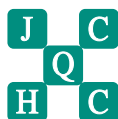


医療事故情報収集等事業

第26回報告書

(平成23年4月～6月)

平成23年9月28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26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	21
1 医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例収集の経緯	21
2 医療事故情報収集・分析・提供事業の概要	23
【1】事業の目的	23
【2】医療事故情報の収集	23
【3】医療事故情報の分析・公表	24
3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の概要	25
【1】事業の目的	25
【2】ヒヤリ・ハット事例情報の収集	25
【3】ヒヤリ・ハット事例情報の分析・提供	27
II 報告の現況	28
1 医療事故情報収集等事業	28
2 医療事故情報収集・分析・提供事業	29
【1】登録医療機関	29
【2】報告件数	31
【3】報告義務対象医療機関からの報告の内容	35
3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業	54
【1】登録医療機関	54
【2】全医療機関の発生件数情報報告	56
【3】事例情報参加登録申請医療機関の報告件数	61
【4】事例情報参加登録申請医療機関からの報告の内容	65

Ⅲ 医療事故情報等分析作業の現況……………82

1	概況……………	82
	【1】分析対象とするテーマの選定状況……………	82
	【2】分析対象とする情報……………	82
	【3】分析体制……………	83
	【4】追加調査……………	83
2	個別のテーマの検討状況……………	84
	【1】薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故……………	84
	【2】食事に関連した医療事故……………	109
	【3】画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例……………	131
	【4】薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故……………	141
3	再発・類似事例の発生状況……………	153
	【1】概況……………	153
	【2】「製剤の総量と有効成分の量の間違い」（医療安全情報 No. 9）について……………	155
	【3】「MRI 検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」（医療安全情報 No.10）について……………	157
	【4】共有すべき医療事故情報「ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例」（第13回報告書）について……………	162

参考 医療安全情報の提供……………167

【1】	事業の目的……………	167
【2】	主な対象医療機関……………	167
【3】	提供の方法……………	167
【4】	医療安全情報……………	168

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。

本財団は公益財団法人として、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。依然として震災の影響が続く現在の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26回目になります。今回は平成23年4月から6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58回の情報提供を行ってきたもののうち、平成23年4月から6月に提供したNo. 53からNo. 55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、本事業や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お願い申し上げます。

第26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。

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にとらえています。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、経験したことの無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き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4月から6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26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」「画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例」「薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故」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4月から6月に提供した、医療安全情報の No. 53 から No. 55 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26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
執行理事 兼 医療事故防止事業部長 後 信

1 はじめに

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。また、復旧、復興に懸命に取り組んでおられる皆様のご健康とご安全を心よりお祈り申し上げます。全体の報告件数には大きな減少は見られませんが、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。可能な範囲でのご対応を宜しくお願い申し上げます。

さて、社会的には震災の影響が引き続き大きく影響しておりますが、本事業にご参加いただいている皆様や関係の皆様には、本事業の運営に引き続きご理解、ご協力をいただいておりますことに、深く感謝申し上げます。

今回は平成23年4月から6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26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 第26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(28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、25回報告書に記した数より少し増えて平成23年6月30日現在で1,258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4月から6月には、721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630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91件の、合計721件のご報告をいただきました。報告義務対象医療機関からの報告は、過去最高であった昨年の件数をさらに上回るのではないかと考えられます。従来から申し上げております通り、このことは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あら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、「1-2 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（23～24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に存じます。

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。今年度の半年間の件数は、151件であり、昨年に比べて少ない状況です。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（84～152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」「画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例」「薬剤処方時の検索結果としての薬剤の画面表示に起因した医療事故」を取り上げました。「食事に関連した医療事故」は第23回報告書で取り上げて以降分析を行ってききましたが、今回が最後です。

これらのうち、「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」は、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年間にわたり収集しながら時間をかけて前方視的に分析しているテーマです。残りの、「画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例」「薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故」は、4～6月に報告された重要な事例をテー

マとして設定し、同種事例を過去に遡って、つまり、後方視的に分析したテーマです。このように、「個別のテーマの分析」では、前方視的分析と後方視的分析とがあります。事業開始以降行ってきた、前方視的な分析に加え、第21回報告書から後方視的な分析を加えることにより、最近報告され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。

「薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故(84～108ページ)」は前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り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っておりますのでご参考にさせていただけるものと思います。今回の報告書では、特に「施設間の情報伝達の間違いに関する医療事故」を取り上げました。その中には、他施設が情報を伝達しなかった事例、当該施設における情報伝達の途絶や誤解の事例がありました。それらの事例や背景・要因、改善策の紹介や、他施設から伝達されなかった情報、伝達された情報の媒体や内容、情報伝達されなかった要因や理由などについて分析しています。

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(109～130ページ)」は、今回が最終回の掲載となります。前回は、「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25回報告書、116～118ページ)。今回は「誤嚥」の事例について、誤嚥した食物の種類、具体的な食物、患者の年齢、背景・要因、影響などを掲載しています。また前回と同様に、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(116～117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。

「画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例(131～140ページ)」では、胸部レントゲン写真やCTの画像診断報告書に記載されていた異常陰影や精査を求めるコメント、癌の転移巣などの内容が伝達されなかった事例を紹介しています。また、「主治医」「検査担当者(放射線技師など)」「放射線専門医師」の3者間で業務が流れていく通常の状態を業務工程図に表し、これに対して医療事故が生じた事例の業務工程図を掲載しています(137ページ)。それを見ると、主治医は、自らの撮影目的である部位や想定される疾患については放射線専門医と同様に入念な診断をするものの、それ以外の部位は確認が不十分なまま、画像診断報告書を見る前に患者に説明していることにより、医療事故に至った事例があることを示しています。また、画像診断報告書の記載を見なかった事例と記載は見たが記載内容を見落とした事例、とがありました。それらを発見することとなった契機や患者への影響などについて分析し、報告された改善策を整理して紹介しています。

「薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故（141～152ページ）」では、事例の紹介と、医療事故の原因となった薬剤処方時の検索結果としての画面表示の内容を整理して作表し、示しています。表示された薬剤名は正確な内容を示しておらず、その上にカーソルを合わせることで初めて正しい薬剤名や規格が表示されるといった複雑な表示であった事例や、多数の規格が小さい文字で表示されていた事例などを紹介しています。また、表示に起因して誤った処方がなされた後に、通常の確認のプロセスが機能しなかったことを、スイスチーズモデルを参考に図示して説明しています（148～150ページ）。

いずれのテーマで取り上げた内容も、どこの医療機関でも起こりうることであり、患者さんに対する説明の際にも活用できる内容でもありと考えておりますので、ご参照、ご活用いただければ幸いです。

5) 再発・類似事例の発生状況（153～166ページ）

第17回報告書まで掲載していた「共有すべき医療事故情報」や、今までに提供した医療安全情報のいくつかは、一度情報提供しても、実際には引き続き類似事例が報告されている現実があります。そこで、「Ⅲ-3 再発・類似事例の発生状況」では、再び報告があった事例を取り上げ、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います。

154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4～6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」が特に多いという状況ではありません。本報告書では、「熱傷に関する事例（療養上の世話以外）」が最も多い6件、次いで、「歯科診療の際の部位間違いに関連した医療事故」が5件でした。歯科に関する医療事故や歯科医師が当事者となった医療事故の報告は少ない状況ですが、医科の報告事例が増加を続ける中で、今後とも歯科の事例についても適切なお報告をお願いいたします。

今回取り上げたのは、「薬剤の総量と有効成分量の間違い（医療安全情報 No. 9、155～156ページ）」「MRI 検査室への磁性体（金属製品）などの持ち込み（医療安全情報 No. 10、157～161ページ）」「ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例（第13回報告書「共有すべき事例」、162～166ページ）」です。

「薬剤の総量と有効成分の量の間違い（医療安全情報 No. 9、155～156ページ）」については、平成19年8月に本事業の医療安全情報 No. 9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「セレニカR 顆粒 40% 1日1250mg」と記載された指示を例にとり、医師の処方意図である「有効成分として1日500mg（1250×0.4）」と薬剤師の解釈である「有効成分として1日1250mg」が異なっていたことを示し、事例が発生した医療機関の取り組みとして、「量の記載が有効成分の量か製剤の総量であるかを付記する」ことを紹介しました。この項で紹介した事例は看護師が同様の解釈の誤りをした事例であり、薬を10包提供された患者が「10個ですか」と聞き返したにも関わらず、処方した医師に確認せずにそうだと返答したことが報告されています。報告された改善策には、「力価表示についてスタッフ全員に周知する」ことなどが報告されています。

「MRI 検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（医療安全情報 No. 10、157～161ページ）」については、平成19年9月に本事業の医療安全情報 No. 10として作成、情報提供した内容

です。その後も、毎年2～5件の同種事例が報告されていることや、医療安全情報で取り上げた磁性体である酸素ボンベやホーロー製のトレイはMRI装置に引き寄せられて飛んでいく間に人を傷害する危険性がある事例が報告されていることに加えて、本報告書では水頭症治療のために用いられる圧可変式の脳室シャントバルブや人工内耳のような、磁場によって医療機器の機能が低下する事例も報告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にしました。具体的な事例の紹介や改善策の紹介とともに、医療機器の種類、植え込みを行った診療科とMRI検査を行った診療科などについて分析しています。また、改善策として、検査前の確認の強化や磁性体の発見などのためのチェックリストの改善などを紹介しています。

「ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例（162～166ページ）」については、平成20年6月に公表した第13回報告書において「共有すべき事例」として取り上げた内容です。その後、平成22年は4件、本年もこれまでに2件の報告があり、そのうち本報告書が対象としている平成23年4～6月に、ベッドの柵を患者が降ろしたことによると考えられる転落により骨折を生じたとする報告が1件ありましたので、その内容を紹介しています。また、これに関連して、日本看護協会が提供した医療看護安全情報「ベッド柵の安全使用－患者の転落防止について－」を、その中の掲載図を引用して紹介するとともに、厚生労働省や経済産業省から発出された注意喚起のための通知や、その中で示された注意点を併せて紹介しています。

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（167～177ページ）

本報告書が対象とする平成23年4～6月に提供した、医療安全情報のNo. 53～55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。また6月号（No. 55）は、毎年一度、過去の医療安全情報を第1号にまで遡って振り返り、最近1年間の再発・類似事例の報告状況をお示したものです（172～177ページ）。2006年から2009年までに提供した医療安全情報No. 37までのうち、掲載した23件について、再発・類似事例が報告されていますので、今一度ご確認いただければ幸いです。

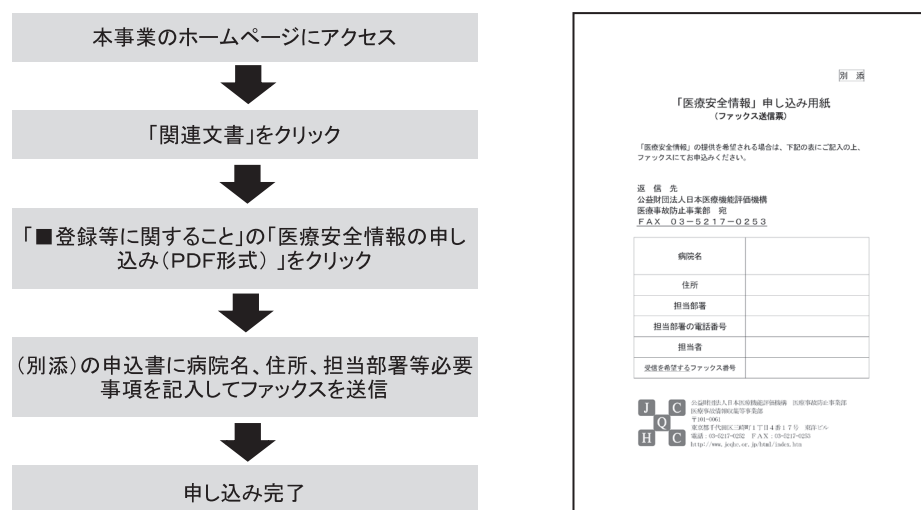
現在、医療安全情報をファックスによる受け取っておられない病院に対しても、ファックス送付のご依頼を随時受け付けておりますので、ご希望がありましたら、当事業部にご連絡をいただければ幸いです。また、まだファックスの配信を受けておられない医療機関をご存知でしたら、今からでも送付が可能であることをお教えいただければ幸いです。実際に、最近でも少しずつではありますが、お申し込みをいただいているところです。さらに、医療関係団体より医療安全情報を会員に配布するために本事業のいずれかのページにリンクを貼ることについてご質問やご要望をいただくこともあり、当方としてもそのようなご活用をお願いしております。本事業にとっても、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です。

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。

(参考) 医療安全情報の申し込み手順と申込書



7) Web を活用した情報提供～平成22年7月から新しく公表した情報を中心に～

(1) ホームページの機能追加

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1年間にわたり、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。

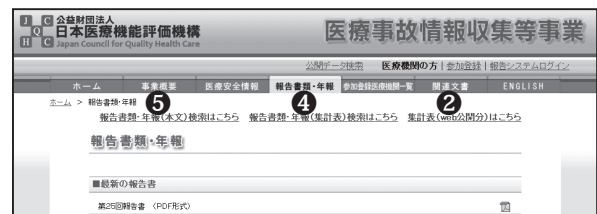
(2) 報告書に掲載していないものを含む詳細な集計表

図1は、本事業のホームページを示しています。ホームページに設定されている、「報告書類・年報」(①)をクリックすると、図2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1 医療事故情報収集等事業ホームページ



図2 報告書類・年報一覧



このページの上段にある「集計表 (Web 公開分) はこちら」(②)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。最近では、平成22年年報に掲載した図表を含む詳細な図表を掲載しました。それらの図表の中には、図3、4に示すように、集計結果の数字(③)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ができる機能も付しています。このように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。

図3 平成22年年報 医療事故「事故の概要」
(YA-35-C)

医療事故情報収集・分析・提供事業
2010年1月～12月(平成22年年報分)
参加登録医療機関からの報告(報告月に基づいた集計)

YA-35-C 事故の概要

事故の概要	件数	%
薬剤	266	9.8
輸血	15	0.6
治療・処置	583	21.6
医療機器等	70	2.6
ドレーン・チューブ	218	8.1
検査	105	3.9
療養上の世話	1,122	41.5
その他	324	12.0
合計	2,703	100.0

図4 平成22年年報 医療事故「事故の概要」
(YA-35-C)の「薬剤」の事例

(3) 報告書・集計表の検索機能

図2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」(4)「報告書類・年報(集計表)検索はこちら」(5)をクリックすると、図5、6のページが現れ、このページより公表済の報告書及び年報、及び英語版の年報(PDF形式)の集計表や、本文の全文検索ができます。

図5 集計表の検索

図6 報告書・年報の検索

(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」(6)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。また、図7の下方にボタンがあり、選択した事例を「XML」「PDF」「CSV」の3つのファイル形式でダウンロードすることが可能です。例えばCSVファイル形式でダウンロードすることにより、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ができます。

図7 公開データ検索

■医療事故/ヒヤリ・ハット報告事例検索

本ページによる事例公表は、医療安全の推進を目的として行っています。

■事例内容で検索 ※各項目はAND検索となります。共通の報告は条件検索可能。発生年月が未公開のものは、発生年月の範囲検索の対象とはなりません。
なお、事故事例報告の発生年月は非公開しております。

報告事例区分 発生年月

事故事例報告 ヒヤリ・ハット事例報告

全文検索

事例概要

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

表示件数 10 検索

事例は必要に応じ個人情報や医療機関情報の保護に配慮し一部修正することがあります。
なお、公表した事例内容は報告時点のものであり、その後の追加報告は行われません。

表示一覧のみ選択 表示一覧選択解除

選択	事例区分	事例ID	発生年月	事例の概要	事例の内容	詳細

XML出力 PDF出力 CSV出力

以上の機能は、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多くいただいてきたことに対応したものです。ご報告いただいた情報をこのような形で公表し、それ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する、といった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。

3 医療事故情報収集等事業平成22年年報の公表

8月30日に、平成22年年報を公表しました。その内容は、基本的に平成22年に公表した第21～24回報告書を取りまとめたものになっています。集計を中心とした部分では平成22年1～12月の合計を掲載しています。また、「個別のテーマの検討状況」のページでは、「病理に関する医療事故」「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」など14のテーマについて1年間の集計・分析の内容を掲載しています。「再発・類似事例の発生状況」のページでは、「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」（医療安全情報 No. 2）「手術部位の左右間違い（医療安全情報 No. 8）」など17のテーマを取り上げて、報告状況を説明した内容を取りまとめました。

また、毎年年報のみに掲載している情報として、1）報告月だけでなく発生月に基づいた集計、2）報告義務対象医療機関と、いわゆる任意参加の医療機関である、参加登録申請医療機関の報告件数を合計した集計、3）追加情報の収集として、文書による情報収集や現地状況確認調査の件数、4）現地状況確認調査を行った11施設の16事例の概要、5）No. 55「2006年から2009年に提供した医療安全情報」に掲載できなかった事例、6）薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業との連携、7）2010 International Patient Safety Reporting System Conference での招待講演の内容、などを掲

載しています。

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22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、本年3月29日には第4回集計報告を、そして8月30日には平成22年年報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4,600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18,000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22年年報 (http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/pdf/year_report_2010.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(表1)。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に存じます。

(表1) 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 平成22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 一包化調剤に関するヒヤリ・ハット
 - 5 疑義照会に関するヒヤリ・ハット
 - 6 個別薬剤に関するヒヤリ・ハット
 - ①抗悪性腫瘍剤に関する事例
 - ②テオフィ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7件掲載しています(表2)。(http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/contents/analysis_table/index.html)

(表 2) 薬局ヒヤリ・ハット分析表のタイトル

- ① 再び報告があった名称類似医薬品
- ② 薬効類似に関する事例の発生場面と医薬品の交付の有無
- ③ ハイリスク薬に関するヒヤリ・ハット事例
- ④ 一包化調剤に関するヒヤリ・ハット事例の内容と医薬品の交付の有無
- ⑤ 疑義照会の結果、分量変更となった医薬品及び疑義照会の理由
- ⑥ 抗悪性腫瘍剤の処方に疑義があると判断した理由
- ⑦ テオフィリン製剤に関するヒヤリ・ハット事例

以下にその一例として「再び報告があった名称類似医薬品」(図8)と「抗悪性腫瘍剤の処方に疑義があると判断した理由」(図9)を示します。

図8 再び報告があった名称類似医薬品

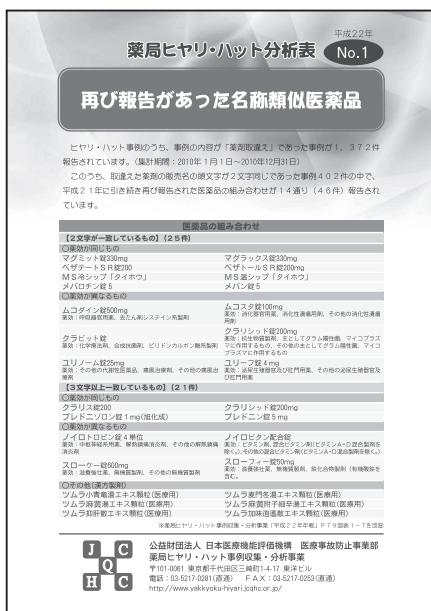
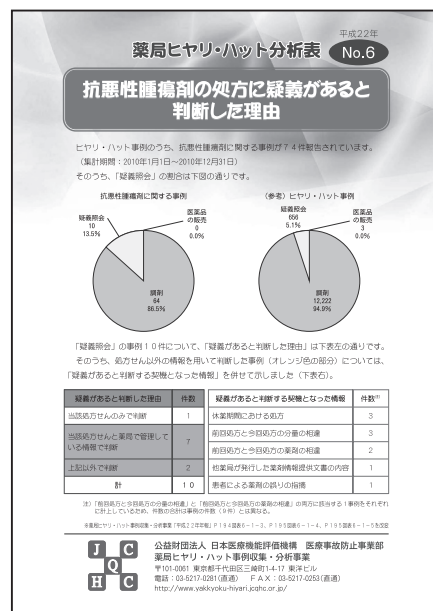


図9 抗悪性腫瘍剤の処方に疑義があると判断した理由



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～医療事故情報収集等事業との連携ページの開設～

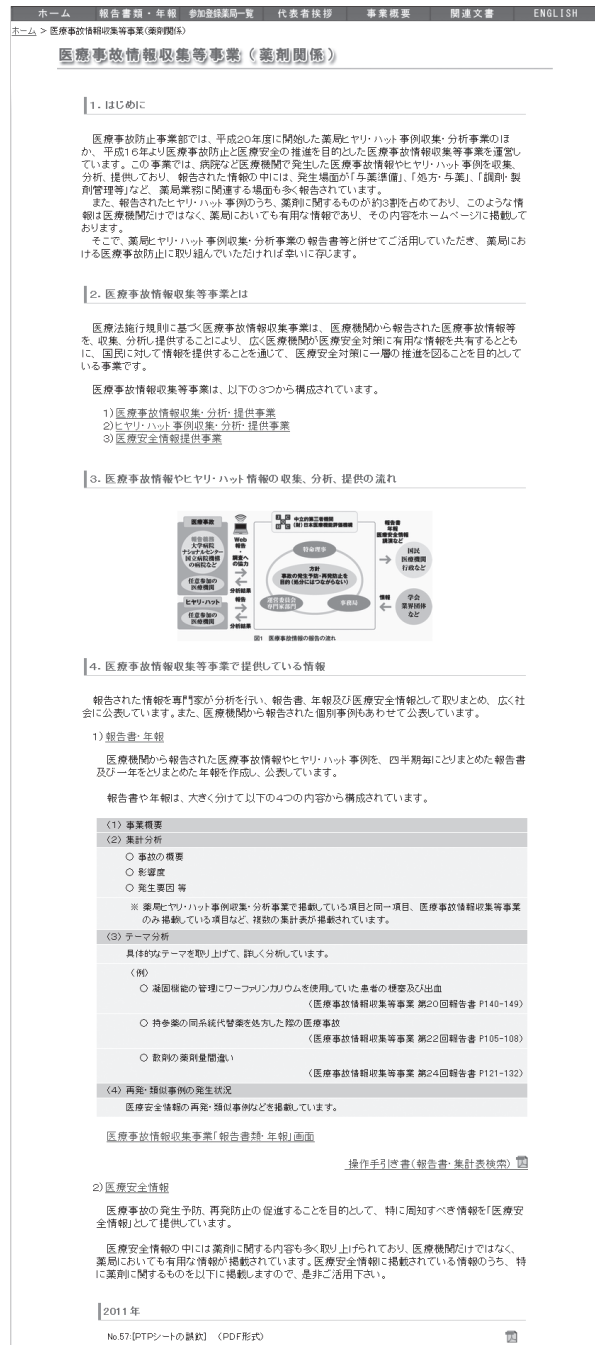
薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業で報告されているヒヤリ・ハット事例の90%は調剤に関する事例であり、その中でも「数量間違い」、「規格剤形間違い」など、医療機関の薬剤部門でも発生する事例が多くあります。したがって、医療事故情報収集等事業においてこれまでに作成、公表してきた報告書、年報、医療安全情報のうち、薬剤に関する内容は、その多くが薬局にとっても有用な情報です。そのため、平成22年度の事業として、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業のホームペー

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（図10）。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（図11）。

図10 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業ホームページ



図11 医療事故情報収集等事業との連携のページ



掲載している内容を以下にお示しします（表3）。薬局の薬剤師の方と共同で研修する機会などでご利用いただければ幸いに存じます。

表3 医療事故情報収集等事業（薬剤関連）の掲載内容

項目	内容
1 はじめに	<ul style="list-style-type: none"> 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薬局ヒヤリ・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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>2011年公表分</p> <ul style="list-style-type: none"> No. 57：PTP シートの誤飲 No. 51：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 <p>2010年公表分</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 41：処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い（第2報） No. 39：持参薬の不十分な確認 No. 38：清潔野における注射器に準備された薬剤の取り違い <p>2009年公表分</p> <ul style="list-style-type: none"> No. 36：抜歯時の不十分な情報確認 No. 30：アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与 No. 29：小児への薬剤10倍量間違い No. 27：口頭指示による薬剤量間違い <p>2008年公表分</p> <ul style="list-style-type: none"> No. 23：処方入力の際の単位間違い No. 22：化学療法の治療計画の処方間違い No. 18：処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い No. 15：注射器に準備された薬剤の取り違い <p>2007年公表分</p> <ul style="list-style-type: none"> 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：薬剤の取り違い 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 <p>2006年公表分</p> <ul style="list-style-type: none"> No. 1：インスリン含量の誤認
3) 個別事例の閲覧	<ul style="list-style-type: none"> 医療事故情報収集等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20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は8月末までにNo. 47まで公表しました。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です。

「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 NearMiss/ 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26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(12ページ、図5、6)より英語による検索が可能です。

図12 医療安全情報「誤った患者への輸血」(英語版)

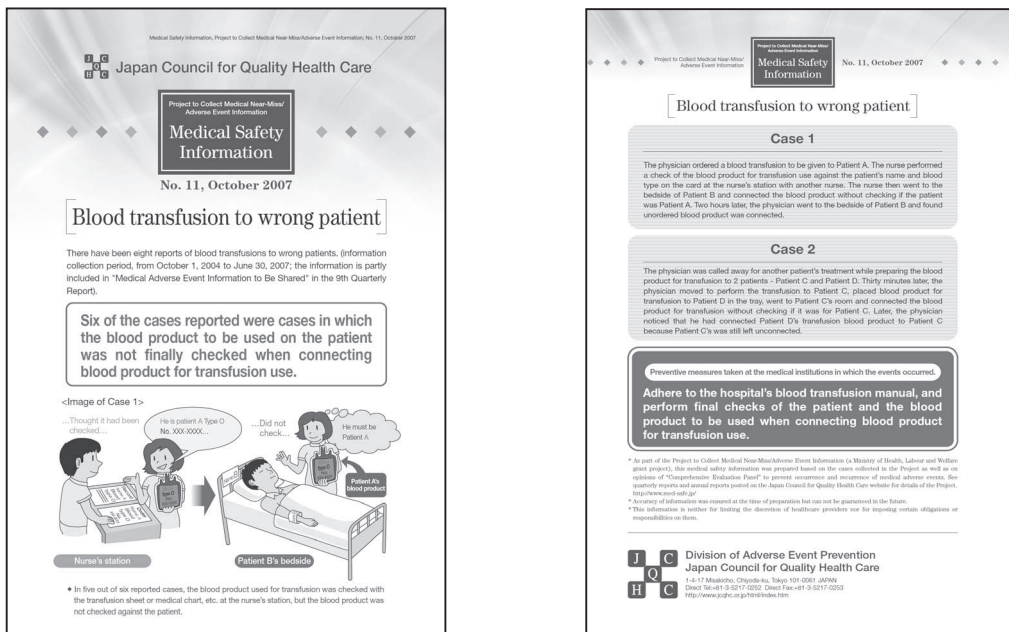
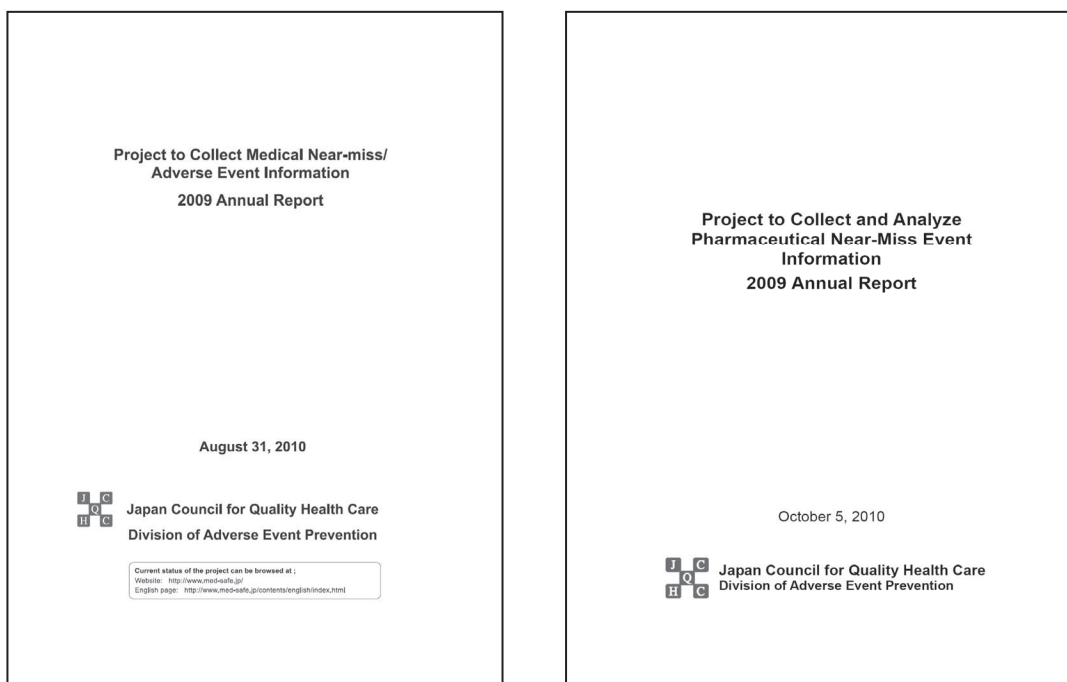


図13 医療事故情報収集等事業及び薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の年報（英語版）



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）

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表4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。

表4 講演内容

-
- 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	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) 療養上の世話	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6月30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	401	78	247	71	221	272	869
	任意	参加する	278		169		150		597	
		参加しない	170		219		/		389	
合計			571		466		221		1,258	
			1,037							

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4月から6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6月30日現在、医療事故情報収集・分析・提供事業に参加している医療機関数は以下の通りである。なお、医療機関数の増減の理由には、新規の開設や閉院、統廃合の他に、開設者区分の変更も含まれる。

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	3
	その他の国の機関	0	0
自治体	都道府県	1	14
	市町村	0	62
	公立大学法人	9	1
	地方独立行政法人	1	12
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	9
	国民健康保険組合	0	0
法人	学校法人	51	12
	医療法人	0	252
	公益法人	0	36
	会社	0	11
	その他の法人	0	25
個人		0	33
合計		272	597

※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4月1日から同年6月30日までの参加登録申請医療機関における登録件数の推移は以下の通りである。

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	4	3	2	—	—	—	—	—	—
登録取り下げ 医療機関	0	0	0	0	0	0	—	—	—	—	—	—
累 計	583	584	588	592	595	597	—	—	—	—	—	—

【2】報告件数

(1) 月別報告件数

平成23年4月1日から同年6月30日までの報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関の月別報告件数は以下の通りである。

図表Ⅱ-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	134	145	351	—	—	—	—	—	—	1,358
参加登録申請医療機関報告数	41	8	11	40	27	24	—	—	—	—	—	—	151
報告義務対象医療機関	272	272	272	272	272	272	—	—	—	—	—	—	—
参加登録申請医療機関	583	584	588	592	595	597	—	—	—	—	—	—	—

(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4月1日から同年6月30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6月30日現在、報告義務対象医療機関は272施設、病床数合計は140,692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 6月30日現在	報告医療機関数		報告件数		
		2011年 4月～6月	2011年 1月～6月(累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月(累計)	
		国	国立大学法人	45	27	38
	独立行政法人国立病院機構	144	80	101	213	495
	国立高度専門医療研究センター	8	5	6	28	51
	厚生労働省(ハンセン病療養所)	13	2	3	6	21
自治体	都道府県	11	3	5	33	75
	市町村					
	公立大学法人					
	地方独立行政法人					
法人	学校法人	51	20	22	256	484
合計		272	137	175	630	1,358

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6月
国	国立大学法人	2,131
	独立行政法人国立病院機構	4,689
	国立高度専門医療研究センター	528
	厚生労働省（ハンセン病療養所）	117
自治体	都道府県	432
	市町村	
	公立大学法人	
	地方独立行政法人	
法人	学校法人	2,877
合 計		10,774

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 6月30日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6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	1	1	1	1
150～199床	6	3	5	5	10
200～249床	17	8	9	11	28
250～299床	14	6	8	15	35
300～349床	27	8	16	12	65
350～399床	15	13	14	30	51
400～449床	30	17	21	52	125
450～499床	18	11	12	47	92
500～549床	11	7	7	19	31
550～599床	9	5	6	21	42
600～649床	27	18	20	71	146
650～699床	6	5	6	15	35
700～749床	10	4	7	18	46
750～799床	2	0	0	0	0
800～849床	12	6	9	46	96
850～899床	4	1	3	3	24
900～999床	9	6	9	20	36
1000床以上	29	18	22	244	495
合 計	272	137	175	630	1,358

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 6月30日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
北海道	10	4	7	7	17
東北	24	7	14	15	70
関東甲信越	84	45	51	334	663
東海北陸	37	20	24	72	151
近畿	35	20	27	53	136
中国四国	36	24	28	94	195
九州沖縄	46	17	24	55	126
合計	272	137	175	630	1,358

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 4月～6月	2011年 1月～6月(累計)
0	135	97
1	41	26
2	29	22
3	23	28
4	12	21
5	9	12
6	5	10
7	5	12
8	1	6
9	1	11
10	5	4
11～20	3	17
21～30	2	1
31～40	0	1
41～50	0	1
51～100	0	2
101～150	1	0
151～200	0	0
200以上	0	1
合計	272	272

II 報告の現況

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4月1日から同年6月30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 6月30日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2011年 4月～6月	2011年 1月～6月(累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月(累計)
国	4	0	0	0	0
自治体	89	9	11	27	33
公的医療機関	135	11	17	29	54
法人	336	19	25	35	63
個人	33	0	1	0	1
合計	597	39	54	91	151

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6月
国	1
自治体	274
公的医療機関	461
法人	726
個人	3
合計	1,465

【3】報告義務対象医療機関からの報告の内容

平成23年4月1日から同年6月30日までの報告義務対象医療機関からの医療事故報告の内容は以下の通りである。

なお、各表は、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	302
歯科医師	11
看護師	479
准看護師	4
薬剤師	4
臨床工学技士	5
助産師	1
看護助手	1
診療放射線技師	6
臨床検査技師	2
管理栄養士	1
栄養士	0
調理師・調理従事者	1
理学療法士 (PT)	1
作業療法士 (OT)	3
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	13
合計	834

※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	12	1	25	1	0	1	0	0	1	0
1年	2	1	68	0	0	0	1	0	2	0
2年	16	1	65	0	1	0	0	0	1	0
3年	18	2	36	0	0	0	0	0	0	0
4年	23	0	41	0	0	0	0	0	1	0
5年	15	0	31	0	0	1	0	0	0	1
6年	23	0	18	0	1	0	0	0	0	0
7年	11	0	8	0	0	0	0	0	0	0
8年	12	0	9	0	0	0	0	0	0	0
9年	11	0	7	0	0	0	0	0	0	0
10年	20	0	11	0	0	0	0	0	0	0
11年	18	0	8	0	0	0	0	0	0	0
12年	9	2	6	0	0	0	0	0	0	0
13年	9	0	6	0	1	0	0	0	0	0
14年	11	1	7	0	0	0	0	0	1	0
15年	8	1	6	0	0	0	0	0	0	0
16年	5	0	7	0	0	0	0	0	0	0
17年	13	0	7	0	0	2	0	0	0	0
18年	9	0	9	0	0	0	0	0	0	0
19年	8	0	6	0	0	0	0	0	0	0
20年	12	0	15	0	0	0	0	0	0	0
21年	2	1	2	0	0	1	0	0	0	1
22年	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0
23年	3	0	8	0	0	0	0	0	0	0
24年	4	0	5	0	0	0	0	0	0	0
25年	6	1	9	1	0	0	0	1	0	0
26年	8	0	4	0	0	0	0	0	0	0
27年	2	0	7	0	0	0	0	0	0	0
28年	1	0	8	0	0	0	0	0	0	0
29年	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0
30年	0	0	9	1	1	0	0	0	0	0
31年	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0
32年	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
33年	2	0	5	0	0	0	0	0	0	0
34年	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0
35年	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
36年	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0
37年	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0
38年	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
39年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40年超	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
合計	302	11	479	4	4	5	1	1	6	2

※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	2	43
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	75
0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	86
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	59
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	65
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	44
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	21
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	19
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	19
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	19
0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	14
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
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	0	4
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	3
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	2
1	0	1	1	3	0	0	0	0	13	834

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	70	1	76	2	1	1	0	0	1	0
1年	43	2	116	0	1	0	1	0	2	1
2年	36	3	95	1	1	1	0	0	2	0
3年	24	1	59	1	0	0	0	0	0	0
4年	19	1	43	0	0	0	0	1	0	0
5年	19	0	30	0	0	1	0	0	0	0
6年	11	0	16	0	0	0	0	0	0	0
7年	9	0	13	0	0	0	0	0	0	0
8年	7	1	5	0	0	2	0	0	0	0
9年	6	0	4	0	0	0	0	0	0	0
10年	10	0	5	0	0	0	0	0	0	0
11年	2	1	4	0	0	0	0	0	0	0
12年	9	0	1	0	0	0	0	0	0	0
13年	6	0	1	0	1	0	0	0	0	0
14年	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0
15年	6	0	1	0	0	0	0	0	0	1
16年	4	1	2	0	0	0	0	0	0	0
17年	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0
18年	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0
19年	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20年	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21年	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
22年	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
23年	1	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	1	0	0	0	0	0	0	0
26年	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28年	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
29年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30年	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32年	0	0	0	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	302	11	479	4	4	5	1	1	6	2

※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	5	157
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	168
0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	142
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	88
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	64
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	28
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	23
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	17
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
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	1
0	0	0	0	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	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
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	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	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
1	0	1	1	3	0	0	0	0	13	834

図表 II-2-14 (QA-35-A) 事故の概要

事故の概要	2011年4月～6月		2011年1月～6月(累計)	
	件数	%	件数	%
薬剤	77	12.2	147	10.8
輸血	0	0	4	0.3
治療・処置	124	19.7	256	18.9
医療機器等	20	3.2	39	2.9
ドレーン・チューブ	91	14.4	195	14.4
検査	26	4.1	60	4.4
療養上の世話	248	39.4	542	39.9
その他	44	7.0	115	8.5
合計	630	100.0	1,358	100.0

図表 II-2-15 (QA-37-A) 事故の程度

事故の程度	2011年4月～6月		2011年1月～6月(累計)	
	件数	%	件数	%
死亡	33	5.2	64	4.7
障害残存の可能性が高い	62	9.8	127	9.4
障害残存の可能性が低い	168	26.7	347	25.6
障害残存の可能性なし	146	23.2	340	25.0
障害なし	197	31.3	433	31.9
不明	24	3.8	47	3.5
合計	630	100.0	1,358	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4月～6月		2011年1月～6月(累計)	
	件数	%	件数	%
内科	92	12.0	179	11.1
麻酔科	22	2.9	32	2.0
循環器内科	48	6.3	87	5.4
神経科	18	2.3	37	2.3
呼吸器内科	30	3.9	80	4.9
消化器科	47	6.1	92	5.7
血液内科	12	1.6	27	1.7
循環器外科	5	0.7	9	0.6
アレルギー科	0	0	1	0.1
リウマチ科	4	0.5	4	0.2
小児科	57	7.4	106	6.6
外科	57	7.4	134	8.3
整形外科	92	12.0	190	11.8
形成外科	6	0.8	17	1.1
美容外科	0	0	0	0
脳神経外科	38	5.0	80	4.9
呼吸器外科	8	1.0	17	1.1
心臓血管外科	21	2.7	45	2.8
小児外科	7	0.9	14	0.9
ペインクリニック	1	0.1	2	0.1
皮膚科	8	1.0	20	1.2
泌尿器科	20	2.6	39	2.4
性病科	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0
産婦人科	4	0.5	14	0.9
産科	3	0.4	5	0.3
婦人科	12	1.6	22	1.4
眼科	7	0.9	25	1.5
耳鼻咽喉科	7	0.9	28	1.7
心療内科	1	0.1	1	0.1
精神科	43	5.6	82	5.1
リハビリテーション科	0	0	9	0.6
放射線科	16	2.1	25	1.5
歯科	2	0.3	2	0.1
矯正歯科	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0
歯科口腔外科	10	1.3	19	1.2
不明	0	0	3	0.2
その他	68	8.9	170	10.5
合計	766	100.0	1,617	100.0

※「関連診療科」は複数回答が可能である。

図表 II - 2 - 1 7 (QA-41-A) 発生要因

発生要因	2011年4月～6月		2011年1月～6月(累計)	
	件数	%	件数	%
当事者の行動に関わる要因	780	46.9	1,591	48.5
確認を怠った	196	11.8	411	12.5
観察を怠った	194	11.7	407	12.4
報告が遅れた(怠った)	14	0.8	26	0.8
記録などに不備があった	17	1	29	0.9
連携ができていなかった	77	4.6	150	4.6
患者への説明が不十分であった(怠った)	95	5.7	200	6.1
判断を誤った	187	11.3	368	11.2
ヒューマンファクター	281	17	562	17.1
知識が不足していた	97	5.9	167	5.1
技術・手技が未熟だった	73	4.4	146	4.4
勤務状況が繁忙だった	44	2.7	101	3.1
通常とは異なる身体的条件下にあった	9	0.5	19	0.6
通常とは異なる心理的条件下にあった	6	0.4	21	0.6
その他	52	3.1	108	3.3
環境・設備機器	255	15.4	514	15.6
コンピュータシステム	20	1.2	37	1.1
医薬品	16	1	29	0.9
医療機器	26	1.6	56	1.7
施設・設備	25	1.5	51	1.5
諸物品	19	1.1	35	1.1
患者側	121	7.3	249	7.6
その他	28	1.7	57	1.7
その他	340	20.5	626	18.9
教育・訓練	187	11.3	294	8.9
仕組み	19	1.1	30	0.9
ルールの不備	46	2.8	90	2.7
その他	88	5.3	212	6.4
合計	1,656	100.0	3,293	100.0

※「発生要因」は複数回答が可能である。

図表 II - 2 - 1 8 (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4月～6月		2011年1月～6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	2	0.3	2	0.1
院内感染による死亡や障害	0	0	0	0
患者の自殺又は自殺企図	14	2.2	27	2.0
入院患者の失踪	2	0.3	5	0.4
患者の熱傷	6	1.0	16	1.2
患者の感電	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	0	0	1	0.1
本事例は選択肢には該当しない	606	96.2	1,307	96.2
合計	630	100.0	1,358	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4月～6月	2011年1月～6月(累計)	2011年4月～6月	2011年1月～6月(累計)	2011年4月～6月	2011年1月～6月(累計)	2011年4月～6月	2011年1月～6月(累計)	2011年4月～6月	2011年1月～6月(累計)	2011年4月～6月	2011年1月～6月(累計)	2011年4月～6月	2011年1月～6月(累計)
薬剤に関する項目													77	147
手書きによる処方箋の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
オーダーリングによる処方箋の作成	0	0	1	1	3	6	2	3	1	1	1	1	8	12
口頭による処方指示	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
手書きによる処方の変更	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の変更	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	2	3
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	1	1	0	1	0	0	0	0	1	2
内服薬調剤	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
注射薬調剤	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	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	0	1	0	0	0	0	0	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	1	1	0	0	1	1
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	0	1	0	0	0	1
与薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	3
皮下・筋肉注射	0	0	0	0	0	0	0	0	5	9	0	0	5	9
静脈注射	1	1	0	1	1	3	1	6	1	9	1	1	5	21
動脈注射	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
末梢静脈点滴	0	0	0	1	2	4	0	2	21	33	0	0	23	40
中心静脈注射	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	3
内服	1	1	0	0	1	2	2	3	17	27	0	0	21	33
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	1	1	0	0	1	1
点鼻・点耳・点眼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
その他与薬に関する場面	0	0	0	1	0	3	3	3	2	2	0	1	5	10
輸血に関する項目													0	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	0	2	0	0	0	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	0	1	0	1	0	0	0	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													124	256
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	3	3	0	1	0	0	0	0	3	4
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	3	3	6	12	1	2	0	0	0	0	10	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

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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
管理	2	4	3	7	4	7	2	4	1	3	0	0	12	25
その他の管理に関する場面	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	4
準備	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	2
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	8	12	17	33	31	62	21	47	10	29	4	9	91	192
その他の治療・処置に関する場面	0	0	1	1	1	1	3	8	0	1	1	1	6	12
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目													20	39
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	1	0	0	0	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	1	1	1	2	0	0	0	0	2	3
管理	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2	0	0	2	4
準備	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3	0	0	1	5
使用中	2	3	3	4	1	2	2	5	7	11	0	1	15	26
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目													91	195
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	1	1	0	0	1	1
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	1	0	2	1	2	1	1	0	0	2	6
管理	0	0	0	1	7	8	5	11	4	6	0	1	16	27
準備	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
使用中	2	5	3	5	6	14	17	30	39	101	4	4	71	159
検査に関する項目													26	60
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	1	0	0	0	0	0	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	6	1	3	0	0	0	0	4	9
管理	0	0	1	1	0	0	0	1	1	2	0	0	2	4
準備	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	1	3
実施中	0	1	3	5	3	12	4	9	8	13	1	3	19	43
療養上の場面に関する項目													248	542
手書きによる計画又は指示の作成	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
オーダーリングによる計画又は指示の作成	0	0	0	0	0	1	1	3	1	1	0	0	2	5
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	1	6	2	4	1	1	0	0	4	11
管理	7	14	7	19	34	74	30	72	44	92	4	8	126	279
準備	0	0	0	0	2	4	1	1	0	0	0	0	3	5
実施中	1	2	8	20	44	79	31	81	21	45	7	13	112	240
その他	9	16	11	21	9	27	10	27	4	22	1	2	44	115
合計	33	64	62	127	168	347	146	340	197	433	24	47	630	1,358

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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	
薬剤に関する項目														77	147
処方忘れ	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	2	2	
処方遅延	0	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	1	1	1	1	0	0	2	2	
重複処方	0	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	1	1	2	3	0	0	0	0	3	4	
対象患者処方間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
処方薬剤間違い	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	2	3	
処方単位間違い	0	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	0
その他の処方に関する内容	0	0	0	0	2	3	0	0	2	4	0	0	4	7	
調剤忘れ	0	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	0
秤量間違い調剤	0	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	0
分包間違い調剤	0	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	0
単位間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	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	0
説明文書の取違え	0	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	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	0
期限切れ製剤の交付	0	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	0	1	0	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	0
異物混入	0	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	0
期限切れ製剤	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1
その他の製剤管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
過剰と薬準備	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1
過少と薬準備	0	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	0
重複と薬	0	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	0
投与速度速すぎ	0	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	1	0	1	1
患者間違い	0	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	0
単位間違い	0	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	0
無投薬	0	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	1	1	0	0	1	1	1
その他の与薬準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2	2
過剰と薬	0	0	0	1	3	6	1	4	8	8	0	0	12	19	19
過少と薬	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2	2
与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2	2
重複と薬	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	3	3	3
禁忌薬剤の投与	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	2	2
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0	1	7	14	0	0	7	15	15
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1
患者間違い	0	0	0	0	1	2	1	3	0	3	0	0	2	8	8
薬剤間違い	0	0	0	0	0	1	1	2	3	6	0	2	4	11	11
単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2
投与方法間違い	0	0	0	1	0	1	1	2	0	1	1	1	2	6	6
無投薬	0	0	0	0	0	0	0	0	8	15	0	0	8	15	15
その他の与薬に関する内容	2	3	0	1	2	6	2	3	11	21	0	0	17	34	34

※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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
輸血に関する項目													0	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	0	1	0	0	0	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	0	1	0	0	0	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	0	1	0	0	0	0	0	1
薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	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高い(高い)		障害残存の可能性が低い(低い)		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	2011年4月~6月	2011年1月~6月(累計)	2011年4月~6月	2011年1月~6月(累計)	2011年4月~6月	2011年1月~6月(累計)	2011年4月~6月	2011年1月~6月(累計)	2011年4月~6月	2011年1月~6月(累計)	2011年4月~6月	2011年1月~6月(累計)	2011年4月~6月	2011年1月~6月(累計)
治療・処置に関する項目													124	256
指示出し忘れ	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
指示遅延	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
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
日程間違い	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	2	2	2	2	0	1	0	0	0	3	5
治療・処置の管理	0	2	3	4	3	4	1	3	1	4	0	0	8	17
その他の治療・処置の管理に関する内容	0	3	1	2	1	2	1	2	1	1	0	0	4	10
医療材料取り違い	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
患者体位の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	2	2	1	1	0	0	0	0	3	3
患者間違い	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	2
部位取違い	0	0	0	1	1	1	2	4	0	0	2	3	5	9
方法(手技)の誤り	1	1	3	7	14	26	4	13	2	3	0	0	24	50
未実施・忘れ	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
中止・延期	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
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	1	1	0	0	1	2	0	0	0	0	2	3
誤嚥	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	3
誤飲	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
異物の体内残存	0	0	1	1	1	4	5	8	2	4	1	2	10	19
診察・治療・処置等その他の取り違い	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
その他の治療・処置の実施に関する内容	8	12	13	25	17	39	12	26	6	19	2	4	58	125
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目													20	39
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	1	3	0	0	1	3
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	0	1	0	0	0	0	0	1
破損	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	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	1	1	0	1	0	0	1	2
組み立て	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	2
条件設定間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	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	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
使用前の点検・管理ミス	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	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	1	1	0	0	1	1
医療機器等・医療材料の不適切使用	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	3
誤作動	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
故障	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
破損	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	2	3
その他の医療機器等・医療材料の使用に関する内容	2	2	2	3	1	2	1	3	3	7	0	1	9	18

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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目													91	195
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	1	1	0	0	1	1
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	2	2	4	4	1	2	0	0	7	8
破損	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	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	0	1	3	4	1	4	1	1	0	1	5	11
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	1	3	2	2	1	2	1	1	5	8
自己抜去	0	0	1	2	2	4	3	7	23	67	0	0	29	80
自然抜去	1	1	0	0	0	1	1	4	11	17	1	1	14	24
接続はずれ	0	1	0	1	0	1	2	2	1	4	0	0	3	9
未接続	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
閉塞	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	4
破損・切断	0	0	0	0	0	0	2	2	3	8	0	0	5	10
接続間違い	0	0	0	0	1	1	1	2	1	1	0	0	3	4
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	0	1	0	0	0	0	0	1
その他のドレーン・チューブ類の使用に関する内容	0	2	1	2	3	7	8	16	2	5	2	2	16	34
検査に関する項目													26	60
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	0	1	0	0	0	0	0	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	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
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	2	0	0	1	2
患者取違え	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	2	3
検体取違え	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
試薬の間違い	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
検体紛失	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
検査の手法・判定技術の間違い	0	0	1	1	0	1	1	2	0	0	0	0	2	4
検体採取時のミス	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	3
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	0	1	0	3	0	0	0	1	0	5
その他の検査の実施に関する内容	0	1	2	4	5	15	4	7	5	9	1	1	17	37

事故の内容×事故の程度	死亡		障害残存の可能性が高い		障害残存の可能性が低い		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	2011年4月～6月	2011年1月～6月(累計)	2011年4月～6月	2011年1月～6月(累計)	2011年4月～6月	2011年1月～6月(累計)	2011年4月～6月	2011年1月～6月(累計)	2011年4月～6月	2011年1月～6月(累計)	2011年4月～6月	2011年1月～6月(累計)	2011年4月～6月	2011年1月～6月(累計)
療養上の場面に関する項目													248	542
計画忘れ又は指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
計画又は指示の遅延	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	0	0	2	3
計画又は指示の対象患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
計画又は指示内容間違い	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	3
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	1	1	0	0	0	0	1	1
拘束・抑制	0	0	1	1	0	0	2	2	0	0	0	0	3	3
給食の内容の間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
安静指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	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	0	0	1	0	0	0	0	1
異物混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
転倒	1	1	10	26	45	101	27	88	47	86	7	13	137	315
転落	1	3	1	4	8	16	9	12	7	13	0	1	26	49
衝突	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	3
誤嚥	2	3	2	3	0	2	3	4	1	4	0	0	8	16
誤飲	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2
誤配膳	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
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	0	1	0	0	0	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	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
その他の療養上の世話の管理・準備・実施に関する内容	4	7	2	7	26	42	23	51	6	23	4	7	65	137
その他	9	16	11	21	9	27	10	27	4	22	1	2	44	115
合計	33	64	62	127	168	347	146	340	197	433	24	47	630	1,358

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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
内科	23	40	0	1	13	20	3	5
麻酔科	1	2	0	0	16	22	0	0
循環器内科	5	7	0	0	21	33	2	4
神経科	0	0	0	0	1	2	0	0
呼吸器内科	4	8	0	0	1	9	3	4
消化器科	3	7	0	0	13	23	2	3
血液内科	3	5	0	0	1	3	2	2
循環器外科	0	0	0	0	1	2	0	0
アレルギー科	0	0	0	0	0	0	0	0
リウマチ科	1	1	0	0	0	0	0	0
小児科	8	13	0	0	1	4	3	5
外科	8	18	0	0	13	23	0	2
整形外科	2	6	0	1	13	26	1	4
形成外科	1	1	0	0	1	5	0	0
美容外科	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	4	6	0	0	9	18	0	0
呼吸器外科	1	2	0	0	2	4	0	0
心臓血管外科	0	1	0	0	11	21	3	4
小児外科	1	1	0	1	1	5	0	0
ペインクリニック	0	0	0	0	0	0	0	0
皮膚科	1	3	0	0	1	4	1	1
泌尿器科	1	5	0	0	9	13	1	1
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	3	9	0	2
産科	1	1	0	0	0	1	0	0
婦人科	4	6	0	0	3	5	0	0
眼科	2	4	0	0	3	12	0	1
耳鼻咽喉科	1	2	0	0	3	8	0	1
心療内科	0	0	0	0	0	0	0	0
精神科	0	2	0	0	0	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	3	4	0	0	3	4	1	1
歯科	1	1	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	0	1	0	0	7	11	1	1
不明	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	6	16	0	1	11	26	1	4
合計	85	163	0	4	161	315	24	45

※「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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
8	21	3	8	38	74	4	10	92	179
2	5	0	0	1	1	2	2	22	32
4	6	3	9	9	21	4	7	48	87
2	2	0	0	15	31	0	2	18	37
2	5	3	7	16	45	1	2	30	80
8	11	4	9	12	29	5	10	47	92
0	2	1	1	5	12	0	2	12	27
1	2	0	0	1	3	2	2	5	9
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
0	0	0	0	3	3	0	0	4	4
18	38	0	4	24	37	3	5	57	106
13	28	1	3	17	49	5	11	57	134
7	9	0	2	60	122	9	20	92	190
1	2	0	0	2	7	1	2	6	17
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	20	2	4	13	23	2	9	38	80
1	3	0	1	2	4	2	3	8	17
3	10	1	2	2	5	1	2	21	45
5	7	0	0	0	0	0	0	7	14
0	0	0	0	0	0	1	2	1	2
1	1	0	1	3	7	1	3	8	20
3	8	0	1	4	7	2	4	20	39
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	0	1	0	0	0	1	4	14
0	0	1	1	0	1	1	1	3	5
1	3	0	1	3	6	1	1	12	22
0	0	0	0	1	7	1	1	7	25
1	2	0	0	1	9	1	6	7	28
0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
0	0	0	0	37	67	6	11	43	82
0	0	0	1	0	5	0	3	0	9
1	1	6	9	1	4	1	2	16	25
0	0	0	0	1	1	0	0	2	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	0	0	0	1	1	3	10	19
0	0	0	0	0	2	0	1	0	3
13	25	5	16	28	65	4	17	68	170
105	214	30	81	300	650	61	145	766	1,617

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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
当事者の行動に関わる要因								
確認を怠った	56	101	0	4	35	76	13	25
観察を怠った	8	16	0	0	23	37	3	4
報告が遅れた(怠った)	0	0	0	0	5	6	1	1
記録などに不備があった	2	5	0	0	6	8	1	2
連携ができていなかった	14	25	0	3	18	30	5	9
患者への説明が不十分であった(怠った)	5	14	0	0	16	26	1	1
判断を誤った	15	20	0	1	45	71	3	3
ヒューマンファクター								
知識が不足していた	25	40	0	0	12	18	5	8
技術・手技が未熟だった	2	5	0	0	28	51	5	8
勤務状況が繁忙だった	12	22	0	1	8	13	0	1
通常とは異なる身体的条件下にあった	1	3	0	0	4	6	0	0
通常とは異なる心理的条件下にあった	0	1	0	1	3	10	0	1
その他	1	6	0	0	13	26	5	6
環境・設備機器								
コンピュータシステム	12	20	0	1	3	5	0	1
医薬品	12	20	0	0	2	3	0	0
医療機器	0	3	0	0	5	11	14	24
施設・設備	0	1	0	0	3	3	0	0
諸物品	0	0	0	0	5	10	1	1
患者側	1	5	0	0	17	26	1	1
その他	0	0	0	0	6	11	3	3
その他								
教育・訓練	32	46	0	0	17	32	12	15
仕組み	2	5	0	0	5	8	2	3
ルールの不備	7	16	0	0	10	20	3	4
その他	8	19	0	1	29	76	1	4
合計	215	393	0	12	318	583	79	125

※「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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
								780	1,591
27	56	11	23	47	98	7	28	196	411
40	88	3	7	105	223	12	32	194	407
2	4	2	3	4	11	0	1	14	26
0	1	2	2	5	9	1	2	17	29
8	13	5	11	21	43	6	16	77	150
4	10	4	4	61	131	4	14	95	200
38	84	5	11	73	158	8	20	187	368
								281	562
15	21	6	9	26	56	8	15	97	167
13	23	2	5	21	48	2	6	73	146
3	9	2	4	17	43	2	8	44	101
0	0	0	0	3	9	1	1	9	19
0	0	0	2	3	4	0	2	6	21
5	10	2	7	20	39	6	14	52	108
								255	514
0	0	4	6	1	1	0	3	20	37
0	0	0	1	2	4	0	1	16	29
6	10	0	1	0	3	1	4	26	56
1	1	0	0	17	37	4	9	25	51
5	10	2	2	6	11	0	1	19	35
9	17	3	5	79	165	11	30	121	249
3	5	1	4	13	26	2	8	28	57
								340	626
40	55	12	15	67	115	7	16	187	294
3	3	3	4	1	3	3	4	19	30
8	12	4	5	11	26	3	7	46	90
8	15	6	18	19	44	17	35	88	212
238	447	79	149	622	1,307	105	277	1,656	3,293

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4月1日から同年6月30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6月30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。なお、医療機関数の増減の理由には、新規の開設や閉院、統廃合の他に、開設者区分の変更も含まれる。

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	117
	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	7	12
	その他の国の機関	0	0
自治体	都道府県	12	20
	市町村	64	116
	公立大学法人	4	8
	地方独立行政法人	8	16
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	17
	国民健康保険団体連合会	0	2
	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	20
	国民健康保険組合	1	1
法人	学校法人	29	43
	医療法人	181	342
	公益法人	22	48
	会社	2	9
	その他の法人	17	34
個人		28	41
合計		571	1,037

(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	2	2	3	—	—	—	—	—	—
登録取り下げ 医療機関	0	0	0	0	0	1	—	—	—	—	—	—
累 計	560	562	565	567	569	571	—	—	—	—	—	—
参加登録申請 医療機関	4	2	3	5	5	4	—	—	—	—	—	—
登録取り下げ 医療機関	0	0	0	1	0	0	—	—	—	—	—	—
累 計	1,019	1,021	1,024	1,028	1,033	1,037	—	—	—	—	—	—

【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4月1日から同年6月30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	81	1,091	17,459	36,684	55,315
(2) 輸血	34	37	395	526	992
(3) 治療・処置	40	276	1,974	5,612	7,902
(4) 医療機器等	33	174	1,761	3,093	5,061
(5) ドレーン・チューブ	66	519	5,067	20,561	26,213
(6) 検査	45	274	4,140	8,461	12,920
(7) 療養上の世話	54	526	10,955	25,364	36,899
(8) その他	81	549	7,480	10,787	18,897
合計	434	3,446	49,231	111,088	164,199
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	20	268	1,421	2,621	4,330
【2】薬剤に由来する事例	58	625	6,728	14,189	21,600
【3】医療機器等に由来する事例	22	88	907	1,515	2,532
【4】今期のテーマ	5	27	285	1,522	1,839
				報告医療機関数	463
				病床数合計	191,558

(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4月1日から同年6月30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	1	10	526	239	776
(2) 輸血	0	0	11	6	17
(3) 治療・処置	0	2	98	90	190
(4) 医療機器等	0	3	34	45	82
(5) ドレーン・チューブ	0	7	52	119	178
(6) 検査	0	5	101	107	213
(7) 療養上の世話	0	10	241	193	444
(8) その他	0	1	185	62	248
合計	1	38	1,248	861	2,148
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	0	0	13	4	17
【2】薬剤に由来する事例	0	6	284	99	389
【3】医療機器等に由来する事例	0	1	15	27	43
【4】今期のテーマ	0	0	8	2	10
				報告医療機関数	29
				病床数合計	1,450

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	3	105	993	1,252	2,353
(2) 輸血	0	3	26	13	42
(3) 治療・処置	1	8	175	279	463
(4) 医療機器等	2	4	88	129	223
(5) ドレーン・チューブ	2	23	318	466	809
(6) 検査	1	7	273	447	728
(7) 療養上の世話	1	27	915	1,119	2,062
(8) その他	1	15	883	589	1,488
合計	11	192	3,671	4,294	8,168
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	0	14	39	48	101
【2】薬剤に由来する事例	3	70	354	334	761
【3】医療機器等に由来する事例	0	3	32	34	69
【4】今期のテーマ	0	4	31	40	75
				報告医療機関数	67
				病床数合計	10,264

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	15	1,581	2,139	3,735
(2) 輸血	3	0	42	22	67
(3) 治療・処置	0	10	143	364	517
(4) 医療機器等	0	7	177	245	429
(5) ドレーン・チューブ	2	9	331	1,063	1,405
(6) 検査	0	9	337	610	956
(7) 療養上の世話	3	26	1,685	2,124	3,838
(8) その他	0	10	717	701	1,428
合計	8	86	5,013	7,268	12,375
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	0	3	28	54	85
【2】薬剤に由来する事例	0	9	348	663	1,020
【3】医療機器等に由来する事例	0	6	86	84	176
【4】今期のテーマ	0	0	25	50	75
				報告医療機関数	69
				病床数合計	16,968

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	10	96	1,956	4,513	6,575
(2) 輸血	5	2	35	50	92
(3) 治療・処置	2	37	160	733	932
(4) 医療機器等	3	19	250	410	682
(5) ドレーン・チューブ	1	19	429	2,115	2,564
(6) 検査	6	27	411	1,124	1,568
(7) 療養上の世話	2	43	1,234	3,576	4,855
(8) その他	13	74	1,034	1,849	2,970
合計	42	317	5,509	14,370	20,238
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	3	11	110	540	664
【2】薬剤に由来する事例	7	52	581	1,510	2,150
【3】医療機器等に由来する事例	2	13	103	195	313
【4】今期のテーマ	0	2	44	118	164
報告医療機関数				82	
病床数合計				27,427	

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	7	112	2,831	5,756	8,706
(2) 輸血	4	8	48	51	111
(3) 治療・処置	2	23	283	807	1,115
(4) 医療機器等	5	34	360	477	876
(5) ドレーン・チューブ	1	53	656	3,210	3,920
(6) 検査	4	25	599	1,194	1,822
(7) 療養上の世話	6	62	2,247	4,952	7,267
(8) その他	9	79	1,488	1,736	3,312
合計	38	396	8,512	18,183	27,129
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	0	11	80	138	229
【2】薬剤に由来する事例	4	42	1,232	1,803	3,081
【3】医療機器等に由来する事例	2	20	277	228	527
【4】今期のテーマ	0	1	12	65	78
報告医療機関数				71	
病床数合計				31,168	

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	28	175	1,791	4,760	6,754
(2) 輸血	4	4	39	65	112
(3) 治療・処置	10	32	228	768	1,038
(4) 医療機器等	4	11	126	447	588
(5) ドレーン・チューブ	39	65	693	2,601	3,398
(6) 検査	10	22	481	1,128	1,641
(7) 療養上の世話	34	84	952	3,463	4,533
(8) その他	34	129	560	1,112	1,835
合計	163	522	4,870	14,344	19,899
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	16	97	133	114	360
【2】薬剤に由来する事例	21	107	477	1,343	1,948
【3】医療機器等に由来する事例	1	8	71	144	224
【4】今期のテーマ	4	3	56	142	205
				報告医療機関数	45
				病床数合計	24,352

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	32	578	7,781	18,025	26,416
(2) 輸血	18	20	194	319	551
(3) 治療・処置	25	164	887	2,571	3,647
(4) 医療機器等	19	96	726	1,340	2,181
(5) ドレーン・チューブ	21	343	2,588	10,987	13,939
(6) 検査	24	179	1,938	3,851	5,992
(7) 療養上の世話	8	274	3,681	9,937	13,900
(8) その他	24	241	2,613	4,738	7,616
合計	171	1,895	20,408	51,768	74,242
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	1	132	1,018	1,723	2,874
【2】薬剤に由来する事例	23	339	3,452	8,437	12,251
【3】医療機器等に由来する事例	17	37	323	803	1,180
【4】今期のテーマ	1	17	109	1,105	1,232
				報告医療機関数	100
				病床数合計	79,929

【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4月1日から同年6月30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	3,518	1,924	2,550	—	—	—	—	—	—	15,201
事例情報参加登録 医療機関	560	562	565	567	569	571	—	—	—	—	—	—	—

(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4月1日から同年6月30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6月30日現在、事例情報参加登録申請医療機関の数は571施設、病床数合計は189,304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 6月30日 現在	報告医療機関数		報告件数		
		2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	
国	国立大学法人	18	6	7	14	37
	独立行政法人国立病院機構	70	4	9	154	484
	国立高度専門医療研究センター	3	1	1	552	1,073
	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	7	1	1	1	1
	その他の国の機関	0	0	0	0	0
自治体	都道府県	88	19	30	2,431	4,844
	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	7	9	781	1,439
	恩賜財団済生会	11	2	3	20	89
	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	0	1	0	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	7	8	869	1,419
	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	8	12
	国民健康保険組合	1	1	1	7	7
法人	学校法人	29	7	9	1,848	3,438
	医療法人	181	21	24	956	1,752
	公益法人	22	4	4	282	478
	会社	2	0	0	0	0
	その他の法人	17	1	1	52	98
個人	28	2	2	17	28	
合計	571	84	111	7,992	15,201	

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 6月30日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
0～19床	42	0	0	0	0
20～49床	18	2	2	17	28
50～99床	38	3	3	43	79
100～149床	42	5	6	300	379
150～199床	67	11	12	422	743
200～249床	39	5	6	125	154
250～299床	33	4	6	48	125
300～349床	64	7	11	843	1,587
350～399床	29	4	7	35	74
400～449床	53	8	10	624	1,434
450～499床	25	2	4	557	621
500～549床	28	7	9	388	1,481
550～599床	14	1	2	1	2
600～649床	18	3	4	963	1,848
650～699床	14	5	6	512	758
700～749床	10	2	3	7	15
750～799床	3	2	2	31	65
800～849床	8	4	5	1,381	2,643
850～899床	4	0	0	0	0
900～999床	10	4	7	430	690
1000床以上	12	5	6	1,265	2,475
合計	571	84	111	7,992	15,201

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 6月30日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
北海道	47	6	6	64	120
東北	58	6	8	312	586
関東甲信越	140	22	28	1,249	2,627
東海北陸	98	17	20	3,167	5,786
近畿	83	13	23	1,821	3,382
中国四国	72	10	13	330	531
九州沖縄	73	10	13	1,049	2,169
合計	571	84	111	7,992	15,201

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 4月～6月	2011年 1月～6月(累計)
0	487	460
1	19	25
2	10	14
3	2	10
4	2	5
5	2	0
6	2	1
7	3	1
8	1	0
9	0	1
10	1	3
11～20	5	5
21～30	4	6
31～40	4	2
41～50	2	1
51～100	7	14
101～150	3	3
151～200	3	0
200以上	14	20
合計	571	571

【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4月1日から同年6月30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。

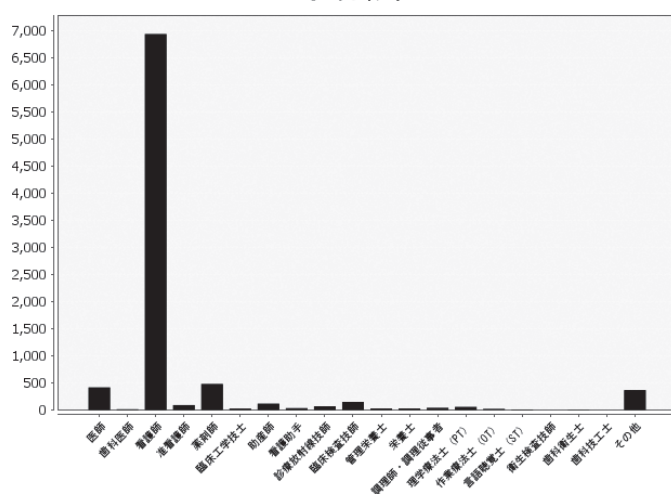
なお、各表はヒヤリ・ハット事例「事例情報」報告入力項目^(注)を集計したものである。

図表Ⅱ-3-16 (QH-28) 当事者職種

当事者職種	件数
医師	413
歯科医師	9
看護師	6,941
准看護師	87
薬剤師	477
臨床工学技士	22
助産師	113
看護助手	30
診療放射線技師	65
臨床検査技師	145
管理栄養士	24
栄養士	25
調理師・調理従事者	36
理学療法士 (PT)	53
作業療法士 (OT)	16
言語聴覚士 (ST)	6
衛生検査技師	0
歯科衛生士	4
歯科技工士	0
その他	363
合計	8,829

※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	124	0	791	5	55	6	16	5	4	18
1年	23	3	927	3	37	0	6	6	3	9
2年	22	1	692	2	60	0	12	3	6	8
3年	24	1	658	4	22	0	16	2	4	4
4年	14	0	526	1	17	1	7	0	2	4
5年	16	0	444	1	30	1	9	2	3	5
6年	14	0	361	2	16	1	8	2	0	5
7年	17	0	314	2	19	0	5	3	1	1
8年	16	0	279	3	27	1	2	2	2	3
9年	10	0	224	2	18	0	5	0	3	10
10年	13	0	220	10	17	2	2	0	4	2
11年	7	2	132	5	5	2	1	0	0	1
12年	8	0	120	3	11	0	4	2	0	1
13年	2	0	111	3	6	0	0	0	2	2
14年	6	1	100	2	1	0	2	0	2	1
15年	4	1	97	1	8	4	4	0	1	5
16年	20	0	57	1	5	0	0	0	1	5
17年	4	0	64	0	2	0	2	0	6	6
18年	8	0	62	3	7	0	3	3	2	4
19年	10	0	56	0	9	1	0	0	1	3
20年	11	0	90	6	6	0	2	0	1	5
21年	4	0	46	1	8	0	2	0	0	0
22年	3	0	65	4	6	0	0	0	3	3
23年	4	0	51	0	11	0	0	0	1	3
24年	4	0	40	1	3	0	0	0	2	4
25年	6	0	56	2	15	0	1	0	1	4
26年	5	0	52	0	2	1	1	0	1	4
27年	3	0	38	1	1	0	1	0	1	3
28年	0	0	25	1	7	1	0	0	3	3
29年	1	0	27	2	3	0	0	0	2	2
30年	4	0	81	4	6	0	1	0	0	3
31年	1	0	20	1	1	0	1	0	0	2
32年	1	0	24	0	10	0	0	0	0	5
33年	0	0	19	1	6	0	0	0	0	2
34年	1	0	8	3	3	0	0	0	1	1
35年	1	0	34	3	10	0	0	0	0	2
36年	0	0	18	1	2	0	0	0	1	1
37年	0	0	2	1	2	0	0	0	1	0
38年	0	0	3	1	1	0	0	0	0	0
39年	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0
40年超	2	0	6	0	2	0	0	0	0	1
合計	413	9	6,941	87	477	22	113	30	65	145

※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
1	5	7	14	2	0	0	0	0	264	1,317
1	2	2	7	1	2	0	0	0	11	1,043
5	1	0	7	1	4	0	0	0	9	833
2	7	0	3	3	0	0	0	0	4	754
2	0	0	2	1	0	0	0	0	11	588
3	2	1	2	3	0	0	1	0	9	532
0	1	0	1	0	0	0	0	0	7	418
0	0	0	3	1	0	0	0	0	8	374
0	0	7	1	0	0	0	0	0	8	351
0	1	1	2	1	0	0	0	0	4	281
2	2	1	1	0	0	0	0	0	8	284
0	1	0	1	1	0	0	0	0	3	161
0	0	3	0	0	0	0	1	0	3	156
0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	129
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	118
4	0	1	0	0	0	0	2	0	0	132
0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	93
0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	88
0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	97
0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	83
0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	125
0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	63
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	84
0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	73
0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	56
0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	88
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	67
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	100
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	29
0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	19
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	51
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
24	25	36	53	16	6	0	4	0	363	8,829

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	191	3	1,795	11	116	6	28	10	8	28
1年	50	2	1,656	9	37	1	17	6	4	14
2年	32	1	1,068	9	63	1	14	3	11	10
3年	23	0	873	12	27	0	16	4	5	14
4年	11	0	495	2	14	2	7	1	3	14
5年	22	0	347	5	32	1	8	2	4	2
6年	11	0	242	3	20	2	5	1	2	9
7年	16	0	160	4	21	0	1	0	2	5
8年	8	0	95	2	17	1	0	1	1	3
9年	6	0	43	8	8	0	5	0	3	6
10年	6	0	41	3	10	0	3	0	1	3
11年	3	2	30	3	4	2	0	0	0	0
12年	3	0	14	1	5	0	0	1	0	4
13年	3	0	12	5	2	0	0	0	3	2
14年	1	1	6	2	0	1	2	0	0	2
15年	2	0	17	3	4	2	3	0	0	4
16年	3	0	14	1	2	0	0	0	0	4
17年	1	0	6	0	2	0	0	0	2	2
18年	2	0	2	0	7	0	0	1	1	1
19年	4	0	4	0	11	0	0	0	2	0
20年	4	0	5	1	3	0	1	0	1	0
21年	1	0	1	0	2	0	1	0	0	0
22年	0	0	3	0	5	0	0	0	2	0
23年	3	0	0	1	12	0	0	0	0	0
24年	2	0	0	0	4	0	0	0	1	0
25年	1	0	2	1	12	0	1	0	0	4
26年	1	0	2	0	1	1	0	0	1	2
27年	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
28年	0	0	1	0	3	1	1	0	3	1
29年	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0
30年	2	0	2	0	5	0	0	0	0	2
31年	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
32年	0	0	0	0	6	0	0	0	0	2
33年	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
34年	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0
35年	0	0	0	0	10	0	0	0	0	1
36年	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0
37年	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1
38年	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
39年	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
40年超	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
合計	413	9	6,941	87	477	22	113	30	65	145

※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
5	11	8	18	3	2	0	2	0	271	2,516
2	4	2	6	4	3	0	1	0	28	1,846
6	2	0	6	2	1	0	0	0	16	1,245
2	2	1	4	3	0	0	0	0	14	1,000
0	1	0	3	1	0	0	0	0	12	566
3	0	2	1	1	0	0	1	0	3	434
0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	298
0	0	0	4	0	0	0	0	0	7	220
0	0	5	0	0	0	0	0	0	3	136
0	2	2	2	1	0	0	0	0	1	87
0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	72
0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	47
0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	31
0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	29
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	17
4	0	2	1	0	0	0	0	0	0	42
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	25
0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	15
0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	16
0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	23
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	19
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	12
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	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	4
24	25	36	53	16	6	0	4	0	363	8,829

図表 II-3-19 (QH-31) 事例の概要

事例の概要	2011年4月～6月		2011年1月～6月(累計)	
	件数	%	件数	%
薬剤	3,566	44.6	6,796	44.7
輸血	44	0.6	102	0.7
治療・処置	308	3.9	657	4.3
医療機器等	240	3.0	451	3.0
ドレーン・チューブ	1,160	14.5	2,185	14.4
検査	553	6.9	997	6.6
療養上の世話	1,482	18.5	2,874	18.9
その他	639	8.0	1,139	7.5
合計	7,992	100.0	15,201	100.0

図表 II-3-20 (QH-33) 影響度

影響度	2011年4月～6月		2011年1月～6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	108	2.9	213	3.0
濃厚な処置・治療が必要であると 考えられる	143	3.9	283	3.9
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	3,438	93.2	6,704	93.1
合計	3,689	100.0	7,200	100.0

図表Ⅱ-3-21 (QH-36) 発生要因

発生要因	2011年4月～6月		2011年1月～6月(累計)	
	件数	%	件数	%
当事者の行動に関わる要因	10,813	58.6	20,568	58.4
確認を怠った	5,132	27.8	9,638	27.4
観察を怠った	1,786	9.7	3,455	9.8
報告が遅れた(怠った)	210	1.1	402	1.1
記録などに不備があった	220	1.2	398	1.1
連携ができていなかった	1,160	6.3	2,221	6.3
患者への説明が不十分であった(怠った)	896	4.9	1,715	4.9
判断を誤った	1,409	7.6	2,739	7.8
ヒューマンファクター	4,110	22.4	7,841	22.3
知識が不足していた	602	3.3	1,207	3.4
技術・手技が未熟だった	484	2.6	931	2.6
勤務状況が繁忙だった	1,523	8.3	2,944	8.4
通常とは異なる身体的条件下にあった	103	0.6	200	0.6
通常とは異なる心理的条件下にあった	576	3.1	1,096	3.1
その他	822	4.5	1,463	4.2
環境・設備機器	1,763	9.5	3,495	9.9
コンピュータシステム	201	1.1	409	1.2
医薬品	352	1.9	685	1.9
医療機器	153	0.8	290	0.8
施設・設備	125	0.7	254	0.7
諸物品	99	0.5	232	0.7
患者側	633	3.4	1,230	3.5
その他	200	1.1	395	1.1
その他	1,748	9.6	3,318	9.4
教育・訓練	673	3.7	1,242	3.5
仕組み	140	0.8	277	0.8
ルールの不備	290	1.6	540	1.5
その他	645	3.5	1,259	3.6
合 計	18,434	100.0	35,222	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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
薬剤	77	130	63	113	1,360	2,653	1,500	2,896
輸血	3	7	0	9	19	41	22	57
治療・処置	6	18	11	26	139	277	156	321
医療機器等	5	10	4	12	88	166	97	188
ドレーン・チューブ	5	12	26	44	408	799	439	855
検査	5	8	6	15	342	601	353	624
療養上の世話	4	11	25	48	742	1,521	771	1,580
その他	3	17	8	16	340	646	351	679
合 計	108	213	143	283	3,438	6,704	3,689	7,200

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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
薬剤に関する項目							1,500	2,896
手書きによる処方箋の作成	0	0	0	0	11	13	11	13
オーダーリングによる処方箋の作成	2	6	6	11	47	77	55	94
口頭による処方指示	0	0	0	1	0	2	0	3
手書きによる処方の変更	0	0	0	0	3	6	3	6
オーダーリングによる処方の変更	0	0	0	0	10	17	10	17
口頭による処方の変更	0	0	0	0	0	3	0	3
その他の処方に関する場面	27	53	1	1	26	40	54	94
内服薬調剤	24	29	6	11	137	267	167	307
注射薬調剤	10	18	10	15	82	152	102	185
血液製剤調剤	0	0	0	0	0	0	0	0
外用薬調剤	2	2	0	1	19	25	21	28
その他の調剤に関する場面	0	2	2	2	3	14	5	18
内服薬調剤管理	0	0	1	2	2	8	3	10
注射薬調剤管理	0	0	0	0	13	22	13	22
血液製剤管理	0	0	0	0	3	3	3	3
外用薬調剤管理	0	0	0	0	1	2	1	2
その他の調剤管理に関する場面	0	0	0	0	7	15	7	15
与薬準備	4	6	16	24	172	352	192	382
皮下・筋肉注射	0	0	0	2	60	109	60	111
静脈注射	1	3	7	10	109	194	117	207
動脈注射	0	0	0	0	0	4	0	4
末梢静脈点滴	2	3	5	9	137	284	144	296
中心静脈注射	2	2	2	5	57	112	61	119
内服	3	6	6	14	390	796	399	816
外用	0	0	0	0	24	51	24	51
坐剤	0	0	0	1	5	11	5	12
吸入	0	0	0	1	4	10	4	11
点鼻・点耳・点眼	0	0	0	0	13	23	13	23
その他与薬に関する場面	0	0	1	3	25	41	26	44
輸血に関する項目							22	57
手書きによる処方箋の作成	1	1	0	0	0	0	1	1
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	0	1	0	0	0	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	0	2	1	1	1	3
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	2	1	2
その他の輸血準備に関する場面	1	2	0	0	7	15	8	17
実施	0	1	0	5	6	15	6	21
その他の輸血実施に関する場面	1	3	0	1	4	8	5	12
治療・処置に関する項目							156	321
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	1	1	1	1
オーダーリングによる指示の作成	0	0	0	0	4	6	4	6
口頭による指示	0	0	1	2	2	5	3	7
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	2	0	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	1	1	12	31	13	32

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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
管理	2	5	1	3	11	27	14	35
その他の管理に関する場面	0	0	0	1	1	5	1	6
準備	1	5	3	5	14	30	18	40
その他の準備に関する場面	1	1	0	0	6	7	7	8
実施	2	6	3	7	73	133	78	146
その他の治療・処置に関する場面	0	1	2	7	15	30	17	38
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目							97	188
手書きによる指示の作成	0	0	0	1	0	0	0	1
オーダーリングによる指示の作成	0	0	0	0	1	2	1	2
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	1	0	1
その他の指示に関する場面	3	7	0	1	7	13	10	21
管理	0	1	1	3	18	37	19	41
準備	0	0	1	4	12	31	13	35
使用中	2	2	2	3	50	82	54	87
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目							439	855
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	0	1	0	1
口頭による指示	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
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	2	3	7	13	63	113	72	129
管理	1	2	5	10	78	179	84	191
準備	0	0	0	0	4	5	4	5
使用中	2	7	13	20	263	501	278	528
検査に関する項目							353	624
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	9	9	9	9
オーダーリングによる指示の作成	0	1	0	0	14	21	14	22
口頭による指示	0	0	0	0	1	7	1	7
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	2	3	2	3
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	3	0	3
その他の指示に関する場面	1	2	0	0	49	90	50	92
管理	2	2	0	0	35	61	37	63
準備	0	1	2	3	61	101	63	105
実施中	2	2	4	12	171	306	177	320
療養上の場面に関する項目							771	1,580
手書きによる計画又は指示の作成	0	0	0	0	1	1	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	0	3	0	3
口頭による計画又は指示	0	0	0	0	2	2	2	2
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	4	2	4
口頭による計画又は指示の変更	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の計画又は指示に関する場面	1	3	7	10	98	191	106	204
管理	1	2	8	24	371	807	380	833
準備	0	0	1	3	36	84	37	87
実施中	2	6	9	11	231	428	242	445
その他	3	17	8	16	340	646	351	679
合計	108	213	143	283	3,438	6,704	3,689	7,200

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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
薬剤に関する項目							1,500	2,896
処方忘れ	0	0	0	1	56	106	56	107
処方遅延	0	0	0	0	1	3	1	3
処方量間違い	2	4	2	4	21	33	25	41
重複処方	0	0	0	1	1	4	1	5
禁忌薬剤の処方	0	2	2	3	4	8	6	13
対象患者処方間違い	0	0	0	0	5	9	5	9
処方薬剤間違い	0	0	2	3	19	24	21	27
処方単位間違い	0	0	0	0	1	3	1	3
投与方法処方間違い	0	0	0	0	8	18	8	18
その他の処方に関する内容	27	53	1	2	39	70	67	125
調剤忘れ	1	1	1	2	20	40	22	43
処方箋・注射箋鑑査間違い	4	4	2	4	15	33	21	41
秤量間違い調剤	0	0	0	0	5	9	5	9
数量間違い調剤	16	18	2	2	38	71	56	91
分包間違い調剤	1	2	1	1	8	16	10	19
規格間違い調剤	2	2	0	0	26	49	28	51
単位間違い調剤	0	0	0	2	4	9	4	11
薬剤取違え調剤	7	9	3	4	58	111	68	124
説明文書の取違え	0	0	0	0	0	0	0	0
交付患者間違い	0	0	0	0	3	9	3	9
薬剤・製剤の取違え交付	0	3	0	0	14	19	14	22
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	5	8	7	7	38	71	50	86
薬袋・ボトルの記載間違い	0	0	0	1	1	2	1	3
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	2	6	3	7	37	61	42	74
過剰と薬準備	0	0	2	3	16	29	18	32
過少と薬準備	0	1	2	2	15	40	17	43
与薬時間・日付間違い	0	0	1	1	12	35	13	36
重複と薬	0	2	0	0	2	5	2	7
禁忌薬剤の与薬	0	0	2	2	1	2	3	4
投与速度速すぎ	0	2	0	0	2	9	2	11
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	1	3	1	3
患者間違い	1	1	1	3	12	23	14	27
薬剤間違い	0	0	1	4	19	36	20	40
単位間違い	0	0	0	1	0	5	0	6
投与方法間違い	0	0	0	0	4	9	4	9
無投薬	2	2	1	1	29	63	32	66
混合間違い	0	0	2	2	10	19	12	21
その他の与薬準備に関する内容	4	4	5	9	58	108	67	121
過剰と薬	2	3	4	7	81	160	87	170
過少と薬	0	0	0	1	65	145	65	146
与薬時間・日付間違い	0	0	0	1	91	177	91	178
重複と薬	0	0	0	0	20	38	20	38
禁忌薬剤の投与	0	0	0	1	7	16	7	17
投与速度速すぎ	0	0	5	6	57	111	62	117
投与速度遅すぎ	0	0	1	1	19	37	20	38
患者間違い	1	3	0	0	21	46	22	49
薬剤間違い	0	0	1	1	40	83	41	84
単位間違い	0	0	0	0	7	13	7	13
投与方法間違い	0	0	1	2	28	66	29	68
無投薬	0	0	5	9	221	410	226	419
その他の与薬に関する内容	0	0	3	12	100	187	103	199

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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
輸血に関する項目							22	57
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
指示量間違い	0	0	0	1	0	1	0	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	1	1	0	0	0	0	1	1
未実施	0	0	0	0	0	0	0	0
検体取り違え	0	0	0	0	1	1	1	1
判定間違い	0	0	0	1	0	0	0	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	0	2	0	1	0	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	2	2	2	2
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	1	1	1	1
その他の輸血準備に関する内容	1	3	0	0	5	13	6	16
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	2	1	2
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	2	0	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	2	1	2
無投薬	0	0	0	0	2	2	2	2
その他の輸血実施に関する内容	1	3	0	5	5	13	6	21

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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
治療・処置に関する項目							156	321
指示出し忘れ	0	0	0	0	2	3	2	3
指示遅延	0	0	0	0	1	2	1	2
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	0	1	3	8	3	9
日程間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
時間間違い	0	0	0	0	0	1	0	1
その他の治療・処置の指示に関する内容	0	0	1	1	4	9	5	10
治療・処置の管理	0	2	1	3	6	18	7	23
その他の治療・処置の管理に関する内容	0	1	0	1	4	13	4	15
医療材料取り違え	0	0	1	1	2	4	3	5
患者体位の誤り	0	0	0	0	1	2	1	2
消毒・清潔操作の誤り	0	1	1	1	1	3	2	5
その他の治療・処置の準備に関する内容	2	5	1	4	17	25	20	34
患者間違い	0	0	0	0	1	5	1	5
部位取違え	0	1	0	0	1	1	1	2
方法(手技)の誤り	0	0	0	1	21	37	21	38
未実施・忘れ	2	2	1	2	16	31	19	35
中止・延期	0	0	0	0	1	3	1	3
日程・時間の誤り	0	0	0	0	4	10	4	10
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	2	1	2
誤嚥	0	0	0	0	0	0	0	0
誤飲	0	0	0	0	1	1	1	1
異物の体内残存	0	0	0	0	4	11	4	11
診察・治療・処置等その他の取り違え	0	1	0	0	0	3	0	4
その他の治療・処置の実施に関する内容	2	5	5	11	48	85	55	101
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目							97	188
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	1	0	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	2	1	2
その他の医療機器等・医療材料の使用に関する内容	0	1	0	3	2	4	2	8
保守・点検不良	0	0	0	0	1	4	1	4
保守・点検忘れ	0	0	0	1	0	0	0	1
使用中の点検・管理ミス	0	0	1	2	12	26	13	28
破損	0	1	0	0	1	3	1	4
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	7	9	7	9
組み立て	0	0	0	0	7	12	7	12
条件設定間違い	0	0	0	2	1	5	1	7
設定忘れ	0	0	0	0	0	2	0	2
電源入れ忘れ	0	0	0	0	1	4	1	4
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	1	1	1	1
使用前の点検・管理ミス	0	0	1	1	4	11	5	12
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	0	1	4	11	4	12
医療機器等・医療材料の不適切使用	0	0	0	0	17	25	17	25
誤作動	0	0	0	0	5	8	5	8
故障	0	0	0	0	4	4	4	4
破損	1	1	0	0	10	12	11	13
その他の医療機器等・医療材料の使用に関する内容	4	7	2	2	10	22	16	31

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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目							439	855
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	0	1	0	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	1	1	3	5	4	6
点検忘れ	0	0	0	0	1	4	1	4
点検不良	0	0	0	0	1	2	1	2
使用中の点検・管理ミス	1	2	3	5	28	67	32	74
破損	0	0	0	1	7	12	7	13
その他のドレーン・チューブ類の管理に関する内容	0	0	3	5	37	77	40	82
組み立て	0	0	0	0	2	2	2	2
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	1	1	1	1
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	2	1	2
点滴漏れ	0	0	1	1	3	6	4	7
自己抜去	1	3	11	18	215	414	227	435
自然抜去	1	2	1	4	25	60	27	66
接続はずれ	1	2	0	0	37	55	38	57
未接続	0	0	0	0	2	3	2	3
閉塞	0	0	2	3	5	15	7	18
破損・切断	1	1	2	2	15	27	18	30
接続間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
三方活栓操作間違い	0	0	0	1	1	2	1	3
ルートクランプエラー	0	0	1	2	1	3	2	5
空気混入	0	0	0	0	0	0	0	0
誤作動	0	0	0	0	0	1	0	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	5	7	5	7
その他のドレーン・チューブ類の使用に関する内容	0	2	1	1	18	33	19	36
検査に関する項目							353	624
指示出し忘れ	0	0	0	0	3	5	3	5
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	10	14	10	14
指示検査の間違い	0	0	0	0	6	11	6	11
その他の検査の指示に関する内容	0	1	0	0	20	36	20	37
分析機器・器具管理	0	0	0	0	1	4	1	4
試薬管理	0	0	0	0	1	1	1	1
データ紛失	0	0	0	0	0	1	0	1
計算・入力・暗記	0	0	0	0	5	8	5	8
その他の検査の管理に関する内容	2	2	0	0	31	47	33	49
患者取換え	0	0	0	0	8	10	8	10
検体取換え	0	0	1	1	8	13	9	14
検体紛失	0	0	0	0	2	2	2	2
検査機器・器具の準備	0	0	0	0	5	8	5	8
検体破損	0	0	0	0	2	3	2	3
その他の検査の準備に関する内容	0	2	1	2	37	66	38	70
患者取換え	0	0	0	2	18	27	18	29
検体取換え	0	0	0	1	5	13	5	14
試薬の間違い	0	0	1	1	2	2	3	3
検体紛失	0	0	0	2	5	6	5	8
検査の手法・判定技術の間違い	0	0	1	1	16	28	17	29
検体採取時のミス	0	0	0	0	19	35	19	35
検体破損	0	0	0	0	2	7	2	7
検体のコンタミネーション	0	0	0	0	0	0	0	0
データ取換え	0	0	0	1	8	16	8	17
結果報告	0	0	0	0	20	42	20	42
その他の検査の実施に関する内容	3	3	2	4	107	195	112	202

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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
療養上の場面に関する項目							771	1,580
計画忘れ又は指示出し忘れ	0	0	0	0	1	1	1	1
計画又は指示の遅延	0	0	0	0	1	1	1	1
計画又は指示の対象患者間違い	0	0	0	0	1	2	1	2
計画又は指示内容間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
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	4	4	4	4
拘束・抑制	0	0	0	0	2	5	2	5
給食の内容の間違い	0	0	0	3	20	43	20	46
安静指示	0	0	0	0	11	15	11	15
禁食指示	0	0	0	0	6	8	6	8
外出・外泊許可	0	0	0	0	7	11	7	11
異物混入	0	0	0	0	5	8	5	8
転倒	0	3	12	25	419	878	431	906
転落	3	3	5	7	152	342	160	352
衝突	0	0	0	0	7	11	7	11
誤嚥	0	1	1	1	2	4	3	6
誤飲	0	0	0	1	0	2	0	3
誤配膳	0	1	0	0	15	25	15	26
遅延	0	0	0	0	1	2	1	2
実施忘れ	0	0	0	0	8	14	8	14
搬送先間違い	0	0	0	0	0	3	0	3
患者間違い	0	0	0	0	8	14	8	14
延食忘れ	0	0	0	0	1	2	1	2
中止の忘れ	0	0	0	0	2	3	2	3
自己管理薬飲み忘れ・注射忘れ	0	0	0	0	2	3	2	3
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	2	3	2	3
その他の療養上の世話の管理・準備・実施に関する内容	1	3	7	11	64	116	72	130
その他	3	17	8	16	340	646	351	679
合計	108	213	143	283	3,438	6,704	3,689	7,200

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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
当事者の行動に関わる要因								
確認を怠った	3,018	5,670	32	67	181	393	163	327
観察を怠った	403	771	4	9	38	100	45	89
報告が遅れた(怠った)	92	177	2	5	11	25	5	10
記録などに不備があった	143	248	1	2	11	27	1	3
連携ができていなかった	535	1,021	16	27	53	125	25	47
患者への説明が不十分であった(怠った)	196	385	3	4	12	22	4	7
判断を誤った	380	753	6	15	45	107	20	36
ヒューマンファクター								
知識が不足していた	335	661	4	10	28	67	31	56
技術・手技が未熟だった	198	408	3	7	50	96	24	43
勤務状況が繁忙だった	759	1,447	13	25	31	76	34	66
通常とは異なる身体的条件下にあった	36	77	0	1	5	9	3	4
通常とは異なる心理的条件下にあった	275	538	8	14	16	38	7	19
その他	350	683	6	14	22	54	17	40
環境・設備機器								
コンピュータシステム	109	232	1	2	7	13	8	11
医薬品	315	620	0	1	13	21	2	2
医療機器	33	67	0	3	11	37	58	91
施設・設備	18	33	0	1	4	6	5	6
諸物品	17	48	1	2	4	14	7	17
患者側	123	252	0	0	5	11	6	7
その他	88	172	2	3	1	5	7	9
その他								
教育・訓練	342	627	6	10	20	53	27	43
仕組み	99	186	0	1	3	9	6	7
ルールの不備	169	299	2	8	10	31	13	26
その他	226	448	0	6	31	60	15	25
合計	8,259	15,823	110	237	612	1,399	533	991

※「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 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)	2011年 4月～6月	2011年 1月～6月 (累計)
								10,813	20,568
438	822	385	718	496	894	419	747	5,132	9,638
529	1,047	40	67	599	1,157	128	215	1,786	3,455
19	34	28	53	17	33	36	65	210	402
7	9	19	36	10	21	28	52	220	398
154	281	93	174	154	304	130	242	1,160	2,221
155	279	34	54	418	842	74	122	896	1,715
366	665	59	117	426	852	107	194	1,409	2,739
								4,110	7,841
54	97	44	96	60	133	46	87	602	1,207
95	165	25	48	63	119	26	45	484	931
222	409	101	188	231	484	132	249	1,523	2,944
17	26	9	16	19	42	14	25	103	200
67	119	56	94	58	108	89	166	576	1,096
90	154	59	101	83	155	195	262	822	1,463
								1,763	3,495
9	14	22	41	8	14	37	82	201	409
4	7	4	8	6	9	8	17	352	685
18	42	6	12	10	14	17	24	153	290
17	28	4	12	62	142	15	26	125	254
21	39	3	7	38	82	8	23	99	232
140	272	9	15	341	649	9	24	633	1,230
17	31	12	26	33	75	40	74	200	395
								1,748	3,318
68	116	32	59	125	232	53	102	673	1,242
5	9	9	23	9	25	9	17	140	277
18	38	35	59	30	51	13	28	290	540
110	174	63	113	72	175	128	258	645	1,259
2,640	4,877	1,151	2,137	3,368	6,612	1,761	3,146	18,434	35,222

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	○画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例 ○薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故

【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4月1日から同年6月30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。

本報告書では、特に「施設間の情報伝達の間違い」について集計、分析した。

(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

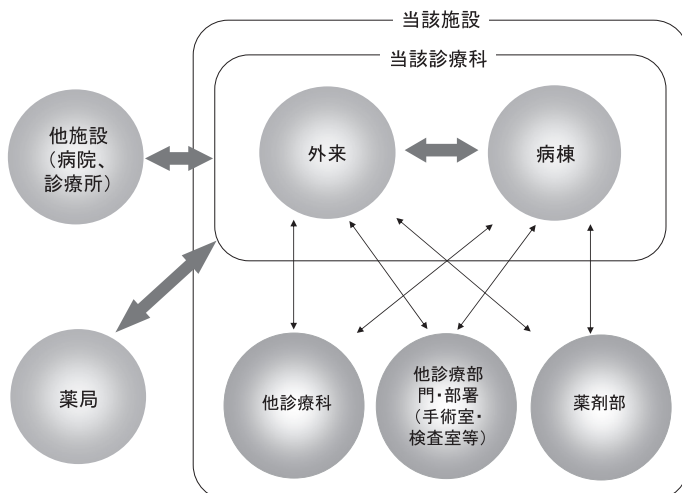
平成23年1月から12月まで、ヒヤリ・ハット事例のテーマとして「複数の施設間・診療科間・部署間において、患者の薬剤の情報伝達が不十分であったことによるヒヤリ・ハット事例」を取り上げ、事例収集を行っている。

本報告書では、第25回報告書で取り上げた、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薬剤の施設間等情報伝達に関する医療事故32件に、4-6月に報告があった5件を加えた37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）。

なお、図表Ⅲ-2-2の「外来→病棟」とは同一診療科の外来・病棟間の事例であることを示す。診療科が異なる外来・病棟間の事例や病棟・病棟間の事例は「診療科間の情報伝達間違い」として整理し、報告された情報から分かる限り診療科名を掲載した。

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	20
他施設→当該施設	18
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	5
精神科→皮膚科	1
放射線科→血液内科	1
内科→皮膚科	1
内科→整形外科	1
循環器内科→血液内科	1
診療科一部署間の情報伝達間違い	2
内科→内視鏡室	1
救命救急センター→放射線科	1
計	37

※矢印は情報の流れを示す。

(2) 施設間の情報伝達の間違に関する医療事故の分析

①発生状況

本報告書では、特に他院→当該施設、当該施設→薬局などの、施設間の情報伝達について集計、分析した。図表Ⅲ-2-2に示すように、平成16年10月から平成22年6月30日の間に報告された薬剤の施設間の情報伝達に関する医療事故事例は20件であった。

②薬剤の施設間情報伝達に関連した医療事故の具体事例の紹介

報告された事例のうち「施設間の情報伝達間違い」、さらに具体的な主体間の情報を加えて、主な報告事例を図表Ⅲ-2-3に示した。

また、それらの事例の中で、医療事分析班及び総合評価部会で特に議論された内容を以下に示す。

ア) 他施設→当該施設

No. 2 「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」(第25回報告書の再掲)

- 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。文字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は有意義である。
- 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、誤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. 4 「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」(第25回報告書の再掲)

- 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ることが、今後の再発防止につながるのではないか。

No. 1 1 「前医の処方がいわゆる倍量処方であったことに気づかなかった事例」（第25回報告書の再掲）

- 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倍量処方となさ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、処方では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。
- 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. 1 3 「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」（第25回報告書の再掲）

- 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なさ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と考えられる。

No. 1 7 「持参薬作成表作成時に規格の記載がなく規格間違いを生じた事例」

- 他科が専門として処方していた抗てんかん薬が、その取り扱いに慣れていない整形外科に持参されたことも背景・要因として考えられる。
- 専門外の薬剤で、仮に処方内容に不明な点があれば、地域連携室などの機能により、前医に確認することが重要である。
- 本事例は、現地状況確認調査時に、持参薬確認の際に、前医の処方した「トレリーフ25mg」に対し、「同エクセグラン」と記載されていたことが分かっている。主治医は、この記載の意味を、規格も含めて持参薬の「トレリーフ25mg」は当該施設採用の「エクセグラン」であると思込んでいる。このように、持参薬を確認し、持参薬表を作成した薬剤師の記載と主治医の解釈とが異なっている点に問題がある。

No. 18 「5か月前の検査予約時には服用していなかった抗凝固剤服用に気づかずに検査を行った事例」

- 根本的には、検査直前に、検査にとって支障となる薬剤服用の有無を確認することが必要である。
- 検査が直前に中止となり、検査室の運用の効率が低下することを避けるために、検査日の一定期間前に、最終的な実施の確認がなされるものと思われる。この期間の間に、検査の支障になる薬剤の服用等の要因が生じないことが重要であるが、本事例は5か月の期間があったためにそのような要因が発生している。最終確認と検査日の間隔が長すぎると、そのような要因が発生しうることを認識しておくことが重要である。
- 検査予約時にも、検査の支障となる薬剤について注意することが必要である。

イ) 当該施設→薬局

No. 19 「処方せんの製剤量と有効成分量とを誤解した事例」(第25回報告書の再掲)

- 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せん上は両者の表記がなされう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、同じ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。
- 処方せんの製剤量と有効成分量を誤解するエラーは何度も報告があるため、本事業でも今後も周知が必要であろう。
- 調剤の場では、一般に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. 20 「薬局の誤調剤の事例」(第25回報告書の再掲)

- 分包された後、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、処方せん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。

図表Ⅲ-2-3 薬剤の施設間等情報伝達に関する医療事故の概要

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
1	障害残存の可能性(低い)	他施設→当該施設	前医処方が秤量にて記載されていたが、力価と思ひ込み(当院の取り決めは力価での処方)処方したために、過剰投与となった。	紹介状を十分に確認していなかった。 当院での取り決めの周知ができていなかった。	・医師への教育。
2	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ピアチン 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。	・初めての処方は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。
3	不明	他施設→当該施設	当院へ転院当日、内服薬は前医からの継続となるが、医師は免疫抑制剤であるリウマトレックス 2mg 分 2 朝・夕：週 1 回の指示を、間違えて連日投与と処方せんに記載した。 薬剤師は特殊投与方法である薬剤で、連日投与できないことを見落とし病棟に払い出し、看護師も間違いに気が付かず過剰投与された。	薬剤に関する知識不足。 持参薬に薬剤師が関与する事例が限られていた。	・薬剤情報の周知徹底。 ・薬剤に関する知識の習得。 ・持参薬に関する薬剤師の積極的関与の再構築。
4	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。診療科内のカンファレンスで症例を検討し、抗生剤の投与が必要と判断された。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、他の患者の看護業務のためその場を離れた。 患者が点滴開始直後から上肢の痺れに続き腹痛も生じ、ナースコールを押した。駆けつけた看護師は症状を聞き、直ちにスルペラゾンの点滴を中止し、医師に報告した。 医師が駆けつけた時は、意識は清明であり、会話可能であった。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、確認したところ、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。看護師と医師が駆けつけたところ、意識清明、会話は可能であったが、多量の発汗を認め全身がやや紅潮していた。血圧は 66/30mmHg、脈拍 130 回/分であり、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。 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。	・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。
5	不明	他施設→当該施設	他院から転入し担当看護師 A が持参薬の整理を実施し本日の昼分の準備を行い、休憩に入った。引き継いだ看護師 B は患者の食事の終了を確認し準備されていた昼の薬を与薬した。 看護師 A が休憩から戻り持参薬の残数を確認したところ数が合わなかった。そこで転入前の病院の内服薬の用紙を確認すると、本日の昼分はすでに内服させてきた旨が記入されており過剰投与がわかった。	十分な引継ぎが出来ていなかった。 投薬時に処方せんの確認を怠った。	・確認作業の徹底・ルールに沿った投薬方法。

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	事故の内容	背景・要因	改善策
6	障害なし	他施設→当該施設	<p>他院より紹介状を持って入院の患者であった。医師が紹介状を確認し、持参薬継続となる。患者本人と確認を行い説明書とともに持参薬を薬剤課に鑑別に出して以後は看護師の管理となる。入院の翌日、「血圧の薬は飲まなくていいのか?」と患者から別の持参薬を出され、継続指示の出た薬を一部飲んでいなかったことが判明する。本人と確認したのみで、紹介状と情報の確認を行っていなかった。</p>	<p>患者本人と一緒に確認作業を行い、紹介状との確認を行っていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 患者がはっきりしている場合であっても、紹介状との確認を行う。
7	障害なし	他施設→当該施設	<p>患者がB群溶連菌陽性は紹介状に記載されており、診療録所定欄にも記載されていた。ペニシリンアレルギーについても紹介状と外来予診カードに記入されていたにもかかわらず、診療録には記載されていなかった。</p> <p>午前2時頃腹部緊満が増強してきたため当院産科病棟に電話連絡。対応したC助産師は、周期的な子宮収縮となるまで自宅待機し再度電話連絡するように指示。午前8時過ぎ連絡なく直接来棟。既に2名の分娩進行者があり、うち1名は速やかに分娩に至りそうであったために、日勤担当助産師でなく、深夜勤務のC助産師が対応。午前9時にC助産師が既往歴など入院時の問診を行った。この時点で患者からペニシリンアレルギーがあることを聴取し入院診療録中の産科データベース・サマリーに記載。</p> <p>通常8時30分より勤務交代のための引継が行われているが、本患者の処置等はこの時間と重なっていた。医師も集まり当直医から昨晩の状況報告を受け、その日の治療方針を決めるミーティングを行っているが、入院時間がミーティングと重なっていたため医師への情報伝達はできなかった。9時30分頃C助産師からD助産師に引継が行われた。患者にペニシリンアレルギーがあることは分娩室日勤担当D助産師に伝達したが、他の作業をしながら、口頭のみで行われた。受け持ち患者の手術まで病棟担当であったE医師を呼んだ。患者が受付を通らず直接来棟したため入院手続きが遅れ9時40分に外来診療録が分娩室に到着。E医師は診療録よりB群溶連菌保菌陽性の記載を認めた（紹介状を確認することはなかった）。D助産師は電子カルテにて膣分泌物培養検査の結果を確認したが、当院での検査結果は陰性であったため、外来での担当医A医師（E医師の上級医）に電話連絡。A医師は手元に診療録はなく、また、患者についての記憶が曖昧であったため、一般論として診療録にB群溶連菌保菌陽性の記載があるなら、産道感染予防のためペニシリンを点滴静注すべきであると回答。10時E医師は施行。投与直前に新生児GBS感染症発症予防のため抗菌薬の必要性について説明したが、ペニシリンとは説明せず、また、薬剤アレルギーの既往について再度の問診をおこなわなかった。分娩より3日後腹部に皮疹が出現。この時点でE医師はアレルギー反応による皮疹を疑い問診をおこなった所、ペニシリンアレルギーがあることを知った。</p>	<p>初診担当医が紹介状、問診票の薬剤アレルギーをカルテに記載しなかった。</p> <p>次の担当医は上級医がみているからと確認しなかった。</p> <p>当事者はカルテからのみ判断し、投与直前の問診を怠った。</p> <p>助産師においても勤務交代と重なり、かつ慌ただしい状況であったため情報伝達が不十分であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 診療録の改善、外来と病棟担当医は必ずしも同じでないため、伝達すべき情報をより分かり易く正確に行えるように改善。 診療録に診療上の注意事項記載欄があるので活用することの徹底。 薬剤投与直前に必ず患者本人にアレルギーの有無を確認。 医師、看護師間の情報共有を図る。

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
8	障害残存の可能性(低い)	他施設→当該施設	<p>耳鼻咽喉科で慢性副鼻腔炎に対し、鼻内視鏡手術が全身麻酔下に行われた患者で、手術終了後全身麻酔覚醒前に術後鎮痛目的でフルルビプロフェンアキセチルを 50mg 静脈内投与した。</p> <p>その後、麻酔からの覚醒は良好で抜管、循環・呼吸状態が安定していることを確認し、手術部内回復室へ移動した。そこで更に 15 分間状態を観察し、再び循環・呼吸状態が安定していることを確認し、病棟へ帰室となった。</p> <p>しかし、手術部から退出後病棟のエレベーターホールでエレベーターを待っている間に徐々に呼吸困難感が出現し、同時にモニターしていた SPO₂ も 90% 程度に低下した。直ちに付き添って帰室していた耳鼻咽喉科医師が喘息様発作と判断し、酸素投与を行いつつ帰室した。帰室直後より酸素投与、ハイドロコトン 300mg 投与、サルタール吸入により速やかに改善した。術後第一日目にも呼吸困難が出現したため、ステロイド、ネオフィリン内服、ツロブテロールテープ貼付、サルブタモール吸入を行い軽快した。以後は、呼吸系の問題はなく、後遺症、新たな合併症は認められず経過した。</p> <p>本患者は、以前にバファリン内服時に軽い呼吸困難が出現していた既往があり、耳鼻咽喉科への前医からの紹介状にはアスピリン喘息の疑いが指摘されていた。しかし、麻酔科医の術前診断時には、外来カルテに貼付されていた紹介状を読んでいなかったため、本人からの既往歴聴取では、バファリン内服と呼吸困難の関連性が明確でなかったため、術後鎮痛の目的でフルルビプロフェンアキセチルを投与した。投与後 20 分以上経過してから、その投与に起因すると思われる喘息様発作が発症したと考えられた。しかし、モニター装着下でもあり、直ちに気づき、迅速に対処できたことから重篤とはならず、治療により軽快したものである。軽快後、患者及び家族に対し、経過及びアスピリン喘息という診断、素因であることが強く疑われるので、今後は鎮痛薬等の必要時には注意を要すること、医療機関には必ず伝えることを説明した。</p>	<p>本患者のアスピリン喘息素因疑いについては、前医より紹介状に記載があったが、外来カルテに貼付されていたのみで、入院時に情報伝達が不十分であった。そのため、術後鎮痛を優先して考慮したため、鎮痛薬を投与した。</p>	<p>・患者の既往、素因等の情報は確実に伝達される様に考慮する。そのため、何らかの重要な情報がある場合は、カルテの表紙に注意を必要とするマークを表すこととする。</p>

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	事故の内容	背景・要因	改善策
9	障害残存の可能性なし	他施設→当該施設	肺炎治療の目的で入院中の患児に、抗生剤メロペンを4日間点滴治療した。 その後病状が軽快し退院されたが、翌日強い不穏症状が現れ別の病院で診察を受けた。 別の病院の医師から、抗てんかん薬を服用中にメロペンの治療を受けたので、バルプロ酸ナトリウムの血中濃度が下がり不穏症状が生じた可能性がある、と説明を受けた。 家族から診療経過の報告を受け当院で調査すると、患児が入院中に持参薬の抗てんかん薬を内服していたことが分った。入院時に抗てんかん薬を内服中であるとカルテに記載されていたが、担当医が服薬状況を把握していなかった。	直接的原因：バルプロ酸ナトリウムと併用禁忌であるメロペン(ペネム系の薬剤)をバルプロ酸ナトリウム内服中であることに気付かず投与した。 根本的な問題：バルプロ酸ナトリウム内服中の患者にペネム系薬剤が投与可能と考えた。 背景因子：患児は通常は近くの施設に通院し抗てんかん薬を処方されていたが、自宅が当院に近くその施設では夜間の救急対応が出来ないので、急変時には当院に受診することになっていた。 入院中、患児は当院で処方されたことがない持参薬を母親の管理のもとに内服していた。施設からの紹介状やカルテの現病歴・現症欄にはバルプロ酸ナトリウムを内服中であると記載されていたが、担当医はこれを把握していなかった。また当院では、持参薬を薬剤部が管理する体制や電子カルテ上で併用禁忌をチェックする体制が整っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 脳性麻痺やてんかんの患者はバルプロ酸ナトリウムを内服している可能性があり、抗生剤使用時には必ずバルプロ酸ナトリウム内服の有無を確認する。 現在バルプロ酸ナトリウムを内服していても将来使用することもあるので、ペネム系薬剤の使用は原則控える。 入院時持参薬の服用を規制するかチェック体制を確立する。例えば、病棟での持参薬使用を禁止する。あるいは、持参薬を内服する場合は薬剤部がこれを電子カルテで管理し、併用禁忌のチェックが可能となる体制を検討し確立する。
10	障害残存の可能性(高い)	他施設→当該施設	アミオダロン肺炎のために他院に転院し、改善の後再度当院に転院してきた際にステロイド投与の指示が漏れていた。	転院の時の処方漏れ、他の医師もそれをチェックできなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 指示を複数の医師で確認する体制の整備。 オーダーリングシステムの整備。

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
11	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した。</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するように伝えた。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。</p> <p>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、朝患者は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、傾眠についてナースステーションでカンファレンスをしていたところ、偶然居合わせた医療安全管理者（薬剤師L）に相談した。</p> <p>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、処方薬は精神科医師が8倍処方をして、8ヶ月分の処方をしていただけが分かった。</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いない、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"> 持参薬を預かる際には、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。
12	障害なし	他施設→ 当施設	<p>当院に入院しながら、他院で外来透析をしている患者である。</p> <p>持参薬であるリズムック服用日が、透析日（週3日）のみであったのを、4日間、毎日服用させてしまった。</p>	<p>「持参薬報告」には、透析日服用のコメントがあった。</p> <p>しかし、「持参薬処方せん」にはそのコメントがなく（医師の記載忘れ）、それに気付かずそのまま配薬してしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「持参薬報告」と「持参薬処方せん」の相違点の確認を徹底する。 「持参薬処方せん」へのコメントを忘れないように医師に伝える。

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	事故の内容	背景・要因	改善策
13	障害残存の可能性(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。お薬手帳等、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（抗血小板剤）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（抗血小板剤）セロクラール（循環器官用薬）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その薬はなかった。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。入院5日目、早朝より発語が少なかった。10時前に呼吸器内科当番医師が診察し低酸素状態と診断した。酸素吸入調整をした。家族が昼食時と夕食時に面会し、患者の様子がおかしいと感じた。17時頃に日勤担当看護師に、異常を感じることに医師への報告を希望した。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。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、左上下肢麻痺を認め当直医師に報告した。当直医は救急外来対応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。家族から心臓の薬を返されて内服していなかったと話が合った。</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あった。</p> <p>その状況で、家族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る。</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。</p> <p>家族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、家族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、助言や家族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。処方せん・紹介状・お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	事故の内容	背景・要因	改善策
14	障害なし	他施設→当該施設	デパケン 800mg + アレビアチン 150mg の内服によりコントロールしていた。 入院時、デパケン 800mg と白い粉薬を持参。薬剤師は、薬剤鑑定時に患者の「白い粉薬はすっぱい」という言葉からハイシーと思い鑑定した。医師は、薬剤鑑定書と家族からの情報でデパケン 800mg とハイシーを院内処方へ切り替えた。 2時 10分、トイレで転倒している患者を発見。意識は清明であった。右上肢に震えを認めた。3時 20分頃には運動機能は完全に回復した。患者はけいれんであったと報告。緊急 CT 検査では以前の脳挫傷の所見であった。症候性てんかんの既往、速やかに麻痺が改善したことからてんかん発作と考えられた。 かかりつけ病院に確認したところ、白い粉薬はデパケン R800mg とアレビアチン 150mg (ハイシーに混合) 処方であった。入院時薬剤鑑定で、デパケン R800mg とハイシー 2 包であったため主治医はデパケン R とハイシーを院内処方へ切り替えていたため入院後 3 日間アレビアチンが処方されていなかった。	前医処方抗てんかん薬の情報で薬剤を管理している母親や施設のスタッフに適切に伝わっていなかった。 患者は高次脳機能障害であり、本人の服薬内容に関して認識力は低下していると思われるが、薬剤師は患者のみに確認した。 粉薬は鑑定が難しいことから、情報提供や処方先への確認をすることになっているが省略した。 持参薬を院内処方へ切り替えた際のリスクがある。	<ul style="list-style-type: none"> 紹介状の投薬内容と本人の認識や実際の処方薬などに相違がないか確認をし疑問があれば必ず問い合わせを行う。 持参薬を院内処方へ切り替える際に特に抗けいれん剤については慎重に行う。また、入院目的を考えて、コントロールされている場合は持参薬を利用することも考える。
15	障害なし	他施設→当該施設	黄疸のために検査入院当日であり、翌日より精査予定だった。 入院当日。他院より紹介のため持参薬あり。薬局にて鑑別を依頼した。 当事者の看護師は夜勤で出勤。日勤者より「薬品は鑑別依頼中である」と申し送りを受けた。薬局からは鑑別後の処方薬が病棟にあがってきており、配薬車に準備されていた。 配薬車には患者名が入っていたが、準備されていないと思い込み、確認しないまま夕食後薬も眠前薬も患者には投与しなかった。夜中に再度配薬車を確認した際に服用させていないことがわかった。	配薬車へ薬の準備をした際、夜勤者に伝えていなかった。 夜勤者は配薬車に名前がはいっているにもかかわらず、確認をしなかった。 薬はまだ上がってきていない、という思い込みがあった。	<ul style="list-style-type: none"> 配薬車の確認の徹底。
16	障害なし	他施設→当該施設	他院からの転院の患者で前医から持参薬があった。主治医に持参薬続行の指示をもらい、薬局持参薬担当に連絡し昼食後の内服は間に合わないため取っておくよう言われ、他看護師と一緒に薬を確認した。前医から薬情や診療情報提供書の持参はなく、診療情報提供書は後日郵送しますとのことであったため内服を確認する書類がなく、薬袋で確認しマグミット 1 錠、プレドニゾロン 5mg3 錠を与薬した。 持参薬を確認した薬剤師からプレドニゾロン 5mg3 錠は翌月の日付で 3 日間投与分であったことを電話連絡を受けた。 薬袋を確認すると、薬袋の左下に「○月△日 - ×日 (翌月の日付で 3 日間) に内服」と書いてあった。主治医に報告し、不足分の 3 錠は追加処方するとのことで経過観察となる。	昼食前で忙しい時間帯に確認をした。 確認する書類がなかった (薬情・診療情報提供書)。 薬袋の「昼食後」のところしか確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 薬袋を隅々まで確認する。 2 人で声を出して確認する。 何のために内服しているのか確認する。 出来れば確認出来る書類を一緒に持ってきてもらう (前医から)。

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	事故の内容	背景・要因	改善策
17	障害なし	他施設→当該施設	<p>入院時持参薬を薬剤部で確認。てんかん薬 25mg が 1 錠服用されており、本人が内服している薬は、当院採用薬の中では「エクセグラン」（ゾニサミド製剤、抗てんかん剤）と同一薬であった。医師はそのことを確認し、エクセグラン 1 錠を処方した。</p> <p>2 週間後に再度処方しようとした際、病棟薬剤師より、「当院のエクセグランは規格が 100mg である」と言われ、2 週間過剰投与していることがわかった。</p>	<p>当該事例では、患者が入院した際、看護師は患者から持参薬を受け取り、他院の紹介状にある内服薬の処方せんを見て数を確認、院内規定の持参薬鑑別依頼書に記入し、病棟から薬剤部へ持参薬の確認を依頼した。薬剤師は持参薬を確認した「持参薬一覧表・指示表」を作成した。</p> <p>持参薬のうち、「トレリーフ」は当院非採用だったため「持参薬一覧表・指示表」の当院採用の有無の欄に「×」とし、同一成分（ゾニサミド）の薬剤を「ポケット医薬品集」で調べた。トレリーフのところに、矢印で「同エクセグラン」と記載があるのを見て、「持参薬一覧表・指示表」の薬剤師コメント欄に「同エクセグラン」と転記し病棟に送った。</p> <p>医師は「持参薬一覧表・指示表」をもとに処方入力する際、エクセグランの規格 100mg が表示されたが、トレリーフは 1 回 1 錠と記載されていたのでエクセグランも 1 錠でいいと思った。</p> <p>薬剤師による服薬指導は初回処方時、土曜日であったため行われなかった。3 回目の処方時に持参薬を鑑別した薬剤師が間違いに気付いた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 規格を記載するよう「入院時持参薬取扱いマニュアル」を変更する。 専門外の薬が持参薬にある場合は必要時専門の診療科に依頼する。 処方入力時の規格の確認の徹底。 初回処方の際、看護師は持参薬と処方せんを確認する。 持参薬から院内で薬剤が処方された場合は素早く薬剤師が介入するようマニュアルを変更する。
18	障害なし	他施設→当該施設	<p>5 ヶ月後の上部消化管内視鏡検査を予約。その当時は抗凝固剤の内服なし。昨年年末に急性心筋梗塞のため他院入院。以後、バイアスピリン内服開始。予約外で来院。胃の調子が悪いので上部消化管内視鏡の予約を早めることを希望し、予約日を変更。その際、オンライン上で予約日時を修正することで対応したため、内服薬についての詳細も含めた同意書を取り直さなかった。その結果、検査担当医にはバイアスピリン内服中であることが伝わらなかった。また、看護師間の申し送りもきちんとなされていなかった。内視鏡検査中にマロリーワイス症候群を発症し出血がなかなか止まらなかったため、入院となった。</p>	<p>内視鏡検査の予約日を変更する際の手続きに関する取り決めが明文化されていなかった。</p> <p>バイアスピリン内服時には、生検は禁忌だが、内視鏡自体は禁忌ではない。バイアスピリン内服していることがきちんと伝わっていたとしても、内視鏡を施行する方針に変更はなかった。したがって、今回の抗凝固剤の内服に関する情報伝達の不備と、内視鏡施行中にマロリーワイス症候群を発症し入院が必要になったこととの間には、因果関係はないと考えられる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 予約日を変更する際には、改めて同意書を取り直す。 内視鏡を行う場合は、バイアスピリンを含めた抗凝固剤の内服の有無に関して、指示書に記載する。

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
19	不明	当該施設 →薬局	患者は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した。 所見はADL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、両上肢挙上保持可能。C病院からの情報提供には内服薬セレニカR1.25g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、院外処方せんを発行した。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。家族より電話での連絡あり。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広報する
20	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。約2週間後、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。入院翌日の血中濃度検査でフェノバルが高値であり、入院2日目の日勤帯に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）。

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-2-3に示した事例の中には、1) 他施設が情報伝達し忘れた、2) 他施設は情報伝達したが当該施設で情報が途絶した、または誤解した、事例があった。それぞれについて、伝達されなかった情報の内容や、他施設－当該施設間で伝達された情報媒体や情報の内容を分析し、以下に示す。

i) 他施設－当該施設間における情報伝達

ア) 他施設から伝達されなかった情報

事例の中には、紹介状を発行しなかったため内服薬（プラビックスとセロクラール）を伝えなかった、診療情報提供書、薬剤情報提供書なし（診療情報提供書は後日郵送する旨連絡）、といった、本来施設間の情報伝達に基本的に使用される文書を作成していない事例があった。また、薬剤を「8倍量」処方していることを記載していなかった事例もあった。他施設が伝達し忘れた情報を図Ⅲ-2-4に示す。

図表Ⅲ-2-4 他施設から伝達されなかった情報（医療事故）

他施設から伝達されなかった情報
<ul style="list-style-type: none">・ 紹介状を発行せず、そのため内服薬（プラビックスとセロクラール）を伝えず・ 診療情報提供書、薬剤情報提供書なし（診療情報提供書は後日郵送する旨連絡）、そのためプレドニゾロンの用法を伝えず・ 持参薬処方せんに「透析日服用」と記載せず・ 薬剤を「8倍量」処方していることを記載せず・ 転院時処方忘れにより内服薬（ステロイド剤）を持参せず

イ) 他施設－当該施設で伝達された情報媒体や情報の内容

他施設－当該施設間における情報伝達の媒体としては紹介状が多かった。他に患者が持参した内服薬そのものが情報伝達の役割を果たしていた事例もあった。これらの情報のうちいくつかは、当該施設に伝達され、ある程度施設内でも正しく伝達されたが、その後、伝達の途絶あるいは誤解が生じ、最終的に情報伝達されなかった事例であった。また、他施設から情報伝達されているが、他施設が診療情報提供書を発行していないなど、十分とはいえない情報伝達もあった。

これら他施設－当該施設間における情報伝達において伝達された情報媒体や間違った情報を図Ⅲ-2-5に示す。なお、先述した、他施設から情報伝達されているが診療情報提供書は発行されていない、などの事例では、他施設からの不十分な情報伝達が、当該施設内の情報伝達を困難にしているとも考えられる。そこでそのような事例については、備考欄に不十分な情報伝達であった内容を記載した。

図表Ⅲ-2-5 伝達される情報の媒体や内容（医療事故）

他院が伝達した情報媒体や内容	当該施設内（医療機関、薬局）における情報伝達	備考
1. 紹介状		
紹介状に記載された処方内容		
紹介状に記載された薬剤アレルギー情報		
紹介状に記載された患者の感染（B群溶血性連鎖球菌陽性）に関する情報	外来予診カードに記載 患者からアレルギー情報を聴取し、入院診療録のデータベースサマリーに記載 担当看護師に口頭で申し送り	
紹介状に記載された内服薬（バルプロ酸）の内容	カルテの現病歴・現症欄にはバルプロ酸を内服中であることを記載	
2. 薬袋		
薬袋に記載されたプレドニゾロンの用法（再掲）		診療情報提供書、薬剤情報提供書なし（診療情報提供書は後日郵送する旨連絡）、そのためプレドニゾロンの用法を伝えず（再掲）
3. その他の文書		
他施設が作成した文書中に記載されていた「昼分の内服薬を内服済みである」という情報		
「持参薬報告」に記載した「透析日服用」という情報（再掲）		持参薬処方せんに「透析日服用」と記載せず（再掲）
4. 持参薬		
持参薬	持参薬鑑別を行い薬を配薬車に準備	
持参薬	持参薬一覧表を作成し、院内未採用薬は院内採用薬のブランド名を記載	
持参薬	持参薬があることは認識	

ii) 当該施設－薬局間における情報伝達

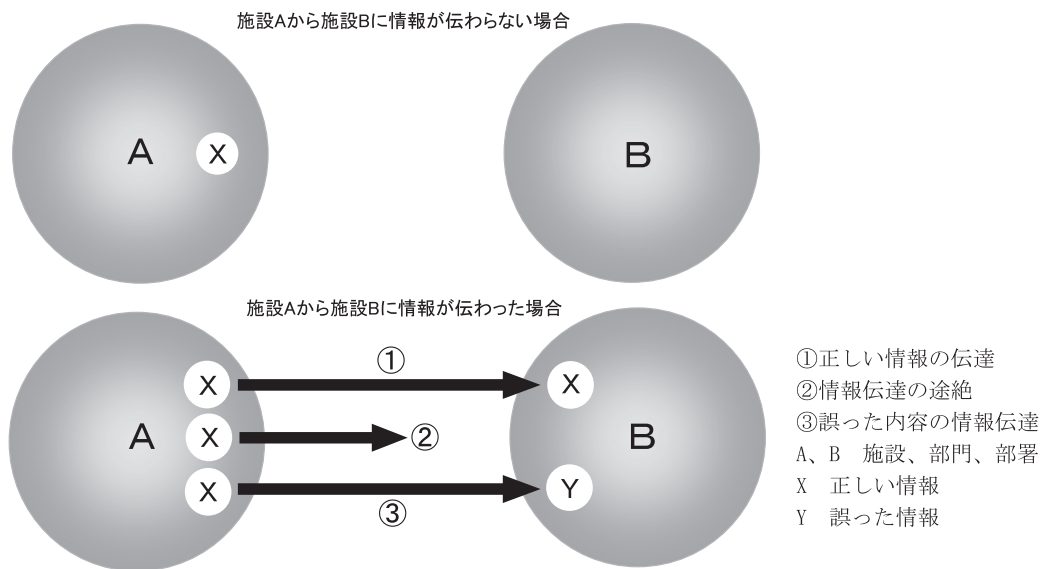
当該施設－薬局間における情報伝達の媒体や内容は、当該施設が発行した処方せんであった。

④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) 他施設から当該施設に情報が伝わらなかった事例と、2) 他施設から当該施設に情報が伝わった事例とがあり、2) にはさらに、①施設内で情報が途絶した、②施設内で情報を誤解した、事例があった（図表Ⅲ-2-6）。実際には、報告される情報量には限りがあるため、①、②を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-2-7及び図表Ⅲ-2-8に示した。

情報が途絶した理由を見ると、アレルギー情報の記録やその確認、診療情報提供書や薬袋の確認などがあった。また、情報が誤解された理由を見ると、処方表記の誤解や知識不足などがあった。何れも、業務の中で改善の余地のある理由であり、報告された医療事故になお予防可能性のあることが示唆された。

図表III-2-6 報告事例から見た情報伝達の流れ



図表III-2-7 情報伝達が行われなかった要因（医療事故）

情報伝達の内容・情報の流れ	他施設から当該施設に情報が伝わらなかった	他施設から当該施設に情報が伝わった		計
		主に情報の途絶が要因	主に情報の誤解が要因	
他施設→当該施設	3	9	6	18
情報伝達の内容・情報の流れ	当該施設からに薬局に情報が伝わらなかった	当該施設から薬局に情報が伝わった		計
		主に情報の途絶が要因	主に情報の誤解が要因	
当該施設→薬局	0	0	2	2

図表Ⅲ-2-8 情報伝達されなかった理由(医療事故)

情報伝達の内容 ・情報の流れ	他施設から当該施設・薬局に情報が伝わらなかった	他施設から当該施設・薬局に情報が伝わった	
	情報が伝わらなかった理由	情報伝達が途絶した理由	情報が誤解された理由
他施設→当該施設	<ul style="list-style-type: none"> 紹介状を発行しなかった 転院時に処方し忘れた 	<p>〈アレルギー情報の確認〉</p> <ul style="list-style-type: none"> カルテの所定欄にアレルギー情報を記入せず 診療端末や温度板のアレルギー情報を確認せず アレルギー情報を医師に報告せず アレルギー情報を診療録に記載せず 患者にアレルギー歴を問診せず <p>〈文書の確認〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 他院の内服薬用紙（特に直近の服用記録）を確認せず 診療情報提供書を確認せず 持参薬処方せんは確認したが、持参薬報告のコメントを確認せず <p>〈文書の作成〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 検査予約以降に抗凝固剤が開始されたことを検査日変更の際に把握したが日程変更のみ処理して内服薬追加を記録せず <p>〈薬袋〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 薬袋を確認せず <p>〈その他〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の服薬状況を把握せず 	<p>〈記載の解釈における誤解〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 処方表の表記の誤解（原薬量と製剤量の誤解） 持参薬の一覧表に規格の記載がなく当該施設採用薬の規格は持参薬と同じと思い込んだ <p>〈知識不足による誤解〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 用法の知識不足 <p>〈患者の意見のみで判断したことによる誤解〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 薬剤鑑定時、患者の言葉で判断し、白色の散剤（アレビアチンとハイシー）を「ハイシー」のみと誤解 <p>〈その他〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 配薬車に準備された薬剤を準備されていないと思い込んだ
情報伝達の内容 ・情報の流れ	当該施設から薬局に情報が伝わらなかった	当該施設から薬局に情報が伝わった	
	情報が伝わらなかった理由	情報伝達が途絶した理由	情報が誤解された理由
当該施設→薬局	—	—	<p>〈記載の解釈における誤解〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 処方せんの表記の誤解（有効成分の量と製剤量の誤解）

※矢印は情報の流れを示す。

⑤改善策

報告された改善案を整理して以下に示す

ア) 薬剤情報の知識向上

- 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。
- 薬剤に関する知識の習得と周知徹底。
- 何のために内服しているのか、薬効と内服の目的を確認する。

イ) 持参薬確認の手順や体制

(i) 持参薬の確認体制

- 確実に持参薬を確認するために、薬剤師も含む持参薬の確認体制の構築。

- 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）。

(ii) 持参薬の確認方法

- 持参薬を預かるときには、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）。
- 患者の示す持参薬を確認するだけでなく、紹介状に記載された処方内容を必ず確認する。
- 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。
- 持参薬一覧表への記載内容の改善。
- 持参薬を継続して内服する場合は薬剤部が電子カルテで管理し、併用禁忌のチェックが可能となる体制を検討し確立する。

(iii) 持参薬の継続に関する判断

- 入院時持参薬の服用の規制を判断する体制を確立する。それにより、病棟で使用を禁止する持参薬も生じる可能性もある。

ウ) 診療情報システムの改善

(i) アレルギー情報の確実な把握

- 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。
- 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。

(ii) 持参薬の併用禁忌の確認

- 持参薬を継続して内服する場合は薬剤部が電子カルテで管理し、併用禁忌のチェックが可能となる体制を検討し確立する（再掲）。

エ) 診療録、診療情報提供書の活用や確認

(i) 処方内容の確認

- 患者の示す持参薬を確認するだけでなく、紹介状に記載された処方内容を必ず確認する（再掲）。

(ii) アレルギー情報の確認

- 患者の既往、素因等の情報は確実に伝達される様に考慮する。そのため、何らかの重要な情報がある場合は、カルテの表紙に注意を必要とするマークを表すこととする。
- 診療録を改善し、外来と病棟の担当医は必ずしも同じ医師ではないため、伝達すべきアレルギー情報をより分かり易く正確に伝えられるようにする。
- 診療録の「診療上の注意事項記載欄」の活用を徹底する。

オ) 確認作業の具体的な内容

(i) 確認ルールの確立と徹底

- 処方せん・紹介状・お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。
- 規格の確認の徹底。
- 薬袋を隅々まで確認する。
- 注意すべき薬剤をリストアップし職員に周知する

- 紹介状の投薬内容と本人の認識や実際の処方薬などに相違がないか確認し疑問があれば必ず問い合わせを行う。

(ii) 確認体制の整備

- 指示を複数の医師で確認する体制の整備。
- 2人で声に出して確認する。

(iii) 特定の薬効、薬剤の確認

- 脳性麻痺やてんかんの患者はバルプロ酸を内服している可能性があり、抗生剤使用時には必ずバルプロ酸内服の有無を確認する。
- また現在バルプロ酸を内服していなくても将来使用することもあるので、ペネム系抗生剤の使用は原則として控える。
- 持参薬を院内処方に切り替える際、特に一包化された散剤の抗けいれん剤については、成分の確認が容易でないことがあるので慎重に確認を行う。また入院目的を考えて、持参薬で病状がよくコントロールされている場合は、持参薬を利用することも考える
- 内視鏡検査の場合は、バイアスピリンを含めた抗凝固剤の内服の有無を検査指示書に記載する。

(iv) 患者、家族に求める確認や協力

- 出来れば内服薬が確認出来る書類を前医から持参薬とともに持ってきてもらう。
- 薬剤投与直前に必ず患者本人にアレルギーの有無を確認。

オ) スタッフ間の情報共有

- 医師、看護師間の情報共有を図る。
- 診療録の改善、外来と病棟担当医は必ずしも同じでないため、伝達すべき情報をより分かり易く正確に行えるように改善（再掲）
- 患者を常に見ていた家族からの「おかしい」の言葉は、貴重な情報として受け止める。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することを職員に周知する。

カ) 勤務体制の改善

- 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）

キ) その他

- 「持参薬報告」と「持参薬処方せん」の相違点の確認を徹底する。
- 「持参薬処方せん」へのコメントを忘れないように医師に伝える。
- 他院からの紹介状の薬剤処方には倍量処方が行われている現状があることを職員に注意喚起する。

(3) 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

第25回報告書で取り上げた、平成23年1月1日から3月31日の間に報告された薬剤の施設間等情報伝達に関するヒヤリ・ハット事例22件に、4-6月に報告があった40件を加えた62件について医療事故と同様に分析を行った。

①発生状況

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-2-9）。

なお、図表Ⅲ-2-9の「外来→病棟」とは同一診療科の外来・病棟間の事例であることを示す。診療科が異なる外来・病棟間の事例や病棟・病棟間の事例は「診療科間の情報伝達間違い」として整理し、報告された情報から分かる限り診療科名を掲載した。第25回報告書では、診療科名が不明な病棟・病棟間の事例を「部門・部署間の情報伝達の間違い、病棟→病棟」として整理し掲載したが、本報告書以降はこれを「診療科間の間違い、〇〇科→〇〇科（診療科名不明）」として整理することとした。

図表Ⅲ-2-9 情報伝達の内容・情報の流れ（ヒヤリ・ハット事例）

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	17
他施設→当該施設	13
当該施設→他施設	3
当該施設→薬局	1
部門・部署間の情報伝達の間違い	19
外来→病棟	3
病棟→薬剤部	3
薬剤部→病棟	2
病棟→I C U	1
I C U→病棟	2
病棟→透析室	1
病棟→H C U→病棟（帰棟）	1
病棟→核医学検査室	1
病棟→カテーテル検査室	1
病棟→手術室	1
手術室→病棟	1
病棟→検査室	1
救急部→病棟	1
診療科間の情報伝達間違い	26
内科→外科	1
内科→〇〇科	1
腎・透析科→心臓外科	1
腎臓内科→〇〇科	1
内分泌科→脳外科、麻酔科	1
内分泌代謝科→〇〇科	1
循環器内科→〇〇科	2
精神科→皮膚科	1
耳鼻科→循環器内科	1
泌尿器科→胸部外科	1
婦人科→〇〇科	1
麻酔科→眼科	1
化学療法科→〇〇科	1
〇〇科→循環器内科	1
〇〇科→〇〇科	11
計	62

※矢印は情報の流れを示す。

(4) 施設間の情報伝達の間違ひに関するヒヤリ・ハット事例の分析

①発生状況

本報告書では、特に他院→当該施設、当該施設→薬局などの、施設間の情報伝達について集計、分析する。図表Ⅲ-2-9に示すように、平成23年1月から平成23年6月30日の間に報告された薬剤の施設間の情報伝達に関するヒヤリ・ハット事例は17件であった。

②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

報告された事例の中には、1) 他施設または当該施設が情報伝達し忘れた、2) 他施設は情報伝達したが当該施設で情報が途絶した、または誤解した、事例があった。それぞれについて、伝達されなかった情報の内容や、他施設－当該施設間で伝達された情報媒体や情報の内容を分析し、以下に示す。

i) 他施設から伝達されなかった情報

事例の中には、紹介状にバイアスピリン内服の事実を記載していない、薬剤情報用紙にワーファリンを記載していない、といった、転院時に送付されるべき文書に記載しなかった事例があった。その他に、薬袋に記載された内服薬の処方内容がいわゆる「3倍量」処方であることを記載していなかった事例もあった。このような他施設から伝達されなかった情報を図Ⅲ-2-10に示す。

図表Ⅲ-2-10 他施設から伝達されなかった情報（ヒヤリ・ハット事例）

他施設から伝達されなかった情報
・紹介状にバイアスピリンの内服を記載せず
・薬袋に記載されたレキソタン（5mg、3錠/日）の内容がいわゆる「3倍量」処方であることを記載せず
・他院に持参させた薬剤に定期内服薬を入れ忘れた
・持参薬であるモヒ水の残量を記載せず
・薬剤情報用紙にワーファリンを記載せず
・内視鏡検査前にワーファリンを休薬させた事実を伝えず

ii) 他施設－当該施設間で伝達された情報媒体や情報の内容

ア) 他施設－当該施設間における情報伝達

当該施設－薬局間における情報伝達の媒体や内容は、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があった。他に、患者が当該施設に入院する際に持参した薬そのものが情報伝達の役割を果たしていた事例もあった。

イ) 当該施設－他施設間における情報伝達

当該施設－薬局間における情報伝達の媒体や内容は、患者が他施設に入院する際に持参した薬そのものであった。

ウ) 当該施設－薬局間における情報伝達

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せんであった。なお、報告されている事例は、処方せん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。

ア)～ウ)の情報を整理して図Ⅲ-2-11に示す。

図表Ⅲ-2-11 伝達される情報の媒体や内容（ヒヤリ・ハット事例）

他院または当該施設が伝達した情報媒体や内容	当該施設内（医療機関、薬局）における情報伝達
他施設⇄当該施設	
1. 紹介状 紹介状に記載されていた処方内容	
2. 薬袋 薬袋に記載されていた処方内容	
3. 持参薬 持参薬 持参薬	持参薬確認票を作成
当該施設→薬局	
1. 処方せん	

※矢印は情報の流れを示す。

③医療事故に至らずに済んだ理由

ヒヤリ・ハット事例は、何らかの理由で、患者への影響がなかったり、軽微な影響で済んだりした事例であるため、その理由は再発防止策を検討するにあたって有用である。そこで、ヒヤリ・ハット事例の内容、背景・要因から、医療事故に至らずに済んだ理由を分析した。

その結果、入院時の持参薬確認時やその後の処方オーダーの処理中に気付いた事例、入院時に持参薬を忘れたが入院後の持参薬確認で気付いた事例、他院の発行した文書と患者が持参した文書と持参薬を照合していて気付いた事例、などがあった。入院時や入院時になかった情報が後日持ち込まれた場合に、入手している全ての情報により照合を行うことが重要と考えられた。

また、誤りに気付いたものの、転院時のサマリー作成時に気付いた事例、転院時に内服薬の残数を確認時に気付いた事例、転院後に他施設が気付いた事例のように、入院期間の最後に気付いた事例などがあった。このような事例より、入院時の持参薬確認などの節目となる機会の確認が十分行われず誤りを発見できなければ、その後の入院期間中には誤りを発見する機会があまりないのではないかと考えられた。

その他に、手術前の診察で麻酔科医が気付いた事例や患者が薬剤が不足していることを申し出て気付いた事例などがあった。

④改善策

ア) 持参薬確認の手順や体制

(i) 持参薬の確認体制

- 地域連携室の協力体制を検討する。
- 入院時の持参薬確認のあとでも新たに持参薬の申請があればその時点で確認する。

- 高齢の手術患者は、日程に余裕を持って入院させて内服状況を確認し、術前準備にあたる。

(ii) 持参薬の確認方法

- 前医の紹介状の記載に全て依存することなく、実際の薬を持参してもらって、実物をチェックする。
- 入院時は、本人・家族へ持参薬の有無の確認と、医師指示の確認を徹底する。
- 薬袋のみの確認で済ませず、指示票と照合する。
- 持参薬確認票に薬剤名はあるが残数の記載がない場合は、薬剤部に確認する。
- 持参薬をダブルチェックする。

(iii) 持参薬の継続に関する判断

- 当院規定で他院持参薬継続時は当院で処方出来る内容であれば再度処方し直し、又他院処方薬継続の場合は指示簿へ処方内容の記載を主治医へ依頼する。
- 持参薬確認後、薬剤部から払い出された時に、持参数と処方数を正確に確認、把握する。

イ) 診療情報システムの改善

- 初回継続処方時に、システムに入力された他院の処方歴をコピーして処方する場合、他院の処方薬が当院で採用されている薬、規格と一致する、あるいは同等であることを十分確認する。

ウ) 診療録、診療情報提供書の活用や確認

(i) 処方内容の確認

- 退院時指導書と内服薬処方をしっかり確認する。
- 口頭指示のときはカルテに記載してもらう。

エ) お薬手帳

- お薬手帳の活用。

オ) 確認作業の具体的な内容

(i) 確認ルールの確立と徹底

- 紹介状の処方内容を鵜呑みにせず、不明な点があれば患者や前医に確認するなどして処方する。
- 退院前に、退院時のチェックシートを活用し、退院処方以外に内服薬が残っていないか再確認する。
- 検査説明時に、注意を要する薬剤の一覧表を見せて確認する。

(ii) 特定の薬効、薬剤の確認

- 転院時や退院時は、麻薬の書類の処理、麻薬自体の処理に関して、必ず薬局に確認し、薬剤師の指示を受ける。

(iii) 患者、家族に求める確認や協力

- 見当識が保たれているならば、処方時に患者に処方内容を確認する。

カ) 勤務体制の改善

- 繁忙な外来業務中に、紹介状に記載のない薬剤の内服を見つけることには限界があるため、外

来業務を担当する医師の増員が必要。

キ) その他

- 処方の変更内容、調剤薬局名、処方せん修正依頼をきちんと薬剤科に伝え、調剤薬局へ確認してから本人へ連絡する。

(5) 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、No. 2 「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No. 19 「処方せん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、No. 4 「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」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、No. 17 「持参薬作成表作成時に規格の記載がなく規格間違えを生じた事例」は、医療安全情報 No. 39 「持参薬の不十分な確認」に、No. 18 「5ヶ月前の検査予約時には服用していなかった抗凝固剤に気づかずに検査を行った事例」は、医療安全情報 No. 51 「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」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。

(6) まとめ

薬剤の施設間等情報伝達の事例のうち、他院—当該施設などの施設間情報伝達に関連した医療事故を概観した。診療情報提供書を交付しなかった、アレルギー情報の伝達忘れ、原薬量と製剤量の誤解、患者の意見のみで持参した散剤の内容を判断した事例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た。

本報告書で示したように、他院—当該施設間で伝達される情報媒体とそのリスク、当該施設内における情報伝達の途絶や誤解のリスクを医療施設内で共有し、報告された改善策を参考にして医療事故の発生防止に努めることが重要であると考えられた。

今後も継続して事例の収集を続け、具体的ないくつかの主体間の事例に焦点をあてて、分析班において検討することとしている。

【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、事例収集を行った。

第23回報告書では、本事業開始から平成22年12月31日の間に報告された食事に係る医療事故の概要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、第25回報告書では、食事に係る「アレルギーの提供・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、本報告書対象分析期間（平成23年4月1日～6月30日）に報告された17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」「誤嚥」「異食」「未提供」「誤嚥」等の内容の事例があり、本報告書集計期間までに報告された食事に係る医療事故222件を内容で分類し、発生件数を集計した（図表Ⅲ-2-12）。それぞれの内容に該当する主な事例は第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-2-12 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	13
アレルギーの提供・摂取	11
異物混入	1
異食	6
未提供	2
誤嚥	186
その他	3
合計	222

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-2-13）。

図表Ⅲ-2-13 食事に関する業務工程図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	1	0	5	0	6
	評価不足	0	0	0	0	0	82	0	82
食事指示	未指示	0	0	0	0	0	0	0	0
	食事指示内容間違い	1	1	0	0	0	1	0	3
	食事指示伝達間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
入力	未入力	1	1	0	0	0	0	0	2
	入力間違い	2	0	0	0	0	0	0	2
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	1	0	0	0	0	0	0	1
	システムエラー	1	1	0	0	1	0	0	3
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	1	0	0	0	0	0	1
	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	4	0	0	0	5	1	10
	食形態の間違い	0	0	0	0	0	18	0	18
	提供量の間違い	1	0	0	0	0	0	0	1
	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	1	0	0	1
	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	1	0	0	0	0	0	0	1
摂食	観察・判断不足	0	0	0	5	0	34	0	39
	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	9	0	9
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		13	11	1	6	2	186	3	222

③食事に関する「誤嚥」の医療事故

食物などが、何らかの理由で、誤って喉頭や気管に入ってしまう状態を誤嚥と言う¹⁾。誤嚥に関しては必ずしも食事に関して誤った実施があったとは言い難い複数の要因が関係しているものもある。本報告書では、本事業に報告のあった食事に関連した医療事故の中で最も報告件数の多く、その分析は有用であると分析班においての意見もあったため、本報告書では食事に関する「誤嚥」の事例を取り上げ、その原因を分析した。

i 食事に関する「誤嚥」の医療事故の内容

食事に関する「誤嚥」の医療事故報告は、本事業開始から本報告書分析対象期間を含め、186

件であった。食事に関する「誤嚥」の事例を、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（図表Ⅲ-2-1 3）で見ると、業務工程「食事計画」における「評価不足」、業務工程「摂食」における起こりやすいエラーの「観察・判断不足」や業務工程「調理」における起こりやすいエラーの「食形態の間違い」が多かった。報告された186件の事例から、主な各業務工程の事例の概要を掲載した（図表Ⅲ-2-1 4）。

図表Ⅲ-2-1 4 食事に関する「誤嚥」の医療事故の概要

No.	事故の程度	事故の内容	背景・要因	改善策
【業務段階：食事計画】				
1	死亡	入院前は痴呆の夫が食事を世話していた。患者本人は前歯3本のみであったが義歯はなくトイレ等は自立していた。医師は、入院前には食事は普通に取っていたという認識でいた。入院時は禁食であったが、食事が開始され「腎臓食」が指示された。食事箋には特に軟菜や粥などという指示がないため、一般的な献立内容で米飯が提供された。当日の昼食時、看護師はベッドを約90度に調整し、3口ほど摂取するのを確認してから退室した。約5～6分後に他の看護師が訪室した際も普通に食事摂取していた。さらに約10分後に訪室したところ、患者がベッドからずり下がっており呼吸停止していた。医師が救急蘇生開始し、気管内挿管時、口腔内の米飯・輪切りのレモンの皮などが掻き出された。	アナムネは空欄で、食事形態が患者にあっていなかった可能性がある。看護師は食事形態の確認を医師に行っていない。認知症という状況から患者の食事観察を継続する必要があるが、他の患者の食事介助に行ってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の入院前の状況把握を徹底する。 患者の状況に応じた食事形態かどうか疑問を声に出して確認する。 昼食時間帯の職員の配置を考慮する。

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	背景・要因	改善策
2	障害残存の可能性(高い)	レビー小体型認知症、パーキンソン症状によりADL全介助の患者が、誤嚥性肺炎で入院し、絶食、抗生剤投与で軽快した。2日後、耳鼻科にてEV施行し、咽頭麻痺なく、嚥下評価では痰が多く十分開口しない状態であったため口腔ケアを継続後、嚥下訓練を開始し、経口摂取量が増えてきていた。入院から2週間後、覚醒状態が良好であり、朝食(全粥、3分菜)を介助した。小スプーンで粥3口、豆腐を細かく潰し1口食べたところでむせがあり、患者も拒否したため食事介助を中止した。患者に口を開けてもらい、口腔内に食物がないことを確認し、他患者の所に行った。約10数分後に患者の所を訪室したところ、患者の呼吸が停止しているのを発見した。直ちに、心臓マッサージ開始し、吸引の際は豆腐様の白い柔らかいものが引けた。医師が直ちに救急蘇生を開始し、挿管後、人工呼吸器管理となった。	食事介助の前に口腔内観察が不十分であり、口腔内の状況が正しく評価できていなかった。経口摂取介助したが数口でむせあり、中断した。口腔内の食物の有無を観察したが確実に嚥下したか確認せず患者の側を離れた。朝食介助は深夜勤務看護師と早出看護師が分担して行っており、当日は7名の食事介助や他業務もあり多忙であり、焦りもあった。	<ul style="list-style-type: none"> ・食事介助前に口腔内の観察と口腔ケアを行い、必要時吸引を行い十分に口腔内を清潔に保つ。 ・更に嚥下困難な患者の食事介助後、呼吸状態が安定しているか数分間確認してから患者の側を離れる。 ・患者の個別食事介助計画を誰が見ても分かるようにベッドサイドに図示する。
【業務段階：患者説明】				
3	死亡	食道癌術後・頸部リンパ節転移による気管圧排、肺転移、放射線性肺炎の患者。両側胸水貯留と放射線性肺炎増悪にて酸素投与・ステロイド使用していた。食事を開始したが、以前より飲み込みが悪いとの訴えがあり、食道透視を実施したところ、通過不良の所見があり、昼からミキサー食に変更予定であった。昼食時、ギャジアップし、昼食前に妻の介助で持ち込みのメロンとブドウを摂取した。看護師が部屋の前を通ったところ、妻が患者の肩を叩いていたため訪室した。患者は意識が低下し、顔面蒼白で、自発呼吸はなかった。	患者と家族に嚥下リスクがあることを説明していたが、十分理解されていなかった可能性がある。患者家族の強い希望で食事摂取していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟単位の事例検討を行う。 ・摂食嚥下評価と食事形態の選択に関する学習を行う。

No.	事故の程度	事故の内容	背景・要因	改善策
【業務段階：調理】				
4	死亡	左大腿骨転子部骨折に対し左大腿骨骨接合術を施行し、手術後8病日目の患者であった。低酸素性脳症により嚥下障害があるため、食事形態をきざみ食とし、車いすに座らせオーバーテーブル上に配膳し、スプーンを用いて患者が自力で妻の付き添いのもとで喫食中、食物を誤嚥し気道閉塞により、窒息を起こした。患者の状態がおかしいとの妻からの報告で、すぐに医療者が駆けつけ救命処置（吸引、気管内挿管、人工呼吸等）を行った。	誤嚥の既往があり嚥下障害を有する患者であるため、日頃より食事中はムセや咳きこみなど誤嚥の兆候がないか観察していた患者であった。事故当日は妻が来院し食事中付き添っていたため、看護師は患者を車椅子に移乗させ配膳したあと病室を離れ、食事摂取状況の観察を怠った。嚥下障害に対しきざみ食を提供していたが、献立で汁物の具材まではきざまれていなかった。事故当日はシチューが提供されていたが、その中にきざまれていないブロッコリーや人参、鶏肉などが入っていた。救命処置を行った際に、喉の奥にブロッコリー片があった。	<ul style="list-style-type: none"> ・嚥下障害患者に対し、摂食嚥下状況チェックシートを用いて観察、評価し、看護計画に盛り込むようにした。 ・きざみ食について、汁物の具材もすべて刻んで提供することとした。
5	障害残存の可能性（高い）	全粥食を開始して3日目であった。食事中の患者に看護師が声を掛け、「美味しい」などと話をされ食事摂取中の患者に異常はなかった。その後、病室を訪室したところ、座位でうつむき、ぐったりとしている患者を発見した。ナースコールにて他の看護師に異常を知らせ、直ちに患者をベッドに戻し蘇生を行った。医師が到着後、挿管の際に大きな肉片が気道を閉塞していることを発見、肉片を除去し、気管内挿管施行した。心肺蘇生を続けた結果、心拍は再開したが、自発呼吸見られず、呼吸管理目的にてICU入室となった。	全粥食の患者に、噛み切れない牛肉が副食に出ていた。肉は薄かったが、1片の大きさが、大きかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養課とデイスカッションし、全粥食の副食には、やわらかいものをセットする、カット数を多くするなどとした（全粥副食のメニュー見直し）。 ・脳梗塞が否定できない患者であったとはいえ、それまで食事摂取については問題を認めず、配・下膳の援助で食事摂取は自己で可能な患者であった。 ・主食は全粥で軟らかく食べやすいものなのに副食が硬く咀嚼しにくいものの場合、大きさを配慮するなどの検討が必要である。

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	背景・要因	改善策
【業務段階：摂食】				
6	死亡	<p>昼食時、食堂にいた。とろみをつけて配膳後、自ら食べ始めた。約10分後咳と一緒に少量の食事が口から出たので看護師Aがタッピングをして休憩するよう言った。自分で再度食べ始めたので看護師が側で見守っていた。看護師交替時、食事を食べずスプーンで食事をいじっていた。看護師Bがティースプーン半量のおかゆを口元に持って行くと口を開けたので入れた。しばらくして咀嚼し、嚥下したが、むせはなかった。嚥下後、口を開けたのでティースプーン半量のお粥を入れた。その後、咳込み、鼻汁が出たのでタッピングをした。その直後、両上肢が振戦し顔色蒼白となり呼名反応がなくなった。</p>	<p>意識障害、嚥下障害。初回、食事中に咳が出た後の観察が不十分であった。看護師交替時の引継ぎが不十分であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・食事介助時の観察を強化し咀嚼、嚥下状態で変化があるとき医師に報告する。 ・看護師交替時は、観察した内容を情報共有し継続看護をする。
7	死亡	<p>脳挫傷を負い、器質性精神障害と診断され、妄想・幻覚があり入院した。薬剤調整にて、行動制限が解除されるまで改善されてきていた。日常生活動作は自立していたが、時折食事時にむせるようになったため、誤嚥に注意し観察をしていた。食堂で食事を摂るように説明していたが、自室で摂取することが多かった。当日の昼食前、患者の担当看護師Aは、食事摂取状態を観察するため、食堂で他患者と食事をするよう患者に促したが、患者は看護師Bよりお膳をもらい自室に持参した。看護師Aは、患者が食堂にいないため病室に行き、ベッド横の床に倒れている患者を発見した。発見時、心肺停止状態であり、すぐに医師へ緊急連絡を行い蘇生処置を開始した。緊急コールにて医師がすぐ来棟し蘇生を開始した。蘇生処置開始時、つまっていたと考えられる肉団子を取り出した。</p>	<p>当該患者の誤嚥の可能性を担当看護師を含め同モジュール内の看護師は認識していたが、他モジュールの看護師との共有が不十分であった。共有が不十分であったことから、当該日も担当看護師が食堂で食事摂取を促していたものの、他看護師が患者へお膳を手渡してしまい、自室での摂取につながった。精神科疾患患者の場合、薬物治療上全患者に誤嚥の危険性があり、特に窒息を起こしやすい患者の場合には付き添うことが必要であるが、自室で食事をされた場合にマンパワーが不足となる。配膳前、配膳時には各皿に蓋がついている。そのため、配膳前に食事内容を知り、配食の時間調整や事前にカットを入れたり、誤嚥しにくいような関わりを持つことが困難である。患者自身の生活背景から、他患者と食事を一緒に摂ることができないなどのキャラクター性。取り出された食材は直径3cmほどの肉団子であるが標準の大きさ、柔らかく煮込んであった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・誤嚥・窒息の恐れが高い患者の場合、必ず食堂で食べてもらうことを原則とし、スタッフが共有できるようにスタッフルームのホワイトボードに明示することとした。 ・ホワイトボードに明示した患者については、担当看護師が配膳することとした。 ・誤嚥・窒息の恐れがある場合に、自室ではなく、食堂で食べてもらうこと等を家族にも説明し、共有してもらうこととした。 ・栄養管理室とともに、誤嚥・窒息につながりやすい食材について討議することとした。 ・配膳前にメニューをチェックし、食材の確認をすることを徹底する。

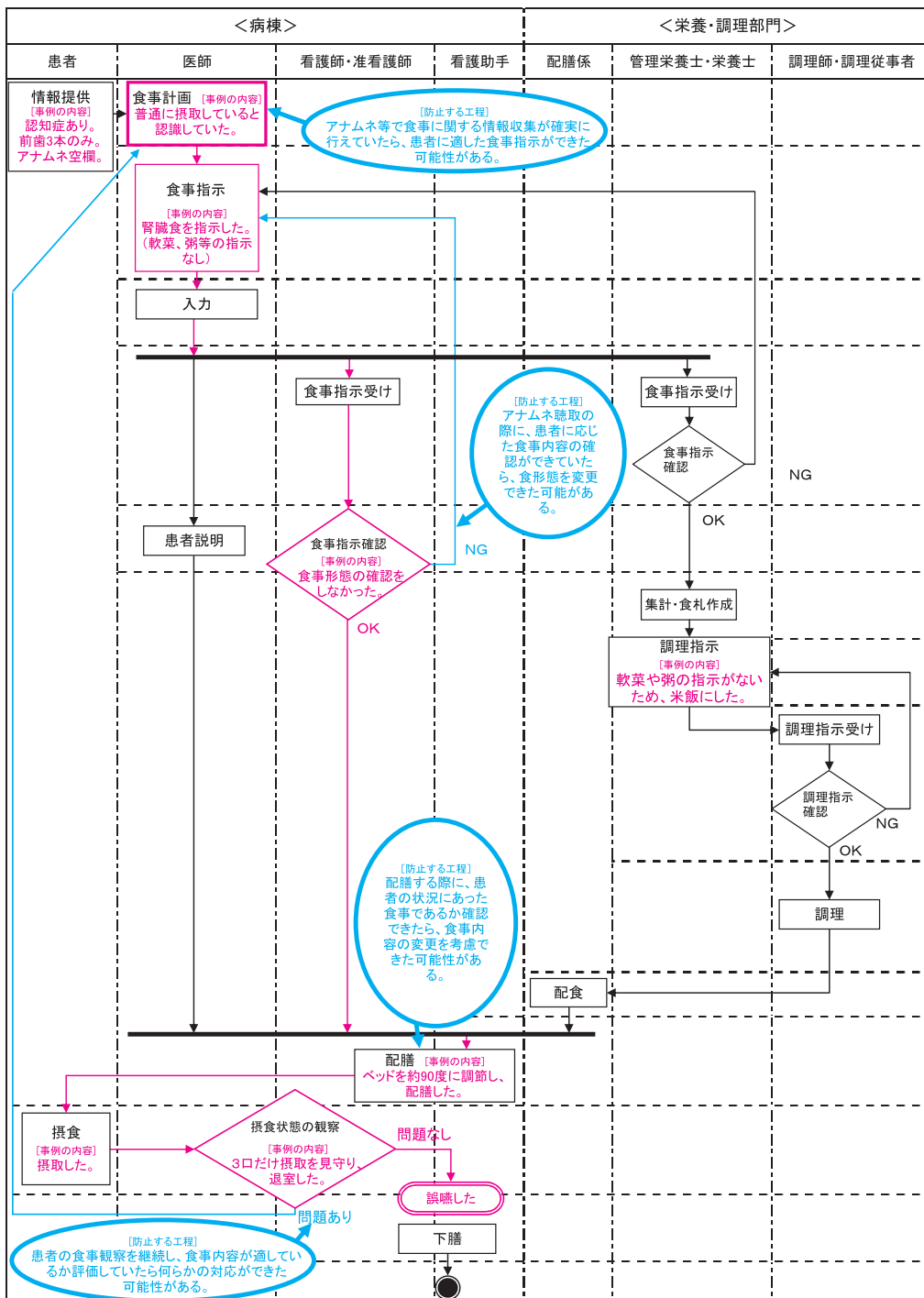
No.	事故の程度	事故の内容	背景・要因	改善策
8	障害残存の可能性(高い)	朝食時、パン食(食パン2枚ビニール包装)の患者5名中1名が「食べない」と返却した。深夜看護師は、記録室内の自動血圧計の上に置かれていたパンを、盗食防止のためにすぐ横のごみ箱に捨てた。その後、他の看護師がそのゴミ箱をホールへ出した。患者は、ゴミ箱からパンを見つけ拾い、歩きながら食べ自室付近の廊下にて窒息し転倒した。看護助手が「ドタン」という音を聞きつけて廊下へ行き、当該患者を見つけ、すぐに看護師に報告した。看護師が駆け付けると、顔面チアノーゼ、口腔内はパンが詰まっております呼名反応なく、便失禁を認めた。	患者は先月にもカウンターに置かれていた他患者の食事を盗食した。精神状態は軽装状態が持続していた。盗食のリスクが最も高い患者の一人として認識されていた。ゴミ箱は以前にもその中から拾い食いをされたため普段は記録室に設置していたが、ゴミが沢山出る時間は毎回ホールへ出していた。ゴミ箱に捨てた看護師は、ゴミ箱をホールへ常時出せない事は知っていたが、捨てたパンを拾って食べるという認識はなかった。配置換え等により当該病棟勤務になった看護師に盗食の危険性などの説明はしていなかった。ゴミ箱の観察担当者は特に決めていなかった。ゴミ箱をホールへ出す時、中を確認する事は決められていなかった。他の看護師もゴミ箱に捨ててあるのを見つけたが危険を感じることはなく、拾わなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ごみ箱は記録室から出さない。 ・空のごみ袋をホールへ使用の都度出して使用後、記録室へ戻し中身をゴミ箱へ破棄する。 ・患者の目に付く場所へ食べ物を捨てない。 ・食事時の観察の徹底、盗食、窒息のリスクの高い患者の情報を共有する。

ii 食事に関する「誤嚥」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)。また、第25回報告書でも、「アレルギーの提供・摂取」の事例について同様に工程を示した(第25回報告書、116ページ-118ページ、図表Ⅲ-2-14~16)。本報告書でも同様に、報告された食事に関する「誤嚥」の医療事故の概要(図表Ⅲ-2-14)に掲載した事例の一部を「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-2-15、16)。業務工程に照らし合わせてみると、事例によっては、病棟側または栄養・調理部門側にエラーを防止する工程がいくつか存在していることが分かる。

■図表Ⅲ-2-15 医療事故の概要 No. 1の業務工程図

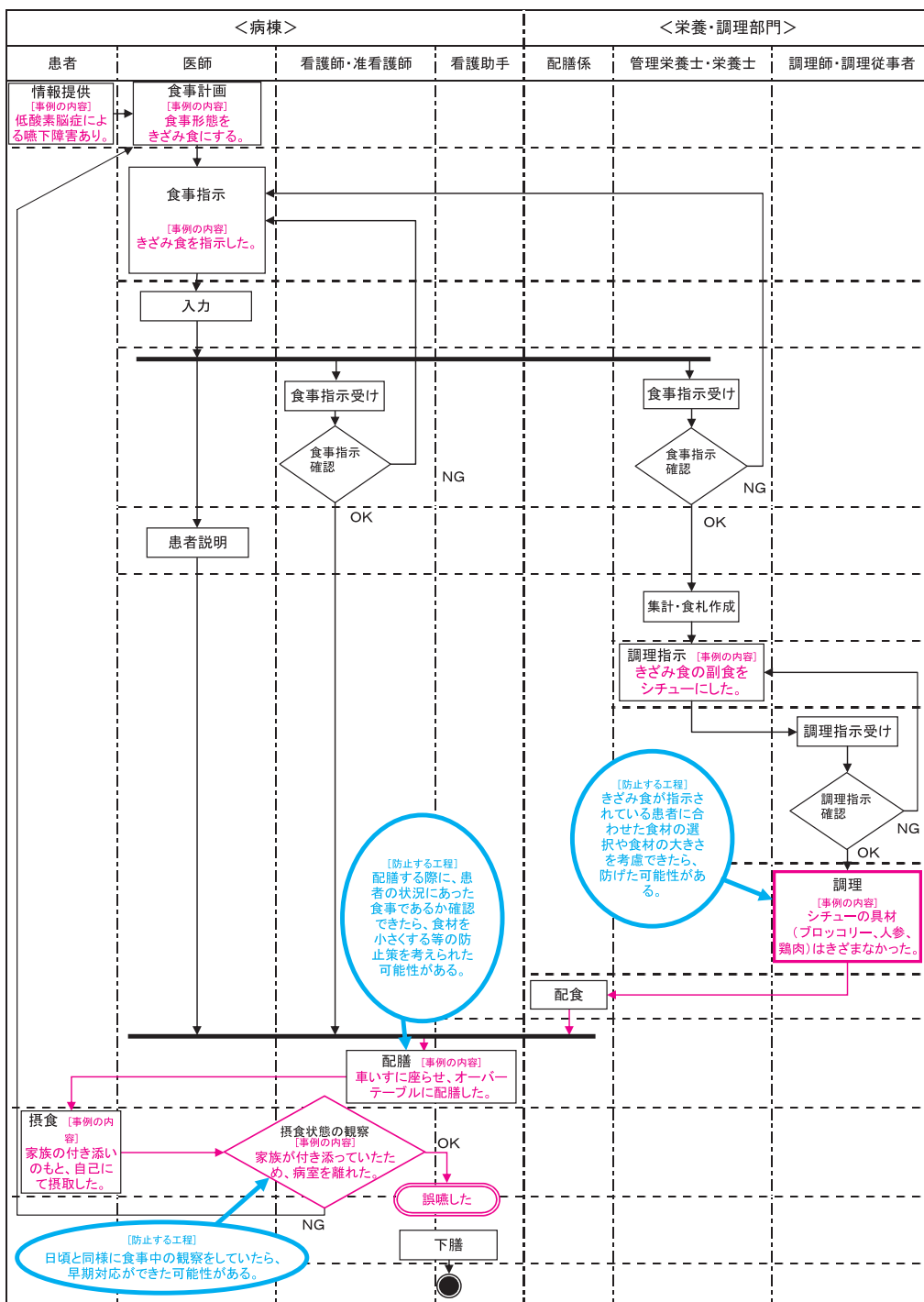
入院前は家族が患者の食事の世話をしていたことや、前歯が3本しかない、等の摂食に関する情報を十分に把握しないまま、一般的な食事の指示を出し、患者が誤嚥した事例である。この事例では、医師や看護師が、患者の入院前の食生活や日常生活行動に関する情報収集を行っていないため、食事計画が作成されないまま指示が出されており、患者には適していない食事が提供されている。当事者は、患者の状況から見守りが必要なことは認識しているが、食事内容の確認は行っていない。このような事例の場合は、栄養・調理部門で患者の誤嚥のリスクに気付くことは難しい。



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. 4の業務工程図

患者の状況に合わせてきざみ食を指示したが、副食のシチューの具材をきざまないまま食事を提供し、患者が誤嚥した事例である。この事例は、指示した食事内容と提供する食事内容に相違があり、それは指示者と栄養・調理部門内との間で「きざみ食」の意味の認識が異なっていたためである。また病棟側では配膳時に食事の指示と食事内容の確認が十分ではない可能性があり、さらに食事中の観察が必要な患者であるが、家族の付き添いがあるため、十分な観察ができてなかった。



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。

iii 「誤嚥」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「誤嚥」事例を、提供した場面で分類した（図表Ⅲ-2-17）。多くは、医療機関から提供された食事を摂取したことにより誤嚥を生じた事例である。しかし、報告された事例の中には、消化管の通過不良の所見があり、患者に対し誤嚥のリスクを説明していたが、家族が持ち込んだ物を摂取したことで誤嚥した事例や、他患者に提供されていた食事を摂取し誤嚥した事例等、医療機関から患者に対して提供される食事以外が原因となった事例もあった。

図表Ⅲ-2-17 提供した場面

医療機関が患者に提供した	170
家族等が持ち込んだ	9
他患者に提供されていた	7

次に、報告事例に記載されていた誤嚥した食物で分類した（図表Ⅲ-2-18）。ごはん類やパン類等の主食の件数が多いが、記載されている食物は多岐にわたっており、形、硬さや性状に関わらず、どのような食物でも誤嚥を起こす可能性があることが示唆された。

図表Ⅲ-2-18 誤嚥した食物

分類	誤嚥した物	件数	分類	誤嚥した物	件数
ごはん類	米飯	10	海藻類	わかめ	2
	全粥	5		昆布	1
	5分粥	1	野菜	ブロッコリー	3
	おじや	1		ナス	2
	寿司	1		きざみ菜	1
	赤飯	1		キュウリ	1
パン類	パン	13		コーン	1
	食パン	2		サラダ	1
	パンケーキ	1		たけのこ	1
	メロンパン	1		椎茸	1
	ロールパン	1		菜の花	1
	蒸しパン	1		ロールキャベツ	1
麺類	うどん	1	ポテトサラダ	1	
	にゅうめん	1	副菜	1	
	パスタ	1	葉物	1	
肉類	鶏肉	4	果物	ミカン	2
	豚肉	1		レモン	2
	牛肉	1		キウイフルーツ	1
	肉	1		パイナップル	1
	ハンバーグ	1		バナナ	1
	肉団子	1		ブドウ	1
魚介類	刺身	2		メロン	1
	エビ	1		西瓜	1
	ホタテ	1		果物	1
	ぎざんだ魚	1		栄養剤	テルミール
卵	卵	3	アイソオール	1	
	卵焼	2	エネルギーゼリー	1	
	目玉焼き	1	嗜好品	ゼリー	2
	卵スープ	1		アイスクリーム	1
牛乳・乳製品	ヨーグルト	1		クラッカー	1
	牛乳	1		ナタデココ	1
	調乳	1		プリン	1
豆・豆製品	豆腐	3		ホットケーキ	1
	あげ	1		ポテトチップス	1
	豆腐ハンバーグ	1		桜餅	1
加工食品	こんにゃく	4		煮りんご	1
	糸こんにゃく	2		流動食（トロミ付き）	2
	かまぼこ	1	スープ	1	
	ハンペン	1	ミキサー食	1	
	練り物	1	生麩	1	
			不明		72

※複数記載あり

さらに、患者の年齢で分類したところ（図表Ⅲ-2-19）、食事による「誤嚥」の医療事故は、70歳以上の高齢者が多かった。また。報告事例を選択項目である直前の患者の状態で分類した（図表Ⅱ-2-20）。「歩行障害」、「床上安静」や「下肢障害」等が多いが、複数回答が可能なため、「認知症・健忘」、「精神障害」や「意識障害」等の食行動に影響を与える発生要因と共に選択されていることや、または患者の年齢が高齢であるため選択されていることが示唆された。直前の患者の状態に「その他」を選択した事例の記述部分には、「嚥下障害」を挙げた事例が10件あり、他には「ターミナル」や「脱水・低栄養状態」や「特に障害なし」等の記載があった。

図表Ⅲ-2-19 患者の年齢

患者の年齢	件数
0～9歳	1
10歳代	1
20歳代	1
30歳代	7
40歳代	7
50歳代	11
60歳代	24
70歳代	58
80歳代	51
90歳代	13
不明	12

図表Ⅲ-2-20 直前の患者の状態

直前の患者の状態	件数
歩行障害	69
認知症・健忘	56
床上安静	46
下肢障害	40
精神障害	40
上肢障害	26
意識障害	23
構音障害	14
薬剤の影響下	13
視覚障害	8
聴覚障害	8
その他	42

※直前の患者の状態は、複数回答が可能である。

医療事故の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「観察を怠った」を選択し、次いで「判断を誤った」、「確認を怠った」や「連携ができていなかった」などが選択されていた（図表Ⅱ-2-21）。発生要因に「その他」を選択した場合の記述内容は、「環境に問題があった」が9件あったが、「観察しながら食事介助をしていたが、誤嚥した」や「予測ができなかった」、または「該当なし」などもあった。また、食事に関する「誤嚥」の事例では、「患者側」を選択している事例が18件あり、第24回報告書取り上げた「指示外の提供・摂取」の事例の発生要因（第24回報告書P116、図表Ⅲ-2-21）や、第25回報告書で取り上げた「アレルギーの提供・摂取」の事例の発生要因（第25回報告書P119、図表Ⅲ-2-19）とは違いが認められた。

図表Ⅲ-2-21 発生要因

発生要因	件数
観察を怠った	84
判断を誤った	55
確認を怠った	30
連携ができていなかった	26
患者側	18
勤務状況が繁忙だった	15
知識が不足していた	15
患者への説明が不十分であった（怠った）	14
教育・訓練	13
コンピューターシステム	9
報告が遅れた（怠った）	9
通常とは異なる身体的条件化にあった	8
技術・手技が未熟だった	7
記録などに不備があった	4
仕組み	3
諸物品	3
ルールの不備	2
医薬品	2
施設・設備	2
通常とは異なる心理的条件下にあった	2
その他	60

※発生要因は、複数回答が可能である。

さらに報告された186件の事例の「背景・要因」の報告項目に具体的に記述されている主な内容を、整理して以下に示す。

1) 情報収集、情報共有に関すること

- ① キーパーソンである家族からの、情報収集が不十分であった。
- ② 看護サマリーや紹介状に記載された患者の食形態、食事摂取時の援助方法や食事内容等の情報が活用されていなかった。
- ③ 患者の状態（咀嚼、嚥下機能の低下、誤嚥のリスクなどの経口摂取状態、嘔気、食事摂取状況等）について、申し送りが不十分であったり、カンファレンスが不足していたり、看護スタッフ間やコメディカル間での情報共有不足があった。
- ④ 看護師の交替時の引継ぎが不十分であった。または、転棟の際の患者情報の伝達が不十分であった。
- ⑤ 言語聴覚士から「食事中見守りが必要」と口頭での指示があったが、伝達がされていなかった。
- ⑥ 食事指示箋に「パン禁」と記載がない場合、主食の種類に関係なく朝食にパンが出るシステムであることを、医師、看護師を含めた職員に周知されていなかった。

2) 摂食状況の評価に関すること

- ① 入院時の患者（家族や施設職員）の申告と実際の患者の摂食、嚥下機能の評価が違っていた。
- ② 嚥下機能の定期的な評価や、食事摂取可能の有無の評価が不十分であった。または、評価後、

食形態を変更していたが、看護計画の修正、評価を行っていなかった。

- ③ 摂食嚥下評価表が使用されていない、また、看護記録に食事摂取状況の記載が少なく嚥下状態の評価ができていなかった。
- ④ むせることが無かったため、上手に食べることができる、誤嚥はしないと評価していた。

3) 説明に関すること

- ① 家族に嚥下リスクがあることを説明していたが、十分理解されていなかった。
- ② 家族への誤嚥の可能性についての指導が不十分だった。
- ③ 医師及び看護師から、患者に病院食以外は摂取しないよう説明していたが、理解と協力が得られなかった。

4) 患者・家族側の要因に関すること

- ① 疾患による嚥下困難や、咀嚼機能低下や、手術後長期挿管による声帯麻痺の可能性があった。
- ② 薬剤の使用で嚥下機能が低下していた。
- ③ 認知症や精神疾患など、精神症状に基づく食行動の異常があった。
- ④ 高齢であった。
- ⑤ 患者の状況から、側臥位やギヤッジアップ 30 度等、適切な体位での食事摂取が困難であった。
- ⑥ 食物を多く口に入れる習慣があった、または、義歯を使用せずに食事（飲み込む）をする場合があった。
- ⑦ 他患者の食事を盗食した。または、患者同士でおやつをやりとりしていた。
- ⑧ 患者や家族から経口摂取やパン食などの食形態への強い希望があり、また、家族が持込の食事を食べさせることがあった。

5) 献立、調理に関すること

- ① 食事形態は粥 1 口キザミ食であったが、果物のミカンが 1 個そのままついていた。
- ② 5 分菜食の患者に、ロールキャベツや硬い目玉焼が提供されるなど不適切な食材であった。
- ③ 全粥食の患者に、噛み切れない牛肉が出ていた。
- ④ 餅は提供を禁止していたが、赤飯（もち米 100%）は、年に 2 回の提供があった。
- ⑤ 糸こんにゃくを誤嚥する可能性のある食材と認識していなかった。
- ⑥ 卵スープに胡椒等の香辛料を使用しており、刺激性によりむせ込む可能性があった。
- ⑦ 歯、義歯がない患者に常食が出されていた。

6) 食事中の関わり方に関すること

- ① 看護師は誤嚥リスクを認識し、トロミ剤を使用していたにもかかわらず、最近では誤嚥していなかったため使用しなかった。また、患者にあったとろみの調整が難しかった（食物の温度、室温また、作成経過時間等で違って来る）。
- ② 看護師は、申し送りや与薬等の業務の重なりや他患者の対応を行っており、食事見守りや観察が疎かになった。
- ③ 患者が一人で食事摂取できていると判断した、または患者の家族が付き添っていたため、患者そばを離れた。
- ④ 看護師は、咳が出た際や食後の口腔内の観察が不十分であった。

7) 環境に関すること

- ① 疾患により個室管理としていた。

- ② テーブルの位置は患者の好みで定位置にしていたが、看護師に半分背を向けており、摂取状況が見えにくかった。
- ③ 患者自身の生活背景から、他患者と食事を一緒に摂ることができず、自室での摂取となった。
- ④ 栄養部の集膳車回収後、その他に1台集膳車を設置してあり、遅くに下膳した残飯が残っている場合がある。
- ⑤ デイルームの吸引器点検が、実施出来ていなかった。

8) 人員に関すること

- ① ゆっくりと食事をさせるためには1時間かかり、夜勤の多忙な時間帯(患者8名、呼吸器4台、看護師3名)に看護師がずっと付き添って観察することは難しい。家族も高齢で体調を崩していたため付き添いは望めなかった。
- ② 病棟(約50名)すべての患者の食事配膳と介助を4名の看護師で行っていた。
- ③ 日曜日で看護師の勤務者数も少なく、配膳後に側についていることができなかった。

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186件の事例のうち、食事に関する「誤嚥」の医療事故の概要(111~115ページ、図表Ⅲ-2-14)に掲載した事例について検討し、前述の報告事例に記載されていた背景・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) 摂取状況の評価に関すること

- ① 検査の結果が「咽頭麻痺なし」の場合、喉頭の評価ができていないのか確認する必要がある。
- ② 食道透視で通過不良の所見があった際は、その時点で、食事を止めることを検討する必要があるのではないか。当事者の看護師の職種経験が0年6ヶ月と浅い事例もあり、「食事をやめる」というタイミングを図るのは難しい可能性がある。

2) 入力に関すること

- ① 入院時、最初の食事の設定が、「普通食(常食)」を基本にしている現状があるのではないか。
- ② 食事のオーダー入力は、看護師が代行入力を行っている所も多く、医師は食事内容の指示をしても、食事の硬さ等は看護師が決めているのも現状であるのではないか。

3) 説明に関すること

- ① 患者や家族へ誤嚥の可能性を説明している事例もあるが、情報内容が不足していたり、情報共有化ができていなかったり、してはいないか。

4) 献立、調理に関すること

- ① きざみ食という指示が、食事の全てが刻まれるのか、または一部だけなのか等を病院内で突き合わせていないのではないか。
- ② 主食に「全粥」が選択されている場合、全粥程度の固さの食事ではなくてはならないのか、または患者の好みが米飯より全粥なのかが分かりにくい。

5) 食事中的関わり方に関すること

- ① 事例からは読み取れないが、食事を提供は、食事を患者へ渡すだけでなく、食事を行うのに適した患者の体位や姿勢をとることも重要ではないか。

6) 環境に関すること

- ① 提供側が対策を立てていても、食事に関する「誤嚥」は、医療機関が提供したもの以外の摂取や患者の摂食方法等、患者側の要因も存在するため、食事による「誤嚥」は起こるべきものとして関わり、事象が起きた際に速やかな対応が出来るようマニュアルへの明文化や物品の準備が重要ではないか。

7) その他

- ① 食事の提供側に「出来る限り経口で食べて欲しい」という思いもあれば、「提供されているものはできるだけ食べさせなくてはいけない」という思いもあるのではないか。
- ② 食事による誤嚥を起こした患者年齢と比較すると医療者の年齢が若く、歯が無いもしくは義歯を装着している、または嚥下障害があるなどの実体験が少なく、患者の身体機能と医療者側の認識との間に身体機能的のギャップがあるのではないか。

iv 食事による「誤嚥」の影響

食事に関する「誤嚥」の事例186件を事故の程度で分類した(図表Ⅲ-2-22)。前述したとおり、誤嚥とは、食物などが、何らかの理由で、誤って喉頭や気管に入ってしまう状態のため、食事に関する「誤嚥」の事例においては、「死亡」や「障害残存の可能性が高い」など、患者に与える影響が大きい事例が多い。

図表Ⅲ-2-22 事故の程度

事故の程度	件数
死亡	60
障害残存の可能性が高い	69
障害残存の可能性が低い	24
障害残存の可能性なし	14
障害なし	13
不明	6

v 食事に関する「誤嚥」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「改善策」として具体的に記述されている内容の一部を、各項目に分けると、下記の通りであった。

1) 情報収集、情報共有に関すること

- ① 患者、家族、看護サマリーや紹介状を活用し患者の入院前の食事摂取の状況把握を徹底し、慎重に食事内容を選択する。
- ② 看護師交替時は、観察した内容を情報共有し継続看護を行う。
- ③ 言語聴覚士と共にプログラムの嚥下機能評価を行い、患者、家族、主治医、病棟スタッフ、指導室、言語聴覚士、栄養士と共にカンファレンスを行っていく。
- ④ 医師・看護師共に、患者の嚥下機能や気道の状態を十分に理解し、頻回に評価したうえで、食種・量・摂取方法等食事の介助を適切に変更し、スタッフ間で共有する。

2) 評価に関すること

- ① 患者の他院からのサマリーの情報の確認を行い看護計画に反映させる。
- ② 入院時、看護計画（認知症：行動の特徴、咀嚼・嚥下状態など、精神科疾患：食事摂取状況、こだわりなど）を立案する。また、嚥下障害患者に対し、摂食嚥下状況チェックシートを用いて観察、評価し、看護計画に盛り込む。
- ③ 覚醒状況、認知機能、嚥下機能の評価（水のみテスト、反復唾液嚥下テストなど）により、嚥下の能力についてより注意深く評価する。
- ④ 高齢者や嚥下機能に問題が疑われる患者については、言語聴覚士や医師との連携のもとに判断する。
- ⑤ 副食が特別な形態（きざみ、ペースト）の場合は、咀嚼力に問題ありと考え、パン食が可能かアセスメントしたうえでオーダーする。
- ⑥ 食事の形態は、患者の摂取状況に応じて変更する。

3) 説明に関すること

- ① 誤嚥の可能性誤嚥の可能性のある患者の場合、家族にもその危険性、予防法や食事介助時の注意点とともに、持ち込み食品についての説明や、差し入れを持ってきた際は看護師へ伝えることを説明し、協力を得る。
- ② 家族指導等、パンフレット等で家族が経口摂取を勧めないよう説明する。
- ③ 食事の際の義歯装着の重要性を理解してもらうことを徹底する。
- ④ 患者・家族へ「おやつを受け渡し禁止」を周知するため、入院時パンフレットに明文化する。

4) 献立、調理に関すること

- ① きざみ食について、汁物の具材もすべてきざんで提供する。
- ② 「軟菜食」については、大きな食品の塊は一口大に切って提供する。
- ③ パンの提供方法を検討する。また、主食が全粥以下（例：7分粥、5分粥等）の場合は、「パン禁」の記載の有無に関わらず、パンではなく、指示の主食を提供する。
- ④ 主食や副食の食事形態だけでなく、一緒に配膳される果物等の形態にも配慮する。
- ⑤ 患者への食事として適切な食材の見直し、並菜と軟菜の区別の明確化をする。患者の食材として危険な調理方法やメニューの調査を行い、調理方法の改善やメニューの変更を行う。
- ⑥ 高齢者に提供する食事の内容や形態について栄養管理委員会で検討する。また、85歳以上の高齢者の副食は軟菜食に統一する。
- ⑦ 香辛料を使用したメニューについて考慮する。
- ⑧ 栄養科は、病棟で適切な食事を選択してもらうよう、「食事形態一覧表」を改訂し、病棟へ配る。
- ⑨ 歯が無い（義歯も無い）患者を栄養部に連絡してもらい、栄養部で食材の形態を考慮する。

5) 環境に関すること

- ① 嚥下障害がある患者の食事形態変更の際は、常時食事が見守れる環境を設定する。
- ② 個室の場合も、できる限りデイルームで食事をするなどの見守りが容易な環境下で摂取する。
- ③ 間食を持ち込む患者には個人ロッカーを貸し出し、保管してもらう。
- ④ 吸引器の点検は、各食前にリーダーが実施し、壁の吸引器のほか、ポータブル吸引器の設置場所をステーション横に変更する。

- ⑤ 食堂に吸引器を設置し、ストレッチャーをすぐに取り出せる位置に置いておく。

6) 人員に関すること

- ① 食事が全員終わるまで観察できるような業務体制・調整を行う。
- ② 認知レベルの低下のある対象者への食事介助は、不測の事態を想定し、夜勤帯での実施は、慎重に行い、マンパワーの確保を行ってから実施する。
- ③ マンパワーの補充はすぐには困難（特に夜間の増員）であるため、当面は患者の重症度・看護必要度など応じて担当を配備できるようにし対応する。
- ④ 誤嚥を繰り返す患者に対しては、言語聴覚士や作業療法士も一緒に食事介助を行う。

7) 職員への周知・教育

- ① 事件事例を職員全員に周知した。
- ② 誤嚥時の救急法を各病棟で実施した。
- ③ 誤嚥時の対応と吸引の仕方・気管内挿管の介助の仕方）について実習を含む勉強会を行った。
- ④ 摂食・嚥下障害看護認定看護師による「安全に経口摂取を継続するためのケア」の研修を実施した。
- ⑤ 言語聴覚士から嚥下指導を受け、安全に経口摂取できるよう取り組んでいく。
- ⑥ 摂食・嚥下機能のアセスメントに関する勉強会を開催する。

その他に、食事に関する「誤嚥」に対する日頃からの取り組みとして、看護師は、食事介助注意深く行い、飲み込み時も何度も空嚥下を指示して誤嚥の防止を行っていた事例や、食事に関する教育研修を年3回開催し、高齢者の特徴を踏まえた知識と基本技術の講習や、栄養科の協力を受け、患者役・介助者役になり実際に病院食を食べる体験をする介助演習を実施していた医療機関もあった。

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、医療機関より報告された186件の事例のうち、食事に関する「誤嚥」の医療事故の概要（111～115ページ、図表Ⅲ-2-14）に掲載した事例について検討し、前述の報告事例に記載されていた改善策の他に、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) 評価に関すること

- ① 患者に初めて提供された食事の際は、提供前、食事摂取中、摂取後に患者に適した内容（量ややわらかさ等）か評価する。
- ② 患者の摂取状況によっては、食事の摂取を途中で中止することも考慮する。

2) 入力に関すること

- ① 食事の指示の基本を「普通食（常食）」にするのではなく、安全のために例えば70歳以上は粥食など誤嚥しやすいことを考慮した初期設定にし、患者の年齢や状態、希望に応じて変更する。
- ② 主食が「全粥」など「米飯」以外の指示の際は、患者の状態に必要なのか好みによるものなのか分かるように指示が出せるようにする。

3) 説明に関すること

- ① 患者や家族への説明は、誤嚥のリスクだけではなく、摂取可能な食物の大きさや食べ方、または、どのような食物が危険なのか、具体的に説明する。

4) 献立、調理に関すること

- ① 「普通食（常食）」を刻む、さらに柔らかくするのではなく、形態が似ている離乳食を基本にして作成をしてはどうか。
- ② 主食の形態を変更した場合は、副食の形態も付随して変わるようにする。

5) 食事中の関わり方に関すること

- ① 患者に提供する食事の量を少量ずつにし、食べ終わったら足すという方法にしてはどうか。
- ② 疾患により予測し得ない行動をとる場合があることを認識する。
- ③ 患者の状態によっては、誤嚥を予測し、いつでも救急対応できるように物品の準備、配置し、定期的な点検を行う。

6) その他

- ① 病棟内だけで検討するのではなく、院内に嚥下チームを設置し活用する。

また、食事は日常であり、「食べる」ことの意味は大きい。そのため、患者側の「食べたい」という欲求と、医療側の安全面の考慮による経管栄養等への移行は相反する部分でもあり、医療の質をどう担保するかは大きな課題である、という指摘もあった。

(2) 食事に関するヒヤリ・ハット事例の現状

①発生状況

第25回報告書に記載した通り、平成22年7月1日から平成23年3月31日の間に食事に関するヒヤリ・ハット事例は、434件であった。その後、本報告書対象期間（平成23年4月1日～6月30日）に158件の報告があり、計592件となった。本報告書では、対象としている期間に報告された事例を加え、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

平成22年7月1日から平成23年6月30日までに報告された592件のヒヤリ・ハット事例を内容で分類し、発生件数を集計した（図表Ⅲ-2-23）。また、報告された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-2-24）。

図表Ⅲ-2-23 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	380
アレルギーの提供・摂取	26
異物混入	65
異食	5
未提供	81
誤嚥	14
その他	21
合計	592

図表Ⅲ-2-24 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	8	0	0	0	0	0	0	8
	食事指示内容間違い	4	0	0	0	1	0	0	5
	食事指示伝達間違い	2	0	0	0	0	0	0	2
入力	未入力	32	2	0	0	3	0	0	37
	入力間違い	15	0	0	0	9	0	1	25
食事指示受け	食事指示未確認	24	1	0	0	0	0	1	26
	食事指示確認不足	61	1	0	0	16	1	1	80
	システムエラー	2	1	0	0	3	0	1	7
患者説明	未説明	8	0	0	0	0	0	0	8
	説明不足	27	0	0	0	0	0	0	27
	患者の理解不足	11	0	0	0	0	0	0	11
集計・食札作成	食札未作成	0	1	0	0	9	0	0	10
	食札記載間違い	9	0	0	0	2	1	0	12
	食数集計間違い	2	0	0	0	2	0	1	5
調理指示	未指示	1	1	0	0	1	0	0	3
	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	4	1	0	0	0	0	0	5
	調理指示確認不足	22	5	0	0	1	0	0	28
調理	食材選択間違い	2	4	1	0	0	2	4	13
	食形態の間違い	3	0	0	0	0	0	0	3
	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	2	0	0	0	0	0	9
	異物の混入	0	0	64	0	0	0	0	64
配食	食事載せ間違い	16	5	0	0	10	0	1	32
	食札入れ間違い	0	0	0	0	1	0	2	3
配膳	未配膳	0	0	0	0	18	0	0	18
	配膳遅れ	0	0	0	0	2	0	0	2
	患者間違い	51	1	0	0	0	0	0	52
	遅食・欠食時の誤配膳	43	0	0	0	0	0	1	44
摂食	観察・判断不足	2	0	0	3	0	2	0	7
	情報共有不足	8	1	0	0	0	0	0	9
	患者の判断による摂取	3	0	0	1	0	6	0	10
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		1	0	0	0	1	0	7	9
合計		380	26	65	5	81	14	21	592

③食事に関する「誤嚥」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6月30日までに報告された「誤嚥」のヒヤリ・ハット事例14件を、医療の実施の有無で分類した(図表Ⅱ-2-25)。食事に関する「誤嚥」のヒヤリ・ハット事例は、医療事故の報告に比べ件数が少なかった。食事に関する「誤嚥」の医療事故と同様に、患者の年齢(図表Ⅲ-2-26)と直前の患者の状態(図表Ⅲ-2-27)を分類した。患者の年齢は、全ての事例が60歳以上であった。直前の患者の状態は、「精神障害」や「認知症・健忘」など、食行動に影響を与える項目が多く選択されていた。

図表Ⅲ-2-25 医療の実施の有無

医療の実施の有無	治療の程度	影響度	件数
実施なし	—	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	4
		濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	2
		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
実施あり	軽微な治療	—	4

図表Ⅲ-2-26 患者の年齢

患者の年齢	件数
60歳代	3
70歳代	4
80歳代	5
90歳代	1
不明	1

図表Ⅲ-2-27 直前の患者の状態

直前の患者の状態	集計
精神障害	4
認知症・健忘	4
歩行障害	2
意識障害	1
下肢障害	1
構音障害	1
視覚障害	1
床上安静	1
上肢障害	1
聴覚障害	1
麻酔中・麻酔前後	1
薬剤の影響下	1

※直前の患者の状態は、複数回答が可能である。

報告された食事に関する「誤嚥」のヒヤリ・ハット事例に記載されていた誤嚥した食物の排出方法を分類した(図表Ⅲ-2-28)。タッピングや口腔内容物の除去が多く、患者の年齢が高い場合でも、誤嚥した食物を口腔内からできるだけ早く排出できれば、重大な状況に陥らずヒヤリ・ハットの範囲で済むことが示唆された。

図表Ⅲ-2-28 誤嚥物の排出方法

誤嚥物の排出方法	件数
タッピング	3
口腔内容物の除去	3
吸引	2
タッピングと口腔内容物除去	1
ハイムリッヒ法	1
詳細不明	4

(3) まとめ

医療機関で提供される食事は、治療としての位置づけだけでなく、日常の一つでもある。そのため、食事に関する業務においては、患者側の要因が影響することもあり、様々な医療事故やヒヤリ・ハット事例が発生している。本報告書では、食事に関する「誤嚥」の事例について、一部の医療事故の内容や業務工程図を示し、また、背景・要因や改善策等を踏まえて事例を分析した。食事に関する「誤嚥」

は、常に起こりうる事象として認識し、常に速やかな対応を行う体制の確立が望まれるところである。

第23回報告書では、食事に関する医療事故の内容を概観し、第24回報告書では、食事に関する「指示外の提供・摂取」を、第25回報告書では、食事に関する「アレルギーの提供・摂取」を、特に取り上げて分析を行った。食事に関する医療事故防止や再発防止のために、これら第23－26回報告書の内容を参考にしていきたい。

(4) 参考資料

1. 日本気管食道学会 . 気管食道科に関連する疾患・症状. 誤嚥. (Online),
<<http://www.kishoku.gr.jp/public/disease05.html>> (last accessed 2011-07-15)

【3】画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例

(1) 発生状況

医師は、患者の症状や臨床所見などの診察とともに、正確な診断のために、レントゲン検査、CT検査、MRI検査などの画像検査を実施する場合がある。放射線科専門医がその画像より診断を行う場合は、その結果が文書（以下、画像診断報告書という）として報告される。

本報告書では、画像診断を依頼した医師（以下、主治医という）に、当該患者に報告された画像診断報告書に記載されている内容が適切に伝達されなかったことに起因する医療事故に着目した。

本事業において、画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例は事業開始（平成16年10月）以降9件報告された。そのうち、本報告書の分析対象期間（平成23年4月1日～6月30日）に報告された医療事故は1件であった。

(2) 事例概要

画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例9件の概要を以下に示す。

事例1

【内容】

入院時局所麻酔による手術を予定していたが、全身麻酔になる可能性もあったため、胸部レントゲン写真が撮られた。「異常陰影がありCTによる精密検査必要」との所見付で、結果が戻ってきたが、主治医はこれを見ていなかった。手術は局麻で行われ、退院し、外来で経過観察していた。その後、患者が左頸部しこりに気付いた。持病の定期検査で当院の皮膚科を受診した際に頸部のCT検査の予約を取った。約1ヵ月後発熱、咳そうが出現し内科を受診、胸部レントゲンとCT検査が実施され、肺がんの可能性ありとの結果であった。

【背景・要因】

主治医に、患者に行った検査の結果を確認する意識が欠けていた。当該科には、複数の医師で行う術前カンファレンスや症例検討会という体制がなかった。

事例 2

【内容】

患者は硬口蓋癌の診断で耳鼻科入院し、放射線治療を行った。以降、外来で定期的に診察していた。胸部レントゲンにより肺腫瘍の疑いが指摘されたが、確認されなかった。耳鼻咽喉科医員が他院からの診療情報提供依頼書を受理。「大腿骨骨折によるリハビリ目的に入院中であるが、入院時胸部レントゲンにて多発性肺腫瘍を指摘されたため、当科診療経過の情報をお願いします」といった内容であった。診療情報提供依頼書を受理した医員がカルテで確認したところ、耳鼻科カルテには肺転移があるという所見は記されていない。遡って画像を確認したところ、約1年半前の撮影の胸部レントゲンの結果が未確認であった。同日にレポートした放射線科の読影によると「転移性肺腫瘍、原発性肺癌＋肺内転移、非定型抗酸菌症等が考えられ、CTでのチェックをお願いします」との内容であった。それ以後に5回異なる医師が診察していたが、結果の確認には至らなかった。

【背景・要因】

検査オーダーがされたこと、検査結果レポートがあることの分かりやすい表示がなく、見落としやすい。

事例 3

【内容】

家族より「当院が紹介した別の病院の精査で胸水を伴う肺癌の疑いがあると告げられたが、以前のCTでは肺に異常はなかったのか」との問い合わせがあった。カルテ、放射線部のCTレポートを見ると「2cm大のtumorがあり、肺癌の疑いあり」とのコメントがあった。外来診療時、腹壁ヘルニアの精査目的で緊急CTを施行し、至急でフィルムをあげてもらったので、CTレポートはついておらず、肺病変を見る為の肺野条件フィルムは見なかった。この為、この時点で肺野の異常陰影に気付かず、その後もCTレポートを見る機会がなかった。指摘されるまでCTの異常陰影に気付かなかった。

【背景・要因】

CTでは、術後巨大腹壁ヘルニアの精査のみに気を配り、スクリーニング的肺実質の診察を怠った。CTを緊急で依頼し、そのまま診察室にもってきてもらったので、放射線科からのレポートは診察時には見なかった。放射線科のレポートを、後でチェックする機会を逸した。

事例4**【内容】**

患者は人工血管置換術を行い、同年に腹部大動脈瘤人工血管置換術を行った。外来でCT検査を行い、その当日に画像を見て大血管に吻合部大動脈瘤がないことを確認し、異常なしと判断した。しかし、その後の放射線レポートでは、右下肺野に小空洞陰影が指摘され、「原発性肺腫瘍が疑われ、病理的検索を依頼の必要性」がコメントされていた。しかし、この所見を外来担当医は気付かなかった。約1年後、咳が継続し近医受診し胸水貯留認め、紹介にて当院呼吸器内科受診。精査の結果、原発性肺がんと診断された。

【背景・要因】

放射線科医の読影結果が主治医に伝わっていなかった。放射線科医の読影報告レポートは後日に作成されるので、検査日と外来診察日が同じ日の場合、主治医は外来診察時にレポートを確認することができないので、一人の医師が確認し、間違いが起こった場合発見できない。

事例5**【内容】**

子宮癌術後の転移の有無を確認するためのCT検査であった。CT検査後の放射線医のレポート報告を見落とした。

【背景・要因】

診察後にCT検査を行なうことになり、その後結果説明をしていなかった。CT検査のレポート報告は、検査当日又は翌日に確認することにしていたが、それを見落とした。

事例6**【内容】**

食道癌の化学療法・放射線療法後の患者。初回治療は奏功し、原発巣は消失しリンパ節転移も著明に縮小し外来で経過観察していた。胸腹部CTをおこなった際、縦隔病変に再発ないことを確認したが、その際放射線読影医のレポートに肝S6に径2cm大の転移巣が指摘されていたにもかかわらず、レポートに目を通さなかった。約4ヵ月後胸腹部CTをおこなった際、肝S6の病変は径5cm大に増大し、食道胃接合部近くのリンパ節にも径2cm大の転移巣が出現していた。

【背景・要因】

他病変(リンパ節転移巣の再燃の有無)に関心を奪われて見落とした。リンパ節の再燃がなかったことでほっとしてしまった。以前にPET検査を行っており、PET検査で異常がなかったもので思い込んでいた。

事例7

【内容】

患者は、腹部大動脈瘤、胸部大動脈瘤術後であり、右内腸骨動脈瘤のフォローアップのためのCTを施行していた。前年のフォローアップCTのレポートで、すでに「右肺癌を疑う」との所見を放射線科より指摘されていた。本年のCTでもその腫瘍病変が増大しているとのCTレポートを確認しなかった。3ヶ月後のCTにてさらなる増大が認められた。

【背景・要因】

当事者が、患者の外来担当ではなく、代診中であった。診察前にはCTのレポートが完成していなかったが、診察後、後日でも完成したレポートを確認しなかった。

事例8

【内容】

患者は貧血が進行し、便潜血反応が陽性であったため、大腸内視鏡検査を行ったが大腸癌は認められなかった。その後、CA19-9が上昇し貧血も変わらないことから腹骨盤CTを行った。そのCTの結果で「胃のType3 Cancer 疑い」と診断され、次の外来時に読影結果を確認したもののType3 Cancerを認識しなかった。当該外来時には患者にCTの結果が説明されなかった。

【背景・要因】

患者が非常に混み合っていて、他の検査等の説明をしているうちに忘れた可能性がある。

事例9

【内容】

当院A外科で胃全摘術を受けた。以後、しばしば腸閉塞で入院することがあったが、いずれも保存的に治癒していた。早期胃癌の術後のためA外科を、また、他疾患のためB内科も外来通院していた。腸閉塞で当院A外科に緊急入院となり、手術適応決定のため、腹部CTが行われた。そのCTの放射線科読影報告で「腹膜転移と肺および胸膜転移が強く疑われる」旨の記載があった。しかし、入院総括にはCT所見の記載はあるものの、転移が疑われる旨の記載がなかった。退院後、治療を引き継いだ外来主治医は転移が疑われていることに気付かないまま外来フォローを継続した（外来主治医も入院主治医も撮影直後にCT画像そのものはチェックしたが、早期胃癌術後患者であることから臨床的に有意な所見ではないと判断したと思われる。放射線科診断コメントを読んだかどうかは記憶が定かではない）。約1年後、救急外来を受診した際、診察医がCT読影報告に気付いた。

【背景・要因】

様々な面において確認不足があった。

(3) 事例の発生状況について

画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例を、①画像診断報告書を見なかった事例（事例1～7）と、②画像診断報告書の記載内容を見落とした事例（事例8）とに大別した。事例9は、①、②

のいずれに該当するか不明であった。

本報告書では、事例9を除いた8件について分析を行った。

①「画像診断報告書を見なかった事例」の発生状況

i 「画像診断報告書を見なかった事例」の内容

「画像診断報告書を見なかった」事例は7件であり、検査内容の内訳は、胸部レントゲンが2件、CTが5件であった。検査の目的および画像診断報告書の記載内容を図表Ⅲ-2-29に示す。

例えば、事例3では、主治医は、CTの画像で腹部の所見を見ることを目的として、また、事例4では、腹部大動脈瘤手術後の吻合部の所見を見ることを目的としてCTを撮影したが、同じ画像を読影した放射線科専門医は、いずれも肺の異常所見も指摘している。

このように、主治医は自らの専門領域の病変に焦点をあてて画像診断するが、放射線科専門医による画像診断では、検査を依頼した目的の領域だけでなく、撮影された全ての画像の読影を行った上で、所見を記載して画像診断報告書を作成している。その結果、診断画像診断報告書では、主治医が予測していなかった領域の異常を指摘されることがあることから、画像診断報告書の内容の確認は重要である。

また、画像診断報告書に記載されていた内容の多くは、癌あるいは癌を疑う内容である。したがって、画像診断報告書を見なかったことにより医療事故を生じた事例の多くは、癌や癌を疑う所見を見なかった事例である。

図表Ⅲ-2-29 画像診断報告書を見なかった事例の内容

事例	検査の種類	検査をした目的	画像診断報告書に記載されていた内容
事例1	胸部 レントゲン	全身麻酔のための精査	異常陰影がありCTによる精密検査必要
事例2	胸部 レントゲン	放射線療法中の定期検査	転移性肺腫瘍、原発性肺癌+肺内転移、非定型抗酸菌症等が考えられ、CTでのチェックをお願いする
事例3	CT	腹壁ヘルニアの精査	2cm大のtumorがあり、肺癌の疑い
事例4	CT	吻合部大動脈瘤の有無	右下肺野に小空洞陰影が指摘され、原発性肺腫瘍が疑われ、病理的検索を依頼の必要性がある
事例5	CT	子宮癌術後の転移の有無	不明
事例6	CT	食道癌術後のリンパ節転移巣の再燃の有無	肝S6に径2cm大の転移巣
事例7	CT	右内腸骨動脈瘤のフォローアップ	右肺癌を疑う所見あり

ii 「画像診断報告書を見なかった事例」の背景・要因

「画像診断報告書を見なかった事例」の主な背景・要因としては、1) 報告書は後日報告されるため検査日の外来では確認できない、2) 緊急でCTを依頼したため検査当日には報告書を確認できなかった、3) 報告書を当日または翌日に確認することとしていたが怠った、4) 目的とした病変の確認のみ行い、他部位の確認をしなかった、5) 以前の検査で異常がなかった、6) 主治医に画像診断書を確認する意識が欠けていた、などが挙げられた。

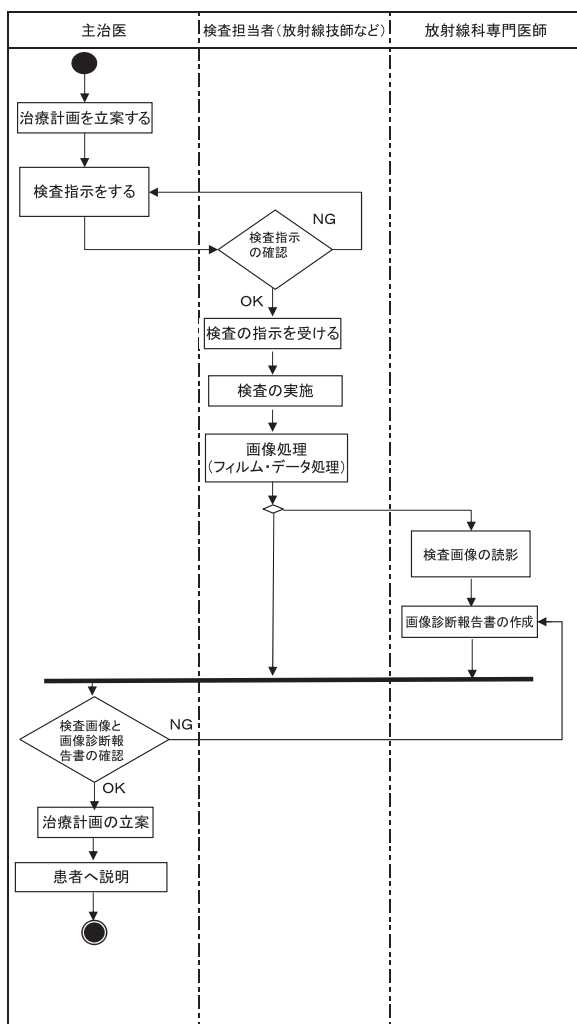
これらの要因の発生を分析するため、報告された事例に基づいて、画像検査の依頼から患者への説明までの業務工程図の例を作成し、図表Ⅲ-2-30に示した。

図表Ⅲ-2-30 業務工程図の通りに画像診断報告書の内容を伝達する工程が進めば、主治医は自ら行った読影結果と画像と画像診断報告書を対応させながら診断し、患者に説明する、という工程が完結することになる。

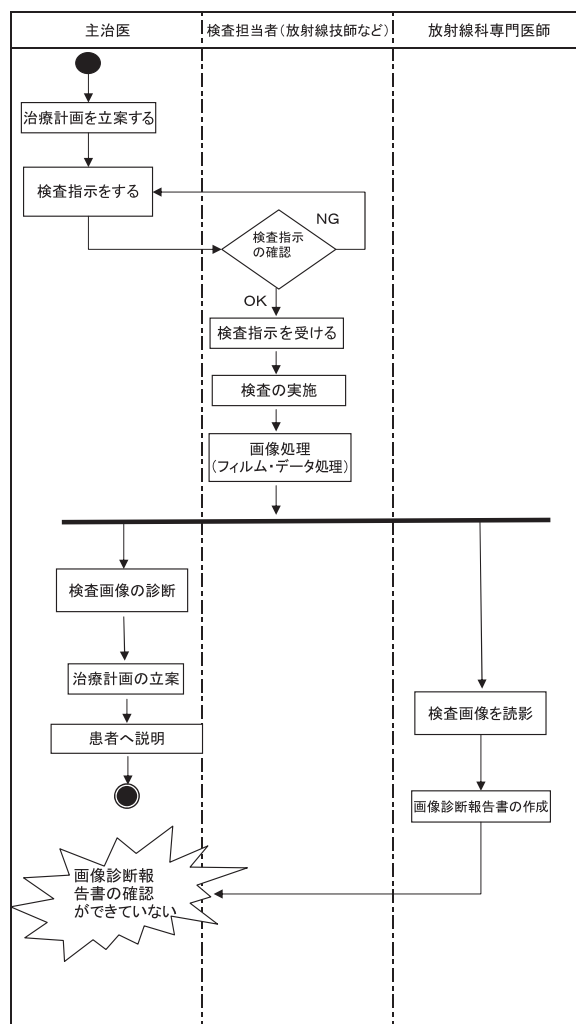
しかし、事例3より作成した業務工程図（図表Ⅲ-2-31）では、画像が撮影された後、主治医による読影及び診断、患者説明の工程が、放射線科専門医による読影及び画像診断報告書の作成、報告の工程と関連せずに進んでいる。そのため、図表Ⅲ-2-31に示すように、事例3では、業務工程が完結していない。

この背景としては、主治医には検査を実施した目的の領域の画像診断を行う能力があること、画像診断を自ら行って早く治療を開始しようとする、検査結果の説明のために患者が何度も外来通院する負担を減らそうとすること、などがあるものと推測される。そのため、画像診断報告書を作成する放射線科専門医より早く、あるいは同じ時期に、画像診断を行い、患者に説明を行っている現状があることが推測される。

図表Ⅲ-2-30 画像診断検査の業務工程の例



図表Ⅲ-2-31 画像診断報告書を見なかった事例の業務工程



※事例3より作成

②「画像診断報告書の記載内容を見落とした事例」の発生状況

i 「画像診断報告書の記載内容を見落とした」事例の内容

「画像診断報告書の記載内容を見落とした」事例は1件であり、その検査内容CT検査であった。Ⅲ-3-29と同様に、検査の目的および見落とした画像診断報告書の記載内容を図表Ⅲ-3-32に示す。

事例8は、主治医は、画像診断報告書の中に記載されていた胃癌を疑う所見を見落としていた。この事例は、『「①-i 画像診断報告書を見なかった事例」の内容』に記述したように、放射線専門医による画像診断では、主治医が予測していなかった領域の異常が指摘されることがある点で、「画像診断報告書を見なかった事例」と共通する背景・要因を有すると考えることができる。

主治医は、画像診断報告書を読む際は、自らの目的としている領域の以上の有無や内容の確認だけでなく、その他の領域の異常に関する記載内容についても、注意深く読む必要性がある。

図表Ⅲ-2-32 画像診断報告書の記載内容を見落とした事例の内容

事例	検査の種類	検査をした目的	画像診断報告書に記載されていた内容
事例8	CT	貧血が進行しCA19-9が上昇したための精査	胃のType3 Cancer 疑いがある

ii 「画像診断報告書の記載内容を見落とした事例」の背景・要因

「画像診断報告書の、記載内容を見落とした」事例の主な背景・要因として、患者が込み合っており、他の検査結果の説明をしているうちに見落としたこと、などが挙げられた。

(4) 事例の経過

①発見の契機

画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例8件の、誤りの発見に至った契機を図表Ⅲ-2-33に、誤りが発見された施設・場所を図表Ⅲ-2-34に示す。

誤りの発見の契機は、他の疾患の検査や入院時検査、定期検査であった。また、症状の出現が誤りの発見の契機になった事例もあった。

誤りを発見した施設・場所としては「他施設」が3件あった。

図表Ⅲ-2-33 発見の契機

発見の契機	件数
他の疾患の検査 (X線撮影など)	1
入院時の検査 (X線撮影など)	1
症状の出現 (胸水、咳嗽)	2
定期検査	2
不明	2

図表Ⅲ-2-34 発見した施設・場所

場所	件数
自施設	3
他科の外来	1
当該科の外来	2
他施設	3
不明	2

②患者への影響

本報告書の分析事例8件のうち、その後の検査等で、診断および治療の遅れを生じた可能性がある事例が7件あった。(図表Ⅲ-2-35)。画像診断報告書に記載された時期に速やかに精査、加療を行ってもその後の病状が異なっていたか否かは不明であるが、疾患に対する早期の診断や治療の開始を行うことはできなかったと考えられる。

図表Ⅲ-2-35 患者への影響

患者への影響	件数
診断および治療の遅れを生じた可能性あり	7
不明	1

(5) 事例が発生した医療機関の改善策

当該事例が発生した医療機関の改善策を整理して、以下に示す。

1) システムによる改善

- ① 検査をオーダーした際には、カルテにその内容の色を変えて記載し、それを見た次回診察医は必ずチェックするなど、電子カルテシステムで防止できる対策を検討する。

2) 主治医と放射線科専門医の連携

- ① 放射線科医は、読影で予期せぬ重大な異常を発見した場合、直接依頼医師に連絡する。
- ② 各科の連絡を密にする。

3) 主治医の情報確認の徹底

- ① オーダーの画面上での簡単な確認ではなく、プリントアウトされた所見用紙をきちんと確認した上で、報告書隅にサインをし、カルテに保存を行う。
- ② 診療システムに放射線部の検査結果確認機能を備えており、オーダーした検査の結果を必ず確認する。

4) 複数の医師によるチェック体制

- ① 術前の症例検討会を行い、主治医が患者の術前状態を供覧し、複数の医師でチェックする体制とする。
- ② 画像診断報告書を確認した医師は、該当受診科の受診日を繰り上げるか、主治医に連絡する。

5) 放射線科専門医の情報提供方法の改善

- ① 放射線科で検討し、緊急時に、放射線科医師がCT撮影に立ち会い、所見なしでフィルムだけを診療科医師に渡した場合、放射線科の所見を是非読んでもらいたいものに限って、外来も入院も医局長宛に封書で送る。

② 画像診断報告書は1日分をまとめて、各病棟・外来に届ける。

6) 業務工程の改善

① 検査日と外来診察日を別の日にし、放射線科医の読影レポートを確認後、患者に説明する。

(6) まとめ

本報告書では、画像診断を依頼した主治医に画像診断報告書の記載内容が伝達されなかった医療事故を取り上げた。そして、その内容を、①画像診断報告書を見なかった事例、②画像診断報告書の記載内容を見落とした事例、に大別して分析した。

主治医は画像検査を行う対象とした領域について読影し診断したとしても、放射線科専門医により作成された画像診断報告書には、主治医が予測していなかった領域の異常が指摘されることがあることから、画像診断報告書を注意深く読むことが必要である。また、報告書を作成する放射線科専門医には、主治医が異常所見に気づきやすい記載を行うことにより画像診断報告書を作成することが望ましい。

医療機関の改善策で挙げられているように、電子カルテのシステムで防止できる対策を検討することも必要と考えられる。

【4】薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故

（1）発生状況

医療機関の薬剤オーダーリングシステムでは、薬剤名の最初の数文字を五十音で入力して検索する機能や、診療科毎に頻繁に使用する薬剤をセットとして登録する機能などを備え、処方業務が正確かつ効率的に実施できるようシステムによる支援を行っている。

本報告書では、薬剤の処方入力間違いの中で、その背景・要因に記載された内容から、薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故を取り上げた。

薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故は平成23年4月1日～6月30日の期間に3件報告された。また、本事業開始から平成23年3月31日までに報告された類似の事例は1件であった。

（2）事例概要

薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故事例4件の概要を以下に示す。

事例1

【内容】

患者の持参薬でリスパダール0.5mL／包 1日2回内服の処方が出されていたところ、研修医が2倍量の1mL／包1日2回内服の処方を出した。看護師が薬をセッティングしていたところ、外包の色が今まで黄色だったのが青色になっていることに気づき、処方の誤りに気付いた。主治医に報告し、元の処方に訂正した。

【背景・要因】

電子カルテ上で、薬剤名の表示に問題があった。「リスパダール0.5mL／包」「リスパダール1mL／包」いずれも電子カルテ上の表示は、文字数の関係で「リスパダール内用液1mg/mL 2包」と表示されていた。カーソルを合わせるとそれぞれ「リスパダール内用液1mg/mL 0.1% 0.5mL」「リスパダール内用液1mg/mL 0.1% 1mL」と表示され、カーソルを合わせると初めて薬液量が確認できるようになっていた。医師は「1mL／包」の表示を「1mg/mLと見間違えた。」

事例 2

【内容】

主治医は朝の血清カリウムが 6.0mEq/L と高値であり、G I 療法を施行するため、20時30分に輸液指示を遅出勤務看護師に伝えた。

輸液のオーダー内容は「末梢点滴メイン、50%糖液 500mL に 50%糖液 20ml 2本、ヒューマリンR（100）10単位混注」であった。

遅出勤務看護師は夜勤看護師 A と電子カルテを開いて輸液内容を確認し、ミキシングを行い投与した。

その後、血糖測定の値が「Hi（600mg/dL 以上）」のため主治医に報告し、ヒューマリンR（100）8単位の皮下注射を実施した。

1本目の 50%糖液 500mL が終了し、夜勤看護師 A と夜勤看護師 B が確認して 2本目に更新した。この時意識の変化はなかった。

血糖測定のため再び訪室。両眼球が右上方に固定し昏睡となっていた。血糖値は「Hi」を示し主治医に報告。G I 療法を中止し、輸液の残 300mL を破棄するように指示を受けた。

主治医が来棟し、G I 療法の糖液の濃度が高濃度（5%糖液 500mL のつもりが 50%糖液 500mL とオーダーしていた）であることに気づいた。

【背景・要因】

- ・主治医が注射薬オーダー時に 5%糖液 500mL を 50%糖液 500mL と誤って入力し、間違いに気付かなかった。
- ・オーダー時「トウエ」と入力し 3文字検索を行った。その中には 50%糖液・5%糖液・20%糖液の 20mL・200mL・250mL・500mL の製剤が小さな字で一覧として表示されていて、その中から選択した。
- ・オーダーが 20時30分だったため、薬局では一人調剤、一人鑑査を行っていて「末梢点滴メイン 50%糖液 500mL に 50%糖液 20mL 2本、ヒューマリンR（100）10単位混注」の指示を立ち止まって考えることができなかった。
- ・看護師は 50%糖液 500mL に 50%糖液 20mL 2本をミキシングする内容に違和感があったが、主治医に確認せずそのまま実施した。
- ・看護師は 50%糖液を末梢静脈から投与できないことを知っていたが、実施時には投与できないとは思わなかった。

事例3**【内容】**

男性患者は、当院を受診し、ノルバスク 10mg の処方希望された。海外の紹介状を担当医が読み、ノルバスク 10mg を処方するためにオーダーリング画面を開いた。「ノルバ」と入力したところ、「ノルバスク」に続いて「ノルバデックス 10」が表示された。10mg を処方しようとしていたため、10 と表示されていたノルバデックスを選択し処方した。院外薬局で3ヶ月分の処方がされ内服された。内服薬が終了し、次の処方を出してもらうため他院へ行ったところ間違いがわかった。

【背景・要因】

オーダーリングシステムの不備がある。処方を担当医が出力した後、担当医がその内容を十分に確認を行っていない。また、処方した内容について患者にわかりやすく処方内容や内服方法、副作用等の説明を行っていない。

院外薬局でおかしいと思ったとのことであったが、病院側へ問い合わせしていない。患者は処方された薬の説明書で、ノルバデックスについての説明を受けている（悪い細胞を増えすぎるのを抑える薬です）が、間違いに気付かなかった。

事例4**【内容】**

超低出生体重児にチラーゼン S の処方を開始した。3日後の夕から頻脈が出現したため確認したところ、チラーゼン S 4 μg を1日分3ではなく、チラーゼン末 4 mg を1日分3で処方していたことがわかった。

【背景・要因】

処方画面は、3文字検索の「チラー」で検索すると、チラーゼン S 50 μg （錠剤）とチラーゼン末（粉薬）が出てきた。最近チラーゼンの処方を行っておらず、3文字入力時に「チラーゼン末」の文字が表示されたので、チラーゼン末が新たに採用になったと思った。チラーゼン末が粉末だったので、通常粉末は小児用のことが多いという考えから、チラーゼン末を小児用と思い込んだまま処方した。電子カルテの画面の表示では、処方時の単位（mg と μg ）の違いにも気付かなかった。

(3) エラーを生じる原因となった画面表示に関する分析

薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故の事例について、エラーの原因となった表示に関する分析を行った。また、誤った処方に対する鑑査や確認のプロセスについても併せて分析した。

①エラーの原因となった表示

4つの事例は、いずれも処方入力の際に、1) 3文字検索などの方法で薬剤を検索する、2) 表示された薬剤一覧画面から処方する薬剤を選択する、という手順の中の、2) の段階で、薬剤を正しく選択しなかった事例である。

事例の内容は、規格間違いが2件、薬剤取り違いが2件であった。

エラーの背景・要因となった画面表示について、表示内容を図表Ⅲ-2-36に示した。さらに報告された内容より、薬剤の画面表示とエラーの発生について、以下に分析した。

図表Ⅲ-2-36 薬剤の一覧画面に起因した医療事故の内容

	事故の内容	正しい指示内容	入力方法	一覧画面の表示	間違った選択内容
事例1	規格間違い	リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 0.5mL	不明	2つの規格「リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 0.5mL」と「リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 1mL」とをいずれも「リスパダール内用液 1mg/mL 2包」と表示	リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 1mL
事例2	規格間違い	5%糖液 500mL	糖液の検索のため「トウエ」と入力し 3文字検索	50%糖液、5%糖液、20%糖液の 20mL、200mL、250mL、500mLの製剤が表示	50%糖液 500mL
事例3	薬剤取り違い	ノルバスク 10mg	「ノルバ」と入力し 3文字検索	「ノルバスク」の下に、「ノルバテックス 10」と表示	ノルバテックス 10mg
事例4	薬剤取り違い	チラージンS 4μg	「チラー」と入力し 3文字検索	「チラージンS 50μg」と「チラーゲン末」とが表示	チラーゲン末 4mg

i) 事例1 「リスパダールの規格間違い」

一覧表示は、次の通りである。

2つの規格、「リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 0.5mL」と「リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 1mL」とが、いずれも、「リスパダール内用液 1mg/mL 2包」と表示された。

このような表示がなされていた理由として「文字数の関係」が報告されている。そしていずれかの規格を正しく処方するためには、表示のそれぞれにカーソルを合わせて初めて規格が表示され、それを選択する仕組みになっていた。

このことを具体的な表示のイメージを用いて説明する。

ア) 薬剤師による持参薬報告

薬剤師は、患者が持参したリスパダール内用液について、図表Ⅲ-2-37に示す持参薬報告用の画面から「4 劇薬 内服 リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 0.5mL」を選択することにより、持参薬報告を行った。

図表Ⅲ-2-37 薬剤師が持参薬報告に利用した画面の「リスパダール内用液」の表示（イメージ）

1	劇薬 内服 【院内】	リスパダール内用液 0.5mL / 包 (1mg/mL)
2	劇薬 内服 【院内】	リスパダール内用液 1mL / 包 (1g/mL)
3	劇薬 内服 【院外】	リスパダール内用液 1mg/mL
4	劇薬 内服	リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 0.5mL ←
5	劇薬 内服	リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 1mL
6	劇薬 内服	リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 2mL

薬剤師は4を選択した

イ) 医師による持参薬報告の確認

医師が、薬剤師が持参薬報告を行った画面を開くと、表示される文字数に制限があり、図表Ⅲ-2-37のように「リスパダール内用液 1mg/mL0.1% 0.5mL」が「リスパダール内用液 1mg/mL 2包」と表示された。ただし、画面の幅を広げると図表Ⅲ-2-38のように規格を含む情報「リスパダール内用液 1mg/mL0.1% 0.5mL」が表示され、また、「リスパダール」の文字にカーソルを合わせると、「リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 0.5mL」が表示されるシステムであった。

医師は、画面を広げたり、カーソルを合わせたりすることなく、「0.1% 0.5mL」という規格の情報を把握しないまま、図表Ⅲ-2-39の表示のみにより持参の確認を終えた。

図表Ⅲ-2-38 医師が見た持参薬報告画面の「リスパダール内用液」の表示 (イメージ)

持参薬報告	
.....	
リスパダール内用液 1mg/mL	2包
1日2回夕食後、ねる前	7日分

表示される文字数は制限があるため、「リスパダール内用液 1mg/mL 2包」と表示された

図表Ⅲ-2-39 図表Ⅲ-2-2の画面を広げた場合の「リスパダール内用液」の表示 (イメージ)

持参薬報告	
.....	
リスパダール内用液 1mg/mL 0.1%0.5mL	2包
1日2回夕食後、ねる前	7日分

画面の幅を広げると「リスパダール内用液 1mg/mL 0.1%0.5mL 2包」と表示される

ウ) 医師による処方

医師は、持参薬の確認に基づき処方画面の「選択薬品」に「リスパ」と入力し、表示された(図表Ⅲ-2-40)の中の「1 mL / 包」を、図表Ⅲ-2-38の表示の「1 mg」と見間違え、誤って「2 劇薬 内服 【院内】 リスパダール内用液 1mL / 包 (1 mg/mL)」を選択し、処方した。

図表Ⅲ-2-40 処方画面で「リスパ」と入力した際の「リスパダール内用液」の表示 (イメージ)

1	劇薬 内服 【院内】 リスパダール内用液 0.5mL / 包 (1mg/mL)
2	劇薬 内服 【院内】 リスパダール内用液 1mL / 包 (1mg/mL)

医師は誤って2を選択した

以上のように、表示される文字数に制限があったことが要因となり、持参薬が2つの規格のいずれに該当するか把握しないまま、誤って処方した。医薬品の販売名が長いことや、表示される文字数の制約により、安全性を低下させたことが推測される。

ii) 事例2 「糖液の規格間違い」

一覧表示は、次の通りである。

「トウエ」3文字で検索すると、50%糖液、5%糖液、20%糖液の20mL、200mL、500mLの製剤が小さな文字で表示された。

糖液の複数の規格が一覧表示され、また、その表示の文字サイズが小さかったことが背景・要因

として報告されている。

このことを具体的な表示のイメージを用いて説明する。

事例が発生した医療機関では、通常、注射オーダー画面から薬剤名の先頭3文字を入力し検索するシステムとなっている。また、画面には最大4種類しか薬剤名が表示されない制約があるため、5種類以上の薬剤が検索される場合には、スクロールしながら薬剤を選択している。

事例では、医師が注射オーダー画面において「トウエ」と3文字入力し検索したところ、検索された薬剤は図表Ⅲ-2-4 1に示す、規格なしの糖液と8種類の規格の糖液の合計9種類の糖液であった。しかし、実際に見えた表示は図表Ⅲ-2-4 2の通りであり、「500mL」の規格は「50%糖液500mL」のみであったことから、誤ってこれを選択した。

図表Ⅲ-2-4 1 「トウエ」で検索して表示される薬液の一覧（イメージ）

注射	5%糖液（規格なし）
注射	5%糖液（20mL）
注射	5%糖液（100mL）
注射	5%糖液（250mL）
注射	5%糖液（500mL）
注射	20%糖液（20mL）
注射	50%糖液（20mL）
注射	50%糖液（200mL）
注射	50%糖液（500mL）

図表Ⅲ-2-4 2 実際にオーダーした際に、画面に表示された薬液（イメージ）

注射	20%糖液（20mL）	▲
注射	50%糖液（20mL）	
注射	50%糖液（200mL）	
注射	50%糖液（500mL）	
		▼

薬剤を検索した際に表示される薬剤名が最大4種類という制約があったことや、正しい輸液の指示内容が「末梢点滴メイン、5%糖液500mLに50%糖液20mL 2本、ヒューマリンR（100）10単位混注」であったことから、指示の中に「5%」と「50%」の規格がいずれも存在し、さらにインスリンの混注も必要であった複雑さが選択の誤りにつながった可能性が示唆された。

iii) 事例3 「ノルバスクとノルバデックスの薬剤取り違い」

画面表示は、次の通りである。

「ノルバ」と検索すると、「ノルバスク」に続いて「ノルバデックス 10」が表示された。

「ノルバスク」と「ノルバデックス」は名称の類似による取り違いが報告されている薬剤である。販売名の先頭3文字が同じであるため、「ノルバ」の3文字検索することにより、近接して表示されることは十分ありうる。同時に、本事例ではノルバスクを10mg処方する予定であったが、ノルバデックスに10mgの規格が存在することが、「10」という表示を共通の要素としてエラーを生じた可能性が示唆された。

このように、名称の類似性だけでなく、常用量や規格の数値にも共通性があり、それらがエラーを引き起こす可能性を認識することが重要である。

iv) 事例4 「チラーゼンSとチラーゼン末の薬剤取り違い」

画面表示は、次の通りである。

「チラー」で検索すると、「チラーゼンS 50 μ g」と「チラーゼン末」とが表示された。

「チラーゼンS 50 μ g」は錠剤であり、「チラーゼン末」は散剤である。また、「チラーゼンS 50 μ g」は合成甲状腺ホルモン薬（T4）であり、「チラーゼン末」は乾燥甲状腺でありT3とT4を含んでいる。また、粉末なので微量な処方量の調整が可能であるという利点がある。このように、両者には薬学的に異なる性質があり、主治医の判断により使い分けることが考えられる。

事例では、超低出生体重児の主治医が、最近チラーゼンを処方した機会がない状況の中で、「チラーゼン末」の表示を見て、新規採用薬である、と思い込んだり、また、粉末なので「小児用」である、と思い込んだりしたために、「チラーゼンS」ではなく「チラーゼン末」を選択している。さらに、処方時に「mg」と「 μ g」という単位の表示の違いにも気づかず、「4 μ gを1日分3」を「4mgを1日分3」で処方している。

先述した両者の薬剤の薬学的性質の知識が少なく、かつ不慣れな薬剤の処方であったことや、診療の中で新生児を多く取り扱い、小児の成長に応じて粉末や散剤の剤形で処方量を調節しながら処方する機会を経るうちに、粉末や散剤の剤形を見ると小児用医薬品と思い込んでしまうことが背景・要因であることが示唆された。また、「 μ 」（マイクロ）と「m」（ミリ）とは似た形の文字であるとも考えられ、エラーを引き起こす可能性があることが示唆された。

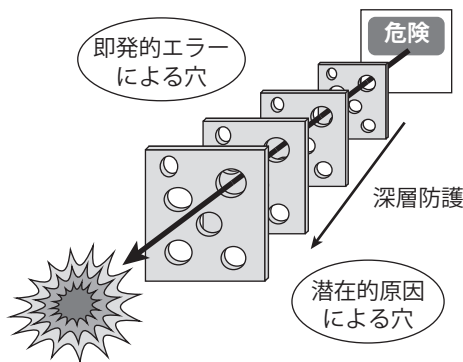
②処方薬の確認プロセス

薬剤の処方の過程では、「治療計画→処方→調剤→投与」といった複数の業務工程から成り、その中で、医師、薬剤師、看護師といった複数の医療専門職が関わっている。また、誤調剤や誤投与を防ぐために、処方や調剤の過程では、いくつかの確認プロセスを経た上で、患者に投与される。

組織事故の構造モデルであるスイスチーズモデル¹⁾を参考にして、事例1～4において、医師、薬剤師、看護師の各職種による確認プロセスを、防護層やそれが機能した・しなかったことが明らかとなるよう図式化し、分析した。

〈スイスチーズモデル〉

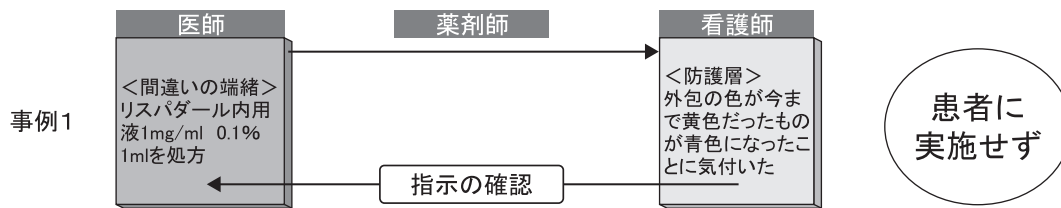
理想的な状態では防護層が健全で危険性がその間を突き抜ける可能性はないが、現実的には、防護層にスイスチーズのような「穴」がある。組織事故が発生する必要条件は防護層の穴が偶然に重なりあうことであり、結果として潜在的な危険が顕在化し損害をもたらす。



事故の発生経緯

防護、バリア、安全装置の階層にできた穴を突き抜けた事故の軌跡穴は即発的エラー、潜在的原因によってできる。

i) 事例1の確認プロセスについて



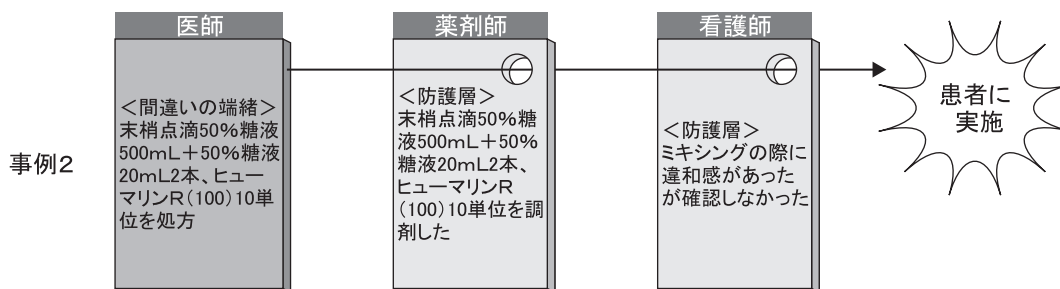
事例1は、医師が正しくリスパダールを選択したが、規格を間違えた事例である。

リスパダールの添付文書には、「通常、成人にはリスペリドンとして1回 1mg1日 2回より始め、徐々に増量する。維持量は通常1日 2～6mgを原則として1日 2回に分けて経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。但し、1日量は 12mgをこえないこと」と記載されており、これに照らせば、薬剤の用法・用量は通常量であるため、薬剤師が鑑査により間違いを発見することは困難と考えられる。

事例では、看護師が「外包の色が違う」ことに気づき、疑義の内容を医師に照会したことから誤りに気づいた。この看護師による防護層が機能していた。

処方薬の確認プロセスにおいて、いつもと違う情報に気づいたことを契機に、確認を行うことの重要性が示唆された。

ii) 事例2の確認プロセスについて



事例2は、医師が誤って末梢点滴50%糖液を選択した事例である。50%糖液の添付文書の「適用上の注意」では、次のように、「末梢静脈内には投与しないこと」と注意喚起している。

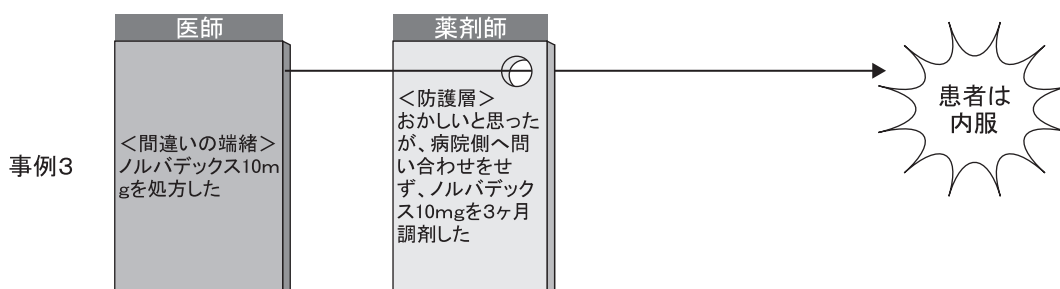
大塚糖液 50%添付文書（一部抜粋）²⁾

5. 適用上の注意

- (1) 投与経路：①皮下大量投与により、血漿中から電解質が移動して循環不全を招くおそれがあるので、皮下投与しないこと。
②中心静脈内に投与し、末梢静脈内には投与しないこと。

事例では、薬剤師の鑑査の段階で、薬剤の投与経路が末梢静脈と指示されていることが伝わっていたが、間違いを発見することが出来ず防護層として機能しなかった。また、ミキシングした看護師も指示の内容に違和感があったが、疑義の内容を医師に照会しなかった。この防護層の段階では、違和感があった点で防護層として機能する可能性はあったが、その後の対応に結びつかず、最終的に機能しなかった。そのため、2つの防護層がいずれも機能せず事故に至っている。

iii) 事例3の確認プロセスについて



事例3はノルバスクを処方するために「ノルバ」と入力したところ、「ノルバスク」に続いて「ノルバデックス 10」が表示されたことにより薬剤を取り違えた事例である。

ノルバスクは高血圧症・狭心症治療薬であり、ノルバデックスは乳癌を適応疾患とする抗乳癌剤であることから、両者は薬効が異なる薬剤である。患者は男性であり、院外薬局の薬剤師は「おかしい」と思ったことが報告されていることから、この段階が防護層として機能する可能性があったが、その後の対応として、病院に問い合わせることはしなかった。よって院外薬局の薬剤師は最終的に防護層としては機能しなかった。

iv) 事例4の確認プロセスについて



事例4はチラーヂンSを処方するために「チラー」と入力したところ、「チラーヂンS 50 μ g」に続いて「チラーヂン末」が表示され、粉末を小児用と思い込んだことなどから薬剤を取り違えた事例である。

本事例も、超低出生体重児であるため処方量を調節していることから、薬剤の添付文書に照らして不整合を確認することが容易ではないため、薬剤師による処方鑑査で誤りに気付くことも容易ではなかったことが推測される。報告内容には薬剤師や看護師の関与は記載されていないことから、上図に示したように、防護層が存在しなかった可能性がある。

(4) 事例が発生した医療機関の改善策

事例が発生した医療機関の改善策を整理して、以下に示す。

1) 分かりやすい表示への改善

- ① 持参薬報告画面から「4 劇薬 内服 リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 0.5mL」と「5 劇薬 内服 リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 1mL」とを削除し、残った表示の「劇薬 内服 【院内】 リスパダール内用液 0.5mL / 包 (1mg/mL)」や「劇薬 内服 【院内】 リスパダール内用液 1mL / 包 (1mg/mL)」のいずれかを選択することとした(図表Ⅲ-2-43)。

図表Ⅲ-2-43 薬剤師による持参薬報告画面の「リスパダール内用液」の表示(イメージ)

(改善前)

1	劇薬 内服 【院内】 リスパダール内用液 0.5mL / 包 (1mg/mL)
2	劇薬 内服 【院内】 リスパダール内用液 1mL / 包 (1g/mL)
3	劇薬 内服 【院外】 リスパダール内用液 1mg/mL
4	劇薬 内服 リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 0.5mL
5	劇薬 内服 リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 1mL
6	劇薬 内服 リスパダール内用液 1mg/mL 0.1% 2mL



(改善後)

1	劇薬 内服 【院内】 リスパダール内用液 0.5mL / 包 (1mg/mL)
2	劇薬 内服 【院内】 リスパダール内用液 1mL / 包 (1mg/mL)
3	劇薬 内服 【院外】 リスパダール内用液 1mg/mL
4	劇薬 内服 リスパダール内用液 2mL / 包 (1mg/mL)

- ② 電子カルテで持参薬報告を見る場合、画面を拡げなくても「リスパダール内用液 0.5mL / 包」と表示されるようにした（図表Ⅲ-2-44）。

図表Ⅲ-2-44 医師による持参薬報告画面の「リスパダール内用液」の表示の改善（イメージ）

(改善前)

持参薬報告	
リスパダール内用液 1mg/mL	2包
1日2回夕食後、ねる前	7日分

↓

(改善後)

持参薬報告	
リスパダール内用液 0.5mL / 包	1包
1日1回夕食後	7日分
持ち込み数量	7包
採用の有無：有	

- ③ 「トウエ」で検索される薬剤から「50%糖液 200mL」と「50%糖液 500mL」とを削除した。またそれらの薬液は、「50%」で検索することにより表示されるようにした（図表Ⅲ-2-46）。

図表Ⅲ-2-45 「トウエ」で検索して表示される薬液の表示の改善（イメージ）

注射	5%糖液（規格なし）	→	注射	5%糖液（規格なし）
			注射	5%糖液（20mL）
注射	5%糖液（20mL）		注射	5%糖液（100mL）
			注射	5%糖液（250mL）
注射	5%糖液（100mL）		注射	5%糖液（500mL）
			注射	20%糖液（20mL）
注射	5%糖液（250mL）		注射	50%糖液（20mL）
			注射	50%糖液（200mL）
注射	5%糖液（500mL）		注射	50%糖液（500mL）
注射	20%糖液（20mL）			
注射	50%糖液（20mL）			
注射	50%糖液（200mL）			
注射	50%糖液（500mL）			

図表Ⅲ-2-46 「50%」で検索した薬液の表示（イメージ）

注射	50%糖液（200mL）
注射	50%糖液（500mL）

- ④ 電子カルテ入力画面に、「チラーヂン末（乾燥甲状腺末）」と薬剤名の後に成分を表示する。

2) システムにおけるアラート機能の導入

- ① オーダリングシステム画面で、アラートを設定するなど、注意喚起できるようなアラートの導入を検討。
- ② 内服処方オーダリング画面において、全薬品黒表示していたものから、抗がん剤や糖尿病治療薬等ハイリスク薬品は青表示、麻薬に関しては赤表示するようアラート機能として追加し注意喚起できるようにした。

3) 処方時の確認の徹底

- ① 医師は、注射薬のオーダー時、調剤時、準備実施時には5 R（患者名・薬剤名・投与量・投与時間・投与ルートの確認）に沿った指差し呼称確認を行う。

4) 薬剤鑑査の強化

- ① 一人で鑑査を行う場合、調剤を行った後、続けて鑑査をせず違う仕事を行い、30分以上空けて鑑査を行う。
- ② 救急病院であり、18時から20時近くは臨時処方、臨時注射の払い出しが集中するので、薬剤師の遅出勤務を導入し、ひとり鑑査を行わない体制を検討する。

(5) まとめ

本報告書では、薬剤の処方入力間違いの中で、その背景・要因に記載された内容から、薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故を取り上げた。そして、報告された事例の一覧画面の表示や、誤った処方に対する確認プロセスについて分析した。

改善策に報告されたように、薬剤処方の際に、「薬剤の検索」とそれに続く「表示された薬剤の選択」のプロセスにおいて、「抗がん剤等のハイリスク薬の表示の見え方は他の薬剤と変える」「薬剤名の後に成分も表示する」など、入力者の注意を喚起するシステムの表示に改善することを検討することの重要性が示唆された。

また、処方薬の確認プロセスにおいて、処方や指示の内容に疑義がある場合は、他の職員に照会することの重要性も示唆された。

診療のシステム化が進む一方で、それに起因する医療事故が発生する可能性があることから、報告された事例を活用し、再発防止を図るシステムに改善する努力が望まれる。

(6) 参考文献

1. ジェームズ・リーズン. 組織事故. 塩見弘監訳. 1999.
2. 大塚糖液 50%大塚糖液 70%添付文書. 大塚製薬株式会社. 2009年7月改訂 (第7版)

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4月～6月）に報告された類似事例は、18項目31件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「間違ったカテーテル・ドレーンの接続」が3件、「持参薬の不十分な確認」が3件、「抜歯部位の取り違え」が3件、「薬剤の取り違え」が2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、「未滅菌の医療材料の使用」が2件、「口頭指示による薬剤量間違い」が2件、「アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与」が2件、「体位交換時の気管内・気管切開チューブの抜去」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、12項目34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6件、「歯科診療の際の部位間違いに関連した事例」が5件、「体内にガーゼが残存した事例」が4件、「施設管理の事例」が4件、「療養上の世話」において熱傷をきたした事例」が3件、「ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例」が3件、「三方活栓の閉塞や接続ハズレなどの使用に関する事例」が3件、「アレルギーに関連した事例」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、4項目6件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「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」が3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、「製剤の総量と有効成分の量の間違い」、「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」、「ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例」、について事例の詳細を紹介する。

図表Ⅲ-3-1 平成23年4月から6月に報告された再発・類似事例

医療安全情報	件数	出典
薬剤の取り違え	2	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)
製剤の総量と有効成分の量の間違い	1	医療安全情報 No. 9 (平成 19 年 8 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)
間違ったカテーテル・ドレーンの接続	3	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違え	1	医療安全情報 No. 15 (平成 20 年 2 月)
湯たんぼ使用時の熱傷	1	医療安全情報 No. 17 (平成 20 年 4 月)
未滅菌の医療材料の使用	2	医療安全情報 No. 19 (平成 20 年 6 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)
口頭指示による薬剤量間違い	2	医療安全情報 No. 27 (平成 21 年 2 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	2	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	1	医療安全情報 No. 33 (平成 21 年 8 月)
持参薬の不十分な確認	3	医療安全情報 No. 39 (平成 22 年 2 月)
抜歯部位の取り違え	3	医療安全情報 No. 47 (平成 22 年 10 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	1	医療安全情報 No. 51 (平成 23 年 2 月)
体位交換時の気管内・気管切開チューブの抜去	2	医療安全情報 No. 54 (平成 23 年 5 月)
「療養上の世話」において熱傷をきたした事例	3	共有すべき医療事故情報 (第 5 回報告書)
熱傷に関する事例 (療養上の世話以外)	6	共有すべき医療事故情報 (第 9 回報告書)
化学療法において腫瘍用薬を非投与日に投与した事例	1	共有すべき医療事故情報 (第 11 回報告書)
三方活栓の閉塞や接続ハズレなどの使用に関する事例	3	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)
ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例	3	共有すべき医療事故情報 (第 13 回報告書)
ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例	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)
歯科診療の際の部位間違いに関連した事例	5	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	2	共有すべき医療事故情報 (第 15 回報告書)
薬剤の併用禁忌に関連した事例	1	共有すべき医療事故情報 (第 16 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	3	個別のテーマの検討状況 (第 20 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)
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)
散剤の薬剤量間違い	1	個別のテーマの検討状況 (第 24 回報告書)

【2】「製剤の総量と有効成分の量の間違い」(医療安全情報 No. 9) について

(1) 発生状況

医療安全情報 No. 9 (平成19年8月提供) では、「製剤の総量と有効成分の量の間違い」(医療安全情報掲載件数4件 集計期間:平成16年10月~平成19年3月) を取り上げた。

製剤の総量と有効成分の量との誤認に関する事例は、平成18年に4件、平成21年に1件、平成22年に2件報告された(図表Ⅲ-3-2)。


図表Ⅲ-3-2 「製剤の総量と有効成分の量の間違い」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	0	0	0	0	0
平成18年	0	0	0	4	4
平成19年	0	0	0	0	0
平成20年	0	0	0	0	0
平成21年	0	0	0	1	1
平成22年	0	0	0	2	2
平成23年	0	1	—	—	1

図表Ⅲ-3-3 医療安全情報 No. 9 「製剤の総量と有効成分の量の間違い」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.9 2007年8月

財団法人 日本医療機能評価機構



No.9 2007年8月

製剤の総量と有効成分の量の間違い

製剤の総量と有効成分の量との誤認による事例が4件報告されています(集計期間:2004年10月1日~2007年3月31日,第8回報告書「共有すべき医療事故情報」の一部を掲載)。

内服薬処方において、製剤の総量と有効成分の量との誤認に起因する過量投与が報告されています。

指示内容

セレニカR 顆粒40% 注)1日1250mg

医師が意図した指示内容

有効成分の量として
1日500mg (1250×0.4)の処方を受領
∴製剤の総量 1250mg
を指示

薬剤師の指示内容の解釈

有効成分の量として
1日1250mgの処方と解釈
∴製剤の総量 3125mg (1250÷0.4)
を誤判

注)有効成分:バルプロ酸ナトリウム

(類似の報告があった薬剤) アレピアチン錠10% フェノバル錠10% など

医療安全情報 No.9 2007年8月

製剤の総量と有効成分の量の間違い

事例1

他院からの紹介患者の情報提供用紙には、内服薬として「セレニカR 125g分2錠・タ」(有効成分であるバルプロ酸ナトリウムとして500mgに相当)と記載されていた。医師は同一内容の処方箋を意図してオーダー画面に「セレニカR顆粒40% 400mg/g 1250mg 朝・夕食後」と入力し院外処方箋を発行した。一方、処方箋を受け取った院外調剤薬局では1250mgを製剤の総量ではなく、有効成分(バルプロ酸ナトリウム)の量と解釈し、製剤の総量としてセレニカR顆粒40% 3125mgを調剤した。家族から患者に薬1などが出現しているという連絡があり過量投与がわかった。


事例2

患者は肩痛がまわらないなどの症状を訴え外来を受診した。主治医は3週間前から他院で処方されていた薬を当院で継続処方したことが原因ではないかと疑い、他院に処方内容を確認した。その結果、他院では有効成分としてフェノバルビタール150mg/日が処方されていたものが、当院では10倍量の1500mg/日が処方されていたことがわかった。これは、主治医が、患者持参の薬ノットに記載された「フェノバル錠10% 15g/日」を見て同一内容の処方箋を意図して「フェノバル錠10% 1500mg/日」と指示したところ、当院薬局では慣例として、「g」表示の場合は製剤の総量を、「mg」表示の場合は有効成分の量を意図したため、調剤の過程で、「mg」単位で記載された処方箋から1500mgが有効成分の量と解釈されたためであった。

事例が発生した医療機関の取り組み

処方に関する記載方法を確立し、量の記載が有効成分の量が製剤の総量であることを付記する。

※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。当事業の進捗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://jqc.or.jp/html/accident.htm#med_safe
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の教育を制したり、医療従事者に義務や責任を負わせ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豊町311 井住友海上豊町別館17F階
電話: 03 5217 0252(直通) FAX: 03 5217 0253(直通)
http://jqc.or.jp/html/index.htm

(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

【内容】

患者は入院前よりアデホスコーワ顆粒 10% 3g（製剤の総量） 1日3回毎食後服用しており、入院後持参薬がなくなるため、当該看護師は翌日からの分として1回目の院内処方を医師に依頼し、医師は 300mg（有効成分の量） 1日3回毎食後を5日分の15包処方した。看護師は準夜勤務の看護師から申し送りの際 1gは 1000mg だと言われ、処方量は有効成分の量が表示されていることを知らずに不足していると思い込んだ。このため、当該看護師は15包のうち10包を患者に渡して翌日の朝に服用するよう説明した。患者は「10個ですか」と聞き返したが、1回目に処方した医師に確認せずそうであることを伝えた。1回目に処方された薬が1日でなくなってしまうため、2回目の処方を翌日付で1日3gを別の医師に依頼し、依頼された医師は 3000mg 1日3回毎食後で処方入力した。準夜看護師は薬袋に 3000mgと記載されているのは見たが、当該看護師が「10包飲ませなくてはならない」と言っているのを聞いても、特に疑問に思わず確認はしなかった。

患者は翌日朝食後にアデホスコーワ顆粒 10% 100mg（有効成分の量）を10包服用。その後、2回目の処方をした医師から連絡があり、薬剤部からの疑義照会で1回目の処方が正しく2回の処方は取り消されたことが分かり、過剰投与が判明した。患者には副作用の出現もなく検査結果にも異常は認められなかった。

【背景・要因】

当該看護師が院内処方での有効成分の量の表記を理解していなかったため、医師の処方を間違いと思い込み、処方した医師に確認せず自分の判断で与薬量を変更した。「10包飲ませなければ」と周囲の看護師が聞いていたが、誰も疑問に思わず確認しなかった。通常、内服薬準備時のダブルチェックは行っているが、薬剤部より内服薬を受領する際のダブルチェックを行っていなかった。

(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) 医師の指示は看護師の自己判断せず、疑問に思った時は必ず確認することを徹底する。
- 2) 有効成分の量の表記についてスタッフ全員に周知し、今後は新人指導時の教育を徹底する。
- 3) 薬剤部から受け取った内服薬は、受け取った看護師が確認後、担当看護師が確認しダブルチェックを行う。系統的に薬袋に製剤の総量及び有効成分の量の両方を表記することを検討する。

(4) まとめ

平成20年10月に提供した医療安全情報 No. 9では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、処方に関する記載方法を確立し、量の記載が有効成分の量か製剤の総量であるかを付記する、ことを掲載した。

本報告書対象期間に報告された事例において、看護師が院内処方の有効成分の量の表記を理解していなかったことが背景・要因にあげられており、医師、薬剤師のみではなく、患者に配薬する看護師も、量の記載が有効成分の量か製剤の総量であるかを明確にわかるよう付記することが望まれる。

今後も引き続き類似事例の発生について注意喚起するとともに、その推移に注目していく。

【3】「MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み」(医療安全情報No.10)について

(1) 発生状況

医療安全情報No. 10（平成19年9月提供）では、「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」（医療安全情報掲載件数2件 集計期間：平成16年10月～平成19年3月）を取り上げた。更に、第18回報告書、第23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で取りまとめた。

本報告書分析対象期間（平成23年4月～6月）においても類似の事例が2件報告されたため、繰り返し注意喚起をするため、今回の報告書でも取り上げることとした。

これまでの類似の事例の発生件数は、図表Ⅲ-3-4に示す。

なお、これまで「磁性体（金属製品など）の持ち込み」の再発・類似事例の件数に、強力な磁場の中で電子的、磁氣的、または機械的に制御され、有害な影響を受けるとされる心臓ペースメーカーなどの磁性体ではない医療機器に関する事例の件数も計上していたが、本報告書より、心臓ペースメーカーに関する事例は別途集計・分析をすることにした。

図表Ⅲ-3-4 「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」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	1	0	1
平成18年	0	0	0	0	0
平成19年	1	0	0	1	2
平成20年	1	0	0	1	2
平成21年	2	2	1	0	5
平成22年	1	1	2	1	5
平成22年	2	2	—	—	4

図表Ⅲ-3-5 医療安全情報 No. 10 「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.10 2007年9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.10 2007年9月

**MRI検査室への磁性体
(金属製品など)の持ち込み**

MRI検査室内への磁性体(金属製品など)の持ち込みに伴う事故が2件報告されています(集計期間:2004年10月1日~2007年3月31日,第9回報告書「共有すべき医療事故情報」の一部に掲載)。

**MRI検査室には、患者および
医療従事者が磁性体(金属製品など)を
持ち込まないことの徹底が必要です。**

MRI室に持ち込まれた磁性体(金属製品など)

酸素ボンベ

ホーロー^注製のトレイ

注)ホーローは、金属とガラス成分から構成されており、磁性体(磁力引き寄せられる性質を持つ物質)です。

医療事故情報収集等事業 **医療安全情報** No.10 2007年9月

[MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み]

事例1

患者を救急外来のストレッチャーで酸素吸入をさせながらMRI検査室に搬送した。入室時に、患者が金属製品を所持していないことを確認し、義歯と下着を外した。診療放射線技師は、ストレッチャーと酸素ボンベが、MRI専用であると思い込んでいたため、入室時にMRI専用であるかの確認を行わなかった。患者を撮影台に移動させるため、ストレッチャーをMRIの側まで移動させた際に、酸素ボンベが飛び出し、MRIガントリーに吸着した。

事例2

鎮静処置を要する幼児のMRI検査のために、看護師は鎮静処置の準備をホーロー製のトレイにし、検査室横の検査準備室に置いて退出した。診療放射線技師は、医師および患児がMRI検査室へ入室時に金属製品を所持していないことを確認した。その後、医師は、検査準備室に準備されていたトレイを持って検査室に入り、患児の足元の撮影台に置き処置を開始した。患児が入眠したため、撮影を開始すべく、撮影台を顕微鏡へ移動させると、患児の足元に置いてあったホーロー製のトレイがMRIのガントリーに引き寄せられ、トレイにあった使用済みの物品が飛散し、その一部が患児に当たり口内製傷をさせた。

事例が発生した医療機関の取り組み

**MRI検査室には磁性体(金属製品など)を
持ち込まないことを徹底する。**

※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。当事業の施設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://jqaic.or.jp/html/accident.html#med_saf

※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、医療従事者の裁量で制限したり、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

〒101-0052 東京都千代田区神田錦町3-11 井住友海上麹町別館ビル7階
電話: 03-6217-0252(直通) FAX: 03-6217-0253(直通)
<http://jqaic.or.jp/html/index.htm>

(2) 患者に植込まれた磁性体の持ち込み

医療安全情報 No. 10 「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」で掲載したMRI室に持ち込まれた具体的な磁性体は、酸素ボンベとホーロー製のトレイであった。この2つはMRI検査の際、患者に使用するためにその場で医療者が持ち込んだ医療機器や用具であった。その後、第23回報告書においては、本事業開始以降の類似事例の発生状況について、MRI室に持ち込まれた磁性体、場面、状況、主な背景を整理した図表を掲載した（第23回報告書120ページ、図表Ⅲ-3-4）。

本報告書では、MRI室に持ち込まれた物として、患者に植込まれた磁性体に着目した。医療者は、検査前に患者に植込まれた医療機器を確認し、植込まれた医療機器があれば、MRIの磁場によって影響を受ける機器であるか否か確認する必要がある。患者の症状や治療上の検査の必要性を十分に検討し、MRI検査の実施の可否を決定する必要がある。

本事業開始から平成23年6月までに、MRI検査室への磁性体の持込に関する事例のうち、患者に植込まれた磁性体がMRI室に持ち込まれた事例は2件であった。また、2件はいずれも医療者による検査前の確認が行われていなかった。患者に植込まれた磁性体の持込に関する事例別に図表Ⅲ-3-6に示すように、過去に当該事例の報告はなかった。

図表Ⅲ-3-6 患者に植込まれた磁性体の持込に関する事例

平成16年	0
平成17年	0
平成18年	0
平成19年	0
平成20年	0
平成21年	0
平成22年	0
平成23年	2

※平成23年は1月～6月

(3) 事例概要

本事業開始から平成23年6月までに、患者に植込まれた磁性体の持込に関する事例の概要を以下に示す。

事例1

【内容】

患者は頭痛にて他院受診。肺がん、癌性クモ膜炎による水頭症と診断されシャント術施行。その後、肺がん治療目的にて呼吸器内科紹介。転移精査のため頭部MRI施行。半年後、頭痛があり、再度転移を疑い頭部MRI施行。硬膜下血腫がみつき、脳神経外科医師にコンサルトしたところ、シャントは強い磁気で設定圧が変化するものであったため、半年前にMRIをしたことで低髄圧となっていた。外傷もなく血腫は低髄圧によるものと考えられ、慢性硬膜下血腫の診断にて慢性硬膜下血腫洗浄除去術（穿頭）を施行した。

【背景・要因】

- ・MRI施行によりシャントの設定圧が変化するのを脳神経外科以外の診療科の医師は知らず、検査終了後、シャントのバルブの圧調整をしなかった。
- ・MRI検査の患者説明文の項目に「体内に何か金属・磁性体がありますか」の設問項目にシャントの記載がないので患者も気がつかず、申告がなかった。
- ・医療者がチェックするMRI検査時チェックリストに医師・看護師が2名でチェックしているがマグネットタイプのシャントの項目に「なし」とチェックされていた。

事例2

【内容】

当該患者は聴力障害あり、病棟看護師とMRI室担当看護師による確認において、補聴器との報告あり。オーダー上はインプラントなしのため、右耳の補聴器をはずし、入室。ガントリーの中に進めたところ患者より頭が痛いとの訴えあり。「人工内耳が…」と訴えるので、すぐにMRI室より退出。退室後確認したところ、左耳に人工内耳の植込みをしている患者だった。

【背景・要因】

- ・人工内耳植込みを実施した耳鼻咽喉科ではMRI禁忌であることは知っており、患者への説明も行っていたが、その後入院した診療科には伝わっていなかったため、MRIオーダー上「金属無し」となっていた。
- ・インプラントに関する項目について、「入室前チェックリスト」に記載がなかった。

(4) 事例の発生状況

報告された事例において植込まれた医療機器は図表Ⅲ-3-7の通りであり、人工内耳と圧可変式の脳室シャントバルブであった。

図表Ⅲ-3-7 植込まれた医療機器

医療機器	件数
人工内耳	1
圧可変式の脳室シャントバルブ	1

また、医療機器の植込みを担当した診療科およびMRI検査のオーダーをした診療科を図表Ⅲ-3-8に示す。いずれの事例も、医療機器の植込みを担当した診療科と当該事例のMRI検査のオーダーをした診療科は異なっており、シャントバルブの圧調整が必要なことを診療科（脳神経外科以外を除く）の医師は知らなかった（事例1）、人工内耳の情報が入院した診療科に伝わっていなかった（事例2）。このように診療科間で患者情報を伝達し共有することの重要性が示唆された。

図表Ⅲ-3-8 医療機器の植込み及び、MRIをオーダーした診療科

医療機器の植込みを担当した診療科	MRI検査をオーダーした診療科
脳神経外科（他施設）	呼吸器内科
耳鼻科（当該施設）	外科

(5) 事例が発生した医療機関の改善策

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) 検査申し込み時の確認の強化

- ① 主治医がMRIオーダーリング時に患者に植込まれた医療機器・材料について確実にチェックする。

2) チェックリストの改善

- ① MRI検査問診表（患者用）の金属の植込み確認項目を見直し、患者からも情報が得られるようにする。
- ② MRIオーダーリング時に自動出力される同意書・説明文書にインプラントに関する項目を追加する。

3) 情報の共有

- ① マグネットタイプのシャントチューブ挿入患者のMRI検査後はバルブ圧の再設定が必要であることの情報を職員に周知する。
- ② 画像診断センターはMRI検査施行時、脳神経外科以外の診療科から依頼がされた患者にシャントが入っていることを確認したら、診療科医師に圧設定が必要であることを伝える。
- ③ オーダーリングシステムのインプラント情報は実施した診療科の主治医が入力し、各科で情報を共有する。

(6) まとめ

医療安全情報 No. 10 では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、MRI 検査室には磁性体(金属製品など)を持ち込まないことを徹底することを掲載した。

その後、第18回報告書では、医療機関の取り組みとして1) MRI 実施時に行うべきこと、2) 教育や当該事例周知に関することを紹介し、第23回報告書では、医療者が普段身につけているものを磁性体と思わずに持ち込むことや、患者がペースメーカーを植込んでいることなどの情報収集の重要性について注意喚起を行った。

本報告書では、患者に植込まれた磁性体の情報を診療科を超えて情報共有していくことの重要性が示唆された。

また、磁性体を植込んでいる患者自身にもMRI 検査を受ける場合の注意事項として認識していただけるよう、教育していくことも重要である。

今後も、注意喚起するとともに、類似事例発生の変向に注目していく。

【4】共有すべき医療事故情報「ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例」（第13回報告書）について

（1）発生状況

第13回報告書対象分析期間（平成20年1月～3月）において、ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例が報告され、「共有すべき医療事故情報」として取り上げた。また、第16回報告書、第17回報告書、第19回報告書において「ベッドなど病室の設備に関連した医療事故」を個別テーマとして取り上げた。

これまで類似の事例の発生件数を図表Ⅲ-3-9に示す。

図表Ⅲ-3-9 「ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例」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				2	2
平成17年	3	0	3	3	9
平成18年	5	1	3	0	9
平成19年	1	10	6	2	19
平成20年	2	1	2	1	6
平成21年	0	1	0	1	2
平成22年	0	1	3	0	4
平成23年	1	1	—	—	2

(2) 事例概要

本報告書分析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】

患者は左大腿骨転子部骨折で入院。術後 7 日目でリハビリを進めていた。患者には認知面の問題があり、短期記憶障害が認められ、ナースコールを適切に押して看護師を呼ぶことができなかったため離床センサーを装着して転倒・転落を予防していた。23 時に看護師が訪室したところ患者がベッドサイドの床に右側臥位で倒れていた。離床センサー（うーご君）は、患者の寝衣に安全ピンとクリップで装着していたが、患者が外してベッド柵にくくりつけられていたため、作動しなかった。ベッド柵 4 箇所全てを拳上していたが、足側の 1 箇所が下がっていて患者が降ろして転落したと考えられた。患者は短期記憶障害があるため転落時の状況説明は困難であったがトイレに行きたかったと話した。左肘に疼痛があり、左上腕骨遠位端亀裂骨折と診断され、オルテックス+オルソグラスによる固定を行った。

【背景・要因】

患者が使用していたベッドは、製品名：医療施設向け電動ベッド、製造販売業者名：パラマウントベッド、製品番号：KA-64430 である。一般病棟入院患者用ベッドとして、既存のベッド更新のため 2 年前より新規購入を開始し、病床数の約半数を購入して使用中である。当該ベッドは、患者がベッド上からベッド柵レバーを操作して柵を下ろすことが可能である。メーカーの当該ベッドの取扱説明書には「サイドレールはベッドの内側から操作しないでください。サイドレールが急に下がるなどして転落し、けがをするおそれがあります」との記載があり、転落のリスクが予想されていたようである。

当院では期間中に、患者自身がベッド柵を下げて、ベッド柵が降りる勢いに誘導されて転落した事例が 15 件発生した。そのうち 1 件は、3 箇所の切創を生じて縫合処置が必要となった。今回、骨折に至った事例が発生した。

(3) ベッドのサイドレールや手すりに関連した注意喚起

ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故には、医療・介護ベッド用手すりのすき間に頭などを挟む事故と手すりのすき間以外の事故があり、注意喚起がなされている。本報告書では、手すりのすき間以外の事故の注意喚起について取り上げた。

平成 19 年、改正消費生活用製品安全法が施行され、消費生活用製品に関係する重大製品事故に関しては、国に対する報告書の提出が製造事業者・輸入事業者に対して義務付けられた。介護ベッド用手すりに関する重大製品事故については、平成 20 年 2 月 1 日までに 5 件の報告がなされた。経済産業省商務情報政策局サービス産業課医療・福祉機器産業室製品安全課製品事故対策室は平成 20 年 2 月 15 日付で「介護ベッド用手すりによる重大製品事故について（注意喚起）」を発出し、その注意喚起を受けて、厚生労働省老健局計画課・振興課・老人保健課は「介護ベッド用手すりによる重大製品事故について（注意喚起）」を発出した。また、日本福祉用具・生活支援用具協会及び医療・介護ベッド安全普及協議会は介護ベッドを使用している関係者に対し「介護ベッドのサイドレール・手すり等

による事故等についてのご注意」の中で、サイドレール・手すりのすき間の事故事例とともにサイドレール・手すりのすき間以外の事故事例もとりあげ、注意事項として次のことを挙げている。

- 思わぬけがをしないように、製品に異常（手すり本体がぐらついたり、ストッパーの固定が出来ないなど）がないか定期的に点検してください。
- サイドレールや手すりの操作がうまくできない方には、転落等の事故を防止するためにも操作させないでください。
- 固定（ロック）は確実に行ってください。
- ベッドの上からサイドレールや手すりを操作する際は転落に注意してください。

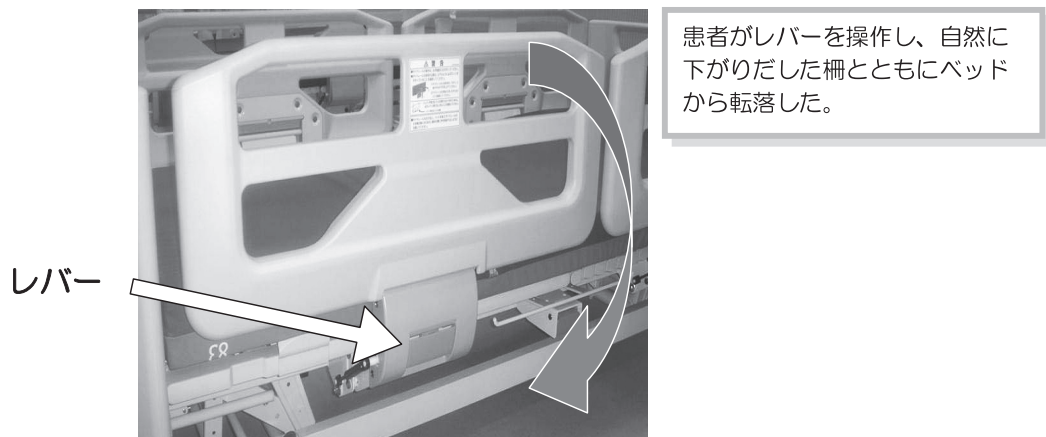
平成20年、厚生労働省は医療機関においても、同様の事故が相次いで2件発生していることが明らかになったことを踏まえ、医政総発第311001号平成20年3月11日付厚生労働省医政局総務課長通知「医療機関用・介護用ベッドのサイドレール・手すりによる事故について（注意喚起）」を発出し、注意喚起を促した。

また、公益財団法人日本看護協会は平成23年3月7日付医療看護安全情報「ベッド柵の安全使用—患者の転落防止について—」において、患者がベッドの外側にあるベッド柵（サイドレール）のレバーを操作した際、ベッド柵とともに患者がベッドから転落した事例が複数報告されていることを、事例の紹介、必要とされる医療機関の対応とともに掲載し、患者の安全のために患者のADLに応じた安全なベッドの検討をすることを注意喚起している。その中には事故が起こった事例の具体的なベッド柵の状況が示されている。

《公益財団法人日本看護協会 医療看護安全情報「ベッド柵の安全使用—患者の転落防止について—」》
《事例紹介・図1》



《事例紹介・図2》



(4) 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、以下の要望を行っていることが報告された。

当院では、2010年7月に、8件のベッド柵関連の転落事例が発生した時点から、パラマウントベッド社にベッド柵改善の要望を続けている。パラマウントベッド社から、他院で同様の転落事例が発生した際に提示した対策として、ベッド柵を紐で固定することを提案された。しかし、この対策では万全でないと考え、当院では、患者がベッド柵レバーを操作することができないよう、レバーにストッパーを付けることを要望した。

メーカーからの代替案として、ベッド柵を降ろすレバーを患者が操作できないようなカバーを装着している。しかし、カバー装着後も2件の転落事例があり、根本的な対策にはなっていない。患者に傷害が及ぶことを危惧している。

報告された事例を参考に、更に安全なベッドの開発やベッド周囲の環境改善がなされることが期待される。

(5) まとめ

第13回報告書対象分析期間（平成20年1月～3月）において、ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例が報告され、「共有すべき医療事故情報」として取り上げた。経済産業省、厚生労働省、医療・介護ベッドに関わる団体、日本看護協会などさまざまな団体・機関から注意喚起がなされている。

報告された事例のように、患者が自らベッド柵をおろした際に、ベッド柵が降下する力が患者に加わるにより転倒する場合もある。日本看護協会の医療看護安全情報「ベッド柵の安全使用―患者の転落防止について―」に記載されているように、患者のADLに応じた安全なベッドの検討を医療・介護ベッドに関わる機関で行っていくことの重要性が示唆された。また、医療用ベッドのメーカーは、認知症や健忘の患者が、ベッドの仕組みや注意事項を十分に理解できないまま使用することも考慮したベッド柵を開発することが望まれる。

今後も、類似事例の発生について注意喚起するとともに、その発生の推移に注目していく。

(6) 参考文献

1. 厚生労働省. 医療機関用・介護用ベッドのサイドレール・手すりによる事故について(注意喚起). 平成20年3月11日付厚生労働省医政局総務課長通知 医政総発第311001号.
2. 厚生労働省. 介護ベッド用手すりによる重大製品事故について(注意喚起). 平成20年2月15日付厚生労働省老健局計画課・振興課・老人保健課.
3. 経済産業省. 介護ベッド用手すりによる重大製品事故について(注意喚起). 平成20年2月15日付経済産業省商務情報政策局 サービス産業課医療・福祉機器産業室 製品安全課製品事故対策室.
4. 公益財団法人日本看護協会 医療看護安全情報「ベッド柵の安全使用―患者の転落防止について―」. (online), available from <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/2011/20110307.pdf> (last accessed 2011-07-07)
5. 日本福祉用具・生活支援用具協会. 介護ベッドのサイドレール・手すり等による事故等についてのご注意 (online), available from <http://www.jaspa.gr.jp/news/080205.pdf> (last accessed 2011-07-06)
6. 医療・介護ベッド安全普及協議会. 介護ベッドのサイドレール・手すり等による事故等についてのご注意 (online), available from <http://www.bed-anzen.org/pdf/img-2151022-0001.pdf> (last accessed 2011-07-06)

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4月～6月分の医療安全情報No.53～No.55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. 53

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.53 2011年4月



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

医療
安全情報

No.53 2011年4月

病理診断時の検体取り違い

病理診断において、検体取り違いの事例のうち、別の患者の検体と取り違えた事例が6件報告されています(集計期間:2007年1月1日~2011年2月28日、第22回報告書「個別のテーマの検討状況」(P82)に一部を掲載)。

病理診断において、別の患者の検体と取り違えた事例が報告されています。

取り違いの種類	場面	
	検体採取時 (病理検査室外)	検体処理時 (病理検査室内)
ラベルの貼り間違い	2	2
検体の入った容器の取り違い	0	1
標本作成時の組織片の取り違い	0	1

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業



No.53 2011年4月 ◆ ◆ ◆ ◆

〔病理診断時の検体取り違い〕

事例 1

外来の担当看護師は、患者Aと患者Bの伝票を机の上に並べ、手書きしたラベルを検体ビンに貼付した。検体受付の際、検査技師が同じ名前の検体ビンが2つあることに気付いた。看護師は、患者Aと患者Bの検体ビンのラベルに患者Aの名前を記載していた。検体が特定できないため、再度組織診を行った。

事例 2

右乳癌で手術予定の患者Aに対して右乳房2カ所、左乳房1カ所の生検を行い、検体を病理部へ提出した。いずれも癌であると報告され、患者Aに対して両側乳房の手術を施行した。術後の病理検査の結果、右乳腺検体は乳癌であったが、左乳腺検体には癌は認められなかった。調査の結果、検査技師がカセットに検体を入れる際、病理組織検査申込書の記載内容を見間違え、患者Aの左乳房の検体と、患者Bの検体が入った容器を取り違えていたと推測された。

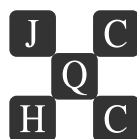
事例が発生した医療機関の取り組み

- ・一人の患者の検体の取り扱いを完結させてから次の患者の作業に移る。
- ・検体処理時は、作業環境を整理する。

※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。



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
〒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. 54

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.54 2011年5月



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

医療 安全情報

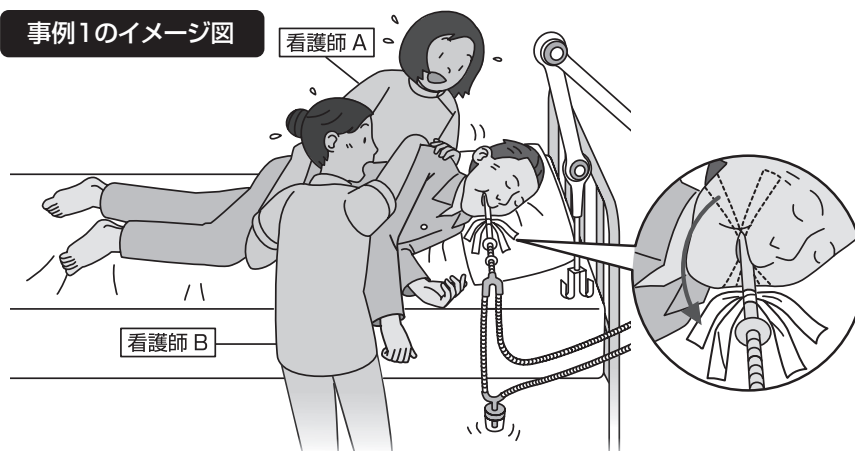
No.54 2011年5月

体位変換時の気管・気管切開 チューブの偶発的な抜去

人工呼吸器を装着した患者の体位変換を行った際に、気管チューブまたは気管切開チューブが抜けた事例が23件報告されています(集計期間:2007年1月1日～2011年3月31日、第15回、第17回および第19回報告書「個別のテーマの検討状況」に一部を掲載)。

人工呼吸器を装着した患者の体位変換を行った際に、気管チューブまたは気管切開チューブが抜けた事例が報告されています。

事例1のイメージ図



◆報告されている23件の事例のうち、10件は気管チューブが抜けた事例であり、13件は気管切開チューブが抜けた事例です。

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業



No.54 2011年5月 ◆ ◆ ◆ ◆

体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去

事例 1

人工呼吸器は患者の左側にあった。右側に看護師A、左側に看護師Bが立ち、体位変換を行うため蛇管をアームから外した。看護師Aは左側臥位にするために患者の背部を押しており、蛇管を保持していなかった。左側臥位にした時、顔に貼っていた固定用のテープが蛇管の重さにより外れ、気管チューブが5cm抜けた。医師が抜管し、再度挿管した。

事例 2

患者には気管切開チューブが挿入されていた。看護師2人で清拭後、体重測定のため体位変換を行ったところ、人工呼吸器の低換気アラームが鳴った。気管切開チューブを確認すると、エア漏れの音がしたためすぐに医師に報告した。気管切開チューブの固定を外すと気管切開チューブが抜けており、新しい気管切開チューブを医師が再挿入した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・体位変換の前に気管・気管切開チューブの固定の状態を確認する。
- ・体位変換は2名以上で行い、役割を決め、声かけをしながら行う。
- ・人工呼吸器回路を保持し、過度の張力がかからないようにする。

総合評価部会の意見

- ・体位変換の後にも、患者の呼吸、気管・気管切開チューブの固定の状態や人工呼吸器の動作状況を確認しましょう。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として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。



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
〒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.jcqhcc.or.jp/html/index.htm>

医療安全情報 No. 55

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.55 2011年6月



公益財団法人 日本医療機能評価機構



2006年から2009年に
提供した医療安全情報

No.55 2011年6月

2010年にも類似事例が発生しています

番号 ¹⁾	タイトル ~内容~	2010年に報告された件数
【事例】		
No.1	インスリン含量の誤認 ~バイアルの「100単位/mL」という表示を誤認し、過量投与に伴い低血糖をきたした事例~	1件
<p>医師は、インスリン静脈内持続投与の際、「ヒューマリンR50単位+生食 50mL(1単位=1mL) 1mL/h」と指示した。看護師Aは、「ヒューマリンR注100単位/mL 50単位」という処方箋の記載を見て「100単位/mL」を「100単位10mL」と勘違いし、「50単位は5mL」と計算した。処方箋と薬剤を看護師Bと確認したが、看護師Bは同指示の作成経験がなく、そのまま準備、開始した。3時間半後、患者の血糖値が51mg/dlであったため確認したところ、インスリン5mL(50単位)を混注していることが判明した。</p>		
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 ~抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴い骨髄抑制をきたした事例~	2件
<p>医師は、関節リウマチの患者にリウマトレックスカプセルの投与を開始した。3週間分の処方をするために、週に1回3日分を入力すべきところ、曜日指定を入力し忘れ21日間連日投与の入力となった。患者には週1回の投与であると口頭で説明し、処方箋を発行した。院外薬局からも、疑義照会はなかった。薬剤師から内服方法の説明はなく、患者は処方通りにリウマトレックスカプセルを連日服用した。患者は、歯肉出血等が出現したため、自己判断で内服を中止した。主治医は、3週間後に患者が来院した際に初めて処方ミスに気付いた。(他1件は医療安全情報No.45(2010年8月)第2報提供後の事例です。)</p>		
No.3	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔 ~グリセリン浣腸に伴い直腸穿孔などをきたした事例~	5件
<p>患者の排便を施行したが、十分に努責をかけられないため、トイレ内で臀部を突き出すような姿勢でグリセリン浣腸を施行した。その後、翌朝にかけて下血を認めた。(他4件)</p>		

医療
安全情報

No.55 2011年6月 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆
2006年から2009年に提供した医療安全情報

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2010年に報告された件数
【事例】		
No.4	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～	1件
<p>医師は、救急外来を受診した患者に対して、生食100mL+メチコパール1A+ノイトロロピン1Aの指示を電子カルテに入力した。薬剤師は、生食100mLとメチコパール、ノイトロジンを払い出した。看護師は、混注の際、注射指示と薬剤名が違うことに気付き、医師に確認した。医師が、バイアルを確認しないまま「それでいいよ」と言ったため、看護師は、似た名前の後発医薬品だと思い点滴に混注し、実施した。</p>		
No.5	入浴介助時の熱傷 ～入浴介助の際、湯の温度を直前に確認しなかったことにより熱傷をきたした事例～	2件
<p>患者は、シャワーが高温の設定になっていたことに気付かず、また、シャワーヘッドが患者に直接あたる向きであることを確認しないまま、給湯レバーを上げた。約70度のお湯が患者の右肩部にかかり、熱傷を生じた。(他1件)</p>		
No.6	インスリン単位の誤解 ～インスリンの「単位」を「mL」と誤解し、過量投与に伴い低血糖をきたした事例～	1件
<p>看護師Aは、指示のノボリンR注「4単位」を看護師Bと確認し、ツベルクリン用注射器を使って準備した。看護師Aが患者にインスリンを注射中、看護師Cは、インスリン専用注射器を使用していないことに気付いた。確認したところ、ツベルクリン用注射器に「0.4mL(40単位)」のインスリンを準備し、実施したことがわかった。</p>		
No.7	小児の輸液の血管外漏出 ～薬剤添付文書上、輸液の血管外漏出に関する危険性の言及の有無にかかわらず、小児に対する点滴実施の際、輸液の血管外漏出により、治療を要した事例～	8件
<p>医師は、患児の左手背に24G留置針で血管確保した。その後、シーネで固定し、輸液ポンプを使用し、ソルデム3Aを35mL/hにて輸液した。看護師は、2時間毎に滴下と輸液ポンプの作動状況を確認していたが、点滴部位は包帯で覆われており観察が十分にできなかった。翌日、シーネ固定の巻き替えの際に、左上肢全体の腫脹と左手背の一部白色化を発見した。(他7件)</p>		
No.8	手術部位の左右の取り違い ～手術部位の左右を取り違えた事例～	5件
<p>医師Aは、右慢性硬膜下血腫の患者の画像所見を確認したが、カルテと手術申込書に「左」と記入した。手術室の外回りの看護師は、手術申し込みが「左」と記入されていたため、左だと思い込んだ。執刀医の医師Bは、右頭部の皮膚を切開すべきところ、左頭部の皮膚を切開した。(他4件)</p>		



No.55 2011年6月 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆
2006年から2009年に提供した医療安全情報

番号 ¹⁾	タイトル ~内容~	2010年に報告された件数
【事例】		
No.9	製剤の総量と有効成分の量の間違い ~製剤の総量と有効成分の量との誤認による事例~	2件
<p>主治医は、紹介状に記載されていた「10%フェノバルビタール散 0.5g/日」を処方する際に、「mg」処方の場合には力価、「g」処方の場合には倍散で処方という院内の取り決めを知らず、「フェノバル 10%500mg/日 5日分」とオーダーした。電子カルテに常用量オーバーのメッセージが出たが、医師は紹介状を再確認し、そのまま処方した。薬剤師は、当該薬品を「5g 5日分」秤量し、交付した。次の処方の際、処方鑑査で過剰投与がわかった。(他1件)</p>		
No.10	MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み ~MRI検査室内への磁性体(金属製品など)の持ち込みに伴う事例~	5件
<p>医師は、技師と共に患児に磁性体がついていないか確認し、MRI検査室へ搬送した。その際、点滴スタンドが非磁性体(MRI用)か磁性体かは判別していなかった。ガントリー内部に患児が進入した際に、点滴ルートが引っ張られたため、点滴スタンドをガントリーに近づけた瞬間、点滴スタンドがMR装置に吸着した。(他4件)</p>		
No.11	誤った患者への輸血 ~輸血用血液製剤を接続する際に、患者と使用すべき薬剤の照合を最終的に行わなかった事例~	2件
<p>患者Aに輸血用血液製剤を投与することになった。本来、輸血時は、指示オーダー、施行者、患者のネームバンドの3点を認証する運用となっていたが、患者Aにはネームバンドが付いていなかった。そのため、看護師Bはネームバンドの代わりに診察券のバーコードを用いて、患者Aから離れた場所で認証した。その後、患者Aの輸血を投与する際に、誤って隣のベッドの患者Cに輸血を開始した。投与開始直後、看護師Dが間違いに気付いた。(他1件)</p>		
No.15	注射器に準備された薬剤の取り換え ~手術・処置等の際、複数の注射器にそれぞれ薬剤名を表示して準備していたにも関わらず、確認を怠ったことにより、取り換えた事例~	1件
<p>看護師Aは、患者Bのヘパリンロック液を使用後、患者名、日付等を記入し冷蔵庫のトレイに保管した。看護師Cは患者Dのヘパリンロック液を使用後、同じトレイに保管する際、患者Bのヘパリンロック液残液を患者Dのものと思い込み、名前を確認せず廃棄し、患者Dのヘパリンロック液をトレイに保管した。看護師Aは、患者Bの輸液終了後、冷蔵庫のトレイに残っていたヘパリンロック液の患者名を確認せず1mL弱注入した。その際、保管した残量と違う事に気付いた。</p>		

No.55 2011年6月 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ 2006年から2009年に提供した医療安全情報

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2010年に報告された件数
【事例】		
No.17	湯たんぽ使用時の熱傷 ～湯たんぽを使用した際、熱傷をきたした事例～	2件
<p>看護師は、カバーに入れバスタオルを巻いた湯たんぽを準備し、患者の下肢を温めた。夜間、患者が下肢の痛みを訴え、看護師が確認すると約2cmの水疱が形成されていた。(他1件)</p>		
No.19	未滅菌の医療材料の使用 ～誤って未滅菌の医療材料を準備・使用した事例～	2件
<p>看護師Aは、滅菌済の専用台車を滅菌前のものでしょうか、滅菌後に色が変色するシールを貼付した未滅菌のコンテナを搭載した。その後、看護師Bは滅菌済の専用台車を清潔区域に運び入れ、シールの色の変化の確認を行わず、コンテナを収納した。手術前日、委託職員が物品の準備を行った際も、シールの確認をしなかった。手術当日、器械出し看護師Cは、手術室内に準備してあったコンテナのシールの色を確認せず開封した。看護師Dは、コンテナ内にあった定数表を手術室の壁に貼付したが、その際にもシールを確認しなかった。手術開始1時間後、外回り看護師Eは、定数表の用紙が滅菌済の状態に変化していないことに気づき、定数表の裏に貼付されていたシールの色を確認したところ、コンテナが滅菌されていないことが判明した。(他1件)</p>		
No.20	伝達されなかった指示変更 ～関連する部署に指示変更が伝わらなかったため、変更前の指示が実施された事例～	5件
<p>患者は、化学療法目的で入院中、白血球減少症治療薬を注射していた。白血球の増加がみられたため、医師は中止の指示を出したが、処方箋の中止処理を行わなかった。看護師は、前日の白血球の増加は確認していたがオーダーは確認せず、処方箋と薬剤が存在していたため、「注射がある」と思い込み実施した。実施サインを入力する際に、中止であることに気付いた。(他4件)</p>		
No.22	化学療法の治療計画の処方間違い ～化学療法の際、治療計画を間違えて投与した事例～	1件
<p>放射線治療を行っていた食道癌の患者に対し、化学療法のハンドブックのプロトコルを参考に、主治医が化学療法の注射薬の処方を行った。1、2週連続で投与するプロトコルの予定であったが、1週と5週で行うプロトコルの用量を参照し、2週間連続して投与した。他科の医師から薬剤量が多いと指摘を受け、間違いに気付いた。</p>		
No.23	処方入力の際の単位間違い ～処方入力の際、薬剤の単位を間違えたことにより過量投与した事例～	4件
<p>朝の採血でカリウムが高値であったため、グルコース・インスリン療法を予定した。医師は、ヒューマリンRをオーダーする際に単位を確認せず、「8単位」にするところを誤って「8mL」とした。担当看護師は、インスリンは初めて使用する薬剤であり、投与量について知識がないまま準備、投与した。その後、低血糖を認め、オーダー間違いに気付いた。(他3件)</p>		



No.55 2011年6月 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆
2006年から2009年に提供した医療安全情報

番号 ¹⁾	タイトル ~内容~	2010年に報告された件数
【事例】		
No.24	人工呼吸器の回路接続間違い ~人工呼吸器の回路接続を間違えた事例~	1件
<p>手術室から気管挿管し帰室した患者に、医師はMEが組み立てた人工呼吸器を装着した。翌日、加湿器の蒸留水は減少していたが、回路内に水滴が付着していなかった。回路を点検したところ、回路の吸気と呼気が反対に組み立てられていることに気付いた。</p>		
No.27	口頭指示による薬剤量間違い ~口頭指示の際、薬剤の単位や量、希釈の条件を明確に伝えなかったため、薬剤量を間違えた事例~	6件
<p>看護師は、ペンタジンを1/2Aを準備した後、「ドルミカム2mLと生理食塩水8mLで10mLにして下さい」と指示を受け準備を行った。その後、医師から「ペンタジン1/2A静注」と指示があり、看護師は復唱して実施した。次に、医師が「ドルミカム2mL」と指示した際、看護師は指示を聞き漏らしたが、復唱せずにドルミカムを注射した。医師が「何mL入れているのか」と質問した時には、既に8mL注入していた。(他5件)</p>		
No.29	小児への薬剤10倍量間違い ~小児に対する処方の際、薬剤量を10倍間違え、過量投与した事例~	2件
<p>医師は、オーダリングシステムでテグレトールを25mg/日で処方するところ、250mg/日と入力した。薬剤師は薬剤鑑査時、処方量が多いと認識していたが、専門医であれば使用する量と判断し医師に問い合わせず調剤した。次の受診時、テグレトール(CBZ)の血中濃度が高値であったが、医師は過量に気付かず、次回の処方を半分量の125mgとして処方した。処方変更後も患者の眠気が続いている為、医師がオーダーを見直したところ10倍量のテグレトールを投与していたことに気付いた。(他1件)</p>		
No.30	アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与 ~診療録の決められた場所に薬物アレルギー情報の記載がなかったため、禁忌薬剤を投与した事例~	9件
<p>患者は、頭痛に対し鎮痛剤を希望した。看護師は、当直医に報告し、カルテを確認しながら病名等を伝えた。この際、禁忌薬剤欄に記載はなく、カルテの枠外に「AIA」(アスピリン喘息)と記載され赤丸表記してあったが伝えなかった。当直医は、常備薬のロキソニンの服用を指示し、看護師は与薬した。(他8件)</p>		



No.55 2011年6月 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆
2006年から2009年に提供した医療安全情報

番号 ¹⁾	タイトル ～内容～	2010年に報告された件数
【事例】		
No.32	ウォータートラップの不完全な接続 ～人工呼吸器回路のウォータートラップのカップの接続が不完全であったため、患者の呼吸状態が一時悪化した事例～	1件
<p>患者に使用していたサーボ900Eのウォータートラップの貯留水を廃棄し再接続した後、ウォータートラップを下方に引いて接続を確認した。1時間後、心電図モニターのアラームで訪室した。患者にチアノーゼを認め、人工呼吸器の分時換気量が「0」を示していた。他の人工呼吸器に交換したところ、患者の状態は改善した。最初に使用していた呼吸器の吸気側のウォータートラップは外観に問題は無いように見えたが、触ると接続が不完全な状態であった。</p>		
No.33	ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出 ～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、輸液が血管外へ漏出した事例～	2件
<p>CVカテーテルが入らず、前日より使用していた左前腕の点滴の確認が不十分なまま、レミナロン1000mgを5%ブドウ糖250mlに溶解した輸液を投与した。投与中、刺入部の変化はなかったが、3時間後、右手に新しいライン確保ができたため、レミナロンをつなぎ変えた。翌日、左前腕部の皮膚が黒色に変化し、その後、壊死した。添付文書によると「末梢血管から投与する場合、レミナロン100mgあたり50mL以上で点滴静注することが望ましい」と記載があった。(他1件)</p>		

1)の番号は、医療安全情報の提供番号を示しています。

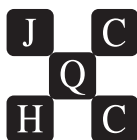
◆上記タイトルの未掲載事例につきましては、平成22年年報に掲載いたします。

※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。



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

〒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。