医療事故情報収集等事業
第２１回報告書

平成２２年７月１４日

財団法人日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部

目次

はじめに …… 1
第２１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 …… 11

1　医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例収集の経緯 …… 11
2　医療事故情報・分析・提供事業の概要 …… 13
【１】事業の目的 …… 13
【２】医療事故情報の収集 …… 13
【３】医療事故情報の分析・公表 …… 14
【４】医療事故情報収集に関連した教育研修 …… 15
3　ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の概要 …… 16
【１】事業の目的 …… 16
【２】ヒヤリ・ハット事例情報の収集 …… 16
【３】ヒヤリ・ハット事例情報の分析・提供 …… 18

Ⅱ　報告の現況 …… 19

1　医療事故情報収集・分析・提供事業 …… 19
【１】登録医療機関 …… 19
【２】報告件数 …… 21
【３】報告義務対象医療機関からの報告の内容 …… 25
2　ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業 …… 44
【１】登録医療機関 …… 44
【２】全国医療機関の発生件数情報報告 …… 46
【３】事例情報参加登録申請医療機関の報告件数 …… 51
【４】事例情報参加登録申請医療機関からの報告の内容 …… 55

III　医療事故情報収集等分析作業の現況 …… 73

1　概況 …… 73

【1】分析対象とするテーマの選定状況 …… 73

【2】分析対象とする情報 …… 73

【3】分析体制 …… 74

【4】追加調査 …… 74

2　個別テーマの検討状況 …… 75

【1】病理に関連した医療事故 …… 75

【2】放射線検査に関連した医療事故 …… 86

【3】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 …… 101

【4】注射器に分割した輸血に関連した医療事故 …… 109

3　再発・類似事例の発生状況 …… 114

【1】概況 …… 114

【2】「抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制」（医療安全情報 No.2）について … 116

【3】「薬剤の取り違え」（医療安全情報 No.4）について …… 121

【4】「手術部位の左右間違い」（医療安全情報 No.8）について …… 124

【5】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 … 127

【6】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 …… 128

参考　医療安全情報の提供 …… 131

【1】事業の目的 …… 131

【2】主な対象医療機関 …… 131

【3】提供の方法 …… 131

【4】医療安全情報 …… 132

はじめに

財団法人日本医療機能評価機構
理事長　井原　哲夫

本財団では、国民の医療に対する信頼の確保および医療の質の向上を図ることを目的として、病院機能評価事業などの様々な取り組みを行っています。国民の保健医療に対する関心や要求の中でも、医療安全の推進や医療事故防止の分野についての期待や関心が、特に高まっているものと考えております。本財団では医療安全に資する事業の運営について積極的に取り組んでいるところです。

医療安全に資する事業の１つとして、本財団では平成１６年度より医療機関における医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の収集等を行う医療事故情報収集等事業を実施しております。本事業では、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。

昨年で本事業は５年の節目を迎え、平成２１年９月１４日に、５年毎に必要とされている医療法施行規則に基づく登録分析機関としての登録を更新いたしました。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２１回目になります。今回は平成２２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平成２２年１月から３月に発生したヒヤリ・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４０回の情報提供を行ってきたもののうち、平成２２年１月から３月に提供したNo. ３８からNo. ４０を掲載しております。

これまでに公表した報告書に対しては、医療事故の件数や内容に関するお問い合わせや報道など多くの反響があり、医療安全の推進や医療事故防止に関する社会的関心が依然として高いことを実感しております。

今後とも皆様にとって有用な情報提供となるよう報告書の内容について、一層の充実に努めてまいりたいと考えておりますので、ご指導、ご鞭撻のほどお願い申し上げます。さらに本財団といたしましては、病院機能評価事業などの様々な事業を通じて、国民の医療に対する信頼の確保と、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、今後ともご理解とご協力を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

第２１回報告書の公表にあたって

財団法人日本医療機能評価機構
特命理事　野本　亀久雄

医療に関わる人々は、医師や歯科医師であれ、看護師であれ、薬剤師であれ、その他のスタッフも含めて、医療事故を防止し、安全な医療を国民に提供したいと熱望していることに変わりはないことと思います。しかし、医療現場における安全性を損なう要素が見えづらく、安全対策をどのように実施すればよいかとまどっておられる方々が多いことが、私共の情報収集活動を通して実感されています。そこで、日々進歩する医療における安全文化の醸成のために、自施設だけでなく他の施設の事例にも学ぶことができるよう、医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の全国的な収集、分析を行うことが重要です。それらの情報を基盤に、事故発生の背景を明らかにし、実施し易い適切な防止対策を作り、さらに参加して下さっている機関の方々に有用な情報としてお返しするという目標が実行されつつあります。実際の体験を情報としてお返しすることによって、自施設ではまだ経験したことのないタイプの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、５年を超える実績を持つ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。

本事業では、本年１月より、医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の収集体制の見直しを行いました。報告する情報の種類や項目が昨年までのものと異なる部分もありましたが、お陰さまで大きな混乱もなく順調にご報告いただいて今回の報告書を取りまとめることができました。本事業は、参加医療機関の皆様からの報告が基盤となっている事業です。報告書や医療安全情報にはそれらが本当に発生し、ご報告いただいた事例をもとに作成されております。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。

また、第１８回の報告書でお知らせしておりました、インターネットによる情報提供の内容の充実については、報告された事例の検索、閲覧等を行うことや、過去の報告書や年報の内容を検索して該当部分を表示できることになる予定です。医療事故の予防や再発防止を図り、医療の透明性を向上させるための情報提供と位置づけておりますので、その趣旨をご理解の上ご活用いただきますよう、お願い申し上げます。

さて、今回は平成２２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２１回報告書を公表いたします。

今回の個別テーマとしては、「病理に関連した医療事故」、「放射線検査に関連した医療事故」、「皮下用ポート及びカテーテルの断裂に関連した医療事故」、「注射器に分割した輸血に関連した医療事故」を取り上げました。さらに、本報告書が対象とする平成２２年１－３月に提供した、医療安全情報の

No ３８－４０も掲載しております。

これらの内容を含め、本事業の現況について、第１９回の報告書から担当部長による説明のページを設けております。今回の報告書でも、同様のページを設けておりますのでご参照ください。そのページをお読みいただくことにより、本事業を支えておられる参加医療機関の皆様に、本事業の最新の状況をお知らせできるものと考えております。そのような本報告書の内容を、医療機関において、管理者、医療安全の担当者、医薬品の安全使用のための責任者、医療機器の安全使用のための責任者及びその他の職員の皆様の間で情報共有をして頂くことにより、医療機関内における医療安全推進にお役立て頂ければ大変幸いに存じます。

国民の医療に対する信頼を回復し、その信頼を長く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。今後とも本事業の運営主体として、本事業が我が国の医療事故防止、医療安全の推進に資するよう、報告書の内容充実と、一層有効な情報提供に取り組んでまいりますので、皆様のご理解とご協力を心よりお願い申し上げます。

医療事故情報収集等事業について
～第２１回報告書の内容を中心に～

財団法人日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部長　後　　信

１　はじめに

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２２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２１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於かれましては、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、このたびの第２１回報告書の公表にあたり、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２１回報告書について

１）Ｗｅｂを通じた情報提供

今回の報告書の公表から、報告書とＷｅｂの役割分担を行いました。そのため、報告書は少し薄くなりましたが、Ｗｅｂ上の情報掲載量を増やしておりますので、従来よりも多くの情報提供ができるようになりました。具体的には、報告書には主な図表や後述するテーマ分析の結果を掲載することとし、Ｗｅｂにはそれらの図表も再掲するとともに、さらに詳細な図表や報告項目の一覧、参加医療機関一覧等の情報を掲載しています。また、Ｗｅｂ上に報告事例のデータベースを開設し、本年１月以降に報告された事例をご覧いただけるようにしました。検索機能もありますので、ご関心のある事例を選択してご覧いただくことも可能です。この取り組みの趣旨は、医療事故の予防や再発防止に役立つ情報提供を増やし、医療安全を一層推進していくことであるとともに、医療の透明性を向上することでもあります。そのことを十分ご理解いただき、情報を診療や研究に、また安心して安全な医療を受けるためにご活用いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

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

（参考）Ｗｅｂに掲載されている主な情報（報告書に掲載されているものは除く）

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

２）報告件数など

この報告書が対象としている１月から３月に、５９３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５１４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７９件のご報告をいただきました。任意参加の医療機関数が増加しているため一概に比較はできませんが、四半期ごとの報告件数としては過去最も多い件数になりました。従来から申し上げております通り、医療事故を報告することが、事業開始後５年を経て次第に定着してきていることの現れと考えております。医療を取り巻く環境が厳しくなっているという指摘が多くなされる中で、医療機関の皆様のこの間のご協力に心より感謝申し上げますとともに、今後とも、本報告書中の、「Ｉ－２　医療事故情報収集・分析・提供事業の概要【２】医療事故情報の収集」に掲載している報告範囲（１３～１４ページ）を今一度ご確認いただき、該当事例を、我が国の医療安全の推進のためにご報告していただければ幸いに存じます。

特に、任意参加の医療機関から報告される医療事故の件数は、報告義務の課せられている医療機関のそれに比べ随分少ない現状が事業開始後続いています。このような現状に対して、本事業の運営委員会においても、任意参加医療機関による医療事故報告が適切に行われるよう一層の意識の向上が必要であるという趣旨のご指摘をいただいているところです。そこで、任意で参加された医療機関の皆様に於かれましては、報告範囲に該当する事象の把握と報告に一層のご留意をいただきますよう、お願いいたします。

また、全ての事業参加医療機関にとって、報告範囲に該当する事例が発生したことを把握すること、その事実を重要な情報を漏らさず整理すること、これを報告できる形にまとめること、報告すること、これらのことを行い質の高い報告を継続的に行うことは、決して容易なことではないと考えておりますが、医療機関の皆様には、今後とも適切なご報告をいただきますようお願いいたします。また、本事業に参加することで、前記のような事実を把握する能力や報告する能力が高まり、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ておりますので、何卒宜しくお願いいたします。

３）報告の現況

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

４）第３４回ヒヤリ・ハット事例収集の取り扱いについて

１月から開始した新しい報告体制により、今回の報告書から医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の集計が、ともに同じ時期に報告された事例の集計、つまり今回は１－３月に報告された事例の集計となっています。従来の報告書ではヒヤリ・ハット事例の収集に時間がかかっていたことから、例えば第２０回報告書では、医療事故情報は平成２１年１０－１２月報告分の集計、ヒヤリ・ハット事例は平成２１年７－９月報告分の集計（第３３回収集分）となっていました。そこで、ヒヤリ・ハット事例のうち、平成２１年１０－１２月報告分（第３４回収集分）については、今回の報告書では集計結果を掲載しておりませんが、現在作成中である平成２１年年報において掲載することとしていますので、今後公表する予定である年報をご覧ください。

５）個別のテーマ（７５～１１３ページ）

今回の個別テーマとしては、「病理に関連した医療事故」「放射線検査に関連した医療事故」「皮下用ポート及びカテーテルの断裂に関連した医療事故」「注射器に分割した輸血に関連した医療事故」を取り上げました。第２０回報告書でもご説明しましたが、これらのテーマの取り上げ方は、第１８回報告書において見直しを行い、ヒヤリ・ハット事例の収集テーマに取り上げるテーマの他に、随時取り上げるテーマも設けることとしました。今回の報告書の個別テーマの中で、この見直しによって新たに取り上げられたテーマは、「皮下用ポート及びカテーテルの断裂に関連した医療事故（１０１～１０８ページ）」「注射器に分割した輸血に関連した医療事故（１０９～１１３ページ）」です。このような方法でテーマとして取り上げ、後方視的に事例を調べる方法を取り入れることにより、最近発生した重要な事例を迅速にテーマとして取り上げることが出来るようになりました。残りのテーマは従来通りの考え方で取り上げられているテーマであり、テーマ設定した後、それに該当するヒヤリ・ハット事例を１年間にわたり前方視的に収集しながら時間をかけて作成しているテーマです。

今回新しく取り上げたテーマである「病理に関連した医療事故（７５～８５ページ）」では、報告された事例を分析し、病理検査やそれに関連した業務を事故やヒヤリ・ハットの発生段階別に分析したり、また、事故やヒヤリ・ハット内容を分類したりして、図表を作成し、掲載しています。また、病理に関連した医療事故のうち、主な事例を掲載しています。「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（１０１～１０８ページ）」では、断裂した事例を掲載するとともに、医療機関が気づいた断裂の兆候や対応、断裂後のカテーテルの迷入部位や摘出のために必要とした処置、医療機関から報告のあった改善策などを掲載しています。「注射器に分割した輸血に関連した医療事故（１０９～１１３ページ）」では、小児の輸血において、輸血を注射器に分割して実施している実態と、それに伴い発生している医療事故の事例や、国内で公表されている指針の紹介、医療機関から報告のあった改善策などを掲載しています。どこの医療機関でも起こりうる事例が多く掲載されており、患

者さんに対する説明の際にも使用できる内容となっているものと考えておりますので、ご参照、ご活用いただければ幸いに存じます。

６）再発・類似事例の発生状況（１１４～１２９ページ）

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

今回取り上げたのは、「抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制（１１６～１２０ページ）」「薬剤の取り違え（１２１～１２３ページ）」「手術部位の左右間違い（１２４～１２６ページ）」「歯科診療の際の部位間違いに関連した事例（１２７ページ）」「施設管理（１２８～１２９ページ）」です。「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」は、平成１９年に医療安全情報Ｎｏ．２で同じ内容を情報提供しました。その後、安全な投与のために、包装シートのデザインが変更されたりした情報などを掲載しておりますのでご参照下さい。この包装シートのデザインの改善には、当機構が提供した医療安全情報が役立ったものと考えております。さらに言えば、医療機関から抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与の事例が報告されたために作成することができた医療安全情報が役立ったという流れですので、報告していただいた医療機関の皆様に、心より感謝申し上げる次第です。

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

７）医療安全情報（１３１～１３７ページ）

本報告書が対象とする平成２２年１月から３月に提供した、医療安全情報のNo ３８－４０も掲載しております。この情報は、事業に参加している医療機関や情報提供を希望した病院、合計約４，６００医療機関に対して、毎月１回程度ファックスによる情報提供を行うとともに、同日、ホームページにも掲載しています。残りの病院に対しても、ファックスによる送付のご依頼を随時受け付けておりますので、ご希望がありましたら、当事業部にご連絡をいただければ幸いに存じます。また、まだファックスの配信を受けておられない医療機関をご存知でしたら、これからでも送付が可能であることをお教えいただければ幸いに存じます。決して難しい内容ではなく、情報量も多くない媒体として作成しております。その代わり、多くの医療従事者や関係者が、ご自身の診療や業務に関連するテーマには必ず目を通すような媒体になることを願っております。

一見すると、「自分の施設ではこのような事例は起こらないだろう。」「自分はこのような事例の当事者とはならないだろう。」と思うような基本的な内容の医療事故が、医療機関の大小を問わず発生

しているという現実があります。そこで、そのような事例を情報提供するとともに、できるだけ多くの医療機関でご活用いただけることにもつながるため、基本的な内容の医療事故を中心に作成することにも心がけております。最近では、医療機関の中で安全に対する意識を高めるために、医療安全情報の内容をもっと踏み込んだものにして欲しいというご要望もいただいております。そこで、医療者の裁量をいたずらに制限することなく、同時に、当然行うべきこと、当然行うべきでないことであれば、総合評価部会の意見を付すこととしました。１３３ページに掲載されている医療安全情報はその例です。「総合評価部会の意見」と書かれた部分が、従来よりも踏み込んだ情報提供の部分に相当します。今後も同様な考え方で作成していくこととしておりますので、ご理解のほど宜しくお願い致します。

３　１月より開始した新しい情報収集・提供体制について

本事業では、１月より、医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の収集体制やインターネットなどを活用した情報提供体制等を見直し、新しい体制により事業運営を開始しました。これは、医療機関の皆様にとって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、一昨年度、本事業の運営委員会や総合評価部会において検討していただいた内容を具体化したものです。

４　平成２２年度の事業について

３月に開催された本財団理事会で、平成２２年度の事業計画が承認されました。今年度も、１）医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例の収集、分析及び提供（報告書、年報、医療安全情報）、２）医療安全に関する研修、が事業の柱となっています。１月の新しい報告体制の開始を契機に、事業参加医療機関の継続参加、新規参加等があり、３月末時点で１，１６８施設となりました。昨年取りまとめた本事業の今後の課題（下記（参考）参照）に取り組むために、参加医療機関の増加や、報告件数の増加に努めて行きたいと考えています。そのような量的な拡大に合わせ、報告内容の充実等の質的な向上も図る必要があることから、研修会を開催するほか、文書による事例の問い合わせや医療機関のご協力を得て行う訪問調査も予定しております。医療事故やヒヤリ・ハットが発生する根本的な原因を把握し、医療界が共通に取り組む課題として提示してまいりたいと思っておりますので、ご協力のほど、宜しくお願い申し上げます。

（参考）「医療事故情報収集等事業の現況と課題（平成２２年３月）」の主な内容

① 事業に参加している医療機関数について
　ア　医療事故情報収集・分析・提供事業の参加医療機関数の増加
　イ　ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の参加医療機関数の増加
② 医療機関からの報告件数の向上
③ 報告された情報の質の向上について
　ア　報告された事例の情報の質の向上
④ 有用な情報の発信と活用しやすい情報の提供について
　ア　医療事故情報のデータベースとしての機能の向上

イ　報告しやすい環境の構築

⑤　報告された事例情報の分析について

⑥　事業の周知について

⑦　医療機関や国民に対する本事業の性質や方向性の理解について

６　薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業との連携

医療事故防止事業部では、昨年４月から、薬局で発生した、または、発見されたヒヤリ・ハット事例を収集する、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業を開始し、本年３月に第２回集計報告を公表しました。現在、平成２１年年報を作成していることころです。

参加薬局数は、増加を続けており、２，６００軒を超えました。同時に報告していただく事例数も増加し、現在では毎月１，０００～１，５００事例程度の報告が続いています。

「薬局ヒヤリ･ハット」といっても､医療機関で発生した処方箋のエラーが薬局による疑義照会によって発見されることもあり、そのような事例も薬局による報告の対象となっています。それらの事例は、事業のホームページにおいて、既に２，２００事例程度を公表しています。また、ホームページの「公開データ検索」のボタンをクリックしていただくと、キーワード等を入力することにより検索することができるようになっています。その他に特に重要な事例を抽出し、「共有すべき事例」として、個別事例に専門家のコメントを付して公表することもしています。

このような情報提供の方法は、医療事故情報収集等事業に先駆けて、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業で開始したものであり、医療事故情報収集等事業においても、今回の集計の公表から、同様の情報提供の充実を図っていくこととしています。

薬局で発生するヒヤリ・ハット事例の多くが調剤であり、その内訳としては、「数量間違い」「規格剤形間違い」「薬剤取違え」が多いなど、医療機関におけるヒヤリ・ハットや医療事故の内容と共通する部分が多いことがわかります。このように、当機構が医療機関と薬局で発生する事例を一限定に収集することのメリットを生かし､薬剤に関する医療事故防止については､特に手厚く情報提供を行っていくこととしております。

７　おわりに

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

今後とも本事業報告書が我が国の医療事故防止、医療安全の推進に資するよう、報告書の内容充実と、一層有効な情報提供に取り組んでまいりますので、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など、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、当機構が医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構（現（独）医薬品医療機器総合機構）よりヒヤリ・ハット事例の収集事業を引き継ぎ、第１１回以降のヒヤリ・ハット事例収集を行ってきた。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、より的確な分析・検討結果と改善方策の分析・検討結果を収集する体制を検討する必要がある。」と述べるとともに、医療事故事例に関してもその収集・分析による活用や強制的な調査・報告の制度化を求める意見を紹介しつつ、医療事故の報告に伴う法的な問題も含めてさらに検討する必要があると述べた。

（注１）厚生労働省ホームページ「医療安全対策について」（http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/index.html）参照。
（注２）財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」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･医療用具等に関わる安全向上』、『医療安全に関する教育研修』、『医療安全を推進するための環境整備など』を取り組むべき課題として提言がなされた。
厚生労働省ホームページ（医療安全対策のページにおける「報告書等」のページ）（http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/houkoku/index.html）参照。

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

また、平成２０年より医療機関の報告の負担を軽減し、これまで以上に報告しやすい環境を整備するとともに、医療安全推進に必要な情報の収集は引き続き行っていく観点から、本事業の運営委員会や総合評価部会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（注２）の方針に基づいて、専門家より構成される総合評価部会（注３）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）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 国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所
② 独立行政法人国立病院機構の開設する病院
③ 学校教育法に基づく大学の附属施設である病院（病院分院を除く）
④ 特定機能病院

ii）参加登録申請医療機関（注2）

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

（2）医療事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）。
③ ①及び②に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例。

（注１）国立高度専門医療センター、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構の開設する病院、学校教育法（昭和２２年法律第２６号）に基づく大学の附属施設である病院（病院分院を除く）、特定機能病院に対して、厚生労働省は平成１６年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。

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・生体由来材料などの使用による事故
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き渡し

（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

財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部において行った。

（２）集計・分析結果の公表

本報告書及び財団法人日本医療機能評価機構ホームページ[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　当事業部は、前項の各号に規定する事故の範囲に該当する事例に関する情報を適切に収集するために、必要な報告項目を定めることができる。
（注２）「医療事故・ヒヤリ・ハット事例収集システム操作手引書」に掲載している「医療事故情報報告入力項目（P86 ～ 98）」を参照（財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ（http://www.med-safe.jp/）に掲載）。
（注３）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】医療事故情報収集に関連した教育研修

本事業参加登録医療機関において、医療事故報告制度の現状を知っていただくとともに、国内外における医療安全についての知見を深めていただくために「第４回医療安全における国内外の取り組みに関する研修会」を東京において平成２２年２月１５日（月）に開催した。

なお、研修会の受講生のアンケート結果は後日紹介予定である。

（１）研修会の概要

i）対象者

医療事故情報収集・分析・提供事業の参加登録医療機関の医療安全管理部門の責任者または、医療安全管理に係る者

ii）内容

講義：医療事故情報収集等事業の現況と課題について

本事業部　部長　　後　信

医療安全における行政の取り組み

厚生労働省医政局総務課　医療安全推進室

室長補佐　堀　裕行　先生

医療安全における国内外の現況

九州大学大学院医学研究院

医療経営・管理学講座

准教授　鮎澤　純子　先生

（２）受講状況

受講者数　１５８名（申込者１９１名　出席率８３％）

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」(注1) 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2) から、ヒヤリ・ハットの定義に該当する事例の発生件数を収集する。

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

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

（注１）「医療事故・ヒヤリ・ハット事例収集システム操作手引書」に掲載している「ヒヤリ・ハット事例報告入力項目（P99 ～ 111)」を参照（財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ（http://www.med-safe.jp/）に掲載)。

（注２）「ヒヤリ・ハット事例収集事業参加登録医療機関」は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				合計
	実施なし			実施あり	
	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)治療上の世話	件	件	件	件	件
(8)その他	件	件	件	件	件
合計	件	件	件	件	件
再掲					
①薬剤の名称や形状に関連する事例	件	件	件	件	件
②薬剤に由来する事例	件	件	件	件	件
③医療機器等に由来する事例	件	件	件	件	件
④今期のテーマ	件	件	件	件	件

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

②　事例情報

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

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

事例情報では、ヒヤリ・ハット事例の「発生年月及び発生時間」「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。

（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。

（注）「ヒヤリ・ハット事例収集事業参加登録医療機関」は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）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

財団法人日本医療機能評価機構　医療事故防止事業部において行った。

（2）結果の提供

本報告書及び財団法人日本医療機能評価機構ホームページ[注2]を通じて、関係者や国民に情報提供している。

（注1）「医療事故・ヒヤリ・ハット事例収集システム操作手引書」に掲載している「ヒヤリ・ハット事例報告入力項目（P99 ～ 111）」を参照（財団法人日本医療機能評価機構「医療事故情報収集等事業」ホームページ（http://www.med-safe.jp/）に掲載）。

（注2）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・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２２年１月から３月までの集計値と平成２２年の累計値とを並列して掲載した。

なお、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。

【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２２年３月３１日現在、医療事故情報収集・分析・提供事業に参加している医療機関数は以下の通りである。

図表Ⅱ－１－１（QA−01）　報告義務対象医療機関数及び参加登録申請医療機関数

開設者		報告義務対象医療機関	参加登録申請医療機関
国	国立大学法人	45	1
	独立行政法人国立病院機構	144	0
	厚生労働省（国立高度専門医療センター）	8	0
	厚生労働省（ハンセン病療養所）	13	0
	独立行政法人労働者健康福祉機構	0	2
	その他の国の機関	0	0
自治体	都道府県	1	18
	市町村	0	58
	公立大学法人	9	1
	地方独立行政法人	1	1
自治体以外の公的医療機関の開設者	日本赤十字社	0	54
	恩賜財団済生会	0	13
	北海道社会事業協会	0	1
	厚生農業協同組合連合会	0	12
	国民健康保険団体連合会	0	1
	全国社会保険協会連合会	0	38
	厚生年金事業振興団	0	2
	船員保険会	0	1
	健康保険組合及びその連合会	0	1
	共済組合及びその連合会	0	6
	国民健康保険組合	0	0
法人	学校法人	51	12
	医療法人	0	234
	公益法人	0	31
	会社	0	11
	その他法人	0	22
個　人		0	25
合　計		272	545

※参加登録医療機関とは、報告義務対象医療機関以外に任意で本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２２年１月１日から同年３月３１日までの参加登録申請医療機関における登録件数の推移は以下の通りである。

図表Ⅱ－１－２（QA−02）　参加登録申請医療機関の登録件数

	2010 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	84	4	4	−	−	−	−	−	−	−	−	−
登録取り下げ医療機関	0	0	0	−	−	−	−	−	−	−	−	−
累　計	537	541	545	−	−	−	−	−	−	−	−	−

【２】報告件数

（１）月別報告件数

平成２２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－１－３（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

	2010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	128	149	237	－	－	－	－	－	－	－	－	－	514
参加登録申請医療機関報告数	25	21	33	－	－	－	－	－	－	－	－	－	79
報告義務対象医療機関	273	273	272	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
参加登録申請医療機関	537	541	545	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－

（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２２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-１-４に、事業開始からの報告件数を開設者別に集計したものを図表Ⅱ-１-５に、病床規模別に集計したものを図表Ⅱ-１-６に、地域別に集計したものを図表Ⅱ-１-７に示す。また、同期間内における報告医療機関数を報告件数別に集計したものを図表Ⅱ-１-８に示す。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２２年３月３１日現在、報告義務対象医療機関は２７２施設、病床数合計は１４１，５５２床である。

図表Ⅱ－１－４（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 ※2010年3月31日現在	報告医療機関数		報告件数	
			2010年 1月～3月	2010年 1月～3月（累計）	2010年 1月～3月	2010年 1月～3月（累計）
国	国立大学法人	45	30	30	128	128
	独立行政法人国立病院機構	144	72	72	260	260
	厚生労働省（国立高度専門医療センター）	8	8	8	37	37
	厚生労働省（ハンセン病療養所）	13	2	2	2	2
自治体	都道府県	11	4	4	15	15
	市町村					
	公立大学法人					
	地方独立行政法人					
法人	学校法人	51	16	16	72	72
合　計		272	132	132	514	514

図表Ⅱ－1－5（QA−05）　報告義務対象医療機関の報告件数

開設者		報告件数 2004 年 10 月 ～ 2010 年 3 月
国	国立大学法人	1,585
	独立行政法人国立病院機構	3,419
	厚生労働省（国立高度専門医療センター）	414
	厚生労働省（ハンセン病療養所）	87
自治体	都道府県	210
	市町村	
	公立大学法人	
	地方独立行政法人	
法人	学校法人	2,033
合　計		7,748

図表Ⅱ－1－6（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 ※ 2010 年 3 月 31 日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2010 年 1 月～ 3 月	2010 年 1 月～ 3 月（累計）	2010 年 1 月～ 3 月	2010 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	1	1	1	1
100 ～ 149 床	7	4	4	5	5
150 ～ 199 床	6	5	5	14	14
200 ～ 249 床	17	8	8	22	22
250 ～ 299 床	14	5	5	12	12
300 ～ 349 床	27	10	10	18	18
350 ～ 399 床	15	11	11	30	30
400 ～ 449 床	29	15	15	66	66
450 ～ 499 床	18	7	7	27	27
500 ～ 549 床	10	4	4	14	14
550 ～ 599 床	9	3	3	14	14
600 ～ 649 床	26	16	16	58	58
650 ～ 699 床	7	5	5	25	25
700 ～ 749 床	10	6	6	60	60
750 ～ 799 床	3	2	2	4	4
800 ～ 849 床	12	5	5	12	12
850 ～ 899 床	4	2	2	3	3
900 ～ 999 床	9	6	6	19	19
1000 床以上	30	15	15	107	107
合　計	272	132	132	514	514

図表Ⅱ－１－７（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 ※ 2010 年 3 月 31 日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2010 年 1 月～ 3 月	2010 年 1 月～ 3 月（累計）	2010 年 1 月～ 3 月	2010 年 1 月～ 3 月（累計）
北海道	10	4	4	11	11
東北	24	11	11	28	28
関東甲信越	84	37	37	155	155
東海北陸	37	22	22	61	61
近畿	35	19	19	89	89
中国四国	36	22	22	124	124
九州沖縄	46	17	17	46	46
合　計	272	132	132	514	514

図表Ⅱ－１－８（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	
	2010 年 1 月～ 3 月	2010 年 1 月～ 3 月（累計）
0	140	140
1	42	42
2	25	25
3	19	19
4	11	11
5	8	8
6	8	8
7	2	2
8	5	5
9	3	3
10	2	2
11 ～ 20	3	3
21 ～ 30	4	4
31 ～ 40	0	0
41 ～ 50	0	0
51 ～ 100	0	0
101 ～ 150	0	0
151 ～ 200	0	0
200 以上	0	0
合　計	272	272

②　参加登録申請医療機関の報告状況

参加登録申請医療機関の平成２２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 - １- ９に、事業開始からの報告件数を開設者別に集計したものを図表Ⅱ - １- １０に示す。

図表Ⅱ－１－９（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 ※2010年 3月31日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2010年 1月～3月	2010年 1月～3月（累計）	2010年 1月～3月	2010年 1月～3月（累計）
国	3	0	0	0	0
自治体	78	6	6	19	19
公的医療機関	129	9	9	15	15
法　人	310	21	21	45	45
個　人	25	0	0	0	0
合　計	545	36	36	79	79

図表Ⅱ－１－10（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～2010年3月
国	1
自治体	164
公的医療機関	188
法　人	517
個　人	2
合　計	872

【３】報告義務対象医療機関からの報告の内容

平成２２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－１－11（QA－28－A）　当事者職種

当事者職種	件　数
医師	274
歯科医師	13
看護師	363
准看護師	6
薬剤師	2
臨床工学技士	0
助産師	0
看護助手	0
診療放射線技師	2
臨床検査技師	1
管理栄養士	0
栄養士	1
調理師・調理従事者	1
理学療法士（PT）	7
作業療法士（OT）	0
言語聴覚士（ST）	0
衛生検査技師	0
歯科衛生士	1
歯科技工士	0
その他	43
合　計	714

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

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

図表Ⅱ－1－12（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	管理栄養士
0 年	4	2	28	0	1	0	0	0	0	0	0
1 年	7	1	26	0	0	0	0	0	0	0	0
2 年	12	1	33	0	0	0	0	0	0	0	0
3 年	6	0	39	0	0	0	0	0	0	0	0
4 年	6	2	23	0	0	0	0	0	0	0	0
5 年	15	1	18	0	0	0	0	0	0	0	0
6 年	16	1	16	1	0	0	0	0	0	0	0
7 年	15	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0
8 年	12	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0
9 年	22	0	9	0	0	0	0	0	1	0	0
10 年	9	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0
11 年	23	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0
12 年	8	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0
13 年	14	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0
14 年	7	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0
15 年	18	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0
16 年	6	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0
17 年	10	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
18 年	6	0	7	0	0	0	0	0	0	1	0
19 年	6	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0
20 年	12	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0
21 年	9	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
22 年	5	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0
23 年	4	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0
24 年	2	0	8	1	1	0	0	0	0	0	0
25 年	3	1	16	0	0	0	0	0	0	0	0
26 年	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
27 年	1	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0
28 年	2	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0
29 年	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
30 年	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
31 年	3	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
32 年	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
33 年	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
34 年	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
35 年	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36 年	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
37 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38 年	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
39 年	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40 年超	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合　計	274	13	363	6	2	0	0	0	2	1	0

※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。

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	3	0	0	0	0	0	27	65
0	0	0	0	0	0	0	0	7	41
0	0	1	0	0	0	0	0	3	50
0	0	0	0	0	0	0	0	1	46
0	0	0	0	0	0	0	0	1	32
0	0	0	0	0	0	0	0	1	35
0	0	0	0	0	0	0	0	0	34
0	0	1	0	0	0	0	0	0	31
0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
1	0	1	0	0	0	0	0	0	34
0	0	0	0	0	0	1	0	0	23
0	0	1	0	0	0	0	0	0	32
0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
0	0	0	0	0	0	0	0	0	21
0	0	0	0	0	0	0	0	1	16
0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
0	0	0	0	0	0	0	0	0	24
0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
0	0	0	0	0	0	0	0	1	21
0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
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	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
1	1	7	0	0	0	1	0	43	714

図表Ⅱ－１－13（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	管理栄養士
0 年	70	5	82	3	2	0	0	0	1	0	0
1 年	41	1	64	2	0	0	0	0	0	0	0
2 年	31	0	76	0	0	0	0	0	1	0	0
3 年	22	0	42	0	0	0	0	0	0	0	0
4 年	20	1	29	1	0	0	0	0	0	0	0
5 年	25	0	25	0	0	0	0	0	0	0	0
6 年	14	1	16	0	0	0	0	0	0	0	0
7 年	9	0	13	0	0	0	0	0	0	1	0
8 年	10	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0
9 年	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 年	3	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0
11 年	6	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
12 年	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
13 年	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
14 年	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
15 年	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 年	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
17 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21 年	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25 年	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
26 年	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29 年	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34 年	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36 年	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40 年超	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合　計	274	13	363	6	2	0	0	0	2	1	0

※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。

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	3	0	0	0	0	0	30	196
0	0	1	0	0	0	0	0	4	113
1	0	1	0	0	0	1	0	4	115
0	0	0	0	0	0	0	0	1	65
0	0	0	0	0	0	0	0	2	53
0	0	0	0	0	0	0	0	1	51
0	0	1	0	0	0	0	0	0	32
0	0	1	0	0	0	0	0	0	24
0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
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	0	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
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	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	0	0	0	0	0	1
0	1	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	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
1	1	7	0	0	0	1	0	43	714

図表Ⅱ－１－14（ＱＡ－35－Ａ）　事故の概要

事故の概要	2010年1月～3月		2010年1月～3月（累計）	
	件　数	%	件　数	%
薬剤	23	4.5	23	4.5
輸血	3	0.6	3	0.6
治療・処置	122	23.7	122	23.7
医療機器等	9	1.8	9	1.8
ドレーン・チューブ	34	6.6	34	6.6
検査	22	4.3	22	4.3
療養上の世話	240	46.7	240	46.7
その他	61	11.9	61	11.9
合　計	514	100.0	514	100.0

図表Ⅱ－１－15（QA－37－A）　事故の程度

事故の程度	2010年1月～3月		2010年1月～3月（累計）	
	件数	%	件数	%
死亡	43	8.4	43	8.4
障害残存の可能性がある（高い）	57	11.1	57	11.1
障害残存の可能性がある（低い）	143	27.8	143	27.8
障害残存の可能性なし	152	29.6	152	29.6
障害なし	101	19.6	101	19.6
不明	18	3.5	18	3.5
合　計	514	100.0	514	100.0

※事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。
※「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定しないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

図表Ⅱ－1－16（QA―40―A）　関連診療科

関連診療科	2010年1月～3月		2010年1月～3月（累計）	
	件数	%	件数	%
内科	50	8.3	50	8.3
麻酔科	7	1.2	7	1.2
循環器内科	31	5.1	31	5.1
神経科	17	2.8	17	2.8
呼吸器内科	44	7.3	44	7.3
消化器科	32	5.3	32	5.3
血液内科	16	2.6	16	2.6
循環器外科	2	0.3	2	0.3
アレルギー科	0	0	0	0
リウマチ科	1	0.2	1	0.2
小児科	38	6.3	38	6.3
外科	46	7.6	46	7.6
整形外科	60	9.9	60	9.9
形成外科	4	0.7	4	0.7
美容外科	0	0	0	0
脳神経外科	18	3.0	18	3.0
呼吸器外科	15	2.5	15	2.5
心臓血管外科	14	2.3	14	2.3
小児外科	4	0.7	4	0.7
ペインクリニック	1	0.2	1	0.2
皮膚科	6	1.0	6	1.0
泌尿器科	16	2.6	16	2.6
性病科	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0
産婦人科	9	1.5	9	1.5
産科	1	0.2	1	0.2
婦人科	8	1.3	8	1.3
眼科	12	2.0	12	2.0
耳鼻咽喉科	12	2.0	12	2.0
心療内科	0	0	0	0
精神科	48	7.9	48	7.9
リハビリテーション科	7	1.2	7	1.2
放射線科	5	0.8	5	0.8
歯科	4	0.7	4	0.7
矯正歯科	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0
歯科口腔外科	11	1.8	11	1.8
不明	0	0	0	0
その他	67	11.1	67	11.1
合　計	606	100.0	606	100.0

※「関連診療科」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ－1－17（QA−41−A）　発生要因

発生要因	2010年1月～3月		2010年1月～3月（累計）	
	件数	%	件数	%
当事者の行動に関わる要因	556	44.7	556	44.7
確認を怠った	122	9.8	122	9.8
観察を怠った	152	12.2	152	12.2
報告が遅れた（怠った）	17	1.4	17	1.4
記録などに不備があった	8	0.6	8	0.6
連携ができていなかった	67	5.4	67	5.4
患者への説明が不十分であった（怠った）	73	5.9	73	5.9
判断を誤った	117	9.4	117	9.4
ヒューマンファクター	233	18.7	233	18.7
知識が不足していた	72	5.8	72	5.8
技術・手技が未熟だった	63	5.1	63	5.1
勤務状況が繁忙だった	30	2.4	30	2.4
通常とは異なる身体的条件下にあった	16	1.3	16	1.3
通常とは異なる心理的条件下にあった	11	0.9	11	0.9
その他	41	3.3	41	3.3
環境・設備機器	226	18.2	226	18.2
コンピュータシステム	7	0.6	7	0.6
医薬品	7	0.6	7	0.6
医療機器	24	1.9	24	1.9
施設・設備	31	2.5	31	2.5
諸物品	13	1.0	13	1.0
患者側	130	10.5	130	10.5
その他	14	1.1	14	1.1
その他	228	18.4	228	18.4
教育・訓練	94	7.6	94	7.6
仕組み	13	1.0	13	1.0
ルールの不備	42	3.4	42	3.4
その他	79	6.4	79	6.4
合　計	1,243	100.0	1,243	100.0

※「発生要因」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ－1－18（QA−42−A）　特に報告を求める事例

特に報告を求める事例	2010年1月～3月		2010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	0.4	2	0.4
院内感染による死亡や障害	1	0.2	1	0.2
入院中に自殺又は自殺企図	18	3.5	18	3.5
入院患者の失踪	0	0	0	0
入院中の熱傷	4	0.8	4	0.8
入院中の感電	0	0	0	0
医療施設内の火災による患者の死亡や障害	0	0	0	0
間違った保護者の許への新生児の引渡し	0	0	0	0
本事例は選択肢には該当しない	489	95.1	489	95.1
合　計	514	100.0	514	100.0

図表Ⅱ－１－19（QA−64−A）　発生場面×事故の程度

発生場面×事故の程度	死亡		障害残存の可能性がある（高い）		障害残存の可能性がある（低い）		障害残存の可能性なし		障害なし		不　明		合　計	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）
薬剤に関する項目													23	23
手書きによる処方箋の作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
オーダリングによる処方箋の作成	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	3	3
口頭による処方指示	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
手書きによる処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダ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	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2
内服薬調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
注射薬調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
血液製剤調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
外用薬調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内服薬調剤管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
注射薬調剤管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
血液製剤管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
外用薬調剤管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤管理に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
与薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2
皮下・筋肉注射	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
静脈注射	1	1	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	4	4
動脈注射	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
末梢静脈点滴	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	3	3
中心静脈注射	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内服	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2
外用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
坐剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
吸入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
点鼻・点耳・点眼	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
その他与薬に関する場面	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
輸血に関する項目													3	3
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
オーダリングによる処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
口頭による処方の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の処方に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
実施	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血検査に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	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	1	1	0	0	1	1
実施	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2
その他の輸血実施に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・処置に関する項目													122	122
手書きによる指示の作成	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2
オーダ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

※事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。
※「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定しないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

発生場面×事故の程度	死亡		障害残存の可能性がある（高い）		障害残存の可能性がある（低い）		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）
オーダ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	2	2	2	2	0	0	2	2	1	1	2	2	9	9
その他の管理に関する場面	1	1	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	4	4
準備	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
その他の準備に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
実施	10	10	18	18	18	18	32	32	11	11	4	4	93	93
その他の治療・処置に関する場面	1	1	1	1	6	6	3	3	0	0	2	2	13	13
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目													9	9
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
準備	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
使用中	0	0	1	1	1	1	1	1	5	5	0	0	8	8
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目													34	34
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
オーダリングによる指示の作成	1	1	0	0	0	0	0	0	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	1	1	1	1	2	2	0	0	5	5
準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用中	0	0	0	0	9	9	14	14	3	3	1	1	27	27
検査に関する項目													22	22
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	0	0	1	1	0	0	2	2
準備	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
実施中	0	0	2	2	0	0	9	9	5	5	2	2	18	18
療養上の場面に関する項目													240	240
手書きによる計画又は指示の作成	1	1	0	0	2	2	5	5	3	3	0	0	11	11
オーダリングによる計画又は指示の作成	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	3	3
口頭による計画又は指示	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
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
オーダリングによる計画又は指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
口頭による計画又は指示の変更	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
その他の計画又は指示に関する場面	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	0	0	6	6
管理	8	8	11	11	44	44	31	31	30	30	0	0	124	124
準備	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2
実施中	3	3	7	7	36	36	28	28	14	14	3	3	91	91
その他	11	11	8	8	14	14	12	12	14	14	2	2	61	61
合　計	43	43	57	57	143	143	152	152	101	101	18	18	514	514

図表Ⅱ－1－20（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	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）
薬剤に関する項目													23	23
処方忘れ	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
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	0	0	0	0	0	0	1	1
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	0	0	0	0	0	0
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	0	0	0	0	0	0	0	0
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	1	1	0	0	1	1	0	0	2	2
その他の処方に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
調剤忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
処方箋・注射箋鑑査間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
秤量間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
数量間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
分包間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
規格間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
単位間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薬剤取違え調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
説明文書の取違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
交付患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薬剤・製剤の取違え交付	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
期限切れ製剤の交付	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤に関する内容	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0
過剰与薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過少与薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
重複与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	1	1	1	1
混合間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の与薬準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
過剰与薬	1	1	0	0	0	0	4	4	1	1	1	1	7	7
過少与薬	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
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
禁忌薬剤の投与	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
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	1	1	0	0	1	1
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

※事故の発生及び事故の過失の有無と「事故の程度」とは必ずしも因果関係が認められるものではない。
※「不明」には、報告期日（２週間以内）までに患者の転帰が確定しないもの、特に報告を求める事例で患者に影響がなかった事例も含まれる。

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	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）
投与方法間違い	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
無投薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の与薬に関する内容	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
輸血に関する項目													3	3
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示量間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
重複指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の指示	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与方法指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の指示に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
未実施	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体取り違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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・ボトルの記載間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
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
過剰与薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過少与薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
重複与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薬剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与方法間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
無投薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過剰投与	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
過少投与	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
重複投与	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の投与	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	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

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	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）
その他の輸血実施に関する内容	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2
治療・処置に関する項目													122	122
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・処置指示間違い	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
日程間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
時間間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の治療・処置の指示に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・処置の管理	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0	1	1	7	7
その他の治療・処置の管理に関する内容	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	3	3
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	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2
消毒・清潔操作の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の治療・処置の準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	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
部位取違え	0	0	1	1	0	0	3	3	1	1	0	0	5	5
方法（手技）の誤り	0	0	1	1	0	0	7	7	3	3	0	0	11	11
未実施・忘れ	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
中止・延期	0	0	0	0	1	1	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	0	0	0	0	0	0	0	0
誤嚥	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
誤飲	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
異物の体内残存	0	0	0	2	2	9	9	3	3	0	0	0	14	14
診察・治療・処置等その他の取り違え	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
その他の治療・処置の実施に関する内容	10	10	15	15	20	20	16	16	4	4	6	6	71	71
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目													9	9
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	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
保守・点検不良	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
保守・点検忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用中の点検・管理ミス	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
組み立て	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
条件設定間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	1	1	0	0	0	0	1	1
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	1	1	0	0	0	0	2	2
誤作動	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
故障	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

事故の内容×事故の程度	死亡		障害残存の可能性がある（高い）		障害残存の可能性がある（低い）		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）
破損	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
その他の医療機器等・医療材料の使用に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目													34	34
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用方法指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他のドレーン・チューブ類の使用・管理の指示に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
点検忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
点検不良	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用中の点検・管理ミス	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2
破損	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
その他のドレーン・チューブ類の管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
組み立て	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
条件設定間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
消毒・清潔操作の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
使用前の点検・管理ミス	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他のドレーン・チューブ類の準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
点滴漏れ	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	4	4
自己抜去	0	0	0	0	0	0	5	5	1	1	0	0	6	6
自然抜去	0	0	0	0	4	4	0	0	1	1	0	0	5	5
接続はずれ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	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	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2
破損・切断	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2
接続間違い	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
三方活栓操作間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ルートクランプエラー	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
空気混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
誤作動	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
故障	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ドレーン・チューブ類の不適切使用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他のドレーン・チューブ類の使用に関する内容	0	0	0	0	4	4	5	5	0	0	1	1	10	10
検査に関する項目													22	22
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
患者取違え	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

事故の内容×事故の程度	死亡		障害残存の可能性がある（高い）		障害残存の可能性がある（低い）		障害残存の可能性なし		障害なし		不明		合計	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）
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	0	0	2	2	1	1	3	3
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	1	1	1	1
結果報告	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の検査の実施に関する内容	0	0	2	2	0	0	10	10	4	4	0	0	16	16
療養上の場面に関する項目													240	240
計画忘れ又は指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
計画又は指示の遅延	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2
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	2	2	0	0	2	2
その他の療養上の世話の計画又は指示に関する内容	1	1	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	4	4
拘束・抑制	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	2
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	1	1	1	1	3	3	1	1	0	0	0	0	6	6
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	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
異物混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
転倒	1	1	6	6	47	47	32	32	31	31	1	1	118	118
転落	0	0	2	2	10	10	4	4	0	0	1	1	17	17
衝突	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	2	2
誤嚥	3	3	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	6	6
誤飲	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
誤配膳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
遅延	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
実施忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
搬送先間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	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
自己管理薬取違え摂取	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不必要行為の実施	0	0	0	0	0	0	1	1	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	7	7	8	8	23	23	26	26	11	11	1	1	76	76
その他	11	11	8	8	14	14	12	12	14	14	2	2	61	61
合　計	43	43	57	57	143	143	152	152	101	101	18	18	514	514

図表Ⅱ－1－21（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		ドレーン・チューブ		検査		療養上の世話	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）
内科	4	4	0	0	8	8	1	1	2	2	5	5	25	25
麻酔科	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	0	0	1	1
循環器内科	0	0	0	0	13	13	3	3	2	2	1	1	10	10
神経科	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	11	11
呼吸器内科	0	0	0	0	5	5	1	1	4	4	3	3	23	23
消化器科	0	0	0	0	11	11	0	0	2	2	5	5	11	11
血液内科	2	2	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	9	9
循環器外科	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
アレルギー科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
リウマチ科	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児科	3	3	0	0	6	6	1	1	6	6	1	1	17	17
外科	2	2	1	1	17	17	0	0	5	5	1	1	17	17
整形外科	1	1	0	0	11	11	0	0	0	0	1	1	42	42
形成外科	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
美容外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	14	14
呼吸器外科	1	1	0	0	5	5	0	0	0	0	1	1	8	8
心臓血管外科	0	0	0	0	9	9	0	0	0	0	0	0	4	4
小児外科	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	0	0	1	1
ペインクリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
皮膚科	1	1	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	1	1
泌尿器科	1	1	0	0	3	3	0	0	0	0	1	1	8	8
性病科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肛門科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
産婦人科	0	0	1	1	4	4	0	0	1	1	0	0	0	0
産科	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
婦人科	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	1	1	0	0
眼科	2	2	0	0	2	2	1	1	1	1	0	0	5	5
耳鼻咽喉科	2	2	0	0	3	3	0	0	1	1	0	0	4	4
心療内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
精神科	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	38	38
リハビリテーション科	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	5	5
放射線科	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0
歯科	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
矯正歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科口腔外科	0	0	0	0	7	7	0	0	1	1	0	0	2	2
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	3	3	0	0	22	22	1	1	8	8	2	2	22	22
合　計	26	26	3	3	150	150	9	9	38	38	27	27	279	279

※「関連診療科」は複数回答が可能である。

その他		合　計	
2010 年 1月～3月	2010 年 1月～3月（累計）	2010 年 1月～3月	2010 年 1月～3月（累計）
5	5	50	50
1	1	7	7
2	2	31	31
3	3	17	17
8	8	44	44
3	3	32	32
2	2	16	16
0	0	2	2
0	0	0	0
0	0	1	1
4	4	38	38
3	3	46	46
5	5	60	60
2	2	4	4
0	0	0	0
1	1	18	18
0	0	15	15
1	1	14	14
0	0	4	4
0	0	1	1
1	1	6	6
3	3	16	16
0	0	0	0
0	0	0	0
3	3	9	9
0	0	1	1
3	3	8	8
1	1	12	12
2	2	12	12
0	0	0	0
8	8	48	48
0	0	7	7
1	1	5	5
2	2	4	4
0	0	0	0
0	0	0	0
1	1	11	11
0	0	0	0
9	9	67	67
74	74	606	606

図表Ⅱ－1－22（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		ドレーン・チューブ		検査		療養上の世話	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010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	20	20	1	1	44	44	4	4	12	12	6	6	26	26
観察を怠った	1	1	1	1	17	17	2	2	14	14	3	3	97	97
報告が遅れた（怠った）	1	1	0	0	3	3	0	0	1	1	2	2	8	8
記録などに不備があった	1	1	1	1	3	3	0	0	1	1	1	1	1	1
連携ができていなかった	9	9	0	0	19	19	0	0	2	2	1	1	27	27
患者への説明が不十分であった（怠った）	0	0	1	1	6	6	0	0	1	1	2	2	60	60
判断を誤った	2	2	0	0	36	36	2	2	15	15	3	3	45	45
ヒューマンファクター														
知識が不足していた	9	9	0	0	7	7	4	4	6	6	2	2	33	33
技術・手技が未熟だった	1	1	0	0	23	23	2	2	5	5	5	5	20	20
勤務状況が繁忙だった	6	6	0	0	4	4	0	0	1	1	2	2	15	15
通常とは異なる身体的条件下にあった	0	0	0	0	7	7	0	0	0	0	0	0	9	9
通常とは異なる心理的条件下にあった	3	3	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2
その他	3	3	1	1	15	15	1	1	3	3	3	3	10	10
環境・設備機器														
コンピュータシステム	3	3	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	1	1
医薬品	5	5	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
医療機器	1	1	0	0	7	7	7	7	2	2	4	4	2	2
施設・設備	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	25
諸物品	0	0	0	0	3	3	0	0	1	1	1	1	7	7
患者側	0	0	0	0	13	13	0	0	6	6	1	1	94	94
その他	0	0	0	0	1	1	0	0	3	3	1	1	8	8
その他														
教育・訓練	7	7	1	1	16	16	3	3	12	12	5	5	40	40
仕組み	3	3	1	1	4	4	1	1	0	0	2	2	2	2
ルールの不備	7	7	0	0	10	10	0	0	5	5	2	2	12	12
その他	3	3	0	0	33	33	3	3	2	2	3	3	14	14
合　計	87	87	7	7	275	275	29	29	92	92	51	51	558	558

※「発生要因」は複数回答が可能である。

その他		合　計	
2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）
		556	556
9	9	122	122
17	17	152	152
2	2	17	17
0	0	8	8
9	9	67	67
3	3	73	73
14	14	117	117
		233	233
11	11	72	72
7	7	63	63
2	2	30	30
0	0	16	16
4	4	11	11
5	5	41	41
		226	226
0	0	7	7
1	1	7	7
1	1	24	24
4	4	31	31
1	1	13	13
16	16	130	130
1	1	14	14
		228	228
10	10	94	94
0	0	13	13
6	6	42	42
21	21	79	79
144	144	1,243	1,243

2　ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

ヒヤリ・ハット事例収集・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２２年１月１日から同年３月３１日までのヒヤリ・ハット事例収集事業の発生件数情報と事例情報の集計結果を掲載している。

【１】登録医療機関

（１）参加医療機関数

平成２２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、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。

図表Ⅱ－２－１（QH−01）　参加医療機関数

開設者		事例情報報告医療機関	参加医療機関
国	国立大学法人	18	28
	独立行政法人国立病院機構	71	118
	厚生労働省（国立高度専門医療センター）	3	4
	厚生労働省（ハンセン病療養所）	5	11
	独立行政法人労働者健康福祉機構	5	11
	その他の国の機関	0	0
自治体	都道府県	14	27
	市町村	58	105
	公立大学法人	4	8
	地方独立行政法人	2	2
自治体以外の公的医療機関の開設者	日本赤十字社	45	79
	恩賜財団済生会	9	17
	北海道社会事業協会	0	0
	厚生農業協同組合連合会	6	13
	国民健康保険団体連合会	0	1
	全国社会保険協会連合会	27	46
	厚生年金事業振興団	1	1
	船員保険会	0	0
	健康保険組合及びその連合会	0	1
	共済組合及びその連合会	11	18
	国民健康保険組合	1	1
法人	学校法人	31	43
	医療法人	168	316
	公益法人	21	42
	会社	2	9
	その他の法人	15	30
個　人		26	34
合　計		543	965

（2）参加登録申請医療機関における登録件数の推移

参加登録申請医療機関における登録件数の推移は以下の通りである。

図表Ⅱ－2－2（QH−02）　参加登録申請医療機関の登録件数

	2010年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
事例情報登録医療機関	26	6	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
登録取り下げ医療機関	2	5	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
累　計	540	541	543	—	—	—	—	—	—	—	—	—
参加登録申請医療機関	61	11	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
登録取り下げ医療機関	0	0	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
累　計	946	957	965	—	—	—	—	—	—	—	—	—

【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２２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－２－３（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				合計
	実施なし			実施あり	
	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・治療が不要であると考えられる		
（1）薬剤	169	592	11,600	25,995	38,356
（2）輸血	27	30	288	309	654
（3）治療・処置	44	184	1,490	3,753	5,471
（4）医療機器等	26	92	1,108	2,086	3,312
（5）ドレーン・チューブ	27	292	4,062	14,684	19,065
（6）検査	35	150	3,020	5,372	8,577
（7）療養上の世話	98	462	7,588	19,199	27,347
（8）その他	155	233	6,047	8,429	14,864
合　計	581	2,035	35,203	79,827	117,646
再　掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	17	111	639	1,189	1,956
【2】薬剤に由来する事例	43	310	4,132	10,102	14,587
【3】医療機器等に由来する事例	17	60	569	1,154	1,800
【4】今期のテーマ	0	17	99	44	160

報告医療機関数	393
病床数合計	161,262

（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２２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-２-４～図表Ⅱ-２-１０に示す。

図表Ⅱ－２－４（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				合計
	実施なし			実施あり	
	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・治療が不要であると考えられる		
(1) 薬剤	0	6	443	169	618
(2) 輸血	0	1	8	3	12
(3) 治療・処置	0	4	65	62	131
(4) 医療機器等	0	4	52	32	88
(5) ドレーン・チューブ	0	1	62	108	171
(6) 検査	0	1	129	48	178
(7) 療養上の世話	0	3	236	136	375
(8) その他	0	5	342	48	395
合　計	0	25	1,337	606	1,968
再　掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	0	0	17	6	23
【2】薬剤に由来する事例	0	3	117	82	202
【3】医療機器等に由来する事例	0	0	18	14	32
【4】今期のテーマ	0	0	33	1	34

報告医療機関数	30
病床数合計	1,646

図表Ⅱ－２－５（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				合計
	実施なし			実施あり	
	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・治療が不要であると考えられる		
(1) 薬剤	0	48	710	895	1,653
(2) 輸血	0	1	19	2	22
(3) 治療・処置	0	10	118	227	355
(4) 医療機器等	5	18	50	93	166
(5) ドレーン・チューブ	0	9	136	351	496
(6) 検査	0	21	260	320	601
(7) 療養上の世話	2	68	683	766	1,519
(8) その他	3	30	535	557	1,125
合　計	10	205	2,511	3,211	5,937
再　掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	0	5	36	24	65
【2】薬剤に由来する事例	0	11	154	242	407
【3】医療機器等に由来する事例	4	8	19	40	71
【4】今期のテーマ	0	9	1	1	11

報告医療機関数	60
病床数合計	9,144

図表Ⅱ－２－６（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				合計
	実施なし			実施あり	
	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・治療が不要であると考えられる		
(1) 薬剤	1	13	1,098	1,502	2,614
(2) 輸血	1	1	8	18	28
(3) 治療・処置	1	8	94	204	307
(4) 医療機器等	1	3	77	145	226
(5) ドレーン・チューブ	2	2	212	713	929
(6) 検査	2	4	280	364	650
(7) 療養上の世話	6	21	902	1,579	2,508
(8) その他	0	8	668	557	1,233
合　計	14	60	3,339	5,082	8,495
再　掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	0	0	36	46	82
【2】薬剤に由来する事例	0	4	183	406	593
【3】医療機器等に由来する事例	1	1	21	79	102
【4】今期のテーマ	0	0	1	1	2

報告医療機関数	52
病床数合計	12,727

図表Ⅱ－２－７（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				合計
	実施なし			実施あり	
	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・治療が不要であると考えられる		
(1) 薬剤	6	67	2,022	3,150	5,245
(2) 輸血	2	2	44	27	75
(3) 治療・処置	1	17	190	413	621
(4) 医療機器等	0	5	269	269	543
(5) ドレーン・チューブ	1	40	755	1,792	2,588
(6) 検査	2	12	487	702	1,203
(7) 療養上の世話	2	65	1,527	3,079	4,673
(8) その他	5	23	983	950	1,961
合　計	19	231	6,277	10,382	16,909
再　掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	1	13	74	159	247
【2】薬剤に由来する事例	0	12	418	958	1,388
【3】医療機器等に由来する事例	0	5	105	138	248
【4】今期のテーマ	0	0	2	3	5

報告医療機関数	72
病床数合計	24,212

図表Ⅱ－２－８（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				合計
	実施なし			実施あり	
	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・治療が不要であると考えられる		
(1) 薬剤	9	40	1,423	3,724	5,196
(2) 輸血	2	2	34	37	75
(3) 治療・処置	0	12	250	467	729
(4) 医療機器等	2	11	212	318	543
(5) ドレーン・チューブ	0	15	376	1,917	2,308
(6) 検査	5	13	389	618	1,025
(7) 療養上の世話	2	27	783	3,418	4,230
(8) その他	4	27	962	1,522	2,515
合　計	24	147	4,429	12,021	16,621
再　掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	0	2	46	61	109
【2】薬剤に由来する事例	1	16	588	1,382	1,987
【3】医療機器等に由来する事例	1	7	116	164	288
【4】今期のテーマ	0	3	15	6	24

報告医療機関数	55
病床数合計	24,183

図表Ⅱ－２－９（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				合計
	実施なし			実施あり	
	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・治療が不要であると考えられる		
(1) 薬剤	99	107	1,086	4,001	5,293
(2) 輸血	5	8	33	41	87
(3) 治療・処置	25	30	151	667	873
(4) 医療機器等	8	10	92	294	404
(5) ドレーン・チューブ	15	51	327	2,347	2,740
(6) 検査	13	18	334	803	1,168
(7) 療養上の世話	69	83	810	3,197	4,159
(8) その他	114	62	529	1,496	2,201
合　計	348	369	3,362	12,846	16,925
再　掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	11	71	61	137	280
【2】薬剤に由来する事例	10	75	279	956	1,320
【3】医療機器等に由来する事例	4	7	57	136	204
【4】今期のテーマ	0	1	13	5	19

報告医療機関数	43
病床数合計	23,190

図表Ⅱ－２－10（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				合計
	実施なし			実施あり	
	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・治療が不要であると考えられる		
(1) 薬剤	54	311	4,818	12,554	17,737
(2) 輸血	17	15	142	181	355
(3) 治療・処置	17	103	622	1,713	2,455
(4) 医療機器等	10	41	356	935	1,342
(5) ドレーン・チューブ	9	174	2,194	7,456	9,833
(6) 検査	13	81	1,141	2,517	3,752
(7) 療養上の世話	17	195	2,647	7,024	9,883
(8) その他	29	78	2,028	3,299	5,434
合　計	166	998	13,948	35,679	50,791
再　掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	5	20	369	756	1,150
【2】薬剤に由来する事例	32	189	2,393	6,076	8,690
【3】医療機器等に由来する事例	7	32	233	583	855
【4】今期のテーマ	0	4	34	27	65

報告医療機関数	81
病床数合計	66,160

【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２２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－２－11 （QH―03） 事例情報参加登録申請医療機関の月別報告件数

	2010 年												合計
	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	
事例情報参加登録医療機関報告数	162	794	1,494	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,450
事例情報参加登録医療機関	540	541	543	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

（２）事例情報の報告状況

①　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２２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- １２に、病床規模別に集計したものを図表Ⅱ - ２- １３に、地域別に集計したものを図表Ⅱ - ２- 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 - ２- １５に示す。平成２２年３月３１日現在事例情報参加登録申請医療機関の数は５４３施設、病床数合計は１８４，１６１床である。

図表Ⅱ－２－12 （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 ※2010年3月31日現在	報告医療機関数		報告件数	
			2010年 1月～3月	2010年 1月～3月(累計)	2010年 1月～3月	2010年 1月～3月(累計)
国	国立大学法人	18	0	0	0	0
	独立行政法人国立病院機構	71	9	9	56	56
	厚生労働省（国立高度専門医療センター）	3	1	1	79	79
	厚生労働省（ハンセン病療養所）	5	0	0	0	0
	独立行政法人労働者健康福祉機構	5	0	0	0	0
	その他の国の機関	0	0	0	0	0
自治体	都道府県	78	10	10	319	319
	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	234	234
	恩賜財団済生会	9	2	2	128	128
	北海道社会事業協会	0	0	0	0	0
	厚生農業協同組合連合会	6	1	1	1	1
	国民健康保険団体連合会	0	0	0	0	0
	全国社会保険協会連合会	27	6	6	416	416
	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	11	1	1	4	4
	国民健康保険組合	1	0	0	0	0
法人	学校法人	31	5	5	698	698
	医療法人	168	16	16	313	313
	公益法人	21	4	4	194	194
	会社	2	0	0	0	0
	その他の法人	15	1	1	8	8
個　人		26	0	0	0	0
合　計		543	61	61	2,450	2,450

図表Ⅱ－２－13 （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 ※ 2010年 3月31日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2010 年 1 月～ 3 月	2010 年 1 月～ 3 月（累計）	2010 年 1 月～ 3 月	2010 年 1 月～ 3 月（累計）
0 ～ 19 床	40	0	0	0	0
20 ～ 49 床	17	0	0	0	0
50 ～ 99 床	35	3	3	115	115
100 ～ 149 床	41	7	7	70	70
150 ～ 199 床	61	7	7	118	118
200 ～ 249 床	35	3	3	21	21
250 ～ 299 床	32	4	4	40	40
300 ～ 349 床	60	10	10	263	263
350 ～ 399 床	29	4	4	219	219
400 ～ 449 床	49	3	3	429	429
450 ～ 499 床	20	2	2	2	2
500 ～ 549 床	29	5	5	235	235
550 ～ 599 床	14	2	2	7	7
600 ～ 649 床	16	1	1	79	79
650 ～ 699 床	15	2	2	127	127
700 ～ 749 床	11	0	0	0	0
750 ～ 799 床	3	2	2	26	26
800 ～ 849 床	8	2	2	166	166
850 ～ 899 床	4	0	0	0	0
900 ～ 999 床	10	0	0	0	0
1000 床以上	14	4	4	533	533
合　計	543	61	61	2,450	2,450

図表Ⅱ－２－14 （QH―06） 地域別事例情報参加登録医療機関数及び報告件数

地域	医療機関 ※ 2010 年 3 月 31 日現在	報告医療機関数		報告件数	
		2010 年 1 月～ 3 月	2010 年 1 月～ 3 月（累計）	2010 年 1 月～ 3 月	2010 年 1 月～ 3 月（累計）
北海道	47	3	3	45	45
東北	56	3	3	203	203
関東甲信越	133	18	18	401	401
東海北陸	91	11	11	869	869
近畿	77	10	10	508	508
中国四国	70	8	8	228	228
九州沖縄	69	8	8	196	196
合　計	543	61	61	2,450	2,450

図表Ⅱ－2－15 （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	
	2010 年 1 月～ 3 月	2010 年 1 月～ 3 月（累計）
0	484	484
1	9	9
2	5	5
3	2	2
4	4	4
5	2	2
6	4	4
7	2	2
8	1	1
9	0	0
10	0	0
11 ～ 20	12	12
21 ～ 30	5	5
31 ～ 40	2	2
41 ～ 50	0	0
51 ～ 100	3	3
101 ～ 150	2	2
151 ～ 200	4	4
200 以上	2	2
合　計	543	543

【４】事例情報参加登録申請医療機関からの報告の内容

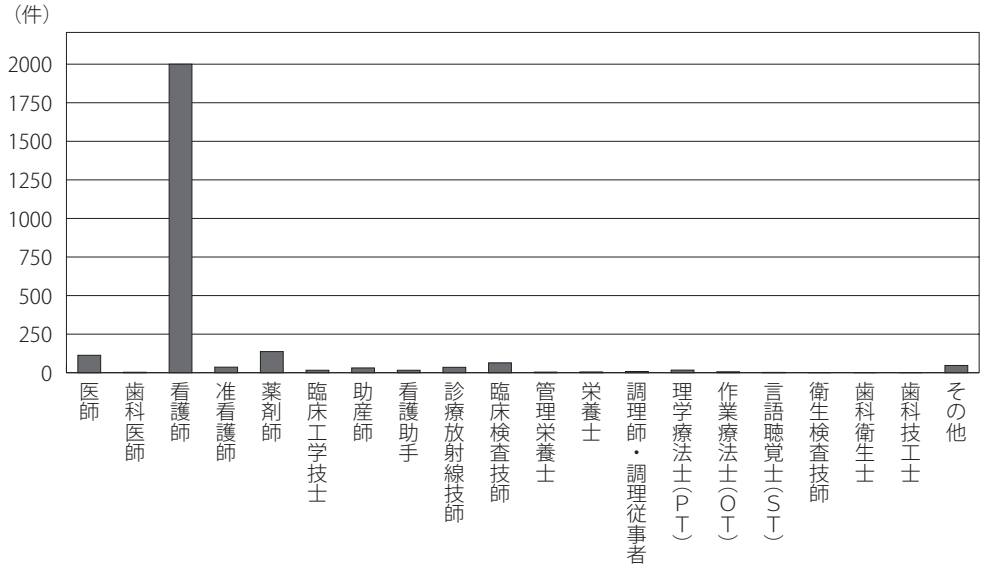
平成２２年１月１日から同年３月３１日までの事例情報参加登録申請医療機関からの医療事故報告の内容は以下の通りである。

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

図表Ⅱ－２－16 （QH―28） 当事者職種

当事者職種	件数
医師	117
歯科医師	3
看護師	2,000
准看護師	36
薬剤師	144
臨床工学技士	16
助産師	31
看護助手	16
診療放射線技師	35
臨床検査技師	65
管理栄養士	4
栄養士	5
調理師・調理従事者	8
理学療法士（ＰＴ）	17
作業療法士（ＯＴ）	6
言語聴覚士（ＳＴ）	2
衛生検査技師	0
歯科衛生士	0
歯科技工士	0
その他	47
合　計	2,552

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



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

図表Ⅱ－2－17 （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	管理栄養士
0 年	19	0	270	2	18	1	4	2	6	4	0
1 年	8	0	213	4	10	1	1	3	5	8	1
2 年	11	0	173	0	12	2	9	1	0	0	0
3 年	3	0	160	3	13	0	3	1	0	5	0
4 年	4	0	133	0	8	0	2	1	1	2	1
5 年	5	0	117	0	10	3	1	2	1	3	0
6 年	7	0	87	0	3	1	0	0	1	2	1
7 年	4	0	102	0	4	2	0	1	1	3	0
8 年	6	0	55	1	2	0	1	0	1	1	0
9 年	3	0	53	3	8	1	0	0	1	0	0
10 年	5	0	62	1	1	0	1	2	0	2	0
11 年	2	0	46	1	1	0	1	1	1	1	0
12 年	1	0	49	0	3	0	0	1	4	1	0
13 年	4	0	31	0	1	0	0	0	1	1	1
14 年	0	0	31	0	2	2	0	0	3	2	0
15 年	4	2	36	2	13	1	0	0	0	4	0
16 年	3	0	29	0	2	0	0	0	1	2	0
17 年	3	0	38	2	4	0	0	0	1	1	0
18 年	1	0	15	2	1	0	1	0	0	2	0
19 年	2	0	25	0	2	0	3	0	0	0	0
20 年	2	0	29	0	6	0	0	0	0	5	0
21 年	0	0	22	2	3	0	0	0	1	1	0
22 年	1	0	18	0	3	0	0	0	0	3	0
23 年	5	0	21	0	0	0	0	0	0	1	0
24 年	0	0	37	0	3	2	0	0	2	1	0
25 年	5	0	16	3	1	0	0	1	1	3	0
26 年	1	0	22	3	3	0	1	0	1	2	0
27 年	1	0	13	2	0	0	1	0	0	2	0
28 年	2	0	12	0	5	0	0	0	0	1	0
29 年	0	0	12	1	0	0	1	0	1	1	0
30 年	1	0	22	3	2	0	0	0	1	1	0
31 年	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0
32 年	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
33 年	1	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0
34 年	1	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0
35 年	1	0	9	0	0	0	1	0	0	0	0
36 年	1	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0
37 年	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
38 年	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
39 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40 年超	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
合　計	117	3	2,000	36	144	16	31	16	35	65	4

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

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	0	1	2	0	0	0	0	13	344
0	0	3	1	0	0	0	0	9	267
1	0	0	1	1	0	0	0	4	215
2	2	0	0	1	0	0	0	2	195
0	0	2	0	0	0	0	0	2	156
0	0	0	0	0	0	0	0	3	145
0	0	1	0	0	0	0	0	4	107
0	0	1	0	0	0	0	0	2	120
0	1	0	1	0	0	0	0	1	70
0	0	0	0	0	0	0	0	0	69
0	1	6	0	0	0	0	0	2	83
0	0	0	0	0	0	0	0	0	54
0	0	0	0	0	0	0	0	0	59
0	0	0	0	0	0	0	0	1	40
0	0	0	0	0	0	0	0	1	41
0	0	0	1	0	0	0	0	0	63
0	0	1	0	0	0	0	0	0	38
0	0	0	0	0	0	0	0	0	49
0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
0	1	0	0	0	0	0	0	1	44
0	0	1	0	0	0	0	0	0	30
0	0	0	0	0	0	0	0	0	25
0	0	0	0	0	0	0	0	0	27
0	0	0	0	0	0	0	0	0	45
0	0	0	0	0	0	0	0	1	31
0	0	0	0	0	0	0	0	0	33
0	1	0	0	0	0	0	0	0	20
0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
0	2	0	0	0	0	0	0	1	33
0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
0	0	1	0	0	0	0	0	0	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
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	2
5	8	17	6	2	0	0	0	47	2,552

図表Ⅱ－2－18 （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	管理栄養士
0 年	34	0	503	3	21	1	5	3	9	7	0
1 年	18	1	483	13	23	1	1	5	8	11	1
2 年	11	0	291	1	17	5	13	1	0	6	0
3 年	5	0	244	4	16	0	2	1	4	7	0
4 年	9	0	150	4	7	1	2	0	0	2	1
5 年	12	0	116	0	16	0	1	4	1	8	1
6 年	3	0	66	1	2	0	0	1	1	3	0
7 年	3	1	49	2	1	2	0	1	1	1	0
8 年	3	0	17	4	6	1	1	0	0	0	0
9 年	1	0	17	0	5	2	1	0	1	0	0
10 年	2	0	16	0	0	0	0	0	0	2	0
11 年	6	1	6	0	1	0	0	0	1	3	0
12 年	1	0	8	1	2	0	0	0	2	0	0
13 年	2	0	5	0	1	0	0	0	0	0	1
14 年	0	0	9	0	2	0	0	0	2	1	0
15 年	2	0	1	0	5	1	2	0	0	4	0
16 年	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0
17 年	0	0	3	0	4	0	0	0	0	1	0
18 年	0	0	1	0	2	0	0	0	0	2	0
19 年	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
20 年	1	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0
21 年	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0
22 年	0	0	1	1	3	0	0	0	0	1	0
23 年	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
24 年	0	0	0	0	1	2	0	0	1	1	0
25 年	0	0	5	0	0	0	1	0	0	1	0
26 年	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
27 年	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
28 年	2	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
29 年	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
30 年	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
31 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32 年	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35 年	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
36 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39 年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40 年超	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
合　計	117	3	2,000	36	144	16	31	16	35	65	4

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

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	0	1	2	0	0	0	0	17	608
0	1	5	1	0	0	0	0	11	583
1	0	0	1	1	0	0	0	5	353
2	1	2	1	1	0	0	0	6	296
0	0	1	1	0	0	0	0	1	179
0	0	0	0	0	0	0	0	1	160
0	0	5	0	0	0	0	0	0	82
0	0	1	0	0	0	0	0	2	64
0	1	0	0	0	0	0	0	0	33
0	0	0	0	0	0	0	0	0	27
0	1	0	0	0	0	0	0	3	24
0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
0	1	1	0	0	0	0	0	0	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
0	2	0	0	0	0	0	0	0	3
0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
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	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	1
5	8	17	6	2	0	0	0	47	2,552

図表Ⅱ－2－19（QH―31）　事例の概要

事例の概要	2010年1月～3月		2010年1月～3月（累計）	
	件数	%	件数	%
薬　剤	1,246	50.9	1,246	50.9
輸　血	17	0.7	17	0.7
治療・処置	124	5.1	124	5.1
医療機器等	80	3.3	80	3.3
ドレーン・チューブ	279	11.4	279	11.4
検　査	188	7.7	188	7.7
療養上の世話	368	15.0	368	15.0
その他	148	6.0	148	6.0
合　計	2,450	100.0	2,450	100.0

図表Ⅱ－2－20（QH―33）　影響度

影響度	2010年1月～3月		2010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	19	2.1	19	2.1
濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	28	3.1	28	3.1
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	846	94.7	846	94.7
合　計	893	100.0	893	100.0

図表Ⅱ－２－21（QH―36）　発生要因

発生要因	2010年1月～3月		2010年1月～3月（累計）	
	件数	%	件数	%
当事者の行動に関わる要因	2,873	62.9	2,873	62.9
確認を怠った	1,572	34.4	1,572	34.4
観察を怠った	449	9.8	449	9.8
報告が遅れた（怠った）	36	0.8	36	0.8
記録などに不備があった	80	1.7	80	1.7
連携ができていなかった	246	5.4	246	5.4
患者への説明が不十分であった（怠った）	163	3.6	163	3.6
判断を誤った	327	7.2	327	7.2
ヒューマンファクター	837	18.3	837	18.3
知識が不足していた	152	3.3	152	3.3
技術・手技が未熟だった	129	2.8	129	2.8
勤務状況が繁忙だった	278	6.1	278	6.1
通常とは異なる身体的条件下にあった	17	0.4	17	0.4
通常とは異なる心理的条件下にあった	53	1.2	53	1.2
その他	208	4.5	208	4.5
環境・設備機器	495	10.9	495	10.9
コンピュータシステム	58	1.3	58	1.3
医薬品	109	2.4	109	2.4
医療機器	62	1.4	62	1.4
施設・設備	31	0.7	31	0.7
諸物品	32	0.7	32	0.7
患者側	171	3.7	171	3.7
その他	32	0.7	32	0.7
その他	367	8.1	367	8.1
教育・訓練	129	2.8	129	2.8
仕組み	53	1.2	53	1.2
ルールの不備	76	1.7	76	1.7
その他	109	2.4	109	2.4
合　計	4,572	100.0	4,572	100.0

※「発生要因」は複数回答が可能である。

図表Ⅱ－２－22（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	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）
薬剤	5	5	5	5	369	369	379	379
輸血	1	1	1	1	9	9	11	11
治療・処置	0	0	3	3	46	46	49	49
医療機器等	1	1	0	0	32	32	33	33
ドレーン・チューブ	3	3	8	8	80	80	91	91
検査	1	1	6	6	98	98	105	105
療養上の世話	5	5	3	3	140	140	148	148
その他	3	3	2	2	72	72	77	77
合　計	19	19	28	28	846	846	893	893

図表Ⅱ－2－23 （QH―64） 発生場面×影響度

発生場面×影響度	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる		濃厚な処置・治療が必要であると考えられる		軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		合　計	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）
薬剤に関する項目							379	379
手書きによる処方箋の作成	0	0	0	0	1	1	1	1
オーダリングによる処方箋の作成	0	0	1	1	12	12	13	13
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	3	3	3	3
オーダ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	1	1	1	1
その他の処方に関する場面	0	0	0	0	6	6	6	6
内服薬調剤	2	2	1	1	36	36	39	39
注射薬調剤	0	0	1	1	20	20	21	21
血液製剤調剤	0	0	0	0	0	0	0	0
外用薬調剤	0	0	0	0	3	3	3	3
その他の調剤に関する場面	1	1	0	0	1	1	2	2
内服薬調剤管理	0	0	0	0	1	1	1	1
注射薬調剤管理	0	0	0	0	8	8	8	8
血液製剤管理	0	0	0	0	1	1	1	1
外用薬調剤管理	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤管理に関する場面	0	0	1	1	4	4	5	5
与薬準備	0	0	0	0	47	47	47	47
皮下・筋肉注射	0	0	0	0	17	17	17	17
静脈注射	0	0	0	0	23	23	23	23
動脈注射	0	0	0	0	0	0	0	0
末梢静脈点滴	0	0	1	1	23	23	24	24
中心静脈注射	0	0	0	0	13	13	13	13
内服	2	2	0	0	126	126	128	128
外用	0	0	0	0	9	9	9	9
坐剤	0	0	0	0	3	3	3	3
吸入	0	0	0	0	2	2	2	2
点鼻・点耳・点眼	0	0	0	0	3	3	3	3
その他与薬に関する場面	0	0	0	0	6	6	6	6
輸血に関する項目							11	11
手書きによる処方箋の作成	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダ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	0	0	0	0
準備	1	1	0	0	0	0	1	1
実施	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血検査に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0
準備	0	0	0	0	0	0	0	0
実施	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の放射線照射に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0
製剤の交付	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の輸血準備に関する場面	0	0	1	1	1	1	2	2
実施	0	0	0	0	7	7	7	7
その他の輸血実施に関する場面	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・処置に関する項目							49	49
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	2	2	2	2
オーダ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	1	1	0	0	1	1
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダ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

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	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）
その他の指示に関する場面	0	0	0	0	1	1	1	1
管理	0	0	1	1	7	7	8	8
その他の管理に関する場面	0	0	0	0	2	2	2	2
準備	0	0	0	0	8	8	8	8
その他の準備に関する場面	0	0	0	0	3	3	3	3
実施	0	0	1	1	20	20	21	21
その他の治療・処置に関する場面	0	0	0	0	2	2	2	2
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目							33	33
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダ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	1	1	1	1
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダ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	0	0	0	0
その他の指示に関する場面	1	1	0	0	1	1	2	2
管理	0	0	0	0	7	7	7	7
準備	0	0	0	0	7	7	7	7
使用中	0	0	0	0	14	14	14	14
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目							91	91
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダ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	0	0	0	0
管理	1	1	4	4	20	20	25	25
準備	0	0	0	0	2	2	2	2
使用中	2	2	4	4	58	58	64	64
検査に関する項目							105	105
手書きによる指示の作成	0	0	0	0	2	2	2	2
オーダリングによる指示の作成	0	0	0	0	7	7	7	7
口頭による指示	0	0	0	0	2	2	2	2
手書きによる指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダ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	2	2	2	2
その他の指示に関する場面	0	0	1	1	4	4	5	5
管理	0	0	1	1	9	9	10	10
準備	0	0	1	1	26	26	27	27
実施中	1	1	3	3	46	46	50	50
療養上の場面に関する項目							148	148
手書きによる計画又は指示の作成	0	0	0	0	2	2	2	2
オーダリングによる計画又は指示の作成	0	0	0	0	1	1	1	1
口頭による計画又は指示	0	0	0	0	2	2	2	2
手書きによる計画又は指示の変更	0	0	0	0	0	0	0	0
オーダ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	0	0	2	2	2	2
管理	3	3	1	1	72	72	76	76
準備	0	0	1	1	9	9	10	10
実施中	2	2	1	1	52	52	55	55
その他	3	3	2	2	72	72	77	77
合　計	19	19	28	28	846	846	893	893

図表Ⅱ－2－24（QH―65）　事例の内容×影響度

事例の内容×影響度	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる		濃厚な処置・治療が必要であると考えられる		軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		合　計	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）
薬剤に関する項目							379	379
処方忘れ	0	0	0	0	4	4	4	4
処方遅延	0	0	0	0	2	2	2	2
処方量間違い	0	0	0	0	5	5	5	5
重複処方	0	0	0	0	0	0	0	0
禁忌薬剤の処方	0	0	1	1	1	1	2	2
対象患者処方間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
処方薬剤間違い	0	0	0	0	4	4	4	4
処方単位間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
投与方法処方間違い	0	0	0	0	3	3	3	3
その他の処方に関する内容	0	0	0	0	8	8	8	8
調剤忘れ	0	0	0	0	5	5	5	5
処方箋・注射箋鑑査間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
秤量間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0
数量間違い調剤	0	0	1	1	8	8	9	9
分包間違い調剤	0	0	0	0	4	4	4	4
規格間違い調剤	0	0	0	0	8	8	8	8
単位間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0
薬剤取違え調剤	0	0	1	1	15	15	16	16
説明文書の取違え	0	0	0	0	0	0	0	0
交付患者間違い	0	0	0	0	2	2	2	2
薬剤・製剤の取違え交付	0	0	0	0	8	8	8	8
期限切れ製剤の交付	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の調剤に関する内容	3	3	0	0	9	9	12	12
薬袋・ボトルの記載間違い	0	0	0	0	2	2	2	2
異物混入	0	0	0	0	0	0	0	0
細菌汚染	0	0	0	0	0	0	0	0
期限切れ製剤	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の製剤管理に関する内容	0	0	1	1	12	12	13	13
過剰与薬準備	0	0	0	0	2	2	2	2
過少与薬準備	0	0	0	0	2	2	2	2
与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	3	3	3	3
重複与薬	0	0	0	0	2	2	2	2
禁忌薬剤の与薬	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度速すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	4	4	4	4
薬剤間違い	0	0	0	0	8	8	8	8
単位間違い	0	0	0	0	2	2	2	2
投与方法間違い	0	0	0	0	3	3	3	3
無投薬	0	0	0	0	12	12	12	12
混合間違い	0	0	0	0	7	7	7	7
その他の与薬準備に関する内容	0	0	0	0	6	6	6	6
過剰与薬	0	0	1	1	24	24	25	25
過少与薬	0	0	0	0	22	22	22	22
与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	17	17	17	17
重複与薬	0	0	0	0	9	9	9	9
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	9	9	9	9
投与速度遅すぎ	0	0	0	0	3	3	3	3
患者間違い	1	1	0	0	9	9	10	10
薬剤間違い	0	0	0	0	15	15	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	6	6	6	6
無投薬	1	1	0	0	61	61	62	62
その他の与薬に関する内容	0	0	0	0	37	37	37	37

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	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）
輸血に関する項目							11	11
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
その他の指示に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0
未実施	0	0	0	0	0	0	0	0
検体取り違え	0	0	0	0	0	0	0	0
判定間違い	0	0	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	1	1	0	0	0	0	1	1
未実施	0	0	0	0	0	0	0	0
過剰照射	0	0	0	0	0	0	0	0
過少照射	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
製剤間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の放射線照射に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0
薬袋・ボトルの記載間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
異物混入	0	0	0	0	0	0	0	0
細菌汚染	0	0	0	0	0	0	0	0
期限切れ製剤	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の輸血管理に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0
過剰与薬準備	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	0	0	1	1	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	0	0	0	0
その他の輸血準備に関する内容	0	0	0	0	1	1	1	1
過剰投与	0	0	0	0	0	0	0	0
過少投与	0	0	0	0	1	1	1	1
投与時間・日付間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
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	0	0	0	0
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	4	4	4	4

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	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計））	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計））	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計））	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計））
治療・処置に関する項目							49	49
指示出し忘れ	0	0	0	0	1	1	1	1
指示遅延	0	0	1	1	0	0	1	1
対象患者指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
治療・処置指示間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
日程間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
時間間違い	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	3	3	3	3
治療・処置の管理	0	0	0	0	6	6	6	6
その他の治療・処置の管理に関する内容	0	0	0	0	3	3	3	3
医療材料取り違え	0	0	0	0	0	0	0	0
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	3	3	3	3
その他の治療・処置の準備に関する内容	0	0	0	0	5	5	5	5
患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
部位取違え	0	0	0	0	1	1	1	1
方法（手技）の誤り	0	0	1	1	3	3	4	4
未実施・忘れ	0	0	0	0	5	5	5	5
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	2	2	2	2
誤嚥	0	0	0	0	0	0	0	0
誤飲	0	0	0	0	1	1	1	1
異物の体内残存	0	0	0	0	4	4	4	4
診察・治療・処置等その他の取り違え	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の治療・処置の実施に関する内容	0	0	1	1	8	8	9	9
医療機器等・医療材料の使用・管理に関する項目							33	33
指示出し忘れ	0	0	0	0	2	2	2	2
指示遅延	0	0	0	0	0	0	0	0
対象患者指示間違い	0	0	0	0	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	1	1	0	0	0	0	1	1
保守・点検不良	0	0	0	0	0	0	0	0
保守・点検忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
使用中の点検・管理ミス	0	0	0	0	2	2	2	2
破損	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	0	0	4	4	4	4
組み立て	0	0	0	0	2	2	2	2
条件設定間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
電源入れ忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
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	2	2	2	2
使用前の点検・管理ミス	0	0	0	0	4	4	4	4
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	1	1	1	1
医療機器等・医療材料の不適切使用	0	0	0	0	3	3	3	3
誤作動	0	0	0	0	2	2	2	2
故障	0	0	0	0	1	1	1	1
破損	0	0	0	0	1	1	1	1

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	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）
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	6	6	6	6
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目							91	91
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	0	0	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	1	1	1	1
点検忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
点検不良	0	0	0	0	0	0	0	0
使用中の点検・管理ミス	0	0	0	0	5	5	5	5
破損	1	1	0	0	4	4	5	5
その他のドレーン・チューブ類の管理に関する内容	0	0	2	2	9	9	11	11
組み立て	0	0	0	0	1	1	1	1
条件設定間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
設定忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
消毒・清潔操作の誤り	0	0	0	0	0	0	0	0
使用前の点検・管理ミス	0	0	0	0	0	0	0	0
その他のドレーン・チューブ類の準備に関する内容	0	0	0	0	0	0	0	0
点滴漏れ	0	0	0	0	2	2	2	2
自己抜去	1	1	4	4	28	28	33	33
自然抜去	0	0	0	0	9	9	9	9
接続はずれ	0	0	1	1	8	8	9	9
未接続	0	0	0	0	0	0	0	0
閉塞	0	0	0	0	1	1	1	1
破損・切断	0	0	0	0	4	4	4	4
接続間違い	0	0	0	0	2	2	2	2
三方活栓操作間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
ルートクランプエラー	0	0	0	0	0	0	0	0
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	1	1	1	1	2	2
その他のドレーン・チューブ類の使用に関する内容	1	1	0	0	4	4	5	5
検査に関する項目							105	105
指示出し忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
指示遅延	0	0	1	1	0	0	1	1
対象患者指示間違い	0	0	0	0	4	4	4	4
指示検査の間違い	0	0	0	0	3	3	3	3
その他の検査の指示に関する内容	0	0	0	0	9	9	9	9
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	1	1	1	1
計算・入力・暗記	0	0	0	0	4	4	4	4
その他の検査の管理に関する内容	0	0	0	0	5	5	5	5
患者取違え	0	0	0	0	1	1	1	1
検体取違え	0	0	1	1	2	2	3	3
検体紛失	0	0	0	0	0	0	0	0
検査機器・器具の準備	0	0	1	1	2	2	3	3
検体破損	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の検査の準備に関する内容	0	0	0	0	19	19	19	19
患者取違え	0	0	0	0	6	6	6	6
検体取違え	0	0	1	1	1	1	2	2

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	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）
試薬の間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
検体紛失	0	0	0	0	1	1	1	1
検査の手技・判定技術の間違い	0	0	0	0	5	5	5	5
検体採取時のミス	0	0	0	0	9	9	9	9
検体破損	0	0	1	1	0	0	1	1
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	8	8	8	8
その他の検査の実施に関する内容	1	1	1	1	16	16	18	18
療養上の場面に関する項目							148	148
計画忘れ又は指示出し忘れ	0	0	0	0	2	2	2	2
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	0	0	0	0
計画又は指示内容間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の療養上の世話の計画又は指示に関する内容	0	0	0	0	1	1	1	1
拘束・抑制	0	0	0	0	3	3	3	3
給食の内容の間違い	0	0	0	0	1	1	1	1
安静指示	0	0	0	0	5	5	5	5
禁食指示	0	0	0	0	1	1	1	1
外出・外泊許可	0	0	0	0	1	1	1	1
異物混入	0	0	0	0	2	2	2	2
転倒	2	2	2	2	72	72	76	76
転落	1	1	0	0	24	24	25	25
衝突	0	0	0	0	1	1	1	1
誤嚥	1	1	0	0	1	1	2	2
誤飲	0	0	0	0	3	3	3	3
誤配膳	0	0	0	0	3	3	3	3
遅延	0	0	0	0	1	1	1	1
実施忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
搬送先間違い	0	0	0	0	0	0	0	0
患者間違い	0	0	0	0	2	2	2	2
延食忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
中止の忘れ	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
自己管理薬注入忘れ	0	0	0	0	0	0	0	0
自己管理薬取違え摂取	0	0	0	0	1	1	1	1
不必要行為の実施	0	0	0	0	1	1	1	1
その他の療養上の世話の管理・準備・実施に関する内容	1	1	1	1	14	14	16	16
その他	3	3	2	2	72	72	77	77
合　計	19	19	28	28	846	846	893	893

図表Ⅱ－2－25 （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		ドレーン・チューブ		検　査		療養上の世話	
	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010年1月～3月（累計）	2010年1月～3月	2010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	1,009	1,009	8	8	59	59	63	63	99	99	148	148	100	100
観察を怠った	76	76	0	0	23	23	12	12	144	144	10	10	166	166
報告が遅れた（怠った）	18	18	0	0	4	4	3	3	1	1	3	3	4	4
記録などに不備があった	51	51	0	0	7	7	2	2	0	0	7	7	4	4
連携ができていなかった	136	136	2	2	11	11	12	12	15	15	25	25	17	17
患者への説明が不十分であった（怠った）	55	55	0	0	2	2	0	0	19	19	6	6	77	77
判断を誤った	92	92	1	1	21	21	5	5	73	73	12	12	109	109
ヒューマンファクター														
知識が不足していた	93	93	0	0	9	9	16	16	8	8	11	11	5	5
技術・手技が未熟だった	36	36	0	0	10	10	8	8	45	45	8	8	12	12
勤務状況が繁忙だった	162	162	0	0	10	10	9	9	19	19	22	22	25	25
通常とは異なる身体的条件下にあった	8	8	0	0	4	4	0	0	1	1	0	0	3	3
通常とは異なる心理的条件下にあった	36	36	0	0	4	4	3	3	4	4	4	4	0	0
その他	140	140	4	4	8	8	11	11	7	7	11	11	13	13
環境・設備機器														
コンピュータシステム	34	34	0	0	0	0	3	3	0	0	16	16	0	0
医薬品	102	102	0	0	0	0	1	1	2	2	0	0	3	3
医療機器	18	18	0	0	5	5	24	24	10	10	1	1	1	1
施設・設備	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	1	1	16	16
諸物品	3	3	0	0	2	2	1	1	9	9	2	2	11	11
患者側	41	41	0	0	5	5	0	0	42	42	1	1	75	75
その他	15	15	1	1	0	0	0	0	4	4	3	3	5	5
その他														
教育・訓練	78	78	0	0	7	7	9	9	10	10	6	6	8	8
仕組み	37	37	0	0	2	2	3	3	0	0	3	3	1	1
ルールの不備	45	45	1	1	3	3	5	5	6	6	7	7	4	4
その他	51	51	4	4	15	15	0	0	11	11	9	9	10	10
合　計	2,336	2,336	21	21	216	216	190	190	529	529	316	316	669	669

※「発生要因」は複数回答が可能である。

その他		合　計	
2010 年 1 月～3 月	2010 年 1月～3月（累計）	2010年 1 月～3 月	2010年 1月～3月（累計）
		2873	2873
86	86	1,572	1,572
18	18	449	449
3	3	36	36
9	9	80	80
28	28	246	246
4	4	163	163
14	14	327	327
		837	837
10	10	152	152
10	10	129	129
31	31	278	278
1	1	17	17
2	2	53	53
14	14	208	208
		495	495
5	5	58	58
1	1	109	109
3	3	62	62
9	9	31	31
4	4	32	32
7	7	171	171
4	4	32	32
		367	367
11	11	129	129
7	7	53	53
5	5	76	76
9	9	109	109
295	295	4,572	4,572

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・提供事業における記述情報のテーマは、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・提供事業における記述情報で、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・提供事業における記述情報のテーマとなっていないものについても、上記の５つの観点から分析を実施し、情報提供を行うことが望ましいと判断した内容については、分析対象とするテーマとして選定し分析・情報提供を実施することとしている。

本報告書において公表される分析テーマについて図表Ⅲ－１－１に示す。

図表Ⅲ－１－１　本報告書において公表される分析テーマ

医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を総合的に検討したテーマ	○病理に関連した医療事故 ○放射線検査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	○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 ○注射器に分割した輸血に関連した医療事故

【2】分析対象とする情報

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

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

【３】分析体制

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

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

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

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

【４】追加調査

分析班において、医療機関から報告された事例の記述内容を分析するうえで、さらに詳細な事実関係を把握する必要があると判断される事例に関しては、医療機関へ文書などによる問い合わせや、現地確認調査を行っている。追加調査の内容は、医療安全対策を検討するために活用している。医療機関への現地確認調査は、平成２２年１月１日から同年３月３１日までに３件実施した。

2　個別のテーマの検討状況

【1】病理に関連した医療事故

（1）病理に関連した医療事故の現状

①発生状況

平成２２年１月から１２月まで、ヒヤリ・ハット事例のテーマとして「誤った病理報告書を作成した又は作成の原因となる可能性のあったヒヤリ･ハット事例」を取り上げ､事例収集を行っている。本報告書では、平成１６年１０月から平成２２年３月３１日の間に報告された医療事故事例の中から、病理に関する医療事故３７件について分析を行った。

②病理に関連した医療事故の内容や業務段階

病理診断の種類には、検体の種類によって、手術標本を用いた組織診断や生検標本を用いた組織診断、細胞診などがあり、それらも手術後や検査後に行われるものや、術中に行われるものがある。そこで、報告された事例を検体の種類で分類し、発生件数を集計した（図表Ⅲ－２－１）。

報告された３７件のうち､その他を除く３６件について事例の内容を分析すると､「検体提出忘れ」「検体紛失」「検体の混入」「検体取り違え」「判定違い」「検査結果見忘れ／見落とし」「入力間違え」等の内容の事例があった。そこで、３６例のうち、それぞれの内容に該当する主な事例を１例ずつ、図表Ⅲ－２－２に掲載した。

病理に関する業務には、検体の採取や病理診断報告書の確認といった、検査・診断業務の前後の業務も含め、多数の段階にわたり様々な業務がある。医療機関によって、業務段階の順序は必ずしも同一ではないのが現状であるが、分析班においてまとめた検体種別の業務段階を総合評価部会において検討し、業務段階と医療事故の内容から成る図表にとりまとめた。業務段階は、検体の種類によって異なるため、それぞれを図表として取りまとめた（図表Ⅲ－２－３～６）。

（2）病理に関するヒヤリ・ハット事例の現状

①発生状況

平成２２年１月１日から３月３１日の間に報告された病理に関するヒヤリ・ハット事例は、１８件であった。今後も、テーマとして取り上げ報告を受け付ける本年１２月までの間、継続して報告されると見込まれる。本報告書では、対象としている期間に報告された事例を医療事故と同様に分析、集計した。

②病理に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

報告された事例を検体の種類で分類し、発生件数を集計した（図表Ⅲ－２－７）。

１８件について事例の内容を分析し、業務段階と医療事故の内容から成る図表にとりまとめた（図表Ⅲ－２－８～１１）。

（3）まとめ

病理に関する業務およびその前後の業務において、様々な種類の医療事故が発生している。また、医療事故には至らなかったものの、ヒヤリ・ハット事例の発生も報告されている。今後も継続して事例の収集を続け、分析班において検討することとしている。本報告書では、報告された事例を分析し、病理の医療事故やヒヤリ・ハット事例の内容や発生段階、内容別の具体的医療事故を示し、事例全体を概観した。今後は、具体的な業務手順と医療事故やヒヤリ・ハット事例が発生する原因を検討し、いくつかの種類の事例に焦点をあてた分析を行っていくこととしている。

図表Ⅲ－２－１　病理検査に関連する医療事故の検体別分類

	手術標本	生検標本	術中迅速組織診標本	細胞診標本	その他	合計
発生件数	11	18	2	5	1	37

図表Ⅲ－２－２　病理検査に関連する医療事故の概要

No.	事故の程度	検体の種類	事例の内容	背景・要因	改善策
【検体提出忘れ】					
1	障害残存の可能性なし	手術標本	全身麻酔下で左手有棘細胞癌の手術を行った。医師は切除した組織の一部を術中簡易検査へ提出し、残りの組織をホルマリン固定するように看護師へ指示を出した。看護師は受け取った組織をガーゼに包んで預かったが、指示を受けたことを忘れてしまい、手術終了後そのまま処理をしてしまった。翌日、組織を提出するための依頼表が残っており提出されていないことがわかった。	確認方法が曖昧であった。また、手術室での病理組織検体の取り扱いについて基準がなく、提出方法は診療科毎に違いがあり、統一されていなかった。	・病理組織検体の提出方法が診療科により異なる為、手術室退室時に標本数、提出状況を医師、看護師の双方で確認する。 ・病理組織検体の提出方法についてマニュアルの整備を行う。
【検体紛失】					
2	不明	生検標本	確定診断及び治療方針の決定のため、小児外科の医師が全身麻酔科下に経皮的肝生検を施行し、肝臓から検体を採取しホルマリン容器に入れて病理部検査室に提出した。病理部検査室で、臨床検査技師が組織検体と病理組織診断申込書の受付を行った。同日、検体処理用の机の上で、ホルマリン容器内に約２cmの長さの検体が入っているのを確認した後、ホルマリン容器の蓋を開けて、ピンセットで検体をつまみ出し、検体処理用のカセット内に移そうとしたところ、ピンセットのつまむ部分がはじけ、検体を見失った。現場を探したが、検体が見つからず、小児外科へ連絡し検体を紛失したことを報告した。	処理作業中に検体から目を離した。検体処理を行っていた臨床検査技師は、ホルマリン容器内に、患者から採取された約２cmの長さの検体が入っているのを事前に確認しており、検体が紛失したのは、同技師の検体処理作業中であることが明確であり、注意力不足であった。また、ピンセットで検体をつまんだ状態で、検体から目を離し、検体番号の確認を行っていたため、検体がはじけ飛んだ方向を目視していなかった。検体を見失った際の、捜索の手順を確立していなかった。	・作業机の脇にある染色用の水槽内（常時、水道水が循環している）へ検体が飛んだ可能性もあり、水槽からの流出防止策をとる。

No.	事故の程度	検体の種類	事例の内容	背景・要因	改善策
【検体の混入】					
3	障害なし	手術標本	子宮体癌の精査のため子宮頚部及び体部掻爬を施行した。頚部組織が採取できず、子宮体部組織のみを病理組織診断検体として提出し、検体処理操作を行った。翌日パラフィンブロック作製およびスライド標本作製を行い、病理診断原案を作成した。子宮内膜癌としては奇異な組織像（消化管癌類似、骨・軟骨成分有り）であったため、取り違え及び他検体の混入を疑い、同じ日に受付をした標本をすべて確認したが、該当する検体はなかった。主治医から臨床情報を詳細に聴取し、子宮体癌の可能性が高いことを確認した上で、最終病理診断（Endometrioid adenocarcinoma）を行った。翌月、拡大子宮全摘術を施行し、子宮から摘出された組織（約６×５ｃｍの子宮体部の隆起状肉眼病変あり）が病理部へ提出された。パラフィンブロック作製／スライド標本作製を行い検鏡をしたが癌組織は見つからず、残余組織検体からも追加切り出しを行い検鏡したが癌組織は見つからなかった。そのため、前回の標本作製過程を再度検証した結果、２例の標本（大腸癌組織、骨・軟骨組織）が生検時の組織像と確認され、それらが混入した可能性が考えられた。また、検鏡したプレパラート上には混在した組織のみであることから、元来の子宮内膜組織が作製中に紛失ないし、パラフィンブロックのパラフィン置換過程で消失していると考えられた。悪性所見はなく子宮内膜ポリープであったが、子宮内膜はかなり肥大しており最終的には摘出すべきだったと判断された。	原因は不明であるが、病理標本作製過程において、検体の紛失・混入の危険性は常にあり、もっとも危険性の高いのがパラフィン置換過程である。病理部では、生検材料等の小さい検体の紛失・混入を防止するため、検体を標本カセットに入れる際、キメの細かいメッシュの袋を使用し、加えて半分折りにすること、検体個数の確認をすることで対応している。今回は検体紛失及び他検体混入が同時に発生した極稀な事例と考えられた。	・病理組織標本受付作製過程における検体確認を厳格に行う。 ・病理組織診断担当者と検体提出臨床担当者との密なコンタクト・情報交換を行う。

No.	事故の程度	検体の種類	事例の内容	背景・要因	改善策
【検体取り違え】					
4	障害残存の可能性（低い）	生検標本	外来新患担当医師が、診察室で患者Ａの乳房腫瘤の悪性の可能性を考えて、診断目的の針生検を施行した。採取した検体を入れたホルマリン入り検体瓶を看護師に渡した。次の受診患者Ｂの乳房腫瘤も悪性が強く疑われたため針生検を施行。採取した検体を入れた検体瓶は看護師に渡した。いずれも検体瓶に名前を書いていたかどうかは不明である。看護師は、検体瓶とオーダー発行後に出力された検体ラベルとを照合して、検体瓶に検体ラベルを添付して病理診断科に検体を提出した。後日、患者Ａの病理所見は乳癌、患者Ｂの病理所見は線維腺腫であった。 ２ヵ月後、患者Ａに乳房部分切除を施行した。術中検体病理標本で線維腺種の診断であり、悪性所見が含まれていなかったため、外来での針生検の検体の取り違えの可能性を疑った。患者Ｂの生検結果は、所見上悪性を強く疑うにもかかわらず線維腺腫との診断であったため、再診時にもう一度針生検を行い乳癌の診断となっていた。この経過から２人の患者の針生検の検体を取り違えていたことがわかった。	病理組織診検体への患者標識の検体ラベルを貼り間違えた可能性がある。採取検体を入れる検体瓶に患者氏名を記載していたかどうか、定かでなく、記載していなかった可能性がある。検体採取場所と検体ラベル出力場所とは違う場所であるため、検体採取場所では検体ラベルを添付できない。検体ラベル出力機に複数患者の検体ラベルが出力されている場合があり、検体瓶に貼り間違えた可能性がある。病理検査室での受付時に取り違えた可能性も否定できない。	・病理組織診検体への患者標識方法を改善する。 ・検体瓶に検体採取時に患者氏名を記入することを徹底する。 ・検体採取時には、検体瓶の患者氏名が正しいことを医師と看護師と患者とでチェックする。 ・検体を採取する処置室・診察室に検体ラベル出力機を設置し、採取場所で検体ラベルを貼付するように改善する。

No.	事故の程度	検体の種類	事例の内容	背景・要因	改善策
【判定違い】					
5	不明	手術標本	乳腺穿刺細胞診において、細胞検査士３名および病理医１名で検討し、class 5 Adenocarcinomaと診断した。24日後に乳癌の診断のもとに手術が施行され、病理細胞検査を行った。免疫染色(γ-Sma)も加えて精査したが、癌は認められず、限局性の結節を形成した硬化性線症と病理学診断を行った。	今回の症例は細胞学的に悪性と良性の鑑別が非常に困難であったが、多数の腫瘍性細胞が出現しているものの、比較的細胞異型が弱いこと、筋上皮細胞の確認などから、疑陽性の範疇でとどめるべきであったと考える。今後は診断の補助診断として、免疫染色や特殊染色を積極的に取り入れることとした。細胞診断の結果で手術が適応となった症例については診断をより正確なものとするために、主病巣について術中迅速組織診断を行うことが重要である。	年々乳癌は多くなり、細胞診断検査も増加することが予測される。また、腫瘍も多彩な形態をとり、細胞診断の重要性も増すことから、今後、当院症例の細胞像における再検討を中心に、学会や外部研修参加を積極的に行い、診断力を養う。乳腺に限らず他の検体においても細胞診断における専門的な知識の集積を今以上に行うことが必要と考える。
【検査結果見忘れ／見落とし】					
6	障害残存の可能性（高い）	手術標本	左副鼻腔病変に対して左上顎洞篩骨洞根本手術を行った。迅速病理検査のパラフィン標本結果は「炎症性変化、腫瘍性病変は認めない」であり、通院にてフォローしていた。２ヵ月後の外来受診時、鼻出血･血性痰があり、ファイバースコープ等で観察したところ炎症性のポリープと思われる病変を認め消炎剤等の処方をした。その後、受診時にも出血が続くため鼻内焼灼処置を行い、腫瘍の可能性も考え病変の一部を生検して病理検査に提出した。患者は左眼瞼周囲と頬部の腫脹が出現したため来院した際に、病理検査の結果が悪性黒色腫の疑いで免疫染色中となっており入院となった。ＭＲＩを施行したところ、腫瘍は左上顎洞に充満し胸部及び眼窩内に突出していた。 この時点で前回手術時の入院カルテの内容を確認したところ、手術時に採取した永久標本から悪性黒色腫との病理診断の結果が報告されていることが判明した。	術中迅速検査のパラフィン標本結果と永久標本の病理診断結果はほぼ同時に報告されていたと考えられるが迅速検査の結果のみで判断したと考えられる。検査結果をカルテに綴じるのは病棟クラークがするシステムになっていたため見落とされたままカルテに綴じられたと考えられる。	・当該科では病理組織検査結果は必ず主治医に渡し確認してからカルテに綴じ込む。 ・退院サマリーは病理検査の報告書を確認してから記入し、科長の承認を得る。 ・病理組織の診断と臨床診断とが異なる場合は報告書に注意喚起する表示をする。 ・結果を受取日記入と受け取った者のサインをする。

No.	事故の程度	検体の種類	事例の内容	背景・要因	改善策
【入力間違え】					
7	障害なし	術中迅速組織診標本	膀胱癌・左尿管腫瘍のため、左右の尿管断端迅速診断において、オーダリング上は臓器１：左尿管 臓器２：右尿管と入力されていたが、依頼書には1右（小）、２（大）と左右が逆に記載されており、病理部では依頼書の番号に従って診断し報告書を返却した（報告書には＃１→尿管、＃２左尿管とオーダー入力通りの番号で臓器が表示されていたため、医師が左右逆に診断したのではないかとの疑念を生じ、病理部に問合せたところ、オーダリング上の不備（臓器番号と診断上での通し番号が混同しやすい画面になっている）が判明した。迅速診断であったため、電話連絡と紙による報告書により正しく診断が伝達されており実害はなかったが、オーダリング上の画面のみで処置がされていた場合は事故に繋がった可能性がある。	オーダリング上の報告画面の１、２などの番号は臓器の数の意味でしかないことを提出医師は知らなかった。、報告画面の番号と診察上の通し番号が必ずしも一致していないため、誤認しやすい。	・オーダリング上の報告画面の１、２などの番号を表示させないようなシステムを検討が必要である。 ・オーダリング上必ず左右を選択するよう、「左　○○」、「右　○○」など臓器項目を決定した。

図表Ⅲ－２－３　手術標本

	検体提出忘れ	検体紛失	検体の混入	検体取り違え	判定違い	検査結果見忘れ／見落とし	入力間違え	その他	不明	合計
検体採取	1	1	0	2	0	0	0	0	0	4
組織診断依頼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
組織診断受付	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
新鮮標本撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ホルマリン固定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
水洗	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
固定標本撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
切り出し	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
切り出し標本撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
カセット準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
パラフィン浸透	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
包埋	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薄切	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
染色	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
封入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ナンバリング・仕上げ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診断	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
病理診断報告書作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理診断報告書確認	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	1	2	1	3	2	2	0	0	0	11

図表Ⅲ－２－４　生検標本

	検体提出忘れ	検体紛失	検体の混入	検体取り違え	判定違い	検査結果見忘れ／見落とし	入力間違え	その他	不明	合計
検体採取	1	2	0	2	0	0	0	0	0	5
組織診断依頼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
組織診断受付	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
カセット準備	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
ホルマリン固定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
パラフィン浸透	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
包埋	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
薄切	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
染色	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
封入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ナンバリング・仕上げ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診断	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理診断報告書作成	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
病理診断報告書確認	0	0	0	0	0	2	0	2	0	4
不明	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
合計	1	4	0	7	0	2	1	3	0	18

図表Ⅲ－２－５　術中迅速組織診標本

	検体提出忘れ	検体紛失	検体の混入	検体取り違え	判定違い	検査結果見忘れ／見落とし	入力間違え	その他	不明	合計
検体採取	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
組織診断依頼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新鮮標本撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
凍結	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薄切	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
固定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
水洗①	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
染色	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
水洗②	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脱水	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
透徹（エタノールをキシレンで置換）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
封入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ナンバリング・仕上げ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診断	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
病理診断報告書作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理診断報告書確認	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2

図表Ⅲ－２－６　細胞診標本

	検体提出忘れ	検体紛失	検体の混入	検体取り違え	判定違い	検査結果見忘れ／見落とし	入力間違え	その他	不明	合計
検体採取	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
細胞診依頼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
細胞診受付	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体処理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
染色	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
封入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ナンバリング・仕上げ	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
スクリーニング	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理医確認（診断）	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
細胞診断結果報告書作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理診断報告書確認	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	4	1	0	0	0	0	5

図表Ⅲ－２－７　誤った病理報告書を作成した又は作成の原因となる可能性のあったヒヤリ・ハット事例の検体別分類

	手術標本	生検標本	術中迅速組織診標本	細胞診標本	その他	合計
発生件数	2	11	0	5	0	18

図表Ⅲ－２－８　手術標本

	検体提出忘れ	検体紛失	検体の混入	検体取り違え	判定違い	検査結果見忘れ／見落とし	入力間違え	その他	不明	合計
検体採取	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
組織診断依頼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
組織診断受付	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新鮮標本撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ホルマリン固定	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
水洗	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
固定標本撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
切り出し	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
切り出し標本撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
カセット準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
パラフィン浸透	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
包埋	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薄切	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
染色	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
封入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ナンバリング・仕上げ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診断	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理診断報告書作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理診断報告書確認	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2

図表Ⅲ－２－９　生検標本

	検体提出忘れ	検体紛失	検体の混入	検体取り違え	判定違い	検査結果見忘れ／見落とし	入力間違え	その他	不明	合計
検体採取	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
組織診断依頼	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3
組織診断受付	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
カセット準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ホルマリン固定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
パラフィン浸透	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
包埋	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
薄切	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
染色	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
封入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ナンバリング・仕上げ	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
診断	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
病理診断報告書作成	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
病理診断報告書確認	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
合計	0	0	1	2	1	0	3	4	0	11

図表Ⅲ－２－10　術中迅速組織診標本

	検体提出忘れ	検体紛失	検体の混入	検体取り違え	判定違い	検査結果見忘れ／見落とし	入力間違え	その他	不明	合計
検体採取	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
組織診断依頼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新鮮標本撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
凍結	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薄切	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
固定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
水洗①	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
染色	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
水洗②	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脱水	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
透徹（ｴﾀﾉｰﾙをｷｼﾚﾝで置換）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
封入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ナンバリング・仕上げ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診断	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理診断報告書作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理診断報告書確認	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

図表Ⅲ－２－11　細胞診標本

	検体提出忘れ	検体紛失	検体の混入	検体取り違え	判定違い	検査結果見忘れ／見落とし	入力間違え	その他	不明	合計
検体採取	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3
細胞診依頼	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
細胞診受付	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体処理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
染色	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
封入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ナンバリング・仕上げ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
スクリーニング	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理医確認（診断）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
細胞診断結果報告書作成	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
病理診断報告書確認	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	2	0	0	1	2	0	5

【２】放射線検査に関連した医療事故

本報告書では、平成２１年１０月１日から平成２２年３月３１日の間に報告された医療事故事例のコード情報の中から、事故の概要が「検査」で選択されていた事例及びそれ以外のコードの中から、その報告内容が放射線検査に関連する事例のうち、主に診療放射線技師に関連した事例１０件について分析を行った。

（１）放射線検査に関連した医療事故の現状

放射線検査に関連した医療事故の概要は図表Ⅲ－２－１２に示す。検査の種類を「Ｘ線検査」、「ＣＴ検査」、「ＭＲＩ検査」、「核医学検査」、「超音波検査」、「不明」と分類し、事故の内容を「患者間違い」、「部位間違い」、「検査間違い」、「検査準備」、「造影剤・検査薬」、「撮影条件」、「画像処理」、「機械」、「患者の観察・管理」、「その他」とし、併せて発生状況を整理した（図表Ⅲ－２－１３）。

①　Ｘ線検査

Ｘ線検査における事例の報告はなかった。

②　ＣＴ検査

ＣＴ検査における事例は７件であった。そのうち造影剤のアレルギーに関連するものが５件であった。その他絶飲食のため脱水状態にいたった事例が１件、鎮静のためにラボナールを注射した後、呼吸停止をきたした事例１件であった。

③　ＭＲＩ検査

ＭＲＩ検査における事例は１件であり、検査室内への磁性体の持ち込みに関連する事例であった。

④　核医学検査

核医学検査における事例は２件であり、そのうちアイソトープ注射の際の神経損傷の事例が１件、前の患者が使用した注射器を間違えて使用した事例が１件であった。

⑤　超音波検査

超音波検査における事例の報告はなかった。

（２）放射線検査に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第３３回及び第３４回ヒヤリ・ハット事例収集において報告された放射線検査に関連したヒヤリ・ハット事例について、医療事故と同様に、検査の種類を「Ｘ線検査」、「ＣＴ検査」、「ＭＲＩ検査」、「核医学検査」、「超音波検査」、「不明」と分類し、事故の内容と併せて発生状況を整理した（図表Ⅲ－２－１４）。報告された事例の中から２９件の概要を図表Ⅲ－２－１５に示す

図表Ⅲ－２－12　放射線検査に関連した医療事故の概要

No.	事故の程度	段階	事例の内容	背景・要因	改善策
【Ｘ線検査】　報告事例なし					
【ＣＴ検査】					
1	障害の可能性（低い）	造影剤・検査薬	これまで、造影剤使用によってショックを起こしている肝臓がんの患者。今回、肝臓がんの評価の為、造影ＣＴ目的で入院。ショック時に対応する為、医師が３名付き添いＣＴを施行した。施行中、ＨＲ８０台、意識清明であった。ＣＴ終了後、帰室時に、１階エレベーター前で、ＨＲ１００台に上昇、眼球上転し、呼びかけに反応しなくなった。点滴全開し、下肢挙上し、造影剤アレルギー疑いで緊急外来に移送した。緊急外来にて、イノバン１０ｍＬ/h、酸素（リザーバーマスク）開始した。ＨＲ１２０～１３０台、血圧５０台、ＳＰＯ２　７８～８２％で経過。ソルコーテフを側管から点滴し、ノルアドレナリン３ｍＬ/hで開始した。呼びかけに反応あり。その後、ＳＰＯ２　９６～９８％に改善した。血圧５０～６０台、ＨＲ１４０～１５０台となり、イノバン８mL/hへ減量、ノルアドレナリン５mL/hに増量となった。バルン挿入後、緊急病棟へ移送した。	ＣＴ造影剤のアナフィラキシーショック。	・ショックを起こす可能性が高かった為、医師、ナース付き添いの元、検査を実施した。廊下やエレベーターという移動時に急変する可能性を考え、事前の前投薬の検討や救急体制を万全に整える必要があった。
2	障害の可能性なし	造影剤・検査薬	胃癌再発を認め、入院にて化学療法を行っていた。３８℃前後の発熱あり、腫瘍の評価を含め、ＣＴを考慮した。以前、造影ＣＴ検査の実施時に発疹あり、アレルギー症状出現の可能性を考え、単純ＣＴを予定していたが、本人より造影ＣＴを強く希望され、造影ＣＴ検査を施行した。検査施行後、意識消失・血圧低下・失禁あり。緊急コールし、心臓マッサージ施行し、３０秒程度で意識の回復を認めた。発疹・皮膚紅斑・呼吸困難などはなかった。意識回復後は、全身状態・バイタルサイン共に安定した。	以前の造影ＣＴにて副作用があったが、副作用に対する対策が不十分であった。	・造影ＣＴ検査での副作用が考えられる場合、緊急対応できる体制をとり施行する。

No.	事故の程度	段階	事例の内容	背景・要因	改善策
3	障害なし	造影剤・検査薬	腹部造影ＣＴにて造影剤ボーラス（生食１００mL＋オイパロミン３００／１００mL）を施行した。ＣＴ室では異常なく正面玄関を出た時点で首の周りに痒みがあった。検査実施から約１時間後の帰宅途中、喫茶店で全身の痒みが増強し、ふらついた。その後、意識消失（本人の弁：気がついたら救急車の中だった）、救急車で来院した。胸部発赤、喉痒、眼瞼浮腫、発赤あり息苦しさはなく、ラクテック５００mL＋デカドロン点滴ポララミン静注の処置を受け帰宅した。	検査前に服用の説明をし同意を得ているが、十分理解されていなかったのではないか。	・検査後の説明をしっかり行い、院内で３０分から１時間過ごしてもらい看護師が確認後帰宅してもらう。 ・院内ルール作成し、周知する。 ・遅延性の副作用があることも患者に告げ、異常時には来院してもらう。
4	障害残存の可能性なし	造影剤・検査薬	消化器外科の手術予定患者が外来ＣＴ検査時に造影剤によるアナフィラキシーショックを起こした。造影剤使用の既往はあったが副作用はなかった。同意を取った後検査を開始した。造影剤を３０mL 注入した時点で皮膚掻痒感を訴えた。その後急激に血圧低下、呼吸状態の悪化があった。救急コールで応援要請し、ステロイド、エピネフリン使用した。薬剤使用後症状は、早期に回復した。	ＣＴ検査の際の造影剤によるアナフィラキシーショック。	・検査時の患者急変時の対応を再度確認した。

No.	事故の程度	段階	事例の内容	背景・要因	改善策
5	障害の可能性なし	造影剤・検査薬	患者は造影ＣＴを施行することとなった。ラクテックでルートキープを看護師に指示し、右前腕皮下静脈にルートキープした。造影剤（イミオパロン）を注入する際、約４０mL程度皮下に漏出した。ＣＴ室で医師はラクテックの三方活栓に造影剤を接続し、放射線技師に造影剤の注入を指示した。造影剤注入時、患者の横で気分不良や手の疼痛について確認した。患者は疼痛、気分不良等は訴えなかった。３０mL程度注入した際に患者の点滴注入部の腫脹を認め、造影剤漏出と判断し、放射線技師に造影剤注入中止を指示した。その後、患者は疼痛を訴えた。インシデント発症後直ちに上級医に報告した。薬剤科に連絡し、抗癌剤のような細胞毒性はなく、通常の点滴漏れの対応で良いが場合によってはステロイド注射の必要があるとの回答を得た。腫脹（１０×８cm）を認めたが、発赤や疼痛なく、ステロイド注射は見送ることとした。患者に造影剤の漏出があった事を説明し、発赤、疼痛、気分不良、熱感等を認めた場合は再度医療機関を受診するように伝えた。また、翌日の救急外来は皮膚科の医師がいるため、明日来院するのであれば、当院の受診を勧めた。患者は良好に納得し帰宅した。	ラクテックの滴下を確認せず、三方活栓を閉め、造影剤を注入した。	・造影剤注入前に点滴滴下を確認する。 ・注意深く刺入部を確認する。
6	障害なし	その他	ダイナミックＣＴ後、患者が「いつもと違う」と訴え、顔面が紅潮、咽頭不快を認めた。その後、血圧６０台となりラクテック５００mLソルメドロール１２５mg、ボスミン０．３mL、ポララミン１Ａを投与し酸素飽和度９６％のため酸素を投与した。血圧１４０台に戻った。頭痛、嘔気も出現したため頭部ＣＴ撮影後ＩＣＵに入院となった。	絶飲食で来院しているので、脱水状態の可能性があったのではないか（何度も造影ＣＴを経験している患者で当日の体調不良はなかった）。	・水分補給し、脱水状態を改善し検査に望む。

No.	事故の程度	段階	事例の内容	背景・要因	改善策
7	障害の可能性なし	その他	緊急入院後、高熱が持続しており緊急手術の必要性を評価するために、単純側頭骨ＣＴ撮影を指示した。ＣＴ時の鎮静のため主治医は静脈麻酔（ラボナール）を選択した。ＣＴ室より呼び出しがあり、主治医はラボナール０．５ｇを持参した。主治医がラボナールを４mL（０．１ｇ）緩徐に側管注したところで鎮静が得られ、５分ほどでＣＴが終了した。終了後、患者は母親に抱かれて主治医とともに病室に戻った。その後、ベッドに寝かせようとしたところ、呼吸状態不良となりＳＰＯ２が５０％に低下し自発呼吸が停止した。直ちにバックバルブマスク換気を施行し、ＳＰＯ２は直ぐに改善した。口腔内には吐物があり対処中に自発呼吸出現した。	休日の緊急ＣＴで呼び出し時に直ぐに対応できるようにしようと静脈麻酔が選択された。ラボナールの投与量が多かった。院内に小児の鎮静に対する取り決めなどがなかった。食事後であったが単純ＣＴとのことで絶食に対する配慮が及ばなかった。	・小児の検査・処置時の鎮静に関する院内取り決めを作成し、周知する。 ・小児に使用する鎮静薬の第一選択は経口薬のトリクロリールまたはネルボン散とする。 ・検査室と実施時間タイミングを相談する。
【ＭＲＩ検査】					
8	障害なし	検査準備	研修医は、現在まで作業に問題なかった為、下肢にウエイトをつけたままＭＲＩの造影剤注入を開始した。注入後ＭＲＩにウエイトが右下肢ごと引き寄せられとれなくなった。	足首につけているトレーニング用の重りを金属と理解（認識）していなかった。	・今まで大丈夫だからと軽く考えず、全ての金属類はＭＲＩ室に持ち込まず、入室の際には再度確認する。

No.	事故の程度	段階	事例の内容	背景・要因	改善策
【核医学検査】					
9	障害なし	造影剤・検査薬	ＲＩ室にて肺血量シンチ検査のアイソトープ注射の際、右正中皮静脈に注射針を穿刺すると、患者が疼痛を訴えたため直ちに針を抜去、穿刺部位を橈骨皮静脈に変更し、注射を行った。この部位での疼痛の訴えはなかった。担当医は、翌日に注射部位の疼痛が出現し、内科主治医よりビタミン剤の投与が既に開始されていることを検査終了３日後に知った。患者は、「このような痛みは初めてだ」と検査時に話していた。検査中、検査後にも穿刺部の痛みの訴えはなかったので、当該病棟への事象についての連絡を行わなかった。	穿刺直後に疼痛の訴えがありすぐに抜針し別の部位から注射を行っており、手順通りの手技である。チーム医療を活かし患者が神経症状を訴えた場合は、ＲＩ・ＣＴ等の放射線技師は当該病棟に連絡することと、患者に異常があればすぐに病棟看護師に連絡するように説明を行う。 注射や採血時の神経損傷を疑われる場合の対応と患者説明について看護手順等に加えて職員へ周知する。	・神経損傷を疑われた事例における、チーム医療の連携を行う。 ・神経損傷時の対応と患者説明を手順に加える。
10	障害残存の可能性なし	検査準備	トレイに準備してあったクリアボーンを取り出した。患者へ針を刺し逆血を確認する際にシリンジが空であることに気がつき、前の患者に使ったシリンジ付針を使用したことに気が付いた。	一例目の使用済みシリンジを注射トレイに置いた際、技師がシリンジを交換し、新たなシリンジを準備してくれた。当院では初めてのＲＩ注射であり、普段からそのようにしてくれるのであろうと思いこみ、使用済みシリンジの廃棄場所を確認しようとは思わなかった。 シリンジが交換されているものと思いこみ、シリンジの内容の確認を怠った。 医師と技師の間での手順の確認が不十分であった。 ＲＩ薬品注射の明確な手順・マニュアルがなかった。 複数人の注射をまとめて行おうとして、準備や説明に手間取り、現場がバタバタしていた。	・検査に携わる技師と医師で患者氏名、検査伝票、使用するＲＩ薬品の確認を行う。 ・注射をした医師は使用済みシリンジの針を針専用容器に廃棄し、残りのシリンジを廃棄用トレイに置く。 ・ＲＩ医薬品注射が複数人の時は、使用済みシリンジを廃棄し、現患者を廊下へ誘導した後、次の患者を処置室に誘導する。 ・ＲＩ薬品注射が複数ある時でも、患者の前でＲＩ薬品を確認して注射する。 ・マニュアルを作成し、初めてＲＩ検査に携わるものには予め説明する。 ・処置台、処置室の整理整頓を行う。 ・防護トレイを使用せず、使用直前にＲＩ薬品をシールド容器から出して準備する。
【超音波検査】　報告事例なし					

図表Ⅲ－２－13　放射線検査に関連した医療事故の発生状況

	患者間違い	部位間違い	検査間違い	検査準備	造影剤・検査薬	撮影条件	画像処理	機械	患者の観察・管理（※1）	その他	合計
X 線検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CT 検査	0	0	0	0	5	0	0	0	0	2	7
MRI 検査	0	0	0	1（※2）	0	0	0	0	0	0	1
核医学検査	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
超音波検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合　計	0	0	0	2	6	0	0	0	0	2	10

※１　転倒・転落を含む
※２　検査室への磁性体の持込に関連する事例１件を含む

図表Ⅲ－２－14　放射線検査に関連したヒヤリ・ハットの発生状況

	患者間違い	部位間違い	検査間違い	検査準備	造影剤・検査薬	撮影条件	画像処理	機械	患者の観察・管理（※1）	その他	合計
X 線検査	102	127	12	21	10	44	39	8	50	27	440
CT 検査	41	21	11	16	68	19	18	6	15	26	241
MRI 検査	8	8	2	46（※2）	15	1	9	2	9	13	113
核医学検査	7	0	1	5	9	4	3	2	0	6	37
超音波検査	2	0	0	2	1	1	1	0	1	0	8
不　明	21	6	0	1	4	4	11	1	8	3	59
合　計	181	162	26	91	107	73	81	19	83	75	898

※１　転倒・転落を含む
※２　検査室への磁性体の持込に関連する事例 44 件を含む

図表Ⅲ－２－15　ヒヤリ・ハット事例　記述情報（放射線検査）

No.	事例の内容	背景・要因	改善策
【Ｘ線検査　９件】　他類似事例　４３１件			
1	健康管理センター依頼のマンモグラフィー撮影の際、事前登録してある名簿から、名字だけを見て別の受診者を選んで撮影した。また就業時間内にフィルム整理を終わらせることに気をとられ、きちんと名前を確認せずに袋にしまい、健康管理センターに送った。健康管理センターでの事務処理中にフィルムと袋の名前が違っていることに気付き、連絡を受け訂正した。読影前の事務処理中に間違えに気付いて訂正したため、受診者の結果に影響はなかった。	当日の受診予約者が多数であった為、前日に受診者情報を事前登録名簿から選ぶ際の受診者情報の確認不足があった。当日予約している方のみ受診するという思い込みがあり、フィルムをしまう際の確認不足があった。就業時間内に終わらせようとしたための注意力散漫があった。	・今後は、撮影する際に受診者情報を登録する。 ・フィルムを袋にしまう際には、フルネームで再度確認する。
2	救命救急センターＩＣＵの患者３名のポータブル撮影を施行した。いずれも胸部正面臥位の依頼であった。医師、看護師立合いのもと３名の撮影を行った後、ＩＰ（イメージングプレート）を患者ごとに識別するため、依頼票をＩＰのクリップにそれぞれはさみ、画像読取装置にかけた。３人中、２番目と３番目に撮影した患者の画像が逆ではないかと医師より連絡があり、２名の画像を確認したところ、逆に読み取りサーバーに配送していたことが判明した。	救急病棟の看護師と共に二重確認、指差し確認を行っていなかった。撮影終了後、依頼票をＩＰのクリップにつける際に、依頼票の患者名とネームプレート等とを確認をしていなかった。また、患者と依頼票の名前が同一人物と無意識に思いこんでおり、そのまま依頼票をＩＰにつけた。	・ネームプレート・依頼票を見ながらの指差し確認を徹底し、さらに看護師との声だし確認を行う。 ・撮影前だけでなく、ＩＰクリップにつける際にももう一度確認を行う。
3	整形外来より左肋骨２方向の撮影指示があった。撮影時患者本人に確認したところ右肋骨が痛いと訴えあり、触って確認し右肋骨を撮影した。診察ではやはり左肋骨が痛いと訴えがあり、左肋骨を再撮影した。	照射録の確認不足があった。患者との意思疎通がかけていたと考えられる。医師への確認不足があった。	・医師への確認を徹底する。 ・照射録確認の徹底と患者の意見と食い違いがあればカルテと確認する。
4	術後股関節撮影にて殿部の下にカセッテを挿入する際、自分を含めて３人ほどで患者の殿部を上げた。上げ方が不十分だった気がしたが、カセッテを挿入した。挿入時に少し抵抗を感じた時に尿カテーテルを一緒に押してしまいカテーテルが抜けた。	体を充分に上げないでカセッテを挿入した。尿道カテーテルの位置の確認不足。	・カテーテルの位置を確認する。 ・身体を充分に上げてからカセッテを挿入する。
5	小児胸腹部臥位ＡＰの撮影をすべきところ、小児であり器具を用いての撮影となり、立位ＰＡで撮影した。小児用の器具を用いて撮影する時は立位ＰＡで撮影すると思い込んでいた。画像は左右反転し、体位もオーダーと異なってしまった。医師からの指摘で発見された。患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）。	業務手順を遵守していない、オーダー確認を徹底していない。	・業務手順の遵守、オーダー確認の徹底。

No.	事例の内容	背景・要因	改善策
6	撮影した腹部臥位の写真が左右反転で出力され、医師の指摘で気付いた。診察は左右反転していることを認識の上行われ、無事終了となった。その他の画像は担当医師に連絡の上、差し替えを行った。	装置が新規導入され、稼動して間もないこともあり、反転出力に変更された原因は不明。	・業者に確認を依頼。 ・しばらくはマーカーを使用し反転の有無の確認をした。
7	立位の消化管透視を行うため検査台に踏み台を取り付け、外れないことを確認し垂直にした。患者が踏み台に上がると、片側のロックが外れ踏み台が斜めになり１５センチほど下がり床についた。患者は手すりを持っており、技師と看護師がそばにいた為問題なく無事検査を終えた。	踏み台が確実に固定位置に入っていなかったことが考えられる。	・カチッと音がするので、目と耳でしっかり確認するように、取り付けの際に注意を促す文書を掲示した。
8	歩行器使用中の患者を室内に誘導後、検査技師は検査準備のため患者より離れていた。患者が一人で、検査台に上がろうとし、昇降台に右足をぶつけ、裂傷受傷。その後、後方に転倒した。右足裂傷は縫合処置を要したがそれ以外の受傷はなかった。	患者のアセスメント不足による判断ミス。観察・注意力不足。	・身体可動性障害のある患者の検査時は、最初に付き添って臥床を促す。 ・移動の際は患者に介助する旨を伝え、介助できるまで移動を待ってもらうように協力を求める。
9	ＥＤチューブ挿入のため透視装置のウォーミングアップを実施中にＸ線がまだ出力されている間に、医師、看護師、患者が撮影室内に入室し被曝した。撮影室外鍵は施錠され照射中ランプが点いていたにもかかわらず、担当医師が鍵の無い操作室側より入り開錠し撮影室に入った。その時、担当技師は救急患者の撮影に携わっていて不在であった。	医師と技師の連絡不足が原因と思われる。また医師のＸ線管理区域での安全管理の認識不足にも原因があり、操作室側の入口ドアの照射中表示も無かった。	・撮影室の施錠は必ず確認する。 ・操作室側のＸ線発生中の表示方法を分かり易いように改善する。

No.	事例の内容	背景・要因	改善策
【ＣＴ検査　８件】 他類似事例　２３３件			
10	技師３名でＣＴ検査を行っていた。患者本人が病棟の看護師同伴でＣＴ室にきたが、前患者の撮影途中であったため、Ａ技師がＩＤカードだけ預かり、ＣＴ室前で待機してもらっていた。前患者の撮影が終わり、Ｂ技師は患者の画像処理を行っていた。Ａ技師は患者の搬入を行っていたが、その際、預かっていたＩＤカードをＲＩＳ端末のカードリーダーに展開せずに患者搬入を行っていたため、ＲＩＳ端末には前患者のデータが表示されたままだった。Ａ技師とＣ技師の２人で患者の搬入・名前確認を行った。患者本人であることを確認した後、操作卓にいたＢ技師にＩＤカードを渡したが、ＩＤカードを使用せず、ＲＩＳに展開されたままであった前患者のデータをそのままＣＴ装置に登録して検査を開始した。Ａ技師も一緒にその場にいたが、ＣＴ装置の患者登録名は確認していなかった。患者のＣＴ検査終了後に、放射線科医の方から患者の画像が転送されていないと指摘され、確認したところ、前患者名で検査施行をしていたことが判明した。そのため、前患者に送られた画像を削除し、患者本人のデータに書き換え、再送信を行った。	慣れない作業での新人の確認不足があった。	・パソコンで自分の仕事の確認を行なう。 ・ワークシートに自分の仕事内容のチェックをしていき、漏れがないように仕事を行う。
11	ＣＴ検査のオーダで撮影部位は「胸腹骨盤」であったが、「胸部」のみと勘違いし、撮影を終了してしまった。その後医師の指摘で部位間違いに気が付いた。後日患者の都合の良い日に来院していただき、部位間違いをしてしまったことを医師が説明し、再撮影を行った。	確認が不十分であった。	・撮影部位の確認を強化する。 ・検査内容を確実に把握する。 ・同一検査に携わる他職種間で患者名、検査内容、その他の情報を共有する。
12	頭部ＣＴ検査時に転落防止用マジックテープで固定をする。内部で腕などを動かせるスペースは空けておいたが、その際、体と接する面にマジックテープが向いていた。検査中に腕を動かすことで、腕に擦過傷を生じた可能性がある（受傷場所がＣＴ検査中なのかは不明）。	マジックテープの硬い面が内側に向いていた。患者の肌が弱かった。	・マジックテープの硬い面が直接体に当たらないように向きを変更し、部内全体には注意情報を配布した。

No.	事例の内容	背景・要因	改善策
13	造影ＣＴの依頼があり胸部～腹部・骨盤部、下肢の撮影を開始。造影開始・撮影開始の器械操作をしたが、造影剤が注入されないため点検すると、「全量注入」ボタンを押していなかった。一旦停止して、前段階に戻って再度開始したが、十分に造影されていない画像となった。胸部から撮影しなおそうと器械操作をしたが、腹部・骨盤部の撮影になってしまった。この事態を収拾するための器械操作をするつもりが、隣のボタンを押そうと思って「検査終了」ボタンを押してしまい、下肢の撮影をできなかった。造影剤をこれ以上使用することはできないと医師が判断し、結局、胸部と下肢の撮影を断念した。	放射線技師は基本的な器械操作手順を熟知していなかった。間違いに気付きあわてて器械操作を間違えた。器械操作の習得状況を評価されていなかった。	・器械の基本的な操作技術の確認をする。 ・操作手順書、マニュアルを再点検し、周知する。
14	病診連携の患者の造影ＣＴ検査を施行した。造影剤使用前の問診（アレルギーの有無を含む）を行い、問題が無いことを確認した。造影前のライン確保を常勤内科医師に依頼し穿刺を行った。この時医師から患者へアルコール綿の使用についての問診の有無は不明である。ライン確保の難しい患者であったため、４回の穿刺で静脈の確保ができた。この間すべてアルコール綿を使用した。造影検査中及び検査後に患者に容態の確認を行ったが特に問題なかった。検査後、ラインの抜去は外来の看護師が行ったが、この時の患者へのアルコール綿使用についての問診の有無は不明である。ブラッド絆を４箇所貼付附したが、確保できなかった３箇所は軽い内出血の状態であり、腫れの確認はできなかった。患者が帰宅後、患者家族から「初診の申し込みでアルコール綿にアレルギーがあると書いたのに、事務から看護師に伝わっていないのはどういうことか」との電話があり、患者がアルコール禁であることが判明した。電話があった時の患者の状態は穿刺部位の腫れがあったとのことであった。	来院時に患者が診察申込書に「アルコール禁」と記載したにもかかわらず、事務から現場へ口頭で伝わる仕組みが無かった。検査前に患者に行った造影剤の問診では薬物アレルギー無しに丸をつけていた。担当した検査技師が、患者に対しアルコールに対するアレルギーの有無のチェックを行わなかった。	・患者の自宅からの報告であったため、患者に対する処置は行っていない（患者とは電話をしているが連絡が取れない）。 ・今後は、受付時の申込書にアレルギー歴を書かれた場合には、事務から現場に口頭で伝わる仕組みをつくる。 ・造影検査時は担当する検査技師が患者にアルコールに対するアレルギーの有無をあらかじめ聞き、アレルギーがある場合はアルコール綿を片付ける。 ・「アルコール禁」と書かれた札を穿刺キット内に用意する。

No.	事例の内容	背景・要因	改善策
15	体幹部のＣＴ造影検査の際、右腕の肘静脈から造影剤を注入した。インジェクターのセンサーに変化はなくそのまま投与し、検査を終了した。その後診断医から画像上で造影されていないことを指摘された。診断医とともに患者の容態を見たところ、右腕上腕が腫れていることを確認した。患者から痛みがないとのことで、診断医の判断で経過観察とした。患者には、検査で造影剤が漏れ、腕が腫れたことを説明し、後日主治医の判断で再撮影の可能性があることを知らせた。	ＣＴ造影検査時の造影剤注入状況確認不十分。	・造影後の画像確認の徹底する。 ・注入圧の確認する。 ・放射線技師は画像の撮影範囲、造影の有無を確認する。 ・看護師は患者の容態、状態、造影剤注射箇所を観察する。
16	血管造影検査中のＣＴ撮影があった。ＣＴ撮影の際にスキャンを途中で中断する事態に陥り、スキャンを停止させた。事態を確認するため放射線技師および医師が検査室内に入ったが、実際は操作ミスによりスキャンが停止されておらずそのままスキャンをした。	検査室内にいた放射線技師および医師はプロテクターを着用していたが、患者に無用な被ばくを与えた。ミススキャン後、再度確認して、ＣＴ撮影を行った。	・停止すると照射ランプが消えるため、スキャン停止時時には消えたことの確認を行う。
17	ＣＴ造影検査の入院患者は看護師・家族と共に受付にきた。同意書と禁忌のコメントが無いことに気付かず受付をし案内した。検査終了の頃コメントの有無を確認していないことに気付き依頼表を確認したが無かったため、ＣＴ担当者に連絡した。同意書は看護師が持参していた。	確認が不十分であった。緊張していた。受付をする前に患者が看護師に「体がふらつくのになぜ車椅子に乗せないのだ！」と怒鳴っていたためそちらに気をとられてしまった。	・確認する。
【ＭＲＩ検査　５件】 他類似事例　１０８件			
18	ＭＲＩの患者の「造影検査説明同意書」のインプリンターが別人の名前であった。看護師が患者に確認すると、外来受診終了後、ファイルに本人の受診カードと他の患者のカードの２枚が入っており、受付事務に伝えた。自宅に帰って説明同意書の名前が違うことに気付いたので、×をつけて持ってきたとのことであった。	泌尿器科受付に連絡した。本人確認はできたので検査はそのまま行った。	不明。

No.	事例の内容	背景・要因	改善策
19	股関節ダイナミックＭＲＩの撮影において左股関節を撮影すべきところ、右股関節を撮影してした。過去の画像を閲覧し数日前に右股関節を撮影しており、フォロー撮影と思い込んだ。オーダーのコメント欄に左股関節と指示があったが縮小表示の際オーダー画面をスクロールしないと見えない最終行に記載されており見落とした。主治医の指摘で分かった。患者への実害はなかった (何らかの影響を与えた可能性は否定できない)。	オーダーを全画面表示で確認するというルールが不明確であった。検査前患者に確認していなかった。	・オーダーは全画面表示で確認する。 ・オーダーのコメント欄は必ず確認する。
20	患者確認し、胸部Ｘ－Ｐ撮影後にＭＲＩ検査を行なう。ＭＲＩ検査チェック用紙でチェックし、検査を始めた。Locator（位置決め画像）撮影時､アーチファクトがあるため患者の身体を確認したところエレキバンの取り忘れがあった。エレキバンを外し、検査を続行した。障害は発生しなかった。	救急センターでは、患者の着ているものから病院の検査着に着替えて身体に湿布剤等が貼付してないか、念入りにチェックしているが、このときは分かりにくかった。	・看護師は更衣のときに十分に確認をする。
21	意識レベルが低下している入院患者の頭部ＭＲＩ検査で、位置決め画像を撮影後に左眼眼窩内付近に金属アーチファクトが見つかり、外部観察を行ったが金属は身につけておらず、頭蓋内に金属があることが判明し検査を中止した。患者には影響がなかった。	ＭＲＩの事前チェック表で金属の確認を行ったが意識レベルの低下している患者の体内の金属チェックは十分出来なかった。	・効果的な対策は難しいかと思われるため、確認した時点で速やかに検査を中止する。
22	ＭＲＩ検査前、問診表のチェック項目の見逃しにより、補聴器を撮影室に入れてしまい同機械を破損させてしまった。	急ぎの臨時検査が数件重なった為、検査を急いでしまった。	・余裕を持った検査の出来る環境の整備。
【核医学検査　　２件】　他類似事例　３５件			
23	肝シンチで、前の患者を撮影した状態で、次の患者の位置合わせをしたため、収集する検出器が逆になった。検査中に気付き、元に戻し撮影した。ダイナミック画像が撮影できなかったため、計算ソフトが使用できず手計算の報告書となった。	前の患者を撮影した状態で、そのまま次の患者を寝台に寝かし位置あわせをした。	・検出器の確認徹底。 ・検出終了時はホームポジションのボタンを押して検出器位置初期状態にもどす。 ・検出器の間違いを極力減らすためにテープを貼り、「１」と「２」の区別を明確にする。 ・片側の検出器収集であったが両側の検出器で撮影する機能に変更する。
24	ＲＩ検査予定だった患者の放射性同位元素の発注忘れに気付き、検査は中止となってしまった。	検査前日の薬の発注業務手順、仕組みに問題があった。検査前日の業務マニュアルが無かった。	・検査予約票に薬の発注チェック項目を追加し二重チェックする。

No.	事例の内容	背景・要因	改善策
【超音波検査　　３件】　他類似事例　　５件			
25	１週間、脳槽シンチ検査後の患者のオムツが回収予定であったため廃棄物容器にはＲＩ回収中の表示がされていた。最終日、廃棄物容器を開けてみると空になっているのを発見した。業者が通常経路で回収してしまっていた。オムツを探したところ廃棄物保管庫にて確認した。ＲＩオムツの可能性があるものと判断し全ての袋をＲＩ室にて半減期期間保管する事となった。	不明。	不明。
26	ＵＧＩの検査が予定されていたが、２時間早く施行した。終了後、患者より、本日エコーが入っていると聞かされた。バリウムを飲んだ為、腹部エコーが出来なくなり、主治医に連絡。本日のエコーは中止になった。	予約制の検査を予約時間外で行う場合、主治医に確認後、実施するよう徹底する。	・予約の検査を時間前に行う時は、他の検査の有無を確認後行う。
27	患者は、癌の多発転移による腹部・腰部・背部痛があり、デュロテップＭＴパッチ　６．３mg（４．２mg １枚と２．１mg １枚）を貼付していた。担当医は、患者が数日間発作性胸痛を訴えたため、循環器内科を紹介した。循環器内科医師は、心エコー検査をする際、デュロテップＭＴパッチが左胸部に貼られているのを見て、検査の妨げになると思い、左胸部から剥がし、右胸部へそのままの状態で貼付した。患者は、心エコー検査を終え病室に帰室した。病棟担当看護師が、フランドルテープを張り替えるため訪室した際患者から心エコー検査時に医師がデュロテップＭＴパッチを剥がして反対の胸に張り替えたとの報告を受けた。病棟担当看護師は、デュロテップＭＴパッチが、患者のどこにも貼付されていないことに気づき、心エコー室に電話連絡したが誰もいなかったため、直接心エコー室に行き、機器周辺を捜したところ、心エコーを行うベッド脇のゴミ箱からデュロテップＭＴパッチを発見した。	デュロテップＭＴパッチは、一度剥がすと粘着力が弱まり、再貼付しても剥がれやすい。一度剥がしたデュロテップＭＴパッチの再貼付の統一した方法がない。デュロテップＭＴパッチは、薬剤名が薄くシートに印字されているが、麻薬の表示がないため、麻薬とはわかりにくく、間違って一般ゴミとして処理された。剥がれたデュロテップＭＴパッチは、心電図の電極と似ており、暗い心エコー室の中では見分けがつきにくい。病棟担当看護師は、デュロテップＭＴパッチが貼付されていることを循環器内科医師に伝えず、循環器内科医師もデュロテップＭＴパッチを張り替えたことを病棟担当看護師に伝えなかった。	・一度剥がしたデュロテップＭＴパッチは再貼付せず、新たなデュロテップＭＴパッチを貼付する。 ・デュロテップＭＴパッチが、麻薬であることがわかるよう麻シール（麻は赤字で赤○で囲ってある）をデュロテップＭＴパッチを貼付した表面に貼る。 ・医師、看護師は、患者状態や症状、使用薬剤等のコミュニケーションを図る。 ・看護師は、デュロテップＭＴパッチが検査、治療の妨げになると考えた場合、事前に張り替えを行う。

No.	事例の内容	背景・要因	改善策
【不明　　２件】　他類似事例　　５７件			
28	セカンドオピニオンに伴う検査画像をＣＤに書き込む際、他の患者のデータも一緒に書き込んでしまった。紹介先の病院より問い合わせで事故が発覚した。　紹介先の病院に謝罪し、ＣＤの破棄をしてもらった。	ＣＤ作成時の確認不足があった。ＯＳのバージョンアップに伴い、放射線科内のＰＣで確認作業が出来なかった。	・ＣＤ作成時・作成後の確認作業を徹底する。 ・ＣＤ作成業務に携わるスタッフへ注意を促した。
29	撮影室（更衣室）に患者を呼びいれ、その間にファイルと電子カルテとＣＲにて、２人で患者確認を行っていた。その間に患者が更衣室から撮影室に入るドアを開けて入ったが、その時に指を挟んだ。ドアが閉まる音がしたので、撮影室に入ると、患者がうずくまっていたので、声をかけたら指を押さえており、出血していた。	不明。	・患者入室、退室の際にも声をかけるようにする。 ・患者観察のよりいっそうの徹底を図り、再発防止に努める。

【3】皮下用ポート及びカテーテル(注) の断裂に関連した医療事故

（1）発生状況

中心静脈カテーテル挿入中の患者において、血管内でカテーテルの断裂が起きた事例が事業開始から１１件報告された。報告された１１件のうち皮下用ポート及びカテーテルを使用していた事例は１０件であり、末梢静脈挿入式中心静脈用カテーテルを使用していた事例は１件であった。

本報告書では、皮下用ポート及びカテーテルを使用していた事例１０件について分析を行った。

（2）事例概要

皮下用ポート及びカテーテル挿入中の患者において、血管内でカテーテルの断裂が起きたことにより、医療事故に至った事例１０件の概要を以下に示す。

事例１

患者は、タンパク漏出性胃腸症あり、小児科でフォローしており、２週間に１回定期的に入院し、高カロリー輸液、アルブミン、脂肪製剤の補充を行っていた。入院した日の夜、患者は右鎖骨下周囲に痛みがあり、チューブ類（バードＸポート isp）の破損が疑われた。翌日小児外科医とともに診察し、鎖骨周囲の点滴漏れと判断した。レントゲンにて先端を確認した後、近日中に埋め込み型中心静脈カテーテルの入れ替え術の予定となった。入院６日後に全身麻酔下で左に埋め込み型中心静脈カテーテルを留置し、右の埋め込み型中心静脈カテーテルを抜去した。抜去したチューブの先端約４cm がなく、レントゲンにて左の肺動脈に先端があることを確認した。入院翌日のレントゲン写真を見直したところ、既に先端が破損していることが判明した。父親に状況を説明し同意を得た後、引き続き心臓カテーテルにて異物除去を行った。カテーテルの先端の破損は鎖骨と肋骨の機械的な摩擦によるものと考えられること、入院翌日の時点でも既に先端が破損していたことを患者に説明した。

今回のカテーテル切断はカテーテルピンチオフ現象によるものと考えられた。本事象は鎖骨下静脈より中心静脈カテーテルを穿刺挿入した場合に、鎖骨下組織によるカテーテル断裂に至る合併症である（断裂したカテーテルを製造メーカーに精査してもらい合併症と判明した）。症状（姿勢による点滴ルート閉塞など）や定期的レントゲン検査で早期発見、対応が可能であるが、主治医である小児科医は今回の合併症について認識がなかったため、対応が遅れカテーテル断裂に至って可能性がある。

（注）皮下用ポート及びカテーテルは、カテーテル医薬品注入ポート、注入用埋め込みポート、皮下用ポート、埋め込みポート、皮下用ポートカテーテルなどとも呼ばれる。

事例２

化学療法目的に左鎖骨下静脈よりＣＶポート（バードＸポート isp）を挿入した。以後ＦＥＣ３コース＋ＤＯＣ４コース施行。化学療法終了しポート除去した。６ヶ月後、外科外来処置室にて局所麻酔下にポート除去したところカテーテルが先端から１１．５cm の位置で断裂していることが発覚した。胸部ＸＰ、ＣＴで先端が右心腔に迷入していることを確認した。当患者はすでに以前から体位により滴下不良があり胸部ＸＰにて鎖骨付近でカテーテルが屈曲している可能性が指摘されていた。術後補助化学療法目的でありポート使用予定期間が半年程度であったため体位を工夫してそのまま使用していた。

事例３

外来化学療法のため、右鎖骨下静脈よりＣＶポート（ＢＡＲＤ社製）留置を施行し、外来ではＣＶポートに伴うトラブルなく点滴治療が行われ経過していた。再入院した際の胸部Ｘ線写真ではＣＶポート、カテーテルに異常は認められなかった。経口抗癌剤に治療変更となり、退院後はＣＶポートを使用しなかった。その１ヶ月後、化学療法効果判定のための胸～腹部ＣＴの撮影を行った。同日、読影した放射線科医より「カテーテルの離断があり右房内に落ち込んでいる」との連絡を受け、胸部Ｘ線写真でカテーテル離断を再確認し、放射線科医によって、右大腿静脈からカテーテルを用いて離断したカテーテルの摘出が行われた。手技に伴う合併症なく終了し、経過観察目的に入院した。

ＣＶポートは再度使用する可能性があり、耐用年数もまだかなりあるため（約２年）留置していた。

事例４

中心静脈栄養用埋込型カテーテル（Ｐ－Ｕセルサイトポート）を留置、その後、定期的に外来通院し点滴治療していた。約２年２ヵ月後、点滴開始直後よりポート部の痛みあり、３０分後ポート周囲が腫脹していたため中止、アクリノール湿布し帰宅させ翌日受診するよう伝えた。翌日は腫脹なし、ポート部の造影を実施したところ皮下の造影剤の漏れが有り、透視で遊離したカテーテルが上大静脈（ＳＶＣ）にあることが分かった。循環器科医師により大腿静脈より経静脈的にアンプラッツグースネックスネアにてカテーテルを抜去した。

鎖骨下静脈からの刺入であり患者の上肢の動きによるカテーテルの折れ曲がりがあった。
平成１６年度より同種のカテーテルによる同様の切断事例が発生しており、今回で５件目。メーカーも事故を受け、折れ曲がりにくい耐キンクチューブを追加する等改良を行い、また当院では平成１７年末より他のメーカーの製品の使用も開始されていた。しかし今回事故のカテーテルはそれ以前に留置されたものであった。

滴下不良等異常のあった当日に、速やかにＸ－Ｐで確認しなかった。

事例５

定期的化学療法を行うことになったため､手術室にて右鎖骨下に皮下用ポート（バードＸポートisp）を挿入し化学療法を行い退院した。１ヵ月後の化学療法入院の際、ポートを使って治療をしようとしたが、ポート穿刺で血液逆流が確認できなかったため、別ルートを確保して治療を行った。次回の入院でポートの入替えを計画した。さらに１ヵ月後、皮下用ＣＶポートの入替えを手術室で行った。手術中、旧のポートカテーテルが切断していることが分かり、切れた先端をＸ線上心臓内で発見した。手術終了後、カテーテル先端（約７cm）は、心臓カテーテルにて摘出できた。

これまで皮下用ＣＶポートでの類似事例経験がなく、ポートの異常に気づいた時点では、添付文書に記載されている合併症を予想して対応していなかった。

事例６

大腸がん術後補助化学療法目的で左鎖骨下静脈からカテーテルおよびポート（メディコン社）を留置した。化学療法の続行は患者自宅近くの病院で施行した。１０ヵ月後、経過観察のＣＴ検査目的で当院に来院した際、カテーテルが離断し、肺動脈に迷入しているのが発見された。患者は約１週前に胸が痛くなったことがあったが、すぐに軽快したのでそのまま様子をみていた。患者･家族には、原因はわからないがカテーテルがポート接続部から２cmの部位で離断し、肺動脈に流れていることを説明し、緊急で血管造影下にカテーテル抜去を施行した。

化学療法用の留置カテーテルの断裂・迷入は当院では初めての事例である。断裂カテーテルをアメリカの本社に送り、原因を調査依頼した。

事例７

中心静脈ポート挿入　問題なく経過していた。１ヵ月後､化学療法のため中心静脈ポート（ＢＡＲＤグローションカテーテル）にコアレスニードルを刺入し、生食注入を開始時抵抗があり、患者も痛みを訴えた。刺入部位から生食が漏れており、抜針し、ＣＴとＸ線でカテーテルの断裂が判明した。

カテーテルが鎖骨と第一肋骨の間にある鎖骨下静脈に留置されており、これは通常の経路であるが、この空間が狭く、両骨に挟まれることによりカテーテルに外力がかかり、結果として断裂した。

事例８

看護師がポート部のＹガーゼが濡れており、ポート（バードＸポート isp）部の針の刺入部からも点滴液が漏れているのを発見した。ポート部から鎖骨側に腫脹もあり、点滴を中止した。アンギオ室で確認したところカテーテルがポート部から逸脱し血管内遊離していることがわかったため、循環器医師に依頼、経静脈的に速やかに回収された。

以前にも他のメーカーのカテーテル使用時同様の事例が数例発生、昨年度より新しく留置する患者には現在のメーカーのものを使用していた。今回の事例は変更後の物であった。回収したカテーテルやポートについてメーカーに調査依頼している。

事例９

化学療法のため左鎖骨下静脈より中心静脈カテーテルリザーバーを留置した。（ＭＲＩポート、バード社：グローションカテーテル）以後化学療法のため計１２回使用した。挿入８ヵ月後の胸部Ｘ線写真にてカテーテル・ピンチオフの所見は見られなかった。挿入９ヶ月後、滴下不良を認めカテーテル除去予定を計画した。その後、発熱により入院となる。胸部ＸＰにてカテーテルの断裂を認め断裂したカテーテルをＩＶＲ（血管内異物除去術）にて摘出（先端から１０cm で断裂していた）した。メーカーへも情報提供をした。

事例１０

患者は、左乳癌手術後、リンパ節転移陽性のため術後補助化学療法をすすめられ当科紹介となり、術後補助化学療法を開始した。当初、末梢から行っていたが、確保が困難となったため、右鎖骨下静脈より中心静脈カテーテルリザーバーを留置し、化学療法を継続、１ヶ月で完遂した。以降、アロマターゼインヒビター内服で９０日毎に外来で経過観察されていた。中心静脈カテーテルからの化学療法終了６ヵ月後、外来受診時にリザーバーをフラッシュしたところ右前胸部の疼痛を訴え、胸部レントゲンを撮影したところ、カテーテルが断裂、その先端が右肺内にあることが判明した。自覚症状や理学所見上の異常や、血液検査上の異常もなかったが、放置によって重大な合併症が起こりうることが懸念されたため、放射線科でカテーテルインターベンションによって摘出した。

留置したカテーテルの先端が、鎖骨と肋骨に挟まれてちぎれてしまい、心臓を通って肺の中に入ってしまったと考えられる。

（3）皮下用ポート及びカテーテルについて

経皮的に繰り返し薬液投与等を行うために、がん患者等に対して使用されている。完全に体内に埋め込まれた状態で使用されるポート及びカテーテルと、薬液を注入するための針及び付属品から構成されている。使用にあたり、典型的な合併症や不具合としては、静脈血栓、ポートの感染、血管外への逸脱、ピンチオフ･シンドローム、カテーテルの離断、位置の移動、閉塞、漏出等が報告されている。また、そのような事態を示す兆候として、血液の吸引困難、薬液の注入に抵抗があること、胸部の腫脹、注入時の疼痛などが報告されている。

（4）カテーテル・ピンチオフについて

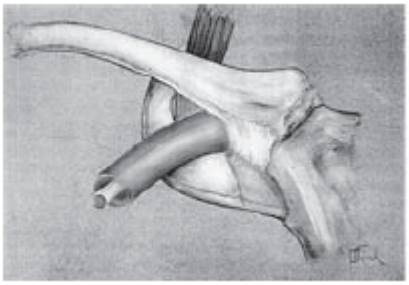
留置状態によって、カテーテルを鎖骨と第一肋骨の間に挟み込んでしまったために生じるカテーテルの閉塞及び損傷を言う（添付文書参照）。添付文書には、操作方法及び使用方法として、正しい挿入状態や、ピンチオフを生じる挿入状態に関する解説が掲載されている。

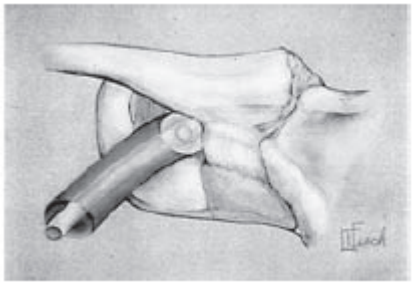
ピンチオフが生じた場合の解消には、カテーテルを抜去することが報告されている。

カテーテルの破損機転は、必ずしもカテーテル・ピンチオフによるものばかりではないことが報告されているが、本テーマでは、その中でも実際にカテーテル・ピンチオフによる、あるいは、それによることが疑われる医療事故について取りまとめた。

≪正しい挿入状態≫添付文書　一部抜粋

正しい挿入状態
鎖骨と第一肋骨の間にカテーテルが直接挟まることがなく、プレッシャーがかからない。





（5）カテーテル・ピンチオフにおける合併症

皮下用ポート及びカテーテルにおける合併症は、感染、血栓、肺塞栓などの報告がある。カテーテル・ピンチオフの合併症の発生頻度は０．２～２．０％との文献もあり、発生は稀であるが、離断したカテーテルの先端が、血管内に迷入し、敗血症、不整脈、血栓形成、心穿孔などの２次的合併症を起こす可能性がある。

（6）カテーテル・ピンチオフへ対する処置

カテーテルが断裂した場合、その先端は解剖学上、上大静脈→右心房→右心室→肺動脈と移動する可能性がある。

カテーテルインターベンションにより、離断したカテーテルを回収することが困難な場合、開胸術、開心術によりカテーテルを回収するか、あえて外科的にカテーテルを抜去する必要はないか、状況に応じて選択することになる。

（7）本事業に報告されたカテーテル・ピンチオフの発生状況について

本事業に報告された１０件の医療事故事例において、カテーテルの挿入経路、カテーテル・ピンチオフの兆候、カテーテル切断後の影響などについて分析した（図表Ⅲ－２―１６）。

カテーテルの挿入経路は鎖骨下静脈がほとんどであったが、カテーテルを挿入した際、どの方向からアプローチしたか、ということは不明である。次に、カテーテル・ピンチオフの兆候として、挿入部位や胸や鎖骨下などの痛みが５件と多く、次に点滴滴下不良３件、ポートの挿入部の腫脹や点滴の

図表Ⅲ－２－16　カテーテル・ピンチオフの発生状況

事例番号	報告年	病　　名	留置の目的	留置部位	留置期間
事例１	2010	タンパク漏出性胃潰瘍	中心静脈栄養法	右鎖骨下静脈	約 11 カ月
事例２	2010	乳癌術後	化学療法	左鎖骨下静脈	約６カ月
事例３	2006	胃癌	化学療法	右鎖骨下静脈	約２年
事例４	2007	食道癌術後	中心静脈栄養法	鎖骨下静脈	約２年半
事例５	2007	肝腫瘍	化学療法	右鎖骨下静脈	約１カ月
事例６	2008	大腸癌術後	化学療法	左鎖骨下静脈	約 10 カ月
事例７	2008	肺癌	化学療法	鎖骨下静脈	約１カ月
事例８	2008	大腸癌ターミナル	中心静脈栄養法 化学療法	不明	不明
事例９	2008	乳癌術後	化学療法	左鎖骨下静脈	約１年
事例１０	2009	乳癌術後	化学療法	右鎖骨下静脈	約７カ月

漏れ２件、血液の逆流を確認できない１件であった（複数記述あり）。カテーテルの迷入部位は上大静脈、右心房、右心室、肺動脈、右肺内など報告されている。９件のほとんどがカテーテルインターベンションで断裂部の回収を行っている。

また、添付文書において、以下の兆候が示されているとともに、ピンチオフの重症度を評価するよう記載されている。なお、放射線学的特長については、（参考）グレート分類[3)]をご参考にしていただきたい。

≪カテーテル・ピンチオフの兆候≫添付文書　一部抜粋

＜臨床的なもの＞
・血液の吸引が難しい。
・注入に抵抗感がある。
・輸血や血液吸引に体位の変更が必要な場合。
＜放射線学的特長＞
・胸部Ｘ線像のグレード１あるいは２の変形。

断裂の兆候	兆候への対応	迷入部位	処　　置
右鎖骨下の痛み	レントゲン	左肺動脈	カテーテルインターベンションによる断裂部回収
体位による滴下不良	レントゲン	右心腔	不明
なし	ＣＴ	右房内	カテーテルインターベンションによる断裂部回収
滴下不良 ポート部の痛み、腫脹	透視検査で断裂を発見	上大静脈	カテーテルインターベンションによる断裂部回収
血液逆流が確認できない	別ルートで対応	心臓内	カテーテルインターベンションによる断裂部回収
胸の痛み	なし（経過観察のＣＴで発見）	肺動脈	カテーテルインターベンションによる断裂部回収
注入時の抵抗	レントゲンおよびＣＴ	不明	カテーテルインターベンションによる断裂部回収
点滴の漏れ 鎖骨部の腫脹	血管造影	血管内	カテーテルインターベンションによる断裂部回収
滴下不良	レントゲン	血管内	カテーテルインターベンションによる断裂部回収
注入時の痛み	レントゲン	右肺内	カテーテルインターベンションによる断裂部回収

（参考）グレード分類（Hinke ら）

グレード	重　傷　度	推奨する対策
グレード 0	変形無し	何もしない。
グレード 1	カテーテル内腔の狭窄はないが、変形が認められた。	ピンチオフが進行していないか１～３ヶ月に一回、胸部Ｘ線撮影を行う。
グレード 2	カテーテル内腔の狭窄があり、変形が認められた。	カテーテルの抜去を考慮する。
グレード 3	カテーテルが破損もしくは離断した。	ただちにカテーテルを抜去する。

（８）当該事例が発生した医療機関の改善策について

１）鎖骨下静脈より中心静脈カテーテルを穿刺挿入する場合は、本合併症が生じにくい鎖骨正中より外側を穿刺するよう留意する。

２）症状に注意し、定期的にレントゲン検査を実施し、カテーテル・ピンチオフの可能性がある症例に対しては、入れ替えなどの早期対応を検討する。
なお､文献的には、有効な予防策のひとつとして内頚静脈経由でカテーテルを挿入することや、鎖骨上の経路で鎖骨下静脈を穿刺することを勧める報告もある。

（９）まとめ

皮下用ポート及びカテーテルは中心静脈栄養法や化学療法を長期的継続的に行うため使用されている。中心静脈栄養法において皮下用ポート及びカテーテルを使用することは、継続的に在宅を中心として治療を受ける患者のＱＯＬ改善のためにも有用である。また、化学療法において皮下用ポート及びカテーテルを使用することは、末梢静脈から点滴を注入する際に生じる末梢血管の炎症や点滴漏れによる皮膚潰瘍の発生などを減少させることができ、患者が安楽に治療を受けられる有用な手段である（参考:本事業に報告された化学療法時の末梢点滴漏れの事例は平成２１年１４件の報告があった)。

一方で、カテーテル・ピンチオフなどの合併症はカテーテルインターベーションによる回収など、患者に影響を与えるものである。

報告された事例から、鎖骨下静脈より皮下用ポート及びカテーテルを挿入、留置する場合は、ピンチオフ現象が生じる危険性を念頭において継続的に定期的にレントゲン検査をするなど管理する必要があることを各診療科で確認し周知することの必要性が示唆された。

（参考）　医療機器の使用による健康被害やそのおそれのある事象を報告することのできる制度として、薬事法第７７条の四の二に基づく医薬品・医療機器安全性情報報告制度による報告や、医療機器企業等が収集する不具合等の情報収集活動がある。

（10）参考文献

１）バードＸ－ポート isp（クロノフレックスカテーテルタイプ）添付文書 . 株式会社メディコン , ２００８年９月（新様式第２版）.

２）バードＸ－ポート isp（グローションカテーテルタイプ）添付文書 . 株式会社メディコン , ２０１０年９月（第１０版）.

３）Hinke,D.H;Zandt-Stastny,D.A;Goodman,L.R.;et al.Pinch-off syndrome:A complication of implantable subclavian venous access devices. Radiology 177:353-356,1990.

【４】注射器に分割した輸血に関連した医療事故

（１）発生状況

小児患者へ輸血を使用する際に、輸血バッグから注射器に分割したことに関連した事例が平成２２年１月１日～３月３１日において１件報告された。本事業開始から平成２１年１２月３１日までに報告された類似の事例は２件であった。

（２）事例概要

小児患者へ輸血を使用する際に、輸血バッグから注射器に分割したことに関連した事例３件の概要を以下に示す。

事例１

【内容】

主治医は、８桁の製造番号を注射器に貼付するラベル用シールに転記する際、誤って下２桁を入れ替えて記載した。チェックした別の医師は、転記ミスに気付かず輸血の指示を出した。

看護師が輸血を実施する際、輸血供給票の番号と転記された注射器のシールの番号が異なることに気付き、主治医に確認を取った。今回の転記ミスは下２桁の入れ違いという単純なもので、他の患者への輸血製剤を取り違えたという可能性はないものと考え、主治医は輸血の実施を指示した。

【背景・要因】

・ＮＩＣＵ（新生児集中治療部）で輸血を要する児の多くは体重が１kg に満たない小さな児であり、通常の１回輸血量は１０mL 未満、時には５mL 以下ということも稀ではない。
・日赤から供給される量が多いため、そのほとんどを廃棄せざるを得ない。また、超早産児などの場合、数日の間に輸血を反復せざるを得ないことも多く、ドナー数を減じ、輸血のリスクを軽減する目的で、日赤から供給されたＭＡＰ血を分割し、複数回にわたり使用するという方法をとっている。
・分割作業は当院輸血部によって実施している。
・ＭＡＰ輸血バッグには（通常の使用では不足することのない）複数枚の製造番号ラベルが付いている。しかし、例えば３つのバッグに分割する場合、ＮＩＣＵに供給されるバッグには製造番号ラベルは分割用ラベルに１枚付されているのみである。
・輸血部に残されるバッグに他のラベルは残されているが、これは、クロスマッチなどに使用される。このため、ＮＩＣＵでバッグ内の血液を注射器に移し替えて投与する場合は、ラベルを手書きで転記するという作業を行っていた。
・加えてＮＩＣＵでは循環器系への影響を最小限にするためできるだけ輸血速度を遅くし、時間をかけて行っているが、血液を長時間放置するのは、感染の問題から避けるべきであり、１本の注射器の輸血時間を定めている。このため、ＭＡＰ血を輸血する場合は２本以上の注射器に分注して投与しているため、転記の回数が最低２回以上となり、予備の注射器を１～２本作っておくため、さらに＋αの転記が必要となる。

事例２

【内容】

患者Ａ（Ｏ型）・患者Ｂ（Ａ型）にＭＡＰオーダーがあり、ほぼ同時刻に各ＭＡＰについて医師と看護師がダブルチェックし注射準備台を別々にして５０mL の注射器に分割、それぞれ受け持ち看護師が準備した。患者 A、B とも１本目は医師と看護師がベッドサイドでダブルチェックし、シリンジポンプを使用しほぼ同時刻に開始した。 患者Ａ（Ｏ型）の血液１本目が終了したポンプのアラームに気付いたリーダー看護師（それぞれの受け持ち看護師とは別の看護師）は、ライン内に空気が入っていたので、注射準備室に準備してあった患者Ｂの血液（Ａ型）を患者Ａの血液と思い込み、注射器１本を取り、患者Ａの受け持ち看護師に渡し、受け持ち看護師は受け取ったシリンジを確認せずポンプに追加した。患者Ｂの受け持ち看護師は、患者Ｂの輸血が終了した際投与量１２０mL であるはずが、ポンプの積算量が７０mL しかないことに疑問を持ち、ごみ箱に捨てられた使用後の注射器を確認し、患者Ｂ（Ａ型）の血液が患者Ａ（Ｏ型）に投与された可能性が高いことに気づいた。その対応中に患者Ａに血尿が見られ、異型輸血に気付いた。その後、大量輸液、ハプトグロビン、ＦＯＹ投与により、患者の状態は改善した。

【背景・要因】

・小児科では、ＣＶラインから輸血することが多く、チューブが細く自然滴下できないため、注射器に分割してシリンジポンプで輸血をしている。
・最初の分割した１本目の輸血実施時は医師と看護師がベッドサイドでダブルチェックしたが２本目以降の交換時は看護師が一人で確認し実施していた。
・医師が多忙という理由で、ダブルチェックをするという認識が医師も看護師も希薄であった。
・分割した注射器に割付表を貼って準備した血液を区別しているが、数本に分けて準備をした場合、バーコードが記載されているのは１本目の割付表だけである為、ＰＤＡ（照合システム）を使用しての患者確認が出来ない。
・輸血を注射器に分割し投与する場合の輸血伝票への実施記載の取り決めが周知徹底していなかった。
・病棟全体でＰＤＡの活用が徹底されていなかった。
・分割した注射器を渡したリーダー看護師は信頼している先輩看護師だったので受け持ち看護師は注射器の患者氏名、血液型を確認しなくても大丈夫だと思い、確認を省略した。

事例３

【内容】

輸血保冷庫には当該患者ＡのＡＢ型Rh（＋）の濃厚赤血球と、他科の患者Ｂ（異姓同名）のＡ型Ｒｈ（＋）の濃厚赤血球が注射器に入れて保存されていた。医師より、保冷庫に入っている濃厚赤血球を患者Ａに輸血するよう口頭指示があった。指示を受けた担当看護師は保冷庫より注射器を取り出し施行した。２時間後、副作用もなく終了した。その後リーダー看護師が保冷庫の中の輸血を確認したところ、患者ＢのＡ型の注射器が１本なくなっていることに気付き、ＡＢ型の患者にＡ型濃厚赤血球を施行したことが判明した。

【背景・要因】

・患者の名前が同じであり、ともに氏名の記載がカタカナであった。
・小児の輸血は注射器に分割して行うという思い込みがあった。

（３）事故の発生経過について

本事業に報告された、注射器に分割した輸血に関連した事例は、３件とも注射器に、患者の氏名を明記しているものであった。（事例１）は注射器に氏名と製造番号を転記する際に製造番号を間違えたが、患者に実施する際の確認で、間違いに気付いた事例である。（事例２）は輸血を複数の注射器に準備し実施した際に、１本目はルールに従って確認したものの、２本目に交換する際に確認を怠った事例である。当該事例では、注射器に貼付するラベルのバーコードは１枚目のみであり、複数の注射器に分割することが前提のシステムやルールになっていないことがうかがわれる。（事例３）は保冷庫に２人の患者の輸血が注射器に分割して準備されていた状況において、注射器に準備された輸血は当該患者のもののみである、という思い込みでカタカナ表記された異姓同名患者の輸血を間違って使用している。事例１～３の間違いの場面とその内容を図表Ⅲ－２－１７に示す。

図表Ⅲ－２－17

事　例	輸血の準備状態	間違いの場面	間違いの内容
事例１	注射器へ分割	注射器のラベル作成時（転記）	８桁の製造番号の下２桁
事例２	注射器へ分割	２本目の注射器への交換時	注射器に分割準備した他の患者（異型）の血液
事例３	注射器へ分割	輸血の実施時	注射器に分割準備された異姓同名の他の患者（異型）の血液

これらの事例は、輸血を注射器に分割準備する際に、以下の要因があると考えられる。

１）手書きでラベルを作成することや、製造番号を転記することなど、医療者の間違いを誘発しやすい行為を必要した業務手順であること。
２）複数の注射器に準備した場合、すべての注射器に同じ情報を付与できるラベルではなかったこと。
３）複数の注射器に準備した場合、実施の際にどの注射器に対しても、同じ確認を行うシステムにしていなかったこと。

（4）小児患者の輸血に対する国内の現況

報告された事例より、医療機関において小児患者に輸血を実施する場合、注射器に分割して使用している現状がうかがえる。

厚生労働省より「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」[1)] において、また日本赤十字社血液事業本部において「輸血療法の実施に関する指針」（改訂版）及び「血液製剤の使用指針」（改訂版）[2)] において、新生児・小児に対する輸血療法の血液製剤の使用に関して、長時間を要する場合、「血液バッグ開封後は６時間以内に輸血を完了する。残余分は破棄する。１回量の血液を輸血するのに６時間以上を要する場合には、使用血液を無菌的に分割して輸血し、未使用の分割分は使用時まで２～６℃に保存する。」とのみ示されている。

赤血球濃厚液などは２００mL、４００mL の規格であり、小児患者に輸血を実施する際に、過分となる場合がある。現状では、ドナー数を減らしたり感染予防の面から、医療機関内で小分けのバッグを作成する方法や、注射器で分割する方法がとられている。この輸血を分割する作業は、医療機関内において、輸血の集中的な管理業務として輸血部門で実施している医療機関もあれば、輸血部門からの払い出し以後の業務として部署で行っている医療機関もある。

（5）当該事例が発生した医療機関の改善策について

当該事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

１）注射器へのラベル表示について

① 輸血部でバーコード出力できる製造番号シールを複数枚添付する。

② 注射器には輸血バッグに貼付されている製造番号を貼る。

２）教育に関すること

① 輸血を準備する者には手書きで転記しないことを徹底する。

② 輸血を実施する者には手書きの製造番号しか付されていない注射器は受け付けないこと、製造番号の貼られた注射器のみ投与することを徹底する。

（6）まとめ

小児患者に輸血を実施する際に、その体重に応じた必要な１回量の輸血は、数 mL ～数十 mL といった少量になりうる。そこで効率的にかつ安全に実施する手段として、輸血をバックから注射器に分割して使用している現状がある。しかし、医療機関内における輸血の取り扱いマニュアルや手順書は、注射器に分割することを想定していない場合もあり、注射器に分割して使用する際の手順や確認方法が不明確なことがうかがえる。安全な輸血のためには、注射器に分割して使用する際の使用手順や確認方法を医療機関内で明確にし、運用することが必要であることが示唆された。

（7）参考文献

１．厚生労働省 .「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改定について .
平成２１年２月２０日付厚生労働省医薬食品局長通知
薬食発第０２２０００２号
２．日本赤十字社血液事業本部 .「輸血療法の実施に関する指針」（改訂版）及び「血液製剤の使用指針」
（改訂版）２００９年１月（一部改定）（online）
http://www.jrc.or.jp/mr/pdf/090715_blood.pdf（last accessed 2010-5-6）

３．再発・類似事例の発生状況

本事業では、医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例を収集し、個別のテーマに関する医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を併せて総合的に検討・分析を行い、更に、個別のテーマの他に「共有すべき医療事故情報」や「医療安全情報」により、広く共有すべき医療事故情報等を取り上げ公表してきた。ここでは、これまで個別のテーマや「共有すべき医療事故情報」、「医療安全情報」として取り上げた再発・類似事例の発生状況について取りまとめた。

【１】概況

これまで提供した「医療安全情報」において、本報告書分析対象期間（平成２２年１月～３月）に報告された類似事例は、９項目１３件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制」が２件、「グリセリン浣腸に伴う直腸穿孔」が２件、「小児の輸液の血管外漏出」が３件であった。

また、これまで取り上げた「共有すべき医療事故情報」において本報告書分析対象期間に報告された類似事例は、１２項目３９件であった。このうち、類似事例が複数報告されたものは、「「療養上の世話」において熱傷をきたした事例」が３件、「熱傷に関する事例（療法上の世話以外）」が８件、「ベッドなど患者の療養生活で使用されている用具に関連した事例」が３件、「施設管理の事例」が２件、「体内にガーゼが残存した事例」が１２件、「眼内レンズに関連した事例」が２件、「薬剤の併用禁忌に関連した事例」が２件、「凝固機能の管理にワーファリンカリウムを使用していた患者の梗塞及び出血の事例」が３件報告された。

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

本報告書分析対象期間において発生した類似事例のうち、医療安全情報に取り上げた「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」、「薬剤の取り違え」、「手術部位の左右の取り違え」、共有すべき医療事故情報で取り上げた「歯科診療の際の部位間違いに関連した事例」、「施設管理の事例」について事例詳細を紹介する。

図表Ⅲ－３－１　平成２２年１月から３月に報告された再発・類似事例

内　容	件数	出　展
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	2	医療安全情報 No.2（平成 19 年 1 月）
グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔	2	医療安全情報 No.3（平成 19 年 2 月）
薬剤の取り違え	1	医療安全情報 No.4（平成 19 年 2 月）
小児の輸液の血管外漏出	3	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	1	医療安全情報 No.8（平成 19 年 7 月）
MRI 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）
口頭指示による薬剤量間違い	1	医療安全情報 No.27（平成 21 年 2 月）
ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出	1	医療安全情報 No.33（平成 21 年 8 月）
持参薬の不十分な確認	1	医療安全情報 No.39（平成 22 年 2 月）
インスリン投与間違いの事例	1	共有すべき医療事故情報（第 4 回報告書）
「療養上の世話」において熱傷をきたした事例	3	共有すべき医療事故情報（第 5 回報告書）
熱傷に関する事例（療養上の世話以外）	8	共有すべき医療事故情報（第 9 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	2	共有すべき医療事故情報（第 11 回報告書）
ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例	1	共有すべき医療事故情報（第 13 回報告書）
体内にガーゼが残存した事例	12	共有すべき医療事故情報（第 14 回報告書）
眼内レンズに関連した事例	2	共有すべき医療事故情報（第 15 回報告書）
歯科診療の際の部位間違いに関連した事例	1	共有すべき医療事故情報（第 15 回報告書）
アレルギーに関連した事例	1	共有すべき医療事故情報（第 15 回報告書）
薬剤の併用禁忌に関連した事例	2	共有すべき医療事故情報（第 16 回報告書）
凝固機能の管理にワーファリンカリウムを使用していた患者の梗塞及び出血の事例	3	共有すべき医療事故情報（第 20 回報告書）

【２】「抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制」（医療安全情報№２）について

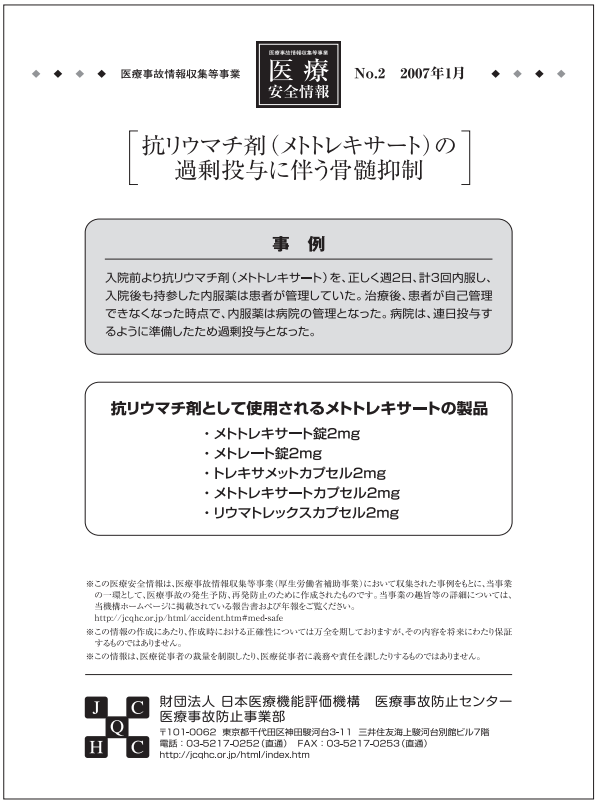
（１）発生状況

医療安全情報№２（平成１９年１月提供）では、「抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制」（医療安全情報掲載集計期間：平成１６年１０月～平成１８年９月）を取り上げた。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に関する事例は、平成１６年に１件、平成１８年に１件報告された。また、本報告書分析対象期間（平成２２年１月～３月）に報告された事例は２件であった（図表Ⅲ－３－２）。

図表Ⅲ－３－２「抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制」の報告件数

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

図表Ⅲ－３－３　医療安全情報№２「抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制」



（2）抗リウマチ剤として使用されるメトトレキサートの製品

平成２２年４月現在、以下のとおりである。

○メトトレキサート錠２mg
○メトレート錠２mg
○トレキサメットカプセル２mg
○メトトレキサートカプセル２mg
○リウマトレックスカプセル２mg

（3）事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

関節リウマチの患者が、初診にて本院を受診した。関節リウマチに対してコントロール不良のため、初めてリウマトレックスカプセルの投与を開始することとなった。次回来院予定の３週間後までの処方を入力するにあたり、毎週火曜日のみ３週間分（実日数３日分）と入力するべきところ、コンピュータの処方入力で曜日指定を入力し忘れ、３週間分（２１日連日投与）の処方入力となった。外来診療が混雑していたため、処方箋の確認も不十分なまま、患者には週１回の投与であることを口頭で簡単に説明したのみで処方箋を発行した。

院外薬局でも処方の間違いに気付かず、リウマトレックスカプセル２１日分が処方された。薬剤師による口頭での内服方法の説明もなかったため、患者は処方通りにリウマトレックスカプセルを連日服用した。投与開始１８日目に倦怠感、食欲不振、歯肉出血等の出現により、患者の自己判断で内服を中止した。主治医は、初診から３週間後の来院時に初めて処方ミスに気付いた。この時、口腔粘膜障害、胃腸障害、肝機能障害、骨髄抑制（血小板減少、白血球減少）を来たしていたため、緊急入院の措置をとり、ロイコボリンの投与により治療を行なった。その後、症状改善し退院となった。

事故発生時、医師は外来の混雑のため、一人の患者に取れる診療時間が少なく、説明したことに対する患者の理解度を確認するための十分な時間が取れなかった。 また、週１～２日の投与以外の投与方法しかない薬剤であるにもかかわらず、曜日を指定せずに連日投与の入力が可能な処方システムであり、連日投与の警告が出なかった（但し、一日の投与量の過剰は警告が出る）。 院外薬局で第三者の薬剤師が処方箋を確認するが、疑義照会がなくそのまま薬剤を処方された。 医師は処方時、薬剤師が飲み方や副作用についての説明をするであろうと思い、コンピュータの警告システムと二重のセーフティー機構があることで、処方間違いを発見してくれると思っていた。

（4）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

1）医療機関内での取り組み

・処方せんの記載方法を変更する。
・処方オーダシステムで警告が出る設定がされている他薬剤（同効）へ変更する。
・診療科医師により、リウマトレックスに関する処方説明文書を新たに作成した。
・処方オーダシステムで、リウマトレックスの処方日数を制限するようにした。

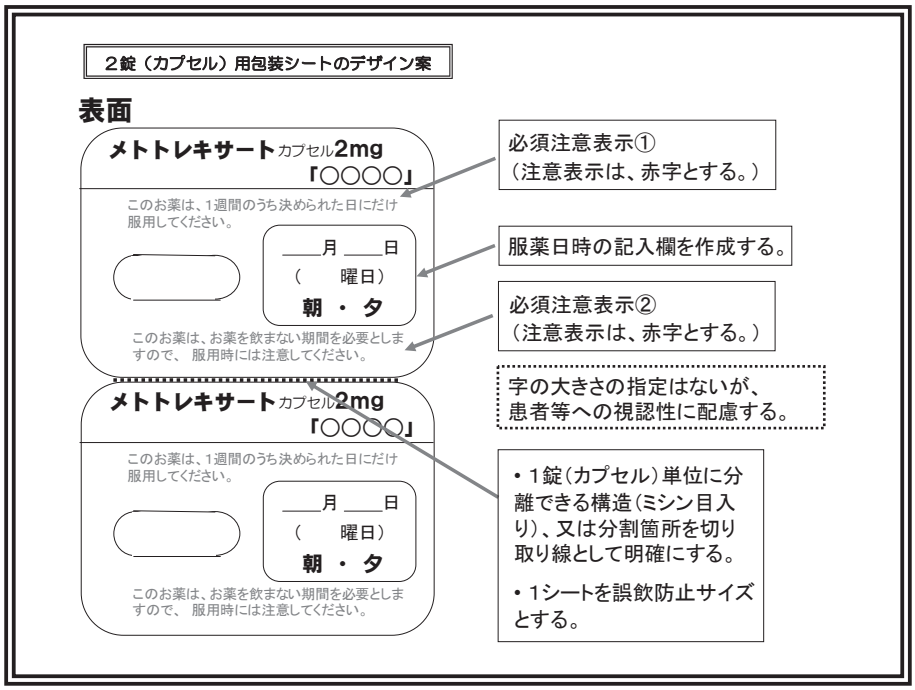
2）院外薬局との連携

・当該薬局への確認、及び再発防止を依頼した。
・医療機関の薬剤科が窓口となり疑義照会しやすい環境を作っている。

（5）「抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制」に関する注意喚起

厚生労働省は、当該製剤の製造販売業者に対し、平成２０年８月２９日付薬食安発第０８２９００１号厚生労働省医薬食品局安全対策課長通知「抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の誤投与（過剰投与）に関する医療事故防止対策について」を発出し[1)]、当該製剤の包装・表示等の改良を次のデザイン案などとともに、指示した。

≪厚生労働省 , 抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の誤投与（過剰投与）に関する医療事故防止対策について　別添≫　一部抜粋



また、厚生労働省は各都道府県、保健所を設置する市、特別区に対し、平成２０年１０月２０日付厚生労働省医政総発第１０２０００１号薬食総発第１０２０００１号薬食安発第１０２０００１号厚生労働省医政局総務課長厚生労働省医薬食品局総務課長厚生労働省医薬食品局安全対策課長通知で「抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の誤投与（過剰投与）防止のための取扱いについて（注意喚起）」[2)] において、抗リウマチ剤として使用されるメトトレキサート製剤に関して、以下のことについて注意喚起を行っている。

１．患者が服用している薬剤の確認について
２．包装シートへの服薬日時等の情報を記入することについて
３．包装シートの取り扱いについて
４．処方せん等の記載について
５．薬局等における処方せんの確認及び情報提供の徹底について

なお、この注意喚起には、本事業の医療安全情報№２を別添として使用されている。

（６）若年性突発性関節炎の小児患者において、葉酸代謝拮抗剤（メトトレキサート）を過剰投与した事例

本報告書対象期間内に、小児患者の若年性突発性関節炎の治療目的で、葉酸代謝拮抗剤（メトトレキサート）を使用した際に、薬剤を過剰投与し、骨髄抑制などの副作用を生じた事例が１件報告された。

参考事例として以下に示す。

参考事例

定期外来受診の際に小児科外来において、メソトレキセートを３日分（週に１日内服）処方するところ、２１日分（連日内服）処方した。院外薬局ではメソトレキセートの処方について、疑義照会を医師に行わなかった。患児は処方箋通りに１０日間連日で内服した。主治医は患児の母から口内炎が出現していることを電話で相談を受け、メソトレキセートを中止するように指示した。同日夕方に主治医が処方したメソトレキセートが連日投与となっていることに気付きすぐに母親に電話した。母は「処方の日数が多くなっていることはわかっていた。多めに処方されたと思った。間違いなく内服している。」と返答した。その後、患児は発熱と口内炎が悪化し入院となった。入院時の血液検査にて骨髄抑制と重症感染症と考え治療を開始した。入院翌日、内服状況を確認したところ処方された翌日から１０日間連日内服し、以後は毎週月曜日に内服していたことが判明した。メソトレキセートの血中濃度を測定したところ０．０４であったため、骨髄抑制はメソトレキセート過量投与によるものと考え、排泄を促進するため大量輸液とロイコボリン投与を行った。その後、患児は回復し、退院した。

これまで通常２週間分処方を行っていたものを今回３週間分処方に変更した。前回の処方を参考にして処方を行う際にメソトレキセートを２日分から３日分と変更すべきところを21日分としたままこれを正しく変更せずに処方した。「週に１回月曜日のみ内服」という形での処方を行っていなかった。また、「休薬期間が必要です」という警告が出ない設定であるメソトレキセートを処方していた。 メソトレキセートを２１日連日で内服するという明らかに過量と思われる処方箋であるにもかかわらず、院外薬局から処方医に対して「連日内服でよいか」との疑義照会がなされなかった。

患児の家庭では、普段内服薬を管理している母親の体調が悪かったため、不慣れな父親が内服をさせていた。

（7）まとめ

平成１９年１月に提供した医療安全情報№２において、抗リウマチ剤（メトトレキサート）の使用に際しては、休薬が必要であることの注意喚起を行った。本報告書対象期間内に報告された事例は２件とも、患者は過剰投与後、骨髄抑制などの副作用により入院治療を要している。このように抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与は、重大な影響を患者にもたらすため、再発予防が重要である。

また２件とも医療機関からの改善策として、院外薬局との連携の重要性をあげており、医療安全を推進するには、患者に直接医療行為を提供する施設のみならず、患者を取り巻く医療提供の質の向上が望まれることが示唆された。当事業部では、平成１８年「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」により、医療提供施設と位置づけられた薬局におけるヒヤリ・ハット事例の収集・分析事業（「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」[3]という）も行っている。この事業において、平成２２年４月２８日現在、類似事例は報告されていない。

今後も引き続き注意喚起するとともに、薬局ヒヤリ・ハット事例を含め、類似事例の発生の動向に注目していく。

（8）参考文献

１．厚生労働省 . 抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の誤投与（過剰投与）に関する医療事故防止対策について . 平成２０年８月２９日付厚生労働省医薬食品局安全対策課長通知薬食安発第０８２９００１号 .

２．厚生労働省 . 抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の誤投与（過剰投与）防止のための取扱いについて（注意喚起）. 平成２０年１０月２０日付厚生労働省医政局総務課長厚生労働省医薬食品局総務課長厚生労働省医薬食品局安全対策課長通知厚生労働省医政総発第１０２０００１号薬食総発第１０２０００１号薬食安発第１０２０００１号 .

３．薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業ホームページ
http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/index.html（last accessed 2010-04-28）

【3】「薬剤の取り違え」（医療安全情報№.4）について

（1）発生状況

医療安全情報№.4（平成１９年３月提供）では、薬剤の名称が類似していることによる「薬剤の取り違え」を取り上げた（医療安全情報掲載件数７件　集計期間：平成１６年１０月～平成１８年１２月）。薬剤の名称が類似していることによる薬剤の取り違えの事例は、平成１７年に３件、平成１８年に４件、平成１９年に４件、平成２０年に３件、平成２１年では３件報告された。また、本報告書分析対象期間（平成２２年１月～３月）に報告された事例は１件であった（図表Ⅲ－３－４）。

図表Ⅲ－３－４　「薬剤の取り違え」の報告件数

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

図表Ⅲ－３－５　医療安全情報№.4「薬剤の取り違え」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.4　2007年3月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.4　2007年3月

［薬剤の取り違え］

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

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

薬剤の名称が類似していることによる取り違えが報告されています。

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

医療事故情報収集等事業　医療安全情報　No.4　2007年3月

［薬剤の取り違え］

事例１

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

事例２

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

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#mo6-safe
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止センター
医療事故防止事業部
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11　三井住友海上駿河台別館ビル7階
電話：03-5217-0252（直通）　FAX：03-5217-0253（直通）
http://jcqhc.or.jp/html/index.htm

（２）事例概要

本報告書対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例１

患者は救急外来を受診し、整形外科医師が点滴指示を電子カルテで入力した。点滴指示は、生食１００mL＋メチコバール１Ａ＋ノイロトロピン１Ａであった。救急外来に薬剤がないため、薬剤科に看護師が取りに行った。薬剤師は生食１００mL とメチコバール、ノイトロジンを払い出した。看護師はそのまま受け取り、救急外来で混注をする時、注射指示はノイロトロピンであるが、薬剤はノイトロジンと名前が違うため、整形外科医師に確認した。医師は、バイアルを確認しないまま「それでいいよ」と言ったため、看護師は後発品であると思い込み、混注した。医師が点滴を実施した。

薬剤師は１人で当直するのは初めてであり、薬剤を払い出す際、バーコードリーダーを使用せずに、目視で確認して看護師に渡し、看護師も薬剤師と薬剤確認をしないまま受け取った。

（３）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

①薬剤師は、薬を払い出す際、必ずバーコードリーダーを使用する。

②薬剤師と看護師間で薬剤のダブルチェックを行う。

③医師と看護師間で薬剤のダブルチェックを行う。

④看護師は薬剤名や作用副作用等知らない場合は必ず薬剤集等で調べてから実施する。

⑤ノイトロジンとノイロトロピンと似た名前の薬剤の取扱いを検討し、ノイロトロピンを採用薬から除く。

⑥ノイトロジン使用時は、アレルギー等でグランが使用できない患者に対して使用する。また、使用時は薬剤科に連絡をする。

（4）医療安全情報№4「薬剤の取り違え」後に報告された類似事例

平成１９年３月に提供した医療安全情報提供後に報告された事例の「投与すべき薬剤」と「取り違えた薬剤」を次に示す。

投与すべき薬剤	取り違えた薬剤	件数
イトリゾール注	イソゾール注射用	１件
サクシゾン注射用	サクシン注射液	１件
スロービッドカプセル	スローケー錠	１件
チウラジール錠	チラーヂンＳ錠	２件
ニューロタン錠	ニューレプチル錠	１件
ノイロトロピン注射液	ノイトロジン注	１件
ノルバスク錠	ノルバデックス錠	１件
ヒルトニン注射液	ヒルナミン筋注	１件
フェノバール散 10%	フェニトイン散 10%	２件

（5）まとめ

平成１９年３月に医療安全情報№4「薬剤の取り違え」を提供したが、その後も薬剤名の類似していることによる取り違えの類似事例の発生が続いている。

本報告書分析対象期間に報告された事例は、処方から薬剤投与までの段階において、医師、薬剤師、看護師がそれぞれの関わりの中で、お互いのチェック機能が活用されなかった事例である。当該医療機関の取り組みでは、各職種同士のチェック機能を強化させることが含まれている。

今後も引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。

【４】「手術部位の左右間違い」（医療安全情報№.８）について

（１）発生状況

医療安全情報№.８（平成１９年７月提供）では、「手術部位の左右の取り違え」を取り上げた（医療安全情報掲載件数９件　集計期間：平成１６年１０月～平成１８年１２月）。手術の際、左右を間違えた事例は、平成１７年に４件、平成１８年に５件、平成１９年に５件、平成２０年に３件、平成２１年に４件報告された。また、本報告書分析対象期間（平成２２年１月～３月）に報告された事例は１件であった（図表Ⅲ－３－６）。

なお、第１８回報告書、個別テーマ「手術・処置部位の間違いに関連した医療事故」において、手術・処置における左右間違いに関連した医療事故について」掲載したところである

図表Ⅲ－３－６　「手術部位の左右取り違え」の報告件数

	１～３月（件）	４～６月（件）	７～９月（件）	１０～１２月（件）	合計（件）
平成 16 年				0	0
平成 17 年	1	1	0	2	4
平成 18 年	0	1	2	2	5
平成 19 年	0	2	1	2	5
平成 20 年	2	1	0	0	3
平成 21 年	0	0	3	1	4
平成 22 年	1	—	—	—	1

図表Ⅲ－３－７　医療安全情報№.８「手術部位の左右の取り違え」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.8　2007年7月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業 医療 安全情報

No.8　2007年7月

［手術部位の左右の取り違え］

手術部位の左右を取り違えた事例が9件報告されています（集計期間:2004年10月1日～2006年12月31日、第8回報告書に一部を掲載）。

左右を取り違えた事例の多くは、手術部位のマーキングが適切になされなかった事例です。

マーキング	事例件数
あり	2件
なし	6件
不明	1件

◆マーキングありの事例2件のうち、1件はマーキングそのものの左右間違いであり、1件は眼科の手術において手掌にマーキングを行った事例です。

医療事故情報収集等事業 医療 安全情報 No.8　2007年7月

［手術部位の左右の取り違え］

事例１

両側の変形性膝関節症に対して、症状の強い左膝の手術が予定された。手術前日に、患者に対して左膝の手術を行うことを説明した際、マニュアル通りにマーキングを行わなかった。翌日、手術室入室直後に、看護師、麻酔医、執刀医は、患者と共に左膝の手術を行うことを確認したが、その際にもマーキングは確認しなかった。全身麻酔後に、執刀医は予定とは逆の右膝に術前準備を行ったが、そのことに誰も気付かないまま手術が開始された。手術開始後30分が経過した時点で左右の取り違えに気付いた。

事例２

左眼硝子体手術のため、病棟にて手術側である左側手掌にマーキングを行った。手術室入室後、術前準備を介助した医師が、誤って反対側の右眼に麻酔等の術前準備を行い、そのまま手術が開始された。手術開始直後、顕微鏡画面をモニターで見ていた医師が、手術眼の左右の取り違えに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

手術部位のマーキングについてルールを決め、徹底する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例を もとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の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://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止センター
医療事故防止事業部
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階
電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
http://jcqhc.or.jp/html/index.htm

（2）事例概要

本報告書対象期間内に報告された事例の概要を以下に示す。

事例１

患者は事故で緊急搬送され、頭部ＣＴで開放性陥没骨折、脳挫傷、急性硬膜下血腫と診断された。救命の医師により頭部外傷の縫合処置を実施し、脳神経外科医師は家族へ手術の必要性の説明した。 患者は手術室に入室し麻酔を開始した。患者は仰臥位でやや左側に頭を向け体位をとった。執刀後、頭蓋骨に骨折がみられず切開部位の左右の間違いに気付いた。切開部を縫合し体位を取り直し右側に頭を向け、左側より切開開始し予定通り施行した。

緊急手術であり、患者の頭部両側に傷があった。 医師は体位を取る際触診したが右側にも骨の陥没があった。チーム内での部位の確認ができていなかった（情報の共有がなかった）。

（3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

①術者は体位を取るときに画像と部位を指差し確認する。

②術者は執刀時に術式と部位を宣言する（タイムアウトの実施）。

③各科はマーキングすべき術式を申請し、マーキングがなければ手術室に入室できないようにする。

（4）手術部位間違い防止における国内外の取り組み

ＷＨＯでは、Patient Safety への取り組みの中で「IMPLEMENTATION MANUAL WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST（FIRST EDITION）」[1] を公表し、外科医、麻酔医、看護師、臨床工学技士など、手術に関わるチームの全員が、手術の安全と成功を確保する役割があるとし、手術を「麻酔導入前」、「皮膚切開の前」、「患者の手術室退室前」と３つの時期（段階）に分け、患者の同定、手術部位の確認、アレルギーの確認、予測される極めて重要なイベント、あるいは手術後のガーゼや針のカウントなど、手術の時期（段階）に応じた複数のチェックすべき項目をリストとして紹介している。

このチェックリストの中では、手術部位の確認は、麻酔導入前に「部位のマーキングの有無の確認」を少なくとも麻酔医と看護師が実施し、皮膚切開前に「切開する部位の確認」を外科医、麻酔医、看護師が実施することになっている。

また日本医師会では、「医療事故削減戦略システム」[2] の冊子を作成し、頻度の高い医療事故の原因分析を行い、具体的な事故予防策をまとめている。その中で、手術の執刀前にタイムアウトの励行を薦めている。

≪ WHO,Surgical Safety Checklist ≫

Surgical Safety Checklist

World Health Organization | Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Before induction of anaesthesia → **Before skin incision** → **Before patient leaves operating room**

(with at least nurse and anaesthetist)

Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?
- ☐ Yes

Is the site marked?
- ☐ Yes
- ☐ Not applicable

Is the anaesthesia machine and medication check complete?
- ☐ Yes

Is the pulse oximeter on the patient and functioning?
- ☐ Yes

Does the patient have a:

Known allergy?
- ☐ No
- ☐ Yes

Difficult airway or aspiration risk?
- ☐ No
- ☐ Yes, and equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?
- ☐ No
- ☐ Yes, and two IVs/central access and fluids planned

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

- ☐ **Confirm all team members have introduced themselves by name and role.**
- ☐ **Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.**

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?
- ☐ Yes
- ☐ Not applicable

Anticipated Critical Events

To Surgeon:
- ☐ What are the critical or non-routine steps?
- ☐ How long will the case take?
- ☐ What is the anticipated blood loss?

To Anaesthetist:
- ☐ Are there any patient-specific concerns?

To Nursing Team:
- ☐ Has sterility (including indicator results) been confirmed?
- ☐ Are there equipment issues or any concerns?

Is essential imaging displayed?
- ☐ Yes
- ☐ Not applicable

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Nurse Verbally Confirms:
- ☐ The name of the procedure
- ☐ Completion of instrument, sponge and needle counts
- ☐ Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)
- ☐ Whether there are any equipment problems to be addressed

To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:
- ☐ What are the key concerns for recovery and management of this patient?

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009

© WHO, 2009

（5）まとめ

平成１９年７月に提供した医療安全情報では、左右を取り違えた事例の多くは手術部位のマーキングがなされなかった事例であることを情報提供し、事例が発生した医療機関の取り組みとして、手術部位のマーキングについてルールを決め徹底する、と掲載した。第１８回報告書において、左右間違い発生後の医療機関の取り組みとして、手術部位の左右表記を「ひだり」「みぎ」とするなどの工夫と、タイムアウトの実施を掲載した。

本報告書分析対象期間内に報告された事例は、救急の場面であり、マーキングやタイムアウトの実施がされていなかった。今後もマーキングやタイムアウトのなどの確認の方法や手順を設け、医療機関内で周知徹底することが必要であることが示唆された。

引き続き、類似の事例の注意を喚起するとともに、類似事例の発生の動向に注目していく。

（6）参考文献

１．ＷＨＯ . WHO surgical safety checklist and implementation manual
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/index.html>（last accessed 2010-04-19）.

２．日本医師会 .「医療事故削減戦略システム」～事例から学ぶ医療安全～平成２１年１０月 .
＜ http://www.med.or.jp/anzen/manual.html ＞（last accessed 2010-04-28）

【５】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

（１）発生状況

第１５回報告書分析対象期間（平成２０年７月～９月）において、歯科診療の際の部位間違いに関連した事例が１件報告され、「共有すべき医療事故情報として」取り上げた。これまで、類似の事例は、平成２０年に２件、平成２１年に１件報告された。本報告書分析対象期間（平成２２年１月～３月）に報告された事例は１件であった。

（２）事例概要

事例１

歯科矯正医は右第三大臼歯の抜歯を指示していたが、外来担当医は右第三大臼歯に歯肉が覆い被さっていたため、第二大臼歯を抜歯する歯だと誤認した。指導医として共に処置に当たっていた医師も同様に横向きに生えている第二大臼歯を抜歯すべき歯と認識し抜歯した。抜歯直後、歯根の形状を見て歯科矯正医の指示した歯と異なる歯を抜歯したことに気付いた。従来２年目以下の医師が処置する時は、３年目以上の医師は必ず介助することにしており、ダブルチェックするようにしていた。今回もＸ線写真で確認し、第三大臼歯を抜歯することを２人で確認したが、右下第二大臼歯が横向きに萌出していたため、間違えて抜歯した。

（３）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

①指示を出した上級医師が他の医師に処置を依頼する際は、口頭ではなく実際の患者の口腔内を直接観察し、確認のうえで抜歯を行う。

②術者、介助者で抜歯すべき歯をダブルチェックすることを継続する。

③抜歯前に、患者自身に「本日抜歯する歯の確認のために示して下さい」と依頼し示してもらう。

（４）まとめ

歯科の治療における部位の誤認の背景のひとつには、患者の歯の萠出状況があげられる。歯の部位の誤認を防ぐためは、患者を含めた確認方法を確立することの必要性が示唆された。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例の発生の動向に注目していく。

【６】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

（１）発生状況

第１１回報告書分析対象期間（平成１９年７月～９月）において、施設管理に関連した事例が２件報告され、「共有すべき医療事故情報」として取り上げた。これまで類似の事例は、平成１９年に２件、平成２０年に２件、平成２１年３件報告された。本報告書分析対象期間（平成２２年１月～３月）に報告された事例は２件であった。

（２）事例概要

施設管理に関連した事例２件の事例概要を以下に示す。

事例１

肺機能検査に使用する２種混合ガスボンベの内容組成が、「Ｈｅ＋O_2」の所「Ｈｅ＋ＣＯ」ボンベが接続されていることに気付かずに検査を実施した。３日間で合計５名の患者に検査を実施した。

検査を受けた患者が頭痛などの症状を訴えたこととＣＯ値が高値であったことから、翌日に担当検査技師が自分でＦＲＣ検査を２回実施し、２回目に過呼吸発作を起こした。ボンベの内容組成を確認して間違いに気付いた。

２種混合ガスボンベを発注する際、組成内容を記載しなかった（従来は専門業者が対応しており、問題はなかった）。今回よりガス業者が変更となり、見積書は「Ｈｅ＋ＣＯ」で記載されており、「Ｈｅ＋O_2」の場合と価格的に大差がないため事務は間違いに気付かなかった。ガスボンベが納品された際に、検査技師は納品書との検品をすることなく所定の場所に保管した。ガスボンベ交換時、ガス業者がバルブを取り替えて接続したが、検査の合間に行われたため、検査技師はボンベの内容を確認していなかった。検査技師は検査中の頭痛など症状の訴えに対して、肺機能検査の影響とは考えていなかったため機器のチェックをすぐに行わなかった。検査結果に対し、外来でも疑問を感じていたが、禁煙外来受診の患者であるため検査機器のトラブルとは考えなかった。

事例２

入院時から精神的に不安定で妻が夜間も付き添っていた。 当日、患者は朝から他院外来受診し昼過ぎまで外出していた。帰室後窓の全開防止ストッパーが破損したため修理依頼されたが、患者が眠っていたため家人と相談のうえ「後日修理」となった。 夜、妻が病室を離れたところ、患者は病室の窓から出て、地下の中庭に転落した。看護師が発見したときには仰臥位の姿勢で左手を振っていた。両下肢、右手に開放骨折、恥骨骨折、腰椎第２及び第５骨折、意識レベルの低下はなく、「痛い、痛い」と繰り返していた。

（3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下の報告がされている。

1）事例1について

①医療用ガスを発注する際には、組成内容も明確に記載する。

②医療用ガスの納品時には、納品伝票と共に検品する。

③医療用ガスの交換時には、ガス業者及び検査技師2名以上で組成内容を読みあげて確認する。

④ガス交換後はテスト検査を実施し、患者の検査前に安全性を確認する（技師2名以上で行う）。

⑤「肺機能検査ガス交換時チェックリストシート」を作成する。このシートは2種混合ガスだけでなく4種混合ガスにも実施できるように作成する。

⑥ガス業者を機器の製造販売業者に依頼する。

2）事例2について

①窓の全開防止ストッパーについて、中央監視の職員とも相談し定期的に病室の窓の点検が出来るよう検討する。

（4）まとめ

医療安全に取り組む際には、治療や処置といった医療行為に注目しがちである。しかし、安全な医療行為を患者に提供する前提として、患者が医療行為を受ける施設や設備が安全な環境である、ということがあげられる。医療に関わる者は、医療の専門職であるなしに関わらず患者の安全に影響を与えているという認識をもち業務にあたることが大切である。医療機関内では、日ごろから、設備や用度担当部門にも医療事故情報を共有し、改善策をともに検討していく協力体制の構築が必要であることが報告された事例から示唆された。

今後も引き続き注意喚起するとともに、類似事例の発生の動向に注目していく。

参考　医療安全情報の提供

平成１８年１２月より医療事故情報収集等事業において報告書、年報を作成・公表する情報提供に加え、その内容の一部を事業に参加している医療機関などに対してファックスなどにより情報提供することとした。本報告書には、平成２２年１月～３月分の医療安全情報No. ３８～No. ４０を掲載する。

【１】事業の目的

医療事故情報収集等事業で収集した情報に基づき、特に周知すべき情報を提供し、医療事故の発生予防、再発防止を促進することを目的とする。

【２】主な対象医療機関

①　医療事故情報収集・分析・提供事業報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関
②　ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業参加登録医療機関
③　情報提供を希望した病院

なお、これまで情報提供の希望を３回募り、医療安全情報No. ２７より、約４，６００医療機関へ情報提供を行っている。

【３】提供の方法

主にファックスにより情報提供している。

なお、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）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. 3 8

医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.38　2010年1月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療 安全情報

No.38　2010年1月

清潔野における注射器に準備された薬剤の取り違え

手術・検査等の清潔野において、準備された注射器の識別を誤り、薬剤を取り違えた事例が5件報告されています。（集計期間:2006年1月1日～2009年11月30日、第10回報告書「共有すべき医療事故情報」（P141）に一部を掲載）。

清潔野において、準備された注射器の識別を誤り、薬剤を取り違えた事例が報告されています。

投与すべき薬剤	取り違えた薬剤
イソビスト	キシロカイン
ヘパリン生食	オムニカイン
オムニパーク	キシロカイン
キシロカイン	オキシドール
キシロカイン	0.05w/v%マスキン

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業　医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.38　2010年1月 ◆ ◆ ◆ ◆

清潔野における注射器に準備された薬剤の取り違え

事例 1

外来処置室で皮膚生検術を行うため、キシロカイン注射液と0.05w/v%マスキン水を注射器に準備したが、2つの注射器には薬剤名を識別する情報がなかった。慣例として、外来処置室では、0.05w/v%マスキン水が入った注射器をビーカーに立てていたが、手術室では、キシロカイン注射液が入った注射器をビーカーに立てて準備していた。医師は、ビーカーに立てて準備されている注射器にはキシロカイン注射液が入っていると思い、誤って0.05w/v%マスキン水を注射した。

事例 2

カテーテル検査において、注射器に準備されたオムニカインとフラッシュ用のヘパリン生食が清潔野に置いてあった。医師がヘパリン生食を投与するところ、オムニカインを投与したため、患者は徐脈傾向となった。最初、医師は、オムニカインが入った注射器に22Gの針を付け目印として識別していたが、局所麻酔後にシリンジから針を外し清潔野にシリンジを置いたため、ヘパリン生食が入った注射器と混同した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- 注射器に準備した薬剤を清潔野に置く際は、次の方法で識別する。
  - ○注射器に薬剤名を記載したラベルを貼る。
  - ○注射器の識別にカラーシリンジや注射針等を使用する。など
- 注射器に準備された薬剤を識別する方法を部署に関わらず院内で統一し、遵守する。

総合評価部会の意見

- 注射器に薬剤を準備する際は、使用者が直前に準備することを原則とする。
- やむを得ず事前に注射器に薬剤を準備する際は、容易に識別できるようにする。
- 消毒薬とその他の薬剤を類似の容器に準備しない。

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

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止事業部
〒101-0061　東京都千代田区三崎町1-4-17　東洋ビル
電話：03-5217-0252（直通）　FAX：03-5217-0253（直通）
http://www.jcqhc.or.jp/html/index.htm

医療安全情報　No. ３９

医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.39　2010年2月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.39　2010年2月

持参薬の不十分な確認

入院の際、持参薬の確認が不十分であったため、患者の治療に影響があった事例が9件報告されています（集計期間:2006年1月1日～2009年12月31日、第10回報告書「個別のテーマの検討状況」（P60）に一部を掲載）。

入院の際、持参薬の確認が不十分であったため、患者の治療に影響があった事例が報告されています。

不十分な確認の内容	件数
持参薬の有無を確認しなかった	2件
持参薬があることは確認したが、薬剤名を確認しなかった	2件
持参薬の薬剤名は確認したが、用法・用量を確認しなかった	5件

◆ ◆ ◆ ◆ 医療事故情報収集等事業　医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.39　2010年2月 ◆ ◆ ◆ ◆

持参薬の不十分な確認

事例 1

医師は、肺炎治療の目的で緊急入院した患児にメロペンを4日間静脈投与した。退院翌日、強い不穏症状が現れ、患児は他院を受診し、「バルプロ酸ナトリウムを服用中にメロペンを投与したため、バルプロ酸の血中濃度が下がり不穏症状が生じた可能性がある」と説明を受けた。入院時の紹介状やカルテの現病歴欄には、患児が持参薬として抗てんかん薬を服用している旨が記載されていたが、担当医は薬剤名を把握していなかった。

事例 2

患者は、前医の紹介状と最終受診日の処方せんを入院時に持参した。その処方せんによると、複数の薬剤が6週間処方されており、そのうち、アルケランとプレドニンは処方日から8日目を開始日として4日分処方されていた。患者は、アルケランとプレドニンを4日間服用した翌日に当院に入院した。主治医は、紹介状と処方せんを見た結果、アルケランとプレドニンを7日分継続処方し患者に投与した。その後、更に継続投与する指示を出した際、薬剤師が疑義照会した。確認すると当該薬剤はMP療法のため4日間のみ内服する薬剤であり、7日間過量投与したことがわかった。

事例が発生した医療機関の取り組み

・患者の持参薬を必ず確認する。

※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専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://www.med-safe.jp/

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止事業部
〒101-0061　東京都千代田区三崎町1-4-17　東洋ビル
電話：03-5217-0252（直通）　FAX：03-5217-0253（直通）
http://www.jcqhc.or.jp/html/index.htm

医療安全情報　No. ４０

医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.40　2010年3月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.40　2010年3月

2009年に提供した医療安全情報

2009年1月～12月に医療安全情報No.26～No.37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.26	血糖測定器への指定外の試薬の取り付け
No.27	★口頭指示による薬剤量間違い
No.28	2008年に提供した医療安全情報
No.29	★小児への薬剤10倍量間違い
No.30	★アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与
No.31	2006年から2007年に提供した医療安全情報
No.32	ウォータートラップの不完全な接続
No.33	★ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出
No.34	電気メスによる薬剤の引火
No.35	静脈ライン内に残存していたレミフェンタニル（アルチバ）による呼吸抑制
No.36	抜歯時の不十分な情報確認
No.37	「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ

★のタイトルについては、提供後、2009年12月31日までに類似事例が発生しています。

医療事故情報収集等事業
医療安全情報

No.40　2010年3月

2009年に提供した医療安全情報

No.27 口頭指示による薬剤量間違い

医師Aは患者にケタラールを3mg（0.3mL）/h持続静脈投与を意図して、「時間当たり3ミリ投与するように」と口頭で医師Bに指示した。医師Bは患者に3mL（30mg）/h投与した。医師Aは薬剤の単位を省略し、口頭で指示した。医師Bは内容を復唱して、医師Aに確認しなかった。

No.29 小児への薬剤10倍量間違い

医師は、1ヶ月の患児にKCL「0.45mL」処方するところ、計算を間違え「4.5mL」を投与した。その後、徐脈、ECG上ワイドQRSを認め、SpO_2が不安定になった。確認すると、予定した10倍量を投与したことに気付いた。

No.30 アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与

緊急入院した患者の前回入院時の看護プロファイルのアレルギー欄に「ボルタレン」と表示されていた。当院では、アレルギーがある場合、患者の個人ワークシートに記載することになっていたが、看護師はそれを忘れた。翌朝、38.2度の発熱を認めたため、別の看護師は当直医に病状を報告し、ボルタレン坐薬50mg投与の口頭指示を受け、患者に投与した。その後、患者に蕁麻疹、呼吸困難等が出現した。

◆他の類似事例につきましては、平成21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専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://www.med-safe.jp/

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止事業部
〒101-0061　東京都千代田区三崎町1-4-17　東洋ビル
電話：03-5217-0252（直通）　FAX：03-5217-0253（直通）
http://www.jcqhc.or.jp/html/index.htm

財団法人日本医療機能評価機構（以下「当機構」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、可能なかぎり正確な情報に基づき情報提供を行ないます。また、本報告書に掲載する内容については、作成時点の情報に基づいており、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

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

そのため、当機構は、利用者が本報告書の内容を用いて行なう一切の行為について何ら責任を負うものではないと同時に、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものでもありません。