

目次

はじめに	1
第12回報告書の公表にあたって	3
I 医療事故情報収集等事業の概要	5
1 医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例収集の経緯	5
2 医療事故情報収集・分析・提供事業の概要	7
【1】事業の目的	7
【2】医療事故情報の収集	7
【3】医療事故情報の分析・公表	8
【4】医療事故情報収集に関連した教育研修	9
3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の概要	10
【1】事業の目的	10
【2】ヒヤリ・ハット事例情報の収集	10
【3】ヒヤリ・ハット事例情報の分析・提供	12
【4】ヒヤリ・ハット事例収集に関連した教育研修	12
II 報告の現況	15
1 医療事故情報収集・分析・提供事業	15
【1】登録医療機関	15
【2】報告件数	17
【3】報告義務医療機関からの報告の内容	20
2 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業	44
【1】登録医療機関	44
【2】報告件数	45
【3】全般コード化情報	46
【4】記述情報	59

III 医療事故情報等分析作業の現況 61

1 概況	61
【1】分析対象とするテーマの選定状況	61
【2】分析対象とする情報	61
【3】分析体制	61
【4】事故事例に対する追加調査	62
2 個別のテーマの検討状況	63
【1】薬剤に関連した医療事故	63
【2】医療機器の使用に関連した医療事故	91
【3】小児患者の療養生活に関連した医療事故	105
【4】リハビリテーションに関連した医療事故	115
【5】ヒヤリ・ハット事例情報データベース	127

IV 共有すべき医療事故情報 141

【1】「共有すべき医療事故情報」	141
【2】再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」	143

参考 医療安全情報の提供..... 145

【1】事業の目的	145
【2】主な対象医療機関	145
【3】提供の方法	145
【4】医療安全情報	146
資料1 報告義務対象医療機関一覧	152
資料2 参加登録申請医療機関一覧	156
資料3 医療事故情報報告様式	161
資料4 「第4回医療事故の分析と報告に関する研修会」資料	170
資料5 ヒヤリ・ハット事例報告様式	188
資料6 ヒヤリ・ハット事例収集事業定点医療機関一覧	198
資料7 「ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業研修会」開催結果概要	202

はじめに

財団法人日本医療機能評価機構

理事長 坪井 栄孝

当機構では、国民の医療に対する信頼の確保及び医療の質の向上を図ることを目的として、当事業や病院機能評価事業など様々な取り組みを行っております。その中でも、医療安全の推進や医療事故防止の分野に関しては、医療機関のみならず国民の期待や関心が特に高まっているものと考えており、当機構の実施する事業において積極的に取り組んでいるところです。最近では、無過失補償の考え方を取り入れた産科医療補償制度を平成20年度中に開始するための準備作業も行っています。

その中で、当機構医療事故防止センターでは、平成16年度より医療事故防止と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ます。中立的第三者機関として、当機構では、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、行政機関等広く社会に対して、定期的な報告書や年報、そしてファックスによる月に1回程度情報提供を行っている医療安全情報として公表しており、その内容は当機構のホームページにおいて、どなたでもご覧いただけるような形で掲載しております。おかげさまで、医療事故情報の収集を開始し3年が経ちました。また、医療安全情報も毎月1回、計15回の提供を行うことができました。現在では、全国の病院の半数程度にファックスにより情報提供しております。医療安全の推進のため、平素より当事業において医療事故情報やヒヤリ・ハット事例等の情報提供をしていただき、ご協力いただいております医療機関の皆様や、関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

当事業における報告書の公表は、今回が12回目になります。これまでも報告書に対し医療事故の件数や内容に関するお問い合わせや報道など多くの反響があり、医療安全の推進や医療事故防止に関する社会的関心が依然として高いことを実感しております。今後とも皆様にとって有用な情報提供となるよう報告書の内容の一層の充実に努めてまいりたいと思っておりますので、ご指導、ご鞭撻の程お願い申し上げます。

さらに当機構としては、病院機能評価事業などの様々な事業を通じて国民の医療に対する信頼の確保と医療の質の向上に尽力してまいりたいと考えておりますので、今後ともご理解とご協力を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

第12回報告書の公表にあたって

財団法人日本医療機能評価機構
医療事故防止センター長 野本 亀久雄

当センターでは、平成16年10月より医療事故の発生防止及び再発の予防を目的として医療事故情報収集等事業を開始しました。

医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の収集、分析は、日々進歩する医療における安全文化の醸成のために行うものです。そのために、多くの情報を幅広く収集することを基盤として、それらの情報を医療安全の推進のために活用することが重要です。安全文化の醸成の観点からは、報告件数が増えることをもって、医療事故やヒヤリ・ハット事例の発生が増えた、つまり、医療機関における安全性が低くなったと捉えることは、必ずしも当を得ていないものと考えます。当事業に参加することは、医療安全に取り組む積極的な姿勢を示すことにつながるとのご意見もいただいております。

医療機関からご報告いただくことが、当事業の基盤であることから、当センターでは情報の取り扱いに十分配慮するなど、医療機関の皆様が報告しやすい環境の整備に努めております。当事業にご参加いただき、医療事故情報やヒヤリ・ハット事例をご報告していただいている医療機関の皆様には、心より感謝申し上げます。今後とも、本報告書をお読みいただく皆様へ、我が国の医療事故やヒヤリ・ハット事例に関する一層適切な情報提供を行っていくために、該当事例が発生した場合は事業要綱等に則して適切にご報告いただくようお願い致します。

今回は平成19年10月～12月までにご報告頂いた医療事故情報と、平成19年7月～9月に発生したヒヤリ・ハット事例のご報告を取りまとめた第12回報告書を公表致します。**個別テーマは、「薬剤に関連した医療事故」、「医療機器に関連した医療事故」、「小児患者の療養生活に関連した医療事故」に加え新たに「リハビリテーションに関連した医療事故」を取り上げました。**

また、3カ月間に収集した事例を中心に、特に重要と考えられる事例を「共有すべき医療事故情報」に掲載しております。

さらに、平成18年12月より、医療安全情報を作成し、当事業に参加している医療機関を始めとする医療機関に対し、ファックス等により情報提供するとともに、当機構のホームページにも掲載しておりますが、2月現在、4200を超える医療機関に提供させていただいております。

本報告書の内容を医療機関において、管理者、医療安全の担当者、医薬品の安全使用のための責任者、医療機器の安全使用のための責任者及びその他の職員の皆様の間で情報共有していただくことにより、病院内における医療安全推進にお役立て頂ければ大変幸いに存じます。今回の報告書には、当事業において行った研修会の資料や医療事故の分析例も掲載しておりますのでご活用下さい。

今後とも当事業報告書がわが国の医療事故防止、医療安全の推進に資するよう、報告書の内容の充実と一層有効な情報提供に取り組んでまいりますので、皆様のご理解とご協力を心よりお願い申し上げます。

IV 共有すべき医療事故情報

【1】「共有すべき医療事故情報」

平成19年10月1日から同年12月31日までに報告された事故事例を分析班等において個別に検討する中で、広く共有すべきであると考えられた事例の概要等を図表IV-1に示す。内容・調査に時間を要する事例があることから、前回の報告書（第11回報告書）において対象とした事例を含め、事例を選択した。

図表IV-1 共有すべき医療事故情報

概要	内容
薬剤	<p>薬剤の注入経路を誤って投与した事例が報告された。</p> <p>1) ハイカリック1号をIVHルートに接続すべきところ、静脈末梢ルートに接続した（事例概要については本報告書67頁 図表Ⅲ-1、16番参照）。</p> <p>2) 経腸注入する内服薬を静脈内に誤って注入した。（事例概要詳細については本報告書67頁 図表Ⅲ-1、15番参照）</p> <p>3) 皮下持続注入予定のところ誤ってCVカテーテルラインの側管へ接続した。（事例概要詳細については本報告書67頁 図表Ⅲ-1、17番参照）</p>
薬剤	<p>薬瓶の表示を誤認して過量投与した事例が報告された。</p> <p>薬瓶のラベルの冒頭の表示で一瓶の総量が100mgだと思い、実際には5倍量投与した。（事例概要詳細については本報告書66頁 図表Ⅲ-1、11番参照）</p>
その他	<p>患者が疑問を投げかけたが、修正されずに実施された事例が報告された。</p> <p>患者は、点滴ボトルに書かれた薬の名前とプロトコールに書かれた薬の名前が違うことを疑問に思い質問をしたが、看護師は商品名と一般名の違いだと思い確認をしなかった。（事例概要詳細については本報告書67頁 図表Ⅲ-1、18番参照）</p>
薬剤	<p>薬剤のアレルギーの情報伝達に関連した事例が報告された。</p> <p>1) 検査伝票にはアレルギーなしへ印がつけられていたが、カルテのアナムネ用紙には、イオパミロン禁止の記載があった。（事例概要詳細については本報告書68頁 図表Ⅲ-1、24番参照）</p> <p>2) 患者は、前医からの紹介状にはアスピリン喘息の疑いが指摘されていたが情報が伝わらずロピオン注50mgを静脈内投与し、呼吸困難が出現した。（事例概要詳細については本報告書68頁 図表Ⅲ-1、25番参照）</p>
医療機器	<p>人工呼吸器の回路の誤接続に関連した事例が報告された。</p> <p>人工呼吸器の呼気弁ボディにフローセンサーを接続をするところ、フローセンサーと呼吸回路を誤って接続した。（事例概要詳細については本報告書92頁 図表Ⅲ-7、2番参照）</p>

概要	内容
医療機器	<p>人工呼吸器の回路の管理に関連した事例が報告された。</p> <p>患者に装着していた人工呼吸器（サーボ 900E）のウオータートラップの水の処理をした。その後、ウオータートラップ接続が片側において十分しまっていない状態であったことがわかった。</p> <p>（事例概要詳細については本報告書 92 頁 図表Ⅲ - 7、4 番参照）</p>

【2】再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」

過去に公表した報告書において共有すべき医療事故情報として掲載し、再び報告のあった事例の概要を図表Ⅳ - 2 に示す。

図表Ⅳ - 2 「共有すべき医療事故情報」(再掲分)

概要	内容
薬剤	<p>類似した外観の薬剤取り違えの事例が報告された。 (第9回報告書 169 頁、第10回報告書 142 頁、第11回報告書 131 頁)</p> <p>手術の際、エフェドリンを準備するところをボスミンと、薬剤を取り違えた。エフェドリンとボスミンのアンプルの外観がよく似ていた。 (事例概要については本報告書 65 頁 図表Ⅲ - 1、1 番参照)</p>
薬剤	<p>インスリンに関する事例が報告された。 (第4回報告書 129 頁、第6回報告書 137 頁 第10回報告書 142 頁、第11回報告書 131 頁)</p> <p>看護師 A は、「インスリン 1 単位は 0.1 mL (実際の 10 倍量)」と理解していた。 (事例概要については本報告書 66 頁 図表Ⅲ - 1、10 番参照)</p>
薬剤	<p>オーダ入力する際、端末操作の誤りによる薬剤の指示間違いの事例が報告された。 (第10回報告書 141 頁)</p> <p>フラグミン投与を指示する際に、7.5 U/kg/日を 75.0 U/kg/日と処方した。 (事例概要については本報告書 66 頁 図表Ⅲ - 1、9 番参照)</p>
薬剤	<p>ワーファリン服用中の患者の出血に関する事例が報告された。 (第6回報告書 137 項)</p> <p>生検直前に他医療機関にてワーファリンが増量され、易出血状態にあったことに気付かなかった。また、術前にワーファリンの内服は把握していたが、患者のワーファリンの内服量を十分把握していなかった。 (事例概要については本報告書 69 頁 図表Ⅲ - 1 33 番参照)</p>
左右間違い	<p>手術部位の左右間違いが 2 件報告された。 (第8回報告書 137 頁、第10回報告書 143 頁、第10回報告書 143 頁、第11回報告書 131 頁)</p> <p>1) 慢性硬膜外血腫にて手術室で本来右側にマーキングをすべきところ左側のマーキングを施行したため、開頭部位を間違えた。</p> <p>2) 手術の際、主治医は 3DCTA (3 次元血管撮影) の画像に表示された左右表示をもとに左側を開頭した。開頭後、別の医師が手術側ではない左を開頭されていることに気付いた。3DCTA の画像の画像表示は、システムのバージョンアップ作業のため約 1 ヶ月間、代替機を使用して処理されていた。この 1 ヶ月間に処理された画像データに仕様外の情報が 1 箇所表示された。その表示は、画像の回転と同期しない左右表示であったため、主治医は画像の左右を見誤った。</p>

概 要	内 容
療養上の世話	<p>療養上の世話における熱傷が3件報告された。 (第5回報告書 113 頁、第8回報告書 138 頁、第9回報告書 170 頁、第10回報告書 143 頁、第11回報告書 132 頁)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 患者はシャワー浴で麻痺側の左手を、支えになりそうな混合栓の上ののせて入浴していた。麻痺があったため混合栓を熱いとも感じなかった。シャワー浴後、左手に水泡、表皮剥離に気付いた。 2) 看護師は素手で指を1、2秒入れて湯の温度を確認したが熱いという印象はなく、施行中は手袋を使用した。洗浄後臀部の皮膚が茶色に剥がれており、2度の熱傷と診断された。(事例概要については本報告書106頁 図表Ⅲ-121番参照) 3) 下半身麻痺の患者に保温の為、湯たんぽを準夜帯で使用した。湯たんぽ(ゴム製)は患者の足先から離していたが、次の日の昼にシーツに血液付着があることに気付いた。左第3～5指からの出血、皮膚剥離があった。湯たんぽは作成時90度弱の湯を使用して作成した。