

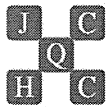
内 容

- ◆ 医療事故情報収集等事業について
- ◆ 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業について
- ◆ 産科医療の補償制度について



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

2011.12.20厚生労働省科学研究_地域医療基盤開発推進研究事業(秋山班)平成23年度第2回班会議



公益財団法人 日本医療機能評価機構
JAPAN COUNCIL FOR QUALITY HEALTH CARE

事業に参加している医療機関



登録状況			ヒヤリ・ハット報告						合計	
			参加する				参加しない			
			発生件数・事例情報		発生件数					
医療事故報告	義務	参加する	123	401	78	250	71	222	272	873
	任意	参加する	278		172		151		601	
		参加しない	170	219	-	393				
合計			571	473	222			* 1,266		
			1,044							

*2011年9月30日現在
診療所約100施設を含む

報告件数 (医療事故)

参加形態	年	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年 (1-9月)
義務	報告件数	1114	1296	1266	1440	1895	2182	1982
	医療機関数	272	273	273	272	273	272	272
任意	報告件数	151	155	179	123	169	521	237
	医療機関数	283	300	285	272	427	578	601

ホームページにおける公開件数(平成21年1月以降累計): 4, 212件

報告件数 (ヒヤリ・ハット～発生件数情報)

	第25回	第26回	第27回	合計	参考:22年度
(1)薬剤	44398	55315	56037	155750	186,424
(2)輸血	962	992	1177	3131	3090
(3)治療・処置	6485	7902	7955	22342	27,015
(4)医療機器等	4020	5061	4779	9081	16,687
(5)ドレーン・チューブ	23111	26213	26577	75901	90,797
(6)検査	10970	12920	12964	23890	42,417
(7)療養上の世話	33870	36899	37406	108175	127,918
(8)その他	15011	18897	18114	52022	65,676
合計	138827	164199	165029	468055	560,024
再掲					
【1】薬剤の名称や形状に関連する事例	3791	4330	4105	12226	12,540
【2】薬剤に由来する事例	17077	21600	20759	59436	69,129
【3】医療機器等に由来する事例	1863	2532	2508	6903	8,195
【4】今期のテーマ	1778	1839	4159	7776	2683
報告医療機関数	457	463	466		
病床数合計	184204	191558	192306		

報告件数 (ヒヤリ・ハット～事例情報)

	2011年									合計	参考 22年
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月		
事例情報参加登録 医療機関報告数	3,301	1,637	2,271	3,518	1,924	2,550	3,196	2,556	2,393	23,346	25,305
事例情報参加登録 医療機関	560	562	565	567	569	571	572	572	571		

ホームページにおける公開件数(平成21年1月以降累計) : 11,772件

報告書・年報の作成

医療事故情報収集等事業
第26回報告書
(平成23年4月～6月)

平成23年9月28日

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

事業部の概要(報告書) 発行: 2011年12月20日
お問い合わせ先: 事務局 03-5561-3111
〒100-8501 東京都千代田区千代田1-1-1
お問い合わせ先: 事務局 03-5561-3111
〒100-8501 東京都千代田区千代田1-1-1

- 報告書27回、年報5回
- 構成
 - 事業概要
 - 集計分析
 - テーマ分析
 - 再発・類似事例の発生状況



今年度取り上げた新規テーマ



薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故

食事に関連した医療事故

医療用照明器の光源により発生した熱傷に関連した医療事故

集中治療室（ICU）の入室時の薬剤の指示に誤りがあった事

画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例

薬剤処方時の検索結果としての画面表示に起因した医療事故



今年度取り上げた再発・類似事例



薬剤の取り違え

誤った患者への輸血

ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出

清拭用タオルによる熱傷

製剤の総量と有効成分の量の間違

MR I 検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み

ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例



平成23年度に提供した 医療安全情報

配信医療機関数(11月現在): 4,605施設(※)

※診療所、約100施設を含む。



体位変換時の気管・気管切開 チューブの偶発的な抜去



医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.54 2011年5月

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
医療安全情報
No.54 2011年5月

**体位変換時の気管・気管切開
チューブの偶発的な抜去**

人工呼吸器を装着した患者の体位変換を行った際に、気管チューブまたは気管切開チューブが抜けた事例が23件報告されています(集計期間:2007年1月1日～2011年3月31日、第15版、第17回および第19回報告書「個別のデータ」の検出状況に一部を掲載)。

人工呼吸器を装着した患者の体位変換を行った際に、気管チューブまたは気管切開チューブが抜けた事例が報告されています。

事例1のイメージ図

◆報告されている23件の事例のうち、10件は気管チューブが抜けた事例であり、13件は気管切開チューブが抜けた事例です。

医療事故情報収集等事業 **医療安全情報** No.54 2011年5月

体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去

事例1

人工呼吸器は患者の左側にあった。右側に看護婦A。先に看護婦Bが立ち、体位変換を行うたを監督をアームから出した。看護婦Aは左側位にするために患者の膝窩を押しさす。看護婦Bは左側位にした時、前にあった固定用のテープが粘着の量により外れ、気管チューブが抜けた。医師が気付かず、再発症した。

事例2

看護婦は気管切開チューブが挿入されているに、看護婦Cが看護婦Bと協力して体位変換を行ったところ、人工呼吸器の電線がアームに引っかかった。気管切開チューブを固定すると、エアロックの蓋がしたためすぐに返所に接触した。気管切開チューブの固定をせずと気管切開チューブが抜けており、新しい気管切開チューブを医師が再挿入した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- 体位変換の前に気管・気管切開チューブの固定の状態を確認する。
- 体位変換は2名以上で行い、役割を決め、声をかけながら行う。
- 人工呼吸器回路を探索し、適度の張力がかけられないようにする。

総合評価部会の意見

- 体位変換の後にも、患者の呼吸、気管・気管切開チューブの固定の状態や人工呼吸器の動作状況を確認しよう。

※この報告書の内容は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省科学研究)において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会(専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のための取組)が実施したものです。当事業の最終的な評価については、各医療機関ホームページに掲載されている最新おしらせをご覧ください。
<http://www.jpcoc.or.jp/>

※この報告書の作成にあたり、作成時に限られた情報については充分な検証がなされず、その内容をそのままに転載するものではありません。
※この情報は、医療従事者の活動に支障を及ぼさず、医療改善に寄与する目的で提供されています。

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
〒101-8305 東京都千代田区千代田1-4-12 東洋ビル
電話: 03-5217-0201(受付) FAX: 03-5217-0203(直通)
<http://www.jpcoc.or.jp/br/inf/index.htm>



2010年に提供した医療安全情報



医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.52 2011年3月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報
2010年に提供した
医療安全情報

No.52 2011年3月

2010年1月～12月に医療安全情報No.38～No.49を毎月1回提供いたしました。
今一度ご確認ください。

番号	タイトル
No.38	★清潔野における注射器に準備された薬剤の取り換え
No.39	★持参薬の不十分な確認
No.40	2009年に提供した医療安全情報
No.41	処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い(第2報)
No.42	セントラルモニタ受信患者者間違い
No.43	2006年から2008年に提供した医療安全情報
No.44	コンセントの容量(定格電流)を超えた医療機器や電気機器等の接続
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)
No.46	清拭用タオルによる熱傷
No.47	抜歯部位の取り換え
No.48	酸素残量の未確認
No.49	B型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ

★のタイトルについては、当該報、2010年12月31日までの情報提供が完了しています。

No.52 2011年3月

2010年に提供した医療安全情報

◆以下の医療事故が発生しています。

No.38 清潔野における注射器に準備された薬剤の取り換え

心臓カテーテル検査を行う際、清潔野には医師情報のない2つのビーガーにヘパリン生食とハイポアルコールが入っていた。医師は左心房カテーテルに付属したシースをフラッシュする際に、清潔野にあったハイポアルコールのビーガーの中身をアラック用のペーパー皿で取り出し、注射器で吸引して注入した。その後、患者が腹痛を訴え、左心房の発熱、腫脹を呈した。

No.39 持参薬の不十分な確認

入院当日、他院からの紹介状や看護士報告には、患者の入院歴を記載した薬歴は無く、主治医と看護士が持参薬について確認した。主治医は、患者が入院前にバイアスピリン(抗血小板剤)の内服を中止したことと把握していたが、他院でプラビックス(抗血小板剤)とセロクオールが処方されていることは知らず、持参薬の中にもなかった。持参薬の薬剤内部の指示により、プラビックスとセロクオールを数日間投与しなかった。

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)

薬歴は、ステロイド投与の経過観察をするため、1週間分の処方とし、その旨を患者に説明した。ステロイド以外の内服を処方する際、リウマチ薬のカップセルの量も、患者であれば自分とすると200mgと入力した。検査は、処方薬照会と処方薬を取り取り、7日以内の処方再診した。患者から7日以内の処方再診したと告げられた医師は、処方量の間違いに気付かず、血球検査を施行した。データ上異常はなかったが、予防のためロコソリンを処方した。

上記2件の事例は、2010年12月31日までの情報提供が完了しています。

◆他の医療事故については、平成23年年初に掲載いたします。

本誌の医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(注)の医療安全情報収集(注)に提供された情報に基づき、当事者の同意を得た上で掲載しています。当事者の同意を得た上で掲載している事例は、当事者の同意を得た上で掲載しています。当事者の同意を得た上で掲載している事例は、当事者の同意を得た上で掲載しています。

財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三郷1-4-17 階
電話：03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(編集)
http://www.jqc.or.jp/html/index.htm



2010年に提供した医療安全情報



番号	タイトル
No.38	★清潔野における注射器に準備された薬剤の取り換え
No.39	★持参薬の不十分な確認
No.40	2009年に提供した医療安全情報
No.41	処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い(第2報)
No.42	セントラルモニタ受信患者者間違い
No.43	2006年から2008年に提供した医療安全情報
No.44	コンセントの容量(定格電流)を超えた医療機器や電気機器等の接続
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)
No.46	清拭用タオルによる熱傷
No.47	抜歯部位の取り換え
No.48	酸素残量の未確認
No.49	B型肝炎母子感染防止対策の実施忘れ



2010年に提供した医療安全情報

医療事故情報
収集等事業
公益財団法人 日本医療機能評価機構

No.38 清潔野における注射器に準備された薬剤の取り違え

心臓カテーテル検査施行時、清潔野には識別情報のない2つのビーカーにヘパリン生食とハイポアルコールが入っていた。医師は左橈骨動脈に留置したシースをフラッシュする際に、清潔野にあったハイポアルコールのビーカーの中身をフラッシュ用のヘパリン生食だと思い、注射器で吸って注入した。その直後に患者が痛みを訴え、左前腕の発赤、腫脹を呈した。

No.39 持参薬の不十分な確認

入院当日、他院からの紹介状やお薬手帳等には、患者の内服薬を記載した書面はなく、主治医と看護師は持参薬だけで確認した。主治医は、患者が薬疹によりバイアスピリン(抗血小板剤)の内服を中止したことは把握していたが、他院でプラビックス(抗血小板剤)とセロクラールが処方されていることは知らず、持参薬の中にもなかった。持参薬の継続内服の指示により、プラビックスとセロクラールを数日間投与しなかった。



2006年から2009年に提供した医療安全情報

医療事故情報
収集等事業
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 医療安全情報 No.55 2011年6月

2006年から2009年に提供した医療安全情報

No.55 2011年6月

2010年にも類似事例が発生しています

番号	タイトル～内容～	2010年に報告された件数
No.1	インスリン含量の確認 ～バイアルの「100単位/mL」という表示を確認し、適量投与に伴い低血糖をきたした事例～	1件
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 ～抗リウマチ剤(メトトレキサート)の過剰投与に伴い骨髄抑制をきたした事例～	2件
No.3	グリセリン洗腸実施に伴う血管穿孔 ～グリセリン洗腸に伴い血管穿孔をきたした事例～	5件

2006年から2009年に提供した医療安全情報

番号	タイトル～内容～	2010年に報告された件数
No.4	薬剤の取り違え ～薬師の名前が類似していることにより取り違え事例～	1件
No.5	入浴前時の熱傷 ～入浴前の際、湯の温度を血前線に確認しなかったことにより熱傷をきたした事例～	2件
No.6	インスリン単位の誤解 ～インスリンの[単位]を[mg]と誤解し、過量投与に伴い低血糖をきたした事例～	1件
No.7	小児の輸液の血管外漏出 ～薬用送付文書上、稀薄の血管外漏出に関する危険性の普及の有無はかわからず、小児に対する点滴実施の際、輸液の血管外漏出により、血腫をきたした事例～	8件
No.8	手術部位の左右の取り違え ～手術部位の左右を取り違えた事例～	5件



2006年から2009年に提供した 医療安全情報

医療事故情報
収集等事業
公益財団法人 日本医療機能評価機構

番号 ¹⁾	タイトル ~内容~	2010年に報告された件数
【事例】		
No.4	薬剤の取り違え ~薬剤の名称が類似していることにより取り違えた事例~	1件
<p>医師は、救急外来を受診した患者に対して、生食100mL+メチコバル1A+ノイトロピン1Aの指示を電子カルテに入力した。薬剤師は、生食100mLとメチコバル、ノイトロジンを払い出した。看護師は、混注の際、注射指示と薬剤名が違うことに気付き、医師に確認した。医師が、バイアルを確認しないまま「それでいいよ」と言ったため、看護師は、似た名前の後発医薬品だと思ひ点滴に混注し、実施した。</p>		
No.5	入浴介助時の熱傷 ~入浴介助の際、湯の温度を直前に確認しなかったことにより熱傷をきたした事例~	2件
<p>患者は、シャワーが高温の設定になっていたことに気付かず、また、シャワーヘッドが患者に直接あたる向きであることを確認しないまま、給湯レバーを上げた。約70度のお湯が患者の右肩部にかかり、熱傷を生じた。(他1件)</p>		



専用ホームページ

医療事故情報
収集等事業
公益財団法人 日本医療機能評価機構

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

医療事故情報収集等事業

医療機関の方 | 参加登録 | 医療事故情報報告ログイン | ヒヤリ・ハット事例報告ログイン

ホーム | 事業概要 | 医療安全情報 | 報告書類・年報 | 参加登録医療機関一覧 | 関連文書 | ENGLISH

医療機関の方

医療事故情報報告ログイン

ヒヤリ・ハット事例報告ログイン

関連文書

利用ガイド | 参加登録

一般の方

医療安全情報

報告書類・年報

参加登録医療機関一覧

ENGLISH

医療概要

→ 概要要約(PDF)

更新

5/27/14

2009.06.01 NEW
・ 医療事故情報収集等事業のホームページがリニューアル致しました。

2009.06.01 NEW
・ 医療事故情報収集等事業 医療安全情報随時申し込みを開始しました。

財団法人日本医療機能評価機構 HPへ

財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東半ビル10F
TEL: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253 E-mail: webmaster@med-safe.jp

本サイトのご利用にあたって | 個人情報保護方針(PDF形式) | 自己責任原則について

Copyright (C) 2009 Japan Council for Quality Health Care. All Rights Reserved.

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

医療事故情報収集等事業



事例の検索機能 (医療事故/ヒヤリ・ハット)

医療事故情報
収集等事業
公益財団法人 日本医療機能評価機構

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

医療事故情報収集等事業

公開データ検索 | 医療機関の方へ参加登録 | 報告システムログイン

ホーム | 事業概要 | 医療安全情報 | 報告書類・年報 | 参加登録医療機関一覧 | 関連文書 | ENGLISH

公開データ検索

一般の方 | 医療機関の方

公開データ検索 | 医療安全情報 | 報告書類・年報 | 参加登録医療機関一覧 | ENGLISH

お知らせ
2010.08.18 NEW
● 医療安全情報(No.45)を公開しました。
2010.07.15
● 医療安全情報(No.44)を公開しました。
2010.07.14 NEW
● 報告書(第21回報告書)を公開しました。
2010.07.08
● 本日20:20にメンテナンスが終了しました。「参加登録」及び「報告システムログイン」をご利用いただけます。この度は、皆様のご協力に感謝申し上げます。
2010.07.08
● 同今メンテナンス中につき、「参加登録」及び「報告システムログイン」にアクセスすることができません。ご迷惑をおかけしますが、ご理解とご協力をお願い申し上げます。
2010.06.15
● 医療安全情報(No.43)を公開しました。



事例の検索機能 (医療事故/ヒヤリ・ハット)

医療事故情報
収集等事業
公益財団法人 日本医療機能評価機構

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

医療事故情報収集等事業

医療事故/ヒヤリ・ハット報告事例検索

本ページによる事例公表は、医療安全の推進を目的として行われます。※各項目にはAND検索となります。本サイトの完全検索は可能ですが、発生年月が不明のもの、発生年月の不明な事例は検索結果から除外されています。

報告事例区分 | 発生年月

事故事例報告 | ヒヤリ・ハット事例報告

全文検索 | 事例概要

インスリン | 全て含む | 薬剤 | 輸血 | 治療・処置
 医療機器等 | ドレーン・チューブ | 検査
 療養上の世話 | その他

表示件数 10 | 検索

事例には必要に応じ個人情報や医療機関情報の保護に配慮し一部修正することがあります。なお、公表した事例内容は報告時点のものであり、その後の追加等は行われません。

検索結果 (2事例)

事例区分	事例ID	発生年月	事例の概要	事例の内容	詳細
事故	A93FC6480DA9577E5		薬剤	ヒヤリ・ハット事例 インスリン50単位+生食49.5mLの指示があった。看護婦がインスリン準備をする際に、マイクスターのインスリン看護婦は、患者に自己注射指導中、患者が使用したインスリン注射器を片付けたため、針をリムーバーに取り、処置室の	表示
事例	AD1F5D06BD2A58074		治療・処置		表示



事例の検索機能 (医療事故/ヒヤリ・ハット)



事例ID	A93FC84500A937E5						
発症年	発症月	発症曜日	発症区分	発症時間帯			
非公開	非公開	土曜日	休日・祝日	14:00~18:30			
医療の実施の背景	事故の発生の経緯		事故の種類				
採血あり	経嚥式採血		障害なし				
事故の概要	発症場面		事故の内容				
薬剤	水筒刺損着		薬剤名				
発症場所(複数回答可)	関連診察科(複数回答可)	患者の数	発症時の患者の状態(複数回答可)				
病室	内科	入院 1人	表病の影響下				
患者の性別	男性(男)						
疾患名	膵臓がん						
当事者	当事者職種	職種経験	当事者所属部署	発症1週間の 当直・夜勤回数	発症形態	発症1週間の 勤務時間	専門医・認定医及びその他の
1人	看護師	0年9ヶ月	0年9ヶ月	1回	2次者	37	
特に組合せを求める事例			発症者		発症・発症の種類		
本事例は選択肢には該当しない			同職種者		抗がん剤療法		
当事者以外の関連職種(複数回答可)							
看護師							
関連医薬品							
【薬名】 ヒューマリン注100単位/mL 【製造販売業者】 リリウ							
事故原因調査結果の概要			発症要因(複数回答可)				
病棟の医療安全に関する委員会等で対応			経路を越えた 知識が不足していた 換気・手洗が未熟だった 教育・訓練				
事例概要							
【実施した医療行為の目的】 重症療養							
【事故の内容】 ヒューマリンの単位+全量49.9mLの指示があった。看護師がインスリン準備をする際に、マイジュクワのシリンジ1本が100単位のところを10単位と誤り込んでホリを閉じたままに入ってしまったためインスリンを5単位準備した。看護師はシリンジ1本が10単位と誤りこんでいるので、30単位分となるシリンジ2本分となるため、シリンジを2本分準備して薬液を吸引するのは大変だろうと思い、3本分吸った後確認しないまま、ヒューマリンの単位分準備し完全に患注した。シリンジには薬剤は出し牌の薬品ラベルが貼付されていた。開始後、患者に思慮を認め、持続インスリンの中止やブドウ糖を投与して対応していた。2日、別の看護師が持続インスリンを交換しようと思い、リーダーにダブルチェックを依頼した。依頼されたリーダーは2日前のヒューマリン開始時に指示を受けた看護師であったため、指示を受けた際の経緯と内容が違ってくるに気付いた。当事者に確認したところ薬剤ミスであることが分かった。							
【事故の背景要因の概要】 前夜作成時の指示し間違い確認を怠り、ダブルチェックせずに自己判断で点滴作成を行った。作成時のマイジュクワの単位数を間違っていた。ヒューマリンで急取りを行ったことがあったが、持続シリンジでのインスリン開始時のダブルチェックの際、手戻りに確認を行っていなかった。							
【改善策】 点滴作成時の手順を遵守し、換気・手洗・感染を行い、必ずダブルチェックし指示とインスリンを確認する。							

事例内容
背景・要因
改善策



ファイルのダウンロード機能 (医療事故/ヒヤリ・ハット)



医療事故/ヒヤリ・ハット報告事例検索

本ページによる事例公表は、医療安全の推進を目的として行っています。

■事例内容で検索 又は検索項目(A&B)設定と一致する。各項目の単位は半角英数字可。発症年月は半角英数字の位。発症年月の範囲検索の際は必ず半角英数字で入力してください。事故発生順の発症年月は昇順として並びます。

報告事例区分 事故事例報告 ヒヤリ・ハット事例報告

発生年月 年 月 ~ 年 月

全文検索

キーワード

事例種別

薬剤 輸血 治療・処置

医療機器等 ドレーン・チューブ 検査

病室上の世話 その他

事例は必要に応じて個人情報や医療機関情報の保護に配慮し一部修正することがあります。
なお 公表した事例内容は報告時のものであり、その後の追加等は行われません。

表示一覧の再選択 表示一覧選択解除

選択	事例区分	事例ID	発症年月	発症の概要	事例内容	表示
<input type="checkbox"/>	事故	AB91273B44E048253		薬剤	自分は夜勤のチームであり夜勤期間を同じチームを同じシフトで担当している。200mgの単位を準備し、患者に投与した。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。	表示
<input type="checkbox"/>	事故	A93FC84500A937E5		薬剤	自分は夜勤のチームであり夜勤期間を同じチームを同じシフトで担当している。200mgの単位を準備し、患者に投与した。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。	表示
<input type="checkbox"/>	事故	A19029E72002EDDD0		薬剤	自分は夜勤のチームであり夜勤期間を同じチームを同じシフトで担当している。200mgの単位を準備し、患者に投与した。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。	表示
<input type="checkbox"/>	事故	AC8980B0A8135FA35		薬剤	自分は夜勤のチームであり夜勤期間を同じチームを同じシフトで担当している。200mgの単位を準備し、患者に投与した。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。	表示
<input type="checkbox"/>	事故	A2945D3B857E286FF		薬剤	自分は夜勤のチームであり夜勤期間を同じチームを同じシフトで担当している。200mgの単位を準備し、患者に投与した。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。	表示
<input type="checkbox"/>	事故	AE536FOAD039F7BA8D		薬剤	自分は夜勤のチームであり夜勤期間を同じチームを同じシフトで担当している。200mgの単位を準備し、患者に投与した。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。	表示
<input type="checkbox"/>	事故	A1E2C5E81D16C88B		薬剤	自分は夜勤のチームであり夜勤期間を同じチームを同じシフトで担当している。200mgの単位を準備し、患者に投与した。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。	表示
<input type="checkbox"/>	事故	A737008E23DD1575		薬剤	自分は夜勤のチームであり夜勤期間を同じチームを同じシフトで担当している。200mgの単位を準備し、患者に投与した。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。	表示
<input type="checkbox"/>	事故	A4C9B34986E8D3F2		薬剤	自分は夜勤のチームであり夜勤期間を同じチームを同じシフトで担当している。200mgの単位を準備し、患者に投与した。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。	表示
<input type="checkbox"/>	事故	AD9259AF72E4D1A88		薬剤	自分は夜勤のチームであり夜勤期間を同じチームを同じシフトで担当している。200mgの単位を準備し、患者に投与した。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。患者の血中濃度は200mgであった。	表示

XLS出力 PDF出力 CSV出力

CSVファイル形式
のダウンロードが可
能になりました

報告書類・年報

医療事故情報
収集等事業
公益財団法人 日本医療品質評価機構

ホーム 事業概要 医療安全情報 報告書類・年報 参加型医療関係一覧 関連文書 ENGLISH

Home > ENGLISH
Full Text Search of Annual and/or Quarterly Report. Click HERE Tables Search of Annual and/or Quarterly Report. Click HERE

ENGLISH

I. Outline

The Japan Council for Quality Health Care (JCQHC) has been conducting various activities, such as the Project to Collect Medical Near-Miss/Adverse Event Information and the evaluation of medical services provided at hospitals, in order to maintain public confidence in healthcare services and improve the quality of the services. In response to rising awareness and expectations of the general public as well as medical institutions concerning promotion of patient safety and medical adverse event prevention, the JCQHC has been actively engaged in the said activities.

The JCQHC Division of Adverse Event Prevention has been undertaking the Project to Collect Medical Near-Miss/Adverse Event Information to prevent medical adverse events and to promote patient safety since 2004. As a neutral third-party organization, the JCQHC has been publishing collected medical near-miss/adverse event information and the analyses of data in the form of periodic reports, annual reports and monthly fax newsletters for medical professionals, administrative organizations and the general public. The reports can also be browsed on JCQHC's website. The JCQHC would like to thank all cooperating medical institutions and relevant parties for reporting near-miss incidents and adverse events for the project.

Medical Safety Information

No.1 : Misconception of insulin content	📄
No.2 : Bone marrow suppression due to anti-rheumatic (methotrexate) overdose	📄
No.3 : Rectal perforation associated with glycerin enema	📄
No.4 : Drug mix-up	📄
No.5 : Burn during assisted bathing	📄
No.6 : Misconception of insulin unit	📄
No.10 : Magnetic material(e.g. metal products)taken in the MRI room	📄
No.11 : Blood transfusion to wrong patient	📄

医療安全情報
(英語版)

Blood transfusion to Wrong Patient (No.11)

医療事故情報
収集等事業
公益財団法人 日本医療品質評価機構

Medical Safety Information Project to Collect Medical Near-Miss/Adverse Event Information No. 11, October 2007

Japan Council for Quality Health Care

Project to Collect Medical Near-Miss/Adverse Event Information

Medical Safety Information

No. 11, October 2007

Blood transfusion to wrong patient

There have been eight reports of blood transfusions to wrong patients. [Information collection period, from October 1, 2004 to June 30, 2007; the information is partly included in "Medical Adverse Event Information to Be Shared" in the 9th Quarterly Report].

Six of the cases reported were cases in which the blood product to be used on the patient was not finally checked when connecting blood product for transfusion use.

<Image of Case 1>

* In five out of six reported cases, the blood product used for transfusion was checked with the transfusion sheet or medical chart, etc. at the nurse's station, but the blood product was not checked against the patient.

Project to Collect Medical Near-Miss/Adverse Event Information

Medical Safety Information No. 11, October 2007

Blood transfusion to wrong patient

Case 1

The physician ordered a blood transfusion to be given to Patient A. The nurse performed a check of the blood product for transfusion use against the patient's name and blood type on the card at the nurse's station with another nurse. The nurse then went to the bedside of Patient B and connected the blood product without checking if the patient was Patient A. Two hours later, the physician went to the bedside of Patient B and found unconnected blood product was connected.

Case 2

The physician was called away for another patient's treatment while preparing the blood product for transfusion to 2 patients - Patient C and Patient D. Thirty minutes later, the physician returned to perform the transfusion to Patient C, placed blood product for transfusion to Patient D in the tray, went to Patient C's room and connected the blood product for transfusion, without checking if it was for Patient C. Later, the physician noticed that he had connected Patient D's transfusion blood product to Patient C because Patient C's size still felt uncomfortable.

Preventive measures taken at the medical institutions in which the events occurred

Adhere to the hospital's blood transfusion manual, and perform final checks of the patient and the blood product to be used when connecting blood product for transfusion use.

* As part of the Project to Collect Medical Near-Miss/Adverse Event Information, JCQHC will continue to collect and analyze information on medical safety incidents and disseminate the results to the general public as well as medical institutions. JCQHC will also continue to provide information on medical safety incidents to the general public and medical institutions. For further information, please contact the Project to Collect Medical Near-Miss/Adverse Event Information.

* Availability of information was confirmed by the letter of permission but can not be guaranteed in advance.

* This information is neither for business use, nor for reproduction or distribution without the prior written permission of JCQHC.

J C Q H C Division of Adverse Event Prevention
Japan Council for Quality Health Care

1-4-17 Mikurino, Chiyoda-ku, Tokyo 100-0009, JAPAN
Email: TQM@jcqhc.or.jp URL: http://www.jcqhc.or.jp

Canadian Patient Safety Institute (CPSI)



協力依頼があった、WHOとの協同プロジェクト
 “Global Patient Safety Alerts”

日本医療品質向上機構
 Japan Council for Quality Health Care

2011.12.20 厚生労働省科学研究 地域医療基盤開発推進研究事業（秋山班）平成23年度第2回班会議



公益財団法人 日本医療品質向上機構
 JQHC JAPAN COUNCIL FOR QUALITY HEALTH CARE

Global Patient Safety Alertsのホームページ

医療事故情報
 収集等事業
公益財団法人 日本医療品質向上機構



Contributing Organizationのリスト

<http://www.globalpatientsafetyalerts.com/English/Pages/default.aspx>



"Global Patient Safety Alerts" Project



European Union	
European Union Network	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> Japan Council for Quality Health Care "Medical Safety Information" </div>
Hong Kong	
Hong Kong Hospital Authority	Risk Alerts
Japan	
Japan Council for Quality Health Care	<ul style="list-style-type: none"> Medical Safety Information
United States of America	
California Hospital Patient Safety Organization	<ul style="list-style-type: none"> Newsletters and Alerts
The Joint Commission	<ul style="list-style-type: none"> Sentinel Event Alert Newsletter



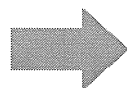
本事業の課題



最初の5年間
(2004.10-2009.9)

これからの5年間
(2009.10-2014.9)

事業への参加
報告件数の増加
報告の質の向上



事業への参加
報告件数の増加
報告の質の向上

収集事例の活用

内 容

- ◆ 医療事故情報収集等事業について
- ◆ 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業について
- ◆ 産科医療の補償制度について



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



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

2011.12.20厚生労働省科学研究_地域医療基盤開発推進研究事業(秋山班)平成23年度第2回班会議

平成22年年報の構成



目次	
はじめに	1
平成22年年報の発行にあたって	3
薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業について	5
I 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の概要	25
1 薬局ヒヤリ・ハット事例収集の経緯	25
2 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の概要	26
【1】事業の目的	26
【2】薬局ヒヤリ・ハット事例情報の収集	26
【3】薬局ヒヤリ・ハット事例情報の提供	27
II 報告の現況	29
【1】事業参加薬局	29
【2】報告件数	30
【3】報告内容	35
【4】報告率に関する統計	47
III 薬局ヒヤリ・ハット事例の分析	85
【1】名称確認に関するヒヤリ・ハット	85
【2】薬剤関係に関するヒヤリ・ハット	89
【3】ハイリスク薬に関するヒヤリ・ハット	125
【4】一般化薬剤に関するヒヤリ・ハット	144
【5】疑義照会に関するヒヤリ・ハット	167
【6】処方薬剤に関するヒヤリ・ハット	187

事例紹介	
IV 共有すべき事例	227
資料1 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 事業要綱	233
資料2 事例収集項目	267
資料3 薬局ヒヤリ・ハット分析表	273
資料4 事業参加薬局一覧	281
資料5 医療事故防止事業 運営委員会名簿	336
資料6 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 総合評価部会名簿	396

集計結果

テーマ分析



事業参加薬局数(都道府県別)



都道府県	薬局数	都道府県	薬局数	都道府県	薬局数	都道府県	薬局数
北海道	456	東京都	332	滋賀県	56	香川県	82
青森県	109	神奈川県	283	京都府	102	愛媛県	76
岩手県	58	新潟県	208	大阪府	341	高知県	90
宮城県	47	山梨県	38	兵庫県	227	福岡県	385
秋田県	55	長野県	82	奈良県	53	佐賀県	84
山形県	54	富山県	33	和歌山県	27	長崎県	64
福島県	109	石川県	25	鳥取県	24	熊本県	159
茨城県	49	福井県	16	島根県	42	大分県	65
栃木県	128	岐阜県	101	岡山県	47	宮崎県	33
群馬県	95	静岡県	154	広島県	117	鹿児島県	61
埼玉県	82	愛知県	155	山口県	315	沖縄県	34
千葉県	115	三重県	100	徳島県	31	合計	5,399

(2011年10月18日現在)

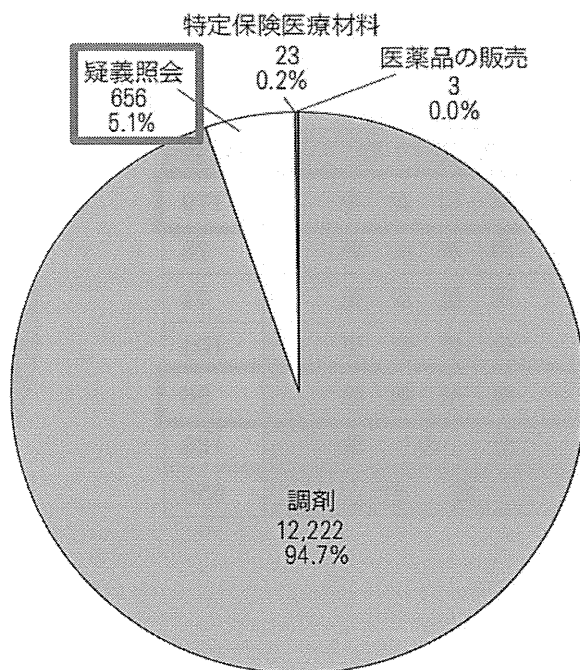
Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



ヒヤリ・ハット事例の概要



事例の概要(注1)	件数
調剤(注3)	12,222
疑義照会(注2)(注3)	656
特定保険医療材料	23
医薬品の販売	3
合計	12,904

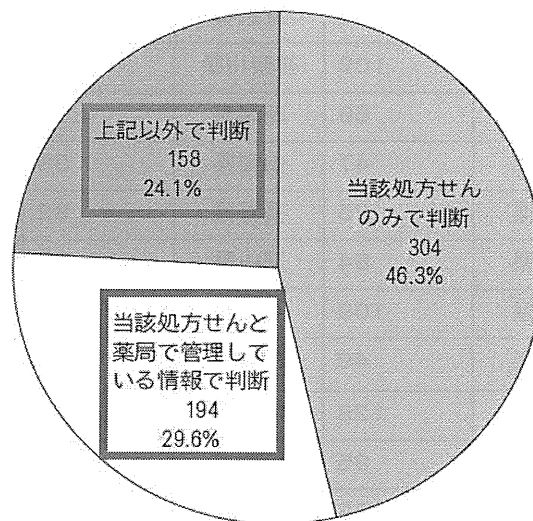


Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)

疑義照会のヒヤリ・ハット

薬局ヒヤリ・ハット事例
収集・分析事業
公益財団法人 日本医療機能評価機構

疑義があると判断した理由	件数
当該処方せんのみで判断	304
当該処方せんと薬局で管理している情報で判断	194
上記以外で判断	158
合計	656

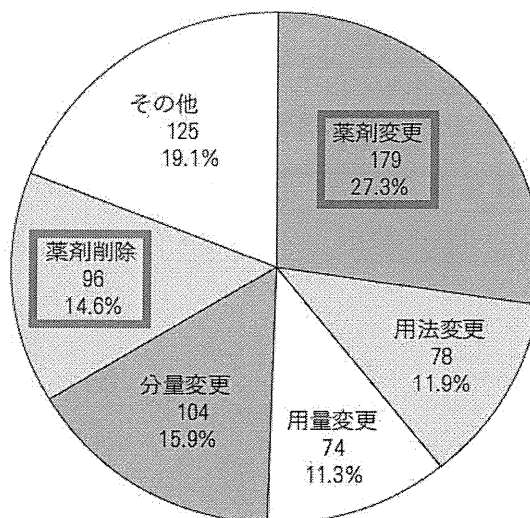


Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)

疑義照会のヒヤリ・ハット

薬局ヒヤリ・ハット事例
収集・分析事業
公益財団法人 日本医療機能評価機構

変更内容	件数
薬剤変更	179
用法変更	78
用量変更	74
分量変更	104
薬剤削除	96
その他	125
合計	656



Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



疑義照会に関するヒヤリ・ハット

薬局ヒヤリ・ハット事例
収集・分析事業
財団法人 日本医療機能評価機構

- ◆ 処方箋に「リウマトレックスカ[®] 錠2mg 1カ[°] 錠/分1 朝食後、28日分、リウマトレックスカ[®] 錠2mg 2カ[°] 錠/分2、12時間毎、28日分」と記載されていた。
- ◆ その通りに服用すると、休薬期間もなく、毎日服薬することになるため、過量投与となる可能性が推測された。
- ◆ そのため、処方医に疑義照会を行ったところ、処方箋の記載ミスとわかり、実際には「リウマトレックスカ[®] 錠2mg 1カ[°] 錠/分1 朝食後、4日分、リウマトレックスカ[®] 錠2mg 2カ[°] 錠/分2、12時間毎、4日分」であり、服用方法は4週にわたって、「毎週金曜の朝と夕に1カ[°] 錠ずつ、12時間後の土曜の朝に1カ[°] 錠」であった。



抗リウマチ剤(メトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制(第2報)

薬局ヒヤリ・ハット事例
収集・分析事業
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 医療安全情報 No.45 2010年8月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 No.45 2010年8月

抗リウマチ剤(メトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制(第2報)

抗リウマチ剤(メトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制を医療安全情報No.2(2007年1月)で情報提供いたしました。その後、再び類似の事例が2件報告されていますので、再度、情報提供いたします(累計期間:2006年10月1日~2010年6月30日)。

抗リウマチ剤として使用されるメトレキサートは休薬期間が必要な薬剤です。

(投与例)

メトレキサートの包装シートの改善がされています(イメージ)

メトレキサートカプセル2mg [XXXX]
この包装紙は、「休薬期間」の表示が追加されています。

この包装紙は、休薬期間が必要な薬剤であることを、薬剤師に通知していただく。

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.45 2010年8月

抗リウマチ剤(メトレキサート)の過剰投与に伴う骨髄抑制(第2報)

事例

抗リウマチ剤に対し、初めてリウマトレックスカプセルの投与を開始した。医師は、次の薬剤予定の3週間後までの処方にしたがった。毎朝1錠(1カ[°])を服用し、毎日数日分とするとする。このときの処方では毎日錠入カプセル1錠(1カ[°])を毎日錠入カプセル1錠(1カ[°])を毎日1錠の服用でなく、口頭で医師に処方された。処方薬局でも、薬剤師による投与方法の説明もなく、リウマトレックスカプセルの1日分が交付された。そのため患者は処方通りにリウマトレックスカプセルを毎日服用した。主治医が処方ミスに気付いた時、患者には骨髄抑制の症状が認められ、入院し治療を行った。

抗リウマチ剤として使用されるメトレキサートの製品

メトレキサート錠2mg・メトレキサート錠10mg・メトレキサートカプセル2mg・メトレキサートカプセル10mg

抗リウマチ剤(メトレキサート)の併投与(重複投与)について、厚生労働省より通知がされています。

○東京発売 0928001号	平成20年6月29日
○京都発売 1028001号	平成20年10月20日
○東京発売 1028001号	平成20年10月20日
○東京発売 1028001号	平成20年10月20日

総会評価部会の意見

薬剤の包装シートの服薬日時欄を利用するなど、休薬期間がわかるようにしましょう。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省)において作成された事例であり、当事業の一環として各医療機関の共有等の取組に要するものではありません。各医療機関の対応は、各自の判断によるものとさせていただきます。当事業の報告書の詳細については、各機関ホームページに掲載されている取組要領をご覧ください。
<http://www.med-safety.jp/>

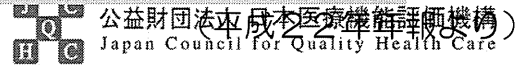
※この情報は、医師によるものであり、併投与における重複投与については注意していただくことが、その内容を判別するための保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の教育を目的とし、医療従事者に注意や責任を課したものではありません。

JQCC 財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒101-0081 東京都千代田区三田1-4-17 東京ビル
電話：03-5217-0282(直通) FAX：03-5217-0283(直通)
<http://www.jqcc.or.jp/htm/faq006.htm>

平成22年年報分析テーマ

1. 名称類似に関するヒヤリ・ハット
2. 薬効類似に関するヒヤリ・ハット
3. ハイリスク薬に関するヒヤリ・ハット
4. 一包化調剤に関するヒヤリ・ハット
5. 疑義照会に関するヒヤリ・ハット
6. 個別薬剤に関するヒヤリ・ハット
 - ①抗悪性腫瘍剤に関する事例
 - ②テオフィリン製剤に関する事例



薬局ヒヤリ・ハット分析表 (再び報告があった名称類似医薬品)

2011.12.20厚生労働省科学研究_地域医療基盤開発推進研究事業(秋山班) 平成23年度第2回班会議

薬局ヒヤリ・ハット事例
収集・分析事業
公益財団法人 日本医療機能評価機構

平成22年 No.1

薬局ヒヤリ・ハット分析表

再び報告があった名称類似医薬品

ヒヤリ・ハット事例のうち、事例の内容が「薬剤取違え」であった事例が1、2、3件報告されています。(集計期間：2010年1月1日～2010年12月31日)

このうち、抽選及び抽選の結果の順位の順次を文字通りご記載しておりますので、平成22年度の当該各両報告された医薬品(組み合わせ)4通り(4件)報告させていただきます。

医薬品の組み合わせ	
【2文字が一致しているもの】(25件)	
マグミット錠330mg	マグラックス錠330mg
ベザネートS R錠200	ベザトールS R錠200mg
MS冷シップ「タイホウ」	MS温シップ「タイホウ」
メパロチン錠5	メパン錠5
◎薬効が異なるもの	
ムコスタ錠500mg	ムコスタ錠100mg
薬効：呼吸器用薬、去たん剤/システイン系薬剤	薬効：消化器用薬、消化性潰瘍剤、その他の消化性器用薬
クラビット錠	クラリシッド錠200mg
薬効：化学療法剤、合成抗菌剤、ピリドンカルボン酸系薬剤	薬効：微生物製剤、主としてグラム陰性菌、マイコプラズマに作用するもの、その他の主としてグラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの
ユリノーム錠25mg	ユリーフ錠4mg
薬効：その他の代謝性医薬品、病態治療剤、その他の鎮痛薬	薬効：泌尿生殖器及び肛門用薬、その他の泌尿生殖器及び肛門用薬
【3文字以上一致しているもの】(21件)	
◎薬効が同じもの	
クラリス錠200	クラリシッド錠200mg
ブレドニゾン錠1mg(塩化)	ブレドニン錠5mg
◎薬効が異なるもの	
ノイロトロン錠4単位	ノイロビタン配合錠
薬効：中枢神経系用薬、解熱鎮痛剤、その他の解熱鎮痛剤	薬効：中枢神経系用薬、解熱鎮痛剤、その他の解熱鎮痛剤
スローケー錠600mg	スロフィー錠60mg
薬効：泌尿器系薬、麻酔薬、その他の麻酔薬	薬効：泌尿器系薬、麻酔薬、その他の麻酔薬
◎その他(濃方製剤)	
ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)
ツムラ麻黄湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒(医療用)
ツムラ加味逍遥散エキス顆粒(医療用)	ツムラ加味逍遥散エキス顆粒(医療用)

※医薬品名(ヒヤリ・ハット事例)・処方箋(平成22年度) P79図表1-1を参照

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
薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業
〒100-0001 東京都千代田区三越1-4-17 東洋ビル
電話：03-5717-0281(直通) FAX：03-5717-0253(直通)
http://www.onkyokyo-hyari.jp/

医薬品の組み合わせ

【2文字が一致しているもの】(25件)

◎薬効が同じもの

マグミット錠330mg	マグラックス錠330mg
ベザネートS R錠200	ベザトールS R錠200mg
MS冷シップ「タイホウ」	MS温シップ「タイホウ」
メパロチン錠5	メパン錠5

◎薬効が異なるもの

ムコスタ錠500mg	ムコスタ錠100mg
薬効：呼吸器用薬、去たん剤/システイン系薬剤	薬効：消化器用薬、消化性潰瘍剤、その他の消化性器用薬
クラビット錠	クラリシッド錠200mg
薬効：化学療法剤、合成抗菌剤、ピリドンカルボン酸系薬剤	薬効：微生物製剤、主としてグラム陰性菌、マイコプラズマに作用するもの、その他の主としてグラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの
ユリノーム錠25mg	ユリーフ錠4mg
薬効：その他の代謝性医薬品、病態治療剤、その他の鎮痛薬	薬効：泌尿生殖器及び肛門用薬、その他の泌尿生殖器及び肛門用薬

【3文字以上一致しているもの】(21件)

◎薬効が同じもの

クラリス錠200	クラリシッド錠200mg
ブレドニゾン錠1mg(塩化)	ブレドニン錠5mg

◎薬効が異なるもの

ノイロトロン錠4単位	ノイロビタン配合錠
薬効：中枢神経系用薬、解熱鎮痛剤、その他の解熱鎮痛剤	薬効：中枢神経系用薬、解熱鎮痛剤、その他の解熱鎮痛剤
スローケー錠600mg	スロフィー錠60mg
薬効：泌尿器系薬、麻酔薬、その他の麻酔薬	薬効：泌尿器系薬、麻酔薬、その他の麻酔薬

◎その他(濃方製剤)

ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)
ツムラ麻黄湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒(医療用)
ツムラ加味逍遥散エキス顆粒(医療用)	ツムラ加味逍遥散エキス顆粒(医療用)

※薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業「平成22年年報」P79図表1-7を参照