

**医療事故情報収集等事業  
第2回報告書**

平成17年7月29日

財団法人日本医療機能評価機構  
医療事故防止センター

# 目次

はじめに .....	1
------------	---

第2回報告書公表にあたって .....	3
---------------------	---

## 報告の現況

1 登録医療機関 .....	4
2 報告件数 .....	6
3 報告の内容 .....	8
4 報告・記載の現況 .....	20

## 医療事故情報分析作業の現況

1 概況 .....	22
2 個別のテーマの検討状況 .....	24
1) 手術における異物残存 .....	24
(1) 分析の結果 .....	24
(2) 今後の検討課題 .....	27
2) 薬剤に関連した医療事故 .....	33
(1) 薬剤に関連した医療事故の現状 .....	34
(2) 医療事故に関連した薬剤の種類 .....	34
(3) 今後の検討課題 .....	35
3) 医療機器の使用に関連した医療事故 .....	40

## 参考

資料1 報告義務対象医療機関一覧 .....	42
資料2 報告様式 .....	47
資料3 医療事故情報収集等事業に関するFAQ .....	51

## 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

近年、様々な団体などによる医療安全を推進するための取り組みが活発になされる中、当機構としても病院機能評価において、医療安全対策の推進などの取り組みを行ってまいりました。さらに、昨年7月には当機構に医療事故防止センターを創設し、国の補助事業として新たに医療事故収集等事業の運営を開始したところです。

当事業においては、本年4月に第1回報告書を公表の後も、引き続き事故情報の収集・分析などを進め、今回第2回報告書を公表させていただく運びとなりました。当事業において作成、公表させていただく報告書が、様々な機会にわが国における医療安全の推進にお役立ていただければ、大変幸いなことと考えております。

当機構としては、国民の皆様や医療機関等の関係者の皆様へ医療事故防止のための情報提供を行うことなどにより、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、今後とも当機構並びに当事業に対する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2回報告書の公表にあたって

財団法人日本医療機能評価機構  
医療事故防止センター長  
野本 亀久雄

医療安全に関するさまざまな取り組みの中でも、医療事故防止に関する取り組みは特に重要な分野と考えてもよいでしょう。当機構におきましても、昨年7月に創設された当センターにおいて、医療事故収集等事業を運営しているところです。

平成17年4月15日には、平成16年10月から平成17年3月までに当事業に報告された500件を超える様々な医療事故情報を踏まえ、第1回報告書を公表しました。第1回報告書の巻頭言には、当事業の運営に当たっての私の基本的な考え方を記させていただいたところですが、当事業は個別医療機関や個々の患者さんの支援に重点を置くというよりは、むしろ広く全国の医療機関における医療事故防止に資する、その結果全ての国民に貢献する、という考えに基づいて運営しております。とはいえ、医療機関よりご報告いただいている一つ一つの医療事故情報こそ当事業の根幹をなすものであり、当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。

第1回報告書に対しては、医療機関をはじめとして報道機関、関連団体等からの問い合わせや報道などの多くの反響があり、医療事故防止に対する社会の関心の高さを改めて認識するとともに、当事業の一層の推進に努める気持ちを新たにしているところです。今後とも正確な医療事故情報並びに医療事故防止に資する情報の提供に努めていきたいと考えております。

今回公表する報告書は、当事業の開始後、第1回報告書以降に頂いた情報も加えた800件を超える医療事故情報に基づく医療事故の現況や、第1回報告書において取り上げたテーマに関しヒヤリ・ハット事例情報も加えて検討した状況等を取りまとめ公表するものです。その過程においては、専門家により事例の分析やいくつかのテーマを特に取り上げて集中的に検討を行っていただいております。ご報告いただいた情報が多角的視点から医療事故防止につながっていくよう進めていただいております。精力的にご参加いただいている専門家部門の委員の皆様へ心より感謝申し上げます。また、専門家部門からいただいた事故報告システムの改善点に関するご指摘を踏まえ、医療機関からの報告が一層円滑に行えるよう、報告システムの機能追加などを行うことができました。今後とも、医療事故の現況や各テーマの継続的な分析により医療事故防止に資する対策を取りまとめ、提案していくこととしております。

最後に、医療事故防止は様々な関係者のご協力によって実現するものと考えており、広く社会に向けて公表するこの報告書が、わが国における医療環境、とりわけ医療事故の防止に関する社会の適切な理解に資することを願ってやみません。

## 報告の現況

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に大別される。それぞれの報告状況をみると、報告義務対象医療機関に比べ参加登録申請医療機関からの報告数が少なく、また、参加登録申請医療機関の報告状況にはばらつきが多く見られるため、分析の正確さを期する観点から、今回の集計は報告義務対象医療機関より寄せられた情報を中心とした。任意参加の医療機関である参加登録申請医療機関より寄せられた情報は、個別のテーマの検討においては活用するとともに、さらに報告数が蓄積された後、集計して公表することとしている。

### 1 登録医療機関

#### 1) 報告義務対象医療機関数および参加登録申請医療機関数

平成17年6月30日現在、医療事故情報収集等事業に参加している医療機関数は以下の通りである。

開設者		報告義務対象 医療機関	参加登録申請 医療機関
国	国立大学法人	46	1
	独立行政法人国立病院機構	149	
	厚生労働省（国立高度専門医療センター）	8	
	厚生労働省（ハンセン病療養所）	13	
	その他		
自治体	都道府県	7	28
	市町村	2	
	公立学校法人	1	
自治体以外の 公的医療機関 の開設者	日本赤十字社		103
	恩賜財団済生会		
	厚生農業協同組合連合会		
	全国社会保険協会連合会		
	厚生年金事業振興団		
	共済組合及びその連合会		
法人	学校法人	49	137
	医療法人		
	公益法人		
	会社		
	その他法人		
個人			
合計		275	269

参加登録申請医療機関とは報告義務対象医療機関以外で当事業に参加を希望した医療機関のことである。

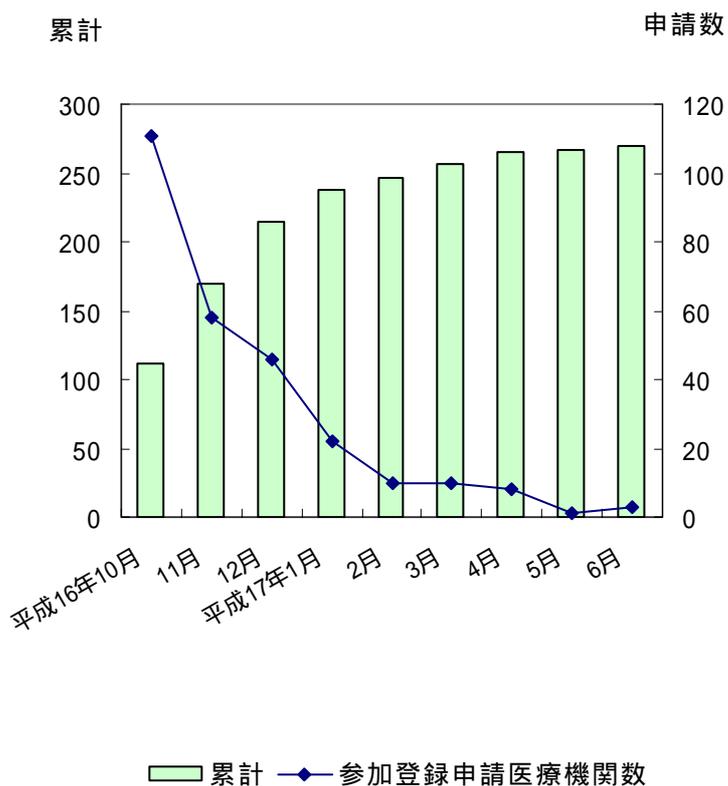
## 2) 参加登録申請医療機関における登録件数の推移

平成16年10月1日から平成17年6月30日までの参加登録申請医療機関における登録件数の推移は以下の通りである。

参加登録申請医療機関数の推移

	平成16年			平成17年					
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月
参加登録申請医療機関数	111	58	46	22	10	10	8	1	3
累計	111	169	215	237	247	257	265	266	269

参加登録申請医療機関数の推移



## 2 報告件数

### 1) 月別報告件数

平成16年10月1日から平成17年6月30日までの報告義務対象医療機関およ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。

	平成16年			平成17年						合計
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	
報告義務対象医療機関報告数	42	87	94	103	84	71	79	84	145	789
参加登録申請医療機関報告数	0	6	10	7	17	10	12	23	13	98
〔報告義務対象医療機関数〕	279	279	277	277	277	276	275	275	275	
〔参加登録申請医療機関数〕	111	169	215	237	247	257	265	266	269	

### 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

報告義務対象医療機関275施設の平成17年4月1日から6月30日までの3ヶ月間の報告医療機関数および報告件数と平成16年10月1日から平成17年6月30日までの報告医療機関数および報告件数は以下の通りである。

設置主体	登録数	報告医療機関数		報告数	
		平成17年4~6月	平成16年10月~平成17年6月	平成17年4~6月	平成16年10月~平成17年6月
国立高度専門医療センター	8	5	7	11	30
ハンセン病療養所	13	3	7	3	9
独立行政法人国立病院機構	149	35	64	74	196
国立大学法人	46	27	36	60	166
自治体	10	3	7	9	22
学校法人	49	25	29	151	366
合計	275	98	150	308	789

平成17年6月30日現在の報告義務対象医療機関の病床数総計は147,947である。  
自治体とは公立大学の医療機関のことを指し、公立学校法人の医療機関も含む。

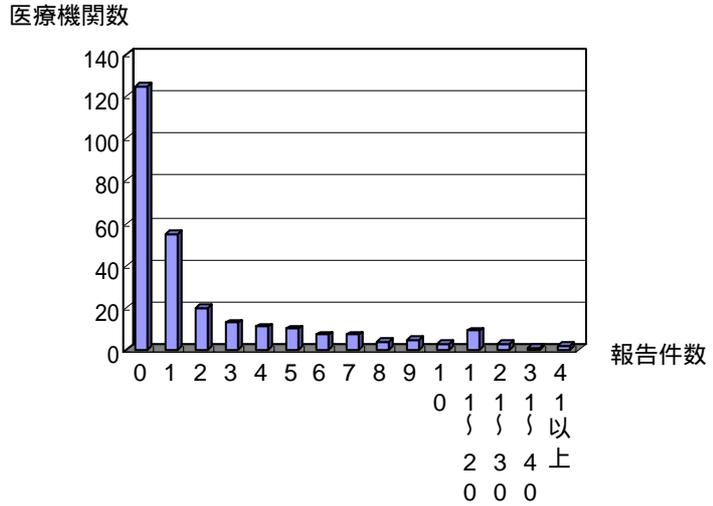
(2) 報告義務対象医療機関の報告件数

平成16年10月1日から平成17年6月30日までの報告義務対象医療機関から報告された報告件数は以下の通りである。

報告件数毎にみる医療機関数

報告件数	報告義務対象医療機関数
0	125
1	55
2	20
3	13
4	11
5	10
6	7
7	7
8	4
9	5
10	3
11~20	9
21~30	3
31~40	1
41以上	2
合計	275

報告件数毎にみる医療機関数



(3) 参加登録申請医療機関の報告状況

参加登録申請医療機関269施設の平成17年4月1日から6月30日までの3ヶ月間の報告医療機関数および報告件数と平成16年10月1日から平成17年6月30日までの報告医療機関数および報告件数は以下の通りである。

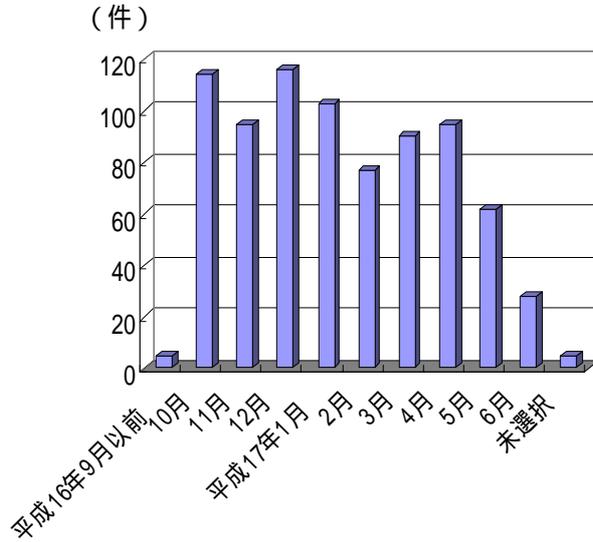
開設者	登録数	報告医療機関数		報告件数	
		平成17年4~6月	平成16年10月~平成17年6月	平成17年4~6月	平成16年10月~平成17年6月
国	1	0	0	0	0
自治体	28	4	6	4	6
公的医療機関	103	12	18	16	39
法人	115	11	21	28	53
個人	22	0	0	0	0
合計	269	27	45	48	98

### 3 報告の内容

平成16年10月1日から平成17年6月30日までの報告義務対象医療機関からの報告内容は以下の通りである。

#### 1) 発生月

発生月	件数
平成16年 9月以前	5
10月	113
11月	95
12月	116
平成17年 1月	103
2月	77
3月	90
4月	95
5月	62
6月	28
未選択	5
合計	789

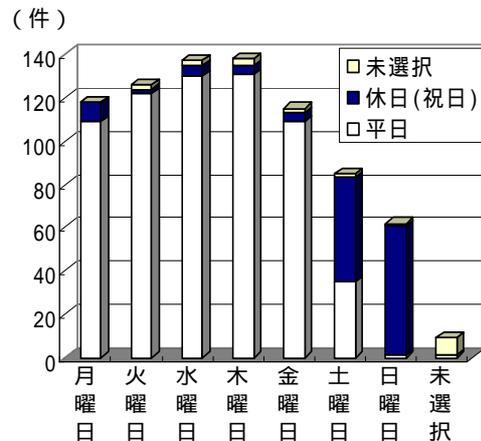


平成16年10月から事業開始につき収集対象発生月は平成16年10月以降となる。

「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「発生月」のチェックボックスに選択がないものを指す。

#### 2) 発生曜日・曜日区分

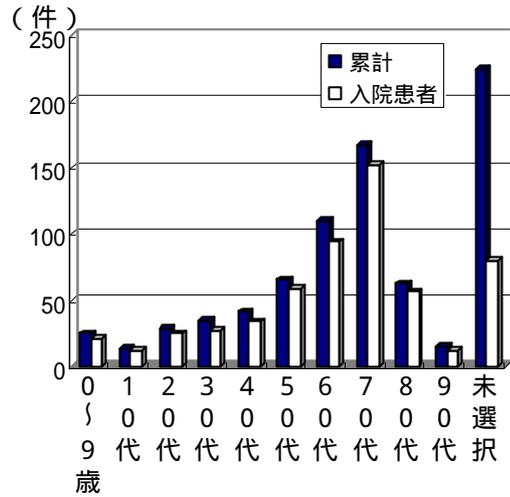
発生曜日	平日	休日(祝日)	未選択	合計
月曜日	108	9	0	117
火曜日	122	2	2	126
水曜日	130	5	2	137
木曜日	131	4	3	138
金曜日	109	4	2	115
土曜日	35	48	2	85
日曜日	1	60	1	62
未選択	1	0	8	9
合計	637	132	20	789



「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「発生曜日」のチェックボックスに選択がないものを指す。

### 3)患者の年齢

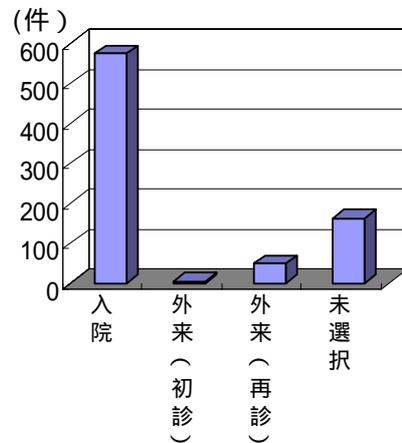
患者の年齢	件数	入院患者(再掲)
0～9歳	25	21
10代	14	12
20代	29	25
30代	35	27
40代	42	34
50代	66	59
60代	110	94
70代	166	151
80代	63	57
90代	15	12
未選択	224	80
合計	789	572



「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「患者の年齢」のチェックボックスに選択がないものを指す。

### 4)入院・外来の区分

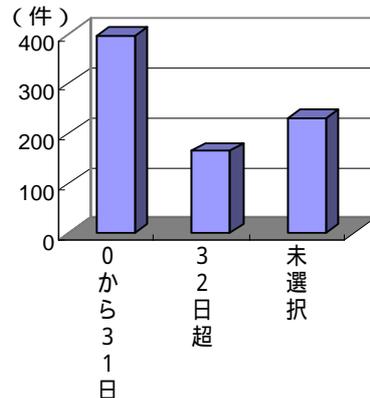
区分	件数
入院	572
外来(初診)	5
外来(再診)	50
未選択	162
合計	789



「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「入院・外来区分」のチェックボックスに選択がないものを指す。

### 5)入院期間

入院期間	件数
0から31日	395
32日超	164
未選択	230
合計	789

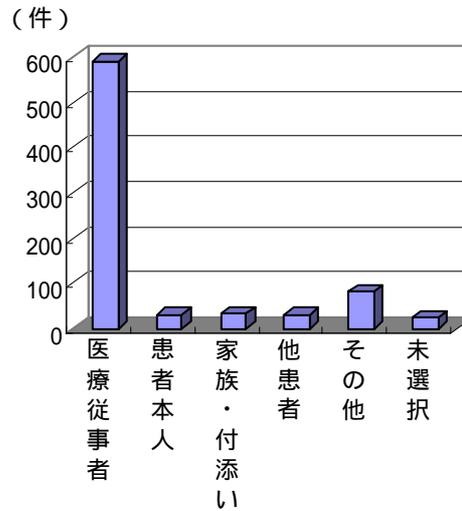


「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「入院期間」のチェックボックスに選択がないものを指す。

## 6) 発見者

発見者	件数
医療従事者	592
患者本人	31
家族・付添い	32
他患者	30
その他	81
未選択	23
合計	789

「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「発見者」のチェックボックスに選択がないものを指す。

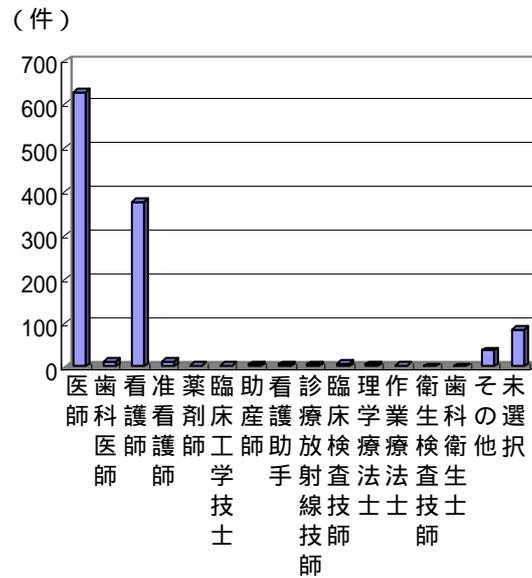


## 7) 当事者の職種

当事者職種	件数
医師	628
歯科医師	12
看護師	378
准看護師	11
薬剤師	4
臨床工学技士	4
助産師	5
看護助手	5
診療放射線技師	6
臨床検査技師	7
理学療法士	5
作業療法士	2
衛生検査技師	1
歯科衛生士	1
その他	36
未選択	84
合計	1,189

「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「当事者の職種」のチェックボックスに選択がないものを指す。

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。



8) 当事者(医師・歯科医師・看護師・薬剤師)の職種別経験年数

当事者職種× 職種経験年数	0年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11~20年	21~30年	30年超	未選択	合計
医師	19	32	33	33	24	32	22	21	27	33	28	197	51	13	63	628
歯科医師	0	1	0	0	0	2	1	2	1	0	0	4	0	0	1	12
看護師	30	28	40	40	17	26	7	19	16	7	9	47	41	10	41	378
薬剤師	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	4

「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「職種経験年数」のチェックボックスに選択がないものを指す。

9) 当事者(医師・歯科医師・看護師・薬剤師)の部署配属年数

当事者職種× 部署配属年数	0年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11~20年	21~30年	30年超	未選択	合計
医師	124	72	60	49	25	26	21	18	12	15	11	83	9	2	101	628
歯科医師	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	7	12
看護師	76	64	67	48	18	21	3	8	6	2	2	6	1	0	56	378
薬剤師	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4

「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「部署配属年数」のチェックボックスに選択がないものを指す。

## 10) 事故の概要

事故の概要	平成17年 4月～6月		平成16年10月～ 平成17年6月	
	件数	%	件数	%
指示出し	1	0.3	2	0.3
薬剤	13	4.2	40	5.1
輸血	3	1.0	4	0.5
治療処置	91	29.5	234	29.6
医療用具	13	4.2	28	3.5
ドレーン、チューブ	23	7.5	55	7.0
歯科医療用具	0	0	1	0.1
検査	21	6.8	40	5.1
療養上の世話	68	22.1	176	22.3
その他	64	20.8	164	20.8
未選択	11	3.6	45	5.7
合計	308	100	789	100

「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「事故の概要」のチェックボックスに選択がないものを指す。

## 11) 事故の程度

事故の程度	平成17年 4月～6月		平成16年10月～ 平成17年6月	
	件数	%	件数	%
死亡	32	10.4	108	13.7
障害残存の可能性が高い	47	15.3	113	14.3
障害残存の可能性が低い	163	52.9	389	49.3
不明	57	18.5	155	19.6
未選択	9	2.9	24	3.0
合計	308	100	789	100

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。

「不明」には、報告期日（2週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、警鐘的事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「事故の程度」のチェックボックスに選択がないものを指す。

12) 発生場所

発生場所	平成17年 4月～6月		平成16年10月～ 平成17年6月	
	件数	%	件数	%
外来診察室	4	1.3	12	1.5
外来処置室	5	1.6	8	1.0
外来待合室	2	0.6	3	0.4
救急外来	4	1.3	10	1.3
病室	128	41.6	351	44.5
病棟処置室	0	0	8	1.0
手術室	51	16.6	114	14.4
ICU	12	3.9	26	3.3
CCU	1	0.3	4	0.5
NICU	1	0.3	5	0.6
検査室	8	2.6	13	1.6
カテーテル検査室	12	3.9	35	4.4
放射線治療室	0	0	3	0.4
放射線撮影室	3	1.0	14	1.8
核医学検査室	1	0.3	1	0.1
透析室	1	0.3	4	0.5
分娩室	0	0	3	0.4
機能訓練室	0	0	2	0.3
トイレ	4	1.3	27	3.4
廊下	11	3.6	22	2.8
浴室	6	1.9	13	1.6
階段	1	0.3	1	0.1
不明	5	1.6	8	1.0
その他	45	14.6	92	11.7
未選択	3	1.0	10	1.3
合計	308	100	789	100

「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「発生場所」のチェックボックスに選択がないものを指す。

### 13) 発生要因 × 事故の概要

平成16年10月1日から平成17年6月30日までの報告義務対象医療機関からの報告における「発生要因」×「事故の概要」は以下の通りである。

発生要因 × 事故の概要	指示出し	薬剤	輸血	治療・処置	医療用具	ドレーン、チューブ	歯科医療用具	検査	療養上の世話	その他	未選択	合計
確認を怠った	2	28	2	64	12	17	1	7	18	25	8	184
観察を怠った	0	4	0	30	8	13	1	2	55	34	9	156
判断を誤った	1	10	2	48	2	16	1	4	49	18	7	158
知識が不足していた	0	14	1	14	5	5	0	0	9	5	2	55
技術・手技が未熟だった	0	3	0	45	2	9	0	5	7	0	3	74
報告が遅れた	0	4	1	3	0	1	0	0	5	2	1	17
通常とは異なる身体的条件下にあった	0	1	0	17	0	5	0	1	7	11	4	46
通常とは異なる心理的条件下にあった	0	2	0	9	0	3	0	1	3	5	3	26
システムに問題があった	0	4	0	7	3	2	0	3	3	9	0	31
連携が出来ていなかった	1	9	0	14	2	5	0	6	21	11	2	71
記録などの不備	0	3	0	1	0	2	0	0	0	1	0	7
勤務状況が繁忙だった	0	6	0	4	2	2	0	0	10	5	1	30
環境に問題があった	0	2	0	4	0	2	0	1	15	9	2	35
医薬品の問題	0	6	0	3	0	1	0	0	0	1	1	12
医療機器の問題	0	1	1	3	7	4	0	2	0	4	0	22
諸物品の問題	0	1	1	5	5	3	0	1	4	2	2	24
施設・設備の問題	0	0	0	1	1	0	0	0	15	15	2	34
教育・訓練に問題があった	0	3	0	7	3	3	0	0	5	8	2	31
説明不足	0	3	0	3	2	2	0	5	15	11	3	44
その他	0	8	1	81	5	16	0	16	39	67	7	240
未選択	0	2	0	14	0	2	0	0	16	19	14	67
合計	4	114	9	377	59	113	3	54	296	262	73	1,364

「発生要因」は複数回答が可能である。

「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「発生要因」および「事故の概要」のチェックボックスに選択がないものを指す。

#### 14) 発生場所 × 事故の程度

発生場所 × 事故の程度	死亡		障害残存(高)		障害残存(低)		不明		未選択		合計	
	平成17年 4~6月	平成16年 10月~*										
外来診察室	0	2	0	1	4	8	0	1	0	0	4	12
外来処置室	0	0	0	0	2	4	2	2	1	2	5	8
外来待合室	0	1	0	0	2	2	0	0	0	0	2	3
救急外来	0	1	1	2	2	6	1	1	0	0	4	10
病室	17	55	21	52	63	163	23	74	4	7	128	351
病棟処置室	0	1	0	1	0	4	0	1	0	1	0	8
手術室	3	8	10	21	31	64	6	20	1	1	51	114
I C U	3	7	0	3	5	9	4	7	0	0	12	26
C C U	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	1	4
N I C U	0	1	0	1	0	2	1	1	0	0	1	5
検査室	0	1	1	1	5	7	2	4	0	0	8	13
カテーテル検査室	1	3	3	9	6	17	2	5	0	1	12	35
放射線治療室	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3
放射線撮影室	1	3	1	2	1	6	0	2	0	1	3	14
核医学検査室	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
透析室	1	1	0	0	0	3	0	0	0	0	1	4
分娩室	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3
機能訓練室	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
トイレ	0	2	1	5	3	16	0	4	0	0	4	27
廊下	0	0	2	3	8	16	1	3	0	0	11	22
浴室	1	3	0	1	4	8	1	1	0	0	6	13
階段	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
不明	0	0	2	3	0	2	3	3	0	0	5	8
その他	4	17	5	8	25	44	10	18	1	5	45	92
未選択	1	1	0	0	0	2	1	3	1	4	3	10
合計	32	108	47	113	163	389	57	155	9	24	308	789

\* 「平成16年10月~」とは平成16年10月1日から平成17年6月30日までの件数を示す。

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。

「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「発生場所」および「事故の程度」のチェックボックスに選択がないものを指す。

15) 発生場所 × 入院・外来の別

発生場所 × 入院・外来の別	入院		外来		未選択		合計	
	平成17年 4~6月	平成16年 10月~*	平成17年 4~6月	平成16年 10月~*	平成17年 4~6月	平成16年 10月~*	平成17年 4~6月	平成16年 10月~*
外来診察室	2	2	2	8	0	2	4	12
外来処置室	0	0	5	7	0	1	5	8
外来待合室	0	1	2	2	0	0	2	3
救急外来	0	1	4	7	0	2	4	10
病室	107	263	0	0	21	88	128	351
病棟処置室	0	7	0	1	0	0	0	8
手術室	47	100	0	0	4	14	51	114
I C U	9	21	0	0	3	5	12	26
C C U	1	4	0	0	0	0	1	4
N I C U	0	3	0	0	1	2	1	5
検査室	4	8	4	4	0	1	8	13
カテーテル検査室	8	29	1	2	3	4	12	35
放射線治療室	0	1	0	2	0	0	0	3
放射線撮影室	2	9	0	1	1	4	3	14
核医学検査室	1	1	0	0	0	0	1	1
透析室	1	3	0	0	0	1	1	4
分娩室	0	3	0	0	0	0	0	3
機能訓練室	0	1	0	1	0	0	0	2
トイレ	4	19	0	0	0	8	4	27
廊下	10	17	0	1	1	4	11	22
浴室	5	11	0	0	1	2	6	13
階段	1	1	0	0	0	0	1	1
不明	4	6	0	0	1	2	5	8
その他	24	58	15	17	6	17	45	92
未選択	2	3	0	2	1	5	3	10
合計	232	572	33	55	43	162	308	789

\*「平成16年10月～」とは平成16年10月1日から平成17年6月30日までの件数を示す。

「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「発生場所」および「入院・外来の別」のチェックボックスに選択がないものを指す。

16) 発生場面 × 事故の程度

発生場面 × 事故の程度	死亡		障害残存(高)		障害残存(低)		不明		未選択		合計	
	平成17年 4~6月	平成16年 10月~*										
薬剤	1	2	3	4	8	23	3	13	0	0	15	42
輸血	0	0	0	0	2	3	1	1	0	0	3	4
治療・処置	13	33	14	32	54	115	14	39	1	6	96	225
医療用具 (医療機器)	3	4	0	2	6	11	4	14	0	1	13	32
ドレーン、 チューブ類	1	3	2	4	13	40	4	8	0	1	20	56
歯科医療用具 (機器)等	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
検査	0	5	5	7	10	16	4	7	2	2	21	37
療養上の世話	4	20	12	35	45	117	5	29	3	5	69	206
その他	7	19	3	7	8	16	13	21	1	2	32	65
未選択	3	22	8	22	17	47	9	23	2	7	39	121
合計	32	108	47	113	163	389	57	155	9	24	308	789

\* 「平成16年10月～」とは平成16年10月1日から平成17年6月30日までの件数を示す。

「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「発生場面」および「事故の程度」のチェックボックスに選択がないものを指す。

16) - 2 「発生場面」と「事故の程度」(詳細)

(平成17年4月1日から6月30日の報告件数)

( )内は平成16年10月1日から平成17年6月30日の件数)

	死亡	障害残存 (高)	障害残存 (低)	不明	未選択	合計
<b>薬剤に関する項目</b>						
与薬準備	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (2)	0 (0)	0 (3)
皮下・筋肉注射	0 (0)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (2)
静脈注射	0 (0)	0 (0)	2 (6)	0 (2)	0 (0)	2 (8)
末梢静脈点滴	0 (0)	2 (2)	0 (4)	1 (4)	0 (0)	3 (10)
中心静脈注射	1 (1)	0 (0)	1 (2)	2 (4)	0 (0)	4 (7)
内服	0 (0)	1 (2)	4 (6)	0 (0)	0 (0)	5 (8)
その他の処方・与薬に関する場面	0 (0)	0 (0)	0 (2)	0 (1)	0 (0)	0 (3)
薬剤に関するその他	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)
<b>輸血に関する項目</b>						
輸血検査	0 (0)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (2)
輸血実施	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
輸血に関するその他	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (1)
<b>治療・処置に関する項目</b>						
開頭	0 (1)	0 (0)	1 (1)	0 (1)	0 (0)	1 (3)
開胸	0 (0)	0 (2)	3 (4)	0 (2)	0 (0)	3 (8)
開心	1 (1)	0 (0)	0 (2)	1 (2)	0 (0)	2 (5)
開腹	2 (3)	2 (3)	5 (14)	0 (4)	0 (0)	9 (24)
四肢	1 (1)	1 (1)	4 (5)	0 (0)	1 (1)	7 (8)
鏡視下手術	0 (1)	1 (2)	2 (2)	0 (0)	0 (0)	3 (5)
その他の手術	0 (0)	2 (4)	4 (8)	0 (4)	0 (0)	6 (16)
術前準備	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (1)
術前処置	1 (1)	0 (0)	2 (2)	0 (0)	0 (1)	3 (4)
術後処置	0 (1)	0 (2)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	1 (5)
その他(手術に関する場面)	1 (3)	2 (3)	5 (10)	1 (2)	0 (0)	9 (18)
全身麻酔(吸入麻酔+静脈麻酔)	0 (0)	1 (1)	3 (4)	1 (1)	0 (0)	5 (6)
吸入麻酔	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
静脈麻酔	0 (0)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (2)
脊椎・硬膜外麻酔	0 (0)	0 (1)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
麻酔(その他)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2)
出産・人工流産その他	0 (2)	0 (0)	0 (1)	1 (1)	0 (0)	1 (4)
血液浄化療法(血液透析含む)	1 (1)	0 (0)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	2 (4)
IVR(血管カテーテル治療等)	1 (3)	1 (4)	1 (10)	0 (0)	0 (1)	3 (18)
放射線治療	1 (1)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (2)
リハビリテーション	0 (0)	0 (0)	1 (2)	0 (2)	0 (0)	1 (4)
非観血的歯科治療	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (1)
内視鏡的治療	0 (2)	1 (1)	4 (5)	1 (1)	0 (1)	6 (10)
その他の治療	0 (1)	1 (4)	5 (8)	1 (2)	0 (0)	7 (15)
中心静脈ライン	0 (2)	0 (0)	3 (12)	0 (2)	0 (1)	3 (17)
末梢静脈ライン	0 (1)	0 (0)	1 (1)	1 (2)	0 (0)	2 (4)
血液浄化用カテーテル	0 (0)	0 (0)	1 (2)	1 (1)	0 (0)	2 (3)
栄養チューブ(NG・ED)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
尿道カテーテル	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
ドレーンに関する措置	0 (1)	1 (1)	0 (2)	0 (2)	0 (0)	1 (6)
創傷処置	0 (0)	0 (0)	0 (1)	2 (3)	0 (0)	2 (4)
その他のチューブ類の挿入	0 (2)	0 (0)	1 (4)	3 (4)	0 (0)	4 (10)
気管挿管	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
気管切開	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
その他の救急措置に関する場面	3 (4)	0 (1)	1 (2)	0 (1)	0 (0)	4 (8)
<b>医療用具(機器)の使用・管理に関する項目</b>						
人工呼吸器	0 (1)	0 (1)	1 (4)	0 (1)	0 (0)	1 (7)
酸素療法機器	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
人工心肺	1 (1)	0 (1)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
輸液・輸注ポンプ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (1)
血液浄化用機器	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
心電図・血圧モニター	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (4)	0 (0)	1 (5)
パルスオキシメーター	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (1)
その他の医療用具(機器)の使用・管理に関する場面	0 (0)	0 (0)	4 (5)	4 (8)	0 (0)	8 (13)

	死亡	障害残存 (高)	障害残存 (低)	不明	未選択	合計
<b>ドレーン、チューブ類の使用・管理に関する項目</b>						
中心静脈ライン	0 (0)	0 (0)	2 (6)	1 (1)	0 (0)	3 (7)
末梢動脈ライン	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (1)
気管チューブ	0 (0)	0 (0)	3 (8)	0 (2)	0 (0)	3 (10)
気管カニューレ	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
栄養チューブ (NG・ED)	0 (0)	0 (0)	2 (3)	0 (0)	0 (0)	2 (3)
尿道カテーテル	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (1)
胸腔ドレーン	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
腹腔ドレーン	0 (0)	0 (0)	3 (4)	1 (1)	0 (1)	4 (6)
脳室・脳槽ドレーン	0 (0)	0 (0)	0 (2)	0 (1)	0 (0)	0 (3)
皮下持続吸引ドレーン	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (1)
硬膜外カテーテル	0 (0)	0 (1)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (2)
血液浄化用カテーテル・回路	0 (1)	0 (0)	0 (1)	1 (1)	0 (0)	1 (3)
その他のドレーン、チューブ類の使用・管理に関する場面	1 (2)	0 (1)	3 (12)	1 (2)	0 (0)	5 (17)
<b>歯科医療用具 (機器)・材料の使用・管理に関する項目</b>						
その他の歯科医療用具 (機器)・材料の使用・管理に関する場面	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (1)
<b>検査に関する項目</b>						
採血	0 (0)	1 (1)	3 (4)	1 (1)	0 (0)	5 (6)
その他の検体採取	0 (2)	1 (1)	2 (4)	0 (0)	0 (0)	3 (7)
一般撮影	0 (0)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (2)
MRI	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (1)
血管カテーテル撮影	0 (0)	2 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (4)
下部消化管撮影	0 (0)	1 (1)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (2)
その他の画像検査	0 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (2)
上部消化管	0 (1)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
下部消化管	0 (1)	0 (0)	1 (1)	1 (2)	1 (1)	3 (5)
その他の内視鏡検査	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (1)
病理検査	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (2)	0 (0)	0 (2)
その他の検査に関する場面	0 (0)	0 (0)	2 (2)	0 (0)	0 (0)	2 (2)
<b>療養上の世話に関する項目</b>						
気管内・口腔内吸引	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)
体位変換	0 (0)	1 (1)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	2 (3)
清拭	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)
更衣介助	0 (0)	0 (1)	0 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (3)
食事介助	0 (2)	0 (1)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (5)
入浴介助	0 (0)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (2)
排泄介助	0 (0)	0 (0)	1 (7)	0 (1)	0 (0)	1 (8)
移動介助	0 (0)	1 (2)	0 (2)	0 (2)	1 (1)	2 (7)
搬送・移送	0 (0)	0 (1)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (2)
患者周辺物品管理	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (1)	0 (0)	1 (2)
配膳	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (1)
患者観察	2 (5)	0 (0)	2 (6)	1 (1)	1 (1)	6 (13)
その他の療養上の世話に関する場面	0 (0)	2 (2)	8 (16)	2 (5)	0 (0)	12 (23)
経口摂取	0 (1)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)
散歩中	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (2)	0 (0)	0 (3)
移動中	0 (0)	4 (10)	15 (35)	0 (5)	1 (1)	20 (51)
外出・外泊中	0 (0)	0 (0)	1 (3)	0 (0)	0 (1)	1 (4)
食事中	0 (1)	1 (1)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
入浴中	1 (2)	0 (1)	2 (3)	0 (0)	0 (0)	3 (6)
着替え中	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (1)
排泄中	0 (2)	1 (6)	2 (11)	1 (3)	0 (0)	4 (22)
就寝中	0 (1)	0 (2)	3 (7)	1 (2)	0 (0)	4 (12)
その他の療養生活に関する場面	1 (6)	1 (2)	6 (13)	0 (7)	0 (1)	8 (29)
<b>その他</b>						
その他	7 (19)	3 (7)	8 (16)	13 (21)	1 (2)	32 (65)
<b>未選択</b>						
未選択	3 (22)	8 (22)	17 (47)	9 (23)	2 (7)	39 (121)
合計	32 (108)	47 (113)	163 (389)	57 (155)	9 (24)	308 (789)

「未選択」とは事故の詳細については記述情報に記載されているが「発生場所」および「事故の程度」のチェックボックスに選択がないものを指す。

## 4 報告・記載の現況

### 1) 報告状況の分析

平成17年4月1日から同年6月30日までに報告された356件（報告義務医療機関：308件、参加登録申請医療機関：48件）の報告状況を前回平成16年10月1日から平成17年3月31日までに報告された全533件の報告内容と比較し分析した。

#### (1)コード選択形式の項目の未選択率について

平成16年10月1日から平成17年3月30日までの報告に比べ平成17年4月1日から平成17年6月30日までの報告において、「事故直前の患者の状態」と「当事者勤務（夜勤等回数）」を除く全ての項目においてコード未選択率は減少している（表参照）。

一方、前回と同様に今回も「患者の年齢」や「患者の性別」等の患者の属性、「当事者職種経験」、「当事者部署配属期間」、「当事者勤務（夜勤等回数）」等の当事者に関する情報についての未選択の割合が高い。ただし、患者の属性については記述形式の「事故の内容」に患者の年齢が入力されている場合も多い。「患者の年齢」、「当事者職種経験」、「当事者部署配属期間」はプルダウンメニューから数値を選択する形であるため、メニューの選択作業に手間がかかるため入力に至らないことが要因として考えられる。今後、数値の打ち込み形式等の入力方法を検討する必要がある。

#### (2)記述形式の項目の未記入率について

平成16年10月1日から平成17年3月30日までの報告に比べ平成17年4月1日から平成17年6月30日までの報告の方が記述情報の項目における未記入率は減少している。

また、報告時点で固有名詞等の削除やマスキングも行われている。

コード選択形式の項目の未選択数および未選択率

項目	未選択数および未選択率			
	平成17年 4月～6月		平成16年10月～ 平成17年6月	
	件数	%	件数	%
事故の程度	9	1.0	18	2.0
発生場所	3	0.3	8	0.9
事故の概要	12	1.4	36	4.1
関連診療科	11	1.2	14	1.6
患者の年齢	84	9.5	165	18.6
患者の性別	88	9.9	179	20.2
患者区分	48	5.4	125	14.1
事故直前の患者の状態	77	8.7	62	7.0
発見者	11	1.2	16	1.8
当事者職種	37	4.2	55	6.2
当事者職種経験	99	11.2	108	12.2
当事者部署配属期間	122	13.8	134	15.1
当事者勤務（夜勤等回数）	147	16.6	143	16.1
発生場面	41	4.6	88	9.9
事故の内容	40	4.5	91	10.3
発生要因	18	2.0	52	5.9

記述情報の項目の未記入数および未記入率

項目	未記入数および未記入率			
	平成17年 4月～6月		平成16年10月～ 平成17年6月	
	件数	%	件数	%
実施した医療行為の目的	94	10.6	125	14.1
発生要因	248	28	389	43.9
背景・要因	23	2.6	39	4.4
改善策	21	2.4	36	4.1

## 医療事故情報分析作業の現況

### 1 概況

#### 1) 分析対象とするテーマの選定状況

第1回報告書において述べたように、事故分析の対象となるテーマは、一般性・普遍、発生頻度、患者への影響度、防止可能性・回避可能性、教訓度といった観点から、専門家の意見を踏まえ選定している。

「手術等における異物残存」、「医療機器の使用に関する事故」に関しては、平成16年度に分析対象テーマとして選定し、現在も引き続き取り組んでいるところである。さらにその後「薬剤に関連した事故」を分析対象テーマとして選定し検討している。

#### 2) 分析体制

医療安全に関わる医療専門職、安全管理の専門家など多様な医療職種の専門家で構成される分析班において、月に1～2回の頻度で全ての事故事例を参照し、事故事例全体の概要を把握し分析の方向性を示している。

また、上記3つのテーマについてはそれぞれのテーマを担当する分析班を設け、月に1～2回の頻度で分析を行っている。

#### 3) 事故事例に対する追加の調査

分析班において、医療機関から報告された事例の記述内容に対し分析するうえで周辺情報を含めてさらに詳細な事実関係を把握する必要があると判断される事例に関しては、追加情報の収集のため事例をご報告いただいた各医療機関へ文書等による問い合わせや、訪問調査を行っている。追加情報の内容は、分析班会議の資料として活用している。

医療機関からの回答は、Web上または郵送が可能となっている。これまでに、文書による問い合わせを50件行い、現在37件の回答を得ている。また、その他にも電話による問い合わせを行っている。

医療機関の現場において事例の詳細を把握する必要があると判断された事例に関しては、医療機関への訪問調査を行っている。平成17年4月1日から平成17年6月30日現在1施設へ訪問調査を行った。

#### 4) ヒヤリ・ハット事例の活用

分析のテーマに関する事故事例の分析に役立てるために、第15回以降のヒヤリ・ハット事例情報収集において、人工呼吸器に関する事例および手術等における異物残存に関する事例をテーマとし、収集を行っている。

## 2 個別のテーマの検討状況

### 1)手術における異物残存

平成16年10月1日から平成17年6月30日の間に治療・処置等における異物残存の事例が22件報告されている。今回はその中でも事例が集積してきた手術場面での異物残存に18件の関する分析を行った。このうち2件については訪問調査を行った。

なお、当機構で収集を行った第11回～15回（収集対象期間：平成16年1月1日から平成17年3月31日）までのヒヤリ・ハット事例の中から手術室における異物残存に関する事例を抽出し、分析の参考とした。

#### (1)分析の結果

##### (ア)手術における異物残存についての概況

図1は、手術に関して異物残存が発生した、あるいは発生しそうになった事を発見した場面を事例毎に「手術中～帰室まで」、「帰室後～退院まで」、「退院後」という段階に区分し、その残存物の種類と件数をまとめたものである。

残存物については、衛生材料(ガーゼ、綿球等)、手術用鋼製小物(ハサミ、スプーン等)、器械(開創器、持針器等)の部品や一部など様々であったが、中でもガーゼの件数があわせて24件と多かった。

##### (イ)異物残存が発生する原因

次に、手術に関連する一連の業務の中で発生している事象の内容を整理した(図2)。業務の流れは「(手術に使用する物品の)洗浄・点検・保管」、「術前準備」、「手術直前準備」、「手術中」、「手術終了後及びそれ以降」の5段階に区分した。

##### (手術に使用する物品の)洗浄・点検・保管

この段階が事故の原因となった医療事故の報告はなかった。ヒヤリ・ハット事例では、「器械の部品が破損していた」、「洗浄時に器械の部品がないことに気づいた」、「手術に使用する物品をあらかじめ一纏めにしたセットの中に、本来入っていないはずの器械が入っていた」等の報告があった。

#### 手術前準備

この段階が事故の原因となった医療事故の報告及びヒヤリ・ハット事例の報告はなかった。

#### 手術直前準備

この段階が事故の原因となった医療事故の報告は2件あった。2件の事例とも「遺残物をカウント<sup>(注)</sup>の対象としていなかった」ものであった。それぞれの事例で残存した物品は、ブルドック鉗子と、もう1件は、表層部位の手術のため残存することを想定していなかったガーゼであった。

ヒヤリ・ハット事例においても、残存物品がカウントの対象でなかった事例があった。その物品は、術野に使用しないX線透過のガーゼ、水綿、柄つきガーゼ、表層の手術で使用するため残存を想定していなかった縫合針等であった。

この段階が事故の原因となったと思われるヒヤリ・ハット事例の報告では、「手術中にガーゼのカウントが合わなかったが、最終的に手術前準備の段階で数え間違えていたことが分かった」、「始めに器械を数えておくべきところ、これを忘れたためその後のカウントの記録が正しいのかどうか分からなくなった」等の報告があった。

#### 手術中

この段階が事故の原因となった医療事故の報告は10件あった。「破損して術野に残存した」という事例が1件、「物品を数えていた、あるいは確認していたが不足に気がつかなかった」という事例が5件、「一度目のカウントが合わなかったが、再度カウントしたところ合った」という事例が1件、「カウントが合わなかったため検索したが、最終的に確認ができなかった」という事例が3件であった。

この段階のヒヤリ・ハット事例の報告は139例であり、他の段階に比較し多かった。それらの事例の多くは手術中に起こるカウントに関連したものであり、これらを分類すると、

- ）ルールが決まっていないことにより起こるもの
  - 例）カウントの対象物や方法、室外へガーゼを持ち出す方法など
- ）ルールを守らないことにより起こるもの
  - 例）使用済みガーゼの捨て方など
- ）判別しにくい物品の混在により起こるもの
  - 例）通常のガーゼとX線不透過ガーゼの混在
- ）伝達や記録の誤りにより起こるもの
  - 例）直接介助看護師と間接介助看護師（外回り看護師とも呼ぶ）等との間の使用物品追加に関する伝達エラーや、人員交代の際の伝達のエラー、
- ）取り扱う物品の大きさや形状により起こるもの

例) 血管吻合用の縫合針の紛失や血液等を多量に吸収したガーゼのカウントエラー

) 物品の破損や脱落により起こるもの

) その他

に大別できる。

手術終了後

表1 遺残が発生した手術の種類

この段階における事故事例の報告は、遺残の発見に関わる事例が6件である。実際には手術中に残存は起こっているため、この段階が原因であることはありえないが、手術終了後に残存もしくはその可能性に気づいたが、どの時点に問題があったのかが分からなかったものや、原因となった手術が他の医療機関で行われたものなどをこの段階として分類している。

手術の種類	件数
開頭手術	0
開胸手術	7
開心手術	2
開腹手術	3
四肢手術	2
鏡視下手術	2
その他	2

ヒヤリ・ハット事例では「手術終了後の器械カウ

トで使用していないはずの器械が不足していた」開胸手術の中には循環器外科手術も含む

「後片付けの際、床に手術に使用した部品の破片が落ちていた」などの報告があった。

表1には、異物残存が発生した事故の手術の種類を示す。

### (ウ) 残存した異物が発見される状況

表2には、分析対象、あるいは参考とした事例において異物残存に気づいた理由を示す。殆どの事例において、異物残存を発見する契機となっている方法は、

使用物品のカウント<sup>(注)</sup>

手術中や閉創前などの時点における、使用物品の残存の確認のための手術野の検索

X線撮影またはX線透視検査

であった。

しかし、報告事例の中には、カウントに関し異物残存がなかったにも関わらずカウントが合わなかった事例があり、また、手術野の検索に関しては、検索しても異物残存の発生した事例がある。さらに、X線撮影・X線透視検査に関しては、樹脂などの素材のため明瞭に写らなかった、残存した位置が他の構造と重なる位置であったために明瞭に写らなかった場合等が報告されており、どの方法も確実とは言い難いことが明らかとなった。これらの確認方法の精度を

上げる方法の検討が必要であると考えられた。

表3には、ヒヤリ・ハット事例の57事例において、手術において一時的に行方が不明になった物品が発見された場所を示す。

## (2) 今後の検討課題

手術における異物残存を防ぐためには、  
物品をできるだけ残存させない方法  
残存してしまった物品を手術終了前に発見する方法  
を検討する必要がある。

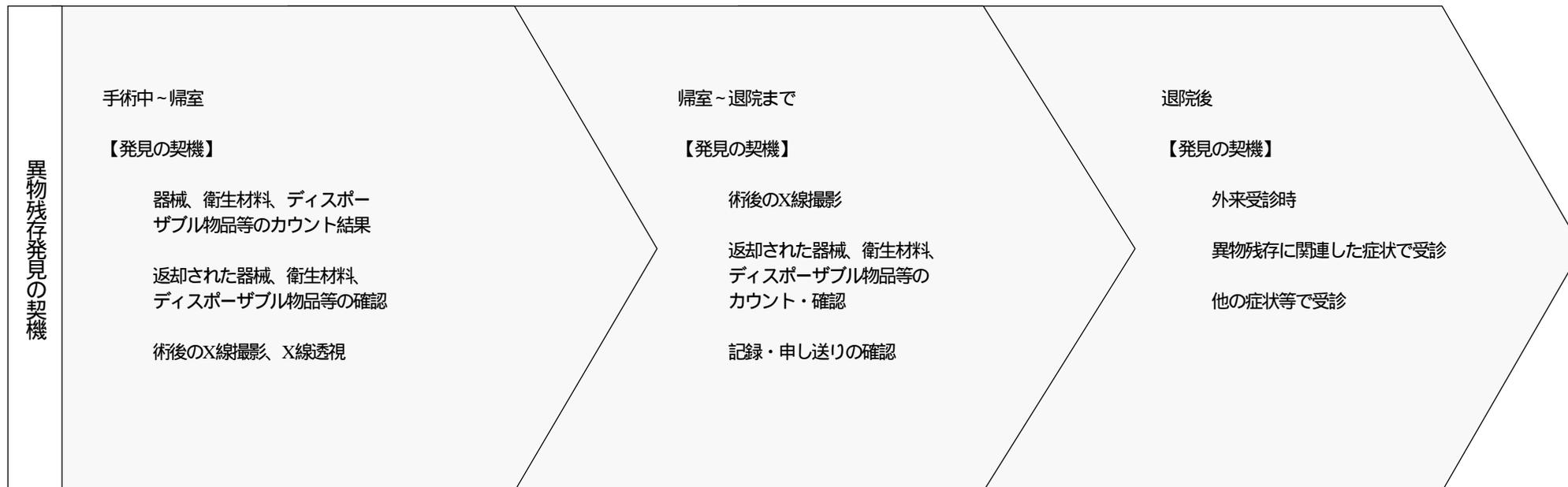
報告事例の分析からは、手術野において用いられる物品はいずれも残存する可能性があると考えられる。従って、例えば手術で使用される鋼製小物に関しては、できる限り部品の脱落しにくい設計や、X線撮影等の検査により発見し易い素材の検討といったモノの面からの検討も重要である。

今後は、それらの課題の検討のため、当事業に参加している医療機関へのアンケート調査、関係学会、関連業界団体に対するヒアリング等を行い、より安全で確実かつ医療機関において実施可能な現実的な対策の検討を行うこととしている。

注)本報告書において「カウント」とは、手術前後の物品の数を管理するため、手術開始前などに手術に使用する物品について数を数え記録する  
手術中、または手術終了前に、使用中、使用済み及び未使用の物品等の数を数え記録することを意味し、 と の数が合うことを「カウントが合う」、 と の数が合わないことを「カウントが合わない」と表現する。

(参考)器機等のメンテナンス、取り扱いについては、ドイツの専門家によって刊行された「器械の正しいメンテナンス法」が日本医科器械学会によって和訳されており、この日本語版がホームページからダウンロードできるので参考にされたい(www.a-k-i.org)。

図1 異物残存発見の契機と残存した異物



残存した異物とその報告件数	<p>事故事例報告（2件）</p> <p>縫合針 1 閉創前</p> <p>スプーン 1 閉創後</p> <p>ヒヤリ・ハット事例報告（24件）</p> <p>閉創前の発見（10件）</p> <p>ガーゼ 6</p> <p>ツッベル 1</p> <p>水綿 1</p> <p>ヘガール持針器破片 1</p> <p>ドリル先端 1</p> <p>閉創中の発見（3件）</p> <p>ガーゼ 3</p> <p>閉創後の発見（11件）</p> <p>ガーゼ 6</p> <p>メスチップカバー 1</p> <p>ペアン 1</p> <p>タオル 1</p> <p>ワッシャー 1</p> <p>プレート 1</p>	<p>事故事例報告（10件）</p> <p>ブルドック鉗子 2</p> <p>ガーゼ 2</p> <p>縫合針 2</p> <p>金属プラグ 1</p> <p>シャントチューブ 1</p> <p>ネジ 1</p> <p>開創器部品 1</p> <p>ヒヤリ・ハット事例報告（7件）</p> <p>眼科器具 1</p> <p>クリップ 1</p> <p>ガーゼ 3</p> <p>縫合針 1</p> <p>ワッシャー 1</p>	<p>事故事例報告（6件）</p> <p>ガーゼ 4</p> <p>縫合針 2</p>
---------------	--	---	---

図2 業務の流れと考えられる遺物残存発生の原因

業務の流れ	<p>洗浄・点検・保管</p> <p>【主な業務】 医療機器・医療用具の新規購入 破損医療機器・医療用具の修理・交換 使用不能の医療機器・医療用具廃棄</p>	<p>術前準備</p> <p>【主な業務】 手術受付 使用機器、用具の確認 医療用具（手術使用機器・器械・衛生材料）の手配、準備 術前の計画 書類・資料の確認</p>	<p>手術直前準備</p> <p>【主な業務】 器械の展開 機器、器械の確認 衛生材料、ディスポーザブル物品等の準備 衛生材料、ディスポーザブル物品等の確認</p>	<p>手術中</p> <p>【主な業務】 医療用具（器械、衛生材料、ディスポーザブル物品等）の提供・交換・追加  返却された医療用具（器械、衛生材料、ディスポーザブル物品等）の確認</p>	<p>手術終了後およびそれ以降</p> <p>【主な業務】 返却された器械、衛生材料、ディスポーザブル物品等の確認  遺残の有無の確認</p>
考えられる遺物残存発生の原因	<p>【医療機器・医療用具の点検】 破損等の確認漏れ</p> <p>【数がそろっているべき医療用具の不備】 手術用医療用具セットの不備</p> <p>【発見しにくい医療用具の選択・購入】 レントゲン透過性の医療用具（器械・衛生材料等）の選択・購入</p>	<p>【医療機器・医療用具の準備】 医療機器・医療用具の部品や構造に関する知識の不足</p> <p>【術前計画の不備】 チーム・メンバーの情報共有不足 除去物などのレントゲン等との照合・確認不足</p>	<p>【医療用具（器械・衛生材料等）の準備】 カウント対象が決まっていない</p> <p>数の数え間違い ・器械 ・ガーゼ、針等</p> <p>数量を数えた人間（器械等を準備した人間）が使用するあるいは記録する人間に伝え間違える</p>	<p>【カウントに関して】 カウントのルールが決まっていない</p> <p>数の数え間違い  数量を数えた人間が記録する人間に伝え間違える  記録する人間が数を聴き間違える、記録を間違える</p> <p>【追加した器械、衛生材料、ディスポーザブル物品等の確認】 数を数える人間が追加した器械、衛生材料、ディスポーザブル物品等を把握していない</p> <p>【休野から返却された器械、衛生材料、ディスポーザブル物品等の確認】 休野から戻ってきたものの確認を忘れる</p> <p>【紛失】 破損などで行方不明になる</p>	<p>【カウントが合わないときなどの確認】 確認方法が決まっていない</p> <p>器械、衛生材料、ディスポーザブル物品等がレントゲン透過性、わかりにくい物品  レントゲンで確認しにくい（遺残の位置）</p>
事故報告件数	0件	0件	2件	10件	6件（退院後の発見事例）

表2 異物残存事例の概要

No.	遺残物	遺残に気づいた理由	遺残物確認の経緯
手術室中から帰室まで（事件事例2例）			
1	縫合針（破損）	破損時に気づいた	破損時に検索、閉創前のX線で確認
2	スプーン	X線撮影まで気づかなかった	閉創後のX線撮影
【参考】手術室中から帰室まで（ヒヤリ・ハット事例24例）			
1	ガーゼ	不明	閉創前のX線撮影
2	ガーゼ	カウントが合わなかった	閉創前のX線撮影
3	ガーゼ	カウントが合わなかった	腹腔鏡で探索したが発見できず、X線撮影
4	ガーゼ	カウントが合わなかった	術者による腹腔内の検索
5	ガーゼ	カウントが合わなかった	術中イメージによる検索
6	ガーゼ	カウントが合わなかった	術中イメージによる検索
7	水綿	不明	タンポンガーゼ挿入時に発見
8	ツッペル	カウントが合わなかった	術者による術野の検索
9	ヘガール持針器破片	返却時に気づいた	術中のX線撮影
10	ドリル先端破片	破損時に気づいた	破損発生時に確認
11	ガーゼ	ガーゼカウントの見落としに閉創中に気づいた	開創して確認
12	ガーゼ	柄つきガーゼの正確な使用枚数を外回り看護師が知らなかった	術者が閉創中に腹腔内から発見
13	ガーゼ	カウントが合わなかった	閉創途中でX線撮影
14	ガーゼ	カウントが合わなかった	閉創途中でX線撮影
15	ガーゼ	記載なし	術者が置き忘れに気づき検索して発見
16	ガーゼ	閉創前のカウントは合ったが、終了後のカウントが合わなかった	閉創後のX線撮影
17	ガーゼ	柄つきガーゼはカウントしていなかった	腹部操作についての医師、看護師が気づき再開創して発見
18	超音波メスチップカバー（プラスチック）	返却器械の確認で、ないことに気づいた	術中VTR再生、施行中に腹腔内に脱落したことを確認
19	プレート	除去予定だったが、除去されていないことに気づかなかった	家族に説明中に除去枚数が不足していることに気づき再開創
20	ガーゼ	カウントが合わなかった	閉創後のX線撮影
21	ペアン	腹膜縫合後に器械カウントせず気づかなかった	閉創後のX線撮影
22	タオル	閉創時カウントせず気づかなかった	閉創後のX線撮影
23	ワッシャー	除去予定だったが、除去されていないことに気づかなかった	閉創後のX線撮影
24	ガーゼ	カウントしていない	閉創後のX線撮影

No.	遺残物	遺残に気づいた理由	遺残物確認の経緯
帰室から退院まで（事件事例10例）			
1	ブルドック鉗子	計数することになっておらず気づかなかった	術後経過の確認X線、2方向
2	ネジ	使用時の脱落に気づかなかった	I C U帰室後の腹部X線
3	縫合針	カウントしていたが不足に気づかなかった	術後経過の確認X線、3日目
4	ガーゼ	途中カウントが合わなかったが最終的に合った	術後経過の確認X線、2方向
5	金属プラグ	途中不足に気づき探索	翌日の確認X線
6	縫合針	途中針カウントが合わない旨報告あり	帰室後の胸部X線
7	シャントチューブ	戻っていないことに気づかなかった	I C U帰室後の胸部X線
8	ガーゼ	カウントを行っていなかった	術後2ヵ月後の処置時（X線では確認できず）
9	ブルドック鉗子	カウントが合わなかった	I C U帰室後の胸部X線
10	開創器部品	部品が一部不足していることに気づかなかった	I C U帰室後の腹部X線
【参考】帰室から退院まで（ヒヤリ・ハット事例7例）			
1	虹彩リストラクター ストッパー	途中不足に気づき探索	翌日の診察時
2	クリップ	申し送りの不備で途中使用に気づかず	I C U帰室後の確認X線
3	総合針	閉創前の針カウントせず	帰室後の確認X線
4	ガーゼ	不足に気づかず	疼痛発現のためX線撮影
5	ガーゼ	計数することになっていなかったので気づかなかった	病棟で発見
6	ガーゼ	カウントが合わなかった	術後確認のX線
7	ワッシャー	除去予定だったが、除去されていないことに気づかなかった	術後確認のX線
退院後（事件事例6例）			
1	ガーゼ	6年前手術。当時はX線透過ガーゼだった	再手術時に発見・除去
2	ガーゼ	2年前手術	再手術時に発見・除去
3	ガーゼ	15年前手術	症状出現のため他院受診時発見・除去
4	ガーゼ	1年前手術。レントゲン撮影で発見できなかった	他疾患で受診したときのC Tで発見・除去
5	縫合針	10年前手術	入院精査の際の検査で発見・除去
6	縫合針	5年前手術	他疾患で受診した他院のC Tで発見・除去

注：この表で、カウントとは、手術の一連の過程で手術器械や衛生材料の計数を行い、準備したものと使用したものの間に不一致がないかなどを確認することを指す。

表3 紛失物が発見された場所

	ガーゼ	針	綿球等	器機の部品	鋼製小物	その他	備考
術野周辺	2	1	0	1	0	1	覆布のポケットなど
器械台	3	8	1	0	0	0	ガーゼやドレープの間
ゴミ箱等	11	1	0	0	0	0	
秤周辺	2	0	0	0	0	0	
床等	0	7	2	2	0	1	
患者周辺	3	1	0	0	0	0	覆布の下や間、体の下
室外	7	0	0	0	3	0	病理検査室、分娩室

## 2) 薬剤に関連した医療事故

平成16年10月1日から平成17年6月30日の間に報告された事故事例889事例のうち、「事故の概要」において「薬剤」にコーディングされた事例は46件であった(表4)。さらに記述情報等も利用して薬物に関連した事故報告を全体から抽出したところ57件であった。これは報告された事故事例全体の6%を占めている。また、「発生場所」について表5に示す。この57例のうち、薬理作用の結果として知られる副作用によって発生したと考えられる事例及び照会中の事例10例を分析対象から除き、残りの47事例について分析を行った。

表4 「事故の概要」の分類

事故の概要	薬剤報告件数	全報告件数
指示出し	1	2
薬剤	46	46
治療・処置	7	262
検査	1	43
その他	2	180

全57事例の内訳。全報告件数は参加登録医療機関からの報告889件の内訳。項目は薬剤関連分のみ抽出。

表5 薬剤に関連した事故の「発生場所」

発生場所	薬剤報告件数	全報告件数
外来診察室	5	14
外来処置室	1	8
救急外来	2	10
病室	36	394
病棟処置室	1	8
手術室	1	131
ICU	3	26
NICU	1	5
検査室	1	14
放射線撮影室	1	4
その他	5	105

全57事例の内訳。全報告件数は参加登録医療機関からの報告889件の内訳。項目は薬剤関連分のみ抽出。

## (1) 薬剤に関連した医療事故の現状

表6は、薬物療法を行う際の業務の流れを「指示」「指示受け・申し送り」「準備」「実施」「実施後の観察及び管理」の5段階として縦軸にとり、事故の内容を横軸にとりマトリックスとして整理したものである。また、表7に分析対象となった事例の概要を示した。

### 指示段階

この段階における事例は24件あり、分析対象となった事故の半数を占めている。指示段階で最も多いのは薬剤量に関する間違いである。さらにこの詳細を見ると、入力間違いに関連したもの(3件)、薬剤に関する知識や確認の不足(11件)のほか、診療録等の情報伝達に関連したものが2件、類似名称薬に関連したものが1件であった。

### 指示受け・申し送り段階

この段階における事例は1件であった。販売名が類似している薬剤を医師の指示から伝票に転記する際に誤った事例であった。

### 準備段階

この段階における事例は5件であった。看護師による小児に対する薬剤量間違いの事例が3件(ラベルの転記間違い、希釈間違い、薬剤量間違い)、インスリンの「単位」と「ml」の取り違え、調剤過誤による薬剤量間違いであった。

### 実施段階

実施段階の事故は10件あり、そのうち投与経路に関する間違いは医師(研修医)のみによるものが2件、医師(研修医)と看護師が関わった事例が1件であった。器機に関連した事故は2件(輸液ポンプのルート間違い、シリジポンプの押し子の外れ)であった。

### 実施後の観察及び管理

この段階の事故は7件あり、その内4件はがん化学療法の血管外漏出に関連した事例であった。

## (2) 医療事故に関連した薬剤の種類

事件事例に関連した薬剤には腫瘍用薬11件、血液・体液用薬(血液凝固阻止剤)2件、インスリン3件、麻薬1件などがあつた。これらの薬剤はいずれも、重篤な病状の患者に対し、経静脈的投与がなされていた状況で発生した事例であつた(表7)。

このうち、腫瘍用薬のうち名称類似が指摘されているパクリタキセル(販売

名：タキソール）とドセタキセル水和剤（販売名：タキソテール）の取り違えの事例が2件報告されているので、これらの薬剤の使用に当たっては一層の注意が必要と考えられた。

また、播種性血管内凝固症候群（DIC）治療目的でメシル酸ガベキサート末梢静脈から点滴投与していた患者に、投与部位に発生した静脈炎に引き続く皮膚壊死、潰瘍形成が発生した事例が3例報告されており、この薬剤の使用に当たっても一層の注意が必要と考えられた。これらは、末梢静脈から投与する際に当該薬剤の添付文書中に記載されている、静脈炎や潰瘍・壊死の可能性を注意喚起する用法関連注意に示されているよりも高濃度であったことに起因していると考えられた。

### (3) 今後の検討課題

これまで、薬物療法における医療安全対策では、実施段階の間違いを防ぐことに重点を置かれてきたが、これらの事故事例を防止するには、それでは不十分である可能性を認識している。今後、事故事例からの情報を元に、事故防止対策課題に関して、詳細な情報収集及び方策の検討を行っていきたい。

今後医療機関、業界団体等へのヒアリング等の情報収集を行い、

指示段階での誤りが生じにくい仕組み及びその後の段階での指示の誤りを検出する仕組み

医療機関内における薬剤に関する知識や情報の共有に関する効果的な方法について検討していくこととしている。

表6 薬剤に関連した事故の発生状況

		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	その他の間違い	合計
				経路	濃度	日数				
段 階	指示	3	10	1	3	1	1	0	5	24
	指示受け・申し送り	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	準備	0	5	0	0	0	0	0	0	5
	実施	1	0	3	0	0	2	3	1	10
	実施後の観察及び管理	0	0	0	0	0	1	0	6	7
合計		5	15	4	3	1	4	3	12	47

表7 薬剤に関連した医療事故事例の概要

No.	発生段階	事例概要	備考
【薬剤間違い】			
1	指示段階	薬剤を間違えて量を記載した事例	腫瘍用薬
2		患者にアレルギー歴のある薬剤を投与した事例	
3		類似名称薬間の薬剤間違いの事例	腫瘍用薬(一般名バクリタキセル・販売名タキソール:一般名ドセタキセル水和剤・販売名タキソテール)
4	指示受段階	類似名称薬間の薬剤間違いの事例	腫瘍用薬(一般名バクリタキセル・販売名タキソール:一般名ドセタキセル水和剤・販売名タキソテール)
5	実施段階	検査用の薬剤と注射薬を取り違えて投与した事例	
【薬剤量間違い】			
1	指示段階	持参薬を継続する際に薬剤量を誤った事例	
2		薬剤変更の際に量を誤った事例	血液・体液用薬(血液凝固阻止剤)
3		薬剤量の入力を誤った事例	
4		プロトコルに誤りがあった事例	腫瘍用薬
5		手書き指示で量を書き間違った事例	腫瘍用薬
6		オーダー・エントリー・システムで前回処方を複写する際に誤った事例	
7		オーダー・エントリー・システムの入力ミス事例	
8		思い込みにより薬剤量を誤り投与した事例	血液・体液用薬(血液凝固阻止剤)
9		経静脈投与で投与量を誤った事例	インスリン
10		プロトコル作成の際に誤った事例	腫瘍用薬
11	準備段階	薬剤の単位を誤った事例	
12		一回量を誤って調剤した事例	
13		薬剤の単位を誤った事例	
14		薬剤の希釈の計算を誤った事例	
15		準備した薬剤の使用量を誤った事例	

No.	発生段階	事例概要	備考
【方法間違い】(経路・濃度・日数)			
1	指示段階	薬剤の添付文書に記載されている濃度より高い濃度で薬剤を投与した事例	メシル酸ガベキサート
2		薬剤の添付文書に記載されている濃度より高い濃度で薬剤を投与した事例	メシル酸ガベキサート
3		薬剤の添付文書に記載されている濃度より高い濃度で薬剤を投与した事例	メシル酸ガベキサート
4		点滴で投与すべき薬剤を静脈注射した事例	腫瘍用薬
5		持参薬を継続する際に投与方法を誤った事例	
6	実施段階	持続硬膜外注入を誤って静脈注射した事例	
7		筋肉注射で投与する指示を静脈注射で投与した事例	
8		経口投与する薬剤を経静脈的に投与した事例	
【速度間違い】			
1	指示段階	点滴指示の時間速度と投与時間を取り違えた事例	
2	実施段階	投与速度の変更が遅れた事例	
3		2台の輸液ポンプのルートを取り違いにより速度間違いが発生した事例	麻薬
4	観察・管理段階	経静脈投与で投与速度指示のある薬剤を予定より早く注入した事例	インスリン
【対象者間違い】			
1	実施段階	患者Aに投与すべき薬剤を患者Bに投与した事例	
2		患者Aに投与すべき薬剤を患者Bに投与した事例	
3		患者Aに投与すべき薬剤を患者Bに投与した事例	
【その他の間違い】			
1	指示段階	術前休薬がなされなかった事例	
2		定期薬変更時に無投薬が発生した事例	
3		術前休薬がなされなかった事例	
4		糖尿病歴がある患者の禁忌薬投与に伴う高血糖発生の事例	
5		患者にアレルギー歴のある薬剤を投与した事例	

No.	発生段階	事例概要	備考
6	実施段階	シリンジポンプの使用を誤った事例	
7	観察・管理 段階	末梢静脈からの癌化学療法実施中の抗腫瘍薬の血管外漏出	腫瘍用薬
8		末梢静脈からの癌化学療法実施中の抗腫瘍薬の血管外漏出	腫瘍用薬
9		末梢静脈からの癌化学療法実施中の抗腫瘍薬の血管外漏出	腫瘍用薬
10		末梢静脈からの癌化学療法実施中の抗腫瘍薬の血管外漏出	腫瘍用薬
11		患者の呼吸状態に変化が生じた事例	
12		退院後に患者が薬剤の中毒症状で再入院した事例	

### 3) 医療機器の使用に関連した医療事故

医療機器の使用に関連した事故については、まず発生頻度の最も高い人工呼吸器に関する事故について分析することとした。平成16年10月1日から平成17年6月30日までの医療機器の使用に関する事故事例のうち、人工呼吸器に関する報告は9件であった。それぞれの事例の分析を進めているところであるが、9件のみでは分析に足る十分な事例の集積がないため、今後も事例の集積とともに分析を進めることとしている。



## 資料1 報告義務対象医療機関一覧(275施設)

平成17年6月30日現在

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とおりである。

### 1 国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所

国立がんセンター中央病院*	国立療養所宮古南静園
国立がんセンター東病院	国立療養所栗生楽泉園
国立国際医療センター	国立駿河療養所
国立循環器病センター*	国立療養所松丘保養園
国立成育医療センター	国立療養所星塚敬愛園
国立精神・神経センター国府台病院	国立療養所多磨全生園
国立精神・神経センター武蔵病院	国立療養所大島青松園
国立長寿医療センター	国立療養所長島愛生園
国立療養所奄美和光園	国立療養所東北新生園
国立療養所沖縄愛楽園	国立療養所邑久光明園
国立療養所菊池恵楓園	

### 2 独立行政法人国立病院機構の開設する病院

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

国立病院機構	東埼玉病院	国立病院機構	天竜病院
国立病院機構	千葉医療センター	国立病院機構	静岡医療センター
国立病院機構	千葉東病院	国立病院機構	名古屋医療センター
国立病院機構	下総精神医療センター	国立病院機構	東名古屋病院
国立病院機構	下志津病院	国立病院機構	東尾張病院
国立病院機構	東京医療センター	国立病院機構	豊橋医療センター
国立病院機構	災害医療センター	国立病院機構	三重病院
国立病院機構	東京病院	国立病院機構	鈴鹿病院
国立病院機構	村山医療センター	国立病院機構	三重中央医療センター
国立病院機構	横浜医療センター	国立病院機構	榊原病院
国立病院機構	南横浜病院	国立病院機構	福井病院
国立病院機構	久里浜アルコール症センタ	国立病院機構	あわら病院
ー		国立病院機構	滋賀病院
国立病院機構	箱根病院	国立病院機構	紫香楽病院
国立病院機構	相模原病院	国立病院機構	京都医療センター
国立病院機構	神奈川病院	国立病院機構	宇多野病院
国立病院機構	西新潟中央病院	国立病院機構	舞鶴医療センター
国立病院機構	新潟病院	国立病院機構	南京都病院
国立病院機構	さいがた病院	国立病院機構	大阪医療センター
国立病院機構	甲府病院	国立病院機構	近畿中央胸部疾患センター
国立病院機構	東長野病院	国立病院機構	刀根山病院
国立病院機構	松本病院	国立病院機構	大阪南医療センター
国立病院機構	中信松本病院	国立病院機構	神戸医療センター
国立病院機構	長野病院	国立病院機構	姫路医療センター
国立病院機構	小諸高原病院	国立病院機構	兵庫青野原病院
国立病院機構	富山病院	国立病院機構	兵庫中央病院
国立病院機構	北陸病院	国立病院機構	奈良医療センター
国立病院機構	金沢医療センター	国立病院機構	松籟荘病院
国立病院機構	金沢若松病院	国立病院機構	南和歌山医療センター
国立病院機構	医王病院	国立病院機構	和歌山病院
国立病院機構	七尾病院	国立病院機構	西鳥取病院
国立病院機構	石川病院	国立病院機構	米子医療センター
国立病院機構	長良医療センター	国立病院機構	鳥取病院
国立病院機構	静岡てんかん・神経医療セ	国立病院機構	松江病院
ンター		国立病院機構	浜田医療センター
国立病院機構	静岡富士病院	国立病院機構	岡山医療センター

国立病院機構	南岡山医療センター	国立病院機構	福岡東医療センター
国立病院機構	呉医療センター	国立病院機構	佐賀病院
国立病院機構	福山医療センター	国立病院機構	肥前精神医療センター
国立病院機構	大竹病院	国立病院機構	東佐賀病院
国立病院機構	東広島医療センター	国立病院機構	嬉野医療センター
国立病院機構	原病院	国立病院機構	長崎病院
国立病院機構	賀茂精神医療センター	国立病院機構	長崎医療センター
国立病院機構	関門医療センター	国立病院機構	長崎神経医療センター
国立病院機構	山陽病院	国立病院機構	熊本医療センター
国立病院機構	岩国医療センター	国立病院機構	熊本南病院
国立病院機構	柳井病院	国立病院機構	菊池病院
国立病院機構	東徳島病院	国立病院機構	熊本再春荘病院
国立病院機構	徳島病院	国立病院機構	大分医療センター
国立病院機構	高松東病院	国立病院機構	別府医療センター
国立病院機構	善通寺病院	国立病院機構	西別府病院
国立病院機構	香川小児病院	国立病院機構	宮崎東病院
国立病院機構	四国がんセンター	国立病院機構	都城病院
国立病院機構	愛媛病院	国立病院機構	宮崎病院
国立病院機構	高知病院	国立病院機構	九州循環器病センター
国立病院機構	小倉病院	国立病院機構	指宿病院
国立病院機構	九州がんセンター	国立病院機構	南九州病院
国立病院機構	九州医療センター	国立病院機構	沖縄病院
国立病院機構	福岡病院	国立病院機構	琉球病院
国立病院機構	大牟田病院		

### 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）

愛知医科大学附属病院*	大阪市立大学医学部附属病院*
愛知学院大学歯学部附属病院	大阪歯科大学附属病院
秋田大学医学部附属病院*	大阪大学医学部附属病院*
旭川医科大学医学部附属病院*	大阪大学歯学部附属病院
朝日大学歯学部附属病院	大分大学医学部附属病院*
茨城県立医療大学付属病院	岡山大学医学部・歯学部附属病院*
岩手医科大学附属病院*	金沢医科大学病院*
愛媛大学医学部附属病院*	金沢大学医学部附属病院*
奥羽大学歯学部附属病院	香川大学医学部附属病院*
大阪医科大学附属病院*	鹿児島大学病院*

神奈川歯科大学附属病院	東京医科歯科大学医学部附属病院*
川崎医科大学附属病院*	東京医科歯科大学歯学部附属病院
関西医科大学附属病院*	東京医科大学病院*
北里大学病院*	東京歯科大学千葉病院
岐阜大学医学部附属病院*	東京慈恵会医科大学附属病院*
九州歯科大学附属病院	東京女子医科大学病院
九州大学病院*	東京大学医科学研究所附属病院
京都大学医学部附属病院*	東京大学医学部附属病院*
京都府立医科大学附属病院*	東邦大学医学部付属大森病院*
杏林大学医学部付属病院*	東北大学医学部附属病院*
近畿大学医学部附属病院*	東北大学歯学部附属病院
熊本大学医学部附属病院*	徳島大学病院*
久留米大学病院*	獨協医科大学病院*
群馬大学医学部附属病院*	鳥取大学医学部附属病院*
慶應義塾大学病院*	富山医科薬科大学附属病院*
神戸大学医学部附属病院*	長崎大学医学部・歯学部附属病院*
高知大学医学部附属病院*	名古屋市立大学病院*
国際医療福祉大学附属三田病院	名古屋大学医学部附属病院*
国際医療福祉大学附属熱海病院	奈良県立医科大学附属病院*
埼玉医科大学附属病院*	新潟大学医歯学総合病院*
佐賀大学医学部附属病院*	日本医科大学付属病院*
札幌医科大学附属病院*	日本歯科大学歯学部附属病院
産業医科大学病院*	日本歯科大学新潟歯学部附属病院
滋賀医科大学医学部附属病院*	日本大学医学部附属板橋病院*
自治医科大学附属病院*	日本大学歯学部付属歯科病院
島根大学医学部附属病院*	日本大学松戸歯学部付属歯科病院
順天堂大学医学部附属順天堂医院*	浜松医科大学医学部附属病院*
昭和大学歯科病院	兵庫医科大学病院*
昭和大学病院*	弘前大学医学部附属病院*
信州大学医学部附属病院*	広島大学病院*
聖マリアンナ医科大学病院*	福井大学医学部附属病院*
千葉大学医学部附属病院*	福岡歯科大学附属病院
筑波大学附属病院*	福岡大学病院*
鶴見大学歯学部附属病院	福島県立医科大学医学部附属病院*
帝京大学医学部附属病院*	藤田保健衛生大学病院*
東海大学医学部付属病院*	防衛医科大学校病院*

北海道医療大学歯学部附属病院  
北海道大学病院\*  
松本歯科大学病院  
宮崎大学医学部附属病院\*  
三重大学医学部附属病院\*  
明海大学歯学部附属明海大学病院  
明治鍼灸大学附属病院

山形大学医学部附属病院\*  
山口大学医学部附属病院\*  
山梨大学医学部附属病院\*  
横浜市立大学医学部附属病院\*  
琉球大学医学部附属病院\*  
和歌山県立医科大学附属病院\*

( \* : 特定機能病院 )

報告義務対象医療機関の変更は次のとおりである。

報告義務対象医療機関でなくなったもの

岩手医科大学歯学部附属病院 (平成17年4月1日付)

# 資料2 医療事故報告様式概要

項目	選択コード及び記述欄											
----	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 1. 事故発生日時と事故の概要

1	発生日	1	1月	2	2月	3	3月	4	4月	5	5月	6	6月	7	日曜日			
		7	7月	8	8月	9	9月	10	10月	11	11月	12	12月					
2	発生日	1	月曜日	2	火曜日	3	水曜日	4	木曜日	5	金曜日	6	土曜日	7	日曜日			
		1	平日	2	休日													
3	発生日間帯	1	0時～1時台	2	2時～3時台	3	4時～5時台	4	6時～7時台	5	8時～9時台	6	10時～11時台	7	12時～13時台			
		8	14時～15時台	9	16時～17時台	10	18時～19時台	11	20時～21時台	12	22時～23時台	90	不明( )					
4	事故の程度	1	死 亡				2	障害残存の可能性が高い				3	障害残存の可能性が低い				90	不明( )
5	発生日場所 (複数回答可)	1	外来診察室	2	外来処置室	3	外来待合室	4	救急外来	5	救命救急センター	6	病 室	7	病棟処置室			
		8	手術室	9	ICU	10	CCU	11	NICU	12	検査室	13	カテテル検査室	14	放射線治療室			
		15	放射線撮影室	16	核医学検査室	17	透析室	18	分娩室	19	機能訓練室	20	トイレ	21	廊 下			
		22	浴 室	23	階 段	24	不 明	25	その他( )									
6	事故の概要	1	指示出し	2	薬剤	3	輸血	4	治療・処置	5	医療用具	6	ドレーン・チューブ	7	歯科医療用具			
		8	検査	9	療養上の世話	10	その他( )											
7	関連診療科 (複数回答可)	1	内 科	2	麻酔科	3	循環器内科	4	神経科	5	呼吸器科	6	消化器科	7	血液内科			
		8	循環器科	9	アレルギー科	10	リウマチ科	11	小児科	12	外 科	13	整形外科	14	形成外科			
		15	美容外科	16	脳神経外科	17	呼吸器外科	18	心臓血管外科	19	小児外科	20	ペインクリニック	21	皮膚科			
		22	泌尿器科	23	性病科	24	肛門科	25	産婦人科	26	産 科	27	婦人科	28	眼 科			
		29	耳鼻咽喉科	30	心療内科	31	精神科	32	リハビリテーション科	33	放射線科	34	歯 科	35	矯正歯科			
		36	小児歯科	37	歯科口腔外科	38	不 明	39	その他									

## 2. 当該事故に係わる患者に関する情報

8	患者の数	1	一人	2	複数( )										
	患者の年齢	1	0～120 歳	2	0～11 ヶ月										
	患者の性別	1	男	2	女										
9	患者区分1	1	入 院	2	外来(初診)	3	外来(再診)								
	患者区分2	1	入院(0～31日)	2	入院(32日～)	3	一般外来	4	救急外来						
10	疾患名	事故に直接関連する疾患名													
		関連する疾患名 1													
		関連する疾患名 2													
		関連する疾患名 3													
11	事故直前の患者の状態 (複数回答可)	1	意識障害	2	視覚障害	3	聴覚障害	4	構音障害	5	精神障害	6	痴呆・健忘		
		7	上肢障害	8	下肢障害	9	歩行障害	10	床上安静	11	睡眠中	12	せん妄状態		
		13	薬剤の影響下	14	麻酔中・麻酔前後	99	その他( )								

## 3. 当該事故に係わる医療関係者に関する情報

12	発見者	1	当事者本人	2	同職種者	3	他職種者	4	患者本人	5	家族・付添い	6	他患者	99	その他( )		
		13	当事者職種	1	医師	2	歯科医師	3	看護師	4	准看護師	5	薬剤師	6	臨床工学技士	7	助産師
				8	看護助手	9	診療放射線技師	10	臨床検査技師	11	理学療法士(PT)	12	管理栄養士	13	栄養士	14	調理師・調理従事者
				15	言語聴覚士(ST)	16	作業療法士(OT)	17	衛生検査技師	18	歯科衛生士	19	歯科技工士	99	その他		
		13	専門医・認定医及び その他の医療従事者の 専門・認定資格	当事者職種経験	0～40 年	0～12 ヶ月											
				当事者部署配属期間	0～40 年	0～12 ヶ月											
				直前1週間の夜勤回数	1～20 回												
				勤務形態	1交代	2	2交代	3	3交代	4	4交代	5	その他( )				
				直前1週間の勤務時間	1～100 時間												
				13-2	当事者2	13と同様											
		13-3	当事者3	13と同様													
		13-4	当事者4	13と同様													
		13-5	当事者5	13と同様													
		13-6	当事者6	13と同様													
		13-7	当事者7	13と同様													
13-8	当事者8	13と同様															
13-9	当事者9	13と同様															
13-10	当事者10	13と同様															
14	当事者以外の関連職種 (複数回答可)	1	医師	2	歯科医師	3	看護師	4	准看護師	5	薬剤師	6	臨床工学技士	7	助産師		
		8	看護助手	9	診療放射線技師	10	臨床検査技師	11	理学療法士(PT)	12	管理栄養士	13	栄養士	14	調理師・調理従事者		
		15	言語聴覚士(ST)	16	作業療法士(OT)	17	衛生検査技師	18	歯科衛生士	19	歯科技工士	99	その他				

# 資料2 医療事故報告様式概要

## 4. 発生場面・場所・内容に関する情報

指示出し・指示受けに関する項目																
15	発生場面	1	指示の作成	2	手書き文書による指示	3	オーダリングシステムによる指示	4	口頭による指示(メモあり)	5	口頭による指示(メモなし)	6	頻繁な指示の変更	7	その他	
16	事故の内容	1	指示出し忘れ	2	指示出し遅延	3	指示出し不十分	4	指示出し間違い	5	指示受け・間違い	6	指示受け・情報伝達忘れ	7	指示受け・情報伝達遅延	
		8	指示受け・情報伝達不十分	9	指示受け・情報伝達間違い	10	その他( )									
薬剤に関する項目																
15	発生場面	1	与薬準備	2	与薬準備(その他)	1	処方・与薬(皮下・筋肉注射)	2	処方・与薬(静脈注射)	3	処方・与薬(動脈注射)	4	方・与薬(末梢静脈点滴)	5	処方・与薬(中心静脈注射)	
		6	処方・与薬(内服薬)	7	処方・与薬(外用薬)	8	処方・与薬(坐剤)	9	処方・与薬(吸入)	10	処方・与薬(点鼻・点眼・点耳薬)	11	その他の処方・与薬に関する場面			
		12	内服薬調剤・管理	13	注射薬調剤・管理	14	血液製剤管理	15	その他							
15	薬剤・製剤の種類	1	血液製剤	2	麻薬	3	抗腫瘍剤	4	循環器用薬	5	抗糖尿病薬	6	抗不安剤	7	睡眠導入剤	
		8	その他の薬剤													
16	事故の内容	1	処方量間違い	2	過剰与薬	3	過少与薬	4	与薬時間・日付間違い	5	重複与薬	6	禁忌薬剤の組合せ	7	投与速度速すぎ	
		8	投与速度遅すぎ	9	患者間違い	10	薬剤間違い	11	単位間違い	12	投与方法間違い	13	無投薬	14	処方・与薬(その他)	
		15	処方箋・注射薬監査間違い	16	秤量間違い調剤	17	数量間違い調剤	18	分包間違い調剤	19	規格間違い調剤	20	単位間違い調剤	21	薬剤取間違い調剤	
		22	説明文書の取間違い	23	交付患者間違い	24	薬剤・製剤の取間違い交付	25	期限切れ薬剤の交付	26	調剤・製剤管理等(その他)	27	混合間違い	28	薬袋・ボトルの記載間違い	
		29	破損	30	A B O型不適合薬剤の交付	31	異物混入	32	期限切れ薬剤の交付	33	細菌汚染	34	薬剤・血液製剤管理(その他)			
17	関連医薬品	販売名														
		剤型														
		規格単位														
		製造(輸入販売)業者名														
輸血に関する項目																
15	発生場面	1	輸血検査	2	放射線照射	3	輸血実施	4	その他							
16	事故の内容	1	輸血(輸血検査)未実施	2	検体取間違い	3	クロスマッチ間違い	4	結果記入・入力間違い	5	輸血(輸血検査)(その他)	6	放射線照射未実施・忘れ	7	過剰照射	
		8	患者取間違い輸血	9	製剤取間違い輸血	10	血液製剤への放射線照射(その他)									
治療・処置に関する項目																
15	発生場面	1	開胸手術	2	開胸手術	3	開心手術	4	開腹手術	5	手術(四肢)	6	鏡視下手術	7	その他の手術	
		8	術前準備	9	術前処置	10	術後処置	11	その他の手術に関する場面							
		12	全身麻酔(吸入麻酔・静脈麻酔)	13	局所麻酔	14	吸入麻酔	15	静脈麻酔	16	脊椎・硬膜外麻酔	17	麻酔(その他)			
		18	経産分娩	19	帝王切開	20	人工妊娠中絶	21	出産・人工流産(その他)							
		22	血液浄化療法(血液透析含む)	22	IVR(血管カテーテル治療等)	23	放射線治療	24	ペインクリニック	25	リハビリテーション	26	観血的歯科治療	27	非観血的歯科治療	
		28	内視鏡的治療	29	その他の治療(その他)											
		30	中心静脈ライン	31	末梢静脈ライン	32	動脈ライン	33	血液浄化用カテーテル	34	栄養チューブ(NG・ED)	35	尿道カテーテル	36	その他のチューブ類の挿入	
		37	ドレーンに関する措置	38	創傷処置											
16	事故の内容	1	患者間違い	2	部位取間違い	3	医療材料取間違い	4	診察・治療・処置等その他の取間違い	5	方法(手技)の誤り	6	未実施・忘れ	7	中止・延期	
		8	日程・時間の誤り	9	順番の誤り	10	不必要行為の実施	11	消毒・清潔操作の誤り	12	患者体位の誤り	13	診察・治療等その他の誤り	14	誤嚥	
		15	誤飲	16	異物の体内残存	17	その他( )									
17	医療材料・歯科医療材料・薬物	販売名														
		製造(輸入販売)業者名														
		購入年月														
医療用具(機器)の使用・管理に関する項目																
15	発生場面	1	人工呼吸器	2	酸素療法機器	3	麻酔器	4	人工心臓	5	除細動器	6	IABP	7	ペースメーカー	
		8	輸液・輸注ポンプ	9	血液浄化用機器	10	保育器	11	内視鏡	12	低圧持続吸引器	13	心電図・血圧モニター	14	バルブオキシメーター	
		15	高気圧酸素療法装置	16	その他の医療用具(機器)の使用・管理に関する場面											
16	事故の内容	1	組み立て	2	条件設定間違い	3	設定忘れ・電源入れ忘れ	4	誤作動	5	医療機器の不適切使用	6	故障	7	保守・点検不良	
		8	知識不足	9	技術不足	10	警報設定忘れ	11	警報設定範囲	12	便宜上警報OFF	13	記憶違い	14	使用前・使用中の点検・管理ミス	
		15	消毒・清潔操作の誤り	16	破損	17	その他( )									

# 資料2 医療事故報告様式概要

17	医療機器機器	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		製造年月															
		購入年月 直近の保守・点検年月															
ドレーン・チューブ類の使用・管理																	
15	発生場面	1	中心静脈ライン	2	末梢動脈ライン	3	動脈ライン	4	気管チューブ	5	気管カニューレ	6	栄養チューブ(NG・ED)	7	尿道カテーテル		
		8	胸腔ドレーン	9	腹腔ドレーン	10	脳室・脳槽ドレーン	11	皮下持続吸引ドレーン	12	硬膜外カテーテル	13	血液浄化用カテーテル・回路	14	三方活栓		
		15	その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する場面														
16	事故の内容	1	点滴漏れ	2	自己抜去	3	自然抜去	4	接続はずれ	5	未接続	6	閉塞	7	破損・切断		
		8	接続間違い	9	三方活栓操作間違い	10	ルートクランプエラー	11	警報設定範囲	12	空気混入	13	その他( )				
17	医療器物品	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		購入年月															
歯科医療用具(機器)・材料の使用・管理																	
15	発生場面	1	歯科用回転研削器具	2	歯科用根管治療用器具	3	歯科補綴物・充填物	4	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								
16	事故の内容	1	組み立て	2	条件設定間違い	3	設定忘れ・電源入れ忘れ	4	誤作動	5	医療機器の不適切使用	6	故障	7	保守・点検不良		
		8	知識不足	9	技術不足	10	警報設定忘れ	11	警報設定範囲	12	便宜上警報OFF	13	記憶違い	14	使用前・使用中の点検・管理ミス		
		15	消毒・清潔操作の誤り	16	破損	17	その他( )										
17	歯科医療機器機器	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		製造年月															
		購入年月 直近の保守・点検年月															
17	歯科医療材料・器物品	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		購入年月															
検査に関する項目																	
15	発生場面	1	採血	2	採尿	3	採便	4	採痰	5	穿刺液	6	その他の検体採取				
		7	超音波検査	8	心電図検査	9	トレッドミル検査	10	ホルター・負荷心電図	11	脳波検査	12	筋電図検査	13	肺機能検査		
		14	その他の生理検査														
		15	一般撮影	16	ポータブル撮影	17	CT	18	MRI	19	血管カテーテル撮影	20	上部消化管撮影	21	下部消化管撮影		
		22	その他の画像検査														
		23	上部消化管	24	内視鏡検査(下部消化管)	25	内視鏡検査(気管支鏡)	26	その他の内視鏡検査								
		27	耳鼻科検査	28	眼科検査	29	歯科検査	30	その他の機能検査	31	検体検査	32	血糖検査(病棟での)	33	病理検査		
34	核医学検査	35	その他の検査に関する場面														
16	事故の内容	1	患者取違え	2	検査手技・判定技術の間違い	3	検体採取時のミス	4	検体取違え	5	検体紛失	6	検体破損	7	検体のコンタミネーション		
		8	試薬管理	9	分析機器・器具管理	10	検査機器・器具準備	11	データ取違え	12	データ紛失	13	計算・入力・暗記	14	結果報告		
		15	その他( )														
17	医療機器・歯科医療機器	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		製造年月															
		購入年月 直近の保守・点検年月															
17	医療・歯科医療材料・器物品	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		購入年月															
療養上の世話(介助を伴うもの)																	
15	発生場面	1	気管内・口腔内吸引	2	体位交換	3	清拭	4	更衣介助	5	食事介助	6	入浴介助	7	排泄介助		
		8	ストーマケア	9	移動介助	10	搬送・移送	11	体温管理	12	患者周辺物品管理	13	配膳	14	患者観察		
		15	その他の療養上の世話に関する場面														
		16	経口摂取	17	経管栄養	18	その他の給食・栄養に関する場面										
		19	散歩中	20	移動中	21	外出・外泊中	22	食事中	23	入浴中	24	着替え中	25	排泄中		
		26	就寝中	27	その他の療養生活に関する場面												
16	事故の内容	1	転倒	2	転落	3	衝突	4	拘束・抑制	5	重度な(筋力・度・度に届く)褥瘡			6	誤嚥	7	誤飲
		8	誤配膳	9	安静指示の不履行	10	禁食指示の不履行	11	その他								
		12	取違え	13	遅延	14	忘れ	15	搬送先間違い	16	その他						
		17	飲み忘れ・注射忘れ	18	摂取・注水量間違い	19	取り違い摂取	20	無断外出・外泊	21	その他						
		22	内容の間違い	23	量の間違い	24	中止の忘れ	25	延食の忘れ	26	異物混入	27	その他				
17	医療・歯科医療材料・器物品	販売名															
		製造(輸入販売)業者名															
		購入年月															

## 資料2 医療事故報告様式概要

### 5. 当該事故の内容に関する情報

18	実施した医療行為の目的															
19	再発防止に資する(書写的)事例	1	リスクの低い妊産婦・胎児・新生児の死亡	2	医療施設内で発症した低血糖症に関連した患者の死亡や障害	3	医療行為中に発生した血管(静脈)内塞栓症(脳神経外科的処置を除く)による死亡や障害	4	遺伝子治療による悪性腫瘍	5	汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故	6	移植に伴う未知の感染症	7	これまでのどの項目にも該当しない院内感染による死亡や障害	
		8	入院中に自殺又は自殺企図	9	入院患者の逃走	10	熟練度の低い者が適切な指導なく行った医療行為による事故	11	入院中の熱傷	12	入院中の感電	13	医療施設内の火災による患者の死亡や障害	14	間違った保護者の元への新生児の引渡し	
		15	患者の誘拐	16	医療施設内(敷地内)における患者への性的暴行	17	医療施設内(敷地内)における暴行による患者の死亡や障害									
		18	その他上記以外の書写的事例													
20	事故の内容															

### 6. 当該事故に関する必要な情報

21	発生要因	1	確認を怠った	2	観察を怠った	3	判断を誤った	4	知識が不足していた	5	技術・手技が未熟だった	6	報告が遅れた	7	通常とは異なる身体的条件下にあった
		8	通常とは異なる心理的条件下にあった	9	システムに問題があった	10	運携ができていなかった	11	記録などの不備	12	患者の外見・姓名が似ていた	13	勤務状況が繁忙だった	14	環境に問題があった
		15	医薬品の問題	16	医療機器の問題	17	諸物品の問題	18	施設・設備の問題	19	教育・訓練に問題があった	20	説明不足	21	その他
22	事故の背景・要因														
23	改善策														
24	事故内容に関する自由記載欄														

## 資料3 医療事故情報収集等事業に関するFAQ

### Q1 報告の範囲について説明してください。

A 報告の対象は、下の図の通りとなっています。

「当該事例の発生を予測しなかったものに限る」とは、発生がかなりの確率で予測され、それに対する事前の対応策もとられているような事象は除くということです。患者や家族に事前に合併症等の危険を説明していたとしても、その事象が実際に発生することは稀であるような場合は、警鐘事例として発症の背景要因も含め、是非ご報告ください。

原因等	患者重症度	A. 死亡	B. 障害残存	C. 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	軽微な処置・治療を要した事例または影響の認められなかった事例
1. 明らかに誤った医療行為又は管理(注1)に起因		事故(注3)として報告			注2 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)へ報告
2. 明らかに誤った医療行為又は管理は認められないが、医療行為又は管理上の問題(注1)に起因(医療行為又は管理上の問題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. 上記1. 2のほか、医療に係る事故の発生の予防及び再発の防止に資すると認める事例 ※ ヒヤリハット事例に該当する事例も含まれる		事故(注3)として報告			

- ・注1) ここにいう「管理(管理上の問題)」では、療養環境の問題の他に医療行為を行わなかったことに起因するもの等も含まれる。
- ・注2)  部分は軽微な処置・治療を要した事例を示しており、従来のヒヤリ・ハット事例収集事業では報告対象外であった項目。
- ・注3) 事故とは、過誤および過誤をともなわない事故の両方が含まれる。

### Q2 Webで報告する情報は個人情報にあたりますか。

A 厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」では、医療事故報告制度に関する報告に関して、第三者提供の除外として、次に掲げる場合については本人の同意を得る必要はないとしています。

法令に基づく場合  
報告義務医療機関が医療事故報告を行う場合  
公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき

医療安全の向上のため、院内で発生した医療事故等に関する国、地方公共団体または第三者機関等への情報提供のうち、氏名等の情報が含まれる場合はこれに該当します。

また、当センターへの医療事故報告にあたっては、報告機関は個人や医療機関を特定しうる情報をアルファベットで置き換えるなどして、匿名化した上で送信することにな

っています。この作業が適切に行なわれれば、個人情報や報告情報の中に含まれません。匿名化すべき情報には、患者に関するもののほか、医療関係者の情報や地名、特殊な病棟名なども入るので注意してください。

**Q3 個人情報には当たらないのに、参加登録医療機関に患者の同意を求めているのはどうしてですか。また、どのように同意を取ればよいのですか。**

A 財団法人日本医療機能評価機構は、たとえ固有名詞等の個人を特定しうる情報が報告内容に含まれていなくても、患者は医療機関が自分に関する情報をどのように取り扱うのかを知る権利を持っていると考えています。当事業への参加については、掲示等であらかじめ情報提供の可能性について施設の利用者にお知らせください。

**Q4 今後、個別の事例や病院名の公表はありますか。**

A 医療機関名は当センターの守秘情報ですので、医療機関側の同意なしに公表することはありません。個別の事例についても、医療機関や個人が特定される恐れがある形で公表することはありません。

**Q5 2週間以内にすべての情報を埋められない場合や、「事故の程度」等が定まらない場合はどうすればよいですか。**

A コードでご報告いただく部分については、どうしても選択ができない場合は「その他」のコードを選び自由記載欄に事由や状況を記載してください。また記述情報については、その時点で記載できる事実をできる限り詳細にご報告ください。また施設内での分析が終了しておらず背景要因等を報告できない場合は、「事故防止委員会で分析中」のように、現在どのような段階にあるかをご報告ください。

ご報告いただく情報はいずれも分析にはなくてはならない情報です。できる限り漏れのないようにご報告くださるようお願いいたします。

**Q6 間違った情報を報告してしまいました。どうすればよいですか。**

A Webでの報告様式による報告は1度しか行えませんので、送信前に報告内容の印刷を行い内容を確認するなどして、できる限り報告漏れ・誤りなどを避けてくださるようお願いいたします。後日新たな事実が判明したり、報告事項の誤りを発見した場合は、追加情報報告画面を利用して情報の訂正・追加を行ってください(追加情報報告画面の利用方法については医療事故収集等事業要綱平成17年4月15日改訂版をご覧ください)。

**Q7 転倒・転落や無断離院では発見者として誰を記入すればよいのでしょうか。**

A 転倒・転落では、転倒を発見した人が発見者になります。また無断離院は、不在を発見した人が発見者になります。

作成日：平成17年4月15日