社団生方会 生方医院  
 医療法人醫光会 駒井病院  
 医療法人社団三思会 くすの木病院  
 医療法人 新井胃腸科診療所

【埼玉県】

防衛医科大学校病院  
 独立行政法人国立病院機構 埼玉病院  
 独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院  
 独立行政法人国立病院機構 東埼玉病院  
 さいたま赤十字病院  
 小川赤十字病院  
 済生会鴻巣病院  
 埼玉社会保険病院  
 社会保険大宮総合病院  
 医療法人秀峰会 北辰病院  
 医療法人一成会 さいたま記念病院  
 医療法人社団東所沢病院  
 医療法人社団哺育会 白岡中央総合病院  
 獨協医科大学越谷病院  
 医療生協さいたま生活協同組合 埼玉協同病院  
 ダイヤマ歯科医院  
 自治医科大学附属さいたま医療センター  
 北里大学北里研究所メディカルセンター病院

【千葉県】

千葉大学医学部附属病院  
 独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター  
 独立行政法人国立病院機構 千葉東病院  
 独立行政法人国立病院機構 下総精神医療センター  
 国立国際医療センター国府台病院  
 国立がんセンター東病院  
 船橋市立医療センター  
 国保直営総合病院君津中央病院  
 総合病院国保旭中央病院  
 銚子市立総合病院  
 成田赤十字病院  
 社会保険船橋中央病院  
 医療法人社団明芳会 佐原中央病院  
 東京勤労者医療会 東葛病院  
 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院  
 医療法人緑栄会 三愛記念病院  
 千葉県勤労者医療協会 千葉健生病院

【東京都】

東京大学医学部附属病院  
 慶應義塾大学病院  
 東京慈恵会医科大学附属病院  
 順天堂大学医学部附属順天堂医院  
 東邦大学医療センター大森病院  
 独立行政法人国立病院機構 災害医療センター  
 独立行政法人国立病院機構 東京病院

独立行政法人国立病院機構 村山医療センター  
 国立療養所多磨全生園  
 国立精神・神経センター病院  
 国立国際医療センター  
 国立成育医療センター  
 自衛隊中央病院  
 東京大学医学研究所附属病院  
 青梅市立総合病院  
 葛飾赤十字産院  
 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  
 東京厚生年金病院  
 せんぼ東京高輪病院  
 石川島播磨重工業健康保険組合病院  
 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  
 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院  
 医療法人財団良心会 青梅成木台病院  
 医療法人社団愛和会 南千住病院  
 医療法人社団埴原会 赤羽病院  
 医療法人社団おきの会 旗の台脳神経外科病院  
 医療法人財団保養会 竹丘病院  
 医療法人財団 荻窪病院  
 医療法人社団寿光会 青梅坂本病院  
 医療法人社団叡有会 安田病院  
 医療法人社団明芳会 新葛飾病院  
 医療法人財団中山会 八王子消化器病院  
 医療法人社団広恵会 春山外科病院  
 医療法人社団はなぶさ会 島村記念病院  
 医療法人社団天紀会 上妻病院  
 医療法人財団岩尾会 東京青梅病院  
 医療法人社団三奉会 井上病院  
 医療法人社団順江会江東病院  
 医療法人社団雄心会 山崎病院  
 医療法人社団 飯野病院  
 医療法人社団千秋会 田中脳神経外科病院  
 医療法人社団山本・前田記念会 前田病院  
 医療法人社団爽玄会 碑文谷病院  
 医療法人財団大和会 東大和病院  
 医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院  
 医療法人社団陽和会 武蔵野陽和会病院  
 要町病院  
 北部セントラル病院  
 梶原病院  
 町田胃腸病院  
 木村病院  
 財団法人日本心臓血管研究振興会附属 榑原記念病院  
 財団法人精神医学研究所附属 東京武蔵野病院  
 財団法人 心臓血管研究所附属病院  
 財団法人 聖路加国際病院  
 駿河台日本大学病院  
 東京女子医科大学病院  
 NTT 東日本関東病院

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  
 立正佼成会附属俊成病院  
 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 村上はまなす病院  
 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  
 医療法人社団浅ノ川浅ノ川総合病院  
 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  
 社会保険鯉沢病院  
 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  
 伊豆赤十字病院

【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

医療法人 富田浜病院

財団法人信貴山病院分院 上野病院

西城外科内科

宇野胃腸科内科医院

アップル歯科クリニック

#### 【滋賀県】

滋賀医科大学医学部附属病院

独立行政法人国立病院機構 紫香楽病院

滋賀県立成人病センター

彦根市立病院

公立高島総合病院

大津赤十字病院

済生会滋賀県病院

社会保険滋賀病院

医療法人友仁会 友仁山崎病院

医療法人弘英会琵琶湖大橋病院

財団法人近江兄弟社 ヴォーリス記念病院

#### 【京都府】

京都府立医科大学附属病院

京都大学医学部附属病院

独立行政法人国立病院機構 宇多野病院

京都府立洛南病院

京都府立与謝の海病院

京都市京北病院

京都第二赤十字病院

舞鶴赤十字病院

京都第一赤十字病院

社会保険京都病院

国家公務員共済組合連合会 舞鶴共済病院

警察共済組合京都府支部 京都警察病院

医療法人愛寿会同仁病院

医療法人財団康生会 武田病院

特別医療法人岡本病院（財団） 第一岡本病院

医療法人社団千春会 千春会病院

医療法人芳松会 田辺病院

特定医療法人稲門会 岩倉病院

京都九条病院

医療法人親友会 島原病院

財団法人療道協会 西山病院

総合病院 日本パプテスト病院

財団法人 丹後中央病院

財団法人仁風会 京都南西病院

社団法人京都保健会 京都民医連中央病院

社団法人信和会 京都民医連第二中央病院

明治鍼灸大学附属病院

三菱京都病院

医療法人小柴会小柴産婦人科医院

片山産婦人科

佐々木産婦人科

和知町国民健康保険和知診療所

医療法人 たちいり整形外科

医療法人社団 外松医院

小川歯科医院

#### 【大阪府】

大阪大学医学部附属病院

大阪医科大学附属病院

独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター

独立行政法人国立病院機構 大阪南医療センター

独立行政法人国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター

独立行政法人国立病院機構 刀根山病院

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

市立岸和田市民病院

箕面市立病院

市立松原病院

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

国家公務員共済組合連合会 大手前病院

特定医療法人景岳会 南大阪病院

医療法人藤井会 石切生喜病院

医療法人敬寿会 吉村病院

医療法人愛賛会 浜田病院

一祐会 藤本病院

医療法人祐生会 みどりヶ丘病院

医療法人泰仁会 白山病院

医療法人協和会 聖徒病院

医療法人愛仁会 千船病院

医療法人愛仁会 愛仁会リハビリテーション病院

特定医療法人社団有隣会 東大阪病院

緑ヶ丘病院

財団法人淀川勤労者厚生協会 西淀病院

中山製鋼所附属病院

東大阪生協病院

茂松整形外科

高槻赤十字病院

#### 【兵庫県】

神戸大学医学部附属病院

独立行政法人国立病院機構 神戸医療センター

三木市立三木市民病院

公立御津病院

公立宍粟総合病院

神戸市立医療センター中央市民病院

公立社総合病院

市立川西病院

市立小野市民病院

宝塚市立病院

神戸市立医療センター 西市民病院

柏原赤十字病院

姫路赤十字病院

中町赤十字病院

社会福祉法人恩賜財団 済生会兵庫県病院

社会保険神戸中央病院

医療法人緑風会 龍野中央病院

医療法人社団神鋼会 神鋼病院

医療法人弘仁会 南和病院

医療法人尚和会 宝塚第一病院

特定医療法人社団仙齡会 はりま病院

医療法人愛和会 金沢病院

医療法人古橋会 揖保川病院

医療法人社団慈恵会 新須磨病院

医療法人協和会 協立病院  
 医療法人甲風会 有馬温泉病院  
 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  
 山口大学医学附属病院

【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 真網代くじらリ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

医療法人松籟会 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

うれしのふくでクリニック

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 謙早記念病院

三菱重工株式会社社長崎造船所病院

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

咸宜会 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