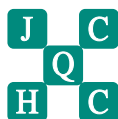


医療事故情報収集等事業

第25回報告書

(平成23年1月～3月)

平成23年6月23日



公益財団法人日本医療機能評価機構

医療事故防止事業部

本事業の内容(報告書類、事例)は、以下のホームページから閲覧・検索いただけます。

(公財)日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業トップページ：<http://www.med-safe.jp/>

○ 報告書類・年報：<http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>

○ 医療安全情報：<http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>

○ 公開データ検索：<http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action>

目次

はじめに	1
第25回報告書の公表にあたって	3
医療事故情報収集等事業について	5
I 医療事故情報収集等事業の概要	23
1 医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例収集の経緯	23
2 医療事故情報収集・分析・提供事業の概要	25
【1】事業の目的	25
【2】医療事故情報の収集	25
【3】医療事故情報の分析・公表	26
3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の概要	27
【1】事業の目的	27
【2】ヒヤリ・ハット事例情報の収集	27
【3】ヒヤリ・ハット事例情報の分析・提供	29
II 報告の現況	30
1 医療事故情報収集等事業	30
2 医療事故情報収集・分析・提供事業	31
【1】登録医療機関	31
【2】報告件数	33
【3】報告義務対象医療機関からの報告の内容	37
3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業	56
【1】登録医療機関	56
【2】全医療機関の発生件数情報報告	58
【3】事例情報参加登録申請医療機関の報告件数	63
【4】事例情報参加登録申請医療機関からの報告の内容	67

Ⅲ 医療事故情報等分析作業の現況…………… 84

1 概況 ……………	84
【1】分析対象とするテーマの選定状況 ……………	84
【2】分析対象とする情報 ……………	84
【3】分析体制 ……………	85
【4】追加調査 ……………	85
2 個別のテーマの検討状況 ……………	86
【1】薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故 ……………	86
【2】食事に関連した医療事故 ……………	108
【3】医療用照明器の光源により発生した熱傷に関連した医療事故 ……………	129
【4】集中治療室（ICU）の入室時の薬剤の指示に誤りがあった事例 ……………	134
3. 再発・類似事例の発生状況 ……………	138
【1】概況 ……………	138
【2】「薬剤の取り違え」（医療安全情報 No. 4）について ……………	140
【3】「誤った患者への輸血」（医療安全情報 No. 11）について ……………	146
【4】「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」 （医療安全情報 No. 33）について ……………	151
【5】「清拭用タオルによる熱傷」（医療安全情報 No. 46）について ……………	159

参考 医療安全情報の提供…………… 161

【1】事業の目的 ……………	161
【2】主な対象医療機関 ……………	161
【3】提供の方法 ……………	161
【4】医療安全情報 ……………	162

はじめに

公益財団法人日本医療機能評価機構

理事長 井原 哲夫

このたびの東日本大震災において、被災された多くの医療関係者の皆様、ご家族の皆様、関係者の皆様に、心よりお見舞い申し上げます。一日も早い復旧、復興をお祈り申し上げます。

本財団は、国民の医療に対する信頼の確保および医療の質の向上を図ることを目的として、病院機能評価事業や医療事故情報収集等事業など様々な事業を運営しています。現在のように震災の影響が続く状況にありましても、医療の質をできるだけ高く保ち、安心・安全な医療を提供するために、それらの事業に継続して取り組んでおります。同時に、このたびの東北太平洋沖地震で被害を受けた被災地の医療機関の実情に配慮し、病院機能評価事業や産科医療補償制度運営事業などでは特例措置を設けるなどの対応をして、医療機関の皆様が引き続き医療の質の向上に努めることができるようご支援させていただいております。

医療事故情報収集等事業では、収集した医療事故等の情報やその集計、分析結果を定期的な報告書や年報として取りまとめるとともに、医療安全情報を作成し、毎月1回程度公表を行うことで、医療従事者、国民、行政機関等広く社会に対して情報提供を行っております。その上で、医療安全情報については医療安全の直接の担い手である医療機関により確実に情報提供が行えるよう、希望する病院にファックスで直接提供する事業を行っております。

本事業は開始後6年が経過しました。この間、医療安全の推進のため、平素より本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の提供に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。

本事業における報告書の公表は今回が25回目になります。今回は平成23年1月から3月までにご報告いただいた医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の報告をとりまとめたものです。また、本報告書に掲載しております医療安全情報はこれまで55回の情報提供を行ってきたもののうち、平成23年1月から3月に提供したNo. 50からNo. 52を掲載しております。

これまでに公表した報告書に対しては、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について、一層の充実に努めてまいりたいと考えておりますので、ご指導、ご鞭撻のほどお願い申し上げます。

最後になりましたが、このたび本財団は新公益法人制度において内閣府公益認定等委員会より事業内容の公益性を認められ、内閣総理大臣より公益財団法人として認定する旨の認定書を受けましたので、本年4月1日より公益財団法人に移行しました。本財団が医療分野において行ってまいりました様々な事業の公益性をお認めいただいたものと考えております。今後とも、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、日本の医療の質の向上に尽力して参りたいと考えておりますので、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25回報告書の公表にあたって

公益財団法人日本医療機能評価機構

特命理事 野本 亀久雄

このたびの東日本大震災において、被災された多くの医療関係者の皆様、ご家族の皆様、関係者の皆様に、心よりお見舞い申し上げます。一日も早い復旧、復興をお祈り申し上げます。

地震発生以降、多くの医療者の皆様が、自らが被災者でもあるお立場にもかかわらず懸命の医療活動を続けておられる姿や、全国各地から被災地の支援に向かわれた医療者の皆様の姿が繰り返し報じられ、医療者は最も困難な時に人々の健康を守るかけがえのない存在であることが多くの人々の心に残ったことと思います。引き続き多くの医療者の皆様がそのような真摯な姿勢を示し続けておられますことに、心より敬意を表します。

本事業は開始後6年が経過しました。この間、本事業に対する医療機関の皆様の反応には大きな変化があったと考えています。事業開始当初には、報告した事例をどのように活用されるのかわからない、という不安を感じておられた医療機関が多かったように記憶しています。しかし最近では、収集した情報をもっと使いやすい形で提供して欲しいといったご要望が増えてきており、これは事業開始当初とは異なる大きな変化であるととらえています。その結果、皆様ご存じのとおり、報告書や年報は次第に内容の濃いものになるとともに、医療安全情報の提供を行い、さらに後述する Web を活用した情報提供も開始しております。それらの情報を基盤に、参加して下さっている医療機関の方々に有用な情報としてお返しすることによって、経験したことのないタイプの医療事故の実態も理解することが可能となり、具体性をもった医療事故防止が可能となるようです。

本事業は、多くの医療機関のご協力を得て、医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を幅広く収集することが基盤となっております。本事業にご参加いただいている医療機関の皆様には、我が国で初めての試みとして開始された本事業の円滑な運営に関し、ご支援、ご協力いただいておりますことに心より感謝申し上げます。また、一層充実した情報を全国の医療機関や広く国民に還元できるよう、引き続き、報告範囲に該当する医療事故情報やヒヤリ・ハット事例が発生した場合は、適切にご報告いただけますよう宜しくお願い申し上げます。

さて、今回は平成23年1月から3月までにご報告頂いた医療事故情報と、ヒヤリ・ハット事例のご報告をとりまとめた第25回報告書を公表いたします。今回の個別のテーマとしては、「薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故」「食事に関連した医療事故」「医療用照明器の光源により発生した熱傷に関連した医療事故」「集中治療室（ICU）の入室時の薬剤の指示に誤りがあった事例」を取り上げました。さらに、本報告書が対象とする平成23年1月から3月に提供した、医療安全情報のNo. 50からNo. 52も掲載しております。

これらの内容を含め、本事業の現況について、第19回の報告書から担当部長による解説のページを、私からのご挨拶のページに引き続いて設けております。そのページをお読みいただくことにより、本事業を支えておられる参加医療機関の皆様に、本事業の最新の状況をお知らせできるものと考えております。そのような本報告書の内容を、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頂くことにより、医療安全推進にお役立て下されば大変幸いに存じます。

国民の医療に対する信頼を回復し、その信頼を保っていくためには、医療の安全性を向上させる取り組みを永く続けていくことが必要であると考えておりますので、私共の事業を通じて、個々の医療事故防止を超えて、医療に関わる人々の誇りとなるような旗印を作りたいと念願しています。そのために、6年以上の実績を持つ本事業は、報告を定着させていく時期から、報告された情報を活用していく時期に移行していかねばならないと考えております。

今後とも本事業の運営主体として、本事業が我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。

医療事故情報収集等事業について ～第25回報告書の内容を中心に～

公益財団法人日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部長 後 信

1 はじめに

このたびの東日本大震災において、被災された多くの医療関係者の皆様、ご家族の皆様、関係者の皆様に、心よりお見舞い申し上げます。一日も早い復旧、復興をお祈り申し上げます。

本事業では地震の影響を考慮して、被災地につきましては、第24回報告書の発送や医療安全情報の送付、発信を見合わせたり致しました。また、3月29日の報告書公表日に記者会見を予定しておりましたが、4月5日に延期するなどの対応をとりました。被災地の医療機関で、本事業に参加しておられる皆様におかれましては、医療事故情報やヒヤリ・ハット事例のご報告に大小さまざまな支障が生じていることが推測されますが、可能な範囲でのご対応をお願い申し上げます。また震災の影響が、本事業において報告件数の変化などの影響を生じるのかどうか、いまだに不確実な状況ですが、地震から1ヶ月以上を経た現在、目だった変化は生じておりません。今後の推移につきましても次号以降で適宜ご報告申し上げます。

さて震災の影響も続いておりますが、皆様には本事業の運営に引き続きご理解、ご協力いただいております。深く感謝申し上げます。

今回は平成23年1月から3月までにご報告頂いた医療事故情報とヒヤリ・ハット事例のご報告をとりまとめた第25回報告書を公表いたします。報告書の内容を十分ご参照いただき、安全管理を担当とする方を中心に、それぞれの医療機関の実情に即した有用な部分を院内で周知していただければ幸いに存じます。

また、医療を受ける立場でこの報告書や本事業のホームページをご覧の皆様にかかれましては、医療事故やそれに至る前に防止できたヒヤリ・ハット事例の種類や内容、医療機関や医療界が再発防止に向けて取り組んでいる姿を、ご理解いただければ幸いに存じます。

さらに、このたびの公表にあたり、医療事故情報収集等事業やそれに関連する事業の現況について、以下にご紹介させていただきます。

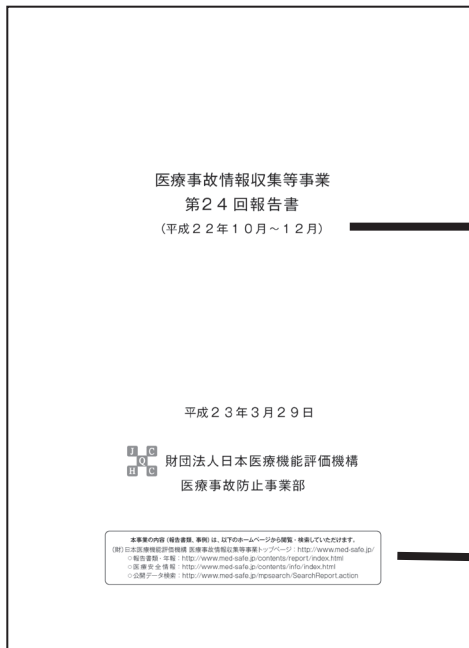
2 報告書の表紙のデザインの変更について

第24回報告書から、報告書の表紙のデザインを少し変更いたしました。報告書が対象とした報告期間がわかるように、「第〇報告書」という文字の下に、「平成2〇年〇月～〇月」という期間を示すこととしました。次に、事業の成果物を掲載しているホームページの活用を促進するため、表紙の下段にホームページのアドレスや、報告書類・年報、医療安全情報、公開データ検索のアドレスを表示しました。このようなお案内を契機として、より多くの方に、本事業のホームページをご活用いただくことができるよう願っています。

医療事故情報収集等事業

第24回報告書

(平成22年10月～12月)



本事業の内容(報告書類、事例)は、以下のホームページから閲覧・検索いただけます。
(財)日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業ホームページ: <http://www.med-safe.jp/>
○報告書類・年報: <http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>
○医療安全情報: <http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>
○公開データ検索: <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action>

3 第25回報告書について

1) 図表～参加登録申請医療機関数の内訳～

第22回報告書から、参加登録申請医療機関数の内訳を示す図表を追加しております(30ページ)。医療事故情報を報告している医療機関数、ヒヤリ・ハット事例を報告している医療機関数、重複を除いた事業参加医療機関数などをお示ししています。本事業に参加している医療機関数は、24回報告書に記した数より少し増えて平成23年3月31日現在で1,242医療機関となりました。また、この図表の内容は、本事業の参加状況を示す基本的な内容であることから、ホームページの「参加登録医療機関一覧」において随時情報を更新してお示ししています。

2) 報告件数など

この報告書が対象としている1月から3月には、788件の医療事故情報をご報告いただきました。内訳は、報告義務対象医療機関から728件、参加登録申請医療機関、つまり任意で参加していただいている医療機関から60件の、合計788件のご報告をいただきました。任意参加の医療機関数が増加しているため一概に比較はできませんが、四半期ごとの報告件数としては過去最も多い件数でした。従来から申し上げております通り、医療事故を報告することが次第に定着してきていることのアラわれと考えております。医療を取り巻く環境が厳しくなっているという指摘が多くなされる中で、医療機関の皆様のご協力に心より感謝申し上げますとともに、今後とも、本報告書中の、「I-2 医療事故情報収集・分析・提供事業の概要【2】医療事故情報の収集」に掲載している報告範囲(25～26ページ)を今一度ご確認ください、該当事例を、我が国の医療安全の推進のためにご報告していただければ幸いです。

特に、任意参加の医療機関から報告される医療事故の件数は、報告義務の課せられている医療機関のそれに比べ随分少ない現状が事業開始後長く続いたあと、昨年は521件と約3倍程度に増加しました。任意で参加されている医療機関の皆様におかれましては、報告範囲に該当する事象の把握と報

告に引き続きご留意をいただきますよう、お願いいたします。

また、全ての事業参加医療機関にとって、報告範囲に該当する事例が発生したことを把握すること、その事実を重要な情報を漏らさず整理すること、これを報告できる形にまとめること、報告すること、これらのことを行い質の高い報告を継続的に行うことは、決して容易なことではないと考えておりますが、医療機関の皆様には、今後とも適切なご報告をいただきますようお願いいたします。本事業に参加することで、先述したような、事実を把握する能力や報告する能力が高まることや、医療機関というひとつの組織体として医療安全を重視した運営方針を決断したり職員に説明したりするための有用な資料とすることができること、などが期待できます。このことは、医療機関の医療安全推進だけでなく、我が国の医療安全の底上げを図ることになるものと考えられますので、何卒宜しくお願いいたします。

3) 報告の現況

「Ⅱ 報告の現況」に示している多くの図表の数値には、毎回大きな変化は見られない傾向にあります。本事業は、変化がある場合もない場合も、医療事故やヒヤリ・ハットの現状を社会に継続的に示し、医療の透明性を高めることに寄与していくことも本事業の役割と考えており、継続して図表を掲載し、結果をお示ししています。

4) 個別のテーマ (86～137ページ)

今回の個別テーマとしては、「薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故」「食事に関連した医療事故」「医療用照明器の光源により発生した熱傷に関連した医療事故」「集中治療室（ICU）入室時の薬剤の指示に誤りがあった事例」を取り上げました。「薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故」は今回新しく取り上げたテーマです。第21回報告書でもご説明しましたが、これらのテーマの取り上げ方は、第18回報告書において見直しを行い、ヒヤリ・ハット事例の収集テーマに取り上げるテーマの他に、随時取り上げるテーマも設けることとしました。

今回の報告書の個別テーマの中で、この見直しによって新たに上げられたテーマは、「医療用照明器の光源により発生した熱傷に関連した医療事故(129～133ページ)」「集中治療室(ICU)入室時の薬剤の指示に誤りがあった事例(134～137ページ)」です。このような方法でテーマとして取り上げ、後方視的に事例を調べる方法を取り入れることにより、最近発生した重要な事例を迅速にテーマとして取り上げることが出来るようになりました。

その他のテーマは従来通りの考え方で取り上げられているテーマであり、テーマを設定した後、それに該当するヒヤリ・ハット事例を1年間にわたり前方視的に収集しながら時間をかけて分析しているテーマです。そのうち、「薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故(86～107ページ)」は今回新しく取り上げたテーマです。普段の医療では医療機関の中では、病棟や外来、他病棟、他診療部門の間で頻繁に情報がやり取りされながら医療が提供されています。また、他の医療機関や薬局といった主体との間の情報のやり取りもあります。それらの主体間毎にやり取りされる情報の種類やその情報伝達が途絶、または誤解される理由について、報告された医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を分析し、図表を作成し掲載しています。また薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故のうち、主な事例を掲載するとともに、分析班で検討した内容も掲載しています。報告された情報にはない内容の議論が多くなされておりますのでご参考にしてください。

前回に引き続き取り上げたテーマである「食事に関連した医療事故（108～128ページ）」は、今回で3回目の掲載となります。前回は、「指示外の提供・摂取」の事例について、その内容の内訳や背景・要因、影響について掲載しました。また、第23回報告書で初めて掲載した、食事の提供に関する業務工程図の一例（第23回報告書、94ページ）を活用し、具体的な3事例について、誤っていた業務工程や、医療事故を防止する可能性のある業務を赤、青の2色で図示した分かりやすい図を作成しました（第24回報告書、113～115ページ）。今回は「アレルギーの提供・摂取」の事例について、その内容の内訳や背景・要因、影響について掲載しています。また前回同様に、食事の提供に関する業務工程図を活用し、具体的な事例について誤っていた業務工程や、医療事故を防止する可能性のある工程を赤、青の2色で図示した分かりやすい図を作成しました（116～118ページ）。医療機関で提供される食事は提供することや摂取すること、あえて提供しないことや摂取しないことが治療の一部となりますので、十分な管理下で行われることが重要です。「食事」という日常生活でも使用する言葉のイメージとは大きく異なる内容をお読みいただければありがたいと思います。

「医療用照明器の光源により発生した熱傷に関連した医療事故（129～133ページ）」では、ストルツ光源、光源付きレトラクター、尿管鏡の光源コード、膀胱鏡のライトガイド、光源付き吸引器具、などにより手術時に患者さんに熱傷を生じた事例を紹介しています。ハロゲンランプやキセノンランプには高い輝度により手術を容易にする一方で、熱を発生することによる熱傷のリスクがあります。報告された事例について、手術中の光源の置き場所などの管理状況、診療科、サージカルドレープが溶けたなど熱傷に至った直接的な経緯、改善策などをまとめ、図表として提示するなどしています。

「集中治療室（ICU）入室時の薬剤の指示に誤りがあった事例（134～137ページ）」では、1）発生状況、2）具体的な事例の紹介、3）平成19年に厚生労働省の検討会が作成、公表した「集中治療室（ICU）における医療安全管理指針」の紹介、4）事例の発生状況、5）事例が発生した医療機関のオーダー端末などについて掲載しています。ICUは重症患者が多く、行われる医療が複雑で密度も高いことなどから、ヒヤリ・ハット事例や医療事故が発生しやすい場所とされています。そのため、指示のルールも、病棟と異なるなどの背景・要因による医療事故が発生しています。報告されている事例は2事例ですが、それでもICUを有する医療機関で参考になるものと思います。

いずれのテーマで取り上げた事例も、どこの医療機関でも起こりうる事例であり、患者さんに対する説明の際にも使用できる内容になっているものと考えておりますので、ご参照、ご活用いただければ幸いに存じます。

5) 再発・類似事例の発生状況（138～160ページ）

「Ⅲ-3 再発・類似事例の発生状況」も第18回報告書で見直しを行った部分です。第17回報告書までは、「共有すべき医療事故情報」部分に掲載されていた事例やその類似事例が再度報告された場合、「再び報告のあった共有すべき医療事故情報」という事項で事例紹介をしておりました。このように一度情報提供しても、実際には、その中のいくつかについては引き続き類似事例が発生している現実があります。そこで、第18回報告書から「再発・類似事例の発生状況」という項目を設けて分析した内容を記載しています。具体的には、過去に提供したそれらの情報の中から順次取り上げ、情報提供前や提供後、そして現在に至るまでの類似事例の発生件数やその推移、それらの類似事例について医療機関から報告された具体的な改善策などの内容を掲載しております。

139ページには、過去に提供した「医療安全情報」や「共有すべき事例」の中から、本報告書が対象とする1-3月に報告された再発・類似事例の一覧を掲載しています。第21、22回報告書のように、「体内にガーゼが残存した事例」と「熱傷に関する事例（療養上の世話以外）」が特に多いという状況ではありません。

今回取り上げたのは、「薬剤の取り違い（140～145ページ）」「誤った患者への輸血（146～150ページ）」「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出（151～158ページ）」「清拭用タオルによる熱傷（159～160ページ）」です。

「薬剤の取り違い（140～145ページ）」については、平成19年3月に本事業の医療安全情報No. 4として作成、情報提供した内容です。医療安全情報では、特に「アルマール錠」と「アマリール錠」、「タキソール注射液」と「タキソール注」など、名称の類似性に着目し、薬剤の取り違いについて注意喚起しています。今回新たに報告された事例の中にも、「アルマール錠」と「アマリール錠」の取り違いがあり、具体的な事例の内容を紹介しています。また、改善策の紹介のほかに、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業平成21年年報でも「名称類似に関するヒヤリ・ハット」を取り上げて分析しておりますので、その紹介もしています。

「誤った患者への輸血（146～150ページ）」については、平成19年10月に本事業の医療安全情報No. 11として作成、情報提供した内容です。その後も、毎年1-2件の同種事例が報告されており、また、事例が発生した過程には、急患対応による業務中断や、エラー表示の認識の誤りなど、医療現場で生じているさまざまな要素も記載されていることから、今回「再発・類似事例の発生状況」の中で特に詳しく取り上げることとしました。具体的な事例の紹介や改善策の紹介とともに、事故の背景を、血液製剤の管理、業務中断、投与直前の確認のそれぞれについて分析しています。また、日本赤十字社からも、本事業の報告書に掲載した事例に基にした、同種事例の発生防止のための情報媒体が公表されていますので、参考になると考え掲載しています。この情報媒体のように、全国的に医療機関で実際に発生している事例が報告され集積されている本事業の成果を是非ご活用いただきたいと思えます。

「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出（151～158ページ）」については、平成21年8月に本事業の医療安全情報No. 33として作成、情報提供した内容です。その後、平成22年は2件の報告がありました。本報告書が対象としている平成23年1-3月には再び3件の報告がありましたので、それらの内容を紹介します。また、本事業開始後報告のあった全17事例について、患者の状況や投与時の濃度、点滴刺入部に観察された初期症状、患者への影響、その後行われた治療などを図表によって一覧できる形で示しています。

「清拭用タオルによる熱傷（159～160ページ）」については、平成22年9月に本事業の医療安全情報No. 46として作成、情報提供した内容です。本報告書が対象としている本年1-3月にも2件報告がありました。医療安全情報では、熱い清拭用タオルはベッドの上におかないことを再発防止策として紹介しました。本事例でも同様の再発防止策が報告されておりますので、その方法を採用することによって同種事例の再発を防ぐことができる可能性が高いと考え、「再発・類似事例の発生状況」として取り上げました。

医療機関におかれましては、このような再発・類似事例の発生状況の情報を、過去に情報提供した医療安全情報等も併せてご活用いただければ、一層効果的な周知になるものと考えておりますので何卒宜しくお願い申し上げます。

6) 医療安全情報 (161~167ページ)

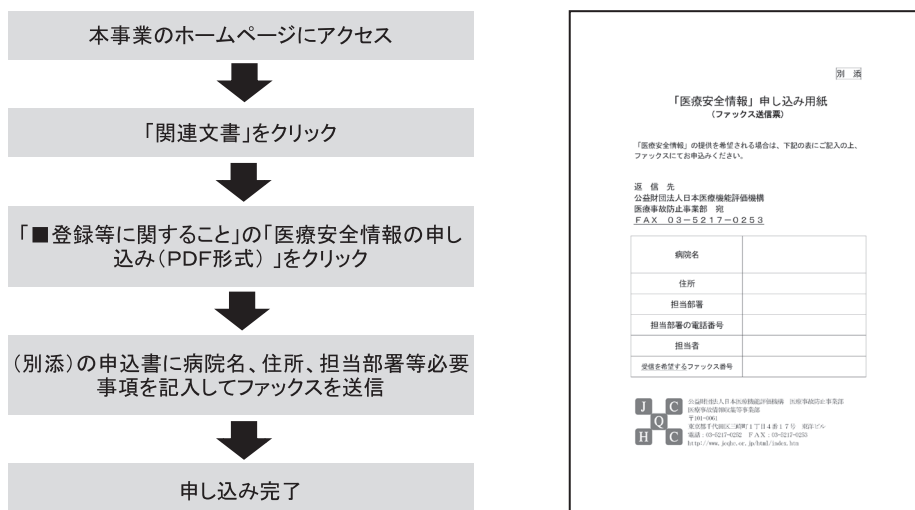
本報告書が対象とする平成23年1~3月に提供した、医療安全情報のNo. 50-52も掲載しております。この情報は、事業に参加している医療機関や情報提供を希望した病院、合計約4,600医療機関に対して、毎月1回程度ファックスによる情報提供を行うとともに、同日、ホームページにも掲載しています。この医療安全情報の提供は5年目に入り、本年1月には節目のNo. 50「手術部位の左右の取り違い(第2報)」を提供いたしました。現在ファックスを受け取っておられない病院に対しても、ファックス送付のご依頼を随時受け付けておりますので、ご希望がありましたら、本事業部にご連絡をいただければ幸いに存じます。また、まだファックスの配信を受けておられない医療機関をご存知でしたら、今からでも送付が可能であることをお教えいただければ幸いに存じます。実際に、最近でも少しずつではありますが、お申し込みをいただいているところです。さらに、医療関係団体より医療安全情報を会員に配布するために本事業のいずれかのページにリンクを貼ることにについてご質問やご要望をいただくこともあり、当方としてもそのようなご活用をお願いしております。本事業にとっても、今後の課題として情報の活用を挙げておりますので、そのようなご活用の実例が増えていくよう取り組んでいきたいと考えております。同様のリンクなどのご希望がありましたら、是非ご連絡いただければ幸いに存じます。

医療安全情報は、決して難しい内容ではなく、情報量も絞り込んで少なくした媒体として作成しております。医療安全は、職種や診療科などを越えた医療者共通の関心事であることから、多くの医療従事者や関係者が、ご自身の診療や業務に関連するテーマには必ず目を通すような媒体になることを願っております。

一見すると、「自分の施設ではこのような事例は起こらないだろう。」「自分はこのような事例の当事者とはならないだろう。」と思うような基本的な内容の医療事故が、医療機関の大小を問わず発生しているという現実があります。そこで、そのような事例を情報提供するとともに、できるだけ多くの医療機関でご活用いただけることにもつながるため、基本的な内容の医療事故を中心に作成することにも心がけております。また、多くの診療科、診療分野の医療従事者の方々に関心をもっていただくため、またはお役立ていただくために、報告事例は少なくとも重要な事例を取り上げることもあります。

No. 52「2010年に提供した医療安全情報」は、毎年1回、前年に提供した医療安全情報を振りかえる形式のものです。必ずしも毎号を見ていなかった、あるいは、忘れてしまった、という方も、No. 52をご覧いただくと1年間のタイトルを思い出すことができるとともに、提供後も類似事例が報告された医療安全情報のタイトルに「★」を付して、繰り返し報告されている事例が分かるようにしています。

(参考) 医療安全情報の申し込み手順と申込書



7) Web に掲載している情報～平成22年7月から新しく公表した情報を中心に～

平成22年7月に公表いたしました第21回報告書から、報告書とWebの役割分担を行いました。そのため、報告書は少し薄くなりましたが、Web上の情報掲載量を増やしておりますので、従来よりも多くの情報提供ができるようになりました。具体的には、報告書には主な図表や後述するテーマ分析の結果を掲載することとし、Webにはそれらの図表も再掲するとともに、さらに詳細な図表や報告項目の一覧、参加医療機関一覧等の情報を掲載しています。また、Web上に報告事例のデータベースを開設し、平成22年1月以降に報告された全ての事例をご覧いただけるようにしました。検索機能もありますので、ご関心のある事例を選択してご覧いただくことも可能です。

この取り組みの趣旨は、医療事故の予防や再発防止に役立つ情報提供を増やし、医療安全を一層推進していくことであるとともに、医療の透明性を向上することでもあります。そのことを十分ご理解いただき、情報を診療や研究に、また安心して安全な医療を受けるためにご活用いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

以上の内容は、平成22年7月以降、報告書やその送付文書でお知らせしているほか、本事業に関する講演会や記者発表の中でもご説明してまいりました。本事業の成果物が十分に活用されるよう、今後とも、報告書の公表や研修会、講演会など、機会があるたびに周知を図っていくこととしております。そこで、前回の報告書に引き続き、以下に具体的な画面をお示ししながらその操作について改めてご説明いたします。

(1) 参加医療機関情報

本事業のホームページ(図1)に設定されている、「参加登録医療機関一覧」①をクリックすると、図2のような日本地図が現れます。この地図の都道府県②をクリックすることで、図3のような医療機関一覧(東京都の例)を見ることができます。○は、該当する情報を報告していることを示しており、◎は法令上医療事故の報告が義務付けられている医療機関であることを示しています。

(図1) 本事業のホームページ



(図2) 事業参加医療機関一覧



(図3) 事業参加医療機関一覧の例



(2) 報告書に掲載していないものを含む詳細な集計表

ホームページに設定されている、「報告書類・年報」③をクリックすると、図4の画面が現れ、従来どおり報告書や年報がPDFファイル形式で掲載されています。

(図4) 報告書類・年報一覧



このページの上段に、新しく設定した「集計表（Web公開分）はこちら」④をクリックしていただくと、報告書に掲載している表だけでなく、さらに詳細な集計表を見ることができます。この機能により、報告書のページ数に制限されることなく、多くの表を掲載することができるようになりました。また、平成22年1月から、医療事故とヒヤリ・ハットの報告項目をできるだけ統一したため、医療事故情報とヒヤリ・ハット情報の集計表が相互に比較可能となりましたので、参考にいただければ幸いです。

また、ヒヤリ・ハット事例の集計表には、集計結果の数字をクリックすることにより、具体的な事例を閲覧することもでき、関心の高い事例を閲覧するために便利な仕組みになっています。現在、医療事故情報の集計表には同じ機能は付与していませんが、昨年の事例を集計して作成する平成22年年報を公表する際には、年報の図表の一部を対象として、同じ機能が利用可能となる予定です。

報告書には掲載していませんが、Webに掲載されている図表には、例えば以下のような図表があります。それらをご覧になりたい方や、本事業に関するその他の情報をお知りになりたい方は、本事業のホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) をご覧ください。

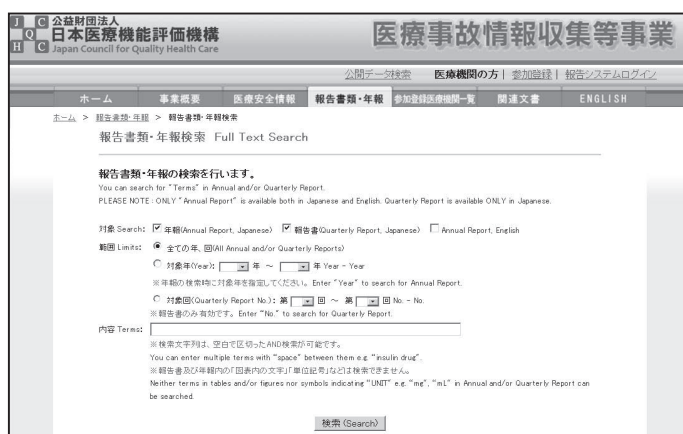
(表1) Webに掲載されている主な情報（報告書に掲載されているものは除く）

1. 図表
 - 事故の概要×事故の程度
 - 発生場所×事故の程度
 - 関連診療科×事故の程度
 - ヒヤリ・ハットの事例の概要×治療の程度
 - 開設者別のヒヤリ・ハット発生件数情報
2. 参加医療機関一覧
3. 報告項目一覧（医療事故、ヒヤリ・ハット）
4. 医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例

(3) 報告書・集計表の検索機能

図4の上段に新しく設定された「報告書類・年報（本文）検索はこちら」⑤「報告書類・年報（集計表）検索はこちら」⑥をクリックすると、図5、6のページが現れ、このページにおいて公表済の報告書及び年報（PDF形式）の検索ができます。「報告書」「年報」のいずれかを対象として絞り込む機能や対象年、対象回を絞り込む機能もあり、さらに、関心のある検索語を入力することにより、該当するページが表示されます。

(図5) 報告書・年報の検索



(図6) 集計表の検索



(4) 医療事故／ヒヤリ・ハット報告事例の検索機能

図1の画面に新設された「公開データ検索」⑦をクリックしていただくと、次の画面が現れます（図7）。このページ上で、報告された医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の多くを閲覧することができます。本事業に参加しておられる医療機関や研究者の皆様、またその他多くの皆様より、報告書に掲載される事例が多くなり内容も豊富になっているため、Webを活用した事例の閲覧や検索ができるシステムの開発を望む声をたくさんいただけてきました。そこで、この度の見直しの機会を利用してこのような機能のご提供を開始することとしたものです。同ページに記載しているように、このような情報提供は、医療安全の推進を目的として行っているものです。

本事業は、このような情報が適切に活用されることによって、医療提供の仕組みやモノの改善が進み、その成果が実感されることによりさらに報告が定着し、適切に公表されることによってさらに改

善が進んでいくという医療安全の好循環が生じ、医療界だけでなく我が国の社会において重要な機能として定着していくことを願っております。

(図7) 公開データ検索のページ



(5) CSV形式のダウンロード機能

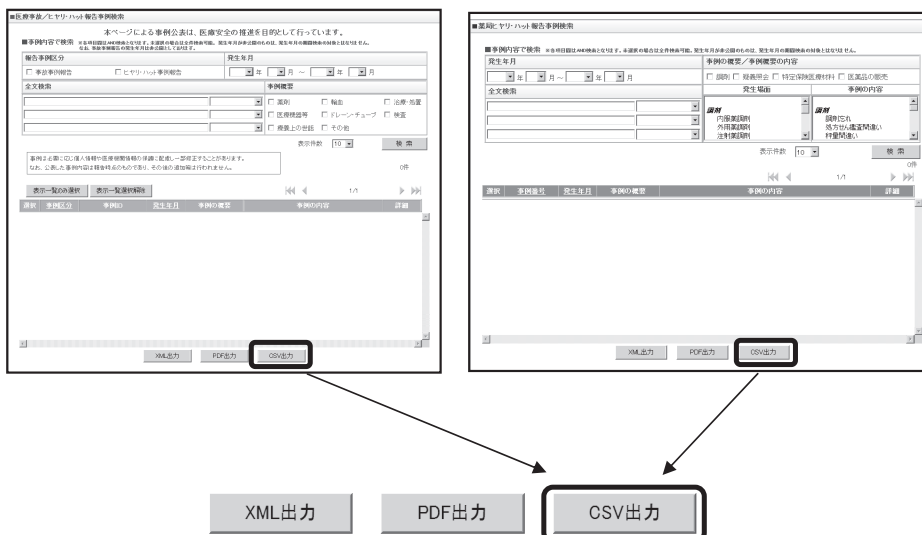
医療事故情報収集等事業と薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業では、それぞれのホームページにおいて、「公開データ検索」というボタンをクリックすると、事例の検索や閲覧ができるとともに、関心のある事例を会議の資料に使用したり、調査研究のために加工して集計したりできるよう、いくつかのファイル形式でダウンロードすることができます。

このたび、従来のPDFとXML形式に加え、CSV形式のファイルとしてもダウンロードできるようになりました。

事例を検索後、関心のある事例の選択用ボックスをチェックして、「CSV出力」と書かれたボタンを押すだけでダウンロードできます(図8)。このファイルは、例えば、一般によく使用されているエクセルを使用した集計、分析などの作業を行うこともできます。

医療安全の推進のためにご報告いただいている情報を、このような様々なファイル形式でご提供することにより、公表している情報が医療機関の皆様、医療安全の研究者の皆様、医薬品、医療機器の製造や販売に関わる皆様、行政機関の皆様、そして医療を受ける立場の多くの皆様に一層活用され、医療の質の向上に寄与することを期待しています。

(図8) 公開データ検索のCSV形式ダウンロード機能



4 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業との連携

1) 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 平成21年年報

医療事故防止事業部では、平成20年10月から、薬局で発生した、または、発見されたヒヤリ・ハット事例を収集する、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業を開始し、昨年10月には平成21年年報を公表し、また、本年3月29日には第4回集計報告を公表いたしました。

参加薬局数は、現在も増加を続けており、約3,600軒となっています。報告していただく事例数は、現在では毎月600－1,000事例程度と、以前より少な目で推移しています。しかし、最近では、以前には報告がなかった「医薬品の販売」に関する事例も報告されるようになっており、より調剤の現場で発生している事例を反映している報告内容に近づいているのではないかと考えています。

「薬局ヒヤリ・ハット」といっても、医療機関で発生した処方箋のエラーが薬局からの疑義照会によって発見されることもあり、そのような事例も薬局による報告の対象となっています。それらの事例を、同事業のホームページにおいて、既に約15,000事例公表しています。また、ホームページの「公開データ検索」のボタンをクリックしていただくと、キーワード等を入力することにより検索することができるようになっています。その他に特に重要な事例を抽出して、「共有すべき事例」として、専門家のコメントを付した個別事例の公表もしています。

このような情報提供の方法は、医療事故情報収集等事業に先駆けて、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業で開始したものであり、医療事故情報収集等事業においても、その後、同様の情報提供を行っています。

平成21年年報 (http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/pdf/year_report_2009.pdf) では、半期毎の集計報告をまとめた内容のほかに、テーマ分析を行っています。以下にテーマを示しますので、病院の薬剤部門でもご活用いただければ幸いです。

(表2) 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 平成21年年報で取り上げたテーマ

-
- 1 名称類似に関するヒヤリ・ハット
 - 2 薬効類似に関するヒヤリ・ハット
 - 3 ハイリスク薬に関するヒヤリ・ハット
 - 4 疑義照会に関するヒヤリ・ハット
 - 5 個別薬剤に関するヒヤリ・ハット
 - ① ワルファリンカリウムに関する事例
 - ② インスリン製剤に関する事例
-

また、テーマ分析の中で特に重要な図表は、別途デザインを見やすくした1枚のカラー印刷物に加工し、「薬局ヒヤリ・ハット分析表」という名称でホームページに5件掲載しています。

(http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/contents/analysis_table/index.html)

(表3) 薬局ヒヤリ・ハット分析表のタイトル

- ① 名称類似による薬剤取違え
- ② 薬局ヒヤリ・ハット事例として報告されたハイリスク薬
- ③ 疑義照会における変更内容と疑義があると判断した理由
- ④ 薬局ヒヤリ・ハット事例として報告されたワルファリンカリウムに関する事例
- ⑤ 薬局ヒヤリ・ハット事例として報告されたインスリン製剤に関する事例

以下にその一例として「疑義照会における変更内容と疑義があると判断した理由」を示します。


● 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 平成21年年報 No.3 ●

疑義照会における 変更内容と疑義があると判断した理由

実際に薬局で発生したヒヤリ・ハット事例のうち、事例の概要が「疑義照会」であった事例は107件報告されています。(集計期間：2009年4月1日～2009年12月31日)
上記事例について、疑義照会後に行った「変更内容」を縦軸、「疑義があると判断した理由」を横軸として集計した表は下記の通りです。また、報告された事例のうち、「疑義があると判断した理由」の各項目において、多く報告された変更内容については、赤色で表示しています。

変更内容 \ 疑義があると判断した理由	当院処方せんのみで判断	当院処方せんと薬局で管理している情報で判断	上記以外で判断
薬剤変更	13	14	9
用法変更	8	4	3
用量変更	8	4	4
分量変更	13	3	0
薬剤削除	2	9	2
その他	1	3	7

※出典：薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業「平成21年 年報」P.53


 財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
 〒101-0081 東京都千代田区三軒町1-4-17 東洋ビル
 電話：03-5217-0281 (直通) F.A.X：03-5217-0253 (直通)
<http://www.webkyoku-hyari.jp/qhc.or.jp/>

薬局で発生するヒヤリ・ハット事例の多くが調剤であり、その内訳としては、「数量間違い」「規格・剤形間違い」「薬剤取違え」が多いなど、医療機関におけるヒヤリ・ハットや医療事故の内容と共通する部分が多いことがわかります。このように、本財団が医療機関と薬局で発生する事例を一元的に収集することのメリットを生かし、薬剤に関する医療事故防止については、特に手厚く情報提供を行っていくこととしております。

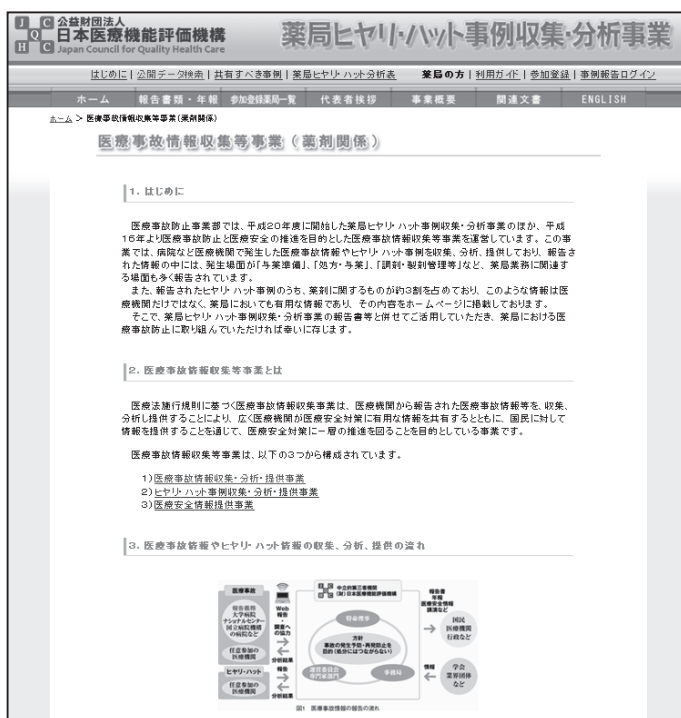
2) ホームページの新機能

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業で報告されているヒヤリ・ハット事例の90%は調剤に関する事例であり、その中でも「数量間違い」、「規格剤形間違い」など、医療機関の薬剤部門でも発生する事例が多くあります。したがって、医療事故情報収集等事業においてこれまでに作成、公表してきた報告書、年報、医療安全情報のうち、薬剤に関する内容は、その多くが薬局にとっても有用な情報です。そのため、平成22年度の事業として、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業のホームページの中に、医療事故情報収集等事業の成果を紹介するページを作成いたしました。

医療事故情報収集等事業の概要、報告書・年報のページへのリンク、公開データ検索のページへの

リンク、薬剤の医療事故に関連する医療安全情報などをその内容として掲載しています。

事業のホームページに、「医療事故情報収集等事業（薬剤関係）」と書かれたボタン **(1)** を設けました。これをクリックすると、内容をご覧いただくことができます。



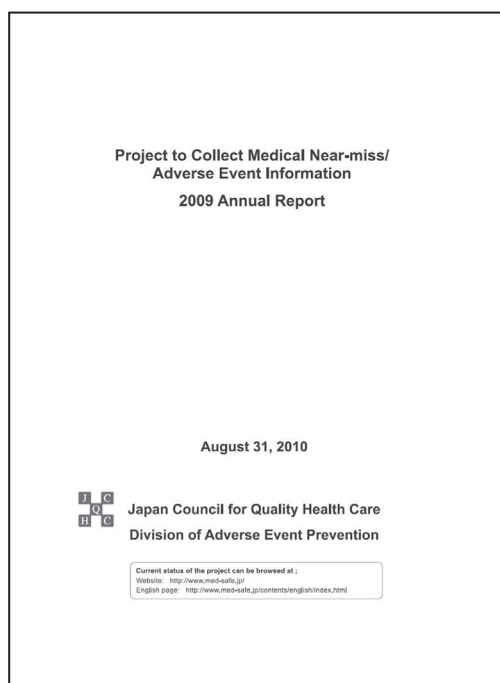
掲載している内容を以下にお示しします。薬局の薬剤師の方と共同で研修する機会などでご活用いただければ幸いです。

項目	内容
1 はじめに	・医療事故防止事業部で運営している医療事故情報収集等事業及びヒヤリ・ハット事例収集・分析事業について。
2 医療事故情報収集等事業とは	・事業の目的、内容（医療事故の収集、ヒヤリ・ハット事例の収集、医療安全情報の提供）など。
3 医療事故情報やヒヤリ・ハット情報の収集、分析、提供の流れ	・収集している情報、報告している医療機関（法令上報告義務のある医療機関、任意参加している医療機関）、当機構における情報の取り扱い、還元している成果物を説明する図を掲載。
4 医療事故情報収集等事業で提供している情報	・成果物の説明。
1) 報告書・年報	<ul style="list-style-type: none"> ・報告書は、(1) 事業概要、(2) 集計分析、(3) テーマ分析、(4) 再発・類似事例の発生状況より構成されていることの説明。 ・医療事故情報収集事業ホームページの「報告書類・年報」画面へのリンクと操作方法の説明。
2) 医療安全情報	<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全情報の概要。 ・薬剤に関する医療安全情報（以下のタイトル参照）の紹介。
	2011 年公表分
	No. 5 1 : ワルファリンカリウムの内服状況や凝固機能の把握不足
	2010 年公表分
	No. 4 5 : 抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制（第 2 報）
	No. 4 1 : 処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い（第 2 報）
	No. 3 9 : 持参薬の不十分な確認
	No. 3 8 : 清潔野における注射器に準備された薬剤の取り換え
	2009 年公表分
	No. 3 6 : 抜歯時の不十分な情報確認
	No. 3 0 : アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与
	No. 2 9 : 小児への薬剤 10 倍量間違い
	No. 2 7 : 口頭指示による薬剤量間違い
	2008 年公表分
	No. 2 3 : 処方入力の際の単位間違い
	No. 2 2 : 化学療法の治療計画の処方間違い
	No. 1 8 : 処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い
	No. 1 5 : 注射器に準備された薬剤の取り換え
	2007 年公表分
	No. 9 : 製剤の総量と有効成分の量の間違い
	No. 6 : インスリン単位の誤解
	No. 4 : 薬剤の取り換え
	No. 2 : 抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制
	2006 年公表分
	No. 1 : インスリン含量の誤認
3) 個別事例の閲覧	・医療事故情報収集事業ホームページの「公開データ検索」画面へのリンクと操作方法の説明。

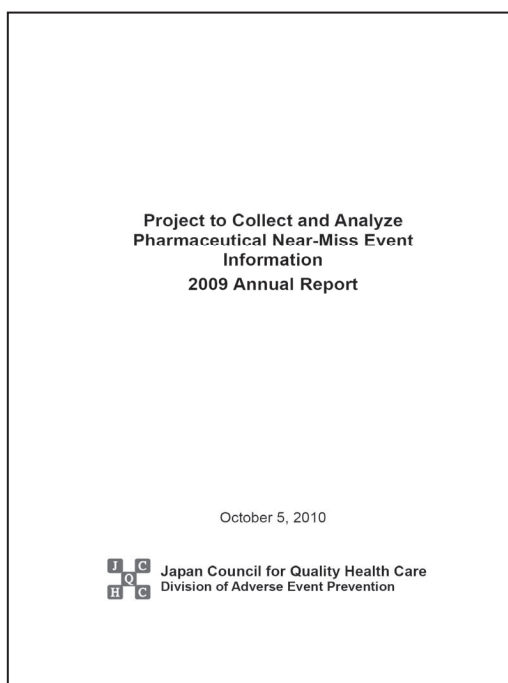
この新しいページを活用することによって、薬局の薬剤師の皆様や登録販売者の皆様、薬局の事務を扱っておられる皆様に、薬局における医療安全だけでなく、医療機関で発生するエラーを薬局で見し、医療事故防止に努めていただくよう、情報発信や啓発に努めていくこととしています。

5 医療事故情報収集等事業 平成21年年報英訳版、医療安全情報英訳版の公表について

医療事故情報収集等事業では、平成17年年報より英訳版を作成し、ホームページを通じて公表したり、海外からの訪問者の方々に差し上げたりして、事業の内容や成果の周知に活用してきました。昨年度も同様に、平成21年年報英訳版の作成作業を進めておりましたところ、平成22年の9月末に台湾のジョイントコミッションよりご招待いただき、事業の内容を講演させていただいた機会に、各国が同じような取り組みを行っていることや、相互に参考とすべき情報が多いことが改めてよく分かりました。そこで、本財団に寄せられたご寄付の一部を活用させていただき、新たに医療安全情報(No. 1以降最近のものまで)及び、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の英訳作成も行うこととし、それらを海外に向けて情報提供していくことといたしました。年報の英訳は既に完成し、医療安全情報の英訳作業は7月頃を目途に現在も進行中です。それらは、事業のホームページの英語のページに掲載しておりますので、機会がありましたらご活用いただければ幸いに存じます。



医療事故情報収集等事業 平成21年年報(英訳版)



薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
平成21年年報(英訳版)

「医療事故情報収集等事業 平成21年年報」の英訳版である、「Project to Collect Medical Near-Miss/Adverse Event Information 2009 Annual Report」の内容および、過去の年報の英訳版の内容は、「3 第25回報告書について 7) Webに掲載している情報～平成22年7月から新しく公表した情報を中心に～ (3) 報告書・集計表の検索機能」に前述した、検索のページ(図9、10に再掲)より英語による検索が可能です。

(図9) 報告書・年報検索 (Full Text Search)

報告書類・年報検索 Full Text Search

報告書類・年報の検索を行います。
 You can search for "Terms" in Annual and/or Quarterly Report.
 PLEASE NOTE: ONLY "Annual Report" is available both in Japanese and English. Quarterly Report is available ONLY in Japanese.

対象 Search: 年報(Annual Report, Japanese) 報告書(Quarterly Report, Japanese) Annual Report, English

範囲 Limits: 全ての年、回(All Annual and/or Quarterly Reports)

対象年(Year): [] 年 ~ [] 年 Year - Year
 ※年報の検索時に対象年を指定してください。Enter "Year" to search for Annual Report.

対象回(Quarterly Report No.): 第 [] 回 ~ 第 [] 回 No. - No.
 ※報告書のみ有効です。Enter "No." to search for Quarterly Report.

内容 Terms: []

※検索文字列は、空白で区切ったAND検索が可能です。
 You can enter multiple terms with "space" between them e.g. "insulin drug".
 ※報告書及び年報内の「図表内の文字」「単位記号」などは検索できません。
 Neither terms in tables and/or figures nor symbols indicating "UNIT" e.g. "mg", "mL" in Annual and/or Quarterly Report can be searched.

検索 (Search)

(図10) 集計表検索 (Table Search)

集計表検索 Tables Search

集計表の検索を行います。
 You can search for "Tables" in Annual and/or Quarterly Report.
 PLEASE NOTE: ONLY "Annual Report" is available both in Japanese and English. Quarterly Report is available ONLY in Japanese.

対象 Search: 年報(Annual Report, Japanese) 報告書(Quarterly Report, Japanese) Annual Report, English

範囲 Limits: 全ての年、回(All Annual and/or Quarterly Reports)

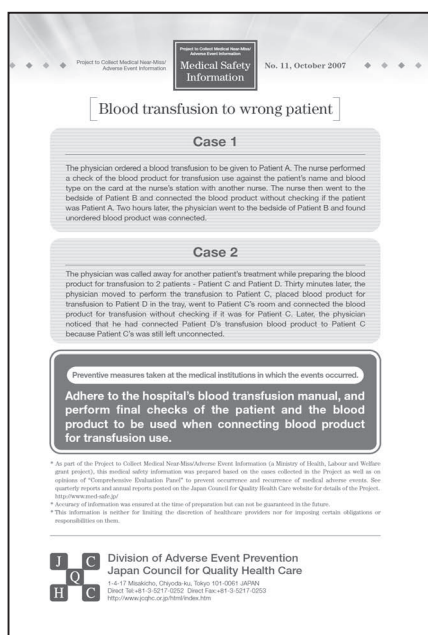
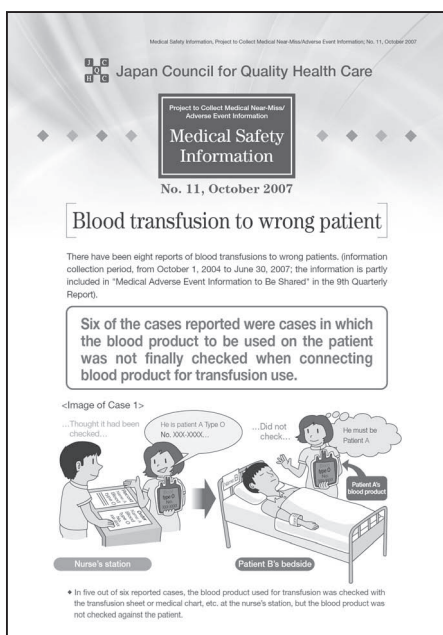
対象年(Year): [] 年 ~ [] 年 Year - Year
 ※年報の検索時に対象年を指定してください。Enter "Year" to search for Annual Report.

対象回(Quarterly Report No.): 第 [] 回 ~ 第 [] 回 No. - No.
 ※報告書のみ有効です。Enter "No." to search for Quarterly Report.

集計表名又は図表番号
 (Table "Title" or "No."): []

※検索文字列は、空白で区切ったAND検索が可能です。
 You can enter multiple terms with "space" between them e.g. "insulin drug".
 ※図表番号は、半角で入力してください。
 Please enter table number with half-width characters.

検索 (Search)



医療安全情報 No.11 「誤った患者への輸血」(英訳版)

6 依頼講演への対応

医療機関や、関係団体などのご依頼に対応して、本事業の現況や報告書、年報、医療安全情報などの成果物の内容をご説明する講演を、毎年20回程度行っています。ご説明させていただいている内容は以下の通りです。本事業にご参加いただいている医療機関の皆様の中で、ご希望がございましたらできるだけ対応させていただきますので、ご連絡いただければ幸いに存じます。

講演内容の例

1 医療事故情報収集等事業について

- ・事業の趣旨、概要
- ・報告書の内容（集計結果、テーマ分析の内容）
- ・医療安全情報
- ・ホームページの活用
- ・2010 International Patient Safety Reporting System Conference で得られた知見（海外の有害事象報告制度など）

2 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

- ・事業の趣旨、概要
- ・集計報告、年報の内容（集計結果、テーマ分析の内容）
- ・薬局ヒヤリ・ハット分析表
- ・ホームページの活用

3 産科医療補償制度について

- ・制度の趣旨、概要
 - ・審査の現況
 - ・原因分析の現況
 - ・原因分析の考え方
 - ・海外の類似制度（スウェーデンの医療障害補償制度）
-

7 おわりに

事業に参加しておられる医療機関の皆様におかれましては、引き続き本事業において医療事故情報やヒヤリ・ハット事例をご報告いただきますよう宜しくお願い申し上げます。また、これまで以上に報告しやすい環境を整備することにより、報告の負担のために従来本事業への参加を躊躇しておられた医療機関の皆様の新規のご参加も期待しております。

今後とも本事業報告書が我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、本年度も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、以下にそれぞれの事業における情報収集の概要を述べる。

1 医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例収集の経緯

ヒヤリ・ハット事例収集の経緯

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

平成16年度からは、本財団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きた。集計結果や分析は、本財団のホームページにおいて公表している。^(注2)

医療事故情報収集の経緯

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

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

(注2) 公益財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) 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・医療用具等にかかわる安全向上』、『医療安全に関する教育研修』、『医療安全を推進するための環境整備等』を取り組むべき課題として提言がなされた。

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

その後、厚生労働省が平成16年9月21日付で医療法施行規則の一部を改正する省令^(注1)を公布し、特定機能病院などに対して医療事故の報告を義務付けた。本財団は、同年10月1日付厚生労働省告示第三百七十二号を受け(同年9月30日登録)、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。さらに平成21年に事業開始5年が経過したことから、本財団は同年9月14日に医療法施行規則第十二条の五に基づき事故等分析事業を行う登録分析機関として登録更新を行った。

また、平成20年より医療機関の報告の負担を軽減し、これまで以上に報告しやすい環境を整備するとともに、医療安全推進に必要な情報の収集は引き続き行っていく観点から、本事業の運営委員会^(注2)や総合評価部会^(注3)において報告体制の見直しが検討された。その内容を具体化し、平成22年より、新しい医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の収集およびインターネット等を活用した情報提供を開始した。

本財団における事業の経緯

平成16年7月1日、本財団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、医療事故防止事業の運営委員会の方針に基づいて、専門家より構成される総合評価部会による取りまとめを経て報告書を作成している。また、平成18年度より特に周知すべき事例を医療安全情報として作成し、提供を開始した。

本財団は、報告書や医療安全情報を、本事業に参加している医療機関、関係団体、行政機関などに送付するとともに、本財団のホームページ^(注4)へ掲載することなど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、安全対策などの有識者や一般有識者などで構成され、本事業部の活動方針の検討及び活動内容の評価などを行っている。

(注3) 各分野からの専門家などで構成され、報告書を総合的に評価・検討している。また、分析手法や方法などに関する技術的支援も行っている。

(注4) 公益財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ(<http://www.med-safe.jp/>)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医療事故情報収集・分析・提供事業に参加を希望する参加登録申請医療機関から報告された医療事故情報などを、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医療事故情報収集・分析・提供事業に参加を希望する参加登録申請医療機関である。

i) 報告義務対象医療機関^(注1)

- ① 国立高度専門医療研究センター及び国立ハンセン病療養所
- ② 独立行政法人国立病院機構の開設する病院
- ③ 学校教育法に基づく大学の附属施設である病院（病院分院を除く）
- ④ 特定機能病院

ii) 参加登録申請医療機関^(注2)

報告義務対象医療機関以外の医療機関であって、医療事故情報収集・分析・提供事業に参加を希望する医療機関。必要事項の登録を経て参加することができる。

(2) 医療事件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

(注1) 国立高度専門医療研究センター、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9月21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、医療事件事例の報告を義務付けた。

「報告義務対象医療機関一覧」は公益財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ（<http://www.med-safe.jp/>）参照。

(注2) 「参加登録申請医療機関一覧」は公益財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ（<http://www.med-safe.jp/>）参照。

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。

また、以下の項目を医療事故情報収集等事業要綱 第十四条の2^(注1)に基づき、特に報告を求める事例と定め、報告を求めている。

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 患者の自殺又は自殺企図
- ④ 入院患者の失踪
- ⑤ 患者の熱傷
- ⑥ 患者の感電
- 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。報告方法は、Web上の報告画面に直接入力し報告する方法と、指定フォーマットを作成しWebにより報告する方法とがある。また、報告は当該事故が発生した日若しくは事故の発生を認識した日から原則として二週間以内に行わなければならない。

(4) 報告形式

報告形式は、コード選択形式と記述形式である^(注2)。コード選択形式は、チェックボックスやプルダウンリストから該当コードを選択して回答する方法である。記述形式は、記述欄に文字入力する方法である。

【3】医療事故情報の分析・公表

(1) 結果の集計

公益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

本報告書及び公益財団法人日本医療機能評価機構ホームページ^(注3)を通じて、関係者や国民に情報提供している。

(注1) 医療事故情報収集等事業要綱 第十四条の2 本事業部は、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) 「医療事故・ヒヤリ・ハット事例収集システム操作手引き書」に掲載している「医療事故情報報告入力項目 (P86～98)」を参照（公益財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) に掲載)。

(注3) 公益財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) 参照。

3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の概要

【1】事業の目的

参加登録医療機関から報告されたヒヤリ・ハット情報を収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的とする。

【2】ヒヤリ・ハット事例情報の収集

(1) 対象医療機関

対象医療機関は、医療事故情報収集等事業に参加している医療機関のうち、ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加を希望する医療機関である。

(2) ヒヤリ・ハット事例として報告していただく情報

i) ヒヤリ・ハットの定義

- ① 医療に誤りがあったが、患者に実施される前に発見された事例。
- ② 誤った医療が実施されたが、患者への影響が認められなかった事例または軽微な処置・治療を要した事例。ただし、軽微な処置・治療とは、消毒、湿布、鎮痛剤投与等とする。
- ③ 誤った医療が実施されたが、患者への影響が不明な事例。

ii) 「発生件数情報」と「事例情報」を収集する医療機関

ヒヤリ・ハット事例には「発生件数情報」と「事例情報」の2種類の情報がある。以下にそれらの情報の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 発生件数情報

発生件数情報はヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加を希望する全ての医療機関^(注)から、ヒヤリ・ハットの定義に該当する事例の発生件数を収集する。

発生件数情報は、ヒヤリ・ハット事例を「薬剤」「輸血」「治療・処置」「医療機器等」「ドレーン・チューブ」「検査」「療養上の世話」「その他」といった事例の概要で分類する。同時に、まず、誤った医療行為の実施の有無を分け、さらに誤った医療行為の実施がなかった場合、もしその医療行為が実施されていたら、患者にどのような影響を及ぼしたか、といった影響度で分類し（発生件数情報入力画面参照）、それぞれの分類に該当する件数を報告する。

発生件数情報の報告期間は、各四半期（1～3、4～6、7～9、10～12月）の翌月初め～末としている。

(注)「ヒヤリ・ハット事例収集事業参加登録医療機関」は公益財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ（<http://www.med-safe.jp/>）参照。

【発生件数情報入力画面】

項目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合計
	実施なし				
	影響度				
	当該事例の内容が仮に実施された場合				
	死亡もしくは重篤な状に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(1) 薬剤	件	件	件	件	件
(2) 輸血	件	件	件	件	件
(3) 治療・処置	件	件	件	件	件
(4) 医療機器等	件	件	件	件	件
(5) ドレーン・チューブ	件	件	件	件	件
(6) 検査	件	件	件	件	件
(7) 治療上の世話	件	件	件	件	件
(8) その他	件	件	件	件	件
合計	件	件	件	件	件
再掲					
①薬剤の名称や形状に関連する事例	件	件	件	件	件
②薬剤に由来する事例	件	件	件	件	件
③医療機器等に由来する事例	件	件	件	件	件
④今期のテーマ	件	件	件	件	件

注)「今期のテーマ」とは、収集期間ごとに定められたテーマに該当する事例のことです。

② 事例情報

事例情報はヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加を希望する医療機関のうち、事例情報報告を希望した医療機関^(注)から次のi～vに該当する事例の情報（発生件数情報入力画面実線囲み部分参照）を収集する。

- i 当該事例の内容が仮に実施された場合、死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる事例
- ii 薬剤の名称や形状に関連する事例
- iii 薬剤に由来する事例
- iv 医療機器等に由来する事例
- v 収集期間ごとに定められたテーマに該当する事例

事例情報では、ヒヤリ・ハット事例の「発生年月及び発生時間帯」「医療の実施の有無」「事例の治療の程度及び影響度」「発生場所」「患者の数、患者の年齢及び性別」「事例の概要、事例の内容、発生場面、発生要因」等、24項目の情報の報告を行う。

事例情報の報告期限は、事例が発生した日もしくは事例の発生を認識した日から1ヶ月としている。

(注)「ヒヤリ・ハット事例収集事業参加登録医療機関」は公益財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) 参照。

(3) 報告方法

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報告を行う。

(4) 報告形式

報告形式は、コード選択形式と記述形式である^(注1)。コード選択形式は、チェックボックスやプルダウンリストから該当コードを選択して回答する方法である。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

公益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

本報告書及び公益財団法人日本医療機能評価機構ホームページ^(注2)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・ヒヤリ・ハット事例収集システム操作手引き書」に掲載している「ヒヤリ・ハット事例報告入力項目（P99～111）」を参照（公益財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ（<http://www.med-safe.jp/>）に掲載）。

(注2) 公益財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ（<http://www.med-safe.jp/>）参照。

Ⅱ 報告の現況

1 医療事故情報収集等事業

医療事故情報収集等事業は、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つの事業により構成されている。

平成23年3月31日現在、それぞれの事業に参加している医療機関は以下の通りである。

図表Ⅱ-1-1 (QI-01)^(注) 参加登録申請医療機関の登録状況

登録状況			ヒヤリ・ハット事業						合計	
			参加する				参加しない			
			発生件数と事例情報		発生件数のみ					
医療事故事業	義務	参加する	123	397	79	245	70	218	272	860
	任意	参加する	274		166		148		588	
		参加しない	168		214		/		382	
合計			565		459		218		1,242	
			1,024							

各事業の報告の現況を、2 医療事故情報収集・分析・提供事業、3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に示す。

(注) 各図表番号に併記される () 内の番号はWeb上に掲載している同図表の番号を示す。

2 医療事故情報収集・分析・提供事業

医療事故情報収集・分析・提供事業は、報告義務対象医療機関と医療事故情報収集・分析・提供事業に参加を希望する参加登録申請医療機関を対象としている。本報告書の集計は、報告義務対象医療機関より報告された内容を中心に行った。事故の概要や事故の程度等の集計結果は、平成23年1月から3月までの集計値と平成23年の累計値とを並列して掲載した。

【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23年3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-2-1 (QA-01) 報告義務対象医療機関数及び参加登録申請医療機関数

開設者		報告義務対象 医療機関	参加登録申請 医療機関
国	国立大学法人	45	1
	独立行政法人国立病院機構	144	0
	国立高度専門医療研究センター	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
	その他の国の機関	0	0
自治体	都道府県	1	19
	市町村	0	66
	公立大学法人	9	1
	地方独立行政法人	1	3
自治体以外の公的 医療機関の開設者	日本赤十字社	0	53
	恩賜財団済生会	0	14
	北海道社会事業協会	0	1
	厚生農業協同組合連合会	0	15
	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	38
	厚生年金事業振興団	0	2
	船員保険会	0	1
	健康保険組合及びその連合会	0	1
	共済組合及びその連合会	0	8
国民健康保険組合	0	0	
法人	学校法人	51	12
	医療法人	0	249
	公益法人	0	35
	会社	0	11
	その他の法人	0	23
個人		0	32
合計		272	588

※参加登録医療機関とは、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23年1月1日から同年3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-2-2 (QA-02) 参加登録申請医療機関の登録件数

	2011年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
参加登録申請 医療機関	5	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
登録取り下げ 医療機関	0	0	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
累 計	583	584	588	—	—	—	—	—	—	—	—	—

【2】報告件数

(1) 月別報告件数

平成23年1月1日から同年3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-2-3 (QA-03) 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

	2011年												合計
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
報告義務対象医療機関報告数	210	196	322	—	—	—	—	—	—	—	—	—	728
参加登録申請医療機関報告数	41	8	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	60
報告義務対象医療機関	272	272	272	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
参加登録申請医療機関	583	584	588	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

(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の平成23年1月1日から同年3月31日までの報告医療機関数及び報告件数を図表Ⅱ-2-4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-2-5に、病床規模別に集計したものを図表Ⅱ-2-6に、地域別に集計したものを図表Ⅱ-2-7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-2-8に示す。なお、報告義務対象医療機関は事業開始後に特定機能病院の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23年3月31日現在、報告義務対象医療機関は272施設、病床数合計は140,709床である。

図表Ⅱ-2-4 (QA-04) 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 ※2011年 3月31日現在	報告医療機関数		報告件数		
		2011年 1月～3月	2011年 1月～3月(累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月(累計)	
		国	国立大学法人	45	31	31
	独立行政法人国立病院機構	144	88	88	282	282
	国立高度専門医療研究センター	8	5	5	23	23
	厚生労働省(ハンセン病療養所)	13	2	2	15	15
自治体	都道府県	11	5	5	42	42
	市町村					
	公立大学法人					
	地方独立行政法人					
法人	学校法人	51	17	17	228	228
合計		272	148	148	728	728

図表 II - 2 - 5 (QA-05) 報告義務対象医療機関の報告件数

開設者		報告件数
		2004年10月 ～2011年3月
国	国立大学法人	2,037
	独立行政法人国立病院機構	4,476
	国立高度専門医療研究センター	500
	厚生労働省（ハンセン病療養所）	111
自治体	都道府県	399
	市町村	
	公立大学法人	
	地方独立行政法人	
法人	学校法人	2,621
合 計		10,144

図表 II - 2 - 6 (QA-06) 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 ※2011年 3月31日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
0～19床	0	0	0	0	0
20～49床	14	0	0	0	0
50～99床	5	0	0	0	0
100～149床	7	0	0	0	0
150～199床	6	4	4	5	5
200～249床	17	8	8	17	17
250～299床	14	7	7	20	20
300～349床	27	15	15	53	53
350～399床	15	10	10	21	21
400～449床	30	20	20	73	73
450～499床	18	12	12	45	45
500～549床	11	6	6	12	12
550～599床	9	5	5	21	21
600～649床	27	16	16	75	75
650～699床	6	5	5	20	20
700～749床	10	6	6	28	28
750～799床	2	0	0	0	0
800～849床	12	5	5	50	50
850～899床	4	3	3	21	21
900～999床	9	8	8	16	16
1000床以上	29	18	18	251	251
合 計	272	148	148	728	728

図表Ⅱ-2-7 (QA-07) 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 ※2011年 3月31日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
北海道	10	4	4	10	10
東北	24	12	12	55	55
関東甲信越	84	42	42	329	329
東海北陸	37	19	19	79	79
近畿	35	26	26	83	83
中国四国	36	25	25	101	101
九州沖縄	46	20	20	71	71
合計	272	148	148	728	728

図表Ⅱ-2-8 (QA-08) 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	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月(累計)
0	124	124
1	44	44
2	28	28
3	27	27
4	12	12
5	8	8
6	6	6
7	3	3
8	6	6
9	2	2
10	2	2
11～20	6	6
21～30	1	1
31～40	2	2
41～50	0	0
51～100	0	0
101～150	1	1
151～200	0	0
200以上	0	0
合計	272	272

② 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の平成23年1月1日から同年3月31日までの報告医療機関数及び報告件数を図表Ⅱ-2-9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-2-10に示す。

図表Ⅱ-2-9 (QA-09) 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	医療機関 ※2011年 3月31日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2011年 1月～3月	2011年 1月～3月(累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月(累計)
国	3	0	0	0	0
自治体	89	6	6	6	6
公的医療機関	134	10	10	25	25
法人	330	11	11	28	28
個人	32	1	1	1	1
合計	588	28	28	60	60

図表Ⅱ-2-10 (QA-10) 参加登録申請医療機関の報告件数

開設者	報告件数
	2004年10月～2011年3月
国	1
自治体	247
公的医療機関	432
法人	691
個人	3
合計	1,374

【3】報告義務対象医療機関からの報告の内容

平成23年1月1日から同年3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、各表は、医療事故情報報告入力項目^(注)を集計したものである。

図表Ⅱ-2-11 (QA-28-A) 当事者職種

当事者職種	件数
医師	303
歯科医師	10
看護師	536
准看護師	8
薬剤師	3
臨床工学技士	1
助産師	1
看護助手	3
診療放射線技師	2
臨床検査技師	4
管理栄養士	0
栄養士	0
調理師・調理従事者	0
理学療法士 (PT)	4
作業療法士 (OT)	1
言語聴覚士 (ST)	0
衛生検査技師	0
歯科衛生士	0
歯科技工士	0
その他	9
合計	885

※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。

(注)「医療事故・ヒヤリ・ハット事例収集システム操作手引書」に掲載している「医療事故情報報告入力項目 (P86 ~ 98)」を参照 (公益財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) に掲載)。

図表 II-2-12 (QA-29-A) 当事者職種経験

当事者職種経験	医師	歯科医師	看護師	准看護師	薬剤師	臨床工学 技士	助産師	看護助手	診療放射 線技師	臨床検査 技師
0年	7	4	63	0	0	0	0	1	0	0
1年	5	2	69	0	0	0	0	0	0	0
2年	20	1	53	0	1	0	0	0	1	0
3年	13	0	56	0	0	0	1	0	0	0
4年	9	0	41	0	0	0	0	0	0	0
5年	20	0	27	0	0	0	0	0	0	0
6年	10	0	19	0	0	0	0	0	0	0
7年	14	1	19	0	0	0	0	0	0	0
8年	14	0	9	0	0	0	0	0	0	0
9年	27	0	8	0	1	0	0	0	0	0
10年	14	0	14	0	0	0	0	0	0	0
11年	14	0	9	0	0	1	0	0	1	0
12年	9	0	8	0	1	0	0	0	0	0
13年	12	0	12	0	0	0	0	0	0	0
14年	10	2	6	0	0	0	0	0	0	0
15年	9	0	10	0	0	0	0	0	0	0
16年	11	0	5	0	0	0	0	0	0	0
17年	9	0	6	0	0	0	0	0	0	0
18年	5	0	1	1	0	0	0	0	0	0
19年	9	0	7	0	0	0	0	0	0	0
20年	12	0	11	0	0	0	0	0	0	0
21年	4	0	6	0	0	0	0	0	0	0
22年	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0
23年	7	0	7	0	0	0	0	0	0	0
24年	4	0	4	0	0	0	0	0	0	2
25年	4	0	12	0	0	0	0	0	0	0
26年	4	0	6	0	0	0	0	0	0	0
27年	5	0	6	0	0	0	0	0	0	0
28年	5	0	3	2	0	0	0	0	0	0
29年	1	0	3	0	0	0	0	1	0	0
30年	3	0	13	1	0	0	0	0	0	2
31年	4	0	2	1	0	0	0	0	0	0
32年	2	0	5	0	0	0	0	1	0	0
33年	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
34年	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
35年	1	0	6	0	0	0	0	0	0	0
36年	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
37年	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
38年	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
39年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40年超	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
合計	303	10	536	8	3	1	1	3	2	4

※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。

管理栄養士	栄養士	調理師・ 調理従事者	理学療法士 (PT)	作業療法士 (OT)	言語聴覚士 (ST)	衛生検査 技師	歯科衛生士	歯科技工士	その他	合 計
0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	79
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	77
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	76
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	71
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	49
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	17
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	18
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	20
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	4	1	0	0	0	0	9	885

図表 II - 2 - 1 3 (QA-30-A) 当事者部署配属期間

当事者部署配属期間	医師	歯科医師	看護師	准看護師	薬剤師	臨床工学 技士	助産師	看護助手	診療放射 線技師	臨床検査 技師
0年	79	5	121	1	1	0	0	2	0	0
1年	31	1	124	2	2	0	0	0	0	0
2年	24	1	81	2	0	0	0	0	1	0
3年	30	0	77	1	0	0	1	0	0	2
4年	17	0	48	1	0	0	0	0	0	0
5年	23	0	22	0	0	0	0	0	1	0
6年	11	1	19	0	0	0	0	1	0	0
7年	7	1	20	1	0	0	0	0	0	1
8年	11	0	3	0	0	0	0	0	0	0
9年	13	1	5	0	0	0	0	0	0	0
10年	14	0	2	0	0	0	0	0	0	0
11年	3	0	2	0	0	1	0	0	0	0
12年	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0
13年	9	0	1	0	0	0	0	0	0	0
14年	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15年	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
16年	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17年	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0
18年	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0
19年	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20年	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
21年	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
22年	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23年	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24年	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26年	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
27年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31年	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32年	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
33年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40年超	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	303	10	536	8	3	1	1	3	2	4

※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。

管理栄養士	栄養士	調理師・ 調理従事者	理学療法士 (PT)	作業療法士 (OT)	言語聴覚士 (ST)	衛生検査 技師	歯科衛生士	歯科技工士	その他	合 計
0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	213
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	163
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	109
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	112
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	67
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	47
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	31
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	4	1	0	0	0	0	9	885

図表 II-2-1 4 (QA-35-A) 事故の概要

事故の概要	2011年1月～3月		2011年1月～3月(累計)	
	件数	%	件数	%
薬剤	70	9.6	70	9.6
輸血	4	0.5	4	0.5
治療・処置	132	18.1	132	18.1
医療機器等	19	2.6	19	2.6
ドレーン・チューブ	104	14.3	104	14.3
検査	34	4.7	34	4.7
療養上の世話	294	40.4	294	40.4
その他	71	9.8	71	9.8
合計	728	100.0	728	100.0

図表 II-2-1 5 (QA-37-A) 事故の程度

事故の程度	2011年1月～3月		2011年1月～3月(累計)	
	件数	%	件数	%
死亡	31	4.3	31	4.3
障害残存の可能性が高い	65	8.9	65	8.9
障害残存の可能性が低い	179	24.6	179	24.6
障害残存の可能性なし	194	26.6	194	26.6
障害なし	236	32.4	236	32.4
不明	23	3.2	23	3.2
合計	728	100.0	728	100.0

※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-2-16 (QA-40-A) 関連診療科

関連診療科	2011年1月～3月		2011年1月～3月(累計)	
	件数	%	件数	%
内科	87	10.2	87	10.2
麻酔科	10	1.2	10	1.2
循環器内科	39	4.6	39	4.6
神経科	19	2.2	19	2.2
呼吸器内科	50	5.9	50	5.9
消化器科	45	5.3	45	5.3
血液内科	15	1.8	15	1.8
循環器外科	4	0.5	4	0.5
アレルギー科	1	0.1	1	0.1
リウマチ科	0	0	0	0
小児科	49	5.8	49	5.8
外科	77	9.0	77	9.0
整形外科	98	11.5	98	11.5
形成外科	11	1.3	11	1.3
美容外科	0	0	0	0
脳神経外科	42	4.9	42	4.9
呼吸器外科	9	1.1	9	1.1
心臓血管外科	24	2.8	24	2.8
小児外科	7	0.8	7	0.8
ペインクリニック	1	0.1	1	0.1
皮膚科	12	1.4	12	1.4
泌尿器科	19	2.2	19	2.2
性病科	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0
産婦人科	10	1.2	10	1.2
産科	2	0.2	2	0.2
婦人科	10	1.2	10	1.2
眼科	18	2.1	18	2.1
耳鼻咽喉科	21	2.5	21	2.5
心療内科	0	0	0	0
精神科	39	4.6	39	4.6
リハビリテーション科	9	1.1	9	1.1
放射線科	9	1.1	9	1.1
歯科	0	0	0	0
矯正歯科	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0
歯科口腔外科	9	1.1	9	1.1
不明	3	0.4	3	0.4
その他	102	12.0	102	12.0
合計	851	100.0	851	100.0

※「関連診療科」は複数回答が可能である。

図表 II-2-17 (QA-41-A) 発生要因

発生要因	2011年1月～3月		2011年1月～3月(累計)	
	件数	%	件数	%
当事者の行動に関わる要因	811	49.5	811	49.5
確認を怠った	215	13.1	215	13.1
観察を怠った	213	13.0	213	13.0
報告が遅れた(怠った)	12	0.7	12	0.7
記録などに不備があった	12	0.7	12	0.7
連携ができていなかった	73	4.5	73	4.5
患者への説明が不十分であった(怠った)	105	6.4	105	6.4
判断を誤った	181	11.1	181	11.1
ヒューマンファクター	281	17.2	281	17.2
知識が不足していた	70	4.3	70	4.3
技術・手技が未熟だった	73	4.5	73	4.5
勤務状況が繁忙だった	57	3.5	57	3.5
通常とは異なる身体的条件下にあった	10	0.6	10	0.6
通常とは異なる心理的条件下にあった	15	0.9	15	0.9
その他	56	3.4	56	3.4
環境・設備機器	259	15.8	259	15.8
コンピュータシステム	17	1.0	17	1.0
医薬品	13	0.8	13	0.8
医療機器	30	1.8	30	1.8
施設・設備	26	1.6	26	1.6
諸物品	16	1.0	16	1.0
患者側	128	7.8	128	7.8
その他	29	1.8	29	1.8
その他	286	17.5	286	17.5
教育・訓練	107	6.5	107	6.5
仕組み	11	0.7	11	0.7
ルールの不備	44	2.7	44	2.7
その他	124	7.6	124	7.6
合計	1,637	100.0	1,637	100.0

※「発生要因」は複数回答が可能である。

図表 II-2-18 (QA-42-A) 特に報告を求める事例

特に報告を求める事例	2011年1月～3月		2011年1月～3月(累計)	
	件数	%	件数	%
汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故	0	0	0	0
院内感染による死亡や障害	0	0	0	0
入院中に自殺又は自殺企図	13	1.8	13	1.8
入院患者の失踪	3	0.4	3	0.4
入院中の熱傷	10	1.4	10	1.4
入院中の感電	0	0	0	0
医療施設内の火災による患者の死亡や障害	0	0	0	0
間違った保護者の許への新生児の引渡し	1	0.1	1	0.1
本事例は選択肢には該当しない	701	96.3	701	96.3
合計	728	100.0	728	100.0

図表Ⅱ-2-19 (QA-64-A) 発生場面×事故の程度

発生場面×事故の程度	死亡		障害残存の可能性が高い		障害残存の可能性が低い		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	2011年1月～3月	2011年1月～3月(累計)	2011年1月～3月	2011年1月～3月(累計)	2011年1月～3月	2011年1月～3月(累計)	2011年1月～3月	2011年1月～3月(累計)	2011年1月～3月	2011年1月～3月(累計)	2011年1月～3月	2011年1月～3月(累計)	2011年1月～3月	2011年1月～3月(累計)
薬剤に関する項目													70	70
手書きによる処方箋の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
オーダーリングによる処方箋の作成	0	0	0	0	3	3	1	1	0	0	0	0	4	4
口頭による処方指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
口頭による処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の処方に関する場面	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
内服薬調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
注射薬調剤	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2
血液製剤調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
外用薬調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤に関する場面	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
内服薬調剤管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
注射薬調剤管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
血液製剤管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
外用薬調剤管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤管理に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
与薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2
皮下・筋肉注射	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	4	4
静脈注射	0	0	1	1	2	2	5	5	8	8	0	0	16	16
動脈注射	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
末梢静脈点滴	0	0	1	1	2	2	2	2	12	12	0	0	17	17
中心静脈注射	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2
内服	0	0	0	0	1	1	1	1	10	10	0	0	12	12
外用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
坐剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
吸入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
点鼻・点耳・点眼	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
その他与薬に関する場面	0	0	1	1	3	3	0	0	0	0	1	1	5	5
輸血に関する項目													4	4
手書きによる処方箋の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる処方箋の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による処方指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の処方に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
実施	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
その他の輸血検査に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
実施	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の放射線照射に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
製剤の交付	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血準備に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
実施	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2
その他の輸血実施に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・処置に関する項目													132	132
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する場面	0	0	0	0	6	6	1	1	0	0	0	0	7	7

※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。

II 報告の現況

発生場面×事故の程度	死亡		障害残存の可能性が ある（高い）		障害残存の可能性が ある（低い）		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
管理	2	2	4	4	3	3	2	2	2	2	0	0	13	13
その他の管理に関する場面	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
準備	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
その他の準備に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
実施	4	4	16	16	31	31	26	26	19	19	5	5	101	101
その他の治療・処置に関する場面	0	0	0	0	0	0	5	5	1	1	0	0	6	6
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目													19	19
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する場面	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
管理	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	2	2
準備	0	0	0	0	0	0	1	1	3	3	0	0	4	4
使用中	1	1	1	1	1	1	3	3	4	4	1	1	11	11
トレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目													104	104
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する場面	0	0	1	1	2	2	1	1	0	0	0	0	4	4
管理	0	0	1	1	1	1	6	6	2	2	1	1	11	11
準備	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
使用中	3	3	2	2	8	8	13	13	62	62	0	0	88	88
検査に関する項目													34	34
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する場面	0	0	0	0	3	3	2	2	0	0	0	0	5	5
管理	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2
準備	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	2	2
実施中	1	1	2	2	9	9	5	5	5	5	2	2	24	24
療養上の場面に関する項目													294	294
手書きによる計画又は指示の作成	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
オーダーリングによる計画又は指示の作成	0	0	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	3	3
口頭による計画又は指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる計画又は指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる計画又は指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による計画又は指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の計画又は指示に関する場面	0	0	0	0	5	5	2	2	0	0	0	0	7	7
管理	7	7	12	12	40	40	42	42	48	48	4	4	153	153
準備	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2
実施中	1	1	12	12	35	35	50	50	24	24	6	6	128	128
その他	7	7	10	10	18	18	17	17	18	18	1	1	71	71
合計	31	31	65	65	179	179	194	194	236	236	23	23	728	728

図表Ⅱ-2-20 (QA-65-A) 事故の内容×事故の程度

事故の内容×事故の程度	死亡		障害残存の可能性がある(高い)		障害残存の可能性がある(低い)		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	2011年1月~3月	2011年1月~3月(累計)	2011年1月~3月	2011年1月~3月(累計)	2011年1月~3月	2011年1月~3月(累計)	2011年1月~3月	2011年1月~3月(累計)	2011年1月~3月	2011年1月~3月(累計)	2011年1月~3月	2011年1月~3月(累計)	2011年1月~3月	2011年1月~3月(累計)
薬剤に関する項目													70	70
処方忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
処方遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
処力量間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
重複処方	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の処方	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
対象患者処方間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
処方薬剤間違い	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
処方単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与方法処方間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の処方に関する内容	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	0	0	3	3
調剤忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
処方箋・注射箋鑑査間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
秤量間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
数量間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
分包間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
規格間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
単位間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
薬剤取違え調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
説明文書の取違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
交付患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薬剤・製剤の取違え交付	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
期限切れ製剤の交付	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤に関する内容	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
薬袋・ボトルの記載間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
異物混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
細菌汚染	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
期限切れ製剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の製剤管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
過剰与薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過少与薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
重複与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
無投薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
混合間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の与薬準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
過剰与薬	0	0	1	1	3	3	3	3	0	0	0	0	7	7
過少与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
重複与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の投与	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	1	1	7	7	0	0	8	8
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	1	1	2	2	3	3	0	0	6	6
薬剤間違い	0	0	0	0	1	1	1	1	3	3	2	2	7	7
単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
投与方法間違い	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	4	4
無投薬	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7	0	0	7	7
その他の与薬に関する内容	1	1	1	1	4	4	1	1	10	10	0	0	17	17

※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。

II 報告の現況

事故の内容×事故の程度	死亡		障害残存の可能性が ある（高い）		障害残存の可能性が ある（低い）		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
輸血に関する項目													4	4
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示量間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
重複指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与方法指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
未実施	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体取り違え	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
判定間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
結果記入・入力間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血検査に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
未実施	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過剰照射	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過少照射	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
製剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の放射線照射に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薬袋・ボトルの記載間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
異物混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
細菌汚染	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
期限切れ製剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過剰と薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過少と薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
重複と薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
無投薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過剰投与	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過少投与	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
重複投与	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の投与	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1
単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
無投薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血実施に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

事故の内容×事故の程度	死亡		障害残存の可能性が ある（高い）		障害残存の可能性が ある（低い）		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
	治療・処置に関する項目													132
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・処置指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
日時間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
時間間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の治療・処置の指示に関する内容	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
治療・処置の管理	2	2	1	1	1	1	2	2	3	3	0	0	9	9
その他の治療・処置の管理に関する内容	3	3	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6	6
医療材料取り違い	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2
患者体位の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
消毒・清潔操作の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の治療・処置の準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
部位取違い	0	0	1	1	0	0	2	2	0	0	1	1	4	4
方法（手技）の誤り	0	0	4	4	12	12	9	9	1	1	0	0	26	26
未実施・忘れ	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
中止・延期	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
日程・時間の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
順番の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不必要行為の実施	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
誤嚥	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
誤飲	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
異物の体内残存	0	0	0	0	3	3	3	3	2	2	1	1	9	9
診察・治療・処置等その他の取り違い	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2
その他の治療・処置の実施に関する内容	4	4	12	12	22	22	14	14	13	13	2	2	67	67
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目													19	19
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用方法指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の医療機器等・医療材料の使用に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
保守・点検不良	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
保守・点検忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用中の点検・管理ミス	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
破損	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
その他の医療機器等・医療材料の管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
組み立て	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
条件設定間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
電源入れ忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
警報設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
警報設定範囲間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
便宜上の警報解除後の再設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
消毒・清潔操作の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用前の点検・管理ミス	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
破損	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の医療機器等・医療材料の準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医療機器等・医療材料の不適切使用	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
誤作動	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
故障	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
破損	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
その他の医療機器等・医療材料の使用に関する内容	0	0	1	1	1	1	2	2	4	4	1	1	9	9

II 報告の現況

事故の内容×事故の程度	死亡		障害残存の可能性が ある（高い）		障害残存の可能性が ある（低い）		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目													104	104
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用方法指示間違い	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・管理の指示に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
点検忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
点検不良	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用中の点検・管理ミス	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
破損	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
その他のドレーン・チューブ類の管理に関する内容	0	0	1	1	1	1	3	3	0	0	1	1	6	6
組み立て	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
条件設定間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
消毒・清潔操作の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用前の点検・管理ミス	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他のドレーン・チューブ類の準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
点滴漏れ	0	0	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	3	3
自己抜去	0	0	1	1	2	2	4	4	44	44	0	0	51	51
自然抜去	0	0	0	0	1	1	3	3	6	6	0	0	10	10
接続はずれ	1	1	1	1	1	1	0	0	3	3	0	0	6	6
未接続	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
閉塞	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
破損・切断	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	5	5
接続間違い	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
三方活栓操作間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ルートクランプエラー	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
空気混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
誤作動	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
故障	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ドレーン・チューブ類の不適切使用	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
その他のドレーン・チューブ類の使用に関する内容	2	2	1	1	4	4	8	8	3	3	0	0	18	18
検査に関する項目													34	34
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示検査の間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の検査の指示に関する内容	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
分析機器・器具管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
試薬管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
データ紛失	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計算・入力・暗記	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の検査の管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
患者取違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体取違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体紛失	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検査機器・器具の準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体破損	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の検査の準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
患者取違え	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
検体取違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
試薬の間違い	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
検体紛失	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検査の手法・判定技術の間違い	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2
検体採取時のミス	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2
検体破損	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体のコンタミネーション	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
データ取違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
結果報告	0	0	0	0	1	1	3	3	0	0	1	1	5	5
その他の検査の実施に関する内容	1	1	2	2	10	10	3	3	4	4	0	0	20	20

事故の内容×事故の程度	死亡		障害残存の可能性が ある（高い）		障害残存の可能性が ある（低い）		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
療養上の場面に関する項目													294	294
計画忘れ又は指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
計画又は指示の遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
計画又は指示の対象患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計画又は指示内容間違い	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2
その他の療養上の世話の計画又は指示に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
拘束・抑制	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
給食の内容の間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
安静指示	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
禁食指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
外出・外泊許可	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
異物混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
転倒	0	0	16	16	56	56	61	61	39	39	6	6	178	178
転落	2	2	3	3	8	8	3	3	6	6	1	1	23	23
衝突	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2
誤嚥	1	1	1	1	2	2	1	1	3	3	0	0	8	8
誤飲	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
誤配膳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
実施忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
搬送先間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
延食忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中止の忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
自己管理薬飲み忘れ・注射忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
自己管理薬注入忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
自己管理薬取違い摂取	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不必要行為の実施	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
その他の療養上の世話の管理・準備・実施に関する内容	3	3	5	5	16	16	28	28	17	17	3	3	72	72
その他	7	7	10	10	18	18	17	17	18	18	1	1	71	71
合計	31	31	65	65	179	179	194	194	236	236	23	23	728	728

図表 II - 2 - 2 1 (QA-68-A) 関連診療科×事故の概要

関連診療科×事故の概要	薬剤		輸血		治療・処置		医療機器等	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
内科	17	17	1	1	7	7	2	2
麻酔科	1	1	0	0	6	6	0	0
循環器内科	2	2	0	0	12	12	2	2
神経科	0	0	0	0	1	1	0	0
呼吸器内科	4	4	0	0	8	8	1	1
消化器科	4	4	0	0	10	10	1	1
血液内科	2	2	0	0	2	2	0	0
循環器外科	0	0	0	0	1	1	0	0
アレルギー科	0	0	0	0	0	0	0	0
リウマチ科	0	0	0	0	0	0	0	0
小児科	5	5	0	0	3	3	2	2
外科	10	10	0	0	10	10	2	2
整形外科	4	4	1	1	13	13	3	3
形成外科	0	0	0	0	4	4	0	0
美容外科	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	2	2	0	0	9	9	0	0
呼吸器外科	1	1	0	0	2	2	0	0
心臓血管外科	1	1	0	0	10	10	1	1
小児外科	0	0	1	1	4	4	0	0
ペインクリニック	0	0	0	0	0	0	0	0
皮膚科	2	2	0	0	3	3	0	0
泌尿器科	4	4	0	0	4	4	0	0
性病科	0	0	0	0	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0	0	0	0	0
産婦人科	0	0	0	0	6	6	2	2
産科	0	0	0	0	1	1	0	0
婦人科	2	2	0	0	2	2	0	0
眼科	2	2	0	0	9	9	1	1
耳鼻咽喉科	1	1	0	0	5	5	1	1
心療内科	0	0	0	0	0	0	0	0
精神科	2	2	0	0	2	2	0	0
リハビリテーション科	0	0	0	0	0	0	0	0
放射線科	1	1	0	0	1	1	0	0
歯科	0	0	0	0	0	0	0	0
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	1	1	0	0	4	4	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	10	10	1	1	15	15	3	3
合計	78	78	4	4	154	154	21	21

※「関連診療科」は複数回答が可能である。

ドレーン・チューブ		検査		療養上の世話		その他		合計	
2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
13	13	5	5	36	36	6	6	87	87
3	3	0	0	0	0	0	0	10	10
2	2	6	6	12	12	3	3	39	39
0	0	0	0	16	16	2	2	19	19
3	3	4	4	29	29	1	1	50	50
3	3	5	5	17	17	5	5	45	45
2	2	0	0	7	7	2	2	15	15
1	1	0	0	2	2	0	0	4	4
0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	20	4	4	13	13	2	2	49	49
15	15	2	2	32	32	6	6	77	77
2	2	2	2	62	62	11	11	98	98
1	1	0	0	5	5	1	1	11	11
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	12	2	2	10	10	7	7	42	42
2	2	1	1	2	2	1	1	9	9
7	7	1	1	3	3	1	1	24	24
2	2	0	0	0	0	0	0	7	7
0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
0	0	1	1	4	4	2	2	12	12
5	5	1	1	3	3	2	2	19	19
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	1	0	0	1	1	10	10
0	0	0	0	1	1	0	0	2	2
2	2	1	1	3	3	0	0	10	10
0	0	0	0	6	6	0	0	18	18
1	1	0	0	8	8	5	5	21	21
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	30	30	5	5	39	39
0	0	1	1	5	5	3	3	9	9
0	0	3	3	3	3	1	1	9	9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	0	0	1	1	2	2	9	9
0	0	0	0	2	2	1	1	3	3
12	12	11	11	37	37	13	13	102	102
109	109	51	51	350	350	84	84	851	851

図表 II-2-2 2 (QA-71-A) 発生要因×事故の概要

発生要因×事故の概要	薬剤		輸血		治療・処置		医療機器等	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
当事者の行動に関わる要因								
確認を怠った	45	45	4	4	41	41	12	12
観察を怠った	8	8	0	0	14	14	1	1
報告が遅れた(怠った)	0	0	0	0	1	1	0	0
記録などに不備があった	3	3	0	0	2	2	1	1
連携ができていなかった	11	11	3	3	12	12	4	4
患者への説明が不十分であった(怠った)	9	9	0	0	10	10	0	0
判断を誤った	5	5	1	1	26	26	0	0
ヒューマンファクター								
知識が不足していた	15	15	0	0	6	6	3	3
技術・手技が未熟だった	3	3	0	0	23	23	3	3
勤務状況が繁忙だった	10	10	1	1	5	5	1	1
通常とは異なる身体的条件下にあった	2	2	0	0	2	2	0	0
通常とは異なる心理的条件下にあった	1	1	1	1	7	7	1	1
その他	5	5	0	0	13	13	1	1
環境・設備機器								
コンピュータシステム	8	8	1	1	2	2	1	1
医薬品	8	8	0	0	1	1	0	0
医療機器	3	3	0	0	6	6	10	10
施設・設備	1	1	0	0	0	0	0	0
諸物品	0	0	0	0	5	5	0	0
患者側	4	4	0	0	9	9	0	0
その他	0	0	0	0	5	5	0	0
その他								
教育・訓練	14	14	0	0	15	15	3	3
仕組み	3	3	0	0	3	3	1	1
ルールの不備	9	9	0	0	10	10	1	1
その他	11	11	1	1	47	47	3	3
合計	178	178	12	12	265	265	46	46

※「発生要因」は複数回答が可能である。

ドレーン・チューブ		検査		療養上の世話		その他		合計	
2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
								811	811
29	29	12	12	51	51	21	21	215	215
48	48	4	4	118	118	20	20	213	213
2	2	1	1	7	7	1	1	12	12
1	1	0	0	4	4	1	1	12	12
5	5	6	6	22	22	10	10	73	73
6	6	0	0	70	70	10	10	105	105
46	46	6	6	85	85	12	12	181	181
								281	281
6	6	3	3	30	30	7	7	70	70
10	10	3	3	27	27	4	4	73	73
6	6	2	2	26	26	6	6	57	57
0	0	0	0	6	6	0	0	10	10
0	0	2	2	1	1	2	2	15	15
5	5	5	5	19	19	8	8	56	56
								259	259
0	0	2	2	0	0	3	3	17	17
0	0	1	1	2	2	1	1	13	13
4	4	1	1	3	3	3	3	30	30
0	0	0	0	20	20	5	5	26	26
5	5	0	0	5	5	1	1	16	16
8	8	2	2	86	86	19	19	128	128
2	2	3	3	13	13	6	6	29	29
								286	286
15	15	3	3	48	48	9	9	107	107
0	0	1	1	2	2	1	1	11	11
4	4	1	1	15	15	4	4	44	44
7	7	12	12	25	25	18	18	124	124
209	209	70	70	685	685	172	172	1,637	1,637

3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業で収集する情報には発生件数情報と事例情報がある。発生件数情報の収集はヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加を希望する全ての医療機関から収集を行う。事例情報の収集は、ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加を希望する医療機関のうち、報告を希望した医療機関から収集を行う。この報告書においては、平成23年1月1日から同年3月31日までのヒヤリ・ハット事例収集事業の発生件数情報と事例情報の集計結果を掲載している。

【1】登録医療機関

(1) 参加医療機関数

平成23年3月31日現在、ヒヤリ・ハット事例収集・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-3-1 (QH-01) 参加医療機関数

開設者		事例情報報告 医療機関	参加医療機関
国	国立大学法人	18	28
	独立行政法人国立病院機構	70	118
	国立高度専門医療研究センター	3	4
	厚生労働省（ハンセン病療養所）	5	12
	独立行政法人労働者健康福祉機構	6	11
	その他の国の機関	0	0
自治体	都道府県	15	27
	市町村	67	120
	公立大学法人	4	8
	地方独立行政法人	2	4
自治体以外の公的 医療機関の開設者	日本赤十字社	43	79
	恩賜財団済生会	11	20
	北海道社会事業協会	0	0
	厚生農業協同組合連合会	6	16
	国民健康保険団体連合会	0	1
	全国社会保険協会連合会	27	46
	厚生年金事業振興団	1	1
	船員保険会	0	0
	健康保険組合及びその連合会	0	1
	共済組合及びその連合会	12	19
国民健康保険組合	1	1	
法人	学校法人	29	43
	医療法人	178	339
	公益法人	22	45
	会社	2	9
	その他の法人	15	32
個人		28	40
合計		565	1,024

(2) 参加登録申請医療機関における登録件数の推移

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-3-2 (QH-02) 参加登録申請医療機関の登録件数

	2011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
事例情報登録 医療機関	2	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
登録取り下げ 医療機関	0	0	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
累 計	560	562	565	—	—	—	—	—	—	—	—	—
参加登録申請 医療機関	4	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
登録取り下げ	0	0	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
累 計	1,019	1,021	1,024	—	—	—	—	—	—	—	—	—

【2】全医療機関の発生件数情報報告

(1) 全医療機関の発生件数情報報告

平成23年1月1日から同年3月31日までの発生件数情報報告は以下の通りである。

図表 II-3-3 (QNR-01) 全医療機関発生件数情報報告

項目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合計
	実施なし				
	影響度（当該事例の内容が仮に実施された場合）				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(1) 薬剤	269	1,267	13,360	29,502	44,398
(2) 輸血	18	43	404	497	962
(3) 治療・処置	68	310	1,644	4,463	6,485
(4) 医療機器等	54	280	1,314	2,372	4,020
(5) ドレーン・チューブ	196	628	4,629	17,658	23,111
(6) 検査	244	502	3,496	6,728	10,970
(7) 療養上の世話	254	894	10,352	22,370	33,870
(8) その他	100	726	5,966	8,219	15,011
合計	1,203	4,650	41,165	91,809	138,827
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	44	218	1,376	2,153	3,791
【2】薬剤に由来する事例	85	594	4,504	11,894	17,077
【3】医療機器等に由来する事例	19	66	663	1,115	1,863
【4】今期のテーマ	10	42	390	1,336	1,778
				報告医療機関数	457
				病床数合計	184,204

(2) 発生件数情報の報告状況

① 発生件数情報の報告状況

全医療機関の平成23年1月1日から同年3月31日までの病床規模別発生件数情報報告を図表Ⅱ-3-4～図表Ⅱ-3-10に示す。

図表Ⅱ-3-4 (QNR-02) 病床規模別発生件数情報報告 (病床数が0～99床の医療機関)

項目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合計
	実施なし				
	影響度 (当該事例の内容が仮に実施された場合)				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(1) 薬剤	0	5	425	261	691
(2) 輸血	0	0	4	1	5
(3) 治療・処置	0	1	64	62	127
(4) 医療機器等	0	1	33	26	60
(5) ドレーン・チューブ	0	0	50	139	189
(6) 検査	0	1	86	90	177
(7) 療養上の世話	0	5	270	224	499
(8) その他	0	0	127	74	201
合計	0	13	1,059	877	1,949
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	0	1	7	15	23
【2】薬剤に由来する事例	0	0	96	100	196
【3】医療機器等に由来する事例	0	0	19	10	29
【4】今期のテーマ	0	0	7	1	8
報告医療機関数				35	
病床数合計				1,879	

図表 II-3-5 (QNR-03) 病床規模別発生件数情報報告 (病床数が100～199床の医療機関)

項目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合計
	実施なし				
	影響度 (当該事例の内容が仮に実施された場合)				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考慮される	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(1) 薬剤	1	81	717	1,041	1,840
(2) 輸血	0	0	12	16	28
(3) 治療・処置	0	6	127	231	364
(4) 医療機器等	0	3	55	110	168
(5) ドレーン・チューブ	0	6	248	375	629
(6) 検査	1	3	364	267	635
(7) 療養上の世話	1	35	1,061	938	2,035
(8) その他	0	10	697	511	1,218
合計	3	144	3,281	3,489	6,917
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	1	7	16	33	57
【2】薬剤に由来する事例	2	61	229	366	658
【3】医療機器等に由来する事例	1	3	25	39	68
【4】今期のテーマ	0	21	15	55	91
報告医療機関数				72	
病床数合計				11,159	

図表 II-3-6 (QNR-04) 病床規模別発生件数情報報告 (病床数が200～299床の医療機関)

項目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合計
	実施なし				
	影響度 (当該事例の内容が仮に実施された場合)				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考慮される	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(1) 薬剤	0	19	1,266	1,756	3,041
(2) 輸血	0	1	17	26	44
(3) 治療・処置	1	8	108	315	432
(4) 医療機器等	1	3	111	150	265
(5) ドレーン・チューブ	0	8	323	843	1,174
(6) 検査	1	14	231	425	671
(7) 療養上の世話	1	23	1,423	1,829	3,276
(8) その他	0	11	627	725	1,363
合計	4	87	4,106	6,069	10,266
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	0	1	40	78	119
【2】薬剤に由来する事例	0	2	127	678	807
【3】医療機器等に由来する事例	1	3	26	65	95
【4】今期のテーマ	0	3	21	34	58
報告医療機関数				65	
病床数合計				15,853	

図表Ⅱ-3-7 (QNR-05) 病床規模別発生件数情報報告(病床数が300～399床の医療機関)

項目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合計
	実施なし				
	影響度(当該事例の内容が仮に実施された場合)				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(1) 薬剤	10	45	1,365	3,495	4,915
(2) 輸血	1	4	23	37	65
(3) 治療・処置	0	24	179	581	784
(4) 医療機器等	3	8	216	311	538
(5) ドレーン・チューブ	0	13	414	1,821	2,248
(6) 検査	3	15	446	875	1,339
(7) 療養上の世話	5	26	1,289	3,497	4,817
(8) その他	22	37	782	1,013	1,854
合計	44	172	4,714	11,630	16,560
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	5	8	112	354	479
【2】薬剤に由来する事例	7	27	411	1,083	1,528
【3】医療機器等に由来する事例	2	3	111	126	242
【4】今期のテーマ	1	0	15	77	93
報告医療機関数				77	
病床数合計				25,675	

図表Ⅱ-3-8 (QNR-06) 病床規模別発生件数情報報告(病床数が400～499床の医療機関)

項目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合計
	実施なし				
	影響度(当該事例の内容が仮に実施された場合)				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(1) 薬剤	10	132	2,201	4,811	7,154
(2) 輸血	0	2	48	59	109
(3) 治療・処置	2	29	251	540	822
(4) 医療機器等	1	27	290	375	693
(5) ドレーン・チューブ	1	28	366	2,880	3,275
(6) 検査	2	15	437	878	1,332
(7) 療養上の世話	10	62	1,479	4,533	6,084
(8) その他	4	61	1,096	1,841	3,002
合計	30	356	6,168	15,917	22,471
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	2	16	114	166	298
【2】薬剤に由来する事例	5	67	774	1,370	2,216
【3】医療機器等に由来する事例	2	8	146	155	311
【4】今期のテーマ	0	0	10	62	72
報告医療機関数				69	
病床数合計				30,283	

図表 II-3-9 (QNR-07) 病床規模別発生件数情報報告 (病床数が500~599床の医療機関)

項目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合計
	実施なし				
	影響度 (当該事例の内容が仮に実施された場合)				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考慮される	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(1) 薬剤	37	121	1,512	3,895	5,565
(2) 輸血	4	11	126	91	232
(3) 治療・処置	11	32	222	612	877
(4) 医療機器等	5	24	145	293	467
(5) ドレーン・チューブ	35	60	917	2,243	3,255
(6) 検査	10	17	425	991	1,443
(7) 療養上の世話	68	89	1,415	2,995	4,567
(8) その他	25	106	700	711	1,542
合計	195	460	5,462	11,831	17,948
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	29	67	77	87	260
【2】薬剤に由来する事例	35	87	550	1,531	2,203
【3】医療機器等に由来する事例	3	13	76	110	202
【4】今期のテーマ	8	6	35	77	126
				報告医療機関数	45
				病床数合計	24,221

図表 II-3-10 (QNR-08) 病床規模別発生件数情報報告 (病床数が600床以上の医療機関)

項目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合計
	実施なし				
	影響度 (当該事例の内容が仮に実施された場合)				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考慮される	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(1) 薬剤	211	864	5,874	14,243	21,192
(2) 輸血	13	25	174	267	479
(3) 治療・処置	54	210	693	2,122	3,079
(4) 医療機器等	44	214	464	1,107	1,829
(5) ドレーン・チューブ	160	513	2,311	9,357	12,341
(6) 検査	227	437	1,507	3,202	5,373
(7) 療養上の世話	169	654	3,415	8,354	12,592
(8) その他	49	501	1,937	3,344	5,831
合計	927	3,418	16,375	41,996	62,716
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	7	118	1,010	1,420	2,555
【2】薬剤に由来する事例	36	350	2,317	6,766	9,469
【3】医療機器等に由来する事例	10	36	260	610	916
【4】今期のテーマ	1	12	287	1,030	1,330
				報告医療機関数	94
				病床数合計	75,134

【3】事例情報参加登録申請医療機関の報告件数

(1) 事例情報参加登録申請医療機関の月別報告件数

平成23年1月1日から同年3月31日までの事例情報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-3-11 (QH-03) 事例情報参加登録申請医療機関の月別報告件数

	2011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	
事例情報参加登録 医療機関報告数	3,301	1,637	2,271	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7,209
事例情報参加登録 医療機関	560	562	565	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

(2) 事例情報参加登録申請医療機関の報告状況

事例情報参加登録申請医療機関の平成23年1月1日から同年3月31日までの報告医療機関数及び報告件数を図表Ⅱ-3-1 2に、病床規模別に集計したものを図表Ⅱ-3-1 3に、地域別に集計したものを図表Ⅱ-3-1 4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-3-1 5に示す。平成23年3月31日現在事例情報参加登録申請医療機関の数は558施設、病床数合計は187,662床である。

図表Ⅱ-3-1 2 (QH-04) 開設者別事例情報参加登録申請医療機関数及び報告件数

開設者	医療機関 ※2011年 3月31日 現在	報告医療機関数		報告件数		
		2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	
国	国立大学法人	18	5	5	23	23
	独立行政法人国立病院機構	70	7	7	330	330
	国立高度専門医療研究センター	3	1	1	521	521
	厚生労働省(ハンセン病療養所)	5	0	0	0	0
	独立行政法人労働者健康福祉機構	6	0	0	0	0
	その他の国の機関	0	0	0	0	0
自治体	都道府県	88	24	24	2,413	2,413
	市町村					
	公立大学法人					
	地方独立行政法人					
自治体 以外の 公的医療機関 の開設 者	日本赤十字社	43	8	8	658	658
	恩賜財団済生会	11	3	3	69	69
	北海道社会事業協会	0	0	0	0	0
	厚生農業協同組合連合会	6	1	1	2	2
	国民健康保険団体連合会	0	0	0	0	0
	全国社会保険協会連合会	27	5	5	550	550
	厚生年金事業振興団	1	0	0	0	0
	船員保険会	0	0	0	0	0
	健康保険組合及びその連合会	0	0	0	0	0
	共済組合及びその連合会	12	1	1	4	4
	国民健康保険組合	1	0	0	0	0
法人	学校法人	29	7	7	1,590	1,590
	医療法人	178	19	19	796	796
	公益法人	22	4	4	196	196
	会社	2	0	0	0	0
	その他の法人	15	1	1	46	46
個人	28	2	2	11	11	
合計	565	88	88	7,209	7,209	

図表Ⅱ-3-13 (QH-05) 病床規模別事例情報参加登録申請医療機関数及び報告件数

病床数	医療機関 ※2011年 3月31日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
0～19床	42	0	0	0	0
20～49床	18	2	2	11	11
50～99床	37	2	2	36	36
100～149床	41	4	4	79	79
150～199床	67	9	9	321	321
200～249床	39	2	2	29	29
250～299床	33	6	6	77	77
300～349床	62	11	11	744	744
350～399床	29	5	5	39	39
400～449床	52	9	9	810	810
450～499床	22	3	3	64	64
500～549床	30	8	8	1,093	1,093
550～599床	14	1	1	1	1
600～649床	17	4	4	885	885
650～699床	15	5	5	246	246
700～749床	10	3	3	8	8
750～799床	3	1	1	34	34
800～849床	8	4	4	1,262	1,262
850～899床	4	0	0	0	0
900～999床	10	5	5	260	260
1000床以上	12	4	4	1,210	1,210
合計	565	88	88	7,209	7,209

図表Ⅱ-3-14 (QH-06) 地域別事例情報参加登録医療機関数及び報告件数

地域	医療機関 ※2011年 3月31日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
北海道	47	5	5	56	56
東北	57	6	6	274	274
関東甲信越	139	22	22	1,378	1,378
東海北陸	98	16	16	2,619	2,619
近畿	80	20	20	1,561	1,561
中国四国	72	10	10	201	201
九州沖縄	72	9	9	1,120	1,120
合計	565	88	88	7,209	7,209

図表 II-3-15 (QH-07) 報告件数別事例情報参加登録申請医療機関数

報告件数	報告医療機関数	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月(累計)
0	477	477
1	20	20
2	11	11
3	5	5
4	2	2
5	1	1
6	1	1
7	0	0
8	1	1
9	1	1
10	3	3
11～20	9	9
21～30	3	3
31～40	4	4
41～50	4	4
51～100	4	4
101～150	4	4
151～200	2	2
200以上	13	13
合計	565	565

【4】事例情報参加登録申請医療機関からの報告の内容

平成23年1月1日から同年3月31日までの事例情報参加登録申請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。

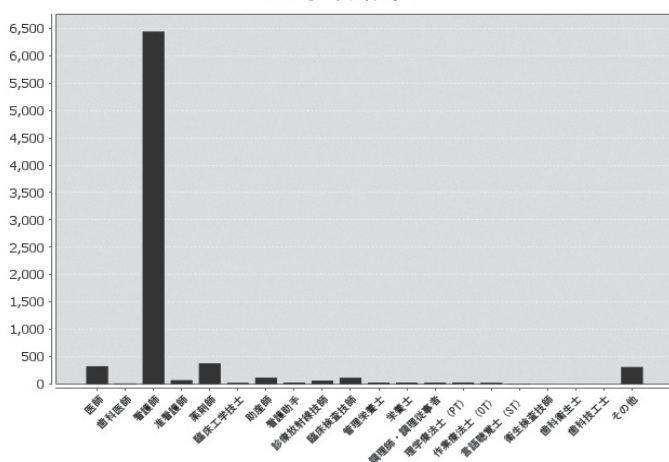
なお、各表はヒヤリ・ハット事例「事例情報」報告入力項目^(注)を集計したものである。

図表Ⅱ-3-16 (QH-28) 当事者職種

当事者職種	件数
医師	322
歯科医師	7
看護師	6,444
准看護師	66
薬剤師	374
臨床工学技士	19
助産師	112
看護助手	23
診療放射線技師	59
臨床検査技師	110
管理栄養士	24
栄養士	24
調理師・調理従事者	22
理学療法士 (PT)	25
作業療法士 (OT)	20
言語聴覚士 (ST)	4
衛生検査技師	1
歯科衛生士	0
歯科技工士	0
その他	307
合計	7,963

※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。

当事者職種



(注)「医療事故・ヒヤリ・ハット事例収集システム操作手引書」に掲載している「ヒヤリ・ハット事例報告入力項目 (P99 ~ 110)」を参照 (公益財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) に掲載)。

図表 II-3-17 (QH-29) 当事者職種経験

当事者職種経験	医師	歯科医師	看護師	准看護師	薬剤師	臨床工学 技士	助産師	看護助手	診療放射線 技師	臨床検査 技師
0年	108	3	1,246	5	57	2	15	6	2	10
1年	12	1	726	1	49	0	28	5	3	6
2年	16	1	648	6	26	0	13	0	2	7
3年	21	0	526	1	30	2	9	2	4	8
4年	11	0	485	0	18	1	7	0	2	4
5年	15	0	356	0	14	0	2	3	2	1
6年	13	0	281	0	10	0	6	0	0	4
7年	12	0	245	1	14	1	4	0	0	1
8年	10	0	204	0	16	0	2	1	2	6
9年	11	1	182	1	6	1	1	1	4	2
10年	12	0	163	6	15	0	3	0	0	1
11年	4	0	124	1	11	0	2	1	1	1
12年	3	0	117	4	11	0	3	1	3	4
13年	8	0	100	0	9	0	2	0	1	5
14年	4	0	82	1	4	0	0	0	0	0
15年	9	1	103	2	4	8	2	0	2	1
16年	10	0	73	3	7	0	0	0	2	8
17年	3	0	82	0	5	0	3	0	0	0
18年	2	0	70	3	7	1	1	1	1	1
19年	5	0	52	2	5	0	0	0	4	5
20年	3	0	79	3	5	0	2	0	1	2
21年	3	0	52	1	5	0	0	0	1	1
22年	6	0	42	3	5	1	2	0	2	2
23年	5	0	41	0	4	0	0	0	2	4
24年	7	0	22	1	4	0	0	0	1	3
25年	2	0	64	5	1	0	2	1	2	2
26年	2	0	41	0	1	0	0	0	2	6
27年	0	0	31	1	0	0	1	0	0	3
28年	1	0	19	4	2	0	0	0	0	2
29年	0	0	23	0	3	0	0	0	0	1
30年	2	0	49	2	9	0	1	0	1	3
31年	1	0	13	0	0	0	0	0	6	0
32年	1	0	21	3	11	0	1	0	2	0
33年	0	0	23	1	5	0	0	0	0	3
34年	0	0	13	0	0	0	0	0	0	1
35年	0	0	23	3	1	0	0	0	2	1
36年	0	0	17	0	0	0	0	0	1	1
37年	0	0	2	0	0	1	0	0	1	0
38年	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
39年	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
40年超	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
合計	322	7	6,444	66	374	19	112	23	59	110

※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。

3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

管理栄養士	栄養士	調理師・ 調理従事者	理学療法士 (PT)	作業療法士 (OT)	言語聴覚士 (ST)	衛生検査 技師	歯科衛生士	歯科技工士	その他	合 計
9	2	5	2	4	0	0	0	0	232	1,708
1	3	0	5	1	1	0	0	0	15	857
2	6	0	2	6	0	0	0	0	6	741
6	4	1	1	1	0	0	0	0	8	624
0	0	0	2	1	2	0	0	0	3	536
1	0	0	1	1	0	0	0	0	8	404
0	1	3	1	1	0	0	0	0	7	327
0	1	1	1	3	0	0	0	0	5	289
0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	245
0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	213
0	4	1	2	0	0	0	0	0	2	209
1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	148
1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	150
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	125
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	91
1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	135
1	0	0	2	0	0	0	0	0	2	108
0	2	3	2	1	0	0	0	0	0	101
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	87
0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	77
1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	98
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	64
0	0	2	0	1	0	0	0	0	4	70
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	58
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	79
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	52
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27
0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	69
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	41
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
24	24	22	25	20	4	1	0	0	307	7,963

図表 II-3-18 (QH-30) 当事者部署配属期間

当事者部署配属期間	医師	歯科医師	看護師	准看護師	薬剤師	臨床工学 技士	助産師	看護助手	診療放射線 技師	臨床検査 技師
0年	156	3	2,137	14	98	2	24	7	10	22
1年	40	1	1,322	9	50	1	35	6	4	9
2年	24	1	988	13	35	0	16	1	3	11
3年	14	0	686	5	35	2	13	3	5	11
4年	13	0	429	3	16	1	6	1	1	3
5年	14	1	275	4	23	0	1	2	3	6
6年	11	0	202	2	15	0	4	0	0	7
7年	6	1	129	0	8	0	0	0	1	3
8年	6	0	83	5	5	0	2	0	2	3
9年	5	0	40	2	6	1	0	2	3	1
10年	12	0	36	1	5	1	4	0	1	0
11年	1	0	28	0	10	1	0	1	1	5
12年	2	0	12	1	7	0	1	0	1	3
13年	1	0	10	3	1	0	0	0	0	3
14年	2	0	12	0	0	0	0	0	0	1
15年	4	0	7	0	3	8	2	0	2	4
16年	2	0	9	0	3	0	0	0	3	2
17年	1	0	4	0	3	0	0	0	1	0
18年	1	0	9	0	8	0	0	0	0	0
19年	2	0	7	0	4	0	0	0	3	2
20年	1	0	2	0	3	0	0	0	0	1
21年	0	0	1	0	3	0	0	0	1	1
22年	1	0	1	0	5	0	0	0	2	0
23年	0	0	1	0	3	0	0	0	1	2
24年	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1
25年	1	0	0	0	1	0	0	0	2	2
26年	0	0	5	0	0	0	1	0	0	1
27年	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
28年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
29年	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0
30年	1	0	6	1	8	0	0	0	1	0
31年	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
32年	0	0	0	0	10	0	1	0	1	0
33年	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1
34年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
35年	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0
36年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
37年	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
38年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39年	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
40年超	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
合計	322	7	6,444	66	374	19	112	23	59	110

※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。

3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

管理栄養士	栄養士	調理師・ 調理従事者	理学療法士 (PT)	作業療法士 (OT)	言語聴覚士 (ST)	衛生検査 技師	歯科衛生士	歯科技工士	その他	合 計
12	11	7	6	7	1	0	0	0	242	2,759
3	6	1	9	4	1	0	0	0	17	1,518
0	4	0	1	4	0	0	0	0	13	1,114
5	0	0	1	1	0	0	0	0	9	790
0	0	1	0	1	2	0	0	0	2	479
1	0	1	1	2	0	0	0	0	6	340
0	1	3	0	0	0	0	0	0	5	250
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	150
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	108
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	61
0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	63
1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	51
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	19
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	31
1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	22
0	2	2	2	1	0	0	0	0	0	16
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	19
1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	13
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	18
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	13
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
24	24	22	25	20	4	1	0	0	307	7,963

図表 II-3-19 (QH-31) 事例の概要

事例の概要	2011年1月～3月		2011年1月～3月(累計)	
	件数	%	件数	%
薬剤	3,230	44.8	3,230	44.8
輸血	58	0.8	58	0.8
治療・処置	349	4.8	349	4.8
医療機器等	211	2.9	211	2.9
ドレーン・チューブ	1,025	14.2	1,025	14.2
検査	444	6.2	444	6.2
療養上の世話	1,392	19.3	1,392	19.3
その他	500	6.9	500	6.9
合計	7,209	100.0	7,209	100.0

図表 II-3-20 (QH-33) 影響度

影響度	2011年1月～3月		2011年1月～3月(累計)	
	件数	%	件数	%
死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	105	3.0	105	3.0
濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	140	4.0	140	4.0
軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる	3,266	93.0	3,266	93.0
合計	3,511	100.0	3,511	100.0

図表Ⅱ-3-21 (QH-36) 発生要因

発生要因	2011年1月～3月		2011年1月～3月(累計)	
	件数	%	件数	%
当事者の行動に関わる要因	9,755	58	9,755	58
確認を怠った	4,506	26.8	4,506	26.8
観察を怠った	1,669	9.9	1,669	9.9
報告が遅れた(怠った)	192	1.1	192	1.1
記録などに不備があった	178	1.1	178	1.1
連携ができていなかった	1,061	6.3	1,061	6.3
患者への説明が不十分であった(怠った)	819	4.9	819	4.9
判断を誤った	1,330	7.9	1,330	7.9
ヒューマンファクター	3,731	22.3	3,731	22.3
知識が不足していた	605	3.6	605	3.6
技術・手技が未熟だった	447	2.7	447	2.7
勤務状況が繁忙だった	1,421	8.5	1,421	8.5
通常とは異なる身体的条件下にあった	97	0.6	97	0.6
通常とは異なる心理的条件下にあった	520	3.1	520	3.1
その他	641	3.8	641	3.8
環境・設備機器	1,732	10.4	1,732	10.4
コンピュータシステム	208	1.2	208	1.2
医薬品	333	2.0	333	2.0
医療機器	137	0.8	137	0.8
施設・設備	129	0.8	129	0.8
諸物品	133	0.8	133	0.8
患者側	597	3.6	597	3.6
その他	195	1.2	195	1.2
その他	1,570	9.4	1,570	9.4
教育・訓練	569	3.4	569	3.4
仕組み	137	0.8	137	0.8
ルールの不備	250	1.5	250	1.5
その他	614	3.7	614	3.7
合 計	16,788	100.0	16,788	100.0

※「発生要因」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ-3-22 (QH-61) 事例の概要×影響度

事例の概要×影響度	死亡もしくは重篤な状況 に至ったと考えられる		濃厚な処置・治療が必要 であると考えられる		軽微な処置・治療が必要 もしくは処置・治療が不 要と考えられる		合 計	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
薬剤	53	53	50	50	1,293	1,293	1,396	1,396
輸血	4	4	9	9	22	22	35	35
治療・処置	12	12	15	15	138	138	165	165
医療機器等	5	5	8	8	78	78	91	91
ドレーン・チューブ	7	7	18	18	391	391	416	416
検査	3	3	9	9	259	259	271	271
療養上の世話	7	7	23	23	779	779	809	809
その他	14	14	8	8	306	306	328	328
合 計	105	105	140	140	3,266	3,266	3,511	3,511

図表 II-3-23 (QH-64) 発生場面×影響度

発生場面×影響度	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる		濃厚な処置・治療が必要であると考えられる		軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		合計	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
薬剤に関する項目							1,396	1,396
手書きによる処方箋の作成	0	0	0	0	2	2	2	2
オーダーリングによる処方箋の作成	4	4	5	5	30	30	39	39
口頭による処方指示	0	0	1	1	2	2	3	3
手書きによる処方の変更	0	0	0	0	3	3	3	3
オーダーリングによる処方の変更	0	0	0	0	7	7	7	7
口頭による処方の変更	0	0	0	0	3	3	3	3
その他の処方に関する場面	26	26	0	0	14	14	40	40
内服薬調剤	5	5	5	5	130	130	140	140
注射薬調剤	8	8	5	5	70	70	83	83
血液製剤調剤	0	0	0	0	0	0	0	0
外用薬調剤	0	0	1	1	6	6	7	7
その他の調剤に関する場面	2	2	0	0	11	11	13	13
内服薬調剤管理	0	0	1	1	6	6	7	7
注射薬調剤管理	0	0	0	0	9	9	9	9
血液製剤管理	0	0	0	0	0	0	0	0
外用薬調剤管理	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の調剤管理に関する場面	0	0	0	0	8	8	8	8
与薬準備	2	2	8	8	180	180	190	190
皮下・筋肉注射	0	0	2	2	49	49	51	51
静脈注射	2	2	3	3	85	85	90	90
動脈注射	0	0	0	0	4	4	4	4
末梢静脈点滴	1	1	4	4	147	147	152	152
中心静脈注射	0	0	3	3	55	55	58	58
内服	3	3	8	8	406	406	417	417
外用	0	0	0	0	27	27	27	27
坐剤	0	0	1	1	6	6	7	7
吸入	0	0	1	1	6	6	7	7
点鼻・点耳・点眼	0	0	0	0	10	10	10	10
その他与薬に関する場面	0	0	2	2	16	16	18	18
輸血に関する項目							35	35
手書きによる処方箋の作成	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる処方箋の作成	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による処方指示	0	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる処方の変更	0	0	1	1	0	0	1	1
口頭による処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の処方に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0
準備	0	0	2	2	0	0	2	2
実施	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血検査に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0
準備	0	0	0	0	0	0	0	0
実施	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の放射線照射に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0
製剤の交付	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の輸血準備に関する場面	1	1	0	0	8	8	9	9
実施	1	1	5	5	9	9	15	15
その他の輸血実施に関する場面	2	2	1	1	4	4	7	7
治療・処置に関する項目							165	165
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の作成	0	0	0	0	2	2	2	2
口頭による指示	0	0	1	1	3	3	4	4
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	2	2	2	2
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する場面	0	0	0	0	19	19	19	19

発生場面×影響度	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる		濃厚な処置・治療が必要であると考えられる		軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		合計	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
管理	3	3	2	2	16	16	21	21
その他の管理に関する場面	0	0	1	1	4	4	5	5
準備	4	4	2	2	16	16	22	22
その他の準備に関する場面	0	0	0	0	1	1	1	1
実施	4	4	4	4	60	60	68	68
その他の治療・処置に関する場面	1	1	5	5	15	15	21	21
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目							91	91
手書きによる指示の作成	0	0	1	1	0	0	1	1
オーダーリングによる指示の作成	0	0	0	0	1	1	1	1
口頭による指示	0	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の指示に関する場面	4	4	1	1	6	6	11	11
管理	1	1	2	2	19	19	22	22
準備	0	0	3	3	19	19	22	22
使用中	0	0	1	1	32	32	33	33
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目							416	416
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の作成	0	0	0	0	1	1	1	1
口頭による指示	0	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する場面	1	1	6	6	50	50	57	57
管理	1	1	5	5	101	101	107	107
準備	0	0	0	0	1	1	1	1
使用中	5	5	7	7	238	238	250	250
検査に関する項目							271	271
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の作成	1	1	0	0	7	7	8	8
口頭による指示	0	0	0	0	6	6	6	6
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	1	1	1	1
口頭による指示の変更	0	0	0	0	3	3	3	3
その他の指示に関する場面	1	1	0	0	41	41	42	42
管理	0	0	0	0	26	26	26	26
準備	1	1	1	1	40	40	42	42
実施中	0	0	8	8	135	135	143	143
療養上の場面に関する項目							1,137	1,137
手書きによる計画又は指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる計画又は指示の作成	0	0	0	0	3	3	3	3
口頭による計画又は指示	0	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる計画又は指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる計画又は指示の変更	0	0	0	0	2	2	2	2
口頭による計画又は指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の計画又は指示に関する場面	2	2	3	3	93	93	98	98
管理	1	1	16	16	436	436	453	453
準備	0	0	2	2	48	48	50	50
実施中	4	4	2	2	197	197	203	203
その他	14	14	8	8	306	306	328	328
合計	105	105	140	140	3,266	3,266	3,511	3,511

図表 II-3-24 (QH-65) 事例の内容×影響度

事例の内容×影響度	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる		濃厚な処置・治療が必要であると考えられる		軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		合計	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
薬剤に関する項目							1,396	1,396
処方忘れ	0	0	1	1	50	50	51	51
処方遅延	0	0	0	0	2	2	2	2
処方量間違い	2	2	2	2	12	12	16	16
重複処方	0	0	1	1	3	3	4	4
禁忌薬剤の処方	2	2	1	1	4	4	7	7
対象患者処方間違い	0	0	0	0	4	4	4	4
処方薬剤間違い	0	0	1	1	5	5	6	6
処方単位間違い	0	0	0	0	2	2	2	2
投与方法処方間違い	0	0	0	0	10	10	10	10
その他の処方に関する内容	26	26	1	1	31	31	58	58
調剤忘れ	0	0	1	1	20	20	21	21
処方箋・注射箋鑑査間違い	0	0	2	2	18	18	20	20
秤量間違い調剤	0	0	0	0	4	4	4	4
数量間違い調剤	2	2	0	0	33	33	35	35
分包間違い調剤	1	1	0	0	8	8	9	9
規格間違い調剤	0	0	0	0	23	23	23	23
単位間違い調剤	0	0	2	2	5	5	7	7
薬剤取違い調剤	2	2	1	1	53	53	56	56
説明文書の取違い	0	0	0	0	0	0	0	0
交付患者間違い	0	0	0	0	6	6	6	6
薬剤・製剤の取違い交付	3	3	0	0	5	5	8	8
期限切れ製剤の交付	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤に関する内容	3	3	0	0	33	33	36	36
薬袋・ボトルの記載間違い	0	0	1	1	1	1	2	2
異物混入	0	0	0	0	0	0	0	0
細菌汚染	0	0	0	0	0	0	0	0
期限切れ製剤	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の製剤管理に関する内容	4	4	4	4	24	24	32	32
過剰と薬準備	0	0	1	1	13	13	14	14
過少と薬準備	1	1	0	0	25	25	26	26
与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	23	23	23	23
重複と薬	2	2	0	0	3	3	5	5
禁忌薬剤の与薬	0	0	0	0	1	1	1	1
投与速度速すぎ	2	2	0	0	7	7	9	9
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	2	2	2	2
患者間違い	0	0	2	2	11	11	13	13
薬剤間違い	0	0	3	3	17	17	20	20
単位間違い	0	0	1	1	5	5	6	6
投与方法間違い	0	0	0	0	5	5	5	5
無投薬	0	0	0	0	34	34	34	34
混合間違い	0	0	0	0	9	9	9	9
その他の与薬準備に関する内容	0	0	4	4	50	50	54	54
過剰と薬	1	1	3	3	79	79	83	83
過少と薬	0	0	1	1	80	80	81	81
与薬時間・日付間違い	0	0	1	1	86	86	87	87
重複と薬	0	0	0	0	18	18	18	18
禁忌薬剤の投与	0	0	1	1	9	9	10	10
投与速度速すぎ	0	0	1	1	54	54	55	55
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	18	18	18	18
患者間違い	2	2	0	0	25	25	27	27
薬剤間違い	0	0	0	0	43	43	43	43
単位間違い	0	0	0	0	6	6	6	6
投与方法間違い	0	0	1	1	38	38	39	39
無投薬	0	0	4	4	189	189	193	193
その他の与薬に関する内容	0	0	9	9	87	87	96	96

事例の内容×影響度	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる		濃厚な処置・治療が必要であると考えられる		軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		合計	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
輸血に関する項目							35	35
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0
指示量間違い	0	0	1	1	1	1	2	2
重複指示	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の指示	0	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
指示薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
指示単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
投与方法指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0
未実施	0	0	0	0	0	0	0	0
検体取り違え	0	0	0	0	0	0	0	0
判定間違い	0	0	1	1	0	0	1	1
結果記入・入力間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血検査に関する内容	0	0	2	2	1	1	3	3
未実施	0	0	0	0	0	0	0	0
過剰照射	0	0	0	0	0	0	0	0
過少照射	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
製剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の放射線照射に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0
薬袋・ボトルの記載間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
異物混入	0	0	0	0	0	0	0	0
細菌汚染	0	0	0	0	0	0	0	0
期限切れ製剤	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0
過剰と薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0
過少と薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0
与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
重複と薬	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の与薬	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
無投薬	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血準備に関する内容	2	2	0	0	8	8	10	10
過剰投与	0	0	0	0	0	0	0	0
過少投与	0	0	0	0	0	0	0	0
投与時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
重複投与	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の投与	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度速すぎ	0	0	0	0	1	1	1	1
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	2	2	2	2
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
投与方法間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
無投薬	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血実施に関する内容	2	2	5	5	8	8	15	15

II 報告の現況

事例の内容×影響度	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる		濃厚な処置・治療が必要であると考えられる		軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		合計	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
治療・処置に関する項目							165	165
指示出し忘れ	0	0	0	0	1	1	1	1
指示遅延	0	0	0	0	1	1	1	1
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・処置指示間違い	0	0	1	1	5	5	6	6
日程間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
時間間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の治療・処置の指示に関する内容	0	0	0	0	5	5	5	5
治療・処置の管理	2	2	2	2	12	12	16	16
その他の治療・処置の管理に関する内容	1	1	1	1	9	9	11	11
医療材料取り違え	0	0	0	0	2	2	2	2
患者体位の誤り	0	0	0	0	1	1	1	1
消毒・清潔操作の誤り	1	1	0	0	2	2	3	3
その他の治療・処置の準備に関する内容	3	3	3	3	8	8	14	14
患者間違い	0	0	0	0	4	4	4	4
部位取違え	1	1	0	0	0	0	1	1
方法(手技)の誤り	0	0	1	1	16	16	17	17
未実施・忘れ	0	0	1	1	15	15	16	16
中止・延期	0	0	0	0	2	2	2	2
日程・時間の誤り	0	0	0	0	6	6	6	6
順番の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0
不必要行為の実施	0	0	0	0	1	1	1	1
誤嚥	0	0	0	0	0	0	0	0
誤飲	0	0	0	0	0	0	0	0
異物の体内残存	0	0	0	0	7	7	7	7
診察・治療・処置等その他の取り違え	1	1	0	0	3	3	4	4
その他の治療・処置の実施に関する内容	3	3	6	6	37	37	46	46
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目							91	91
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	1	1	1	1
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
使用方法指示間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の医療機器等・医療材料の使用に関する内容	1	1	3	3	2	2	6	6
保守・点検不良	0	0	0	0	3	3	3	3
保守・点検忘れ	0	0	1	1	0	0	1	1
使用中の点検・管理ミス	0	0	1	1	14	14	15	15
破損	1	1	0	0	2	2	3	3
その他の医療機器等・医療材料の管理に関する内容	0	0	0	0	2	2	2	2
組み立て	0	0	0	0	5	5	5	5
条件設定間違い	0	0	2	2	4	4	6	6
設定忘れ	0	0	0	0	2	2	2	2
電源入れ忘れ	0	0	0	0	3	3	3	3
警報設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
警報設定範囲間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
便宜上の警報解除後の再設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
消毒・清潔操作の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0
使用前の点検・管理ミス	0	0	0	0	7	7	7	7
破損	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の医療機器等・医療材料の準備に関する内容	0	0	1	1	7	7	8	8
医療機器等・医療材料の不適切使用	0	0	0	0	8	8	8	8
誤作動	0	0	0	0	3	3	3	3
故障	0	0	0	0	0	0	0	0
破損	0	0	0	0	2	2	2	2
その他の医療機器等・医療材料の使用に関する内容	3	3	0	0	12	12	15	15

事例の内容×影響度	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる		濃厚な処置・治療が必要であると考えられる		軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		合計	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目							416	416
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
使用方法指示間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
その他のドレーン・チューブ類の使用・管理の指示に関する内容	0	0	0	0	2	2	2	2
点検忘れ	0	0	0	0	3	3	3	3
点検不良	0	0	0	0	1	1	1	1
使用中の点検・管理ミス	1	1	2	2	39	39	42	42
破損	0	0	1	1	5	5	6	6
その他のドレーン・チューブ類の管理に関する内容	0	0	2	2	40	40	42	42
組み立て	0	0	0	0	0	0	0	0
条件設定間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
消毒・清潔操作の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0
使用前の点検・管理ミス	0	0	0	0	0	0	0	0
その他のドレーン・チューブ類の準備に関する内容	0	0	0	0	1	1	1	1
点滴漏れ	0	0	0	0	3	3	3	3
自己抜去	2	2	7	7	199	199	208	208
自然抜去	1	1	3	3	35	35	39	39
接続はずれ	1	1	0	0	18	18	19	19
未接続	0	0	0	0	1	1	1	1
閉塞	0	0	1	1	10	10	11	11
破損・切断	0	0	0	0	12	12	12	12
接続間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
三方活栓操作間違い	0	0	1	1	1	1	2	2
ルートクランプエラー	0	0	1	1	2	2	3	3
空気混入	0	0	0	0	0	0	0	0
誤作動	0	0	0	0	1	1	1	1
故障	0	0	0	0	0	0	0	0
ドレーン・チューブ類の不適切使用	0	0	0	0	2	2	2	2
その他のドレーン・チューブ類の使用に関する内容	2	2	0	0	15	15	17	17
検査に関する項目							271	271
指示出し忘れ	0	0	0	0	2	2	2	2
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	4	4	4	4
指示検査の間違い	0	0	0	0	5	5	5	5
その他の検査の指示に関する内容	1	1	0	0	16	16	17	17
分析機器・器具管理	0	0	0	0	3	3	3	3
試薬管理	0	0	0	0	0	0	0	0
データ紛失	0	0	0	0	1	1	1	1
計算・入力・暗記	0	0	0	0	3	3	3	3
その他の検査の管理に関する内容	0	0	0	0	16	16	16	16
患者取違え	0	0	0	0	2	2	2	2
検体取違え	0	0	0	0	5	5	5	5
検体紛失	0	0	0	0	0	0	0	0
検査機器・器具の準備	0	0	0	0	3	3	3	3
検体破損	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の検査の準備に関する内容	2	2	1	1	29	29	32	32
患者取違え	0	0	2	2	9	9	11	11
検体取違え	0	0	1	1	8	8	9	9
試薬の間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
検体紛失	0	0	2	2	1	1	3	3
検査の手法・判定技術の間違い	0	0	0	0	12	12	12	12
検体採取時のミス	0	0	0	0	16	16	16	16
検体破損	0	0	0	0	5	5	5	5
検体のコンタミネーション	0	0	0	0	0	0	0	0
データ取違え	0	0	1	1	8	8	9	9
結果報告	0	0	0	0	22	22	22	22
その他の検査の実施に関する内容	0	0	2	2	88	88	90	90

II 報告の現況

事例の内容×影響度	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる		濃厚な処置・治療が必要であると考えられる		軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		合 計	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
療養上の場面に関する項目							1,137	1,137
計画忘れ又は指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
計画又は指示の遅延	0	0	0	0	0	0	0	0
計画又は指示の対象患者間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
計画又は指示内容間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の療養上の世話の計画又は指示に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0
拘束・抑制	0	0	0	0	3	3	3	3
給食の内容の間違い	0	0	3	3	23	23	26	26
安静指示	0	0	0	0	4	4	4	4
禁食指示	0	0	0	0	2	2	2	2
外出・外泊許可	0	0	0	0	4	4	4	4
異物混入	0	0	0	0	3	3	3	3
転倒	3	3	13	13	459	459	475	475
転落	0	0	2	2	190	190	192	192
衝突	0	0	0	0	4	4	4	4
誤嚥	1	1	0	0	2	2	3	3
誤飲	0	0	1	1	2	2	3	3
誤配膳	1	1	0	0	10	10	11	11
遅延	0	0	0	0	1	1	1	1
実施忘れ	0	0	0	0	6	6	6	6
搬送先間違い	0	0	0	0	3	3	3	3
患者間違い	0	0	0	0	6	6	6	6
延食忘れ	0	0	0	0	1	1	1	1
中止の忘れ	0	0	0	0	1	1	1	1
自己管理薬飲み忘れ・注射忘れ	0	0	0	0	1	1	1	1
自己管理薬注入忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
自己管理薬取違い摂取	0	0	0	0	0	0	0	0
不必要行為の実施	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の療養上の世話の管理・準備・実施に関する内容	2	2	4	4	52	52	58	58
その他	14	14	8	8	306	306	328	328
合 計	105	105	140	140	3,266	3,266	3,511	3,511

図表 II-3-25 (QH-67) 発生要因×事例の概要

発生要因×事例の概要	薬剤		輸血		治療・処置		医療機器等	
	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
当事者の行動に関わる要因								
確認を怠った	2,652	2,652	35	35	212	212	164	164
観察を怠った	368	368	5	5	62	62	44	44
報告が遅れた(怠った)	85	85	3	3	14	14	5	5
記録などに不備があった	105	105	1	1	16	16	2	2
連携ができていなかった	486	486	11	11	72	72	22	22
患者への説明が不十分であった(怠った)	189	189	1	1	10	10	3	3
判断を誤った	373	373	9	9	62	62	16	16
ヒューマンファクター								
知識が不足していた	326	326	6	6	39	39	25	25
技術・手技が未熟だった	210	210	4	4	46	46	19	19
勤務状況が繁忙だった	688	688	12	12	45	45	32	32
通常とは異なる身体的条件下にあった	41	41	1	1	4	4	1	1
通常とは異なる心理的条件下にあった	263	263	6	6	22	22	12	12
その他	333	333	8	8	32	32	23	23
環境・設備機器								
コンピュータシステム	123	123	1	1	6	6	3	3
医薬品	305	305	1	1	8	8	0	0
医療機器	34	34	3	3	26	26	33	33
施設・設備	15	15	1	1	2	2	1	1
諸物品	31	31	1	1	10	10	10	10
患者側	129	129	0	0	6	6	1	1
その他	84	84	1	1	4	4	2	2
その他								
教育・訓練	285	285	4	4	33	33	16	16
仕組み	87	87	1	1	6	6	1	1
ルールの不備	130	130	6	6	21	21	13	13
その他	222	222	6	6	29	29	10	10
合計	7,564	7,564	127	127	787	787	458	458

※「発生要因」は複数回答が可能である。

ドレーン・チューブ		検査		療養上の世話		その他		合計	
2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)	2011年 1月～3月	2011年 1月～3月 (累計)
								9,755	9,755
384	384	333	333	398	398	328	328	4,506	4,506
518	518	27	27	558	558	87	87	1,669	1,669
15	15	25	25	16	16	29	29	192	192
2	2	17	17	11	11	24	24	178	178
127	127	81	81	150	150	112	112	1,061	1,061
124	124	20	20	424	424	48	48	819	819
299	299	58	58	426	426	87	87	1,330	1,330
								3,731	3,731
43	43	52	52	73	73	41	41	605	605
70	70	23	23	56	56	19	19	447	447
187	187	87	87	253	253	117	117	1,421	1,421
9	9	7	7	23	23	11	11	97	97
52	52	38	38	50	50	77	77	520	520
64	64	42	42	72	72	67	67	641	641
								1,732	1,732
5	5	19	19	6	6	45	45	208	208
3	3	4	4	3	3	9	9	333	333
24	24	6	6	4	4	7	7	137	137
11	11	8	8	80	80	11	11	129	129
18	18	4	4	44	44	15	15	133	133
132	132	6	6	308	308	15	15	597	597
14	14	14	14	42	42	34	34	195	195
								1,570	1,570
48	48	27	27	107	107	49	49	569	569
4	4	14	14	16	16	8	8	137	137
20	20	24	24	21	21	15	15	250	250
64	64	50	50	103	103	130	130	614	614
2,237	2,237	986	986	3,244	3,244	1,385	1,385	16,788	16,788

Ⅲ 医療事故情報等分析作業の現況

1 概況

【1】分析対象とするテーマの選定状況

本事業においては、収集された情報を元に、医療事故防止に資する情報提供を行う為に、分析作業を行っている。分析にあたっては、分析対象とするテーマを設定し、そのテーマに関連する事例をまとめて分析、検討を行っている。テーマの選定にあたっては、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、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。

なお、分析を行う際に、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を総合的に検討するため、ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業における事例情報のテーマは、分析対象とするテーマから選択することとしている。また、報告書にて分析結果を公表するテーマは該当する報告書対象期間内のヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業における事例情報で、網羅的な情報収集を行ったテーマとする。

但し、本報告書対象期間内に収集した事例情報のうち、同期間内のヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業における事例情報のテーマとなっていないものについても、上記の5つの観点から分析を実施し、情報提供を行うことが望ましいと判断した内容については、分析対象とするテーマとして選定し分析・情報提供を実施することとしている。

本報告書において公表される分析テーマについて図表Ⅲ-1-1に示す。

図表Ⅲ-1-1 本報告書において公表される分析テーマ

医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を総合的に検討したテーマ	○薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故 ○食事に関連した医療事故
本報告書対象期間内に収集した事例情報から選定したテーマ	○医療用照明器の光源により発生した熱傷に関連した医療事故 ○集中治療室（ICU）の入室時の薬剤の指示に誤りがあった事例

【2】分析対象とする情報

本事業で収集した本報告書対象期間内の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有している事例情報を抽出し、分析対象とした。

その後、分析の必要性に応じて、本報告書対象期間外の過去の事例についても、抽出期間を設定した上で、同様の抽出を行い、分析対象とした。

【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で構成される分析班において月1回程度の頻度で事例情報を参照し、本事業で収集された事例情報の全体の概要の把握を行っている。その上で、新たな分析テーマに関する意見交換や、すでに分析対象となっているテーマについての分析の方向性の検討、助言などを行っている。

その上で、事例の集積の程度や専門性に応じて設置が必要と判断されたテーマについては、テーマ別分析班を設置し、分析を行っている。テーマ別分析班の開催頻度は報告書での公表のタイミングや事例の集積の程度に応じて全体で月1～2回程度としている。

また、テーマによってはテーマ別分析班を設置せず、分析班の助言を得ながら当事業部の客員研究員や事務局員が分析を行っている。

最終的に分析班、テーマ別分析班の意見を踏まえ、当事業部で分析結果をとりまとめ、総合評価部会の審議を経て分析結果の公表を行っている。

【4】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、医療機関へ文書など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23年1月1日から同年3月31日までに2件実施した。

2 個別のテーマの検討状況

【1】薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故

医療を提供する過程では、医療施設や診療部門・部署、医療者同士等がそれぞれの機能を分担したり、補完したりしながら業務を行っている。また、その間に勤務交代が行われ、新たな勤務者がそれまでの業務を正確に引き継いで行く。具体的には、患者の現在の病状、過去の病状、現在受けている治療、治療の変更の内容や変更の可能性などの情報が伝達され、適時適切な施設や部門・部署等で診療が行われている。さらに、医療の高度化に伴い、それらの情報は必然的に複雑なものになってきている。

このように、継続性を保ち、正確で安全な医療の提供に欠かすことのできない情報伝達という機能について、例えば情報伝達の途絶や、情報を受け取る医療者による誤解が生じれば、その時点まで提供されてきた医療の途絶や不適切な治療を生じ、患者安全が不確かなものになりかねない。したがって情報伝達は、国内外の医療界における、医療安全を推進する上での重要なテーマである。

そこで本事業では、情報伝達に関する医療事故やヒヤリ・ハットを個別のテーマとして取り上げ、その中でも特に薬剤に過程において施設間等に生じた情報伝達に関する医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を継続的に収集し、分析を進めている。

(1) 薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故の現状

①発生状況

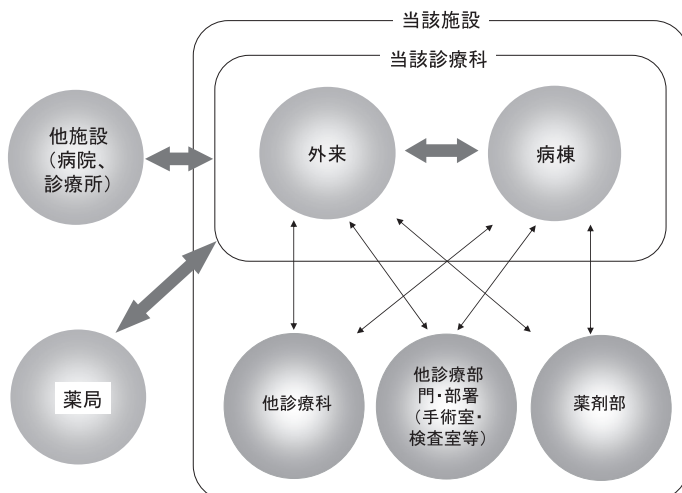
平成23年1月から12月まで、ヒヤリ・ハット事例のテーマとして「複数の施設間・診療科間・部署間において、患者の薬剤の情報伝達が不十分であったことによるヒヤリ・ハット事例」を取り上げ、事例収集を行っている。

本報告書では、本事業において報告の受付を開始した平成16年10月から平成23年3月31日の間に報告された医療事件事例の中から、薬剤の施設間等情報伝達に関する医療事故32件について分析を行った。

②薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故の内容や施設等

薬剤に関連する情報伝達は、図表Ⅲ-2-1のように、様々な主体間を通じて行われている。

図表Ⅲ-2-1 報告事例から見た情報伝達の流れ



そこで、報告された事例を「施設間の情報伝達間違い」「部門・部署間の情報伝達間違い」「診療科間の情報伝達間違い」「診療科一部署間の情報伝達間違い」に分類し、具体的な施設、部門・部署、診療科等及び報告件数を示した（図表Ⅲ-2-2）。

図表Ⅲ-2-2 情報伝達の内容・情報の流れ（医療事故）

情報伝達の内容・情報の流れ	件数
施設間の情報伝達の間違い	19
他施設→当該施設	17
当該施設→薬局	2
部門・部署間の情報伝達の間違い	10
外来→病棟	5
外来→薬剤部	1
病棟→薬剤部	1
手術室→病棟	2
救命救急センター→HCU	1
診療科間の情報伝達間違い	2
精神科→皮膚科	1
放射線科→血液内科	1
診療科一部署間の情報伝達間違い	1
内科→内視鏡室	1
計	32

※矢印は情報の流れを示す。

③薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故の具体事例の紹介

報告された事例を「施設間の情報伝達間違い」「部門・部署間の情報伝達間違い」「診療科間の情報伝達間違い」「診療科一部署間の情報伝達間違い」に分類し、さらに具体的な主体間の情報を加えて、それぞれについて主な報告事例を図表Ⅲ-2-3に示した。

図表Ⅲ-2-3 薬剤の施設間等情報伝達に関連する医療事故の概要

No.	事故の程度	情報の流れ	事例の内容	背景・要因	改善策
施設間の情報伝達間違い					
1	障害残存の可能性(低い)	他施設→当該施設	前医の紹介状にてアレビアチン10%散1.8gと記載があったため、そのまま1800mgとして処方。	力価と秤量の処方の違いを理解できていなかった。薬剤師の問い合わせに対して、耳を貸さなかった	<ul style="list-style-type: none"> 初めての処方添付文書をよく読む。 力価と秤量の違いについての教育を行う。
2	障害残存の可能性(低い)	他施設→当該施設	入院中に39℃台の発熱を認め、諸精査の結果胆管炎と診断された。担当医がスルペラゾンを選択し、看護師に点滴の指示を出した。看護師はヘパロックにて維持していた末梢静脈ラインからスルペラゾン1g＋生理食塩水100mLの点滴を開始した。患者は点滴開始直後から上肢の痺れを感じたためナースコールを押した。上肢の痺れに続き腹痛も生じ、駆けつけた看護師は直ちにスルペラゾンの点滴を中止し、医師に報告した。患者が会話可能であったので、医師は患者から前医で抗生剤投与時に同様の症状があったことを聞き、前医でスルペラゾンのアレルギーがあったことが判明した。看護師も他の患者への業務のため病室を離れた間に患者が自力でトイレへ行こうとして途中転倒した。後頭部に約2cmの挫創を認めたが、出血は少量であり、縫合処置等の必要性は認めなかった。四肢の運動や感覚に問題はなく、その他明らかな神経学的所見は認めなかった。その後、アレルギーに対しハイドロコトンを静注し経過を観察したところ、徐々に状態は改善した。	前医入院中に使用された抗生剤に対しアレルギー反応が認められており、紹介状に当該抗生剤の記載があった。前回入院時の担当医が診療端末に入力したが、カルテの所定欄には記載しなかった。前回の入院、外来、今回の入院での担当医が異なっていたことも要因として考えられる。診療端末や温度板でアレルギー警告が表示される状態であったが、表示がわかりづらく確認されなかった。カンファレンスでも検討されたが、アレルギーの存在に関して十分な注意喚起がされなかった。また、看護師とも情報共有がされていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 診療端末のアレルギー警告表示について、科内での周知徹底を図る。 今後アレルギー警告表示を目立つようにすることも検討する。 アレルギー発症時にバイタルサインを確認し、医療スタッフが側を離れず患者の容態を観察していれば、転倒を避け得た可能性がある。

※矢印は情報の流れを示す。

No.	事故の程度	情報の流れ	事例の内容	背景・要因	改善策
3	障害なし	他施設→ 当施設	<p>入院0日目、日勤看護師Aがアナムネの際、内科処方を持参していたが、精神科の内服している薬が家にあることを聞き、精神科の処方薬を夕方に家族に届けてもらうことになった。</p> <p>日勤担当看護師Bは、内科持参薬を薬局へ薬品検索に提出したが、薬がバラバラであり、お薬手帳などの情報がないため、薬剤師は薬品検索を断った。看護師Bは家族に連絡し、精神科の薬と合わせてお薬手帳を持参してもらうように伝えた。看護師Bは夜勤看護師Cに家族が薬を持ってくることを申し送った。</p> <p>看護師Cは家族から精神科の薬を預かったが、お薬手帳を家族が忘れたので、中身を確認せず、机の上に薬を置いていた。</p> <p>入院1日目手術当日、看護師Cは、家族がお薬手帳を持ってきたら薬品検索に提出するように日勤看護師Dに申し送った。看護師Dと看護師Eは、リスパダールとデパス錠が散らばっているのを見た。看護師Eは看護師Fに薬品検索を提出するように依頼した。</p> <p>薬剤師Gは、精神科の処方の用法について、調剤薬局の薬袋に、「1日4回、毎食後・就寝前 1回に リスパダール錠1mg 2錠ずつ、デパス錠0.5mg 2錠ずつ 合計2種 お飲みください」と印刷されているのを確認した。お薬手帳には、別の調剤薬局で精神科処方の内容は記入されていたが、用法までは記入されていなかった。薬剤師Gは、そのままの用法でヒートから薬を一包化し直し、薬剤師Hが鑑査したが、そのまま病棟に出した。</p> <p>入院2日目手術翌日、看護師Iが朝・昼とリスパダール・デパスを与薬した。夜勤看護師Jが、患者に傾眠があり、嚥下が困難な状況で食事や内服ができないことに気付いた。手の震えがあったため、薬剤師Kに相談した。薬剤師Kは、向精神薬を急に止めると悪性症候群の発生の可能性があることを伝えた。主治医に報告し、看護師Jは夕・眠前の内服を中止した。</p> <p>入院3日目、看護師Jは、患者は朝内服可能であったため与薬した。日勤看護師Iは、昼に与薬した。その後、傾眠について医療安全管理者（薬剤師L）に相談した。医療安全管理者は過量投与の可能性を疑い、薬剤師Mに処方病院や調剤薬局に看護師Iに家族に問い合わせるように指示した。</p> <p>その結果、実際の用法は、「リスパダール・デパスは1日1回寝る前に1錠ずつ服用」で、処方精神科医師が8倍処方をして、8ヶ月分の処方をしていたことが分かった。</p>	<p>他院の精神科医師が、処方日数制限のない薬を8倍処方し、調剤薬局では処方せん通りの用法で薬袋に印刷してあった。</p> <p>お薬手帳に全ての調剤薬局の処方が記入されておらず、薬の情報が一元管理されていない。</p> <p>持参薬を受け取る際、薬を受け取るだけで、中身について家人と確認したり、聴き取ったりすることが行われていなかった。</p> <p>薬剤師は薬品検索時、精神科は向精神薬の量は多いという先入観があり、疑問を持たなかった。</p> <p>看護師が、向精神薬の副作用について薬剤師に問い合わせた時に、十分な患者状態を伝達したり把握しないまま薬剤師がアセスメントを行ったため、悪性症候群の疑いとなり、服薬継続が行われた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬を預かる際は、患者・家人への質問内容を定め、質問用チェックリストを作成し、その通りに質問を行うことを徹底する（現在服用中の薬、中止している薬、薬袋どおりに服用していない薬など）。 薬剤師の病棟配置時間の延長（持参薬管理の病棟での徹底、タイムリーな指導や病棟カンファレンスへの参加など）。 持参薬の預かり時、ケースを利用して薬を整理しやすくする工夫。

III 医療事故情報等分析作業の現況

No.	事故の程度	情報の流れ	事例の内容	背景・要因	改善策
4	障害残存の可能性がある(高い)	他施設→当該施設	<p>入院当日、持参薬を主治医と看護師と両者でダブルチェックをした。前院からの紹介状はなかった。薬手帳等現在内服中の薬を記した書面はなかった。主治医は、確認した持参薬を継続内服するように指示した。主治医は、既往にステント留置術をしていること、バイアスピリン(抗血栓剤)を内服していたこと、外来受診中に薬疹により中止したことは把握していた。しかし、前院処方プラビックス(抗血栓剤)セロクラール(脳循環改善剤)を内服していることは知らなかった。入院当日に確認した持参薬に薬がなかったため、入院前まで内服していたプラビックス・セロクラールは4日間投与されなかった。</p> <p>入院5日目、患者は早朝より発語が少なく、当直医師が診察し低酸素状態と判断し酸素吸入をした。妻が昼食時と夕食時頃に面会し、患者の様子がおかしいと感じ日勤担当看護師に、異常を感じることに医師への報告を希望した。</p> <p>日勤担当看護師は、いつもと違うことは感じていたが午前中にすでに診察を受け対処していること、その時と大きな変化はないため妻ほどの緊急性を感じなかったことから、妻には「休日のため明日主治医に診てもらおう。」と答えた。</p> <p>準夜看護師は意識レベルの変動を感じ生体モニターを装着した。左共同偏視、左上肢麻痺を認め当直医師に報告した。当直医師は救急外来対応中のため血管確保の指示をし、診察した。頭部MRIの結果、多発性脳塞栓症が判明した。妻から心臓の薬を返却されて、患者は内服していなかったと話があった。</p>	<p>前院からの紹介状は発行されていないため、前院の処方内容が明確ではなかった(前院の紹介による当院受診ではなかった)。持参薬が前院の処方と合致しているのか確認ができない状況で、妻が届けた内服薬の現物のみを主治医と看護師とで確認した。見落としや間違える危険性もあった。</p> <p>薬剤師のマンパワー不足により、入院時の薬剤指導を実施できない状態である。持参薬の薬剤師によるチェック体制がない。</p> <p>患者は肺炎を併発しており、反応の鈍さ(新たな合併症徴候:多発性脳塞栓症)を血液ガスの結果から低酸素状態によるものと判断した。</p> <p>多発性脳塞栓症:シャワーエンボリズムのために、現れた症状は典型的な脳梗塞症状とは異なったため、今回の反応の鈍さを脳梗塞と推測することは難しかった。</p> <p>プラビックス・セロクラールは、動脈の血栓を予防するもので、心臓内の血栓防止には効果を期待できない。その薬を内服していたとしても心臓内からの脳塞栓症は、防止できなかったかもしれない。これらの薬を内服しなかったことと脳塞栓症発症との因果関係は低いと考える。</p> <p>妻が日勤担当看護師に異常を感じることに、医師の診察依頼を複数回したが取りあってもらえなかったことが、妻の病院への不審を募らせる要因となった。</p> <p>日勤担当看護師は、午前中に診察を依頼し対処していること、その時と大きな変化はないことから緊急性がないと判断した。そのため、妻の訴えを受け止められなかった。また、他の看護師にも相談しなかったため、助言や妻へのフォローがなされなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師も含む持参薬の確認体制の構築(確実に持参薬の確認ができる方法を検討する)。 ・処方箋・紹介状・薬手帳等の書面との照合を原則とする、薬剤師の介入、など薬剤科とも協力し確認方法をルール化する)。 ・患者を常に見ていた家族からの「おかしい」の言葉は、貴重な情報と受け止める認識をもつ。 ・医療はチームで行うため、報告・相談・連絡が重要である。よって、医師への報告や看護師間の相談を躊躇しないように医療安全情報として職員へ発信していく。

No.	事故の程度	情報の流れ	事例の内容	背景・要因	改善策
5	不明	当該施設 →薬局	A 病院で脳動脈瘤（前脈絡叢動脈）に対するクリッピング術を受け、翌朝に左片麻痺出現しリハビリ目的に B 病院転院、以後通院加療していた。B 病院から C 病院へ紹介、C 病院から当院糖尿病内科へ紹介あり来院された。患者は A D L は左麻痺軽度残存、杖使用にて散歩練習している、外来へは家人とともに車いすで来院しており両上肢挙上保持可能であった。C 病院からの情報提供には内服薬セレニカ R 1.25g 分 2 朝夕 その他の薬剤処方記載されていた。医師は同内容、同量のつもりで当院のオーダー画面よりセレニカ R 顆粒 400mg/g 1250mg 分 2 朝・夕食後 14 日分と入力し、院外処方箋を発行した。その結果、調剤薬局ではバルプロ酸として 1250mg=セレニカ R 顆粒 3.125g を秤量・調剤した。その結果、診療情報提供書に記載されたバルプロ酸（500mg）の 2.5 倍量が投与された。家族より連絡あり。セレニカ R の副作用で嘔吐、ふらつき、歩行困難が出現していたとのこと。処方歴・カルテ内容より紹介状の処方量の 2.5 倍服用されていたことが考えられた。	散薬の指示の際の成分量、実重量表示の統一がされていない。	<ul style="list-style-type: none"> 今回の事例を情報として職員に広報し、他院からの紹介状の薬剤処方にはこのような例があることの注意喚起を行う。 注意すべき薬剤をリストアップし職員に周知する
6	障害残存の可能性（低い）	当該施設 →薬局	外来にてテグレトール、アレビアチン、フェノバルなどの抗てんかん薬を処方していた。5 日後にてんかんの悪化もしくは抗てんかん薬の副作用が疑われ、緊急入院となった。入院後は持参した外来で処方された薬を続行した。次の日、血中濃度検査でフェノバルが高値であり、アレビアチン散を中止した。しかし、アレビアチン濃度の高値は続いた。そのため、外来処方薬をチェックしたところ、抗パーキンソン薬のアキネトンの代わりに、アレビアチンが入っていた。そこで、実際に誤薬があるか医師、看護師、薬剤師で確認を行った。その後、薬剤師を経由して院外薬局に問合せを行い、誤調剤を確認した。	<p>応需薬局での処方間違いがあった。</p> <p>持参薬のチェックシステムがなかった。</p> <p>持参薬の継続処理が適切でなかった。</p> <p>薬の量が多く医師の指示を確認するのに手間と時間を要した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬の鑑査システムを院内に構築する（全ての持参薬を薬剤部で確認する）。

Ⅲ 医療事故情報等分析作業の現況

No.	事故の程度	情報の流れ	事例の内容	背景・要因	改善策
部門・部署間の情報伝達					
7	障害残存の可能性(低い)	外来 →病棟	<p>左下腿切断術の術後指示として、病棟担当医はボルタレン坐薬 25mg を指示記載した。術後 1 日目午後 12 時頃患者は患肢の痛みを訴え、鎮痛薬を希望した。受けた看護師は、対症指示を確認後、ボルタレン坐薬 25mg を使用した。</p> <p>20 分頃ナースコールがあり、「全身かゆい」と訴えた。全身搔痒感、顔面紅潮、BP40 台まで低下しプレショック状態。医師コールしアレルギー症状と判断し輸液負荷、ソルコーテフ 500mg を使用した。昇圧剤を使用しながらモニター管理を行い 13 時 10 分 I C U 管理となった。I C U 入室後バイタルサイン安定した。翌日病棟へ転棟した。</p>	<p>患者はボルタレンに対して禁忌薬剤であることを外来主治医、受け持ち看護師、病棟薬剤師に申告していた。外来主治医は申告された内容を病棟担当医に伝えていなかった。受け持ち看護師は、電子カルテのアレルギー欄に記載していた。薬剤師による薬剤鑑定記録や受け持ち看護師による薬のアレルギー記録等の情報が活かされず指示受けが実施された。</p> <p>対症指示で病棟定数のボルタレン坐薬を使用したため薬剤師による疑義が出来なかった。</p> <p>患者へ実施時アレルギーの確認を行わなかった。</p> <p>医師、看護師のアレルギー薬のリスク認識が低かった。ボルタレンは患者の禁忌薬剤として電子カルテのアレルギー欄に記載されていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は重要な情報はタイムリーに口頭で伝達し診療記録に記載する。 ・安全な薬物療法を実施を行うために、6 R プラス A の確認、正しい患者、薬剤、投与量、方法、時間、記録そしてアレルギーの有無を確認する ・薬剤のリスクに対する認識を深める教育の強化。 ・傾用の薬剤は緊急時以外は、処方オーダーから行う。 ・電子カルテの禁忌薬剤のシステム改善検討。
8	障害なし	外来 →病棟	<p>手術後、点滴が終了したためヘパリンロックを行った。事後に統合セット(普段よく使用される注射オーダーの事前入力であり、必要時その画面より取り込み、注射のオーダー入力が可能となっており、例えば、疼痛時・腹痛時等の継続指示等。本来は医師しか注射のオーダーは出せないことになっているため、継続指示の注射箋発行の際に使用されている)からヘパリンロックをオーダーしようとして画面を開いたところ、画面に「H I T (ヘパリン起因性血小板減少症)にてヘパリン禁」の表示がされていた。</p>	<p>外来カルテにはヘパリン禁忌の記載があったが、入院診療情報記録の中にヘパリン禁忌が記載されていなかった。外来看護師から情報伝達がなかった。注射オーダーリングにはヘパリン禁忌が記載されていたが、注射を準備する前に統合セットからオーダーしなかったため実施後に発見することとなった。統合セットからのオーダー指示を出す場合のマニュアル違反(マニュアルでは注射を準備する前に注射箋を出す)。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・統合セットから指示の注射を探しオーダー後に実施を行う。 ・入院時には外来カルテから情報収集を行う。

No.	事故の程度	情報の流れ	事例の内容	背景・要因	改善策
9	障害残存の可能性(高い)	外来 →病棟	当院に慢性関節リウマチで通院中の患者が消化管出血を主訴に緊急入院してきた際、担当となった研修医が患者の内服指示を出すために、持参薬をもとに外来カルテを参考にしたところ、そのうちのリウマトレックスについて通常、1週間に1回6mg(2mg×3回)投与すべきところ、1日6mg(2mg×3回)毎日服用する指示を出してしまった。入院した日の夕から研修医がその用法の違いに気付くまで連続して11回投与された。用法間違いに気付いた際、週1回投与に変更したが、連続投与による過剰投与で骨髄抑制が発生した後もその指示が中止されず、さらに1日6mg分が投与された。骨髄抑制および消化管出血は治療により消失したが、肺炎が増悪し、人工呼吸器管理となった。	曜日指定しなくても入力できるシステムであった。救急外来から直接入院した患者の持参薬であり、薬剤師の服薬指導のシステムから漏れてしまった。上級医が研修医の処方指示のチェックを行うことになっているが、今回は外来で処方された持参薬であったため、チェック機構が十分でなかった。消化器内科医師、看護師ともに薬剤に対する知識がなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・外来における曜日指定の処方入力について改善する。 ・持参薬の与薬管理についてのチェック機構の改善をする。 ・配属直後の研修医の指導について十分な指導体制の確立をする。
10	障害なし	外来 →薬剤部	エンドキサン1000mgを3週間毎に1回投与すべきところを1週間毎に2回投与した。数年前に他院泌尿器科にて前立腺摘出術施行。以後、再発に対し、当院泌尿器科にて放射線療法、ホルモン療法、化学療法(タキソテール)を施行していたが、最近病状の増悪、局所再発、転移を認めたため、外来受診しエンドキサンによる化学療法を行う目的で入院。病棟医は泌尿器科のPC上に登録されているレジメンに従い、エンドキサン1000mg点滴を処方し投与し、問題なく退院した。2回目以降の化学療法予定は診療録に記載されなかった。外来受診時、外来主治医は海外出張で不在だった。外来担当医A(4年目レジデント・泌尿器科1年目)が骨髄抑制のない事を確認。外来担当医Aは次回エンドキサン投与日が不明であったため、上級医(11年目医師 泌尿器科専門医)に相談したが、投与予定の確認が取れなかったため、薬剤部に登録レジメンを確認した。薬剤師(13年目)は、泌尿器科のエンドキサンのレジメン登録は、「エンドキサン1000mgを毎週1回、3週投与、1週休薬」のみであることを伝えた。外来担当医Aは、そのレジメンに従って、前回施行から1週間後に2回目およびその1週間後に3回目投与日を予定して化学療法予定表に記載した。上級医Bへのレジメンの確認は行わなかった。2回目の化学療法施行日に、担当医C(10年目医師 泌尿器科専門医)が骨髄抑制のないことを確認後(白血球6700ヘモグロビン10.9 血小板21.1万)、外来担当医Aに連絡し、レジメンを確認した。薬剤部にも連絡し、登録レジメンを再確認した。エンドキサン1000mgを処方し、外来化学療法室にて投与した。その際1週間後を3回目予定とした。エンドキサン投与時、投与終了後の患者状態は問題なく帰宅した。外来担当医Aが外来主治医に投与スケジュールを確認したところ、エンドキサンが3週毎の投与の予定であった事がわかった。その後、患者へ連絡し、投与スケジュールに誤りがあったことを説明し全身管理目的で入院し経過観察した	薬剤部に登録されているレジメンは、間違ったものであった。入院・外来診療録に、エンドキサンの投与間隔に関する記載がなかった。本治療の経験の浅い医師が上級医の確認を試みたが、回答がなかったため、最終的に登録レジメンを信頼して投与を行った。エンドキサンへ薬剤変更するに当たり、改めて「化学療法に関する説明・同意書」を取得していなかった。外来主治医と外来担当医師の連携が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・泌尿器科現行登録レジメンの訂正ならびに当院現行登録済みレジメンの内容再確認。 ・投与薬剤名・量以外に入院、外来診療録への投与間隔を記載する。 ・投与予定表記載時に、レジメンを熟知している医師によるダブルチェック。 ・治療レジメン変更時の「化学療法に関する説明・同意書」の取得の徹底。 ・化学療法剤投与予定表による情報の共有。 ・化学療法に関する使用者向け講習会開催と受講の必修化。

Ⅲ 医療事故情報等分析作業の現況

No.	事故の程度	情報の流れ	事例の内容	背景・要因	改善策
11	障害なし	病棟 →薬剤部	<p>患者は数年前に子宮がん、直腸癌のため化学療法（mFOLFOX6 + Bevacizumab レジメン）を開始した。</p> <p>今回、外来受診し、上記の化学療法が無効となったため、レジメン変更を決定し、入院し化学療法（mFOLFIRI + Panitumumab レジメン）予定とした。主治医が化学療法剤投与予定表、注射指示伝票を記載した。この際、化学療法剤投与予定表には本来は持続投与であったが、3日間連日投与するかのよう記載し、また、注射指示伝票の持続 5FU の投与予定時間を 46 時間にすべきところを、間違えて 24 時間と記載した。薬剤師 A、薬剤師 B が鑑査し、薬剤師 B が薬剤をミキシングし、薬剤師 A、薬剤師 C で最終確認した。看護師 D、看護師 E が、注射指示伝票を確認し、指示通りに、5FU 3000mg + 50% ブドウ糖 4A + 生食 1000mL を輸液ポンプを使用し 24 時間の速度で開始した。翌日、看護師 D が化学療法剤投与予定表を確認し、本日も 5FU が投与されると思い、点滴が病棟に届いていないと薬剤部に問い合わせた。薬剤師が登録レジメンと注射指示伝票を確認し、医師の指示の間違いを発見した。病棟医師に報告、患者状態を確認し特に問題なし。発覚時に残液 200mL あったが、速度を落として合計 46 時間投与とすることとした。診療科担当部長が診察、残りの薬剤は廃棄し、化学療法を中止。翌日、白血球 3000 台 ヘモグロビン 11.0 血小板 30 万台と患者状態問題なかったが、2 日後、白血球 2000 台（ヘモグロビン、血小板は変わらず）にてグララン開始（3 日間予定）。グララン開始後 3 日目、白血球 12500 ヘモグロビン 11.5 血小板 20 万にて退院。</p>	<p>本来のレジメンは、5-FU 3000mg を 46 時間かけて投与するものであったが、誤って 24 時間で投与する指示となっていた。投与予定表には、投与時間がわかる記載がされていなかった。また、持続投与に関する記載方法も決められたものがなかった。ミキシング担当薬剤師は、鑑査の際に投与時間の記載間違いに気づかなかった。ミキシング前に、薬剤師 2 名で登録レジメン、化学療法剤投与予定表、注射指示伝票をもとに鑑査したが、投与時間の確認はされなかった。看護師は、薬剤が病棟に上がってきた時点で化学療法剤投与予定表との照合をしているが、投与時間の確認はしなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> レジメンを十分に確認して伝票を記載する。 レジメンオーダーリングシステムの早期全面稼働。 薬剤師によるレジメン鑑査時の薬剤投与時間の確認の徹底。 治療レジメン変更時の「化学療法実施に関する説明・同意書」取得の徹底。 化学療法剤投与予定表の改訂（投与時間を記載する欄を新たに設ける）。 化学療法剤投与予定表記載方法の統一。 化学療法に関する使用者向け講習会開催。
12	障害残存の可能性 がある (高い)	手術室 →病棟	<p>患者は、術後の肺炎予防のため、レミナロン 2000mg + 5% ブドウ糖 48mL（濃度 4.2%）を中心静脈注射（CV）より精密持続ポンプ使用で投与する指示が「注射処方箋」に記載されていた。担当看護師は、術後に「精密点滴指示簿」による指示がなかったため、医師 A に点滴ラインが中心静脈がなく、末梢ラインしか入っていないことを報告し、「精密点滴指示簿」の点滴ルート欄に末梢、速度 2mL/h と記入した指示をもらい、リーダーに指示受けサインをもらった。左末梢 2 本点滴のラインがあり、1 本目はメインの点滴を、もう 1 本目はレミナロンの点滴を開始した。翌日、メインの点滴が漏れたため主治医に再挿入を依頼した。この時、手術後より中心静脈が挿入されておらず、レミナロンが単独で左末梢から投与され、また、中心静脈注射で使用する濃度のレミナロンが末梢から投与されていたことがわかった。</p>	<p>注射処方箋にはレミナロン投与の注意事項が記入しており、術後の指示を受ける際は、指示簿だけで指示受けをせず、注射処方箋と照らし合わせ指示受けを行い、不明な点については確認をする必要があった。指示を受ける際、主治医に中心静脈ラインが入っていないことを確認しなかった。高濃度であった場合の副作用についての知識が不足していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 指示簿での指示を受ける際は、注射処方箋と照らし合わせ確認した上で指示を受ける。

No.	事故の程度	情報の流れ	事例の内容	背景・要因	改善策
診療科間の情報伝達間違い					
13	障害なし	放射線科 → 血液内科	6年前にセフェム系抗生剤で薬疹と考えられる既往があることを確認し放射線科カルテ及び新患紹介用紙のアレルギー欄に記載していた。オーダー画面のアレルギー薬剤の入力方法を知らず、今まで記載することがなく行っていなかった。第3世代セフェム系抗生剤投与の指示を受け、セフトアジジム 2g 2×をオーダーした。血液内科での主治医に電話で報告。体幹部皮疹と軽度の膨疹をセフトアジジムによるものかと考えている旨相談したところ、第4世代への変更を指示されファーストシン 2g 2×をオーダーした。その後、皮膚科紹介し、体幹部融合傾向のある紅斑を認め中毒疹を疑い、原因として複数の薬剤が開始されているため、特定は困難との返事があった。顔面から体幹・四肢に紅斑を認め増悪傾向にあり、他系統の抗生剤（ミノサイクリン）への変更と強ミノCをIVしたが喉の腫れた感じなどの所見がありオキシコンチンの薬剤は変更、中止できる内服薬及びミノサイクリンは中止した。その後皮疹は改善した。	抗癌剤誤投与後の骨髄抑制に伴う感染症に対する抗生剤投与に関して、入院時、6年前にセフェム系抗生剤で薬疹と考えられる既往があることを確認し、放射線科カルテ及び新患紹介用紙のアレルギー欄に記載していた。しかし、血液内科に薬剤アレルギーを伝えることなく、また、オーダーシステムの薬剤アレルギーの記載方法も知らず記載していなかった。指導医もこれに気付かず、看護師・病棟担当薬剤師もそれぞれ入院時にアレルギー歴を確認し、看護日誌や薬剤師の患者情報用紙に記入していたが、セフェム系抗生剤が指示されたと気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は、薬剤投与指示の際はアレルギー歴をダブルチェックする。 ・確認したアレルギー歴は必ずオーダーリングシステムに記載する。 ・看護師・担当薬剤師はオーダー画面アレルギー入力を確認する。 ・診療録・看護記録の決められた場所の記載を確認する。 ・担当薬剤師はアレルギー薬剤の指示を確認する。研修医の指導医は指示・記録をチェックする。また、確認時はサインする。
診療科一部署間の情報伝達間違い					
14	障害残存の可能性なし	内科→ 内視鏡室	前処置の抗コリン剤の注射を施行するため、問診票を確認。全ての項目に「いいえ」とチェックしていたので、依頼書、カルテ本人に確認をせずブスコパンを静注した。静注後に依頼書に抗コリン剤不可の記載に気付く。患者と確認したところ眼科で緑内障の診断は受けていないが眼が見えにくいと返答あり。ブスコパン静注後、眼痛、視力低下見られず。	問診票のみの確認しか行わなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師と看護師で確認を行う。 ・予約時に問診票のチェックを患者と共に行う。 ・依頼書のチェックを必ず行う。

また、上記の事例について、専門分析班及び総合評価部会で議論された内容を以下に示す。

i 施設間の情報伝達の間違い

ア) 他施設→当該施設 (No. 1 - 4)

No. 1 「前医の紹介状の処方表記中の有効成分量と製剤量とを誤解して調剤した事例」

- 処方表記の誤解の事例については、オーダーリング入力の場合であれば、そのシステムで制御をかけることが考えられる。具体的には、入力値が有効成分量と製剤の総量のいずれであるかに関わらず、画面上、入力値に加えて「有効成分量として〇〇mg」、といった表示がなされることにより、有効成分量と製剤の総量との誤解を防ぐ取り組みになると考えられる。
- 薬剤師の疑義照会に対して、耳を貸さなかったことが背景要因として挙げられている。その通りであれば疑義照会に対応すべきであるが、その他に疑義照会という表現で報告された内容が、本当に疑義照会の機能を果たしていたのか考えてみることも有意義である。
- 疑義照会の会話の中で使用された具体的な表現までは報告されていないので一般論になるが、薬剤師から医師に対して、回答できる質問、回答しやすい質問がなされることが重要である。

例えば「1800mg ですか？」という質問の仕方と「本来〇〇 mg であるべきですが、この処方の通りの 1800mg でよろしいですか？」という質問の仕方では、照会を受ける側の受け止め方や回答の仕方が異なると考えられる。そのような疑義照会の技術が疑義照会の有効性に影響し、謝った処方などを防ぐことにつながる可能性がある。

- 適切な疑義照会の技術を身につけることは、薬学実習や薬剤師の実務における重要な課題である。具体的には、共通の言葉遣いにより質問や返答をすることによって、コミュニケーションの断絶を防ぐことが望まれる。
- 処方の表記については、それを統一的なものにするため、厚生労働省の「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書」の内容が周知され運用されていくことが望ましいが、強制力が働くわけではないなど、実現に向けては課題もある。

No. 2 「紹介状に記載されていたアレルギー情報の伝達が行われなかった事例」

- 診療端末のアレルギー情報が、見づらい表示になっていたことは重要な背景・要因である。
- 一般に、いわゆる「アレルギー情報」の確度には問題があることに留意が必要である。具体的には、情報の確度が低ければ、アレルギー情報を認識していても処方、投薬することはありうる。そのような重要な情報である確度は、通常アレルギー情報には添えられていないのが現実。
- 「アレルギーがある」ことを入力するだけでなく、「アレルギーがないことを確認済みである」ことを入力し、表示できる診療情報システムになっていくことが、今後の再発防止につながるのではないかと推測される。

No. 3 「前医の処方がいわゆる倍量処方であったことに気づけなかった事例」

- 長期投与が可能である薬剤であるにもかかわらず、本来不適切とされている 8 倍量処方が行われていることは不適切である。お薬手帳の記載で確認しようと思っても、処方は 8 倍量であるが、服用方法は別途調節していることが記載されているとは考えられず、そうなると同種事例の発生防止は困難である。いわゆる倍量処方のリスクを示している事例である。
- 当該施設の医療者が、患者が普段内服する際の用法・用量を、本人や家族等に尋ねていないことは重要な背景・要因である。他には前医本人への確認も考えられるが、連絡が取れない可能性も考慮すると、本人や家族に確認することは重要である。
- 夕方の多忙な時間帯に持参薬を確認することになったことも、確認が不十分になった要因ではないかと推測される。

No. 4 「紹介状等の内服薬の情報がなかったこと等により入院前に服用していた薬を継続できていなかった事例」

- 他院からの紹介状がない、また患者が内服薬を持参していない等、医療機関が内服薬を正確に把握することが困難な事例である。まずは他院から診療情報提供書による処方内容が提供されるべきであるし、また、患者本人や家族によってもそれらの情報提供が行われることが望ましい。
- 本事例のような情報確認が困難な状況で内服薬の内容を正確に把握するためには、患者や家族から受診している全ての医療機関や投薬を受けている全ての薬局を把握して、それぞれに確認

することで処方内容が確認できる可能性は高いが、一般にそれを入院先の医療機関が十分に行うことができると考えることは、必ずしも現実的とはいえない。したがって、当該事例については、その予防可能性は高くないのではないかと考えられる。

イ) 当該施設→薬局 (No. 5、6)

No. 5 「処方箋の製剤量と有効成分量とを誤解した事例」

- 疑義照会が行われなかった点が問題である。それは、製剤量と有効成分量とを誤解したので疑義が生じなかったことによるものと思われるが、薬剤師にとって処方箋上は両者の表記がなされることを認識しておくことが重要であることを示す事例である。
- No. 1 の事例でも指摘したように、施設間等でできるだけ共通の用語を使用することにより、情報伝達のエラーを防いで行くことを考えなければならない。
- 処方箋の製剤量と有効成分量を誤解するエラーは繰り返し報告があるため、本事業でも今後も周知が必要であろう。
- 一般に調剤の場では、多くの情報を取り扱い、また、いくつかの業務を同時並行して行っていることも背景・要因となっているのではないかと推測される。
- ある日の調剤業務を散剤の調剤のみ、水剤の調剤のみ、などと限定する取り組みもある。そのような取り組みができれば予防可能性が高まるのではないか。

No. 6 「薬局の誤調剤の事例」

- 分包後、患者により内服されている最中の散剤を、入院時に改めて一律に成分まで鑑査することは現実的ではない。その意味で、本事例は当該施設による予防可能性は低いと考えざるを得ない。そこで、薬局における誤調剤防止の取り組みが期待される。
- 本事例では報告されていないが、処方箋の書き方の情報が報告されていれば、薬局が誤調剤をした背景・要因を分析することができる。

ii 部門・部署間の情報伝達の間違い

ア) 外来→病棟 (No. 7-9)

No. 7 「薬剤アレルギー情報が伝達されなかった事例」

- 外来主治医が病棟主治医に伝達していないことが背景・要因として挙げられているが、外来主治医は電子カルテのアレルギー欄に記載しているので、外来主治医のみに本事例発生の原因があるとは言えない。この情報を活用できなかったことが、より大きな背景・要因と考えられる。
- 仮に、ボルタレンの指示が定型化されたいわゆるセットメニュー形式の指示の内容として存在していたのであれば、医師や看護師は「ボルタレン」という具体的な薬剤を指示したり指示受けしたりしたというよりもむしろ、セットメニュー形式の指示を取り扱ったという流れの中で、電子カルテのアレルギー情報を活用できず禁忌薬剤が投薬されてしまうことはありうると考えられる。そこでセットメニュー形式の指示の取り扱いのルールが再発防止のために重要である。

No. 8 「薬剤アレルギー情報が伝達されなかった事例」

- No. 6 で指摘したように、薬剤アレルギー情報の取り扱いと、いわゆるセットメニュー形式の

指示との両者を適切に取り扱うことは重要な課題である。

- セットメニュー形式の指示を廃止して、医師が個別薬剤ごとに指示を入力するような指示出し時の事務的な作業の増加を認めることは現実的ではないと考えられるため、セットメニューの効率性や有用性を活かしながら、禁忌薬剤の投与を防止していくという観点で対策を検討することが重要である。
- 危険な生体反応を起こしやすい薬剤をチェックリスト化しておくことが有用ではないか。

No. 9 「処方時の薬剤の用法・用量の誤り」

- 現在も報告されることがあるメトトレキサートの処方の誤りの事例であるが、本事例のように他の診療科でメトトレキサートを処方された患者が入院して来ることがあるので、様々な診療科に周知することが重要。
- メトトレキサートの処方については、本事業で医療安全情報を2回提供している。しかし医師は自分の専門領域で処方する薬剤であれば注意して見るかもしれないが、それ以外は頭に残らない可能性もあることに留意が必要である。
- エラーに気付いたのちも誤投与が続いている点は問題である。
- 現在でも、類似事例が報告されている。医療安全情報により同種事例の注意喚起を2回行っており、その間にメトトレキサートの包装のデザイン変更が行われ注意文言の追加や服用日の記載欄が設けられたが、その活用を含め一層の注意喚起や医療安全情報の活用を促すことが必要である。
- 患者が外来診療の中で薬を処方されたのち、薬局で調剤を受ける場合は、医療機関で生じたエラーを発見するために薬局における鑑査や疑義照会が重要となる。そのために、普段から医療機関と薬局との間に円滑な意思疎通が行われていることが重要である。
- 患者や家族は、薬局でよく説明を受けることが医療事故防止のために重要である。

イ) 外来・病棟→薬剤部 (No. 10、11)

No. 10 「抗がん剤のプロトコールの登録を間違えた事例」

- 「3週に1回」と登録すべきところ「毎週1回を3週間」と登録したことは、入力間違いとも考えられる。これを防ぐために、もともと知られているプロトコールのリストを準備しておき、必要に応じその中から選択する方法にするとよいのではないか。
- 一度登録された誤ったプロトコールについて、特に使用する前にその誤りを見つけることは困難ではないか。
- 臨床試験が盛んになり、様々な診療科が様々な臨床試験グループに参加しているために、医療機関の内部委員会等による化学療法のプロトコールの管理が複雑になっており、安全の観点からはその分リスクが高まっているとも考えられる。

No. 11 「抗がん剤の投与速度を間違えた事例」

- 医師、看護師、薬剤師がそれぞれ5-FUの投与速度をチェックしていると考えられるが、それら全てをすり抜けてエラーが起きてしまっている。
- 薬剤師には、プロトコールの登録時に抗がん剤の専門家の医師と同じレベルの知識で議論でき

る人もいるがそのような専門性の高い薬剤師は多くないので、化学療法の実施段階でも同様の能力の薬剤師の関与を確保することは難しいのが現状である。薬剤師が化学療法のカンファレンスに参加することで研鑽を積むことや、医師がそのような環境整備に協力することが期待される。

- 薬剤師の業務は、処方鑑査、調剤など、段階に分かれているので、上流の誤りを下流の業務段階で毎回全て振り返ってチェックすることは困難であるとともに、あるべき姿でもない。また、些細な疑義を一つひとつ全て前段階の作業者に確認すると、疑義の確認行為に対するスタッフの信頼性を低下させる懸念もある。
- 「5-FUを3日間連続投与するかのよう記載した」と「46時間持続投与であったのに24時間と記載した」点の2点の誤りのうち、チェックにより前者の誤りを発見したことで安心してしまい、後者の誤りに対する注意力が低下したとすれば、ありがちな誤りのパターンである。
- 本事例は入院における事例であるが、外来化学療法の際に、5-FUの投与に使用される加圧式医薬品注入器は使用されず、輸液ポンプが使用されて、投与速度を誤っている。このように、通常外来で行われる化学療法が病棟で行われること、通常使用する医療機器とは異なる医療機器を使用することなどが事例発生の背景・要因となっている可能性がある。
- 薬剤師が病棟で抗がん剤の選択、処方の機会等に関与し、頻繁に処方の疑問点を医師に質問ができる環境があればよいが、薬剤師の人数が限られているのが現状なので現実的とは言い難い。

ウ) 手術室→病棟 (No. 12)

No. 12 「薬剤を中心静脈から投与する濃度で末梢静脈から投与した事例」

- 手術室から病棟へ異動する過程で、この薬の指示や実施に複数の医師が関与している可能性がある。
- 具体的には、仮に事例に関与した医師が、主治医、執刀医、精密点滴指示簿に末梢からの投薬の指示を記載した医師など様々であったとすれば、それぞれの役割を分析していくことが重要でありそこに発生要因が見い出せる可能性もある。
- また、確保されているべき中心静脈ラインがなかったことが本事例発生の発端になっているので、それも要因である。このように、単に濃度だけの問題とはとらえられない方が良いのではないか。
- 注射指示箋、指示簿、投与されている薬剤のシリンジなどにガベキサートメシル酸塩の濃度の注意事項が記載されていれば、再発防止策の中で確認する媒体に加えることは有効であろう。

iii 診療科間の情報伝達の情報伝達の間違い

ア) 放射線科→血液内科

No. 13 「薬剤アレルギー情報が伝達されなかった事例」

- 本事例の背景・要因として、オーダーリングシステムの薬剤アレルギーの記載方法を知らなかったことが挙げられており、改善策がアレルギー情報をオーダーリングシステムに入力することになっていることを考えると、システムの使用法に関する教育が重要である。
- 薬剤アレルギー情報が伝達されなかった事例の背景要因には、一般に、1) アレルギー情報と

認識されていて伝達されていなかったのか、2) アレルギー情報の信頼性はどの程度か、という点を考慮することが重要である。特に後者については、少しでも「アレルギーあり」と記載されていれば全て禁忌である、ということには必ずしもならない。実際には、リスク、ベネフィット、アレルギー情報の信頼性の比較衡量により判断すべき問題である。

- 医師が結論するアレルギー情報の信頼性の程度によって、薬剤師による服薬指導の内容も変わってくるため、医師の判断は重要である。
- 古いアレルギー情報が、実際にはアレルギー情報として引き継ぐほど確実ではないと判断される時は、その後その情報は引き継がれないことがありうる。
- 確度を記載することが重要。本当に危険なアレルギー情報をそれとわかるように記録するルールや技術を持つことが重要である。
- そのような確度が明確になると、患者情報と薬剤マスターとを連動させて、処方できないようにすることも有効になる。
- 確度の低いアレルギー情報を削除していくことも重要である。現行の診療情報システムはそのようには活用されていないのではないか。

iv 診療科一部署間の情報伝達の間違い (No. 14)

ア) 内科→内視鏡室

No. 14 「薬剤アレルギー情報が伝達されなかった事例」

- 検査依頼書の「抗コリン剤不可」という情報の確認が不十分であった点は改善の余地がある。
- 同時に、No. 13の事例で指摘したように、その情報にどの程度の確度があるのか、どのような事象をもとに付されたアレルギー情報であるのか付記すれば、検査実施者にさらに多くの情報を提供することができると思われる。
- 患者が問診票に漫然と「いいえ」に丸印をつけることのないように注意喚起することも重要である。

④薬剤の施設間等情報伝達において伝達される情報の媒体や内容

図表Ⅲ-2-1に示した主体間の違いによって、情報伝達の媒体や情報内容が異なる。その内容を分析し、以下に示す。

i 施設間の情報伝達間違いにおいて伝達される情報媒体や内容

ア) 他施設—当該施設間において伝達される情報媒体や内容

他施設—当該施設間における情報伝達の媒体や内容としては紹介状に記載された処方内容が多かったが、患者が当該施設に入院する際に持参した薬そのものが、患者が服用している薬の情報そのものであった事例もあった。また、当該施設は、患者にインタビューする等により、その情報を補うように努めていた事例もあった。

イ) 当該施設—薬局間において伝達される情報媒体や内容

当該施設—薬局間における情報伝達の媒体や内容は、当該施設が発行した処方箋であった。

ii 部門・部署間の情報伝達間違いにおいて伝達される情報媒体や内容**ア) 外来－病棟間において伝達される情報媒体や内容**

外来－病棟間において伝達される情報媒体や内容としては、外来診療録（電子カルテ、紙カルテ）があり、情報の内容としては、薬剤アレルギー・禁忌情報、外来で処方された薬剤の処方内容（処方薬及び用法・容量、処方薬の用法・容量の変更）などがあった。

イ) 外来・病棟－薬剤部間において伝達される情報媒体や内容

外来・病棟－薬剤部間において伝達される情報媒体や内容としては、薬剤（報告された事例は抗がん剤）の処方や薬剤部に登録する化学療法のプロトコールなどがあった。

ウ) 手術室－病棟間において伝達される情報媒体や内容

手術室－病棟間において伝達される情報媒体や内容としては、手術室看護師から病棟看護師への申し送りやその際に伝達された、薬剤の内容や投与速度が記録された手術記録、看護記録、注射処方箋、またシリンジ表面の記載内容などがあった。

エ) その他

救命救急センター－HCU間では、持続投与されている薬剤の希釈条件が伝達されていた。

iii 診療科間において伝達される情報媒体や内容

診療科間において伝達される情報媒体や内容としては、診療を依頼した側の診療科の診療録、看護記録、薬剤師が作成する患者情報用紙、過去のサマリーなどに記載された薬剤アレルギー・禁忌情報などがあった。

iv 診療科－部署間において伝達される情報媒体や内容

診療科－部署間において伝達される情報媒体や内容としては、検査を依頼した側の診療科が作成した検査依頼書に記載された禁忌薬剤の情報などがあった。

以上の報告事例における、医療機関内外における様々な主体間で伝達される情報媒体や内容を、図表Ⅲ-2-4にまとめて示した。

図表Ⅲ-2-4 伝達される情報の媒体や内容

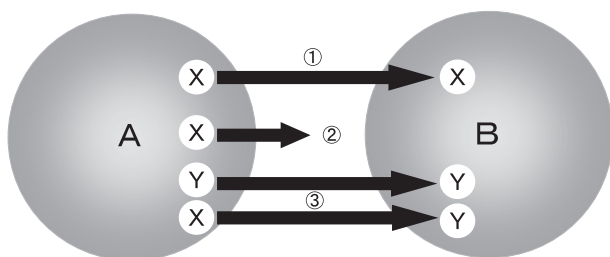
情報伝達の内容・情報の流れ	情報媒体や内容
施設間の情報伝達の間違い	
他施設→当該施設	紹介状に記載された処方内容 患者が当該施設に入院する際に持参した薬、等
当該施設→薬局	処方箋
部門・部署間の情報伝達の間違い	
外来→病棟	外来診療録（電子カルテ、紙カルテ）に記載された薬剤アレルギー・禁忌情報 外来で処方された薬剤の処方内容（処方薬及び用法・容量、処方薬の用法・容量の変更）
外来・病棟→薬剤部	薬剤（報告された事例は抗がん剤）の処方 薬剤部に登録する化学療法のプロトコール
手術室→病棟	手術室看護師から病棟看護師への申し送りやその際に伝達された情報（薬剤の内容や投与速度が記録された手術記録、看護記録、注射処方箋、またシリンジ表面の記載内容）
救命救急センター→H C U	持続投与されている薬剤の希釈条件
診療科間の情報伝達間違い	
精神科→皮膚科 放射線科→血液内科	診療を依頼した側の診療科の診療録、看護記録、薬剤師が作成する患者情報用紙、過去のサマリーなどに記載された薬剤アレルギー・禁忌情報
診療科一部署間の情報伝達間違い	
内科→内視鏡室	検査依頼書に記載された禁忌薬剤の情報

※矢印は情報の流れを示す。

⑤情報伝達を阻害する要因

情報伝達が行われなかったという事象には、大別して、1) 情報が途絶した、2) 情報が誤解して伝達された、3) 情報の途絶と誤解とがいずれもあった、という事例があった（図表Ⅲ-2-5）。実際には、報告される情報量が限られているため、厳密には分類できないが、報告された情報より、主に情報が途絶した事例、主に情報が誤解された事例、及びその両者が考えられる事例に分けて、それらの件数や途絶、誤解した理由を図表Ⅲ-2-6 及び図表Ⅲ-2-7 に示した。特に、情報が途絶した理由や情報が誤解された理由を見ると、診療録の確認や診療録の所定の位置に情報を記入、入力すること、正確な指示や報告などの重要性が改めて確認できる内容であり、報告された医療事故には、予防可能性があることが示唆された。

図表Ⅲ-2-5 報告事例から見た情報伝達の流れ



- ①正しい情報の伝達
 - ②情報伝達の途絶
 - ③誤った内容の情報伝達
- A、B 施設、部門、部署
X 正しい情報
Y 誤った情報

図表Ⅲ-2-6 情報伝達がなされなかった要因

情報伝達の内容・情報の流れ	主に情報の 途絶が要因	主に情報の 誤解が要因	情報の途絶・ 誤解が要因	計
	件数	件数	件数	
施設間の情報伝達の間違い	10	9	0	19
他施設→当該施設	10	7	0	17
当該施設→薬局	0	2	0	2
部門・部署間の情報伝達の間違い	4	3	3	10
外来→病棟	4	1	0	5
外来・病棟→薬剤部	0	1	1	2
手術室→病棟	0	1	1	2
救命救急センター→HCU	0	0	1	1
診療科間の情報伝達間違い	2	0	0	2
精神科→皮膚科	1	0	0	1
放射線科→血液内科	1	0	0	1
診療科一部署間の情報伝達間違い	0	0	1	1
内科→内視鏡室	0	0	1	1

※矢印は情報の流れを示す。

図表Ⅲ-2-7 伝達される情報の媒体や内容

※矢印は情報の流れを示す。

情報伝達の内容・情報の流れ	情報伝達が途絶した理由	情報が誤解された理由
施設間の情報伝達の間違い		
他施設→当該施設	<ul style="list-style-type: none"> カルテの所定欄に記入せず 診療端末を確認せず 診療情報提供書等を確認せず 診療情報提供書なし 医師に報告せず 診療録に記載せず 薬袋を確認せず 	<ul style="list-style-type: none"> 処方箋解釈の誤り 処方の誤り 他施設による薬剤の倍量処方 薬剤鑑定の誤り 配薬準備の誤り 持参薬確認の誤り
当該施設→薬局		<ul style="list-style-type: none"> 処方箋解釈の誤り 調剤の誤り
部門・部署間の情報伝達の間違い		
外来→病棟	<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテのアレルギー欄を確認せず 患者にアレルギー情報を確認せず 電子カルテシステムの問題^(注1) 外来カルテに記載せず 外来から病棟に情報伝達せず 医療情報システムの処方記録を参照せず 患者の申告のみに従った処方・投薬 外来で行った指示変更を病棟に指示せず 	<ul style="list-style-type: none"> 処方の誤り（用法の誤り）
外来・病棟→薬剤部	<ul style="list-style-type: none"> 化学療法のプロトコルを指示せず 外来主治医が出張であり、また他の医師にも化学療法のプロトコルを確認できず 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤部に誤った化学療法プロトコルを登録または指示
手術室→病棟	<ul style="list-style-type: none"> 主治医にCVラインが確保されていないことを報告せず 	<ul style="list-style-type: none"> 申し送りやその後の連絡内容の不明点を確認せずに投薬 薬剤の副作用に関する知識不足
救命救急センター→HCU	<ul style="list-style-type: none"> 急いでおり申し送りが未済 	<ul style="list-style-type: none"> 誤った希釈条件の確認に対して「はい」と返答
診療科間の情報伝達間違い		
精神科→皮膚科	<ul style="list-style-type: none"> 前回入院サマリーアレルギー情報の記載なし 	
放射線科→血液内科	<ul style="list-style-type: none"> 診療担当科にアレルギー情報を報告せず 	
診療科一部署間の情報伝達間違い		
内科→内視鏡室	<ul style="list-style-type: none"> 検査依頼書を確認せず 	<ul style="list-style-type: none"> 問診票のみの情報で禁忌薬剤の有無を判断

(注1) 注射オーダーリングではなくセットメニューからオーダーしたので禁忌情報を見ることができなかった。

(2) 薬剤の施設間等情報伝達に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

①発生状況

平成23年1月1日から3月31日の間に報告された病理に関するヒヤリ・ハット事例は、22件であった。今後も、テーマとして取り上げ報告を受け付ける本年12月までの間、継続して報告されると見込まれる。本報告書では、対象としている期間に報告された事例を医療事故と同様に分析、集計した。

②薬剤の施設間等情報伝達に関連したヒヤリ・ハット事例の内容や施設等

報告された事例を、医療事故情報と同様に、「施設間の情報伝達間違い」「部門・部署間の情報伝達間違い」「診療科間の情報伝達間違い」「診療科一部署間の情報伝達間違い」に分類し、具体的な施設、部門・部署、診療科等及び報告件数を示した(図表Ⅲ-2-8)。

図表Ⅲ-2-8 情報伝達の内容・情報の流れ(ヒヤリ・ハット)

情報伝達の内容・情報の流れ	件数
施設間の情報伝達の間違い	8
他施設→当該施設	6
当該施設→他施設	1
当該施設→薬局	1
部門・部署間の情報伝達の間違い	11
外来→病棟	1
病棟→薬剤部	2
薬剤部→病棟	2
病棟→病棟	2
病棟→I C U	1
I C U→病棟	1
病棟→透析室	1
病棟→H C U→病棟(帰棟)	1
診療科間の情報伝達間違い	3
麻酔科→眼科	1
腎・透析科→心臓外科	1
内分泌代謝科→〇〇科(診療科名不明)	1
診療科一部署間の情報伝達間違い	0
計	22

※矢印は情報の流れを示す。

③薬剤の施設間等情報伝達において伝達される情報の媒体や内容

図表Ⅲ-2-1に示した主体間の違いによって、情報伝達の媒体や情報内容が異なる。その内容を分析し、以下に示す。

i 施設間の情報伝達の間違いにおいて伝達される情報媒体や内容

ア) 他施設—当該施設間において伝達される情報媒体や内容

他施設—当該施設間における情報伝達の媒体や内容としては、紹介状等に記載された処方内容、

薬袋に記載された処方内容、患者が当該施設に入院する際に持参した薬そのものが、患者が服用している薬の情報そのものであった事例もあった。また、当該施設は、患者にインタビューする等により、その情報を補うよう努めていた事例もあった。

イ) 当該施設－薬局間において伝達される情報媒体や内容

当該施設－薬局間における情報伝達の媒体や内容としては、当該施設が発行した処方箋であった。なお、報告されている事例は、処方箋の内容に対する薬局による疑義照会がなされた事例であった。このように、媒体により情報が伝達されることにより新たに情報のやり取りが発生することがある。

ii 部門・部署間の情報伝達間違いにおいて伝達される情報媒体や内容

ア) 外来－病棟間において伝達される情報媒体や内容

外来－病棟間において伝達される情報媒体や内容としては、入院受付で持参薬を確認したのちになされる持参薬報告などがあった。

イ) 病棟－薬剤部間において伝達される情報媒体や内容

外来・病棟－薬剤部間において伝達される情報媒体や内容としては、薬剤部による持参薬の鑑別結果の報告、処方薬の変更のための連絡、中止薬剤の返却の連絡、抗がん剤の調整の実施の連絡などがあった。

ウ) 病棟間において伝達される情報媒体や内容

病棟間において伝達される情報媒体や内容としては、転棟前の病棟で使用した入院指示書や指示簿があり、薬剤の中止や溶解条件の変更などがその内容であった。

エ) 病棟－ICU間において伝達される情報媒体や内容

病棟－ICU間において伝達される情報媒体や内容としては、転棟前の病棟による申し送りや指示のほか、薬剤そのものの受け渡しがあり、内服している薬剤や薬剤の中止などがその内容であった。

オ) その他

病棟－透析室間において伝達される情報媒体や内容としては、病棟による申し送りがあり、患者が持参している薬やそれが患者管理となっていることなどがその内容であった。

iii 診療科間において伝達される情報媒体や内容

診療科間において伝達される情報媒体や内容としては、診療依頼する側と診療する側に分かれる中で、診療する側による投薬のオーダーリング入力などによる指示があった。

以上の報告事例における、医療機関内外における様々な主体間で伝達される情報媒体や内容を、図表Ⅲ-2-9にまとめて示した。

図表Ⅲ-2-9 伝達される情報の媒体や内容

情報伝達の内容・情報の流れ	情報媒体や内容
施設間の情報伝達の間違い	
他施設↔当該施設	紹介状等に記載された処方内容 薬袋に記載された処方内容 患者が当該施設に入院する際に持参した薬
当該施設→薬局	処方箋
部門・部署間の情報伝達の間違い	
外来→病棟	入院受付で持参薬を確認したのちになされる持参薬報告
病棟↔薬剤部	薬剤部による持参薬の鑑別結果の報告 処方薬の変更のための連絡 中止薬剤の返却の連絡 抗がん剤の調整の実施の連絡
病棟→病棟	転棟前の病棟で使用した入院指示書や指示簿による薬剤の中止や溶解条件の変更
病棟↔I C U	転棟前の病棟による申し送りや指示による薬剤の中止指示 薬剤そのものの受け渡し
病棟→透析室	病棟のワークシートに記載された患者の透析時持参薬やそれが患者管理であるという情報
診療科間の情報伝達間違い	
	他科（麻酔科）の医師が出した術前指示や透析時に投与する薬剤の指示など

※矢印は情報の流れを示す。

（3）薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故と医療安全情報

今回紹介した事例には、その事例の報告が直接的な契機となって本事業の医療安全情報を作成、提供した事例があり、他の事例も医療安全情報と関連のある事例がある。

例えば、事例1 「前医の紹介状の処方表記中の有効成分量と製剤量とを誤解して調剤した事例」及び事例5 「処方箋の製剤量と有効成分量を誤解した事例」は、医療安全情報 No. 18 及び No. 41 「[処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い]（初報及び第2報）」に、事例2 「紹介状に記載されていたアレルギー情報の伝達がなされなかった事例」及び事例7-9 「薬剤アレルギー情報が伝達されなかった事例」は、医療安全情報 No. 30 「アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与」に、事例10 「処方時の薬剤の用法・用量の誤り」は、医療安全情報 No. 2 及び No. 45 「抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制」（初報及び第2報）、事例11 「中心静脈から投与する濃度で末梢静脈から投与した事例」は、医療安全情報 No. 33 「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」に、それぞれ関連している。

このように、薬剤の施設間等情報伝達が発生した場合には、薬剤の領域における様々な種類の医療事故につながる可能性がある。したがって、本事業の成果物である医療安全情報を施設内の教育・研修の場などで是非繰り返しご活用頂きたい。

（4）まとめ

薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故を概観した。不正確な文書、不明確なコミュニケーション、指示変更の不徹底などの事例があった。また、医療事故には至らなかったものの、ヒヤリ・ハッ

ト事例の発生も報告されている。

今後も継続して事例の収集を続け、分析班において検討することとしている。本報告書では、報告された薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故を分析し、医療事故やヒヤリ・ハット事例の情報伝達の媒体や情報内容、具体的な医療事故を示し、薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故事例全体を概観した。

今後は、具体的ないくつかの主体間の事例に焦点をあてた分析を行っていくこととしている。

【2】食事に関連した医療事故

(1) 食事に関連した医療事故の現状

①発生状況

平成22年7月から平成23年6月まで、ヒヤリ・ハット事例のテーマとして「食事に誤った実施がなされたため、軽微な処置・治療を要した、または必要な検査・治療が延期・中止になった事例（注：経管栄養は除く）」を取り上げ、事例収集を行っている。

第23回報告書では、平成16年10月から平成22年12月31日の間に報告された医療事故195件について分析を行った。また、第24回報告書では、食事に係る「指示外の提供・摂取」の事例を取り上げ、その原因を分析した。本報告書では、本報告書対象期間（平成23年1月1日～3月31日）に報告された10件を加え、さらに集計・分析を進めた。

②食事に関連した医療事故の内容

食事に係る事例には、「指示外の提供・摂取」「アレルゲンの提供・摂取」「異食」「未提供」「誤嚥」等の内容の事例があり、本報告書集計期間に報告された食事に係る医療事故205件を内容で分類し、発生件数を集計した（図表Ⅲ-2-10）。それぞれの内容に該当する主な事例を第23回報告書に掲載した（第23回報告書、96～97ページ、図表Ⅲ-2-16）。

図表Ⅲ-2-10 食事に関連した医療事故の内容

内 容	発生件数
指示外の提供・摂取	8
アレルゲンの提供・摂取	10
異物混入	1
異食	4
未提供	0
誤嚥	179
その他	3
合計	205

食事に係る業務には、食事の計画から調理、配膳など、患者が食事を摂取するまで様々な段階の業務がある。医療機関によって、業務工程の内容や順序は必ずしも同一ではないが、23回報告書で示した「食事に係る医療事故を業務工程図の一例と起こりやすいエラー」（23回報告書、94ページ、図表Ⅲ-2-14）を用いて分類し、図表として取りまとめた（図表Ⅲ-2-11）。

図表Ⅲ-2-1 1 食事に関する業務工程の一例と起こりやすいエラーによる医療事故の分類

業務工程	起こりやすいエラーの分類	事例の内容							合計
		指示外の提供・摂取	アレルギーの提供・摂取	異物混入	異食	未提供	誤嚥	その他	
食事計画	未計画	0	0	0	0	0	5	0	5
	評価不足	0	0	0	0	0	79	0	79
食事指示	未指示	1	0	0	0	0	0	0	1
	食事指示内容間違い	1	0	0	0	0	1	0	2
	食事指示伝達間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
入力	未入力	0	1	0	0	0	0	0	1
	入力間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
食事指示受け	食事指示未確認	0	0	0	0	0	0	0	0
	食事指示確認不足	0	0	0	0	0	0	0	0
	システムエラー	1	1	0	0	0	0	0	2
患者説明	未説明	1	0	0	0	0	0	0	1
	説明不足	0	0	0	0	0	6	0	6
	患者の理解不足	1	0	0	0	0	7	0	8
集計・食札作成	食札未作成	0	0	0	0	0	0	0	0
	食札記載間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
	食数集計間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
調理指示	未指示	0	0	0	0	0	0	0	0
	調理指示内容間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
	調理指示伝達間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
調理指示受け	調理指示未確認	0	1	0	0	0	0	0	1
	調理指示確認不足	0	1	0	0	0	0	0	1
調理	食材選択間違い	0	5	0	0	0	5	1	11
	食形態の間違い	0	0	0	0	0	16	0	16
	提供量の間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
	特別食の内容間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
	異物の混入	0	0	1	0	0	0	0	1
配食	食事載せ間違い	1	0	0	0	0	0	0	1
	食札入れ間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
配膳	未配膳	0	0	0	0	0	0	0	0
	配膳遅れ	0	0	0	0	0	0	0	0
	患者間違い	0	1	0	0	0	0	0	1
	遅食・欠食時の誤配膳	0	0	0	0	0	0	0	0
摂食	観察・判断不足	0	0	0	4	0	33	0	37
	情報共有不足	2	0	0	0	0	12	1	15
	患者の判断による摂取	0	0	0	0	0	8	0	8
下膳	食事未回収	0	0	0	0	0	0	0	0
	食札未回収	0	0	0	0	0	0	0	0
不明		0	0	0	0	0	7	1	8
	合計	8	10	1	4	0	179	3	205

③食事に関する「アレルギーの提供・摂取」の医療事故

異物が体内に侵入したときに、体を守ろうとする防御（免疫）反応が、体に不利に作用し、かゆみ、くしゃみ、炎症、喘息等の様々な症状を引き起こすことをアレルギーといい、アレルギーの原因物質をアレルギーという¹⁾。その中でも食物がアレルギーであることによって引き起こされるアレルギーを、食物アレルギーという。本報告書では、食事に関する「アレルギーの提供・摂取」をした事例を取り上げ、その原因を分析した。

ⅰ 食事に関する「アレルゲンの提供・摂取」の医療事故の内容

「アレルゲンの提供・摂取」の医療事故報告は、平成16年10月から本報告書分析対象期間を含め、10件であった。医療事故として報告された「アレルゲンの提供・摂取」の事例は、全て患者がアレルゲンである食材を摂取した事例であった（図表Ⅲ-2-12）。また、報告された10件の事例の概要を掲載した（図表Ⅲ-2-13）。

図表Ⅲ-2-12 食事に関する「アレルゲンの提供・摂取」の医療事故の分類

	件数
アレルゲンを提供した	0
アレルゲンを摂取した	10

図表Ⅲ-2-13 食事に関する「アレルゲンの摂取・提供」の医療事故の概要

No.	事故の程度	事故の内容	事故の背景・要因	改善策
1	障害残存の可能性なし	患者は大豆アレルギーがあり、カルテ上では大豆禁食になっていた。しかし、大豆エキス入りの高カロリー食（栄養剤）を患者に配膳した。患者が摂取後、アナフィラキシー症状（呼吸苦症状、皮膚発赤、頻脈）を認めた。	患者の既往に大豆アレルギーがあるという情報が共有されておらず、配膳された食事内容の確認が十分でなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギーコメントを再度登録しなおし、食事オーダーに反映され、栄養管理室へ情報が伝わるようにした。 ・大豆アレルギーにおける「醤油」のような、例外対応の多いアレルギー項目について、例外食品を設ける必要が生じた際、アレルギーコメントを消さずに残したまま対応できるようなコメントを作った。 ・大豆アレルギーや小麦アレルギーのような特別な配慮を要するアレルギー食の場合は、別献立を作成し、個別の確認表を作る。 ・アレルギー対応と禁止対応の違いについて、一覧表にまとめ、病棟に周知した。 ・アレルギー食は、1品の盛り付け担当者が最後までトレイメイクを行う。 ・盛り付けをする段階で、アレルギー食は、違う種類の食器に盛り付ける。 アレルギー食を含む特別食はダブルチェックを行い、2回目のチェックは、該当する食事にかかわる作業を担当していないスタッフが行う。 ・アレルギーのチェック表について、責任の所在を明らかにするため、チェック者を記載し保存するようにした。

No.	事故の程度	事故の内容	事故の背景・要因	改善策
2	障害なし	<p>患児は乳製品アレルギーで入院していたが、おやつ時間に他の子供たちとプレイルームのテーブルで遊んでいた。保育士は、ヨーグルトを患児の前に置き、他患者のおやつを配膳のためプレイルームを離れた。10分後に戻ると別の患児の家族が患児にヨーグルトを食べさせていた。2口食べたところでアレルギー症状（口唇発赤）が出現した。すぐに抗アレルギー剤を投与したが、意識レベルの低下、血圧が低下が見られた。アナフィラキシーと判断しサクシゾン、ボスミンの投与を行い2時間後にはバイタル安定し意識レベルも回復した。</p>	<p>配膳した保育士は乳製品アレルギーがあることを知らず、ヨーグルトの数が患児を含めた数と合っていたため配膳のものと思い込んだが、その1つは、退院した患児のおやつであった。栄養部では、退院した患児の情報が、退院が急に決まり取り込まれていなかったため、情報処理はできない状況にあった。おやつには、食札がなかった。各食事には、患児の食札がついているが、おやつには付いていなかった。食札は栄養部で一括発行されている。プレイルームで数人の子供たちが遊んでいた。保育士が患児の前にヨーグルトを置き、他の患児の家族が食べさせた。他の患児や家族に食事アレルギーに関する説明等のインフォメーションがなく誰でも食事を食べさせることができる環境であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ネームバンドにアレルギーのマーク（赤色テープ）を貼る。 ・おやつや食事を配るときは、必ずダブルチェックする。 ・申し送りでアレルギー患者の氏名を声に出して全員で確認する。 ・プレイルームに食物アレルギーを注意喚起するポスターを貼る。 ・アレルギーの患者は食事のトレイに色を変える。 ・おやつに食札をつける。
3	障害残存の可能性なし	<p>外来にて入院が決定し、入院オーダー入力の際に夕食より『全粥軟菜』を入力した。その後、病棟へ入院した際、患者はデータベース患者記入欄に、『アレルギー』とあったため、『食物（カンパチ・ぶり系の魚）』と記載していた。翌日、患者本人より、「蕁麻疹がでた。夕食で魚が出たが、入院時にカンパチ・ぶり系でアレルギー症状があったことを書いていたので大丈夫だと思って全部食べた。」と掻痒感を訴えてきた。全身発赤、膨隆疹出現し、呼吸困難の訴えがあり、酸素3リットル開始した。</p>	<p>医師は、食事オーダー入力時に、患者からアレルギーの有無について情報を得ていなかった。看護師は患者情報記載欄のアレルギーの内容を記録から確認、アセスメントをしていなかった。医師、看護師はアレルギーの有無について情報を共有していなかった。患者にも、食事が開始する時に、食事の内容がこれでよいかを確認していなかった。献立表を患者用食堂にファイルにして置いてあるが、患者は献立メニューを見ていなかった。患者自身、食べた魚がぶりとは知らなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は食事オーダー入力の際に、患者に食物のアレルギー有無について確認をする。 ・看護師は患者の記録した情報を確認し、食事のアレルギーについて確認をする。 ・医師、看護師は、食事の開始時には、患者に食物アレルギーの有無について、食事の内容を再度確認する。 ・患者に食堂に献立表があることを説明しておく。 ・患者へ、魚について不明なときは、看護師等に聞くように説明しておく。

Ⅲ 医療事故情報等分析作業の現況

No.	事故の程度	事故の内容	事故の背景・要因	改善策
4	障害なし	看護師は配膳する際に食札に書かれた複数の食材の配膳禁止コメントを確認し、サラダの形態から判断してアレルギーの食材には該当しないと思って配膳した。食札にアレルギー食材が記載されていたため、患者本人も、当然それらの食材は避けて調理された献立だと思っていた。しかし、患者はアレルギーのある食材が入った食事であったことに気づき、アレルギーのある食材を食べたことをナースステーションに告げた。30分後、口腔内の違和感、舌のざらつき、舌と上顎のしびれ、頸部搔痒感訴えた。栄養管理室に電話にて確認し、山芋サラダであったことが判明した。主治医の診察受け、アレルギー症状のためステロイド点滴静注指示があった。	栄養士は、禁止コメントに即した、アレルギー患者用の献立指示をしなかった。 調理師は、アレルギー常食の食札に書かれた、アレルギー禁止コメントの内容を確認しなかった。 看護師は、禁止とされている食材は使用されていない献立と思い込み患者に配膳した。	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養管理室において確認システムの構築（栄養士は禁止コメントのある患者の献立確認を充分に行う。調理師は赤字で書かれた禁止コメント内容を調理の時、盛りつけの時に一つ一つ確実に確認をする。最終配膳の際にも同様にアレルギーの内容のものがないかを確認する。） ・病棟看護師は、患者自身にアレルギーの食物のチェック確認をしてもらうように、献立表をコピーして渡し、患者自身にも確認をしてもらうように説明をしておく。
5	障害残存の可能性 がある (低い)	特殊ミルク（卵・牛乳アレルギー）の患者。卵アレルギー用のミルクを注入するところ、普通用のミルクを注入してしまった。注入後呼吸困難、喘鳴、酸素飽和度の低下などの症状が出現した。治療を行い軽快した。	緊急入院の翌日であり、患者情報の共有ができていなかった。指示も普通ミルクとなっていた。	情報の共有を徹底する。
6	障害残存の可能性 なし	「息苦しい」と訴えあり。眼周囲の発赤認める。バイタルサインをチェックし、主治医に報告する。アナフィラキシーショックと診断され、処置施行。昼食の焼きそばが原因である可能性があり、栄養管理室に確認したところ、果物入りのソースが使用されていることが判明した。	アレルギー食と一般食の献立が同じであった。お好みソース（果物入り）が余っていたため、おいしくなると思い、通常使用しているソースに追加してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・食中毒と同じくらい、アレルギー食のエラーに対し緊張感をもつ。 ・献立表にリストアップされていない食材での調整は、必ず調理師長または副調理師長に相談し、栄養士に確認するようにした。

No.	事故の程度	事故の内容	事故の背景・要因	改善策
7	障害残存の可能性なし	食物アレルギー（甲殻類、魚介類、卵、小麦）があり、過去にアナフィラキシーショックを起こした既往あり。入院時、食事オーダーについては、小児科より給食部に情報提供があった。アレルギー食品のある場合は食札の読み上げで情報共有を行っていた。当日の主食が「厚焼玉子」だったため、カレー味に炒めた肉に変更した際、下処理で肉に小麦粉を付けて調理した。最終チェックを行う栄養士が別の問合せに対応したため、配膳カートの確認がないまま配膳された。病棟においても看護師2名で確認したが、カレー味の肉に付いた小麦粉に気付くのは難しかった。摂取後、全身発疹、嘔吐、SpO ₂ 低下、血圧低下、意識レベルの低下をきたし、薬剤投与にて改善した。	食物アレルギーについては、医師が『禁止食品』の欄に入力をする と給食班に情報が飛び、人の目で確認している。当該患児の食札には、小麦、いか、えび、貝類、かに、卵など記載されており、『小麦アレルギー』のみ赤字で表示がしてあった。調理師と管理栄養士のダブルチェックに不備があった。アレルギーに対する認識が不足していた。料理に使用している原材料の確認不足と把握不足があった。当該事例の食事は通常の食事と同じ場所で調理され、配膳する皿も一般的な食事と同じであった。	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟にアレルギー用献立、及び使用調味料を掲示してもらう。 ・母親を含めた確認を行う。 ・病棟、給食部において定期的な情報交換を行う。 ・職員採用時の安全オリエンテーションの見直し（職種に合わせた内容を検討）。 ・食物アレルギーのある食事の調理は、調理室の一角で個別調理を行う。
8	障害なし	入院時、患者より乳製品・ハム・ベーコンについてアレルギーがあるとの申し出があり、栄養士によるアレルギー食品の聞き取り調査を行い、それらを禁止とした特別献立となっていた。食事摂取後、洗面台で意識レベル低下している患者を発見した。2、3分は声かけに反応しなかったが、すぐ意識回復した。医師により、左手ルート確保し、酸素1リットルの投与開始した。上肢に発赤を認めたため、食べたものを確認したところ、患者より「朝食に出た牛乳を飲んだ」との返答があった。患者は、以前にも牛乳でショックの経験があるが、好きなので飲んでしまったと話す。	食事は片付けられており、牛乳が載っていたかは確認できなかったが、間違っ て牛乳が配膳されたと考えられる。アレルギー食は、外人食や特別な栄養指示の食事と一緒に、特別献立表として記載され、他の食事とは別のワゴンに準備して、2回 の確認作業をしてから病棟用のワゴンに乗せていたが、確認が不十分であった可能性がある。チェックの方法は、禁止食品が乗っていないこと の確認では無く、献立表を見て献立と合っているかの確認をしている。チェック表はなく、目視による確認 をしている。食札には、アレルギー食品は「(AL)」という印字がされているが、病棟で配膳する ときには、意識されていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギー患者の献立は、特別扱いの患者とも区別して、ピンクの用紙にアレルギー専用献立表として作成する。 ・献立表にチェック欄を設け、アレルギー項目についてもチェック、実施者のサインをする。 ・最終確認は、読み上げ者と確認者のダブルチェックとする。 ・配膳時の注意喚起のため、アレルギー食のトレイの色を黄色に変更し、食札に赤で（AL）のアレルギーマークを入れ、病棟での配膳時に最終確認を行う事を徹底する。

Ⅲ 医療事故情報等分析作業の現況

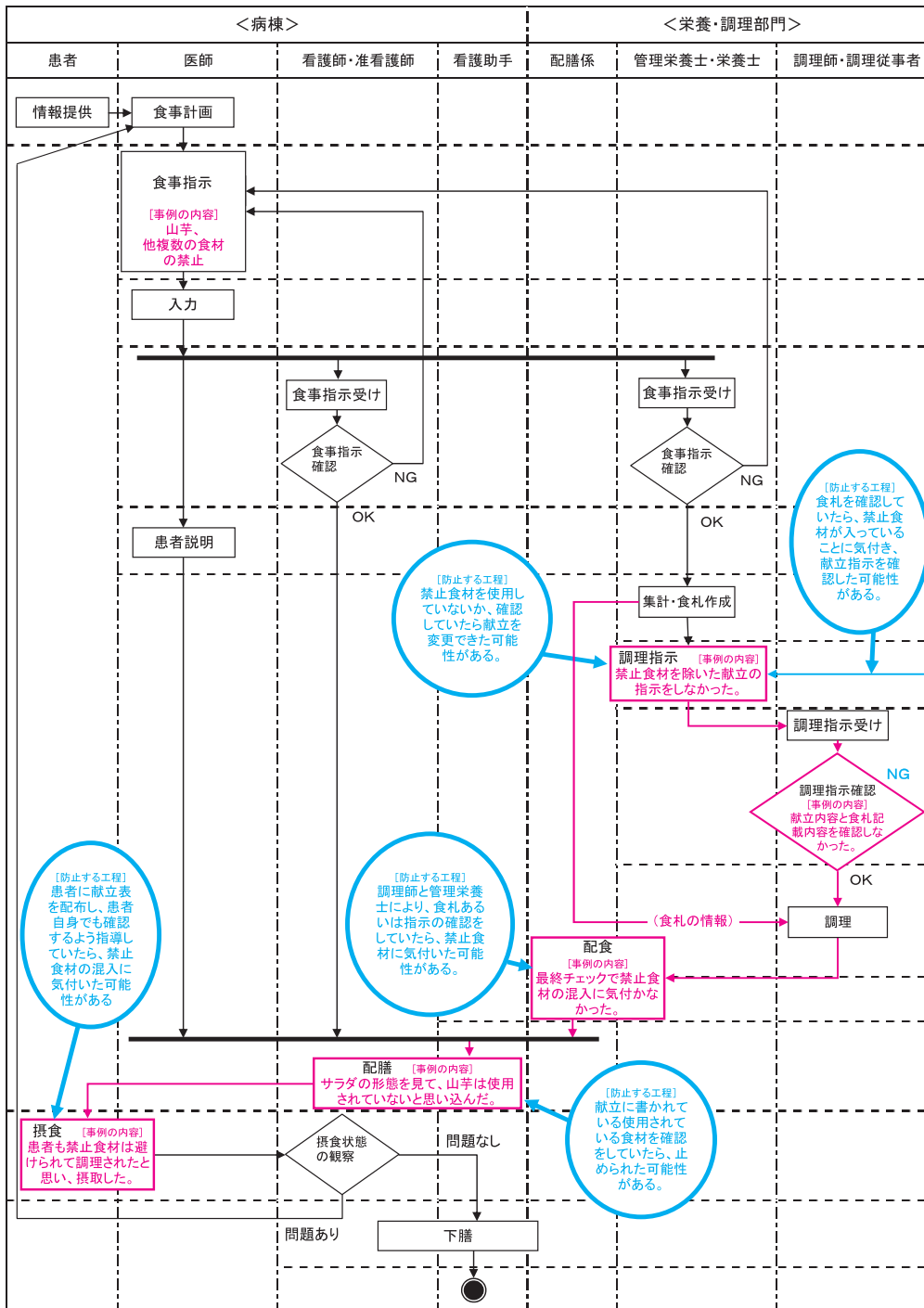
No.	事故の程度	事故の内容	事故の背景・要因	改善策
9	障害残存の可能性なし	<p>患児がおやつを請求した。その日のおやつは、いちごムースとオレンジジュースであったが、オレンジはアレルギーがあるためオレンジジュースは渡さなかった。患児が「いちごは食べたことがあるから大丈夫」と言ったため、いちごムースといちごジュースを渡した。30分後、学校の体育館でバスケットを行ったところ、眼の異常を訴え病棟に戻った。その後、眼瞼腫脹、充血、流涙、呼吸困難あり、医師が来棟し、処置を行った。果物に対する運動誘発アナフィラキシーがあり、果物が禁止になっていた。</p>	<p>患児は、果物に対する運動誘発アナフィラキシーがあり、果物が禁止になっていたにもかかわらずおやつに出ていた。「いちごは大丈夫」という患者の言葉を信用してしまった。患児の行動予定を把握しておらず、当事者はバスケットを行うということを知らなかった。患児は10歳代で、自分の疾患についての認識が不十分であった。スタッフも患児の疾患に対する認識の程度やアナフィラキシーの程度を把握できていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・禁止食は、おやつまで配慮し代替品を考えてもらう。 ・疾患に関する知識を、患児自身、スタッフも熟知する。 ・患児の行動に注意を払い、運動に行くときは念のため全身状態をチェックする。病棟から離れる場合は、アナフィラキシーショックに対応できるように、エピペンを携帯する。
10	障害残存の可能性なし	<p>患者の食事について、アレルギーコメント欄に青魚禁止・エビ禁止および、フリーコメント欄にキウイ、瓜類禁止と入力した。しかし、夕食時の献立にブロッコリーが調理され患者は摂取したが、その際は無症状であった。翌日、フリーコメント欄に里芋・山芋、ブロッコリー、カリフラワー禁止が追加された。患者が夕食を自力で摂取した後、「苦しい」とナースコールがあった。意識明瞭だが、咽頭部搔痒感あり、「夕食に（禁止食品であった）ブロッコリーとカリフラワーを食べた。」と話した。当直医師の診察し、アナフィラキシーショックと診断された。徐々に過換気となり、モニターを装着し、末梢点滴開始した。その後、意識レベル低下した。ソルメドロール 125mg 入りの点滴開始し、酸素 3L 開始後、「(かゆみは)ちょっと良くなった」と発語があった。夜間、状態変化なく経過し、朝食時には摂取可能となった。患者より、「20年ぶりに発作が出た」と言われる。</p>	<p>病棟から栄養管理部への伝達上のシステムエラーの存在することが判明した。調理場での食種確認は、作成された食札で行われるが、現在のオーダーリングシステムから入力されたフリーコメント欄は、部門システムには14文字しか反映されない。病棟でのフリーコメントの入力自体は文字数の制限がないため、入力する病棟側ではフリーコメント欄に入力したものはすべて、栄養管理部(調理場も含め)へ伝達できているものと考えていた。アレルギー食品と嗜好食品との区別が明確になっておらず、どちらの場合も禁止食品にしている多品目にわたることがある。アレルギー食品の場合も症状と状況との突合が可能であるはずである。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギー対応食種の新設。厚生労働省が表示を義務づけたアレルギーを引き起こすおそれのある5品目の特定原材料と特定原材料に準ずる20品目の食品を除いた食種「アレルギー食」を新設する。 ・栄養管理部では食事締め切り時間内に入力または連絡があればアレルギー食の対応は可能とする。 ・「食品アレルギーあり」と申告した患者の食事は、「アレルギー食」を選択し、表示された項目の中からあてはまる食品にチェックを入れる。 ・設定された項目の中に当てはまるものがない場合は、「その他あり」を選択し、フリーコメント欄に食品名を入力する(入力できる文字数は14文字でありそれ以上は入力できない。また、入力された14文字はすべて食札に打ち出される)。 ・「その他あり」を選択した時は、栄養管理部へ速やかに電話連絡する。連絡を受けた栄養管理部は、病棟へ出向きアレルギーの内容を看護師または患者から確認する。

ii 「アレルギーの提供・摂取」の医療事故の検討

第24回報告書では、「指示外の提供・摂取」の事例について「食事に関する業務工程図の一例」を用いて、医療事故の内容と医療事故を防止する可能性がある工程を提示した（第24回報告書、113-115ページ、図表Ⅲ-2-18～20）。本報告書でも同様に、「アレルギーの提供・摂取」の一部の医療事故事例の一部を「食事に関する業務工程図の一例」を用いて分析した。医療事故として報告された事例の内容とそこから推測される内容を赤色で示した。また、本来の業務工程を行えば医療事故を防止する可能性がある工程を青色で示した（図表Ⅲ-2-14～16）。業務工程に照らし合わせてみると、エラーを防止する工程が複数存在していることがわかる。さらに、エラーを防止する可能性がある「調理」、「配食」、「配膳」や「患者説明」などの各業務工程の際に、アレルギー食材の確認作業があれば、防止できた可能性がある事例が多く、この各業務の確認内容を標準化し、実施することが食事に関する「アレルギーの提供・摂取」の防止策になることが示唆された。

図表Ⅲ-2-14 医療事故の概要 No. 4の業務工程図

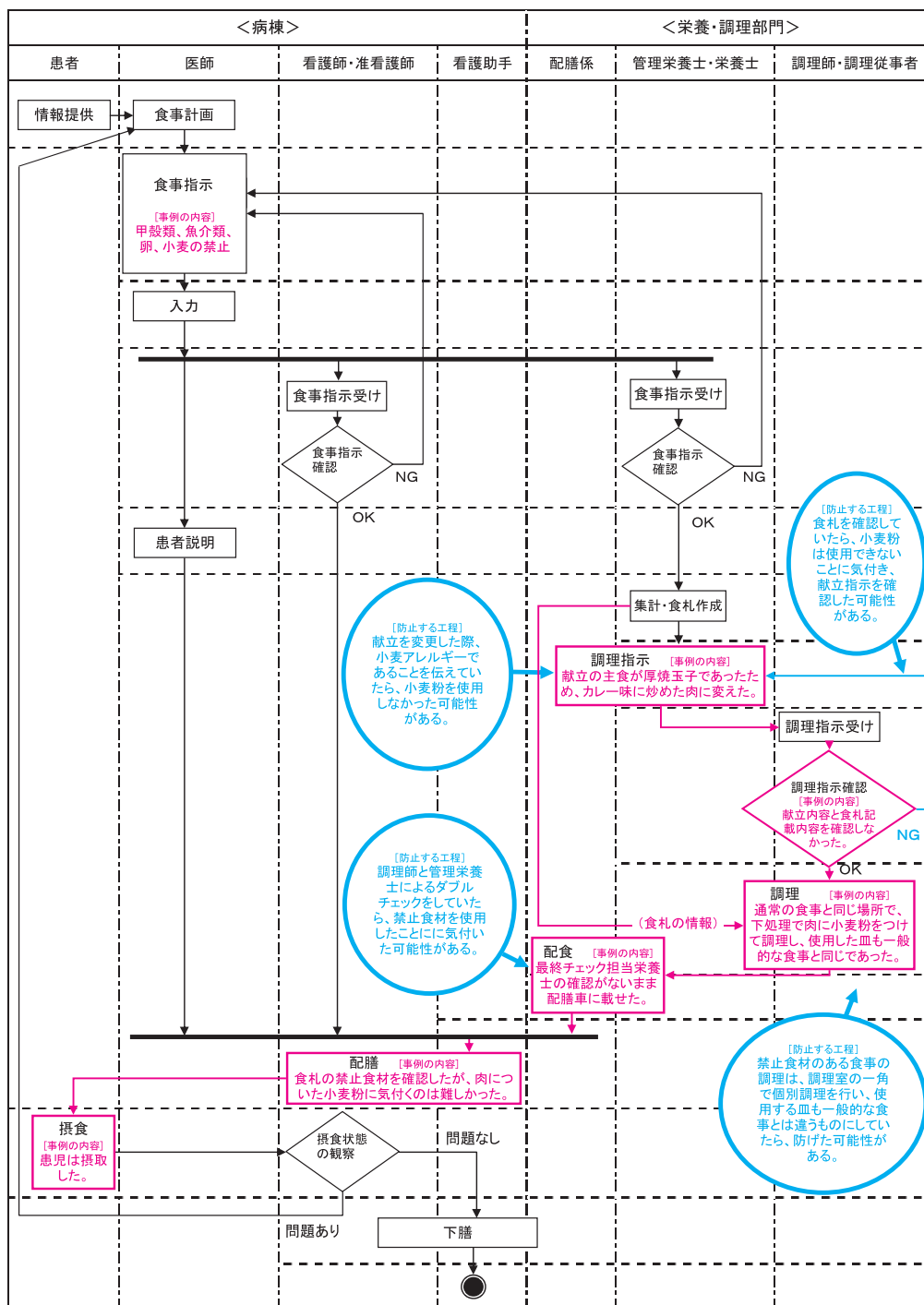
複数のアレルギー食材のコメントがある患者に、サラダの形態からアレルギー食材は使用していないと判断し、配膳した事例である。この事例では、「調理」の工程において、「調理指示受け」の工程で栄養士が指示した献立内容と、食札に記載されたアレルギー食材の2つの情報が存在し、禁止食材を除くことについて両者の情報が整合していなかったことが推測されるが、2つの情報を照合することなく、業務工程が進んだ事例である。また、配膳時に食事内容を確認しているものの、献立の内容との確認ではなく、食事を見た目で確認するにとどまっていた。



注)「食事に関する業務工程図と発生要因の一例」については、当事業部に報告された事例を参考に作成。

図表Ⅲ-2-15 医療事故の概要 No. 7の業務工程図

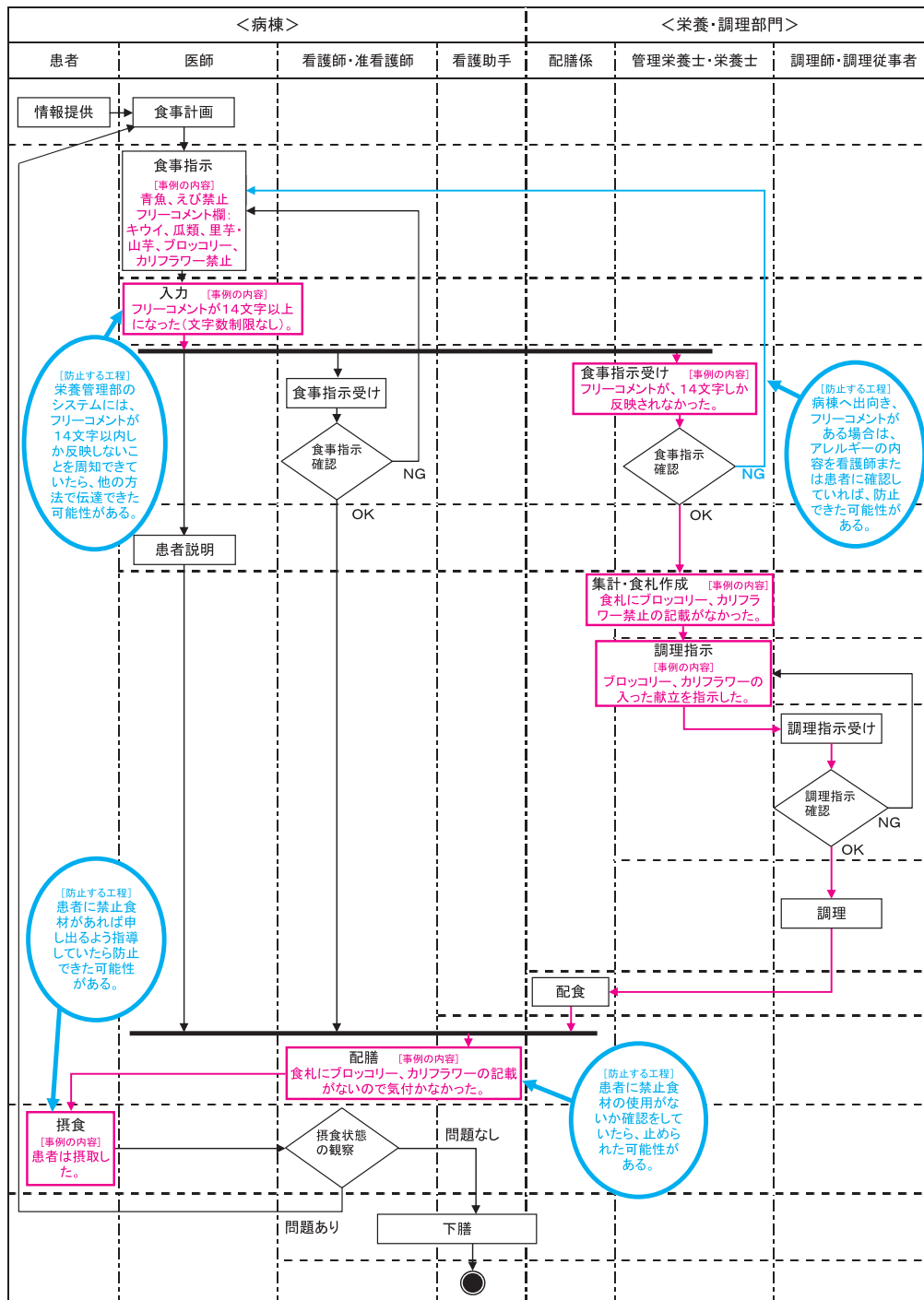
甲殻類、魚介類、卵、小麦がアレルギーである患者の主菜が「厚焼き卵」であったため、「カレー味に炒めた肉」に献立を変更したところ、肉の下処理で小麦粉を使用し、提供・摂取した事例である。この事例でも、図表Ⅲ-2-14 医療事故の概要 No. 4の業務工程図と同様に、「調理」の工程において、「調理指示受け」の工程で栄養士が指示した献立内容と、食札に記載されたアレルギー食材の2つの情報が存在し禁止食材を除くことについて両者の情報が整合していなかったことが推測されるが、2つの情報を照合することなく、業務工程が進んだ事例である。また、この事例の場合は、アレルギー食材が料理のつなぎとして使用された小麦粉であるため、調理、配食が終わり、配膳の段階に至ってはアレルギー食材の提供に気付くことは困難である。



注)「食事に関する業務工程図と発生要因の一例」については、当事業部に報告された事例を参考に作成。

図表Ⅲ-2-16 医療事故の概要 No. 10 の業務工程図

アレルギーコメント欄に青魚、えび禁止、フリーコメント欄に複数の使用禁止食材を入力したところ、フリーコメント欄は 14 文字までしか栄養・管理部門に伝わらないシステムであったため、15 文字目以降のアレルゲン食材が提供された事例である。この事例では、システムの改善または、システム上の条件の周知や、アレルゲン食材が複数ある場合の情報の取り扱いを明確にする必要がある。



注)「食事に関する業務工程図と発生要因の一例」については、当事業部に報告された事例を参考に作成。

iii 「アレルゲンの提供・摂取」の医療事故の背景・要因

ア) 報告事例に記載されている背景・要因

報告された「アレルゲンの提供・摂取」事例を、食物アレルギーの情報の把握について分類した（図表Ⅱ-2-17）。10件中8件の事例では、食物アレルギーの情報を把握しており、その内7件はオーダー入力もなされていた。さらに、報告された「アレルゲンの提供・摂取」事例を、摂取した食材の形態により分類した（図表Ⅱ-2-18）。アレルゲンとなる食材そのものを摂取した事例が多いが、つなぎや調味料など、目で見てもアレルゲン食材が含まれていることに気付くことが難しい事例もあった。

図表Ⅲ-2-17

食物アレルギー情報の把握	オーダー入力	件数
あり	あり	7
	不明	1
なし (患者はアレルギー欄に記載していた)	なし	1
不明	不明	1

図表Ⅲ-2-18

アレルゲンの形態	アレルゲン食材	件数	
食材そのもの	ヨーグルト、牛乳、山芋、魚（ブリ）、イチゴ、ブロッコリー・カリフラワー	6	
含まれていた	つなぎ	小麦粉	1
	調味料	お好みソース（果物入り）	1
	ミルク	普通乳（卵成分含む）	1
	栄養剤	大豆	1

医療事故報告の際に選択する「発生要因」の項目を見ると、多くの事例が「確認を怠った」を選択し、その他には「コンピューターシステム」、「連携ができていなかった」や「教育・訓練」などが選択されていた（図表Ⅲ-2-19）。

図表Ⅲ-2-19

確認を怠った	9
コンピューターシステム	4
連携ができていなかった	3
教育・訓練	3
判断を誤った	2
知識が不足していた	2
観察を怠った	1
仕組み	1
その他	2

※発生要因は、複数回答が可能である。

さらに報告された事例の「背景・要因」の報告項目に具体的に記述されている内容を、各項目に分けると、下記の通りであった。

1) 食物アレルギー情報の把握や共有に関すること

- ① 医師、看護師は、患者から食物アレルギーの有無について情報を得ていなかった。
- ② 医師、看護師は、食物アレルギーの有無について情報を共有していなかった。
- ③ 看護師は、患者情報記載欄の食物アレルギーの内容をアセスメントしていなかった。
- ④ 保育士は、患者に乳製品のアレルギーがあることを知らなかった。
- ⑤ スタッフは、患児の疾患に対する認識の程度やアナフィラキシーの程度を把握できていなかった。

2) 電子カルテ等に関すること

- ① 病棟で記載するフリーコメントの入力は文字制限がなく、入力したもの全てが栄養管理部へ伝達できているものと思っていた。

3) 食札に関すること

- ① 食札には、アレルゲン食材は「(A L)」という印字がされているが、病棟で配膳するときには、意識されていなかった。
- ② 作成される食札には、システム上入力されたフリーコメントのうち、14文字しか反映されないことを知らなかった。
- ③ おやつは食札がついていなかった。

4) 献立に関すること

- ① 栄養士は、アレルギー患者用の献立指示をしなかった。
- ② アレルギー食と一般食の献立が同じであった。

5) 調理・盛り付けに関すること

- ① アレルギー食は、通常の食事と同じ場所で調理され、配膳する皿も一般的な食事と同じであった。
- ② お好みソース（果物入り）が余っていたため、通常使用しているソースに追加した。
- ③ 調理師は、食札に書かれたアレルゲン食材コメントを確認しなかった。
- ④ 料理に使用している原材料の確認不足と把握不足があった。
- ⑤ アレルゲン食材が載っていないことの確認ではなく、献立表を見て献立と合っているかを確認していた。
- ⑥ アレルギー食は、2回の確認作業をしてから病棟用のワゴンに乗せていたが、確認が不十分でアレルゲン食材の牛乳を載せてしまった。
- ⑦ 調理師と管理栄養士のダブルチェックに不備があった。

6) 配膳に関すること

- ① 看護師は、果物がアレルゲンである患者に対し、オレンジは除いたが、「いちごは大丈夫」という患者の言葉で渡した。
- ② 保育士はおやつを配る際、ヨーグルトの数の総数と患児の人数とが一致したため、ヨーグルトが禁止である患児にも配った。
- ③ 看護師は、食事内容を見て、アレルゲン食材は使用されていないと思い込んだ。

7) その他

- ① アレルギー食材と嗜好食材との区別が明確になっていないため、多品目になっていることがある。
- ② 他の患者や家族に食事アレルギーに関する説明等のインフォメーションがなく、さらに誰にでも食べさせることができる環境であった。
- ③ 患者は献立メニューを見ていなかった。
- ④ 患者は10歳代で、自分の疾患についての認識が不十分であった。

イ) 専門分析班や総合評価部会で指摘された背景・要因

専門分析班や総合評価部会では、医療機関より報告された背景・要因の他に、次に記述する背景・要因も考慮することが重要であることが指摘された。

- ①患者の食事のアレルゲンの情報は、電子カルテ上、アレルギー欄の初期設定が空白であることが多い。空白が、アレルゲンとなる食材が「ない」ことを示すのか、アレルゲン食材があるかどうか「未確認」であることを示すのか分かりにくい。
- ②多くのアレルゲン食材があり食物アレルギーコメント欄だけでは記載できない場合、別にフリーコメント欄などを使用して記載したことにより、かえって、記載した情報の意味が曖昧になっている。アレルゲン食材以外に、嗜好により提供を控えたい食品が記載されると、食事に関して禁止すべき食材の情報が曖昧になる可能性がある。
- ③アレルゲン食材が存在する献立の作成時には、「この中の食材（または料理）から提供できる」という「選ぶ」作業ではなく、一般的な献立を基本とし、「この中に提供してはいけない食材が入っている」という「抜く」作業と、別の献立を「足す」という作業の二段階の作業を行っている。
- ④食事が病棟に上がった段階では、目に見えない食材の使用の確認には限界があり、食事に対するニーズの高まりにより、より早く温かい食事を提供することも求められるため、一つ一つの食事と食札と献立を照合し確認することには限界がある。
- ⑤小児のおやつは、食事と同様に大切な栄養源であるが、おやつが患児個別ではなく、複数人のおやつをまとめて病棟に渡していることで、患児とおやつとを突合する情報がない。
- ⑥患者は、配膳されると「当然、アレルゲンは入っていないだろう」という前提のもと摂取してしまう傾向がある。食事に関するアレルゲンを提供しないためには、栄養・調理部門側の各工程において、アレルゲン食材が入った食事をストップする必要がある。

iv 「アレルゲンの提供・摂取」の影響

食物アレルギーは、即時型アレルギーであるアナフィラキシーを引き起こし、患者にとって危険な状態に陥ることもある。下記に「食物アレルギー診療の手引き 2008」²⁾に記載されている『食物によるアナフィラキシーの臨床的重症度 (H.Sampson:Pediatrics.2003;111:1601-8.)』を掲載した(図表Ⅲ-2-20)。また、報告された「アレルゲンの提供・摂取」の事例10件の影響を『食物によるアナフィラキシーの臨床的重症度』を用いて分類した(図表Ⅲ-2-21)。食事に関する「アレルゲンの提供・摂取」の事例においては、Grade 4～5と重症度の高い事例が多い。

図表Ⅲ-2-20

Grade	皮膚	消化器	呼吸器	循環器	神経
1	限局性癢痒感 発赤 じんましん 血管性浮腫	口腔内癢痒感 違和感 軽度口唇腫脹	—	—	—
2	全身性癢痒感 発赤 じんましん 血管性浮腫	上記に加え 悪心、嘔吐	鼻閉 くしゃみ	—	活動性変化
3	上記症状	上記に加え 繰り返す嘔吐	鼻汁 明らかな鼻閉、咽 頭喉頭の 癢痒感／絞扼感	頻脈 (+ 15/分)	上記に加え 不安
4	上記症状	上記に加え 下痢	嘔声 犬吠様咳嗽 嚥下困難 呼吸困難、喘鳴 チアノーゼ	上記に加え 不整脈 軽度血圧低下	軽度頭痛 死の恐怖感
5	上記症状	上記に加え 腸管機能不全	呼吸停止	重度徐脈 血圧低下 心拍停止	意識消失

出典：食物によるアナフィラキシーの臨床的重症度（H. Sampson: Pediatrics. 2003; 111: 1601-8.）, 厚生労働科学研究班による食物アレルギーの診療の手引き 2008

図表Ⅲ-2-21 「食物によるアナフィラキシーの臨床的重症度」を用いた分類

Grade	件数
1	1
2	0
3	0
4	5
5	4

Ⅴ 「アレルゲンの提供・摂取」の医療事故が発生した医療機関の改善策

ア) 報告事例に記載されている改善策

報告事例に記載されている改善策を、各項目に分けると、下記の通りであった。

1) 食物アレルギー情報の把握や共有に関すること

・病棟側

- ① 医師は食事オーダー入力の際に、患者に食物のアレルギー有無について確認をする。
- ② 医師、看護師は、食事の開始時には、患者に食物アレルギーの有無について、食事の内容を再度確認する。
- ③ 看護師は患者の記載した情報を確認し、食事のアレルギーについて確認をする。

- ④ ネームバンドにアレルギーのマーク（赤色テープ）を貼る。
 - ⑤ 申し送りでアレルギー患者の氏名を声に出して全員で確認する。
- ・栄養・調理部門側
- ① 栄養管理部は、入力時に「その他あり」が選択された時に病棟へ出向き食物アレルギーの内容を看護師または患者から確認する。
- 2) システムに関すること
- ① アレルギーコメントを再度登録しなおし、食事オーダーに反映され、栄養管理室へ情報が伝わるようにした。
 - ② 大豆アレルギーにおける「醤油」のようなアレルギー項目について、アレルギーコメントを消さずに対応できるようなコメントを作った。
 - ③ 「食物アレルギーあり」と申告した患者の食事は、「アレルギー食」を選択し、表示された項目の中からあてはまる食材にチェックを入れる。
 - ④ 設定された項目の中に当てはまるものがない場合は、「その他あり」を選択し、フリーコメント欄には 14 文字まで食材名を入力できるようにした。
 - ⑤ 食事締め切り時間内に入力または連絡があれば、アレルギー食の対応を可能とする。
- 3) 食札に関すること
- ① フリーコメントに入力された 14 文字はすべて食札に打ち出されるようにした。
 - ② 食札に赤でアレルギーのマークを入れる。
 - ③ おやつに食札をつける。
- 4) 献立に関すること
- ① アレルギー対応食種の新設。厚生労働省が表示を義務づけたアレルギーを引き起こすおそれのある 5 品目の特定原材料と特定原材料に準ずる 20 品目の食材を除いた食種「アレルギー食」を新設する。
 - ② アレルギー患者の献立は、ピンクの用紙にアレルギー専用献立表として作成する。
 - ③ 大豆アレルギーや小麦アレルギーのような特別な配慮を要するアレルギー食の場合は、別献立を作成し、個別の確認表を作る。
 - ④ アレルギー食の場合は、おやつまで配慮し代替品を考える。
 - ⑤ 栄養士はアレルギー食材コメントのある患者の献立確認を充分に行う。
- 5) 調理・盛り付けに関すること
- ① アレルギー食は、1 品の盛り付け担当者が最後までトレイメイクを行う。
 - ② 食物アレルギーのある食事の調理は、調理室の一角で個別調理を行う。
 - ③ 献立表にリストアップされていない食材を使用する際は、必ず調理師長または副調理師長に相談のうえ、栄養士に確認する。
 - ④ アレルギーの患者の食事は、種類の違う食器への盛り付けやトレイの色を変える。
 - ⑤ 調理師は赤字で書かれたアレルギー食材コメント内容を調理の時、盛りつけの時に一つ一つ確実に確認をする。
 - ⑥ アレルギー食を含む特別食はダブルチェックを行い、2 回目のチェックは、該当する食事にかかわる作業を担当していないスタッフが行う。

6) 配膳に関すること

- ① おやつや食事を配るときは、必ずダブルチェックする。
- ② おやつの場合も、患者へ渡す際にアレルギー食材でないことを確認する。
- ③ 配膳時は、必要に応じて家族を含めた確認を行う。

7) 職員への周知・教育

- ① アレルギー対応と嗜好による使用禁止対応の違いについて一覧表を作成し、病棟に周知した。
- ② プレイルームに食物アレルギーを注意喚起するポスターを貼る。
- ③ 病棟にアレルギー用献立、及び使用調味料を掲示してもらう。
- ④ 病棟、給食部において定期的な情報交換を行う。
- ⑤ 職員採用時の安全オリエンテーションを見直す。
- ⑥ 疾患に関する知識を、スタッフも熟知する。

8) 患者への説明・教育

- ① 患者に食堂に献立表があることを説明しておく。
- ② 病棟看護師は、患者自身にアレルギーの食物のチェック確認をしてもらうように、献立表をコピーして渡し、患者自身にも確認をしてもらうように説明しておく。
- ③ 患者へ、食材について不明なときは、看護師等に聞くように説明しておく。
- ④ 疾患に関する知識を、患者自身にも持ってもらおう。

イ) 専門分析班や総合評価部会で指摘された改善策

専門分析班や総合評価部会では、前述の改善策の他に、再発防止の観点から、次に記述する改善策も考慮することが重要であることが指摘された。

1) 食物アレルギー情報の把握や共有に関すること

- ① 配膳に関わるスタッフは、患者の食物アレルギー等の情報を共有した上で食事の提供を行う。

2) 電子カルテ等に関すること

- ① アレルギーの欄は、「未確認」「ない」「ある」の選択が出来たうえで、「ある」の場合はアレルゲン食材等の内容を記載するシステムになっているとよい。アレルギー欄が空白の場合に、「ない」のか、「未確認」なのか分かりやすくする。
- ② 禁止となっている食材が、アレルゲンであるため絶対に禁止なのか、嗜好の問題で食材そのものは摂取できないが、調理方法として含まれている程度は摂取可能なのか、システム上分けて記載できるとよい。
- ③ アレルギー食など特殊な食事の場合は、コメント欄を確認しないと食札が発行されない仕組みになるとよい。

3) 食札に関すること

- ① 食札に記載された略語や記号について、職員に周知しておく。

4) 献立に関すること

- ① アレルゲン食材のある献立を作成する際は、一般的な献立から抜いて「足す」作業ではなく、使用可能な食材（または料理）から「選ぶ」作業に切り替える。

5) 調理・盛り付けに関すること

- ① 栄養士からの献立指示と食札に記載されたアレルゲン食材の2つの情報が揃うことが、調理

指示を受ける際の条件になるとよい。

- ② 調理されると形態では確認が難しい調味料等に含まれる食材に対応するため、アレルギーを除いた食事の皿やトレイは、一般的な食事と違うものにし、個別調理が望ましい。
- ③ おやつを提供は、食札やトレイを使用し、食事と同じ取り扱いにする。

6) その他

- ① 院内で採用されている栄養剤の整理を行い、使用している原材料の情報を共有できるようにする。

(2) 食事に関するヒヤリ・ハット事例の現状

①発生状況

第24回報告書に記載した通り、平成22年7月1日から12月31日の間に食事に関するヒヤリ・ハット事例は、291件であった。その後、平成23年1月1日から3月31日までに143件の報告があり、計434件となった。今後も、引き続きテーマとして取り上げ、報告を受け付ける平成22年6月までの間、継続して報告されると見込まれる。本報告書では、対象としている期間に報告された事例を医療事故と同様に分類、集計した。

②食事に関するヒヤリ・ハット事例の内容

報告されたヒヤリ・ハット事例を内容で分類し、発生件数を集計した（図表Ⅲ-2-22）。

また、平成22年7月1日から平成23年3月31日までに報告された434件について事例の内容を分析し、食事に関する業務工程の一例と起こりやすいエラーを用いて分類し、とりまとめた（図表Ⅲ-2-23）。

図表Ⅲ-2-22 食事に関連したヒヤリ・ハット事例

内 容	発生件数
指示外の提供・摂取	277
アレルギーの提供・摂取	18
異物混入	43
異食	5
未提供	60
誤嚥	11
その他	20
合計	434

図表Ⅲ-2-23 食事に関する業務工程の一例と起こりやすいエラーによるヒヤリ・ハット事例の分類

業務工程	起こりやすいエラーの分類	事例の内容							合計
		指示外の提供・摂取	アレルギーの提供・摂取	異物混入	異食	未提供	誤嚥	その他	
食事計画	未計画	0	0	0	0	0	0	0	0
	評価不足	1	0	0	1	0	2	0	4
食事指示	未指示	5	0	0	0	0	0	0	5
	食事指示内容間違い	2	0	0	0	0	0	0	2
	食事指示伝達間違い	2	0	0	0	1	0	0	3
入力	未入力	27	2	0	0	1	0	0	30
	入力間違い	12	0	0	0	9	0	1	22
食事指示受け	食事指示未確認	16	1	0	0	0	0	1	18
	食事指示確認不足	41	1	0	0	12	1	1	56
	システムエラー	2	1	0	0	1	0	1	5
患者説明	未説明	8	0	0	0	0	0	0	8
	説明不足	21	0	0	0	0	0	0	21
	患者の理解不足	9	0	0	0	0	0	0	9
集計・食札作成	食札未作成	0	0	0	0	5	0	0	5
	食札記載間違い	6	0	0	0	2	1	0	9
	食数集計間違い	2	0	0	0	1	0	1	4
調理指示	未指示	1	0	0	0	1	0	0	2
	調理指示内容間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
	調理指示伝達間違い	0	0	0	0	2	0	0	2
調理指示受け	調理指示未確認	2	0	0	0	0	0	0	2
	調理指示確認不足	20	4	0	0	1	0	0	25
調理	食材選択間違い	2	4	1	0	0	2	4	13
	食形態の間違い	2	0	0	0	0	0	0	2
	提供量の間違い	9	0	0	0	0	0	0	9
	特別食の内容間違い	7	1	0	0	0	0	0	8
	異物の混入	0	0	42	0	0	0	0	42
配食	食事載せ間違い	8	2	0	0	8	0	1	19
	食札入れ間違い	0	0	0	0	1	0	2	3
配膳	未配膳	0	0	0	0	13	0	0	13
	配膳遅れ	0	0	0	0	1	0	0	1
	患者間違い	32	1	0	0	0	0	0	33
	遅食・欠食時の誤配膳	31	0	0	0	0	0	1	32
摂食	観察・判断不足	2	0	0	3	0	2	0	7
	情報共有不足	5	1	0	0	0	0	0	6
	患者の判断による摂取	0	0	0	1	0	3	0	4
下膳	食事未回収	0	0	0	0	0	0	1	1
	食札未回収	2	0	0	0	0	0	0	2
不明		0	0	0	0	1	0	6	7
合計		277	18	43	5	60	11	20	434

③食事に関する「アレルギーの提供・摂取」のヒヤリ・ハット事例

テーマとして取り上げた平成22年7月1日から平成23年3月31日までに報告された「アレルギーの提供・摂取」のヒヤリ・ハット事例18件を医療事故の報告と同様に分類した（図表Ⅲ-2

-24)。ヒヤリ・ハット事例のため、アレルギーとなる食材を提供したが、摂取には至らなかった事例が最も多かった。また、アレルギーを摂取したヒヤリ・ハット事例が2件報告されているが、どちらの事例も前述した『食物によるアナフィラキシーの臨床的重症度』（122ページ、図表Ⅲ-2-20）のGrade 1に該当し、症状が軽度であった。

図表Ⅲ-2-24 食事に関する「アレルギーの提供・摂取」のヒヤリ・ハット事例の分類

内容	件数
アレルギーを提供した	16
アレルギーを摂取した	2

「アレルギーの提供・摂取」の事例18件を、医療事故には至らずヒヤリ・ハット事例であった理由で分類した（図表Ⅱ-2-25）。医療事故に至らなかった理由の多くは、患者が摂取する前に、患者本人、家族または医療関係者がアレルギーとなる食材の混入に気付いている。

また、「アレルギーの提供・摂取」のヒヤリ・ハット事例のアレルギーの形態で分類した（図表Ⅲ-2-26）。提供された食事のアレルギーの形態は、食材そのものが多く、また食材として含まれていた事例でも混入がわかる食材であったことにより、多くの事例が摂取する前に未然に防止できたと考えられる。しかし、アレルギー食材を摂取した事例のうち1件は、看護師がアレルギーである食材が入っていることに気付きながらも、食材が小さいから大丈夫と判断して摂取させた事例であり、医療従事者への食物アレルギーに関する教育も必要である。

図表Ⅲ-2-25

ヒヤリ・ハット事例であった理由	件数	
摂取する前に気付いた	患者本人が気付いた	5
	家族が気付いた	3
	医療関係者が気付いた	3
	詳細不明	5
摂取したが、症状が軽度であった	2	

図表Ⅲ-2-26

アレルギーの形態	アレルギー食材	件数
食材そのもの	卵、牛乳、えび、かに、そば、さば、やまいも、茎わかめ、メロン、ごま、鶏肉 等	17
含まれていた	プリン 卵	1

(3) まとめ

食事に関する業務において、様々な医療事故が発生している。また、医療事故には至らなかったものの、ヒヤリ・ハット事例の発生も多数報告されている。本報告書では、食事に関する「アレルギーの提供・摂取」の事例について、医療事故事例の内容や、一部の事例の業務工程図を示し、事例全体を概観した。また、報告された医療事故から、背景・要因や改善策、「アレルギーの提供・摂取」の事例の重症度について分析した。

今後も、具体的な医療事故やヒヤリ・ハット事例の内容に注目し、発生する原因を検討し、分析班において一つの焦点をあてた分析を行っていくことにしている。

(4) 参考文献

1. 厚生科学審議会疾病対策部会 リウマチ・アレルギー対策委員会. リウマチ・アレルギー対策委員会報告書. 平成17年10月. (online),
〈<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/dl/s1031-6a.pdf>〉 (last accessed 2011-04-19)
2. 海老澤元宏ほか：“食物アレルギーの診療の手引き 2008”，厚生労働科学研究費補助金 免疫アレルギー疾患等予防・治療等研究事業 アレルギー性疾患の発症・進展・重症化の予防に関する研究, pp.10 (2009-3) (online), available from 国立病院機構相模原病院臨床研究センター
〈<http://www.hosp.go.jp/~sagami/rinken/crc/index.html>〉 (last accessed 2011-04-19)
3. National Institute of Allergy and Infection Diseases, (online),
〈<http://www.niaid.nih.gov/Pages/default.aspx>〉 (last accessed 2011-04-19)

【3】医療用照明器の光源により発生した熱傷に関連した医療事故

(1) 発生状況

医療用照明器の光源は光の屈折・反射などの性質を応用した器械であり、内視鏡、顕微鏡、喉頭鏡などがある。本事業において、患者に医療用照明器を使用した際に、光源により熱傷をきたした医療事故は事業開始（平成16年10月）から5件報告された。そのうち、本報告書分析対象期間（平成23年1月～3月）に報告された医療事故は1件であった。

本報告書では、患者に医療用照明器を使用した際に、光源により熱傷をきたした事例5件について分析を行った。

(2) 事例概要

患者に医療用照明器を使用した際に、光源により熱傷をきたした事例5件の概要を以下に示す。

事例1

【内容】

小耳症形成術で術者は右耳の形成を行い、助手が肋軟骨採取時にストルツ光源（松本医科（ストルツ社）490CS）を付属の開創器に装着せずに使用し、電源を切らずに、そのまま患者腹部の覆布の上に置いたところ、覆布が焦げ患者腹部に1cm大の熱傷を負わせた。

【背景・要因】

2箇所ですべて同時に手術を行っていたことで、チームメンバーの注意が行き届かなかった。ストルツ光源の他にヘッドライトを使用していたが、ランプが切れ使用できなかった。ストルツ光源の電源は使用する側で操作できない。使用機材を器械台に戻さず、患者の上に置いた。

事例2

【内容】

患者に対し、右側臥位でドレーピングをし、左大腿骨骨切り術を開始した。術野を照らすために光源つきレトラクターの使用を開始した。レトラクター使用後、光源とレトラクターとの接続を外した。その後しばらくして、光源の電源を切っていないことに気がつき、電源を切った。手術終了後、ドレーピングを外したところ、患者の右大腿内側に約1.5cmの熱傷が形成されていた。光源の電源を切っていなかった間に損傷したものと思われた。イソジン消毒、バラマイシン軟膏を塗布し、ガーゼ保護した。

【背景・要因】

今回の手術では関節包を切開するところが良く見えなかったので、光源付きレトラクターを使用した。使用しない時も光源がONになっていた。普段から熱を持つことがあることには気付いていたが、使用していない時の置き場所を決めていなかった。

事例3

【内容】

経尿道的尿管結石碎石術終了後に患者の左恥骨部に縦約2.5cm、横約2cmの発赤とやや硬くなった皮膚異常を看護師が発見した。同時に使用したシートが高温により焼けた痕跡も発見した。光源コードの接触によりできた皮膚異常と推測した。

【背景・要因】

手術中、光源コードを医師が一時的に取り外した時に、光源コードのライトをつけた状態でシートに置いた為、接触した部分のシートが溶け、高温によって皮膚が熱傷を起こしたと思われる。光源コードの取り扱いについてのマニュアルはなく、熱傷の危険性については考えていなかった。通常は看護師が観察しながら光源を内視鏡から取り外した時に「スタンバイ」に戻したり、医師からの「外した」という声かけで電源を切っていたが、今回は、看護師も気付かず、医師の声かけもなかった。

事例4

【内容】

骨盤臓器脱の手術を施行。骨盤深部の視野を確保するために膀胱鏡ライトガイドを使用した。手術終了後、医師が右大腿部2箇所(2×8mm、2×40mm)の白色変性を認めた。手術中使用中の内視鏡ライトガイドの電源がONのままになっていた。形成外科よりⅢ度の熱傷と診断された。形成外科で壊死剥離術を施行し退院となった。

【背景・要因】

内視鏡用光源ケーブルに対する管理に対するリスクの認識が薄れた。医療者間のコミュニケーション不足があった。医療機器取り扱いに関する認識不足があった。

事例5

【内容】

低位前方切除術と人工肛門造設術を施行した。術野に照明をあてながら、洗浄液を流し血液を吸引した。手術終了時に清潔ドレープを外したところ、右腸骨付近に2cm×5cmの熱傷(発赤、水疱)を発見した。手術中に使用していた照明付きの吸引器具(バイタルビュー、バイタルビューセット)の先端を清潔シートの横のポケットに収納していたが、ハンドル部分の熱がドレープを通して伝わり、熱傷を起こしたと考えられる。

本来は、ハンドル部分の熱が限界に達していると電源ユニットの赤色のインジケータが点灯するが、この時は点灯しておらず、スタッフはハンドルの熱の上昇に気付かなかった。

【背景・要因】

患者を覆うドレープの上にこの器具を置いていた。

(3) 医療用照明器の光源について

医療用照明器の光源は、術野や病変部をより良い視野で確保するために、一般の白熱電球より明るいハロゲンランプや、高輝度で自然光に近いキセノンランプを用いた機器が主流になっている。ハロゲンランプは内部のフィラメントに通電し、白熱させた際の発光を利用しており、その光は温度が高い程明るい。キセノンランプはキセノンの原子あるいは分子の励起（原子・分子などがエネルギーの低い安定した状態から他との相互作用によってより高いエネルギー状態に移る）により光が発生する。光源より発生した光は、点灯とともに熱を発生するため、機器の管理によって発火や熱傷などの医療事故を引き起こす危険性がある。

最近では、高輝度の光源として、LED（Light Emitting Diode）を使用した医療機器もある。LEDは、光源より発生した光は電子の持つエネルギーを直接光エネルギーに変換するため、熱の介在を必要としない。

(4) 医療用照明器の光源に関連する医療事故について

①医療事故の発生状況

患者に医療用照明器を使用した際に、光源により熱傷に関連した事例5件は、全て手術の際の熱傷であった。手術の内容、その際に使用した医療用照明器などを図表Ⅲ-2-27に示す。5件は異なった手術であり、また医療用照明器も異なっている。このように様々な手術で様々な医療用照明器が使用されている現状にあると推測される。

図表Ⅲ-2-27

手術の内容	使用した医療用照明器の光源の種類	医療用照明器の光源を置いた場所および状況	熱傷の部位（大きさ）	件数
小耳症形成術	ストルツ光源	患者の腹部にかかっていた覆布の上	腹部（約1cm）	1
左大腿骨骨切術	光源付きレトラクター	覆布の上（置かれていた部位不明）	右大腿内側（約1.5cm）	1
経尿道的尿管結石砕石術	手術用光源	シーツの上（置かれていた部位不明）	左恥骨部（約2.5cm×約2cm）	1
子宮脱の手術（術式不明）	内視鏡光源ケーブル	不明	右大腿部2箇所（2mm×8mm、2mm×40mm）	1
低位前方切除術	光ファイバー手術用照明器（バイタルビュー）	清潔シーツの横のポケットに収納	右腸骨付近（2cm×5cm）	1

医療事故報告の際に選択する「関連診療科」の項目をまとめた図表を示す(図表Ⅲ-2-28)。様々な診療科が多様な手術に医療用照明器の光源を使用している。

また事例の「背景・要因」を見ると、普段から熱を持つことには気付いていたが熱傷の危険性については考えたことがなかった、認識が不足していたなど、日頃当たり前に使用している医療用照明器について、熱傷を起こす危険性があることにあまり注意していない現状がうかがえる。医療用照明器について、使用方法だけでなく注意事項も周知する必要があることが示唆された。

図表Ⅲ-2-28

関連診療科	手術の内容	件数
泌尿器科	経尿道的結石砕石術	2
	子宮脱の手術(術式不明)	
外科	低位前方切除	1
整形外科	大腿骨骨切術	1
形成外科	小耳症形成術	1

②手術中の医療用照明器の光源の管理状況

報告された事例について、「事故の内容」の項目から、医療用照明器の光源の管理状況を図表Ⅲ-2-29に示す。いずれも医療用照明器の光源を使用しない時も電源が「ON」になっていた。光源の「ON」「OFF」について「背景・要因」を見ると、光源の電源の操作を術者が行えない、医師の声かけで看護師が「ON」「OFF」を行っていたが医師の声かけもなく看護師も気付かなかった、など光源の「ON」と「OFF」を繰り返す際、複数の医師や看護師が連携しながら手術を進めている中で電源が「ON」のままになり、医療事故が生じている現状がうかがえる。

その他に光源を置く場所が手順通りでなかった事例などがあった。

図表Ⅲ-2-29

医療用照明器の光源の管理状況	
使用しない時も電源が「ON」になっていた	5
収納場所に確実に戻さない/置く場所が決まっていない	5
光源コードの取扱いマニュアルがない	2

※複数項目に該当する場合あり

③患者に熱傷が生じた経緯

患者に熱傷が生じた経緯を図表Ⅲ-2-30に示す。

覆布や単回使用汎用やサージカルドレープが焦げたり溶けたり、それらを熱が伝わったりして熱傷が生じている。覆布や単回使用汎用サージカルドレープは絶縁体ではないため、温度が上昇すれば、熱を伝導する可能性がある。また、覆布や単回使用汎用サージカルドレープ自体が燃えたり、溶けたりする可能性もある。直接皮膚に触れていないからといって、安易に覆布や単回使用汎用サージカルドレープの上に、電源の入った医療用の光源を置き留めることは、患者に熱傷を負わせる危険性があることを周知する必要性が示唆された。

図表Ⅲ-2-30

患者に熱傷が生じた経緯	
覆布が焦げた	1
単回使用汎用サージカルドレープが溶けた	1
単回使用汎用サージカルドレープが通して熱が伝わった。	2
不明	1

(5) 当該事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

- 1) 患者の上に医療用照明器の光源を置かない
- 2) 医療用照明器の光源使用後のルールの遵守
 - ① 機器類の使用後は必ず器械台に戻す。
 - ② 電源を切り、ポケットに収納して覆布の上に置かない。
- 3) 複数のスタッフによる連携の確保
 - ① 術野で光源を使用する際や、取り外した際は、必ず医師がその旨を看護師に伝える。
- 4) その他
 - ① 光源を取り外した際はスタンバイ状態にする
 - ② 光源を取り外した後、直接シーツや皮膚に触れないよう、コード側の取り扱いを工夫する。

(6) まとめ

手術の際、術野や病変部のより良い視野を確保するため、多くの場面で医療用照明器の光源が使用されている。医療者は患者の手術の進行だけでなく、医療用照明器の光源を含め、使用する医療機器の安全な管理にも注意する必要があることが示唆された。

現在では、熱の介在を必要としない高輝度の光源として、LEDを使用した医療機器もあることから、その導入の検討も望まれる。

【4】集中治療室（ICU）の入室時の薬剤の指示に誤りがあった事例

（1）発生状況

集中治療室（Intensive Care Unit、以下ICUとする）には、重篤な患者、高度の治療や処置を必要とする患者が入室する。本報告書では、ICUにおける医療事故の中でも、患者がICUへ入室した際の薬剤の指示の誤りに関連した事例に注目した。ICUの入室時の薬剤の指示に誤りがあった事例が、平成23年1月1日～3月31日に1件報告された。

本事業開始から平成22年12月31日までに報告された類似の事例は1件だった。

（2）事例概要

ICUの入室時の薬剤の指示に誤りがあった事例2件の概要を以下に示す。

事例1

【内容】

患者は脳梗塞で緊急入院し、通常別部門で治療する病状であったが、今回は当該ICUに入室した。入室後、医師は当該ICUのオーダー画面に、本来「スロンノンH I注6 A（12mL）＋生食36mL 2mL/hr」と入力するところ、「スロンノンH I注6 A（12mL）＋生食36mL 24mL/hr」と誤入力した。看護師は、準備から投与まで注射指示簿とオーダー端末画面を照合し、投与を開始した。翌日転棟後に病棟看護師が指示簿を見てスロンノンの量の多さに気付いた（通常1日6 A投与するところ、17時間で51 A投与）。

【背景・要因】

一般病棟とICU部門の注射指示入力画面の違い（点滴速度と交換サイクル（投与時間）の画面の位置が異なる）。注射指示を入力した医師は、3ヶ月前に当院に戻り、当該ICUのオーダー端末画面での指示入力は11ヶ月ぶりであった。また、当該ICUの看護師は2年ぶりに「スロンノンH I」を使用したため取扱いに不慣れで、作用・副作用は調べたが一日投与量までは調べず、過剰投与に気付かなかった。夜間のため、請求伝票でスロンノンを請求し、その場合、当院では薬剤師による処方鑑査はなかった。

事例2**【内容】**

A T L、慢性G V H Dによる閉塞性肺疾患にて外来でタクロリムス（0.8mg /日）、プレドニン投与を行っていた。また、慢性呼吸不全のため在宅酸素療法を受けていた。患者は、発熱認め、抗生剤内服を行っていたが、高熱出現、呼吸困難増強し救急車にて来院。全身管理目的でI C Uへ入室した。入室後、内服していたタクロリムスを夕方より持続静注で開始した。2日後、朝採血のタクロリムス血中濃度検査で220.4ng/mLと異常高値であったため12時に投与中止した。タクロリムスを1日量0.4mgで、0.1mg/mL溶液を4mL/日で投与しようとしたが、指示簿では4mL/hとなっており間違えていた。

【背景・要因】

I C Uでの指示出しが初めてであった。病棟での指示の出し方（旧量組成内容記載）とI C Uでの指示（濃度と時間量）が異なっていた。

(3) I C Uにおける医療事故等に関する安全管理指針

厚生労働大臣は平成15年12月24日厚生労働大臣医療事故対策緊急アピールにおいて、厚生労働省に「人」、「施設」、「もの」の3つの柱を立て新たな取り組みや対策の強化を進めるよう指示する旨を述べた。この中の「施設」に関する対策のひとつとして、「手術室や集中治療室などのハイリスク施設・部署におけるリスクの要因の明確化を図り、安全ガイドラインの作成を進める」ことが示された。厚生労働省は、平成18年1月、医療安全対策検討会議に「集中治療室（I C U）における安全管理指針検討作業会」（以下検討作業会とする）を設置し検討を重ね、集中治療室（I C U）における安全管理についての報告書を取りまとめた。その中で、I C Uがヒヤリ・ハット事例や医療事故の発生しやすい場所と考えられる理由として次の4つを示している。

- ① 重症患者であるため、行われる医療行為が複雑で密度も高い。
- ② 重症患者においては、医療事故が発生した際に、生命予後に影響が及ぶ可能性が高い。
- ③ 重症患者は、容態が急変しやすいため、医療従事者には迅速で的確な対応能力が必要とされる。
- ④ 重症患者は、それ以外の患者に比べ、生命維持装置等を装着し、多種類の薬剤や輸液等を必要とすることが多い。

また検討作業会は、集中治療を要する患者に安全に医療を提供するための管理指針として、平成19年3月「集中治療室（I C U）における安全管理指針」および「重症患者のうち集中治療を要する患者の安全管理指針」を作成した。「集中治療室（I C U）における安全管理指針」の内容は、1）目的、2）基本的考え方、3）本指針が対象とする集中治療室（I C U）について、4）医療従事者、5）運用と仕組み、6）設備環境整備、7）患者家族への情報提供、より構成されている。

(4) 事例の発生状況について

本報告書に報告された2件の医療事故事例について、事故の内容、I C Uへ患者が移動する前の場所、主な背景を整理した（図表Ⅲ-2-31）。

図表 3-Ⅲ-3 1 事例の発生状況

事例番号	事故の内容	移動前の場所	主な背景
事例 1	薬剤の過量投与	一般病棟	I C U と一般病棟のオーダーリングシステムが違っていた
事例 2	薬剤の過量投与	外来	I C U と一般病棟の指示の出し方が違っていた

(5) I C U の特徴について

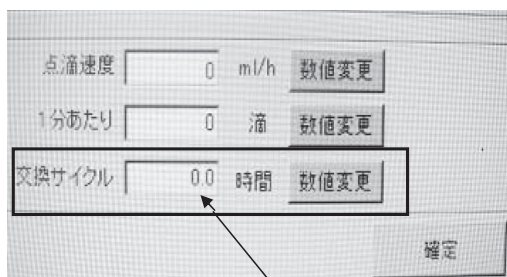
事例の背景より、I C U の特徴として、I C U と一般病棟のオーダーリングシステムは仕様や見え方が異なる、または指示の出し方が異なる、ということがあげられた。I C U へ患者が入室するのは重篤な状況や早急に高度な治療を要する状況である。そのため、医師の詳細な治療計画に対応できる指示のシステムが求められ、I C U では一般病棟と異なるシステムを運用している現状があることが推測できる。検討作業会が指摘しているように、I C U では患者に行われる医療行為が複雑で密度も高い中で、指示のシステムが変わることはエラーを生む一因となり、確実な履行や確認の重要性が示唆された。

(6) 事例 1 が発生した医療機関のオーダー端末画面について

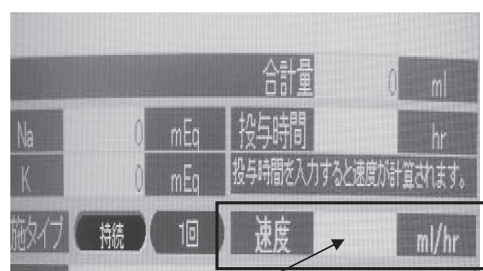
事例 1 が発生した医療機関のオーダー端末画面を次に示す。一般病棟のオーダー端末の画面は①点滴速度、②滴下数、③交換サイクル（投与時間）の順番であり、I C U は①合計量、②投与時間、③速度となっていた。そのため医師は、一般病棟のオーダー端末と同じ仕様のつもりで I C U のオーダー端末の点滴速度の入力欄に交換サイクル（投与時間）である「24」という数字を入力した。また、一般病棟の薬剤オーダーリングシステムは、極量を超えた場合、アラートが表示されるが、I C U のオーダーリングシステムでは、アラートを表示する機能がない、という違いもあった。

〈一般病棟と I C U のオーダー端末画面〉

一般病棟のオーダー端末画面



I C U のオーダー端末画面



医師は交換サイクル(投与時間)のつもりで、速度に「24」と入力をした。

(7) 事例が発生した医療機関の改善策について

当該事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

1) 医師の確認の徹底

- ① オーダー端末に入力を行った際は指示内容を再確認してから確定を行う。
- ② 重要な薬剤を入力した場合はオーダー端末のコメント欄に投与日・投与時間・投与量を記載する。

2) 看護師の確認の徹底

- ① 看護師は扱い頻度の少ない薬剤を扱う際は、必ず作用・副作用・禁忌・処方量を調べる。
- ② 扱い頻度の少ない薬剤を投与する場合は、投与前に医師と5Rの確認を必ず行う。

3) その他

- ① 広報誌で、一般病棟とICUの入力画面の違いの注意喚起を促す。
- ② 一般病棟またはICUのオーダー画面の改修を検討する。
- ③ ICUでの処方記載方法に病棟での記載をカッコ書きで記載する。

(8) まとめ

本報告書では、ICUの入室時の薬剤の指示に誤りがあった事例について、医療事故の内容を具体的に示し、発生状況、ICUの特徴等について分析した。

「集中治療室（ICU）における安全管理指針」1）で示されているように、ICUでは、高度で複雑な業務を遂行することが求められ、患者の生命予後に影響が及ぶ可能性も高い。医療機関では、柔軟な指示に対応できるよう、一般病棟とは異なった指示のシステムを使用している場合がある。しかし一方で、部署や診療科などで仕様や見え方が違う指示のシステムを使用していることがエラーを生む一因となっている現状もある。一般病棟とICUの指示の出し方について、指示を出す医師も指示を受ける看護師もシステムの違いを理解することとともに、組織の取り組みとして、医師や看護師などは、医療機関の中でも様々な部署や診療科にわたって医療行為を行う状況であることを前提とした指示のシステムの仕様や見え方を検討することも重要であろう。

今後も引き続き注意喚起するとともに類似事例の発生の動向に注目していく。

(9) 参考文献

1. 厚生労働省. 集中治療室(ICU)における安全管理指針. 平成19年3月30日集中治療室(ICU)における安全管理指針検討作業部会報告書. (online), <<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/070330-5.pdf>> (last accessed 2011-4-11)

3. 再発・類似事例の発生状況

本事業では、医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例を収集し、個別のテーマに関する医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を併せて総合的に検討・分析を行い、更に、個別のテーマの他に「共有すべき医療事故情報」や「医療安全情報」により、広く共有すべき医療事故情報等を取り上げ公表してきた。

ここでは、これまで個別のテーマや「共有すべき医療事故情報」、「医療安全情報」として取り上げた再発・類似事例の発生状況について取りまとめた。

【1】概況

これまで提供した「医療安全情報」において、本報告書分析対象期間（平成23年1月～3月）に報告された類似事例は、17項目30件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「薬剤の取り違い」が3件、「アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与」が3件、「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」が3件、「小児の輸液の血管外漏出」が2件、「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」が2件、「間違ったカテーテル・ドレーンへの接続」が2件、「注射器に準備された薬剤の取り違い」が2件、「持参薬の不十分な確認」が2件、「セントラルモニター受信患者間違い」が2件、「清拭用タオルの熱傷」が2件、であった。

また、これまで取り上げた「共有すべき医療事故情報」において本報告書分析対象期間に報告された類似事例は、17項目37件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「熱傷に関する事例（療養上の世話以外）」が5件、「ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例」が4件、「施設管理の事例」が4件、「体内にガーゼが残存した事例」が4件、「眼内レンズに関連した事例」が4件、「療養上の世話」において熱傷をきたした事例」が2件、「左右を取り違えた事例」が2件、「薬剤の注入経路を誤って投与した事例」が2件、「ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例」が2件、であった。

最後に、これまで取り上げた「個別テーマの検討状況」において本報告書分析対象期間に報告された類似事例は、6項目9件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「皮下用ポート及びカテーテルの断裂に関連した医療事故」が3件、「薬剤内服の際、誤ってPTP包装を飲んだ事例」が2件、であった。

「医療安全情報」、「共有すべき医療事故情報」及び「個別テーマの検討状況」に取り上げた類似事例の報告件数を図表Ⅲ-3-1に示す。

本報告書分析対象期間において発生した類似事例のうち、医療安全情報に取り上げた、「薬剤の取り違い」、「誤った患者への輸血」、「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」、「清拭用タオルによる熱傷」、について事例の詳細を紹介する。

図表Ⅲ-3-1 平成23年1月から3月に報告された再発・類似事例

内容	件数	出典
薬剤の取り換え	3	医療安全情報 No. 4 (平成 19 年 3 月)
入浴介助時の熱傷	1	医療安全情報 No. 5 (平成 19 年 4 月)
小児の輸液の血管外漏出	2	医療安全情報 No. 7 (平成 19 年 6 月)
MRI 検査室への磁性体 (金属製品など) の持ち込み	2	医療安全情報 No. 10 (平成 19 年 9 月)
誤った患者への輸血	1	医療安全情報 No. 11 (平成 19 年 10 月)
間違ったカテーテル・ドレーンへの接続	2	医療安全情報 No. 14 (平成 20 年 1 月)
注射器に準備された薬剤の取り換え	2	医療安全情報 No. 15 (平成 20 年 2 月)
伝達されなかった指示変更	1	医療安全情報 No. 20 (平成 20 年 7 月)
化学療法の治療計画の処方間違い	1	医療安全情報 No. 22 (平成 20 年 9 月)
処方入力の際の単位間違い	1	医療安全情報 No. 23 (平成 20 年 10 月)
小児への薬剤 10 倍量間違い	1	医療安全情報 No. 29 (平成 21 年 4 月)
アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与	3	医療安全情報 No. 30 (平成 21 年 5 月)
ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出	3	医療安全情報 No. 33 (平成 21 年 8 月)
持参薬の不十分な確認	2	医療安全情報 No. 39 (平成 22 年 2 月)
セントラルモニター受信患者間違い	2	医療安全情報 No. 42 (平成 22 年 5 月)
清拭用タオルの熱傷	2	医療安全情報 No. 46 (平成 22 年 9 月)
酸素残量の未確認	1	医療安全情報 No. 48 (平成 22 年 11 月)
グリセリン浣腸に伴い直腸穿孔などをきたした事例	1	共有すべき医療事故情報 (第 3 回報告書)
「療養上の世話」において熱傷をきたした事例	2	共有すべき医療事故情報 (第 5 回報告書)
左右を取り違えた事例	2	共有すべき医療事故情報 (第 8 回報告書)
外形の類似による薬剤間違いの事例	1	共有すべき医療事故情報 (第 9 回報告書)
熱傷に関する事例 (療養上の世話以外)	5	共有すべき医療事故情報 (第 9 回報告書)
未滅菌の医療材料・器材を使用した事例	1	共有すべき医療事故情報 (第 11 回報告書)
ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例	4	共有すべき医療事故情報 (第 11 回報告書)
施設管理の事例	4	共有すべき医療事故情報 (第 11 回報告書)
薬剤の注入経路を誤って投与した事例	2	共有すべき医療事故情報 (第 12 回報告書)
ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例	2	共有すべき医療事故情報 (第 13 回報告書)
口頭での情報伝達の間違いが生じた事例	1	共有すべき医療事故情報 (第 13 回報告書)
体内にガーゼが残存した事例	4	共有すべき医療事故情報 (第 14 回報告書)
検体に関連した事例	1	共有すべき医療事故情報 (第 15 回報告書)
眼内レンズに関連した事例	4	共有すべき医療事故情報 (第 15 回報告書)
歯科診療の際の部位間違いに関連した事例	1	共有すべき医療事故情報 (第 15 回報告書)
アレルギーに関連した事例	1	共有すべき医療事故情報 (第 15 回報告書)
凝固機能の管理にワーファリンカリウムを使用していた患者の梗塞及び出血の事例	1	個別のテーマの検討状況 (第 20 回報告書)
皮下用ポート及びカテーテルの断裂に関連した医療事故	3	個別のテーマの検討状況 (第 21 回報告書)
注射器に分割した輸血に関連した医療事故	1	個別のテーマの検討状況 (第 21 回報告書)
MRI の高周波電流ループによる熱傷	1	個別のテーマの検討状況 (第 22 回報告書)
薬剤内服の際、誤って PTP 包装を飲んだ事例	2	個別のテーマの検討状況 (第 23 回報告書)
予防接種ワクチンの管理に関する医療事故	1	個別のテーマの検討状況 (第 23 回報告書)

【2】「薬剤の取り違い」（医療安全情報 No. 4）について

（1）発生状況

医療安全情報 No. 4（平成19年3月提供）では、薬剤の名称が類似していることによる「薬剤の取り違い」を取り上げた（医療安全情報掲載件数7件 集計期間：平成16年10月～平成18年12月）。更に21回報告書においても、報告書分析対象期間に該当事例が報告されたことを受け、再発・類似事例の発生状況（第21回報告書P121～123）で取りまとめた。更に本報告書の分析対象期間（平成23年1月～3月）においても類似の事例が3件報告されたため、取り上げることにした。

これまで、薬剤の名称が類似していることによる「薬剤の取り違い」の事例は、平成17年に3件、平成18年に4件、平成19年に4件、平成20年に3件、平成21年に3件、平成22年は1件であった。（図表Ⅲ-3-1）。


図表Ⅲ-3-2「薬剤の取り違い」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	1	1	0	1	3
平成18年	1	2	1	0	4
平成19年	2	1	0	1	4
平成20年	0	0	0	3	3
平成21年	2	1	0	0	3
平成22年	1	0	0	0	1
平成23年	3	—	—	—	3

図表Ⅲ-3-3 医療安全情報 No. 4 「薬剤の取り違い」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.4 2007年3月

財団法人 日本医療機能評価機構



No.4 2007年3月

「薬剤の取り違い」

薬剤の名称が類似していることにより、取り違えた事例が7件報告されています（集計期間：2004年10月1日～2006年12月31日、第3回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載）。

投与すべき薬剤	取り違えた薬剤
アルマール錠	アマリール錠
アレロック錠	アレリック錠
セフェマゾン静注用	注用セフェマゾン
タキソール注射液	タキソテル注
タキソテル注	タキソール注射液
ファンガード点滴用	ファンギゾン
ラクテックD注	ラクテック注

**薬剤の名称が類似していることによる
取り違いが報告されています。**

◆その他にも、当事業の第7回報告書p64-65では、ヒヤリ・ハット事例の中から名称の類似が原因と考えられる主な薬剤を取り上げています。

◆◆◆◆ 医療事故情報収集等事業 **医療安全情報** No.4 2007年3月 ◆◆◆◆

「薬剤の取り違い」

事例 1

当該診療科では化学療法処方時に際し、パソコン内に定型化した独自の伝票を使用していた。「タキソール200mg+パラプラチン400mg」を投与する予定であったが、誤って「タキソテル+パラプラチン」の伝票を出力したことに気付かず、投与量を記入したため、指示が「タキソテル200mg+パラプラチン400mg」となり、患者に実施した。


事例 2

抗生剤「セフェマゾン」が処方された。薬剤師は「セフェマゾン」を調剤し、監査の薬剤師も気付かずに「セフェマゾン」が病棟に払い出された。病棟看護師は、注射指示欄と払い出された薬剤を確認したが「セフェマゾン」を「セフェマゾン」と思い込み患者に実施した。

※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://jqahe.or.jp/html/accident.html#med-safe

※この情報の作成にあり、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、医療従事者の責務を判断したり、医療従事者に責務や責任を課したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階
電話：03-6217-0262(直通) FAX：03-6217-0263(直通)
http://jqahe.or.jp/html/index.html

(2) 事例概要

本報告書対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例 1

【内容】

外来にて新たに高血圧治療薬（アルマール）を処方するところを糖尿病治療薬（アマリール）を処方した。再診日に内服によるめまい症状の訴えがあり、処方確認するとアマリールを処方していた。

【背景・要因】

カルテには「処方アルマール」と記載したが入力時にアマリールを選択した。入力画面にはアマリール（糖尿病薬）の注意喚起表示あり。腎内分泌内科医師として両薬剤についての知識は十分にあったが、確認不足であった。

事例 2

【内容】

患者の持参薬であるアイデイト錠について、薬局D I室において、薬剤名および薬効の鑑別が行われた。この際、「アイデイト錠（高尿酸血症治療薬）」とするところを、「アイデイト錠（ β 遮断薬）」と記載した。これは、アイデイト錠の鑑別の際に医薬品情報共有システムを使用して薬効を検索した際、アイデイト錠よりも上部にアイデイトロール錠（ β 遮断薬）の項目が表示されたためだと考えられた。

鑑別報告書は一旦病棟に上がったが、医師がこれらを参考にして処方を行う前に薬剤師が記入ミスに気付いたため、不適切な処方がされることはなかった。

【背景・要因】

アイデイト錠とアイデイトロール錠は頭文字 5 文字が共通しており、また両薬剤は同じ製薬メーカーの製品であり、医薬品情報共有システムに「アイデイト」と入力した際に判別できない状態であった。当院では、アイデイト錠は非採用薬品であり、間違いに気付かなかった。ジェネリック医薬品の増加や複数の類似医薬品名が存在していた。

事例3

【内容】

患者は肝不全の状態であった。20時30分 医師はアミノレバン 200mL + 50%ブドウ糖液 20mL の追加指示をした。看護師Aは医師から注射指示箋を手渡しされ、薬剤部へ電話連絡し薬剤を受け取りに行った。薬剤部では、当該患者の時間外処方が入力され、払出し明細表（病棟用・薬剤部用）及び注射処方箋が出力されていた。薬剤師はこの間問い合わせや他科依頼の注射払出しを行っていた。その後、急がなければとあせる気持ちのまま出力されていた当該患者の注射処方を読み、アミノレバンを名称類似薬であるアミグランドと勘違いして保管場所から取り揃えた。さらに、アンプルピッカーで調整された大塚糖液 50% 20mL の入ったラベル付き薬袋を輸液に貼付する際にはラベルと薬剤を照合すべきところ、高カロリー輸液に少量のブドウ糖液 20mL を加えなければいけないのだろうかとの疑問を持ち、気をとられラベルと薬剤の照合が不十分なまま搬送用ボックスに入れた。

看護師Aは、薬剤師から「アミノレバンですよ」と言われ「はい」と返事をし、注射ラベルを見て薬剤を搬送用ボックスに入れ、病棟に戻った。指示箋と大塚糖液 50% 20mL を照合しミキシングを行った。その際、看護師Aはダブルチェックしなかった。

21時10分 病室に行き輸液ポンプで流量 40mL/h、積算量 220mL と設定し側管から持続点滴を開始した。

22時・23時・24時 看護師Aは巡回時、点滴流量と積算量を確認した。

2時 深夜看護師Bは、看護師Aから申し送りを受け、患者の点滴が終了する頃だと思い病室に行った。輸液ポンプの流量は 40mL/h で積算量 187mL であったが、本体の残量が多くアミグランド 500mL であることに気付いた。

【背景・要因】

薬剤師は、業務が重なり多忙だったため、思い込みで間違った薬剤を払出した。

薬剤を受領した看護師はダブルチェックを行わなかった。

(3) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

1) システムによる取り違い防止

- ① 名称類似薬の過誤であることから、間違いの生じた薬剤の処方箋名称表記の際、薬効を併記するよう変更し、類似名称及び思い込みによる取り違いを防止する。(例：アミノレバン（肝不全用))

2) 確認の徹底

- ① 類似名薬剤について、処方確認を徹底する。
- ② 業務が重なり忙しい時でも、落ち着いて処方箋を読み、処方箋と薬剤の照合は確実に行き安全を優先した調剤を行う。
- ③ 薬剤部が一人勤務体制時間帯は、可能な限り薬剤搬送時に他の医療従事者とダブルチェックを行う。
- ④ 普段使用しない薬剤・初めて使用する薬剤は、作用を知り、用法・用量等は必ずダブルチェッ

クを行い患者に使用する。

3) 事例の共有・教育

① 院内安全情報を発信する。

4) 環境の整備

① 新採用者には、先輩看護師からダブルチェックを働きかけ、聞きやすい環境を整える。

(4) 取り違えた薬剤について

本報告書分析対象期間において、報告された事例の「投与すべき薬剤」と「取り違えた薬剤」、およびそれぞれの「薬効分類名」を次に示す。当該医療機関から「保険収載医薬品名称の見直しを提案したい」というご意見もあり、多様化する薬剤の製品名の対応に苦慮している医療機関の現状がうかがえる。

図表Ⅲ-3-4

	投与すべき薬剤 (薬効分類名)	取り違えた薬剤 (薬効分類名)
事例 1	アルマール (高血圧症・狭心症・不整脈治療剤 本態性振戦治療剤)	アマリール (スルホニルウレア系経口血糖降下剤)
	アイデイト錠 (高尿酸血症治療剤)	アイデイトロール錠 (β-遮断剤)
事例 3	アミノレバン (肝性脳症改善アミノ酸注射液)	アミグランド (アミノ酸・ビタミン B1 加総合電解質液)

(5) 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業における「名称類似に関するヒヤリ・ハット」について

当事業部において運営している薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業では、平成22年10月、平成21年年報を公表した。年報では、半期ごとの集計報告のほかにテーマ分析を行っており、その中に「名称類似に関するヒヤリ・ハット」を取り上げている。薬剤取違えとして報告があった事例を、1) 販売名の頭文字が2文字一致している医薬品、2) 販売名の頭文字が3文字一致している医薬品、と図表に整理し、諸たる薬効とともにわかりやすく示している。また、薬局ヒヤリ・ハット分析表として情報量を絞り込み、薬局内で活用しやすいデザインの媒体として「名称類似による薬剤取り違え」を別途作成し、注意喚起を促している。

● 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 平成21年年報 No. 1 ●

名称類似による薬剤取違え

実際に薬局で発生したヒヤリ・ハット事例のうち、「薬剤取違え」と報告された事例が181件報告されています。(集計期間：2009年4月1日～2009年12月31日)

このうち、分析対象とした171件について、販売名の頭文字が2文字以上一致している事例が41件報告されています。

名称類似として報告された主な医薬品名及びその主たる薬効は表の通りです。

(主な医薬品名)

処方された医薬品	主たる薬効	間違えた医薬品	主たる薬効
アスピリン錠20	鎮咳去たん剤	アストミン錠10mg	鎮咳剤
クラビット錠	合成抗菌剤	クラリシッド錠200mg	主としてグラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの
プリモバン錠5mg	たん臼同化ステロイド剤	プリンペラン錠5	その他の消化器官用薬
ブレラン1mg錠	血圧降下剤	ブレロン錠1mg	副腎ホルモン剤
ムコダイン錠500mg	去たん剤	ムコスタ錠100mg	消化性潰瘍用剤
ユリノーム錠25mg	痛風治療剤	ユリーフ錠4mg	その他の泌尿生殖器官及び肛門用薬
スローケー錠600mg	無機質製剤 (その他の無機質製剤)	スローフィー錠50mg	無機質製剤 (鉄化合物製剤<有機酸鉄を含む>)
タリビット眼軟膏0.3%	眼科用剤	タリビット耳科用液0.3%	耳鼻科用剤
ノイロトロン錠4単位	解熱鎮痛消炎剤	ノイロピタン錠	混合ビタミン剤 (ビタミンA・D混合製剤を除く。)

※出典：薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業「平成21年年報」P39-40



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
 〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル
 電話：03-5217-0281 (直通) F A X：03-5217-0253 (直通)
<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/>

(6) まとめ

平成19年3月に医療安全情報 No. 4「薬剤の取り違え」を提供したが、その後も薬剤名の類似していることによる取り違えの事例が報告されている。また第21回報告書において、当該医療機関の取り組みとして、各医療職種同士のチェック機能を強化させる、ことを紹介したが、その後も同種事例の報告があることから、事例や改善等を紹介した。また、本事業と連携している薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業における名称類似による薬剤取り違えに関する成果も併せて紹介した。

安全な薬剤投与のためには、医療機関においては、より注意する必要があるとともに、製薬業界には、分かり易く、思い込みを生じさせない販売名やその表記などの改善が期待される。

今後も引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生動向の動向に注目していく。

(7) 参考文献

1. アルマール錠 5mg, 10mg 添付文書. 大日本住友製薬株式会社. 2009年11月改訂(第7版、薬事法改正に伴う改訂).
2. アマリール錠 0.5mg, 1mg, 3mg 添付文書. サノファアベンティス株式会社. 2011年1月改訂(第18版).
3. アイデイト錠 50mg アイデイト錠 100mg 添付文書. 鶴原製薬株式会社. 2010年10月改訂(第16版).
4. アイデイトロール錠 10mg 添付文書. 鶴原製薬株式会社. 2009年8月改訂(第8版 規制区分変更に伴う指定医薬品の削除を含む).
5. アミノレバン点滴静注添付文書. 大塚製薬株式会社. 2009年7月改訂(第5版).
6. アミグランド輸液添付文書. テルモ株式会社. 2009年10月改訂(第6版、指定医薬品廃止に伴う改定 他).
7. 財団法人日本医療機能評価機構. 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業平成21年年報. 平成22年10月5日; 39-43. (online), available from <http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/pdf/year_report_2009.pdf> (last accessed 2011-04-12)
8. 財団法人日本医療機能評価機構. 薬局ヒヤリ・ハット分析表「名称類似による薬剤取り違い」. (online), available from <http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/pdf/analysis_table_2009_01.pdf> (last accessed 2011-04-12)

【3】「誤った患者への輸血」(医療安全情報 No. 11) について

(1) 発生状況

医療安全情報 No. 11 (平成19年10月提供) では、「誤った患者への輸血」とし、輸血用血液製剤を接続する際に、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行わなかった事例を取り上げた(医療安全情報掲載件数6件 集計期間:平成16年10月~平成19年6月)。誤った患者への輸血の事例は、平成17年に1件、平成18年に3件、平成19年に2件、平成20年に1件、平成21年に2件、平成22年に2件、であった。また、本報告書分析対象期間(平成23年1月~3月)に報告された事例は1件であった(図表Ⅲ-3-5)。

図表Ⅲ-3-5 「誤った患者への輸血」の報告件数

	1~3月 (件)	4~6月 (件)	7~9月 (件)	10~12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	0	1	0	0	1
平成18年	1	1	0	1	3
平成19年	2	0	0	0	2
平成20年	0	1	0	0	1
平成21年	0	1	0	1	2
平成22年	0	2	0	0	2
平成23年	1	—	—	—	1

図表Ⅲ-3-6 医療安全情報 No. 11 「誤った患者への輸血」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.11 2007年10月

財団法人 日本医療機能評価機構



医療安全情報
No.11 2007年10月

「誤った患者への輸血」

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

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

〈事例1のイメージ図〉

照合したつもり



ナースステーション

照合なし



患者Bの病室

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

◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.11 2007年10月 ◆ ◆ ◆

「誤った患者への輸血」

事例1

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

事例2

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


事例が発生した医療機関の取り組み

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

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された情報をもとに、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や医療従事者のための作成されたものです。当事業の他の詳細については、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://jsgq.or.jp/html/accident.htm#med-safe

※この情報の作成にあり、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判断したり、医療従事者に義務や責任を課したものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部

〒101-0062 東京都千代田区神田御河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)
http://jsgq.or.jp/html/index4.htm

(2) 事例概要

本報告書対象期間内に報告された事例の概要を以下に示す。

事例

【内容】

広範囲熱傷のため入院の患者に対し、大量輸液をしながらCHDFを行った。当日、担当看護師は患者に対しFFP（A型Rh（+））1－2単位目が投与された状態で日勤者より引き継がれた。当該患者に対してはFFP6単位を輸血する予定であり、その後の業務が忙しくなることが予想されたため、早めに3－4単位目を準備しておこうと保管用の冷凍庫からFFPを取り出した。その際、A型Rh（+）を取り出したつもりが、実際に手に取ったのは当事者が受け持っていた他患者のFFP（O型Rh（+））であった。保管用の冷凍庫内は一患者につき一段を使用することになっていたが、引き出しが上下に隣接しており残数も同じであったことから混同した。また、同時刻に重症患者が搬送され、多忙であったため確認を怠り、誤った輸血をそのまま解凍器にセットした。

その後も多忙により他のスタッフが周囲におらずダブルチェックが実施できなかったため、先にバーコードによる輸血認証を行おうとしたが、何度試してもエラーが出た。その間に急患の入室連絡を受けたことからサポートに入るため認証を中断した。この時、実際には血液型が異なることによるエラー（アラーム）が認証システムの画面上に表示され、当事者もそれを確認していたが、エラーは機械の故障によるものと思い込んだ。

急患入院の手伝い等の後、当該患者の輸血がなくなっているのに気付き、解凍していたFFP（O型Rh（+））に急いで繋ぎ替えた。早く交換しなければという焦りから、実施時の確認を怠った。

実施5分後、15分後の観察では、患者に変化は見られなかった。

その後、輸血伝票の処理などを行っていないことを思い出し、伝票処理の際、血液型ごとに決められているシールの色が異なっていることに気付き、異型輸血がわかった。

(3) 事例の背景・要因について

事例の背景・要因について、業務の流れに沿って1) 輸血用血液製剤の準備、2) 業務中断からの再開、3) 投与直前の確認、と輸血用血液製剤を患者に投与するまでの業務を大きく3つの場面で整理した。

1) 輸血用血液製剤の準備

- ① 保管用の冷凍庫内は一患者につき一段を使用することになっていたが、引き出しが上下に隣接しており残数も同じであった。
- ② 冷凍庫に保管されていたA型、O型のFFPがどちらも当事者の受持ち患者のものであったため混同し、冷凍庫から取り出す時点で誤った患者名、血液型のもを手にとった。
- ③ 業務が多忙なため、他のスタッフとのダブルチェックが出来なかった。

2) 業務中断からの再開

- ① 輸血用血液製剤の準備を行っている途中で、重症患者の搬送により業務を中断した。

- ② 認証システムの画面上に血液型が異なることによるエラー（アラーム）が表示されたが、エラーは機械の故障によるものと思い込んだ。
- 3) 投与直前の確認
 - ① 当該患者の輸血がなくなっているのに気づき、早く交換しなければと焦り、実施時の確認を怠った。

(4) 事例が発生した医療機関の改善策について

- 1) バーコード認証システムの改善
 - ① ITセンターにおいて、バーコードによる認証について、リーダーによる読取りの範囲を調整することで誤反応の確率を下げ、また、読取りの速度についても調整を行い認証が確かに行われたことがより分かりやすくなるようシステムの改善を行った。
 - ② システムの改善点を併せ使用方法に関するマニュアルを作成し、各部署へ配布し操作方法の再周知を行った。
- 2) スタッフ教育
 - ① 当該部署においては、事故の内容とともに輸血について日頃どう感じているかをスタッフ内でブレインストーミングし、日々の輸血業務に関する意識を共有した。
 - ② リスク係を中心にマニュアルの見直しを行い、改善策を周知することにした。

(5) 誤った患者への輸血に関連する注意喚起

日本赤十字社は、平成21年10月輸血情報「患者取り違えに関連した医療事故の概要：輸血関連」において、本事業第17回報告書をもちいて、輸血に関連した事例をわかりやすいイラストをつけて、注意喚起している。

輸血情報

0910-122

患者取り違えに関連した医療事故の概要：輸血関連

この度、財団法人日本医療機能評価機構「医療事故防止事業部（http://www.med-safe.jp/）から、医療事故情報収集等事業第17回報告書が公表されました。
本報告書には、個別テーマの一つとして患者取り違えに関連した医療事故が取り上げられ、59件の分析報告がされています。その内10件が「輸血」に関連するものでした。その一部を紹介いたします。
なお、日本医療機能評価機構は、本報告書の公表にあたって、次のように述べています。
『本報告書の内容を医療機関において、管理者、医療安全の担当者、医薬品の安全使用のための責任者、医療機器の安全使用のための責任者及びその他の職員の皆様の間で情報共有していただくことにより、病院内における医療安全確保にお役に立てます。』

【ケース1】（医療事故情報収集等事業 第17回報告書 p.151より抜粋）

＜事故の内容＞

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



＜背景・要因＞

指示出し： 輸血予約を手続きで済み、指示記載がカルテにされていない。また手術室で患者のベッドサイドで別の患者の指示で行っている。この看護師も指示受けをした者が明確になっていないため受け取りも確認の取れなかった。

口頭での指示： ニュースタイルで口頭指示は極力避けることになっており、指示受けには、指示内容を復唱することになっているが、表裏されていなかった。フロアで複数の看護師がいる中での指示出しが複雑であった。

輸血準備の問題： 輸血マニュアルでは、2名以上で輸血、伝票、患者カルテの照合結果をみて声出し確認になっているが、今回の2名の看護師は患者カルテの照合を行わなかった。受け持ち看護師が思い込んでいた患者のカルテとの照合を行ってはいない。伝票も、血液型も確認しなかった。

輸血実施の問題： 受け持ち看護師が伝票と患者の血液型を照合し、ベッドサイドでベッドネーム、輸血、伝票との照合を行わずにそのまま輸血を接続した。実施確認の基本に沿ってベッドネーム、輸血、伝票の確認が行われれば間違いに繋がりにくかった。

＜改善策＞



【ケース1】（医療事故情報収集等事業 第17回報告書 p.154より抜粋）

＜事故の内容＞

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50mlの注射器に準備した。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、ほぼ同時に開始した。患者A（O型）の血液1本目が終了し、ポンプのアラームに気付いたリーダー看護師は、注射準備室に準備してあったシリンジに入った患者Bの輸血製剤（A型）を患者Aの輸血製剤と勘違いし、受け持ち看護師に渡した。受け持ち看護師もシリンジが医師の処方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であるが、ポンプの消費量が70mlしかないことに疑問を持ち、ごみ箱を確認したところ、患者B（A型）の輸血製剤が患者A（O型）に投与されたのがわかった。その後、対応中に患者Aに血尿が現れたため、異種輸血が判明した。



＜背景・要因＞

小児科では、CVラインから輸血することが多く、チューブが細く、自然落下で落下できないため、シリンジに分注してシリンジポンプで輸血をしている。最初の分注した1本目の輸血実施時は医師と看護師がベッドサイドでダブルチェックしているが2本目以降の交換時は看護師がひとりで確認し実施していた。医師が多忙という理由で、看護師とダブルチェックをしなければいけないという認識が医師も看護師も希薄であった。分注したシリンジに別付表を貼ってシリンジに準備した血液を区別しているが、数本に分けて準備をした場合、バーコードが記載されているのは1本目の別付表だけであるが、FDA（発射情報検索）を使用している患者確認が出来ない（院内マニュアルでは医師、看護師入でダブルチェック）。輸血を分注し受ける患者の血液伝票への実施記録の取り扱いは確認できていなかった。シリンジポンプの目録目録アラームが鳴った際リーダー看護師と受け持ち看護師が認識していないので、2回目アラームが鳴り、輸血ラインにエアが入っていたので慌てて患者確認が十分にならなかった。リーダー看護師が処置室に二人分の血液が準備されていることを知らなかったで慌てて患者確認が十分にならなかった。リーダー看護師が処置室に二人分の血液が準備されていることを受け持ち看護師に手渡した。病棟全体でPDAの活用が徹底できていなかった。受け持ち看護師は分注したシリンジを渡されたリーダー看護師は認識している先輩看護師だったのでシリンジの患者氏名、血液型を確認しなくても大丈夫だと思い確認が怠った。

＜改善策＞



（発行元）
日本赤十字社 血液事業本部 医療情報課
〒105-8552 東京都港区赤十字1-1-1 5階5号
*本報告書は発行は、富野の赤十字血液センター
医療情報担当者へお届いたします。
0910

【ケース1】（医療事故情報収集等事業 第17回報告書 p.151より抜粋）

＜事故の内容＞

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



（6）まとめ

平成19年10月に医療安全情報 No. 1 1 「誤った患者への輸血」を提供した。その中で事例が発生した医療機関の取り組みとして、院内の輸血マニュアルを遵守し、輸血用血液製剤を接続する際は、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行う、という取り組みを紹介した。

しかし、再度同種事例の報告があったことから、事例や改善策の紹介に加え、本事業の事例を活用した他団体の注意喚起の資料も紹介した。患者認証が行われたことを一層分かりやすく認識するためには、人による確認の精度を上げるだけではなく、システムの改善も重要であることが示唆された。

今後も引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生動向に注目していく。

(7) 参考文献

1. 日本赤十字社. 輸血情報. 0910-122「患者取り違えに関連した医療事故の概要:輸血関連」(online), available from <http://www.jrc.or.jp/vcms_lf/iyakuhin_yuketuj0910-122_091015.pdf> (last accessed 2011-03-29)

【4】「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」(医療安全情報 No. 33)について

(1) 発生状況

医療安全情報 No. 33 (平成21年8月提供) で、「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」を取り上げた(医療安全情報掲載件数6件 集計期間：平成18年1月～平成21年6月)。また、20回報告書においても、報告書分析対象期間に該当事例が報告されたことを受け、再発・類似事例の発生状況(第20回報告書、P157～159)で取り上げた。更に、本報告書分析対象期間(平成23年1月～3月)においても類似の事例が3件報告されたことから、今回の報告書で再度取り上げた。

本事業開始以降、患者にガベキサートメシル酸塩を投与する際、添付文書の「用法・用量に関する使用上の注意」に記載されている濃度を超過して使用した事例は、平成16年に1件、平成17年に3件、平成20年に2件、平成21年に6件、平成22年は2件であった。(図表Ⅲ-3-7)。

図表Ⅲ-3-7 「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
平成16年				1	1
平成17年	1	1	1	0	3
平成18年	0	0	0	0	0
平成19年	0	0	0	0	0
平成20年	1	1	0	0	2
平成21年	1	3	1	1	6
平成22年	1	0	0	1	2
平成23年	3	—	—	—	3

図表Ⅲ-3-8 医療安全情報 No. 33 「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.33 2009年8月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療
安全情報

No.33 2009年8月

「ガベキサートメシル酸塩」 使用時の血管外漏出

患者にガベキサートメシル酸塩を投与する際、輸液が血管外に漏出し何らかの治療を要した事例が6件報告されています。そのうち、添付文書の「用法・用量に関する使用上の注意」に記載されている濃度を超過して使用した事例が6件報告されています。(集計期間：2006年1月1日～2009年6月30日、第3回報告書「共有すべき医療事故情報」の一部を掲載)。

ガベキサートメシル酸塩は、高濃度で投与すると血管内壁を障害することがあります。

ガベキサートメシル酸塩の製品

アガリット静注用100mg	注射用バナベート100
	注射用バナベート500
アロデート注射用100mg	注射用プロビトール100mg
アロデート注射用500mg	注射用プロビトール500
注射用エフオーワイ100	注射用メクロセート100mg
注射用エフオーワイ500	注射用メクロセート500mg
ソクシドン注	レミナロン注射用100mg
	レミナロン注射用500mg

◆ガベキサートメシル酸塩の使用については添付文書をご確認ください。

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.33 2009年8月

「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」

事例1

医師は、バナベートの濃度についての使用上の注意があることを知らず、患者に約2%の濃度で「バナベート2000mg+5%ブドウ糖100mL」を右前腕より投与した。翌日、右前腕に血管外漏出と2×2.5cm大の潰瘍を認めた。その10日後、患者の右前腕に壊死をきたし、植皮術を施行した。

事例2

患者に約3%の濃度で数日間「エフオーワイ1500mg+生理食塩水50mL」を手背より投与した。投与期間中、手背に血管外漏出を認めたが、腫瘍が軽度であったため、経過観察していた。投与終了から18日後、患者の右前腕は腫脹し、細菌感染による特発性炎症を疑い、治療を開始したが改善しなかった。その後、皮膚科医の診断によりエフオーワイの投与による血管・軟部組織障害と診断された。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・ガベキサートメシル酸塩を投与する際は、可能な限り、中心静脈から投与する。
- ・ガベキサートメシル酸塩を末梢血管から投与する際は、輸液の濃度を0.2%以下(本剤100mgあたり50mL以上の輸液)とする。

※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.jchhc.or.jp/

※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って保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量で判断したり、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 東京都千代田区三越町1-4-17 東洋ビル10階
 電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<http://www.jchhc.or.jp/html/index.htm>

(2) ガベキサートメシル酸塩の製品

平成23年4月現在ガベキサートメシル酸塩の製品は以下の通りである。

- アガリット静注用 100mg
- ガベキサートメシル酸塩注射用 100mg「サワイ」
- ガベキサートメシル酸塩注射用 500mg「サワイ」
- 注射用エフオーワイ 100 ○注射用エフオーワイ 500
- 注射用パナベート 100 ○注射用パナベート 500
- 注射用メクロセート 100mg ○注射用メクロセート 500mg
- 注射用プロビトール 100mg ○注射用プロビトール 500
- レミナロン注射用 100mg ○レミナロン注射用 500mg

(3) 事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例の概要を以下に示す。

事例1

【内容】

患者は脳梗塞、肺炎、腎不全などで全身状態が悪化していた。末梢持続点滴の血管確保が困難となり、漏れやすい状態であり、刺入部位を変更し再挿入を繰り返していた。患者はDICとなり、レミナロン1000mg＋生理食塩水250mLを輸液ポンプ使用し投与していた。開始翌日、右前腕部痛の訴えあり、点滴を刺しかえた。その4日後、右前腕部発赤あり、冷湿布貼布した。その3日後、レミナロン投与ルート刺入部の左大腿部の発赤を発見したが、点滴漏れで生じたかどうか判断できなかった。その後も点滴漏れがあり、適宜刺しかえた。末梢での血管確保が困難であったため、主治医は中心静脈カテーテルを挿入した。その後、右前腕部に潰瘍形成があり、処置を看護サイドで行っていた。右前腕部の皮膚潰瘍の症状が改善されないため主治医から皮膚科受診を依頼され、点滴漏れによる皮膚壊疽と診断され、皮膚科処置を開始し、デブリドマンしながら症状は改善した。

【背景・要因】

細い脆弱な血管にレミナロンを投与していたため、血管外漏出を来し潰瘍形成した。細い脆弱な血管に輸液ポンプを使用しレミナロンを注入していた。浮腫もあり、病状によるものか、点滴漏れによるものか判断できず、潰瘍形成は病状によるものと思いついでいた。輸液ポンプ使用時は血液の逆流を確認することになっていたが、マニュアルが遵守されていなかった。薬品の添付資料には「中心静脈カテーテルにて投与するのが望ましい」となっていたが、血小板減少や感染リスクもあり、医師は中心静脈カテーテルの挿入を躊躇していた。溶解濃度は0.2%以下の濃度を推奨しているが、腎不全もあり、医師は水分負荷を制限していた。看護師はレミナロンの副作用に皮膚潰瘍や壊疽があることを知らなかったため、対応が遅れた。医師も高濃度で投与するリスクを知らなかった。

事例2**【内容】**

患者は高齢であるため、総胆管結石の治療は、内視鏡的治療を行っていた。途中D I Cを併発し、レミナロン 1500mg + 5%ブドウ糖 250mLを開始した。患者は、認知症があり、点滴ルートを引っ張ったり、自己抜去することがあった。また、血管確保が困難であり、点滴が漏れて差し替えることが何度かあった。レミナロン投与開始後4日目、看護師はレミナロン投与中である右足背部の点滴刺入部が暗赤色を呈していたため、点滴を抜針し、刺しかえた。看護師は右足背部に膿性の浸出液と周囲の発赤を発見し主治医に報告した。その後、ゲンタシン軟膏を塗布、連日処置を行っていた。しかし、皮膚症状は改善しないため、皮膚科受診した。皮膚は壊疽化しており、感染をコントロールしながら壊疽部をデブリドマンした。

【背景・要因】

患者は高齢、敗血症もあり、血管が脆弱状態であった。認知症があり、点滴ルートを触るなど危険行為が見られ、自己抜去するなど、薬剤が血管外に漏出する状況であった。また、自己抜去防止のため、患者の手が届かない足背の血管を選択していた。足背の細い血管にレミナロンを輸液ポンプを使用しながら投与していた。細い血管のため血流が悪く、壊疽も治癒しにくい状況であった。レミナロンの濃度は0.2%以上の高濃度であり、血管外漏出すると皮膚潰瘍・壊疽を発生するリスクが高い状態であった。レミナロンの副作用の知識が不足していたため、皮膚観察が不十分であり、対応が遅れた。医師も危機意識がなかった。

事例3**【内容】**

患者は重症感染症を伴った重篤な状況でD I Cが危惧され、大量輸血後でもあるため、肺機能障害対策も考慮してレミナロン投与が開始された。1500mg/dayのレミナロン投与が行われたが、中心静脈ルートはカテコラミンなどの投与のため使用できず、新たな中心静脈ルートの確保を試みられたが不可能であったため、末梢ルートより単独で、循環不全のため極力輸液量を減少(0.6%)し調整して投与した。その後ルート挿入部の発赤(2cm)が認められ、投与を中止、ルート抜去した。2日後、発赤部位は生理食塩水ガーで湿潤環境の保持に努め、褥瘡チームが介入し処置を行ったが、腫脹発赤の増悪が認められ、壊死部位のデブリドマンを開始した。

【背景・要因】

やむを得ない状況下であったが、0.6%という濃度は末梢静脈投与において推奨されている上限の3倍であったため、2日間弱という短期間であっても今回の事象のような皮膚潰瘍・壊死を惹起したと推察される。大量のカテコラミンが投与され末梢循環が低下していたことや、重度の糖尿病を患っており、創傷治癒能力の低下も加わっていたと考えられるが、高濃度レミナロンの末梢静脈投与が皮膚潰瘍・壊死の主因と言わざるを得ない。患者は生命が危機的な状態であったことから、抗D I C投与量(1500mg/day)でのレミナロン投与が選択された。またレミナロンが0.6%の濃度で末梢ルートから投与されたことに関しては、他の薬剤投与のため中心静脈ルートが使用できず、新たなルート確保を試みられたが不可能であったこと、D I Cなど重篤な病態に移行させないことの重要性などを考慮して行った。

(4) ガベキサートメシル酸塩を投与する際の濃度について

ガベキサートメシル酸塩の添付文書において、高濃度で使用した場合、血管内壁を障害し、静脈炎等を起こすことがあるとして、以下の注意が記載されている。

《用法・用量》 添付文書より 一部抜粋

<p><用法・用量に関連する使用上の注意></p> <p>汎発性血管内血液凝固症には本剤は高濃度で血管内壁を障害し、注射部位及び刺入した血管に沿って静脈炎や硬結、潰瘍・壊死を起こすことがあるので、末梢血管から投与する場合、本剤 100mg あたり 50mL 以上の輸液（0.2% 以下）で点滴静注することが望ましい。</p>

また、本報告書対象期間までに本事業に報告された全事例で溶解されていた 1000～2000mg の範囲で添付文書で掲載されているガベキサートメシル酸塩の濃度を 0.2% 以下にする場合の輸液量の例を表に示す（図表Ⅲ-3-9）。

図表Ⅲ-3-9

ガベキサートメシル酸塩の用量	望ましい希釈輸液量
1000mg	500mL 以上
1500mg	750mL 以上
2000mg	1000mL 以上

(5) 事例の発生状況について

本事業に報告された、患者にガベキサートメシル酸塩を投与する際、添付文書の「用法・用量に関する使用上の注意」に記載されている濃度を超えて末梢静脈から点滴した事例 17 件を分析した。

①発生状況について

本事業に報告された、患者にガベキサートメシル酸塩を投与する際、添付文書の「用法・用量に関する使用上の注意」に記載されている濃度を超えて使用した事例 17 件について、患者の状況、ガベキサートメシル酸塩の溶解量、濃度等について整理した（図表Ⅲ-3-10）。ガベキサートメシル酸塩の濃度は 0.32～4.17% であり、希釈した輸液は生理食塩水やブドウ糖液、投与速度は 2～20 mL/h であった。高濃度で使用する場合、配合物の少ない希釈液を使用したり投与速度を緩徐にしても、皮膚の障害が生じている。

図表Ⅲ-3-10 本事業に報告された全事例（17例）の発生状況

	患者の状況	ガベキサートメシル酸塩の溶解量	ガベキサートメシル酸塩を溶解した輸液量	ガベキサートメシル酸塩の濃度	投与速度
1	腭腫瘍術後	パナベート 2000mg	5%ブドウ糖 48mL	約 4.17%	2mL/h
2	細菌性腸炎に合併した急性腭炎	F O Y 1500mg	生理食塩水 50mL	3.0%	不明
3	腹部大動脈瘤術後のD I C	F O Y 1200mg	5%ブドウ糖 48mL	2.5%	2mL/h
4	D I C	パナベート 2000mg	5%ブドウ糖 100mL	2.0%	4mL/h
5	急性腭炎	アロデート 2000mg	生理食塩水 100mL	2.0%	4mL/h
6	左腎・尿管全摘術、経尿道的膀胱腫瘍切除術後のD I C	F O Y 2000mg	5%ブドウ糖 100mL、その後5%ブドウ糖 500mLへ変更	2% → 0.4%	4～20mL/h
7	肝臓癌、間質性肺炎急性増悪によるステロイド投与などに合併したD I C	パナベート 1500mg	5%ブドウ糖 200mL	0.75%	不明
8 (事例1)	D I C	レミナロン 1000mg	生理食塩水 250mL	0.4%	不明
9 (事例2)	D I C	レミナロン 1500mg	5%ブドウ糖 250mL	0.6%	不明
10 (事例3)	重症感染症を伴ったD I C	レミナロン 1500mg	輸液 250mL	0.6%	不明
11	卵巣癌	パナベート 2000mg	生理食塩水 500mL	0.4%	不明
12	D I C	レミナロン 1000mg	5%ブドウ糖 250mL	0.4%	10mL/h
13	敗血症に合併したD I C	F O Y 2000mg	5%ブドウ糖 500mL	0.4%	2mL/h
14	D I C	パナベート 1000mg	生理食塩水 250mL	0.4%	4mL/h
15	D I C	レミナロン 1000mg、3日間、その後レミナロン 1600mg	5%ブドウ糖 500mL	0.2% → 0.32%	20mL/h
16	肝動脈合併腭切除後の腭酵素阻害	不明	不明	高濃度	不明
17	感染性心内膜炎に合併したD I C	不明	不明	高濃度	不明

②患者に及ぼす影響

報告された事例について、患者の初期の症状を図表Ⅲ-3-1 1 に示す。発赤が 5 件、腫脹が 4 件と多く、ほとんどの事例で何らかの初期の症状が出現していた。

図表Ⅲ-3-1 1

初期に生じた症状	件数
発赤	5
腫脹	4
潰瘍	1
点滴刺入部の皮膚の暗赤色化	2
点滴刺入部の皮膚の白色化	1
なし	2
不明	3

※初期に生じた症状は複数の症状が該当する事例がある。

次に、患者への主な影響を図表Ⅲ-3-1 2 に示す。患者への主な影響は、壊死が 8 件と最も多く、その他に、壊疽、潰瘍、ろう孔などがあつた。また、ほとんどの事例で患者へ影響を及ぼしていることがわかつた。

図表Ⅲ-3-1 2

患者への主な影響	件数
壊死	8
壊疽	2
潰瘍	2
ろう孔	2
組織障害	1
腫脹	1
不明	1

また、治療の内容を図表Ⅲ-3-1 3 に示す。治療の内容は壊死組織除去（デブリドマン）が 6 件と最も多かつた。その他の治療の中には植皮手術を行っている事例も 2 件あつた。

図表Ⅲ-3-1 3

治療の内容	件数
壊死組織除去（デブリドマン）	6
皮膚切開	3
植皮手術	2
軟膏処置	2
内服	1
不明	3

最後に、主な背景・要因を図表Ⅲ-3-14に示す。ガベキサートメシル酸塩についての知識不足があった事例が12件と最も多く、その他に、治療上の理由で末梢静脈から高濃度で投与したとする事例があった。

また、医師や看護師の知識が不足していた内容は、ガベキサートメシル酸塩を末梢静脈から投与する際に、1) 望ましい希釈濃度がある、2) 血管炎や組織壊死などについての使用上の注意がある、ことであった。例えば事例1、事例2の背景は、副作用の知識が不足し、皮膚観察が不十分であり対応が遅れた、というものであった。

このようにガベキサートメシル酸塩についての教育や注意喚起を継続的に繰り返し行っていくことが必要なことが示唆された。

図表Ⅲ-3-14

主な背景・要因	件数
ガベキサートメシル酸塩についての知識不足があった	12
やむを得ず末梢静脈から高濃度で投与した	4
不明	1

(6) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

1) システムの改善

- ① オーダリングシステム上、アラート表示「中心静脈使用」とポップアップ、詳細欄に重要なお知らせ「皮膚潰瘍危険あり 0.2%以下で使用」を提示することとした。

2) ガベキサートメシル酸塩についての情報の周知および教育

- ① 副作用を周知。日本医療機能評価機構からの情報や文献資料を提示。
- ② 事例の共有。
- ③ 高濃度によるリスク発生の危険性を周知。

3) 血管外漏出の観察や対応

- ① 抗がん剤を含め、血管外漏出による皮膚損傷を起こしやすい当院採用薬のリストを作成し周知。
- ② 初期行動が取れるようフローチャートを作成し、感染徴候が出現したら皮膚科医師に相談できるよう道筋を作り職員に周知。

(7) まとめ

ガベキサートメシル酸塩使用時の血液外漏出について再度報告した。医療安全情報 No. 33では、①ガベキサートメシル酸塩を投与する際は、可能な限り、中心静脈から投与する、②ガベキサートメシル酸塩を末梢血管から投与する際は、輸液の濃度を0.2%以下（本剤100mgあたり50mL以上の輸液）とする、ことを事例が発生した医療機関の取り組みとして紹介した。ガベキサートメシル酸塩の濃度について、繰り返し周知していくことも必要である。また、患者の状況に応じてやむを得ず望ましい希釈量を超えた濃度でガベキサートメシル酸塩を末梢静脈から投与する際は、点滴刺入部の観察を継続的により注意して行い、症状の出現に対しては、迅速に対応をする必要性があることが示唆

された。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。

(8) 参考文献

1. レミナロン注射用添付文書. 塩野義製薬株式会社. 2009年6月改訂(第9版 指定医薬品の規制区分の廃止に伴う改訂).

【5】「清拭用タオルによる熱傷」(医療安全情報 No. 46) について

(1) 発生状況

医療安全情報 No. 46 (平成22年9月提供) では、「清拭用タオルによる熱傷」とし、清拭の際、ビニール袋に準備した熱いタオルが患者の身体にあたり、熱傷をきたした事例を取り上げた(医療安全情報掲載件数4件 集計期間:平成19年1月~平成22年7月)。清拭用タオルによる熱傷の事例は、平成19年に1件、平成20年に2件、平成21年に1件、平成22年に2件であった。また、本報告書分析対象期間(平成23年1月~3月)に報告された事例は2件であった(図表Ⅲ-3-15)。

図表Ⅲ-3-15 「清拭用タオルによる熱傷」の報告件数

	1~3月 (件)	4~6月 (件)	7~9月 (件)	10~12月 (件)	合計 (件)
平成16年	—	—	—	0	0
平成17年	0	0	0	0	0
平成18年	0	0	0	0	0
平成19年	0	1	0	0	1
平成20年	2	0	0	0	2
平成21年	1	0	0	0	1
平成22年	0	0	2	0	2
平成23年	2	—	—	—	2

図表Ⅲ-3-16 医療安全情報 No. 46 「清拭用タオルによる熱傷」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.46 2010年9月

財団法人 日本医療機能評価機構

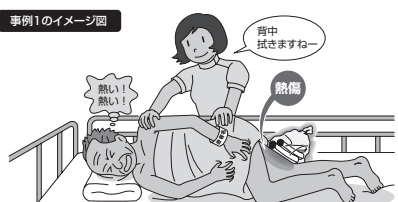
医療安全情報 No.46 2010年9月

[清拭用タオルによる熱傷]

清拭の際、ビニール袋に準備した熱いタオルが患者の身体にあたり、熱傷をきたした事例が4件報告されています(集計期間:2007年1月1日~2010年7月31日、第10回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部掲載)。

清拭の際、ビニール袋に準備した熱いタオルにより熱傷をきたした事例が報告されています。

事例1のイメージ図



◆療養上の世話における熱傷については医療安全情報No.5「入浴介助時の熱傷」および医療安全情報No.17「湯たんぽ使用時の熱傷」を提供しております。

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.46 2010年9月

[清拭用タオルによる熱傷]

事例 1

看護師は、患者の右大腿部付近にビニール袋に入れた清拭用タオルを置き、背部清拭のため患者を右側臥位にした。清拭中「熱い、熱い」と患者が声を出したため、確認すると右大腿部に発赤を形成していた。

事例 2

意識障害で、右半身不全麻痺の患者に対して全身清拭を行った。清拭を行っていた看護師は他の患者のナースコールに対応するためその場を離れ、別の看護師が清拭を引き継いだ。患者を左側臥位にした際、左大腿部の下に2本の熱い清拭用タオルが約5分間あり、発赤を形成していた。看護師は、すぐに患者の体が拭けるよう、清拭用タオルを2、3本を手元(ベッド上)に置いていた。

事例が発生した医療機関の取り組み

熱い清拭用タオルはベッド上におかない。

※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基に、当事業の一環として医学的評価委員会の専門家の監修に基づき、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。当事業の他分野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.med-safe.jp/
※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 東京都千代田区三越町1-4-17 東洋ビル
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)
http://www.jcchc.or.jp/html/index.htm

(2) 事例概要

事例 1

清拭を行うため、ビニール袋に入れたタオルを準備した。タオルを一枚取り出し、残りの一枚は置かれた状態のまま、患者の体幹と右前腕の間に置いた。約3分後、タオルを片付けると右前腕に7cm、3cm大の発赤を発見した。冷却開始したが、発赤持続し皮膚科を受診した。その結果、1度熱傷と診断され、デルモベート軟膏塗布、冷却持続、経過観察する。

鎮静中で認知レベルの低下した患者に対して、温タオルを当てたままにした。

事例 2

清拭時、熱いタオルが6本入ったビニール袋を患者の足元に置いた。右側臥位、左側臥位の順に2分程度清拭ケアを実施した。右側臥位にした時に左膝外側の発赤と表皮剥離に気がついた。膝下にビニール袋に入った未使用の熱いタオル3本があった。患者からの訴えはなかった。皮膚科受診し、軟膏処置開始。表皮剥離部分は消毒・軟膏塗布、ガーゼ保護を行った。

熱傷の危険に対する意識が薄かったため、熱いタオルをベッド上の患者の近くに置いた。日本医療評価機構医療安全情報 No. 4 6 「清拭用タオルによる熱傷」の警鐘事例として、タオルはベッド上に置かない。という内容を配布・看護師長会議等で注意喚起していたが、周知されていなかった。

(3) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

1) ベッドの上に熱い清拭タオルを置かない

- ① ベッド上に物品を置かず、オーバーテーブルやワゴン等を使用し、その上に物品を置くことを徹底する。
- ② 清拭タオルは洗面器に入れて持ち運ぶ等院内統一を検討する。

2) 清拭の際の環境整備

- ① 処置やケアの実施前後に物品などが触れていないことを確認する。

3) 情報の周知

- ① 医療安全情報 No. 4 6 「清拭用タオルによる熱傷」の警鐘事例と当院の事例を再度周知。

(4) まとめ

平成22年9月に医療安全情報 No. 4 6 「清拭用タオルによる熱傷」を提供し、事例が発生した医療機関の取り組みとして、熱い清拭用タオルはベッド上に置かない、ことを紹介した。本報告書分析対象期間内にも類似事例が報告され、同様の改善策を行っていることを紹介した。紹介した事例のように、短時間であっても、清拭タオルの温度や患者の状況により熱傷をきたす場合もある。医療機関の改善策として、「ベッド上に物品は置かない」と清拭する際の準備を徹底することの重要性を挙げている。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例の発生の動向に注目していく。

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などに対してファックスなどにより情報提供することとした。本報告書には、平成23年1月～3月分の医療安全情報No.50～No.52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3回募り、医療安全情報No.27より、約4,600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、公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページ^(注)にも掲載し、広く社会に公表している。

(注) 公益財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) 参照。

【4】医療安全情報 No. 50

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.50 2011年1月



財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

No.50 2011年1月

手術部位の左右の取り違え (第2報)

手術部位の左右の取り違えを医療安全情報No.8(2007年7月)で情報提供いたしました。その後、再び類似の事例が21件報告されていますので、再度、情報提供いたします(集計期間:2007年1月1日~2010年11月30日)。

手術部位の左右を取り違えた事例が再び報告されています。それらは次の事例です。

- ① マーキングを適切にしなかった。
- ② マーキングはしたが、執刀直前に手術部位の確認をしなかった。

マーキング	件数
あり	5件
なし	8件
不明	8件

執刀直前の手術部位の確認

あり 0件
なし 5件

◆マーキングありの事例5件のうち、2件はマーキングそのものの左右間違いの事例、1件はマーキングが消えた事例、2件は覆布などでマーキングが見えなかった事例です。

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業



No.50 2011年1月 ◆ ◆ ◆ ◆

〔手術部位の左右の取り違い(第2報)〕

事例

左鼠径部ヘルニアの手術の前日に、手術部位を医師と患者・家族が確認し、足背に油性マジックでマーキングをした。手術当日、担当医師は手術室で、患者の手術部位等を確認し、チェックリストにサインをした。また、麻酔科医師と手術室看護師は手術室入室時に一緒に患者の手術部位等を確認し、チェックリストにサインをした。麻酔導入後、担当医師は、手術側の左足背のマーキングを確認した。しかし、鼠径部を診察した際に右鼠径部膨隆の所見に気付き、「手術部位、左」と言いながら消毒し、右鼠径部を術野として確保した。執刀直前、マーキングを確認しなかった。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・術前マーキングおよびタイムアウトのマニュアルを整備する。
- ・手術に関わる医師、看護師でタイムアウトを実施する。

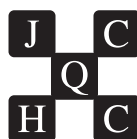
総合評価部会の意見

手術の際のタイムアウトは、①執刀直前に、②チーム全員で、③いったん手を止めて、④チェックリストに従って、⑤患者・部位・手技等を確認する、ことを意味します。

※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総合評価部会の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.med-safe.jp/>

※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
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. 51

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.51 2011年2月



◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

No.51 2011年2月

ワルファリンカリウムの内服状況や
凝固機能の把握不足

ワルファリンカリウムを使用していた患者の内服状況や凝固機能に関する情報の把握がなされていないため、観血的処置により出血が誘発された事例が5件報告されています(集計期間:2007年1月1日~2010年12月31日、第20回報告書「個別のテーマの検討状況」(P140)一部を掲載)。

ワルファリンカリウムを使用していた患者の内服状況や凝固機能を把握しないまま観血的処置を行い、予期せぬ出血を来した事例が報告されています。

	ワルファリンカリウムを内服していること	ワルファリンカリウムの内服量	凝固機能データ	件数
情報の把握	○	○	×	3
○:あり	○	×	×	1
×:なし	×	×	×	1

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業



No.51 2011年2月 ◆ ◆ ◆ ◆

ワルファリンカリウムの内服状況や凝固機能の把握不足

事例

舌腫瘍疑いの患者は、下肢静脈瘤に対しワーファリン3mg/日を内服していた。医師は組織生検をするため、血液検査を実施した。生検の際に電子カルテ上で血液検査の結果を確認したところ、凝固機能検査の値は『検査中』と表示されていた。しかし、医師は生検を実施し、止血を確認後、患者を帰宅させた。3時間後、患者は口腔内出血を認め、救急外来に再来院した。舌及び顎下部から頸部にいたる血腫を認め、気管挿管及び舌動脈の塞栓術などの処置を施行した。

事例が発生した医療機関の取り組み

・観血的な処置を施行する前は、凝固に関する薬剤の内服状況や、凝固機能に関する検査結果の確認を徹底する。

ワルファリンカリウムの製品 (2010年12月31日時点)

- アレファリン錠1mg
 - ワーファリン錠0.5mg/1mg/5mg
 - ワーリン錠0.5mg/1mg
 - ワルファリンク細粒0.2%[NS]
 - ワルファリンク細粒0.2%[YD]
 - ワルファリンク錠1mg
 - ワルファリンク錠0.5/1mg[トローワ]
 - ワルファリンカリウム錠0.5/1/2mg[HD]
- ◆ワルファリンカリウム以外にも凝固機能に影響を与える薬剤があります。

総合評価部会の意見

・抗凝固剤を使用中の患者の治療・処置の際は、日本循環器学会が公表している「循環器疾患における抗凝固・抗血小板療法に関するガイドライン(2009年改訂版)」の『IV.補足 2 抜歯や手術時の対応』などを参考にしましょう。

日本循環器学会ホームページ「循環器病の診断と治療に関するガイドライン」(<http://www.j-circ.or.jp/guideline/index.htm>)参照。

※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総合評価部会の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.med-safe.jp/>

※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
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. 52

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.52 2011年3月



財団法人 日本医療機能評価機構



No.52 2011年3月

2010年に提供した 医療安全情報



2010年1月～12月に医療安全情報No.38～No.49を毎月1回提供いたしました。
今一度ご確認ください。

番号	タイトル
No.38	★清潔野における注射器に準備された薬剤の取り換え
No.39	★持参薬の不十分な確認
No.40	2009年に提供した医療安全情報
No.41	処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い(第2報)
No.42	セントラルモニタ受信患者間違い
No.43	2006年から2008年に提供した医療安全情報
No.44	コンセントの容量(定格電流)を超えた医療機器や電気機器等の接続
No.45	★抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制(第2報)
No.46	清拭用タオルによる熱傷
No.47	抜歯部位の取り換え
No.48	酸素残量の未確認
No.49	B型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ

★のタイトルについては、提供後、2010年12月31日までに類似事例が発生しています。



No.52 2011年3月 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆
2010年に提供した医療安全情報

◆以下の類似事例が発生しています。

No.38 清潔野における注射器に準備された薬剤の取り違え

心臓カテーテル検査施行時、清潔野には識別情報のない2つのビーカーにヘパリン生食とハイポアルコールが入っていた。医師は左橈骨動脈に留置したシースをフラッシュする際に、清潔野にあったハイポアルコールのビーカーの中身をフラッシュ用のヘパリン生食だと思い、注射器で吸って注入した。その直後に患者が痛みを訴え、左前腕の発赤、腫脹を呈した。

No.39 持参薬の不十分な確認

入院当日、他院からの紹介状やお薬手帳等には、患者の内服薬を記載した書面はなく、主治医と看護師は持参薬だけで確認した。主治医は、患者が薬疹によりバイアスピリン(抗血小板剤)の内服を中止したことは把握していたが、他院でプラビックス(抗血小板剤)とセロクラルが処方されていることは知らず、持参薬の中にもなかった。持参薬の継続内服の指示により、プラビックスとセロクラルを数日間投与しなかった。

No.45 抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制(第2報)

医師は、ステロイド増量の経過観察をするため、1週間分の処方とし、その旨を患者に説明した。ステロイド以外の内服を処方する際、リウマトレックスカプセル2mgを、本来であれば2日分とするところ7日分と入力した。患者は、院外薬局で処方薬を受け取り、7日間内服後再診した。患者から7日間内服したと告げられた医師は、処方への誤りに気づき、血液検査を施行した。データ上異常はなかったが、予防のためロイコポリンを処方した。

注)抗リウマチ剤(メトトレキサート)の用法:
初日から2日目にかけて12時間間隔で3回経口投与し、残りの5日間は休薬する。これを1週間ごとに繰り返す。

◆他の類似事例につきましては、平成22年年報に掲載いたします。

※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総合評価部会の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.med-safe.jp/>

※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
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<http://www.jcqh.or.jp/html/index.htm>

公益財団法人日本医療機能評価機構（以下「本財団」という）は、本報告書に掲載する内容について、善良なる市民および医療の質に関わる仕事に携わる者として、誠意と良識を持って、可能な限り正確な情報に基づき情報提供を行ないます。また、本報告書に掲載する内容については、作成時点の情報に基づいており、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

したがって、これらの情報は、情報を利用される方々が、個々の責任に基づき、自由な意思・判断・選択により利用されるべきものであります。

そのため、本財団は、利用者が本報告書の内容を用いて行なう一切の行為について何ら責任を負うものではないと同時に、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もありません。