

誤った処方の不十分な確認

事例のイメージ

プレドニゾンの量の
確認をお願いします。

27g は多いな。
きっと、プレドニゾン
として27mg だろう。
医師に確認してみよう。

処方せん

〇〇〇〇様

プレドニゾン散1%
1日27g 1日2回 7日分

疑問点が伝わる 疑義照会の例

プレドニゾン散1%の1日量が27gと記載されて
いますが、プレドニゾンとして270mgとなります。
添付文書上の用法・用量は、プレドニゾンと
して1日5~60mgですので、量が多いと思います。
ご確認をお願いします。

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)

リツキシマブ製剤投与後のB型肝炎再活性化 に関連した事例

- リツキシマブ（遺伝子組換え）製剤（商品名：リツキサン® 注10 mg / mL）は、ヒトBリンパ球表面に存在する分化抗原CD20のモノクローナル抗体であり、細胞傷害作用を有する。
- B細胞性非ホジキンリンパ腫に対する効果のほか、B細胞に特化した免疫抑制の強化を目的として、肝移植、腎移植の術前に投与されることもある。
- このように免疫療法、化学療法に使用される代表的な薬剤である。



リツキシマブ製剤投与後のB型肝炎再活性化 に関連した事例

医事事故情報
収集等委員会
日本肝臓学会/日本腎臓学会/日本消化器学会

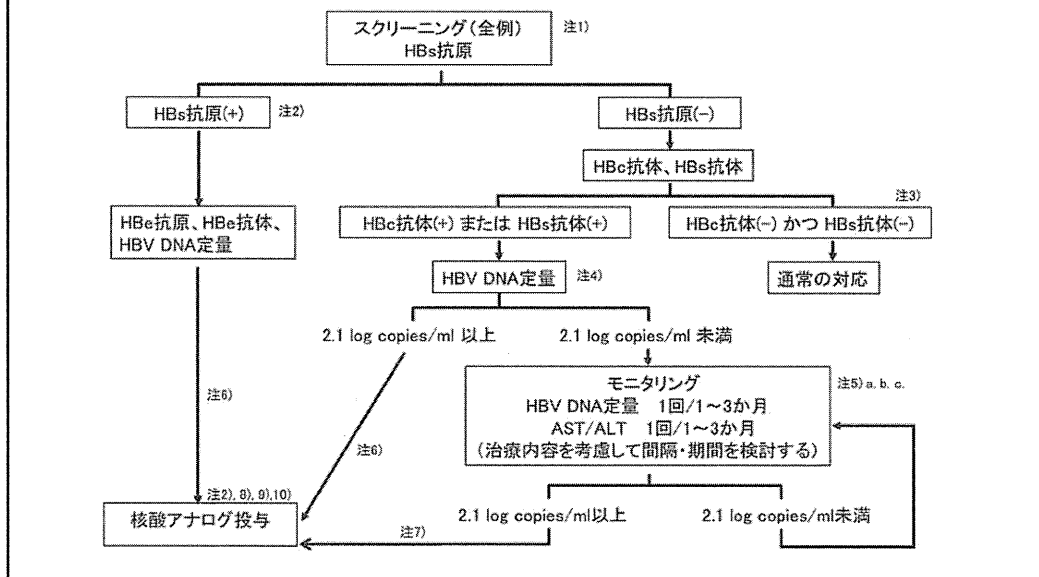
- 1) アナフィラキシー様症状、肺障害、心障害等
- 2) 腫瘍崩壊症候群
- 3) B型肝炎ウイルスによる劇症肝炎、肝炎の増悪
- 4) 肝機能障害、黄疸
- 5) 皮膚粘膜症状等
- 6) 汎血球減少、白血球減少、好中球減少、血小板減少
- 7) 感染症
- 8) 進行性多巣性白質脳症 (PML)
- 9) 間質性肺炎
- 10) 心障害
- 11) 腎障害
- 12) 消化管穿孔・閉塞
- 13) 血圧下降
- 14) 可逆性後白質脳症症候群等の脳神経症状

副作用



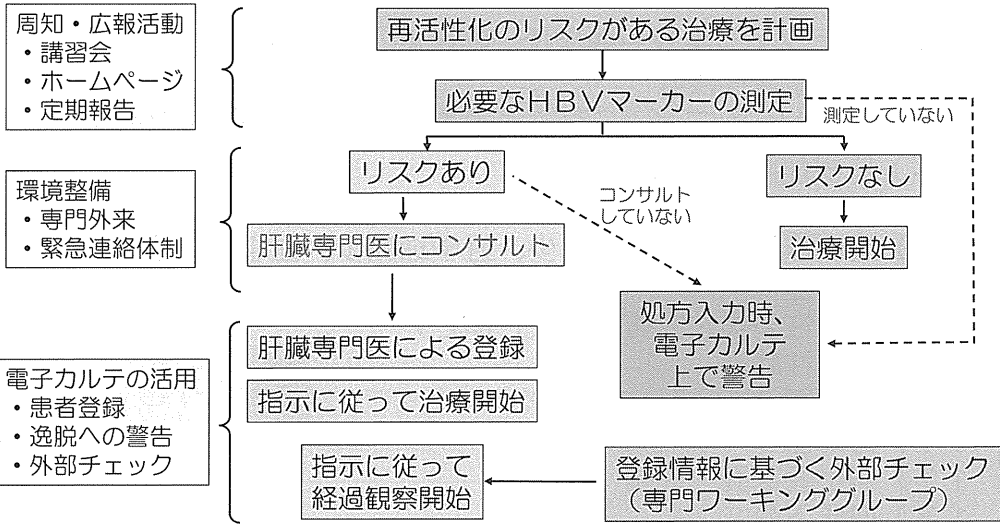
B型肝炎治療ガイドライン (第1. 1版) (平成24年5月 日本肝臓学会)

医事事故情報
収集等委員会
日本肝臓学会/日本腎臓学会/日本消化器学会





再活性化B型肝炎対策院内基準（案）（九州大学病院）



- 周知・広報活動
- ・講習会
 - ・ホームページ
 - ・定期報告

- 環境整備
- ・専門外来
 - ・緊急連絡体制

- 電子カルテの活用
- ・患者登録
 - ・逸脱への警告
 - ・外部チェック



アドレナリンの希釈の呼称に関連した事例
（事例に関連したアドレナリン含有製剤）

医療事故/情報
取組等/事例

注射

外用

局麻
（比ネリソ、
比レミン含有）

販売名	アドレナリン含有量	アドレナリン原液に対する希釈倍数	アドレナリン含有量の倍数について添付文書に記載された内容
 ボスミン®注1mg	1mg/mL	1,000倍	【薬効 薬理】 ボスミン注1mgは、化学的に合成した副腎髄質ホルモン（アドレナリン）の1,000倍濃度であり、交感神経のα、β受容体に作用する。
 ボスミン®外用液0.1%	1mg/mL	1,000倍	【薬効 薬理】 ボスミン外用液0.1%は、化学的に合成した副腎髄質ホルモン（アドレナリン）の1,000倍濃度であり、交感神経のα、β受容体に作用する。
 キシロカイン®注射液0.5% エピレナミン（1:100,000）含有* キシロカイン®注射液1% エピレナミン（1:100,000）含有	0.01mg/mL	100,000倍	倍数についての記載なし
キシロカイン®注射液2% エピレナミン（1:80,000）含有*	0.0125mg/mL	80,000倍	

Japan Council for Quality Health Care (JCQC)



アドレナリンの希釈の呼称に関連した事例の背景・要因など

医事事故情報
収集等事業

事例	医師の指示	医師の意図した製剤とアドレナリン希釈倍数	看護師の準備した製剤とアドレナリン希釈倍数	過量の程度	関わった医療職のエラーの主な要因
1	ボスミン外用液を	キシロカイン®注射液1% エピレナミン(1:100,000) 含有10mLの2倍希釈 [アドレナリンの200,000倍希釈]	ボスミン®外用液0.1%を 2倍希釈した [アドレナリンの2,000倍 希釈]	100倍	<主治医> ・「ボスミン倍希釈」という言葉を使 っており、希釈倍数の具体的内容は言 葉にできなかった。 <看護師> ・ボスミンをどのような希釈倍数で使 用するの知識がなかった。 <麻酔科医> ・主治医に「ボスミン倍希釈使用しま す」と報告を受けた。
2	20万倍 ボスミン	キシロカイン®注射液1% エピレナミン(1:100,000) 含有10mLの2倍希釈 [アドレナリンの200,000倍希釈]	ボスミン®外用液0.1%を 2倍希釈した [アドレナリンの2,000倍 希釈]	100倍	<執刀医> ・「20万倍ボスミン」という言葉を使 っており、アドレナリンの希釈倍 数であることは言葉にできなかった。 <看護師> ・外用の塗布用ボスミンを使用すると 思い込んだ。
3	ボスミン	キシロカイン®注射液1% エピレナミン(1:100,000) 含有10mLの2倍希釈 [アドレナリンの200,000倍希釈]	ボスミン®外用液0.1% [アドレナリンの1,000倍 希釈]	200倍	<執刀医> ・非常勤の医師であり、通常勤 務している病棟では手術の際、 「ボスミン」と言えばアドレナリンの 200,000希釈倍数の注射液が出る ルールになっていた。 <看護師> ・当該医療機関では、「ボスミン」 の使用はボスミン外用液0.1% をカーゼなどに浸して局所の 止血に用いており、医師の 「ボスミン」の言葉にボスミン外用液 と思い込んだ。

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)

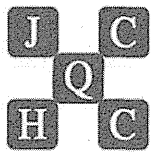


アドレナリンの希釈の呼称に関連した事例の背景・要因など

医事事故情報
収集等事業

- 「ボスミン倍希釈・・・」
→何を倍に希釈するか指示していない。
- 「20万倍ボスミン・・・」
→製剤を指示していない。
- 「ボスミン・・・」
→製剤も、希釈倍数も指示していない。

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



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

医療安全情報

Japan Council for Quality Health Care (JCQC)



情報収集・分析～成果の還元

医療事故情報
収集等事業

医療機関

医療事故

①報告義務

大学病院
カトリック
国立病院機構
の病院 など

②任意参加

ヒヤ・ハット
(発生件数情報
事例情報)

①任意参加



Web報告

①選択項目

発生年月	発生場所	発生部門	発生職種	発生種別
発生患者数	発生回数	発生件数	発生回数	発生件数

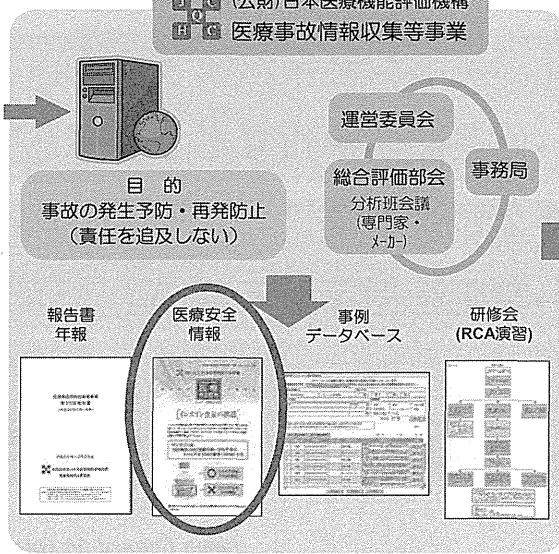
②記述項目

医療行為の目的	事故の内容
背景・要因	改善策



文書、訪問調査
(任意)

(公財)日本医療機能評価機構
医療事故情報収集等事業



国民
医療機関
関係学会・
団体
行政機関
など



医療機関



施設数

① 事業参加医療機関	1,275
診療所	84
病院	1,191
② 事業参加医療機関以外の送付	3,335
③ 新たに送付を希望した病院	696
計 (①+②+③)	5,306

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)

医療安全情報収集等事業 医療安全情報 No.72 2012年11月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 硬膜外腔に持続注入する薬剤の誤った接続

No.72 2012年11月

硬膜外腔に持続注入すべき薬剤を、誤って静脈カテーテルに接続して投与した事例が2件報告されています(集計期間:2008年1月1日～2012年9月30日、第2回出版対象「個別」のテーマでの検討状況)(P.139)に一部を掲載。

硬膜外腔に持続注入すべき薬剤を、誤って静脈カテーテルに接続した事例が報告されています。

事例のイメージ

硬膜外カテーテルに持続注入する薬剤の誤った接続

硬膜外カテーテルに持続注入する薬剤を、誤って静脈カテーテルに接続して投与した事例が2件報告されています(集計期間:2008年1月1日～2012年9月30日、第2回出版対象「個別」のテーマでの検討状況)(P.139)に一部を掲載。

医療安全情報 No.72 2012年11月

硬膜外腔に持続注入する薬剤の誤った接続

事例

硬膜外腔への持続注入のため、硬膜外カテーテルにパロロウシクタン(注)を硬膜外腔に注入して、その後3日目、硬膜外腔に静脈カテーテルを挿入した際、硬膜外腔にカテーテルを挿入したところ、硬膜外腔にカテーテルが接続されていた。硬膜外カテーテルに接続されていたカテーテルを抜去し、硬膜外腔にカテーテルを再接続した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・ルート類は、接続部位から挿入部位が分かる位置までたどって確認する。
- ・挿入位置がわからぬところまで確認できない場合、「ルート」の接続部付近に「硬膜外腔用」や「静脈用」などの印をつけ、挿入部位が分かるよう工夫をする。
- ・硬膜外腔用と静脈用で違う加圧式医薬品注入装置を使用し区別する。

※パロロウシクタンは、硬膜外腔に持続注入する薬剤として承認されている薬剤です。硬膜外腔に持続注入する薬剤として承認されていない薬剤は、硬膜外腔に持続注入してはなりません。

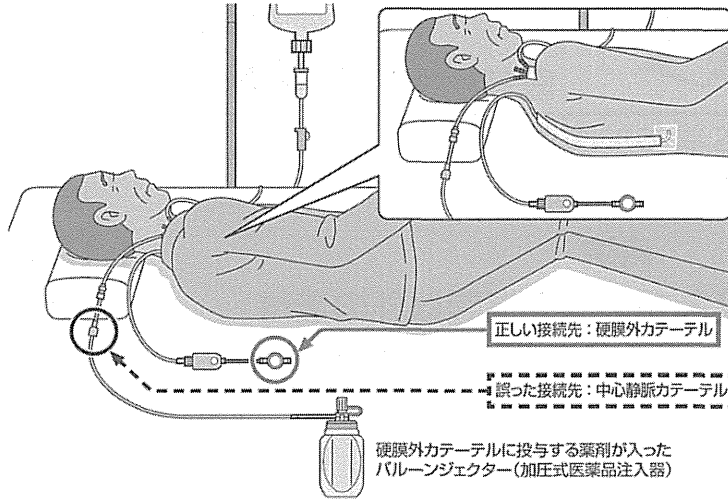
※パロロウシクタンは、硬膜外腔に持続注入する薬剤として承認されている薬剤です。硬膜外腔に持続注入する薬剤として承認されていない薬剤は、硬膜外腔に持続注入してはなりません。

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
〒107-0051 東京都千代田区千代田1-7-7 東京ビル
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)
FTEL: 03-5217-0253

硬膜外腔に持続注入する薬剤の誤った接続

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

事例のイメージ



手動式肺人工蘇生器の組み立て間違い

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

公益財団法人 日本医療機能評価機構
医療安全情報 No.74 2013年11月

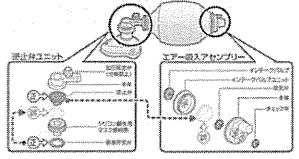
医療安全情報 No.74 2013年11月

手動式肺人工蘇生器の組み立て間違い

手動式肺人工蘇生器の組み立てを間違えていたため、有効な換気がなされた事例が複数報告されています(累計期間2009年1月1日～2012年11月30日、第300号報告書(報告のテーマの検討状況)(P151)の一部を掲載)。

手動式肺人工蘇生器の組み立てを間違えていたため、有効な換気がなされた事例が報告されています。

事例1で用いた手動式肺人工蘇生器のイメージ



医療安全情報 No.74 2013年11月

手動式肺人工蘇生器の組み立て間違い

事例1

患者の気管挿管の際に、手動式肺人工蘇生器を使用して、マスクとマスクカバーの間にチューブを接続する際に、マスクカバーの接続部がマスク本体の接続部と接続されず、チューブがマスク本体の接続部に接続されたため、有効な換気がなされた事例が報告されています。

事例2

人工蘇生器の組み立てを間違えていたため、有効な換気がなされた事例が報告されています。人工蘇生器の組み立てを間違えていたため、有効な換気がなされた事例が報告されています。

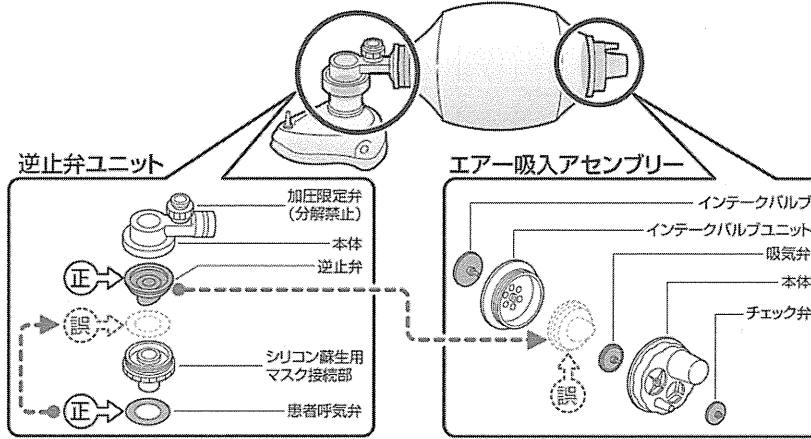
事例が発生した原因の取りまとめ
・手動式肺人工蘇生器の洗浄・組立ては臨床工学技士など医療従事者によって行う。
・手動式肺人工蘇生器は、担当職員が説明書に基づいて組立てを行い、動作の確認をする。

組合評価制度の意義
・手動式肺人工蘇生器の組立ては原則として行われ、組立て後に必ず動作の確認を行う。
・手動式肺人工蘇生器を患者に提供する場合は、換気が行われているかを確認の点に基づいて確認する。

この報告書は、医療事故調査報告書に基づいて作成されたものであり、医療事故調査報告書に記載されている事実を基に作成されています。医療事故調査報告書に記載されている事実とは異なる場合があります。医療事故調査報告書の詳細については、医療事故調査報告書の発行機関にお問い合わせください。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事務局
〒107-0001 東京都港区赤坂1-1-1 赤坂ビル
電話 03-3462-0000(直通) FAX 03-3462-0001(直通)
Eメール info@jqi.or.jp

事例1で使用した手動式肺人工蘇生器のイメージ



再使用可能な手動式肺人工蘇生器の添付文書等の自主点検等について

(厚生労働省医薬食品局
安全対策課長通知)

審査発令 0026 第 2 号
平成 25 年 5 月 26 日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医薬食品局安全対策課長
（公 印 省 略）

再使用可能な手動式肺人工蘇生器の添付文書等の自主点検等について

手動式肺人工蘇生器は、無呼吸や呼吸不全状態にある患者の緊急時の換気に用いられるものであり、繰り返し使用する製品と、分解、洗浄、消毒等の後、再度組み立てを行うことで再使用可能な製品の2種類が存在します。

再使用可能な手動式肺人工蘇生器において、誤って組み立てられた状態で使用し、患者の換気が十分にできなかった医療事故が報告されています。本医療機器の適切な動作を確保するためには、部品を正しく組み立てるとともに、正常な換気が行えるか動作点検により確認する必要があります。

このため、再使用可能な手動式肺人工蘇生器を取り扱う製造販売業者に対し、別途の通知と併せて、添付文書（取扱説明書等（以下「添付文書等」という。））に組み立て方法

再使用可能な手動式肺人工蘇生器において、誤って組み立てられた状態で使用し、患者の換気が十分にできなかった医療事故が報告されています。本医療機器の適切な動作を確保するためには、部品を正しく組み立てるとともに、正常な換気が行えるか動作点検により確認する必要があります。

医薬品医療機器総合研究所 〒100-8585 東京都千代田区千代田1-1-1 TEL:03-5253-1111 FAX:03-5253-2594

問い合わせ先
厚生労働省医薬食品局安全対策課
TEL:03-5253-1111 FAX:03-5253-2594



はさみによるカテーテル・チューブの 誤った切断

医療事故情報
収集等事業

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.99 2014年5月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報
No.99 2014年5月

はさみによるカテーテル・チューブの誤った切断

医療材料や医療機器をはさみで切るように、誤って別のカテーテル・チューブを切断した事例が複数報告されています(累計期間：2011年1月1日～2014年3月31日、第50回報告表(報告のテーマでの材料区分)(P160)に一部を掲載)。

医療材料や医療機器をはさみで切るようとした際に、誤って別のカテーテル・チューブを切断した事例が報告されています。

切断の目的	切断しようとしたもの	誤って切断したもの	件数
長さや大きさの調整	気管チューブの固定テープ	気管チューブのインフレーションチューブ*	2
	ガーゼ	気管チューブのインフレーションチューブ*	1
	気管チューブ	閉鎖式気管吸引カテーテル	1
カテーテル抜去の際の固定系の切断	中心静脈カテーテルの固定系	中心静脈カテーテル	1
	硬膜外カテーテルの固定系	硬膜外カテーテル	1
	持続肋間神経ブロックのカテーテルの固定系	持続肋間神経ブロックのカテーテル	1

※気管チューブのカフに空気を注入するためのチューブ

医療安全情報 No.99 2014年5月

はさみによるカテーテル・チューブの誤った切断

事例1

患者の気管チューブの固定テープを調整しようとして、患者の顔に貼られた別のカテーテル・チューブの固定テープをはさみで切ったところ、一緒に気管チューブのインフレーションチューブも切断した。直ちに医師が気管チューブを交換した。

事例2

中心静脈カテーテルを抜去する際、医師は病人の顔に貼られた別のカテーテル・チューブの固定テープをはさみで切ったところ、中心静脈カテーテルも一緒に切断された。医師はすぐに中心静脈カテーテルを交換した。その後、医師は中心静脈カテーテルの固定テープを交換した。

事例が発生した医療機関の取り組み

はさみを使用する前に、カテーテル・チューブを確認する。
固定系を切る際は、カテーテル・チューブの位置を確認してから切断する。

※この報告書は医療事故情報収集等事業の報告書に基づいて作成されたもので、医療機関の報告内容に基いて作成されたものであり、医療機関の報告内容に基いて作成されたものではありません。
※この報告書は医療事故情報収集等事業の報告書に基づいて作成されたもので、医療機関の報告内容に基いて作成されたものではありません。
※この報告書は医療事故情報収集等事業の報告書に基づいて作成されたもので、医療機関の報告内容に基いて作成されたものではありません。

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
〒102-8501 東京都千代田区千代田1-4-17 都庁ビル
電話：03-6261-7000(直通) FAX：03-6261-7000(直通)
http://www.jcqhc.jp/

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



はさみによるカテーテル・チューブの 誤った切断

医療事故情報
収集等事業

切断の目的	切断しようとしたもの	誤って切断したもの	件数
長さや大きさの調整	気管チューブの固定テープ	気管チューブのインフレーションチューブ*	2
	ガーゼ	気管チューブのインフレーションチューブ*	1
	気管チューブ	閉鎖式気管吸引カテーテル	1
カテーテル抜去の際の固定系の切断	中心静脈カテーテルの固定系	中心静脈カテーテル	1
	硬膜外カテーテルの固定系	硬膜外カテーテル	1
	持続肋間神経ブロックのカテーテルの固定系	持続肋間神経ブロックのカテーテル	1

※気管チューブのカフに空気を注入するためのチューブ

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



人工呼吸器の配管の接続忘れ

医療事故情報
収集等調査
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調査 医療安全情報 No.92 2014年7月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報

No.92 2014年7月

人工呼吸器の配管の接続忘れ

医療事故情報収集等調査のアンケート調査から、ホースアセンブリを接続していない人工呼吸器を接続したため、患者に悪影響が生じた事例が報告されています(統計情報:2014年1月1日～2014年5月31日、例)は国府地方(国府のテーマの現状)に一般化はしていません。

医療ガス配管設備のアウトレットにホースアセンブリを接続していない人工呼吸器を装着したため、患者に影響があった事例が報告されています。

事例1のイメージ

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)

医療事故情報 No.92 2014年7月

[人工呼吸器の配管の接続忘れ]

事例1

医療事故情報収集等調査のアンケート調査から、ホースアセンブリを接続していない人工呼吸器を接続したため、患者に悪影響が生じた事例が報告されています(統計情報:2014年1月1日～2014年5月31日、例)は国府地方(国府のテーマの現状)に一般化はしていません。

事例2

医療事故情報収集等調査のアンケート調査から、ホースアセンブリを接続していない人工呼吸器を装着したため、患者に影響があった事例が報告されています(統計情報:2014年1月1日～2014年5月31日、例)は国府地方(国府のテーマの現状)に一般化はしていません。

報告が起きた設備の点検結果

人工呼吸器のホースアセンブリを医療ガス配管設備のアウトレットに接続し、作業員が確認したのが、患者に人工呼吸器を装着する際、人工呼吸器を装着する際、確認が確認できず、患者に悪影響が生じたことが確認されています。このことから、患者の悪影響が生じたことが確認されています。

報告が起きた設備の点検結果

人工呼吸器の基本的な確認やアラーム発生時の確認と対応方法について、教育・研修を行うこと。人工呼吸器の点検確認が確認できず、患者に悪影響が生じたことが確認されています。このことから、患者の悪影響が生じたことが確認されています。

この事例は、医療事故情報収集等調査のアンケート調査から、ホースアセンブリを接続していない人工呼吸器を装着したため、患者に影響があった事例が報告されています(統計情報:2014年1月1日～2014年5月31日、例)は国府地方(国府のテーマの現状)に一般化はしていません。また、医療事故情報収集等調査のアンケート調査から、ホースアセンブリを接続していない人工呼吸器を装着したため、患者に影響があった事例が報告されています(統計情報:2014年1月1日～2014年5月31日、例)は国府地方(国府のテーマの現状)に一般化はしていません。

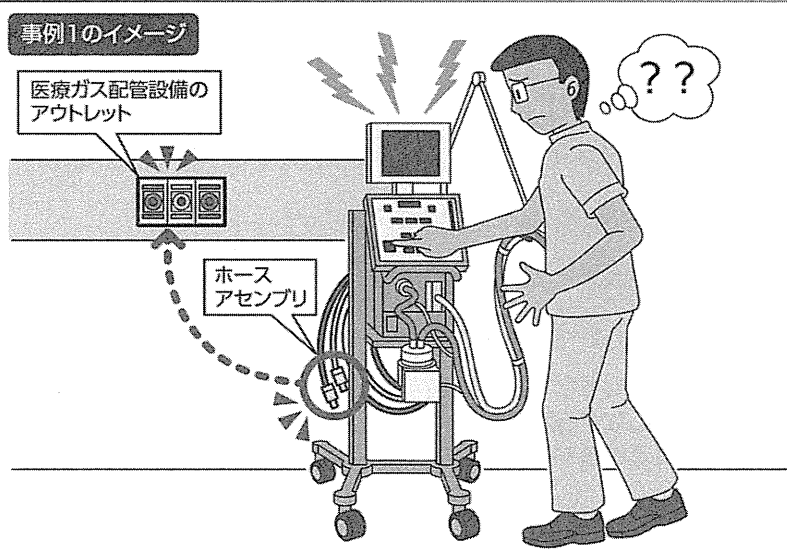
公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒100-0001 東京都千代田区千代田1-17-7 東京ビル
TEL 03-5561-2111(受付) 03-5561-2112(相談) FAX 03-5561-2119(編集)

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



人工呼吸器の配管の接続忘れ

医療事故情報
収集等調査
公益財団法人日本医療機能評価機構



Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.20 2009年5月
財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報

No.20 2009年5月

アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与

アレルギーの既往がわかっている薬剤を投与した事例が12件報告されています。そのうち、診療録の決められた場所に薬物アレルギー情報の記載がなく、診療録以外の他の場所に記載されていたため、投与禁忌である薬剤を処方した事例が6件報告されています。*（調査期間：2008年1月1日～2008年1月31日、第12回報告書）共有すべき医療事故情報に一部を掲載。

診療録の決められた場所に薬物アレルギー情報の記載がなかったため、禁忌薬剤を投与した事例が報告されています。

薬物アレルギー情報が記載してあった場所

- カルテの経過記録
- 外来予診カード
- アナムネ用紙
- 外来カルテに貼付された紹介状

*アレルギーがわかっている薬剤の投与に関連した事例には、この他、薬物アレルギー情報を確認しなかった事例や、薬物アレルギー情報の記載が不十分であった事例が報告されています。

医療安全情報 No.20 2009年5月

アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与

事例

経口入剤時、医師Aは、患者にクワビト内服によるアレルギー反応が認められたことを電子カルテの経過記録に記載したが、電子カルテ内の決められた場所にアレルギーに関する記載をしなかった。そのため、今回処方した薬剤Bは、患者にクワビトを処方した。

事例が発生した医療機関の取り組み

薬物アレルギー情報を、アレルギーの有無を含めて、いつ、誰が、カルテのどこに記載するかを明確にする。

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
〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1 千代田ビル4階
TEL: 03-5217-0202(直通) FAX: 03-5217-0203(直通)
http://www.jcqhcc.jp/

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)

薬物アレルギー情報が記載してあった場所

- カルテの経過記録
- 外来予診カード
- アナムネ用紙
- 外来カルテに貼付された紹介状

◆アレルギーがわかっている薬剤の投与に関連した事例には、この他、薬物アレルギー情報を確認しなかった事例や、薬物アレルギー情報の記載が不十分であった事例が報告されています。

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



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

口頭指示による薬剤量間違い

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.27 2009年2月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報

No.27 2009年2月

【口頭指示による薬剤量間違い】

口頭指示の際、薬剤の単位や量、希釈の条件が明確に伝えなかったため、薬剤量を間違えた事例が報告されています。医療機関2008年1月1日～2008年11月30日、第12回報告書（共有すべき医療事故情報）に掲載されています。

口頭指示の際、薬剤の単位や量、希釈の条件を明確に伝えなかったため、薬剤量を間違えた事例が報告されています。

医師の口頭指示	医師が意図したもの	実際に投与したもの
「ラシックス1ミリ」	ラシックス 1mg	ラシックス 1mL (10mg)
「エフェドリン2ミリ」	生理食塩水9mLで10倍に希釈したエフェドリン 2mL (エフェドリンとして8mg)	希釈していないエフェドリン 2mL (80mg)

医療安全情報 No.27 2009年2月

【口頭指示による薬剤量間違い】

事例1
輸血室に於いて、医師Aは、ラシックスを10mg投与することを意図して「ラシックスを1ミリ投与してください」と、口頭で医師Bに指示をした。医師Bは、ラシックス1mL (10mg) を患者に投与した。

事例2
当科病室では、エフェドリンを使用する際は、エフェドリン「ナカセ」1アンプル1mL (40mg/mL) を生理食塩水9mLで希釈している。患者に於いて、医師Cは希釈したエフェドリン2mL (エフェドリンとして8mg) 投与することを意図して「エフェドリン2ミリ投与してください」と、口頭で医師Dに指示をした。医師Dは、希釈していないエフェドリン2mL (80mg) を患者に投与した。

事例が発生した医療機関の取り組み
やむを得ず口頭指示を行う際は、薬剤の単位を漏れせず、明確に量や条件を伝える。

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
〒102-8565 東京都千代田区千代田1-7-7 第12回報告書
電話: 03-5523-0202(直通) FAX: 03-5523-0203(直通)
http://www.jcqhc.or.jp/guide/accident.html

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



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

口頭指示による薬剤量間違い

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

医師の口頭指示	医師が意図したもの	実際に投与したもの
「ラシックス1ミリ」	ラシックス 1mg	ラシックス 1mL (10mg)
「エフェドリン2ミリ」	生理食塩水9mLで10倍に希釈したエフェドリン 2mL (エフェドリンとして8mg)	希釈していないエフェドリン 2mL (80mg)

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



放射線検査での患者取り違え

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.73 2012年12月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 放射線検査での患者取り違え
No.73 2012年12月

放射線検査での患者氏名の確認が不十分であったため、患者を取り違えて検査が行われた事例が報告されています(累計期間2008年1月1日～2012年10月31日、第18回報告「個別」のテーマの雑誌付録(P13)の一部を掲載)。

放射線検査での患者氏名の確認が不十分であったため、違う患者が入室したにもかかわらず、そのまま検査が行われた事例が報告されています。

検査項目	患者A	患者B	検査結果
レントゲン検査	○	○	3
骨シンチグラフィ	×	○	1
消化管造影検査	×	○	1
冠動脈CT検査	×	○	1

医療安全情報 No.73 2012年12月

放射線検査での患者取り違え

事例1
レントゲン撮影を行った際、検査依頼書は患者を患者Aと誤認し、その結果、患者Bに検査を実施してしまっていたという状況が明らかになった。そのため、患者Aと患者Bの両方に検査結果が記載されたという状況が明らかになった。

事例2
PET検査の検査依頼書に患者Aの氏名が記載されていたにもかかわらず、検査室で患者Bの検査を実施してしまっていたという状況が明らかになった。検査室で患者Bの検査を実施したにもかかわらず、検査依頼書に患者Aの氏名が記載されていたという状況が明らかになった。

事例が発生した医療機関の取り組み
「必ず患者自身に氏名を告げてもらう」
「問いで取り違えが発生した際の患者の確認方法を徹底する」
例) 検査が待合した予約番号や検査室などを確認する。
検査依頼書との照合を行うカードを作成し、患者に渡す。

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
〒100-0001 東京都千代田区千代田1-7-7 東都ビル
電話: 03-6217-0000(直通) FAX: 03-6217-0003(直通)
http://www.jcqhc.jp

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



放射線検査での患者取り違え

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

待合室

患者Aさん 検査担当

患者Bさん

はい

間違えて患者Bが入室

患者の確認方法

患者に名乗ってもらう	患者が持参した予約票等と患者氏名を突合する	患者Bに予定していた検査	患者Bに実施した患者Aの検査	件数
患者Bです(フルネーム)	患者Aの氏名 検査担当 患者Bの氏名 検査担当 突合	レントゲン検査	レントゲン検査	3
×	—	骨シンチグラフィ	PET (FDG投与まで)	1
×	×	消化管造影検査	内視鏡検査	1
×	×	冠動脈CT検査	肝臓ダイナミックCT検査	1
○	×			

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)

手術部位の左右の取り違え (第2報) 【第50号】

公益財団法人 日本医療機能評価機構
医療安全情報 No.50 2011年11月

手術部位の左右の取り違え (第2報)

手術部位の左右の取り違えを医療安全情報No.6(2007年7月)で掲載いたしました。その後、再び類似の事例が11件報告されていますので、再度、医療安全情報にいたします(集計期間2007年1月1日～2010年11月30日)。

手術部位の左右を取り違えた事例が再び報告されています。それらは次の事例です。

- ①マーキングを適切にしなかった。
- ②マーキングはしたが、執刀直前に手術部位の確認をしなかった。

マーキング	件数	執刀直前の手術部位の確認
あり	5件	あり 0件 なし 5件
なし	8件	
不明	8件	

◆マーキングありの事例5件のうち、2件はマーキングそのものの左右間違いの事例、1件はマーキングが消えた事例、2件は覆布などでマーキングが見えなかった事例です。

医療安全情報 No.50 2011年11月

手術部位の左右の取り違え(第2報)

事例

左股関節ヘルニアの手術の前日、手術室の看護師と患者の家族とで、翌日に施行する手術のマーキングを、手術室の医師と看護師とで確認し、手術室の看護師から家族へマーキングを確認した。しかし、家族は手術室の看護師のマーキングを確認し、手術室の看護師のマーキングを確認した。手術室の看護師は、手術室の看護師のマーキングを確認し、手術室の看護師のマーキングを確認した。手術室の看護師は、手術室の看護師のマーキングを確認し、手術室の看護師のマーキングを確認した。

事例が発生した医療機関の取り組み

術前マーキングおよびタイムアウトのマニュアルを策定する。手術に関わる医師、看護師でタイムアウトを実施する。

総合評価部会の意見

手術の間のタイムアウトは、①執刀直前に、②チーム全員で、③いったん手を止めて、④チェックリストに従って、⑤患者の部位を確認する。ことを意味します。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療安全情報部
〒100-0001 東京都千代田区千代田4-1-2 東武ビル
TEL: 03-3577-7000 FAX: 03-3577-7001
http://www.jcqhcc.jp

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)

手術部位の左右の取り違え (第2報) 【第50号】

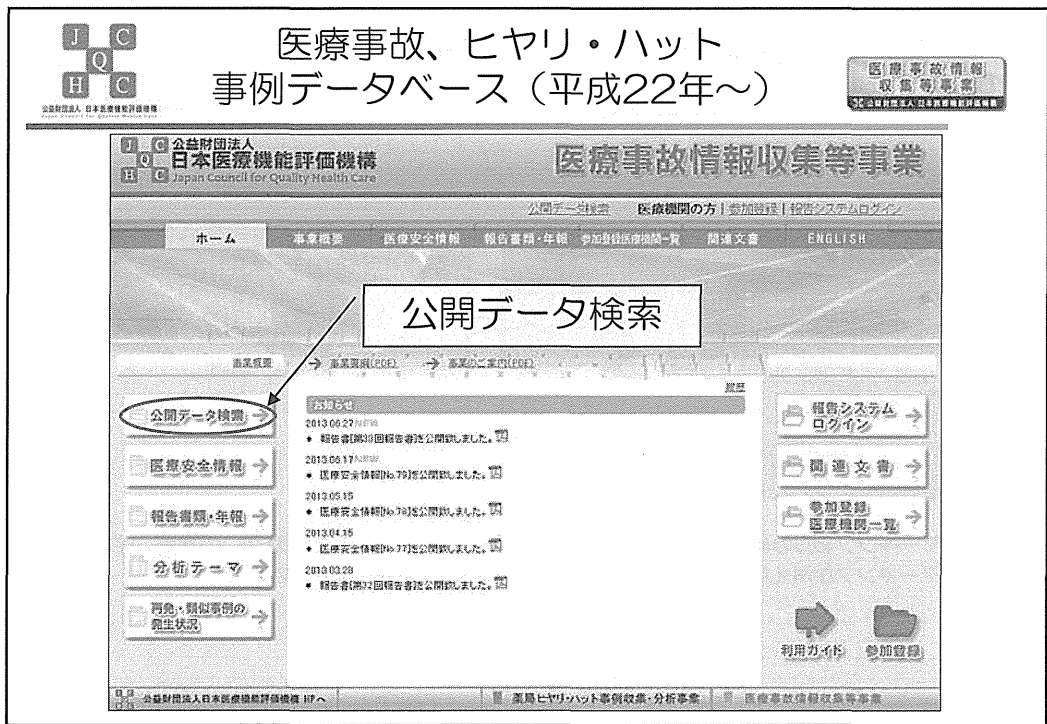
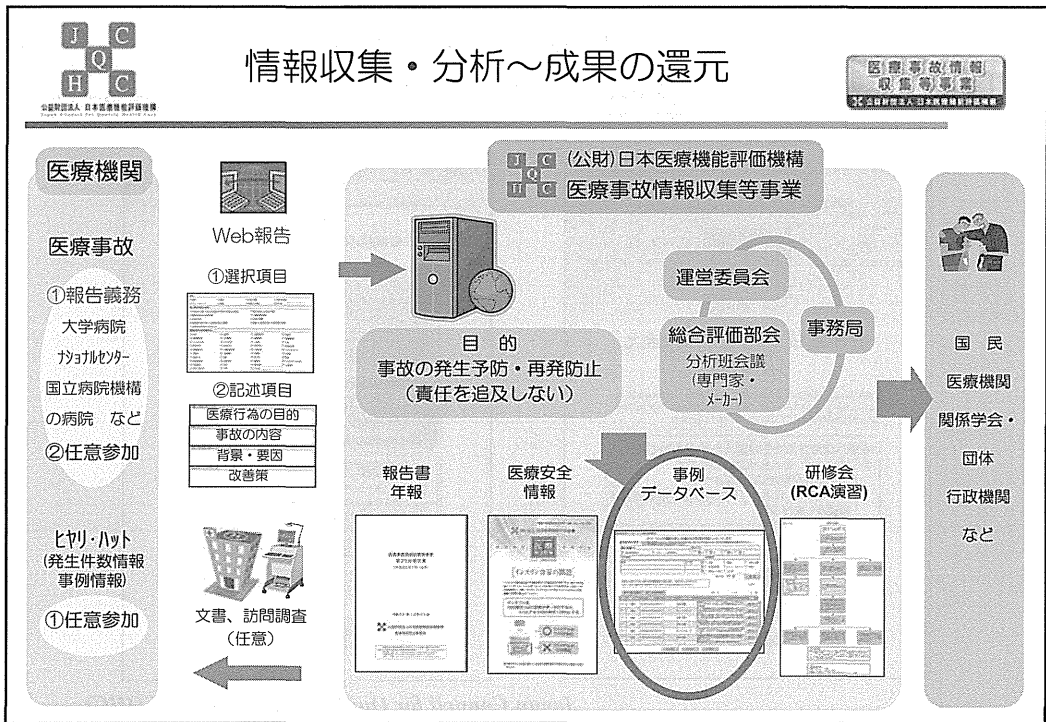
マーキング	件数
あり	5件
なし	8件
不明	8件

執刀直前の手術部位の確認

あり	0件
なし	5件

◆マーキングありの事例5件のうち、2件はマーキングそのものの左右間違いの事例、1件はマーキングが消えた事例、2件は覆布などでマーキングが見えなかった事例です。

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



医療事故、ヒヤリ・ハット
事例データベース（平成22年～）

医療事故情報収集等事務局

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。

検索語：透析

検索結果
(322事例)

掲載件数
医療事故：11,433事例
ヒヤリ・ハット：27,946事例

MM出力 PDF出力 CSV出力

医療事故、ヒヤリ・ハット
事例データベース（平成22年～）

医療事故情報収集等事務局

関連診療科
発生時間帯
当事者職種・経年
数・専門医資格
医療機器名、など

事例内容
背景・要因
改善策

ダウンロード可能



公益財団法人 日本医療品質向上機構
JQIC Japanese Society for Quality Improvement in Health Care

事例のダウンロード

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

報告区分	発生年月	報告者	報告機関	報告内容	報告内容	報告内容	報告内容	報告内容
事例	2019年	10月	10月	10月	10月	10月	10月	10月
<p>事故の内容</p> <p>患者の看護師を呼ぶ声に訪室するとベッド横に座り込んでいた。痛み、発赤、腫脹、打撲等の症状を確認するも異常なかった。その後のおむつ交換、朝の食事介助も痛みの訴えなし。その後「足が痛い」と臥床し、徐々に痛みが増強した。レントゲン撮影しレントゲン上右大腿部頭部骨折を確認した。病棟棟長より家族へ連絡し転倒について説明、主治医より家族へ、手術は必要であることを説明し、家族の了承を受け、整形外科病院へ転院となった。</p> <p>朝の体重測定時、記録室出入り前の椅子に座り、呼びかけに対応し立ち上がった時、フラリと転倒したことを他患者から報告を受けた。患者は、バイタルBP=90/60 P=60/分 意識清明、身体外傷は認めないが左大腿部痛訴えた。当直医報告し、診察後骨折の可能性が高いためベッド上安静にし、主治医に他科受診依頼をするよう指示を受けた。整形外科受診 X-線の結果骨折は無いと診断を受け帰院した。その後ベッド上安静を保持し、移動時には車椅子を使用した。</p>								

1件の事例



公益財団法人 日本医療品質向上機構
JQIC Japanese Society for Quality Improvement in Health Care

関連診療科、当事者職種の選択

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

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 症例詳細はPDF形式で表示されます。未選択の場合は全件検索。発生年月が空欄の場合は、発生年月の期間検索の対象とはなりません。
 ※ 事故報告情報の発生年月は必須入力項目です。

報告事例区分 事例報告 ヒヤリハット事例報告 発生年月 年 月 ~ 年 月

事例概要 事例 輸血 治療/処置 医療機器等 検査 療養上の世話 その他

関連診療科 当事者職種

表示件数 10 検索

事例は必要に応じて個人情報や写真一部修正することがあります。
 検索の追加は行われません。

表示一覧の選択 表

選択 事故区分 発生年月 事例の概要 事例の内容 詳細

関連診療科

当事者職種

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

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

[公開テーマ検索](#)
[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](#)
[参加登録お問い合わせ](#)
[関連文書](#)
[ENGLISH](#)

[事業概要](#)
 → [高リスク\(PDF\)](#)
 → [高リスク事例\(EOP\)](#)

公開テーマ検索

医療安全情報

報告書類・年報

分析テーマ

再発・類似事例の発生状況

新機能

- ・分析テーマ
- ・再発・類似事例の発生状況

報告システム
ログイン

利用ガイド 参加登録

④分析テーマ

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

[ホーム](#)
[事業概要](#)
[医療安全情報](#)
[報告書類・年報](#)
[参加登録お問い合わせ](#)
[関連文書](#)
[ENGLISH](#)

ホーム > 報告書類・年報 > 分析テーマ

分析テーマ

テーマ部分のPDFファイル

最新の報告書

2013年

第33回報告書 (PDF形式)

点滴浄化装置(点滴濾過、血液濾過器、自然交換器)の医療機器に関連した医療事故

血液濾過器故障、止血小瓶割捨て下(閉鎖、閉鎖、中止、再開等)での輸血の医療行為に関連した医療事故

アプレアリンの有効の確率に関連した事例

第33回報告書
分析テーマ

過去の報告書

2012年

第32回報告書 (PDF形式)

MRI検査に関連した医療事故

血液濾過器故障、止血小瓶割捨て下(閉鎖、閉鎖、中止、再開等)での輸血の医療行為に関連した医療事故

超音波ドップラー検査を一時停止に関連(クラッシュ)した、血管と関係なかった事例

院内において加工し使用した医療材料や医療器具に関連した医療事故

第32回報告書
分析テーマ

2011年

第31回報告書 (PDF形式)

MRI検査に関連した医療事故

医療従事者の皆様

アルマールとアマールの販売名類似による取り違え防止について

2012年1月
大日本住友製薬株式会社

ブランド名「アルマール」終了

本通知におかれましては、誠にありがとうございます。今後アルマールとアマールの両方のブランド名を記載するなど注意いただき、より一層のご配慮をお願い申し上げます。

なお、弊社は、名称類似に関連した医療事故防止対策の一環として「アルマール」(錠)の発売名を変更するための準備を行いました。

謹白

＜アルマール、アマールを取り違え事例＞

詳細は裏面をご覧ください。

No.	取り違えの内容
1	医師による間違い、処方票にはアルマールと記載したが、処方時にアマールと入力、人為的誤、処方票に「医療事故」の記載がなかったが確認不足。
2	医師処方間違い、薬剤で、患者との確認から疑義照会を行い発見。
3	薬剤師の取り違え、確認を怠った、注冊・手続が済んだことによる。
4	医師処方間違い、薬剤で、患者との確認から疑義照会を行い発見。

公益財団法人 日本医療機能評価機構「医療事故/ヒヤリ・ハット」種別事例発表「医療ヒヤリ・ハット報告事例集」(システムより)(2011年9月30日時点)

お問い合わせ先 大日本住友製薬株式会社 ぐすり情報センター TEL.0428-041389
受付時間/月～金9:00～18:30(祝・祭日を除く)

医療関係者各位

処方オーダーシステムにおける「ノルバデックス®」と「ノルバスク®」の選択ミスに対する対策のお願い

2013年11月

「ノルバデックス」「ノルバスク」の取り違え事故注意喚起

同薬品、しかし異なる薬剤を採用している医療機関におかれましては、情報提供におけるご対応状況を踏まえ、処方オーダーシステムでの対応の導入を検討頂きますようお願いいたします。

今後ともご指導ご鞭撻の程、よろしくお願い申し上げます。

謹白

処方オーダーシステムにおける同薬品の選択ミスに対する対策事例

■表示方法の工夫 処方オーダーシステムで、ノルバデックスとノルバスクの表示方法を工夫し、同薬品が間違えて選択されないようにする。

■検索方法の工夫 処方オーダーシステムで、ノルバデックスとノルバスクの検索方法を工夫し、同薬品が間違えて検索できないようにする。

※具体的な対策事例の内容(裏面)を参照下さい。



フェイスブックによる情報発信

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

Japan Council for Quality Health Care (JCQC)

医療安全支援センターの業務及び運営の改善のための研究

— 医療安全支援センターの業務に従事する職員および 医療機関での支援業務担当者への医療安全教育について —

研究分担者 小林 美雪 山梨県立大学 看護学部 講師

研究要旨

医療安全支援センターの業務に従事する職員および医療機関での支援業務担当者への医療安全教育について検討を加え、今後の教育研修を効果的に行うために以下のことが明らかになった。

- ①全国で年間9万件的相談業務を担当するセンター職員は、医療の質の向上に貢献する役割が大きいにも拘わらず、ほとんどは兼務者である。
- ②総合支援事業で実施されている研修会参加者は、全センターおよび医療機関の担当職員数からみるとわずかである。研修の内容の充実とともに、参加しやすい形態の検討が必要である。
- ③住民や患者からの相談では、診療所に関する事項も多い。今後は、医療機関の特徴を考慮し、対象を拡大しての研修の組み立て方が必要であると考ええる。
- ④総合支援事業で実施が難しい地域や研修内容については、外部の機関との連携も総合支援事業の取り組みに加えることを検討したい。
- ⑤近年の地域医療における医療・介護連携になかで多様となる相談内容に対応できるセンター担当職員の育成のために、教育研修の規模や内容、更には実施場所の選定等の検討が求められる。

A 研究目的

医療安全支援センターの業務に従事する職員、および医療機関での支援業務担当者への医療安全教育について、これまでの研修の実績をもとに検討を加え、今後の教育研修を効果的に行う示唆を得る。

B 研究方法

文献検討と研修後の参加者からの意見をもとに検討する。

倫理面への配慮

本報告書は、これまで開催された医療安全研修会において実施された自由意志による無記名自記式質問紙調査の結果を用いている。そのため、個人が特定されることはなく、倫理的に配慮されている。

C 結果および考察

医療安全支援センター（以下、センター）の設置が、各都道府県および保健所設置市区に努力義務とされてから8年が経過する。その間、各地のセンターに寄せられる地域住民からの相談や苦情の総件数は年間9万件を超えている¹⁾。この件数をみただけでもセンターの果たす役割の大きさが分かる。そして、これらの寄せられた相談や苦情に傾聴し、地域住民の医療への関わり方を良好な方向へと導くセンターの担当職員の様々な対応がこの事業を支えている。

現在、全国のセンターの担当職員は、約1600名であるが、その約90%は保健所業務や行政職との兼任であり、主となる業務に従事する傍ら地域住民の声に耳を傾けている。また専任職員のなかでは、看護職の従事している割合が大きい²⁾。

このようなセンターの担当職員を対象として実施されている医療安全研修会（以下、研修会）には、総合支援事業で実施されている初任者研修会、実践研修会、ブラッシュアップ研修会さらには医療従事者を対象としたネットワーク講演会がある。