

医療事故情報収集等事業

第37回報告書

(平成26年1月～3月)

平成26年6月26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37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	37
1 医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例収集の経緯	37
2 医療事故情報収集・分析・提供事業の概要	39
【1】事業の目的	39
【2】医療事故情報の収集	39
【3】医療事故情報の分析・公表	40
3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の概要	41
【1】事業の目的	41
【2】ヒヤリ・ハット事例情報の収集	41
【3】ヒヤリ・ハット事例情報の分析・提供	43
II 報告の現況	44
1 医療事故情報収集等事業	44
2 医療事故情報収集・分析・提供事業	45
【1】登録医療機関	45
【2】報告件数	47
【3】報告義務対象医療機関からの報告の内容	51
3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業	70
【1】登録医療機関	70
【2】全医療機関の発生件数情報報告	72
【3】事例情報参加登録申請医療機関の報告件数	77
【4】事例情報参加登録申請医療機関からの報告の内容	81

Ⅲ 医療事故情報等分析作業の現況 98

1 概況	98
【1】分析対象とするテーマの選定状況	98
【2】分析対象とする情報	98
【3】分析体制	99
【4】追加調査	99
2 個別のテーマの検討状況	100
【1】職種経験1年目未満の看護師・准看護師に関連した医療事故	100
【2】気管切開チューブが皮下や縦隔へ迷入した事例	121
【3】事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例	131
3 再発・類似事例の発生状況	142
【1】概況	142
【2】「小児の輸液の血管外漏出」（医療安全情報 No. 7）について	145
【3】「電気メスによる薬剤の引火」（医療安全情報 No. 34）について	151

参考 医療安全情報の提供 159

【1】事業の目的	159
【2】主な対象医療機関	159
【3】提供の方法	159
【4】医療安全情報	160

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

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、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。

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。医療安全情報は平成23年2月から全国の約6割の病院に提供するまで拡大しています。

本事業は開始後9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37回目になります。今回は平成26年1月から3月までにご報告いただいた医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の報告をとりまとめたものです。また、本報告書に掲載しております医療安全情報はこれまで91回の情報提供を行ってきたもののうち、平成26年1月から3月に提供したNo. 86からNo. 88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37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

本事業は開始後9年が経過しました。この間、本事業に対する医療機関の皆様の反応には大きな変化があったと考えています。事業開始当初には、報告した事例をどのように活用されるのかわからない、という不安を感じておられた医療機関が多かったように記憶しています。しかし最近では、収集した情報をもっと使いやすい形で提供して欲しいといったご要望が増えてきており、これは事業開始当初とは異なる大きな変化であると考えられています。その結果、皆様ご存じのとおり、報告書や年報は次第に内容の濃いものになるとともに、医療安全情報の提供を行い、さらに後述するWebを活用した情報提供も開始しております。それらの情報を基盤に、参加して下さっている医療機関の方々に有用な情報としてお返しすることによって、経験したことのないタイプの医療事故の実態も理解することが可能となり、具体性をもった医療事故防止が可能となるようです。

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

今回は平成26年1月から3月までにご報告頂いた医療事故情報と、ヒヤリ・ハット事例のご報告をとりまとめた第37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、「職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故」「気管切開チューブが皮下や縦隔へ迷入した事例」「事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例」を取り上げました。さらに、本報告書が対象とする平成26年1月から3月に提供した、医療安全情報のNo. 86からNo. 88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回報告書から担当部長による解説の頁を、私からのご挨拶の頁に引き続いて設けております。その頁をお読みいただくことにより、本事業を支えておられる参加医療機関の皆様に、本事業の最新の状況をお知らせできるものと考えております。そのような本報告書の内容を、医療機関において、管理者、医療安全の担当者、医薬品の安全使用のための責任者、医療機器の安全使用のための責任者及びその他の職員の皆様の間で情報共有して頂くことにより、医療安全推進にお役立て下されば大変幸いに存じます。

国民の医療に対する信頼を回復し、その信頼を保っていくためには、医療の安全性を向上させる取り組みを永く続けていくことが必要であると考えておりますので、私共の事業を通じて、個々の医療事故防止を超えて、医療に関わる人々の誇りとなるような旗印を作りたいと念願しています。そのために、9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、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37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

平素より、本事業の運営にご理解、ご協力いただき、深く感謝申し上げます。

さて今回は、平成26年1月から3月までにご報告頂いた医療事故情報とヒヤリ・ハット事例のご報告をとりまとめた第37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おかれましては、医療事故やそれに至る前に防止できたヒヤリ・ハット事例の種類や内容、医療機関や医療界が再発防止に向けて取り組んでいる姿を、ご理解いただければ幸いに存じます。

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

2 第37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(44頁)。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、36回報告書に記した数より少し増えて平成26年3月31日現在で1,373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(<http://www.med-safe.jp/contents/register/index.html>)。

2) 報告件数など

この報告書が対象としている平成26年1月から3月の間に、771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702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69件のご報告をいただきました。平成25年の同時期は報告義務対象医療機関から780件、参加登録申請医療機関から70件の、計850件の報告をいただきましたので、それよりは80件程度少ない件数でした。昨年は、1年間で3,049件のご報告をいただきましたので、この1～3月報告分を単純に1年分に換算すれば、本年も、昨年とほぼ同じかやや多い程度の報告が続いており、引き続き医療事故を報告することが次第に定着してきているものと考えています。そして、将来、報告範囲に該当する事例が十分報告されるようになった段階で、特定の種類の医療事故がいくつも減少して行くことが観察されるとすれば、それは望ましいことと考えています。そのた

めにも有用な事例の報告、分析、情報提供という改善サイクルを回し続けることが重要です。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、医療事故やヒヤリ・ハット事例の報告をいただいている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（39～40頁）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。

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、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) 任意参加医療機関からの報告件数～任意参加医療機関からの報告を期待しています～

任意参加の医療機関から報告される医療事故の件数については、報告義務が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、平成22年は521件と、それまでの約3倍程度に増加しました。しかし、平成23年は316件、平成24年は347件、そして平成25年も341件にとどまりました。1～3月期の報告件数も69件であるため、これを1年分に換算してもあまり多くの増加にはなりません。一方で、任意参加の医療機関数は697施設に増加しており、そのことは院内だけでなく全国の医療安全を推進する本事業へのご協力の意思のあらわれと考えられ大変ありがたく思っております。そして、「参加」していただく段階の次は、「報告」の段階です。

昨年の報告件数をみると、私どもの取り組みを含め、この「報告」の段階の取り組みがまだに不十分であると考えられます。

任意で参加されている医療機関からの報告件数が、報告義務が課せられている医療機関からのそれよりも随分少ないことは、報告に対する意識の違いを示しているとも考えられ、本事業の運営会議でも指摘されているところです。また、私が依頼講演に対応するたびに、出席者の皆様に、この点についてご説明とご協力を依頼しています。同時に、報告件数の増加は、医療機関や医療界の中に、医療事故情報を外部報告することについて十分な動機が成熟してこそ、件数だけでなく質の高い内容の報告がなされるという考え方も合わせてご説明しています。つまり、報告件数が少ないことを問題視するあまり、国がいたずらに報告義務を拡大したり、罰則を課したりする方法で達成されるものではないと考えています。

医療事故報告件数は、医療界が医療安全に積極的に取り組んでいる姿勢が評価されるひとつの目安になると思われれます。その件数に、報告義務が課せられている医療機関と任意で参加されている医療機関の間に大きな差があることは、必ずしも日常の診療現場の医療安全の努力の実態を反映していないのではないかと考えられます。そこで、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例の適切なご報告に引き続きご協力いただきますように、宜しくお願いいたします。

表1 医療事故の報告件数

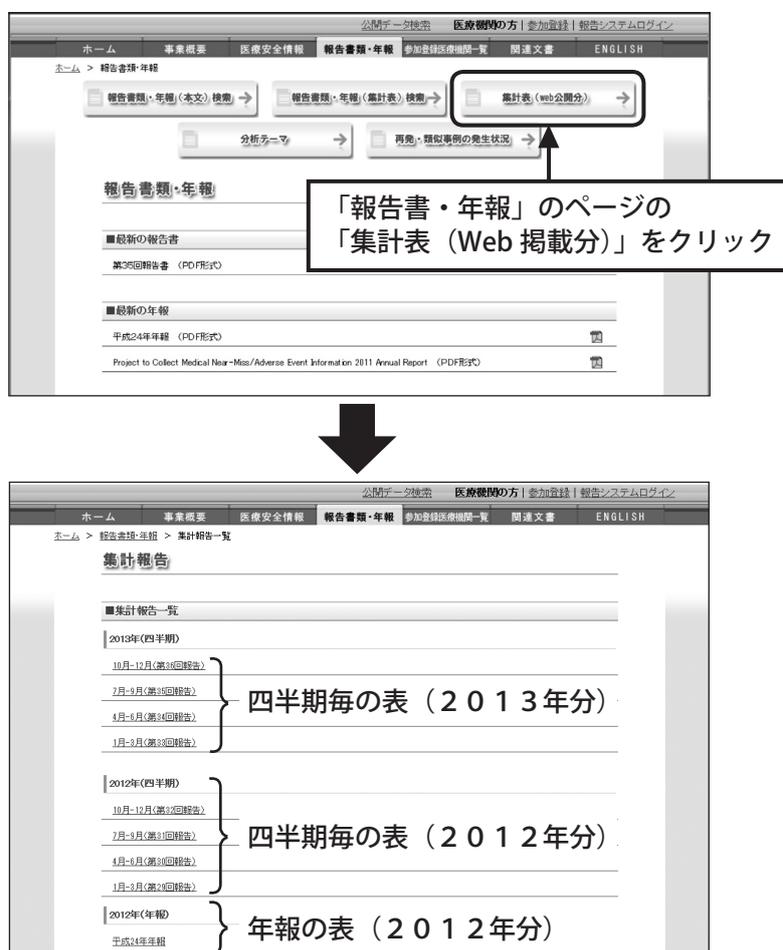
参加形態	年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
報告義務	報告件数	1,296	1,266	1,440	1,895	2,182	2,483	2,535	2,708
	医療機関数	273	273	272	273	272	273	273	274
任意参加	報告件数	155	179	123	169	521	316	347	341
	医療機関数	300	285	272	427	578	609	653	691

4) 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。

また、「事故調査委員会設置の有無」「当事者の直前1週間の勤務時間」「発生場所」「事故調査委員会設置の有無」「事故の概要×事故の程度」など、報告書に掲載していない図表が、ホームページ (<http://www.med-safe.jp/contents/report/html/StatisticsMenu.html>) に掲載されていますので、ご参照ください。

図1 集計表のページ



5) 個別のテーマ（100～141頁）

今回の個別テーマとしては、「職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故」「気管切開チューブが皮下や縦隔へ迷入した事例」「事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例」を取り上げました。いずれも、今回初めて取り上げるテーマです。

これらのうち、「職種経験1年未満の看護師・准看護師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前方視的に分析しているテーマです。それ以外の「気管切開チューブが皮下や縦隔へ迷入した事例」「事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例」は、1～3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。

表2 分析テーマ一覧

①前方視的分析を行うテーマ (テーマを設定後、事例を1年間報告していただき分析するテーマ)
・職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故
②後方視的分析を行うテーマ (1～3月に報告された事例の中からテーマを設定し、同種事例を過去に遡って活用し分析するテーマ)
・気管切開チューブが皮下や縦隔へ迷入した事例
・事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例

テーマ分析の概要を次に紹介します。

① 職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故（100～120頁）

本テーマは、本報告書から4回にわたり取り上げる予定のテーマであり、今回が初回の掲載となります。看護職員には、一層患者の視点に立った質の高い看護の提供が求められている一方で、看護学生の臨地実習は、看護業務の複雑化や患者の安全の確保の視点からその範囲や機会が制限される傾向にあります。そこで、平成18年に厚生労働省では「看護基礎教育の充実に関する検討会」を開催し、検討会の報告を受けて、文部科学省では、平成20年に保健師助産師看護師学校養成所指定規則等の一部を改正する省令を公布しました。この改正により、平成21年度から保健師助産師看護師学校養成所のカリキュラムに「統合分野」が創設され、「看護の統合と実践」の中に「医療安全」が明記されました。また、厚生労働省は、平成21年7月に保健師助産師看護師法、看護師等の人材確保の促進に関する法律を改正し、平成22年4月から、新人看護職員研修を努力義務としました。さらに新人看護職員が基本的な臨床実践能力を獲得するため、医療機関の機能や規模の大きさに関わらず新人看護職員を迎えるすべての医療機関で新人看護職員研修が実施される体制の整備を目指して平成23年2月に「新人看護職員研修ガイドライン」をとりまとめました。厚生労働省が行った平成23年の医療施設調査の新人看護職員研修の状況では、「新人看護職員がいる」4,764施設（病院総数の56.1%）のうち「新人看護職員研修ガイドラインに沿った研修を実施している」は3,875施設（新人看護職員がいる病院の81.3%）となっています。

その後、このガイドラインは、平成25年11月より「新人看護職員研修ガイドラインの見直しに関する検討会」において見直しが行われ、平成26年2月に「新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】」

が公表されました。改訂版のガイドラインでは、到達目標の項目の表現や到達の目安の一部修正、到達目標設定に係る例示の追加等を行っています。

本事業の医療事故報告においても、当事者が看護職員である事例は多く報告されています。中でも、職種1年未満の看護師または准看護師による知識不足や経験不足であったことから起こった事例の報告があり、職種1年未満の看護師または准看護師の事例に焦点を当てて医療事故の分析を共有することは有用であると考え、分析テーマとして取り上げました。

報告された医療事故事例の概要の分析では、まず、平成25年に本事業部に報告された全職種の事例の概要を見ると、「療養上の世話」(38.7%)に次いで、「治療・処置」(25.9%)の事例が多く報告されていましたが、これに対して新人看護師の事例の概要では、「療養上の世話」の事例が最も多く289件(57.9%)、次いで「薬剤」の事例が77件(15.4%)、「ドレーン・チューブ」の事例が58件(11.6%)、などが多く報告されていました。「輸血」や「検査」の報告事例は報告件数があまり多くありませんでした。また、職種経験1年以上の看護師または准看護師の事例と比較すると、「薬剤」、「ドレーン・チューブ」の事例は新人看護師の方が事例の割合が高く、「療養上の世話」の事例は職種経験1年以上の看護師の事例の割合が高い結果でした。特に「薬剤」の事例は、職種経験1年以上の看護師と比較して、2倍弱の割合となっていました。

新人看護師の職種経験月数と報告件数の分析では、2ヶ月(6月)ごろから徐々に報告事例数が増え、職種経験月数6ヶ月(10月)以降は、60件前後の報告が続いていました。職種経験月数0ヶ月または1ヶ月の新人看護師が当事者となった事例の報告は少ない結果でした。これは、入職後は指導を受けながらの業務となり、一人で担当できる業務が少ないためと考えられました。このほかに、新人看護師に関する医療事故の程度、具体事例の紹介や、ヒヤリ・ハット事例の分析などを掲載しています。

本報告書から4回にわたり分析する結果は、新人看護師に関連した医療事故やヒヤリ・ハット事例について重要なデータや分析結果を提供し、今後の看護師教育においても有用なものとなることが期待されます。医療機関におかれましては、報告された事例の背景・要因や改善策を、日々の看護さまざまな医療提供の機会に、安全を確保するための参考としていただければ幸いです。

表3 新人看護師の職種経験月数と報告件数

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
職種経験月 (ヶ月)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
事故の概要													
薬剤	0	2	3	9	8	9	7	11	8	9	4	7	77
輸血	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
治療・処置	0	0	0	0	0	2	5	0	1	6	0	4	18
医療機器等	0	0	2	3	0	1	2	1	1	2	1	2	15
ドレーン・チューブ	1	3	2	2	2	2	12	10	10	7	3	4	58
検査	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3
療養上の世話	6	7	13	21	25	26	29	33	29	39	25	36	289
その他	0	0	1	3	4	4	6	1	10	4	2	2	37
合計	7	12	22	39	39	44	61	57	60	67	36	55	499

※件数に応じて、マスの色の濃さを変えて表示しており、色が濃いほど報告件数が多い。

② 気管切開チューブが皮下や縦隔へ迷入した事例（121～130頁）

気管を切開し、気管切開チューブを留置する経気管切開孔挿管は、①口腔挿管や鼻腔挿管により開始した呼吸管理が長期に行われることが必要な患者の気道粘膜へ与える刺激や、唾液の流れ込みにより誤嚥性肺炎を起こすことを軽減する、②口腔外科手術後の、出血や浮腫による気道閉塞を起こす可能性がある患者の気道を確保する、ことなどを主な目的としてなされています。本事業では、過去に医療安全情報 No. 54 「体位交換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去」を作成、提供し、人工呼吸器を装着した患者の体位変換を行った際に、気管チューブまた気管切開チューブが抜けた事例について、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することを掲載し、注意喚起を行いました。その後、本報告書対象分析期間（平成26年1月～3月）において、患者に留置された気管切開チューブが抜けそうになるなど、何らかの原因で留置された位置が移動し、皮下や縦隔に迷入した事例が報告されました。人工呼吸器による管理中の気管チューブの留置位置の移動は、換気の継続に影響し、重大な医療事故につながる可能性がある事例です。そこで、分析テーマとして取り上げました。事例には、1) 気管切開チューブの交換の際、新しく挿入したチューブが皮下等に迷入した事例と、2) 気管切開チューブの留置使用中に、何らかの原因で皮下等に迷入した事例とがあり、それぞれについて、事例発生時の状況や、気管切開術施行後の期間、事例発生の主な背景・要因、報告された改善策などを掲載しています。事例の中には、気管切開チューブ周囲の集結の処置や、ガーゼ交換などの際に、留置位置がずれ、その後の挿入が困難であった事例などがあり、これらの事例に学ぶことは有用であると考えられました。

また、類似事例は、他団体においても収集、分析されており、その結果は、日本医療安全調査機構が公表している「警鐘事例～事例から学ぶ～ 気管切開術後1週間のリスク管理」や、医薬品医療機器総合評価機構が公表している「PMDA医療安全情報 No. 35 気管切開チューブの取扱い時の注意について」として公表されていますので、本稿に掲載しています。

本事例は、先述したとおり重大な医療事故につながる可能性が高い事例です。そこで、他施設から報告された事例の分析の内容を医療機関においてご活用いただき、同種の医療事故の発生予防に努めていただければ幸いです。

表4 「気管切開チューブの留置使用中」の発生時期

	気管切開後 ～翌日	～1週間	～2週間	～1ヶ月	～6ヶ月	不明	合計
気管切開チューブ周囲の 処置後	2	1	1	0	0	1	5
患者の移動や体位変換後	3	0	1	0	0	0	4
浮いている気管切開チューブ を押し込んだ後	2	0	0	0	0	1	3
不明	0	0	0	0	0	1	1
合計	7	1	2	0	0	3	13

③ 事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例（131～141頁）

医療現場で働く職員は、医師や歯科医師、薬剤師、看護師などの医療スタッフや、介護や福祉、給食、施設管理などに関わる多くのスタッフがチームを構成して、患者に医療を提供しています。

このようなチーム医療において、医療行為を行う医師や診療の補助や看護を行う看護師は、医療事故の当事者となることが多い現実があります。そのため、本事業の報告書に掲載しているテーマ分析では、医師や看護師などが関わる場面の内容が多く取りあげられてきました。

一方で、医療事故の当事者となることの少ない職種についても、全国から収集した当該職種に関する事例を共有することは、日常業務に潜むリスクを理解し、医療事故の発生予防、再発防止に有用であると考え、テーマとして取りあげて事例の概要を整理し掲載しています。例えばこれまでに「リハビリテーションに関連した医療事故」（平成20年年報222～224頁）、「放射線検査に関連した医療事故」（平成21年年報290～301頁、平成22年年報219～225頁）などを取りあげました。

今回、本報告書分析対象期間（平成26年1月～3月）において、事務職員が、診察券を忘れた患者の対応を行う中で、患者の取り違えが生じた事例が報告されました。このように医療職の業務以外の業務で生じたエラーによっても、誤った医療が提供され医療事故に繋がる可能性があります。事務職員は、受付や会計、カルテ管理、レセプト業務、クラークなど幅広い業務を行っており、それらの業務の実施において発生するエラーやその背景・要因を学ぶことは、医療機関にとって重要なことと考えます。そこで、本報告書では、事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例を分析テーマとして取り上げました。

事例の中でも、特に「患者の受付」「情報管理」「患者データの取り込み」の事例の報告件数が多かったことから、それぞれについて、具体事例の紹介、背景・要因の分析、報告された改善策を掲載しました。「患者の受付」の事例では、同姓同名患者の同定を誤った事例が、「情報管理」の事例では、患者が公表を希望していない部屋番号の情報や、患者自らに連絡するように希望していた入院予定日を患者以外の者に伝えた事例が、「患者データの取り込み」の事例では、他院から提供されたエックス線フィルムの情報をスキャンして取り込む際に、左右を逆にして取り込んだ事例などがありました。

これらの事例の背景・要因は、どの医療機関でも発生しうるものが多く報告されています。そこで、報告された改善策の中から導入可能なものを検討することが期待されるとともに、分析結果が事務職のスタッフの業務の改善による医療安全の確保を検討する契機となれば幸いに存じます。

表5 事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例の概要

	件数
患者の受付	9
患者取り違え	4
診察準備の間違い	2
患者対応の不備	1
患者氏名の間違い	1
その他（患者によるなりすまし）	1
情報管理	6
個人情報の取り扱い間違い	2
書類管理の不備	2
マスタ入力間違い	1
ファックスの誤送信	1
患者データの取り込み	4
患者取り違え	2
左右取り違え	1
データの取り込み漏れ	1
患者の会計	1
その他	1
合 計	21

6) 再発・類似事例の発生状況（142～158頁）

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。

143～144頁には、過去に提供した「医療安全情報」や「共有すべき事例」、「個別のテーマ」の中から、本報告書が対象とする本年1～3月に報告された再発・類似事例の一覧を掲載しています。「医療安全情報」の再発・類似事例の件数は、「処方入力の際の単位間違い」が4件、「薬剤の取り違え、薬剤の取り違え（第2報）」「手術部位の左右の取り違え、手術部位の左右取り違え（第2報）」「未滅菌の医療材料の使用」「画像診断報告書の確認不足」「膀胱留置カテーテルによる尿道損傷」が2件、その他は1件でした。

次に「共有すべき医療事故情報」の再発・類似事例の件数は、「体内にガーゼ以外の異物が残存した事例」が10件、「熱傷に関する事例（療養上の世話以外）」が9件と多く、『療養上の世話』において熱傷をきたした事例が6件、「施設管理の事例」「体内にガーゼが残存した事例」が4件、「左右を取り違えた事例」「ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例」がそれぞれ3件などでした。

最後に「個別テーマ」の再発・類似事例の件数は、「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4件、その他の事例は1～2件でした。

それらの中から今回取り上げたのは、

「小児の輸液の血管外漏出」(医療安全情報 No. 7) (145～150頁)

「電気メスによる薬剤の引火」(医療安全情報 No. 34) (151～158頁)

です。概要を次に示します。

① 「小児の輸液の血管外漏出」(医療安全情報 No. 7) (145～150頁)

「小児の輸液の血管外漏出」は、平成19年6月に医療安全情報 No. 7として提供し、新生児などの小児において、輸液が血管外に漏出し、皮膚潰瘍、皮膚壊死、腫脹、手指の冷感、水疱などを認めたために治療を要した事例を取り上げました(医療安全情報掲載件数9件 集計期間：平成16年10月～平成19年2月)。その後も、毎年4～9件の報告がなされています。このたび、本報告書分析対象期間(平成26年1～3月)においても類似の事例が1件報告された報告されたため、再び取りあげたものです。

輸液の際の血管外漏出は、患者の全身状態や、薬液の濃度や注入する速度などの影響が大きく、必ずしも予防可能なものばかりではありません。また患者の血管が脆弱であり、薬剤の投与による血管外漏出の危険性があるとしても、治療のために壊死性薬剤や炎症性薬剤などによる組織壊死や潰瘍形成といった患者への影響が大きいと考えられる薬剤を投与することもあります。一方で、報告された事例の中には、背景・要因として、点滴刺入部の観察が不十分であったことや、発見後の対応が記載されていたことから、広く共有することが有用であると考えられる内容の記載がありました。平成22年から本報告書分析対象期間(平成26年1月～3月)において報告された事例31件のうち、事例の内容や背景・要因の記載に、医療者の輸液管理について、改善すべき点が記載されている事例は22件あり、これらを分析しました。

小児に点滴針を刺入した際、自身がそのことを意識して注意、行動することが難しいうえ、異物に興味を持ち不必要に触ってしまうため、シーネや包帯を使用して保護する場合があります。しかし、そのような保護のために、医療者が外部から容易に刺入部や近傍部位の観察をすることが困難となり、点滴漏出の発見が遅れた事例や、刺入部や刺入した四肢の観察が難しかった事例があります。そこで、小児の固定方法について、テープの種類や太さ、あるいはテープの貼付方法について医療機関内で検討することが重要と考えられました。また、夜間に患者や家族に配慮して暗い環境で刺入部の観察を行ったことが背景・要因にあげていることから、病棟で夜間に使用する懐中電灯が必要な照度を有しているかどうかを確認しておくことも必要と考えられました。さらに、輸液ポンプ等のアラームが鳴るはずである、という思い込みがあったことが背景・要因であげられた事例もありました。医療安全情報 No. 7「小児の輸液の血管外漏出」では、医療機関の取り組みとして示されている「輸液ポンプ等は、輸液の血管外漏出ではアラームがならないことを周知する」ことを掲載していますが、この内容を周知することが重要と考えられました。その他に、多くの改善策が報告されていることから、刺入部の固定、観察の環境、シリンジポンプや輸液ポンプの仕組み、薬剤の性質の情報の共有などについて整理して示しています。

予防が困難な事例もある一方で、改善策の考えられる事例もあることから、医療機関におかれましては、本分析の内容や、これまでに提供した医療安全情報などを参考にいただき、小児の輸液の血管外漏出により処置が必要となる事例の発生防止に努めて頂ければ幸いです。

表6 「小児の輸液の血管外漏出」の事例で報告された主な症状・所見

症状・所見	件数
腫脹	17
水泡	13
刺入部や近辺部位の変色	9
皮膚壊死	5
潰瘍	3
発赤	2
糜爛	1
皮膚欠損	1
皮膚剥離	1
硬結	1
合計	53

※1つの事例に複数の症状・所見が認められる場合がある。

② 「電気メスによる薬剤の引火」(医療安全情報 No. 34) について (151～158頁)

「電気メスによる薬剤の引火」は、平成21年9月に医療安全情報 No. 34 「電気メスによる薬剤の引火」(医療安全情報掲載件数4件 集計期間:平成18年1月～平成21年7月)として提供しました。更に第27回報告書においても、電気メスの使用による薬剤の引火の危険性について知識はあったが、薬剤販売名の表記を誤解し、知識を活用することができなかった可能性がある事例の報告が分析対象期間内になされたため、「再発・類似事例の発生状況」(第27回報告書161～164頁 分析対象期間平成23年7月～9月)において、事例の概要とともに薬剤販売名の取り扱いルールなどを取りまとめました。このたび、本報告書分析対象期間(平成26年1月～3月)においても類似の事例が1件報告された報告されたため、再び取りあげたものです。

分析ではまず、引火した薬剤(一般名)を整理して示しました。0.5%ヘキサック[®] アルコール液、マスキン[®] R・エタノール液(0.5w/v%)など、様々な薬剤がありました。術野の消毒など電気メスを使用する場面で、引火の危険のあるエタノール含有の薬剤を選択し使用することは、医療現場では起こりうることです。そこで、本事業開始後に報告された9件の事例の中で引火した薬剤の種類や添付文書の記載内容について整理して示しました。電気メスによる発火事故が報告されているので、電気メスを使用する場合には本剤を乾燥させることや、使用にあたっては火気に十分注意することなどが記載されています。また、電気メスを使用した際に引火した主な背景・要因を整理して示しています。その中には、術者が電気メスの引火の危険性に関する知識を有していても、手術の進行や出血などの状況に迅速に対応する中で思わず引火の危険を生じる行動を取った事例もありました。術者自身が十分に認識することは言うまでもないことですが、術野を中心とした術者の視野には限りがある状況の中で、引火性のある薬剤や電気メスを安全に使用できるように、術者以外の医療者チームが補完的ではなく積極的に声をかけるなど関与することの重要性が示唆されました。この他に、医療機関から報告された改善策をまとめて示しています。

なお医薬品ではなく一般医療機器である液体包帯「キャビロン_{TM} 非アルコール性皮膜 ワイブ (滅菌済)」を患者に塗布したところ引火し、熱傷が生じた事例も報告されましたので、参考資料として示しています。

医療機関におかれましては、本分析や、これまでに提供した医療安全情報などを参考にさせていただき、電気メスによる薬剤の引火の事例の防止に努めて頂ければ幸いです。

表7 電気メスの使用時、引火した主な背景・要因

主な背景・要因	
事例1	アルコール製剤の使用時、電気メスの取扱いに注意が必要であることは知っていたが、出血に対し反射的に電気メスを使用した。
事例2	術者が赴任前の施設で、アルコール非含有のイソジン液を用い消毒していた。当施設で初めての手術であったが、使用する消毒薬の成分を確認せず、アルコールが揮発する前に電気メスを使用した。
事例3	高濃度エタノールを含む消毒薬の添付文書の確認が不十分であった。手術室で、消毒薬を紙オムツで吸収した際、新たなものに交換せず使用を継続していた。
事例4	アルコール含有製剤を使用して術前処置が実施されていた。揮発したアルコールが術野に停滞し電気メスの火花で着火した可能性がある。 麻酔器を使用した全身麻酔の回路から酸素が流出し、着火部位付近に停滞したことで周囲の酸素濃度が上昇した可能性もある。

3 医療事故、ヒヤリ・ハット事例データベースとホームページの機能

1) 事例の検索機能

本事業のホームページの「公開データ検索」のボタンをクリックすると、図2の画面が現れます。このページ上で、医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を閲覧することができます。また、図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、皆様のコンピュータにダウンロードして活用することが可能です。このような事例を参考に、安全な診療、看護、調剤などのマニュアルの整備や医薬品の表示の改善、医療安全分野の医学的、工学的な研究が行われています。また、医療事故が発生した場合に、類似事例を閲覧することで、患者の病状の推移や治療方法などの点で参考になります。

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。そしてこの検索ページでは、本稿執筆時点で医療事故情報11,433件とヒヤリ・ハット事例27,946件が検索できます。

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います。

図3 処方オーダーシステムにおける「ノルバデックス®」と「ノルバスク®」の選択ミスに対する対策のお願い

医療関係者各位

処方オーダーシステムにおける「ノルバデックス®」と「ノルバスク®」の選択ミスに対する対策のお願い

2013年11月
アストレーザ製薬株式会社
ファイザー株式会社

謹啓
時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。
また平素は数々のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。
さて、アストレーザ製薬株式会社「ノルバデックス(タモキシフェンエンタネール)抗がん剤」およびファイザー株式会社「ノルバスク(タモキシフェンエンタネール)抗がん剤」(両薬剤とも「ノルバ」の共通性)は、両薬剤を併用している施設のみならず、ノルバデックスのみを採用している施設(ノルバスクの未採用施設)においても、処方オーダーシステムにおける両薬剤の選択ミスの事例が報告されております。また、この選択ミスは、乳癌もしくは高血圧・狭心症を治療している科以外の診療科を受診した患者の、持参処方方においても認められております。

この度、両社では、処方オーダーシステムにおける薬剤の選択ミスを未然に防ぐため、これまで調査した医療機関にて実施されている対策の事例、また処方オーダーシステムの各種機能のうち、各医療機関において汎用性が高いと思われる「両薬剤の選択ミスの具体的な対策事例」を全て紹介させて頂きたいと思っております。両薬剤、もしくはいずれの薬剤も併用している医療機関におかれましては、貴施設におけるご対応状況を踏まえ、処方オーダーシステムでの薬剤の導入を検討頂きますようお願いいたします。

今後ともご指図ご継続の程、よろしくお願い申し上げます。

謹白

処方オーダーシステムにおける両薬剤の選択ミスに対する対策事例

■表示方法の工夫
処方オーダーシステムで、ノルバデックスとノルバスクの表示方法を工夫し、両薬剤が間違えて選択されないようにする。

■検索方法の工夫
処方オーダーシステムで、ノルバデックスとノルバスクの検索方法を工夫し、両薬剤を間違えて検索・選択できないようにする。

注:具体的な対策事例の内容(裏面)を参照下さい。

処方オーダーシステムにおける対策事例

■表示方法の工夫
薬剤マスターに登録されている薬剤表示名称・表示方法を変更・工夫し、ノルバデックスとノルバスクが間違えて選択されないようにする。
注:システムの仕様により、図例以外の名称の印刷にも変更される場合があります。必ず、システムの内容を確認下さい。

●販売名の類似した薬剤は、薬剤名称に差効を付けて表示し注意を促す

例) 変更前の表示: ノルバデックス
ノルバスク
変更後の表示: <低血圧・狭心症>ノルバデックス
<抗がん剤>ノルバスク

●販売名の類似した薬剤が選択された際に、ポップアップ画面等により、選択した薬剤に間違いがないか確認を促す

例) ノルバデックスを選択した場合: 「抗がん剤ですかよろしいですか?」
ノルバスクを選択した場合: 「高血圧・狭心症の薬ですかよろしいですか?」

●抗がん剤等のハイスケ薬は、薬剤名称に★等のマークを表示し注意を促す

例) 変更前の表示: ノルバデックス錠10mg
変更後の表示: ★ノルバデックス錠10mg

●抗がん剤等のハイスケ薬は、薬剤名称に色を付けて表示し注意を促す

例) 変更前の表示: ノルバデックス錠10mg
変更後の表示: ノルバデックス錠10mg

注:各施設にて既に実施されているほか、この対策について十分に認識していない医療機関等による選択ミスが報告されております。必ず、貴施設の情報管理責任者へお伝えいただき、図例における対策の検討をお願いします。

■検索方法の工夫
薬剤マスターに登録されているノルバデックス(もしくは抗がん剤等のハイスケ薬)の検索キーを変更・工夫し、特定の検索語を付けないと検索されないようにする。
(間違えて検索・選択できないようにする)

●ノルバデックス(もしくは抗がん剤)の検索語を“ん”とした場合

例) 「のらばてくす」と入力しても、ノルバデックスは検索・表示されない
「んのはてくす」と入力すると、ノルバデックスが検索・表示される

ノルバデックス錠10mg
「CHOCEN」(一般名:タモキシフェンエンタネール)
抗がん剤、処方済薬

ノルバスク錠10mg
「ノルバスク」(一般名:タモキシフェンエンタネール)
抗がん剤、処方済薬

ノルバデックス/ノルバスクの取扱い(詳しくは添付書参照)につきましては、
公益財団法人日本医療機能評価機構「ホームページ」をご覧ください。
-医療事故情報収集等事業 http://www.med.npa.jp/
※製品名と使用目的は異なる科の処方箋でも記載されています。

3) ホームページの機能追加

昨年、本事業のホームページに、①「分析テーマ」と②「再発・類似事例の発生状況」のボタンを追加しました(図4)。

図4 本事業のホームページ

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

医療事故情報収集等事業

公開データ検索 | 医療機関の方 | 参加登録 | 報告システムログイン

ホーム | 事業概要 | 医療安全情報 | 報告書類・年報 | 参加登録医療機関一覧 | 関連文書 | ENGLISH

事業概要 → 事業要綱(PDF) → 事業のご案内(PDF)

お知らせ
2014.04.09 NEW
・ 医療事故情報収集等事業のFacebookを公開致しました。
Facebookページは、こちら

2014.05.15 NEW
・ 医療安全情報[No.90]を公開致しました。

2014.04.15
・ 医療安全情報[No.89]を公開致しました。

2014.04.01
・ 平成24年度医療事故情報収集等事業の最終報告書(最終報告書)を公開致しました。

2014.04.01
・ Englishページを公開致しました。

2014.03.26

公開データ検索 → 医療安全情報 → 報告書類・年報 → 分析テーマ → 再発・類似事例の発生状況

① 「分析テーマ」のボタン
② 「再生・類似事例の発生状況」のボタン

報告システムログイン | 関連文書 | 参加登録 | 医療機関一覧

利用ガイド | 参加登録

公益財団法人日本医療機能評価機構 HPへ | 薬局ヒヤリハット事例収集・分析事業 | 医療事故情報収集等事業

①のボタンをクリックすると、第1～36回報告書で取り上げた分析テーマについて、テーマのタイトルと該当するページのPDFファイルを閲覧することができます。

図5 分析テーマのページ

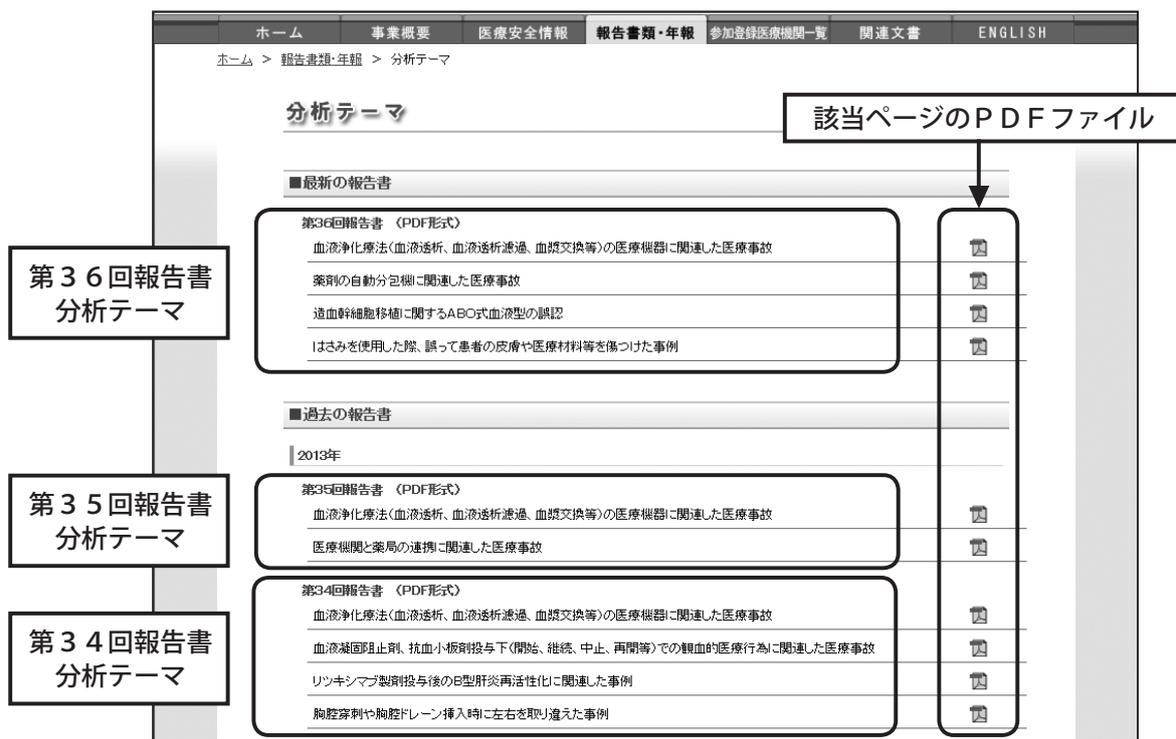


表8 第1～37回報告書で取り上げた分析テーマ一覧

事業開始後、第1～37回報告書に掲載したテーマの一覧を次に示します。

年	回数	延べテーマ No.	タイトル
2014年	第37回	154	職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故
		153	気管切開チューブが皮下や縦隔へ迷入した事例
		152	事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例
2013年	第36回	151	血液浄化療法（血液透析、血液透析濾過、血漿交換等）の医療機器に関連した医療事故
		150	薬剤の自動分包機に関連した医療事故
		149	造血幹細胞移植に関するABO式血液型の誤認
		148	はさみを使用した際、誤って患者の皮膚や医療材料等を傷つけた事例
	第35回	147	血液浄化療法（血液透析、血液透析濾過、血漿交換等）の医療機器に関連した医療事故
		146	医療機関と薬局の連携に関連した医療事故
	第34回	145	血液浄化療法（血液透析、血液透析濾過、血漿交換等）の医療機器に関連した医療事故
		144	血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下（開始、継続、中止、再開等）での観血的医療行為に関連した医療事故
		143	リツキシマブ製剤投与後のB型肝炎再活性化に関連した事例」
	第33回	142	142
141			血液浄化療法（血液透析、血液透析濾過、血漿交換等）の医療機器に関連した医療事故
140		140	血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下（開始、継続、中止、再開等）での観血的医療行為に関連した医療事故
		139	アドレナリンの希釈の呼称に関連した事例

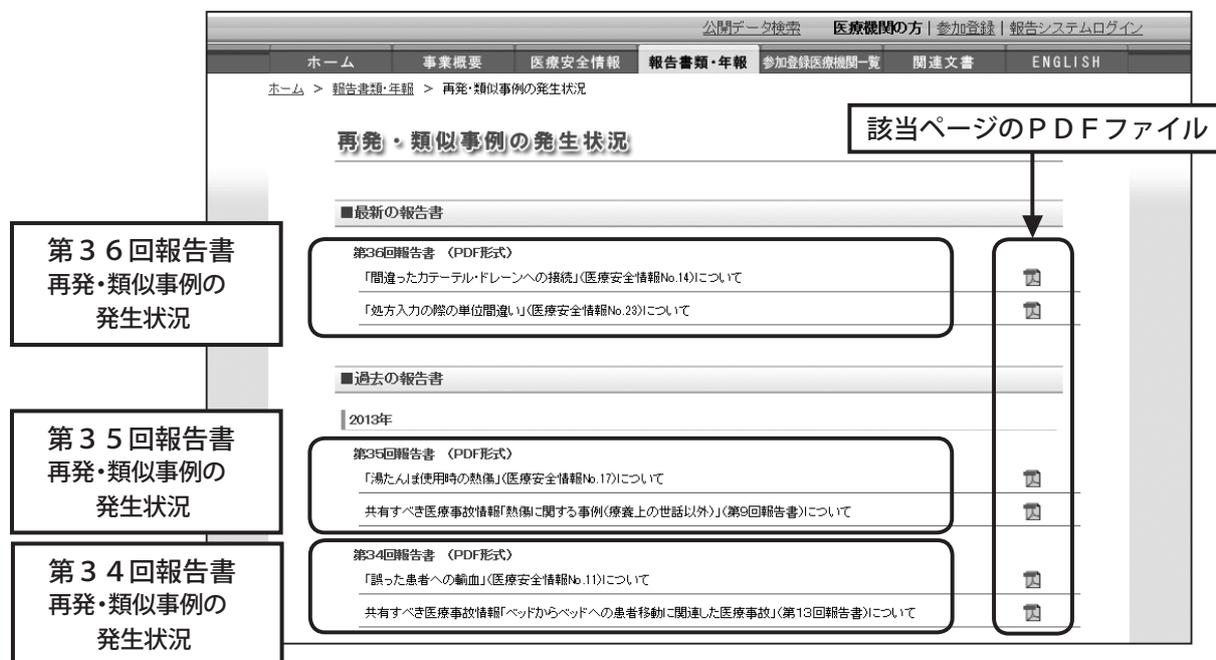
2012年	第32回	138	MRI検査に関連した医療事故
		137	血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下(開始、継続、中止、再開等)での観血的医療行為に関連した医療事故
		136	脳脊髄液ドレナージ回路を一時的に閉鎖(クランプ)したが、適切に開放されなかった事例
		135	院内において加工し使用した医療材料や医療機器に関連した医療事故
	第31回	134	MRI検査に関連した医療事故
		133	血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下(開始、継続、中止、再開等)での観血的医療行為に関連した医療事故
		132	膀胱留置カテーテル挿入の際、尿流出を確認せずにバルーンを膨らませ尿道損傷を起こした事例
	第30回	131	採血時、他の患者の採血管を使用した事例
		130	MRI検査に関連した医療事故
		129	自己管理薬に関連した医療事故
		128	患者持参薬が院内不採用であることに気付かず、薬剤の頭3文字検索で表示された他の薬剤を処方した事例
		127	組み立て方を誤った手動式肺人工蘇生器を使用した事例
第29回	126	東日本大震災による影響を一因とした事例	
	125	MRI検査に関連した医療事故	
	124	自己管理薬に関連した医療事故	
	123	医薬品添付文書上【禁忌】の疾患や症状の患者へ薬剤を投与した事例	
	122	臨床化学検査機器の設定間違いに関連した事例	
2011年	第28回	121	薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故
		120	自己管理薬に関連した医療事故
		119	術後患者の硬膜外腔に持続注入すべき薬剤を静脈に注入した事例
		118	研修医が単独でインスリンの単位を誤って調製し患者に投与した事例
	第27回	117	薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故
		116	自己管理薬に関連した医療事故
		115	NICUにおける薬剤の希釈に関連した事例
	第26回	114	抗リウマチ目的のmethotrexate 製剤を誤って連日投与した事例
		113	薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故
		112	食事に関連した医療事故
		111	画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例
	第25回	110	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
109		薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故	
108		食事に関連した医療事故	
107		医療用照明器の光源により発生した熱傷に関連した医療事故	
2010年	第24回	106	集中治療室(ICU)の入室時の薬剤の指示に誤りがあった事例
		105	病理に関連した医療事故
		104	食事に関連した医療事故
		103	散剤の薬剤量間違い
	第23回	102	気管内吸引時使用した気管支吸引用カテーテルに関連した医療事故
		101	病理に関連した医療事故
		100	食事に関連した医療事故
		99	薬剤内服の際、誤ってPTP包装を飲んだ事例
	第22回	98	予防接種ワクチンの管理に関する医療事故
		97	透析患者に禁忌の経口血糖降下薬を処方した事例
		96	病理に関連した医療事故
		95	MRIの高周波電流ループによる熱傷
94		救急カートに準備された薬剤の取り間違い	
第21回	93	持参薬の同系統代替薬を処方した際の医療事故	
	92	経過表画面の薬剤量を見間違い、ヘパリンを過量投与した医療事故	
	91	病理に関連した医療事故	
	90	放射線検査に関連した医療事故	
		89	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
		88	注射器に分割した輸血に関連した医療事故

2009年	第20回	87	化学療法に関連した医療事故
		86	その他の薬剤に関連した医療事故
		85	人工呼吸器に関連した医療事故
		84	電気メス等に関連した医療事故
		83	B型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ（HBワクチン接種等）
		82	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
	第19回	81	薬剤に関連した医療事故
		80	人工呼吸器に関連した医療事故
		79	ベッドなど病室の設備に関連した医療事故
		78	放射線検査に関連した医療事故
		77	生殖補助医療に関連した医療事故
		76	妊娠判定が関与した医療事故
	第18回	75	化学療法に関連した医療事故
		74	その他の薬剤に関連した医療事故
		73	人工呼吸器に関連した医療事故
		72	電気メスなどに関連した医療事故
		71	手術・処置部位の間違いに関連した医療事故
	第17回	70	貯血式自己血輸血に関連した医療事故
69		全身麻酔におけるレミフェンタニル使用に関連した医療事故	
68		薬剤に関連した医療事故	
67		医療機器の使用に関連した医療事故	
2008年	第16回	66	ベッドなど病室の設備に関連した医療事故
		65	患者取り違えに関連した医療事故
		64	薬剤に関連した医療事故
	第15回	63	医療機器の使用に関連した医療事故
		62	輸血療法に関連した医療事故
		61	ベッドなど病室の設備に関連した医療事故
		60	薬剤に関連した医療事故
	第14回	59	医療機器の使用に関連した医療事故
		58	リハビリテーションに関連した医療事故
		57	輸血療法に関連した医療事故
		56	手術における異物残存
	第13回	55	薬剤に関連した医療事故
		54	医療機器の使用に関連した医療事故
		53	リハビリテーションに関連した医療事故
		52	輸血療法に関連した医療事故
	第12回	51	薬剤に関連した医療事故
		50	医療機器の使用に関連した医療事故
		49	小児患者の療養生活に関連した医療事故
48		リハビリテーションに関連した医療事故	
47		輸血療法に関連した医療事故	
2007年	第11回	46	薬剤に関連した医療事故
		45	医療機器の使用に関連した医療事故
		44	小児患者の療養生活に関連した医療事故
		43	リハビリテーションに関連した医療事故
	第10回	42	薬剤に関連した医療事故
		41	医療機器の使用に関連した医療事故
		40	医療処置に関連した医療事故
		39	小児患者の療養生活に関連した医療事故
	第9回	38	薬剤に関連した医療事故
		37	医療機器の使用に関連した医療事故
		36	医療処置に関連した医療事故
		35	小児患者の療養生活に関連した医療事故
第9回	34	薬剤に関連した医療事故	
	33	医療機器の使用に関連した医療事故	
	32	医療処置に関連した医療事故	
	31	検査に関連した医療事故	

2006年	第8回	30	薬剤に関連した医療事故
		29	医療機器の使用に関連した医療事故
		28	医療処置に関連した医療事故
		27	検査に関連した医療事故
	第7回	26	薬剤に関連した医療事故
		25	医療機器の使用に関連した医療事故
		24	医療処置に関連した医療事故
		23	患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関連した医療事故
	第6回	22	検査に関連した医療事故
		21	薬剤に関連した医療事故
		20	医療機器の使用に関連した医療事故
		19	医療処置に関連した医療事故
	第5回	18	患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関連した医療事故
		17	薬剤に関連した医療事故
		16	医療機器の使用に関連した医療事故
		15	医療処置に関連した医療事故
2005年	第4回	14	患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関連した医療事故
		13	手術における異物残存
		12	薬剤に関連した医療事故
		11	医療機器の使用に関連した医療事故
	第3回	10	医療処置に関連した医療事故
		9	手術における異物残存
		8	薬剤に関連した医療事故
		7	医療機器の使用に関連した医療事故
	第2回	6	医療処置に関連した医療事故
		5	手術における異物残存
		4	薬剤に関連した医療事故
	第1回	3	医療機器の使用に関連した医療事故
2		手術等における異物残存	
1		医療機器の使用に関する事故	

次に②のボタンをクリックすると、第18～36回報告書で取り上げた、「再発・類似事例の発生状況」のテーマについて、テーマのタイトルと該当するページのPDFファイルを閲覧することができます。

図6 再発・類似事例の発生状況のページ



第18回報告書から開始した「再発・類似事例の発生状況」で掲載した内容を次に示します。

表9 第18～37回報告書で取り上げた「再発・類似事例の発生状況」一覧

年	回数	延ベテマ No.	タイトル
2014年	第37回	66	小児の輸液の血管外漏出（医療安全情報No. 7）について
		65	「電気メスによる薬剤の引火」（医療安全情報No. 34）について
2013年	第36回	64	「間違ったカテーテル・ドレーンへの接続」（医療安全情報No. 14）について
		63	「処方入力の際の単位間違い」（医療安全情報No. 23）について
	第35回	62	共有すべき医療事故情報「熱傷に関する事例（療養上の世話以外）」（第11回報告書）について
		61	「湯たんぼ使用時の熱傷」（医療安全情報No. 17）について
第34回	60	「誤った患者への輸血」（医療安全情報No. 11）について	
	59	「ベッドからベッドへの患者移動に関連した医療事故」（第13回報告書）	
2012年	第33回	58	「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
		57	「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
	56	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医療事故」（第13回報告書）について	
2012年	第32回	55	「清拭用タオルによる熱傷」（医療安全情報No. 46）について
		54	「併用禁忌の薬剤の投与」（医療安全情報No. 61）について
	第31回	53	「グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔」（医療安全情報No. 3）について
		52	「輸液ポンプ等の流量の確認忘れ」（医療安全情報No. 13）について
		51	共有すべき医療事故情報「ベッドからベッドへの患者移動に関連した医療事故」（第13回報告書）について
	第30回	50	「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」（医療安全情報No. 33）について
		49	「抜歯部位の取り違え」（医療安全情報No. 47）について
	第29回	48	「薬剤の取り違え」（医療安全情報No. 4）について
47		「未滅菌の医療材料の使用」（医療安全情報No. 19）について	
46		「皮下用ポート及びカテーテルの断裂」（医療安全情報No. 58）について	

2011年	第28回	45	「入浴介助時の熱傷」(医療安全情報No. 5)について
		44	「『スタンバイ』にした人工呼吸器の開始忘れ」(医療安全情報No. 37)について
		43	「PTPシートの誤飲」(医療安全情報No. 57)について
	第27回	42	「電気メスによる薬剤の引火」(医療安全情報No. 34)について
		41	共有すべき医療事故情報「施設管理の事例」(第11回報告書)について
		40	共有すべき医療事故情報「眼内レンズに関連した事例」(第15回報告書)について
	第26回	39	「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
		38	「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
		37	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
	第25回	36	「薬剤の取り換え」(医療安全情報No. 4)について
		35	「誤った患者への輸血」(医療安全情報No. 11)について
		34	「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」(医療安全情報No. 33)について
33		「清拭用タオルによる熱傷」(医療安全情報No. 46)について	
2010年	第24回	32	「インスリン含量の誤認」(医療安全情報No. 1)について
		31	「人工呼吸器の回路接続間違い」(医療安全情報No. 24)について
		30	共有すべき医療事故情報「眼内レンズに関連した事例」(第15回報告書)について
	第23回	29	「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
		28	「湯たんぼ使用時の熱傷」(医療安全情報No. 17)について
		27	共有すべき医療事故情報「ベッドからベッドへの患者移動に関連した医療事故」(第13回報告書)について
	第22回	26	共有すべき医療事故情報「ガーゼが体内に残存した事例」(第14回報告書)について
		25	「ウォータートラップの不完全な接続」(医療安全情報No. 32)について
		24	「未滅菌の医療材料の使用」(医療安全情報No. 19)について
		23	「アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与」(医療安全情報No. 30)について
		22	共有すべき医療事故情報「酸素ボンベ残量の管理に関連した事例」(第17回報告書)について
		21	共有すべき医療事故情報「口頭での情報伝達の間違いが生じた事例」(第13回報告書)について
	第21回	20	「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)について
		19	「薬剤の取り換え」(医療安全情報No. 4)について
		18	「手術部位の左右間違い」(医療安全情報No. 8)について
		17	共有すべき医療事故情報「歯科診療の際の部位間違いに関連した事例」(第15回報告書)について
		16	共有すべき医療事故情報「施設管理」(第11回報告書)について
	2009年	第20回	15
14			「処方入力の際の単位間違い」(医療安全情報No. 23)について
13			「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」(医療安全情報No. 33)について
12			共有すべき医療事故情報「電話による情報伝達間違い」(第10回報告書)について
11			共有すべき医療事故情報「セントラルモニター受信患者違い」(第16回報告書)について
第19回		10	「グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔」(医療安全情報No. 3)について
		9	「間違ったカテーテル・ドレーンへの接続」(医療安全情報No. 14)について
		8	「注射器に準備された薬剤の取り換え」(医療安全情報No. 15)について
		7	「処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い」(医療安全情報No. 18)について
第18回		6	共有すべき医療事故情報「セントラルモニター受信患者違い」(第16回報告書)について
		5	「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
		4	「誤った患者への輸血」(医療安全情報No. 11)について
	3	「伝達されなかった指示変更」(医療安全情報No. 20)について	
	2	「口頭指示による薬剤量間違い」(医療安全情報No. 27)について	
1	共有すべき医療事故情報「禁忌食品の配膳間違い」(第15回報告書)について		

4 医療事故情報収集等事業平成24年年報英語版及び医療安全情報 No. 7 2～8 3 英語版の公表と Canadian Patient Safety Institute (cps-i-csp) のプロジェクト「Global Patient Safety Alerts」を通じた情報発信

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。本年4月1日に、平成24年年報の英訳版である、「Project to Collect Medical Near-Miss/Adverse Event Information 2012 Annual Report」を公表致しました。この内容は、ホームページで閲覧、ダウンロードできるとともに、検索のページ（報告書類・年報検索 Full Text Search : <http://www.medsafe.jp/reportsearch/SearchReportInit>）より、英語による検索が可能です。

図7 医療事故情報収集等事業平成24年年報英語版と目次

<p>Project to Collect Medical Near-miss/ Adverse Event Information 2012 Annual Report</p> <p>August 28, 2013</p> <p>Japan Council for Quality Health Care Division of Adverse Event Prevention</p> <p>The current status of the project can be browsed at: Website: http://www.med-safe.jp/ English page: http://www.med-safe.jp/contents/english/index.html</p>	<p>Table of Contents</p> <p>Foreword 1</p> <p>On Issuing the 2012 Annual Report 3</p> <p>About the Project to Collect Medical Near-miss/Adverse Event Information - Focusing on the Content of the 2012 Annual Report 5</p> <p>I Outline of the Project to Collect Medical Near-miss/Adverse Event Information 57</p> <p>1 Background to the Collection of Medical Near-miss/Adverse Event Information 58</p> <p>2 Outline of the Project to Collect Medical Near-miss/Adverse Event Information and Organizational Structure 60</p> <p>[1] Outline of the Project to Collect, Analyze, and Provide Medical Adverse Event Information 60</p> <p>[2] Outline of the Project to Collect, Analyze, and Provide Medical Adverse Event Information 64</p> <p>[3] Operational Structure of the Project to Collect Medical Near-miss/Adverse Event Information 67</p> <p>[4] Organization for Data Analysis and Information Provision 68</p> <p>II Current Reporting Status 69</p> <p>1 Project to Collect Medical Near-miss/Adverse Event Information 70</p> <p>2 Report on the Project to Collect, Analyze, and Provide Medical Adverse Event Information 71</p> <p>[1] Registered Medical Institutions 71</p> <p>[2] Number of Reports 74</p> <p>[3] Details of Reports Made by Medical Institutions Subject to Reporting Requirement (by Month of Report) 79</p> <p>[4] Details of Reports Made by Medical Institutions Subject to Reporting Requirement (by Month of Occurrence) 107</p> <p>[5] Details of Reports Made by Registered Medical Institutions (by Month of Report) 135</p> <p>3 Report on the Project to Collect, Analyze, and Provide Medical Near-Miss Event Information 152</p> <p>[1] Registered Medical Institutions 152</p> <p>[2] Information on the Number of Occurrences about Them Made by Voluntarily Participating Medical Institutions 154</p> <p>[3] Number of Reports Made by Voluntarily Participating Medical Institutions for Medical Near-Miss Event Information 159</p> <p>[4] Details of Reports Made by Voluntarily Participating Medical Institutions for Medical Near-Miss Event Information 163</p>	<p>III Current Analysis of Medical Near-miss/Adverse Event Information 181</p> <p>1 Project Overview and Expert Division Activities 182</p> <p>[1] Selection of Themes for Information to be Analyzed 182</p> <p>[2] Information to be Analyzed 182</p> <p>[3] Analysis System 182</p> <p>[4] Meetings 182</p> <p>[5] Expert Analysis Group Meetings 184</p> <p>[6] Collection of Follow-Up Information on Medical Adverse Events 184</p> <p>2 Individual Theme Review by the Expert Division 225</p> <p>[1] Medical Adverse Events Related to MRI Examinations 225</p> <p>[2] Medical Adverse Events Related to Self-administered Drugs 312</p> <p>[3] Medical Adverse Events Related to Invasive Procedures While Administering (Starting, Continuing, Stopping, Resuming, etc.) Anticoagulant or Antiplasmin Drug Therapy 346</p> <p>[4] Events Involving Administration of a Drug to a Patient with a Complaint or Symptoms Listed under Contraindications on the Drug Package Insert 380</p> <p>[5] Events Related to Mistakes in the Settings of Clinical Chemistry Test Equipment 396</p> <p>[6] Events Involving Prescription of a Different Drug When Searching by the First Three Japanese Syllables of the Drug Name, Following Failure to Notice That the Patient's Medicine Brought in at Hospitalization is Not Used at the Hospital 401</p> <p>[7] Events Involving Use of a Wrongly Assembled Manual Resuscitator 439</p> <p>[8] Events in Which the Effects of the Great East Japan Earthquake Were a Contributing Factor 416</p> <p>[9] Events Involving Unusual Damage Due to Inflation of the Balloon Without Checking the Discharge of Urine When Inserting an Inflowing Bladder Catheter 422</p> <p>[10] Events Involving Use of Another Patient's Blood Collection Tube When Taking Blood Samples 430</p> <p>[11] Events in Which the Cerebrospinal Fluid Drainage Circuit was Temporarily Closed (Clamped) but Not Reopened Properly 442</p> <p>[12] Medical Adverse Events Related to Medical Supplies or Equipment Modified and Used at a Hospital 454</p> <p>3 Recurrence of Events and the Occurrence of Similar Events 461</p> <p>[1] Summary 461</p> <p>[2] Drug Mix-up (Medical Safety Information No.4) 461</p> <p>[3] Use of Unlabeled Medical Supplies (Medical Safety Information No.19) 471</p> <p>[4] Plugging of the Subcutaneous Port and Catheter (Medical Safety Information No.58) 474</p> <p>[5] Extracapsular Leakage of Gaseous Media (Medical Safety Information No.33) 482</p> <p>[6] Mix-up of the Tooth Extraction Site (Medical Safety Information No.47) 486</p> <p>[7] Rectal Perforation Associated with Glycerin Enema (Medical Safety Information No.8) 490</p>
--	--	--

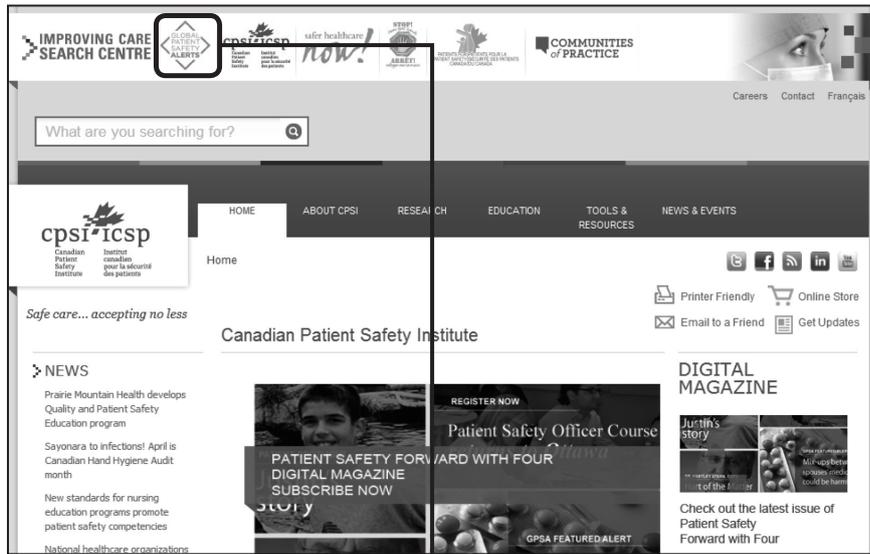
また、医療安全情報の英語版も作成して、それらを海外に向けて情報提供しています。本年4月1日には、新たに医療安全情報 No. 7 2～8 3の英語版を公表しました。それらは、本事業のホームページの英語のページ（<http://www.med-safe.jp/contents/english/index.html>）に掲載していますので、機会がありましたらご活用いただければ幸いです（図8）。

また引き続き、カナダの Canadian Patient Safety Institute (cps-i-csp) がWHOと行う共同プロジェクトである「Global Patient Safety Alerts」において、医療安全情報英語版を世界的に共有することのご依頼をいただいたことから、そのプロジェクトを通じた情報発信も続けています。同プロジェクト「Global Patient Safety Alerts」のホームページの協力団体には、当機構の名称を掲載していただいております。同時に、医療安全情報英語版へのリンクを作成していただいております。また、閲覧用アプリも提供されています。このように、本事業の英語のホームページの他に、「Global Patient Safety Alerts」のページの協力団体のページや検索機能、アプリを通じて、医療安全情報英語版の内容が世界から閲覧されています（図9）。

図8 新たに医療安全情報 No. 7 2～8 3（英語版）を追加掲載した本事業の「English」ページ

Medical Safety Information	
No.83: Failure to Reopen All Clamps on a Cerebrospinal Fluid Drainage Circuit	
No.82: Accidental ingestion of PTP sheets (1st Follow-up Report)	
No.81: Body Part Trapped in Gaps in Side Rails, etc. When Operating Beds	
No.80: Urethral Damage Caused by an Indwelling Bladder Catheter	
No.79: Medical Safety Information released from 2006 to 2011	
No.78: Wrong Quantity Prescribed When Switching from Medicines Brought in at Hospitalization to Internal Prescriptions	
No.77: Vasculitis due to administration of gabexate mesilate (1st Follow-up Report)	
No.76: Medical Safety Information released in 2012	
No.75: Total Dose Wrongly Entered as Flow Rate in Infusion Pump, etc.	
No.74: Wrongly Assembled Manual Resuscitator	
No.73: Patient Mix-up during Radiological Examinations	
No.72: Misconnection of Drugs for Continuous Infusion into the Epidural Space	

図9 Canadian Patient Safety Institute (cps-i-csp) のホームページ



協力国

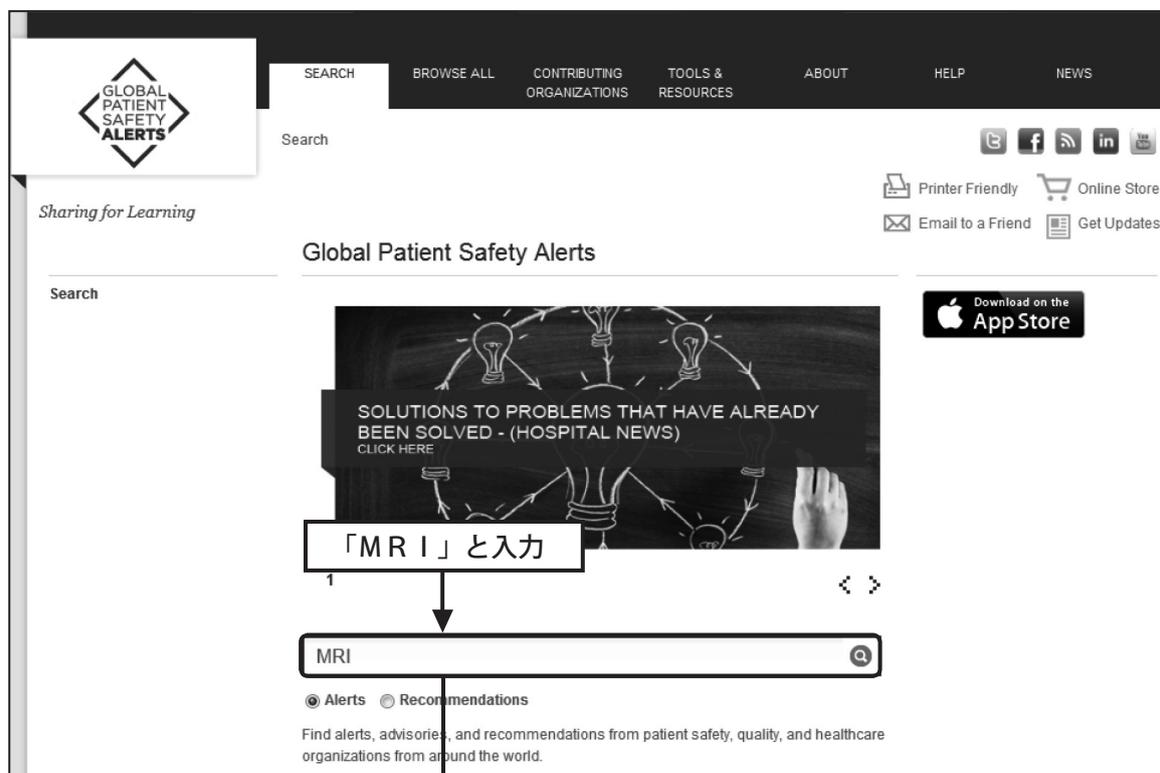
Japan, Australia, Canada, Denmark, Hong Kong, England and Wales, European Union, United States

協力国リスト

医療安全情報 (英語版) の国際的な共有

European Union	
European Union Network for Patient Safety	• EUNetPas Share, Learn, and Exchange System (Seal)
Hong Kong	
Hong Kong Hospital Authority	• Risk Alert Newsletter
Japan	
Japan Council for Quality Health Care	• Medical Safety Information
United States of America	
California Hospital Patient Safety Organization	• Newsletters and Alerts

図10 Global Patient Safety Alerts の検索のページ
(キーワードによる検索)



Procedures involving the wrong patient or body part
Victoria Department of Health (Australia)

"A patient came to emergency with a sudden onset of hemiplegia, facial droop, and right sided weakness. A CT of the brain showed a large frontal hemorrhage and cerebral edema with no midline shift. After discussions with the patient and family, it was decided to manage the patient surgically. The consultant left the theatre during the set up and instructed the registrar to start the case. When the consultant returned, the registrar had started the incision on the wrong side. The outcome for the patient was an extended incision line. Contributing factors included: final time out checks were not completed, lack of preoperative marking, and final check of the patient's images were not performed. Patient 1 went to radiology for an outpatient abdominal MRI. On responding to a call for another patient, Patient 1 underwent pre and post contrast scans and then told staff that they were not referring to him by his name. At the same time, Patient 2's wife told staff that her husband had already gone in when his name was called. A confirmation of the identity of both patients was undertaken and the correct MRI scans completed. Contributing factors included: there was no confirmation of patient identity as per best practice, and the selection of the wrong patient remained undetected due to a number of factors. This alert describes actions to reduce risk."

July, 2009

Magnetic material (e.g metal products) taken in the MRI room
Japan Council for Quality Health Care

This alert describes two patient safety incidents, one causing patient harm, as a result of metal products, which are magnetic, being taken into the MRI room and not removed once the MRI has commenced. In one case a patient on oxygen was taken into the MRI room on a gurney from the emergency room. A clinical radiologist thought the gurney and the oxygen tank were for exclusive use in the MRI room and did not check their identification. When the gurney was moved close to the MRI device in order to move the patient to the platform, the oxygen tank flew out and stuck to the MRI gantry. In the other case, a nurse prepared a sedative for a child undergoing MRI and put the sedative into an enamel tray and left it in the anteroom adjacent to the MRI room. The clinical radiologist took the tray from the anteroom into the MRI room, put it on the platform near the child's feet, and started the sedation procedure. When the child was asleep, the platform was moved to the head of the MRI device to start scanning. The enameled tray placed close to the child's feet was pulled towards the MRI gantry, the used articles in the tray flew out and some of the articles hit the child which caused a laceration in the child's mouth.

September, 2007

J C Q H C の
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」

safety incidents occurring due to retained surgical items. Several of the items were retained in the patient's body. Retained guidewires are typically retrieved via a percutaneous approach. Retained guidewires could occur if the guidewire is not retrieved include the following: - Retained guidewires can cause cardiac arrhythmias. - A retained guidewire can act as a microwave antenna. - If the guidewire is left for a prolonged period, it may become fibrosed to the vessel wall.

(領域別による検索)

The screenshot shows the website's navigation menu with 'BROWSE ALL' selected. Below the menu, there are social media icons and utility links like 'Printer Friendly', 'Online Store', 'Email to a Friend', and 'Get Updates'. The main content area is titled 'Browse All' and contains two columns of categories: 'ALERTS (BROWSE ALL)' and 'RECOMMENDATIONS (BROWSE ALL)'. A red box highlights the 'Patient identification' category in both columns, with an arrow pointing to the detailed alert content below.

「Patient identification」を選択

Patient Identification

Blood transfusion to wrong patient

Japan Council for Quality Health Care

This alert discusses patient safety incidents where blood transfusions have been administered to the wrong patient. Eight incidents were reported from October 1, 2004 to June 30, 2007. Six of the cases reported were cases in which the blood product to be used on the patient was not finally checked when connecting blood product for transfusion use. In five out of six reported cases, the blood product used for transfusion was checked with the transfusion sheet or medical chart, etc. at the nurse's station, but the blood product was not checked against the patient. In one of the two cases described in detail, the physician was called away for another patient's treatment while preparing the blood product for transfusion to 2 patients - Patient C and Patient D. Thirty minutes later, the physician moved to perform the transfusion to Patient C, placed blood product for transfusion to Patient D in the tray, went to Patient C's room and connected the blood product for transfusion without checking if it was for Patient C. Later, the physician noticed that he had connected Patient D's transfusion blood product to Patient C because Patient C's was still left unconnected.

October, 2007

Patient mix-up during medical examination

Japan Council for Quality Health Care

This alert discussed three patient safety incidents where ineffective verbal confirmation of the patient's name was used. In all three cases the patient's name was confirmed by calling out the name and allowing the patient to answer "Yes" or "No". One incident is described where patient A was called into the outpatient examination room. Patient B answered "yes" to the name called and entered the examination room for the procedure. After the examination was finished, a nurse called for patient B. The patient who had been already examined as patient A (actually patient B) entered the room again, so the staff noticed the patient mix-up.

December, 2008

Catheterization was Performed on the Wrong Patient

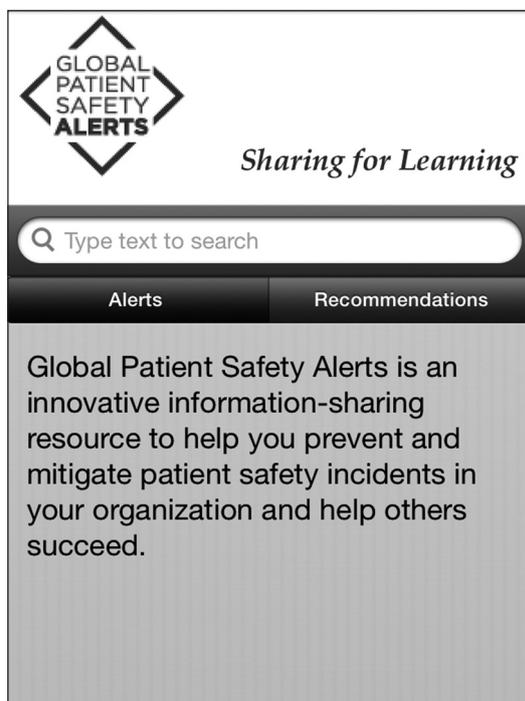
Hong Kong Hospital Authority

This safety alert describes a patient safety incident where ineffective patient identification. A urinary catheter was removed from Patient A. A nurse was on her way to patient A's home to perform bladder catheterization. An elderly lady accompanied by a domestic helper near the residence of patient A responded positively, so the nurse followed the elderly lady and her domestic helper back to her home for bladder catheterization. There was no further verification of the patient's identity. When the nurse could not find any urinary drainage bag in the elderly lady's home, she contacted a relative of patient A to confirm the identity of the elderly lady. It was discovered that the elderly lady was not patient A. The elderly lady did not have any adverse outcome. A contributing factor to the incident was that patient identification

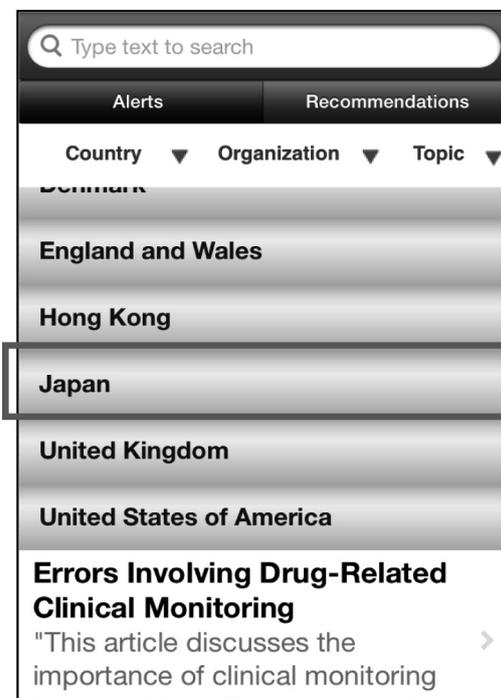
J C Q H C の医療安全情報 No. 25
「診察時の患者取り違い」

図 1 1 世界のアラートを検索できるアプリ (Global Patient Safety Alerts) の画面 (Canadian Patient Safety Institute) 及び医療安全情報 (英語版)

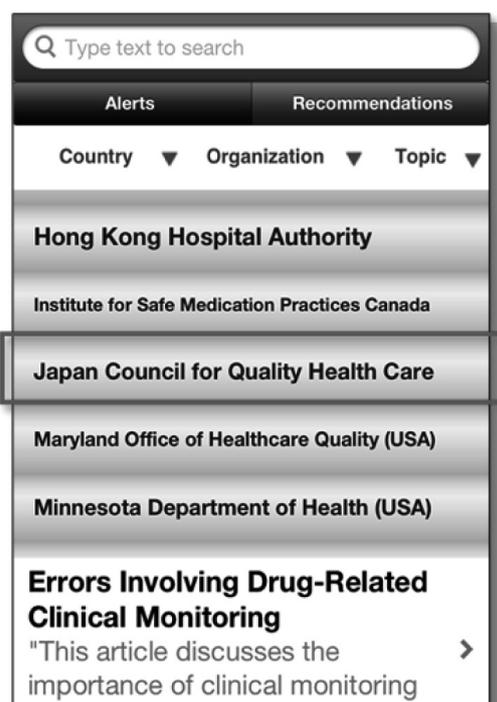
(トップ画面)



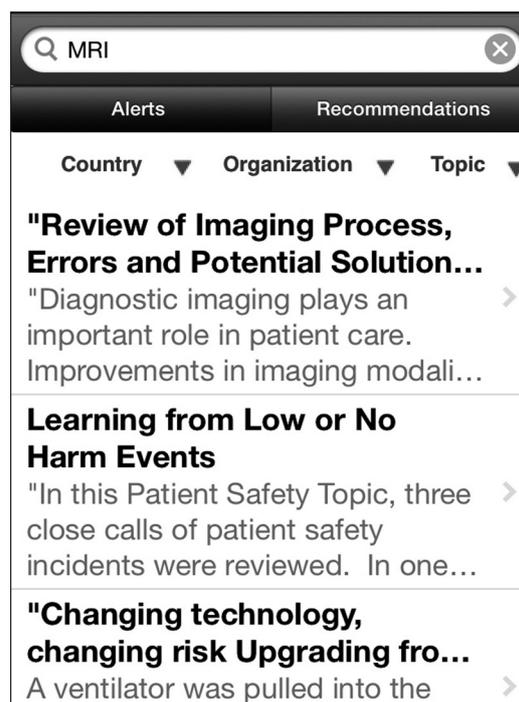
(国名によるアラート検索)



(組織名によるアラート検索)



(キーワードによるアラート検索①、例: MRI)



(キーワードによるアラート検索②、「MRI」を検索語とした検索結果)

<p>Potential for Error – Procedures and Guidelines -...</p> <p>"A patient presented to emergency complaining of a sore neck and weakness in the right..."</p>	>
<p>Procedures involving the wrong patient or body part</p> <p>"A patient came to emergency with a sudden onset of hemiplegia, facial droop, and rig..."</p>	>
<p>Magnetic material (e.g metal products) taken in the MRI r...</p> <p>This alert describes two patient safety incidents, one causing patient harm, as a result of meta...</p>	>
<p>Guidewires Left Behind</p> <p>This safety alert addresses the continuing patient safety incidents</p>	>

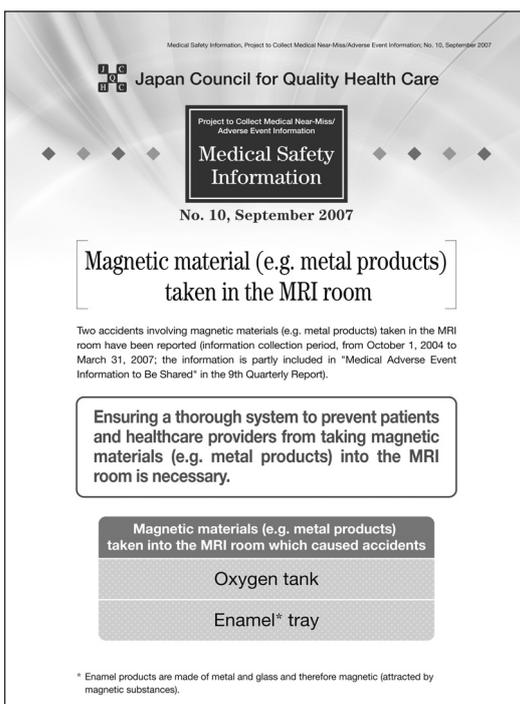
(医療安全情報 No. 10「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」のタイトルなど)

<p>Title</p> <p>Magnetic material (e.g metal products) taken in the MRI room</p>
<p>Topic</p> <p>Diagnostic Imaging</p>
<p>Publication Type</p> <p>Medical Safety Information</p>
<p>Single or Multiple Incident</p> <p>Multiple</p>
<p>Summary</p> <p>This alert describes two patient safety incidents, one causing patient harm, as a result of metal products, which are magnetic, being taken into the MRI</p>

(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」の作成国、組織、URLなど)

<p>Device</p> <p>MRI</p>
<p>Date</p> <p>1/9/2007</p>
<p>Country</p> <p>Japan</p>
<p>Organization</p> <p>Japan Council for Quality Health Care</p>
<p>Keywords</p> <p>enamel, oxygen tank, gurney</p>
<p>View Full Alert</p> <p>http://www.med-safe.jp/pdf/No.</p>

(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」英語版、1ページ目)



Medical Safety Information, Project to Collect Medical Near-Miss/Adverse Event Information, No. 10, September 2007

Japan Council for Quality Health Care

Project to Collect Medical Near-Miss/Adverse Event Information

Medical Safety Information

No. 10, September 2007

Magnetic material (e.g. metal products) taken in the MRI room

Two accidents involving magnetic materials (e.g. metal products) taken in the MRI room have been reported (information collection period, from October 1, 2004 to March 31, 2007; the information is partly included in "Medical Adverse Event Information to Be Shared" in the 9th Quarterly Report).

Ensuring a thorough system to prevent patients and healthcare providers from taking magnetic materials (e.g. metal products) into the MRI room is necessary.

Magnetic materials (e.g. metal products) taken into the MRI room which caused accidents

- Oxygen tank
- Enamel* tray

* Enamel products are made of metal and glass and therefore magnetic (attracted by magnetic substances).

5 国際認定プログラム（IAP：International Accreditation Programme）の受審と認定の取得について

本財団は、昨年、ISQuaが実施している国際認定プログラム（IAP：International Accreditation Programme）を受審しました。当機構ではこれまでに、病院機能評価の評価項目のうちVer.4.0およびVer.5.0の項目認定を取得していましたが、今回は、今年度から運用を開始した「機能種別版評価項目3rgG：ver.1.0」に関する項目認定と、第三者評価を実施する運営主体としての当機構の組織認定を受審しました。受審の目的は、①国際的な第三者評価を受審することにより、当機構が実施する病院機能評価の項目および事業の質を向上させ、受審病院および日本の医療の質と安全の向上に努めること、②当機構の組織に関する評価を受けることにより、医療の質と安全の向上に寄与する中立的・科学的第三者機関としての当機構の存在をより強固なものとし、事業を安定して運営できる土台を構築すること、の2点です。

約1年かけて準備を進めましたが、IAPの評価項目を読み込んで自己評価を作成したり、受審プログラムチームで議論しながら根拠となる資料をまとめたりする過程は、当機構の事業の仕組みや組織体制を見直す良い機会となりました。

図12 ISQua認定ロゴ



6 2016 ISQua 国際会議の開催招致について

ISQuaが行っている国際認定を評価項目及び組織について取得し、当機構は今後さらに広く国際的な視点に立って、我が国の医療の質の向上に寄与したいと考えています。そこで、2015年に当機構が設立20周年を迎えることを機に、日本でISQua国際学術会議を招致することについて、ISQuaに立候補の申し入れをしたところ、翌2016年の開催が認められました。

ISQua（The International Society for Quality in Health Care）は、医療の質の向上に関わる国際団体で1985年に設立され、現在の本部はダブリン（アイルランド）に置かれています。そして、約70カ国の組織会員、個人会員とアイルランド政府から資金を得て運営されています。当機構は組織会員として登録するとともに、個人会員として、8名の理事が参加しています。

ISQuaの主な事業は次の通りです。

- ・病院等の第三者評価に関する国際認定（I A P：International Accreditation Programme）
- ・学会誌“International Journal for Quality in Health Care”の出版
- ・医療の質向上に関する教育・啓発事業（ISQua Education）
- ・国際学術会議“International Conference”の開催

このように I S Q u a では、国際学術会議を毎年開催しており、昨年 10 月に英国エジンバラで開催された第 30 回国際学術会議では、

「ガバナンス、リーダーシップ、医療政策」

「医療サービスのパフォーマンスとアウトカムの評価」

「患者安全のシステム」

「患者中心の医療」

「安全と質に関する教育」

などのテーマについて演題発表等が行われました。本財団からも、医療事故情報収集等事業の口演を含む 4 演題を発表しました。

2016 年の東京開催は、2016 年 10 月 16 日（日）～19 日（水）東京国際フォーラムにて開催の予定です。なお、今後の開催予定地は次の通りです。

2014 年 10 月 5 日（日）～8 日（水）：ブラジル（リオデジャネイロ）

2015 年：カタール（ドーハ）

図 13 2016 ISQua 東京開催を広報する ISQua のホームページ



7 平成25年度 医療事故防止事業部主催研修会「医療機関と薬局の連携による医療安全」シンポジウムの開催について

当事業部では、医療機関と調剤薬局という異なる組織において行われる医薬品の処方、調剤、投薬という一連の過程で発生するエラーに関し、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を運営することにより、事例の収集が一元的に進んでいます。そこでこのメリットを生かし、本年2月13日に、医療機関と薬局のそれぞれに所属するの方々のご参加を得て、両事業の成果を学び、意見交換するシンポジウム「医療機関と薬局の連携による医療安全」を開催しました。このような企画はあまり例のないものと考えており、両事業を運営している当機構が果たすべき重要な役割と考えています。プログラムは図14の通りです。両事業を運営していると、医療機関において、調剤薬局の業務に関する理解が進んでいないことから、処方せんのエラーが薬局において正されず、ハイリスク薬が誤投薬された事例があることがわかりました。そこで、まず私から、医療事故情報収集等事業の成果と、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業における「疑義照会に関するヒヤリ・ハット」の事例、及び、その背景を理解するために必要な、薬局で行われている患者情報の入手や記録、確認の業務内容について解説しました。続いて、両事業を運営するための会議で委員を務めていただいている有識者の方々から、医療機関や薬局の立場、または、医薬品を取り扱う医療者を教育する立場から、医薬品に関する医療事故の現状やその背景、再発防止のための活動などについて、ご講演いただきました。そして最後に総合討論をしました。

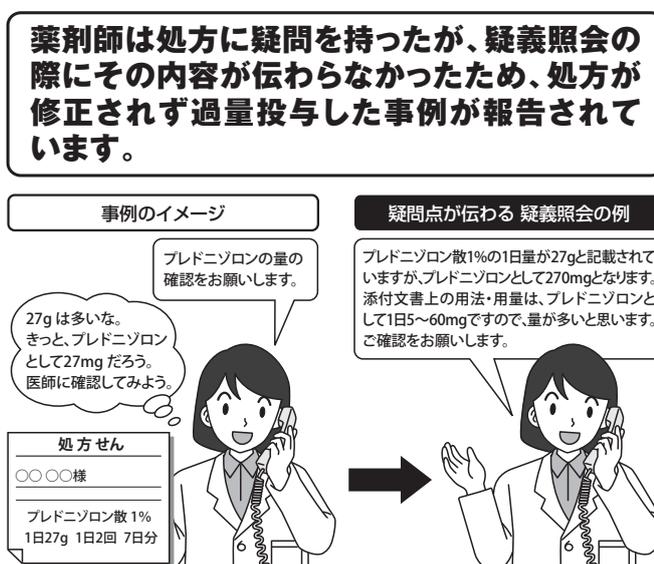
参加者のアンケートにおける感想は、調剤薬局における業務の内容や、発生するエラーの種類、特に疑義照会でエラーを発見する機能について理解が深まったといった好意的なご回答が多くありました。また感想の中では、薬局に対して腎機能などの調剤に有用な検査値を提供する取り組みに関する意見、薬剤師がさまざまな機会に医薬品の監査や確認をすることの有用性や人員面での限界、基本的な知識が十分身につけていない職員への教育などの重要な課題も寄せられました。

今後もこのような連携を深める機会を提供して行きたいと考えています。

図14 シンポジウム「医療機関と薬局の連携による医療安全」プログラム

公益財団法人 日本医療機能評価機構 平成25年度 医療事故防止事業部主催研修会	
「医療機関と薬局の連携による医療安全」シンポジウム	
プログラム 平成26年2月13日(木) 日本医師会大講堂	
時間	項目
13:00	開会
～13:10	挨拶 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
13:10～14:50	医療事故情報収集等事業の現状と課題 公益財団法人日本医療機能評価機構 理事 兼 医療事故情報収集等事業部長 後 啓
14:50～15:00	休憩
15:00～15:10	シンポジウム
15:10～15:20	講演1：シンポジウムの意義について（座長） 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 総合評価部 座長 公益財団法人日本病院薬剤師会 土屋 文人 先生
15:20～15:30	講演2：医療安全の推進と医療事故情報収集等事業の役割 医療事故情報収集等事業 総合評価部 部長 東邦大学医学部社会工学講座 医療政策・経営科学分野 教授 長谷川 友紀 先生
15:30～15:40	講演3：わが国の薬剤に関連した医療事故の現状 医療事故情報収集等事業 総合評価部 委員 帝京平成大学 薬学部 教授 中村 均 先生
15:40～15:50	講演4：調剤薬局と質管理 医療事故情報収集等事業 総合評価部 委員 株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院 院長 橋本 康次 先生
15:50～16:00	講演5：薬局における医療安全及び医療機関との連携の現状と課題 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 総合評価部 委員 北国大学に調剤薬局 三國 亨 先生
16:00～16:10	総合討論
16:10～16:20	閉会

図15 シンポジウムで紹介した医療安全情報 No. 84 「誤った処方の不十分な確認」（イラスト部分）



8 依頼講演への対応

医療機関、薬局や、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40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10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です。

表10 講演内容

1 医療事故情報収集等事業について
<ul style="list-style-type: none">・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方法・原因分析の意義、方法・海外への情報発信
2 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
<ul style="list-style-type: none">・事業の趣旨、概要・集計報告、平成21～24年年報の内容（集計結果、テーマ分析の内容）・薬局ヒヤリ・ハット分析表の活用・共有すべき事例の活用方法・ホームページの活用
3 産科医療補償制度について
<ul style="list-style-type: none">・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・再発防止の現況
4 その他
<ul style="list-style-type: none">・医療事故情報収集等事業、産科医療補償制度、その他の類似制度の特徴や今後の発展について・I S Q u a 第30回国際会議において発表された、海外の有害事象報告制度などについて

9. 厚生労働省社会保障審議会医療部会における医療事故に係る調査の仕組み等に関する議論について

平成23年8月より、厚生労働省において「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」が開催されました。その検討課題の一つである医療事故の原因究明及び再発防止の仕組み等のあり方について幅広く検討を行うために、平成24年2月より「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」が13回開催され、丁寧な議論が行われてきました。

平成25年5月29日に開催された第13回検討部会では、医療事故調査の目的、調査対象、調査の流れ、院内調査のあり方、第三者機関のあり方、などについて具体的な議論がなされました。そして、それらをまとめた「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」が公表されています。

その後、11月5日には、社会保障審議会医療保険部会において、次期医療法改正に関する事項のひとつとして、この取りまとめに基づき、次項の点などが説明され、了承されました。

- ・医療事故の調査及び医療機関への支援を行うことにより医療の安全の確保に資することを目的とし、業務を適切かつ確実に行うことができると認められる民間の法人を、指定その他の方法により医療法上に位置づけること
- ・医療事故調査・支援センター（仮称）は、その業務の一部を都道府県医師会、医療関係団体、大学病院、学術団体等の外部の医療の専門家に委託することができること
- ・医療機関は、医療事故調査・支援センター（仮称）の調査に協力すべきものとする
- ・医療機関の協力が得られず調査ができない状況が生じた場合は、医療事故調査・支援センター（仮称）は、その旨を医療機関名とともに公表すること

現在は、医療事故調査・支援センター（仮称）の創設に関する法案が国会において審議されているところです。また、本事業及び（一社）日本医療安全調査機構で実施されている診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業でこれまでに得られた知見を踏まえつつ、別途、実務的な検討の場を設け、院内事故調査の手順については、第三者機関への届け出を含め、厚生労働省においてガイドラインを策定することとされています。

そこで、我が国の医療安全を確保するためのよりよい制度の創設において、本事業としても役割を果たして行きたいと考えています。

10 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、報告書や年報の内容充実と、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。

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、医療事件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』に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、当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は、必要事項の登録を経て参加することができる。

(2) 医療事故事例として報告していただく情報

報告の対象となる医療事故情報は次の通りである。

- ① 誤った医療または管理を行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のを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）。

(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、医療事故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。

- 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) 「報告入力項目(医療事故事例)」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)の翌月初めから末としている。

(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「発生日月及び発生時間帯」「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)「報告入力項目(ヒヤリ・ハット事例)」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) 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26年3月31日現在、それぞれの事業に参加している医療機関は以下の通りである。

図表Ⅱ-1-1 (QI-01)^(注) 参加登録申請医療機関の登録状況

登録状況			ヒヤリ・ハット事業						合計	
			参加する				参加しない			
			発生件数と事例情報		発生件数のみ					
医療事故事業	義務	参加する	124	449	80	280	70	242	274	971
	任意	参加する	325		200		172		697	
		参加しない	165		237		/		402	
合計			614		517		242		1,373	
			1,131							

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26年1月から3月までの集計値と平成26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26年3月31日現在、医療事故情報収集・分析・提供事業に参加している医療機関数は以下の通りである。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	国立大学法人等	45	1
	独立行政法人国立病院機構	143	0
	国立高度専門医療研究センター	8	0
	国立ハンセン病療養所	13	0
	独立行政法人労働者健康福祉機構	0	27
	その他の国の機関	0	0
自治体	都道府県	2	19
	市町村	0	75
	公立大学法人	9	1
	地方独立行政法人	1	18
自治体以外の公的 医療機関の開設者	日本赤十字社	0	56
	恩賜財団済生会	0	18
	北海道社会事業協会	0	1
	厚生農業協同組合連合会	0	17
	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	37
	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	52	11
	医療法人	0	283
	公益法人	1	42
	会社	0	12
	その他の法人	0	28
個人		0	37
合計		274	697

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

(2) 参加登録申請医療機関における登録件数の推移

平成26年1月1日から同年3月31日までの参加登録申請医療機関における登録医療機関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

	2014年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
参加登録申請 医療機関数	0	5	1	－	－	－	－	－	－	－	－	－
登録取下げ 医療機関数	0	0	0	－	－	－	－	－	－	－	－	－
累 計	691	696	697	－	－	－	－	－	－	－	－	－

【2】報告件数

(1) 月別報告件数

平成 26 年 1 月 1 日から同年 3 月 31 日までの報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関の月別報告件数は以下の通りである。

図表 II - 2 - 3 (QA-03) 報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関の月別報告件数

	2014 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	265	183	254	—	—	—	—	—	—	—	—	—	702
参加登録申請 医療機関報告数	32	26	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	69
報告義務対象 医療機関数	274	274	274	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
参加登録申請 医療機関数	691	696	697	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

(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 26 年 1 月 1 日から同年 3 月 31 日までの報告医療機関数及び報告件数を図表 II - 2 - 4 に、事業開始からの報告件数を開設者別に集計したものを図表 II - 2 - 5 に、病床規模別に集計したものを図表 II - 2 - 6 に、地域別に集計したものを図表 II - 2 - 7 に示す。また、同期間内における報告医療機関数を報告件数別に集計したものを図表 II - 2 - 8 に示す。なお、報告義務対象医療機関は事業開始後に特定機能病院の認定や医療機関の廃止等の変更が行われているため、他の図表と数値が一致しないところがある。平成 26 年 3 月 31 日現在、報告義務対象医療機関は 274 施設、病床数合計は 141,342 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	医療機関数 ※ 2014 年 3 月 31 日現在	報告医療機関数		報告件数		
		2014 年 1 月～3 月	2014 年 1 月～3 月 (累計)	2014 年 1 月～3 月	2014 年 1 月～3 月 (累計)	
国	国立大学法人等	45	34	34	231	231
	独立行政法人国立病院機構	143	90	90	283	283
	国立高度専門医療研究センター	8	5	5	20	20
	国立ハンセン病療養所	13	2	2	3	3
自治体	都道府県	12	8	8	45	45
	市町村					
	公立大学法人					
	地方独立行政法人					
法人	学校法人	52	25	25	118	118
	公益法人	1	1	1	2	2
合計	274	165	165	702	702	

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
		2014年10月～ 2014年3月
国	国立大学法人等	3,909
	独立行政法人国立病院機構	7,626
	国立高度専門医療研究センター	758
	国立ハンセン病療養所	182
自治体	都道府県	1,028
	市町村	
	公立大学法人	
	地方独立行政法人	
法人	学校法人	4,322
	公益法人	19
合 計		17,844

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	医療機関数 ※2014年 3月31日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)
0～19床	0	0	0	0	0
20～49床	14	2	2	3	3
50～99床	5	0	0	0	0
100～149床	7	1	1	2	2
150～199床	7	4	4	4	4
200～249床	17	7	7	15	15
250～299床	16	8	8	16	16
300～349床	28	12	12	24	24
350～399床	15	10	10	33	33
400～449床	27	17	17	68	68
450～499床	18	15	15	49	49
500～549床	10	7	7	11	11
550～599床	9	7	7	23	23
600～649床	27	18	18	98	98
650～699床	7	6	6	46	46
700～749床	11	8	8	59	59
750～799床	3	2	2	7	7
800～849床	12	11	11	87	87
850～899床	3	2	2	29	29
900～999床	11	9	9	30	30
1000床以上	27	19	19	98	98
合 計	274	165	165	702	702

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	医療機関数 ※ 2014 年 3 月 31 日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2014 年 1 月～3 月	2014 年 1 月～3 月 (累計)	2014 年 1 月～3 月	2014 年 1 月～3 月 (累計)
北海道	10	5	5	9	9
東北	25	9	9	28	28
関東甲信越	85	57	57	205	205
東海北陸	38	23	23	144	144
近畿	35	24	24	98	98
中国四国	35	26	26	110	110
九州沖縄	46	21	21	108	108
合計	274	165	165	702	702

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	
	2014 年 1 月～3 月	2014 年 1 月～3 月 (累計)
0	109	109
1	47	47
2	34	34
3	28	28
4	17	17
5	5	5
6	5	5
7	4	4
8	5	5
9	5	5
10	3	3
11～20	6	6
21～30	5	5
31～40	1	1
41～50	0	0
51～100	0	0
101～150	0	0
151～200	0	0
200 以上	0	0
合計	274	274

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26年1月1日から同年3月31日までの報告医療機関数及び報告件数を図表Ⅱ-2-9に、事業開始からの報告件数を開設者別に集計したものを図表Ⅱ-2-10に示す。

図表Ⅱ-2-9 (QA-09) 参加登録申請医療機関の報告医療機関数及び報告件数

開設者	医療機関数 ※2014年 3月31日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)
国	28	2	2	2	2
自治体	113	8	8	15	15
公的医療機関	143	9	9	28	28
法人	376	14	14	24	24
個人	37	0	0	0	0
合計	697	33	33	69	69

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～2014年3月
国	32
自治体	496
公的医療機関	696
法人	1,157
個人	6
合計	2,387

【3】報告義務対象医療機関からの報告の内容

平成 26 年 1 月 1 日から同年 3 月 31 日までの報告義務対象医療機関からの医療事故報告の内容は以下の通りである。

なお、各表は、医療事故情報報告入力項目^(注)を集計したものである。

図表Ⅱ - 2 - 1 1 (QA-28-A) 当事者職種

当事者職種	件数
医師	417
歯科医師	12
看護師	412
准看護師	2
薬剤師	4
臨床工学技士	1
助産師	4
看護助手	1
診療放射線技師	9
臨床検査技師	1
管理栄養士	0
栄養士	0
調理師・調理従事者	2
理学療法士 (PT)	10
作業療法士 (OT)	0
言語聴覚士 (ST)	2
衛生検査技師	0
歯科衛生士	1
歯科技工士	0
その他	8
合計	886

※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)「報告入力項目(医療事故事例)」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。

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	8	0	46	0	1	0	0	0	1	0
1年	11	3	34	0	1	0	0	0	1	0
2年	21	0	38	0	0	0	0	1	2	0
3年	22	0	29	0	0	0	0	0	0	0
4年	21	2	20	0	0	0	0	0	0	0
5年	24	1	16	0	0	1	0	0	0	0
6年	25	1	22	0	1	0	0	0	0	0
7年	28	2	23	0	0	0	0	0	0	0
8年	18	0	13	0	0	0	0	0	0	0
9年	17	0	7	0	0	0	0	0	0	0
10年	22	1	12	0	0	0	0	0	0	0
11年	12	0	12	0	0	0	0	0	0	0
12年	19	0	8	0	0	0	0	0	0	0
13年	21	0	5	0	0	0	0	0	1	0
14年	16	0	10	0	0	0	0	0	0	0
15年	17	0	6	0	1	0	0	0	0	0
16年	10	1	3	0	0	0	0	0	0	0
17年	10	0	11	0	0	0	2	0	0	0
18年	9	0	7	0	0	0	0	0	0	0
19年	17	0	5	0	0	0	0	0	0	0
20年	12	1	13	0	0	0	0	0	0	0
21年	11	0	11	0	0	0	1	0	0	1
22年	2	0	8	0	0	0	0	0	1	0
23年	7	0	3	0	0	0	0	0	0	0
24年	4	0	3	0	0	0	0	0	0	0
25年	6	0	11	0	0	0	0	0	0	0
26年	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0
27年	4	0	7	1	0	0	0	0	0	0
28年	6	0	3	0	0	0	0	0	0	0
29年	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0
30年	4	0	8	0	0	0	0	0	1	0
31年	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
32年	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0
33年	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
34年	1	0	2	0	0	0	0	0	2	0
35年	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0
36年	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
37年	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38年	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
39年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40年超	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
合計	417	12	412	2	4	1	4	1	9	1

※当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、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	1	0	0	0	0	0	1	58
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	63
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	52
0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	46
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	43
0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	51
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	32
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25
0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	37
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27
0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	29
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	25
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	27
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	25
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	18
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
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	13
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	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	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	2	10	0	2	0	1	0	8	886

図表Ⅱ-2-13 (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	93	5	119	0	2	0	0	0	3	1
1年	60	2	89	1	1	0	0	0	1	0
2年	53	0	62	0	0	0	1	1	3	0
3年	31	1	46	0	0	0	1	0	1	0
4年	21	0	25	0	0	0	0	0	1	0
5年	19	1	22	0	0	1	0	0	0	0
6年	18	1	14	0	0	0	0	0	0	0
7年	16	1	15	0	0	0	0	0	0	0
8年	11	0	4	1	1	0	0	0	0	0
9年	13	0	2	0	0	0	1	0	0	0
10年	21	0	3	0	0	0	0	0	0	0
11年	7	0	3	0	0	0	0	0	0	0
12年	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13年	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14年	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15年	7	0	1	0	0	0	1	0	0	0
16年	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0
17年	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
18年	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19年	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20年	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
21年	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0
22年	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23年	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
24年	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
25年	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26年	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
27年	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28年	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29年	1	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	2	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	417	12	412	2	4	1	4	1	9	1

※当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、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	1	0	0	0	0	0	1	225
0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	158
0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	123
0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	83
0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	51
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	44
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	34
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
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	1	25
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
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	1	0	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	10	0	2	0	1	0	8	886

図表 II - 2 - 1 4 (QA-35-A) 事故の概要

事故の概要	2014 年 1 月～3 月		2014 年 1 月～3 月 (累計)	
	件数	%	件数	%
薬剤	49	7.0	49	7.0
輸血	2	0.3	2	0.3
治療・処置	198	28.2	198	28.2
医療機器等	12	1.7	12	1.7
ドレーン・チューブ	41	5.8	41	5.8
検査	27	3.8	27	3.8
療養上の世話	247	35.2	247	35.2
その他	126	17.9	126	17.9
合 計	702	100.0	702	100.0

※割合については、小数点第 2 位を四捨五入したものであり、合計が 100.0 にならないことがある。

図表 II - 2 - 1 5 (QA-37-A) 事故の程度

事故の程度	2014 年 1 月～3 月		2014 年 1 月～3 月 (累計)	
	件数	%	件数	%
死亡	57	8.1	57	8.1
障害残存の可能性が高い	66	9.4	66	9.4
障害残存の可能性が低い	198	28.2	198	28.2
障害残存の可能性なし	223	31.8	223	31.8
障害なし	144	20.5	144	20.5
不明	14	2.0	14	2.0
合 計	702	100.0	702	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ていないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

※割合については、小数点第 2 位を四捨五入したものであり、合計が 100.0 にならないことがある。

図表Ⅱ - 2 - 16 (QA-40-A) 関連診療科

関連診療科	2014 年 1 月～3 月		2014 年 1 月～3 月 (累計)	
	件数	%	件数	%
内科	45	5.1	45	5.1
麻酔科	27	3.1	27	3.1
循環器内科	57	6.5	57	6.5
神経科	24	2.7	24	2.7
呼吸器内科	61	6.9	61	6.9
消化器科	63	7.1	63	7.1
血液内科	22	2.5	22	2.5
循環器外科	2	0.2	2	0.2
アレルギー科	1	0.1	1	0.1
リウマチ科	4	0.5	4	0.5
小児科	46	5.2	46	5.2
外科	67	7.6	67	7.6
整形外科	112	12.7	112	12.7
形成外科	7	0.8	7	0.8
美容外科	0	0	0	0
脳神経外科	44	5.0	44	5.0
呼吸器外科	12	1.4	12	1.4
心臓血管外科	24	2.7	24	2.7
小児外科	11	1.2	11	1.2
ペインクリニック	1	0.1	1	0.1
皮膚科	9	1.0	9	1.0
泌尿器科	19	2.2	19	2.2
性病科	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0
産婦人科	10	1.1	10	1.1
産科	4	0.5	4	0.5
婦人科	9	1.0	9	1.0
眼科	9	1.0	9	1.0
耳鼻咽喉科	18	2.0	18	2.0
心療内科	0	0	0	0
精神科	31	3.5	31	3.5
リハビリテーション科	7	0.8	7	0.8
放射線科	20	2.3	20	2.3
歯科	4	0.5	4	0.5
矯正歯科	0	0	0	0
小児歯科	1	0.1	1	0.1
歯科口腔外科	10	1.1	10	1.1
不明	0	0	0	0
その他	101	11.5	101	11.5
合 計	882	100.0	882	100.0

※「関連診療科」は複数回答が可能である。

※割合については、小数点第 2 位を四捨五入したものであり、合計が 100.0 にならないことがある。

図表 II - 2 - 1 7 (QA-41-A) 発生要因

発生要因	2014 年 1 月～3 月		2014 年 1 月～3 月 (累計)	
	件数	%	件数	%
当事者の行動に関わる要因	797	44.0	797	44.0
・ 確認を怠った	212	11.7	212	11.7
・ 観察を怠った	188	10.4	188	10.4
・ 報告が遅れた (怠った)	17	0.9	17	0.9
・ 記録などに不備があった	14	0.8	14	0.8
・ 連携ができていなかった	91	5.0	91	5.0
・ 患者への説明が不十分であった (怠った)	97	5.4	97	5.4
・ 判断を誤った	178	9.8	178	9.8
ヒューマンファクター	344	19.0	344	19.0
・ 知識が不足していた	106	5.8	106	5.8
・ 技術・手技が未熟だった	118	6.5	118	6.5
・ 勤務状況が繁忙だった	54	3.0	54	3.0
・ 通常とは異なる身体的条件下にあった	6	0.3	6	0.3
・ 通常とは異なる心理的条件下にあった	21	1.2	21	1.2
・ その他	39	2.2	39	2.2
環境・設備機器	330	18.2	330	18.2
・ コンピュータシステム	8	0.4	8	0.4
・ 医薬品	22	1.2	22	1.2
・ 医療機器	32	1.8	32	1.8
・ 施設・設備	22	1.2	22	1.2
・ 諸物品	25	1.4	25	1.4
・ 患者側	196	10.8	196	10.8
・ その他	25	1.4	25	1.4
その他	341	18.9	341	18.9
・ 教育・訓練	137	7.6	137	7.6
・ 仕組み	41	2.3	41	2.3
・ ルールの不備	50	2.8	50	2.8
・ その他	113	6.2	113	6.2
合 計	1,812	100.0	1,812	100.0

※「発生要因」は複数回答が可能である。

※割合については、小数点第 2 位を四捨五入したものであり、合計が 100.0 にならないことがある。

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	2014 年 1 月～3 月		2014 年 1 月～3 月 (累計)	
	件数	%	件数	%
汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故	2	0.3	2	0.3
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	2.0	14	2.0
入院患者の失踪	2	0.3	2	0.3
患者の熱傷	9	1.3	9	1.3
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	0	0
本事例は選択肢には該当しない	675	96.2	675	96.2
合 計	702	100.0	702	100.0

※割合については、小数点第 2 位を四捨五入したものであり、合計が 100.0 にならないことがある。

図表Ⅱ - 2 - 19 (QA-64-A) 発生場面 × 事故の程度

発生場面×事故の程度	死亡		障害残存の可能性が高い		障害残存の可能性が低い		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)
薬剤に関する項目													49	49
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	5	5	4	4	0	0	9	9
口頭による処方指示	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
手書きによる処方の変更	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
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	1	1	0	0	0	0	1	1
内服薬調剤	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	2	2
注射薬調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
血液製剤調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
外用薬調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤に関する場面	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
内服薬製剤管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
注射薬製剤管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
血液製剤管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
外用薬製剤管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の製剤管理に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
与薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮下・筋肉注射	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2
静脈注射	2	2	0	0	0	0	4	4	5	5	0	0	11	11
動脈注射	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
末梢静脈点滴	2	2	0	0	0	0	1	1	3	3	0	0	6	6
中心静脈注射	0	0	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	3	3
内服	1	1	0	0	1	1	4	4	3	3	0	0	9	9
外用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
坐剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
吸入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
点鼻・点耳・点眼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他と薬に関する場面	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
輸血に関する項目													2	2
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	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
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	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
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													198	198
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	1	1	0	0	0	0	1	1
口頭による指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する場面	0	0	2	2	7	7	2	2	0	0	0	0	11	11
管理	1	1	3	3	11	11	4	4	3	3	0	0	22	22
その他の管理に関する場面	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	3	3
準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の準備に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
実施	10	10	17	17	35	35	51	51	36	36	3	3	152	152
その他の治療・処置に関する場面	0	0	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	8	8



発生場面×事故の程度	死亡		障害残存の可能性が高い		障害残存の可能性が低い		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目													12	12
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
管理	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用中	0	0	1	1	5	5	0	0	4	4	0	0	10	10
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目													41	41
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
管理	0	0	1	1	0	0	2	2	3	3	0	0	6	6
準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用中	2	2	2	2	3	3	16	16	12	12	0	0	35	35
検査に関する項目													27	27
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
管理	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	3	3
準備	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1	3	3
実施中	1	1	1	1	6	6	7	7	5	5	1	1	21	21
療養上の世話に関する項目													247	247
手書きによる計画又は指示の作成	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
オーダーリングによる計画又は指示の作成	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
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	1	1	5	5	0	0	0	0	0	0	6	6
管理	6	6	13	13	42	42	40	40	20	20	3	3	124	124
準備	0	0	1	1	3	3	0	0	0	0	0	0	4	4
実施中	7	7	10	10	35	35	35	35	22	22	2	2	111	111
その他	24	24	11	11	33	33	44	44	13	13	1	1	126	126
合計	57	57	66	66	198	198	223	223	144	144	14	14	702	702

※事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。

※「不明」には、報告期日（2週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、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 - 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	
	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)
薬剤に関する項目													49	49
処方忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
処方遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
処方量間違い	0	0	1	1	0	0	3	3	2	2	0	0	6	6
重複処方	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の処方	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
対象患者処方間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
処方薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
処方単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与方法処方間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の処方に関する内容	0	0	0	0	0	0	3	3	2	2	0	0	5	5
調剤忘れ	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
処方箋・注射箋鑑査間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
秤量間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
数量間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
分包間違い	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	2	2	0	0	1	1	0	0	3	3
単位間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薬剤取り違え調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
説明文書の取り違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
交付患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薬剤・製剤の取り違え交付	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
期限切れ製剤の交付	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤に関する内容	0	0	0	0	0	0	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
その他の製剤管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2
過剰与薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過少与薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
重複与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
無投薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
混合間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の与薬準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過剰投与	0	0	0	0	1	1	4	4	4	4	0	0	9	9
過少投与	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
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	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
投与速度速すぎ	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	2	2
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	1	1	0	0	1	1
単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
無投薬	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	3	3
その他の与薬に関する内容	3	3	0	0	1	1	3	3	3	3	0	0	10	10



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	
	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)
輸血に関する項目													2	2
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
その他の指示出しに関する内容	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	0	0	0	0	0
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	0	0	0	0	0
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・ホルルの記載間違い	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
重複与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
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
その他の輸血実施に関する内容	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1

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	
	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)
治療・処置に関する項目													198	198
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・処置指示間違い	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
日間違	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	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
治療・処置の管理	0	0	2	2	6	6	1	1	1	1	1	1	11	11
その他の治療・処置の管理に関する内容	1	1	1	1	5	5	2	2	5	5	0	0	14	14
医療材料取り違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	1	1	0	0	1	1
その他の治療・処置の準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
部位取違え	0	0	1	1	3	3	1	1	2	2	0	0	7	7
方法(手技)の誤り	3	3	5	5	10	10	13	13	5	5	1	1	37	37
未実施・忘れ	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2
中止・延期	0	0	1	1	0	0	0	0	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	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
誤嚥	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
誤飲	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
異物の体内残存	0	0	0	0	5	5	4	4	4	4	0	0	13	13
診察・治療・処置等その他の取違え	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
その他の治療・処置の実施に関する内容	8	8	13	13	23	23	35	35	22	22	3	3	104	104
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目													12	12
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	1	1	0	0	0	0	1	1
保守・点検不良	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
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	0	0	0	0	0	0	0
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・医療材料の管理に関する内容	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
組み立て	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
設定条件間違い	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
電源入れ忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
警報設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
警報設定範囲間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
便宜上の警報解除後の再設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
消毒・清潔操作の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用前の点検・管理ミス	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
破損	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の医療機器等・医療材料の準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医療機器等・医療材料の不適切使用	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	0	0	3	3
誤作動	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
故障	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
破損	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の医療機器等・医療材料の使用に関する内容	0	0	0	0	4	4	0	0	1	1	0	0	5	5



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	
	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目													41	41
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用方法指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他のドレーン・チューブ類の使用・管理の指示に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
点検忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
点検不良	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用中の点検・管理ミス	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
破損	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他のドレーン・チューブ類の管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
組み立て	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
設定条件間違い	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	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2
自己抜去	0	0	0	0	0	0	2	2	3	3	0	0	5	5
自然抜去	0	0	1	1	0	0	2	2	1	1	0	0	4	4
接続はずれ	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
未接続	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
閉塞	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	0	0	4	4
切断・破損	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0	0	4	4
接続間違い	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	3	3
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	1	1	0	0	1	1
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	2	2	1	1	0	0	3	3
その他のドレーン・チューブ類の使用に関する内容	2	2	0	0	1	1	5	5	3	3	0	0	11	11
検査に関する項目													27	27
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	0	0	0	0	0	0	0
分析機器・器具管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
試薬管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
データ紛失	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計算・入力・暗記	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の検査の管理に関する内容	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	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	2	2	0	0	1	1	1	1	4	4
患者取違え	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
検体取違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
試薬の間違い	0	0	0	0	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
検査の手技・判定技術の間違い	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
検体採取時のミス	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
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	0	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の検査の実施に関する内容	1	1	1	1	6	6	6	6	4	4	0	0	18	18

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	
	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)
療養上の世話に関する項目													247	247
計画忘れ又は指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計画又は指示の遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計画又は指示の対象患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計画又は指示内容間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の療養上の世話の計画又は指示に関する内容	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	3	3
拘束・抑制	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
給食の内容の間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
安静指示	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
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	0	0	0	0	0	0
異物混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
転倒	3	3	11	11	56	56	45	45	30	30	3	3	148	148
転落	1	1	0	0	4	4	4	4	2	2	0	0	11	11
衝突	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
誤嚥	3	3	1	1	0	0	3	3	1	1	0	0	8	8
誤飲	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
誤配膳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
実施忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
搬送先間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
その他の療養上の世話の管理・準備・実施に関する内容	6	6	11	11	26	26	21	21	8	8	2	2	74	74
その他	24	24	11	11	33	33	44	44	13	13	1	1	126	126
合計	57	57	66	66	198	198	223	223	144	144	14	14	702	702

※事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。
 ※「不明」には、報告期日（2週間以内）までに患者の転帰が確定していないもの、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 - 21 (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	
	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)
内科	6	6	0	0	8	8	0	0
麻酔科	5	5	0	0	15	15	1	1
循環器内科	7	7	0	0	20	20	2	2
神経科	0	0	0	0	4	4	1	1
呼吸器内科	7	7	0	0	9	9	0	0
消化器科	2	2	0	0	26	26	0	0
血液内科	3	3	1	1	2	2	0	0
循環器外科	0	0	0	0	1	1	0	0
アレルギー科	0	0	0	0	0	0	0	0
リウマチ科	1	1	0	0	1	1	0	0
小児科	8	8	0	0	2	2	0	0
外科	2	2	0	0	31	31	0	0
整形外科	4	4	0	0	18	18	1	1
形成外科	0	0	0	0	1	1	0	0
美容外科	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	5	5	0	0	12	12	0	0
呼吸器外科	0	0	0	0	6	6	0	0
心臓血管外科	0	0	0	0	12	12	3	3
小児外科	1	1	0	0	5	5	2	2
ペインクリニック	0	0	0	0	1	1	0	0
皮膚科	1	1	0	0	2	2	0	0
泌尿器科	0	0	0	0	11	11	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	3	0	0
産科	0	0	0	0	2	2	0	0
婦人科	2	2	0	0	2	2	0	0
眼科	0	0	0	0	3	3	0	0
耳鼻咽喉科	2	2	0	0	4	4	1	1
心療内科	0	0	0	0	0	0	0	0
精神科	0	0	0	0	0	0	0	0
リハビリテーション科	1	1	0	0	0	0	0	0
放射線科	3	3	0	0	7	7	0	0
歯科	0	0	0	0	1	1	1	1
矯正歯科	0	0	0	0	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0	1	1	0	0
歯科口腔外科	0	0	0	0	3	3	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	7	7	1	1	30	30	2	2
合計	67	67	2	2	243	243	15	15

※「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	
2014 年 1月～3月	2014 年 1月～3月 (累計)								
0	0	3	3	22	22	6	6	45	45
4	4	0	0	0	0	2	2	27	27
1	1	4	4	11	11	12	12	57	57
1	1	0	0	12	12	6	6	24	24
5	5	4	4	27	27	9	9	61	61
5	5	7	7	11	11	12	12	63	63
3	3	1	1	9	9	3	3	22	22
0	0	0	0	1	1	0	0	2	2
0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
0	0	0	0	1	1	1	1	4	4
4	4	0	0	23	23	9	9	46	46
6	6	4	4	17	17	7	7	67	67
1	1	1	1	63	63	24	24	112	112
0	0	0	0	5	5	1	1	7	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	4	2	2	16	16	5	5	44	44
3	3	1	1	1	1	1	1	12	12
3	3	1	1	4	4	1	1	24	24
0	0	0	0	1	1	2	2	11	11
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
2	2	1	1	2	2	1	1	9	9
0	0	0	0	4	4	3	3	19	19
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	4	4	10	10
0	0	0	0	1	1	1	1	4	4
1	1	0	0	4	4	0	0	9	9
0	0	0	0	5	5	1	1	9	9
1	1	2	2	2	2	6	6	18	18
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	24	24	7	7	31	31
0	0	0	0	6	6	0	0	7	7
1	1	7	7	0	0	2	2	20	20
0	0	0	0	0	0	2	2	4	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
0	0	0	0	3	3	4	4	10	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	7	7	7	26	26	21	21	101	101
53	53	46	46	303	303	153	153	882	882

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	
	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)
当事者の行動に関わる要因								
確認を怠った	31	31	1	1	61	61	7	7
観察を怠った	4	4	1	1	34	34	3	3
報告が遅れた(怠った)	1	1	0	0	4	4	0	0
記録などに不備があった	2	2	0	0	3	3	0	0
連携ができていなかった	15	15	0	0	16	16	1	1
患者への説明が不十分であった(怠った)	3	3	0	0	12	12	0	0
判断を誤った	13	13	0	0	58	58	2	2
ヒューマンファクター								
知識が不足していた	13	13	0	0	23	23	1	1
技術・手技が未熟だった	2	2	0	0	59	59	1	1
勤務状況が繁忙だった	6	6	0	0	12	12	1	1
通常とは異なる身体的条件下にあった	0	0	0	0	1	1	0	0
通常とは異なる心理的条件下にあった	5	5	0	0	8	8	1	1
その他	6	6	0	0	14	14	0	0
環境・設備機器								
コンピュータシステム	2	2	1	1	0	0	0	0
医薬品	15	15	0	0	1	1	0	0
医療機器	1	1	0	0	12	12	6	6
施設・設備	0	0	0	0	1	1	1	1
諸物品	0	0	0	0	4	4	1	1
患者側	0	0	0	0	40	40	0	0
その他	0	0	0	0	12	12	0	0
その他								
教育・訓練	10	10	1	1	39	39	1	1
仕組み	5	5	1	1	2	2	1	1
ルールの不備	10	10	1	1	10	10	0	0
その他	7	7	0	0	45	45	2	2
合計	151	151	6	6	471	471	29	29

※「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	
2014 年 1月～3月	2014 年 1月～3月 (累計)								
								797	797
23	23	9	9	56	56	24	24	212	212
10	10	3	3	97	97	36	36	188	188
2	2	0	0	6	6	4	4	17	17
1	1	1	1	2	2	5	5	14	14
9	9	4	4	32	32	14	14	91	91
1	1	4	4	69	69	8	8	97	97
10	10	5	5	64	64	26	26	178	178
								344	344
13	13	1	1	34	34	21	21	106	106
8	8	3	3	25	25	20	20	118	118
2	2	1	1	23	23	9	9	54	54
1	1	0	0	2	2	2	2	6	6
2	2	0	0	4	4	1	1	21	21
2	2	1	1	11	11	5	5	39	39
								330	330
0	0	1	1	1	1	3	3	8	8
0	0	1	1	1	1	4	4	22	22
3	3	0	0	1	1	9	9	32	32
1	1	0	0	16	16	3	3	22	22
5	5	0	0	6	6	9	9	25	25
3	3	3	3	113	113	37	37	196	196
1	1	2	2	4	4	6	6	25	25
								341	341
9	9	1	1	48	48	28	28	137	137
4	4	1	1	4	4	23	23	41	41
4	4	3	3	13	13	9	9	50	50
5	5	8	8	16	16	30	30	113	113
119	119	52	52	648	648	336	336	1,812	1,812

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26年1月1日から同年3月31日までのヒヤリ・ハット事例収集事業の発生件数情報と事例情報の集計結果を掲載している。

【1】登録医療機関

(1) 参加登録申請医療機関数

平成26年3月31日現在、ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加している医療機関数は以下の通りである。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) 参加登録申請医療機関数

開設者		事例情報報告参加 登録申請医療機関	参加登録申請 医療機関
国	国立大学法人等	19	30
	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
	国立ハンセン病療養所	4	11
	独立行政法人労働者健康福祉機構	20	28
	その他の国の機関	0	0
自治体	都道府県	17	27
	市町村	70	123
	公立大学法人	4	8
	地方独立行政法人	8	23
自治体以外の公的 医療機関の開設者	日本赤十字社	45	80
	恩賜財団済生会	10	21
	北海道社会事業協会	0	0
	厚生農業協同組合連合会	7	18
	国民健康保険団体連合会	0	2
	全国社会保険協会連合会	25	44
	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	31	45
	医療法人	191	376
	公益法人	24	53
	会社	3	13
	その他の法人	18	38
個人		31	47
合計		614	1,131

(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医療機関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

	2014 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
事例情報参加 登録申請医療 機関数	1	2	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
登録取下げ 医療機関数	0	0	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
累 計	612	614	614	—	—	—	—	—	—	—	—	—
参加登録申請 医療機関数	1	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
登録取下げ 医療機関数	0	0	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
累 計	1,126	1,130	1,131	—	—	—	—	—	—	—	—	—

【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26年1月1日から同年3月31日までの発生件数情報報告は以下の通りである。

図表II-3-3 (QNR-01) 全医療機関発生件数情報報告

項目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合計
	実施なし				
	影響度(当該事例の内容が仮に実施された場合)				
死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考慮される	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	120	1,023	15,481	35,417	52,041
(2) 輸血	28	28	326	580	962
(3) 治療・処置	47	308	2,022	6,173	8,550
(4) 医療機器等	43	131	1,605	2,987	4,766
(5) ドレーン・チューブ	28	286	5,034	20,635	25,983
(6) 検査	49	263	4,115	8,616	13,043
(7) 療養上の世話	74	576	9,254	27,972	37,876
(8) その他	98	298	7,927	8,845	17,168
合計	487	2,913	45,764	111,225	160,389
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	12	135	893	2,781	3,821
【2】薬剤に由来する事例	45	592	5,350	13,268	19,255
【3】医療機器等に由来する事例	37	102	653	1,795	2,587
【4】今期のテーマ	45	190	2,302	9,817	12,354
報告医療機関数				474	
病床数合計				192,679	

(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 26 年 1 月 1 日から同年 3 月 31 日までの病床規模別発生件数情報報告を
図表 II - 3 - 4～図表 II - 3 - 10 に示す。

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

項 目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合計
	実施なし				
	影響度 (当該事例の内容が仮に実施された場合)				
	死亡もしくは重篤 な状況に至ったと 考えられる	濃厚な処置・治療 が必要であると 考えられる	軽微な処置・治療が 必要もしくは処置・ 治療が不要と考えら れる		
(1) 薬剤	0	4	238	209	451
(2) 輸血	0	0	2	3	5
(3) 治療・処置	0	1	74	76	151
(4) 医療機器等	0	3	18	24	45
(5) ドレーン・チューブ	0	0	26	57	83
(6) 検査	0	0	60	61	121
(7) 療養上の世話	0	4	172	178	354
(8) その他	1	5	85	55	146
合 計	1	17	675	663	1,356
再 掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	0	0	4	15	19
【2】薬剤に由来する事例	0	3	111	95	209
【3】医療機器等に由来する事例	0	3	3	9	15
【4】今期のテーマ	1	0	5	15	21
				報告医療機関数	28
				病床数合計	1,379

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	5	61	1,005	1,366	2,437
(2) 輸血	0	0	25	12	37
(3) 治療・処置	1	5	156	201	363
(4) 医療機器等	2	4	93	115	214
(5) ドレーン・チューブ	0	12	241	471	724
(6) 検査	0	14	335	346	695
(7) 療養上の世話	1	46	819	1,157	2,023
(8) その他	2	18	704	676	1,400
合計	11	160	3,378	4,344	7,893
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	1	11	104	143	259
【2】薬剤に由来する事例	1	29	239	205	474
【3】医療機器等に由来する事例	1	7	29	50	87
【4】今期のテーマ	0	0	105	162	267

報告医療機関数	70
病床数合計	10,875

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	8	26	1,417	2,325	3,776
(2) 輸血	1	4	28	33	66
(3) 治療・処置	2	15	181	382	580
(4) 医療機器等	2	3	167	283	455
(5) ドレーン・チューブ	0	12	296	1,426	1,734
(6) 検査	3	9	360	674	1,046
(7) 療養上の世話	4	49	1,146	3,026	4,225
(8) その他	2	21	793	915	1,731
合計	22	139	4,388	9,064	13,613
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	0	0	55	145	200
【2】薬剤に由来する事例	1	8	378	891	1,278
【3】医療機器等に由来する事例	2	1	42	114	159
【4】今期のテーマ	0	1	108	264	373

報告医療機関数	68
病床数合計	16,571

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

項目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合計
	実施なし				
	影響度 (当該事例の内容が仮に実施された場合)				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると 考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(1) 薬剤	25	102	1,808	5,425	7,360
(2) 輸血	4	4	51	86	145
(3) 治療・処置	6	20	271	987	1,284
(4) 医療機器等	7	19	216	517	759
(5) ドレーン・チューブ	1	26	506	2,933	3,466
(6) 検査	9	26	700	1,296	2,031
(7) 療養上の世話	25	82	1,225	5,007	6,339
(8) その他	11	47	684	1,500	2,242
合計	88	326	5,461	17,751	23,626
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	1	21	113	364	499
【2】薬剤に由来する事例	3	35	335	1,517	1,890
【3】医療機器等に由来する事例	0	11	71	373	455
【4】今期のテーマ	4	20	247	1,100	1,371

報告医療機関数	97
病床数合計	32,339

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

項目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合計
	実施なし				
	影響度 (当該事例の内容が仮に実施された場合)				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると 考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(1) 薬剤	15	170	2,662	5,863	8,710
(2) 輸血	1	3	28	68	100
(3) 治療・処置	9	61	310	988	1,368
(4) 医療機器等	7	25	330	539	901
(5) ドレーン・チューブ	4	32	642	4,067	4,745
(6) 検査	5	28	478	1,294	1,805
(7) 療養上の世話	14	99	1,574	5,728	7,415
(8) その他	18	46	2,067	1,925	4,056
合計	73	464	8,091	20,472	29,100
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	0	12	78	368	458
【2】薬剤に由来する事例	5	114	632	1,857	2,608
【3】医療機器等に由来する事例	6	13	101	305	425
【4】今期のテーマ	4	44	374	1,441	1,863

報告医療機関数	74
病床数合計	32,450



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	11	259	1,708	3,898	5,876
(2) 輸血	3	5	33	61	102
(3) 治療・処置	3	30	184	628	845
(4) 医療機器等	10	25	136	329	500
(5) ドレーン・チューブ	5	43	676	2,410	3,134
(6) 検査	7	23	492	950	1,472
(7) 療養上の世話	11	68	1,056	2,926	4,061
(8) その他	10	26	507	617	1,160
合計	60	479	4,792	11,819	17,150
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	3	34	151	388	576
【2】薬剤に由来する事例	10	222	1,128	1,681	3,041
【3】医療機器等に由来する事例	14	18	85	230	347
【4】今期のテーマ	10	20	355	892	1,277

報告医療機関数	39
病床数合計	20,926

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	56	401	6,643	16,331	23,431
(2) 輸血	19	12	159	317	507
(3) 治療・処置	26	176	846	2,911	3,959
(4) 医療機器等	15	52	645	1,180	1,892
(5) ドレーン・チューブ	18	161	2,647	9,271	12,097
(6) 検査	25	163	1,690	3,995	5,873
(7) 療養上の世話	19	228	3,262	9,950	13,459
(8) その他	54	135	3,087	3,157	6,433
合計	232	1,328	18,979	47,112	67,651
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	7	57	388	1,358	1,810
【2】薬剤に由来する事例	25	181	2,527	7,022	9,755
【3】医療機器等に由来する事例	14	49	322	714	1,099
【4】今期のテーマ	26	105	1,108	5,943	7,182

報告医療機関数	98
病床数合計	78,139

【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 26 年 1 月 1 日から同年 3 月 31 日までの事例情報参加登録申請医療機関の月別報告件数は以下の通りである。

図表Ⅱ - 3 - 1 1 (QH-03) 事例情報参加登録申請医療機関の月別報告件数

	2014 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		
事例情報参加登録申請医療機関報告数	3,273	1,769	2,708	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7,750
事例情報参加登録申請医療機関数	612	614	614	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

(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26年1月1日から同年3月31日までの報告医療機関数及び報告件数を図表Ⅱ-3-12に、病床規模別に集計したものを図表Ⅱ-3-13に、地域別に集計したものを図表Ⅱ-3-14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-3-15に示す。平成26年3月31日現在、事例情報参加登録申請医療機関の数は613施設、病床数合計は202,682床である。

図表Ⅱ-3-12 (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	医療機関数 ※2014年 3月31日現在	報告医療機関数		報告件数		
		2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	
国	国立大学法人等	19	5	5	16	16
	独立行政法人国立病院機構	70	4	4	79	79
	国立高度専門医療研究センター	3	1	1	1,221	1,221
	国立ハンセン病療養所	4	0	0	0	0
	独立行政法人労働者健康福祉機構	20	1	1	248	248
	その他の国の機関	0	0	0	0	0
自治体	都道府県	99	15	15	2,984	2,984
	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	45	5	5	948	948
	恩賜財団済生会	10	2	2	158	158
	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	7	0	0	0	0
	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	25	4	4	595	595
	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	2	2	19	19
	国民健康保険組合	1	0	0	0	0
法人	学校法人	31	7	7	245	245
	医療法人	191	14	14	880	880
	公益法人	24	1	1	19	19
	会社	3	0	0	0	0
	その他の法人	18	2	2	338	338
個人	31	0	0	0	0	
合計	614	63	63	7,750	7,750	

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	医療機関数 ※2014年 3月31日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)
0～19床	50	2	2	3	3
20～49床	19	1	1	1	1
50～99床	37	2	2	43	43
100～149床	43	1	1	68	68
150～199床	69	5	5	356	356
200～249床	41	3	3	129	129
250～299床	37	5	5	323	323
300～349床	70	5	5	1,196	1,196
350～399床	35	5	5	207	207
400～449床	56	5	5	312	312
450～499床	29	0	0	0	0
500～549床	27	5	5	745	745
550～599床	17	2	2	10	10
600～649床	19	5	5	1,475	1,475
650～699床	15	3	3	510	510
700～749床	12	1	1	5	5
750～799床	4	2	2	42	42
800～849床	8	4	4	2,276	2,276
850～899床	3	0	0	0	0
900～999床	11	5	5	13	13
1000床以上	12	2	2	36	36
合計	614	63	63	7,750	7,750

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

地域	医療機関数 ※2014年 3月31日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)
北海道	52	5	5	54	54
東北	60	5	5	247	247
関東甲信越	154	17	17	1,608	1,608
東海北陸	107	11	11	2,551	2,551
近畿	90	10	10	2,806	2,806
中国四国	76	8	8	289	289
九州沖縄	75	7	7	195	195
合計	614	63	63	7,750	7,750

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	
	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月(累計)
0	551	551
1	12	12
2	6	6
3	2	2
4	2	2
5	4	4
6	0	0
7	2	2
8	0	0
9	3	3
10	0	0
11～20	3	3
21～30	3	3
31～40	2	2
41～50	1	1
51～100	7	7
101～150	3	3
151～200	1	1
200以上	12	12
合計	614	614

【4】事例情報参加登録申請医療機関からの報告の内容

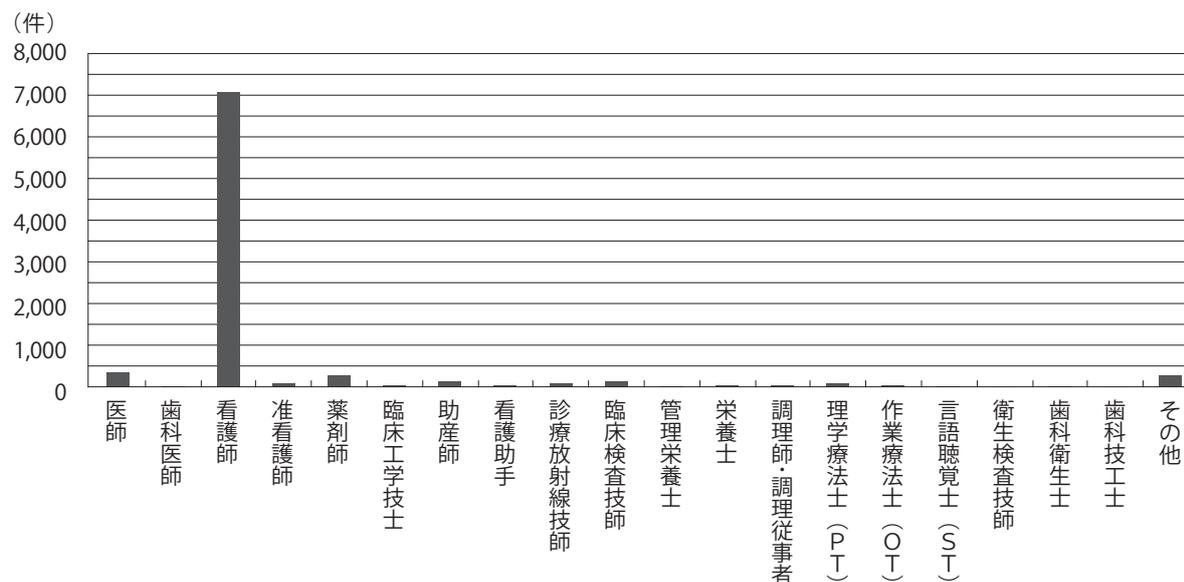
平成26年1月1日から同年3月31日までの事例情報参加登録申請医療機関からのヒヤリ・ハット事例情報報告の内容は以下の通りである。

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	345
歯科医師	4
看護師	7,056
准看護師	82
薬剤師	276
臨床工学技士	31
助産師	122
看護助手	40
診療放射線技師	85
臨床検査技師	121
管理栄養士	10
栄養士	29
調理師・調理従事者	38
理学療法士(PT)	74
作業療法士(OT)	25
言語聴覚士(ST)	10
衛生検査技師	1
歯科衛生士	1
歯科技工士	0
その他	273
合計	8,623

※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)「報告入力項目(ヒヤリ・ハット事例)」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。

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	80	2	1,569	3	58	2	29	7	12	7
1年	20	0	942	6	27	1	9	6	8	4
2年	12	0	635	2	8	1	9	4	3	5
3年	18	0	517	3	10	2	5	0	2	5
4年	9	0	344	2	10	3	10	0	3	9
5年	21	0	326	1	13	3	3	1	4	5
6年	16	1	276	0	17	2	6	0	6	5
7年	16	0	305	1	6	4	5	1	4	5
8年	10	0	215	0	2	2	1	3	3	6
9年	6	1	198	1	12	0	4	3	2	1
10年	11	0	169	0	8	1	5	1	0	2
11年	15	0	161	1	3	2	5	0	0	2
12年	5	0	150	2	4	0	4	0	1	3
13年	4	0	112	0	1	0	0	0	0	5
14年	8	0	128	0	5	2	0	0	2	0
15年	13	0	152	5	4	0	2	3	3	10
16年	5	0	108	0	5	2	1	0	1	1
17年	16	0	86	0	2	1	1	1	1	1
18年	5	0	77	1	1	0	2	1	1	1
19年	9	0	60	1	0	1	0	1	1	7
20年	10	0	75	2	5	0	1	5	2	1
21年	5	0	40	3	6	0	1	0	1	4
22年	2	0	42	0	1	0	6	0	2	0
23年	0	0	44	0	2	0	1	1	6	3
24年	0	0	36	0	5	0	1	0	2	2
25年	3	0	52	7	4	0	2	2	3	1
26年	4	0	28	1	2	1	1	0	0	2
27年	4	0	28	4	3	0	0	0	1	1
28年	2	0	18	3	9	0	0	0	2	5
29年	2	0	19	1	3	0	0	0	2	3
30年	7	0	37	6	4	0	4	0	4	3
31年	0	0	12	1	2	0	0	0	0	2
32年	2	0	12	2	8	0	2	0	2	2
33年	0	0	15	0	3	0	2	0	0	0
34年	0	0	18	5	3	0	0	0	0	0
35年	3	0	10	2	7	0	0	0	1	4
36年	0	0	5	0	9	1	0	0	0	2
37年	0	0	8	4	2	0	0	0	0	1
38年	1	0	12	4	2	0	0	0	0	0
39年	0	0	10	1	0	0	0	0	0	1
40年超	1	0	5	7	0	0	0	0	0	0
合計	345	4	7,056	82	276	31	122	40	85	121

※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
2	4	4	12	4	5	0	0	0	190	1,990
1	2	1	7	5	0	0	1	0	12	1,052
0	1	2	16	4	0	0	0	0	10	712
1	2	4	3	2	2	0	0	0	6	582
0	0	2	7	1	0	0	0	0	4	404
0	0	0	4	0	0	0	0	0	8	389
1	4	0	3	1	0	0	0	0	5	343
1	0	1	6	1	0	0	0	0	5	361
1	1	0	1	2	1	0	0	0	2	250
1	1	3	0	0	0	1	0	0	5	239
0	0	2	0	0	0	0	0	0	3	202
0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	193
0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	174
1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	127
0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	152
0	2	4	0	0	0	0	0	0	1	199
0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	128
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	111
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	90
0	1	5	1	0	0	0	0	0	1	88
0	4	1	0	0	0	0	0	0	4	110
0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	65
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	55
0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	59
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	47
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	75
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	41
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41
0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	44
0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	32
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	66
0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	20
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	31
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	18
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	16
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
10	29	38	74	25	10	1	1	0	273	8,623

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	128	3	2,277	8	68	2	40	9	16	26
1年	54	0	1,551	13	36	2	12	10	9	19
2年	25	0	977	10	10	4	12	8	4	9
3年	28	0	707	10	23	7	5	3	3	7
4年	15	1	411	13	13	4	9	3	5	5
5年	11	0	372	6	14	2	8	0	6	9
6年	8	0	226	0	14	2	9	0	3	7
7年	6	0	128	4	6	1	5	0	5	3
8年	21	0	110	1	6	1	0	1	4	4
9年	3	0	76	2	11	0	4	1	3	1
10年	10	0	58	5	5	4	6	1	0	6
11年	2	0	25	2	1	1	1	0	0	1
12年	4	0	19	0	1	0	0	0	1	0
13年	5	0	23	0	1	0	2	2	0	1
14年	0	0	15	0	2	0	0	0	0	3
15年	4	0	14	1	2	0	2	0	3	1
16年	2	0	16	1	1	0	0	1	5	1
17年	1	0	7	4	2	0	0	1	1	0
18年	1	0	5	1	2	0	2	0	1	1
19年	1	0	6	0	0	0	1	0	1	1
20年	8	0	10	1	5	0	0	0	2	0
21年	0	0	3	0	4	0	0	0	0	1
22年	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0
23年	0	0	2	0	1	0	0	0	2	0
24年	0	0	1	0	8	0	0	0	2	3
25年	2	0	6	0	3	0	0	0	2	0
26年	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
27年	1	0	1	0	3	0	0	0	1	1
28年	0	0	1	0	4	0	0	0	2	2
29年	1	0	2	0	2	0	1	0	0	2
30年	3	0	3	0	1	0	1	0	1	0
31年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
32年	0	0	0	0	8	0	1	0	2	1
33年	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
34年	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
35年	0	0	0	0	4	1	0	0	0	2
36年	0	0	0	0	7	0	0	0	0	1
37年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38年	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
39年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
40年超	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
合計	345	4	7,056	82	276	31	122	40	85	121

※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
5	12	11	25	4	5	0	0	0	192	2,831
2	5	3	5	9	0	0	1	0	19	1,750
2	4	2	12	7	1	0	0	0	17	1,104
0	1	2	1	1	1	0	0	0	7	806
0	0	2	7	0	0	0	0	0	7	495
0	0	0	3	1	0	0	0	0	11	443
1	1	0	4	1	0	0	0	0	3	279
0	0	0	2	2	0	0	0	0	4	166
0	1	0	1	0	2	0	0	0	1	153
0	2	0	1	0	0	1	0	0	3	108
0	1	2	0	0	0	0	0	0	6	104
0	0	4	0	0	0	0	0	0	1	38
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	26
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	35
0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	22
0	1	5	0	0	0	0	0	0	1	34
0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	29
0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	20
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
0	1	5	2	0	0	0	0	0	0	18
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
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	1	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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
10	29	38	74	25	10	1	1	0	273	8,623

図表Ⅱ-3-19 (QH-31) 事例の概要

事例の概要	2014年1月～3月		2014年1月～3月(累計)	
	件数	%	件数	%
薬剤	2,850	36.8	2,850	36.8
輸血	55	0.7	55	0.7
治療・処置	305	3.9	305	3.9
医療機器等	178	2.3	178	2.3
ドレーン・チューブ	1,324	17.1	1,324	17.1
検査	627	8.1	627	8.1
療養上の世話	1,583	20.4	1,583	20.4
その他	828	10.7	828	10.7
合計	7,750	100.0	7,750	100.0

※割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

図表Ⅱ-3-20 (QH-33) 影響度

影響度	2014年1月～3月		2014年1月～3月(累計)	
	件数	%	件数	%
死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	23	0.6	23	0.6
濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	100	2.5	100	2.5
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	3,810	96.9	3,810	96.9
合計	3,933	100.0	3,933	100.0

※割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

図表Ⅱ-3-21 (QH-36) 発生要因

発生要因	2014年1月～3月		2014年1月～3月(累計)	
	件数	%	件数	%
当事者の行動に関わる要因	11,204	58.6	11,204	58.6
・確認を怠った	4,795	25.1	4,795	25.1
・観察を怠った	1,948	10.2	1,948	10.2
・報告が遅れた(怠った)	210	1.1	210	1.1
・記録などに不備があった	179	0.9	179	0.9
・連携ができていなかった	1,275	6.7	1,275	6.7
・患者への説明が不十分であった(怠った)	1,003	5.2	1,003	5.2
・判断を誤った	1,794	9.4	1,794	9.4
ヒューマンファクター	4,047	21.1	4,047	21.1
・知識が不足していた	587	3.1	587	3.1
・技術・手技が未熟だった	419	2.2	419	2.2
・勤務状況が繁忙だった	1,609	8.4	1,609	8.4
・通常とは異なる身体的条件下にあった	105	0.5	105	0.5
・通常とは異なる心理的条件下にあった	653	3.4	653	3.4
・その他	674	3.5	674	3.5
環境・設備機器	1,647	8.6	1,647	8.6
・コンピュータシステム	209	1.1	209	1.1
・医薬品	220	1.2	220	1.2
・医療機器	104	0.5	104	0.5
・施設・設備	130	0.7	130	0.7
・諸物品	140	0.7	140	0.7
・患者側	611	3.2	611	3.2
・その他	233	1.2	233	1.2
その他	2,228	11.7	2,228	11.7
・教育・訓練	584	3.1	584	3.1
・仕組み	109	0.6	109	0.6
・ルールの不備	331	1.7	331	1.7
・その他	1,204	6.3	1,204	6.3
合計	19,126	100.0	19,126	100.0

※「発生要因」は複数回答が可能である。

※割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

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	
	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)	2014年1月～3月	2014年1月～3月(累計)
薬剤	11	11	35	35	1,460	1,460	1,506	1,506
輸血	2	2	0	0	36	36	38	38
治療・処置	1	1	10	10	159	159	170	170
医療機器等	2	2	5	5	99	99	106	106
ドレーン・チューブ	1	1	20	20	498	498	519	519
検査	3	3	6	6	405	405	414	414
療養上の世話	2	2	18	18	804	804	824	824
その他	1	1	6	6	349	349	356	356
合計	23	23	100	100	3,810	3,810	3,933	3,933

図表 II - 3 - 2 3 (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	
	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)
薬剤に関する項目							1,506	1,506
手書きによる処方箋の作成	0	0	0	0	7	7	7	7
オーダーリングによる処方箋の作成	0	0	5	5	24	24	29	29
口頭による処方指示	0	0	0	0	5	5	5	5
手書きによる処方の変更	0	0	0	0	4	4	4	4
オーダーリングによる処方の変更	0	0	0	0	6	6	6	6
口頭による処方の変更	0	0	0	0	5	5	5	5
その他の処方に関する場面	0	0	0	0	35	35	35	35
内服薬調剤	4	4	7	7	56	56	67	67
注射薬調剤	2	2	3	3	51	51	56	56
血液製剤調剤	0	0	0	0	1	1	1	1
外用薬調剤	1	1	0	0	4	4	5	5
その他の調剤に関する場面	0	0	1	1	5	5	6	6
内服薬製剤管理	0	0	0	0	11	11	11	11
注射薬製剤管理	0	0	0	0	16	16	16	16
血液製剤管理	0	0	0	0	2	2	2	2
外用薬製剤管理	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の製剤管理に関する場面	0	0	0	0	8	8	8	8
与薬準備	1	1	3	3	170	170	174	174
皮下・筋肉注射	0	0	1	1	72	72	73	73
静脈注射	0	0	2	2	101	101	103	103
動脈注射	0	0	0	0	2	2	2	2
末梢静脈点滴	2	2	6	6	155	155	163	163
中心静脈注射	0	0	5	5	53	53	58	58
内服	1	1	1	1	576	576	578	578
外用	0	0	0	0	29	29	29	29
坐剤	0	0	1	1	6	6	7	7
吸入	0	0	0	0	16	16	16	16
点鼻・点耳・点眼	0	0	0	0	12	12	12	12
その他と薬に関する場面	0	0	0	0	27	27	27	27
輸血に関する項目							38	38
手書きによる処方箋の作成	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる処方箋の作成	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による処方指示	0	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
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	2	2	2	2
準備	1	1	0	0	1	1	2	2
実施	0	0	0	0	2	2	2	2
その他の輸血検査に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0
準備	0	0	0	0	0	0	0	0
実施	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の放射線照射に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0
製剤の交付	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の輸血準備に関する場面	1	1	0	0	5	5	6	6
実施	0	0	0	0	14	14	14	14
その他の輸血実施に関する場面	0	0	0	0	11	11	11	11
治療・処置に関する項目							170	170
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	3	3	3	3
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	2	2	2	2
口頭による指示の変更	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の指示に関する場面	0	0	1	1	14	14	15	15
管理	0	0	2	2	17	17	19	19
その他の管理に関する場面	0	0	0	0	5	5	5	5
準備	1	1	0	0	24	24	25	25
その他の準備に関する場面	0	0	0	0	11	11	11	11
実施	0	0	5	5	68	68	73	73
その他の治療・処置に関する場面	0	0	2	2	13	13	15	15

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	
	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目							106	106
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	0	0	0
口頭による指示	0	0	0	0	0	0	0	0
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する場面	0	0	0	0	11	11	11	11
管理	0	0	2	2	28	28	30	30
準備	0	0	2	2	23	23	25	25
使用中	2	2	1	1	37	37	40	40
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目							519	519
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	0	0	0	0
口頭による指示	0	0	0	0	4	4	4	4
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	0	0	8	8	55	55	63	63
管理	0	0	3	3	120	120	123	123
準備	0	0	0	0	2	2	2	2
使用中	1	1	9	9	316	316	326	326
検査に関する項目							414	414
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	2	2	2	2
オーダーリングによる指示の作成	1	1	0	0	16	16	17	17
口頭による指示	0	0	0	0	3	3	3	3
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	1	1	1	1
オーダーリングによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による指示の変更	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の指示に関する場面	0	0	2	2	56	56	58	58
管理	1	1	0	0	36	36	37	37
準備	0	0	2	2	82	82	84	84
実施中	1	1	2	2	208	208	211	211
療養上の世話に関する項目							824	824
手書きによる計画又は指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダーリングによる計画又は指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による計画又は指示	0	0	0	0	5	5	5	5
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	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
その他の計画又は指示に関する場面	0	0	8	8	140	140	148	148
管理	1	1	4	4	274	274	279	279
準備	0	0	0	0	27	27	27	27
実施中	1	1	6	6	358	358	365	365
その他	1	1	6	6	349	349	356	356
合計	23	23	100	100	3,810	3,810	3,933	3,933

図表 II - 3 - 2 4 (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	
	2014 年 1月～3月	2014 年 1月～3月 (累計)	2014 年 1月～3月	2014 年 1月～3月 (累計)	2014 年 1月～3月	2014 年 1月～3月 (累計)	2014 年 1月～3月	2014 年 1月～3月 (累計)
薬剤に関する項目							1,506	1,506
処方忘れ	0	0	0	0	89	89	89	89
処方遅延	0	0	0	0	5	5	5	5
処方量間違い	0	0	1	1	20	20	21	21
重複処方	0	0	1	1	3	3	4	4
禁忌薬剤の処方	0	0	0	0	5	5	5	5
対象患者処方間違い	0	0	2	2	4	4	6	6
処方薬剤間違い	0	0	2	2	6	6	8	8
処方単位間違い	0	0	0	0	2	2	2	2
投与方法処方間違い	0	0	0	0	5	5	5	5
その他の処方に関する内容	0	0	0	0	30	30	30	30
調剤忘れ	0	0	0	0	10	10	10	10
処方箋・注射箋鑑査間違い	2	2	0	0	21	21	23	23
秤量間違い調剤	1	1	1	1	0	0	2	2
数量間違い	1	1	0	0	14	14	15	15
分包間違い	0	0	1	1	7	7	8	8
規格間違い調剤	0	0	0	0	14	14	14	14
単位間違い調剤	0	0	0	0	1	1	1	1
薬剤取り違い調剤	2	2	7	7	31	31	40	40
説明文書の取り違い	0	0	0	0	0	0	0	0
交付患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
薬剤・製剤の取り違い交付	0	0	0	0	4	4	4	4
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	1	1	1	1	26	26	28	28
薬袋・ボトルの記載間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
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	1	1	1	1
その他の製剤管理に関する内容	0	0	0	0	30	30	30	30
過剰と薬準備	1	1	1	1	14	14	16	16
過少と薬準備	0	0	0	0	15	15	15	15
与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	25	25	25	25
重複と薬	0	0	0	0	2	2	2	2
禁忌薬剤の与薬	0	0	0	0	1	1	1	1
投与速度速すぎ	0	0	0	0	1	1	1	1
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	12	12	12	12
薬剤間違い	0	0	1	1	14	14	15	15
単位間違い	0	0	0	0	3	3	3	3
投与方法間違い	0	0	0	0	3	3	3	3
無投薬	0	0	0	0	32	32	32	32
混合間違い	0	0	0	0	8	8	8	8
その他の与薬準備に関する内容	0	0	1	1	47	47	48	48
過剰投与	0	0	3	3	126	126	129	129
過少投与	0	0	2	2	114	114	116	116
投与時間・日付間違い	0	0	0	0	99	99	99	99
重複投与	0	0	0	0	29	29	29	29
禁忌薬剤の投与	0	0	0	0	7	7	7	7
投与速度速すぎ	1	1	3	3	59	59	63	63
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	10	10	10	10
患者間違い	0	0	0	0	31	31	31	31
薬剤間違い	0	0	0	0	31	31	31	31
単位間違い	0	0	0	0	7	7	7	7
投与方法間違い	0	0	0	0	33	33	33	33
無投薬	1	1	3	3	297	297	301	301
その他の与薬に関する内容	1	1	5	5	111	111	117	117

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	
	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)
輸血に関する項目							38	38
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0
指示量間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
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
その他の指示出しに関する内容	0	0	0	0	2	2	2	2
未実施	0	0	0	0	1	1	1	1
検体取り違え	0	0	0	0	0	0	0	0
判定間違い	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
その他の輸血検査に関する内容	0	0	0	0	7	7	7	7
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	1	1	1	1
異物混入	0	0	0	0	0	0	0	0
細菌汚染	0	0	0	0	0	0	0	0
期限切れ製剤	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0
過剰与薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0
過少与薬準備	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
重複与薬	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	1	1	0	0	1	1	2	2
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	2	2	2	2
その他の輸血準備に関する内容	1	1	0	0	4	4	5	5
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	2	2	2	2
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	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	2	2	2	2
無投薬	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の輸血実施に関する内容	0	0	0	0	13	13	13	13



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	
	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)
治療・処置に関する項目							170	170
指示出し忘れ	0	0	0	0	4	4	4	4
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
治療・処置指示間違い	0	0	1	1	2	2	3	3
日程間違い	0	0	0	0	2	2	2	2
時間間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の治療・処置の指示に関する内容	0	0	0	0	4	4	4	4
治療・処置の管理	0	0	1	1	10	10	11	11
その他の治療・処置の管理に関する内容	0	0	1	1	15	15	16	16
医療材料取り換え	0	0	0	0	3	3	3	3
患者体位の誤り	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
その他の治療・処置の準備に関する内容	1	1	0	0	29	29	30	30
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
部位取換え	0	0	0	0	6	6	6	6
方法(手技)の誤り	0	0	2	2	9	9	11	11
未実施・忘れ	0	0	1	1	8	8	9	9
中止・延期	0	0	0	0	0	0	0	0
日程・時間の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0
順番の誤り	0	0	0	0	1	1	1	1
不必要行為の実施	0	0	0	0	1	1	1	1
誤嚥	0	0	0	0	0	0	0	0
誤飲	0	0	0	0	0	0	0	0
異物の体内残存	0	0	0	0	4	4	4	4
診察・治療・処置等その他の取換え	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の治療・処置の実施に関する内容	0	0	4	4	59	59	63	63
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目							106	106
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	1	1	1	1
使用方法指示間違い	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	2	2	2	2
保守・点検不良	0	0	0	0	1	1	1	1
保守・点検忘れ	0	0	0	0	2	2	2	2
使用中の点検・管理ミス	0	0	1	1	22	22	23	23
破損	0	0	1	1	1	1	2	2
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	8	8	8	8
組み立て	0	0	0	0	6	6	6	6
設定条件間違い	0	0	0	0	8	8	8	8
設定忘れ	0	0	0	0	5	5	5	5
電源入れ忘れ	0	0	0	0	2	2	2	2
警報設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
警報設定範囲間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
便宜上の警報解除後の再設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
消毒・清潔操作の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0
使用前の点検・管理ミス	0	0	2	2	6	6	8	8
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	0	4	4	4	4
医療機器等・医療材料の不適切使用	1	1	0	0	9	9	10	10
誤作動	0	0	0	0	2	2	2	2
故障	0	0	0	0	1	1	1	1
破損	1	1	0	0	4	4	5	5
その他の医療機器等・医療材料の使用に関する内容	0	0	1	1	15	15	16	16

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	
	2014 年 1月～3月	2014 年 1月～3月 (累計)	2014 年 1月～3月	2014 年 1月～3月 (累計)	2014 年 1月～3月	2014 年 1月～3月 (累計)	2014 年 1月～3月	2014 年 1月～3月 (累計)
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目							519	519
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	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	9	9	9	9
点検忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
点検不良	0	0	0	0	2	2	2	2
使用中の点検・管理ミス	0	0	2	2	16	16	18	18
破損	0	0	0	0	4	4	4	4
その他のドレーン・チューブ類の管理に関する内容	0	0	4	4	88	88	92	92
組み立て	0	0	0	0	1	1	1	1
設定条件間違い	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	1	1	1
点滴漏れ	0	0	1	1	20	20	21	21
自己抜去	1	1	9	9	251	251	261	261
自然抜去	0	0	0	0	21	21	21	21
接続はずれ	0	0	0	0	19	19	19	19
未接続	0	0	0	0	2	2	2	2
閉塞	0	0	0	0	11	11	11	11
切断・破損	0	0	0	0	23	23	23	23
接続間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
三方活栓操作間違い	0	0	0	0	4	4	4	4
ルートクランプエラー	0	0	2	2	3	3	5	5
空気混入	0	0	0	0	0	0	0	0
誤作動	0	0	0	0	0	0	0	0
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	6	6	6	6
その他のドレーン・チューブ類の使用に関する内容	0	0	2	2	15	15	17	17
検査に関する項目							414	414
指示出し忘れ	0	0	0	0	7	7	7	7
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	5	5	5	5
指示検査の間違い	1	1	0	0	7	7	8	8
その他の検査の指示に関する内容	0	0	1	1	18	18	19	19
分析機器・器具管理	0	0	0	0	0	0	0	0
試薬管理	0	0	0	0	0	0	0	0
データ紛失	0	0	0	0	0	0	0	0
計算・入力・暗記	0	0	0	0	3	3	3	3
その他の検査の管理に関する内容	1	1	0	0	35	35	36	36
患者取違え	0	0	0	0	10	10	10	10
検体取違え	0	0	0	0	9	9	9	9
検体紛失	0	0	0	0	1	1	1	1
検査機器・器具の準備	0	0	0	0	7	7	7	7
検体破損	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	2	2	57	57	59	59
患者取違え	0	0	0	0	22	22	22	22
検体取違え	0	0	0	0	5	5	5	5
試薬の間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
検体紛失	0	0	0	0	5	5	5	5
検査の手技・判定技術の間違い	0	0	0	0	19	19	19	19
検体採取時のミス	0	0	0	0	31	31	31	31
検体破損	0	0	0	0	4	4	4	4
検体のコンタミネーション	0	0	0	0	0	0	0	0
データ取違え	0	0	0	0	1	1	1	1
結果報告	0	0	0	0	18	18	18	18
その他の検査の実施に関する内容	1	1	3	3	139	139	143	143



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	
	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)
療養上の世話に関する項目							824	824
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	0	0	0	0
計画又は指示の対象患者間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
計画又は指示内容間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の療養上の世話の計画又は指示に関する内容	0	0	0	0	7	7	7	7
拘束・抑制	0	0	0	0	4	4	4	4
給食の内容の間違い	0	0	0	0	8	8	8	8
安静指示	0	0	0	0	6	6	6	6
禁食指示	0	0	0	0	3	3	3	3
外出・外泊許可	0	0	0	0	5	5	5	5
異物混入	0	0	0	0	5	5	5	5
転倒	1	1	14	14	492	492	507	507
転落	1	1	2	2	146	146	149	149
衝突	0	0	0	0	1	1	1	1
誤嚥	0	0	0	0	2	2	2	2
誤飲	0	0	0	0	1	1	1	1
誤配膳	0	0	0	0	7	7	7	7
遅延	0	0	0	0	3	3	3	3
実施忘れ	0	0	0	0	7	7	7	7
搬送先間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	7	7	7	7
延食忘れ	0	0	0	0	2	2	2	2
中止の忘れ	0	0	0	0	2	2	2	2
自己管理薬飲み忘れ・注射忘れ	0	0	0	0	4	4	4	4
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	3	3	3	3
不必要行為の実施	0	0	0	0	3	3	3	3
その他の療養上の世話の管理・準備・実施に関する内容	0	0	2	2	84	84	86	86
その他	1	1	6	6	349	349	356	356
合計	23	23	100	100	3,810	3,810	3,933	3,933

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	
	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)	2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)
当事者の行動に関わる要因								
確認を怠った	2,419	2,419	35	35	175	175	128	128
観察を怠った	372	372	12	12	59	59	41	41
報告が遅れた(怠った)	88	88	1	1	15	15	4	4
記録などに不備があった	107	107	3	3	7	7	0	0
連携ができていなかった	541	541	11	11	53	53	31	31
患者への説明が不十分であった(怠った)	201	201	1	1	11	11	3	3
判断を誤った	405	405	3	3	65	65	19	19
ヒューマンファクター								
知識が不足していた	270	270	7	7	29	29	26	26
技術・手技が未熟だった	167	167	2	2	39	39	21	21
勤務状況が繁忙だった	712	712	13	13	28	28	29	29
通常とは異なる身体的条件下にあった	50	50	0	0	0	0	1	1
通常とは異なる心理的条件下にあった	337	337	5	5	19	19	14	14
その他	263	263	4	4	25	25	16	16
環境・設備機器								
コンピュータシステム	91	91	1	1	3	3	5	5
医薬品	183	183	1	1	4	4	1	1
医療機器	15	15	0	0	7	7	40	40
施設・設備	23	23	0	0	1	1	2	2
諸物品	11	11	0	0	5	5	8	8
患者側	54	54	1	1	12	12	2	2
その他	85	85	1	1	9	9	9	9
その他								
教育・訓練	241	241	6	6	21	21	30	30
仕組み	54	54	2	2	10	10	6	6
ルールの不備	190	190	9	9	17	17	15	15
その他	317	317	4	4	28	28	17	17
合計	7,196	7,196	122	122	642	642	468	468

※「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	
2014年 1月～3月	2014年 1月～3月 (累計)								
								11,204	11,204
546	546	471	471	550	550	471	471	4,795	4,795
591	591	43	43	640	640	190	190	1,948	1,948
19	19	28	28	18	18	37	37	210	210
3	3	19	19	14	14	26	26	179	179
174	174	118	118	203	203	144	144	1,275	1,275
189	189	36	36	457	457	105	105	1,003	1,003
508	508	80	80	582	582	132	132	1,794	1,794
								4,047	4,047
79	79	51	51	64	64	61	61	587	587
76	76	31	31	50	50	33	33	419	419
247	247	135	135	286	286	159	159	1,609	1,609
13	13	8	8	19	19	14	14	105	105
61	61	53	53	76	76	88	88	653	653
96	96	64	64	125	125	81	81	674	674
								1,647	1,647
3	3	44	44	10	10	52	52	209	209
8	8	3	3	15	15	5	5	220	220
12	12	3	3	10	10	17	17	104	104
15	15	5	5	72	72	12	12	130	130
25	25	9	9	70	70	12	12	140	140
160	160	13	13	345	345	24	24	611	611
26	26	22	22	44	44	37	37	233	233
								2,228	2,228
52	52	47	47	127	127	60	60	584	584
3	3	10	10	11	11	13	13	109	109
24	24	38	38	16	16	22	22	331	331
139	139	74	74	144	144	481	481	1,204	1,204
3,069	3,069	1,405	1,405	3,948	3,948	2,276	2,276	19,126	19,126

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 本報告書に掲載した分析テーマ

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	○職種経験1年目未満の看護師・准看護師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	○気管切開チューブが、皮下や縦隔へ迷入した事例 ○事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例

【2】分析対象とする情報

本事業で収集した本報告書対象期間内の医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例のうち、対象とするテーマに関連する情報を有している事例情報を抽出し、分析対象とした。

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

【3】分析体制

医療安全に関わる医療専門職、安全管理の専門家などで構成される専門分析班において月 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、テーマ別専門分析班を設置し、分析を行っている。テーマ別専門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専門分析班を設置せず、専門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。

最終的に専門分析班、テーマ別専門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

専門分析班において、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 26 年 1 月 1 日から同年 3 月 31 日までに 6 件実施した。

2 個別のテーマの検討状況

【1】職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故

日本の医療が急速な少子高齢化の進展や医療技術の進歩等大きな変化に直面している中で、看護職員には一層患者の視点に立った質の高い看護の提供が求められている。したがって看護学生が学ぶべき看護技術などの内容もその変化に応じたものが求められる。一方で看護学生の臨地実習は、看護業務の複雑化や患者の安全の確保の視点から、その範囲や機会が制限される傾向にある。

平成 18 年には厚生労働省において「看護基礎教育の充実に関する検討会」が開催され、特に新人看護職員の臨床実践能力の低下に対し、早急な対応が不可欠であるとされ、看護師教育において医療安全等を学ぶ統合分野・統合科目の創設などのカリキュラムの改正案が取りまとめられた。検討会の報告を受け、文部科学省では、平成 20 年に保健師助産師看護師学校養成所指定規則等の一部を改正する省令を公布した。この改正により、平成 21 年度から保健師助産師看護師学校養成所のカリキュラムに「統合分野」が創設され、「看護の統合と実践」の中に「医療安全」が明記された。

また、厚生労働省は、平成 21 年 7 月に保健師助産師看護師法、看護師等の人材確保の促進に関する法律を改正し、平成 22 年 4 月から、新人看護職員研修を努力義務とした。研修を努力義務化することによって、看護の質が向上し、医療安全の確保につながるとともに、新人看護職員の早期離職防止が期待できるとしている。

さらに、厚生労働省は、新人看護職員が基本的な臨床実践能力を獲得するため、医療機関の機能や規模の大きさに関わらず新人看護職員を迎えるすべての医療機関で新人看護職員研修が実施される体制の整備を目指して、平成 23 年 2 月に「新人看護職員研修ガイドライン」をとりまとめた。厚生労働省が行った平成 23 年の医療施設調査¹⁾の新人看護職員研修の状況では、「新人看護職員がいる」と回答した 4,764 施設（病院総数の 56.1%）のうち「新人看護職員研修ガイドラインに沿った研修を実施している」は 3,875 施設（新人看護職員がいる病院の 81.3%）となっている。

その後、このガイドラインは、新人看護職員研修の更なる推進に向けた課題整理等を目的として、平成 25 年 11 月より「新人看護職員研修ガイドラインの見直しに関する検討会」において見直しが行われ、平成 26 年 2 月に「新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】」²⁾が公表された。改訂版のガイドラインでは、到達目標の項目の表現や到達の目安の一部修正、到達目標設定に係る例示の追加等を行っている。

本事業の医療事故報告においても、当事者が看護職員である事例は多く報告されている。その中でも、職種経験 1 年未満の看護師・准看護師による知識不足や経験不足に起因すると考えられた事例の報告があり、職種経験 1 年未満の看護師・准看護師の事例に焦点を当てて医療事故の分析を行い、その結果を共有することは有用であると考えた。また、本事業は、これまで事例の内容の類似事例を個別のテーマとして分析したことはあったが、職種経験から事例を分析したことはなかった。

そこで、今回は職種経験 1 年未満の看護師・准看護師（以下、新人看護師とする）に関連した医療事故やヒヤリ・ハットを 1 年間の個別のテーマとして取り上げ、事例を 1 年間にわたって継続的に収集し、4 回の報告書にわたって取り上げて分析を進めることとしている。

(1) 職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故の現状**① 新人看護師に関連した医療事故の考え方**

本分析で対象とする事例は、平成22年以降に報告された事例とし、その中から、次の事例を新人看護師に関連した医療事故とした。

○「当事者1」が職種経験1年未満の看護師・准看護師である事例

○「当事者1」は他職種または職種経験1年以上の看護師であるが、「当事者2」が新人看護師で、事例の内容や背景要因に新人看護師であったことが記載されている事例

② 発生状況

本報告書では、平成22年1月1日から平成26年3月31日までに報告された新人看護師に関連した医療事故、499件を分析の対象とした。報告された医療事故の概要を図表Ⅲ-2-1、事故の概要の割合をグラフにした図表Ⅲ-2-2を示す。図表Ⅲ-2-1は、左から新人看護師のみの事例件数、中央が[参考1]の新人看護師以外の事例件数、右側が[参考2]の平成25年1～12月の全職種の事例件数(第36回報告書 68頁 図表Ⅱ-2-14)である。

新人看護師が当事者であった事例は、「療養上の世話」の事例がもっとも多く289件(57.9%)、次いで「薬剤」の事例が77件(15.4%)、ドレーン・チューブの事例が58件(11.6%)であった。[参考1]として示した職種経験1年以上の看護師の事例では、同じく「療養上の世話」が4,205件(64.3%)と6割以上を占め、次いで「ドレーン・チューブ」の事例が572件(8.7%)、「薬剤」の事例が528件(8.1%)であった。新人看護師が当事者であった事例と1年以上の看護師が当事者であった事例を比較すると、どちらも「療養上の世話」が多いが、「薬剤」の事例に関しては、新人看護師の事例の方が全体の占める割合が高かった。

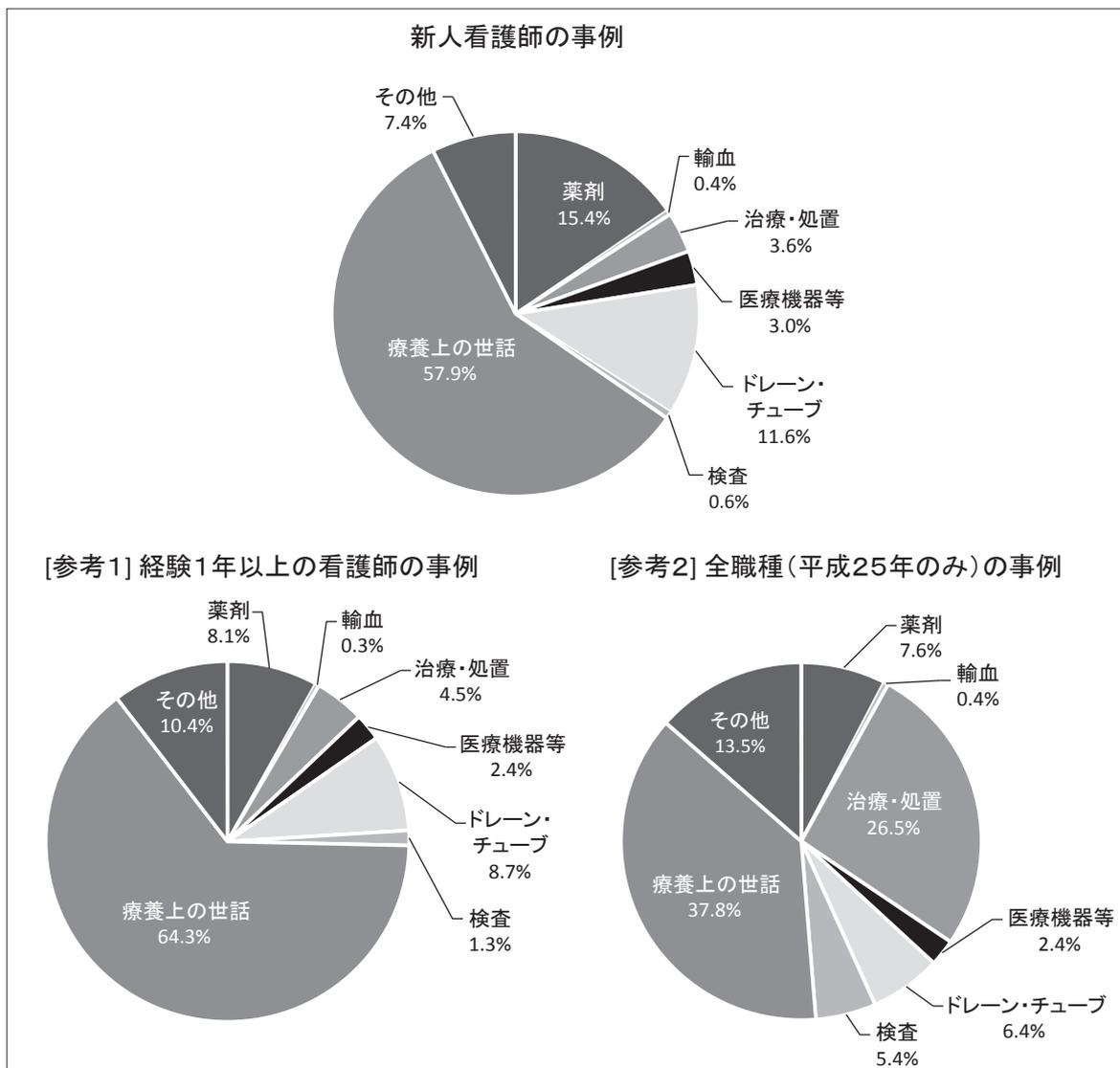
図表Ⅲ-2-1 事故の概要

事故の概要	新人看護師の事例		[参考1] 職種経験1年以上の 看護師の事例 ^{※1}		[参考2] 平成25年1～12月 全職種の事例 ^{※2}	
	件数	%	件数	%	件数	%
薬剤	77	15.4	528	8.1	205	7.6
輸血	2	0.4	20	0.3	10	0.4
治療・処置	18	3.6	293	4.5	718	26.5
医療機器等	15	3.0	159	2.4	65	2.4
ドレーン・チューブ	58	11.6	572	8.7	174	6.4
検査	3	0.6	86	1.3	147	5.4
療養上の世話	289	57.9	4,205	64.3	1,023	37.8
その他	37	7.4	681	10.4	366	13.5
合計	499	100.0	6,544	100.0	2,708	100.0

※1 平成22年以降に報告された事例のうち、当事者1または2に職種経験年数1年以上の看護師・准看護師を含む事例

※2 第36回報告書 68頁 図表Ⅱ-2-14から抜粋

図表Ⅲ - 2 - 2 事故の概要の割合 (医療事故)



次いで、新人看護師の職種経験月数別に集計した(図表Ⅲ - 2 - 3)。職種経験月数0ヶ月または1ヶ月の新人看護師が当事者となった事例の報告は少なかった。これは、入職後は指導を受けながらの業務となり、一人で担当できる業務が少ないためと考えられる。職種経験月数2ヶ月ごろから徐々に報告事例数が増え、職種経験月数6ヶ月(10月)以降は、60件前後の報告が続いている。報告件数60件を超えているのは、職種経験6ヶ月(10月)、8ヶ月目(12月)、9ヶ月目(1月)であった。

また、「薬剤」「ドレーン・チューブ」や「療養上の世話」は一人で患者を担当して行うことが多いため経験月数の早期から報告されている。「ドレーン・チューブ」は、職種経験0ヶ月から報告があり、特に職種経験6～8ヶ月の報告が多く、「療養上の世話」は6月以降に報告件数が30件前後となる。「輸血」「治療・処置」は、指導者とともに実施している可能性が高い4ヶ月頃(8月)報告件数がなく、職種経験5ヶ月(9月)以降に報告があった。

職種経験10ヶ月目(2月)は報告件数が少なかったが、その理由は不明である。

図表Ⅲ - 2 - 3 新人看護師の職種経験月数と報告件数

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
職種経験月 (ヶ月)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
事故の概要													
薬剤	0	2	3	9	8	9	7	11	8	9	4	7	77
輸血	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
治療・処置	0	0	0	0	0	2	5	0	1	6	0	4	18
医療機器等	0	0	2	3	0	1	2	1	1	2	1	2	15
ドレーン・チューブ	1	3	2	2	2	2	12	10	10	7	3	4	58
検査	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3
療養上の世話	6	7	13	21	25	26	29	33	29	39	25	36	289
その他	0	0	1	3	4	4	6	1	10	4	2	2	37
合計	7	12	22	39	39	44	61	57	60	67	36	55	499

※件数に応じて、マスの色の濃さを変えて表示しており、色が濃いほど報告件数が多い。

③医療事故の職種

さらに新人看護師の職種を示す(図表Ⅲ - 2 - 4)。499件の事例のうち、493件は看護師の事例であり、准看護師が当事者であった事例は少ない。また、看護師の事例のうち、当事者1が新人看護師であった事例が478と多く、当事者2として新人看護師が関与している事例は15件であった。そのうち、当事者が職種経験1年以上の看護師の事例が9件、当事者1が医師や看護助手など他職種の事例が6件であった。

図表Ⅲ - 2 - 4 新人看護師の職種

職種	(当事者1の職種)	件数
看護師		493
	新人看護師の事例	478
	職種経験1年以上の看護師の事例	9
	他職種の事例	6
准看護師		6
	新人准看護師の事例	6
	合計	499

④医療事故の程度

新人看護師に関連した事例 499 件と職種経験 1 年以上の看護師の事例 6,544 件の事故の程度を集計した (図表Ⅲ - 2 - 5)。図表Ⅲ - 2 - 5 は、左から、新人看護師のみの事例件数、[参考 1] の新人看護師以外の事例件数、[参考 2] の平成 25 年 1～12 月の全職種の事例件数 (第 36 回報告書 68 頁 図表Ⅱ - 2 - 15) である。

新人看護師に関連した事例の「死亡」の割合は 6.4%、「障害残存の可能性が高い」の割合は 6.4%と 1 年以上の看護師の事例と比較して大きな差はなかった。全職種の事例と比較すると、「死亡」または「障害残存の可能性が高い」の割合は低かった。

また、新人看護師に関連した事例の「障害残存の可能性なし」と「障害なし」の割合を合わせると 59.8%であり、1 年以上の看護師の事例と比較しても大きな差はない。

図表Ⅲ - 2 - 5 事故の程度

事故の概要	新人看護師の事例		[参考 1] 職種経験 1 年以上の 看護師の事例 ^{※1}		[参考 2] 平成 25 年 1～12 月 全職種の事例 ^{※2}	
	件数	%	件数	%	件数	%
死亡	32	6.4	364	5.6	216	8.0
障害残存の可能性が高い	32	6.4	525	8.0	263	9.7
障害残存の可能性が低い	124	24.8	1,848	28.2	748	27.6
障害残存の可能性なし	125	25.1	1,803	27.6	740	27.3
障害なし	173	34.7	1,787	26.3	642	23.7
不明	13	2.6	217	3.3	99	3.7
合計	499	100.0	6,544	100.0	2,708	100.0

※1 平成 22 年以降に報告された事例のうち、当事者 1 または 2 に職種経験年数 1 年以上の看護師・准看護師を含む事例

※2 第 36 回報告書 68 頁 図表Ⅱ - 2 - 15 から抜粋

⑤医療事故の内容

新人看護師に関する事例のうち、事故の概要が「薬剤」「治療・処置」「医療機器等」「ドレーン・チューブ」「療養上の世話」「その他」を選択されている事例について主な報告事例を示す (図表Ⅲ - 2 - 6)。さらにそれらの事例について専門分析班及び総合評価部会でなされた主な議論を示した。

図表Ⅲ - 2 - 6 事例の概要及び専門分析班・総合評価部会の議論

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1人目	2人目			
薬剤						
1	障害残存の可能性がある(低い)	看護師(0年6ヶ月)	看護師(2年5ヶ月)	当該病棟では、医療者が管理している内服薬を夜勤の看護師が1日分個別の容器に薬剤の準備をしている。夜勤の看護師Aは吸入薬(メプチン)の投与を日勤看護師が忘れないように、内服薬の容器に準備した。日勤の新人看護師Bは、以前にメプチンの外装に似た点眼薬を点眼したことがあるという思いこみで、確認しないまま吸入薬であるメプチンを患者の両眼に1滴ずつ点眼した。	メプチン吸入液には、「目に入れない」の表示がされていたが、6R [*] で薬剤を確認せず、以前メプチン吸入液と同じような外装の目薬をさしたことがあり思いこみで点眼した。また、薬剤を準備した看護師が未投与とならないようにと安易に内服薬の容器に吸入薬を準備してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 基本的なことであるが、薬剤準備・投与時の6R[*]を厳守する。 内服の容器には、内服以外の投与方法の薬剤を入れないことをルール化した。
		専門分析班及び総合評価部会の議論		<ul style="list-style-type: none"> ○患者に薬剤を投与する前に、患者に出ている指示や薬剤の投与経路などを確認することは、新人看護師に限らず基本的なことであろう。 ○夜勤の看護師が吸入薬のメプチンを内服薬の容器に入れて準備する、内服薬の容器に入っているのに点眼するなど、今回の事例に限らず元々内服薬のみを入れる容器になっていなかったのではないか。 ○内服薬以外の薬剤を準備しておく場所があったのか。それが無い場合、また投与経路が違う薬剤を混在させて準備する可能性がある。 ○容器が目的外使用になってしまう現状があるのであれば、「内服薬用の容器」と限定せず、「薬剤を入れる容器」に変更し、投与経路はその都度確認の方が安全ではないか。 		

※6Rとは、正しい患者(Right patient)、正しい薬剤(Right drug)、正しい目的(Right purpose)、正しい用量(Right dose)、正しい用法(Right route)、正しい時間(Right time)である

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
2	障害残存の可能性なし	看護師 (3年4ヶ月)	看護師 (0年4ヶ月)	<p>新人看護師Xが行う眠前のインスリン注射が遅れていたため、指導看護師Yが実施することにした。看護師Yは、インスリンの準備を行い、もう一人の別の看護師Zとダブルチェックを行った。看護師Yは患者Aの部屋を訪室し、消灯後であったためスモールライトをつけ、小さい声で、「〇〇さん (患者B) ですね」と声かけしたところ、患者Aから「ハイ」と返事があった。看護師Yは患者B本人であると思い込み、患者Aへ血糖測定を行い、ヒューマリンNミリオペン6単位皮下注射を実施した。その際、患者に氏名を名乗ってはもらわなかった。その後、本来注射を打つべき患者Bより、インスリンを打っていないと申し出られ、患者間違いに気が付いた。ヒューマリンNミリオペンは患者Bの持参薬の専用ペン型インスリンであった。さらに、新人看護師Xは、間違えて患者Aに使用された、専用のペン型インスリンで注射針は変えたが、そのまま、同じペン型インスリンの器械を使用し、患者Bに指示量の皮下注射を実施した。</p>	<p>新人看護師を手伝おうと、担当患者以外の処置を安易に行ってしまった。準備の段階までのダブルチェックはできていたが、消灯後であるからという理由より、実施時のマニュアルに沿った患者誤認予防のための患者の氏名の確認を入口の名札やベッドネーム、患者参加型の確認が行えていない。実施直後の確認も行えていない。間違えて別の患者へ、専用ヒューマリンNミリオペンを使用してしまったが、新人看護師は、針を変えても、汚染した感染上の問題が生じてくることを判断できなかった。そのため、本来の患者Bへ説明もしないでそのままインスリン注射を行った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 患者へ処置を実施する際は、薬剤の名前ラベルとの確認、ベッドサイドでの確認、ベッドネームでの確認、患者参加型確認を実施する。 焦っていたり、気持ちに余裕のないときは、一呼吸を置いてから行動したり、他スタッフへの応援をお願いする。 眠前インスリンなど時間処置は、流れ作業にならないよう、受け持ち看護師が責任をもって実施する。 インスリンについての知識を深め、感染リスク感性を高め、不明な点は他のスタッフへ相談する。
	専門分析班及び総合評価部会の議論	<p>○時間通りに行う必要のある処置について、新人看護師がどの程度の認識を持っていたか確認する必要がある。また、消灯後に処置を行わないようにするための業務配分や指導看護師のサポート体制などが具体的に改善策に示されると良い。</p> <p>○患者Bが注射を打っていないことを誰に伝え、間違えて患者Aに投与した患者BのヒューマリンNミリオペンが何処にあったのかなど、事例の記載内容からは不明な点もあるが、新人看護師だけでは判断は難しいので、患者Bにインスリンを投与する前に指導看護師に相談したり、指導看護師側から対処方法を新人看護師に伝えたりする必要があったのではないかと。</p> <p>○注射の際、間違えて別の患者に刺した場合に、血液の逆流の可能性という根拠を元に「針を替える」という指導方法ではなく、「針を含め、全体を替える」と指導する方がよい。</p>				

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
3	障害なし	看護師 (0年 8ヶ月)	-	輸血開始 3 時間後、患者に嘔気・発汗が出現し、顔面蒼白となったため主治医へ連絡した。呼吸苦あるため輸血中止し HCU へ転出した。バイパップの装着を試みたが患者が嫌がるため、医師はミダゾラムを持参するよう指示した。担当の新人看護師は薬品金庫からミダゾラムを取り出し、誰にも告げぬまま患者の CV ラインから 1 A を静注した。その際、周囲の医師・看護師は投与したことに気付いていなかった。付近の看護師がミダゾラムの空アンプルの入ったトレイを手にしている新人看護師に気付き、どうしたのか尋ねると「IV した」と答えた。医師はミダゾラム 1 A を生食 10 mL で希釈し、その内 2 mL を使用するつもりでいた。まもなく SpO ₂ が低下、自発呼吸微弱となったが、FiO ₂ 100% でバイパップを装着し SpO ₂ の上昇が見られ事なきを得た。	担当の新人看護師は、受け持ち患者の急変に初めてあたり、パニックになっていた。周囲も担当看護師の状況を確認する余裕がなかった。IV する際、通常は声に出して確認してから実施し、実施後も声に出して告げる事になっている。新人看護師は普段から声出し確認ができていなかったが、十分な指導ができていなかった。新人看護師の薬剤に関する知識が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> 知識不足：まずは常備薬剤（救急カート、金庫内の薬剤）に関する学習会を設ける。 急変時の対応についてのシミュレーション：DC 使用、救急カート内の物品の取り扱い方、声出し確認・ダブルチェックの重要性について再学習する。 1 年目看護師の受け持ち患者急変時の周囲のフォロー体制について検討：リーダー中心に周囲が声掛けを行い、1 年目看護師は患者の側から離さず記録を指示する、など。 ACLS の勉強会を計画する。
				<p>○医師の「持ってきて」をこれまでの何らかの経験から、「持ってきたら、注射する」と思い込んだ可能性がある。急変に慣れない看護師に指示を出す際は、「持ってきて。○○と準備して」など具体的に伝える必要があるだろう。</p> <p>○背景要因の「通常は声に出して確認してから実施し、実施後も声に出して告げる。」を徹底することが大事である。</p> <p>○急変時の口頭指示の出し方・受け方、内容の確認方法など、ルールを決めてはいかかがか。</p> <p>○改善策に「リーダー中心に周囲が声掛けを行い、1 年目看護師は患者の側から離さず記録を指示する、など」と記載されているように、急変に新人看護師が慣れていない場合は新人看護師が行えることを限定しておくことは効果的であろう。</p>		

III

1

2-[1]

2-[2]

2-[3]

3-[1]

3-[2]

3-[3]

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
治療・処置						
4	障害なし	看護師 (0 年 6 ヶ月)	看護師 (6 年 6 ヶ月)	<p>経皮的冠動脈形成術 (P C I) の術前処置として、膀胱留置カテーテル (1 4 F r) の挿入を指導者看護師の監視のもと、1 年目看護師が行った。患者の尿道口よりカテーテルを挿入し、カテーテルの付け根近くまで挿入したが、患者は直前に排尿されていたため尿の流出がみられなかった。指導看護師に言われ、新人看護師は固定水を少量注入してみたが、患者が痛みを訴えたため直ちに固定水を抜いた。2～3 c mカテーテルを引き抜き、再度2～3 c m挿入したところ、血尿 (血尿スケール 3) がみられたが、その後血尿がスケール 1～2 に改善したため固定水を入れ固定した。挿入後、医師に血尿が流出したことを報告した。再度訪室すると血尿がスケール 5 になっていたため、泌尿器科医師にコンサルトし尿道損傷と診断される。血尿の程度が強く、P C I は延期となった。元々内服していた抗凝固薬のワーファリンは休薬継続、プラビックスは翌日より中止となる。</p>	<p>患者は元々抗凝固薬を服用していたため出血傾向にあった。前立腺肥大の既往はなかった。当該看護師は新人看護師で手技が未熟であった。患者にカテーテルを挿入を 3 回ほど試みたことはあったが、清潔操作、挿入の手技において指導者より自立と判断されず、一人で実施したことはなかった。当該看護師は、カテーテル挿入による尿道損傷の事例について報告された医療安全情報 (評価機構発行の医療安全情報 No. 8 0 と院内事例をまとめたもの) や院内事故防止委員で報告された院内警鐘事例については認識していた。</p>	<p>・膀胱留置カテーテル挿入による尿道損傷については、院内警鐘事例発生時、泌尿器科医師のアドバイスのもと、手順に以下の 2 項目を追加していた。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 挿入が浅いと、尿の流出が確認できても尿道でバルーンを膨らませることになる。カテーテルを根元まで挿入して、尿流出を確認後、固定水を注入する。 2. 正しい手順で入らなければ、誰が挿入しても同じである。早めに泌尿器科にコンサルトする。出血がひどくなると挿入も難しくなる。 <p>・今回の事例においては、患者は事前に排尿していたため尿の流出は確認し難かったと思われるが、尿の流出が確認できなかった時点でカテーテルを抜去し、時間をおいて再度挿入したほうがよかった。</p>
		専門分析班及び総合評価部会の議論		<p>○新人看護師に対し、膀胱留置カテーテルの挿入前は、排尿しないで尿を溜めておくことを説明しておくなどの教育も必要であろう。</p> <p>○固定水注入時の痛み、血尿の流出などの症状があった場合に、挿入を継続しないなどのルールを決め、指導者側、新人側どちらも徹底する。</p> <p>○新人看護師の手技が未熟であれば、高齢の男性患者、抗凝固阻止剤などの薬剤を内服している患者などの挿入は、指導者が行うことも選択の一つであろう。</p> <p>○医療機関によっては、看護師は男性患者の膀胱留置カテーテルの挿入を行わないとしているところもある。</p>		

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1人目	2人目			
5	障害なし	看護師 (0年 5ヶ月)	看護師 (6年 5ヶ月)	S 状結腸癌に対して腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術を行っていた。当事者の新人看護師 A は手術終盤で交代を行った。交代後、手術途中でガーゼの確認をした際は手にとって数を数えながらカウントを行った。閉創時のガーゼカウントの際、医師はカウントを待つことなく閉創に入り、看護師 A は器械出しの業務に追われた。そのため、ガーゼをカウントする余裕がなく、外回り看護師 B がカウントを手伝い一緒に清潔野のガーゼカウントを行った。清潔野には 10 枚の半切ガーゼがあり、7 枚は使用され 1 枚ずつ丸められて置かれていたが、他は未使用で数枚が折られた状態で置かれていた。外回り看護師 B から見て折られていたガーゼは 3 枚に見え、看護師 A に確認したところ、3 枚だと言った。看護師 A と看護師 B はその時点でガーゼカウントが合っていると判断し、医師に報告した。その時点で皮下の閉創はほぼ終了していた。手術終了後、麻酔覚醒前に腹部の X-P 撮影を行った。医師が X-P を確認したところ、左下腹部にガーゼらしき陰影が写っているという発言があった。透視を使用し確認したところ半切ガーゼと同じ陰影が確認でき、再度腹腔鏡下での開腹をすることになった。鏡視下で腹腔内を観察したところ、陰影が写っていた場所から半切ガーゼが摘出された。	本事例では手術時間が長時間になり、器械出し看護師 A は数回交代していた。看護師 A の前の器械出し看護師は左の下腹部に半切ガーゼが 1 枚留置されていることを申し送り、外回り看護師 B とも情報の共有はできていた。しかし、ホワイトボードに記載するなどのメモは取っていなかった。看護師 A は卒後 1 年目の看護師で、部署経験が浅い状態であり閉創時に手術器械類カウントを行ったが、カウントと平行して閉創が行われていたために閉創介助でカウントに集中できていなかった。そのため、外回り看護師 B が清潔野である器械台上のガーゼを目視で確認し、使用され血液が付着した 7 枚と器械台上で未使用であったガーゼの束を 3 枚あると認識し、器械出し看護師 A へ確認を取った。器械出し看護師 A はカウントを行う余裕がなかったため実際には手にとって数えずに目視で 3 枚と認識し外回り看護師 B へ報告を行った。そのため半切ガーゼが清潔野に 10 枚あることとし、不潔野には 15 枚の半切ガーゼがあり合計 25 枚で開封したガーゼ枚数と合致したためカウント一致の報告を行い閉創となり 1 枚が腹腔内に遺残した状態となった。	<ul style="list-style-type: none"> 閉創前に必ずタイムアウトをして、ガーゼカウントを行う。 ガーゼカウントは必ず指差しまたは触って行き、カウントしにくい状況であれば術者に伝える。 体内に一時的にでもガーゼを留置する場合は、必ずホワイトボードに記載する。 長時間手術など必要時には看護師の助言に基づき、術者がタイムアウトの宣言を行い、機器類のカウントを行う。
		専門分析班及び総合評価部会の議論	<ul style="list-style-type: none"> 発生時間帯が「22:00～23:59」であり、夜間で人が少なく、新人看護師のサポートが十分に行える環境ではなかった可能性がある。 事故の内容に「外回り看護師から見て数枚が折られていたガーゼは 3 枚に見え、当事者に確認したところ、3 枚だと言った。」とあるが、「3 枚あるように見えるが、手に取って数えてください」などのように具体的に伝えられると新人看護師は行動しやすいであろう。 経験が短く、閉創とガーゼカウントで焦っている新人看護師には、医師に手を止めてもらうよう声をかけるのは難しい場合があるので、外回りの看護師が進行を止める声かけをするなどのサポートがあるとよい。 			

III

1

2-[1]

2-[2]

2-[3]

3-[1]

3-[2]

3-[3]

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
医療機器等						
6	障害残存の可能性なし	准看護師 (0年 10ヶ月)	看護師 (0年 10ヶ月)	<p>患者のシーツ交換を行う際、新人の准看護師と看護師の 2 名で患者をリフターにて挙上し、シーツ交換を実施した。実施中に人工呼吸器のアラームが鳴ったため、アラームをリセットし患者の身体周囲の回路を確認した。その後も、人工呼吸器のアラームが 3 度鳴ったが、同様の確認とアラームリセットを行った。記録室でのモニターに S p O₂ 20% の表示があり、別の看護師が患者のところへ駆けつけると S p O₂ が低下し、顔色不良であった。すぐにアンビュー加圧へ変更し、酸素投与を開始する。回路を確認したところ、人工呼吸器回路が加湿器部で外れているのを発見した。その後、S p O₂ が上昇し、人工呼吸器 F i O₂ = 30% に設定、血液検査、X 線撮影を実施した。</p>	<p>患者は人工呼吸器を装着していた。リフターを使用し、患者を挙上した状態でシーツ交換を行い、早く終わらせたいと考えていた。シーツ交換を行った准看護師、看護師は 2 人とも新人であった。人工呼吸器のアラーム発生の意味・原因の認識が不足していた。アラーム発生時の患者の観察が不足していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器アラーム対応の徹底。 ・シーツ交換時のリフター使用中止。 ・患者観察の徹底。 ・人工呼吸器アラーム発生時の行動、操作の確認。
				<p>○「アラームが発生し、回路を確認した」とあるが、何をどのように確認したかが事例からは不明である。</p> <p>○人工呼吸器のアラームが鳴った際、経験年数の長い看護師は「アラームが鳴った理由が何か人工呼吸器を確認する」「患者の胸郭の動きはどうか」「生体モニターの値はどうか」「回路が外れていないか」など瞬時に観察を行ったうえでアセスメントし、問題がなければアラームをリセットしている。その姿だけを新人看護師が見ると、「アラームが鳴ったら、回路を見てアラームを止める」だけに見えることもあるだろう。</p> <p>○機械の確認だけではなく、呼吸状態、胸郭の動き、顔色など患者の状況が確認できるとよい。</p> <p>○新人看護師への人工呼吸器の教育は、使い方に重点を置くのではなく、トラブル発生時の対応方法（例えば、「アラーム発生の意味が分からなかったら人を呼ぶ」、「アラームが△回鳴ったら応援を求める」など）を具体的に教育しておく必要がある。</p>		
	専門分析班及び総合評価部会の議論					

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
ドレーン・チューブ						
7	不明	看護師 (0 年 9 ヶ月)	看護師 (0 年 9 ヶ月)	<p>高カリウム血症および急性腎不全による意識障害で救急搬入した患者。入院時より血尿あり、3 ウェイ膀胱留置カテーテル (固定液 30 mL) を挿入し、持続的膀胱洗浄を時間 100 mL/h で実施していた。G I (グルコースインスリン) 療法が開始され、時間尿量の確認のため、持続的膀胱洗浄を輸液ポンプで実施するよう指示があった。腎臓内科では腎生検時の合併症による血尿がある場合、その重症度によって持続的膀胱洗浄を輸液ポンプにて実施することがあった。5 日後、肉眼的血尿が増悪したため、指示に従い、注入量を 200 mL/h に増量していた。7 時 40 分頃に輸液ポンプのアラームが鳴り、洗浄液を更新する必要があることはわかっていたが、夜勤である受け持ち看護師 A は別室で他患者の採血中で、手が離せなかったため、病室前を通りがかった看護師 B に洗浄液の更新を依頼した。依頼された看護師 B は看護師経験 1 年目で、膀胱洗浄を見学したことはあったが、実際に実施するのは初めてであり、輸液と同じ手順で輸液ポンプをセットして再開した。その際、ポンプより下のルート内に空気が混入していることに気付き、空気混入のアラームが鳴ってはいけなないと思ひ、膀胱留置カテーテルからルートを外してエア抜きをした。その後、再度、膀胱留置カテーテルにルートを接続した。接続部 3 ウェイ部分は皮膚に直接接触するために皮膚保護目的でガーゼにて包んでいた。看護師 B は、接続した際にルートの指差し確認は行わなかった。9 時に日勤看護師がシーツ交換のため訪室したところ、シーツと寝衣が濡れているのを確認した。膀胱留置カテーテルを確認すると洗浄液がバルーン側に接続されているのを発見した。</p>	<p>発見後、直ちに主治医に報告し、膀胱留置カテーテルを抜去する。抜去時にバルーンからは少量の固定液が引けたのみであった。抜去した膀胱留置カテーテルのバルーン部は破裂しており、破裂による破損部分片が確認できないため、主治医より泌尿器科医師に診察依頼され、泌尿器科医師により 3 ウェイ膀胱留置カテーテル再挿入および用手膀胱洗浄を実施するが、バルーンの確認はできなかった。膀胱内に異物残存していることによる感染リスクと尿成分が異物に付着することで結石になる可能性があるため、膀胱鏡を行うこととした。膀胱鏡を実施したが、膀胱内にバルーンが残存物は確認できなかった。アクシデント出現前後の血尿には変化は認められなかったため、出血性膀胱炎の悪化にはつながっていないと考えられる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 持続的膀胱洗浄には輸液ポンプは使用しない。 ルートの指差し確認を徹底教育する。 接続部の分かるガーゼ保護方法をとる (敷くだけにする)。 点滴ルートではなく洗浄用専門のルートはないか、製造販売業者へ確認する。 医療安全部で、同等の設定をしてバルーンの破裂時間と破裂時の衝撃の程度を検証した。200 mL/h で注入をするとすでに固定液は 30 mL 入っているので、48 mL 注入した 1 分 10 秒後に大きな音と共に破裂しバルーンを包んでいたビニール袋表面に衝撃を示すしわがついた。 新採用者への体験型教育の中に取り入れていく。
<p>専門分析班及び総合評価部会の議論</p>				<ul style="list-style-type: none"> ○当事者 1、2 どちらも新人看護師であり、患者を担当していた看護師も依頼された看護師も慌てていたであろう。 ○新人看護師同士では、業務を依頼してよいか、依頼されたのを受けてよいかの判断は難しい。また、夜勤帯のため人も少なく、経験のある看護師に応援を頼める状況ではなかった可能性がある。 ○輸液ポンプを使用していたのであれば、いつ頃交換する必要があるか予測が立てやすい。職種経験のある看護師が、その時間に採血はしないなど業務の組み方をアドバイスできるとよい。 		

Ⅲ

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故

No.	事故の 程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
8	障害なし	看護師 (0 年 8 ヶ月)	—	<p>胸水除去のため胸腔ドレーンを挿入し、胸腔ドレーン介助が初めての新人看護師 A が介助を行った。挿入中に 1,000 mL を排液し、バックを変えてドレーンを鉗子でクランプした。医師はリーダー看護師には口頭で「ドレーンはクランプ」と指示した。新人看護師は先輩看護師 B と後片付けをしていた際に、「なぜドレーンをクランプしているのか」と看護師 B に問われ、「エックス線撮影への移動のため」と返答した。「今はクランプは不必要ではないか」と看護師 B は言い、医師の指示確認のため部屋を出た。新人看護師 A はその通りだと思いクランプを外した。看護師 B がドレーンクランプが医師の指示であることを確認して部屋に戻り、クランプされていない胸腔ドレーンをクランプするまでに 740 mL の胸水が排液した。患者は呼吸苦を訴えたがその後すぐに消失し、バイタルサインに変化はなかった。リーダー看護師は口頭指示のままだったため、医師に指示入力を依頼していた。</p>	<p>胸水を一回でどれくらい排液するのか、多くの胸水を排液したらどのような症状になるのか知識が不足していた。新人看護師は初めての処置であったため、リーダー看護師は医師の指示を退室前に伝えるべきであったがしなかった。先輩看護師も退室する際に医師の指示を確認してくるのでクランプはそのままにしておくよう当事者に指示すべきだったがしなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 初めての処置については事前学習し知識を獲得しておく。 先輩看護師は細かなことも確認、指示する。
				<p>○何か間違ったことをしたのではないか、指示を聞き漏らしたのではないかなど、新人看護師が不安になった時取る特徴的な行動であろう。</p> <p>○普段から、安全な方に行動がとれるように「一人で判断しない」「分からない時は聞く」「指示を待つ」ということを伝えておくことよい。</p> <p>○新人看護師にとって初めての介助であれば、周囲がサポートできる体制を整えて行う方がよい。</p>		

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
療養上の世話						
9	障害残存の可能性がある (低い)	看護師 (0 年 2 ヶ月)	-	<p>土曜日の 10 時頃、新人看護師は 1 人でオムツ交換を行った。看護師は患者を右側臥位にして汚れたオムツを取り除いた後、患者を右側臥位にしたままオムツを捨てようとして患者から目を離し、足元から 1 m ほど離れた所にあるバケツに手を伸ばした。その際、ベッド柵が下がったままになっており、患者はベッドから床に転落してしまった。ベッドの高さは約 1 m である。直ぐに看護師 2 名で患者をベッド上にあげ、観察、バイタルサイン測定を行い、当直医に報告した。当直医の診察を受け、患者は左側頭部に軽度腫脹発赤が見られた以外は目立った外傷や発赤はなく、当直医は経過観察と 2 時間毎の全身状態観察を指示した。翌朝、左肩～頸部に暗紫色の皮下出血認め、当直医に報告。当直医が診察し、X-P 撮影後、左鎖骨遠位端骨折を指摘された。同日午後に整形外科医が診察し、鎖骨固定帯を装着し、保存的療法で経過観察の治療方針を決定した。</p>	<p>看護師は患者を右側臥位の状態でベッド柵を降ろしたまま患者から目を離してしまった。患者は常時不随運動があり、2 年前には骨折の既往があった。このことから、オムツ交換は 2 人の看護師で実施することになっていたが、1 人でオムツ交換を実施してしまった。看護師はこの患者のオムツ交換は看護師 2 人での実施対象者というルールを知らなかった。患者のオムツ交換を今まで 1 人で行っていたが、先輩やスタッフから注意されたことがなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 骨折のリスクのある患者への援助は必ず 2 人で実施していく。 2 人での実施対応者がどの患者かが一目でわかるように、カードを作成し、ベッドに貼付した。 ベッド上での患者への援助中に患者から目を離すときは必ずベッド柵をその患者に適した高さまで上げておくことを徹底する。 新採用者や配置替え時のオリエンテーションの内容に、患者毎の特徴や援助時の注意点等を明文化し、指導内容の修正を行う。 新採用者が常に疑問や不安なことをその場で質問し、その日に解決できるように、1 年間を通してその日の指導者が誰であるのかわかるように提示しておく。
				<p>○ケアを行う時は、モノの準備だけでなく実施環境を整えて行うことも大事である。今回の事例の場合、バケツを患者から目を離さないといけない位置に置くのではなく、実施者の足元などに置くなどの工夫も必要であろう。</p> <p>○当該患者は 2 人でオムツ交換をすることになっていたようだが、当該事例が土曜日 (休日) の事例であることや、過去に 1 人で行っていたという背景から考えると、本当に 2 人で行える体制が整えられているか業務を見直してもよいだろう。</p> <p>○臥床中のベッドのベッド柵を外していることに対して不安を感じることができるよう、新人看護師に教育できるとよい。看護の学生教育や新人看護師の教育は「オムツ交換の方法」「清拭の方法」という「するための方法」だけでなく、危険を予防するという方向からの教育にもっと重きを置くべきかもしれない。</p>	<p>専門分析班及び総合評価部会の議論</p>	

III

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
その他						
10	死亡	看護師 (0 年 3 ヶ月)	—	術後の経過良好。安静制限はなく歩行状態。術後 2 日目の夜勤担当看護師 A (新人看護師) は 19 時の検温で体温が 37 度あったため、巡視時に疼痛の有無を確認すると、そんなにひどくないが頭痛がするというのでロキソニン 1 錠、ムコスタ 1 錠を内服してもらった。21 時の巡視で呼吸状態を確認し、23 時 30 分の巡視でベッド上臥床していることを確認した。2 時の巡視でいびき様の音を確認し、4 時頃の巡視で臥床していることを確認した。6 時の巡視でバイタルサイン測定しようと患者を見ると入眠している様子であったため一旦退室した。6 時 44 分にバイタルサインを測定しようと患者を起こしたとき、意識がないため他の看護師に応援を要請。すぐに当直医に連絡、同時に緊急コールを押し、救急医師到着。頸動脈触知不可。全身硬直あり。四肢冷感あり。自発呼吸なし。尿失禁あり。胸骨圧迫開始。酸素接続、バグバルブマスクにより換気実施。処置室前室に移動し、処置継続するも反応なし。心電図波形上、心静止あり。頭部・胸腹部 CT 撮影実施。主治医により死亡を確認した。	巡視にて呼吸状態の確認、体動の有無の確認、意識レベルの十分な確認ができていなかった。当日の夜勤で新人看護師に対する指導者を明確にしていた。当日、巡視の確認方法について具体的に説明していなかった。オリエンテーションでは巡視時の確認について(呼吸状態・体動の有無など)説明している。患者からの急変に関するナースコールがなかった。当日の日勤帯と準夜帯の患者の状態に変化はなく、急変について予期できなかった(患者は入院後も時々頭痛があった)。	<ul style="list-style-type: none"> ・新人看護師に巡視の方法について再度指導する。 ・呼吸状態や意識レベルの確認方法を再度指導する。 ・夜間の状態確認について検討する。
	専門分析班及び総合評価部会の議論	<ul style="list-style-type: none"> ○新人看護師であることが直接の要因になった事例ではない。 ○夜間の巡視の目的は『患者の安全が守られ生きているか』である。「患者がベッドにいるか、いないか」「患者が呼吸しているか」は巡視時の確認事項であろう。 ○経験のある看護師であれば、患者の呼吸状態から「いつもと違う」「何かおかしい」と感じた可能性もあるが、新人看護師であれば患者の状況の変化に気付くのは難しいだろう。 ○患者が「臥床している」と「生きて呼吸している」ことは違うため、巡視時に何をどうやってみるのか具体的に教育していく必要がある(例えば、胸郭の動きを見たり、患者の鼻や口元に看護師の手を近づけてみるなど)。 				

No.	事故の程度	当事者職種		事故の内容	背景・要因	改善策
		1 人目	2 人目			
11	障害残存の可能性なし	看護師 (0年11ヶ月)	看護師 (2年11ヶ月)	内科外来にて右下腹部痛・脱腸の気があると訴える男性が来院。看護師 A は問診聴取時に痛みはなくトリアージで緊急性は低いと判断し、1 年目の看護師 B に申し送りをした。看護師 B は、内科から外科に申し送る際に、問診票を見せながら説明したが、「脱腸」と書いてあったところを「脱肛」と言った。そのため、外科看護師 C は緊急性は低いと判断した。外科での診察が遅れ、その後男性は右鼠径ヘルニアで即入院となり、手術が必要となった。	内科受付にて受付看護師 A は緊急性は低いと判断したが、外科での診察が必要と判断した。1 年目の看護師 B は「脱腸」と「脱肛」との区別がつかず、口頭で「脱肛」と伝達した。	<ul style="list-style-type: none"> 患者申し送りの際は正確に申し送る。 疾患に対する正確な知識を身に付けるよう勉強していく。
				専門分析班及び総合評価部会の議論		
12	障害残存の可能性なし	看護師 (0年4ヶ月)	-	大腸ポリープの患者は EMR 目的にて入院した。患者は喘息の既往があり、頓用の吸入薬のみ持参薬を続行であった。しかし、新人看護師の説明が患者に上手く伝わらず家族が持ち帰っていた。さらに薬品による重度アレルギーがあったが、情報入力十分でなかった。夜勤者や翌日の担当看護師との情報伝達できておらず、治療前のアドナの点滴でアレルギー反応が出現した際に吸入薬を持っていなかったため、対応に時間を要した。	頓用の吸入薬のみ持参薬であった。新人看護師で、患者に説明が上手く伝わらず、入院中にも必要な薬剤であったのにも関わらず家族が持ち帰っていた。さらに薬品での重度アレルギーがあったが、電子カルテへの情報入力 (各種アレルギー (薬剤・喘息)) を患者基本画面とアナムネ記録へ一部しか入力していなかった。夜勤者や翌日の担当看護師間で各種アレルギー (薬剤・喘息) があることを十分に伝達できていなかった。アドナの点滴でアレルギー反応が出現する可能性を考えていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 入院時のアナムネは職員間での情報共有する必要な情報のため、重要な情報は必ず入力を行い、付箋などを活用する。 主治医に持参薬続行の場合は指示を出してもらうよう依頼する。 主治医も、看護師も大切な薬品名を把握しておく。 入院当日には入院担当者と夜勤者との情報交換を行う。 担当患者の頓用薬の使用頻度や方法、種類を確認する。
				専門分析班及び総合評価部会の議論		

III

1

2-[1]

2-[2]

2-[3]

3-[1]

3-[2]

3-[3]

職種経験 1 年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故

(2) 経験1年未満の看護師・准看護師に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

① 新人看護師に関連したヒヤリ・ハット事例の考え方

平成26年1月から12月まで、ヒヤリ・ハット事例のテーマとして「職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連したヒヤリ・ハット事例」を収集している。医療機関によっては、院内のヒヤリ・ハット事例のレポートを匿名化して収集しており、経験年数や配属期間の把握が難しい医療機関もあるため、次の事例を対象とした。

○「当事者1」または「当事者2」が職種経験1年未満の看護師・准看護師であり、次の語句のいずれかを含む事例	
職種経験1年未満であることを指す語句	新人、1年目、一年目、1年未満、一年未満、プリセプティ、新卒、入職、新採用
職種経験1年未満に関わったと示唆される語句	先輩、上席、上級、プリセプター、指導者、チューター、ペア

② 発生状況

平成26年1月から3月までに報告されたヒヤリ・ハット事例のうち、上記の基準に合致した職種経験1年未満の看護師・准看護師のヒヤリ・ハット事例は、83件であった。今後も、テーマとして取り上げ報告を受け付ける本年12月までの間、継続して報告されると見込まれる。報告された事例を医療事故と同様に事例の概要で分類した(図表Ⅲ-2-7)。さらに、事例の概要の割合をグラフにした図表Ⅲ-2-8を示す。図表Ⅲ-2-7は、左から新人看護師のみの事例件数、中央が[参考1]の新人看護師以外の事例件数、右側が[参考2]の平成25年1～12月の全職種の事例件数(第36回報告書 98頁 図表Ⅱ-2-19)である。

新人看護師が当事者であったヒヤリ・ハット事例では、医療事故報告とは違い、「薬剤」の事例がもっとも多く50件(60.2%)、次いで「検査」の事例が9件(10.8%)、「治療・処置」の事例が8件(8.4%)であった。[参考1]として示した職種経験1年以上の看護師・准看護師の事例でも「薬剤」の事例がもっとも多く2,473件(37.4%)であり、次いで「療養上の世話」の事例が1,489件(22.8%)、ドレーン・チューブの事例が1,269件(19.5%)であった。新人看護師が当事者であった事例の件数がまだ少なく比較が難しいため、今後の事例報告に注目したい。

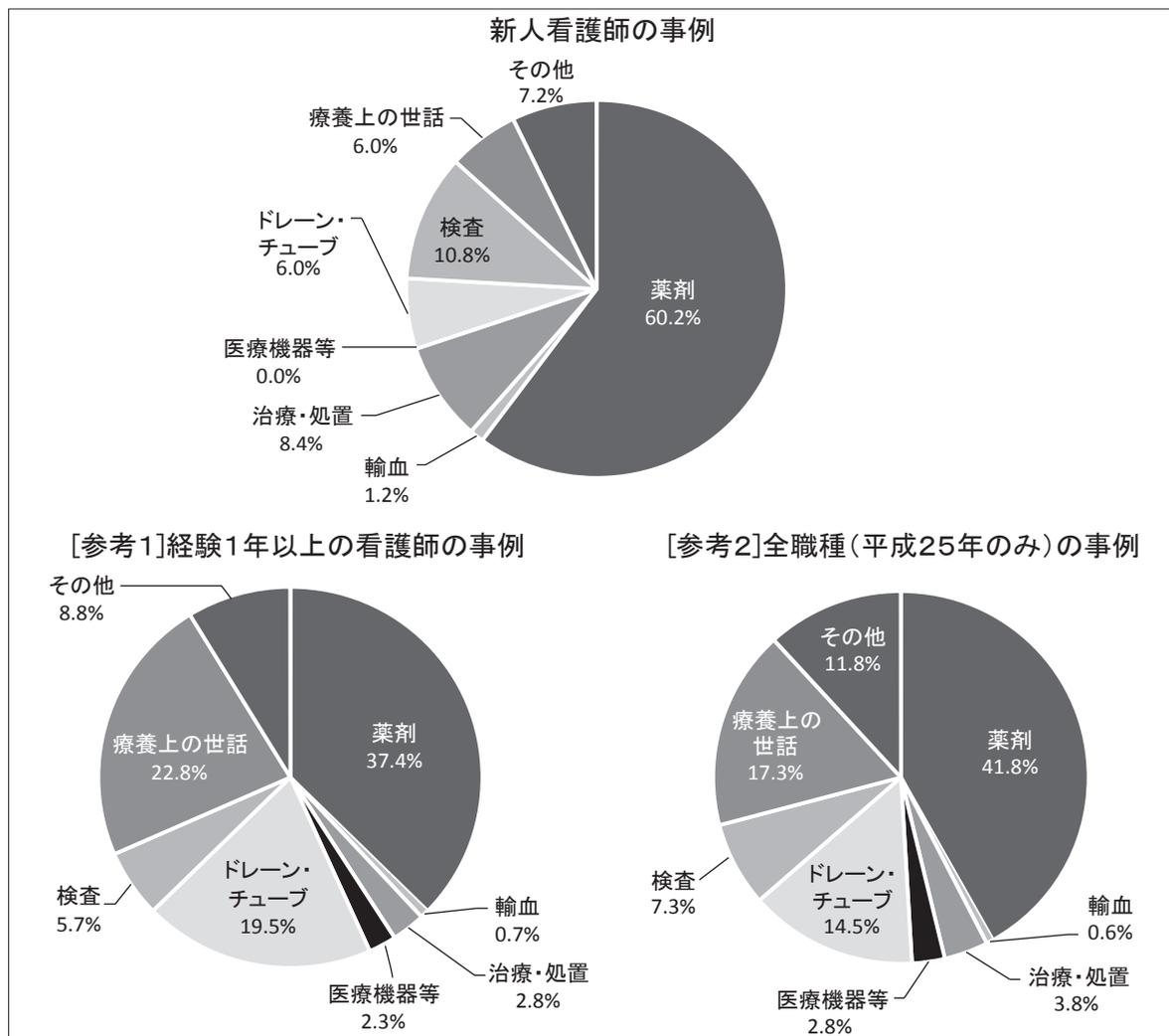
図表Ⅲ - 2 - 7 事例の概要

事例の概要	新人看護師の事例		[参考1] 職種経験1年以上の 看護師の事例 ^{※1}		[参考2] 平成25年1～12月 全職種の事例 ^{※2}	
	件数	%	件数	%	件数	%
薬剤	50	60.2	2,473	37.4	12,449	41.8
輸血	1	1.2	45	0.7	190	0.6
治療・処置	7	8.4	185	2.8	1,120	3.8
医療機器等	0	0.0	153	2.3	844	2.8
ドレーン・チューブ	5	6.0	1,269	19.5	4,325	14.5
検査	9	10.8	375	5.7	2,181	7.3
療養上の世話	5	6.0	1,489	22.8	5,156	17.3
その他	6	7.2	571	8.8	3,526	11.8
合計	83	100.0	6,524	100.0	29,791	100.0

※1 平成22年以降に報告された事例のうち、当事者1または2に職種経験年数1年以上の看護師・准看護師を含む事例

※2 第36回報告書 98頁 図表Ⅱ - 3 - 19から抜粋

図表Ⅲ - 2 - 8 事例の概要の割合 (ヒヤリ・ハット事例)



Ⅲ
1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故

③ヒヤリ・ハット事例の職種

新人看護師のヒヤリ・ハット事例の職種を分類した (図表Ⅲ - 2 - 9)。医療事故と同様に准看護師は少なく看護師の事例が多かった。また、看護師の事例のうち、当事者 1 が新人看護師であった事例が 7 5 件であった。新人看護師が当事者 2 であった事例は 6 件あり、当事者が職種経験 1 年以上の看護師の事例が 4 件、当事者 1 が医師や薬剤師など他職種の事例が 2 件であった。

図表Ⅲ - 2 - 9 新人看護師の職種

職種	(当事者 1 の職種)	件数
看護師		8 1
	新人看護師の事例	7 5
	職種経験 1 年以上の看護師の事例	4
	他職種の事例	2
准看護師		2
	新人准看護師の事例	2
	合 計	8 3

④ヒヤリ・ハット事例の影響

報告された事例 8 3 件を医療の実施の有無で分類し、さらに「実施あり」は、治療の程度、「実施なし」は仮に実施された場合に患者に及ぼした影響度で分けた (図表Ⅲ - 2 - 1 0)。「実施あり」であった事例のうち、「軽微な治療」を行ったのは 7 件で、2 7 件は治療が不要であったことを意味する「なし」を選択しており、患者への影響は少ないと考えられる事例が多かった。また、「実施なし」であった事例 4 8 件の影響度は、全てが「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」であり、これらは仮に実施されても患者に及ぼす影響は少ない事例である。

図表Ⅲ - 2 - 1 0 医療の実施の有無と事例の程度

医療の実施の有無	治療の程度	影響度 (仮に実施された場合)	件数
実施あり	軽微な治療	—	7
	なし	—	2 7
	不明	—	1
実施なし	—	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考える	0
	—	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	0
	—	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる	4 8
合 計			8 3

⑤ヒヤリ・ハット事例の内容

報告された事例は患者に対する影響は少なかった事例もあるが、医療事故に至る前に未然に防止できているため、ヒヤリ・ハット事例として報告されている。しかし、ヒヤリ・ハット事例で済んだ事例でも、実施していれば患者への影響が大きくなった可能性があった事例もあり、事例を共有することは有用である。ここでは、報告時に選択された事例の概要別にいくつかの事例を紹介する。

i 薬剤

- 新人看護師は、昼食後に退院予定の患者の内服薬を確認し、「朝までセット」という文字を見て、昼分も渡し済みであると思い込んだ。また、投薬車を見た際に、部屋番号が 1 号違いの病室番号の人の引き出しと場所が入れ替わっていたため残っている薬剤を見落とし、先輩看護師に確認しないまま内服薬は自己管理していると思い、患者に昼の薬を渡さなかった。
- フランドルテープの貼替は毎日 15 時に行うことになっていた。新人看護師が 15 時に血圧測定した際に 130 台 mmHg であったため、「170 mmHg 以上でフランドルテープ 1 枚貼用、120 以下でフランドルテープ除去」の指示に従い、通常の貼替えも行わなかった。指示自体が難しい書き方であった。次の勤務者に申し送る際に交換していないことを指摘された。

ii 輸血

- 手術前日、抗体スクリーニング検査・クロスマッチ検体検査のオーダーの部分が赤く表示されていた。本来は輸血検査の項目を開いて検査が実施されたことを確認するが、新人看護師 2 名が一般検査の項目のページを開いた。一般検査は、術前検査が実施済みになっていたため、すでに実施されているものだと思い込みそのままにした。翌朝、手術室より抗体スクリーニング検査・クロスマッチ検体検査ができていないことを指摘された。

iii 治療・処置

- 手術後、新人看護師はリーダーより帰室後 4 時間毎に尿量チェックがあることを伝えられ、帰室後 4 時間 (16 時) の尿量を観察した。夜勤者に尿量チェックの医師指示を申し送る際に、「術後 4 時間毎に測定」の指示を間違えて「術後 4 時間のみ測定」と伝えた。翌日の日勤者が、夜間に尿量の観察ができていないことを発見した。
- 新人看護師は、ICU から帰室した患者の情報収集ができておらず、患者スケジュールから点滴の指示を確認し実施したが、血糖の測定やネブライザー吸入の指示に気付かず、行っていなかった。

iv ドレーン・チューブ

- 新人看護師は栄養剤を注入後、指示通りに白湯で後押し、エアで NG チューブ内の白湯を胃内に流した。投与後にクランプすることは指示に記載されていなかったため、NG チューブを開放したままにしていた。
- 新人看護師は、人工呼吸器使用中の患者の口腔ケア後にベッドを下げた。人工呼吸器装着患者の体位変換や口腔ケアは、必ず 2 名で実施することになっていた。新人看護師は、ベッドを下ろす位だったら大丈夫だろうと思い、1 人でベッド操作を行ったところ、気管チューブが蛇管等に引っ張られ、抜けてしまった。すぐに再挿入できたため患者への影響はなかった。

v 検査

- 主治医からスワングアンツカテーテル抜去の指示を受け、新人看護師は抜去の介助を行った。カテーテルの先端を検査に出すため準備を行った際、容器とラベルのダブルチェックを行わなかった。新人看護師が準備したスピッツは、滅菌スピッツの隣にあった喀痰採取用スピッツであり、カテーテルの先を喀痰採取用容器に採取した。
- 患者は C G M (持続血糖測定器) を装着中であった。新人看護師は、C G M 装着中は C T 検査ができないことを知らず、主治医や先輩看護師に確認を取らないまま、患者を C T 室に行かせた。結果、患者は検査ができずに帰室した。

vi 療養上の世話

- 緊急手術のため、医師より朝食後絶食の指示を受けていたが、患者に食事が配膳されており摂取していた。新人看護師の患者への説明が十分でなく、食事を配る看護助手にも伝えていなかった。

vii その他

- 入院中の患者がガンマナイフ治療を受けるため、患者の家族が他院を受診する予定だった。新人看護師は指示コメントの「紹介状と C D - R O M を渡す」という指示を見落とし、家族に C D - R O M だけ渡した。その後、家族が受診した病院から紹介状がないと連絡があった。

(3) まとめ

新人看護師に関連した医療事故とヒヤリ・ハット事例を概観した。医療事故では、「療養上の世話」の事例の報告件数が多く、ヒヤリ・ハット事例では、「薬剤」の事例の報告件数が多かった。また、それらを職種経験 1 年以上の看護師の事例件数、全職種の事例件数と比較したところ、医療事故では「薬剤」「ドレーン・チューブ」の事例の割合が新人看護師の事例で高く、ヒヤリ・ハット事例では「薬剤」「治療・処置」「検査」の事例の割合が新人看護師で高かった。また、職種経験月数で集計したところ、職種経験 2 ヶ月 (6 月) 頃より報告件数が増え始め、職種経験 6 ヶ月 (10 月) を超えると報告件数が多いことが分かった。

さらに、新人看護師に関する医療事故事例を専門分析班および総合評価部会で検討し、各事例で議論された内容を掲載した。

今後も継続して事例の収集を続け、分析班において、具体的ないくつかの分類の事例に焦点を当てた分析を行っていくこととしている。

(4) 参考文献

1. 厚生労働省. 平成 23 年 (2011) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況 (Online) . available from <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/11/>> (last accessed 2014-4-10)
2. 厚生労働省. 新人看護職研修ガイドライン【改訂版】平成 26 年 2 月 (Online) .available from <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000037501.pdf>> (last accessed 2014-4-10)

【2】 気管切開チューブが皮下や縦隔へ迷入した事例

気管を切開し、チューブを留置する経気管切開孔挿管は、①経口挿管や経鼻挿管により開始した呼吸管理が長期に行われることが必要な患者に、気道粘膜へ与える刺激や、唾液の流れ込みにより誤嚥性肺炎を起こすことを軽減する、②口腔外科や耳鼻咽喉科手術後の、出血や浮腫による気道閉塞を起こす可能性がある患者の気道を確保する、ことなどを主な目的とし、多くの場合は、2 週間以上の長期の気道管理が必要な場合に行われる。

本事業では、本事例に関連し過去に医療安全情報 No. 54 「体位交換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去」を作成、提供し、人工呼吸器を装着した患者の体位変換を行った際に、気管チューブや気管切開チューブが抜けた事例について、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することを掲載し、注意喚起を行った。

今回、本報告書対象分析期間（平成 26 年 1 月～3 月）において、患者に留置された気管切開チューブが抜けそうになるなど、何らかの原因で留置された位置が移動し、皮下や縦隔に迷入した事例が 3 件報告された。同種の事例は他団体からも気管切開術後 1 週間以内の死亡事例が生じていることなどについて注意喚起されている。そこで本報告書では、気管切開チューブが完全に抜けたわけではないが、何らかの原因で位置が移動した事例や、気管切開術時の気管切開チューブの挿入の場面を除き、患者に一旦留置されたチューブを交換し入れ替える際に、皮下や縦隔に迷入した事例に着目し分析した。

（1） 発生状況

経気管切開孔挿管による管理中の患者の気管切開チューブが抜けそうになり、皮下や縦隔に迷入した事例は、事業開始（平成 16 年 10 月）から本報告書対象分析期間（平成 26 年 3 月）までの期間において 18 件報告されていた。

（2） 事例の分類

経気管切開孔挿管による管理中の患者の気管切開チューブが抜けそうになり、皮下や縦隔に迷入した事例の場面は大別して、1) 気管切開チューブの交換の際、新しいチューブが皮下等に迷入した事例（気管切開チューブの交換時）と、2) 気管切開チューブの留置使用中に、何らかの原因で皮下等に迷入した事例（気管切開チューブの留置使用中）がある。

報告された事例 18 件のうち、1) は 5 件であり、そのうち 3 件は気管切開チューブの初回交換時の事例であった。2) は 13 件であり、その内訳は気管切開チューブ周囲の処置後が 5 件、患者の移動や体位変換後が 4 件、気管切開チューブが浮いているのを押し込んだ後が 3 件、不明が 1 件であった（図表Ⅲ - 2 - 11）。

図表Ⅲ - 2 - 1 1 事例の分類

事例の分類	件数
気管切開チューブの交換時	5
初回交換時	3
2 回目以降交換時	2
気管切開チューブの留置使用中	13
気管切開チューブ周囲の処置後	5
患者の移動や体位変換後	4
浮いている気管切開チューブを押し込んだ後	3
不明	1
合 計	18

(3) 「気管切開チューブの交換時」に発生した事例について

①事例の概要

気管切開チューブの交換の際、新しいチューブを挿入したところ、皮下等に迷入した主な事例の概要を図表Ⅲ - 2 - 1 2 に示す。

図表Ⅲ - 2 - 1 2 「気管切開チューブの交換時」の主な事例の概要

No.	事故の程度	事故の内容	背景・要因	改善策
初回交換時				
1	障害残存の可能性なし	患者は人工呼吸器管理中であり、気管切開チューブの交換を病室で施行した。気管切開から1週間後、創部は落ち着いていると判断し、抜糸しチューブを抜去した。新しいチューブはスムーズに挿入できず、経過で酸素化の悪化を認めた。しばらく元のチューブを挿入し血中酸素濃度の回復を待っていたが、急激にSpO ₂ の低下を認め、患者の意識レベルも低下したためコードブルーを要請した。鼻鏡・喉頭ファイバーを使用し、気管切開チューブを挿入し、気管内に入っていることを確認した。患者は頸部～前胸部に皮下気腫を形成した。SpO ₂ が低下した際は、一時的に意識レベルの低下を認めたが、SpO ₂ の改善と共に意識レベルも回復した。	気管切開チューブ交換時に気管に確実に挿入したという確認が必要であった。	・初回の気管切開チューブ交換時には、鼻鏡、喉頭ファイバーを準備する。

No.	事故の程度	事故の内容	背景・要因	改善策
2 回目以降交換時				
2	死亡	4ヶ月前に気管切開を行った気管切開孔が、肉芽形成と瘢痕化で狭小化し易出血性であったため、日頃より気管切開チューブの交換に支障があり耳鼻科に診察を依頼していた。当日13:50頃より、病室で主治医(4年目)が付き、耳鼻科医(5年目)が内視鏡で診察した。チューブ装着のまま内部を観察した後、チューブを抜去し周囲を観察後直ぐに気管切開チューブ(6.0Fr)を再挿入(1回目)するが入らなかった。一時的に同サイズの気管チューブを挿入(2回目)した(14:00頃)。指導医(21年目)が到着した。現状を患者本人に説明しながら、その後、耳鼻科医により再度気管切開チューブ(6.0Fr)を挿入(3回目)するが換気不能であった。経口挿管も入らず、気管切開孔を切開し挿管チューブを挿入し換気可能となる。	主治医(4年目)は患者本人に対する気管切開チューブ交換の経験が無く、指導医が到着していない中で診察が始まった。初診の耳鼻科医が、診察直後(今回の1回目)の気管切開チューブが挿入できなかったが、日頃気管切開チューブの交換を行っている耳鼻科医師であれば可能であったかもしれない。挿管チューブから気管切開チューブに変えるために、3回目の挿入をした時に、気管切開チューブ先端が不完全なろう孔から気管外へ出た可能性がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・気管切開チューブ再挿入不能の場合は、細いチューブ(または、挿管チューブ)で気道を確保し、次の段階の対応について検討する。 ・人材・必要物品・環境場所などを検討する。 ・他科への診察依頼時は、診察内容を主治医と相談し次の対応を考える。

②発生時期

事例の発生時期について、図表Ⅲ-2-13に示す。初回の気管切開チューブの交換の際の事例が3件報告されているが、2回目以降の交換時に発生した事例も2件あった。気管切開術後一般に2、3日間は、気管から皮膚までの瘻孔組形成が十分ではないと言われているが、その後であっても瘻孔が十分に形成されていない可能性はあり、皮下等へ迷入したと推測できる。

図表Ⅲ-2-13 「気管切開チューブの交換時」の発生時期

	気管切開後 ～翌日	～1週間	～2週間	～1ヶ月	～6ヶ月	不明	合計
初回交換時	0	2	1	0	0	0	3
2回目以降交換時	0	0	1	0	1	0	2
合計	0	2	2	0	1	0	5

③事例の背景・要因

気管切開チューブの交換の際、チューブが皮下等に迷入した事例で報告された背景・要因のうち主なものを図表Ⅲ-2-14に示す。患者が筋緊張亢進による換気不全を生じた既往があったことから、気管切開チューブの交換後のチューブの迷入に気付くのに時間を要した、気管切開チューブを挿入したことの確認が不十分であった、などがあげられた。気管切開チューブ交換時、特に初回には、皮下等に迷入する危険性について医療者に教育することや、気管切開チューブが迷入した場合、迅速に適切な換気が行えるように、気道確保の方法について医療機関内で検討しておくことの重要性が示唆された。

図表Ⅲ - 2 - 1 4 「気管切開チューブの交換時」の主な背景・要因

主な背景・要因
<ul style="list-style-type: none"> ・初回に行う気管切開チューブ交換のリスクに関する認識が低かった ・筋緊張亢進からの気道閉塞による換気不全のエピソードを繰り返していたため、気管切開チューブ交換時の換気不全も同様の原因によるものと思ひ込み、チューブの迷入の可能性を考えるまでに時間がかかった ・気管切開チューブを挿入したことの確認が不十分であった ・初回挿入で気管内に入らなかった後、再度同じ方法で挿入を試みた ・日ごろ行っている医師とは別の医師が気管切開チューブの交換を行った

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として、以下が報告されている。

○気管切開チューブの交換の際は、迷入した場合に気道確保ができるよう準備を行う

- ・気管切開チューブ交換は、迷入が起こりやすい事を想定する。
- ・気管切開チューブ交換は、薬剤やスタッフなど十分な準備を整えて行う。
- ・実際の交換手技に入る前に立会スタッフとともに再度手順の確認を行う。

○初回の交換は、特に対応を強化する

- ・初回の気管切開チューブ交換は、2 人の医師で実施する。
- ・確実に気管内に挿入するために、初回の気管切開チューブ交換時はスタイレット、鼻鏡、喉頭ファイバーを準備する。

(4) 「気管切開チューブの留置使用中」に発生した事例について

①事例の概要

気管切開チューブの留置使用中に、何らかの原因で皮下等に迷入した主な事例の概要を図表Ⅲ - 2 - 1 5 に示す。

図表Ⅲ - 2 - 1 5 「気管切開チューブの留置使用中」の主な事例の概要

No.	事故の程度	事故の内容	背景・要因	改善策
気管切開チューブ周囲の処置後				
1	障害残存の可能性なし	夕方より、何回か人工呼吸器の上限アラームが鳴り、吸引や観察を行った。その後、吸引時、気管切開チューブより吸引チューブが入らず、鼻腔より挿入した吸引チューブが気管に入った。気管切開チューブのずれはなかった。気管切開部周囲に皮下気腫が出現し、医師に連絡し、気管支ファイバーを施行し、気管切開チューブの逸脱と診断され、再挿管した。患者のSpO ₂ の変化なし。翌日、再度気管切開した。	気管切開部より出血があり、何回かガーゼ交換したときに、気管切開チューブの先が動いた可能性がある。気管切開チューブが自然抜去されないように、2 針縫合したが、ガーゼ交換が困難だった。気管切開の手技に問題があったかは不明である。	<ul style="list-style-type: none"> ・気管切開チューブの固定縫合位置をガーゼ交換しやすいように変える。 ・肺のエア入りをその都度確認する。 ・病棟で逸脱した事例が無いいため、問題や経過を共有する。

No.	事故の程度	事故の内容	背景・要因	改善策
2	障害残存の可能性なし	気管切開術後、逸脱予防のためにチューブと皮膚に2針固定を行った。患者は時折、首振りの動作があった。気管切開9日後、皮膚切開部分に発赤はあったが、固定の絹糸を抜糸した。同日午後12時頃、看護師より人工呼吸器のアラームの報告を受けて観察した。用手換気を試みるも空気が入らず、逸脱していると判断し、気管切開チューブを抜去した。	ろう孔が完成していない状態で、固定の絹糸を抜糸した。患者は首振りの動作があった。	・気管切開チューブの固定がなされているかを、体動等により位置がずれていないかを評価する。
患者の移動や体位変換後				
3	障害残存の可能性がある(高い)	ICUにて19:10から術後胸部エックス線撮影を医師2名、看護師1名、放射線技師1名で行なった。19:16より血中酸素飽和濃度が不安定となり不整脈が出現し、気管内吸引を試みるがチューブ挿入できず、気管支鏡にて気管切開チューブの逸脱が判明した。	胸部エックス線撮影時の気管切開チューブへの注意不足、撮影後の換気の確認の遅延、切開チューブの固定不良	・術直後人工呼吸器が装着されている患者移動時(X-P撮影等)は当該科医師が立ち会い、十分に気管切開チューブ等に注意を払い、移動後は換気の確認を行う。
浮いている気管切開チューブを押し込んだ後				
4	障害なし	全身清拭中の体位変換時、気管切開チューブが抜けかけたため、押し込んだが気管内に入らず、SpO ₂ が低下し縦隔気腫、皮下気腫を認めた。	ケア前後で気管切開チューブの固定状況を確認していない。体位変換時に気管切開チューブを押さえていなかった。気付いた時点で押し込むという行為を行い、医師を待たなかった。	・気管切開チューブ挿入中の患者のケアを行う場合は、必ず、チューブを押さえる、もしくはきつめにベルトを締める。

②発生時期

事例の発生時期について、図表Ⅲ-2-16に示す。気管切開術後の期間では、気管切開術後～翌日までに発生した事例が7件と多かった。また、気管切開チューブ周囲のガーゼ交換や、皮膚の縫合糸の抜糸など、気管切開チューブ周囲の処置後に発生した事例は5件、気管切開術後のチューブの留置の位置確認のための胸部エックス線撮影のために検査室へ移動した際や、体位変換後に発生した事例は4件であった。さらに、気管切開チューブが浮いていたために、押し込んだ際に発生したと考えられる事例が3件あった。浮いている気管切開チューブの位置を戻すために押し込むことで気管から逸脱したチューブの先端が、気管内ではなく皮下等に迷入する危険性を認識する必要があると考えられた。

図表Ⅲ - 2 - 1 6 「気管切開チューブの留置使用中」の発生時期

	気管切開後 ～翌日	～1週間	～2週間	～1ヶ月	～6ヶ月	不明	合計
気管切開チューブ周囲の 処置後	2	1	1	0	0	1	5
患者の移動や体位変換後	3	0	1	0	0	0	4
浮いている気管切開チューブ を押し込んだ後	2	0	0	0	0	1	3
不明	0	0	0	0	0	1	1
合 計	7	1	2	0	0	3	13

③事例の背景・要因

気管切開チューブの留置使用中、何らかの原因でチューブの先端の位置が移動し、皮下等に迷入した事例で報告された背景・要因のうち主なものを図表Ⅲ - 2 - 1 7 に示す。

気管切開チューブが皮膚に接触する周囲は、血液や分泌物が付着するため、創部を清潔に保つためにガーゼを貼用する。また、気管切開チューブを固定するために、患者の首に紐を回して結ぶことにより固定することが行われている。このようなガーゼや紐を交換したり結び直したりする際に、気管切開チューブの位置がずれることがある。報告された事例の背景・要因には、患者の搬送や、体位変換、体動が契機となり気管切開チューブの位置が移動した可能性や、浮いている気管切開チューブを押し込んだことが挙げられた。気管切開術後から2週間程度は、視診や外見上、創部が治癒し安定した気管孔が形成されているように見えても、実際には気管切開チューブを安全に交換するために十分な安定した気管孔は形成されていない可能性があり、そのことを認識したり教育したりすることが重要である。さらに、もし気管切開チューブの皮下等への迷入が生じた場合、早期に気付くことができるよう患者の換気の状態や血中酸素濃度の観察を行うとともに、気道確保の方法について検討しておくことの重要性が示唆された。

図表Ⅲ－２－１７ 「気管切開チューブの留置使用中」の主な背景・要因

主な背景・要因
○気管切開チューブ周囲の処置後 <ul style="list-style-type: none"> ・気管切開部より出血があったため、何回か気管切開チューブ周囲のガーゼを交換した ・気管切開チューブが自然抜去しないように 2 針縫合したが、気管切開チューブ周囲のガーゼが交換しづらかった ・気管切開チューブ周囲のガーゼや気管切開帯を交換した後、気管切開帯が緩んでいた ・予定より早い抜糸であった
○患者の移動や体位変換後 <ul style="list-style-type: none"> ・胸部エックス線撮影時に気管切開チューブへの注意が不足していた ・気管切開直後に全身清拭を行い、体位変換をした ・体位変換や体動時に気管切開チューブが人工呼吸器の回路の重みで引っ張られた可能性がある
○浮いている気管切開チューブを押し込んだ後 <ul style="list-style-type: none"> ・気管切開後、鎮静剤を中止したところ、患者の体動が出現し、気管切開チューブが浮いた ・気管切開チューブが浮いていることに気付いた時点ですぐ押し込み、医師を待たなかった
○その他 <ul style="list-style-type: none"> ・患者の皮下脂肪が厚く、気道確保が困難な体型であった ・咳嗽反射により気管切開チューブが押し出された可能性がある ・患者は小児であり、気管切開チューブ自体が小さく、挿入している長さも短いことから、抜けやすかった ・気管切開時に甲状腺の損傷を避けるため、通常より気管支側で気管切開を行っており、気管切開チューブが相対的に短く逸脱しやすい状況であった

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として、以下が報告されている。

- 気管切開チューブの固定方法を検討する
 - ・気管切開チューブの縫合位置を、ガーゼ交換しやすいように変える。
 - ・気管切開チューブ挿入の患者のケアを行う場合は、必ず、チューブを押さえるもしくはきつめにベルトを締める。
- 異常を早期に発見する
 - ・肺のエア入りをその都度確認する。
 - ・人工呼吸器のアラームが発生した時は原因を確認し、わからないときはリーダーや医師に早期に報告し、対応する。
- 気管切開チューブが迷入した場合、適切な気道確保を行う
 - ・気管切開術は、患者の病状に応じ専門医（耳鼻咽喉科）との調整を行う。
 - ・気管切開直後のトラブル時は、麻酔科医に相談し適切なチューブを挿入してもらう。
 - ・緊急時は、院内救急コールを活用し他科他職種の応援を躊躇しない。
- 気管切開術後患者の管理マニュアルを作成する
 - ・気管切開術後患者の管理マニュアルを再作成し、統一した管理を実践する。

○気管切開術後患者の処置の内容や時期を検討する

- ・清拭の時期や、清拭を実施するにしても部分清拭などの選択を考える。
- ・気管切開チューブは原則的に 2 週間交換しないこととし、紐の周囲の皮膚の観察をしながら紐の交換も避ける。

○事例の共有や周知を行う

- ・周術期の管理の研修を企画して、全職員へ周知した。
- ・事例について、院内で問題や経過を共有する。

(5) 気管切開チューブの取り扱いに関連した注意喚起

(一社) 日本医療安全調査機構は、平成 24 年 9 月「警鐘事例～事例から学ぶ～『気管切開術後 1 週間のリスク管理』」を公表した。その内容は、抜けかけた気管切開チューブをそのまま押し入れ人工呼吸を実施したが、気管切開チューブが気管内に挿入されておらず、患者が死亡した事例の概要を掲載するとともに、気管切開チューブが抜けないための対応や、気管切開チューブが抜けた場合の対応について、注意喚起を行っている。参考のため次に示す。

<警鐘事例～事例から学ぶ～ 気管切開術後 1 週間のリスク管理>

警鐘事例

～事例から学ぶ～

一般社団法人 日本医療安全調査機構

一般社団法人 日本医療安全調査機構
医療安全情報 No.1 2012 年 9 月
これは診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業に準拠された事例です。

気管切開術後 1 週間のリスク管理

気管切開術後 1 週間以内(手術翌日)に気管カニューレが逸脱し、抜けかけた気管カニューレをそのまま押し入れて、人工呼吸を実施しましたが、気管カニューレが気管内に挿入されておらず患者が死亡した事例が発生しました。

事例の概要

抜けかけた気管カニューレをそのまま押し込み

カニューレ先端が皮下に迷入

↓

気管内に挿入されていない気管カニューレより蘇生術開始
胸郭が動いているように見え、呼吸音が取れ(聴取)できなかったため、気管内に挿入していると思いがち。

↓

蘇生できず死亡

一般社団法人 日本医療安全調査機構

患者) 10 歳代 男性
臨床診断) デュシェンヌ型筋ジストロフィー 肺炎 呼吸不全
自宅近くの病院外来でフォロー中。呼吸状態が悪化したため入院し呼吸管理をしていた。痰の吸引目的のため気管切開術を施行した翌日、人工呼吸器のアームが壊れ、看護師が訪室すると気管カニューレが抜けかけていた。気管カニューレを押し込んだ後、アパッドパッドにて人工呼吸を実施した。呼吸音を聴取(聴取し胸郭も動いたように見えた)ので、換気ができていると思いこんだ。結果的に、気管カニューレが気管内に挿入されていないまま蘇生術を開始し、死に至った。

再発防止にむけて

気管カニューレが抜けないための対応

- 気管切開術後 1 週間以内は、気管カニューレの固定状態を頻りに観察する。
- 体位変換は気管カニューレと人工呼吸器回路の接続部をはずして行う、または、複数の介助者で実施し 1 人は気管カニューレが抜けないよう保持する。
- 抜けやすいことが予測される場合には、気管カニューレを皮膚に縫合することや、切開時に軟骨両側に糸をかけておき事故除去時に気道が確保できるようにする(stay suture)方法を考慮する。

気管カニューレが抜けた場合の対応

- 気管切開術後 1 週間以内の時期は瘻孔が形成されていないため、再挿入が困難であることを認識し、気管切開部への再挿入に固執せず、マスク換気や経口挿管等が必要。
- 気管カニューレ留置の位置確認方法として、カブメーター(呼気炭酸ガス分圧を測定する装置)等の使用も検討する。

中央審査委員会専門員からのコメント

- 急性期(気管切開後 1 週間程度)は、カニューレの事故除去の他、出血や気胸等の術後早期合併症が予測されるので、観察がより確実な集中治療体制が望ましい。
- 「気管切開術後 1 週間の急性期ケア」と「長期留置されている気管切開チューブケア」とは別物と認識し、ケアをすることが重要だ。

※この事例は日本医療安全調査機構で検討した事例の中で、再発防止のため医療界への情報提供が特に必要と判断されたものです。これからの医療の質と安全性の向上のため、院内教育等で留意点ご共有いただきますようお願い申し上げます。
※この情報は医療従事者の教養を刺激したり、医療従事者に教養、責任を課したりするものではありません。また、この内容は作成時におけるものであり、将来にわたり保証するものではありません。

一般社団法人 日本医療安全調査機構 中央事務局
〒105-0013 東京都港区浜松町 2-3-25
電話 03-5401-3021 FAX03-5401-3022

また、平成 22 年 10 月、(独) 医薬品医療機器総合機構は P M D A 医療安全情報 No. 3 5 「気管切開チューブの取扱い時の注意について」を公表した。その内容は、気管切開チューブ留置中の注意点について、スタイレット付き気管切開チューブの使用時の注意点も付して、注意喚起を行っている。参考のため次に示す。

<PMDA 医療安全情報 No. 35 気管切開チューブの取扱い時の注意について>

■医薬品医療機器総合機構 PMDA 医療安全情報
http://www.info.pmda.go.jp

No.35 2012年 10月

PMDA 医療安全情報
(独)医薬品医療機器総合機構

Pmda No.35 2012年 10月

気管切開チューブの取扱い時の注意について

POINT 安全使用のために注意するポイント

(事例1) 人工呼吸器のアラームが鳴ったので駆けつくと、留置していた気管切開チューブが抜けていた。

1 気管切開チューブ留置中の注意点

- 気管切開チューブの固定状態を常に確認すること。

気管切開チューブの抜けを防ぐために、固定ひもがゆるんでいないか、回路の重みで引っぱられていないかなど、定期的に確認しましょう。

■医薬品医療機器総合機構 PMDA 医療安全情報
http://www.info.pmda.go.jp

No.35 2012年 10月

気管切開チューブの再挿入時のリスク

気管切開チューブの再挿入が困難となる場合に備えて、気管挿管の準備などを整えておきましょう。

* 気管切開術後のリスク管理については、一般社団法人日本医療安全調査機構のホームページ http://www.medsafe.jp/activ_alarm.html に掲載されています。

■医薬品医療機器総合機構 PMDA 医療安全情報
http://www.info.pmda.go.jp

No.35 2012年 10月

(事例2) 気管切開チューブの交換後、スタイレットを抜き忘れてしまい、患者が窒息状態に陥った。

2 スタイレット付き気管切開チューブの使用時の注意点

- スタイレット付き気管切開チューブは、気管への挿入後、必ずスタイレットを抜くこと。

スタイレット (オブチュレータ) の抜き忘れによる窒息事故が報告されています。気管切開チューブ挿入後は、スタイレットの抜き忘れに注意しましょう。

■医薬品医療機器総合機構 PMDA 医療安全情報
http://www.info.pmda.go.jp

No.35 2012年 10月

スタイレット付き気管切開チューブの一例

気管切開チューブのスタイレットの色や形状はさまざまです。院内で採用している気管切開チューブの確認をしておきましょう!

本情報の留意点

- * このPMDA医療安全情報は、財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業報告書及び業事法に基づく副作用・不具合報告において収集された事例の中などから、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が専門家の意見を参考に医薬品、医療機器の安全使用の観点から医療関係者により分かりやすい形で情報提供を行うものです。
- * この情報の作成に当たり、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なく、あくまで医療従事者に対し、医薬品、医療機器の安全使用の推進を支援する情報として作成したものです。

発行所: **Pmda** 医薬品医療機器総合機構 問合せ先: 医療安全情報室 TEL. 03-3506-9486 (ダイヤルイン) FAX. 03-3506-9543 <http://www.info.pmda.go.jp>

III

1
2-(1)
2-(2)
2-(3)
3-(1)
3-(2)
3-(3)

気管切開チューブが皮下や縦隔へ迷入した事例

(6) まとめ

本報告書では、気管切開チューブが完全に抜けてはいないが、何らかの原因で留置した位置が移動した、あるいは気管切開チューブの入れ替えの際に、皮下や縦隔に迷入した事例 18 件について、1) 気管切開チューブの交換の際、新しいチューブが皮下等に迷入した事例 (気管切開チューブの交換時) と、2) 気管切開チューブの留置使用中に、何らかの原因で皮下等に迷入した事例 (気管切開チューブの留置使用中) に大別し、発生時期や主な背景・要因などを取りまとめた。

気管切開チューブ交換時では、特に初回の交換の場合、皮下等に迷入する危険性について医療者に教育することや、気管切開チューブが迷入した場合、迅速に適切な換気が行えるように、気道確保の対応について医療機関内で検討しておくことの重要性が示唆された。

気管切開チューブの留置使用中は、外見上、創部は治癒し、安定した気管切開チューブの交換が行えるように見えても、実際は気管切開チューブを安全に交換するのに十分な気管孔は形成されていない可能性があり、気管切開チューブの皮下等への迷入が生じた場合、早期に気付くことできるよう患者の換気の状態や血中酸素濃度の観察を行うとともに、気道確保の方法について検討しておく重要性が示唆された。

また参考として、同種の事例に関する注意喚起である (一社) 日本医療安全調査機構、(独) 医薬品医療機器総合機構が発出した安全情報を紹介した。

(7) 参考文献

1. 一般社団法人 日本医療安全調査機構. 警鐘事例～事例から学ぶ～医療安全情報 No. 1 (2012 年 9 月)「気管切開術後 1 週間のリスク管理」. available from < http://www.medsafe.jp/activ_alarm/activ_alarm_001.pdf > (last accessed 2014-4-7)
2. 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構. PMDA 医療安全情報 No. 35 (2012 年 10 月)「気管切開術チューブの取扱い時の注意について」. available from < http://www.info.pmda.go.jp/anzen_pmda/file/iryo_anzen35.pdf > (last accessed 2014-4-7)

【3】事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例

医療現場で働く職員は、医師や歯科医師、薬剤師、看護師などの医療スタッフや、介護や福祉、給食、施設管理などに関わる多くのスタッフがチームを構成して、患者に医療を提供している。

このようなチーム医療において、医療行為を行う医師や、診療の補助や看護を行う看護師は、医療事故の当事者となることが多い。本報告書分析対象期間（平成 26 年 1 月～3 月）に報告された医療事故事例の選択項目の「当事者職種」（前掲 51 頁 図表Ⅱ-2-11）の結果においても、医師は 417 件（47.1%）、看護師は 412 件（46.5%）となっている。そのため、本事業の報告書に掲載しているテーマ分析では、医師や看護師などが関わる場面の内容が多く取り上げられている。

一方で、医療事故の当事者となることの少ない職種についても、全国から収集した当該職種に関する事例を共有することは、日常業務に潜むリスクを理解し、医療事故の発生予防、再発防止に有用であると考え、テーマとして取り上げて事例の概要を整理し掲載している。例えばこれまでに「リハビリテーションに関連した医療事故」（平成 20 年年報 222-224 頁）、「放射線検査に関連した医療事故」（平成 21 年年報 290-301 頁、平成 22 年年報 219-225 頁）などを取り上げた。

今回、本報告書分析対象期間（平成 26 年 1 月 1 日～3 月 31 日）において、事務職員が、診察券を忘れた患者の対応を行う中で、患者の取り違えが生じた事例が報告された。このように医療職の業務以外の業務で生じたエラーによっても、誤った医療が提供され医療事故に繋がる可能性がある。事務職員は、受付や会計、カルテ管理、レセプト業務、クラークなど幅広い業務を行っている。そこで、本報告書では、事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例に着目し、分析を行った。

なお、本報告書では、「当事者職種」のコード情報を「その他」を選択した事例のうち、「事務」あるいは「医事」のキーワードで選択し、その中から、患者の転倒、施設管理、警備、清掃、盗難に関するものを除いた事例について分析を行った。

（1）発生状況

事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例は、本事業を開始した平成 16 年 10 月から本報告書分析対象期間（平成 26 年 1 月 1 日～3 月 31 日）において、21 件の報告があった。そのうち、本報告書分析対象期間への報告は 1 件であった（図表Ⅲ-2-18）。

Ⅲ

1
2-〔1〕
2-〔2〕
2-〔3〕
3-〔1〕
3-〔2〕
3-〔3〕

図表Ⅲ - 2 - 18 発生状況

発生年	平成 16年	平成 17年	平成 18年	平成 19年	平成 20年	平成 21年	平成 22年	平成 23年	平成 24年	平成 25年	平成 26年	合計
報告件数	0	0	0	0	0	1	4	1	6	8	1	21

※平成16年は、10月より事業開始

(2) 事例の分類

報告された21件を事例の内容から、①患者の受付、②情報管理、③患者データの取り込み、④患者の会計、⑤その他に大別し、①はさらに、患者取り違い、診察準備間違い、患者対応の不備、患者氏名の間違い、その他、に分類した。②はさらに、個人情報取り扱い間違い、書類管理の不備、マスタ入力間違い、ファックスの誤送信、に分類した。③は患者の取り違い、左右取り違い、データの取り込み漏れに分類した(図表Ⅲ - 2 - 19)。

その結果、患者の受付に関する事例が9件と多く、そのうち患者の取り違いが4件であった。また、情報管理が6件、患者データの取り込みが4件であった。患者の会計1件は、支払いの際の患者の取り違いの事例であり、その他1件は、患者との電話対応に関する事例であった。

図表Ⅲ - 2 - 19 事例の分類

	件数
患者の受付	9
患者取り違い	4
診察準備の間違い	2
患者対応の不備	1
患者氏名の間違い	1
その他(患者によるなりすまし)	1
情報管理	6
個人情報の取り扱い間違い	2
書類管理の不備	2
マスタ入力間違い	1
ファックスの誤送信	1
患者データの取り込み	4
患者取り違い	2
左右取り違い	1
データの取り込み漏れ	1
患者の会計	1
その他	1
合 計	21

(3) 事例概要

事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する主な事例の概要について、事例の分類ごとに主な報告事例を図表Ⅲ - 2 - 20 に示す。

図表Ⅲ - 2 - 20 事務職員の業務における医療安全に関連する主な事例の概要

No.	事故の程度	事故の内容	背景・要因	改善策
①患者の受付				
1	障害なし	整形外科の外来窓口で受付をする際、患者Aは診察券を持っていなかったため、事務職員は氏名を口頭で聞き取りコンピュータで患者検索を行った。名前のみで検索を行ったが、この時、画面に表示された同姓同名の候補の中から誤って生年月日の異なる患者Bで受け付け、患者BのIDで受付しエックス線撮影や診療が行われた。診療情報も誤った患者Bの電子カルテに登録され、保険請求も行った。同年、患者Bの保険者より生年月日が違うという理由で診療報酬明細書が戻され、診療の際に間違えて患者を受付けたことがわかった。	患者が診察券を忘れた場合、受付カウンターの事務職員が「患者検索」画面を開き、患者に口頭で「氏名」、「性別」、「生年月日」を聞く。これで複数の患者が検索された場合、住所を聞くことになっていたが、本事例の患者検索方法は違った。コンピュータで患者検索を行う際、患者氏名(フリガナ)と生年月日を入力して行うが、本事例では患者氏名(フリガナ)のみ入力し、画面に表示された複数の同姓同名の候補者の中から、見た目で患者の年齢で判断し、患者Bを選択した。同姓同名の患者Bの受診歴はあったが、現在当院に通院されていないため、診療情報を参照できなかった。保険者には患者Bの保険証番号で届き、その診療内容は同姓同名の患者Aの情報であった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者検索を行う際には、患者氏名だけではなく、必ず生年月日も入力した上で検索することを各外来受付に周知徹底した。(リスクマネジメントニュースで全職員にも注意喚起を行った) 患者氏名と生年月日で判別できない場合は、住所または保険情報を確認する。
2	障害なし	患者Aが救急で受診した際、事務職員は同一生年月日、同姓同名で性別違いの患者BのID番号で登録した。医師が登録された患者Bのカルテで診察し、エックス線撮影の指示を出した。エックス線撮影の際、診療放射線技師が性別が違うため患者誤認に気がついた。	氏名と生年月日が一致しているだけで、他の項目を確認せずに番号登録した。アルバイト職員の教育が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者登録の手順を見直し、アルバイト職員が理解し行動できるように改善した。 手順にそってアルバイト職員の教育を行った。 定期的にモニタリングし正しく行動していることを確認した。

Ⅲ

1

2-[1]

2-[2]

2-[3]

3-[1]

3-[2]

3-[3]

事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例

No.	事故の程度	事故の内容	背景・要因	改善策
3	障害なし	当院では、予防接種を希望する患者に対し、問診票、カルテ、母子手帳を、予防接種の種類毎に色別ファイルに入れて受け付け、薬剤準備、接種実施へ回す業務手順になっていた。受付で事務職員が、アクトヒブ用の緑ファイルに入れるべきところプレベナー用のオレンジファイルに誤って入れてしまった。患者はアクトヒブ（破傷風トキソイド）接種を希望して来院したが、薬剤を取り違えてプレベナー（小児用肺炎球菌ワクチン）を実施してしまった。接種後に空バイアルを見て誤りに気づいた。	薬剤を準備する看護師は、ファイルの色を見てプレベナーを準備し、医師に渡した。医師は、接種対象小児が怖がって泣くため、薬剤を自らの後ろに隠し、小児に見えないようにして素早く接種した。その際、手に持った薬剤の確認はしなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 色ファイルの使用は中止とした。 予防接種専用診療外来には、数十人の接種希望小児が受診し、予防接種の種類も様々であるため、誤認防止策の強化を行った。具体的には、『予防接種シール』を作成し、保護者に「接種対象小児名」「希望予防接種」「小児の年齢」を受付で記入してもらい、小児の大腿あたりに貼付する。 最終的に接種する場面で、保護者に小児の名前と年齢、希望の予防接種を言っていたいただき、保護者と医師で『予防接種シール』の内容の確認をし、接種することとした。 「お願い」として、以上の事を待合室に掲示した。
②情報管理				
4	障害なし	患者は近親者・知人に入院を知られたくないために、個人情報保護の申請をしていた。見舞客が入退院窓口で患者の病室を問い合わせた。対応した事務職員が電子カルテ内で、個人情報保護患者リストを見間違え、病棟と病室を教えてしまい、直接病棟へ見舞客が行ってしまった。	電子カルテシステムの画面に、エクセルで個人情報保護患者リストを重ねて開き、スクロールして確認することが要因である。また、連休前、面会時間終了間際の時間帯で窓口には見舞客以外にも患者や家族が入退院手続きで並んでおり、業務が繁忙であった。	<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテシステムを見直し、個人情報保護の患者がすぐわかるように表示を変更した。 個人情報の取り扱いについて、職員へ教育する。
5	障害残存の可能性なし	患者に外注検査（DLST）を目的に採血を実施したが、年内の受付が終了していたため検査ができず、検査が中止となった。	中央臨床検査部の依頼に基づき、事務職員が外注検査の年内受付終了日のマスタ登録を行う際、当該検査に対する設定が漏れたまま登録を行ってしまったため、医師のオーダーができてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> マスタ登録の際の確認を十分に行う。

No.	事故の程度	事故の内容	背景・要因	改善策
③患者データの取り込み				
6	障害なし	患者は、前医で胸部エックス線写真を 2 枚撮影され、フィルム 2 枚の裏側には、患者の日時・氏名がマジックで記載されていた。当院を受診し、エックス線フィルム 2 枚が電子カルテに裏表逆に（記載された日時・氏名が読める側を表にして）、放射線科事務職員によって取り込まれた。当院外来で初診診察した医師は、そのエックス線フィルムを見て左胸水貯留を右胸水貯留と取り違えてカルテに記載した。患者は胸水貯留のため同日、緊急入院となった。医師が患者に対して胸腔ドレーンの留置を開始した際、右胸水貯留であると判断し、右側胸部にエコーを当て肝臓を確認し、その一肋間上を穿刺部位としたが排液を認めなかった。医師はエコーで確認したところ明らかな胸水を確認できず、その後胸部 C T を撮影し、左胸水貯留を確認した。健側である右側の穿刺部に少量の肺出血と右気胸を認めた。	他院で撮影されたエックス線フィルムの、裏側に撮影日時・患者氏名が記載されており、左右を識別できる表示はなかった。当院での電子カルテへの取り込みの際には、上記の背景があり左大量胸水貯留による縦隔の圧排で心陰影からのエックス線フィルムの左右の判断が難しかったため、エックス線フィルムの表裏が逆のまま取り込まれた。穿刺前に聴診またエコーを用いていたが、右が健側であることに気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 他院で撮影されたエックス線フィルムを取り込む際には、左右確認を十分に行い慎重に取り込む。 エックス線フィルムは放射線科診断医に確認を行い取り込む。 処置前には、当院での画像撮影を行う。 エコー検査（画像の保存）を含め十分に行い、身体所見を十分にとる。
7	不明	近医より卵巣腫瘍（悪性疑い）で当科を受診した際、患者が持参した M R I フィルムの読影を当院放射線科へ、また C T その他検査を他院へ依頼した。その後、他院から送付された検査結果をカルテに取り込み依頼する際、クラークが誤って同姓同名の別患者のラベルを発行していた。患者が再診時に検査報告書の確認ができないまま、C T 画像を基に「変性子宮頸部筋腫」（M R I 画像読影で示唆）と判断し、症状が改善傾向であったことも考慮して外来での経過観察の方針とした。その後、2 度に渡り消炎鎮痛剤処方希望で来院、○月の定期検診で著変ないことを確認したため 3 カ月後を次回検診予定とした。その翌月頃から腹痛が増強、増悪したため 1 週間後に当科外来を受診、緊急入院となった。その後外来で依頼した C T 検査結果報告書が取り込まれていないことに気付き、探したところ他患者への取り込みが判明した。	取り込みオーダーを出す際、カナのみで患者検索を行った。同姓同名患者の検索画面で、スクロールバーで画面表示の切り替えを行わなかった。患者氏名及び診療科のみで判断し、思い込みから十分な確認を怠った。検査報告書の確認を行わないまま診断した。グループ診療での責任体制の不備があった。	<ul style="list-style-type: none"> カタカナではなく漢字入力による患者検索を行う。 生年月日や I D 等を加えた 2 項目以上での確認。 生年月日が記載されていないければ、診療記録による確認を行う。 初診担当医が、治療方針決定まで責任を持って診療する。 取り込み情報を外来医長が確認する。 診療録の取り込みをダブルチェックする。
④患者の会計				
8	障害なし	午前 11 時 4 0 分頃、入院中の患者 A の家族が○月分入院費の支払いのため、窓口に来られた。患者 A の収納画面を開くと○月分の入院中外来（歯科）料金が保留になっていたため、会計計算の担当者に確認しようと思い、しばらく椅子にかけて待ってもらっていた。確認が済み、窓口から「A さん」と呼んだ。来られた方に、患者 A の料金を伝え、現金を入金し、領収書も渡した。まだ椅子にかけて待っていた患者 A が窓口に来られ、先ほど入金処理したのが患者 A ではないことがわかった。直前に窓口に来られていた患者 B へ連絡を取り、領収書の名前を確認してもらったところ、患者 A と記載されていたため、患者間違いであったことが明らかとなった。	常時、窓口で患者の名乗り確認をしていたが、今回はこちらから呼び、来られた方を本人と思い込み、処理してしまった。名乗り確認ができていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の名乗り確認を徹底する。



- 1
- 2-(1)
- 2-(2)
- 2-(3)
- 3-(1)
- 3-(2)
- 3-(3)

事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例

(4) 事例の内容の分析

次に、報告事例が多かった患者の受付の事例 9 件、情報管理の事例 6 件、患者データの取り込みの事例 4 件のそれぞれについて事例の内容を分析した。

①患者の受付の事例について

i 事例の内容

患者の受付の事例の内容について図表Ⅲ - 2 - 2 1 に示す。患者取り違えは、患者が夜間や救急など時間外で受診した際に、本来 I D カードを使用して機械により自動的に行うところ、事務職員を介して行った受付を行い取り違えた事例の他に、時間内の診察ではあるが、患者が診察券を忘れたことにより、患者の氏名から患者の診察券の I D 番号を調べた際に、誤って他の患者を選択した事例であった。4 件すべてが患者と取り違えた患者とは同姓同名であり、中には生年月日と同じであった事例もあった。このように患者を同定する際 I D 番号がわからない場合は、氏名や生年月日だけではなく、住所など 3 点以上の確認方法を検討することの必要性が示唆された。

また患者の受付は正しくなされたが準備するファイルを間違えた、実施予定日ではない検査用紙を渡したなど、本来であれば患者の診察がスムーズに行われるための事務業務の介入が、患者に不適切な治療を行う契機となった事例もあった。

図表Ⅲ - 2 - 2 1 事例の内容 (患者の受付)

	件数
患者取り違え	4
・患者が診察券を忘れた際、患者の検索・選択をする際、同姓同名の他の患者と取り違えた	
診察準備の間違い	2
・受付の際、予防接種ごとに色分けされたファイルを準備するところ、誤った色のファイルを準備した	
・カルテに挟まれていた 3 ヶ月後に予定されていたエックス線検査用紙を患者に渡した	
患者対応の不備	1
・時間外患者の診察に対応できなかったため、他の医療機関に連絡をする間、医療職による患者の観察がなされなかった	
患者氏名の間違い	1
・救急隊員からの聞き取りの際に、漢字の読み方を誤った	
その他 (患者によるなりすまし)	1
合 計	9

ii 事例の主な背景・要因

患者の受付の事例の中の「患者取り違い」、および「診察準備の間違い」の主な背景・要因を図表Ⅲ - 2 - 2 に示す。患者の取り違いでは、複数の同姓同名の候補者の中から、見た目で見ただけで患者の年齢を判断した、氏名と生年月日が一致したことで他の項目を確認しなかった、と患者検索の手順を進めるうち、患者を「同定する作業中の状況」を「同定作業が終了した」と思い込んだと推測された。確認手順が確実に実施できるよう、院内で確認方法を決め、周知するとともに、職員が手順を遵守するように医療機関内で継続的に教育することの重要性が示唆された。

また、診察準備の間違いの事例についても、患者に検査票を渡す際に行うダブルチェックのルールが遵守できていれば防止できた可能性があることから、同様に教育の重要性が示唆された。

図表Ⅲ - 2 - 2 事例の主な背景・要因 (患者の受付)

患者取り違いの背景・要因
○確認手順はあったが遵守されなかった
・患者氏名(フリガナ)のみ入力し、画面に表示された複数の同姓同名の候補者の中から、患者の見た目で見ただけで年齢を判断し、選択した
・氏名と生年月日が一致しているだけで、他の項目を確認しなかった
・アルバイト職員の教育が不十分だった
○確認手順が明確でなかった
・患者と ID 番号とが一致していることを確認する手順が明確でなかった
診察準備の間違いの背景・要因
○マニュアルはあったが遵守されなかった
・検査票を患者に渡す際にダブルチェックを行わなかった

iii 事例が発生した医療機関の改善策

「患者取り違い」、および「診察準備の間違い」の事例が発生した医療機関の主な改善策を整理し、以下に示す。

1) 患者取り違いの事例の改善策

ア 患者の確認手順の明確化

- ・患者と番号を一致させる手順を行動レベルで作成する。
- ・患者氏名と生年月日で判別できない場合は、住所または保険情報を確認する。

イ 職員の教育

- ・手順にそってアルバイト職員の教育を行った。
- ・定期的にモニタリングし、職員が正しく行動していることを確認する。

2) 診察準備の間違いの事例の改善策

ア マニュアルの遵守

- ・マニュアルにそって業務を行う。

②情報管理の事例について

i 事例の内容

情報管理の事例の内容について図表Ⅲ - 2 - 2 3 に示す。平成 17 年に施行された個人情報の

保護に関する法律（個人情報保護法）に基づいて、医療機関内において患者情報の保護と活用は行われている。個人情報の管理の事例では、患者が病室番号などの情報を教えないように希望し意思表示していたが、医療機関内で、共有されておらず家族や見舞客に情報を伝えた事例であった。患者の意思は様々であり、対応する医療者も様々であるため、医療機関内で使用しやすいシステムで情報共有することが必要である。また、意思表示が曖昧であったり、その内容が変化する患者に対しては、医療機関の方針を説明しておくことが重要である。

書類管理の事例は、患者が記載した書類を他の患者に渡したり、紛失したりした事例であった。診断書や行政に提出する書類、生命保険の書類など患者から作成を依頼される書類の種類は多く、その取り扱いが煩雑である現状があるものと考えられる。

図表Ⅲ - 2 - 2 3 事例の内容（情報管理）

	件数
書類管理の不備	2
<ul style="list-style-type: none"> ・患者から作成を依頼された書類を他の患者に渡した ・患者から作成を依頼された書類を紛失した 	
個人情報の取り扱い間違い	2
<ul style="list-style-type: none"> ・患者が患者本人への連絡を希望していた入院予定日を家族に連絡した ・個人情報保護の申請をしていた患者の病室を見舞客に教えた 	
マスタ入力の間違い	1
<ul style="list-style-type: none"> ・臨床検査部の依頼に基づき、外注検査項目の年内受付終了日のマスタ登録を行う際、誤って当該検査項目の登録を行わなかった 	
ファックスの誤送信	1
<ul style="list-style-type: none"> ・紹介医に患者の情報をファックスするところ送信先を間違えた 	
合 計	6

ii 事例の主な背景・要因

情報管理の事例の中から、複数の報告がされた「書類管理の不備」、および「個人情報の取り扱い間違い」の主な背景・要因を図表Ⅲ - 2 - 2 4 に示す。

個人情報の管理では、医療機関で個人情報に関する患者の意思表示を適切に把握する仕組みはあるが、医療機関内で共有する仕組みがわかりにくかった、とあげており、誰でもわかりやすい画面表示の工夫の検討が必要である。

書類管理では、書類の所在を示すルールが無かった、書類の受け取りの確認が困難であった、など患者から作成を依頼される書類の管理について医療機関内でルールが明確でないまま対応している現状があることが推測できた。患者から記載される書類は種類も多く、医療機関へ依頼されるタイミングも様々であるため、患者からの依頼、医師の記載、事務手続き、患者への発出、といった流れについて、業務手順を明確にしておくことの重要性が示唆された。

図表Ⅲ - 2 - 2 4 事例の主な背景・要因 (情報管理)

書類管理の不備の背景・要因
<ul style="list-style-type: none"> 書類の所在を示すルールが存在しなかった
<ul style="list-style-type: none"> 患者が医師に直接書類の作成を依頼する実態があり、依頼書の控えを患者は持っておらず、受け取り時の確認が困難であった
<ul style="list-style-type: none"> 担当者が、ID等や書類の種類や内容を確認しないまま患者に渡した
個人情報の取り扱い間違いの背景・要因
<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテシステムの画面に、エクセルで個人情報保護患者リストを重ねて開き、スクロールして確認するという作業画面が複雑でリストを見間違えた
<ul style="list-style-type: none"> 面会時間終了間際の時間帯で窓口には見舞客以外にも患者や家族が入退院手続きで並んでおり、業務が繁忙でありリストを間違えた

iii 事例が発生した医療機関の改善策

「個人情報の管理」、および「書類管理の不備」の事例が発生した医療機関の主な改善策を整理し、以下に示す。

1) 個人情報の管理事例の改善策

ア システムの改善

- 電子カルテシステムを見直し、個人情報保護の患者がすぐにわかるように表示を変更した。

イ 職員の教育

- 個人情報の取り扱いについて、職員への教育を行った。

2) 書類管理事例の改善策

ア 書類の管理方法の改善

- 医師は書類を直接受け取らないよう、医事で手続きをするように誘導する。
- 書類の係で受けとりと処理の確認システムを作り、責任の所在を明確にするために必ず捺印することとした。

イ 書類の受け渡し方法の改善

- 手渡しする際は書類を患者に見せて、ID、氏名、種類を確認する。

③患者データの取り込み事例について

i 事例の内容

患者データの取り込み事例の内容について図表Ⅲ - 2 - 2 5 に示す。

患者取り違えの事例は、他院や他施設で実施された検査のデータを取り込む際に、別の患者のカルテに取り込んだ事例であった。左右取り違えの事例は、他院での左右の記載の無い患者の胸部エックス線画像を取り込んだ際の左右取り違えであり、取り込み漏れの事例は、30枚のスクリーンが必要な検査報告書の一部が取り込まれていなかった事例であった。

図表Ⅲ - 2 - 2 5 事例の内容 (患者データの取り込み)

	件数
患者取り違え	2
<ul style="list-style-type: none"> ・ 他院から送付された検査結果をカルテに取り込み依頼をする際、クレークが誤って同姓同名の別患者のラベルを発行したため本人の結果として取り込まれなかった ・ 患者同意書をスキャナで取り込む際、別の患者のものとして取り込んだ 	
左右取り違え	1
<ul style="list-style-type: none"> ・ 前医で胸部エックス線撮影をし、フィルムの裏側に患者の氏名、撮影日時がマジックで記載されていたが、当院の事務職員は記載された日時・氏名が読める側を表にしてデータを取り込んだために、左右が逆になった 	
取り込み漏れ	1
<ul style="list-style-type: none"> ・ 血清蛋白分画報告書 30 枚のスキャンの依頼があったが、取り込みデータに漏れがあった 	
合 計	4

ii 事例の主な背景・要因

情報管理の事例の、「患者取り違え」、「左右取り違え」、「取り込み漏れ」の主な背景・要因を図表Ⅲ - 2 - 2 6 に示す。

患者取り違えでは、①患者の受付「患者取り違え」と同様に、医療機関に登録されている全患者情報から、当該患者を検索する際に、同姓同名患者と取り違えた事例であった。背景・要因にはカナ検索のみで行い、漢字による表示画面に切り替えを行わなかった、患者氏名と診療科だけで判断した、ことが挙げられており、患者氏名、診療科のみの照合では必ずしも十分でないことがわかる。医療機関の中には、検索の際の患者取り違えを防止するために、患者検索画面に生年月日が表示されるようにシステム改修を行う、検索時はカタカナではなく、漢字入力による検索とする取り決めを行う、患者を特定する際は氏名だけではなく、生年月日や ID 番号等を加えた 2 項目以上で確認する、といった取り組みを行っている施設もある (参照 平成 22 年年報図表Ⅲ - 1 - 4 現地状況確認調査概要 事例概要 GE0220012 162 頁)。①患者の受付「患者取り違え」の事例では、氏名と生年月日が合致する患者との取り違えが生じていることから、漢字の氏名と生年月日が合致する場合も、住所や前回受診の状況などを患者や家族から聴取し、同定することの重要性が示唆された。

左右取り違えでは、他院からの情報が不明だったことが背景・要因に挙げられた。フィルムやデータなどを取り込む作業は、そのデータ等に基づいて診断や治療が行われることになるため、特に重要な過程であることを認識し、不明点が生じた場合は、速やかに情報の発信元に確認をすることが重要である。

図表Ⅲ - 2- 2 6 事例の主な背景・要因 (情報管理)

患者取り違えの背景・要因
<ul style="list-style-type: none"> ・取り込みオーダーを出す際、カナのみで患者検索を行い、同姓同名患者の検索画面で、漢字による画面表示に切り替えなかった ・患者氏名及び診療科のみで判断し思い込んだために十分に確認しなかった
左右取り違えの背景・要因
<ul style="list-style-type: none"> ・他院で撮影されたエックス線フィルムは、左右の識別ができる表示がなかった ・エックス線フィルムの画像からは左右の判断が難しかった
取り込み漏れの背景・要因
<ul style="list-style-type: none"> ・取り込んでいない文書束を取り込み済みの束に入れてしまった ・取り込まれた文書を 2 次チェックすることになっているが、1 ヶ月以上遅れており、早期発見ができなかった

iii 事例が発生した医療機関の改善策

「患者取り違え」、「左右取り違え」、「取り込み漏れ」の事例が発生した医療機関の主な改善策を整理し、以下に示す。

1) 患者取り違えの事例の改善策

ア 取り込み時の患者確認を徹底する

- ・カタカナではなく漢字入力による患者検索を行う。

イ 取り込みデータの確認を徹底する

- ・取り込みデータを外来医長が確認する。
- ・診療録の取り込み内容をダブルチェックする。

2) 左右取り違えの事例の改善策

- ・フィルムの左右が不明な時は、放射線科診断医に確認を行う。

3) 取り込み漏れの事例の改善策

ア 取り込み文書管理方法の改善

- ・取り込み直後に、取り込みされているかを確認したうえで、取り込み済みの束に入れるようルールを改定した。

(5) まとめ

本報告書では、ひとつの医療機関では当事者となることの少ない職種についても、他施設の事例を共有することは、日常業務に潜む事故の発生予防・再発防止に有用であると考え、事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例をテーマとして取り上げた。報告された事例の内容から、①患者の受付、②情報管理、③患者データの取り込み、④患者の会計、⑤その他に大別し、①、②、③について、事例の内容、主な背景・要因、改善策を整理した。

①患者の受付、②情報管理の両方に報告された「患者の取り違え」では、複数の同姓同名の候補者の中から、患者検索システムを使用し手順を進めるうち、患者を「同定作業が終了した」と思い込んだと推測できる内容があり、院内で確認方法を決め、周知するとともに、職員が手順を遵守するよう医療機関内で継続的に教育することの重要性が示唆された。また、氏名と生年月日が合致する患者との取り違えが生じていることから、漢字の氏名と生年月日が合致する場合も、住所や前回受診の状況などを患者や家族から聴取し、同定することの重要性が示唆された。

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

これまでに提供した「医療安全情報」について、本報告書分析対象期間（平成 26 年 1 月～3 月）に類似事例の内容は 19 であり事例数は 27 件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「処方入力の際の単位間違い」が 4 件、「薬剤の取り違えおよび薬剤の取り違え（第 2 報）」、「手術部位の左右の取り違えおよび手術部位の左右取り違え（第 2 報）」、「未滅菌の医療材料の使用」、「画像診断報告書の確認不足」、「膀胱留置カテーテルによる尿道損傷」がそれぞれ 2 件であった。

また、「共有すべき医療事故情報」について本報告書分析対象期間に類似事例が報告された共有すべき医療事故情報の内容は 19 であり、事例数は 56 件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「体内にガーゼ以外の異物が残存した事例」が 10 件、「熱傷に関する事例（療養上の世話以外）」が 9 件、「『療養上の世話』において熱傷をきたした事例」が 6 件、「施設管理の事例」、「体内にガーゼが残存した事例」がそれぞれ 4 件、「左右を取り違えた事例」、「ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例」がそれぞれ 3 件、「薬剤の名称が類似していることにより、取り違えた事例」、「グリセリン浣腸に伴い直腸穿孔などをきたした事例」、「小児への薬剤用量間違いの事例」、「ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例」、「ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例」がそれぞれ 2 件であった。

個別テーマについて本報告書分析対象期間に類似事例が報告されたテーマは、8 テーマであり、事例数は 14 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 4 件、「散剤の薬剤量間違い」、「画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例」、「胸腔穿刺や胸腔ドレーン挿入時に左右を取り違えた事例」がそれぞれ 2 件であった。

「医療安全情報」、「共有すべき医療事故情報」及び「個別のテーマの検討状況」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、医療安全情報として取り上げた「小児の輸液の血管外漏出」、「電気メスによる薬剤の引火」について事例の詳細を紹介する。

図表Ⅲ - 3 - 1 平成 26 年 1 月から 3 月に報告された再発・類似

内容	件数	出典
グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔	1	医療安全情報 No.3 (平成 19 年 2 月)
薬剤の取り違え 薬剤の取り違え (第 2 報)	2	医療安全情報 No.4 (平成 19 年 3 月) 医療安全情報 No.68 (平成 24 年 7 月)
小児の輸液の血管外漏出	1	医療安全情報 No.7 (平成 19 年 6 月)
手術部位の左右の取り違え 手術部位の左右取り違え (第 2 報)	2	医療安全情報 No.8 (平成 19 年 7 月) 医療安全情報 No.50 (平成 23 年 1 月)
M R I 検査室への磁性体 (金属製品など) の持ち込み	1	医療安全情報 No.10 (平成 19 年 9 月)
誤った患者への輸血	1	医療安全情報 No.11 (平成 19 年 10 月)
間違ったカテーテル・ドレーンへの接続	1	医療安全情報 No.14 (平成 20 年 1 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	4	医療安全情報 No.23 (平成 20 年 10 月)
小児への薬剤 10 倍量間違い	1	医療安全情報 No.29 (平成 21 年 4 月)
電気メスによる薬剤の引火	1	医療安全情報 No.34 (平成 21 年 9 月)
抜歯部位の取り違え	1	医療安全情報 No.47 (平成 22 年 10 月)
PTPシートの誤飲 PTPシートの誤飲 (第 2 報)	1	医療安全情報 No.57 (平成 23 年 8 月) 医療安全情報 No.82 (平成 25 年 9 月)
併用禁忌の薬剤の投与	1	医療安全情報 No.61 (平成 23 年 12 月)
画像診断報告書の確認不足	2	医療安全情報 No.63 (平成 24 年 2 月)
放射線検査での患者取り違え	1	医療安全情報 No.73 (平成 24 年 12 月)
膀胱留置カテーテルによる尿道損傷	2	医療安全情報 No.80 (平成 25 年 7 月)
移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去	1	医療安全情報 No.85 (平成 25 年 12 月)
足浴やシャワー浴時の熱傷	1	医療安全情報 No.87 (平成 26 年 2 月)
薬剤の名称が類似していることにより、取り違えた事例	2	共有すべき医療事故情報 (第 3 回報告書)
グリセリン浣腸に伴い直腸穿孔などをきたした事例	2	共有すべき医療事故情報 (第 3 回報告書)
「療養上の世話」において熱傷をきたした事例	6	共有すべき医療事故情報 (第 5 回報告書)
左右を取り違えた事例	3	共有すべき医療事故情報 (第 8 回報告書)
外形の類似による薬剤間違いの事例	1	共有すべき医療事故情報 (第 9 回報告書)
熱傷に関する事例 (療養上の世話以外)	9	共有すべき医療事故情報 (第 9 回報告書)
注射器に準備された薬剤の取り違えの事例 (名前の記載なし)	1	共有すべき医療事故情報 (第 10 回報告書)
小児への薬剤倍量間違いの事例	2	共有すべき医療事故情報 (第 10 回報告書)
投与目的とは異なる場所へ輸液等を投与した事例	1	共有すべき医療事故情報 (第 10 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	1	共有すべき医療事故情報 (第 11 回報告書)
ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例	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)
患者が疑問を投げかけたが、修正されずに実施された事例	1	共有すべき医療事故情報 (第 12 回報告書)

〔次項につづく〕

内容	件数	出典
ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例	2	共有すべき医療事故情報 (第 13 回報告書)
ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例	2	共有すべき医療事故情報 (第 13 回報告書)
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)
体内にガーゼ以外の異物が残存した事例	10	共有すべき医療事故情報 (第 14 回報告書)
病理検体に関連した事例	1	共有すべき医療事故情報 (第 15 回報告書)
眼内レンズに関係した事例	1	共有すべき医療事故情報 (第 15 回報告書)
凝固機能の管理にワーファリンカリウムを使用していた患者の梗塞及び出血の事例	4	個別のテーマの検討状況 (第 20 回報告書)
注射器に分割した輸血に関連した医療事故	1	個別のテーマの検討状況 (第 21 回報告書)
散剤の薬剤量間違い	2	個別のテーマの検討状況 (第 24 回報告書)
画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例	2	個別のテーマの検討状況 (第 26 回報告書)
患者持参薬が院内不採用であることに気付かず、薬剤の頭 3 文字検索で表示された他の薬剤を処方した事例	1	個別のテーマの検討状況 (第 30 回報告書)
東日本大震災による影響を一因とした事例	1	個別のテーマの検討状況 (第 30 回報告書)
胸腔穿刺や胸腔ドレーン挿入時に左右を取り違えた事例	2	個別のテーマの検討状況 (第 34 回報告書)
はさみを使用した際、誤って患者の皮膚や医療材料等を傷つけた事例	1	個別のテーマの検討状況 (第 36 回報告書)

※共有すべき医療事故情報や、個別テーマの検討状況に計上された事例は、医療安全情報と重複している場合がある。

【2】「小児の輸液の血管外漏出」(医療安全情報 No. 7) について

(1) 発生状況

医療安全情報 No. 7 (平成 19 年 6 月提供) では、「小児の輸液の血管外漏出」(医療安全情報掲載件数 9 件 集計期間:平成 16 年 10 月～平成 19 年 2 月)を取り上げた。

その後も類似事例の報告があり、点滴刺入部の観察方法などに関し改善の必要性がある事例も多く報告されている。

このたび本報告書分析対象期間(平成 26 年 1 月～3 月)においても類似の事例が 1 件報告されたため再び取り上げることとした。

これまでに報告された「小児の輸液の血管外漏出」の件数の推移を図表Ⅲ-3-2 に示す。

図表Ⅲ-3-2 「小児の輸液の血管外漏出」の発生件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
平成 16 年	—	—	—	0	0
平成 17 年	1	0	2	1	4
平成 18 年	0	2	0	2	4
平成 19 年	1	0	2	0	3
平成 20 年	1	3	0	0	4
平成 21 年	2	0	1	4	7
平成 22 年	3	2	1	2	8
平成 23 年	2	2	3	2	9
平成 24 年	2	2	1	4	9
平成 25 年	1	2	1	0	4
平成 26 年	1	—	—	—	1

図表Ⅲ-3-3 医療安全情報 No. 7 「小児の輸液の血管外漏出」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.7 2007年6月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 No.7 2007年6月

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、何らかの治療を要した事例が 9 件報告されています(集計期間:2004年10月1日～2007年2月28日、第8回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部掲載)。

新生児などの小児においては、輸液が血管外に漏出したために治療を要した症状や所見が報告されています。

主な症状・所見

- 皮膚潰瘍
- 皮膚壊死
- 手指の冷感
- 発熱
- 腫脹
- 水疱
- 発赤

◆報告事例の全てが2歳以下の新生児などの小児です。

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.7 2007年6月

小児の輸液の血管外漏出

事例 1

点滴治療の際、注射針刺入部は不透明なテープで固定され、さらに保温のため毛布で覆われていた。看護師は、刺入部を固定している不透明なテープの間から観察可能な皮膚が発赤・腫脹していることに気づき、直ちに留置針を抜去した。しかし、既に胸指全体が暗紫色に変色し、右手掌・手背ともに発赤と腫脹が強く、治療のために減圧切開が必要であった。

事例 2

患児には輸液ポンプにより持続的な輸液が施行されていた。夜間帯の勤務開始直後に、看護師は注射針刺入部の観察を行い、血管外漏出所見を認めないことを確認し、刺入部を絆創膏とシースで再固定した。その後の定時観察においては、滴下状況の確認はしたが、輸液ポンプのアラームが鳴らなかつたため刺入部の直視的な観察は行なわかつた。翌朝、刺入部の左上肢全体の腫脹と、刺入部の皮膚潰瘍を認めた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- 小児の点滴施行中は、注射針刺入部を透明なテープで固定し、定期的に観察を行う。
- 輸液ポンプ等は、輸液の血管外漏出ではアラームが鳴らないことを周知する。

◆この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨の達成については、当該機関ホームページに掲載されている報告書おび7号等をご覧ください。
http://jicqhc.or.jp/html/accident.html#medsafe

◆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、その内容を特表にわたる保証するものではありません。
◆この情報は、医療従事者の良否を判断したり、医療従事者に責務や責任を課したものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部
〒101-0062 東京都千代田区千代田3-11-3 三井住友海上野台別館ビル7階
電話: 03-5217-0251(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)
http://jicqhc.or.jp/html/index.html

(2) 事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例 1 件の概要を以下に示す

事例 1

【内容】

1 1 ヶ月の患者は、肝移植のため当科を紹介され受診となり、高度な凝固能異常があったため、入院後より F F P の投与を行っていた。

移植予定日前日に点滴漏れによる左母趾に水疱、血疱形成を認め、皮膚科医師に診察を依頼した。血疱による圧迫で皮膚が潰瘍化する可能性があり、破疱が必要と思われたが、破疱により出血、感染のリスクが高くなり、肝移植に影響することが懸念されたため、家族も含めて協議し、破疱は行わない方針とし、予定通り肝移植を施行した。

術後、局所の処置の際に破疱し、血液が流出、創底は潰瘍化、壊死しており、爪甲は脱落していた。

皮膚科医師により壊死組織のデブリードマンが開始された。潰瘍部に骨露出を認めた。潰瘍の範囲は拡大し、中足骨まで露出した状態となった。末節骨は黒色化し、骨髓炎の可能性を考慮し、主治医、整形外科医師、皮膚科医師で協議し、搔爬術の適応となり、局所の処置は整形外科医師が行うこととなった。その後、周囲の肉芽組織が急激に成長し、血流も良好であり、搔爬術は行わず、肉芽組織が露出した骨を覆うのを待つ方針に変更した。その後、局所処置の継続により、潰瘍部は上皮化した。

【背景・要因】

肝不全、腎不全があり、多臓器不全に近い状態。全身浮腫が強く、皮膚がぜい弱な状態であったため、点滴漏れを発見してから急速に悪化した。局所の処置よりも肝移植を優先させたため、結果的に局所の処置が遅れた。

(3) 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以下に示す。

○点滴ルートの漏れが疑われた際には、速やかにルート変更を行う。

(4) これまで報告された「小児の輸液の血管外漏出」の事例について

輸液の際の血管外漏出は、患者の全身状態や、薬液の濃度や注入する速度などの影響が大きく、必ずしも予防可能なものばかりではない。また事例 1 のように、患者の血管が脆弱であり、薬剤の投与による血管外漏出の危険性がある中でも、患者の治療上の利益を重視して、壊死性薬剤や炎症性薬剤などによる組織壊死や潰瘍形成といった患者への影響が大きいと考えられる薬剤を投与することは、日常の医療の中で行われている。一方で、報告された事例の中には、背景・要因として、点滴刺入部の観察が不十分であったことや、発見後の対応が記載され、広く共有することが有用であると考えられる内容の記載があった。そこで本報告書では、平成 22 年から本報告書分析対象期間 (平成 26 年 1 月～3 月) において報告された事例 31 件のうち、事例の内容や背景・要因の記載に、輸液管理について改善すべき点が記載されている 22 件に着目して分析した。

①患者の年齢

一般に血管外漏出とは、血管から投与した薬液が、血管外の周辺組織に漏れることをいう。小児は体躯が小さく血管が細いこと、患者自身が輸液の漏れに注意を払うことができないことから血管外漏出を起こしやすく、また異常が生じたとしても、それを言葉で正確に表現できる年齢ではないこと、などの特徴がある。報告された事例 22 件のうち、患者の年齢が 1 歳未満であったものは 11 件であり、特に言葉や動作で、異常を表現することが難しいと考えられる乳児が多かった (図表Ⅲ - 3 - 4)。

図表Ⅲ - 3 - 4 患者の年齢

	件数
1 歳未満	11
1 歳	4
3 歳	1
4 歳	2
5 歳	1
7 歳	2
10 歳	1
計	22

※報告があった年齢を掲載した。

②主な背景・要因

報告された事例の主な背景・要因について、図表Ⅲ - 3 - 5 に整理した。

小児は注射針を刺入した際、自身がそのことを意識して注意、行動することが難しいうえ、異物に興味を持ち不必要に触ってしまうため、シーネや包帯を使用し、刺入部を覆って視覚的にも物理的にも患者自身が触れないように保護する機会が多い。しかし、そのような保護のために、医療者が外部から容易に刺入部や近傍部位の観察をすることが困難となり、薬液の血管外漏出の発見が遅れることがある。報告された事例においても、刺入部や刺入した四肢の観察が難しかった状況が推測される。そこで、小児の固定方法について、テープの種類や太さ、あるいはテープの貼付方法について医療機関内で検討することは重要である。

また、夜間の観察では、患者や家族に配慮して暗い環境で行ったことを背景・要因にあげていることから、病棟で夜間に使用する照明に懐中電灯が、注射針刺入部や近辺部位を観察するために必要な照度を有しているかどうかを確認しておくことも必要である。

さらに、血管外漏出で輸液ポンプ等のアラームが鳴るはずという思い込みがあったことが背景・要因で挙げられており、医療安全情報 No. 7 「小児の輸液の血管外漏出」の事例が発生した医療機関の取り組みとして示されている「輸液ポンプ等は、輸液の血管外漏出ではアラームが鳴らないことを周知する」という内容を周知することは重要である。また、知識として「輸液が血管外に漏出したからといって、必ずしもアラームは鳴るわけではない」と知っていても、輸液ポンプ等のアラームが鳴ることで血管外漏出に気がつく経験を重ねるうちに、「アラームが鳴るだろう」という思い込みが生じる場合がある。そこで臨床に関わる医療者に、医療安全情報 No. 7 「小児の輸液の血管外漏出」の情報を繰り返し周知することの重要性が示唆された。

図表Ⅲ - 3 - 5 主な背景・要因

刺入部の固定に関すること

- 患児が刺入部付近を触るためにクロス固定をし、不快に思わないようにキルティングの覆いをしたため、刺入部や手の観察が困難であった
- 刺入部はシーネ固定され包帯で覆われており、観察が困難であった
- 刺入部はテープで覆われており、見えにくい方法だった
- 刺入部のテープが不透明であり、また患者の腕に対しては広範囲の貼付になっていた
- 刺入部のテープが太く、刺入部の観察ができず、足先や太ももの観察となり発見が遅れた
- 血管が細い小児であったが、造影剤の急速注入の際、刺入部を包帯で覆っており、注入の最中に観察していなかった
- 観察しやすい固定方法の統一がされていなかった

環境に関すること

- 24 時間点滴中で夜間の観察が十分でなかった
- 深夜帯に患児、母親が入眠していたため、あえて点滴刺入部の確認をしなかった
- 夜間に刺入部を確認する際に照明をつけず、暗い中での作業により観察不足があった

シリンジポンプ、輸液ポンプに関すること

- 血管外漏出でアラームが鳴るという思い込みがあった
 - ・新生児の場合、点滴漏れを起こしても皮下に広がるためアラームが鳴らないことがあり、発見が遅れることがある
 - ・輸液ポンプ使用で点滴を行っていたため順調に点滴が入っていると思い込んでいた
 - ・輸液ポンプのアラームが鳴らなかったため、刺入部の観察を怠っていた
- 小児のカテーテルは内径が細く、わずかな圧の変化でアラームが鳴る状況があったため、シリンジポンプの閉塞圧アラームの設定圧を高くし、アラームの感度を低くしていた

皮膚障害の影響の大きい薬剤の使用に関すること

- 血管外漏出による障害を起こす可能性のある薬剤を使用していた (ビタジェクト、プレアミン - P、ドルミカム、ポリグロビン、カルチコール、イノバンなど)
- 血管外漏出により皮膚損傷を起こす薬剤を使用しているという認識が無かった (メイロン、KCL、カルチコール、イノバンなど)
- 添付文書に血管外漏出による皮膚潰瘍が報告されているが、症状の観察が不十分であった (アルギニン)
- 使用した薬剤が血管外漏出すると皮膚損傷をきたしやすいという認識はあったが、行動として実践できていなかった (薬剤名記載なし)

観察に関すること

- 滴下が良好であったため、漏れていないだろうという思い込みがあった
- 刺入部の確認を行わないまま、抗生剤を投与した
- 普段から小児の刺入部の固定は、シーネ・包帯により保護をしており、血管外漏出の有無を確認することの重要性の認識が薄れていた

その他

- 外科常勤医がいないため、埋め込み式 CV カテーテルが入れられなかった
- 小児 ICU 8 床に対して夜勤看護師 1 名で、かなり多忙であり、十分なケアを行えない状況があった

③患者への影響

患者への障害残存の可能性が低い事例が多かったが、濃厚な治療が必要であった事例は 7 件あった。このように患者への影響が大きくなる危険性の高い事例があることを十分に認識する必要がある (図表Ⅲ - 3 - 6、7)。

図表Ⅲ - 3 - 6 事故の程度

事故の程度	件数
障害残存の可能性がある (低い)	1 3
障害残存の可能性なし	4
障害なし	4
不明	1
合 計	2 2

※報告項目の「事故の程度」の選択肢のうち 1 件以上報告があったもののみ掲載。

図表Ⅲ - 3 - 7 治療の程度

治療の程度	件数
濃厚な治療	7
軽微な治療	1 2
なし	2
合 計	2 1 [*]

※報告項目の「医療の実施の有無」の選択を「実施あり」とした 2 1 件について集計。

次に、点滴刺入部の確認すべき項目として小児の血管外漏出の主な症状・所見を知ることは有用であるため、患者の主な症状を図表Ⅲ - 3 - 8 に示す。腫脹が最も多く 1 7 件であり、次に水疱 1 3 件、刺入部や近辺部位の変色が 9 件と多かった。

図表Ⅲ - 3 - 8 主な症状・所見

症状・所見	件数
腫脹	1 7
水疱	1 3
刺入部や近辺部位の色調変化	9
皮膚壊死	5
潰瘍	3
発赤	2
糜爛	1
皮膚欠損	1
皮膚剥離	1
硬結	1
合 計	5 3

※ 1 つの事例に複数の症状・所見が認められる場合がある。

④主な改善策

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) 固定について

- 固定に使用するテープを刺入部が見える透明のテープなどに替えるよう検討する。
- 観察しやすいよう固定方法を統一する。
- シーネ固定について学習会を実施した。

2) 環境について

- 投与前、投与中の刺入部確認時には、照明や懐中電灯を用いる。

3) シリンジポンプ、輸液ポンプについて

- 輸液ポンプのアラームは、輸液が漏れていても鳴らない事や漏れていても輸液が送られることを看護師の安全委員会で伝達し、周知した。

4) 薬剤の情報の共有

- 血管外漏出により皮膚損傷を起こす薬剤をリストアップし周知する。

5) 薬剤投与経路について

- 血管外漏出障害を起こしやすい薬剤を注入する際は早期に P I、C V カテーテルの挿入を検討する。
- 血管外漏出により皮膚損傷が起きる可能性のある薬剤はできるだけ中心静脈ラインから注入する。

6) 急速注入の場合

- 検査の急速注入の直前にもう一度血管内に留置されているかを確認する。
- 血管確保した刺入部を覆わず、最後まで注入の様子を医師が目視で確認する。

7) 観察について

- 血管外漏出障害の観察のポイントを明確にし、周知徹底する。
- 看護記録に点滴観察の視点（自然滴下、漏れ、腫脹、指の色、左右差）の項目を追加し観察内容を記録に残す。
- 観察項目をクリニカルパス表に加える。
- 勤務交代時には点滴部位の腫脹、漏れの有無、自然滴下の確認をする。
- 点滴漏れのリスクが高い患者に関しては観察間隔を 4 時間以内に設定する。

8) 家族の協力について

- 患者・家族とのコミュニケーションを図り患者の普段の状態を把握する。
- 母親との連携を強化し、点滴漏れの観察点や患児が不機嫌になった時に看護師へ知らせることを事前に説明する。
- 夜間でも点滴刺入部位の確認等を行うことを、入院のオリエンテーション時に説明する。

9) その他

- 夜間の小児 I C U の体制の改善を検討する。

(5) まとめ

平成 19 年 6 月に医療安全情報 No. 7 「小児の輸液の血管外漏出」を提供した。

輸液の際の血管外漏出は、患者の全身状態や、薬液の濃度や注入する速度などの影響が大きく、必ずしも予防可能性があるものばかりとはいえませんが、その後も類似事例の報告がされている。本報告書では、報告の内容に、医療者の輸液管理について改善すべき点があったと分析している 22 件について着目し、患者の年齢、事例の背景・要因、主な症状・所見について整理した。

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】「電気メスによる薬剤の引火」(医療安全情報 No. 34) について

(1) 発生状況

医療安全情報 No. 34 (平成 21 年 9 月提供) では、「電気メスによる薬剤の引火」(医療安全情報掲載件数 4 件 集計期間：平成 18 年 1 月～平成 21 年 7 月) を取り上げた。更に第 27 回報告書においても、電気メスの使用による薬剤の引火の危険性について知識はあったが薬剤販売名の表記を誤解し、知識を活用することができなかった可能性がある事例の報告が分析対象期間内になされたため、「再発・類似事例の発生状況」(第 27 回報告書 161～164 頁 分析対象期間平成 23 年 7 月～9 月) において、事例の概要とともに薬剤販売名の取り扱いルールなどを取りまとめた。

このたび、本報告書分析対象期間 (平成 26 年 1 月～3 月) においても類似の事例が 1 件報告されたため、再び取り上げた。

これまでに報告された「電気メスによる薬剤の引火」の件数の推移を図表Ⅲ-3-9 に示す。

図表Ⅲ-3-9 「電気メスによる薬剤の引火」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	1	1
平成19年	0	0	0	0	0
平成20年	0	0	0	2	2
平成21年	1	0	0	0	1
平成22年	0	0	0	0	0
平成23年	0	0	1	0	1
平成24年	0	1	0	0	1
平成25年	0	1	1	0	2
平成26年	1	—	—	—	1

図表Ⅲ-3-10 医療安全情報 No. 34 「電気メスによる薬剤の引火」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.34 2009年9月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 No.34 2009年9月

「電気メスによる薬剤の引火」

電気メスの使用により薬剤に引火し、患者に熱傷をさせた事例が4件報告されています。(集計期間：2006年1月1日～2009年7月31日、第16回報告書「共有すべき医療事故情報」の一部に掲載)。

電気メスで引火した薬剤	一般名
ノベクタンスプレー	エトオキシエチルメタクリル樹脂配合剤
マスキンR・エタノール液(0.5%)	
マスキンW・エタノール液(0.5%)	グルコン酸クロルヘキシジン
ベンクロジVエタノール液(0.5%)	

◆この他、添付文書に「可燃性の製品」、「火気厳禁」など取り扱いに注意を要する記載がある薬剤があります。
◆外用消毒剤には添加物としてアルコール等を使用しているものがあるので、使用にあたっては注意してください。

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.34 2009年9月

「電気メスによる薬剤の引火」

事例 1

医師は、手術前にノベクタンスプレーを噴霧した。その後、ストマを造設するために皮膚切開に電気メスを使用したところ、皮膚のノベクタンスプレーに引火し、患者に熱傷をさせた。医師は、ノベクタンスプレーが引火性薬剤であることを忘れていた。

事例 2

医師は、術野をマスキンR・エタノール液(0.5%)で追加消毒した。その後、マスキンR・エタノール液がシートに浸透した。その後、電気メスを使用したところシートに引火し、患者の右側胸部にII度及びIII度の熱傷をさせた。医師は、マスキンR・エタノール液が乾燥していることを確認せずに電気メスを使用した。

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

※この情報の作成にあたり、作成期における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたって保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の職業を創設したり、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。

J C 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 東京都千代田区三軒町1-4-17 東洋ビル
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<http://www.jpcic.or.jp/html/index.htm>

(2) 事例概要

第 2 7 回報告書分析対象期間後 (平成 2 3 年 1 0 月～)、本報告書分析対象期間に報告された事例 4 件の概要を以下に示す。

事例 1

【内容】

縦隔炎に対する縦隔洗浄処置の終盤に、イソジンを落とすためにヘキサックアルコールを浸漬したガーゼで皮膚を拭いた。その際、真皮からの小出血がみられたため、電気メスで焼灼止血を試みたところ、患者の胸部付近に置いていたガーゼに引火した。すぐにガーゼを払い落として消火したが、燃焼中のガーゼが患者の肩に当たり、前胸部と肩に I 度の熱傷を生じた。

【背景・要因】

当事者はアルコール製剤の使用時には電気メスの取扱いに注意が必要であることを知識として持っていたが、出血に対し反射的に電気メスを使用した。また、別の患者への病状説明を控えており、焦りを感じていた可能性もある。

事例 2

【内容】

胃全摘術終了後、左側腹部よりブリーツドレーンを留置する際に、0.5%ヘキサックアルコールで皮膚消毒を行った。真皮以深を電気メスで切開する際、消毒液に含有されるアルコールに着火し、短時間の発火により熱傷を生じた。

【背景・要因】

術者自身にドレーン挿入前の皮膚消毒の習慣があり、赴任前の施設で日常的に行っていた。その際はアルコール非含有のイソジン液を用いていたが、当院赴任後、初回の術者であったため、当施設で使用している消毒薬の成分の確認を十分に行わず、消毒後、アルコールが揮発する前に電気メスを使用したことが事故の主な背景要因と考えられた。

事例 3

【内容】

慢性硬膜下水腫の患者が緊急手術となった。手術室で、エタノールを含む消毒薬を使用し皮膚の消毒を行った後、滅菌シートで覆い、創部をイソジン入り被覆フィルムでシールし、左側の頭皮を 4 cm 程切開した。その後皮膚からの出血を電気メスで止血中、突然後頭部付近から火が上がり、直ちに覆布を外したところ、後頭部に敷いた紙オムツと毛髪が燃えていた。

執刀医と助手 2 名が両手で火をたたき消しながら、生理食塩水で消火した。熱傷に対する局所冷却と消火時の生理食塩水の流水により、一時的に血圧の低下を認めたが、補液により回復した。

高濃度のエタノールを含んだ消毒液が毛髪・紙オムツから気化し、滅菌シート内で溜まった状態で電気メスを使用したため引火したと判断した。

【背景・要因】

平成 21 年に配信された医療安全情報 No. 34 「電気メスによる薬剤の引火」注意喚起情報の院内の周知が不十分であった。また、高濃度エタノールを含む消毒薬の添付文書の確認が不十分であった。手術室では消毒薬を紙オムツで吸収した際、新たなものに交換せず使用を継続していた。

事例 4**【内容】**

術前の処置として、ウエルパスを用い、胸部の脱脂のため清拭を実施した(看護師が 3 プッシュ程度噴霧し、おしぼりでふき取った後、医師が 5 プッシュ程度噴霧し、おしぼりでふき取る)。手術が進み、術前処置から約 5 時間後に胸腔内洗浄のために温生食で洗浄を実施し閉胸した。続いて鎖骨部の閉創のため温生食にて洗浄を実施、洗浄時には首元の覆布が剥がれかけており、洗浄水は頭側(麻酔科医側)に垂れ込んでいた。

洗浄終了後、機械出し看護師は温生食が空になったピッチャーを患者から一番遠い器械台の左隅に置き、外回り看護師に「ハイポエタノールをください」と依頼した。外回り看護師が置かれたピッチャーが空になっているのを確認し、フリー看護師にハイポエタノールを入れるように指示した。フリー看護師はハイポエタノールを保温庫から取り出し、呼称確認の後に 300mL 程度ピッチャーに注いだ。このハイポエタノールを準備している作業と並行しながら、洗浄中に血管からの出血を確認したため術野では執刀医が電気メスで止血作業をしたところ、その最中に執刀医の左前腕部に熱を感じ、プラスチックが燃えたような臭いがした。手をどけて確認したところ青白い炎が出ていたのを確認し、医師は手でたたいて消火した。患者の頭側の覆布はオレンジの炎で燃えていた。覆布を剥がし、総員で消火作業を実施し麻酔科医に酸素を止めるよう執刀医より指示された。患者は顔面から頸部にかけてⅡ～Ⅲ度の熱傷を負い、冷却と軟膏処置を実施、手術室を変えて再度処置が継続された。

【背景・要因】

アルコール含有製剤を使用して術前処置が実施されていた。揮発したアルコールが術野に停滞し電気メスの火花で着火した可能性を否定できない。また、麻酔器を使用した全身麻酔の回路から酸素が流出し、着火部位付近に停滞したことで周囲の酸素濃度が上昇した可能性も排除できないが、いずれも推論である。

その後、事故調査委員会以下の背景要因がわかった。事故時に使用していた覆布は、ウッドパルプとポリエステルの混合素材で、300℃くらいの熱で引火する可能性がある。覆布メーカーが把握している過去の発火事例では、手術開始時にアルコール系の薬剤で消毒し、覆布を掛け、その後に気化したものが電気メスで発火した事例が報告されている。電気メスで止血する際に覆布に火花が飛んで燃えるという事例も報告されている。アルコールが関与していたり、高濃度酸素が加わってくると燃える事例があった。また、電気メスの発火事例ではアルコールがある。火災が起こる場合には、必ず発火源、着火する素材、助長する環境が必要である。炎は温度が高いと青くなるため、酸素が行き届いた状態でなければ青い炎にはならない。

＜医療機関が行った燃焼実験の結果＞

事故当時、患者の頭の下にはブルーパッド（平型のオムツのようなシート）が敷かれていた。閉創時の洗浄水が垂れ込み濡れている状態であった。洗浄に使用した液体がハイポエタノールであった可能性も考え、防火管理者同席のもとで燃焼実験を行った。また、術前処置で使用したウエルパスにもアルコールが含有されているため、ハイポエタノールとウエルパスの 2 剤について燃焼実験を実施した。

- 1) ブルーパットにウエルパス単体を浸して着火したところ、火元を近づけると容易に着火した。ブルーパッドが焦げていくのが目視できるが、火炎はほとんど見えない状況であった。
- 2) ブルーパットにウエルパスと生理食塩液を浸して着火したところ、火元を近づけると容易に着火した。生理食塩液を浸したブルーパットは、燃焼してもパットの表層に変化（焦げ跡や変色など）が見られなかった。火炎はほとんど見えない状況であり、上に手をかざすと熱を感じ燃焼していることが確認できた。
- 3) ブルーパットにハイポエタノール単体を浸して着火したところ、火元を近づけると容易に着火した。着火した時よりオレンジの炎が目視できた。
- 4) ブルーパットにハイポエタノールと生食を浸して着火したところ、火元を近づけても着火することは無く、燃えなかった。

（3）電気メスで引火した薬剤

第 2 7 回報告書以降の平成 2 3 年 1 0 月から本報告書分析対象期間までに報告された 4 件について報告された事例の電気メスで引火した薬剤と一般名を図表Ⅲ - 3 - 1 1 に示す。

図表Ⅲ - 3 - 1 1 電気メスで引火した薬剤

	電気メスで引火した薬剤	主な成分
事例 1	0.5%ヘキザック® アルコール液	クロルヘキシジングルコン酸塩
事例 2		
事例 3	マスキン® R・エタノール液 (0.5 w/v %)	
事例 4	ハイポエタノール外用液 2%	チオ硫酸ナトリウム水和物
	ウエルパス® 手指消毒液 0.2%	ベンザルコニウム塩化物

※事例 4 は、2 つの薬剤が関係している。

術野の消毒など、電気メスを使用する場面で、引火の危険のあるエタノール含有の薬剤を選択し使用することは、医療現場では起こりうることであり、引火した薬剤の情報共有は有用であると考えた。そこで、本事業開始後（平成 1 6 年 1 0 月）から本報告書分析対象期間までに報告された 9 件（図表Ⅲ - 3 - 9 参照）の電気メスで引火した薬剤の成分、販売名及び添付文書の記載内容について、図表Ⅲ - 3 - 1 2 に整理した。すべての薬剤に火気に注意することが記載されており、とりわけ、マスキン® R・エタノール液（0.5 w/v %）や 0.5%ヘキザック® アルコール液については、薬剤を消毒に使用した後、電気メスを使用する場面を想定して、薬剤を乾燥したり、気化したアルコールの拡散を確認することを具体的に記載している。

なお、医療安全情報 No. 34 に掲載しているノベクタンLスプレーは平成21年7月に製造が中止となっている。

図表Ⅲ - 3 - 1 2 電気メスで引火した薬剤の成分、販売名及び添付文書での記載

【成分】 クロルヘキシジングルコン酸塩	6
【販売名】 マスキン® R・エタノール液 (0.5 w/v %)	2
<p><添付文書 抜粋> 本剤は引火性、爆発性があるため、火気（電気メス使用等を含む）には十分注意すること。また電気メスによる発火事故が報告されているので、電気メス等を使用する場合には、本剤を乾燥させ、アルコール蒸気の拡散を確認してから使用すること。</p>	
【販売名】 0.5%ヘキサック® アルコール液	2
<p><添付文書 抜粋> 本剤はエタノールを含有するので、火気に注意すること。また電気メスを使用する場合は、乾燥させてから使用すること。</p>	
【販売名】 ベンクロジド® Vエタノール液 (0.5%)	1
<p><添付文書 抜粋> 引火性、爆発性があるため、火気（電気メス使用等も含む）には十分注意すること。</p>	
【販売名】 ステリクロン® Rエタノール液0.5	1
<p><添付文書 抜粋> 本剤は引火性、爆発性があるため、火気（電気メス使用等も含む）には十分注意すること。</p>	
【成分】 チオ硫酸ナトリウム水和物	1
【販売名】 ハイポエタノール外用液2%	1
<p><添付文書 抜粋> 本品は消防法上の危険物には該当しないが、アルコール製剤なので火気（電気メス使用等も含む）に注意すること。</p>	
【成分】 ベンザルコニウム塩化物	1
【販売名】 ウエルパス® 手指消毒液0.2%	1
<p><添付文書 抜粋> 引火性、爆発性があるため、火気には十分注意すること。</p>	
【成分】 エトオキシエチルメタアクリル樹脂	1
【販売名】 ノベクタンLスプレー*	1

*ノベクタンLスプレーは、平成21年に製造が中止となった。

(4) 主な背景・要因

電気メスを使用した時に、引火した主な背景・要因を図表Ⅲ - 3 - 1 3 に示す。事例1のように、術者が電気メスの引火の危険性に関する知識を有していても、手術の進行や出血などの状況に迅速に対応する中で、思わず引火の危険を生じる行動をとる場合がある。また、事例2のように、「消毒薬」と呼称しているものについて、施設が異なれば、使用する薬剤も異なる場合がある。術者自身が十分に認識することは言うまでもないが、術者の視野は限定されがちな状況の中で、引火性のある薬剤の使用や電気メスの使用にあたって、安全に使用できるよう、術者以外の医療者が積極的に声をかけるなどして関与することの重要性が示唆された。

Ⅲ

1
2-(1)
2-(2)
2-(3)
3-(1)
3-(2)
3-(3)

「電気メスによる薬剤の引火」(医療安全情報 No. 34) について

図表Ⅲ－3－13 電気メスの使用時、引火した主な背景・要因

	主な背景・要因
事例 1	アルコール製剤の使用時、電気メスの取扱いに注意が必要であることは知っていたが、出血に対し反射的に電気メスを使用した。
事例 2	術者は赴任前の施設で、アルコール非含有のイソジン液を用い消毒していた。当施設で初めての手術であったが、使用する消毒薬の成分を確認せず、アルコールが揮発する前に電気メスを使用した。
事例 3	高濃度エタノールを含む消毒薬の添付文書の確認が不十分であった。手術室で、消毒薬を紙オムツで吸収した際、新たなものに交換せず使用を継続していた。
事例 4	アルコール含有製剤を使用して術前処置が実施されていた。揮発したアルコールが術野に停滞し電気メスの火花で着火した可能性がある。 麻酔器を使用した全身麻酔の回路から酸素が流出し、着火部位付近に停滞したことで周囲の酸素濃度が上昇した可能性もある。

(5) 患者への影響

報告された事例のすべての患者が熱傷を負い、本来であれば必要なかった熱傷の治療を受けている(図表Ⅲ-3-14～16)。引火した部位からさらに医療材料等に火が広がり、患者への影響を大きくする危険がありうることを十分に認識する必要がある。

図表Ⅲ - 3- 1 4 事故の程度

事故の程度	件数
障害残存の可能性が高い	2
障害残存の可能性が低い	1
障害残存の可能性なし	1
合 計	4

※報告項目の「事故の程度」の選択肢のうち1件以上報告があったもののみ掲載。

図表Ⅲ - 3- 1 5 治療の程度

治療の程度	件数
濃厚な治療	3
軽微な治療	1
合 計	4

※報告項目の「治療の程度」の選択肢のうち1件以上報告があったもののみ掲載。

図表Ⅲ - 3- 1 6 患者への影響

患者への影響
事例 1 I 度の熱傷
事例 2 熱傷 (深度の記載無し)
事例 3 熱傷 (深度の記載無し)
事例 4 II～III 度の熱傷

(6) 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、以下の事項が報告されている。

1) 引火性の薬剤への認識を深める

- 診療科内における周知の徹底と、薬剤に対する知識を深める。
- 院内にあるすべての電気メスに、「消毒薬のアルコール発火に注意」のシールを貼布し、注意喚起した。
- 薬剤の名称からはアルコールを含有していることが分かりにくい消毒薬のリストを作成し、事例に対する注意喚起と共に院内へ周知した。

2) 引火性の薬剤の使用について検討する

- 原則的に、ウエルパス[®] などのアルコール含有製剤の術前消毒を禁止とし、術後のイソジン消毒の清拭に使用するハイポエタノールは、術後にドレープを全て除去した状態で使用する。
- 開腹後の消毒はすべてイソジンとし、ポビドンヨードアレルギーの患者はヘキサック水を使用するなど、手術で使用する消毒薬を変更する。
- アルコールを含有する消毒液は開腹時のみとし、使用したアルコールの残りはすべて破棄する。

3) その他

- 手術室での消毒薬吸収に使用している紙オムツの検討を行い、使用時は適宜交換することを徹底する。

<参考>

本報告書分析対象期間に、電気メス使用中に液体包帯「キャビロン_{TM} 非アルコール性皮膚膜ワイド (滅菌済)」(以下、キャビロンとする) を患者に塗布したところ引火し、熱傷を負わせた事例が報告された。キャビロンは医薬品ではなく一般医療機器であるため、医療安全情報 No. 34「電気メスによる薬剤の引火」の再発・類似事例とは言いえない。しかし、キャビロンの人体に接触する部分の溶剤成分であるヘキサメチルジシロキサンとイソオクタンは引火性のある液体であり、電気メス使用時に使用された事例であることから参考事例として以下に示す。

参考事例

【内容】

縦隔炎に対し V A C (Vacuum-assisted closure system ; 持続陰圧吸引療法) 装着術を施行。V A C 装着部から出血を認め、止血、再度 V A C 装着を行い電気メスを使用している途中で、皮膚保護材としてのキャビロンを塗布したところ引火し II 度の熱傷を生じた。十分乾燥できているか確認を怠ったため発生した。

【背景・要因】

使用する製品の特徴を十分に理解していなかった。

キャピロンの添付文書には、可燃性があるため炎や火気類の近くでの使用を避けるよう警告が掲載されている。

<キャピロン_{TM} 非アルコール性皮膚膜 ワイプ (滅菌済) 添付文書より抜粋>

【警告】

3. 本品は、溶液の状態では可燃性がありますので、炎や火気類の近くでの使用は避けてください。また十分な換気を行い通気のよい場所で使用してください。

(7) まとめ

平成 21 年 9 月に医療安全情報 No. 34 「電気メスによる薬剤の引火」を提供した。

また、第 27 回報告書において、電気メスの使用による薬剤の引火の危険性について医療者は知識があったが、薬剤販売名の表記を誤解した可能性がある事例の概要と、販売名の取り扱いルールを紹介し、改善案を掲載した。

本報告書では、報告された薬剤の添付文書の引火に関する記載や、事例の背景・要因を紹介した。また、一般医療機器においても同様に、電気メスを使用した際に引火した事例の報告があり、その概要を紹介した。

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。

(8) 参考文献

1. マスキン[®] R・エタノール液 (0.5 w/v %) 添付文書. 丸石製薬株式会社. 2012 年 1 月 (第 1 版)
2. 0.5 %ヘキサック[®] アルコール液 添付文書. 吉田製薬株式会社. 2008 年 8 月改訂 (第 6 版)
3. ベンクロジド[®] V エタノール液 (0.5 %) 添付文書. マイラン製薬株式会社. 2008 年 2 月改訂 (第 4 版 社名変更)
4. ステリクロン[®] R・エタノール液 (0.5 w/v %) 添付文章. 健栄製薬株式会社. 2008 年 3 月改訂 (第 3 版)
5. ハイポエタノール外用液 2 % 「アトル」 添付文書. 株式会社アトルファーマ. 2010 年 3 月改訂 (第 6 版)
6. ウエルパス[®] 手指消毒液 0.2 % 添付文書. 丸石製薬株式会社. 2009 年 7 月作成 (第 1 版)
7. キャピロン_{TM} 非アルコール性皮膚膜 ワイプ (滅菌済) 添付文書. スリーエムヘルスケア株式会社. 2010 年 10 月 18 日改訂 (第 2 版)

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 26 年 1 月～3 月分の医療安全情報 No. 86～No. 88 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、平成 23 年 11 月にも医療安全情報の提供を受けていない病院に対し、情報提供の希望を募り、医療安全情報 No. 63 より、約 5,300 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. 86

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.86 2014年1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.86 2014年1月

禁忌薬剤の投与

患者の疾患や病態を把握していたが、医療用医薬品の添付文書上、「禁忌(次の患者には投与しないこと)」として記載のある薬剤を投与した事例が8件報告されています(集計期間:2010年1月1日～2013年11月30日、第29回報告書「個別のテーマの検討状況」(P127)に一部を掲載)。

患者の疾患や病態を把握していたが、添付文書上、『禁忌』として記載のあることを知らず、薬剤を投与した事例が報告されています。

疾患名又は病態	投与した薬剤(主たる薬効)	件数
重度の腎障害・ 腎不全※1	グリコラン錠 (経口血糖降下剤)	1
	ザイザル錠 (アレルギー性疾患治療剤)	1
	ティーエスワン配合剤※2 (代謝拮抗剤)	1
	ビジクリア配合錠 (経口腸管洗浄剤)	1
パーキンソン病	セレネース注 (抗精神病剤)	2
消化管穿孔疑い	バリエネマHD75% (ディスポーザブル注腸造影剤)	1
血友病	ネオラミン・マルチV 注射用※3 (高カロリー輸液用総合ビタミン剤)	1

※1 添付文書上の疾患名又は病態はこの他、腎機能障害(軽度障害も含む)、透析患者(腹膜透析を含む)、重篤な腎障害のある患者などの記載があります。

※2 ティーエスワン配合剤は、配合カプセル、配合顆粒、配合OD錠のいずれが投与されたか不明です。

※3 ネオラミン・マルチV 注射用の添付文書の『禁忌』に「血友病患者[パンテノール含有のため。]」と記載されています。

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業



No.86 2014年1月 ◆ ◆ ◆ ◆

〔禁忌薬剤の投与〕

事例 1

パーキンソン病の患者の術後にせん妄があったため、医師はセレネースの筋肉注射を指示し、看護師が投与した。セレネース注の添付文書上、禁忌事項に「パーキンソン病の患者」と記載があったが、医師および看護師はそのことを知らなかった。セレネースを投与後、患者はパーキンソン病による筋強剛が悪化した。

◆セレネース注(抗精神病剤)の添付文書の『禁忌』に、「パーキンソン病の患者〔錐体外路症状が悪化するおそれがある。〕」と記載されています。

事例 2

腎不全の患者に大腸ポリープ切除術の前処置として、医師はビジクリア配合錠を処方した。ビジクリア配合錠の添付文書上、禁忌事項に「重篤な腎機能障害のある患者」と記載があったが、医師はそのことを知らなかった。ビジクリア配合錠を内服した翌日、急性高リン血症、低カルシウム血症によるテタニー症状をきたした。

◆ビジクリア配合錠(経口腸管洗浄剤)の添付文書の『禁忌』に、「透析患者を含む重篤な腎機能障害のある患者、急性リン酸腎症のある患者」と記載されています。

事例が発生した医療機関の取り組み

・患者に新しく薬剤を投与する際は、添付文書の禁忌事項を把握して処方する。

総合評価部会の意見

・定型化した指示による投薬などの処置は、患者の疾患を確認して実施しましょう。
 ・ビジクリア配合錠の添付文書は、禁忌に「高血圧症の高齢者」が追加改訂されています(2012年2月)。
 ・添付文書は改訂されますので、定期的に確認しましょう。

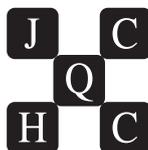
※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。

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.jcqhc.or.jp/>

医療安全情報 No. 87

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.87 2014年2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.87 2014年2月

足浴やシャワー浴時の熱傷

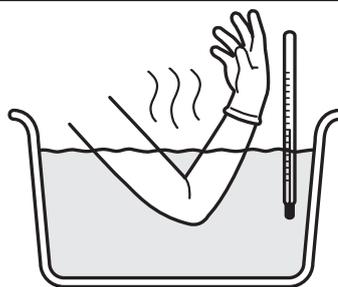
足浴やシャワー浴の際、手袋を装着したまま湯の温度を確認したため温度確認が不十分となり、熱傷をきたした事例が3件報告されています(集計期間:2011年1月1日~2013年12月31日、第8回報告書「共有すべき医療事故情報」(P138)に一部を掲載)。

足浴やシャワー浴の際に、手袋を装着したまま湯の温度を確認したため温度確認が不十分となり、熱傷をきたした事例が報告されています。

事例のイメージ



医療機関の取り組みのイメージ図



◆報告されている3件は、脳炎による意識障害など意思疎通が十分にできない患者の事例です。

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業



No.87 2014年2月 ◆ ◆ ◆ ◆

〔足浴やシャワー浴時の熱傷〕

事例 1

意識障害のある患者に足浴をする際、看護師は手袋を装着したまま湯の温度を確認し、実施した。その後、患者の皮膚を確認したところ、両下腿から足底にかけて水疱を形成し、熱傷を生じていた。

事例 2

意思疎通がまばたきしかできない患者のシャワー浴をする際、入浴介助者は手袋を装着したまま湯の温度を確認し、患者の下半身にかけ湯を実施した。シャワー浴終了時、患者の右大腿部が赤いと感じた。病室に移動後、皮膚を確認したところ、右側腹部から右下腿と陰のう部に発赤、下腿の一部に表皮剥離を認め、熱傷を生じていた。

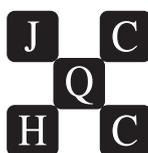
事例が発生した医療機関の取り組み

- 患者に湯を使用する前に、以下の方法などで湯の温度を確認する。
 - 温度計で測る。
 - 実施者の上腕内側の皮膚で確認する。

※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/>

医療安全情報 No. 88

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.88 2014年3月



公益財団法人 日本医療機能評価機構



No.88 2014年3月

2013年に提供した
医療安全情報

2013年1月～12月に医療安全情報No.74～No.85を毎月1回提供いたしました。
今一度ご確認ください。

番号	タイトル
No.74	手動式肺人工蘇生器の組み立て間違い
No.75	★輸液ポンプ等の流量と予定量の入力間違い
No.76	2012年に提供した医療安全情報
No.77	★ガベキサートメシル酸塩使用時の血管炎(第2報)
No.78	★持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い
No.79	2006年から2011年に提供した医療安全情報
No.80	★膀胱留置カテーテルによる尿道損傷
No.81	★ベッド操作時のサイドレール等のすき間への挟み込み
No.82	★PTPシートの誤飲(第2報)
No.83	脳脊髄液ドレナージ回路を開放する際の誤り
No.84	誤った処方の不十分な確認
No.85	★移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去

★のタイトルについては、提供後、2013年12月31日までに類似事例が発生しています。



No.88 2014年3月 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ 2013年に提供した医療安全情報

No.78 持参薬を院内の処方に切り替える際の 処方量間違い

患者は、入院時に他院で処方されたヒダントールF配合錠9錠を内服していた。院内ではヒダントールF配合錠が採用されておらず、持参薬確認表には「ヒダントールD配合錠+アレビアチン錠=ヒダントールF配合錠」と記載されていた。医師は薬剤師に、ヒダントールF配合錠9錠の処方量に相当するのは、院内で採用されているヒダントールD配合錠9錠+アレビアチン錠100mg9錠で間違いはないか確認し、処方した。内服を開始した数日後、患者が構音障害をきたしたため、フェニトイン血中濃度を測定したところ34.5 μ g/mLと高値であった。

◆持参薬のヒダントールF配合錠9錠(フェニトイン225mg、他)の切替え

ヒダントールD配合錠9錠(フェニトイン150mg、他) + 正)アレビアチン錠 25mg3錠(フェニトイン 75mg)
誤)アレビアチン錠100mg9錠(フェニトイン900mg)

No.80 膀胱留置カテーテルによる尿道損傷

看護師は患者に18Frの膀胱留置カテーテルを挿入した際、尿の流出を確認できないまま、蒸留水をバルブから注入しバルーンを拡張した。その後、尿の流出がなかったため、バルーン内の蒸留水を抜きカテーテルを抜去したところ、尿道口から出血を認めた。

No.82 PTPシートの誤飲(第2報)

患者は鎮痛剤の注射後、傾眠状態であった。看護師は内服薬のPTPシートを1錠ずつ切り離し薬杯に入れ、後で内服するよう患者に説明した。その後、患者から「薬をシートごと飲み込んだ。喉のところでつかえている。」と言われ、PTPシートを誤飲したことが分かった。

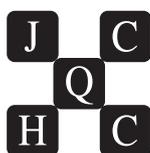
◆他の類似事例につきましては、平成25年年報に掲載いたします。

※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/>

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。