

医政安発 0629 第 19 号
薬生安発 0629 第 8 号
令和 5 年 6 月 29 日

日本医学会会長 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 2022 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、2022 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 2022 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貴会に属する学会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。

医療事故情報収集等事業 2022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
I 2022年年報について	3
II 集計報告	11
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
III 医療事故情報等分析の現況	31
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
2 医療事故情報に対する追加情報の収集	37
【1】文書による追加情報の収集	37
【2】現地状況確認調査による追加情報の収集	38

3	分析テーマ	39
	【1】分析対象とするテーマの選定状況	39
	【2】分析テーマの概要	39
4	再発・類似事例の分析	48
	【1】再発・類似事例の分析の概要	48
IV	医療安全情報	57
1	概要	58
2	2022年に提供した医療安全情報	59
3	医療安全情報の再発・類似事例の件数	60
V	事業の現況	65
資 料		71
資料 1	2022年度第1回研修会開催概要及びアンケート結果	72
資料 2	2022年度第2回研修会開催概要及びアンケート結果	75
資料 3	医療事故防止事業 運営委員会	79
資料 4	医療事故情報収集等事業 総合評価部会	80
資料 5	医療事故情報収集等事業 専門分析班	81
資料 6	医療事故情報収集等事業 報告項目検討班	83

※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、2022年に公表した報告書の内容を基本として作成した、2022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、医療現場でご活用いただき、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に存じます。

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、2022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2022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影響を受ける状況が続く中で、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、2022年末には1,618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。

2022年には、5,313件の医療事故情報をご報告いただきました。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

2022年年報について

I 2022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、2022年末の時点で1,618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2022年1月～12月に報告された医療事故情報の報告件数は5,313件であり、その内訳は、報告義務対象医療機関から4,631件、参加登録申請医療機関から682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参加医療機関数

年		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
報告 件数	報告義務	2,708	2,911	3,374	3,428	3,598	4,030	4,049	4,321	4,674	4,631
	任意参加	341	283	280	454	497	535	483	481	569	682
	合計	3,049	3,194	3,654	3,882	4,095	4,565	4,532	4,802	5,243	5,313
医療 機関数	報告義務	274	275	275	276	276	274	274	273	273	275
	任意参加	691	718	743	755	773	797	812	834	857	883
	合計	965	993	1,018	1,031	1,049	1,071	1,086	1,107	1,130	1,158

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で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。2022年は、文書による問い合わせを97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、2022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。2022年は、(1) のテーマとして「患者間違いに関連した事例」「ダブルチェックに関連した事例」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69回～第72回報告書に掲載した。また、(2) のテーマとして2つのテーマを取り上げ、同種の事例を遡って分析し、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69回～第72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・ハット事例を収集し、医療事故情報と総合して行う分析		
【1】患者間違いに関連した事例②	第69回	20～40
【2】患者間違いに関連した事例③	第70回	22～40
【3】患者間違いに関連した事例④	第71回	22～37
【4】ダブルチェックに関連した事例①	第72回	22～49
(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】離床センサーが電源の入れ忘れや使用方法の違いにより作動しなかった事例	第71回	38～53
【2】シリンジポンプの単位を選択に関連した事例	第72回	50～62

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69回～第72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
禁忌薬剤の投与（医療安全情報No.86）	第69回	47～53
胸腔ドレーンの大気への開放（医療安全情報No.133）		54～62
小児への薬剤10倍量間違い（医療安全情報No.29）	第70回	47～60
持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い（医療安全情報No.78）		61～78
中心静脈ラインの開放による空気塞栓症（医療安全情報No.130）	第71回	61～73
人工呼吸器の回路接続間違い（医療安全情報No.24）	第72回	69～78

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。

2022年は医療安全情報No.182～No.193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.193のうち、2022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 2022年に提供した医療安全情報

提供月	No.	タイトル
1月	No.182	セレネース注とサイレース静注の取り違い
2月	No.183	製剤量と成分量の間違い（第2報）
3月	No.184	2021年に提供した医療安全情報
4月	No.185	使用済み内視鏡の別の患者への使用
5月	No.186	抗がん剤投与前の血液検査値の未確認
6月	No.187	2021年に報告書で取り上げた医療安全情報
7月	No.188	下肢閉塞性動脈硬化症の患者の弾性ストッキングの着用
8月	No.189	温めたタオルによる熱傷
9月	No.190	膀胱留置カテーテルの接続口の選択間違い
10月	No.191	容器の取り違いによる高濃度のアドレナリンの局所注射
11月	No.192	医療関連機器による圧迫創傷
12月	No.193	薬剤の投与経路間違い（第2報）

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.152	手術時のガーゼの残存①－ガーゼカウントー	14
No.80	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷	13
No.142	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷（第2報）	
No.153	手術時のガーゼの残存②－X線画像の確認－	13
No.176	人工呼吸器の回路の接続外れ	13
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	11
No.63	画像診断報告書の確認不足	11
No.138	画像診断報告書の確認不足（第2報）	
No.57	PTPシートの誤飲	10
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.10	MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み	9
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.47	抜歯部位の取り違い	9
No.58	皮下用ポート及びカテーテルの断裂	8
No.29	小児への薬剤10倍量間違い	7
No.59	電気メスペンシルの誤った取り扱いによる熱傷	7
No.7	小児の輸液の血管外漏出	6
No.48	酸素残量の未確認	6
No.146	酸素残量の確認不足（第2報）	
No.86	禁忌薬剤の投与	6
No.15	注射器に準備された薬剤の取り違い	5
No.90	はさみによるカテーテル・チューブの誤った切断	5
No.99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い	5
No.132	オーバーテーブルを支えにした患者の転倒	5
No.144	病理検体の未提出	5
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	5

5 事業の現況

本年報の「V 事業の現況」には、本事業の情報発信や世界患者安全の日への取り組み、本事業の成果を活用した製薬企業の対応、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。

2022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	529	83	341	69	288	275	1,158
	任意	参加する	406		258		219		883	
			参加しない	162		298		—		460
合計			691		639		288		1,618	
			1,330							

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。



医療事故情報収集・分析・提供事業

YA-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 ①

YA-02 参加登録申請医療機関数の推移 ①

YA-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 ①

YA-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 ①

YA-05 病床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 ①

YA-06 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 ①

YA-07 報告件数別報告義務対象医療機関数 ①

YA-08 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 ①

(以下の項目は、下記の3種類でそれぞれ集計)

A. 報告義務対象医療機関からの報告月に基づいた集計

B. 報告義務対象医療機関からの発生月に基づいた集計

C. 参加登録医療機関からの報告月に基づいた集計

YA-21 発生月 A B C

YA-22 発生曜日・曜日区分 A B C

YA-23 発生時間帯 A B C

YA-24 患者の年齢 A B C

YA-25 患者の性別 A B C

YA-26 入院・外来別件数 A B C

YA-27 発症者 A B C

YA-28 当事者職種 A B C

YA-29 当事者職種経験 A B C

YA-30 当事者部署配属期間 A B C

YA-31 当事者の直前1週間の勤務時間 A B C

YA-32 当事者の直前1週間の平均勤務時間 A B C

YA-33 当事者の直前1週間の当直・夜勤回数 A B C

YA-34 当事者の直前1週間の平均当直・夜勤回数 A B C

YA-35 事故の概要 A B C

YA-36 医療の実施の有無 A B C

YA-37 事故の程度 A B C

YA-38 事故の治療の程度 A B C

YA-39 発生場所 A B C

YA-40 関連診療科 A B C



【1】参加医療機関

2022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	9	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	3	24
	市町村	0	100
	公立大学法人	9	3
	地方独立行政法人	1	25
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	22
	北海道社会事業協会	0	2
	厚生農業協同組合連合会	0	20
	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	12
	国民健康保険組合	0	0
法人	学校法人	54	20
	医療法人	0	367
	公益法人	1	50
	会社	0	11
	その他の法人	0	35
個 人		0	63
合 計		275	883

(注1) 2022年12月末時点の報告義務対象医療機関（275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） 88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

2022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。2022年は、5,313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

	2022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	368	419	561	377	362	392	259	324	410	356	336	467	4,631
参加登録申請医療機関報告数	63	48	47	48	22	29	54	117	81	70	44	59	682
報告義務対象医療機関数	273	273	273	273	273	274	274	274	274	274	274	275	—
参加登録申請医療機関数	856	856	859	868	870	875	878	878	876	878	882	883	—

（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2022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。2022年12月31日現在、報告義務対象医療機関は275施設、病床数合計は138,375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 ※2022年 12月31日現在	報告医療機関数	件数
			2022年 1月～12月	2022年 1月～12月
国	国立大学法人等	45	43	1,183
	独立行政法人国立病院機構	140	126	1,460
	国立研究開発法人	9	7	161
	国立ハンセン病療養所	13	13	53
自治体	都道府県	13	12	503
	市町村			
	公立大学法人			
	地方独立行政法人			
法人	学校法人	54	36	1,124
	公益法人	1	1	147
合 計		275	238	4,631

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～ 2022年12月
国	国立大学法人等	12,991
	独立行政法人国立病院機構	20,046
	国立研究開発法人	1,934
	国立ハンセン病療養所	590
自治体	都道府県	3,948
	市町村	
	公立大学法人	
	地方独立行政法人	
法人	学校法人	12,158
	公益法人	491
合 計		52,158

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 ※2022年 12月31日現在	報告医療機関数	件数
		2022年 1月～12月	2022年 1月～12月
0 ～ 19床	0	0	0
20 ～ 49床	13	5	12
50 ～ 99床	5	1	1
100 ～ 149床	8	4	19
150 ～ 199床	9	6	33
200 ～ 249床	13	11	48
250 ～ 299床	17	12	105
300 ～ 349床	33	29	206
350 ～ 399床	16	15	147
400 ～ 449床	30	28	285
450 ～ 499床	13	13	256
500 ～ 549床	9	9	76
550 ～ 599床	10	8	200
600 ～ 649床	26	25	634
650 ～ 699床	8	8	314
700 ～ 749床	11	10	338
750 ～ 799床	3	3	90
800 ～ 849床	12	12	420
850 ～ 899床	4	4	203
900 ～ 999床	14	14	526
1000床以上	21	21	718
合 計	275	238	4,631

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 ※2022年 12月31日現在	報告医療機関数	件数
		2022年 1月～12月	2022年 1月～12月
北海道	9	9	63
東北	25	20	278
関東甲信越	86	70	1,692
東海北陸	38	32	499
近畿	36	32	605
中国四国	35	33	817
九州沖縄	46	42	677
合計	275	238	4,631

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 ※2022年 12月31日現在
0	37
1	11
2	10
3	10
4	25
5	6
6	16
7	11
8	7
9	13
10	10
11～20	57
21～30	22
31～40	10
41～50	8
51～100	16
101～150	4
151～200	2
200以上	0
合計	275

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2022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 ※2022年 12月31日現在	報告医療機関数	件数
		2022年 1月～12月	2022年 1月～12月
国	71	16	35
自治体	152	41	253
公的医療機関	114	25	66
法人	483	85	326
個人	63	2	2
合 計	883	169	682

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～ 2022年12月
国	429
自治体	1,903
公的医療機関	1,167
法人	3,070
個人	13
合 計	6,582

【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、2022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^(注)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	3,505
歯科医師	78
看護師	2,945
准看護師	6
薬剤師	65
臨床工学技士	28
助産師	38
看護助手	16
診療放射線技師	46
臨床検査技師	29
管理栄養士	1
栄養士	3
調理師・調理従事者	1
理学療法士（PT）	46
作業療法士（OT）	13
言語聴覚士（ST）	2
衛生検査技師	0
歯科衛生士	5
歯科技工士	0
その他	61
合 計	6,888

※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）参照。

図表Ⅱ－２－１１ 事故の概要

事故の概要	件数	%
薬剤	410	7.7
輸血	13	0.2
治療・処置	1,724	32.4
医療機器等	150	2.8
ドレーン・チューブ	417	7.8
検査	249	4.7
療養上の世話	1,653	31.1
その他	697	13.1
合 計	5,313	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	425	8.0
障害残存の可能性がある（高い）	545	10.3
障害残存の可能性がある（低い）	1,524	28.7
障害残存の可能性なし	1,470	27.7
障害なし	1,171	22.0
不明	178	3.4
合 計	5,313	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	4	0.1
院内感染による死亡や障害	4	0.1
患者の自殺又は自殺企図	66	1.2
入院患者の失踪	13	0.2
患者の熱傷	64	1.2
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	0	0
間違った保護者の許への新生児の引渡し	1	0
本事例は選択肢には該当しない	5,161	97.1
合 計	5,313	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	461	6.7
麻酔科	335	4.9
循環器内科	476	6.9
神経科	149	2.2
呼吸器内科	300	4.4
消化器科	463	6.8
血液内科	110	1.6
循環器外科	22	0.3
アレルギー科	6	0.1
リウマチ科	23	0.3
小児科	272	4.0
外科	539	7.9
整形外科	717	10.5
形成外科	82	1.2
美容外科	0	0
脳神経外科	341	5.0
呼吸器外科	108	1.6
心臓血管外科	297	4.3
小児外科	31	0.5
ペインクリニック	6	0.1
皮膚科	71	1.0
泌尿器科	285	4.2
性病科	0	0
肛門科	1	0
産婦人科	113	1.6
産科	31	0.5
婦人科	104	1.5
眼科	77	1.1
耳鼻咽喉科	134	2.0
心療内科	0	0
精神科	251	3.7
リハビリテーション科	48	0.7
放射線科	132	1.9
歯科	27	0.4
矯正歯科	2	0
小児歯科	3	0
歯科口腔外科	67	1.0
不明	14	0.2
その他	761	11.1
合 計	6,859	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。

■ ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

- YH-01 参加医療機関数 ▶
- YH-02 参加医療機関数の推移 ▶
- YH-03 事例情報の月別報告件数 ▶
- YH-04 開設者別事例情報報告参加医療機関数及び報告件数 ▶
- YH-05 病床規模別事例情報報告参加医療機関数及び報告件数 ▶
- YH-06 地域別事例情報報告参加医療機関数及び報告件数 ▶
- YH-07 報告件数別事例情報報告参加医療機関数 ▶
- YH-21 発生月 ▶
- YH-22 発生曜日 ▶
- YH-23 発生時間帯 ▶
- YH-24 患者の年齢 ▶
- YH-25 患者の性別 ▶
- YH-26 入院・外来別件数 ▶
- YH-27 発患者 ▶
- YH-28 当事者職種 ▶
- YH-29 当事者職種経験 ▶
- YH-30 当事者部署配置期間 ▶
- YH-31 事例の概要 ▶
- YH-32 医療の実施の有無 ▶
- YH-33 影響度 ▶
- YH-34 事例の治療の程度 ▶
- YH-35 発生場所 ▶
- YH-36 発生要因 ▶
- YH-61 事例の概要×影響度 ▶
- YH-62 事例の概要×事例の治療の程度 ▶
- YH-63 発生場所×入院・外来別 ▶
- YH-64 発生場面×影響度 ▶
- YH-65 事例の内容×影響度 ▶
- YH-66 発生場面×影響度 ▶
- YH-67 発生要因×事例の概要 ▶
- YH-68 発生場所×事例の概要 ▶

【1】参加医療機関

2022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	28	17
	独立行政法人国立病院機構	116	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	45	25
	その他の国の機関	0	0
自治体	都道府県	31	16
	市町村	144	78
	公立大学法人	11	6
	地方独立行政法人	30	13
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	24	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	23	12
法人	国民健康保険組合	1	1
	学校法人	50	35
	医療法人	495	232
	公益法人	55	25
	会社	9	2
個人	その他の法人	47	19
	個人	68	44
合 計		1,330	691

【2】件数情報の報告

2022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	1,162	8,485	112,610	201,010	323,267
(2) 輸血	104	275	2,187	3,504	6,070
(3) 治療・処置	509	3,130	15,910	43,012	62,561
(4) 医療機器等	299	1,373	12,786	21,832	36,290
(5) ドレーン・チューブ	339	2,723	30,922	114,963	148,947
(6) 検査	386	2,715	34,254	58,114	95,469
(7) 療養上の世話	590	5,312	65,318	151,966	223,186
(8) その他	590	2,904	57,442	61,754	122,690
合 計	3,979	26,917	331,429	656,155	1,018,480
再 掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	156	1,856	5,379	14,012	21,403
【2】薬剤に由来する事例	578	4,513	39,690	79,045	123,826
【3】医療機器等に由来する事例	223	881	5,863	12,861	19,828
【4】今期のテーマ	234	1,696	13,239	10,814	25,983
報告医療機関数				686	
病床数合計				257,976	

【3】事例情報の報告

(1) 事例情報の月別報告件数

2022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

	2022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	4,917	1,070	1,373	3,901	1,779	1,374	5,117	1,205	4,093	4,882	1,044	1,102	31,857
事例情報報告参加医療機関数	678	678	680	687	688	690	690	690	689	690	692	691	—

(2) 事例情報の報告状況

事例情報報告参加医療機関の2022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。2022年12月31日現在、事例情報報告参加医療機関は691施設、病床数合計は215,359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 ※2022年 12月31日現在	報告医療機関数	件数
国	国立大学法人等	17	4	224
	独立行政法人国立病院機構	68	17	51
	国立研究開発法人	3	1	1
	国立ハンセン病療養所	4	0	0
	独立行政法人労働者健康安全機構	24	7	902
	独立行政法人地域医療機能推進機構	25	7	5,399
	その他の国の機関	0	0	0
自治体	都道府県	113	31	12,536
	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	7	2,388
	恩賜財団済生会	11	1	69
	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	2
	国民健康保険組合	1	0	0
法人	学校法人	35	14	1,051
	医療法人	232	21	6,667
	公益法人	25	3	12
	会社	2	0	0
	その他の法人	19	3	2,468
個 人		44	1	86
合 計		691	119	31,857

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 ※2022年 12月31日現在	報告医療機関数	件数
0～19床	81	2	115
20～49床	21	5	379
50～99床	37	3	135
100～149床	42	4	12
150～199床	82	10	5,567
200～249床	47	9	196
250～299床	43	10	1,773
300～349床	79	14	4,924
350～399床	47	9	37
400～449床	51	10	1,278
450～499床	29	3	989
500～549床	31	11	2,568
550～599床	17	2	11
600～649床	23	7	4,876
650～699床	12	2	181
700～749床	11	4	15
750～799床	5	2	6
800～849床	7	3	8,605
850～899床	3	0	0
900～999床	12	6	162
1000床以上	11	3	28
合 計	691	119	31,857

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 ※2022年 12月31日現在	報告医療機関数	件数
北海道	50	9	60
東北	67	10	1,866
関東甲信越	192	31	8,015
東海北陸	117	18	11,565
近畿	105	17	4,840
中国四国	82	14	5,045
九州沖縄	78	20	466
合 計	691	119	31,857

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 ※2022年 12月31日現在
0	572
1	39
2	16
3	6
4	4
5	6
6	2
7	1
8	2
9	2
10	2
11～20	6
21～30	3
31～40	1
41～50	0
51～100	4
101～150	3
151～200	4
200以上	18
合 計	691

【4】事例情報の報告の内容

2022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^(注)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	1,958
歯科医師	149
看護師	27,436
准看護師	112
薬剤師	1,503
臨床工学技士	200
助産師	708
看護助手	323
診療放射線技師	443
臨床検査技師	615
管理栄養士	149
栄養士	70
調理師・調理従事者	94
理学療法士（PT）	384
作業療法士（OT）	169
言語聴覚士（ST）	32
衛生検査技師	1
歯科衛生士	43
歯科技工士	2
その他	1,281
合 計	35,672

※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) 参照。

図表Ⅱ－3－9 事例の概要

事例の概要	件数	%
薬剤	12,681	39.8
輸血	119	0.4
治療・処置	1,357	4.3
医療機器等	1,374	4.3
ドレーン・チューブ	4,191	13.2
検査	2,349	7.4
療養上の世話	6,283	19.7
その他	3,503	11.0
合 計	31,857	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	231	0.7
	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	1,316	4.1
	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	17,878	56.1
実施あり	—	12,432	39.0
合 計		31,857	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	56	389	6,316	6,761
輸血	2	4	76	82
治療・処置	15	90	784	889
医療機器等	23	115	759	897
ドレーン・チューブ	11	63	2,070	2,144
検査	26	49	1,541	1,616
療養上の世話	39	422	3,707	4,168
その他	59	184	2,625	2,868
合 計	231	1,316	17,878	19,425

※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]

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2022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3（79頁）、総合評価部会の委員は資料4（80頁）、専門分析班の委員は資料5（81～82頁）、報告項目検討班の委員は資料6（83頁）の通りである。

(1) 運営委員会

運営委員会の2022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38回	3月	医療事故防止事業運営委員会規則の一部修正	
		医療事故情報収集等事業	・事業の現況 ・2022年度 事業計画（案） ・2022年度 予算（案）
		薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業	・事業の現況 ・2022年度事業計画（案）【一般公募】
		歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業	・2022年度 事業計画（案） ・2022年度 予算（案）
第39回	5月	医療事故情報収集等事業	・事業の現況 ・2021年度 実績報告（案）
		薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業	・事業の現況 ・報告項目変更後のアンケート調査結果 ・2021年度 実績報告（案）
		歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業	・事業の現況

(2) 総合評価部会

総合評価部会の2022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84回	2月	・2021年度 研修会「医療安全に関する情報の活用」の実施報告 ・医療安全情報の新たな提供方法の検討に向けてのアンケート調査 ・医療安全情報 No.185、186、187（案） ・第68回報告書（案）
第85回	5月	・2021年度 「RCA研修会」の実施報告 ・2022年7月～12月のヒヤリ・ハット事例「今期のテーマ」 ・2020年年報英語版、医療安全情報英語版の公表 ・2021年度 ホームページの改修 ・2022年度 研修会（案） ・医療安全情報 No.188、189、190（案） ・第69回報告書（案）
第86回	8月	・2022年度 研修会の概要 ・世界患者安全の日に関連した医療安全情報のデザイン変更 ・医療安全情報 No.191、192、193（案） ・2021年年報（案） ・第70回報告書（案）
第87回	11月	・2021年に医療事故情報の報告が0件の医療機関への対応 ・医療安全情報のデザイン変更 ・2023年1月～6月のヒヤリ・ハット事例「今期のテーマ」 ・医療安全情報 No.194、195、196（案） ・第71回報告書（案）

(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。2022年は、コア分析班会議を5回、薬剤分析班会議を3回、医療機器分析班会議を2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。2022年は、患者間違い分析班会議を4回、ダブルチェック分析班会議を2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	2月	・報告事例の検討 ・問合せ事例の検討 ・医療安全情報No.188、189、190（案）
	6月	・報告事例の検討 ・問合せ事例の検討 ・医療安全情報No.191、192、193（案）
	8月	・報告事例の検討 ・問合せ事例の検討
	9月	・報告事例の検討 ・問合せ事例の検討 ・医療安全情報No.194、195、196（案）
	12月	・報告事例の検討 ・問合せ事例の検討 ・医療安全情報No.197、198、199（案）
薬剤分析班	3月	・問合せ事例の回答の確認 ・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
	10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	・検討・紹介事例の検討
	6月	・検討・紹介事例の検討
患者間違い分析班	1月	・第68回報告書原稿の構成（案） ・報告事例の検討
	3月	・第69回報告書原稿の構成（案） ・報告事例の検討
	6月	・第70回報告書原稿の構成（案） ・報告事例の検討
	9月	・第71回報告書原稿の構成（案） ・報告事例の検討
ダブルチェック分析班	10月	・分析の方向性と事例の検討
	12月	・第72回報告書原稿の構成（案） ・報告事例の検討

（４）報告項目検討班会議

報告項目検討班会議の2022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9回	2月	・【治療・処置】の事例の「事例の種類」の検討 ・【検査】の「事例の種類」と「発生場面」の検討
第10回	5月	・【療養上の世話】の「事例の分類」の検討 ・【療養上の世話】の「発生場面」の検討 ・【療養上の世話】の「種類」の検討
第11回	8月	・【医療機器等】の事例の「種類」の検討 ・【ドレーン・チューブ】の事例の「種類」の検討 ・【検査】の事例の「種類」の検討 ・関連医薬品名、医療機器名などの報告
第12回	9月	・テキスト入力項目と「発生要因」の検討 ・報告事例の種類の選択について ・ヒヤリ・ハット事例情報のみの項目の検討
第13回	12月	・医療事故情報の報告の流れの確認 ・医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の項目の違いについての検討 ・ヒヤリ・ハット事例情報のみの項目の検討 ・「事例の分類」で保留になっていた項目の検討

【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）2022年度 RCA研修会

1）開催日：2023年2月18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

358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（72～74頁）の通りである。

（2）2022年度 研修会「医療機関と保険薬局の連携から考える医療安全への取り組み」 （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 合同開催）

1）開催日：2023年3月5日（日）

2）形 式：Web

3）対象者：本事業参加医療機関の職員

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業参加薬局の職員

4）内 容

- ①医療事故情報収集等事業と薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の現状と課題
- ②医療安全に関する医療機関内や地域における取り組み、医療機関から薬局に望むこと
- ③病診薬連携と患者安全～価値ある情報共有を行うために～
- ④薬局ヒヤリ・ハット報告事例から見える薬薬協働・連携の課題
～薬剤安全のために望まれる情報共有・連携とは～

5）参加者数

544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（75～78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

2022年は、文書による問い合わせを97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	62
輸血	1
治療・処置	10
医療機器等	4
ドレーン・チューブ	8
検査	6
療養上の世話	5
その他	1
合 計	97

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。

Ⅲ

1〔1〕

1〔2〕

1〔3〕

1〔4〕

2〔1〕

2〔2〕

3〔1〕

3〔2〕

4〔1〕

＜参考＞入力時、特にご注意いただきたい項目

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（ https://www.med-safe.jp/contents/report/html/StatisticsMenu.html ）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（ https://www.med-safe.jp/contents/report/html/StatisticsMenu.html ）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

2022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

2022年に報告された事例が分析対象である第69回～第72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・ハット事例を収集し、医療事故情報と総合して行う分析		
【1】患者間違いに関連した事例②	第69回	20～40
【2】患者間違いに関連した事例③	第70回	22～40
【3】患者間違いに関連した事例④	第71回	22～37
【4】ダブルチェックに関連した事例①	第72回	22～49
(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】離床センサーが電源の入れ忘れや使用方法の間違いにより作動しなかった事例	第71回	38～53
【2】シリンジポンプの単位の選択に関連した事例	第72回	50～62

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

1) 患者間違いに関連した事例 ②～④ (第69回～第71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。

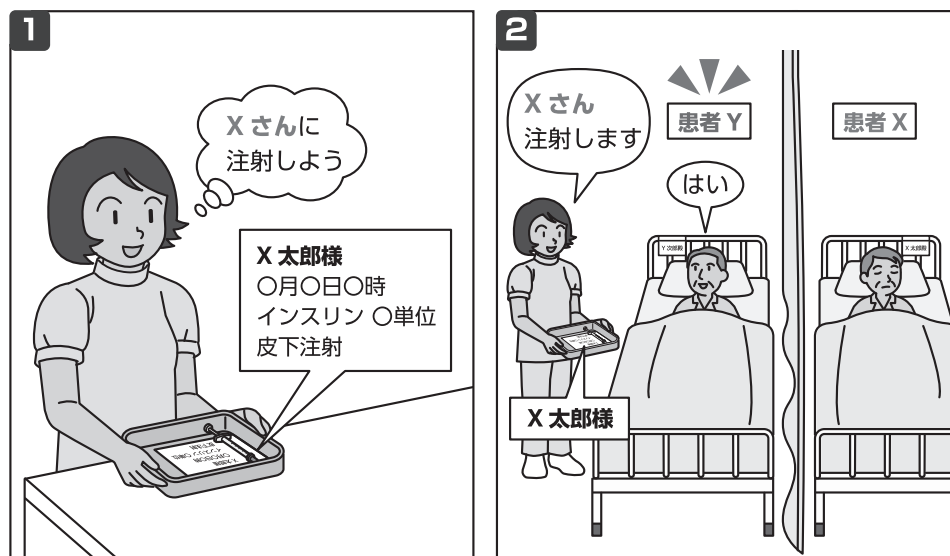
本事業では、これまでに医療安全情報No.25「診察時の患者取り違い」(2008年12月提供)、医療安全情報No.73「放射線検査での患者取り違い」(2012年12月提供)、医療安全情報No.116「与薬時の患者取り違い」(2016年7月提供)など、様々な場面における患者の取り違いについて注意喚起を行ってきた。また、医療安全情報No.11「誤った患者への輸血」(2007年10月提供)および第2報No.110(2016年1月提供)では、他の患者の輸血用血液製剤を投与した事例を取り上げ、投与直前に患者と製剤の照合を行うことを示した。さらに、医療安全情報No.42「セントラルモニタ受信患者間違い」(2010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。

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。第68回報告書では、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の概要を示した。さらに、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。

第69回報告書では、患者にモノを投与する／使用する／渡す際に発生した事例を取り上げ、そのうち薬剤に関する事例について分析を行った。医療事故情報については、薬剤の種類や発生場所などの概要を整理し、事例のパターンを分類して主な事例を紹介した。また、報告された事例における患者・薬剤の照合の状況とその他の背景・要因、医療機関から報告された改善策をまとめて示した。ヒヤリ・ハット事例については、薬剤の種類、発生場所、間違いを発見した契機を分類し、主な事例を紹介した。

薬剤を患者に投与する／渡す際に発生した事例には、患者間違いの事例や薬剤間違いの事例があったが、いずれも患者と薬剤の照合ができていなかった。報告された事例には「確認」と記載されていることが多いが、「確認」ではなく「照合」とであると理解することが基本的に必要である。認証システムを導入している医療機関もあるが、注射薬と内服薬等で運用の状況が異なる場合もあり、認証システムを使用することの意味を理解したうえで活用する必要がある。薬剤を患者に投与する／渡す際は、患者と薬剤が合っているか照合することが必須であり、患者の氏名をどのように確認し、薬剤とどのように照合するのか、医療機関で具体的な手順を明確にして周知することが重要である。

図表Ⅲ－3－2 患者Xに薬剤を投与するところ、患者Yを患者Xだと思い込んだ事例のイメージ



第70回報告書では、患者にモノを投与する／使用する／渡す際に発生した事例のうち、輸血の事例について分析し、その他の主な事例を紹介した。輸血の事例は全て医療事故情報であり、輸血用血液製剤等の種類やABO式血液型の相違、発生場所などを整理し、事例を患者間違いと血液製剤間違いに分類して主な事例を紹介した。また、報告された事例における輸血実施前の照合の状況とその他の背景・要因、医療機関から報告された改善策をまとめて示した。さらに、専門分析班で議論した内容をもとに、「照合」に焦点を当てて、患者に輸血を実施する際のポイントを示した。

輸血の際の患者間違いあるいは血液製剤間違いは、患者に重大な影響を及ぼす可能性があり、特に防止しなければならない事象の一つである。輸血伝票と輸血用血液製剤は照合したが、患者と輸血用血液製剤は照合しなかったため、患者と輸血用血液製剤が合致していないことに気付くことができず、誤った投与に至った事例が報告されていた。輸血を実施する前には、何回も照合する工程があるが、それぞれの段階で何と何を照合しているのかを理解したうえで、投与直前に患者と輸血用血液製剤を照合することが必須である。また、認証システムがあったにもかかわらず使用しなかった事例や、使用方法が適切でなかった事例が報告されていることから、認証システムを適切に使用することが重要である。これまでの分析を通して、「照合する」という意識が欠けていることが全体的に共通する要因と考えられ、医療機関において「照合」を教育することの重要性が示唆された。

図表Ⅲ－３－３ 患者に輸血を実施する際のポイント（一部抜粋）

- 第68回報告書では診察室・検査室に患者を呼び込む際に発生した事例、第69回報告書では患者に薬剤を投与する／渡す際に発生した事例を分析し、今回は輸血を実施する際に発生した事例を取り上げた。これまでの分析を通して、「照合する」という意識が欠けていることが全体的に共通する要因と考えられる。
- ほとんどの事例には「確認する」と記載されているが、「確認」では「照合」の意味が曖昧になる。医療機関内での教育やマニュアル等においても、「照合」することを強調するとよいのではないか。
- 「間違えないように照合する」ことは、輸血に限らずどんな業務でも当たり前の行為であり、照合の意味を理解して徹底する必要がある。
- 報告された事例は、血液伝票と輸血用血液製剤の照合は行っていたが、患者と輸血用血液製剤を照合していなかった事例が多かった。それぞれの段階で何と何を照合しているのかを理解すること、最終的に患者と輸血用血液製剤を照合してから輸血を実施することが必要である。
- 事例が発生した医療機関から様々な改善策が報告されているが、基本となる「照合」を教育することが最も重要である。多重防護壁として多くの対策を挙げるのはよいが、重みづけが必要である。

第71回報告書では、画面や紙面上で患者氏名を選択する／設定する際に発生した事例を取り上げ、そのうち電子カルテ使用時に発生した事例について分析し、その他の主な事例を紹介した。医療事故情報については、事例の発生場所や関連診療科などの概要を整理した。さらに、患者Xにオーダする際、患者Yの電子カルテでオーダした事例、患者Xの情報を患者Yの電子カルテに入力した事例、患者Xの情報を参照する際、患者Yの電子カルテを参照した事例に分類し、主な事例を紹介した。ヒヤリ・ハット事例については、発見者、発見した契機などを整理して示し、事例を分類して主な事例を紹介した。

医療事故情報では、発生場所は救急外来・救命救急センターやICUが多かった。これらの部署では患者のベッドサイドで電子カルテを開いていることが多いため、画面上の患者氏名の確認が疎かになることがあるが、ベッドサイドで開いている電子カルテがその患者のものではない可能性があることを認識する必要がある。また、事例の分類ではオーダする際に発生した事例が多く、当事者は職種経験年数0～4年の医師が多かったことから、研修医などの教育が重要である。電子カルテを開いた際や、オーダや情報を入力する際は、患者氏名を見て、意図した患者のカルテであるか確認することが必要である。

ヒヤリ・ハット事例では、オーダの事例は他職種者、情報の入力の事例は当事者が発見した事例の報告が多かった。オーダに疑問がある場合は医師に確認すること、電子カルテに入力する際は登録する前に患者氏名を確認することも、間違ったまま実施することを防ぐために有用である。

図表Ⅲ－３－４ 事例の背景・要因（電子カルテ使用時に発生した事例）

要因	件数
別の患者の電子カルテが開かれていることに気付かなかった	6
複数の患者の電子カルテを同時に開いていた	3
電子カルテ上の患者リストの中から別の患者を選択した	2
電子カルテに別の患者のIDを入力して患者を選択した	2
電子カルテ上の部屋番号で患者を選択し、氏名・IDを確認しなかった	1
不明	3
合計	17

2) ダブルチェックに関連した事例①（第72回報告書）

医療機関では様々な場面において、実施する内容が正しいかどうかを確認する際に「ダブルチェック」という方法を行っている。現状では、「ダブルチェック」による確認は標準化された方法はなく、医療機関、部署、個人によって異なる。ダブルチェックを「2人で確認すること」または「2回確認すること」と認識している医療者もあり、その実施方法は曖昧である。本事業には、医療事故情報の改善策に「今後はダブルチェックを実施する」としている事例が報告されている。しかし、本来行うべき確認行為はどうであるか、確認行為のどこに問題があったかの分析が十分に行われていない事例が多く、単に確認行為を増やすことが再発防止につながるか不明瞭である。また、ダブルチェックを行ったとしながら誤りに気付かなかった事例も報告されている。このような状況の中、本事業の総合評価部会において、改めてダブルチェックによる確認に焦点を当て、事例を検討してはどうかという意見があった。

そこで、2022年1月～12月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「ダブルチェックが有効に働いたことにより、患者に実施する前に誤りを発見した事例」を収集し、ダブルチェックに関連した医療事故情報と併せて分析することとした。第72回報告書では、ヒヤリ・ハット事例と医療事故情報の概要を整理し、さらに、医療事故情報の事例のうち、ダブルチェックを行ったが誤りに気付かなかった事例を取り上げて分析を行った。

医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例ともに職種は看護師で、内容は薬剤の事例が多く報告されていた。さらに、医療事故情報については、ダブルチェックを行ったが誤りに気付かなかった事例と、ダブルチェックを行うことになっていたが行わなかった事例に分け、今回はダブルチェックを行ったが誤りに気付かなかった事例について取り上げた。事例を分類したところ、手元に正しい情報があったが照合ができていない事例が最も多く、ダブルチェックを行ったとしながらも、確認になっていなかった。主な事例の内容と専門分析班での議論を示し、報告された事例のダブルチェックに関する背景・要因を整理して示した。

日々の業務の中で、実際には、正しく準備ができており、それを正しくダブルチェックしていることが圧倒的に多く、また、準備が誤っていても正しいダブルチェックによって誤りを発見できていることも多いと思われる。しかし、本事業にはダブルチェックを行ったが正しく照合できていない事例や、照合する正しい情報がないまま確認したことになっている事例が報告されてい

た。医療機関内において「ダブルチェック」とは、どの場面で誰が何とどのように照合して行うのかを明確にしておく必要がある。また、報告された事例の中には、ダブルチェックを行っていたとしながらも、なぜ誤りに気付かなかったのか記載されていない事例が多かった。医療機関内で有効なダブルチェックを行うためには、そのような事例の背景・要因を分析することが重要である。本テーマで示した「効果的なダブルチェックを実施するためのポイント」の内容を参考に、院内で行われているダブルチェックを再確認していただきたい。

図表Ⅲ－３－５ 効果的なダブルチェックを実施するためのポイント（一部抜粋）

- ダブルチェックには、1人で実施する場合や2人で実施する場合などの「人数」、同時（連続）に実施する場合や時間差で実施する場合の「時間」、同じ方向で実施する場合や双方向で実施する場合などの「確認の向き」など、「人数」と「時間」と「確認の向き」を組み合わせた様々な方法で行われている。いずれの方法にしる、ダブルチェックを行うことになっている場面で各施設のスタッフが共通した認識を持ち、決められた方法で正しく行うことが重要である。
- 報告された事例にダブルチェックをしたと記載があるが、ダブルチェックによる確認とは何をすることか分かっていない事例が多かった。確認とは、基本となる正しい情報があり、対象となるモノを比較して、照合することである。ダブルチェック以前に、「確認する」ということがどういうことなのか分かっていないことが、ダブルチェックがうまくいかない最大の問題である。
- ダブルチェックを2人で行ったことにより、1人1人の責任が希薄となる可能性があることを認識する必要がある。ダブルチェックの依頼者は万が一間違いがあっても相手が気付いてくれるだろうと思ったり、チェック者は最初に確認した人がいるのだから間違いはないだろうと思ったりして、両者ともに確認が曖昧になることがある。2人で確認を行うことにより、このような社会的な手抜きが生じやすくなる状況であることを認識しておく必要がある。両者にそれぞれ責任があり、情報とモノの照合をそれぞれが正確に行うことが重要である。

(2) 報告書の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) 離床センサーが電源の入れ忘れや使用方法の間違いにより作動しなかった事例（第71回報告書）

近年、我が国では高齢者の増加に伴い入院患者も高齢者が多くなっている。さらに、入院による筋力低下や治療の影響などから転倒リスクが高くなることもある。転倒・転落による外傷は、入院中の患者にとって回復やリハビリテーションの妨げとなり、退院後の生活にも影響を及ぼすことがある。医療機関では、患者の転倒の防止に取り組み、患者の転倒リスクをアセスメントして対策を講じている。対策の一つである離床センサーは、患者が起き上がる前にベッドから身体を離れた際、あるいは立ち上がる前に床に足を着けた際に感知し、転倒や転落を防ぐ目的で広く使用されている。しかし、離床センサーを設置していても適切に使用していないと離床センサーが機能せず、患者が転倒・転落してしまうことがある。

第71回報告書の分析対象期間（2022年7月～9月）に、離床センサーが電源の入れ忘れや使用方法の間違いにより作動せず、患者が転倒・転落した事例の報告が6件報告された。そこで、事例を遡って検索し、分析を行った。本テーマでは、事例の概要を示し、それぞれの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。

電源を入れ忘れた事例では、離床センサーの種類はマットセンサーが多かった。電源を入れ忘れた場面は、患者の居室後や離床センサーの再設置後が多かったが、他にもさまざまな場面が報告されていた。どのような場面で電源を入れ忘れているかを知ることは、電源の入れ忘れを防ぐ対策を立案するために有用である。また、電源が入っていたが離床センサーが作動しなかった事例では、ベッドセンサーが多く、離床センサーの設定間違いや使用手順の間違いにより作動しなかった事例が報告されていた。センサーの種類によって使用方法が異なる場合があるが、患者の位置や体位に応じて適切に設定することが必要である。

医療機関から報告された改善策に、使用前に使用方法を周知することや、正しく使用できているかを確認することなどの対策が挙げられていることから離床センサーを設置することで安心するのではなく、正しく作動することまで確認することが重要である。しかし、報告された事例には、なぜ電源を入れ忘れたのか、なぜ正しく使用できなかったのかなどについての情報が不足している事例も散見された。医療機関において、事例が発生した経緯を確認して背景・要因の分析を行い、具体的な改善策を立案することが重要である。また、離床センサーの電源が入っていないことや誤った設定をしていることは、一見しただけでは分かりにくいので、そのことに気付ける工夫などができることが望ましい。報告された事例を共有し、医療機関における対策や教育などを検討する際にご活用いただきたい。

Ⅲ

1〔1〕
1〔2〕
1〔3〕
1〔4〕
2〔1〕
2〔2〕
3〔1〕
3〔2〕
4〔1〕

図表Ⅲ－３－６ 電源を入れ忘れた場面

電源を入れ忘れた場面		件数	
患者の帰室後	トイレ	3	6
	食事	1	
	リハビリテーション	1	
	透析	1	
センサーの再設置後		4	
ベッド周囲での排泄介助後		3	
配膳・下膳後		3	
患者と家族の面会後		3	
勤務交代時		2	
巡視後		2	
口腔内・気管内吸引処置後		1	
合計		24	

2) シリンジポンプの単位の選択に関連した事例（第72回報告書）

シリンジポンプで薬剤を投与する際の単位は、循環作動薬などではmL/hの他に $\mu\text{g/kg/min}$ を選択することがある。また、全身麻酔・鎮静剤のプロポフォールを投与する際は、 mg/kg/h の単位を選択することや、TCI（Target Controlled Infusion：目標濃度調節静注、標的濃度調節静注）を行うことがある。シリンジポンプの機種によってはTCIモードが選択できるものがあり、患者の年齢、体重を入力し、目標とする血中濃度（ $\mu\text{g/mL}$ ）を設定すると、流量が自動的に調整される。

第72回報告書の分析対象期間（2022年10月～12月）に、プロポフォールを投与する際、シリンジポンプでmL/hモードを選択するところTCIモード（単位 $\mu\text{g/mL}$ ）を選択し、mL/hで投与する流量の数値を入力したため過量投与となった事例が報告された。そこで、事例を遡って検索し、シリンジポンプの単位の選択に関連した事例について分析することとした。事例の概要では、発生場所、関連診療科、当事者職種と職種経験年数、事例に関連したシリンジポンプの機種、患者への影響をまとめて示した。さらに、単位の選択を間違えた事例と、設定者が選択した単位と投与者が意図した単位が異なっていた事例に分けて分析した。

単位の選択を間違えた事例は、予定した単位は「 $\mu\text{g/kg/min}$ 」であったが誤って「 mg/kg/h 」を選択したため、約16.7倍の過量投与になった事例が多かった。背景・要因には、設定した単位や実際の流量を確認していなかったことや、新機種の採用や看護師の部署異動などにより操作に慣れていなかったことが挙げられていた。投与開始前には、入力した投与量の数値だけでなく単位も確認することが必要である。設定者が選択した単位と投与者が意図した単位が異なっていた事例は、手術室で麻酔中に複数の医師がシリンジポンプの操作に関わる状況において、流量を入力した医師は別の医師によって異なる単位が選択されていたことに気付かず、自分の意図した単位に合った数値を入力して投与を開始したところ、過量投与になった事例であった。

本事業は、以前に医療安全情報No.119「シリンジポンプの薬剤量や溶液量の設定間違い」（2016

年10月提供)で、シリンジポンプの薬剤量や溶液量の入力を間違えたため、設定上誤った濃度となり、意図しない流量で薬剤を投与した事例について注意喚起を行った。この医療安全情報では、総合評価部会の意見として「換算された流量が正しいかどうか確認しましょう。」と示している。単位の選択に関連した投与量の間違いを防止するためにも、換算された実際の流量 (mL/h) を見て、適切な値であるか確認することが重要である。

手術室やICUなどでは、「 $\mu\text{g/kg/min}$ 」や「 mg/kg/h 」などの単位を選択できるシリンジポンプの普及が進んでいる。薬剤によって異なる単位を選択できる機能は便利である反面、単位の選択間違いによって誤った量の薬剤を投与し、患者に大きな影響を与えるおそれがある。使用する医療者がシリンジポンプの機能や取り扱い方法を十分に理解することが必要であるが、ヒューマンエラーを防止するためには、より間違いが起りにくいような機器の開発・改善が望まれる。

図表Ⅲ－３－７ 患者への影響（単位の選択を間違えた事例）

薬剤名	予定した流量	誤って投与した流量	流量間違い	患者への影響
1%ディプリバン注-キット	10mL/h	TCIモード 10 $\mu\text{g/mL}$	不明 (過量)	血圧が69/45mmHgに低下
	15mL/h	TCIモード 15 $\mu\text{g/mL}$	不明 (過量)	心拍数が50回/分、 SpO_2 が50%に低下
	5.5mL/h	5.5mg/kg/h (20mL/h)	3.6倍	血圧が低下、声かけに開眼するがすぐに閉眼する状態
レミフェンタニル 静注用 ^{※1}	0.5 $\mu\text{g/kg/min}$	0.5 mg/kg/h	16.7倍	筋硬直、呼吸困難
アルチバ静注用2mg	0.05 $\mu\text{g/kg/min}$	0.05 mg/kg/h	16.7倍	眼球が上転し、 SpO_2 が60%台に低下
ドブポン注0.3% シリンジ ^{※2}	5 $\mu\text{g/kg/min}$	5 mg/kg/h	16.7倍	急に心拍数が増加

※1 規格は事例に記載されていなかったため不明である。

※2 2021年7月に販売名がドブタミン持続静注150mgシリンジ「KKC」に変更された。

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

2022年に報告された事例が分析対象である第69回～第72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
禁忌薬剤の投与（医療安全情報No.86）	第69回	47～53
胸腔ドレーンの大気への開放（医療安全情報No.133）		54～62
小児への薬剤10倍量間違い（医療安全情報No.29）	第70回	47～60
持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い（医療安全情報No.78）		61～78
中心静脈ラインの開放による空気塞栓症（医療安全情報No.130）	第71回	61～73
人工呼吸器の回路接続間違い（医療安全情報No.24）	第72回	69～78

(1) 第69回報告書

1) 禁忌薬剤の投与（医療安全情報No.86）

医療安全情報No.86「禁忌薬剤の投与」（2014年1月提供）で、患者の疾患や病態を把握していたが、医療用医薬品の添付文書（以下、添付文書）上、「禁忌」の記載があることを知らず、薬剤を投与した事例について注意喚起を行った。その後、第41回報告書（2015年6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69回報告書の分析対象期間（2022年1月～3月）に類似の事例が2件報告されたため、再び取り上げることとした。第69回報告書では、第41回報告書の分析対象期間後の2015年4月以降に報告された再発・類似事例5件について、疾患名・病態と禁忌の薬剤や投与に至った状況、患者への影響を示し、主な事例を紹介した。

報告された事例では、不穏時や、緊急入院時に持参薬を継続する際の処方など、急を要する処方時に、患者の疾患や病態が処方しようとしている薬剤の「禁忌」でないかを確認せずに処方・指示していた。医療安全情報No.86で示したように、薬剤を処方する際は患者の疾患や病態が添付文書の禁忌に該当しないか確認することは重要である。しかし、処方の際に確認が漏れることがあるため、緊急時でも薬剤師の監査が入る仕組みや、処方オーダーシステムでチェックして処方できないようにする仕組みの検討も必要である。また、ガドリニウム造影剤を投与した事例では、添付文書を確認していたが正しく理解できていなかったため、特に研修医等については指導医・上級医が適切な指導・監督を行うことが重要である。

図表Ⅲ－４－２ 疾患名・病態と禁忌薬剤

疾患名・病態	禁忌薬剤	件数	添付文書の禁忌の記載 ^{1)～4)}
パーキンソン病	セレネース注 5mg	2	2.4 パーキンソン病又はレビー小体型認知症の患者〔錐体外路症状が悪化するおそれがある。〕
脳梗塞	ザルティア錠 5mg ^{※1}	1	2.4 次に掲げる心血管系障害を有する患者〔これらの患者は臨床試験では除外されている。〕 2.4.5 脳梗塞・脳出血の既往歴が最近6ヵ月以内にある患者
アルコール性肝硬変、 Child-Pugh分類：B～C	イグザレト	1	2.4 中等度以上の肝障害（Child-Pugh分類B又はCに相当）のある患者 ^{※2}
慢性腎不全	ガドリニウム 造影剤	1	2. 重篤な腎障害のある患者〔腎性全身性線維症を起こすことがある（「重要な基本的注意」及び「副作用」の項参照）。また、本剤の主たる排泄経路は腎臓であり、腎機能低下患者では、排泄遅延から急性腎障害等の症状が悪化するおそれがある。〕 ^{※3}

※1 持参薬のタダラフィル錠5mgを院内採用薬のザルティア錠5mgに変更して処方しようとした際に、規格の違うタダラフィル製剤を選択したため、投与した薬剤はタダラフィル錠20mgADである。

※2 規格・剤形が不明のため、イグザレト錠10mg/15mg添付文書を参照した。

※3 報告された事例の造影剤は2018年11月に販売中止になっていたため、同じ線状型MRI造影剤であるオムニスキャン静注32%の添付文書を参照した。

2) 胸腔ドレーンの大気への開放（医療安全情報No.133）

第50回報告書（2017年9月公表）の分析テーマ「胸腔ドレーンバッグの管理に関連した事例」で、胸腔ドレーンバッグの誤った使用により胸腔を大気に開放した事例などを取り上げ、水封していなかった事例を紹介した。その後、医療安全情報No.133「胸腔ドレーンの大気への開放」（2017年12月提供）で、胸腔ドレーンバッグを使用する際、水封部へ滅菌蒸留水を入れなかったため胸腔が大気に開放された事例について注意喚起を行った。第69回報告書の分析対象期間（2022年1月～3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69回報告書では、医療安全情報 No.133の集計期間後の2017年11月以降に報告された再発・類似事例9件を分析した。事例の概要では、当事者職種や発生場面を集計し、水封しなかった要因を示した。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。

水封しなかった要因には、胸腔ドレーンバッグの構造を理解していなかったこと、胸腔ドレーンバッグを取り扱うのが初めてであったことなどが挙げられていた。また、その他の背景には、不慣れな状況の中で、手順書や胸腔ドレーンバッグの添付文書などを確認していなかったなどの報告があった。第50回報告書の分析テーマでも取り上げたように、胸腔ドレーンバッグは、胸腔内圧と同じ圧になるように水封部に滅菌蒸留水を入れることで、胸腔と大気を遮断する仕組みになっている。胸腔ドレーンバッグを水封しないまま使用すると、胸腔が大気に開放され、空気が胸腔内に流入して気胸を発症する危険性がある。安全に胸腔ドレナージを行うためには、胸腔の解剖生理や、胸腔ドレーンバッグの仕組みを理解することが重要である。そのうえで、胸腔ドレーンの挿入や胸腔ドレーンバッグの交換の際は、胸腔ドレーンバッグを正しく準備する必要がある。医療機関によっては、胸腔ドレーンバッグを病棟に払い出す際は、滅菌蒸留水を一緒にセットにして水封忘れを防止するような工夫を実施している施設もある。本分析で取り上げた事例を院内で共有し、水封忘れを防止する対策を決めておくことが重要である。また、要因に看護師が初めて胸腔ドレーンバッグを取り扱ったと記載された事例が報告されていることから、周囲に初めて扱うことを伝えることや、リーダー看護師は初めてではないかを確認するなど、看護師の業務の経験状況を把握し、必要に応じてフォローする体制が求められる。さらに、胸腔ドレーンバッグを製造販売しているメーカーにおいては、水封部に滅菌蒸留水を入れる必要があることをバッグ自体に注意喚起するなどの工夫がされることが望まれる。

図表Ⅲ－４－３ 水封しなかった要因

職種	水封しなかった要因		件数
医師	胸腔ドレーンバッグの構造を理解していなかった		2
	手術室では看護師が排液バッグの水封部に滅菌蒸留水を入れるため、病棟でも同様に準備されていると思った		1
	慌ただしい中でのバッグ交換であったため失念した		1
看護師	胸腔ドレーンバッグの構造を理解していなかった		7
	胸腔ドレーンバッグの取り扱い	初めてであった	4
		経験が浅かった	1
		久しぶりであった	1
	慌ただしい中でのバッグ交換であったため失念した		1

※複数の要因が記載された事例がある。

(2) 第70回報告書

1) 小児への薬剤10倍量間違い（医療安全情報 No.29）

医療安全情報 No.29「小児への薬剤10倍量間違い」（2009年4月提供）で、小児に対する処方の際、薬剤量を10倍に間違い、過量投与した事例について注意喚起した。その後、第41回報告書（2015年6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70回報告書の分析対象期間（2022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とした。第70回報告書では、第41回報告書の分析対象期間後の2015年4月以降に報告された再発・類似事例23件を分析した。事例の概要では、患者の年齢、患者区分と発生場所、当事者の職種経験年数、処方された薬剤の剤形を示した。また、注射薬と内服薬に分けて分析し、処方内容や患者への影響を示した。さらに処方した医師の背景・要因と、薬剤師や看護師の背景・要因を分けて整理して、医療機関から報告された改善策をまとめた。

注射薬は、成人への投与量を想定した規格で製品化されている。そのため、小児に投与する際は、体重から投与量を換算する必要がある、計算してオーダーする過程で投与量の間違いが発生していた。特に0歳児など低年齢になるほど投与量が微量となり、計算した用量が正しい量であるか確認がしづらい可能性がある。投与量の計算が正しい場合も、オーダー入力時に単位の選択や小数点の位置を間違えて投与量が多くなる可能性がある。

内服薬は、散剤または水剤の事例が報告されていた。これらの製剤は、含有する成分量を考えて投与量を換算する必要がある、注射薬と同様に計算が必要となる。内服薬の事例は、医師が10倍量で入力してしまった背景が記載されていない事例が多いため詳細は不明であるが、小児患者へ投与する薬剤量を計算する際に含まれる成分量を誤認した可能性がある。

小児患者への薬剤投与については、医師が正しく処方することが基本であるが、処方箋を監査する薬剤師や、薬剤を調製・投与する看護師がそれぞれ投与量に問題がないか確認し、患者に投与する前に間違いを発見できる体制が重要である。そのため、医師は小児患者への初回処方時は、処方意図が伝わるようにコメント欄に体重当たりの投与量を記載するなどの工夫が必要である。また、

報告された事例には、電子カルテシステムやNICUの部門システムに過量処方アラートが出る仕組みがなかった、または成人の用量でアラートが設定されているため小児への処方ではアラートが出ない仕組みであったと記載されていた。医療機関によっては、小児においても体重から換算される投与量に上限値を設定して処方オーダー時にアラートが出るようにしている施設もある。システムで小児への過量処方を止めるための仕組みが広がることが望まれる。

図表Ⅲ－４－４ 予定した投与量と誤った投与量（注射薬の事例）

分類	薬剤名 ^{※1}	予定した投与量 (1回量)	誤った投与量 (1回量)	患者の年齢
桁 間違い	バンコマイシン塩酸塩 点滴静注用0.5g	1mg/kg/回	10mg/kg/回	0ヶ月
		8mg/kg/回	80mg/kg/回	1ヶ月
		80mg	800mg	2歳
	アシクロビル点滴静注	34mg	340mg	3ヶ月
	アスパラカリウム注10mEq	1.5mL	15mL	1ヶ月
	注射用ソル・メルコート ^{※2}	12.5mg	125mg	1歳
単位 間違い	アセリオ静注液1000mgバッグ	60mg	60mL (600mg)	2歳
		70mg	70mL (700mg)	6ヶ月
		80mg	80mL (800mg)	1歳
	フロセミド注射液20mg	1.4mg	1.4mL (14mg)	0ヶ月
		1.9mg	1.9mL (19mg)	0ヶ月
	ラシックス注20mg	4mg	4mL (40mg)	7ヶ月

※1 報告された事例に規格が記載されていない場合がある。また、後発医薬品については屋号を除いて掲載した。

※2 2020年12月に販売を中止する前に報告された事例である。

2) 持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い（医療安全情報No.78）

医療安全情報 No.78「持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い」（2013年5月提供）で、持参薬を院内の処方に切り替える際、処方量を間違えた事例について注意喚起した。その後、第56回報告書（2019年3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70回報告書の分析対象期間（2022年4月～6月）に類似の事例が2件報告されたため、再び取り上げることとした。第70回報告書では、第56回報告書の分析対象期間後の2019年1月以降に報告された再発・類似事例18件を分析した。事例の概要では、当事者職種、持参薬を処方した医療機関、事例の分類や患者への影響を示した。また、第70回報告書では持参薬鑑別書に焦点を当て、誤った処方量が記載された持参薬鑑別書の内容で処方した事例と、持参薬鑑別書の記載は正しかったが、処方時に処方量を誤った事例に分けて分析した。

多くの医療機関で、薬剤師は入院時点で患者に投与されている薬剤を把握して、お薬手帳と持参した薬剤の比較や手術前に中止すべき薬剤が中止されているかなどの確認を行い、必要時は院内で処方する際の代替薬を記載した持参薬鑑別書を作成して報告する体制が確立している。医師は院内の処方に切り替える際に、作成された持参薬鑑別書を基に入院後に継続処方する薬剤をオーダーする

ことができ、医師の業務の一助となっている。しかし、今回の分析では、薬剤師が持参薬鑑別書の記載を誤り、医師がその内容のまま処方した事例が報告されていた。医師は患者の持参薬を院内の処方に切り替える際に、お薬手帳などの情報より持参薬鑑別書を優先して活用するため、持参薬鑑別書の誤りは処方間違いに直結する。薬剤師は、そのことを自覚して医師へ正しい情報を提供する必要がある。また、持参薬鑑別書の記載は正しくても、院内に持参薬と同じ薬剤が採用されていない場合の代替薬の選択や、自科で処方することが少ない薬剤、特に散剤の処方量を誤った事例が報告されていた。持参薬から院内の処方に切り替える際、医師は患者に対する処方量が適正かを改めて確認し、必要に応じて薬剤師に相談してオーダすることが望ましい。

図表Ⅲ－４－５ 持参薬鑑別書に誤って記載した内容と処方量

持参した薬剤		誤って記載した内容と処方量
薬剤名	投与量	
院内採用あり		
エクセグラン散20%	50mg/日	250mg/日
ビオチン散0.2%	2g/日	4g/日
リボトリール細粒0.1%	0.5g/日（成分量0.5mg）	5mg/日
ワーファリン錠 ^{※1}	2.5mg/日	1.5mg/日
ノボラピッド注 ^{※2}	10単位/回	30単位/回
院内採用なし		
ヒダントールF配合錠	8錠/日 （フェニトイン200mg/日、 フェノバルビタール 66.7mg/日）	〈薬剤師が記載した内容〉 フェニトイン300mg/錠 ^{※3} フェノバルビタール100mg/錠 ^{※3} ↓ 〈医師の処方内容〉 ※上記を基に8錠分を処方 アレビアチン散10% 2400mg/日 フェノバル散10% 800mg/日

※1 規格は不明である。

※2 剤形は不明である。

※3 薬剤師が参照した書籍には12錠中の有効成分量が記載されており、12錠分の有効成分を誤って1錠分として記載した事例である。

（3）第71回報告書

1）中心静脈ラインの開放による空気塞栓症（医療安全情報No.130）

第43回報告書（2015年12月公表）の分析テーマで、「座位による中心静脈カテーテルの処置に関連した事例」を取り上げ、座位で中心静脈カテーテルを抜去した事例と座位で中心静脈カテーテルのラインを開放した事例に分けて分析を行った。その後、医療安全情報No.113「中心静脈カテーテル抜去後の空気塞栓症」（2016年4月提供）では、座位で中心静脈カテーテルを抜去したため、血管内に空気が流入した事例、医療安全情報 No.130「中心静脈ラインの開放による空気塞栓症」（2017年9月提供）では、大気に開放される状態で中心静脈ラインの接続を外したことにより、血管内に空気が流入した事例について注意喚起を行った。第71回報告書の分析対象期間（2022年7

月～9月)に医療安全情報No.130の類似の事例が2件報告されたため、再び取り上げることとした。

第71回報告書では、医療安全情報No.130の集計期間後の2017年8月以降に報告された再発・類似事例7件を分析した。事例の概要では、関連診療科、当事者の職種経験年数、挿入されていた中心静脈カテーテルの種類、中心静脈ラインの接続を外した目的、患者への影響を示した。事例の分析では、処置時の体位とその後の患者の行動や接続を外した際の中心静脈カテーテルの閉鎖状況、接続を外した状況を整理して示した。

報告された事例では、職種経験年数が3年以下、特に新人看護師が関わった事例が多く、中心静脈カテーテルが大気に開放された場合の危険性についての知識が不足していたことが要因となり事例が発生していた。また、中心静脈カテーテルの処置を行う際に、クランプでカテーテルを閉鎖していなかった事例が多く報告されていた。中心静脈カテーテルから血液が逆流する場合はすぐ異変に気付くことができるが、中心静脈カテーテル内に空気が流入する状況は肉眼では確認が難しいため、患者が急変しても何が起こったのか分からず、患者への対応が遅れ影響が大きくなる可能性がある。処置時には、中心静脈カテーテルに付いているクランプでカテーテルを閉鎖しておけば、万が一接続を外す箇所を間違ったとしても、ラインが大気に開放されることを防ぐことができる。

近年、中心静脈ラインへの閉鎖式コネクタの使用が普及している。感染防止や医療安全の観点では重要な製品ではあるが、閉鎖式コネクタにより中心静脈カテーテルが閉鎖されていることが当たり前になり、中心静脈カテーテルを取り扱う際の危険性について意識が低くなっている可能性がある。そのため、空気塞栓の危険性を理解しないまま輸液ラインを外したり、ヘパリンロックを行ったりしている状況が伺える。閉鎖式コネクタの構造や使用目的、閉鎖式コネクタがない場合の危険性を含めた留意点について、改めて確認する必要がある。特に看護師は、中心静脈カテーテルへのラインの接続や薬剤の投与、ラインのヘパリンロックなどの処置を行うことが多いため、外そうとしている箇所が中心静脈カテーテルの閉鎖性を保てるかを確認したうえで実施する必要がある。また、医療機関内において、中心静脈カテーテルを取り扱う職員に対し、中心静脈カテーテルを大気に開放すると血管内に空気が流入し、患者に甚大な影響を与える危険性があることについて理解が進むような教育が望まれる。

図表Ⅲ－４－６ 接続を外した状況

接続を外した状況		件数
ラインを外す箇所を誤った		3
ラインを外す箇所は正しかった	外す際に閉鎖式コネクタが付いていないことに気づき、閉鎖式コネクタを取り付けたが斜めに装着していた	1
	外した後に閉鎖式コネクタに保護栓が必要と思い、薬剤投与用のコネクタ(ラインを開放するコネクタ)を保護栓と勘違いして取り付けた	1
その他		2
合計		7

(4) 第72回報告書

1) 人工呼吸器の回路接続間違い（医療安全情報No.24）

医療安全情報 No.24「人工呼吸器の回路接続間違い」（2008年11月提供）で、人工呼吸器の回路接続を間違えた事例について注意喚起した。その後、第24回報告書（2011年3月公表）、第42回報告書（2015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72回報告書の分析対象期間（2022年10月～12月）に類似の事例が2件報告されたため、再び取り上げることにした。

第72回報告書では、第42回報告書の分析対象期間後の2015年7月以降に報告された再発・類似事例9件を分析した。発生場面をもとに事例を分類したところ、新たに人工呼吸器を準備した時に呼吸回路の吸気側と呼気側を逆に人工呼吸器に接続した事例が最も多く、その他に搬送用人工呼吸器に変更した時に発生した事例、使用中の人工呼吸器の回路が外れた後、再接続した時に発生した事例が報告されていた。

新たに人工呼吸器を準備した時に呼吸回路の吸気側と呼気側を逆に人工呼吸器に接続した事例については、発生場所や関連診療科、患者への影響や対応などを整理して示し、主な背景要因、医療機関から報告された改善策を紹介した。吸気側と呼気側を逆に接続したことにより加温加湿器が呼気側に位置することになり、吸気が加湿されず、気管・気管切開チューブが痰で閉塞したためチューブの入れ替えを要した事例が報告されていた。呼吸回路を正しく接続することが基本であるが、加温加湿器のアラームが鳴るなどの異常を認めた際は、吸気側・呼気側が逆に接続されている可能性を考えて確認する必要がある。

また、その他の発生場面の事例について概要を示し、主な事例を紹介した。搬送用人工呼吸器は、機種によっては患者バルブの向きや人工呼吸器の接続口を誤ると換気ができなくなり、患者に重大な影響を与える可能性がある。搬送用人工呼吸器の使用に関する手順やマニュアルを整備し、使用する職員に周知することが必要である。

図表Ⅲ－４－７ 事例の分類

発生場面	接続間違いの内容	件数
新たに人工呼吸器を準備した時	呼吸回路の吸気側と呼気側を逆に人工呼吸器に接続した	5
搬送用人工呼吸器に変更した時	呼吸回路の患者バルブの向きを逆に接続した	1
	呼吸回路を搬送用人工呼吸器の吸気口ではなく別の接続口に接続した	1
使用中の人工呼吸器の回路が外れた後、再接続した時	呼吸回路の吸気側に接続する部品を呼気側に接続した	1
	高流量鼻カニュラを人工呼吸器の吸気口ではなく呼気口に接続した	1
合計		9

Ⅲ

- 1〔1〕
- 1〔2〕
- 1〔3〕
- 1〔4〕
- 2〔1〕
- 2〔2〕
- 3〔1〕
- 3〔2〕
- 4〔1〕

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 2022年に提供した医療安全情報

2022年1月から12月に医療安全情報No.182～No.193を提供した。

図表Ⅳ－2－1 2022年に提供した医療安全情報

提供月	No.	タイトル
1月	No.182	セレネース注とサイレース静注の取り違い
2月	No.183	製剤量と成分量の間違い（第2報）
3月	No.184	2021年に提供した医療安全情報
4月	No.185	使用済み内視鏡の別の患者への使用
5月	No.186	抗がん剤投与前の血液検査値の未確認
6月	No.187	2021年に報告書で取り上げた医療安全情報
7月	No.188	下肢閉塞性動脈硬化症の患者の弾性ストッキングの着用
8月	No.189	温めたタオルによる熱傷
9月	No.190	膀胱留置カテーテルの接続口の選択間違い
10月	No.191	容器の取り違いによる高濃度のアドレナリンの局所注射
11月	No.192	医療関連機器による圧迫創傷
12月	No.193	薬剤の投与経路間違い（第2報）

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、2022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、2022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90であり、報告件数は312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.152	手術時のガーゼの残存①－ガーゼカウントー	14
No.80	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷	13
No.142	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷（第2報）	
No.153	手術時のガーゼの残存②－X線画像の確認－	13
No.176	人工呼吸器の回路の接続外れ	13
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	11
No.63	画像診断報告書の確認不足	11
No.138	画像診断報告書の確認不足（第2報）	
No.57	PTPシートの誤飲	10
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.10	MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み	9
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.47	抜歯部位の取り違い	9
No.58	皮下用ポート及びカテーテルの断裂	8
No.29	小児への薬剤10倍量間違い	7
No.59	電気メスペンシルの誤った取り扱いによる熱傷	7
No.7	小児の輸液の血管外漏出	6
No.48	酸素残量の未確認	6
No.146	酸素残量の確認不足（第2報）	
No.86	禁忌薬剤の投与	6
No.15	注射器に準備された薬剤の取り違い	5
No.90	はさみによるカテーテル・チューブの誤った切断	5
No.99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い	5
No.132	オーバーテーブルを支えにした患者の転倒	5
No.144	病理検体の未提出	5
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	5

図表Ⅳ－３－２ 医療安全情報の再発・類似事例の報告件数（2022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
2006年12月 2012年 5月	No.1 No.66	インスリン含量の誤認 インスリン含量の誤認（第2報）	1	1	0	1	3
2007年 2月	No.3	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔	1	0	0	0	1
2007年 3月 2012年 7月	No.4 No.68	薬剤の取り換え 薬剤の取り換え（第2報）	1	0	1	0	2
2007年 6月	No.7	小児の輸液の血管外漏出	3	2	1	0	6
2007年 7月 2011年 1月	No.8 No.50	手術部位の左右の取り換え 手術部位の左右の取り換え（第2報）	0	1	2	0	3
2007年 9月 2014年 9月	No.10 No.94	MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（第2報）	3	2	2	2	9
2007年10月 2016年 1月	No.11 No.110	誤った患者への輸血 誤った患者への輸血（第2報）	0	1	0	1	2
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	1	1	3
2008年 2月	No.15	注射器に準備された薬剤の取り換え	2	0	1	2	5
2008年 9月	No.22	化学療法の治療計画の処方間違い	0	2	0	0	2
2008年10月	No.23	処方入力の際の単位間違い	0	1	0	2	3
2008年11月	No.24	人工呼吸器の回路接続間違い	0	0	0	2	2
2009年 4月	No.29	小児への薬剤10倍量間違い	1	3	0	3	7
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	0	0	2	0	2
2009年 9月 2015年10月	No.34 No.107	電気メスによる薬剤の引火 電気メスによる薬剤の引火（第2報）	1	0	0	0	1
2009年12月 2018年 2月	No.37 No.135	「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ 「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ（第2報）	0	1	1	1	3
2010年 2月	No.39	持参薬の不十分な確認	0	0	1	1	2
2010年 9月	No.46	清拭用タオルによる熱傷	1	0	0	1	2
2010年10月	No.47	抜歯部位の取り換え	3	2	3	1	9
2010年11月 2019年 1月	No.48 No.146	酸素残量の未確認 酸素残量の確認不足（第2報）	1	3	2	0	6
2011年 2月	No.51	ワルファリンカリウムの内服状況や凝固機能の把握不足	0	0	1	0	1
2011年 4月	No.53	病理診断時の検体取り換え	0	0	0	1	1
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	5	2	2	2	11
2011年 8月 2013年 9月 2021年 8月	No.57 No.82 No.177	PTPシートの誤飲 PTPシートの誤飲（第2報） PTPシートの誤飲（第3報）	3	2	3	2	10
2011年 9月	No.58	皮下用ポート及びカテーテルの断裂	2	1	3	2	8
2011年10月	No.59	電気メスピencilの誤った取り扱いによる熱傷	2	3	0	2	7
2011年11月	No.60	有効期間が過ぎた予防接種ワクチンの接種	0	0	0	1	1

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12月 2017年 8月	No.61 No.129	併用禁忌の薬剤の投与 併用禁忌の薬剤の投与（第2報）	1	0	1	1	3
2012年 2月 2018年 5月	No.63 No.138	画像診断報告書の確認不足 画像診断報告書の確認不足（第2報）	2	2	5	2	11
2012年 4月	No.65	救急カートに配置された薬剤の取り違い	0	2	0	0	2
2012年 8月	No.69	アレルギーのある食物の提供	0	1	0	0	1
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	1	1	3
2012年10月	No.71	病理診断報告書の確認忘れ	0	2	0	0	2
2012年12月	No.73	放射線検査での患者取り違い	1	0	0	0	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	1	0	0	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	2	2	0	0	4
2013年 7月 2018年 9月	No.80 No.142	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷 膀胱留置カテーテルによる尿道損傷（第2報）	5	3	3	2	13
2013年 8月	No.81	ベッド操作時のサイドレール等のすき間への挟み込み	0	1	0	0	1
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	1	1	2	4
2013年11月	No.84	誤った処方の不十分な確認	0	1	0	1	2
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	2	1	0	1	4
2014年 1月	No.86	禁忌薬剤の投与	2	3	1	0	6
2014年 2月	No.87	足浴やシャワー浴時の熱傷	1	0	1	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	1	1	2	5
2014年 7月	No.92	人工呼吸器の配管の接続忘れ	0	1	0	0	1
2014年 8月	No.93	腫瘍用薬のレジメンの登録間違い	1	0	0	0	1
2015年 2月	No.99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い	2	1	0	2	5
2015年 4月	No.101	薬剤の投与経路間違い	1	0	0	1	2
2015年 5月	No.102	口頭指示の解釈間違い	1	1	1	1	4
2015年 7月	No.104	腫瘍用薬処方時の体重間違い	0	0	1	0	1
2015年 8月	No.105	三方活栓の開閉忘れ	0	0	0	1	1
2015年 9月	No.106	小児の薬剤の調製間違い	0	0	0	1	1
2015年12月	No.109	採血時の検体容器間違い	1	0	1	0	2
2016年 2月	No.111	パニック値の緊急連絡の遅れ	0	0	0	1	1
2016年 5月	No.114	抗凝固剤・抗血小板剤の再開忘れ	0	0	1	0	1
2016年 7月	No.116	与薬時の患者取り違い	0	0	3	0	3
2016年 8月	No.117	他施設からの食糧情報の確認不足	0	1	0	2	3
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	0	0	1	1
2017年 2月	No.123	永久気管孔へのフィルムドレッシング材の貼付	0	0	1	0	1
2017年 7月	No.128	手術部位の左右の取り違い－脳神経外科手術－	1	0	0	0	1
2017年 9月	No.130	中心静脈ラインの開放による空気塞栓症	0	0	2	0	2

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
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	2	0	1	5
2017年12月	No.133	胸腔ドレーンの大気への開放	1	0	0	1	2
2018年 1月	No.134	清潔野における消毒剤の誤った投与	1	0	1	0	2
2018年 4月	No.137	ホットパック使用時の熱傷	1	0	0	0	1
2018年11月	No.144	病理検体の未提出	2	2	0	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	0	2	0	2
2019年 2月	No.147	車椅子のフットレストによる外傷	0	0	2	2	4
2019年 4月	No.149	薬剤の中止の遅れによる手術・検査の延期	0	0	0	4	4
2019年 7月	No.152	手術時のガーゼの残存①－ガーゼカウントー	3	3	4	4	14
2019年 8月	No.153	手術時のガーゼの残存②－X線画像の確認－	3	4	3	3	13
2019年 9月	No.154	電子カルテ使用時の患者間違い	1	0	1	1	3
2019年11月	No.156	鎮静に使用する注射薬の誤投与	0	0	1	0	1
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	0	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	2	1	0	3
2020年 4月	No.161	パルスオキシメータプローブによる熱傷	2	1	1	0	4
2020年 5月	No.162	ベッドへの移乗時の転落	1	0	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	0	1	1	2
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	1	0	3
2020年11月	No.168	酸素ボンベの開栓の未確認	0	2	0	0	2
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	1	0	1	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	1	1	1	2	5
2021年 4月	No.173	輸液ポンプ等の流量の10倍間違い	0	0	1	0	1
2021年 7月	No.176	人工呼吸器の回路の接続外れ	3	2	5	3	13
2021年 9月	No.178	新生児・乳児の沐浴時の熱傷	0	1	0	0	1
2021年11月	No.180	メイロン静注250ml製剤の誤った処方	0	1	0	0	1
2021年12月	No.181	腹腔鏡下手術時の切除した臓器・組織の遺残	1	0	1	0	2
2022年 5月	No.186	抗がん剤投与前の血液検査値の未確認	—	1	1	0	2
2022年 8月	No.189	温めたタオルによる熱傷	—	—	1	1	2
2022年11月	No.192	医療関連機器による圧迫創傷	—	—	—	2	2

IV

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

V

事業の現況

V 事業の現況

本章では、2022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69回～第72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)。

2 世界患者安全の日への取り組み

毎年9月17日は、WHO（世界保健機関）により世界患者安全の日（World Patient Safety Day）と制定されている。世界患者安全の日は、患者安全を促進すべくWHO加盟国による世界的な連携と行動に向けた活動をすることを目的としており、2022年度のテーマはMedication Safety、スローガンはMedication without harmである。国内や海外で世界患者安全の日の普及啓発活動が推進されており、シンボルカラーのオレンジ色のライトアップなどの取り組みが行われている。本事業では、2022年9月に医療安全情報No.190の背景カラーを通常の青色からオレンジ色に変更して提供した。

図表V-1 本事業の医療安全情報

No.189（2022年8月提供）



No.190（2022年9月提供）



3 医療事故情報収集等事業の成果の活用

1) 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、製薬企業からも、本事業や薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業で公表している事例をもとに販売名の類似について注意喚起がなされている。

2) 医薬品の適正使用のための製薬企業の対応

本事業では、医療安全情報No.158「徐放性製剤の粉碎投与」（2020年1月提供）で、徐放性製剤を誤って粉碎して投与したことにより体内に有効成分が急速に吸収され、患者に影響があった事例について注意喚起を行った。また製薬企業からも、本事業や薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業で公表している事例をもとに徐放性製剤の粉碎について注意喚起がなされている。

2022年に公表した報告書で紹介した各製薬企業からの注意喚起について図表V-2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-2 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71回	マイスリー®とマイスタン®との 販売名類似による取り違い注意のお願い	2022年7月	アステラス製薬株式会社 大日本住友製薬株式会社
第72回	アダラート® CR錠10mg、20mg、40mgは徐放性製剤です ～分割、粉碎、かみ砕いての服用はできません～	2022年9月	バイエル薬品株式会社

4 2021年年報英語版および医療安全情報No.180～191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。2023年3月に、2021年 年 報 の 英 語 版「Project to Collect Medical Near-miss/Adverse Event Information 2021 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。2023年3月には、医療安全情報 No.180～191の英語版を公表した（図表V-3）。本事業のホームページのEnglishページに掲載しているので、活用いただければ幸いである。

図表V-3 2023年3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.180	メイロン静注250mL製剤の誤った処方	Incorrect Prescription of Meylon Injection 250mL Preparation
No.181	腹腔鏡下手術時の切除した臓器・組織の遺残	Resected Organ/Tissue Remaining after Performing Laparoscopic Surgery
No.182	セレネース注とサイレース静注の取り違い	Drug Mix-up between Serenace Injection and Silece
No.183	製剤量と成分量の間違い（第2報）	Confusion between Product Volume and Active Ingredient Dosage（1st Follow-up Report）
No.184	2021年に提供した医療安全情報	Medical Safety Information Released in 2021
No.185	使用済み内視鏡の別の患者への使用	Use of a Used Endoscope on Another Patient
No.186	抗がん剤投与前の血液検査値の未確認	Failure to Check Blood Test Results before Administering Anticancer Drugs
No.187	2021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 2021
No.188	下肢閉塞性動脈硬化症の患者の弾性ストッキングの着用	Fitting of Elastic Stockings to Patients with Arteriosclerosis Obliterans of the Lower Limbs
No.189	温めたタオルによる熱傷	Burn Caused by a Hot Towel
No.190	膀胱留置カテーテルの接続口の選択間違い	Selection of Wrong Connection for Indwelling Bladder Catheter
No.191	容器の取り違いによる高濃度のアドレナリンの局所注射	Local Injection of High-Concentration Adrenaline Due to Container Mix-Up

5 研修会の開催

本事業では、参加医療機関を対象に、本事業の現況を周知するとともに、質の高い報告を促進するために、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。2022年度は、第1回研修会として2023年2月18日（土）に「RCA研修会」、第2回研修会として2023年3月5日（日）に医療事故情報収集等事業と薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業合同開催で「医療機関と保険薬局の連携から考える医療安全への取り組み」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（72～74頁）、資料2（75～78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。2022年の報告書に掲載した国際会議を図表V-4に示した。2019年にG20議長国であるサウジアラビアが取りまとめたG20保健大臣宣言において示されたG20世界患者安全リーダーズグループに本財団が出席したこと、2021年1月に開催されたWHO執行理事会において、我が国の代表者がインシデントレポート報告・学習システムの有効性を評価していることや、WHOが2020年に公表した報告書であるPatient Safety Incident Reporting and Learning Systemの作成に我が国が貢献したと述べたこと、2021年11月にG7議長国である英国が開催したG7患者安全イベント：Patient Safety: from Vision to Realityにおいて、我が国の代表者が日本の取り組みとして、国レベルの報告と学習システムを創設して全ての施設が患者安全インシデントから学習することが可能になったと述べたことなども掲載している。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-4 2022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69回	No Fault Compensation for Neonatal Cerebral Palsy Online Workshop on Compensation Investigation Prevention of Cerebral Palsy Malaysia	2020年 10月20日～23日	マレーシア
	The 8th National Quality Control Circle Competition for Chinese Hospital & International Summit for Quality and Safety in Healthcare	2020年12月	中華人民共和国
	第148回WHO執行政理事会	2021年 1月18日～26日	スイス連邦
第70回	CAHO-ISQua International Webinar Series	2021年1月5日	インド共和国
	Australasian College of Health Service Management (Live Webcast)	2021年3月3日	オーストラリア連邦
	Italian Network on Safety in Healthcare : COVID-19 in nursing homes	2021年3月5日	イタリア共和国
	WHO Global Patient Safety Network Webinar Series	2021年3月5日	スイス連邦
第71回	21st HA National Forum,Hospital Accreditation Thailand	2021年3月11日	タイ王国
	27th Regional Congress of the Perinatal Society of Malaysia	2021年3月19日	マレーシア
	Smart Healthcare Technology and Patient Safety International Conference	2021年8月27日	台湾
	12th Open Conference of the Collaborative Latin American Forum on Quality and Safety in Healthcare	2021年10月22日	アルゼンチン共和国
	2021 Smart Healthcare & Patient Safety International Conference,Taichung Veterans Hospital	2021年10月24日	台湾
	2021 Taiwan Joint Conference in Healthcare : Asian Perspectives from Joint Commission Taiwan	2021年11月4日	台湾
第72回	CREST Association主催SIGNED IV	2021年11月11日	ルーマニア
	G7患者安全イベント : Patient Safety: from Vision to Reality	2021年11月22日	英国
	WHO Policy Makers Forum : Patient Safety Implementation	2022年 2月23日～24日	スイス連邦
	AACI Surveyors Program	2022年3月26日	アメリカ合衆国

資料

資料1 2022年度第1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：2023年2月18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 Cause 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 Cause 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	

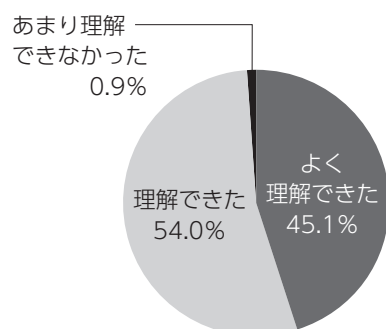
4) 参加者の職種及び人数

参加者職種	人数
医師	14
歯科医師	2
看護師	286
助産師	9
薬剤師	13
臨床工学技士	6
診療放射線技師	11
臨床検査技師	2
理学療法士	4
作業療法士	1
歯科衛生士	2
事務職	2
その他	6
合計	358

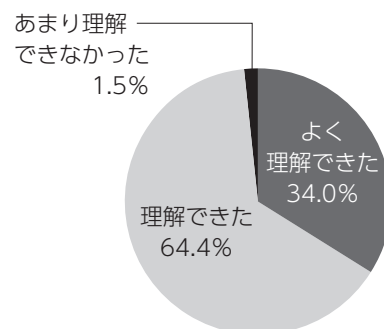
(2) アンケート結果

1) 回答者：326名（回答率91.1%）

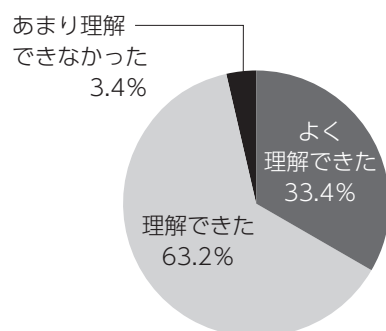
2) 講演1：「医療事故情報収集等事業の概要と報告の現状」の理解度



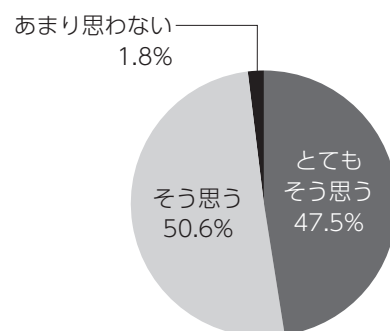
3) 講演2：「Root Cause Analysisの概要」の理解度



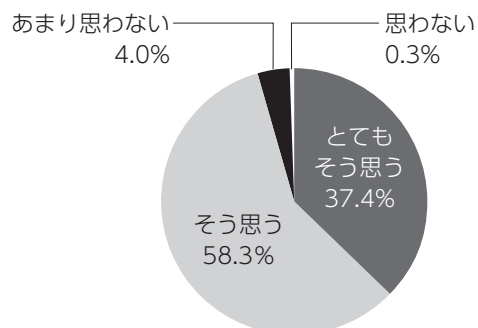
4) 講演3：「Root Cause Analysisによる事故分析の要点」の理解度



5) 演習を行ったことによってRCAの理解が深まったと思いますか。



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）

- ・RCA分析の講演・演習は、とても分かりやすく興味を持てる内容だった。学んだことを忘れないうちに当院の事例で分析してみたい。
- ・投票機能を使うことで、ただ講義を聴くだけではなく、自分で考えながら研修に参加でき、また自分の回答が正しいのか確認できた。
- ・Web研修でも、演習をこんなに楽しくできるのが発見だった。RCAのファシリテーションの方法もわかり、とても勉強になった。
- ・現地参加はなかなか難しいので、今回のようなZoomを使用した研修会は大変ありがたい。

資料2 2022年度第2回研修会 「医療機関と保険薬局の連携から考える 医療安全への取り組み」 開催概要及びアンケート結果

(1) 開催概要

本事業と薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の合同で研修会を開催した。

1) 日時：2023年3月5日（日）13：00～16：00

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
13：10～13：40	【講演1】 医療事故情報収集等事業と薬局ヒヤリ・ハット 事例収集・分析事業の現状と課題	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
13：40～14：20	【講演2】 医療安全に関する医療機関内や地域における 取り組み、医療機関から薬局に望むこと	北海道大学病院 副病院長・ 医療安全管理部部長・教授 南須原 康行 先生
14：25～15：05	【講演3】 病診薬連携と患者安全 ～価値ある情報共有を行うために～	京都大学医学部附属病院 薬剤部 教授・薬剤部長 寺田 智祐 先生
15：05～15：45	【講演4】 薬局ヒヤリ・ハット報告事例から見える薬業協 働・連携の課題～薬剤安全のために望まれる情 報共有・連携とは～	上原薬局 上原 健嗣 先生
15：45～15：55	質疑応答	
15：55～16：00	閉会	

4) 参加者の職種及び人数（合計544名）

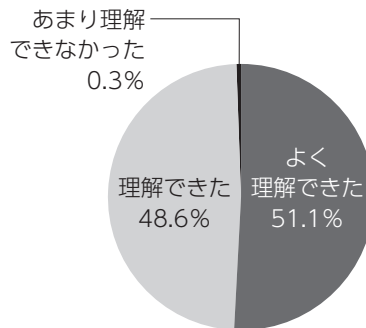
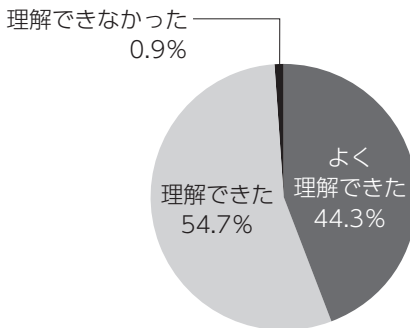
事業参加医療機関	
参加者職種	人数
医師	14
歯科医師	1
看護師	43
薬剤師	62
臨床工学技士	1
診療放射線技師	4
事務職	2
その他	1
合計	128

事業参加薬局	
参加者職種	人数
薬剤師	387
事務職	14
登録販売者	12
その他	3
合計	416

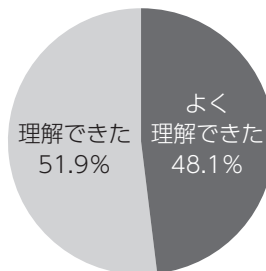
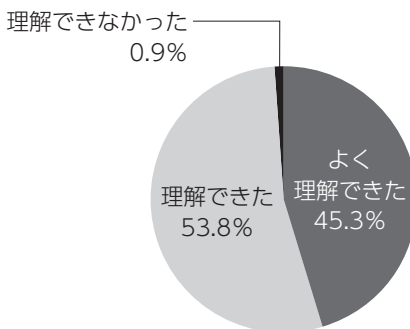
(2) アンケート結果

医療機関	薬局
参加者：128名 回答者：106名（回答率：82.8%）	参加者：416名 回答者：360名（回答率：86.5%）

1) 講演1「医療事故情報収集等事業と薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の現状と課題」の理解度

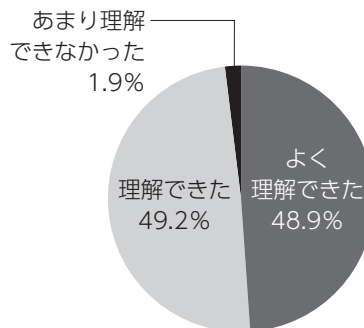
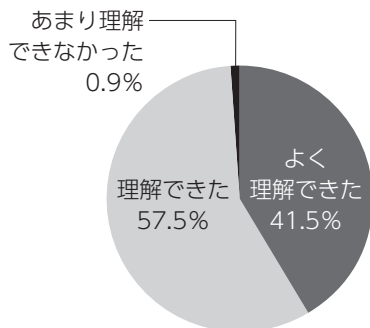


2) 講演2「医療安全に関する医療機関内や地域における取り組み、医療機関から薬局に望むこと」の理解度

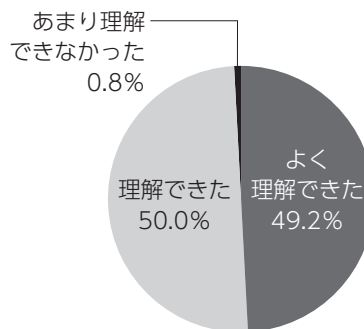
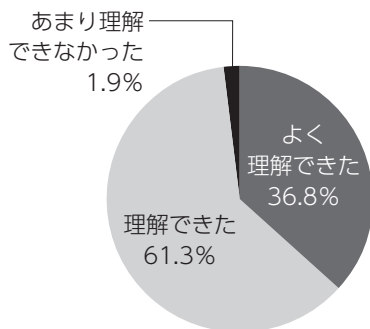


医療機関	薬局
------	----

3) 講演3「病診薬連携と患者安全～価値ある情報共有を行うために～」の理解度



4) 講演4「薬局ヒヤリ・ハット報告事例から見える薬業協働・連携の課題～薬剤安全のために望まれる情報共有・連携とは～」の理解度



5) ご意見（一部抜粋）

○医療機関

- ・異なる職種、組織の方が講師となり、様々な観点から実際の事例を交えて講義いただいたことはとても興味深く有益であった。
- ・病院の薬剤部として、講演していただいた機関の取り組みは取り入れていける可能性があると感じた。
- ・地域連携室で医療機関同士や薬局との連携を多く扱うため、情報確認や連携先の機能（背景）に留意することが重要と感じた。
- ・情報共有としてのインシデントレポートの共有は参考になり、当院でも検討したいと感じた。共有をどのような方法で行うか部員への周知方法を検討すべきと感じた。
- ・薬局・病院間のプロトコルなど業務を簡略化できる方法を今後を活用していきたい。
- ・疑義照会内容の職場内での共有について、活用できると感じた。
- ・報告内容を具体的に記載することは、院内のレポート記載時にも同じことが言えるので周知できると感じた。
- ・残薬調整の理由、それに対する薬局の対応など、当院の悩みと同じ報告がされており、解決しなければならない課題だと再認識した。

○薬局

- ・薬局勤務であるため、医師の立場からの意見が聞けるのはすごく良かった。
- ・病薬連携の必要性を感じており、プロセスが明確になった。
- ・業務中に医療機関との情報共有や協働を意識することにつながった。具体的報告事例が今後の参考となった。
- ・2回チャレンジシステムは是非活用したい。
- ・実際の事例をたくさん挙げていただいた。疑義照会をどんどんしてくださいとの言葉を聞き、気になったことを無視せずに取り組もうと思った。Mindsガイドラインライブラリはさっそく活用しようと思う。
- ・薬局薬剤師として見落としがちな事例などを把握することができた。薬局内でも情報を共有し、よりよい情報の提供や再発防止などに活用していきたいと思っている。
- ・ヒヤリ・ハット対策は、これで十分ということは無く、これからも事例で学んだり、研修会に参加して、医療安全に努めたいと思う。

資料3 医療事故防止事業 運営委員会

2022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
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	常務理事
原田 悦子	筑波大学 人間系心理学域	教授
細川 秀一	公益社団法人 日本医師会	常任理事
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4 医療事故情報収集等事業 総合評価部会

2022年12月31日現在

氏名	所属	役職
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部会	部会長
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
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 統括薬剤部・薬学部 病院薬剤学講座	統括薬剤部長・教授
中村 京太	公立大学法人 横浜市立大学附属市民総合医療センター 医療の質・安全管理部	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5 医療事故情報収集等事業 専門分析班

2022年12月31日現在

氏名	所属	役職
阿部 雅樹	テルモ株式会社 メディカルケアソリューションズカンパニー ホスピタルケアソリューション事業 アフターサービス部 湘南地区	
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
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）・医療安全管 理者
梅村 朋	名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部	病院講師
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 クオリティ・マネジメント本部	部長
久保 祐子	公益社団法人 日本看護協会 看護開発部	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 統括薬剤部・薬学部 病院薬剤学講座	統括薬剤部長・教授
田畑 雅央	東北大学病院 医療安全推進室	室長・特命教授
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
平山 智教	株式会社ジェイ・エム・エス ホスピタルビジネスユニット 本部	主幹
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
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
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
松村 由美	京都大学医学部附属病院 医療安全管理室	部長・教授
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6 医療事故情報収集等事業 報告項目検討班

2022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	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

2023年6月29日 発行

医療事故情報収集等事業
2022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

ISBN978-4-910861-34-0

c0847



9784910861340