

図3-12. 発生場面・詳細(ドレーン・チューブ)

	平成15年	平成14年
中心静脈ライン	1271	1014
末梢静脈ライン	1680	997
動脈ライン	220	129
気管チューブ	419	356
気管カニューレ	295	174
栄養チューブ(NG・ED)	1512	876
尿道カテーテル	324	243
胸腔ドレーン	145	110
腹腔ドレーン	79	54
脳室・脳槽ドレーン	105	64
皮下持続吸引ドレーン	65	35
硬膜外カテーテル	156	103
血液浄化用カテーテル・回路	69	55
三方活栓	107	104
その他	708	349
合計	7155	4663

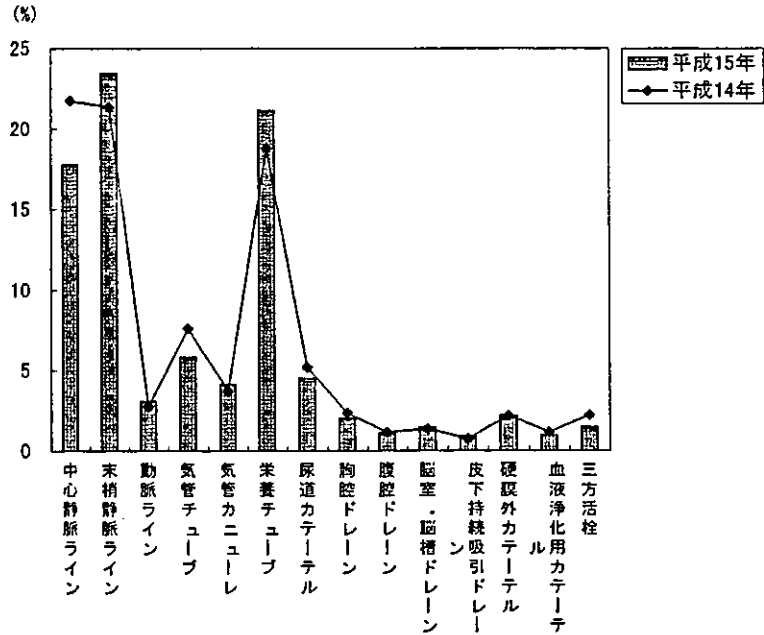


図3-13. 発生内容・詳細(ドレーン・チューブ)

発生内容	平成15年	平成14年
指示出し・指示受け・情報伝達忘れ	2	2
診察、手術、麻酔、出産、その他の治療、処方・与薬	3	5
調剤・製剤管理等	26	6
医療用具(機器)の使用・管理	7	
点滴漏れ	8	
自己抜去	133	83
自然抜去	3430	2260
接続はずれ	819	568
未接続	753	553
閉塞	34	15
破損・切断	357	238
接続間違	302	227
三方活栓操作間違	91	62
ルートクランプエラー	117	94
空気混入	178	99
ドレーン・チューブ類のその他のエラー	36	19
療養上の世話・療養生活の場面	837	401
給食・栄養	5	2
その他	8	1
合計	9	28
	7155	4663

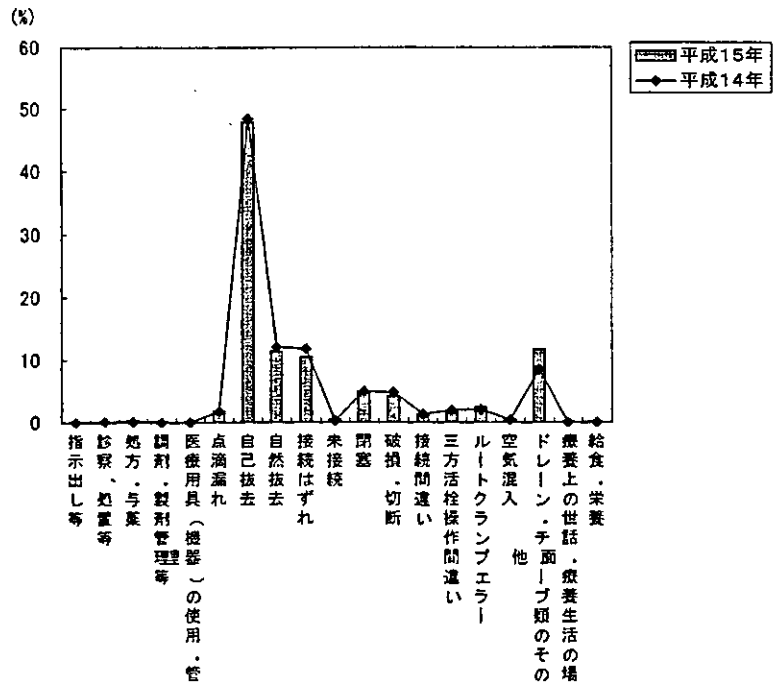


図3-14. 発生要因(ドレーン・チューブ)

発生内容	平成15年	平成14年
確認	2866	1757
観察	3953	2200
判断	1421	914
知識	306	168
技術	386	218
報告等	76	28
身体的条件	108	74
心理的条件	774	414
システム	38	31
連携	401	314
記録等の記載	14	3
患者の意見	2	0
勤務状況	1314	960
環境	62	45
医療機器・器具・医療材料	154	129
薬剤	10	11
諸物品	47	53
施設・設備	5	5
教育・訓練	170	155
患者・家族への説明	731	542
その他	190	130
合計	13028	13028

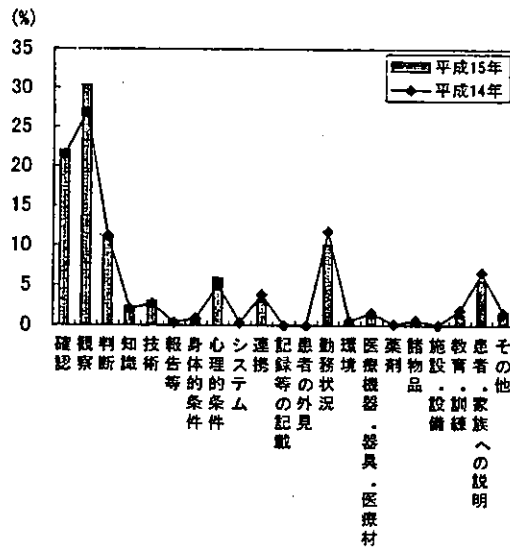


表3-1. 発生要因・詳細

要因	内容	平成15年
確認	確認が不十分であった	2866
観察	観察が不十分であった	3953
判断	判断に誤りがあった	1421
勤務状況	多忙であった	604
	勤務の管理に不備	9
	作業が中断した	23
	当直だった	1
	当直明けだった	1
	夜勤だった	633
	夜勤明けだった	43
心理的条件	慌てていた	281
	イライラしていた	28
	緊張していた	46
	他の事に気をとられていた	197
	思い込んでいた	174
	無意識だった	70

図3-15. 影響度(ドレーン・チューブ)

	平成15年	平成14年
患者への影響は小さい(処置不要)	526	466
患者への影響は中等度(処置必要)	404	288
患者への影響は大きい(生命に影響しうる)	70	48
間違いが実施されたが患者に影響なし	5708	3422
不明	42	3
その他	405	436
合計	7155	4663

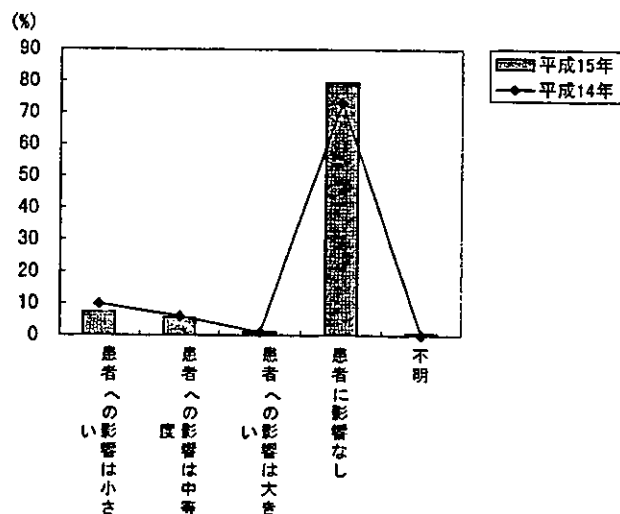


表3-2. 発生場面×発生内容(ドレーン・チューブ)

	点滴漏れ	自己抜去	自然抜去	接続はずれ	未接続	閉塞	破損・切断	接続間違い	三方活栓操作間違い	ルートクランプエラー	空気混入	ドレーン・チューブ類のその他のエラー	内容の間違い	量の間違い	その他の給食・栄養のエラー	その他	合計
中心静脈ライン	21	460	116	172	5	139	100	25	33	27	10	139				4	1251
末梢静脈ライン	97	804	108	300	11	50	48	21	17	21	10	171				2	1660
動脈ライン	2	89	46	23	1	16	10	3	1	1		28					220
気管チューブ		238	87	12	2	5	6	2		1		66					419
気管カニューレ		122	89	5	2	8	8	5				53				1	293
栄養チューブ(NG・ED)	1	1098	184	37	8	45	20	10	14	14	1	70	1	1	5		1509
尿道カテーテル		191	26	12	3	17	17	3		9		46					324
胸腔ドレーン		28	19	23		7	8	3	1	9		46					144
腹腔ドレーン		23	21	6		4	5	2	1	1		16					79
脳室・脳槽ドレーン		17	8	3	1	5	4	1	1	32		33					105
皮下持続吸引ドレーン		6	7	18		8	2			10		14					65
硬膜外カテーテル		32	35	35		9	18	1	4	9		13					156
血液浄化用カテーテル・回路		11	3	12		5	4	2		7	12	13					69
三方活栓	8	4	1	25		12	8	2	40	2	1	2				1	106
その他のドレーン・チューブ類の使用・管	4	307	69	70	1	27	44	11	5	35	2	127				2	704
合計	133	3430	819	753	34	357	302	91	117	178	36	837	1	1	6	9	7104

表3-3. 発生内容×影響度(ドレーン・チューブ)

	患者への影響は小さい (処置不要)	患者への影響は中等度 (処置必要)	患者への影響は大きい (生命に影響しうる)	間違いが実施されたが 患者に影響なし	不明	その他	合計
点滴漏れ	5	11		105		12	133
自己抜去	265	149	21	2761	22	192	3430
自然抜去	69	43	10	638	1	58	819
接続はずれ	47	48	7	615		5	753
未接続		1		29		4	34
閉塞	6	26	3	306	3	13	357
破損・切断	16	20	5	235	4	22	302
接続間違い	8	3	2	69	2	7	91
三方活栓操作間違い	12	2		95	2	6	117
ルートクランプエラー	10	9	1	148		10	178
空気混入	5	6	3	21		1	36
ドレーン・チューブ類のその他のエラー	57	79	16	633	3	49	837
合計	520	397	68	5655	42	405	7087

ヒヤリ・ハット事例収集 平成15年集計

全般コード化情報 医療機器の使用・管理 (単純集計・クロス集計)

図4-1. 発生月(医療機器)

発生月	平成15年	平成14年
1月	102	84
2月	98	92
3月	112	63
4月	120	93
5月	129	110
6月	160	115
7月	166	101
8月	136	75
9月	143	75
10月	152	98
11月	168	87
12月	127	72
不明	7	5
合計	1620	1070

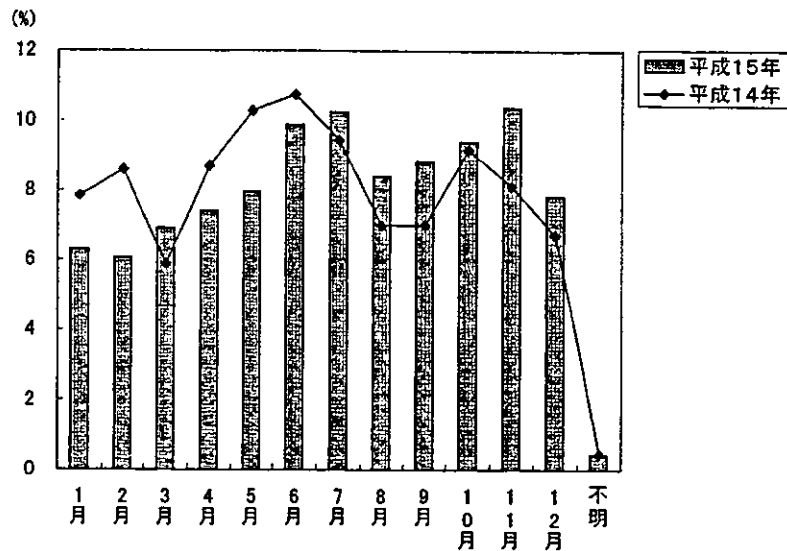
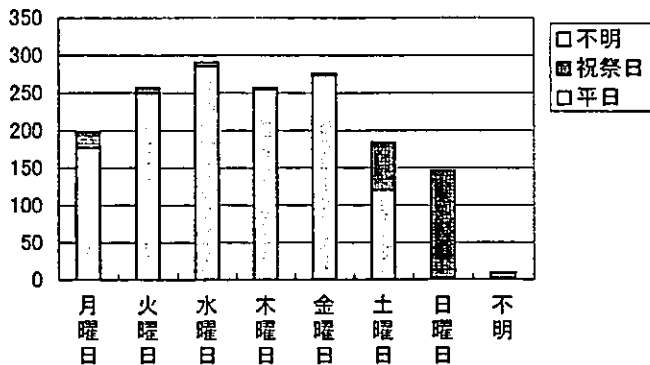


図4-2. 発生曜日(医療機器)

	平日	祝祭日	不明	合計
月曜日	178	21		199
火曜日	250	7		257
水曜日	296	5		291
木曜日	256	1		257
金曜日	274	2		276
土曜日	121	64		185
日曜日	3	143		146
不明	1	1	7	9
合計	1369	244	7	1620



	平成15年	平成14年
月曜日	199	158
火曜日	257	148
水曜日	291	193
木曜日	257	170
金曜日	276	169
土曜日	185	115
日曜日	146	110
不明	9	7
合計	1620	1070

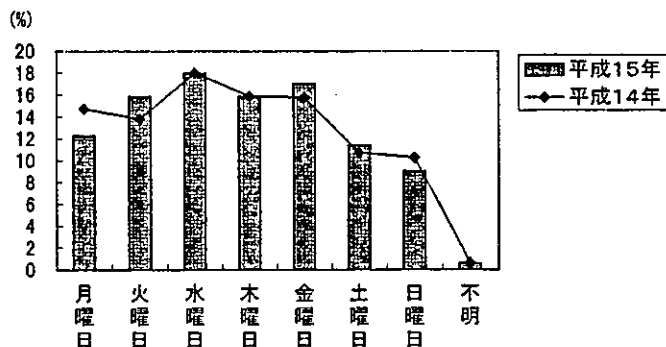


図4-3. 発生時間帯(医療機器)

	平成15年	平成14年
0~1時台	121	53
2~3時台	60	52
4~5時台	50	38
6~7時台	55	53
8~9時台	170	119
10~11時台	258	157
12~13時台	170	93
14~15時台	187	142
16~17時台	178	137
18~19時台	121	69
20~21時台	91	58
22~23時台	84	59
不明	75	40
合計	1620	1070

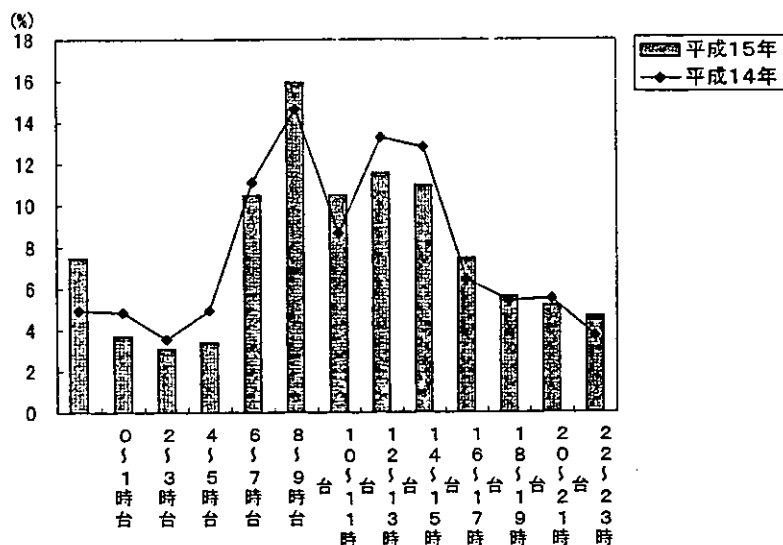


図4-4. 発生場所(医療機器)

発生場所	平成15年	平成14年
外来診療室	16	4
外来待合室	1	1
外来その他の場所	18	7
救急処置室	3	3
ナースステーション	36	19
病室	922	650
処置室	15	12
浴室	6	2
その他病棟内	20	12
手術室	105	79
分娩室	3	2
ICU	167	85
CCU	22	35
NICU	66	32
その他の集中治療室	21	19
検査室	20	8
機能訓練室		3
IVR治療室	1	1
放射線撮影室・検査室	23	19
核医学検査室	1	
放射線治療室	3	2
透析室	110	50
薬局・輸血部	1	2
トイレ	1	3
廊下	3	6
不明	1	1
その他の場所(院内)	27	9
その他の場所(院外)	8	4
合計	1620	1070

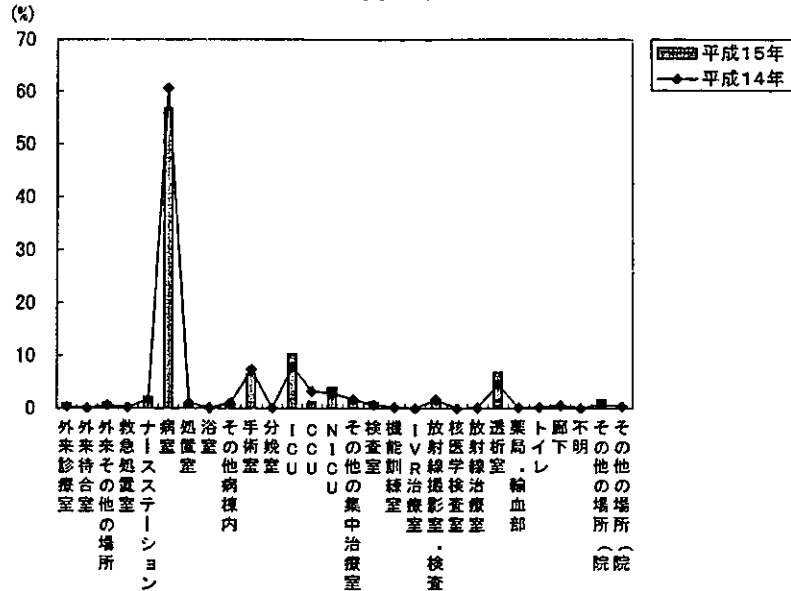


図4-5. 患者の性別(医療機器)

	平成15年	平成14年
男性	777	526
女性	562	378
患者複数	8	2
不明	273	164
合計	1620	1070

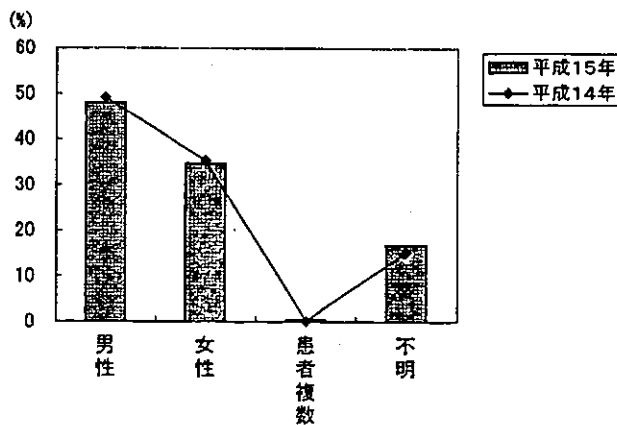


図4-6. 患者の年齢(医療機器)

年齢	平成15年	平成14年
0~10歳	208	117
11~20歳	44	62
21~30歳	80	71
31~40歳	79	60
41~50歳	95	63
51~60歳	173	107
61~70歳	241	158
71~80歳	253	151
81~90歳	94	57
91~100歳	12	5
101~110歳	1	0
121~130歳	0	0
患者総数	7	0
不明	333	219
合計	1620	1070

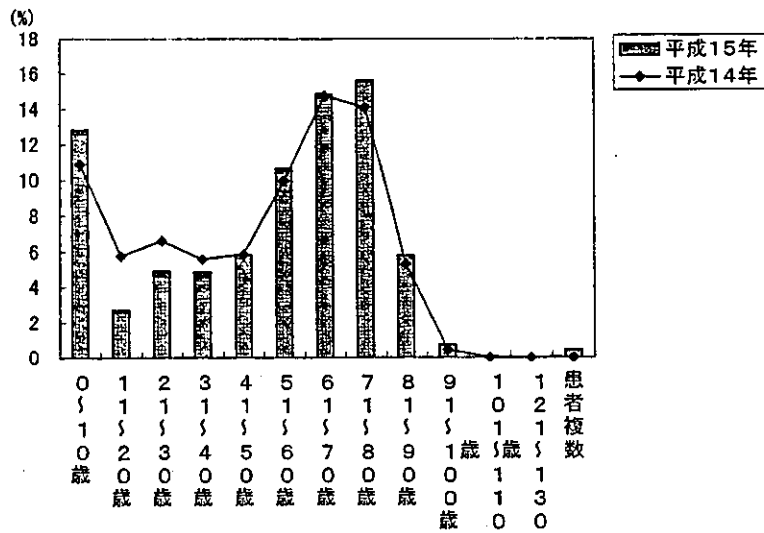


図4-7. 患者の心身状態(医療機器)

患者の心身状態	平成15年	平成14年
意識障害	202	140
視覚障害	35	17
聴覚障害	31	11
構音障害	54	45
精神障害	28	17
痴呆・健忘	29	26
上肢障害	170	141
下肢障害	202	153
歩行障害	221	159
床上安静	488	325
睡眠中	54	35
せん妄状態	23	21
薬剤の影響下	108	83
麻酔中・麻酔前後	123	73
障害なし	327	225
不明	208	79
その他	169	146
合計	2472	1696

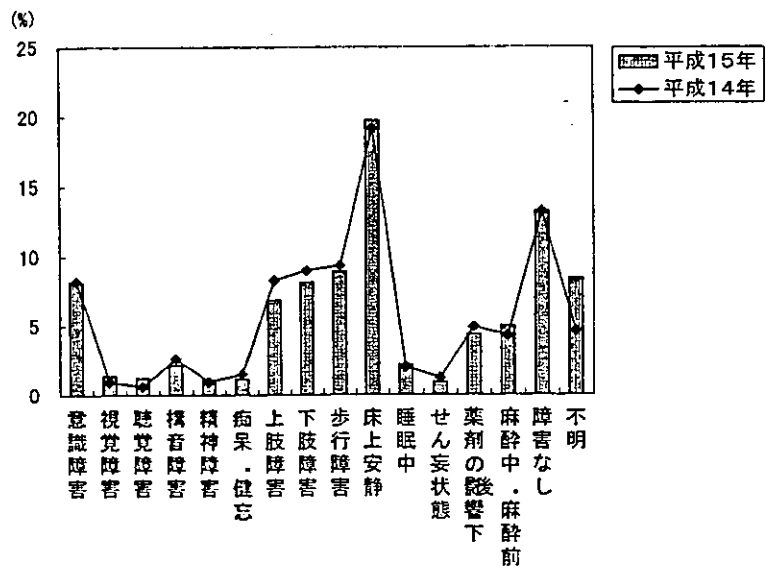


図4-8. 発見者(医療機器)

	平成15年	平成14年
当事者本人	665	459
同職種者	714	433
他職種者	126	107
患者本人	26	20
家族・付き添い	28	12
他患者	6	3
不明	5	
その他	50	36
合計	1620	1070

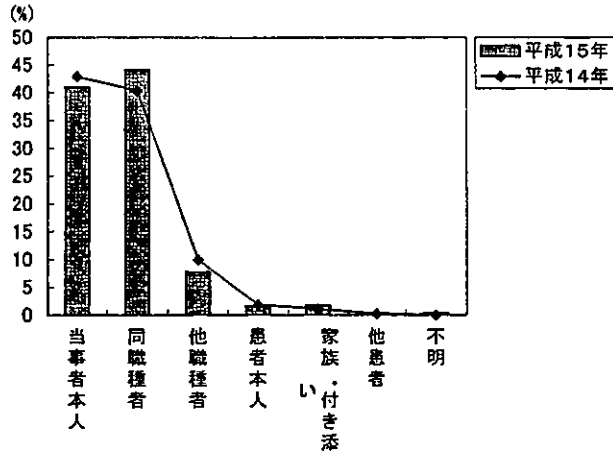


図4-9. 当事者の職種(医療機器)

(複数回答)

当事者の職種	平成15年	平成14年
医師	89	71
歯科医師	1	1
助産師	27	16
看護師	1356	901
准看護師	50	24
看護助手	9	8
薬剤師	1	0
管理栄養士	0	0
栄養士	0	0
調理師・調理従事者	0	0
診療放射線技師	13	9
臨床検査技師	6	4
衛生検査技師	0	0
理学療法士	1	1
作業療法士	0	0
言語聴覚士	0	0
歯科衛生士	1	0
歯科技工士	0	0
視能訓練士	0	0
精神保健福祉士	0	0
臨床心理士	0	0
社会福祉士	0	0
介護福祉士	0	0
臨床工学技師	42	40
児童指導員・保育士	1	1
事務職員	2	1
不明	23	9
その他	30	14
合計	1651	1100

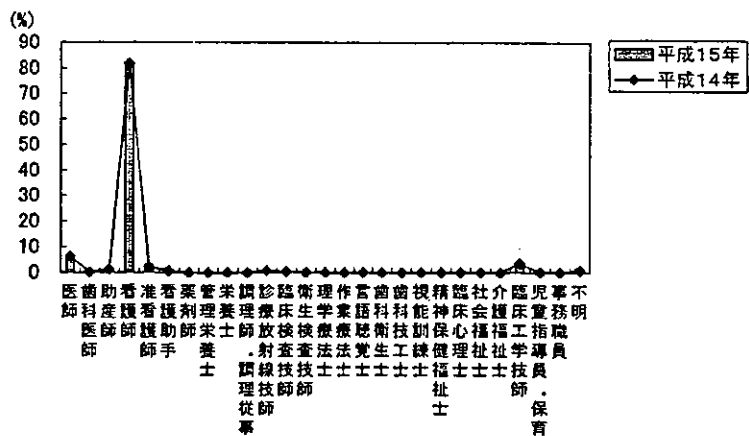


図4-10. 職種経験年数(医療機器)

職種経験年数	平成15年	平成14年
0年	288	201
1年	213	106
2年	103	75
3年	92	77
4年	98	64
5年	69	53
6年	52	43
7年	31	23
8年	58	28
9年	39	19
10年	41	36
11~20年	228	151
21~30年	111	79
30年超	17	13
当事者複数	49	32
年数不明	96	70
その他	35	0
合計	1620	1070

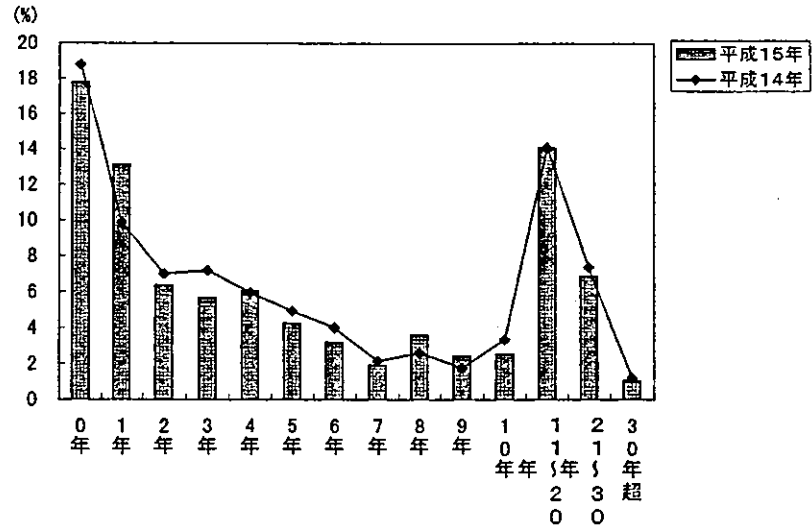


図4-11. 部署配属年数(医療機器)

当事者の部署配属年数	平成15年	平成14年
0年	496	351
1年	324	198
2年	190	126
3年	113	96
4年	78	63
5年	42	29
6年	33	25
7年	11	15
8年	15	12
9年	13	6
10年	7	12
11~20年	28	16
21~30年	6	3
30年超	2	1
当事者複数	48	32
年数不明	179	85
その他	35	0
合計	1620	1070

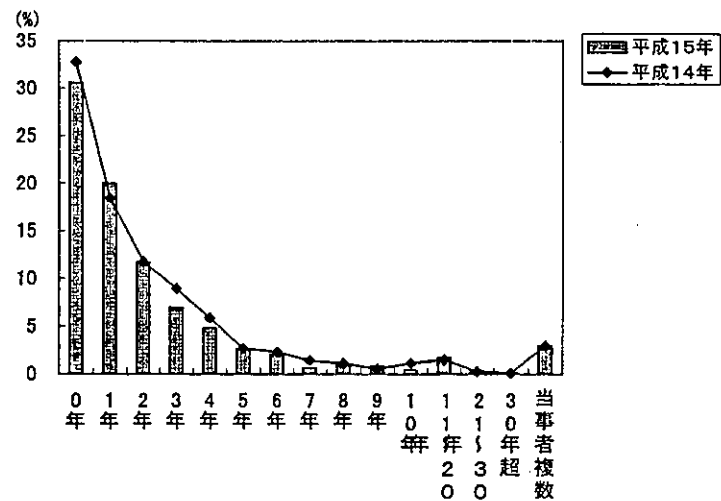
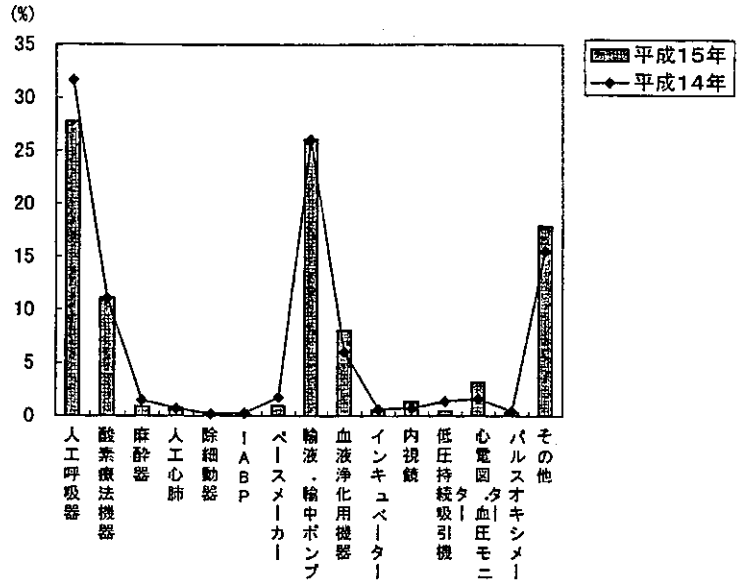


図4-12. 発生場面・詳細(医療機器)

	平成15年	平成14年
人工呼吸器	450	339
酸素療法機器	180	119
麻酔器	15	16
人工心臓	13	8
除細動器	3	2
IABP	2	3
ペースメーカー	16	19
輸液・輸注ポンプ	422	279
血液浄化用機器	131	65
インキュベーター	9	7
内視鏡	22	8
低圧持続吸引機	8	15
心電図・血圧モニター	52	18
パルスオキシメーター	6	5
その他の医療機器の使用・管理	291	167
合計	1620	1070



発生内容	平成15年	平成14年
指示出し・指示受け・情報伝達忘れ	1	1
その他の指示の不履行	1	
誤指示・情報伝達間違い	1	
未実施・忘れ	1	
方法(手技)の誤り	2	1
診察・治療・処置等のその他の取り違え	1	5
診察・治療等のその他のエラー	1	
過小与薬	2	
投与方法違い	1	
処方・与薬のその他のエラー	1	
投与速度速すぎ	3	3
投与速度遅すぎ	1	
その他の投与速度のエラー	1	1
組立	75	81
条件設定間違い	245	137
設定忘れ・電源入れ忘れ	225	147
機器の不適切使用	175	91
機器の誤作動	54	32
機器の故障	86	45
機器の修理ミス	1	1
機器の点検管理ミス	201	132
機器の破損	91	63
その他の使用・管理エラー	322	219
点滴漏れ	1	1
自己抜去	4	8
接続はずれ	2	8
未接続	2	
閉塞	1	
破損・切断	1	6
接続間違い	1	
三方活栓操作間違い	1	
ドレーン・チューブ類のその他のエラー	1	6
その他の療養上の世話・療養生活のエラー	2	2
検査機器・器具準備	1	
施設・設備の管理ミス	1	
その他の施設・設備のエラー	1	1
その他	109	79
合計	1620	1070

図4-13. 発生内容・詳細(医療機器)

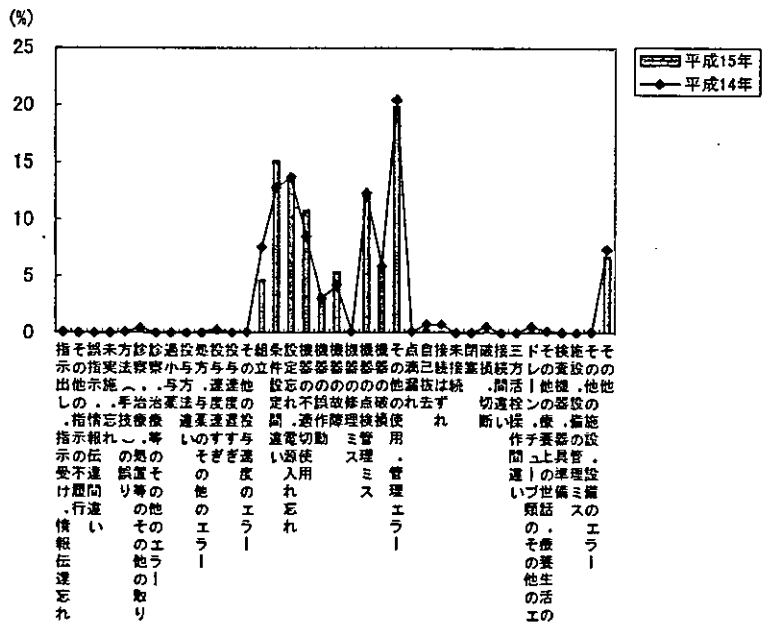


図4-14. 発生要因(医療機器)

発生内容	(複数回答)	
	平成15年	平成14年
確認	1122	758
観察	338	218
判断	139	110
知識	155	105
技術	113	59
報告等	36	23
身体的条件	29	21
心理的条件	292	200
システム	44	39
運携	134	125
記録等の記載	4	7
患者の外見	0	0
勤務状況	225	177
環境	14	14
医療機器・器具・医療材料	258	214
薬剤	3	3
諸物品	20	7
施設・設備	7	3
教育・訓練	107	103
患者・家族への説明	13	32
その他	39	12
合計	3092	2230

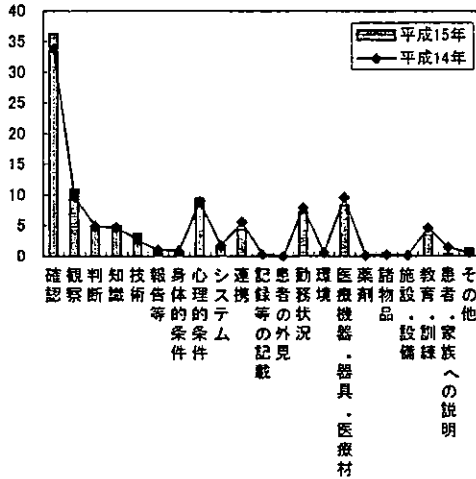


表4-1. 発生要因・詳細

要因	内容	平成15年
確認	確認が不十分であった	1122
観察	観察が不十分であった	338
判断	判断に誤りがあった	139
医療機器・器具・医療材料	(医療用具)欠陥品・不良品だった	15
	(医療用具)故障していた	45
	(医療用具)複数の規格が存在した	10
	(医療用具)扱いにくかった	9
	(医療用具)配置が悪かった	14
	(医療用具)数が不足していた	5
	(医療用具)管理が不十分だった	133
	機器誤作動	27
心理的条件	慌てていた	101
	イライラしていた	13
	緊張していた	17
	他の事に気をとられていた	50
	思い込んでいた	76
	無意識だった	35
勤務状況	多忙であった	115
	勤務の管理に不備	1
	作業が中断した	11
	当直だった	3
	当直明けだった	1
	夜勤だった	91
	夜勤明けだった	3

図4-15. 影響度(医療機器)

	平成15年	平成14年
患者への影響は小さい(処置不要)	210	136
患者への影響は中等度(処置必要)	98	58
患者への影響は大きい(生命に影響しう)	48	43
間違いが実施されたが患者に影響なし	1157	749
不明	22	2
その他	85	82
合計	1620	1070

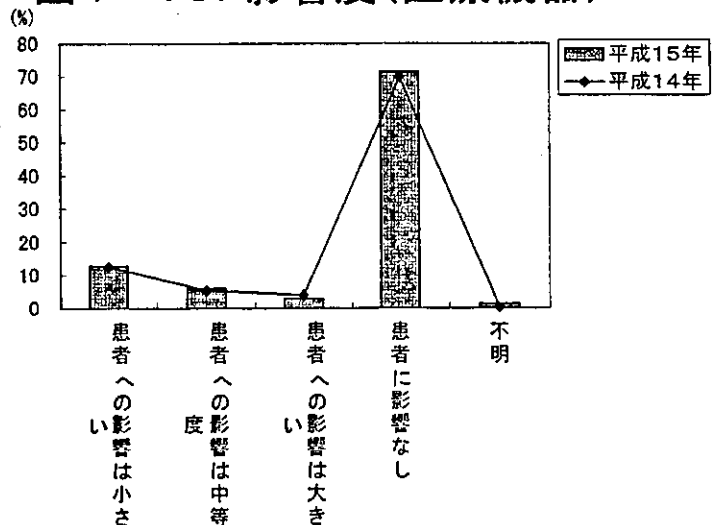


表4-2. 発生場面×発生内容(医療機器)

	組立	条件設定間違い	設定忘れ・電源入れ忘れ	その他	機器の不適切使用	機器の誤作動	機器の故障	機器の修理ミス	機器の破損	機器の点検管理ミス	その他の使用・管理エラー	合計
人工呼吸器	42	55	52	27	29	11	27	1	39	75	85	443
酸素療法機器	7	27	34	8	24	2	6		4	36	28	176
麻酔器	2	1		1		2	1		3	4	1	15
人工心肺	2	2		2	1	1	1			1	3	13
除細動器		1	1							1		3
IABP		1	1									2
ペースメーカー	1	1			2				2	3	5	14
輸液・輸注ポンプ	8	106	72	38	53	31	18		4	35	43	408
血液浄化用機器	4	28	19	10	13	2	6		2	8	35	127
インキュベーター		2	3	1	1					1	1	9
内視鏡	1		1	2	3				3	4	8	22
低圧持続吸引機		4	3								1	8
心電図・血圧モニター		7	12	2	14	3	3		2		8	51
パルスオキシメーター			2	1	1						2	6
その他の医療機器の使用・管理	8	10	25	12	34	2	24		32	33	102	282
合計	75	245	225	104	175	54	86	1	91	201	322	1579

表4-3. 発生内容×影響度(医療機器)

	患者への影響は小さい (処置不要)	患者への影響は中等度 (処置必要)	患者への影響は大きい (生命に影響しうる)	間違いが実施されたが 患者に影響なし	不明	その他	合計
組立	6	9	1	51	1	7	75
条件設定間違い	16	7	3	209	2	8	245
設定忘れ・電源入れ忘れ	11	16	3	186	2	7	225
その他	22	2		76		4	104
機器の不適切使用	18	14	7	120	5	11	175
機器の誤作動	4	5	4	37		4	54
機器の故障	11	4	8	51	4	8	86
機器の修理ミス		1					1
機器の破損	20	6	4	50	2	9	91
機器の点検管理ミス	27	9	11	142	4	8	201
その他の使用・管理エラー	71	21	7	204	1	18	322
合計	206	94	48	1126	21	84	1579

ヒヤリ・ハット事例収集 平成15年集計

全般コード化情報

輸血(単純集計・クロス集計)

図5-1. 発生月(輸血)

発生月	平成15年	平成14年
1月	29	32
2月	42	18
3月	26	21
4月	31	21
5月	20	41
6月	42	45
7月	43	33
8月	41	20
9月	33	22
10月	45	20
11月	34	25
12月	24	17
不明	2	1
合計	412	316

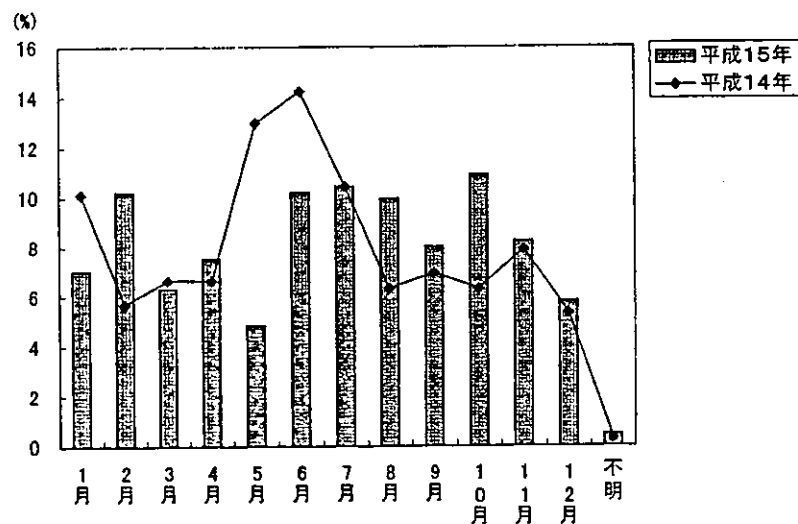
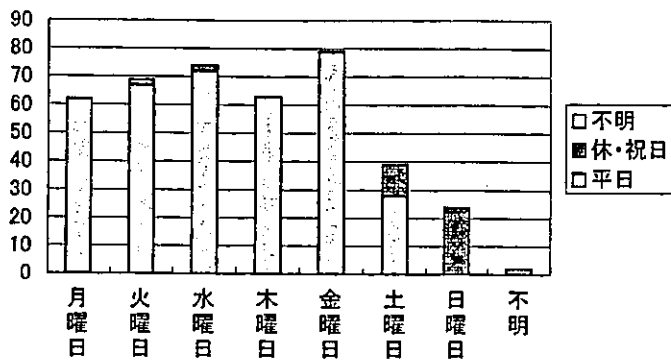


図5-2. 発生曜日(輸血)

	平日	休・祝日	不明	合計
月曜日	62			62
火曜日	67	2		69
水曜日	72	2		74
木曜日	63			63
金曜日	79			79
土曜日	28	11		39
日曜日		24		24
不明			2	2
合計	371	39	2	412



	平成15年	平成14年
月曜日	62	50
火曜日	69	68
水曜日	74	59
木曜日	63	45
金曜日	79	58
土曜日	39	22
日曜日	24	13
不明	2	1
合計	412	316

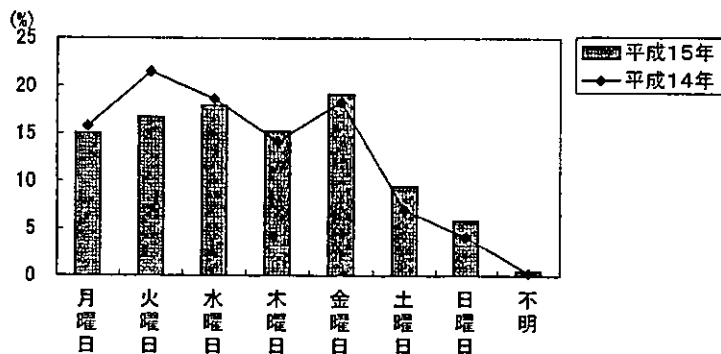


図5-3. 発生時間帯(輸血)

発生時間帯	平成15年	平成14年
0~1時台	13	7
2~3時台	6	6
4~5時台	8	3
6~7時台	11	17
8~9時台	46	31
10~11時台	54	51
12~13時台	40	33
14~15時台	69	33
16~17時台	57	57
18~19時台	38	19
20~21時台	26	23
22~23時台	23	11
不明	21	25
合計	412	316

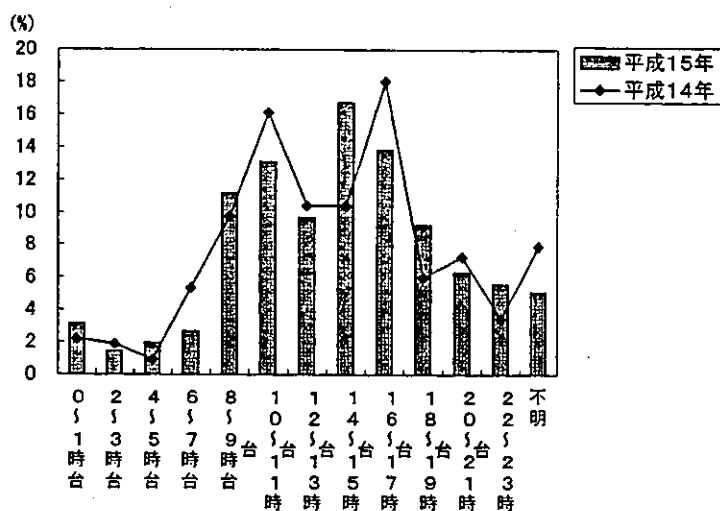


図5-4. 発生場所(輸血)

発生場所	平成15年	平成14年
外来診療室	3	5
外来待合室	1	0
外来その他の場所	2	3
救急処置室	3	1
ナースステーション	65	69
病室	122	79
処置室	27	22
その他病棟内	4	8
手術室	32	22
ICU	48	23
CCU	5	4
NICU	7	6
その他の集中治療室	10	2
検査室	18	14
放射線撮影室・検査室	2	1
透析室	4	2
薬局・輸血部	46	53
廊下	1	0
その他の場所(院内)	11	2
不明	1	0
合計	412	316

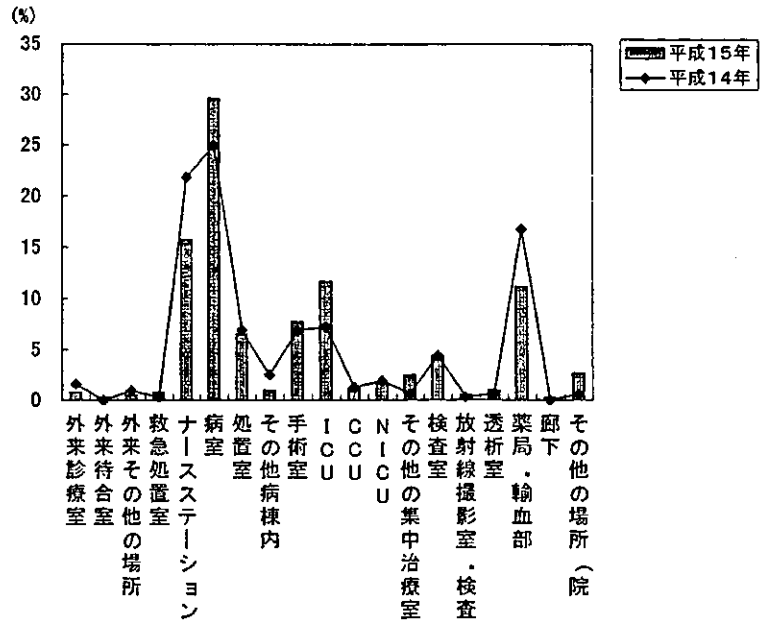


図5-5. 患者の性別(輸血)

	平成15年	平成14年
男性	214	158
女性	151	104
患者複数	1	0
不明	46	54
合計	412	316

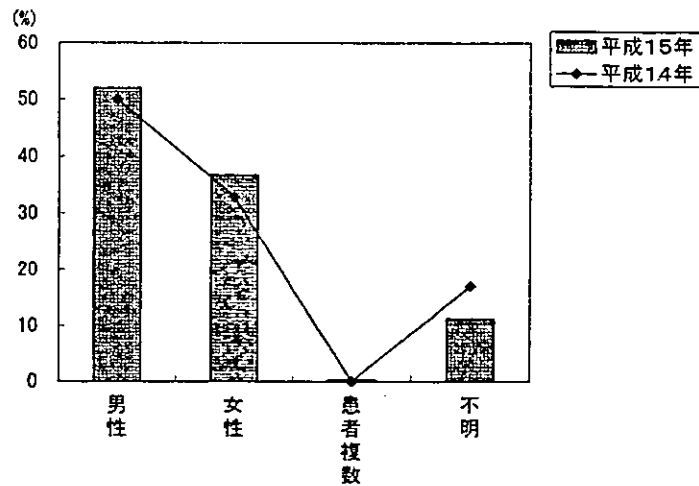


図5-6. 患者の年齢(輸血)

年齢	平成15年	平成14年
0~10歳	36	35
11~20歳	17	17
21~30歳	19	13
31~40歳	23	13
41~50歳	41	20
51~60歳	53	36
61~70歳	69	52
71~80歳	66	38
81~90歳	29	15
91~100歳	3	2
不明	56	75
合計	412	316

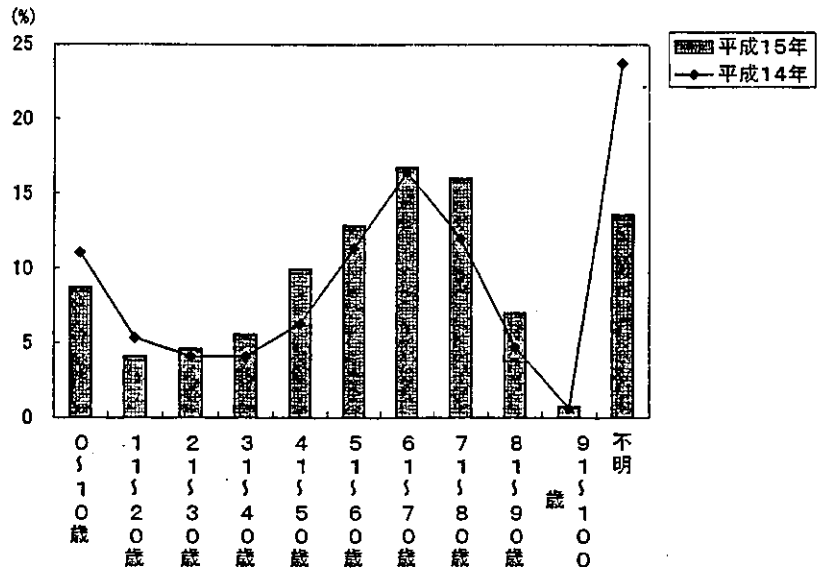


図5-7. 患者の心身状態(輸血)

(複数回答)

患者の心身状態	平成15年	平成14年
意識障害	30	18
視覚障害	2	3
聴覚障害	0	3
構音障害	3	0
精神障害	3	4
痴呆・健忘	5	1
上肢障害	6	7
下肢障害	23	16
歩行障害	22	11
床上安静	114	58
睡眠中	13	1
せん妄状態	2	3
薬剤の影響下	33	13
麻酔中・麻酔前後	45	20
障害なし	98	115
不明	75	67
その他	54	39
合計	528	379

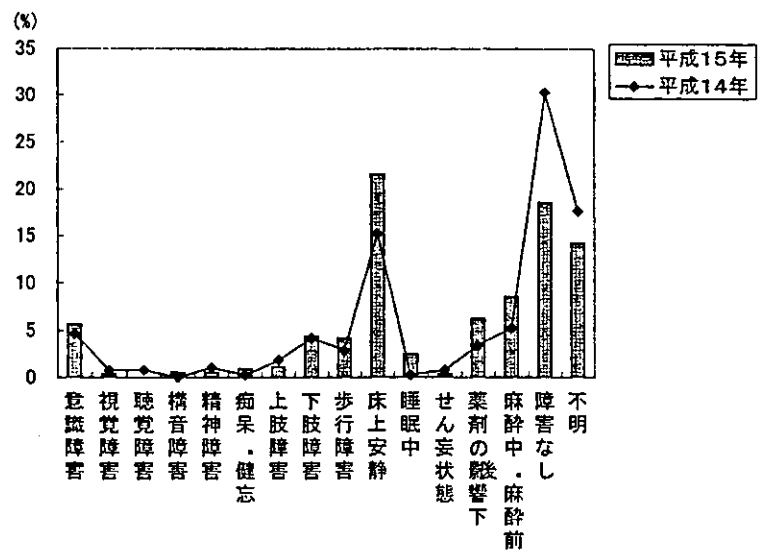


図5-8. 発見者(輸血)

発見者	平成15年	平成14年
当事者本人	132	94
同職種者	152	100
他職種者	103	109
患者本人	5	1
家族・付き添い	2	0
他患者	0	1
不明	1	2
その他	17	9
合計	412	316

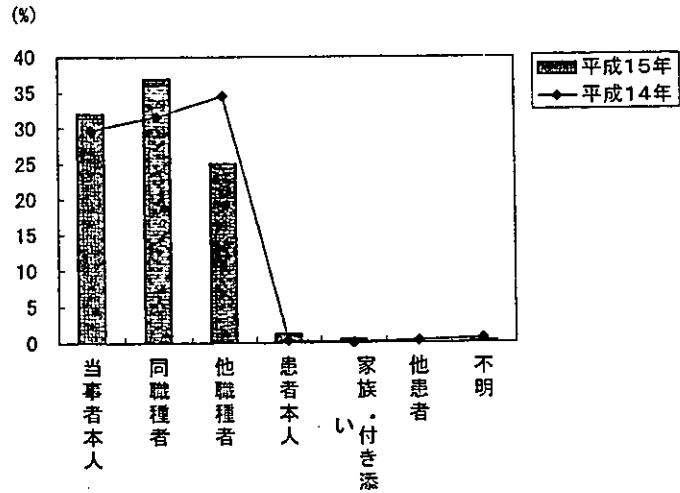


図5-9. 当事者の職種(輸血)

当事者の職種	平成15年	平成14年
医師	78	81
歯科医師	0	0
助産師	3	0
看護師	276	187
准看護師	1	0
看護助手	2	2
薬剤師	10	8
管理栄養士	0	0
栄養士	0	0
調理師・調理従事者	0	0
診療放射線技師	0	0
臨床検査技師	40	41
衛生検査技師	1	0
理学療法士	0	0
作業療法士	0	0
言語聴覚士	0	0
歯科衛生士	0	0
歯科技工士	0	0
視能訓練士	0	0
精神保健福祉士	0	0
臨床心理士	0	0
社会福祉士	0	0
介護福祉士	0	0
臨床工学技師	0	0
児童指導員・保育士	0	0
事務職員	1	3
不明	9	1
その他	10	3
合計	431	326

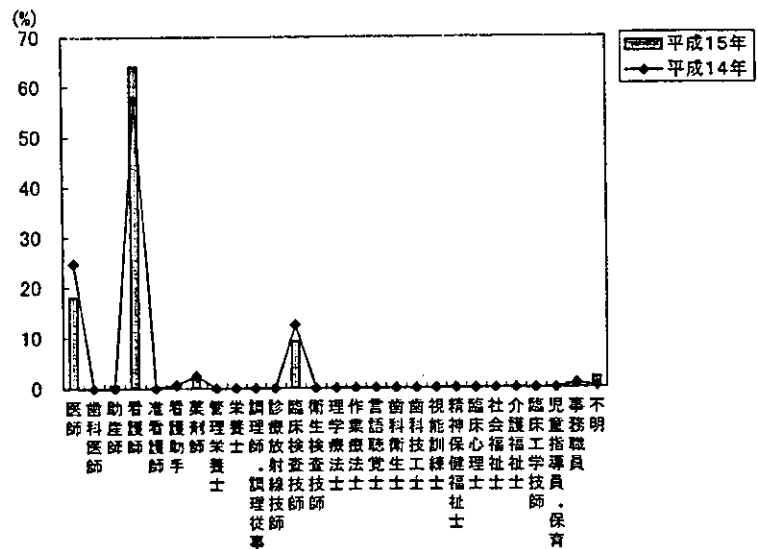


図5-10. 職種経験年数(輸血)

当事者の職種経験年数	平成15年	平成14年
0年	89	65
1年	50	32
2年	31	24
3年	38	21
4年	19	16
5年	25	14
6年	12	14
7年	15	10
8年	7	4
9年	10	4
10年	10	9
11~20年	37	40
21~30年	22	18
30年超	1	1
当事者複数	21	10
年数不明	22	13
その他	3	21
合計	412	316

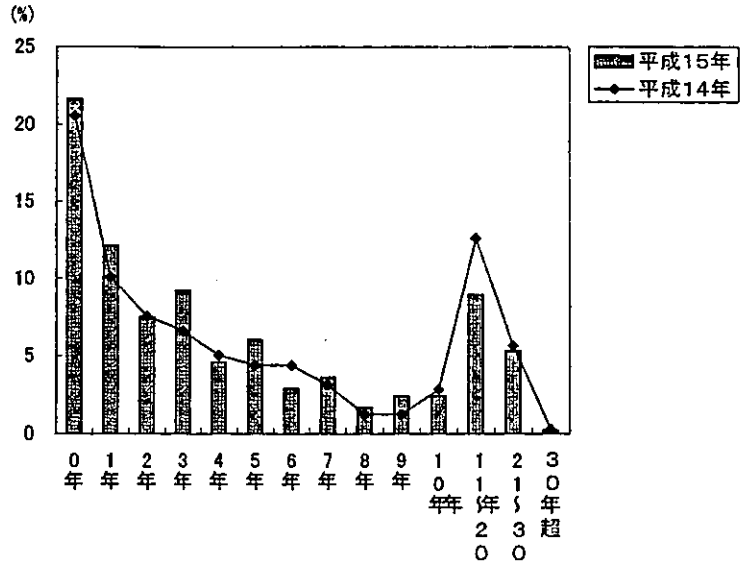


図5-11. 部署配属年数(輸血)

当事者の部署配属年数	平成15年	平成14年
0年	145	114
1年	69	46
2年	38	30
3年	30	23
4年	13	18
5年	13	11
6年	4	12
7年	6	11
8年	5	1
9年	2	4
10年	8	3
11~20年	7	9
21~30年	11	5
当事者複数	21	12
年数不明	37	17
その他	3	0
合計	412	316

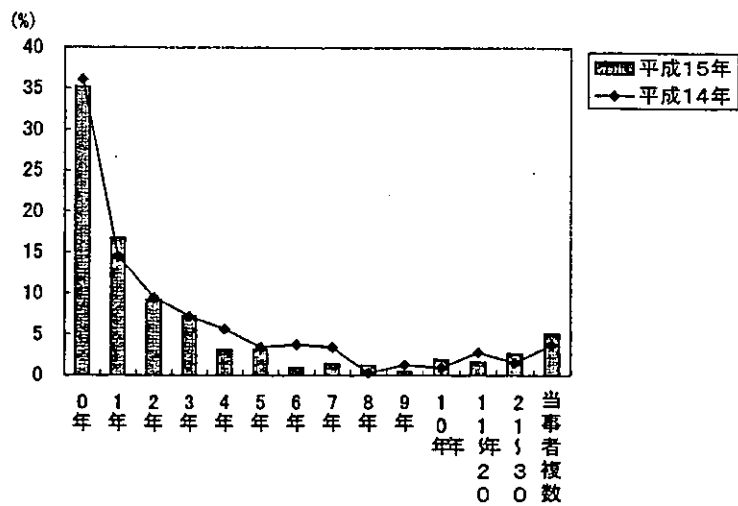


図5-12. 発生場面・詳細(輸血)

	平成15年	平成14年
輸血検査	83	105
放射線照射	6	5
輸血実施	169	115
その他	154	91
合計	412	316

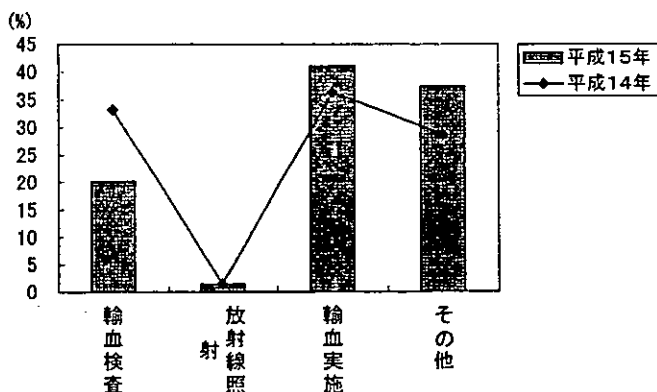


図5-13. 発生内容・詳細(輸血)

	平成15年	平成14年
指示出し・指示受け・情報伝達忘れ	1	
方法(手技)の誤り	1	
投与速度速すぎ	3	1
処方・与薬のその他のエラー	1	1
未実施	10	8
検体取り換え	7	17
クロスマッチ間違い	6	21
結果記入・入力間違い	28	24
輸血検査のその他のエラー	39	42
未実施・忘れ	7	4
過剰照射	1	
患者取り換え輸血	5	9
製剤取り換え輸血	7	6
輸血のその他のエラー	288	156
点滴漏れ	1	
接続はずれ	3	1
その他の検査のエラー	1	
未実施・忘れ	1	
その他	2	26
合計	412	316

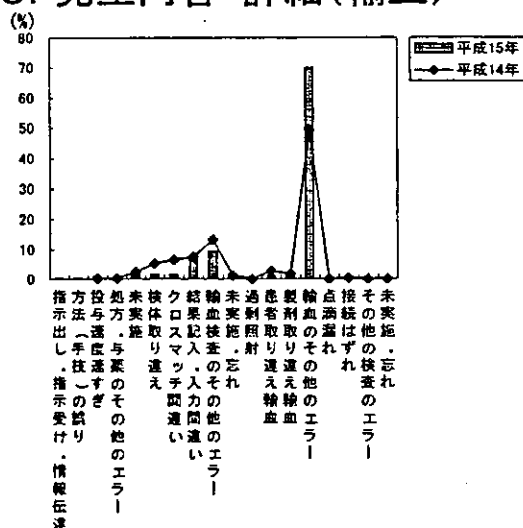


図5-14. 発生要因(輸血)

発生内容	平成15年	平成14年
確認	262	204
観察	54	30
判断	40	32
知識	53	31
技術	23	21
報告等	19	11
身体的条件	11	5
心理的条件	99	82
システム	20	15
連携	81	46
記録等の記載	10	5
患者の外見	3	2
勤務状況	69	66
環境	4	4
医療機器・器具・医療材料	4	6
薬剤	1	3
種物品	3	1
施設・設備	0	0
教育・訓練	29	20
患者・家族への説明	1	5
その他	17	
合計	803	569

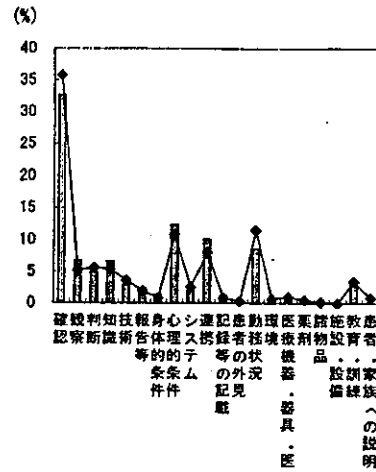


表5-1. 発生要因・詳細(輸血)

要因	内容	件数
確認	確認が不十分であった	262
	観察	54
心理的条件	慌てていた	33
	イライラしていた	1
	緊張していた	2
	他の事に気をとられていた	16
	思い込んでいた	34
	無意識だった	13
連携	医師と看護師の連携不適切	28
	医師と技術職の連携不適切	4
	医師と事務職の連携不適切	0
	医師間の連携不適切	8
	看護職間の連携不適切	33
	技術職間の連携不適切	2
	多職種間の連携不適切	6
勤務状況	多忙であった	44
	勤務の管理に不備	2
	作業が中断した	3
	当直だった	6
	当直明けだった	5
	夜勤だった	9
	夜勤明けだった	0

図5-15. 影響度(輸血)

	平成15年	平成14年
患者への影響は小さい(処置不要)	96	83
患者への影響は中等度(処置必要)	17	11
患者への影響は大きい(生命に影響しうる)	33	49
間違いが実施されたが患者に影響なし	229	147
不明	7	4
その他	30	22
合計	412	316

