

医政安発 0930 第 1 号  
薬生安発 0930 第 5 号  
令和 4 年 9 月 30 日

各 

都 道 府 県
保健所設置市
特 別 区

 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室長  
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課長  
（ 公 印 省 略 ）

#### 医療事故情報収集等事業 2021 年年報の公表について

医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。  
医療事故情報収集等事業につきましては、平成 16 年 10 月から、医療機関から報告された医療事故情報等を収集、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して実施しているところです。

今般、公益財団法人日本医療機能評価機構より、2021 年に公表した報告書を取りまとめた医療事故情報収集等事業 2021 年年報が公表されましたので、お知らせいたします。

貴職におかれましては、本年報の内容を御確認の上、本年報の公表について管下の医療機関に対する周知をお願いいたします。

なお、本年報につきましては、別途、公益財団法人日本医療機能評価機構から各都道府県知事、各保健所設置市長及び各特別区長宛に送付されており、同機構のホームページ(<https://www.med-safe.jp/>)にも掲載されていますことを申し添えます。

<p>（留意事項） 本通知の内容については、貴管内医療機関の医療安全管理委員会の関係者、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者、医療安全管理責任者等に対しても、周知されるよう御配慮願います。</p>
---

# 医療事故情報収集等事業 2021年 年報



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

医療事故防止事業部





# 目次

ごあいさつ	1
はじめに	2
<b>I 2021年年報について</b>	<b>3</b>
<b>II 集計報告</b>	<b>11</b>
1 医療事故情報収集等事業の参加状況	12
2 医療事故情報収集・分析・提供事業	13
【1】参加医療機関	14
【2】報告件数	15
【3】参加登録医療機関の報告の内容	19
3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業	22
【1】参加医療機関	23
【2】件数情報の報告	24
【3】事例情報の報告	24
【4】事例情報の報告の内容	28
<b>III 医療事故情報等分析の現況</b>	<b>31</b>
1 概況	32
【1】分析対象とする情報	32
【2】分析体制	32
【3】会議の開催状況	32
【4】研修会の開催状況	36
【5】2020年に医療事故情報の報告が0件の任意参加医療機関へのアンケート調査	37
【6】医療安全情報FAX受信医療機関へのアンケート調査	37
2 医療事故情報に対する追加情報の収集	38
【1】文書による追加情報の収集	38
【2】現地状況確認調査による追加情報の収集	39

3	分析テーマ	40
	【1】分析対象とするテーマの選定状況	40
	【2】分析テーマの概要	40
4	再発・類似事例の分析	55
	【1】再発・類似事例の分析の概要	55
<b>IV</b>	<b>医療安全情報</b>	<b>65</b>
1	概要	66
2	2021年に提供した医療安全情報	67
3	医療安全情報の再発・類似事例の件数	68
<b>V</b>	<b>事業の現況</b>	<b>73</b>
	<b>資料</b>	<b>79</b>
資料1	2021年度第1回研修会開催概要及びアンケート結果	80
資料2	2021年度第2回研修会開催概要及びアンケート結果	83
資料3	2020年に医療事故情報の報告が0件の任意参加医療機関へのアンケート調査	86
資料4	医療安全情報FAX受信医療機関へのアンケート調査	88
資料5	医療事故防止事業 運営委員会	93
資料6	医療事故情報収集等事業 総合評価部会	94
資料7	医療事故情報収集等事業 専門分析班	95
資料8	医療事故情報収集等事業 報告項目検討班	97

※本年報は、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、本事業の一環として総合評価部会委員の意見に基づき、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。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。<https://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す目的で作成されたものではありません。



## ごあいさつ

公益財団法人日本医療機能評価機構

理事長 河北 博文

公益財団法人日本医療機能評価機構は、中立的・科学的な立場で医療の質・安全の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行い、国民の健康と福祉の向上に寄与することを理念としております。また、「患者・家族、医療提供者等すべての関係者と信頼関係を築き、協働すること」「どこにも偏らず公正さを保つこと」「透明性を確保し、社会に対し説明責任を果たすこと」などを評価機構の価値と考えています。病院機能評価事業をはじめとして、認定病院患者安全推進事業、医療事故情報収集等事業、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業、EBM医療情報事業、産科医療補償制度運営事業は、いずれもこの理念や価値のもと取り組んでおります。

医療事故防止事業部では、2004年度より医療安全の推進を目的として医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の収集などを行う医療事故情報収集等事業を実施しており、収集した医療事故等の情報やその集計、分析の結果を報告書として取りまとめ、医療従事者、国民、行政機関など広く社会に対し定期的な報告書や年報として公表しています。また、月に1回程度、医療機関に対し医療安全情報をファックスで提供しています。平素より本事業において医療事故情報やヒヤリ・ハット事例等の報告にご協力いただいています医療機関および関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

この度は、2021年に公表した報告書の内容を基本として作成した、2021年年報を公表いたします。医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の1年分の集計、分析テーマや再発・類似事例の分析の概要、研修会の開催概要など医療安全の推進に役立つ多くの情報を掲載しておりますので、医療現場でご利用いただき、また一般の方々にも、我が国の医療安全の取り組みの現状について理解を深めていただくことにお役立ていただければ幸いです。

これまでに公表した報告書に対しては、医療事故情報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、年報や医療安全情報の内容の一層の充実に努めてまいります。

さらに、評価機構としては、我が国の医療水準の向上のために、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医療の質の向上に尽力してまいりますので、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。

## はじめに

公益財団法人日本医療機能評価機構

執行理事 後 信

医療事故防止事業部長 坂口 美佐

平素より本事業の運営にご理解とご協力をいただき、深く感謝申し上げます。

本事業は、医療機関からご報告いただいた医療事故情報やヒヤリ・ハット事例をもとに、様々な情報を提供しています。この度は、2021年1月から12月までにご報告いただいた医療事故情報とヒヤリ・ハット事例をとりまとめた2021年年報を公表いたします。新型コロナウイルス感染症により医療機関が大きな影響を受ける中で、本事業に事例をご報告いただき、心よりお礼申し上げます。

本年報には、1年間の集計結果や報告書で取り上げたテーマの概要などを掲載しています。医療安全管理を担当される方を中心に、各医療機関の実情に即した部分をお役立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本年報をご覧の皆様におかれましては、医療事故やヒヤリ・ハット事例の現状、そして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。

本事業の参加医療機関数は、2021年末には1,575施設となりました。本事業にご参加いただき、他の医療機関の参考になるような事例をご報告いただくことにより、医療安全の推進のために重要な情報が得られ、広く共有することが可能になります。任意参加の医療機関は少しずつ増加してきましたが、さらに多くの医療機関にご参加をいただければありがたく存じます。

2021年には、5,243件の医療事故情報をご報告いただきました。報告義務のある医療機関からの報告は年々増加しており、報告することが定着してきているものと考えています。任意参加の医療機関からの報告件数は、報告義務のある医療機関に比べて少ない状況が続いていますが、参加の次のステップとして、ぜひご報告をいただければと存じます。本事業における医療事故情報の報告範囲には、誤った医療又は管理の有無や影響の大きさにはかかわらず、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も含まれていますので、該当する事例の適切なご報告にご協力くださいますようお願いいたします。

本事業のホームページでは、報告書・年報、医療安全情報のダウンロードや事例検索をしていただくことができます。また、年報に掲載していない集計表もホームページで公開しています。本年報とともにホームページをご覧いただき、本事業が提供する情報を医療安全推進のためご活用いただければ幸いに存じます。

今後とも、医療事故の発生予防・再発防止のため、有用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賜りますよう、よろしくお願いいたします。

# I

## 2021年年報について

# I 2021年年報について

## 1 参加医療機関数と報告の現況

本事業に参加している医療機関数は、2021年末の時点で1,575となった。本年報の「Ⅱ-1 医療事故情報収集等事業の参加状況」に参加医療機関数の内訳を示す図表を掲載し、医療事故情報を報告する医療機関数、ヒヤリ・ハット事例を報告する医療機関数などを示している。また、この図表は本事業の参加状況を示す基本的な内容であることから、ホームページの「参加登録医療機関一覧」において随時情報を更新している。

本年報が対象としている2021年1月～12月に報告された医療事故情報の報告件数は5,243件であり、その内訳は、報告義務対象医療機関から4,674件、参加登録申請医療機関から569件であった。過去10年間の報告件数を図表I-1に示す。毎年、前年とほぼ同じか前年を上回る数の報告が続いており、医療事故を報告することが定着してきているものと考えられる。

図表I-1 医療事故情報の報告件数と医療機関数

年		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
報告 件数	報告義務	2,535	2,708	2,911	3,374	3,428	3,598	4,030	4,049	4,321	4,674
	任意参加	347	341	283	280	454	497	535	483	481	569
	合計	2,882	3,049	3,194	3,654	3,882	4,095	4,565	4,532	4,802	5,243
医療 機関数	報告義務	273	274	275	275	276	276	274	274	273	273
	任意参加	653	691	718	743	755	773	797	812	834	857
	合計	926	965	993	1,018	1,031	1,049	1,071	1,086	1,107	1,130

また、参考のため、医療事故情報として報告していただく事例の範囲を図表I-2に示す。この中には(3)のように、誤った医療又は管理の有無や患者への影響の大きさにはかかわらず、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も含まれている。

図表I-2 医療事故情報として報告する事例の範囲

- (1) 誤った医療又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) 誤った医療又は管理を行ったことが明らかでないが、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。

なお、本年報の「II 集計報告」に掲載している集計表以外にも、「当事者職種経験」「関連診療科」「発生場所」「事故の内容×事故の程度」など、年報に掲載していない集計表をホームページに掲載しているのご参照いただきたい。ホームページの「集計表」を開くと、1年ごとの集計および四半期ごとの集計の一覧が表示され、各種の集計表を閲覧・ダウンロードすることができる。

## 2 追加情報の収集－現地状況確認調査の概要－

本事業では、報告された事例について、医療機関からさらに詳細な事実関係等の情報をいただく必要があると判断された事例に関しては、文書による問い合わせや、ご協力いただける場合は現地状況確認調査を行っている。2021年は、文書による問い合わせを96件の医療事故情報に対して依頼し、92件のご回答をいただいた。なお、現地状況確認調査は、2021年は新型コロナウイルス感染症の影響で実施できなかった。

### 3 事例の分析

#### 1) 分析テーマ

本事業の分析テーマには、図表 I-3 に示すように、(1) テーマに該当するヒヤリ・ハット事例を6ヶ月間収集し、医療事故情報と総合して行う分析と、(2) 報告書の分析対象期間に報告された医療事故情報の中からテーマを設定し、過去の報告事例と併せて行う分析がある。2021年は、(1) のテーマとして「研修医に関連した事例」「外来化学療法室で行う抗がん剤治療に関連した事例」「患者間違いに関連した事例」を取り上げ、該当するヒヤリ・ハット事例を収集し、分析内容を第65回～第68回報告書に掲載した。また、(2) のテーマとして6つのテーマを取り上げ、同種の実例を遡って分析し、事例の内容や背景・要因、医療機関から報告された改善策を掲載するとともに、関連する薬剤や医療機器などに関する情報も適宜紹介している。

本年報では、分析テーマの概要を「Ⅲ-3 分析テーマ」に掲載している。各報告書では、報告件数や事例の内容、背景・要因の分析、再発防止のための改善策のまとめなどを紹介しているので、詳細は第65回～第68回報告書をご参照いただきたい。また、ホームページでは、分析テーマごとに閲覧・ダウンロードができるので、ご活用いただきたい。

図表 I-3 「分析テーマ」の一覧

分析テーマ	掲載 報告書	各報告書 掲載ページ
(1) テーマに該当するヒヤリ・ハット事例を6ヶ月間収集し、医療事故情報と総合して行う分析		
【1】 研修医に関連した事例②	第65回	24～44
【2】 外来化学療法室で行う抗がん剤治療に関連した事例①	第66回	24～54
【3】 外来化学療法室で行う抗がん剤治療に関連した事例②	第67回	22～45
【4】 患者間違いに関連した事例①	第68回	22～42
(2) 報告書の分析対象期間に報告された医療事故情報の中からテーマを設定し、過去の報告事例と併せて行う分析		
【1】 サイレース静注とセレネース注を取り違えて投与した事例	第65回	45～55
【2】 メイロン静注7%/8.4% 250ml製剤を誤って処方した事例		56～65
【3】 発声機能付き気管切開チューブ・スピーチバルブの取り扱いや管理に関連した事例		66～77
【4】 カテコラミン製剤の交換が遅れたことにより持続投与が中断した事例	第66回	55～66
【5】 医療関連機器圧迫創傷 (MDRPU) に関連した事例	第67回	46～70
【6】 新型コロナウイルス感染症に関連した事例 (2021年)	第68回	43～64

## 2) 再発・類似事例の分析

報告書や医療安全情報で取り上げた事例の中には、一度情報提供しても、実際には引き続き類似の事例が報告されているものがあり、繰り返し注意喚起を行うことが必要である。そこで、第18回報告書から「再発・類似事例の発生状況」の項目を設け、第50回報告書からは「再発・類似事例の分析」として、引き続き分析を行っている。この分析では、以前に提供した情報の中から再び報告があったテーマを取り上げ、情報提供後の再発・類似事例の報告件数の推移を示し、医療機関から報告された事例の内容や具体的な改善策などを紹介している。

本年報では、再発・類似事例の分析で取り上げたテーマの概要を「Ⅲ-4 再発・類似事例の分析」に掲載している。各報告書では、情報提供後の報告件数の推移や主な事例の内容、背景・要因、医療機関から報告された改善策のまとめなどを紹介しているので、詳細は第65回～第68回報告書をご参照いただきたい。また、ホームページでは、再発・類似事例の分析で取り上げたタイトルごとに閲覧・ダウンロードができるので、ご活用いただきたい。

図表 I-4 「再発・類似事例の分析」の一覧

タイトル	掲載 報告書	各報告書 掲載ページ
注射器に準備された薬剤の取り違い (医療安全情報No.15)	第65回	83～97
病理に関連した事例 (第24回報告書) -他の病理検体の混入-		98～102
製剤の総量と有効成分の量の間違い (医療安全情報No.9)	第66回	73～83
MRI検査室への磁性体 (金属製品など) の持ち込み (医療安全情報No.10、第2報No.94)		84～98
胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い (医療安全情報No.99)		99～107
アレルギーのある食物の提供 (医療安全情報No.69)	第67回	75～83
院外処方に関連した事例 (第58回報告書)	第68回	69～84

## 4 医療安全情報

本事業では、特に周知すべき情報を提供することにより、医療事故の発生予防、再発防止を促進することを目的として、2006年12月から医療安全情報を提供している。医療安全情報は、医療の現場で忙しく業務に従事している方々が手軽に活用できる情報として、A4サイズ2枚程度に情報量を絞り込み、イラストや表を入れるなど視認性に配慮して作成している。医療安全情報は、医療事故情報収集・分析・提供事業やヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の参加医療機関に対して、毎月1回FAXで提供するとともに、ホームページにも掲載している。さらに、より広く情報を共有するため、事業に参加していない病院にも希望によりFAXで無料配信している。FAX配信は医療安全情報の公表日に行うため、迅速に情報を受け取ることができ、院内の回覧などに利用していただいている。

2021年は医療安全情報No.170～No.181を作成し、提供した（図表I-5）。また、これまでに提供した医療安全情報No.1～No.181のうち、2021年に報告された再発・類似事例の件数が多かったものを図表I-6に示す。

図表I-5 2021年に提供した医療安全情報

提供月	No.	タイトル
1月	No.170	咀嚼・嚥下機能が低下した患者に合わない食物の提供
2月	No.171	免疫抑制・化学療法によるB型肝炎ウイルスの再活性化
3月	No.172	2020年に提供した医療安全情報
4月	No.173	輸液ポンプ等の流量の10倍間違い
5月	No.174	インスリン投与後の経腸栄養剤の未注入
6月	No.175	2020年に報告書でとりあげた医療安全情報
7月	No.176	人工呼吸器の回路の接続外れ
8月	No.177	PTPシートの誤飲（第3報） 添付資料：お薬を服用される方へ
9月	No.178	新生児・乳児の沐浴時の熱傷
10月	No.179	他患者の病理検体の混入
11月	No.180	メイロン静注250mL製剤の誤った処方
12月	No.181	腹腔鏡下手術時の切除した臓器・組織の遺残

図表 I - 6 医療安全情報の再発・類似事例の報告件数（件数上位）

No.	タイトル	件数
No.54	体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去	19
No.63	画像診断報告書の確認不足	17
No.138	画像診断報告書の確認不足（第2報）	
No.58	皮下用ポート及びカテーテルの断裂	15
No.47	抜歯部位の取り違え	14
No.80	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷	12
No.142	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷（第2報）	
No.152	手術時のガーゼの残存① - ガーゼカウント -	11
No.176	人工呼吸器の回路の接続外れ	11
No.48	酸素残量の未確認	9
No.146	酸素残量の確認不足（第2報）	
No.10	MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み	8
No.94	MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（第2報）	
No.57	PTPシートの誤飲	8
No.82	PTPシートの誤飲（第2報）	
No.177	PTPシートの誤飲（第3報）	
No.153	手術時のガーゼの残存② - X線画像の確認 -	8
No.7	小児の輸液の血管外漏出	7
No.78	持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い	7
No.132	オーバーテーブルを支えにした患者の転倒	7
No.4	薬剤の取り違え	6
No.68	薬剤の取り違え（第2報）	
No.99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違え	6
No.137	ホットパック使用時の熱傷	6
No.147	車椅子のフットレストによる外傷	6
No.149	薬剤の中止の遅れによる手術・検査の延期	6
No.150	病理診断報告書の確認忘れ - 上部消化管内視鏡検査 -	6

## 5 事業の現況

本年報の「V 事業の現況」には、本事業のホームページについて、2021年に行った改修や、年報と医療安全情報の英語版を公表したことなどの情報を掲載している。また、海外に向けた情報発信について紹介している。



# II

## 集計報告

## Ⅱ 集計報告

### 1 医療事故情報収集等事業の参加状況

医療事故情報収集等事業は、医療事故情報収集・分析・提供事業とヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の2つの事業により構成されている。

2021年12月31日現在、それぞれの事業に参加している医療機関は以下の通りである。

図表Ⅱ－1－1 参加登録医療機関の登録状況

登録状況			ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業						合計	
			参加する				参加しない			
			発生件数と事例情報		発生件数のみ					
医療事故情報 収集・分析・ 提供事業	義務	参加する	123	516	84	334	66	280	273	1,130
	任意	参加する	393		250		214		857	
		参加しない	162		283		—		445	
合計			678		617		280		1,575	
			1,295							

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

## 2 医療事故情報収集・分析・提供事業

医療事故情報収集・分析・提供事業は、報告義務対象医療機関と本事業に参加を希望する参加登録申請医療機関から医療事故情報の収集を行う。ホームページには、「当事者職種」「関連診療科」「事故の概要×事故の程度」など、本事業で公表している全ての集計表を掲載している。ホームページの「集計表」の「1年ごとの集計」から各年ごとの集計表を閲覧・ダウンロードすることができる。

The image shows a screenshot of the website for the medical accident information collection, analysis, and provision project. It is divided into three main sections:

- Top Navigation Menu:** Includes links for '事業のご案内', '参加登録', '事例報告システム', '医療安全情報', '報告表', '分析テーマ', '再発・類似事例の分析', '年報', '集計表', '集計表検索', '関連事業', '事例検索', '事例検索', 'よくある質問', and 'お問い合わせ'.
- Left Panel (集計表):** A sidebar menu with '集計表' selected. It lists '1年ごとの集計' (2014-2018) and '4年間ごとの集計' (2014-2018).
- Main Content Area:** A table titled '医療事故情報収集・分析・提供事業' with 40 rows of data. The table includes columns for year, number of cases, and other metrics. The data is organized into sections: '1年ごとの集計' (2014-2018), '再発・類似事例の分析' (2014-2018), and '4年間ごとの集計' (2014-2018).

The table data is as follows:

項目	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
1年ごとの集計	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
再発・類似事例の分析	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
4年間ごとの集計	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年

Ⅱ

1

2

2 [1]

2 [2]

2 [3]

3

3 [1]

3 [2]

3 [3]

3 [4]

## 【1】参加医療機関

2021年12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報告義務対象医療機関と参加登録申請医療機関の数は以下の通りである。なお、医療機関数の増減の理由には、新規の開設や閉院、統廃合の他に、開設者区分の変更も含まれる。

図表Ⅱ－2－1 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 (注1)	参加登録申請 医療機関 (注2)
国	国立大学法人等	45	1
	独立行政法人国立病院機構	140	0
	国立研究開発法人	8	0
	国立ハンセン病療養所	13	0
	独立行政法人労働者健康安全機構	0	29
	独立行政法人地域医療機能推進機構	0	41
	その他の国の機関	0	0
自治体	都道府県	2	25
	市町村	0	96
	公立大学法人	9	2
	地方独立行政法人	1	24
自治体以外の 公的医療機関 の開設者	日本赤十字社	0	55
	恩賜財団済生会	0	21
	北海道社会事業協会	0	2
	厚生農業協同組合連合会	0	19
	国民健康保険団体連合会	0	1
	健康保険組合及びその連合会	0	2
	共済組合及びその連合会	0	10
国民健康保険組合	0	0	
法人	学校法人	54	20
	医療法人	0	356
	公益法人	1	51
	会社	0	11
	その他の法人	0	33
個人		0	58
合計		273	857

(注1) 2021年12月末時点の報告義務対象医療機関（273施設）の内訳は以下の通りである。

- ①国立研究開発法人及び国立ハンセン病療養所 22施設
- ②独立行政法人国立病院機構の開設する病院 140施設
- 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） 110施設
- ④特定機能病院（上記①～③と重複している施設も含む） 87施設

(注2) 参加登録申請医療機関とは、報告義務対象医療機関以外に任意で本事業に参加している医療機関である。

## 【2】報告件数

### （1）月別報告件数

2021年1月1日から同年12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。2021年は、5,243件の報告があった。

図表Ⅱ－2－2 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

	2021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	303	320	474	312	335	418	319	336	403	463	447	544	4,674
参加登録申請 医療機関報告数	66	31	31	58	31	38	65	45	60	74	40	30	569
報告義務対象 医療機関数	273	273	273	273	273	274	274	274	274	274	273	273	—
参加登録申請 医療機関数	836	837	840	844	847	849	853	854	853	856	856	857	—

### （2）医療事故情報の報告状況

#### 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2021年1月1日から同年12月31日までの開設者別の報告医療機関数及び報告件数を図表Ⅱ－2－3に、開設者別の事業開始からの報告件数を図表Ⅱ－2－4に、病床規模別の集計を図表Ⅱ－2－5に、地域別の集計を図表Ⅱ－2－6に示す。また、同期間における報告件数別の報告医療機関数を図表Ⅱ－2－7に示す。なお、報告義務対象医療機関については、集計期間中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ることがあるため、医療機関数等の数値が他の図表と一致しない場合がある。2021年12月31日現在、報告義務対象医療機関は273施設、病床数合計は138,150床である。

図表Ⅱ－2－3 開設者別報告義務対象医療機関の報告医療機関数及び報告件数

開設者		医療機関数 ※2021年 12月31日現在	報告医療機関数	件数
			2021年 1月～12月	2021年 1月～12月
国	国立大学法人等	45	45	1,310
	独立行政法人国立病院機構	140	130	1,496
	国立研究開発法人	8	8	139
	国立ハンセン病療養所	13	11	45
自治体	都道府県	12	10	387
	市町村			
	公立大学法人			
	地方独立行政法人			
法人	学校法人	54	38	1,164
	公益法人	1	1	133
合計		273	243	4,674

図表Ⅱ－2－4 開設者別報告義務対象医療機関の報告件数（累計）

開設者		件数
		2004年10月～ 2021年12月
国	国立大学法人等	11,808
	独立行政法人国立病院機構	18,586
	国立研究開発法人	1,773
	国立ハンセン病療養所	537
自治体	都道府県	3,445
	市町村	
	公立大学法人	
	地方独立行政法人	
法人	学校法人	11,034
	公益法人	344
合 計		47,527

図表Ⅱ－2－5 病床規模別報告義務対象医療機関の報告医療機関数及び報告件数

病床数	医療機関数	報告医療機関数	件数
	※2021年 12月31日現在	2021年 1月～12月	2021年 1月～12月
0～19床	0	0	0
20～49床	14	6	20
50～99床	4	3	6
100～149床	7	4	23
150～199床	9	6	28
200～249床	13	12	77
250～299床	16	12	94
300～349床	32	29	269
350～399床	18	17	172
400～449床	28	26	300
450～499床	15	15	245
500～549床	9	8	59
550～599床	8	8	120
600～649床	27	27	684
650～699床	8	7	327
700～749床	11	10	252
750～799床	3	3	94
800～849床	12	12	475
850～899床	4	4	241
900～999床	13	12	388
1000床以上	22	22	800
合 計	273	243	4,674

図表Ⅱ－2－6 地域別報告義務対象医療機関の報告医療機関数及び報告件数

地域	医療機関数	報告医療機関数	件数
	※2021年 12月31日現在	2021年 1月～12月	2021年 1月～12月
北海道	9	8	57
東北	25	24	298
関東甲信越	85	73	1,641
東海北陸	37	31	565
近畿	36	33	490
中国四国	35	32	790
九州沖縄	46	42	833
合計	273	243	4,674

図表Ⅱ－2－7 報告件数別報告義務対象医療機関数

件数	医療機関数
	※2021年 12月31日現在
0	31
1	15
2	10
3	10
4	12
5	7
6	17
7	15
8	6
9	10
10	9
11～20	74
21～30	21
31～40	5
41～50	6
51～100	19
101～150	5
151～200	1
200以上	0
合計	273

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2021年1月1日から同年12月31日までの開設者別の報告医療機関数及び報告件数を図表Ⅱ-2-8に、開設者別の事業開始からの報告件数を図表Ⅱ-2-9に示す。

図表Ⅱ-2-8 開設者別参加登録申請医療機関の報告医療機関数及び報告件数

開設者	医療機関数 ※2021年 12月31日現在	報告医療機関数	件数
		2021年 1月～12月	2021年 1月～12月
国	71	13	48
自治体	147	27	200
公的医療機関	110	21	70
法人	471	71	248
個人	58	2	3
合計	857	134	569

図表Ⅱ-2-9 開設者別参加登録申請医療機関の報告件数（累計）

開設者	件数
	2004年10月～ 2021年12月
国	394
自治体	1,650
公的医療機関	1,101
法人	2,744
個人	11
合計	5,900

### 【3】参加登録医療機関の報告の内容

本事業のホームページでは、次の3種類の集計表を公表している (<https://www.med-safe.jp/contents/report/html/StatisticsMenu.html>)。

集計表	種類	集計
A表	報告義務対象医療機関からの報告	報告月に基づく
B表	報告義務対象医療機関からの報告	発生月に基づく
C表	参加登録医療機関（事業に参加している全ての医療機関）からの報告	報告月に基づく

本年報では、2021年1月1日から同年12月31日までの参加登録医療機関（報告義務対象医療機関及び参加登録申請医療機関）からの医療事故情報の報告を集計した結果（C表）の一部を掲載する。なお、各表は、医療事故情報の報告入力項目<sup>(注)</sup>のうち選択項目を集計したものである。

図表II-2-10 当事者職種

当事者職種	報告数
医師	3,362
歯科医師	114
看護師	2,730
准看護師	12
薬剤師	59
臨床工学技士	39
助産師	18
看護助手	27
診療放射線技師	47
臨床検査技師	32
管理栄養士	2
栄養士	0
調理師・調理従事者	2
理学療法士 (PT)	43
作業療法士 (OT)	20
言語聴覚士 (ST)	1
衛生検査技師	0
歯科衛生士	11
歯科技工士	0
その他	64
合計	6,583

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

(注)「報告入力項目（医療事故情報）」は公益財団法人日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業ホームページ「関連文書」([https://www.med-safe.jp/pdf/accident\\_input\\_item.pdf](https://www.med-safe.jp/pdf/accident_input_item.pdf)) 参照。

図表Ⅱ－２－１１ 事故の概要

事故の概要	件数	%
薬剤	415	7.9
輸血	9	0.2
治療・処置	1,772	33.8
医療機器等	150	2.9
ドレーン・チューブ	400	7.6
検査	279	5.3
療養上の世話	1,593	30.4
その他	625	11.9
合計	5,243	100.0

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

図表Ⅱ－２－１２ 事故の程度

事故の程度	件数	%
死亡	407	7.8
障害残存の可能性が高い	500	9.5
障害残存の可能性が低い	1,440	27.5
障害残存の可能性なし	1,449	27.6
障害なし	1,300	24.8
不明	147	2.8
合計	5,243	100.0

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

※「不明」には、報告期日（2週間以内）までに患者の転帰が確定していない事例が含まれる。

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

図表Ⅱ－２－１３ 特に報告を求める事例

特に報告を求める事例	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	15	0.3
院内感染による死亡や障害	1	0
患者の自殺又は自殺企図	65	1.2
入院患者の失踪	3	0.1
患者の熱傷	55	1.0
患者の感電	0	0
医療施設内の火災による患者の死亡や障害	4	0.1
間違った保護者の許への新生児の引渡し	0	0
本事例は選択肢には該当しない	5,100	97.3
合計	5,243	100.0

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

図表II-2-14 関連診療科

関連診療科	報告数	%
内科	467	7.1
麻酔科	264	4.0
循環器内科	466	7.0
神経科	159	2.4
呼吸器内科	329	5.0
消化器科	486	7.3
血液内科	107	1.6
循環器外科	42	0.6
アレルギー科	7	0.1
リウマチ科	21	0.3
小児科	282	4.3
外科	496	7.5
整形外科	708	10.7
形成外科	76	1.1
美容外科	1	0
脳神経外科	253	3.8
呼吸器外科	157	2.4
心臓血管外科	286	4.3
小児外科	33	0.5
ペインクリニック	5	0.1
皮膚科	56	0.8
泌尿器科	214	3.2
性病科	0	0
肛門科	5	0.1
産婦人科	112	1.7
産科	28	0.4
婦人科	86	1.3
眼科	72	1.1
耳鼻咽喉科	132	2.0
心療内科	4	0.1
精神科	236	3.6
リハビリテーション科	30	0.5
放射線科	120	1.8
歯科	61	0.9
矯正歯科	4	0.1
小児歯科	5	0.1
歯科口腔外科	67	1.0
不明	22	0.3
その他	716	10.8
合計	6,615	100.0

※関連診療科は複数回答が可能である。

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

### 3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業で収集する情報には、発生件数情報と事例情報がある。発生件数情報は、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、事例情報の報告を希望した医療機関から収集を行う。本年報には、発生件数情報と事例情報の集計結果を掲載している。また、ホームページには発生件数情報の「病床規模別発生件数情報」、事例情報の「当事者職種」「事例の概要×影響度」など、本事業で公表している全ての集計表を掲載している。ホームページの「集計表」の「1年ごとの集計」から各年ごとの集計表を閲覧・ダウンロードすることができる。

The screenshot shows a website interface for the 'ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業' (Near Miss/Hot Spot Case Collection, Analysis, and Provision Project). The main navigation menu includes '集計表' (Summary Table), which is highlighted with a red box. An arrow points from this menu item to a detailed view of the '集計表' section. This section is divided into '1年ごとの集計' (Summary by Year) and '四半期ごとの集計' (Summary by Quarter). The '1年ごとの集計' table lists the years 2019, 2020, and 2021. An arrow points from the 2021 entry to a detailed report page for that year. The detailed report page shows a list of 48 items (YH-01 to YH-48) related to the project, each with a download icon.

### 【1】参加医療機関

2021年12月31日現在、ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加している医療機関数は以下の通りである。

図表Ⅱ－3－1 参加医療機関数

	開設者	参加医療機関	事例情報報告
			参加医療機関
国	国立大学法人等	29	18
	独立行政法人国立病院機構	117	68
	国立研究開発法人	5	3
	国立ハンセン病療養所	12	4
	独立行政法人労働者健康安全機構	29	24
	独立行政法人地域医療機能推進機構	43	23
	その他の国の機関	0	0
自治体	都道府県	30	17
	市町村	140	75
	公立大学法人	11	6
	地方独立行政法人	26	12
	自治体以外の 公的医療機関 の開設者		
日本赤十字社	82	47	
恩賜財団済生会	22	11	
北海道社会事業協会	1	1	
厚生農業協同組合連合会	21	8	
国民健康保険団体連合会	2	0	
健康保険組合及びその連合会	1	0	
共済組合及びその連合会	22	12	
国民健康保険組合	1	1	
法人	学校法人	50	35
	医療法人	476	226
	公益法人	55	24
	会社	9	2
	その他の法人	47	20
個人		64	41
合計		1,295	678

## 【2】件数情報の報告

2021年1月1日から同年12月31日までの発生件数情報の報告は以下の通りである。

図表Ⅱ－3－2 発生件数情報の報告件数

項目	誤った医療の実施の有無			実施あり	合計
	実施なし				
	影響度（当該事例の内容が仮に実施された場合）				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
(1) 薬剤	1,683	8,410	105,719	205,619	321,431
(2) 輸血	90	285	2,089	3,847	6,311
(3) 治療・処置	536	2,667	15,912	44,391	63,506
(4) 医療機器等	352	1,171	12,183	21,716	35,422
(5) ドレーン・チューブ	400	2,623	30,454	115,271	148,748
(6) 検査	678	2,155	31,781	59,207	93,821
(7) 療養上の世話	613	4,117	67,646	148,442	220,818
(8) その他	638	2,426	53,958	63,842	120,864
合計	4,990	23,854	319,742	662,335	1,010,921
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	277	2,144	5,879	13,405	21,705
【2】薬剤に由来する事例	781	4,602	41,535	80,748	127,666
【3】医療機器等に由来する事例	248	796	5,444	12,207	18,695
【4】今期のテーマ	228	617	5,092	6,801	12,738

報告医療機関数	646
病床数合計	243,316

## 【3】事例情報の報告

### (1) 事例情報の月別報告件数

2021年1月1日から同年12月31日までの事例情報の月別報告件数は以下の通りである。

図表Ⅱ－3－3 事例情報の月別報告件数

	2021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	
事例情報報告数	5,294	1,435	1,511	4,598	1,036	778	3,916	1,526	1,313	6,224	745	1,403	29,779
事例情報報告参加医療機関数	668	668	668	671	673	674	676	678	676	677	677	678	—

(2) 事例情報の報告状況

事例情報報告参加医療機関の2021年1月1日から同年12月31日までの開設者別の報告医療機関数及び報告件数を図表Ⅱ-3-4に、病床規模別の集計を図表Ⅱ-3-5に、地域別の集計を図表Ⅱ-3-6に示す。また、同期間における報告件数別の報告医療機関数を図表Ⅱ-3-7に示す。2021年12月31日現在、事例情報報告参加医療機関は678施設、病床数合計は213,370床である。

図表Ⅱ-3-4 開設者別事例情報報告参加医療機関数及び報告件数

開設者		医療機関数 ※2021年 12月31日現在	報告医療機関数	件数
国	国立大学法人等	18	8	66
	独立行政法人国立病院機構	68	7	21
	国立研究開発法人	3	1	3
	国立ハンセン病療養所	4	1	1
	独立行政法人労働者健康安全機構	24	5	1,060
	独立行政法人地域医療機能推進機構	23	5	5,727
	その他の国の機関	0	0	0
自治体	都道府県	110	24	13,369
	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	47	6	2,083
	恩賜財団済生会	11	3	879
	北海道社会事業協会	1	0	0
	厚生農業協同組合連合会	8	1	1
	国民健康保険団体連合会	0	0	0
	健康保険組合及びその連合会	0	0	0
	共済組合及びその連合会	12	1	1
	国民健康保険組合	1	0	0
法人	学校法人	35	17	720
	医療法人	226	21	3,093
	公益法人	24	4	6
	会社	2	0	4
	その他の法人	20	1	2,644
個人		41	2	101
合計		678	107	29,779

図表Ⅱ－3－5 病床規模別事例情報報告参加医療機関数及び報告件数

病床数	医療機関数 ※2021年 12月31日現在	報告医療機関数	件数
0～19床	74	4	46
20～49床	21	6	213
50～99床	37	1	1
100～149床	43	3	3
150～199床	83	10	4,276
200～249床	43	4	207
250～299床	40	6	1,624
300～349床	79	15	5,324
350～399床	49	6	13
400～449床	50	4	2,742
450～499床	28	5	1,120
500～549床	30	8	2,431
550～599床	17	2	4
600～649床	22	6	1,815
650～699床	13	3	191
700～749床	11	4	20
750～799床	5	2	15
800～849床	7	5	9,614
850～899床	3	1	2
900～999床	12	7	76
1000床以上	11	5	42
合計	678	107	29,779

図表Ⅱ－3－6 地域別事例情報報告参加医療機関数及び報告件数

地域	医療機関数 ※2021年 12月31日現在	報告医療機関数	件数
北海道	50	5	56
東北	65	8	2,068
関東甲信越	190	39	9,488
東海北陸	116	17	9,489
近畿	102	12	4,676
中国四国	77	12	3,555
九州沖縄	78	14	447
合計	678	107	29,779

図表Ⅱ－3－7 報告件数別事例情報報告参加医療機関数

件数	医療機関数 ※2021年 12月31日現在
0	571
1	31
2	18
3	10
4	2
5	2
6	1
7	3
8	1
9	0
10	2
11～20	8
21～30	2
31～40	2
41～50	0
51～100	1
101～150	1
151～200	3
200以上	20
合計	678

Ⅱ

1

2

2 [1]

2 [2]

2 [3]

3

3 [1]

3 [2]

**3 [3]**

3 [4]

## 【4】事例情報の報告の内容

2021年1月1日から同年12月31日までの事例情報報告参加医療機関からのヒヤリ・ハット事例情報の報告を集計した結果は次の通りである。なお、各表はヒヤリ・ハット事例の「事例情報」報告入力項目<sup>(注)</sup>のうち選択項目を集計したものである。

図表 II - 3 - 8 当事者職種

当事者職種	報告数
医師	1,763
歯科医師	74
看護師	26,306
准看護師	81
薬剤師	1,164
臨床工学技士	228
助産師	717
看護助手	247
診療放射線技師	441
臨床検査技師	725
管理栄養士	103
栄養士	109
調理師・調理従事者	116
理学療法士 (PT)	278
作業療法士 (OT)	173
言語聴覚士 (ST)	38
衛生検査技師	1
歯科衛生士	12
歯科技工士	5
その他	1,539
合計	34,120

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

(注)「報告入力項目(ヒヤリ・ハット事例)」は公益財団法人日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業ホームページ「関連文書」([https://www.med-safe.jp/pdf/hiyarihatto\\_input\\_item.pdf](https://www.med-safe.jp/pdf/hiyarihatto_input_item.pdf)) 参照。

図表Ⅱ－3－9 事例の概要

事例の概要	件数	%
薬剤	10,104	33.9
輸血	141	0.5
治療・処置	1,446	4.9
医療機器等	1,049	3.5
ドレーン・チューブ	4,565	15.3
検査	2,571	8.6
療養上の世話	5,972	20.1
その他	3,931	13.2
合計	29,779	100.0

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

図表Ⅱ－3－10 医療の実施の有無と影響度

医療の実施の有無	影響度（当該事例の内容が仮に実施された場合）	件数	%
実施なし	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	182	0.6
	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	856	2.9
	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる	17,688	59.4
実施あり	—	11,053	37.1
合計		29,779	100.0

※割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。  
 ※影響度とは、医療の実施の有無で「実施なし」を選択し、仮に実施された場合の影響を集計したものである。

図表Ⅱ－3－11 事例の概要 × 影響度

事例の概要	影響度（当該事例の内容が仮に実施された場合）			合計
	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	
薬剤	39	187	5,742	5,968
輸血	3	5	99	107
治療・処置	15	42	831	888
医療機器等	11	73	574	658
ドレーン・チューブ	10	78	2,317	2,405
検査	15	36	1,638	1,689
療養上の世話	28	252	3,643	3,923
その他	61	183	2,844	3,088
合計	182	856	17,688	18,726

※影響度とは、医療の実施の有無で「実施なし」を選択し、仮に実施された場合の影響を集計したものである。

Ⅱ

1  
2  
2 [1]  
2 [2]  
2 [3]  
3  
3 [1]  
3 [2]  
3 [3]  
3 [4]

Ⅱ

1

2

2 [1]

2 [2]

2 [3]

3

3 [1]

3 [2]

3 [3]

3 [4]

# III

## 医療事故情報等分析の現況

## Ⅲ 医療事故情報等分析の現況

2004年度より開始した本事業では、医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例を収集している。2005年から、個別のテーマに関する医療事故情報とヒヤリ・ハット事例とを併せて総合的に検討する体制を整え、分析を行っている。

### 1 概況

#### 【1】分析対象とする情報

報告書の分析対象期間に報告された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を抽出し、分析対象とした。さらに、分析の必要性に応じて、報告書の分析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。

#### 【2】分析体制

医療安全に関わる医療専門職や安全管理の専門家などで構成される専門分析班を月1回程度の頻度で開催し、本事業に報告された主な医療事故情報や分析テーマの内容について検討している。また、事例の専門性に応じてテーマ別専門分析班を設置し、分析を行っている。その後、当事業部で分析内容を取りまとめ、総合評価部会の審議を経て公表を行っている。

#### 【3】会議の開催状況

医療事故防止事業部の運営委員会、本事業の総合評価部会、専門分析班会議報告項目検討班会議の2021年1月1日から12月31日までの開催状況を示す。なお、運営委員会の委員は資料5（93頁）、総合評価部会の委員は資料6（94頁）、専門分析班の委員は資料7（95頁）、報告項目検討班の委員は資料8（97頁）の通りである。

(1) 運営委員会

運営委員会の2021年1月1日から12月31日までの開催状況を示す。

図表Ⅲ－1－1 運営委員会の開催状況

	開催月	事業	議題
第36回	2月	医療事故情報収集等事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の現況</li> <li>・2021年度 事業計画（案）</li> <li>・2021年度 予算（案）</li> </ul>
		薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の現況</li> <li>・2021年度 公募申請（案）</li> </ul>
		歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業について</li> </ul>
第37回	5月	医療事故情報収集等事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の現況</li> <li>・2020年度 実績報告（案）</li> </ul>
		薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の現況</li> <li>・報告項目変更後のアンケート調査結果</li> <li>・2020年度 実績報告（案）</li> </ul>
		歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の現況</li> </ul>

(2) 総合評価部会

総合評価部会の2021年1月1日から12月31日までの開催状況を示す。

図表Ⅲ－1－2 総合評価部会の開催状況

	開催月	議題
第80回	2月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページのアクセス件数</li> <li>・2020年度 「RCAと対策立案に関する研修会」</li> <li>・2021年度 研修会（案）</li> <li>・医療安全情報 No.173、174、175（案）</li> <li>・第64回報告書（案）</li> </ul>
第81回	5月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2020年度 ホームページの改修</li> <li>・2019年年報英語版、医療安全情報英語版の公表</li> <li>・2021年7月～12月のヒヤリ・ハット事例「今期のテーマ」</li> <li>・医療安全情報 No.176、177、178（案）</li> <li>・2020年年報（案）</li> <li>・第65回報告書（案）</li> </ul>
第82回	8月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2021年度 研修会の概要</li> <li>・医療安全情報 No.179、180、181（案）</li> <li>・第66回報告書（案）</li> </ul>
第83回	11月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2020年に医療事故情報の報告が0件の医療機関への対応</li> <li>・2020年に医療事故情報の報告が0件の任意参加医療機関へのアンケート調査</li> <li>・2022年1月～6月のヒヤリ・ハット事例「今期のテーマ」</li> <li>・医療安全情報 No.182、183、184（案）</li> <li>・第67回報告書（案）</li> </ul>

Ⅲ

- 1〔1〕
- 1〔2〕
- 1〔3〕
- 1〔4〕
- 1〔5〕
- 1〔6〕
- 2〔1〕
- 2〔2〕
- 3〔1〕
- 3〔2〕
- 4〔1〕

### (3) 専門分析班会議

専門分析班は、医療安全に関する専門家等で構成され、本事業に報告された主な医療事故情報や分析テーマの内容について検討している。2021年は、コア分析班会議を4回、薬剤分析班会議を4回、医療機器分析班会議を3回開催した。また、今期のテーマを設定してヒヤリ・ハット事例を収集した場合は、期間限定で分析班を設置し、医療事故情報と総合して分析を行っている。2021年は、外来化学療法分析班会議を3回、研修医分析班会議を1回、患者間違い分析班会議を1回開催した。

図表Ⅲ－1－3 専門分析班会議の開催状況

会議名	開催月	検討内容
コア分析班	1月	・第64回報告書(案)の原稿確認
	3月	・問合せ事例の回答の確認 ・報告事例の検討 ・医療安全情報No.176、177、178(案)
	4月	・第65回報告書(案)の原稿確認
	5月	・問合せ事例の回答の確認 ・報告事例の検討
	7月	・問合せ事例の回答の確認 ・報告事例の検討 ・医療安全情報No.179、180、181(案)
	7月	・第66回報告書(案)の原稿確認
	9月	・問合せ事例の回答の確認 ・報告事例の検討 ・医療安全情報No.182、183、184(案)
	10月	・第67回報告書(案)の原稿確認
	12月	・問合せ事例の回答の確認 ・報告事例の検討 ・医療安全情報No.185、186、187(案)
薬剤分析班	3月	・問合せ事例の回答の確認 ・医療安全情報No.177(案) ・報告事例の検討
	6月	・問合せ事例の回答の確認 ・報告事例の検討
	8月	・問合せ事例の回答の確認 ・医療安全情報No.183(案) ・報告事例の検討
	11月	・問合せ事例の回答の確認 ・報告事例の検討
医療機器分析班	2月	・問合せ事例の回答の確認 ・報告事例の検討 ・医療安全情報No.176(案)
	6月	・問合せ事例の回答の確認 ・報告事例の検討 ・「医療機器等」の報告項目の検討
	11月	・報告事例の検討 ・報告事例の検討
研修医分析班会議	3月	・報告事例の検討 ・第65回報告書テーマの分析(案)
外来化学療法分析班	5月	・対象とする事例の範囲の確認 ・分析の方向性
	6月	・報告事例の検討 ・第66回報告書テーマの分析(案)
	9月	・報告事例の検討 ・第67回報告書テーマの分析(案)
患者間違い分析班会議	12月	・分析の方向性 ・事例の収集・検索について

#### (4) 報告項目検討班会議

報告項目検討班会議の2021年1月1日から12月31日までの開催状況を示す。

図表Ⅲ－1－4 報告項目検討班会議の開催状況

	開催月	議 題
第4回	3月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・【薬剤】の事例の「種類」「発生場面」「内容」の検討</li> <li>・【輸血】の事例の「種類」「発生場面」「内容」の検討</li> <li>・【治療・処置】の事例の「種類」「発生場面」「内容」の検討</li> </ul>
第5回	5月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・【薬剤】の事例の「事例の分類」「発生場面」の検討</li> <li>・【輸血】の事例の「事例の分類」「発生場面」の検討</li> </ul>
第6回	8月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・【医療機器等】の事例の「事例の分類」「発生場面」の検討</li> <li>・【ドレーン・チューブ】の事例の「事例の分類」「発生場面」の検討</li> </ul>
第7回	11月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・【治療・処置】の事例の「種類」の検討</li> <li>・【治療・処置】の事例の「発生場面」の検討</li> <li>・【治療・処置】の事例の「事故の分類」の方向性</li> </ul>
第8回	12月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・【治療・処置】の事例の「種類」の検討</li> <li>・【治療・処置】の事例の「発生場面」の検討</li> </ul>

## 【4】研修会の開催状況

本事業に参加している医療機関を対象に、本事業の現況を知っていただくとともに、報告の質を高めるため、研修会を開催した。

### (1) 2021年度 研修会「医療安全に関する情報の活用」

1) 開催日：2021年11月20日（土）

2) 形式：Web

3) 対象者：本事業参加医療機関の職員

4) 内容

- ①医療事故情報収集等事業について一事例報告から情報の提供、そして活用へー
- ②当院における医療安全情報の活用（1）
- ③当院における医療安全情報の活用（2）
- ④医療安全情報の活用状況と課題 全国の病院を対象にしたアンケート調査より

5) 参加者数

311名が参加した。

6) その他

研修会の概要、参加者のアンケート結果は、資料1（80～82頁）の通りである。

### (2) 2021年度 RCA研修会

1) 開催日：2022年2月26日（土）

2) 形式：Web

3) 対象者：本事業参加医療機関の職員

4) 内容

- ①医療事故情報収集等事業の概要と報告の現状
- ②Root Cause Analysisの概要
- ③Root Cause Analysisによる事故分析の要点（演習含む）

5) 参加者数

530名が参加した。

6) その他

研修会の概要、参加者のアンケート結果は、資料2（83～85頁）の通りである。

### 【5】2020年に医療事故情報の報告が0件の任意参加医療機関へのアンケート調査

本事業では、前年に医療事故情報の報告が0件であった医療機関に対し、文書を送付し、医療事故情報の報告を促している。報告義務医療機関からの医療事故情報の報告は前年と同様または増加しているが、任意参加医療機関からの報告は少ないまま経過している。そこで、任意参加の医療機関のうち前年に医療事故情報の報告が0件の医療機関に対して、アンケート調査を行った。調査の結果は、資料3（86～87頁）の通りである。

### 【6】医療安全情報FAX受信医療機関へのアンケート調査

本事業では、2006年12月に医療安全情報の提供を開始後、毎月1回の提供を継続している。医療安全情報は、事業参加医療機関と事業には参加していないがFAXによる情報提供を希望した病院に対して、FAXを送信している。

医療安全情報の提供開始後15年が経過し、情報提供の方法を検討するため、事業参加医療機関およびFAX受信医療機関にアンケート調査を行った。調査の結果は、資料4（88～92頁）の通りである。

## 2 医療事故情報に対する追加情報の収集

専門分析班会議において、報告された事例を分析するにあたり、さらに詳細な事実関係等の情報をいただく必要があると判断された事例に関しては、医療機関に対し、文書による問い合わせや、ご協力いただける場合は現地状況確認調査を行っている。ご提供いただいた追加情報の内容は、医療安全対策を検討するために活用している。

### 【1】文書による追加情報の収集

2021年は、文書による問い合わせを96件の医療事故情報に対して依頼し、92件の回答をいただいた。依頼した事例の概要を図表Ⅲ-2-1に示す。

図表Ⅲ-2-1 文書による追加情報を依頼した事例の概要

事故の概要	件数
薬剤	54
輸血	0
治療・処置	11
医療機器等	4
ドレーン・チューブ	3
検査	8
療養上の世話	8
その他	8
合計	96

文書による追加情報は、専門分析班会議において事例の内容を分析するうえで、詳細な事実関係や背景要因を伺うことが主であるが、集計表に反映される当事者、薬剤や医療機器の名称等の情報に関して入力漏れがある場合にも医療機関に問い合わせをしている。

次にあげる項目は、入力の際、特にご注意いただきたい項目である。

＜参考＞入力時、特にご注意ください項目

当事者職種	「その他 不明」と報告されている事例があります。19頁図表Ⅱ-2-10などに影響しますので、当事者職種は、事例に関わった、あるいは発見した、主に対応した医療機関の方の職種を入力してください。
職種経験、 部署配属期間	「0年0ヶ月」と報告されている事例があります。ホームページに公開している集計表 ( <a href="https://www.med-safe.jp/contents/report/html/StatisticsMenu.html">https://www.med-safe.jp/contents/report/html/StatisticsMenu.html</a> ) に影響しますので、正しい年数と月数を入力してください。
直前1週間の勤務時間	「0」や「999」と報告されている事例があります。ホームページに公開している集計表 ( <a href="https://www.med-safe.jp/contents/report/html/StatisticsMenu.html">https://www.med-safe.jp/contents/report/html/StatisticsMenu.html</a> ) に影響しますので、数値を入力してください。なお、勤務時間の把握ができない場合には、不明として「900」と入力してください。
薬剤、医療機器等 (記載が必要な場合)	事故の概要が「薬剤」や「医療機器等」などの場合に、薬剤名や医療機器名が「不明」と報告されている事例がありますが、事例に関連した薬剤、医療機器等の販売名や製造販売業者を入力してください。
事故の背景要因の概要、 改善策 (テキスト部分)	「不明」や「未記入」と報告されている事例がありますが、報告時点で把握している内容を入力してください。

## 【2】現地状況確認調査による追加情報の収集

2021年は新型コロナウイルス感染症の影響で現地状況確認調査を実施できなかった。

## 3 分析テーマ

### 【1】分析対象とするテーマの選定状況

本事業は、報告された情報をもとに、医療事故の発生予防・再発防止に資する情報提供を行うために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て選定している。

本事業の報告書の分析テーマは、(1) テーマに該当するヒヤリ・ハット事例を6ヶ月間収集し、医療事故情報と総合して行う分析と、(2) 報告書の分析対象期間に報告された医療事故情報の中からテーマを設定し、過去の報告事例と併せて行う分析がある。

### 【2】分析テーマの概要

2021年に報告された事例が分析対象である第65回～第68回報告書で取り上げた「分析テーマ」を図表Ⅲ-3-1に示す。なお、ホームページの「分析テーマ」(<https://www.med-safe.jp/contents/report/analysis.html>)をクリックすると、各報告書で取り上げた分析テーマのタイトルが表示され、該当する内容を閲覧・ダウンロードすることができる。

図表Ⅲ-3-1 「分析テーマ」の一覧

分析テーマ	掲載報告書	各報告書 掲載ページ
(1) テーマに該当するヒヤリ・ハット事例を6ヶ月間収集し、医療事故情報と総合して行う分析		
【1】研修医に関連した事例②	第65回	24～44
【2】外来化学療法室で行う抗がん剤治療に関連した事例①	第66回	24～54
【3】外来化学療法室で行う抗がん剤治療に関連した事例②	第67回	22～45
【4】患者間違いに関連した事例①	第68回	22～42
(2) 報告書の分析対象期間に報告された医療事故情報の中からテーマを設定し、過去の報告事例と併せて行う分析		
【1】サイレース静注とセレネース注を取り違えて投与した事例	第65回	45～55
【2】メイロン静注7%/8.4% 250ml製剤を誤って処方した事例		56～65
【3】発声機能付き気管切開チューブ・スピーチバルブの取り扱いや管理に関連した事例		66～77
【4】カテコラミン製剤の交換が遅れたことにより持続投与が中断した事例	第66回	55～66
【5】医療関連機器圧迫創傷 (MDRPU) に関連した事例	第67回	46～70
【6】新型コロナウイルス感染症に関連した事例 (2021年)	第68回	43～64

## (1) テーマに該当するヒヤリ・ハット事例を6ヶ月間収集し、医療事故情報と総合して行う分析

### 1) 研修医に関連した事例② (第65回報告書)

医師臨床研修は、2004年に必修化され、診療に従事しようとする医師は2年以上の臨床研修を受けなければならないとされた。その後、2010年、2015年に研修プログラムや募集定員などに関する制度の見直しが適用され、2020年には臨床研修の到達目標、方略や評価などに関する制度の見直しが行われた。医師臨床研修ガイドライン2020年度版の到達目標のうち、資質・能力の領域には、医療の質と安全管理について「患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。①医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。②日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実施する。③医療事故等の予防と事後の対応を行う。④医療従事者の健康管理を理解し、自らの健康管理に努める。」と明記されている。

本事業に1年間に報告される医療事故情報のうち、当事者職種（1事例に複数名の選択可）で「医師」が選択された事例は約45%を占めており、そのうち、研修医の知識や経験の不足、報告・連絡・相談などの情報共有の不足が要因となった事例も報告されている。そこで、研修医がどのような事故に関与しているか、さらにそれらの事故の背景・要因を踏まえて分析し、2回の報告書にわたり掲載した。第64回報告書では、2018年1月～2020年12月に報告された医療事故情報と、2020年7月～12月に報告されたヒヤリ・ハット事例を集計して事例の概要をまとめ、主な事例を紹介した。第65回報告書では、事故防止のために共有が必要と考えられる事例を取り上げて紹介した。また、研修医に関連した事例の特徴として、事例の主な発生要因および専門分析班で議論した内容をまとめて掲載した。

研修医に関連した事例は、研修医の知識・経験の不足や判断の誤りにより発生した事例だけでなく、上級医や看護師などの医療スタッフ、院内の体制が要因となり発生した事例が報告されていた。研修医が自己研鑽を行うことは前提にあるが、上級医は、指示の内容を具体的に伝えることや手技を適切に実施できたか最終的な確認をすること、看護師は研修医が普段行わないことをしている姿を見た際には注意を向けることなど、院内全体で研修医を育成するための取り組みが重要である。また、各診療科に共通する基本的な手技を体系的に教育し、その確認・評価ができる仕組みを作ることが必要であろう。

図表Ⅲ－3－2 掲載事例の一覧

事例の分類		No.	事例の概要	
薬剤	処方・指示	1	上級医から用量の指示がなく2名の研修医で添付文書を見て処方したが、用量が誤っていた事例	
		2	看護師とのコミュニケーション不足により、2名の研修医がインスリン製剤の投与を複数回指示した事例	
		3	研修医が上級医の不在時に退院処方を出さなければならない状況になり、誤ったインスリン製剤を処方した事例	
	投与	調製	4	GI療法の際、研修医がインスリン製剤の4単位を4mL（400単位）で調製した事例
		投与	5	鎮静剤の拮抗薬を投与すべきところ、研修医は拮抗薬の薬剤名を知らず鎮静剤を投与した事例
			6	上級医からニカルジピン0.5mLと口頭で指示されたが、研修医は0.5V（5mL）と思い込み急速静注した事例
			7	看護師がアナペイン注を硬膜外用の専用シリンジに準備しなかったことが一因で、研修医が静脈に投与した事例
処置	処置	1	研修医が胸腔ドレーンを留置後、水封部に蒸留水が入っていないまま吸引を開始した事例	
		2	夜間帯に研修医が単独で透析用のカテーテルを抜去した事例	
		3	中心静脈カテーテルを抜去する際、研修医はラインクランプの破損に気付かず、ラインが開放されていた事例	
		4	手術終了後、研修医は患者の体動に慌て、上級医が許可する前に気管チューブを抜管した事例	
共通の手技	共通の手技	1	研修医が駆血帯を外さず放射性医薬品を静脈注射したため、周囲が汚染された事例	
		2	血管確保時、研修医が留置針のサイズの選択を誤った事例	
		3	研修医が輸液ルートのカレンメを閉じないまま輸液ポンプから外し、降圧剤が急速投与された事例	
		4	研修医がSARS-CoV-2の検体の採取部位を知らず、誤った部位から採取した事例	

Ⅲ

1〔1〕  
1〔2〕  
1〔3〕  
1〔4〕  
1〔5〕  
1〔6〕  
2〔1〕  
2〔2〕  
3〔1〕  
3〔2〕  
4〔1〕

## 2) 外来化学療法室で行う抗がん剤治療に関連した事例①② (第66回、第67回報告書)

がん治療のひとつである薬物療法は、抗がん剤治療そのものと支持療法の進歩により、外来で通院しながら治療を受けることが可能になった。各医療機関においては、外来で注射薬の抗がん剤を投与するための専用ベッドなどを配置し治療室の環境を整えてきた。また、外来で安全に抗がん剤治療を行うため、医師だけでなく、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師やがん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師など、抗がん剤治療における専門的な知識を持つ職員を配置し、外来化学療法に対してチームを作って対応している医療機関も多い。そこで、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「外来化学療法室で誤りを発見した、または発生した事例」を収集し、外来での抗がん剤治療に関連する医療事故情報と併せて、第66回報告書および第67回報告書の2回にわたり分析を行った。

第66回報告書では、2018年1月～2021年6月に報告された医療事故情報と2021年1月～6月に報告されたヒヤリ・ハット事例の概要をまとめた。さらに、発生段階が「処方・指示」の医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例について、抗がん剤または支持療法の薬剤の処方を間違えた事例と、抗がん剤の投与の可否について検討が不足していた事例に分類して分析した。抗がん剤または支持療法の薬剤の処方・指示を間違えた事例は、医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例ともに抗がん剤の投与量間違い（過量）の事例が多かった。医療事故情報は、誤って指示した内容と背景、患者への影響と対応を示し、報告された事例を紹介した。ヒヤリ・ハット事例は、処方・指示に誤りがあったが、患者に投与する前に発見した事例について取り上げ、処方・指示の誤りの内容と誤りに気付いた契機などを示した。また、抗がん剤の投与の可否について検討が不足していた事例は、医療事故情報のみ報告されており、検査結果や患者の状態など、検討が不足していた内容やその背景・要因をまとめて示した。

外来化学療法室で安全に抗がん剤治療を実施するためには、血液検査の結果や患者の状態などから投与の可否を十分に検討して処方・指示をする必要がある。しかし、医師の外来診療は繁忙であり、そのような環境の中で医師が処方・指示を誤ることがあるため、外来化学療法室と連携し、薬剤師や看護師が処方・指示の内容を確認することや、疑義があれば医師に確認する体制を作る必要がある。外来化学療法室で抗がん剤治療を行っている多くの医療機関内においては、そのような体制が構築されていると思われるが、体制に不十分な箇所がないか検討し、患者にとって安全な抗がん剤治療が提供できるように院内で取り組む必要がある。

図表Ⅲ－3－3 抗がん剤または支持療法の薬剤の処方を間違えた事例の詳細

事例の詳細			医療事故情報		ヒヤリ・ハット事例	
抗がん剤	量間違い	過量	4	9	7	16
		過少	0		2	
	レジメンからの削除忘れ		2		2	
	投与速度間違い		1		0	
	投与日間違い		1		0	
	休薬忘れ		1		0	
	処方忘れ		0		3	
	薬剤間違い		0		1	
	総投与量の上限越え		0		1	
支持療法の薬剤	不要な薬剤の処方		2	3	0	5
	投与日間違い		1		0	
	処方忘れ		0		2	
	薬剤間違い		0		2	
	投与経路間違い		0		1	
合計			12	21		

第67回報告書では、発生段階が「調製」と「投与」の医療事故情報およびヒヤリ・ハット事例について分析した。「調製」の事例は、調製を誤ったが患者に実施する前に誤りを発見したヒヤリ・ハット事例について分析を行った。調製を誤った背景・要因や、患者に投与する前に誤りに気付いた契機などを示し、主な事例を紹介した。「投与」の事例は、患者への影響が大きくなる可能性がある「血管外漏出」と「アレルギー反応」について詳細を分析し、専門分析班で議論した内容を示した。また、外来化学療法室における「血管外漏出」と「急性過敏反応の出現」の事例のポイントを示した。血管外漏出および急性過敏反応の出現は、早期発見・早期対応が基本となるため、出現する可能性のある具体的な症状や、症状の出現時には速やかに看護師へ伝えることを患者に説明しておくことが重要である。さらに、外来化学療法室での治療中にそれらが発生した場合に、速やかに対応できるようマニュアルを整備しておくことや、診療科または部署・病棟などと連携をして、患者対応ができる体制を院内ルールとして整えておくことが重要である。

図表Ⅲ－3－4 アレルギー反応が出現した時期と初期症状

抗がん剤の種類	症状が出現した時期		初期症状
白金製剤	投与開始	5分後	腹部不快、手背・耳・腹部の発赤
		10分後	嘔気
		12分後	腹痛、気分不良、口唇のしびれ
		20分後	顔面紅潮、発汗
			気分不良、嘔気、咽頭違和感
		24分後	下痢
		30分後	呼吸困難感、全身の発赤
	発汗、気分不良		
	1時間後	悪心、紅潮	
	投与中	気分不良	
		気分不良、嘔気	
		発汗多量、嘔気、熱感、全身搔痒感	
		呼吸困難感、紅潮	
鼻閉、上腕の発疹			
投与終了時	呼吸困難感		
タキサン系	投与開始	5分後	搔痒感
		10分後	血圧低下、意識レベル低下
その他	投与開始	5分後	ほてり、発赤

3) 患者間違いに関連した事例① (第68回報告書)

患者を確実に確認することは医療のあらゆる場面において必要であり、医療安全の基本とされている。日本では、1999年に患者取り違い手術の事例が発生したことを契機として、患者間違いを防止する取り組みが進められている。

本事業では、これまでに医療安全情報No.25「診察時の患者取り違い」(2008年12月提供)、医療安全情報No.73「放射線検査での患者取り違い」(2012年12月提供)、医療安全情報No.116「与薬時の患者取り違い」(2016年7月提供)など、様々な場面における患者の取り違いについて注意喚起を行ってきた。また、医療安全情報No.11「誤った患者への輸血」(2007年10月提供)および第2報No.110(2016年1月提供)では、他の患者の輸血用血液製剤を投与した事例を取り上げ、投与直前に患者と製剤の照合を行うことを示した。さらに、医療安全情報No.42「セントラルモニタの受信患者間違い」(2010年5月提供)や医療安全情報No.154「電子カルテ使用時の患者間違い」(2019年9月提供)では、モニタや電子カルテの画面上の患者間違いに関する事例を取り上げた。そこで、2021年7月～12月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「患者を間違えそうになったが、実施する前に発見した事例」を収集し、患者間違いに関連する医療事故情報と併せて分析を行うこととした。

Ⅲ

1 [1]  
1 [2]  
1 [3]  
1 [4]  
1 [5]  
1 [6]  
2 [1]  
2 [2]  
3 [1]  
3 [2]  
4 [1]

第68回報告書では、患者間違いに関連した事例について、2019年1月～2021年12月に報告された医療事故情報と、2021年7月～12月に報告されたヒヤリ・ハット事例の概要をまとめた。医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例ともに発生場所は病室・病棟・スタッフステーションが多く、当事者は看護師、職種経験年数は0～4年が多かった。さらに、事例を事例が発生した状況で分類し、診察室・検査室等に患者を呼び込む際の患者間違いを取り上げて分析を行った。

診察室・検査室等に患者を呼び込む際の患者間違いの分析では、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例について、事例の種類、患者の年齢、間違いに気付いたタイミングなどを整理した。医療事故情報では、診察や検査・処置が終了した後に間違いに気付いた事例が多く、入室後に患者に氏名を名乗ってもらっていなかった事例や、名乗ってもらったが照合をしていなかった事例が報告されていた。ヒヤリ・ハット事例は、入室後に患者に氏名を名乗ってもらい、伝票等の患者氏名と照合することで間違いに気付いた事例が報告されていた。

診察室・検査室等に患者を呼び込む際には、間違った患者が応答する可能性があることを認識し、入室後に患者と手元の情報が一致しているか照合することが必要である。多くの医療機関では、外来患者はリストバンドを付けておらず、診察券等を受付に提出済みであるため、患者に名乗ってもらう方法をとっているが、書面やバーコードで照合できる仕組みが導入できればより確実である。いずれの方法にしても、患者を確認するとは照合することであるという意味を理解し、医療機関において具体的な手順を決めて遵守することが重要である。

図表Ⅲ－3－5 患者確認の状況（診察・検査等の開始前に間違いに気づかなかった事例）

患者確認の状況		件数	
患者確認をしなかった		6	
患者名を呼んだ	別の患者の名字を呼び、患者は返事をした	3	5
	別の患者名を呼び、患者は返事をした	1	
	別の患者名を読み上げ、患者は返事をしなかった	1	
患者にフルネームで名乗ってもらった	画面等と照合しなかった	2	4
	画面等を見たが、間違いに気付かなかった	2	
指示実施記録と注射ラベルを確認したが、患者が正しいか照合しなかった		1	
不明		1	

(2) 報告書の分析対象期間に報告された医療事故情報の中からテーマを設定し、過去の報告事例と併せて行う分析

1) 第65回報告書

①サイレース静注とセレネース注を取り違えて投与した事例

サイレース（一般名：フルニトラゼパム）は、錠剤の効能・効果は「不眠症、麻酔前投薬」であるのに対し、注射剤の効能・効果は「全身麻酔の導入、局所麻酔時の鎮静」であり、剤形によって効能・効果に違いがある。また、サイレースと名称が類似している薬剤としてセレネース（一般名：ハロペリドール）があるが、錠剤・注射剤ともに効能・効果は「統合失調症、そう病」である。第65回報告書分析対象期間（2021年1月～3月）に、セレネース注5mgを投与するところ、誤ってサイレース静注2mgを投与し、患者に影響のあった事例が2件報告された。そこで、事例を遡って検索し、サイレース静注とセレネース注を取り違えて投与した事例について分析することとした。

報告された事例は、セレネース注を投与するところ、誤ってサイレース静注を投与した事例が多かった。いずれも、入院時指示（頓用）や口頭指示により、病棟や部署内の定数配置薬を使用していた。また、発生段階は、薬剤の取り出し時の事例が多く、指示とは違う薬剤と取り出したが誤りに気付かなかった状況が伺えた。サイレース静注2mgとセレネース注5mgは、頭文字は違うが、カナの表記や呼び名の印象が類似しており、製造販売業者から注意喚起の文書が出されている。サイレース静注2mgは麻酔導入剤であり、投与する際には呼吸・循環動態に注意する必要があるため、セレネース注5mgを投与するところ誤ってサイレース静注2mgを投与すると患者へ与える影響は大きい。薬剤の取り出し時に誤った事例が多く、サイレース静注を病棟の定数配置薬にしないことの検討や、定数配置薬とする場合は管理方法の見直しや保管場所に取り違えを防止するための注意喚起をするなどの工夫が必要である。また、複数の看護師で薬剤を確認していた事例が多く、院内で決められた薬剤のダブルチェックの方法が曖昧になり、確認になっていない状況が分かった。取り出した薬剤が指示された正しい薬剤であることを確認するため、電子カルテのオーダ画面や口頭指示の内容を記載したメモとアンプルに記載された薬剤名を照合する手順を明確にし、遵守することが重要である。

Ⅲ

- 1 [1]
- 1 [2]
- 1 [3]
- 1 [4]
- 1 [5]
- 1 [6]
- 2 [1]
- 2 [2]
- 3 [1]
- 3 [2]**
- 4 [1]

図表Ⅲ－3－6 投与すべき薬剤と誤って投与した薬剤

投与すべき薬剤	誤って投与した薬剤	発生場所	投与の目的	件数	
セレネース注 5mg	サイレース静注 2mg	病室	不穏時の鎮静	4	6
		手術室	PICC挿入時の鎮静	1	
		ICU	不眠時の睡眠導入	1	
サイレース静注 2mg	セレネース注 5mg	病室	不穏時の鎮静	1	
合計				7	

②メイロン静注7%/8.4% 250mL製剤を誤って処方した事例

炭酸水素ナトリウムの注射剤は、1.26%、7%、8.4%の製剤があり、アシドーシス、薬物中毒、動揺病・メニエール症候群・その他の内耳障害に伴う悪心・嘔吐及びめまい、急性蕁麻疹の治療に用いられる。第65回報告書分析対象期間（2021年1月～3月）に、炭酸水素ナトリウムの注射薬であるメイロン静注7%の20mL製剤を処方するところ、誤って250mL製剤を処方し、連日投与されたことにより患者に影響があった事例が2件報告された。メイロン静注7%/8.4%のナトリウム濃度は高く、誤って250mL製剤が処方され、患者に投与された場合、高ナトリウム血症やナトリウム負荷による心不全をきたす危険性がある。そこで、事例を遡って検索し、メイロン静注7%/8.4%の250mL製剤を誤って処方した事例について分析することとした。

本テーマでは、事例の概要で、処方すべき内容と誤った内容、関連診療科、当事者職種、患者への影響と行った処置を整理して示した。さらに、事例の内容を掲載し、医療機関から報告された主な背景・要因や改善策をまとめて紹介した。報告された事例では、メイロン静注7%/8.4%の250mL製剤が誤って処方され、投与されたことにより、高ナトリウム血症や心不全などをきたしていた。処方オーダーの際、誤って選択されないようにするためには、オーダー画面の表示を工夫したり、250mL製剤を選択した場合はアラートを表示したりするなど、システムによる対策が重要である。医師が処方時に内容を確認することが基本であるが、メイロン静注7%/8.4%の250mL製剤が1日2回や連日、あるいは1回に2バッグ以上処方されることは極めて稀であり、薬剤師や看護師が誤処方の可能性を考えて医師に確認すべきであろう。

図表Ⅲ－3－7 処方すべき内容と誤った内容

No.	目的	処方すべき内容	誤った内容	投与日数
1	末梢性めまい症の治療	メイロン静注7% 20mL 1日2回	メイロン静注7% 250mL 1日2回	6日
2	腫瘍崩壊症候群の治療	メイロン静注7% 20mLをポ タコールR輸液500mLに混注 1日2回	メイロン静注7% 250mLをポ タコールR輸液500mLに混注 1日2回	4日
3	造影剤腎症の予防	炭酸水素Na静注1.26% バッグ「フソー」1000mL 180mL/時 検査前後各1時間	メイロン静注8.4% 250mL 4バッグ 180mL/時 検査前後（投与時間不明）	1日

③発声機能付き気管切開チューブ・スピーチバルブの取り扱いや管理に関連した事例

気管切開チューブには、側孔がありスピーチバルブを装着することにより発声ができるものがある。スピーチバルブは一方弁であり、吸気時にはバルブが開いて気管切開チューブから肺へ空気が入り、呼気時にはバルブが閉じて呼気が気管切開チューブの側孔から声門を通り、発声が可能になる。第65回報告書分析対象期間（2021年1月～3月）に、患者に挿入されていた発声機能付き気管切開チューブが分泌物で閉塞し、低酸素脳症となった事例が報告された。また、本事業にはスピーチバルブの取り扱いを誤った事例も報告されている。そこで、事例を遡って検索し、発声機能付き気管切開チューブ・スピーチバルブの取り扱いや管理に関連した事例について分析した。

本テーマでは、事例の概要で、関連診療科、発生場所、当事者職種、患者への影響を整理して示した。発声機能付き気管切開チューブの取り扱いや管理に関連した事例では、チューブが分泌物で閉塞した事例とチューブ交換時のサイズの選択が適切でなかった事例に分けて分析した。また、スピーチバルブの管理や取り扱いに関連した事例では、吸引時にスピーチバルブの外し方を誤り、バルブシートが気管支内に入った事例や、スピーチバルブと間違えてキャップを装着した事例を紹介した。発声機能付き気管切開チューブやスピーチバルブは、気管切開中の患者の発声が可能になることから、QOLの向上に有用である。しかし、気道が閉塞すると患者に及ぼす影響が大きく、生命に関わるため、取り扱いや管理を適切に行う必要がある。発声機能付き気管切開チューブやスピーチバルブの構造や機能を理解しておくことが基本であり、取り扱う前に添付文書などで注意事項を確認しておくことは必須である。また、患者の気道分泌物の性状や量を観察し、呼吸状態の変化に速やかに対応することが必要である。緊急時に備えて、患者に挿入している気管切開チューブの種類やサイズをベッドサイドなどに表示し、交換用の気管切開チューブを準備しておくことも重要である。

図表Ⅲ－3－8 事例の分類

分類		件数	
発声機能付き 気管切開チューブ	チューブが分泌物で閉塞した事例	13	15
	チューブ交換時のサイズの選択が適切でなかった事例	2	
スピーチバルブ	吸引時にスピーチバルブの外し方を誤り、バルブシートが気管支内に入った事例	2	3
	スピーチバルブと間違えてキャップを装着した事例	1	

Ⅲ

- 1〔1〕
- 1〔2〕
- 1〔3〕
- 1〔4〕
- 1〔5〕
- 1〔6〕
- 2〔1〕
- 2〔2〕
- 3〔1〕
- 3〔2〕**
- 4〔1〕

## 2) 第66回報告書

### ① カテコラミン製剤の交換が遅れたことにより持続投与が中断した事例

ドパミン塩酸塩、ドブタミン塩酸塩、アドレナリンやノルアドレナリンなどのカテコラミン製剤を持続投与されている患者は、薬剤に依存して循環動態を保っていることが多いため、投与が中断すると血圧や心拍数の低下、心停止などを引き起こすことがある。また、これらの製剤は、シリンジポンプを用いて持続投与される場合が多く、シリンジを交換する際は投与の中断によって患者の循環動態に影響が出ないように注意が必要である。第66回報告書の分析対象期間（2021年4月～6月）に、シリンジポンプで持続投与中のノルアドレナリン注の調製液の交換が遅れたことにより投与が中断し、患者の循環動態に影響があった事例が報告された。そこで、事例を遡って検索し、カテコラミン製剤の交換が遅れたことにより持続投与が中断した事例について分析した。

事例の概要では、薬剤名・組成と投与が中断した時間、当事者職種と職種経験年数、発生時間帯などを整理した。さらに、事例の内容を掲載し、医療機関から報告された背景・要因を薬剤の準備やシリンジポンプの警報（アラーム）が鳴った際の対応、シリンジの交換などの段階に分けて示し、改善策をまとめて紹介した。シリンジ内の薬液がなくなった際に交換用の薬剤の準備や調製をしていなかった事例が報告されており、背景・要因として薬剤を準備するタイミング・判断や交換時間の把握不足、病棟に薬剤がなかったことなどが挙げられていた。また、シリンジポンプの警報（アラーム）が鳴った際、シリンジポンプの電源を切って対応した事例が報告されていた。カテコラミン製剤は、生命維持のために必要な薬剤という認識のもと、シリンジ内の薬液の残量と流量から推定した交換時間を把握した際に余裕を持って準備し、可能であればシリンジポンプの警報が鳴る前に交換することが望ましい。また、カテコラミン製剤は、シリンジを交換する際の一時的な投与の中断などによる循環動態の変動を最小限にするため、2台のシリンジポンプを使用しての交換（並列交換やダブル交換など様々な名称がある）が行われることがある薬剤である。カテコラミン製剤を取り扱う看護師は、事前に薬剤に関する知識を習得し、他の薬剤とは異なり慎重な対応が必要であること、投与を中断させてはいけないことを認識することが重要である。

図表Ⅲ－3－9 薬剤名・組成と投与が中断した時間

成分名	薬剤名・組成	流量	投与が中断した時間
ノルアドレナリン	ノルアドレナリン注10mg＋生理食塩液40mL	18mL/h	約1分
	ノルアドレナリン注の調製液	10mL/h	約13分
	ノルアドレナリン注5mg＋生理食塩液45mL	8mL/h	約5分
	ノルアドレナリン注の調製液	高流量	不明
	ノルアドレナリン注の調製液	記載なし	約50分
ドパミン塩酸塩	イノバン注0.3%シリンジ	9.6mL/h	15分
ドブタミン塩酸塩	ドブポン注0.3%シリンジ	2.5mL/h	15分
	ドブタミン点滴静注の調製液	記載なし	39分

### 3) 第67回報告書

#### ①医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）に関連した事例

血管留置針や胃管などの医療機器や、ギプス、シーネ、抑制帯などの使用により、皮膚に創傷が生じることがある。これらの医療関連機器による創傷は、従来の褥瘡とは発生する部位や機序が異なり、新たな対策が必要であることから、近年、注目されている。医療関連機器圧迫創傷（Medical Device Related Pressure Ulcer、以下MDRPUとする）は、日本褥瘡学会により「医療関連機器による圧迫で生じる皮膚ないし下床の組織損傷であり、厳密には従来の褥瘡すなわち自重関連褥瘡（self-load-related pressure ulcer）と区別されるが、ともに圧迫創傷であり広い意味では褥瘡の範疇に属する。なお、尿道、消化管、気道等の粘膜に発生する創傷は含めない。」と定義されている。第67回報告書の分析対象期間（2021年7月～9月）に、胃管を鼻翼部に固定していたところ潰瘍を形成した事例や、上腕に常時マンシェットを装着していたところ発赤・水疱を生じた事例など、MDRPUに関連した事例が6件報告された。そこで、事例を遡って検索し、MDRPUに関連した事例について分析を行った。

事例の概要では、患者の年齢や状態、患者への影響、圧迫創傷の発生に関わった医療関連機器を整理した。さらに、報告が多かったNPPVマスク、シーネ、血管留置針の事例を取り上げ、事例の内容や医療機関から報告された主な背景要因と改善策を紹介した。報告された背景・要因には、様々な医療関連機器に共通して、MDRPU発生のリスクを理解していなかったこと、そのため看護計画や観察・記録が不足していたことが挙げられていた。多様な医療関連機器でMDRPUが発生し得ることを理解し、適切な方法で装着・固定を行うことが重要である。さらに、患者ごとにリスクを評価し、何を観察するのかを明確にしたうえで、観察・記録を継続的に行う必要がある。また、改善策には、医療関連機器の装着や固定に関することに加えて、皮膚・排泄ケア認定看護師などの関連する専門職や部署との連携、教育、事例の共有・周知が挙げられていた。MDRPUを予防するために、最新の知見を踏まえたケアを提供できるよう医療機関全体で取り組むことが期待される。医療関連機器ごとのMDRPUの詳細な予防法については成書に譲るが、様々な事例を共有することで、医療機関における教育や対策の立案などにご活用いただきたい。

図表Ⅲ－3－10 圧迫創傷の発生に関わった医療関連機器

目的	医療関連機器	件数
酸素療法・人工呼吸	NPPVマスク	13
	気管切開チューブ（固定用の紐を含む）	5
	酸素カニューレ	3
	ネーザルハイフロー	2
	気管チューブ	1
	酸素マスク	1
	バイトブロック	1
患部の固定	シーネ	12
	頸椎装具	3
	ギプス	2
	コルセット	2
静脈血栓塞栓症の予防	弾性ストッキング	6
	間欠的空気圧迫装置	2
輸液	血管留置針	8
	輸液ラインのコネクタ	2
排液など	胃管、イレウス管	5
	膀胱留置カテーテル	2
抑制	ミトン	3
	抑制帯	2
止血	ステプティ（圧迫止血・被覆保護用ドレッシング材）	2
	TRバンド（止血用押圧器具）	1
	枕头・弾性テープ・砂嚢	1
その他	弾性包帯	3
	マンシエット、タニケット	2
	鋼線牽引装置の馬蹄部	1
	手術用体位固定用具	1
	サージカルマスクのゴム	1
	パルスオキシメータのプロープ	1

Ⅲ

1〔1〕  
1〔2〕  
1〔3〕  
1〔4〕  
1〔5〕  
1〔6〕  
2〔1〕  
2〔2〕  
3〔1〕  
3〔2〕  
4〔1〕

#### 4) 第68回報告書

##### ①新型コロナウイルス感染症に関連した事例（2021年）

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、2019年末に中華人民共和国の武漢での発生を確認後、全世界に感染が広がった。日本においては、2020年1月にPCR検査の陽性者を確認し、それ以降、同年4月～5月頃を第1波、同年7月～8月頃を第2波、同年12月～2021年1月頃を第3波としてPCR検査の陽性者数は増加した。その後、2021年4月～5月頃は第4波、2021年8月～9月頃を第5波としてPCR検査の陽性者数はそれまでに比べ、著しく増加した。さらに、2022年1月頃からは第6波として感染が急拡大した。

本事業では、第64回報告書（2021年3月公表）で「新型コロナウイルス感染症に関連した事例」を取り上げ、2020年1月～12月に新型コロナウイルス感染症の患者（疑い含む）の治療中に発生した事例と、当該患者は感染していないが、新型コロナウイルス感染症への対応のため、新たなルール・手順の導入や変更により発生した事例、ルール・手順の導入や変更に関連しない事例に分けて、主な事例を紹介した。

第68回報告書の分析対象期間に類似の事例や新型コロナワクチン接種に関連する事例などが報告された。そこで、2021年1月～12月に報告された新型コロナウイルス感染症に関連した事例について分析することにした。なお、通常の分析テーマでは、対象とした事例の背景・要因や改善策を整理し、まとめて掲載するが、本テーマで対象とした事例は多種多様であるため、前回と同様に事例の背景・要因や医療機関から報告された改善策をまとめて掲載はせず、できるだけ多くの事例を紹介する形とした。

第68回報告書では、第64回報告書（集計期間：2020年1月～12月）の対象事例とともに発生月を整理し、発生年別に事例を分類して示した。また、本テーマで対象とした事例について、関連診療科、患者の年齢と新型コロナウイルスの感染状況を整理した。さらに、事例の分類ごとに事例の詳細と主な事例の内容を示した。新型コロナウイルス感染症の流行開始から2年目となった2021年は、関連する事例の報告が2020年の2倍程度に増加した一方、新型コロナウイルス感染症への対策により発生した事例の割合は2020年より減少していた。今後の新型コロナウイルスの感染拡大状況や感染拡大による医療体制への影響は予測が困難な状況であり、すでに発生した事例を共有し、今後の類似事例の発生予防・再発防止に役立てることは重要である。また、2021年は新型コロナワクチン接種が開始されたことにより、新型コロナワクチンに関する事例が報告された。普段とは異なる状況下でワクチン接種が行われており、体制の整備や手順の策定・遵守に注意が必要である。

対応に追われる中で本事業に報告いただいた医療機関に感謝申し上げる。また、医療機関の関係者の皆様が、献身的に新型コロナウイルス感染症にご尽力されていることに深い敬意を表する。

図表Ⅲ－3－11 事例の分類（発生年別）

分類		発生年	
		2020年	2021年
新型コロナウイルス感染症の患者（疑い含む）の治療中に発生した事例	感染対策が影響した事例	16 (23.5%)	12 (10.5%)
	感染対策には関連せず、患者の治療・看護の過程において発生した事例	18 (26.5%)	54 (47.4%)
当該患者は感染していない事例	新型コロナウイルス感染症への対応を目的としたルール・手順の導入や変更により発生した事例	27 (39.7%)	31 (27.2%)
	ルール・手順の導入や変更に関連しない事例	7 (10.3%)	9 (8.0%)
	新型コロナワクチンに関連した事例	0 (0%)	8 (7.0%)
合計		68	114

## 4 再発・類似事例の分析

本事業では、第1回～第49回報告書で「個別のテーマの検討状況」、第50回報告書からは「分析テーマ」として、分析対象となるテーマを設定し、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。また、これまでに取り上げたテーマなどの中から、特に周知すべき情報を提供するため「医療安全情報」を公表している。報告書の「再発・類似事例の分析」では、過去に取り上げた「分析テーマ」や「医療安全情報」の再発・類似事例について取り上げ、繰り返し情報提供を行っている。

### 【1】再発・類似事例の分析の概要

2021年に報告された事例が分析対象である第65回～第68回報告書の「再発・類似事例の分析」では、再び報告があった主な事例を取り上げ、情報提供後から報告書分析対象期間に至るまでの再発・類似事例の報告件数の推移、医療機関から報告された具体的な改善策などの内容を掲載している。各報告書で分析した内容を図表Ⅲ-4-1に示す。なお、ホームページの「再発・類似事例の分析」(<https://www.med-safe.jp/contents/report/similar.html>)をクリックすると、各報告書で取り上げた再発・類似事例の分析のタイトルが表示され、該当する内容を閲覧・ダウンロードすることができる。

図表Ⅲ-4-1 「再発・類似事例の分析」の一覧

タイトル	掲載 報告書	各報告書 掲載ページ
注射器に準備された薬剤の取り違い（医療安全情報No.15）	第65回	83～97
病理に関連した事例（第24回報告書）－他の病理検体の混入－		98～102
製剤の総量と有効成分の量の間違い（医療安全情報No.9）	第66回	73～83
MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み （医療安全情報No.10、第2報No.94）		84～98
胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い（医療安全情報No.99）		99～107
アレルギーのある食物の提供（医療安全情報No.69）	第67回	75～83
院外処方に関連した事例（第58回報告書）	第68回	69～84

(1) 第65回報告書

1) 注射器に準備された薬剤の取り違え (医療安全情報No.15)

医療安全情報No.15「注射器に準備された薬剤の取り違え」(2008年2月提供)で、手術・処置等の際、注射器に表示された薬剤名を確認しなかったことにより取り違えた事例について注意喚起を行った。さらに、第19回報告書(2009年12月公表)では、分析対象期間に類似の事例が報告されたことから、再発・類似事例の発生状況で取り上げた。第65回報告書分析対象期間(2021年1月~3月)に類似の事例が3件報告されたため、再び取り上げることにした。第65回報告書では、注射器に準備された薬剤を取り違えた事例について、第19回報告書の分析対象期間後の2009年10月以降に報告された再発・類似事例37件を分析した。事例の概要では、当事者職種や発生場面等について整理した。また、手術・麻酔の際に発生した事例と検査の際に発生した事例に分け、投与すべき薬剤と取り違えた薬剤や、注射器を取り違えた場面などについて整理した。さらに、それぞれの主な事例の内容を紹介し、背景・要因と医療機関から報告された改善策をまとめて示した。

本テーマで対象とした事例は、注射器に薬剤名が表示されていたが、注射器を取る際に医師や看護師などが注射器に表示された薬剤名を確認しなかったことが一番の要因である。また、その他の背景・要因として、注射器のサイズや薬液の色が類似していたことや注射器に表示された薬剤名を認識しにくかったこと、注射器が同じ場所に置かれており、取り違えやすかったことなどが挙げられていた。手術・処置等の際は、複数の注射器が1つのトレイやカートの上に準備され、同じサイズの注射器や類似した色の薬液が入った注射器が含まれる場合もある。注射器に分かりやすく薬剤名を表示すること、注射器を手取る際に注射器に表示された薬剤名を確認することが重要である。また、手術・処置等の開始時や終了時にそれぞれ使用する薬剤がある場合には、薬剤を使用するタイミングに合わせて注射器に準備することも取り違えを防止するための一つの方法である。

図表Ⅲ-4-2 投与すべき薬剤と取り違えた薬剤(手術・麻酔の際に発生した事例)

目的	投与すべき薬剤	取り違えた薬剤	件数	
全身麻酔導入	フェンタニル注射液	ブリディオ静注	1	3
		キシロカインゼリー	1	
		ロクロニウム臭化物静注液	1	
鎮痛	フェンタニル注射液	ボスミン注	2	3
		エフェドリン「ナガキ」注射液	1	
人工心肺開始	ヘパリンナトリウム注	静注用キシロカイン	1	2
		プロタミン硫酸塩静注	1	
循環動態の管理	オノアクト点滴静注用	ボスミン注	1	
神経ブロック	ポプスカイン注	ネオシネジンコーワ注	1	
ジアグノグリーン 投与後のフラッシュ	生理食塩液	リドカイン塩酸塩注	1	
合計			11	

※屋号・規格を除いて記載した。

## 2) 病理に関連した事例（第24回報告書）－他の病理検体の混入－

第21回報告書（2010年7月公表）～第24回報告書（2011年3月公表）の個別のテーマ「病理に関連した医療事故」において、該当する医療事故情報とヒヤリ・ハット事例について分析した。そのうち、第24回報告書では「検体混入」「判定間違い」「検査結果見忘れ/見落とし」に関する事例について分析を行った。第65回報告書分析対象期間（2021年1月～3月）に、2人の患者の肝生検を続けて行った際、置いてあった検体容器のラベルを確認せず検体を入れたところ、他の患者の検体が入っていた事例が報告されたため、病理検体に関連した事例のうち、他の検体が混入した事例について取り上げることとした。第65回報告書では、2015年1月以降に報告された6件の事例のうち、検体採取後に容器に入れる時に混入した事例4件について、検査の種類、検体容器の状況などを整理して、主な事例を紹介し、事例の背景・要因と医療機関から報告された改善策をまとめて示した。報告された事例から、検査を行う環境が整っていない状況であったことや、手順の不備や不遵守があったことが分かった。また、病理検査室での検体処理時に混入した事例2件のうち1事例を紹介した。他の検体の混入は、正しい病理診断ができず患者の治療などに大きく影響する。検体の採取後に容器に入れる時、病理検査室での検体の処理時には、複数の患者の容器が混在することがない環境作りが重要である。また、検体の混入を防ぐためには、検体採取後に容器に入れる時や病理検査室での検体処理時の手順を明確にし、遵守する必要がある。

図表Ⅲ－4－3 発生場面

発生場面	件数
検体採取後に容器に入れる時	4
病理検査室での検体処理時	2
合計	6

## (2) 第66回報告書

### 1) 製剤の総量と有効成分の量の間違い（医療安全情報No.9）

医療安全情報No.9「製剤の総量と有効成分の量の間違い」（2007年8月提供）で、内服薬の処方における製剤の総量と有効成分の量との誤認に起因する過量投与について注意喚起を行った。その後、第20回報告書（2010年3月公表）、第26回報告書（2011年9月公表）、第33回報告書（2013年6月公表）でも、分析対象期間に類似の事例が報告されたことから、再発・類似事例の発生状況で取り上げた。第66回報告書分析対象期間（2021年4月～6月）に類似の事例が1件報告されたため、再び取り上げることとした。第66回報告書では、第33回報告書の分析対象期間後の2013年4月以降に報告された再発・類似事例を分析した。事例の概要では、事例に関連した薬剤、関連診療科、疑義照会の有無、患者への影響などを整理して示した。さらに、主な事例の内容を紹介し、背景・要因、医療機関から報告された改善策をまとめて示した。

散剤の処方において、製剤量として処方すべき量が「mg」で記載されており、薬剤師は分量であると解釈して調剤した事例が報告されていた。医療機関の処方システムの仕様により、処方オーダーに「分量」と表示されていたが、医師は製剤量として処方すべき量を入力した事例もあつ

た。報告された事例から、医療機関による処方に記載方法の違いが要因となって、持参薬から院内の処方への切り替えや紹介受診などの際に製剤量と成分量の間違いが生じている現状が明らかになった。医療機関内では慣例とされている記載方法であっても、他の医療機関では解釈を誤る可能性があるため、処方の内容が製剤量なのか成分量なのかを明記するシステムが必要である。また、医師が製剤量と成分量の違いを理解していなかったことや、院内の処方のルールを知らなかったことが要因に挙げられていたことから、散剤の製剤量と成分量に関する教育や処方の記載方法の周知に継続的に取り組む必要がある。処方を適切に記載することが基本であるが、薬剤師は処方を監査し、疑問点を具体的に示して疑義照会を行うこと、医師は照会された内容を理解した上で処方内容を確認して対応することも、医療事故の防止のために重要である。

図表Ⅲ－４－４ 事例に関連した薬剤

薬剤名 (薬効)	処方すべき量 (1日量)		処方した量 (1日量)	調剤した 製剤量 (1日量)
	成分量として	製剤量として		
ロイケリン散10% (抗悪性腫瘍剤)	5mg	0.05g	50mg	0.5g
	15mg	0.15g	成分量 150mg	1.5g
	20mg	0.2g	200mg	2g
アレビアチン散10% (抗てんかん剤)	200mg	2g	成分量 2000mg	20g
ウインタミン細粒 (10%) (精神神経用剤)	12.5mg	0.125g	125mg	1.25g
ピレチア細粒10% (抗ヒスタミン剤、抗パーキンソン剤)	15mg	0.15g	150mg	1.5g
アレビアチン散10% (抗てんかん剤)	180mg	1.8g	1800mg	18g
エクセグラン散20% (抗てんかん剤)	90mg	0.45g	450mg	2.25g
フェノバルビタール散10% (催眠・鎮静剤、抗てんかん剤)	80mg	0.8g	800mg	8g
アスベリン散10% (鎮咳剤)	10mg	0.1g	100mg	1g
ムコダインDS50% (気道粘液調整・粘膜正常化剤)	270mg	0.54g	540mg	1.08g

※添付文書またはインタビューフォームに記載された薬効を掲載した。

**2) MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（医療安全情報No.10、第2報No.94）**

医療安全情報No.10（2007年9月提供）で、「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」を取り上げ、注意喚起を行った。その後、類似の事例が報告されたため、第18回報告書（2009年9月公表）、第23回報告書（2010年12月公表）、第26回報告書（2011年9月公表）、第33回報告書（2013年6月公表）の再発・類似事例の発生状況で取り上げた。しかし、その後も再発・類似事例が報告されているため、医療安全情報No.94（2014年9月提供）で再び注意喚起を行った。さらに、第50回報告書（2017年9月提供）の再発・類似事例の分析では、MRI検査室入室前の確認や磁性体であることの認識について分析を行い、主な事例を紹介した。第66回報告書分析対象期間（2021年4月～6月）に類似の事例が2件報告されたため、再度取り上げることにした。第66回報告書では、第50回報告書の分析対象期間後の2017年7月以降に報告された再発・類似事例を分析した。事例の概要では、持ち込まれた磁性体、持ち込みに気付いた契機、事故の影響をまとめて示した。さらに、医療関係者が磁性体を持ち込んだ事例と患者が磁性体を装着したまま入室した事例に分けて、背景・要因を整理し、主な事例の内容や医療機関から報告された改善策を紹介した。

医療関係者が磁性体を持ち込んだ事例では、磁性体が吸着したことで初めて持ち込みに気付いた事例が多く、医療関係者がMRI検査室に入る時の磁性体の確認が十分に行われていない状況が伺われる。医療関係者がMRI検査室に入る際、磁性体の確認をどのように行うか、医療機関で具体的な手順を決め遵守することが重要である。また、清掃業者が清掃用送風機をMRI検査室に持ち込んで吸着した事例も報告されており、MRI検査室に立ち入る全ての関係者が、磁性体持ち込みの危険性を認識する必要がある。患者が磁性体を装着したまま入室した事例では、チェックリストまたは問診による確認を行ったにもかかわらず、磁性体に気付くことができなかった事例が多かった。医療機関では、MRI検査に際し、患者に磁性体が埋め込まれていたり、患者が磁性体を装着していたりしていないかについて、検査の申し込み時から何度も確認が行われている。しかし、入室直前の確認が機能せず、患者が磁性体を装着したままMRI検査室に入室した事例が継続して報告されている。確認の手順を見直し、磁性体の有無を確実に把握するシステムを構築することが重要である。また、患者に磁性体の除去の必要性についてわかりやすく説明して理解を得ることで、確認の精度を上げられる可能性がある。

- 1〔1〕
- 1〔2〕
- 1〔3〕
- 1〔4〕
- 1〔5〕
- 1〔6〕
- 2〔1〕
- 2〔2〕
- 3〔1〕
- 3〔2〕
- 4〔1〕

図表Ⅲ－４－５ 持ち込まれた磁性体

分類	持ち込まれた磁性体	件数
医療関係者が磁性体を持ち込んだ事例	車椅子	11
	点滴スタンド	
	シリンジポンプ	
	テープカッター	
	PHS	
	留置針	
	アンクルウェイト	
	PET-MRI検査用の核種を入れた鉛の容器	
	光源の機器	
	移動式ラック	
	清掃用送風機	
患者が磁性体を装着したまま入室した事例	モニタの送信機	9
	徘徊検知システム（アクセスコール）の送信機	
	グルコースモニタシステム（FreeStyleリブレ）のセンサー	
	ストマパウチに付属したクリップ	
	金属製のシーネ	
	補聴器	
	磁性アタッチメント構造の義歯	
	カイロ	
	ネックレス	

Ⅲ

1〔1〕  
1〔2〕  
1〔3〕  
1〔4〕  
1〔5〕  
1〔6〕  
2〔1〕  
2〔2〕  
3〔1〕  
3〔2〕  
4〔1〕

### 3) 胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い（医療安全情報No.99）

第34回報告書（2013年9月公表）で、胸腔ドレーンの挿入時や胸腔穿刺時に左右を取り違えた事例について取り上げた。その後、医療安全情報No.99「胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い」（2015年2月提供）で、胸腔ドレーンの挿入または胸腔穿刺の際、処置直前に部位の確認を行わず、左右を取り違えた事例について注意喚起を行った。第66回報告書分析対象期間（2021年4月～6月）に類似の事例が3件報告されたため、再び取り上げることにした。第66回報告書では、医療安全情報No.99の集計期間後の2015年1月以降に報告された再発・類似事例を分析した。事例の概要では、治療・処置の内容と目的、左右の取り違いの発端となった状況や左右の取り違いに気付いた契機などを示した。また、事例を紹介し、主な背景・要因、医療機関から報告された主な改善策をまとめて掲載した。

準備の場面の主な背景・要因は、反対側を穿刺する体位で準備したことや、同意書に左右が記載されていないことなどが挙げられていた。また、実施の場面の主な背景・要因は、医師の直前の指示で患者の体の向きを変えた後に左右の確認が不足していたことや、直前に画像の確認を行わなかったこと、タイムアウトを実施していなかったことなどが挙げられていた。その他に環境的要因として、処置を実施する場所が狭く、使用物品を反対側に準備していたこと、処置ベッド付近に画像を確認するモニタが置けなかったことなどが挙げられていた。準備の時点で患者の体位を誤ると、処置が終了するまで左右の誤りに気付かない場合があるため、処置に関わるすべての医療者が左右のどちらにドレーンの挿入・穿刺をするか正しく認識しておく必要がある。さらに、処置直前にカルテやX線画像などの正しい部位を確認できる情報で、左右の確認を行うことが重要である。

図表Ⅲ－4－6 左右の取り違いの発端となった状況

場面	左右の取り違いの発端となった状況	件数	
準備	必要物品を反対側に準備した	3	4
	反対側を穿刺する体位で準備した	1	
実施	看護師は患者を正しい体位で準備したが、実施直前に医師が患者の体の向きを変えるよう指示し、体位を変えた	4	12
	医師がドレーン挿入・穿刺直前の超音波検査を反対側に実施した	3	
	医師がドレーン挿入・穿刺する側を反対側と思い込んだ	2	
	医師がドレーン挿入・穿刺する側の反対側に立った	2	
	医師が穿刺直前に確認した画像で左右を間違えた	1	
その他		4	
合計		20	

### (3) 第67回報告書

#### 1) アレルギーのある食物の提供 (医療安全情報No.69)

第25回報告書(2011年6月公表)の個別のテーマの検討状況「食事に関連した医療事故」で、患者に誤ってアレルギーのある食材を提供した事例を取り上げた。その後、医療安全情報No.69「アレルギーのある食物の提供」(2012年8月提供)で、患者の食物アレルギーの情報が伝わっているにもかかわらず、栄養部から誤ってアレルギーのある食物を提供した事例について注意喚起を行った。さらに、第46回報告書(2016年9月公表)では、分析対象期間に類似の事例が報告されたことから、再発・類似事例の発生状況で取り上げた。第67回報告書の分析対象期間(2021年7月～9月)に類似の事例が1件報告されたため、再び取り上げることとした。本テーマでは、第46回報告書の分析対象期間後の2016年7月以降に報告された再発・類似事例を分析した。事例の概要では、発生段階や誤って提供した食事などを示した。また、主な事例を紹介し、背景・要因、医療機関から報告された改善策を整理して示した。

「調理・調乳」の事例の背景・要因では、アレルギーの原因となる食材が入っていないかの確認や患者が食物にアレルギーを持っていないかの確認が不足していたこと、また、病棟に食事を搬送する前の最終的な確認システムがなかったことが挙げられていた。栄養部で誤ってアレルギーの原因となる食材を含んだ食事を準備すると、その後の工程でその食材が含まれているか目視で確認することは難しく、食事が病棟に運ばれた後、配膳時に気が付くことはさらに難しい。特に小児の患者の場合は自分で判断できないことが多く、気付かずに配膳するとアレルギーの原因となる食材を摂取してしまう可能性が高い。アレルギーのある食材の摂取はアナフィラキシーなど重大な影響を及ぼすおそれがあるため、「献立作成」の段階でアレルギーの原因となる食材を把握して作成、「調理・調乳」の際は使用する食材にそれらが含まれていないことを改めて確認してから実施することが重要である。

図表Ⅲ-4-7 誤った内容

発生段階	誤った内容
献立作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>アレルギーに対応した献立の作成時に給食システムの食品マスタを見て原材料を確認したが、登録されている食品の添加物と実際に使用している添加物が異なっていた。</li> </ul>
調理・調乳	<ul style="list-style-type: none"> <li>水曜日の献立には小麦・乳アレルギー食品は含まれていなかったが、調理担当者は小麦・乳が含まれる木曜日の献立と見間違えて調理した。</li> <li>調理前に使用食材の確認をせず、調理を開始した。</li> <li>朝食の調理担当者が禁止コメント一覧表で禁止食品を確認した時に見落とす。</li> <li>栄養士は卵アレルギーと記載された伝票を確認していたが、盛り付けの際に失念した。</li> <li>トレイに載せ、チェックする際、調理従事者は成分表の原本ではなく、成分表を書き写した自作のノートを見たが、原材料の記載漏れがあった。</li> </ul>

## (4) 第68回報告書

### 1) 院外処方に関連した事例 (第58回報告書)

第58回報告書の分析テーマとして「院外処方に関連した事例」を取り上げ、院外処方の内容に誤りがあった事例と、処方箋は正しかったが保険薬局が調剤を誤った事例に分けて分析を行った。第68回報告書の分析対象期間に、医師は徐放性製剤を処方したが、保険薬局の薬剤師が医師の処方意図とは異なる同成分の普通製剤の後発医薬品に変更して交付した事例など、院外処方に関連した事例が2件報告されたため、再び取り上げることにした。第68回報告書では、院外処方に関連した事例について、第58回報告書の集計期間後の2019年7月以降に報告された事例の概要を示し、処方に関連した事例と、保険薬局での調剤に関連した事例に分けて分析した。

処方に関連した事例では、疑義照会の有無で分類したところ、疑義照会なしの事例が多かった。また、疑義照会ありの事例では、処方医が処方を修正しなかった事例が報告されていた。そこで、保険薬局の薬剤師は処方箋に疑問を感じたが、疑義照会に至らなかった事例と、疑義照会があったが処方医が処方を修正しなかった事例について分析を行った。保険薬局の薬剤師は処方箋に疑問を感じたが、疑義照会に至らなかった事例は、患者からの聴き取りで処方への疑問が解決したと判断していた。患者からの聴き取りで疑義が解決することもあると推測されるが、院外処方については、保険薬局の薬剤師が重大事故になる前に止める役割を担っているため、処方箋に疑問を感じた場合は、患者・家族への確認だけでなく、処方医に疑義照会をする必要がある。また、医療機関も保険薬局の薬剤師が疑義照会しやすい環境を整えておく必要がある。さらに、保険薬局の薬剤師から疑義照会があっても、処方医は知識不足や確認不足から処方箋が正しいと思い込み、処方を修正しなかった事例も報告されていた。薬剤師から疑義照会があった場合、処方医はカルテなどを見直し、治療計画や処方内容を確認したうえで回答することが重要である。

保険薬局での調剤に関連した事例では、調剤を間違えた事例と、調剤の際、規格を変更して交付したことで患者が誤って服用した事例が報告されていた。いずれも、患者が処方箋を保険薬局に提出後に発生した事例であり、医療機関側の介入は難しい事例である。保険薬局では、処方箋に「変更不可」の記載がない場合、一定の条件においては、処方医へ確認することなく変更して調剤が可能である。しかし、後発医薬品のない徐放性製剤を、同じ成分の普通製剤の後発医薬品に変更することはその対象ではなく、普段取り扱わない薬剤であるからこそ、十分に当該医薬品の情報を得てから調剤を行うことが求められる。薬剤の製造販売業者からも注意喚起が出ていることから、グラセプターカプセルを処方する医師は、このような事例が発生していることを知っておくことは重要である。また、調剤の際、薬剤の規格を変更して交付したことで患者が誤った用量で服用した事例は、処方箋と調剤に誤りはないが、交付された薬剤を患者が正しく服用できなかった事例である。薬剤師は、規格を変更して薬剤を調剤する際は、患者へ丁寧な説明をする必要がある。処方医は、患者の病態や服用アドヒアランスから後発医薬品への変更や規格の変更を避けたい場合は、処方箋に「変更不可」を明記して意思表示しておく必要がある。

図表Ⅲ－４－８ 後発医薬品のない徐放性製剤が処方されていたが、保険薬局で同成分の普通製剤の後発医薬品に変更して調剤した事例  
～処方された薬剤と調剤した薬剤～

	処方された薬剤	調剤した薬剤
薬剤名	グラセプターカプセル 0.5mg/1mg/5mg	タクロリムスカプセル 0.5mg/1mg「ファイザー」
主な薬効	免疫抑制剤	免疫抑制剤
有効成分	タクロリムス水和物	タクロリムス水和物
臓器移植時の 用法・用量	1日1回朝 経口投与	1日2回 経口投与
製剤特性	徐放	普通
先発/後発	先発医薬品（後発医薬品の販売なし）	プログラフカプセルの後発医薬品

# IV

## 医療安全情報

## IV 医療安全情報

本事業では、2006年12月より特に周知すべき情報を医療安全情報として作成し、事業に参加している医療機関などに対してFAXやホームページを通じて、広く社会に情報提供している。

### 1 概要

#### 【1】目的

医療事故情報収集等事業に報告された情報に基づき、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】FAX提供医療機関

下記の①～③の約6,000の医療機関へ情報提供を行っている。

- ①医療事故情報収集・分析・提供事業の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・提供事業の参加医療機関
- ③上記①②以外でFAXによる情報提供を希望した病院

## 2 2021年に提供した医療安全情報

2021年1月から12月に医療安全情報No.170～No.181を提供した。

図表IV-2-1 2021年に提供した医療安全情報

提供月	No.	タイトル
1月	No.170	咀嚼・嚥下機能が低下した患者に合わない食物の提供
2月	No.171	免疫抑制・化学療法によるB型肝炎ウイルスの再活性化
3月	No.172	2020年に提供した医療安全情報
4月	No.173	輸液ポンプ等の流量の10倍間違い
5月	No.174	インスリン投与後の経腸栄養剤の未注入
6月	No.175	2020年に報告書で取り上げた医療安全情報
7月	No.176	人工呼吸器の回路の接続外れ
8月	No.177	PTPシートの誤飲（第3報） 添付資料：お薬を服用される方へ
9月	No.178	新生児・乳児の沐浴時の熱傷
10月	No.179	他患者の病理検体の混入
11月	No.180	メイロン静注250mL製剤の誤った処方
12月	No.181	腹腔鏡下手術時の切除した臓器・組織の遺残

### 3 医療安全情報の再発・類似事例の件数

これまでに提供した医療安全情報のうち、2021年に報告された再発・類似事例の件数上位をまとめた（図表IV-3-1）。また、2021年に再発・類似事例が報告された医療安全情報のタイトルの数は85であり、報告件数は328件であった（図表IV-3-2）。

図表IV-3-1 医療安全情報の再発・類似事例の報告件数（件数上位）

No.	タイトル	件数
No.54	体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去	19
No.63	画像診断報告書の確認不足	17
No.138	画像診断報告書の確認不足（第2報）	
No.58	皮下用ポート及びカテーテルの断裂	15
No.47	抜歯部位の取り違え	14
No.80	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷	12
No.142	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷（第2報）	
No.152	手術時のガーゼの残存① - ガーゼカウント -	11
No.176	人工呼吸器の回路の接続外れ	11
No.48	酸素残量の未確認	9
No.146	酸素残量の確認不足（第2報）	
No.10	MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み	8
No.94	MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（第2報）	
No.57	PTPシートの誤飲	8
No.82	PTPシートの誤飲（第2報）	
No.177	PTPシートの誤飲（第3報）	
No.153	手術時のガーゼの残存② - X線画像の確認 -	8
No.7	小児の輸液の血管外漏出	7
No.78	持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い	7
No.132	オーバーテーブルを支えにした患者の転倒	7
No.4	薬剤の取り違え	6
No.68	薬剤の取り違え（第2報）	
No.99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違え	6
No.137	ホットパック使用時の熱傷	6
No.147	車椅子のフットレストによる外傷	6
No.149	薬剤の中止の遅れによる手術・検査の延期	6
No.150	病理診断報告書の確認忘れ - 上部消化管内視鏡検査 -	6

図表IV-3-2 医療安全情報の再発・類似事例の報告件数（2021年1月～12月）

提供年月	No.	タイトル	件数				
			1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
2007年 1月	No.2	抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制					
2010年 8月	No.45	抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制（第2報）	0	0	0	1	1
2020年10月	No.167	抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制（第3報）					
2007年 2月	No.3	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔	0	0	1	1	2
2007年 3月	No.4	薬剤の取り換え					
2012年 7月	No.68	薬剤の取り換え（第2報）	2	1	2	1	6
2007年 5月	No.6	インスリン単位の誤解					
2017年10月	No.131	インスリン単位の誤解（第2報）	0	1	1	0	2
2007年 6月	No.7	小児の輸液の血管外漏出	3	2	1	1	7
2007年 7月	No.8	手術部位の左右の取り換え					
2011年 1月	No.50	手術部位の左右の取り換え（第2報）	2	0	2	0	4
2007年 8月	No.9	製剤の総量と有効成分の量の間違い	0	1	0	0	1
2007年 9月	No.10	MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み					
2014年 9月	No.94	MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（第2報）	1	2	4	1	8
2007年10月	No.11	誤った患者への輸血					
2016年 1月	No.110	誤った患者への輸血（第2報）	1	0	0	0	1
2008年 1月	No.14	間違ったカテーテル・ドレーンへの接続	1	0	0	0	1
2008年 2月	No.15	注射器に準備された薬剤の取り換え	3	0	0	2	5
2008年 6月	No.19	未滅菌の医療材料の使用	0	1	0	1	2
2008年10月	No.23	処方入力の際の単位間違い	1	0	0	0	1
2008年11月	No.24	人工呼吸器の回路接続間違い	0	1	2	1	4
2008年12月	No.25	診察時の患者取り換え	0	1	0	0	1
2009年 2月	No.27	口頭指示による薬剤量間違い	2	1	1	0	4
2009年 4月	No.29	小児への薬剤10倍量間違い	2	0	0	0	2
2009年 5月	No.30	アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与	3	1	0	0	4
2009年 8月	No.33	ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出					
2013年 4月	No.77	ガベキサートメシル酸塩使用時の血管炎（第2報）	0	1	0	0	1
2009年 9月	No.34	電気メスによる薬剤の引火					
2015年10月	No.107	電気メスによる薬剤の引火（第2報）	3	0	0	0	3
2009年12月	No.37	「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ					
2018年 2月	No.135	「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ（第2報）	0	0	1	0	1
2010年 2月	No.39	持参薬の不十分な確認	1	0	1	1	3
2010年10月	No.47	抜歯部位の取り換え	1	2	7	4	14
2010年11月	No.48	酸素残量の未確認					
2019年 1月	No.146	酸素残量の確認不足（第2報）	1	3	3	2	9
2011年 4月	No.53	病理診断時の検体取り換え	0	2	1	1	4
2011年 5月	No.54	体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去	4	2	5	8	19
2011年 7月	No.56	MRI検査時の高周波電流のループによる熱傷	1	0	0	0	1
2011年 8月	No.57	PTPシートの誤飲					
2013年 9月	No.82	PTPシートの誤飲（第2報）	2	2	3	1	8
2021年 8月	No.177	PTPシートの誤飲（第3報）					

提供年月	No.	タイトル	件数				
			1~3月	4~6月	7~9月	10~12月	合計
2011年 9月	No.58	皮下用ポート及びカテーテルの断裂	5	2	1	7	15
2011年10月	No.59	電気メスペンシルの誤った取り扱いによる熱傷	3	1	0	1	5
2011年12月	No.61	併用禁忌の薬剤の投与	0	1	1	2	4
2017年 8月	No.129	併用禁忌の薬剤の投与 (第2報)					
2012年 2月	No.63	画像診断報告書の確認不足	6	5	6	0	17
2018年 5月	No.138	画像診断報告書の確認不足 (第2報)					
2012年 8月	No.69	アレルギーのある食物の提供	0	0	1	1	2
2012年 9月	No.70	手術中の光源コードの先端による熱傷	1	0	0	0	1
2012年12月	No.73	放射線検査での患者取り換え	0	0	0	1	1
2013年 2月	No.75	輸液ポンプ等の流量と予定量の入力間違い	0	0	1	0	1
2013年 5月	No.78	持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い	1	1	2	3	7
2013年 7月	No.80	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷	2	1	6	3	12
2018年 9月	No.142	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷 (第2報)					
2013年10月	No.83	脳脊髄液ドレナージ回路を開放する際の誤り	0	0	1	0	1
2013年11月	No.84	誤った処方の不十分な確認	0	1	0	0	1
2013年12月	No.85	移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去	0	2	0	2	4
2014年 1月	No.86	禁忌薬剤の投与	1	1	0	0	2
2014年 5月	No.90	はさみによるカテーテル・チューブの誤った切断	1	2	1	0	4
2014年 7月	No.92	人工呼吸器の配管の接続忘れ	0	0	0	1	1
2015年 2月	No.99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り換え	0	3	2	1	6
2015年 4月	No.101	薬剤の投与経路間違い	0	0	1	0	1
2015年 7月	No.104	腫瘍用薬処方時の体重間違い	0	1	0	0	1
2015年 8月	No.105	三方活栓の開閉忘れ	0	0	0	3	3
2015年 9月	No.106	小児の薬剤の調製間違い	0	0	1	0	1
2015年11月	No.108	アドレナリンの濃度間違い	0	0	0	1	1
2015年12月	No.109	採血時の検体容器間違い	1	0	0	0	1
2016年 2月	No.111	パニック値の緊急連絡の遅れ	0	0	0	2	2
2016年 4月	No.113	中心静脈カテーテル抜去後の空気塞栓症	1	0	0	0	1
2016年 7月	No.116	与薬時の患者取り換え	1	0	1	1	3
2016年 8月	No.117	他施設からの食種情報の確認不足	0	0	2	0	2
2016年11月	No.120	薬剤名の表示がない注射器に入った薬剤の誤投与	0	1	0	0	1
2016年12月	No.121	経鼻栄養チューブの誤挿入	0	0	1	0	1
2017年 7月	No.128	手術部位の左右の取り換え－脳神経外科手術－	1	0	0	1	2
2017年11月	No.132	オーバーテーブルを支えにした患者の転倒	2	3	0	2	7
2017年12月	No.133	胸腔ドレーンの大気への開放	0	0	1	1	2
2018年 1月	No.134	清潔野における消毒剤の誤った投与	0	0	0	1	1
2018年 4月	No.137	ホットパック使用時の熱傷	1	1	1	3	6
2018年 8月	No.141	検査台からの転落	3	1	1	0	5
2018年11月	No.144	病理検体の未提出	0	2	2	1	5
2018年12月	No.145	腎機能低下患者への薬剤の常用量投与	0	1	0	2	3
2019年 2月	No.147	車椅子のフットレストによる外傷	1	3	0	2	6
2019年 4月	No.149	薬剤の中止の遅れによる手術・検査の延期	2	2	0	2	6
2019年 5月	No.150	病理診断報告書の確認忘れ－上部消化管内視鏡検査－	4	1	1	0	6
2019年 7月	No.152	手術時のガーゼの残存①－ガーゼカントー	7	1	2	1	11

提供年月	No.	タイトル	件数				
			1~3月	4~6月	7~9月	10~12月	合計
2019年 8月	No.153	手術時のガーゼの残存② -X線画像の確認-	5	1	1	1	8
2019年 9月	No.154	電子カルテ使用時の患者間違い	0	0	1	2	3
2019年10月	No.155	小児用ベッドからの転落	0	2	1	0	3
2019年12月	No.157	立位でのグリセリン浣腸による直腸損傷	1	1	0	0	2
2020年 1月	No.158	徐放性製剤の粉碎投与	0	1	0	0	1
2020年 2月	No.159	誤った接続による気管・気管切開チューブ挿入中の呼気の妨げ	0	0	0	1	1
2020年 4月	No.161	パルスオキシメータプローブによる熱傷	0	0	0	2	2
2020年 5月	No.162	ベッドへの移乗時の転落	0	1	1	0	2
2020年 7月	No.164	中心静脈カテーテルのガイドワイヤーの残存	0	1	2	0	3
2020年 8月	No.165	アラートが機能しなかったことによるアレルギーがある薬剤の投与	1	1	0	0	2
2020年 9月	No.166	患者が同意した術式と異なる手術の実施	0	1	0	0	1
2020年11月	No.168	酸素ポンベの開栓の未確認	0	0	1	0	1
2020年12月	No.169	持参薬の処方内容を継続する際の処方・指示漏れ	0	0	2	0	2
2021年 2月	No.171	免疫抑制・化学療法によるB型肝炎ウイルスの再活性化	0	1	1	1	3
2021年 4月	No.173	輸液ポンプ等の流量の10倍間違い	—	0	0	2	2
2021年 7月	No.176	人工呼吸器の回路の接続外れ	—	—	3	8	11

IV

1 [1]

1 [2]

2

3

# V

## 事業の現況

## V 事業の現況

本章では、2021年に本事業や本事業に関連して行った活動や成果について示す。既に公表した第65回～第68回報告書の「V 事業の現況」で取り上げた内容を中心に取りまとめたものである。

### 1 本事業の情報発信

本事業では、四半期毎の報告書、年報および毎月の医療安全情報の作成・公表、事例データベースの提供、研修会の開催等を行っている。事業の内容およびホームページの掲載情報については、「事業の内容と参加方法」に分かりやすくまとめているので参考にさせていただきたい ([https://www.med-safe.jp/pdf/business\\_pamphlet.pdf](https://www.med-safe.jp/pdf/business_pamphlet.pdf))。

### 2 事例報告システムのデザイン変更

#### 1) トップページ

参加医療機関が医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を報告するシステムの視認性を向上させるため、デザインを変更した。トップメニューのページでは、事例報告、事例管理、登録情報のボタンの位置を変更するとともに、自施設が参加している事業を分かりやすく表示した。また、公表物をお知らせする「新着情報」の欄を新たに設けた。

図表V-1 事例報告システムのトップページ



## 2) 事例報告のページ

報告する情報を選択した後、報告方法を選択するように変更した。

図表V-2 事例報告のページ



## 3 医療事故情報収集等事業の成果の活用

### －医薬品の取り違い防止のための製薬企業の対応－

本事業では、医療安全情報No.4「薬剤の取り違い」（2007年3月提供）および医療安全情報No.68「薬剤の取り違い（第2報）」（2012年7月提供）で、薬剤の名称が類似していることにより、薬剤を取り違えた事例について注意喚起を行い、その後も報告書の再発・類似事例の分析で繰り返し取り上げている。また、各製薬企業からも、販売名の類似について注意喚起がなされている。製薬企業からの注意喚起文書には、本事業や、医療事故防止事業部が運営している薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業で公表している事例をもとに作成されているものがあり、両事業に報告された事例を活用して、医療事故防止のための具体的な注意喚起が継続して行われている。2021年に公表した報告書で紹介した製薬企業からの注意喚起について図表V-3にまとめた。詳細については、掲載報告書を参照いただきたい。

図表V-3 本事業の報告書で紹介した製薬企業からの注意喚起

掲載報告書	注意喚起	公表年月	企業名
第66回	「テネリア®」と「テルネリン®」 販売名類似による取り違い注意のお願い	2021年4月	田辺三菱製薬株式会社 第一三共株式会社 サンファーマ株式会社



#### 4 2020年年報英語版および医療安全情報No.168～179英語版の公表

本事業では、平成17年年報より英語版を作成し、ホームページに公表している。2022年2月に、2020年年報の英語版「Project to Collect Medical Near-Miss/Adverse Event Information 2020 Annual Report」を公表した。この内容は、ホームページで閲覧、ダウンロードできる。また、医療安全情報の英語版も作成して、それらを海外に向けて情報提供しており、Canadian Patient Safety Instituteのプロジェクトである、Global Patient Safety Alerts を通じて世界各国から閲覧されている。2022年2月には、医療安全情報 No. 168～179の英語版を公表した（図表V-4）。本事業のホームページのEnglishページに掲載しているため、活用いただければ幸いである。

図表V-4 2022年2月に公表した医療安全情報英語版

No.	日本語版タイトル	英語版タイトル
No.168	酸素ボンベの開栓の未確認	Failure to Check Oxygen Tank Valve Was Open
No.169	持参薬の処方内容を継続する際の処方・指示漏れ	Omission from Prescription/Order When Continuing Prescription for Current Medicines Brought in at Hospitalization
No.170	咀嚼・嚥下機能が低下した患者に合わない食物の提供	Provision of Unsuitable Food to a Patient with Impaired Chewing/Swallowing Function
No.171	免疫抑制・化学療法によるB型肝炎ウイルスの再活性化	Reactivation of Hepatitis B Due to Immunosuppression/ Chemotherapy
No.172	2020年に提供した医療安全情報	Medical Safety Information Released in 2020
No.173	輸液ポンプ等の流量の10倍間違い	Tenfold Error in Flow Rate of Infusion Pump, etc.
No.174	インスリン投与後の経腸栄養剤の未注入	Failure to Inject Enteral Nutrient after Administering Insulin
No.175	2020年に報告書で取り上げた医療安全情報	Medical Safety Information Highlighted in Quarterly Reports in 2020
No.176	人工呼吸器の回路の接続外れ	Disconnection of Ventilator Circuit Tubing
No.177	PTPシートの誤飲（第3報） 添付資料：お薬を服用される方へ	Accidental Ingestion of PTP Sheets (2nd Follow-up Report) Attachment: For Users of Oral Medication
No.178	新生児・乳児の沐浴時の熱傷	Burn while Bathing a Newborn or Infant
No.179	他患者の病理検体の混入	Contamination with Another Patient's Pathology Test Specimen

## 5 研修会の開催

本事業では、参加医療機関を対象に、本事業が提供している情報や、院内での情報の活用方法などについて知見を深めていただくために、研修会を開催している。新型コロナウイルス感染症の影響で、2020年度からはWeb形式で開催している。2021年度は、第1回研修会として2021年11月20日（土）に「医療安全に関する情報の活用」、第2回研修会として2022年2月26日（土）に「RCA研修会」を開催した。研修会の概要や参加者のアンケート結果は、資料1（80～82頁）、資料2（83～85頁）を参照いただきたい。

## 6 海外に向けた情報発信

本財団及び本事業は、海外からの注目が高まり、講演等の機会を多く頂いている。今後も国際的な医療安全の潮流の形成に参加し、本財団の医療の質・安全に関する事業や我が国の医療安全活動の実績をもって好影響を与えるべく取り組んでいきたいと考えている。

会議における具体的な議事の内容は、掲載報告書を参照いただきたい（図表V-5）。

図表V-5 2021年の報告書に掲載した国際会議

掲載報告書	国際会議	日程	開催地
第65回	The 5th Quality Health Care Conference and Exhibition, Policy and Practice: A Partnership for Better Outcomes	2019年 11月11日～13日	アンマン (ヨルダン)
第66回	Second meeting for the collaborative design of the Global Knowledge Sharing Platform for Patient Safety	2019年 12月2日～3日	フローレンス (イタリア)
	G20 Patient Safety Representative Roundtable Session	2019年 12月7日～9日	リヤド (サウジアラビア)
第67回	WHO Global Consultation “A Decade of Patient Safety 2020-2030”: Formulating the Global Patient Safety Action Plan”	2020年 2月24日～26日	ジュネーヴ (スイス)



# 資料

# 資料1 2021年度第1回研修会 「医療安全に関する情報の活用」 開催概要及びアンケート結果

## (1) 開催概要

- 1) 日時：2021年11月20日（土）13：00～15：30
- 2) 形式：Webによるライブ配信
- 3) プログラム

時間	内容	
13：00～13：05	オリエンテーション	
13：05～13：10	開会の挨拶	日本医療機能評価機構 執行理事 後 信
13：10～13：50	【講演1】 医療事故情報収集等事業について —事例報告から情報の提供、そして活用へ—	日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 部長 坂口 美佐
13：50～14：20	【講演2】 当院における医療安全情報の活用①	京都大学医学部附属病院 医療安全管理室 助教 山本 崇 先生
14：25～14：45	【講演3】 当院における医療安全情報の活用②	河北総合病院 副院長 五十嵐 裕章 先生
14：45～15：15	【講演4】 医療安全情報の活用状況と課題 全国の病院を対象にしたアンケート調査より	東邦大学医療センター大森病院 医療安全管理部 副部長 藤田 茂 先生
15：15～15：25	質疑応答	
15：25～15：30	閉会	

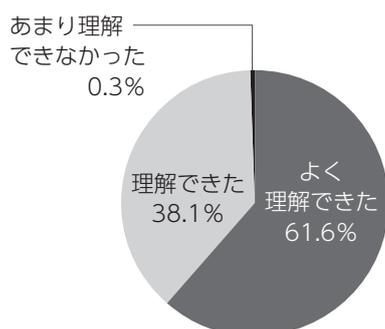
#### 4) 参加者の職種及び人数

参加者職種	人数
医師	31
歯科医師	3
看護師	209
助産師	6
薬剤師	26
臨床工学技士	7
診療放射線技師	5
臨床検査技師	5
理学療法士	4
事務職	11
その他	4
<b>合計</b>	<b>311</b>

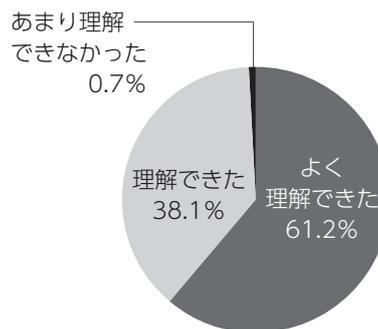
## (2) アンケート結果

1) 回答者：294名（回答率94.4%）

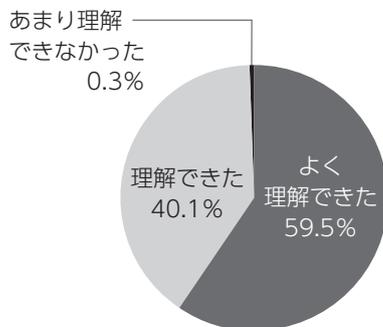
2) 講演1：「医療事故情報収集等事業について  
—事例報告から情報の提供、そして活用へ—」  
の理解度



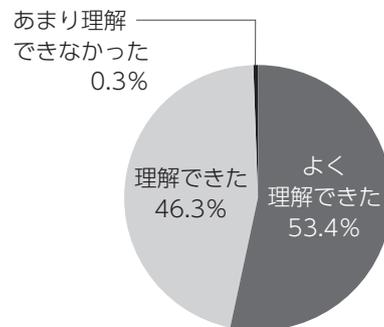
3) 講演2：「当院における医療安全情報の活用  
①」の理解度



4) 講演3：「当院における医療安全情報の活用  
②」の理解度



5) 講演4：「医療安全情報の活用状況と課題  
全国の病院を対象にしたアンケート調査よ  
り」の理解度



6) ご意見（一部抜粋）

○医療安全情報の活用

- ・医療安全情報に自院の事例を加えて配布すること、自院の医療安全ニュースに医療安全情報を加えることなど、すぐ導入できそうなアイデアがあった。
- ・医療安全情報をマニュアルの中に入れるという方法を当院でも取り入れたい。
- ・インシデント発生を契機に現場へ向かうと萎縮され悪いイメージを持たれる懸念がある。平時に出向くには話題が不足し関心の欠如が否めないため、医療安全情報を示すことをきっかけとして一般的な確認事項を現場と管理部門が同じ目線で共有できると思った。

○事例検索の活用

- ・医療事故調査報告書の作成時に“事例検索”を活用して、当院の現状に合った実行可能な改善策を検討する際の参考にすることが出来ると思った。
- ・医療事故に関する事例を閲覧できるサイトがあることを初めて知ったため、今後は参考にしたい。

○その他

- ・報告義務対象医療機関だが、院内の会議に諮ったものを報告するという認識であり、報告件数が非常に少なかったことに気付いた。講義で医療事故情報としてどのような事例を報告するかよく分かったため、今後は報告数を増やしたい。
- ・他施設の取り組みを知ることができる良い機会になった。

## 資料2 2021年度第2回研修会 RCA研修会 開催概要及びアンケート結果

### (1) 開催概要

- 1) 日時：2022年2月26日（土）13：00～16：30
- 2) 形式：Webによるライブ配信
- 3) プログラム

時間	内容	
13：00～13：05	オリエンテーション	
13：05～13：10	開会の挨拶	日本医療機能評価機構 執行理事 後 信
13：10～13：35	【講演1】 医療事故情報収集等事業の概要と報告の現状	日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 部長 坂口 美佐
13：35～14：05	【講演2】 Root Case Analysisの概要	東邦大学医学部 社会医学講座 医療政策・経営科学分野 教授 長谷川 友紀 先生
14：10～16：25	【講演3・演習】 Root Case Analysisによる事故分析の要点	東邦大学医療センター大森病院 医療安全管理部 副部長 藤田 茂 先生
16：25～16：30	閉会	

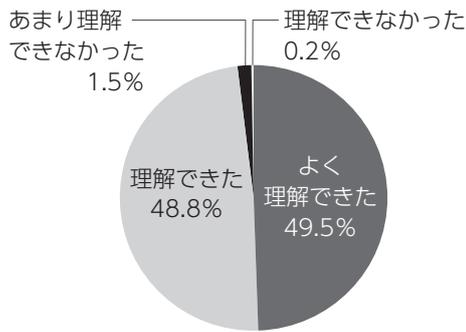
### 4) 参加者の職種及び人数

参加者職種	人数
医師	26
歯科医師	3
看護師	408
助産師	8
薬剤師	28
臨床工学技士	7
診療放射線技師	8
臨床検査技師	8
理学療法士	10
事務職	14
その他	10
<b>合計</b>	<b>530</b>

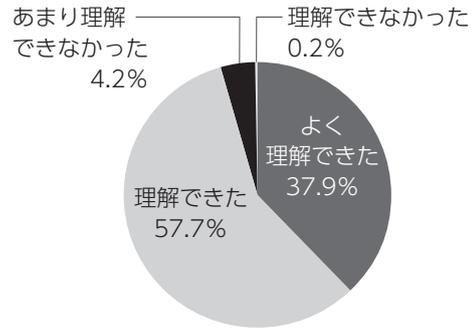
## (2) アンケート結果

1) 回答者：447名（回答率90.0%）

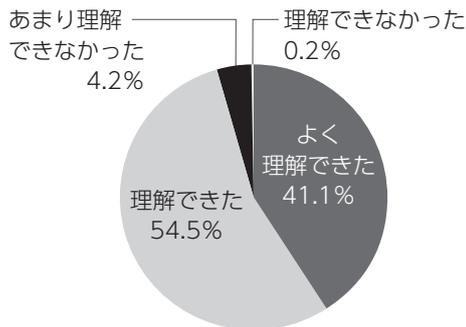
2) 講演1：「医療事故情報収集等事業の現況と報告の実際」の理解度



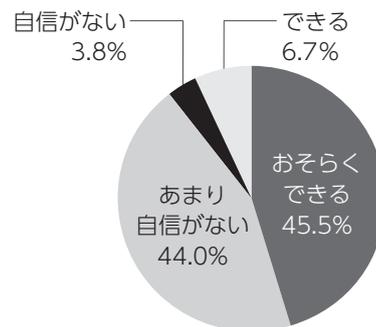
3) 講演2：「Root Cause Analysisの概要」の理解度



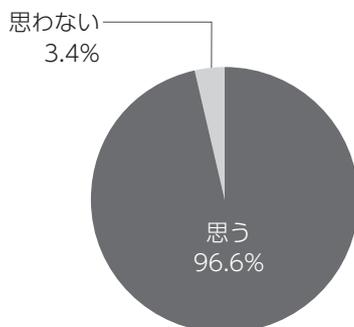
4) 講演3：「Root Cause Analysisによる事故分析の要点」の理解度



5) 本日の演習でRCAができるようになりましたか



6) 研修会を受講して、院内でRCAを使用してみようと思いますか。



#### 7) ご意見（一部抜粋）

- ・とてもわかりやすく充実した研修を受けることができよかった。RCA分析をぜひ院内で活用したい。
- ・基本に戻って理解することができた。今までのRCAの研修の中で一番わかりやすかった。
- ・大変わかりやすく、有意義な研修を受講することができた。ただ、実際、現場でスタッフにRCA分析をポジティブなツールとして浸透させるのは、かなり難しいとも感じた。施設内で伝える側の者の知識・技術はもとより、日常からのコミュニケーションスキルが高いことが必要だと感じた。
- ・Web研修では講義のみの研修が多い中で、最後の演習では投票ができ、実際に講義に参加できているようで理解が進んだ。

## 資料3 2020年に医療事故情報の報告が0件の任意参加医療機関へのアンケート調査

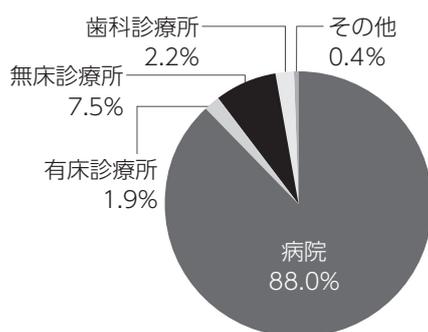
### (1) 概要

本事業では、前年に医療事故情報の報告が0件であった医療機関に対して文書を送付し、医療事故情報の報告を促している。今回、2020年1月～2021年7月に医療事故情報の報告が0件の任意参加医療機関678施設のうち、アンケートの依頼メールを送信することのできた医療機関673施設に対して、アンケート調査を行った。

### (2) アンケート結果

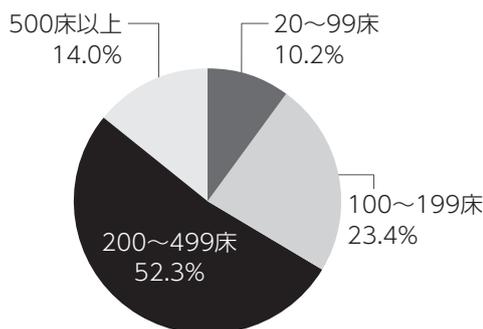
1) 回答者：267施設（回答率39.7%）

2) 貴院の施設区分を選択してください。

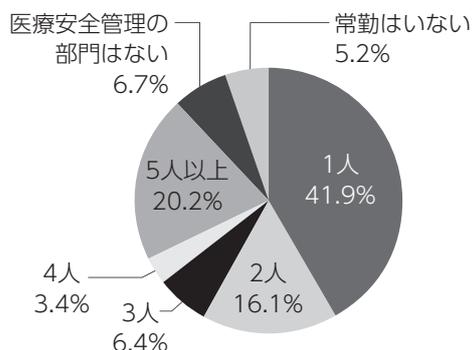


3) 2) で「病院」を選択した方

貴院の許可病床数を選択してください。

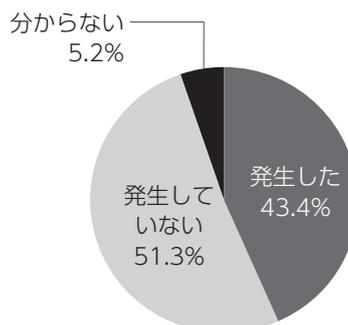


4) 医療安全管理の部門の常勤職員の数を選択してください。



5) 医療事故情報収集・分析・提供事業（本事業）の医療事故情報として報告する事例は、患者への影響の大きさにはかかわらず、報告することが可能です。

過去1年間、貴院では本事業の「医療事故情報として報告する事例の範囲」に該当する事例は発生しましたか。



## 6) 事例を報告しなかった理由について、当てはまるものを選択してください。(複数可)

事例を報告しない理由	回答数
事例を入力する時間がない	78
「医療事故情報として報告する事例の範囲」の内容を見るまで、患者への影響を問わず報告できることを知らなかった	52
事例を入力する人員がいない	49
ID、パスワードが分からず、報告システムにログインできない	29
どこから報告システムに入るか知らない	26
報告項目に関して困ることがある	23
本事業に参加していることを知らなかった	17
医療事故の事例の収集ができていない	11
インターネット環境に制限がある	10
本事業に事例を報告する意義が分からない	1
過去に事例を報告したが、活用してもらえないと感じた	1
その他	124

その他：該当する事例が発生していない 57  
 入力難しい 12  
 前任者から引き継ぎがなかった 11 など

7) 6)で「報告項目に関して困ることがある」を選択した方  
報告項目で困っていることについて当てはまるものを選択してください。(複数可)

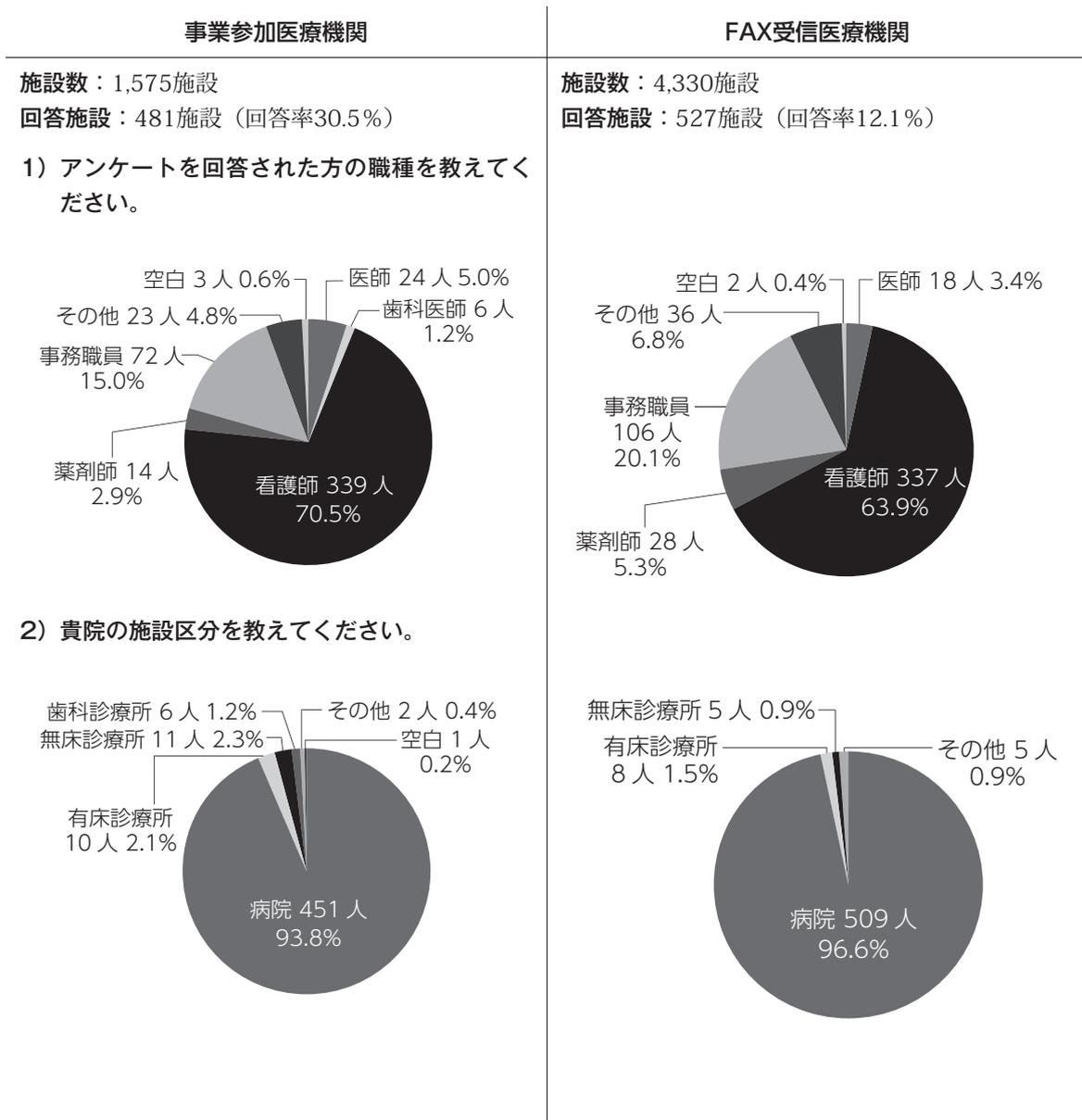
報告項目で困っていること	回答数
入力や選択が難しい報告項目がある	20
報告する項目が多い	14
本事業の報告項目と院内で収集している項目が違う	13
その他	3

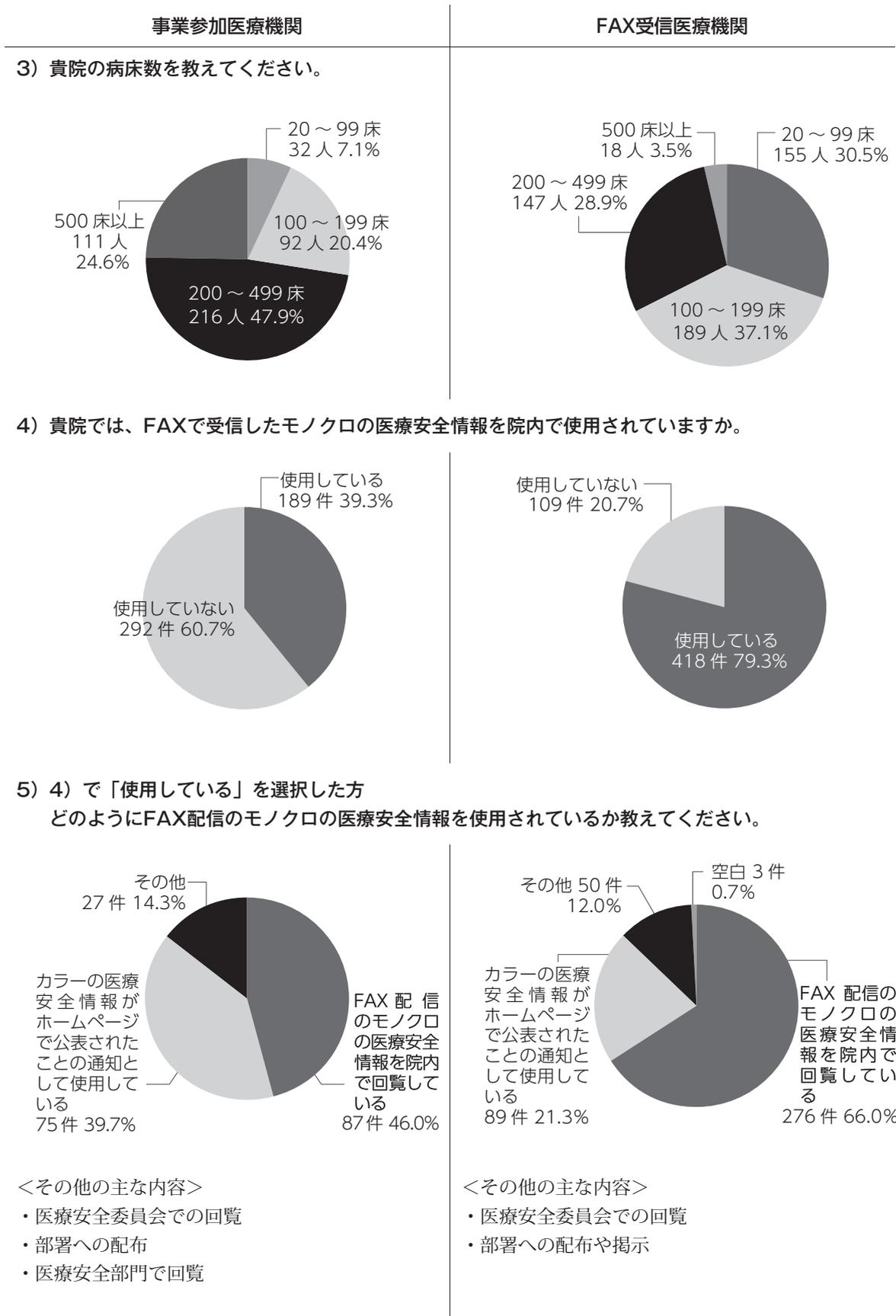
## 資料4 医療安全情報FAX受信医療機関へのアンケート調査

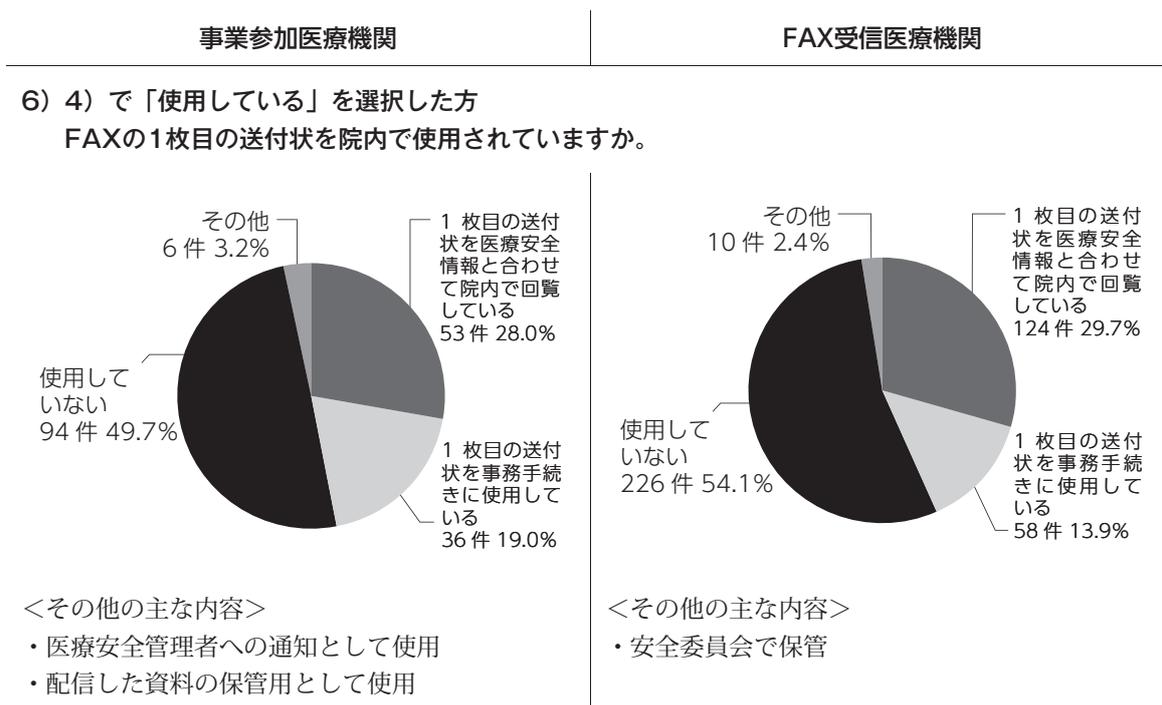
### (1) 概要

本事業では、事業参加医療機関および事業には参加していないがFAX受信を希望する医療機関に対して、医療安全情報をFAXで提供している。2006年12月に医療安全情報の提供を開始後15年が経過し、情報提供の方法を検討するため、事業参加医療機関およびFAX受信医療機関にアンケート調査を行った。

### (2) アンケート結果



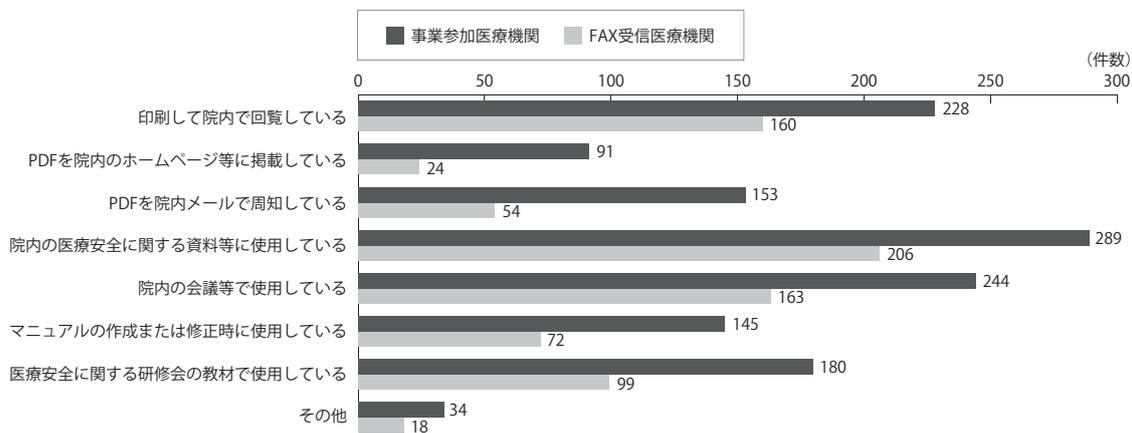




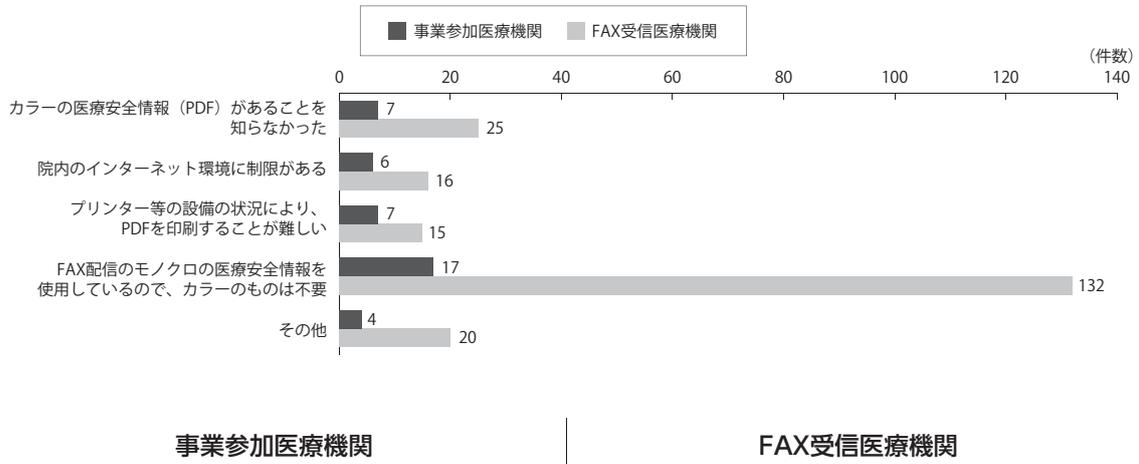
7) 貴院では、ホームページに掲載しているカラーの医療安全情報（PDF）を院内で使用されていますか。



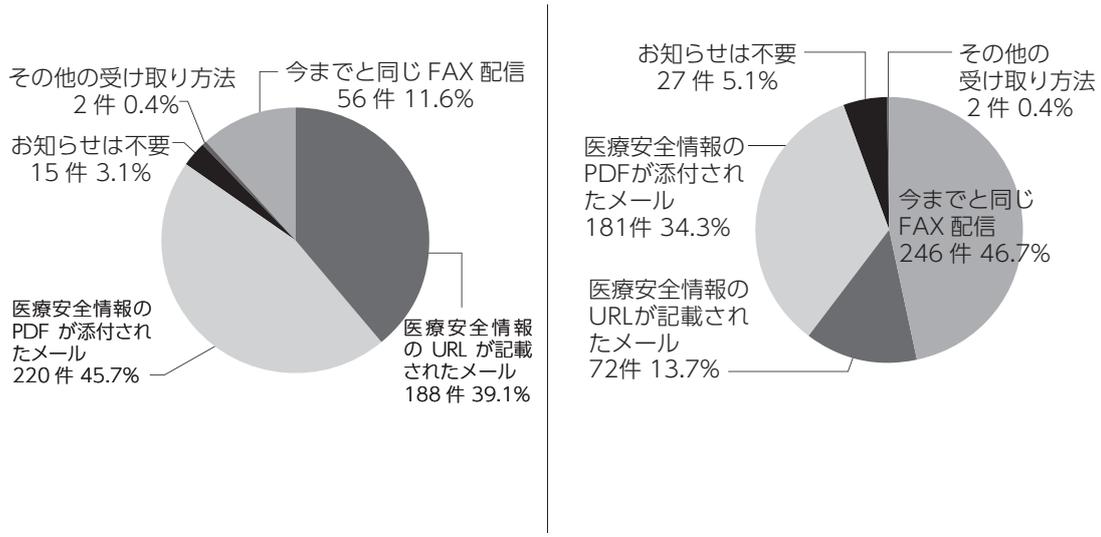
8-1) 7) で「使用している」を選択した方  
どのように使用されているか教えてください。（複数可）



8-2) 7) で「使用していない」を選択した方  
使用していない理由を教えてください。(複数可)

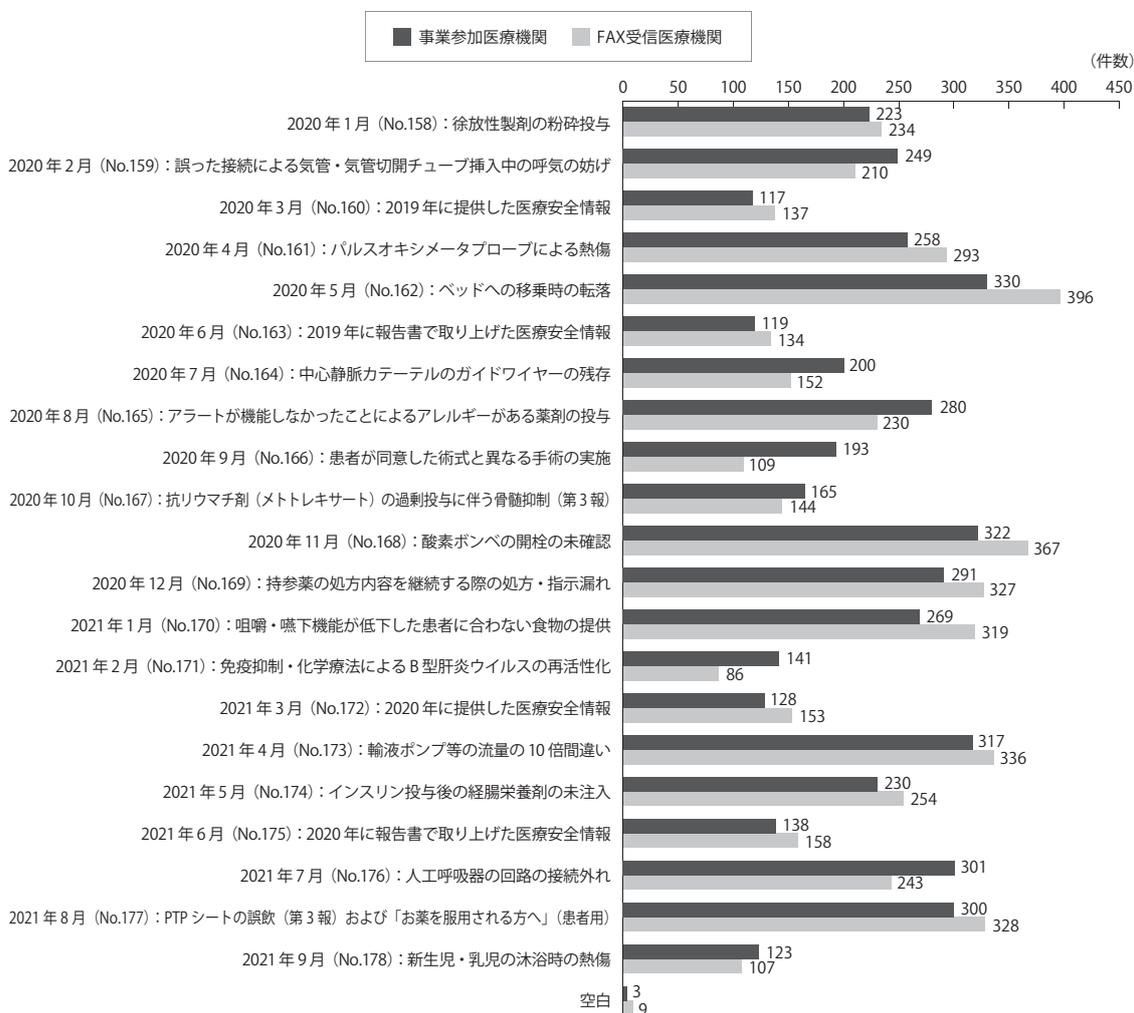


9) 今後の医療安全情報の提供のお知らせ方法について検討するため、ご希望の受け取り方法を教えてください。



資料

10) 2020年1月 (No.158) ~2021年9月 (No.178) に提供した医療安全情報のうち、貴院において役に立ったものを教えてください。(複数可)



## 資料5 医療事故防止事業 運営委員会

2021年12月31日現在

氏名	所属	役職
生野 弘道	一般社団法人 日本病院会	常任理事
遠藤 直哉	フェアネス法律事務所	弁護士
◎尾形 裕也	九州大学	名誉教授
城守 国斗	公益社団法人 日本医師会	常任理事
嶋森 好子	一般社団法人 日本臨床看護マネジメント学会	理事長
原口 亨	公益社団法人 日本薬剤師会	理事
原田 悦子	筑波大学 人間系心理学域	教授
細川 吉博	公益社団法人 全日本病院協会	常任理事
三代 知史	公益社団法人 日本歯科医師会	常務理事
山口 育子	認定NPO法人 ささえあい医療人権センター COML	理事長
吉川 久美子	公益社団法人 日本看護協会	常任理事

◎委員長

## 資料6 医療事故情報収集等事業 総合評価部会

2021年12月31日現在

氏名	所属	役職
鮎澤 純子	九州大学大学院 医学研究院 医療経営・管理学講座	准教授
吾妻 真理	日本製薬団体連合会 安全性委員会 医薬品安全使用対策検討会	部会長
櫻井 順子	順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院 看護部	部長
三田 哲也	日本医療機器テクノロジー協会 安全性情報委員会	副委員長
田中 克巳	昭和大学江東豊洲病院 薬剤部	部長
中村 京太	大阪大学医学部附属病院 中央クオリティマネジメント部	部長
南須原 康行	北海道大学病院 医療安全管理部	副病院長 教授・部長
◎長谷川 友紀	東邦大学医学部 社会医学講座 医療政策・経営科学分野	教授
藤原 喜美子	東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 医療安全推進室	医療安全管理者
山内 豊明	放送大学大学院 文化科学研究科 生活健康科学/ 名古屋大学	教授/ 名誉教授
山田 晴久	日本医療機器産業連合会 PMS委員会	委員長
綿引 哲夫	東海大学 工学部 医用生体工学科	教授

◎座長

## 資料7 医療事故情報収集等事業 専門分析班

2021年12月31日現在

氏名	所属	役職
阿部 雅樹	テルモ株式会社 ホスピタルカンパニー ホスピタルシステム事業 営業推進部 アフターサービス部	
鮎澤 純子	九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座	准教授
荒井 有美	学校法人北里研究所 北里大学病院 医療の質・安全推進室	副室長・ 医療安全管理者
今井 正己	東レ・メディカル株式会社 透析事業本部 技術サービス部門	技術営業部長
内門 泰斗	鹿児島大学病院 医療安全管理部	副部長 (医科担当) GRM
梅内 美保子	公益社団法人日本看護協会 看護開発部 看護業務・医療安全課	課長
梅村 朋	名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部	
奥田 晃久	東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 臨床工学部	係長
笠原 英城	日本医科大学武蔵小杉病院 薬剤部	薬剤部長・ 治験管理事務局長
川名 賢一郎	学校法人 聖路加国際大学聖路加国際病院 QIセンター医療安全管理室	マネジャー・ 専従薬剤師
櫛山 暁史	学校法人 明治薬科大学 薬物治療学研究室	教授
楠本 茂雅	社会医療法人生長会 ベルランド総合病院 クオリティー管理センター	部長
酒井 輝幸	泉工医科工業株式会社 安全管理部	部長
櫻井 順子	順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院 看護部	部長
佐藤 みづほ	独立行政法人国立病院機構 甲府病院 看護部	副看護部長

氏名	所属	役職
重森 雅嘉	静岡英和学院大学短期大学部 現代コミュニケーション学科	教授
渋谷 健一郎	国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 用度課	
杉浦 宗敏	東京薬科大学 薬学部医薬品安全管理学教室	教授
田中 克巳	昭和大学江東豊洲病院 薬剤部	部長
田畑 雅央	東北大学病院 医療安全推進室	室長 特命教授
内藤 雅之	株式会社ジェイ・エム・エス グローバルマーケティング本部 中国事業部	事業部長
長谷川 友紀	東邦大学医学部 社会医学講座 医療政策・経営科学分野	教授
藤田 茂	東邦大学医療センター大森病院 医療安全管理部	副部長
松原 功	日本光電工業株式会社 技術開発本部 医療機器技術開発部 呼吸・麻酔機器部	部長
水谷 栄梨	三重大学医学部附属病院 医療安全管理部・薬剤部	
山本 崇	京都大学医学部附属病院 医療安全管理室	助教

## 資料8 医療事故情報収集等事業 報告項目検討班

2021年12月31日現在

氏名	所属	役職
鮎澤 純子	九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座	准教授
荒井 有美	北里大学病院 医療の質・安全推進室	副室長・ 医療安全管理者
小松原 明哲	早稲田大学理工学術院 創造理工学部 経営システム工学科	教授
武田 明子	独立行政法人 国立病院機構 箱根病院 看護部	看護部長
南須原 康行	北海道大学病院 医療安全管理部	副病院長 教授・部長
長谷川 友紀	東邦大学 医学部 社会医学講座 医療政策・経営科学分野	教授
原田 悦子	筑波大学 人間系心理学域	教授
山本 崇	京都大学医学部附属病院 医療安全管理室	助教



2022年9月30日 発行

---

医療事故情報収集等事業  
2021年 年報

---

編集・発行 公益財団法人 日本医療機能評価機構  
医療事故防止事業部

郵便番号 101-0061  
東京都千代田区神田三崎町 1丁目 4番17号  
東洋ビル  
電話 03-5217-0252

ISBN978-4-910861-22-7

c0047



9784910861227