

医療安全管理研修会用参考資料

(はじめに)

医療安全管理を促進するため、「医療事故情報収集等事業報告書」が、日本医療機能評価機構のホームページに掲載されていますが、その内容は膨大です。

そこで、各医療機関が無理なく研修に活用できるよう、報告書の中から、(1) 共有すべき医療事故情報、(2) 医療安全情報、(3) 医療事故報告、(4) ヒヤリ・ハット事例収集分析等をまとめました。今後開催する医療安全管理研修会等で、活用下さい。

日本医療機能評価機構のホームページは、下記の通りです。

<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

なお、院内における事例は、各医療機関でおまとめいただき、研修に活用してください。義務付けられている研修は、下記の通りです。

医療法で求められている職員研修一覧				
	対象者	頻度	研修場所、方法	記録
①医療安全管理研修	全職員	年2回程度	外部研修、内部研修とも可 外部研修、内部研修とも①～④をあわせて行ってもよいし、別々に行っても良い。	開催又は受講日時、出席者、研修項目
②院内感染対策研修	院内感染対策に関わる従業者	年2回程度		
③医薬品安全使用研修	医薬品を取扱う従業者	必要に応じて(※1)		
④医療機器安全使用研修	医療機器を取り扱う従業者	新規の医療機器を導入時(※2)		

※1 医薬品の研修は、安全性・有効性、業務手順、副作用発生時の対応等について、新入職員研修の際や、購入医薬品の変更時などに実施するなど。なお、「医薬品の業務手順書」に基づく業務の実施の定期的確認と記録も求められます。

※2 医療機器安全研修は、新入職員研修の際や、新規購入時に製造販売業者から研修を受けるなど。なお、「医療機器の保守点検計画」に基づく実施状況、使用状況、修理状況、購入年等

(1) 共有すべき医療事故情報

下記は、「報告書」に掲載された「広く共用すべきであると考えられた事例の概要」をまとめたものであり、さらに、医療安全情報として示されているものは、医療安全情報のNo.を付した。医療安全情報そのものは、(2)を参照いただきたい。

薬剤	○腫瘍用薬のうち名称が類似しているパクリタキセル(販売名:タキソール)とドセタキセル水和剤(販売名:タキソテール)を取り違えた事例。 ⇒医療安全情報No.4
薬剤	○播種性血管内凝固症候群(DIC)治療目的でメシル酸ガベキサート末梢静脈から点滴投与していた患者に、投与部位に皮膚壊死、潰瘍形成が生じた事例。これらは、中心静脈から投与する濃度をもって末梢静脈から投与しているなど、当該薬剤の添付文書中に記載されている、静脈炎や潰瘍・壊死の可能性を注意喚起する用法関連注意に示されている濃度よりも高濃度で投与されていた。
薬剤	1) 抗リウマチ薬(メトレキサート)を投与中、白血球が減少等を来し、感染症により死亡した事例。添付文書で推奨されている頻度では検査が行われなかった。 2) 抗リウマチ薬(メトレキサート)を週1回で処方するところを誤って連日投与し、過量投与を

	行った事例。 ⇒医療安全情報No.2
薬剤	○インスリンを経静脈的に投与するために準備する際に量を誤った事例。 ・いずれも当事者はインスリン1mlが何単位に相当するかを正しく理解していなかった。また、準備に際してインスリン専用シリンジを用いていなかった。 ・なお、平成17年9月30日までに同様の事例が1件報告されており、合わせると3件のインスリンの規格(単位/ml)に関する知識不足から本件に至った事例が報告されている。 ・当事者の看護師の職種経験年数が1年であったものが2件、職種経験年数が3年であったが部署配属期間が4ヶ月であったものが1件であった。 ⇒医療安全情報No.1、医療安全情報No.6
薬剤	1) 抗凝固剤(ワーファリン)の継続治療中の患者に対して、他科の検査のため一時内服を中止したところ脳梗塞を起こした事例(1件) 2) 抗凝固剤(ワーファリン)の継続治療中の患者に対して、手術の際へパリンに変更し、その後ワーファリンに戻す段階において脳梗塞を起こした事例(1件) 3) 抗凝固剤(ワーファリン)の継続治療中の患者が手術後9日目に創部出血を起こし、止血術を施行された事例(1件) ○いずれもトロンボテストによる薬剤投与量管理はなされていた。 ○うち2件は従来抗凝固剤投与量管理の担当科以外の科によるものであり、事故の背景として、診療科間の連絡の必要性をあげていた。
薬剤	○外形の類似による薬剤間違いが報告された。 ・ラシックス注と間違えて、ホリゾン注 10mg を使用した。 ・いずれも外形が茶色の注射液のアンプルであったため、思い込んでしまった。
薬剤	○名称の類似による薬剤間違いが2事例報告された。 ・いずれもオーダーリング画面からの処方の際に薬剤選択を間違えた。 ・1事例はニューロタンの指示をすべきところをニューレプチルと間違えて入力しており、1事例はスロービッドの指示をすべきところをスローケーと間違えて入力した。
薬剤	○「製剤量」と「成分量」の誤認による薬剤の過剰投与が4件報告された。 ・いずれも患者が複数の医療機関を受診した際に前医の処方や紹介状の表記を、医師が誤認し、指示を出していた。
薬剤	○オーダ入力する際、端末操作の誤りによる薬剤の指示間違いが2事例報告された。 1) ヒルナミンと入力するところをヒルトニンと指示入力した。 2) インクレミンシロップ1.5mL と入力するところを15mL と指示入力した。
輸血	○輸血の患者間違いが2事例報告された。 1) 手術後、A患者が帰室したベッドサイドで主治医がB患者の濃厚血小板輸血の指示を口頭で行い、次の患者の手術のため、病室を離れた。受け持ち看護師はA患者の指示と思い込み、B患者の輸血をA患者に実施した。 2) 輸血保冷庫にA患者とB患者の濃厚赤血球が保存されていた。A患者に輸血の指示が出たため、保冷庫の中からシリンジに入った濃厚赤血球を取り出し実施した。後にB患者の濃厚赤血球をA患者に実施したことがわかった。患者が異姓同名であり、ともにカタカナで氏名が記載されていた。
輸血	○輸血の血液型判定間違いが報告された。 ・B型製剤と患者の血液でクロスマッチをしたところ、弱い凝集が認められた。非特異的反応の可能性が高いためそのまま検査を進めた。手術室からすぐ製剤を持ってくるよう連絡が入った。クロスがまだであることを告げたが、ノークロスでよいのですぐ持ってくるよう言われた。凝集の強いRCCは避けて、B型の血液を払いだした。再度血液型検査をやり直したところ判定結果はB型ではなくA型であった。輸血中止まで約5分間90mL 注入された。オモテ検査とウラ検査で異なった印を試験管につけていたが、間違えて逆の印をつけていた。
左右間違い	○手術部位の左右間違いが2件報告された。 1) 左眼に対し手術を実施する予定であった。医師は誤って術眼を「右眼」と手術室申し

	<p>込みに記載し、手術前に病棟で行う術前点眼も「右眼」とコンピューター入力し、指示をした。その後、病棟で実施した点眼の際には左右間違いに気付き、左眼に正しく施行したが、手術申し込みの記載は訂正されず、右眼に対し手術を施行した。</p> <p>2) 左膝に対し手術を実施する予定であった。手術前日、マーキングはしなかった。手術室に入室後、看護師、麻酔医、執刀医は患者とともに左膝の手術を行うことを確認したが改めてマーキングはしなかった。麻酔医はさらに麻酔をかける際に、患者に対し「左ですね」と確認した。しかしその後、消毒、覆布をかける準備を右脚に対し行ったことを誰も気が付かず手術を始めた。</p> <p>○いずれも手術部位を特定するためのマーキングをしていなかった。</p>
輸液ポンプ	<p>○輸液ポンプを使用した持続点滴の際、注射液の血管外漏出により、注射針刺入部に腫脹をきたした事例が2件報告された。</p> <p>○いずれも小児患者であった。1事例は刺入部の観察が発見する4時間20分前であり、1例は10時間に4回の指先、注射針刺入部の観察を行っていた。</p> <p style="text-align: right;">⇒医療安全情報No.7</p>
検査	<p>○電話連絡による間違いの事例が報告された。</p> <p>・術中迅速細胞診の結果が検査室から電話連絡が入り、電話を受けた担当医が「POSITIVE」を「NEGATIVE」と聞き間違えて、手術後に本人・家族に説明した。翌日報告用紙を見て間違いに気付いた。</p>
医療機器	<p>○MRI(磁気共鳴画像)検査での事例が2事例報告された。</p> <p>1) 交通事故後、MRI撮影中、患者から「臀部に熱感がある」とコールがあった。確認すると臀部の擦過傷に当てていた湿ったガーゼがMRIの磁気と共鳴したことが原因と考えられた。</p> <p>2) MRI検査時、使用する薬剤を看護師はホーローのトレイで準備した。その後、撮影台を動かした際トレイがMRIの磁気に引き付けられて飛んだ。</p>
医療機器	<p>○心臓カテーテル検査を終了する際、穿刺部位の圧迫止血のため止血用デバイスが使用されることがあり、止血用デバイスに空気を注入し膨らませて圧迫止血する。事故事例は、止血用デバイスにではなく、誤って心臓カテーテル検査のために動脈に挿入したシース(カテーテルを通すために血管に挿入される外筒)に空気を注入し、空気塞栓を生じた事例。</p>
移動中	<p>○患者の移動中に起きた事例が報告された。</p> <p>・CT検査後、ベッドの直後から点滴架台がついていく形でICUへ搬送していた。扉を通過する際に点滴台の上端が上壁にぶつかり点滴架台が急停止した。ベッドは先行していたため点滴ラインが引っ張られる形となり、その際中心静脈ラインが抜去された。</p>
治療・処置	<p>○手術や検査の前処置として実施し、グリセリン浣腸により直腸等に穿孔を来した事例。ベッド上において左側臥位により実施した例はなく、全例がトイレにおいて立位で実施していたことが共通していた。</p> <p style="text-align: right;">⇒医療安全情報No.3</p>
治療・処置	<p>○名前の確認を実施せず、A氏に薬を内服させる際に、B氏の薬も併せて内服させてしまった事例。</p> <p>・3名分の患者の内服薬を、ひとつのトレイにのせて準備した。</p> <p>・なお、過去においても当事業に同様な事例2件が報告されている。</p> <p>1) 胃管から注入するため内服薬を薬杯に移し準備をした際に、他の患者と同じトレイに置いた。そのため間違えて他の患者の内服薬を投与した事例</p> <p>2) 患者名のない3本の注射器をひとつのトレイに置き、生食ロック(一時的に使用しない静脈留置カテーテル(点滴カテーテル)に生理食塩水を満たしロックする方法)の準備をした。A氏に使用した残量のある注射器を1度トレイに戻した後、同じ注射器をB氏にも使用した事例</p> <p>・いずれも使用する患者を特定すべき薬について、特定していない(もしくはできない)状況の下で作業し、他の患者の薬と取り違えた事例であり、ルールの不備や違反があった。</p>
治療・処置	<p>○複数の指示経路があったため指示伝達の間違いが起きた事例が報告された。</p> <p>・化学療法の点滴を中止し、グランの皮下注射を行う予定であった。化学療法の指示用紙</p>

	には監査サインをせず、コンピューター画面で当日の注射指示を削除した。カルテには注射指示箋がはいっており、「中止」の記載がないためそのまま実施された。
治療、 処置	○手術の際に注射器に準備された用法の違う薬剤を誤って投与した事例が3件報告された。 1) 無水エタノールをキシロカイン注射液1% (局所麻酔剤)と間違えて注射した。 2) 生理食塩水を投与するところ、誤ってチオ硫酸ナトリウムを穿刺針に接続し、投与した。 3) 局所麻酔キシロカイン注射液1% (局所麻酔剤)を施行する際に、間違えて消毒用の0.05%マスキン水を注射した。
療養上 の世話	○患者の入浴介助中の熱傷。 ・いずれも患者は介助が必要であり、1件は寝たまま入浴できるエレベートバスを使用している入浴の際に準備したお湯の温度を確認していなかった事例であり、他の1件は、シャワーを使用中に切り替えたカランから熱湯がでていた事例であった。 ⇒医療安全情報No.5

(2) 医療安全情報

下記は、「報告書」に掲載された医療安全情報をまとめたものである。「報告書」には、「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。」「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するものではありません。」と付記している。

医療安全情報No.1 (2006年12月)	
項目	インスリン含量の誤認
概要	<p>○インスリン過剰投与に伴い低血糖をきたした事例が6件報告されています(集計期間:2004年10月～2006年9月30日)。</p> <p>○そのうち、バイアルの「100 単位/ml」という表示の誤認に起因する事例が報告されています。</p> <p>○インスリンは、100 単位/mlに濃度が統一されており、1バイアル 1000 単位(10ml)です。</p> <p>◆報告されている6件の事例のうち5件が経験年数1年未満の医師や看護師によるものです。</p>
事例	<p>日勤勤務の看護師は、生食 99ml+速効型インスリン 100 単位(1ml、1バイアルの1/10 量)を 1.5ml/時間で投与する指示により持続注入すべきところ、1バイアルが 100 単位であると思い、1バイアル(1000 単位、10ml)全てを混注した。患者の血糖コントロールが不良であったため、準夜勤勤務の看護師が看護記録を確認したところ、実施記録の間違いに気付いた。日勤勤務の看護師に確認し、インスリンが過剰に投与されていることがわかった。</p>
事例発生医療機関の取り組み	<p>事例が発生した医療機関の取り組みインスリンの濃度は、100 単位/mlで、1バイアル 1000 単位(10ml)であることを周知する。</p>

医療安全情報No.2 (2007年1月)	
項目	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
概要	<p>○抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴い骨髄抑制をきたした事例が報告されています(集計期間:2004年10月～2006年9月30日)。</p> <p>○抗リウマチ剤として使用されるメトトレキサートは、休薬期間が必要な薬剤です。</p> <p>◆メトトレキサートは腫瘍用薬として使用されている薬剤です。</p>
事例	<p>入院前より抗リウマチ剤(メトトレキサート)を、正しく週2日、計3回内服し、入院後も持参した内服薬は患者が管理していた。治療後、患者が自己管理できなくなった時点で、内服薬は病院の管理となった。病院は、連日投与するように準備したため過剰投与となった。</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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

医療安全情報No.3 (2007年2月)										
項目	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔									
概要	<p>○グリセリン浣腸に伴い直腸穿孔などをきたした事例が7件報告されています(集計期間:2004年10月1日～2006年9月30日)。</p> <p>○報告事例7件のうち、立位前屈で実施した事例が6件あります</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>体位</td> <td>立位前屈</td> <td>左側臥位</td> </tr> <tr> <td>場所</td> <td>トイレ</td> <td>病室</td> </tr> <tr> <td>件数</td> <td>6件</td> <td>1件</td> </tr> </table>	体位	立位前屈	左側臥位	場所	トイレ	病室	件数	6件	1件
体位	立位前屈	左側臥位								
場所	トイレ	病室								
件数	6件	1件								
事例	<p>事例1)トイレにおいて、立位でグリセリン浣腸を施行した。その後、患者は軽度の腹痛と肛門周囲からの出血があったため、内視鏡検査を実施した結果、直腸の裂傷や穿孔とその周</p>									

	<p>辺に凝血塊を認めた。また、損傷部位から血中に混入したグリセリンに起因すると考えられる溶血および腎機能の低下を認めた。</p> <p>事例2) 胃癌手術の前処置のグリセリン浣腸を実施する際に、トイレにおいて前屈で施行した。その後、患者は膣から透明液の排出と、排尿時に極少量の出血に気付いた。予定通り手術を開始し、腹腔内検索を行ったところ、直腸に穿孔を確認したことから人工肛門を造設した。</p>
事例発生医療機関の取り組み	浣腸の実施は、左側臥位を基本とし慎重に行う。

医療安全情報No.4 (2007年3月)																	
項目	薬剤の取り違え																
概要	<p>○薬剤の名称が類似していることにより、取り違えた事例が7件報告されています(集計期間:2004年10月1日~2006年12月31日)。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>投与すべき薬剤</th> <th>取り違えた薬剤</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>アルマール錠</td> <td>アマリール錠</td> </tr> <tr> <td>アレロック錠</td> <td>アレリックス錠</td> </tr> <tr> <td>セフメタゾン静注用</td> <td>注用セフマゾン</td> </tr> <tr> <td>タキソール注射液</td> <td>タキソテール注</td> </tr> <tr> <td>タキソテール注</td> <td>タキソール注射液</td> </tr> <tr> <td>ファンガード点滴用</td> <td>ファンギゾン</td> </tr> <tr> <td>ラクテックD注</td> <td>ラクテック注</td> </tr> </tbody> </table> <p>○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。</p>	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
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																
事例	<p>事例1) 当該診療科では化学療法の処方の際に、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。</p> <p>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。</p>																

医療安全情報No.5 (2007年4月)	
項目	入浴介助時の熱傷
概要	<p>○「療養上の世話」において熱傷をきたした事例が15件報告されています(集計期間:2004年10月~2006年12月31日)。</p> <p>○報告事例のうち、入浴介助の際、湯の温度を直前に確認しなかったことにより熱傷をきたした事例が2件あります。</p> <p>◆報告されている2件とも意思表示が十分にできない患者の事例です。</p>
事例	<p>看護師は熱めに設定した湯をエレベートバス(臥位で入浴できるリフトバス)に準備し、湯の温度を確認する前に患者を入浴させた。その後、看護師はエレベートバスに手を入れると湯が熱かったため、すぐに患者を湯からあげた。</p> <p>この時、患者の皮膚に表皮剥離を認めた。皮膚科医師の診察により体表面積25%程度の熱傷と診断された。</p>
事例発生医療機関の取り組み	入浴を実施する直前に、湯の温度を素手や上腕内側などで確認する。

医療安全情報No.6(2007年5月)	
項目	インスリン単位の誤解
概要	<p>○インスリン過量投与に伴い低血糖をきたした事例が6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、)。そのうち、「単位」を「mL」と誤解した事例が報告されています。</p> <p>○インスリン1単位は0.01mLです。</p> <p>◆一般には、インスリン投与時は専用注射器や1mL注射器を使用します。</p> <p>◆報告されている6件の事例のうち5件が経験年数1年未満の医師や看護師によるものです。</p>
事例	<p>看護師は点滴を準備する際、指示書を見てインスリンの量を8単位と確認したが、インスリン8単位を8mLだと思い込み、10mL用の注射器でインスリン8mLを500mLの輸液に混合した。投与開始から約2時間後、患者は意識レベルが低下するなどの低血糖症状が認められたことから、インスリンの過量投与がわかった。</p>
事例発生医療機関の取り組み	<p>「単位」は「mL」を意味するものではなく、インスリンの1単位は0.01mLであることを周知する。</p>

医療安全情報No.7(2007年6月)	
項目	小児の輸液の血管外漏出
概要	<p>○薬剤添付文書上、輸液の血管外漏出に関する危険性の言及の有無にかかわらず、小児に対する点滴実施の際、輸液の血管外漏出により、何らかの治療を要した事例が9件報告されています(集計期間:2004年10月1日~2007年2月28日)。</p> <p>○新生児などの小児においては、輸液が血管外に漏出したために治療を要した症状や所見が報告されています。</p> <p>主な症状・所見</p> <ul style="list-style-type: none"> ・皮膚潰瘍 ・発熱 ・皮膚壊死 ・腫脹 ・手指の冷感 ・水疱 ・発赤 <p>◆報告事例の全てが2歳以下の新生児などの小児です。</p>
事例	<p>事例1) 点滴治療の際、注射針刺入部は不透明なテープで固定され、さらに保温のため毛布で覆われていた。看護師は、刺入部を固定している不透明なテープの間から観察可能な皮膚が発赤・腫脹していることに気づき、直ちに留置針を抜去した。しかし、既に拇指全体が暗紫色に変色し、右手掌・手背ともに発赤と腫脹が強く、治療のために減張切開術が必要であった。</p> <p>事例2) 患児には輸液ポンプにより持続的な輸液が施行されていた。夜間帯の勤務開始直後に、看護師は注射針刺入部の観察を行い、血管外漏出所見を認めないことを確認し、刺入部を絆創膏とシーネで再固定した。その後の定時観察においては、滴下状況の確認はしたが、輸液ポンプのアラームが鳴らなかったため刺入部の直視的な観察は行わなかった。翌朝、刺入側の左上肢全体の腫脹と、刺入部の皮膚潰瘍を認めた。</p>
事例発生医療機関の取り組み	<p>○小児の点滴施行中は、注射針刺入部を透明なテープで固定し、定期的に観察を行う。</p> <p>○輸液ポンプ等は、輸液の血管外漏出ではアラームが鳴らないことを周知する。</p>

(3) 医療事故報告

下記は、2007年9月18日に公表された医療事故情報収集等事業第10回報告書の概要であり、2007年4月～6月の医療事故の報告をまとめたものである。

国公立・学校法人立等報告義務対象 274 医療機関中、107 医療機関 309 件の報告

ア) 医療事故発生場所 (2007年4～6月)							
場所	外来	入院	合計	場所	外来	入院	合計
外来診察室	9	1	10	放射線治療室	1	4	5
外来処置室	3	0	3	放射線撮影室	0	3	3
外来待合室	3	0	3	核医学検査室	1	0	1
救急外来	2	0	2	透析室	0	0	0
救命救急センター	0	2	2	分娩室	0	1	1
病室	0	150	150	機能訓練室	0	0	0
病棟処置室	0	6	6	トイレ	1	9	10
手術室	1	34	35	廊下	0	8	8
ICU	0	4	4	浴室	0	8	8
CCU	0	2	2	階段	0	1	1
NICU	0	1	1	不明	0	2	2
検査室	1	3	4	その他	6	33	39
カテーテル検査室	0	9	9	合計	28	281	309

イ) 医療事故の事故当事者の勤務時間(直前1週間)		
週労働時間	医師	看護師
40 時間未満	51(25.6%)	69(33.7%)
40 時間～64 時間未満	114(57.3%)	136(66.3%)
64 時間以上	30(13.3%)	0
不明	4(2.0%)	0
合計	199 人(100%)	205 人(100%)

ウ) 医療事故の事故当事者の夜勤回数(直前1週間)		
週労働時間	医師	看護師
0回	76(38.2%)	42(20.5%)
1回	62(31.2%)	48(23.4%)
2回	12(6.3%)	79(38.5%)
3回	3(1.5%)	25(12.2%)
4～7回	1(0.5%)	4(2.0%)
不明	45(22.6%)	7(3.4%)
合計	199 人(100%)	205 人(100%)

エ) 医療事故発生要因×事故の概要(2007年4~6月) 複数回答

	指示だし	薬剤	輸血	治療・処置	医療用具等			検査	療養上の世話	その他
					医療機器	ブ ド レ ー ン ・ チ ュー	歯科用具等			
確認を怠った	1	15	1	28	1	2	0	4	16	5
観察を怠った	0	4	0	12	1	3	0	1	44	8
判断を誤った	0	3	0	27	1	5	0	5	34	6
知識が不足	1	3	0	4	0	1	0	1	3	3
技術・手技が未熟	0	2	0	12	1	1	1	1	3	4
報告が遅れた	0	1	0	2	0	2	0	0	3	2
通常と異なる身体条件下	0	0	0	2	0	0	0	1	5	1
通常と異なる心理的条件下	1	3	0	1	0	0	0	0	1	1
システムに問題	1	1	1	5	2	1	0	0	3	1
連携が出来てない	1	7	0	8	0	0	0	1	10	9
記録等の不備	0	1	0	1	0	0	0	0	3	1
患者の外見・姓名が似てた	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
勤務が繁忙だった	0	3	1	4	0	0	0	2	3	3
環境に問題	0	0	0	1	0	0	0	0	10	3
医薬品の問題	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
医療機器の問題	0	1	0	6	4	1	0	0	2	0
諸物品の問題	0	0	0	3	0	0	0	0	1	1
施設・設備の問題	0	0	0	4	0	0	0	0	6	1
教育・訓練に問題	1	4	0	5	1	0	0	0	9	6
説明不足	0	0	0	14	0	0	0	3	11	5
その他	0	1	0	38	2	6	0	4	29	13
合計	6	50	3	178	13	22	1	23	196	74

(4) ヒヤリ・ハット事例収集分析(2007年1月～3月)

下記は、2007年9月18日に公表された医療事故情報収集等事業第10回報告書の概要であり、2007年1月～3月のヒヤリ・ハットの報告をまとめたものである。

定点医療機関（全般コード化情報提供）245 医療機関中、236 医療機関 44812 件の報告

ア) ヒヤリ・ハット発生場所 (2007年1～3月)			
場所	件数	場所	件数
外来診察室	688(1.5%)	検査室	688(1.5%)
外来処置室	92(0.2%)	機能訓練室	174(0.4%)
外来その他の場所	537(1.2%)	IVR 治療室	31(0.1%)
救急処置室	249(0.6%)	放射線撮影室	627(1.4%)
ナースステーション	4457(9.9%)	核医学検査室	46(0.1%)
病室	25449(56.8%)	放射線治療室	46(0.1%)
処置室	823(1.8%)	透析室	491(1.1%)
浴室	178(0.4%)	薬局・輸血部	1171(2.6%)
病棟のその他の場所	2006(4.5%)	栄養管理室・調理室	343(0.8%)
手術室	1239(2.8%)	トイレ	703(1.6%)
分娩室	18(0.0%)	廊下	624(1.4%)
ICU	1213(2.7%)	階段	13(0.0%)
CCU	289(0.8%)	不明	1067(2.4%)
NICU	437(1.0%)	その他(院内)	591(1.3%)
その他の集中治療室	337(0.8%)	その他(院外)	185(0.4%)
		合計	44812(100%)

イ) ヒヤリ・ハット発生場面 (2007年1～3月)			
場面	件数	場面	件数
オーダー・指示だし	635(1.4%)	医療用具(機器)使用・管理	1150(2.6%)
情報伝達過程	1280(2.9%)	ドレーン・チューブ使用・管理	7139(15.9%)
与薬準備	832(1.9%)	歯科医療用具(機器)使用・管理	3(0.0%)
処方・与薬	9870(22.0%)	療養上の世話	4543(13.0%)
調剤・製剤管理等	1387(3.1%)	給食・栄養	1342(3.0%)
輸血	187(0.4%)	その他の療養生活場面	5837(13.0%)
手術	572(1.3%)	物品搬送	37(0.1%)
麻酔	60(0.1%)	放射線管理	10(0.0%)
出産・人工流産	20(0.0%)	診療情報管理	402(0.9%)
その他の治療	341(0.8%)	患者・家族への説明	299(0.7%)
処置	334(0.7%)	施設・設備	91(0.2%)
診療	107(0.2%)	その他	5341(11.9%)
検査	2993(6.7%)	合計	44812(100%)

ウ) ヒヤリ・ハット発生要因 (2007年1～3月) 複数回答			
発生要因	件数	発生要因	件数
確認が不十分	27677(25%)	患者の外見・姓名の類似	188(0.2%)
観察が不十分	15019(13.6%)	身体状況(寝不足等)	1715(1.5%)
判断に誤り	8519(7.7%)	環境	857(0.8%)
知識不足・誤り	2703(2.4%)	医療・歯科医療用具、器具・医療材料	926(0.8%)
技術が未熟	2118(1.9%)	心理的状況(慌ててた・思い込み等)	14459(13.1%)
報告が不十分等	2012(1.8%)	諸物品	522(0.5%)

勤務状況	10549(9.5%)	施設・設備	249(0.2%)
システム	1838(1.7%)	教育・訓練	2063(1.9%)
連携	4942(4.5%)	患者・家族への説明	6084(5.5%)
記録等の記載	1043(0.9%)	その他	6269(5.7%)
薬剤	1029(0.9%)	合計	110781(100%)