



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

医療事故情報収集等事業

第86回報告書（2026年4月～6月）

2026年9月

目次

ごあいさつ	1
はじめに	2
I 第86回報告書について	3
II 集計報告	11
1 医療事故情報収集等事業の参加状況	11
2 医療事故情報収集・分析・提供事業	12
【1】参加医療機関	13
【2】報告件数	14
【3】報告義務対象医療機関の報告の内容	15
3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業	16
【1】参加医療機関	17
【2】件数情報の報告	18
【3】事例情報の報告	19
III 分析テーマ	21
1 概況	21
【1】テーマの選定および分析対象とする情報	21
【2】分析体制	21

2	分析テーマ	22
	【1】職種経験1年未満の看護師の薬剤に関する事例	22
	【2】手術における異物残存に関連した事例－手術器械等の残存－	58
3	事例紹介	81
IV	再発・類似事例の分析	83
	【1】調乳および授乳の管理に関連した事例（第38回報告書） －母乳・ミルクの取り違い－	86
V	事業の現況	109

※本報告書は、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。

病院機能評価事業をはじめとして、教育研修事業、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、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業、EBM医療情報事業、産科医療補償制度運営事業は、いずれもこの理念のもと取り組んでおります。

医療事故情報収集等事業では、報告された医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を集計して、分析結果を定期的に報告書や年報として取りまとめるとともに、医療安全情報を作成し、医療従事者、国民、行政機関など広く社会に対して情報提供を行っております。医療安全情報は、職員への周知や医療安全に関する委員会での資料として使用されるなど、医療機関の関係者の方々からも医療安全の取り組みに役立っているというお声をいただいております。現在、本事業のホームページに医療安全情報をNo.238まで掲載しておりますので、引き続き積極にご活用くださいますようお願い申し上げます。また、ホームページの事例検索では、医療事故情報収集等事業に報告された医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を検索し、閲覧やダウンロードができますので、ぜひご利用いただきたいと思います。

医療事故情報収集等事業は、2004年に医療法施行規則に基づく登録分析機関として評価機構で開始され、22年目を迎えました。この間、医療安全の推進のため、医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の報告にご協力いただいており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。

今回の第86回報告書は、2026年4月から6月までを集計対象期間として、ご報告いただいた医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を取りまとめたものです。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、また報道など多くの反響があり、医療安全の推進および医療事故の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、医療事故情報収集等事業や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および医療の質の向上に尽力いたしますので、ご理解とご協力を賜りますようよろしく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 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・ハット事例を分析し、情報を提供することにより、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的としています。今回は、2026年4月から6月までを集計対象期間として医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を取りまとめた第86回報告書を公表いたします。本報告書には、四半期ごとの集計表や、分析テーマ、事例紹介、再発・類似事例の分析などを掲載しています。

2025年には、過去最高の6,118件の医療事故情報をご報告いただきました。ご協力いただいている医療機関の皆様へ改めてお礼申し上げます。医療事故情報の報告件数のうち、報告義務対象医療機関からの報告件数は増加傾向であり、事例を報告することが定着してきました。一方、任意参加の医療機関からの報告件数は、報告義務対象医療機関に比べて少ない状況が続いています。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。このような事例を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を広く共有することが可能になります。また、報告件数だけでなく報告の質が重要であると考えており、他の医療機関の参考になる教育的な事例をご報告いただければと存じます。

本事業は、医療機関からのご報告を基盤として、様々な情報提供を行っております。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、報告書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。本事業が提供する情報は、医療機関や関係団体、医薬品・医療機器の製造販売企業などでご活用いただいています。

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 第86回報告書について

1 参加医療機関数と報告の現況

本報告書が集計対象としている2026年4月～6月に報告された医療事故情報の件数は1,703件であり、その内訳は、報告義務対象医療機関から1,402件、参加登録申請医療機関（任意参加）から301件であった。

過去10年間の医療事故情報の報告件数と参加医療機関数の推移を図表I－1に示す。報告義務のある医療機関からの報告は、毎年、前年を上回るかほぼ同じ数の報告が続いていることから、医療事故を報告することが定着してきているものと思われる。一方、任意参加の医療機関からの報告件数が、報告義務のある医療機関よりも少なく、年によって増減があることは、報告に対する意識の違いを示しているとも考えられる。しかし、本事業への参加は医療安全への積極的な取り組みのあらわれと思われることから、参加の次の段階として、事例の適切な報告についても引き続きご協力をお願いしたい。

図表I－1 医療事故情報の報告件数と参加医療機関数

年		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
報告 件数	報告義務	3,428	3,598	4,030	4,049	4,321	4,674	4,631	5,183	5,102	5,409
	任意参加	454	497	535	483	481	569	682	887	809	709
	合計	3,882	4,095	4,565	4,532	4,802	5,243	5,313	6,070	5,911	6,118
医療 機関数	報告義務	276	276	274	274	273	273	275	275	270	269
	任意参加	755	773	797	812	834	857	883	1,022	3,703	4,785
	合計	1,031	1,049	1,071	1,086	1,107	1,130	1,158	1,297	3,973	5,054

2026年6月30日現在で本事業に参加している医療機関数は5,618、医療事故情報の報告に参加している医療機関数は5,132となった。本事業を運営している日本医療機能評価機構医療事故防止事業部は、歯科診療所を対象とした歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業も運営しており、2023年10月より参加登録と事例収集を開始した。多くの歯科診療所が歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業と同時に医療事故情報収集等事業にも参加登録を行ったことから、参加医療機関数は大きく増加した。

歯科診療所には、歯科に特化した報告項目を整備した歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業に事例を報告するとともに、大きな影響があった事例などは医療事故情報収集等事業に報告をお願いしたい。また、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業は、ホームページで報告書や事例検索などの情報提供を行っているため、歯科診療所だけでなく歯科部門を設置している病院においても活用していただきたい。

図表 I - 2 参加医療機関の施設区分

施設区分	医療機関数
病院	1,637
診療所（有床）	62
診療所（無床）	116
歯科診療所	3,803
合計	5,618

※2026年6月30日現在

本報告書の「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。

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 - 3 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 - 3 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は明らかでないが、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。

2 事例の分析

(1) 分析テーマ

報告書の「Ⅲ－2 分析テーマ」では、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や、②報告書の分析対象期間（2026年1月～6月）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を行うこととしている。

本報告書では、①のテーマとして、「職種経験1年未満の看護師の薬剤に関する事例」を取り上げて分析を行った。2025年10月～2026年3月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「職種経験1年未満の看護師の薬剤に関する事例」を収集し、過去の事例も検索して、医療事故情報と併せて総合的に分析した。また、②のテーマとして、「手術における異物残存に関連した事例－手術器械等の残存－」を取り上げて分析を行った。

次に、分析テーマの概要を紹介する。

1) 職種経験1年未満の看護師の薬剤に関する事例

本事業では、第37回報告書（2014年6月公表）～第40回報告書（2015年3月公表）の4回の報告書で、「職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故」を取り上げ、事例の概要に沿って「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」の事例について分析を行った。このうち、第38回報告書（2014年9月公表）では、事例の概要が「薬剤」の事例を分析した。対象事例80件のうち、「与薬」の場面が最も多く、そのうち「過剰投与」や「投与速度速すぎ」「患者間違い」「投与方法間違い」「無投薬」などの事例が多く報告されていた。

その後、2019年末より新型コロナウイルス感染症が拡大し始め、3年以上にわたって流行が続いたことにより、看護基礎教育の現場では感染対策に重点が置かれ、授業形態の変更、臨地実習の制限など大きな影響があった。この間に看護基礎教育を受けた学生が現在看護師として現場で医療に従事している。

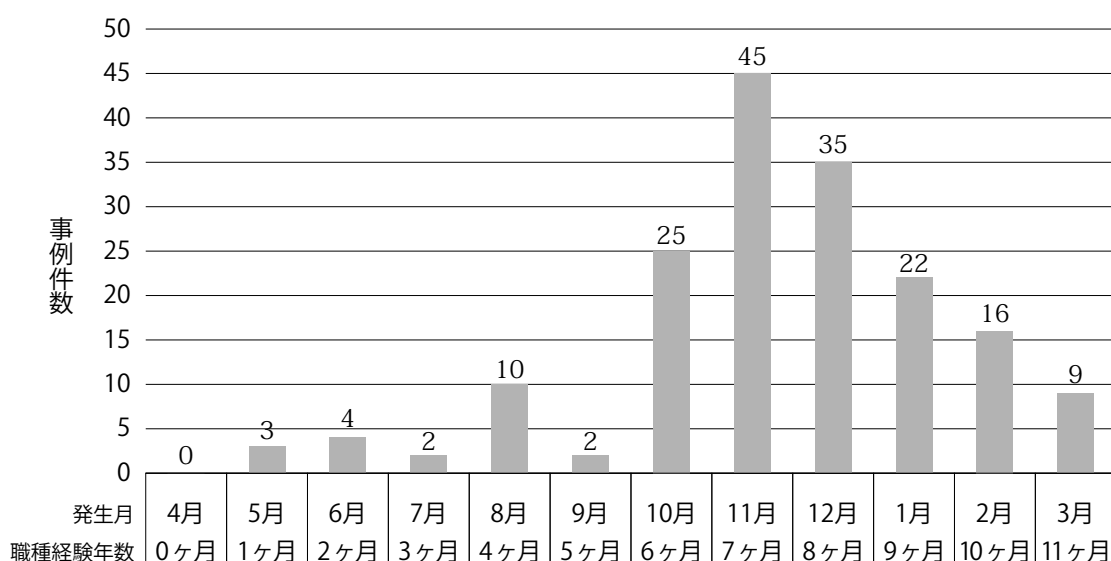
本事業には、事例に関わった職種に職種経験年数が浅い看護師が含まれる事例が報告されている。本事業の総合評価部会において「今期のテーマ」を検討した際、職種経験1年未満の看護師が患者の低血糖に対し、ブドウ糖の静脈注射で対応するため、経口用のブドウ糖を水道水で溶かして静脈ラインから投与した事例（46頁 事例No.6）が報告されていたことを踏まえ、職種経験1年未満の看護師に関する事例の中から薬剤に関する事例について、改めて検討してはどうかという意見が出された。

そこで、2025年10月～2026年3月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「職種経験1年未満の看護師の薬剤に関する事例」を収集し、医療事故情報と併せて総合的に分析することとした。本テーマは2回の報告書にわたって取り上げることとしており、本報告書では、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の概要を整理し、その中から「指示受け」と「調製・準備」の事例について分析を行った。

「指示受け」の事例は、「指示の未確認」「指示の一部見落とし」「指示の誤認」に分けて事例を

概観し、各事例について専門分析班で議論した内容を掲載した。また、「調製・準備」の事例では、報告の多かった注射薬と内服薬の事例を概観し、同じく専門分析班で議論した内容を掲載した。報告された事例は、ハイリスク薬をはじめとする薬剤の作用・副作用や用法・用量、注射薬の調製方法など、新人看護師であっても、患者に投与する際には当然知っておくべき知識の不足が背景となっていた。さらに、新人看護師の知識不足だけでなく、教育の不足や周囲のフォロー不足も背景になっていることがうかがえる。本テーマで紹介した新人看護師の薬剤に関する事例について、新人看護師に限らず、あらゆる職種経験年数の看護師で共有し、現場での教育につなげていただきたい。

図表 I－4 職種経験年数（月数）ごとの医療事故情報の事例件数



※事例の発生月を基準として、報告された職種経験年数（月数）を修正した結果である。

2) 手術における異物残存に関連した事例－手術器械等の残存－

手術における異物の体内残存は、確実な把握や検証が求められる重大な事象とされており、医療安全において最優先で取り組むべき課題の一つである。令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）による「医療機関の特性に応じて求められる医療安全活動及び必要な組織体制等に関する研究」の研究報告書では、医療安全管理部門等が把握すべき事象が①患者への影響度、②事象の回避可能性の観点からA～Cに類型化され、A類型（患者への影響度が大きく、確実に回避する手段が普及している事象）の中に「手術等の侵襲的手技における意図しない異物の体内遺残」が挙げられている。さらに、この研究報告書をもとに、病院等において把握すべき重大事象の類型化について、2026年2月に厚生労働省より通知が発出され、医療機関における活用に向けて周知が行われている。

本事業では第1回報告書（2005年4月公表）～第4回報告書（2006年3月公表）の個別のテーマの検討状況で手術における異物残存を取り上げ、その後、第15回報告書（2008年12月公表）で再び情報提供を行った。また、体内にガーゼが残存した事例については、第14回報告書（2008

年9月公表)で、「共有すべき医療事故情報」として取り上げ、その後、第23回報告書(2010年12月公表)、第43回報告書(2015年12月公表)、第54回報告書(2018年10月公表)で繰り返し情報提供を行った。さらに、医療安全情報No.152「手術時のガーゼの残存①ーガーゼカウントー」(2019年7月提供)、医療安全情報No.153「手術時のガーゼの残存②ーX線画像の確認ー」(2019年8月提供)で、注意喚起を行った。

本報告書の分析対象期間(2026年1月～6月)に、手術時に鉗子やシリコンディスクなどが体内に残存した事例が11件報告された。そこで、手術時に体内に手術器械等が残存した事例について分析を行った。事例の概要では、事例に関連した手術器械等、事例に関わった職員の職種と職種経験年数、患者への影響を整理した。さらに、報告が多かった鋼製小物と縫合針の事例を取り上げて分析を行った。

鋼製小物の事例は、手術中に紛失に気付いていなかった事例が多かった。残存したものは、血管クリップや腸管クリップなどの比較的小さい手術器械が多かった一方、鉗子やスパーテルなども報告されていた。体内に残存している状態で閉創前のカウントが合っていた事例が報告されていることから、実際に器械を目視でカウントすることや、数量が記載された情報と照合することなどにより、確実に数えることが必要である。また、閉創前にカウントを行った後、閉創時に鉗子や腸ペラなどが体内に入って残存した事例も報告されており、再発防止策として、誤って体内に入らないように把持すること、閉創後にカウントを行うことなどが挙げられていた。

縫合針の事例は、開心術の事例が多く、手術中に紛失に気付いていた事例が多かった。手術中に縫合針が紛失すると、搜索に多大な時間と労力を要し、手術時間の延長や再度の体外循環などで患者に大きな影響を与えることから、紛失を防ぐために細心の注意が必要である。

報告された事例から、手術器械等の体内残存を防ぐためのポイントがいくつか挙げられる。まず、術中の紛失を防止するため、血管クリップや縫合針などの小さいものは特に確実に取り扱う必要がある。次に、カウントの手順の標準化と共有が必要であり、記憶に基づくカウントではなく、複数名による目視確認やホワイトボードなどを活用した情報共有を行うことが重要である。手順を明確にして周知することに加え、遵守状況のモニタリングも有用である。さらに、手術終了時のX線画像の確認は、異物の残存の可能性を念頭に、複数名で行うことが望ましい。本事業の第4回報告書では、個別のテーマの検討状況「手術における異物残存」にガーゼ、ブルドッグ鉗子、吸引嘴のネジが残存した事例のX線画像を掲載しているので参考にしていきたい。

手術における異物残存を防止するためには、手術に関わる診療科・部署全体で対策を取り決め、実施することが重要である。本テーマを参考に、自施設の手順やルールを見直し、改善が必要な点がないか検討していただきたい。

図表 I - 5 事例に関連した手術器械等

分類		手術器械等	件数	
鋼製小物	鉗子	コッヘル鉗子	2	22
		鉗子	1	
		着脱型腸鉗子	1	
		ブルドッグ鉗子	1	
		モスキート鉗子	1	
	鉤	スパーテル、腸ペラ	2	
		バルファード開創器の鉤	1	
	クリップ	血管クリップ	6	
		腸管クリップ	3	
	吸引嘴管の 付属物	外筒	2	
ネジ		2		
縫合針			21	
鏡視下手術用物品	シリコンディスク		4	11
	組織収納サック		3	
	ソフトソラコポート		1	
	トロカールEYのスリーブ		1	
	内視鏡手術用結紮クリップのカートリッジ		1	
	ラッププロテクター		1	
マーキングに使用した物品	注射針		6	11
	チューブ		3	
	Kワイヤー		1	
	VATSマーカ		1	
テープ類	外科用テープ		7	8
	結紮用テープ		1	
インプラント関連物品	スクリュー挿入ガイド		2	4
	TKAトライアルセットの一部		1	
	人工内耳のダミーインプラント		1	
歯科矯正用フック			4	
その他			6	
合計			87	

(2) 事例紹介

「Ⅲ－3 事例紹介」では、医療安全対策に資する情報提供を行うために、広く共有すべきであると考えられる事例を取り上げている。今回は、下記の事例を紹介しているので、同種の医療事故を未然に防止するため、ご活用いただきたい。

- ・急変時に静注用リドカインと取り違えて局所麻酔用リドカインを投与した事例
- ・シャワー浴の際、ノルアドレナリン持続投与中の中心静脈ラインをヘパリンロックしたことにより、患者が低血圧となった事例
- ・大腸内視鏡治療中に原液の酢酸を散布した事例

(3) 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、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必要がある。そこで、「Ⅳ 再発・類似事例の分析」では、過去の報告書や医療安全情報に掲載したテーマについて再び報告があった事例を取り上げている。まず、本報告書の分析対象期間（2026年1月～6月）に報告された「医療安全情報」の再発・類似事例の報告件数を掲載している。さらに、再発・類似事例からテーマを取り上げ、以前に情報提供を行った後に報告された事例の件数、事例の内容、医療機関から報告された再発防止策などを紹介している。

今回は「調乳および授乳の管理に関連した事例（第38回報告書）」について、再発・類似事例の分析を行った。次に概要を紹介する。

1) 調乳および授乳の管理に関連した事例（第38回報告書）

第38回報告書（2014年9月公表）の個別のテーマの検討状況で「調乳および授乳の管理に関連した事例」を取り上げ、児または搾乳された母乳の取り違えが発生した業務工程を示し、発生状況や改善策を検討した。その後も同様の事例が報告されたため、第52回報告書（2018年3月公表）の再発・類似事例の分析でも取り上げた。本報告書の分析対象期間（2026年1月～6月）に、再発・類似事例が3件報告されたため、再び取り上げることとした。

本報告書では、第52回報告書の集計期間後の2018年1月以降に報告された再発・類似事例41件を分析した。事例の概要では、発生場所や関連診療科、児の年齢や児への影響などを示した。さらに、事例を分類し、今回は最も報告件数の多かった「母乳・ミルクの取り違え」の事例を取り上げ、「母乳の取り違え」と「ミルクの取り違え」について、それぞれ分析を行った。

「母乳の取り違え」では、冷凍庫・冷蔵庫、加温器・保温器からの取り出し時に取り違えた事例が最も多く、保管状況や母乳への患者識別情報の記載状況、母乳の取り出しを間違えた背景・要因、授乳直前の母乳と児の照合などについて分析した。命名前の新生児が存在することから、IDやバーコードによる照合の導入・活用をしている医療機関がある一方で、バーコード照合機能を備えていない医療機関も散見された。取り違えのリスクを十分に認識し、適切な患者識別情報で確実に患者を照合する必要がある。母乳を誤って別の児に授乳した場合、感染のリスクを考慮した対応が必要になる。母乳は体液であり、取り違えによる感染のリスクは必ず認識しておくべ

きこととして教育、周知いただきたい。

「ミルクの取り違い」では、ミルクへの患者識別情報の記載状況、授乳直前のミルクと児の照合、ミルクを取り違えた背景・要因などを分析した。ミルクの取り違いの事例は、いずれもアレルギー対応を要する児がアレルギー症状を発症し、対応を要していた。中には集中治療室に転棟して全身管理などを要した事例が2件報告されており、その影響の大きさがうかがわれた。一方で、母乳の取り違いで報告された事例の背景・要因に「以前からミルクの取り違いが散見されていたが、対策をとっていなかった」と記載があり、取り違いの発生がアレルギーや禁忌のある児でなかった場合、問題が軽視されている可能性が考えられた。

今回分析した「母乳の取り違い」や「ミルクの取り違い」は、いずれも授乳直前に母乳やミルクと児の照合を行っていれば予防できたと思われる事例が大半であった。母乳、ミルクいずれの場合でも、授乳直前に患者のものであるか必ず確認することを手順として明示し、遵守することを徹底していただきたい。特に命名前の新生児では、姓だけでは十分な患者識別情報になり得ないリスクを認識し、自施設の患者識別情報が児を特定するにあたって十分な情報となっているか、改めて実際の作業工程や手順を確認していただきたい。

図表 I - 6 事例の分類

事例の分類		件数	
母乳・ミルクの取り違い	母乳の取り違い	27	31
	ミルクの取り違い	4	
授乳時の児または母親の取り違い	児の取り違い	3	6
	母親の取り違い	3	
調乳の間違い		4	
合計		41	

3 事業の現況

本報告書の「V 事業の現況」では、本事業の最近のトピックスや海外に向けた情報発信などをまとめて紹介している。今回は、世界患者安全の日の取り組みや、本事業の成果を活用した製薬企業の対応について掲載した。また、海外への情報発信として、英国NHS EnglandのHSSIB（Health Services Safety Investigations Body）が主催するIPSON Meetingや、ブラジル連邦共和国のサンパウロで開催された第41回ISQua（International Society for Quality in Health Care）Conferenceなどについて紹介している。

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。

2026年6月30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 参加医療機関

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	120	582	85	399	64	4,151	269	5,132
	任意	参加する	462		314		4,087		4,863	
			参加しない	161		325		—		486
合計			743		724		4,151		5,618	
			1,467							

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。本報告書には、報告義務対象医療機関より報告された主な集計結果を掲載している。また、ホームページには「事例に関わった職員の職種」「関連診療科」「事例の概要×健康被害の程度」など、本事業で公表している全ての集計結果を掲載している。ホームページの「集計表」から集計表を閲覧することができる。

事業の内容と
参加方法
PDF

参加登録
医療機関一覧

参加登録

事例報告
システム

医療安全情報

場面ごとの
医療安全情報

本事業は、医療機関から医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を収集し、分析・提供することにより、医療安全対策の一環の推進を図ることを目的としています。

報告書

分析テーマ

再発・類似事例の分析

年報

現地状況
確認調査

集計表

関連文書

家庭ヒヤリ・ハット
事例収集・分析事業
「事例から学ぶ」

事例検索

利用ガイド

よくある質問

お問合せは
こちら

集計表

集計表

2025年4月に報告項目を変更しています。

旧項目（2025年3月まで）

新項目（2025年4月から）

集計表

1年ごとの集計

+ 2025年 ※4月に報告項目を変更しています。1月-12月の集計と4月-12月の集計があります。

四半期ごとの集計

- 2026年

- 1月-3月（第85回報告書分）

参加登録医療機関数

<医療事故情報収集・分析・提供事業>

参加区分等による医療機関数や報告件数に関する集計表

医療事故情報に関する集計表（報告義務対象医療機関）

医療事故情報に関する集計表（参加登録医療機関）

<ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業>

医療機関数や事例情報に関する集計表

発生件数情報に関する集計表

【１】参加医療機関

2026年6月30日現在、医療事故情報収集・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。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や参加登録申請医療機関の変更も含まれる。

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	参加登録申請 医療機関
国	国立大学法人等	44	2
	独立行政法人国立病院機構	140	0
	国立研究開発法人及び国立健康危機管理研究機構	8	1
	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	28
	独立行政法人地域医療機能推進機構	0	40
	その他の国の機関	0	0
自治体	都道府県	3	28
	市町村	0	120
	公立大学法人	9	6
	地方独立行政法人	1	34
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	26
	北海道社会事業協会	0	2
	厚生農業協同組合連合会	0	29
	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	17
	国民健康保険組合	0	1
法人	学校法人	50	26
	医療法人	0	1,584
	公益法人	1	58
	会社	0	13
	その他の法人	0	91
個人		0	2,699
合計		269	4,863

※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

2026年4月1日から同年6月30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。

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

	2026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	482	428	556	397	447	558	—	—	—	—	—	—	2,868
	1,466			1,402			—			—			
参加登録申請 医療機関報告数	98	77	91	144	85	72	—	—	—	—	—	—	567
	266			301			—			—			
報告数合計	1,732			1,703			—			—			—
報告義務対象 医療機関数	269	269	269	269	269	269	—	—	—	—	—	—	—
参加登録申請 医療機関数	4,808	4,812	4,819	4,836	4,849	4,863	—	—	—	—	—	—	—

【3】報告義務対象医療機関の報告の内容

2026年4月1日から同年6月30日までの報告義務対象医療機関の報告の内容は以下の通りである。
2026年6月30日現在、報告義務対象医療機関は269施設、病床数合計は134,445床である。

なお、各表は、医療事故情報報告入力項目^(注)を集計したものである。

図表Ⅱ－２－３ 事例の概要

事例の概要	2026年4月～6月		2026年1月～6月（累計）	
	件数	%	件数	%
薬剤	155	11.1	325	11.3
輸血	6	0.4	12	0.4
治療・処置	513	36.6	1,019	35.5
医療機器等	52	3.7	97	3.4
ドレーン・チューブ	110	7.8	236	8.2
検査	73	5.2	160	5.6
療養上の世話	399	28.5	835	29.1
その他	94	6.7	184	6.4
合計	1,402	100.0	2,868	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－２－４ 健康被害の程度

健康被害の程度	2026年4月～6月		2026年1月～6月（累計）	
	件数	%	件数	%
死亡	115	8.2	217	7.6
障害残存の可能性がある（高い）	136	9.7	308	10.7
障害残存の可能性がある（低い）	403	28.7	818	28.5
障害残存の可能性なし	335	23.9	707	24.7
障害なし	338	24.1	653	22.8
不明	75	5.3	165	5.8
合計	1,402	100.0	2,868	100.0

※事故の発生及び事故の過失の有無と健康被害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。

（注）「報告入力項目（医療事故情報）（新項目版）（2025.4.1以降）」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_202504.pdf）参照。

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。本報告書には、発生件数情報と事例情報の主な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」や、事例情報の「事例に関わった職員の職種」「事例の概要×仮に患者への影響が大きくなった場合の事例の程度」など、本事業で公表している全ての集計結果を掲載している。ホームページの「集計表」から集計表を閲覧することができる。

事業の内容と
参加方法

参加登録
医療機関一覧

参加登録

事例報告
システム

医療安全情報

場面ごとの
医療安全情報

本事業は、医療機関から医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を収集し、分析・提供することにより、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的としています。

報告書

分析テーマ

再発・類似事例の分析

年報

現地状況
確認調査

集計表

関連文書

基盤ヒヤリ・ハット
事例収集・分析事業
「事例から学ぶ」

事例検索

利用ガイド

よくある質問

お問合せは
こちら

集計表

2025年4月に報告項目を変更しています。

旧項目（2025年3月まで）

新項目（2025年4月から）

集計表

1年ごとの集計

+ 2025年 ※4月に報告項目を変更しています。1月-12月の集計と4月-12月の集計があります。

四半期ごとの集計

- 2026年

- 1月-3月（第85回報告書分）

参加登録医療機関数

<医療事故情報収集・分析・提供事業>

参加区分等による医療機関数や報告件数に関する集計表

医療事故情報に関する集計表（報告義務対象医療機関）

医療事故情報に関する集計表（参加登録医療機関）

<ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業>

医療機関数や事例情報に関する集計表

発生件数情報に関する集計表

【１】参加医療機関

2026年6月30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	18
	独立行政法人国立病院機構	117	68
	国立研究開発法人及び国立健康危機管理研究機構	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	28	23
	独立行政法人地域医療機能推進機構	45	24
	その他の国の機関	0	0
自治体	都道府県	32	16
	市町村	154	84
	公立大学法人	14	7
	地方独立行政法人	39	18
自治体以外の 公的医療機関の 開設者	日本赤十字社	79	47
	恩賜財団済生会	27	13
	北海道社会事業協会	2	1
	厚生農業協同組合連合会	32	9
	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	2	1
	共済組合及びその連合会	24	12
	国民健康保険組合	1	1
法人	学校法人	51	33
	医療法人	561	253
	公益法人	58	28
	会社	9	2
	その他の法人	76	33
個人		69	45
合計		1,467	743

【2】件数情報の報告

2026年4月1日から同年6月30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 誤った医療行為または管理の実施の有無

誤った医療行為または管理の実施の有無	件数
医療行為または管理に誤りがあったが、患者に実施されなかった	118,842
誤った医療行為または管理が患者に実施された	212,128
合計	330,970

図表Ⅱ－３－３ 仮に患者への影響が大きくなった場合の事例の程度

事例の概要	仮に患者への影響が大きくなった場合の事例の程度				合計
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な治療・処置が必要であったと考えられる	軽微な治療・処置が必要であったと考えられる	治療・処置は不要であったと考えられる	
薬剤	678	3,872	26,751	57,020	88,321
輸血	74	158	442	1,149	1,823
治療・処置	526	2,305	5,838	9,573	18,242
医療機器等	303	871	3,196	8,214	12,584
ドレーン・チューブ	457	3,028	17,397	13,805	34,687
検査	304	1,431	7,352	18,884	27,971
療養上の世話	770	6,051	22,374	31,825	61,020
その他	390	1,687	7,509	28,676	38,262
合計	3,502	19,403	90,859	169,146	282,910

報告医療機関数	656
病床数合計	241,172

【3】事例情報の報告

（１）報告件数

2026年4月1日から同年6月30日までの事例情報報告参加医療機関の月別報告件数は以下の通りである。

図表Ⅱ－３－４ 事例情報の月別報告件数

	2026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	2,061	661	760	2,128	701	902	—	—	—	—	—	—	7,213
	3,482			3,731			—			—			
事例情報報告 参加医療機関数	736	738	739	740	741	743	—	—	—	—	—	—	—

（２）報告の内容

2026年4月1日から同年6月30日までの事例情報報告参加医療機関からの報告の内容は以下の通りである。2026年6月30日現在、事例情報報告参加医療機関は743施設、病床数合計は220,377床である。

なお、各表は、ヒヤリ・ハット事例「事例情報」報告入力項目^(注)を集計したものである。

図表Ⅱ－３－５ 事例の概要

事例の概要	2026年4月～6月		2026年1月～6月（累計）	
	件数	%	件数	%
薬剤	1,322	35.4	2,562	35.5
輸血	22	0.6	42	0.6
治療・処置	222	6.0	406	5.6
医療機器等	121	3.2	258	3.6
ドレーン・チューブ	400	10.7	786	10.9
検査	438	11.7	790	11.0
療養上の世話	972	26.1	1,913	26.5
その他	234	6.3	456	6.3
合計	3,731	100.0	7,213	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。

(注)「報告入力項目（ヒヤリ・ハット事例）（新項目版）（2025.4.1以降）」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_202504.pdf）参照。

図表Ⅱ－３－６ 誤った医療行為または管理の実施の有無

誤った医療行為または管理の実施の有無	2026年4月～6月		2026年1月～6月（累計）	
	件数	%	件数	%
医療行為または管理に誤りがあったが、患者に実施されなかった	1,114	29.9	2,013	27.9
誤った医療行為または管理が患者に実施された	2,617	70.1	5,200	72.1
合計	3,731	100.0	7,213	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－３－７ 仮に患者への影響が大きくなった場合の事例の程度

仮に患者への影響が大きくなった場合の事例の程度	2026年4月～6月		2026年1月～6月（累計）	
	件数	%	件数	%
死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	33	0.9	68	0.9
濃厚な治療・処置が必要であったと考えられる	221	5.9	465	6.4
軽微な治療・処置が必要であったと考えられる	1,215	32.6	2,423	33.6
治療・処置は不要であったと考えられる	2,262	60.6	4,257	59.0
合計	3,731	100.0	7,213	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。

Ⅲ 分析テーマ

1 概況

【1】テーマの選定および分析対象とする情報

本事業では、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選定している。

分析対象とする情報は、本報告書の分析対象期間内（2026年1月～2026年6月）に報告された医療事故情報およびヒヤリ・ハット事例のうち、分析対象とするテーマに関連する情報を有している事例である。さらに、本報告書の分析対象期間外の過去の事例についても、期間を設定したうえで、テーマに関連する情報を有している事例の抽出を行い、分析対象としている。

「2 分析テーマ」では、1）医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を総合的に検討する分析や、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分析を行うこととしている。

本報告書では、1）のテーマとして、「職種経験1年未満の看護師の薬剤に関する事例」を取り上げ、2025年10月～2026年3月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「職種経験1年未満の看護師の薬剤に関する事例」を収集し、医療事故情報と併せて総合的に分析した。また、2）のテーマとして、「手術における異物残存に関連した事例－手術器械等の残存－」を取り上げて分析を行った。

【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会議を月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分析テーマの公表を行っている。

2 分析テーマ

【1】職種経験1年未満の看護師の薬剤に関する事例

本事業では、第37回報告書（2014年6月公表）～第40回報告書（2015年3月公表）の4回の報告書で、「職種経験1年未満の看護師・准看護師に関連した医療事故」を取り上げ、事例の概要に沿って「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」の事例について分析を行った。このうち、第38回報告書（2014年9月公表）では、事例の概要が「薬剤」の事例を分析した。対象事例80件のうち、「与薬」の場面が最も多く、そのうち「過剰投与」や「投与速度速すぎ」「患者間違い」「投与方法間違い」「無投薬」などの事例が多く報告されていた。

その後、2019年末より新型コロナウイルス感染症が拡大し始め、3年以上にわたって流行が続いたことにより、看護基礎教育の現場では感染対策に重点が置かれ、授業形態の変更、臨地実習の制限など大きな影響があった。この間に看護基礎教育を受けた学生が現在看護師として現場で医療に従事している。

本事業には、事例に関わった職種に職種経験年数が浅い看護師が含まれる事例が報告されている。本事業の総合評価部会において「今期のテーマ」を検討した際、職種経験1年未満の看護師が患者の低血糖に対し、ブドウ糖の静脈注射で対応するため、経口用のブドウ糖を水道水で溶かして静脈ラインから投与した事例（46頁 事例No.6）が報告されていたことを踏まえ、職種経験1年未満の看護師に関する事例の中から薬剤に関する事例について、改めて検討してはどうかという意見が出された。

そこで、2025年10月～2026年3月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「職種経験1年未満の看護師の薬剤に関する事例」を収集し、医療事故情報と併せて総合的に分析することとした。本テーマは2回の報告書にわたって取り上げることとしており、本報告書では、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の概要を整理し、その中から「指示受け」と「調製・準備」の事例について分析を行った。

(1) 医療事故情報の概要

1) 報告状況

①対象事例

2023年1月～2026年3月に報告された医療事故情報の中から、事例の概要が「薬剤」の事例のうち以下の①または②に該当する事例を検索した。検索された事例のうち、事例に記載された内容から、薬剤の「指示受け」「調製・準備」「投与」「薬剤管理」のいずれかの段階において、職種経験1年未満の看護師（以下、新人看護師とする）が誤った事例を対象とした。医師が処方を行った事例や、薬剤師が調剤を行った事例は除外した。また、事例内に複数の看護師が関わっているが職種経験1年未満の看護師が誤ったかどうか判断がつかない事例や、新人看護師が他の看護師の誤りを発見した事例、薬剤を自己管理している患者の服用の誤りに気付いた事例などは対象に含めていない。

事例の検索条件
①事例に関連する職種の1人目が「看護師」で、職種経験年数が1年未満の事例
②事例に関連する職種の1人目は職種経験1年以上の看護師または他職種であるが、事例に関連する職種の2人目が職種経験1年未満の「看護師」で、事例の詳細や背景・要因に新人であったことが記載されている事例

②報告件数

2023年1月～2026年3月に報告された事例のうち、対象とする事例は173件であった。なお、2025年10月～2026年3月にヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして事例を収集するにあたり、医療事故情報収集・分析・提供事業に参加している医療機関に対しても、職種経験1年未満の看護師に関する医療事故情報の報告を呼びかけたため、2025年から報告件数が増加している。

図表Ⅲ－１－１ 報告件数

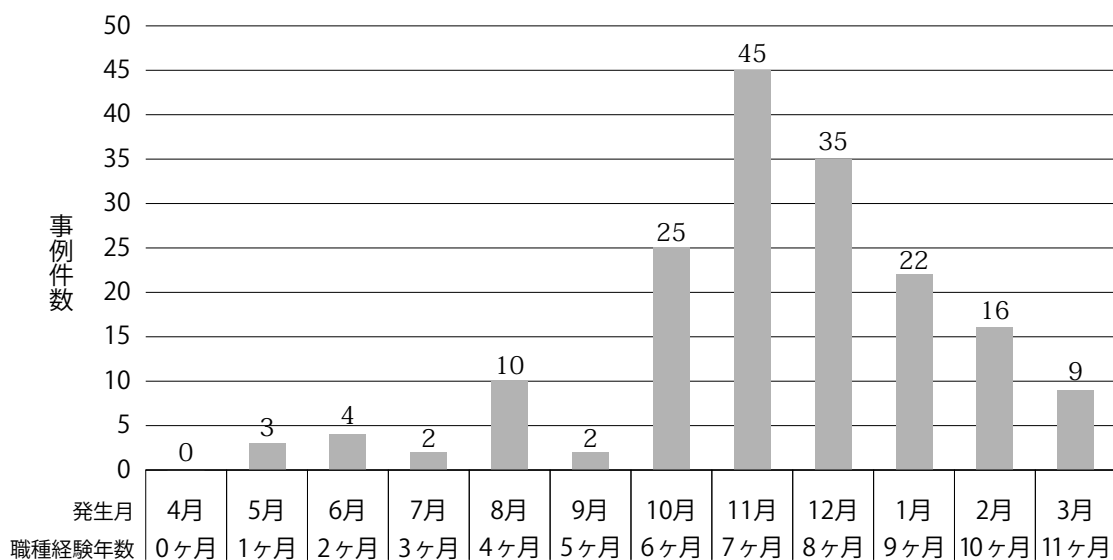
報告年	2023	2024	2025	2026 (1～3月)	合計
件数	13	15	60	85	173

2) 事例の概要

①職種経験年数（月数）

事例に関わった新人看護師の職種経験年数（月数）を集計した。11月に発生した0年7ヶ月の事例が最も多かった。

図表Ⅲ－１－２ 職種経験年数（月数）

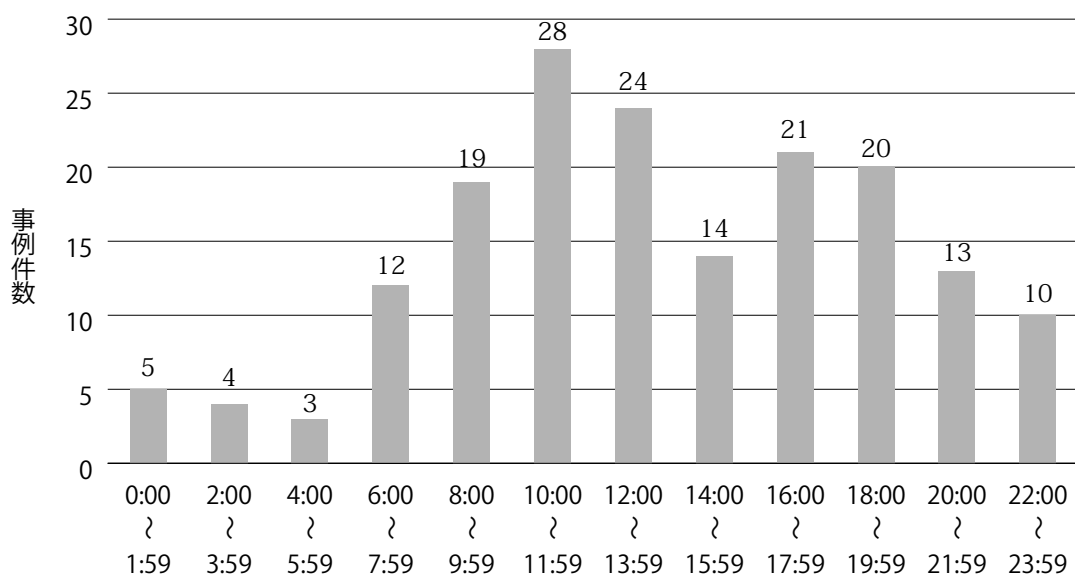


※事例の発生月を基準として、報告された職種経験年数（月数）を修正した結果である。

②発生した時間帯

発生した時間帯を示す。

図表Ⅲ－１－３ 発生した時間帯



③薬剤の種類

薬剤の種類を示す。注射薬の事例が最も多かった。

図表Ⅲ－１－４ 薬剤の種類

薬剤の種類		件数
注射薬		107
内服薬		53
外用薬	貼付薬	6
	吸入薬	3
	点眼薬	2
	軟膏剤	1
	浣腸薬	1
合計		173

④発生段階

発生段階を以下の通り分類した。投与の事例が多かった。

〈参考〉発生段階の分類

発生段階	対象
指示受け	指示受けの段階で誤った事例
調製・準備	指示受けは正しかったが、調製・準備時に誤った事例
投与	指示受け、調製・準備は正しかったが、投与時に誤った事例
薬剤管理	指示受け、調製・準備、投与の段階以外で、薬剤の管理を誤った事例

図表Ⅲ－１－５ 発生段階

発生段階	件数
指示受け	52
調製・準備	41
投与	75
薬剤管理	5
合計	173

(2) ヒヤリ・ハット事例の概要

1) 報告状況

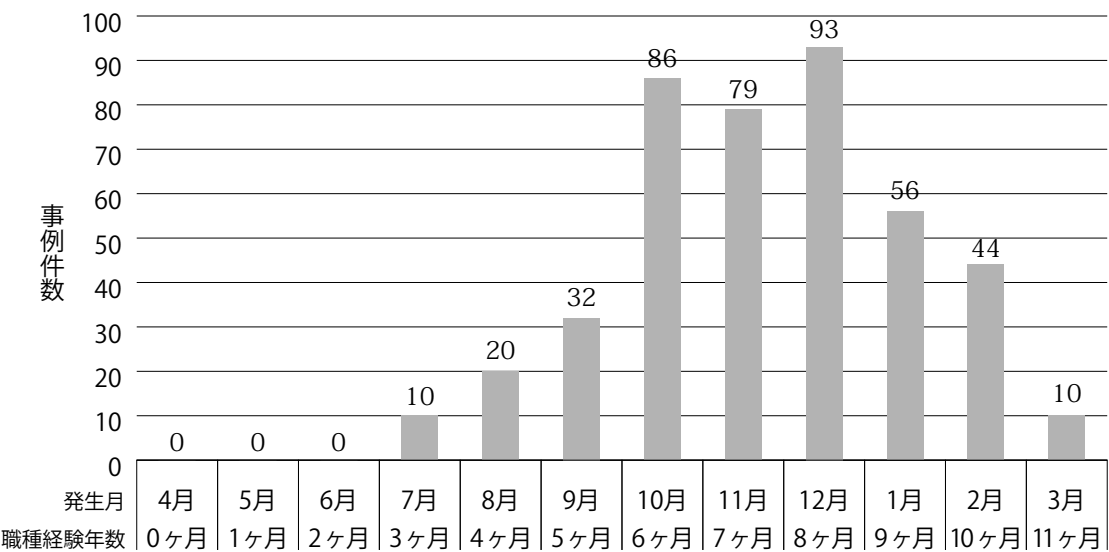
2025年10月～2026年3月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「職種経験1年未満の看護師の薬剤に関する事例」を収集した。収集した事例のうち、医療事故情報と同様に、職種経験1年未満の看護師が薬剤の「指示受け」「調製・準備」「投与」「薬剤管理」のいずれかの段階で誤った事例を対象としたところ、対象事例は430件であった。なお、ヒヤリ・ハット事例については、職種経験年数が「0年0ヶ月」の事例が報告されていたが、発生月が「4月」ではない場合は、対象外とした。

2) 事例の概要

①職種経験年数（月数）

ヒヤリ・ハット事例の職種経験年数（月数）を示す。ヒヤリ・ハット事例の収集期間が2025年10月～2026年3月であるため、10月以降の事例の報告が多かった。

図表Ⅲ－1－6 職種経験年数（月数）

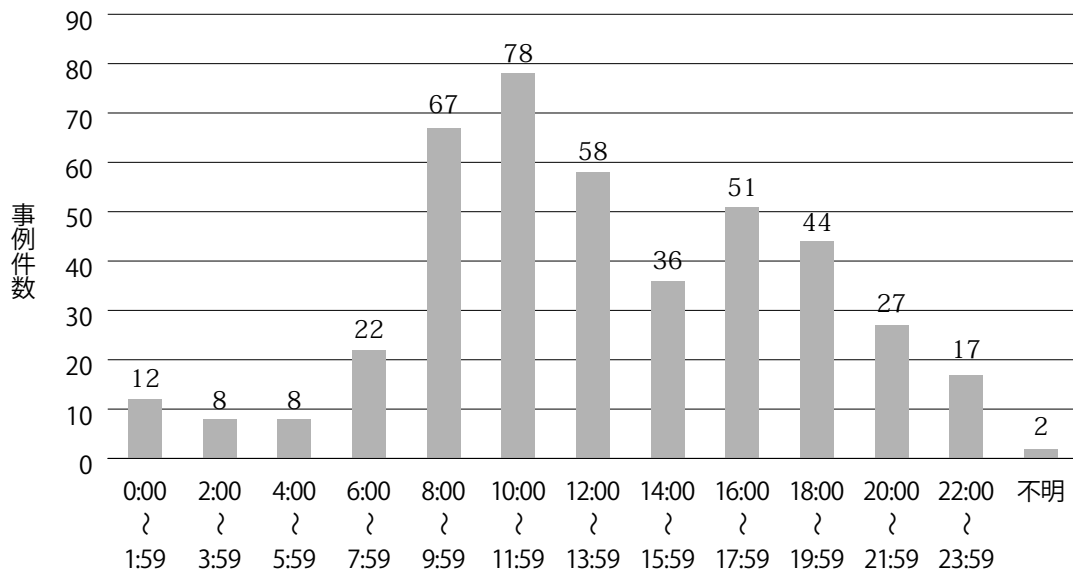


※事例の発生月を基準として、報告された職種経験年数（月数）を修正した結果である。

②発生した時間帯

発生した時間帯を示す。

図表Ⅲ－１－７ 発生した時間帯



③薬剤の種類

薬剤の種類を示す。ヒヤリ・ハット事例は、注射薬の事例と内服薬の事例の件数に大きな差はなかった。

図表Ⅲ－１－８ 薬剤の種類

薬剤の種類		件数
注射薬		211
内服薬		193
外用薬	貼付薬	17
	点眼薬	3
	吸入薬	2
	軟膏剤	2
	外用液剤	1
	浣腸薬	1
合計		430

④発生段階

発生段階を示す。ヒヤリ・ハット事例も医療事故情報と同様に投与の事例が多かった。

図表Ⅲ－１－９ 発生段階

発生段階	件数
指示受け	95
調製・準備	112
投与	197
薬剤管理	26
合計	430

(3) 発生段階「指示受け」の事例

医療事故情報の「指示受け」の事例52件と、ヒヤリ・ハット事例の「指示受け」の事例95件について分析した。

1) 指示の種類

指示の種類を示す。

図表Ⅲ－１－１０ 指示の種類

指示の種類		医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例
電子カルテ などの指示	継続投与している薬剤の指示	16	37
	継続投与している薬剤の変更指示	11	17
	新たに開始になった薬剤の指示	7	16
	中止になっていた薬剤の再開指示	3	2
	スライディングスケール※1	4	7
	必要時指示※2	6	7
	検査・処置のための一時指示	3	7
口頭指示		2	2
合計		52	95

※1 スライディングスケールは、継続投与している薬剤の指示とは分けて集計した。

※2 必要時指示は、不眠や発熱、疼痛時など症状に応じてあらかじめ出している指示とした。

2) 指示受けの事例の種類

指示受けの事例の種類を示す。医療事故情報は、指示の誤認の事例が最も多かった。ヒヤリ・ハット事例は、指示の一部見落としの事例が最も多かった。

図表Ⅲ－１－１１ 指示受けの事例の種類

事例の種類	医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例
指示の未確認	8	30
指示の一部見落とし	17	37
指示の誤認	27	28
合計	52	95

①指示の未確認の事例

指示の未確認の医療事故情報8件とヒヤリ・ハット事例30件を分析した。

i 指示の種類

指示の種類を示す。

図表Ⅲ－１－１２ 指示の種類（指示の未確認）

指示の種類		医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例
電子カルテ などの指示	継続投与している薬剤の指示	3	14
	継続投与している薬剤の変更指示	2	5
	新たに開始になった薬剤の指示	3	2
	中止になっていた薬剤の再開指示	0	1
	スライディングスケール※ ¹	0	4
	必要時指示※ ²	0	1
	検査・処置のための一時指示	0	3
合計		8	30

※¹ スライディングスケールは、継続投与している薬剤の指示とは分けて集計した。

※² 必要時指示は、不眠や発熱、疼痛時など症状に応じてあらかじめ出している指示とした。

ii 事例の分類

事例の分類を示す。指示を確認していない事例のため、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例のどちらも、「未実施」の事例が多かった。

図表Ⅲ－１－１３ 事例の分類（指示の未確認）

事例の分類	医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例
未実施	6	27
中止になった薬剤の投与	1	1
速度間違い	1	0
量間違い	0	1
重複投与	0	1
合計	8	30

iii 指示の未確認となった主な背景

指示の未確認となった主な背景を示す。患者の状況や治療内容の理解が不足していた事例や、見るべき指示を見ていなかった事例が報告されていた。

図表Ⅲ－１－１４ 指示の未確認となった主な背景

指示の種類	事例の分類	未確認となった主な背景
継続投与している薬剤の指示	未実施	- 新人看護師（8ヶ月）は、患者が抗菌薬による治療中であることを認識していなかった。 - 当該病棟では輸液管理している患者が多く、情報収集能力は個人に任せている状況であった。
	未実施	新人看護師（9ヶ月）は、インスリンの持続時間や薬効を理解しておらず、スライディングスケール打ちの指示のみと思い、固定打ちの指示を見ていなかった。
継続投与している薬剤の変更指示	速度間違い	新人看護師（10ヶ月）は、持続投与している注射薬の流量を検温表で確認しており、速度変更の指示を見ていなかった。
	中止になった薬剤の投与	新人看護師（9ヶ月）は、夜勤業務が煩雑でオーダの確認ができず、夜勤中に出ていた内服薬の中止指示に気付いていなかった。
新たに開始になった薬剤の指示	未実施	- 病棟には新しく処方された薬剤が届いたら入れておく箱があったが、新人看護師（8ヶ月）は箱を確認する習慣がなく、担当患者の薬剤が届いていることに気付かなかった。 - 新人看護師は、医師指示を改めて確認していなかった。
スライディングスケール	未実施	新人看護師（6ヶ月）は血糖測定7検であることを把握しておらず、血糖値に合わせたインスリン指示があることを情報収集できていなかった。
必要時指示	未実施	- 手術当日起床時の収縮期血圧が140mmHg以上の場合、アムロジピン錠5mg 1錠内服の必要時指示があった。 - 新人看護師（8ヶ月）は、血圧に関する必要時指示があることを知らなかった。
検査・処置のための一時指示	未実施	- 泌尿器科の手術を受ける患者に、術前の浣腸の指示が出ていた。 - 新人看護師（5ヶ月）は、手術前に浣腸を行うことを認識していなかった。

※（ ）内は職種経験月数である。

iv 事例の内容（指示の未確認）

主な事例と専門分析班の議論を紹介する。

図表Ⅲ－１－１５ 事例の内容（指示の未確認）

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
継続投与している薬剤の指示の事例			
1	肺炎の患者に、タゾピペ配合静注用4.5を3回/日（6時、14時、22時）で投与中であった。日勤の新人看護師（8ヶ月）は、患者の治療内容を把握しておらず、情報収集時に抗菌薬の指示を見ていなかった。夜勤の看護師が出勤した際に、14時の抗菌薬が投与されていないことに気付いた。	・当院では、看護師が電子カルテより情報収集を行う際に、受け持ち患者に点滴治療があるかを確認している。 ・日勤帯で投与する薬剤は、準備から投与まで受け持ち看護師が行う。 ・当該病棟では輸液を投与している患者が多いため、個人の情報収集能力に任せていた。 ・投与した薬剤は、電子カルテ上○→●に変わるため、実施したかどうかの確認ができる仕組みである。 ・投与されなかった薬剤が残っていても、個人がメモなどのチェックで最終確認して気付かなければ、次勤務者が気付くまで無投薬に気付かないことがある。 ・当該病棟では、職種経験年数0年8ヶ月の看護師であれば、それぞれの到達度には差があるが、ほぼ独り立ちであった。当該事例の経験8ヶ月の看護師に対するフォロー体制については、先輩看護師の認識の差もあり、今回、リーダー看護師や他の看護師は情報収集の漏れを指摘できていなかった。	・情報収集時の確認ポイントについて、再度振り返る。 ・新人看護師に対する情報漏れの補足が行えるよう、チームで支援を行う。
専門分析班の議論			
・患者の状態や治療状況がチームでどのように共有されていたか、また、薬剤そのものがどう準備されていたかなどを検討できるとよい。 ・委員の医療機関では「実施済」になっていない薬剤があれば、画面上でわかるようになっている。当該事例でも「○→●」と表示が変わる仕組みがあるため、投与されていない薬剤があることに気付くことができる。 ・「新人看護師が治療内容を把握しておらず」とあるが、新人であっても看護師として、患者がどのような治療を受けるために入院しているかを理解したうえで看護実践をする必要がある。			
新たに開始になった薬剤の指示の事例			
2	起床時よりラジカット内用懸濁液を開始する指示が出ていた。新人看護師（10ヶ月）は、情報収集できておらず投与していなかった。10時に他の看護師から無投与であることを指摘された。	・情報収集が不足していた。 ・情報収集の漏れにつながらないための対策など、取り入れられるものを検討する。 ・今回は、他の看護師が無投与に気付いて新人看護師に確認したことにより、早期に発見できた事例である。新人看護師も同様に確認し合え、不安なことは聞ける雰囲気作りを行う。	・情報収集をどのように行っているか、具体的なチェックシートの活用方法も含め、新人看護師の状態を把握する。
専門分析班の議論			
・今回の事例の新人看護師は、職種経験年数が0年10ヶ月であり、ほぼ独り立ちしていたと思われるが、フォロー体制がどうであったか検討の余地がある。 ・新人看護師が情報収集できなかった背景を把握できると、新人看護師のフォロー体制の在り方や教育内容に反映できる。 ・通常、チームで業務を分担していると思われるため、同じ勤務帯の誰かが気付けるフォロー体制があるとよい。			

②指示の一部見落としの事例

指示の一部見落としの医療事故情報17件とヒヤリ・ハット事例37件を分析した。

i 指示の種類

指示の種類を示す。

図表Ⅲ－１－１６ 指示の種類（指示の一部見落とし）

指示の種類		医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例
電子カルテ などの指示	継続投与している薬剤の指示	7	12
	継続投与している薬剤の変更指示	4	9
	新たに開始になった薬剤の指示	0	10
	中止になっていた薬剤の再開指示	1	1
	スライディングスケール※1	1	2
	必要時指示※2	3	1
	検査・処置のための一時指示	1	2
合計		17	37

※1 スライディングスケールは、継続投与している薬剤の指示とは分けて集計した。

※2 必要時指示は、不眠や発熱、疼痛時など症状に応じてあらかじめ出している指示とした。

ii 事例の分類

事例の分類を示す。

図表Ⅲ－１－１７ 事例の分類（指示の一部見落とし）

事例の分類	医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例
未実施	8	20
量間違い	4	7
中止になった薬剤の投与	2	9
時間間違い	3	0
速度間違い	0	1
合計	17	37

iii 指示を見落とした主な背景

指示を見落とした主な背景を記載する。焦り、余裕のなさなどが背景となって指示を見落とした事例が報告されていた。

図表Ⅲ－１－１８ 指示を見落とした主な背景

指示の種類	事例の分類	指示を見落とした主な背景
継続投与している薬剤の指示	未実施	・夜勤帯で担当患者が多く、新人看護師（9ヶ月）は焦っていた。 ・内服薬を準備する際、処方箋との照合が不十分となり、メトホルミン錠の指示のみ見て、別の処方箋に気付かなかった。
		・持参薬を使用していたため、新人看護師（8ヶ月）は見慣れない薬剤が多数あり、指示の全てを読み取ることができていなかった。
		・新人看護師（10ヶ月）は、内服薬の処方箋は確認したが、最後のページにあった軟膏の処方箋の確認を忘れた。
	量間違い	・バイアル製剤の一部を使用する指示であったが、新人看護師（4ヶ月）は投与量を見落とし、全量投与すると思ひ込んだ。
継続投与している薬剤の変更指示	中止になった薬剤の投与	・新人看護師（7ヶ月）は夜勤経験が少なく、時間に追われて焦りがあった。 ・指示確認の途中でパソコンの電源が落ち、指示の確認が疎かになった。
	重複	・同じ薬効の注射薬と内服薬が処方されていたが、内服薬は中止指示が出ていた。新人看護師（11ヶ月）は、中止指示を見落とし、両薬剤が同じ薬効であることを知らずに投与した。
スライディングスケール	未実施	・勤務開始時、新人看護師（7ヶ月）は情報収集に時間がかかったことで余裕がなく、患者の疾患や血糖コントロールを行っていることに関する情報収集が不十分であった。 ・他患者のバイタルサイン測定や経管栄養投与などの業務があったため焦っており、スライディングスケールの全項目を指差し呼称せず、流し見してしまった。
必要時指示	量間違い	・新人看護師（7ヶ月）は、夜勤の独り立ち5回目であった。 ・先輩看護師とダブルチェックを実施したが、指示簿の「体温」「薬剤」「用量」は確認したが、「投与間隔」「回数」は確認しなかった。

※（ ）内は職種経験月数である。

iv 事例の内容（指示の一部見落とし）

主な事例と専門分析班の議論を紹介する。

図表Ⅲ－１－１９ 主な医療事故情報（指示の一部見落とし）

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
継続投与している薬剤の指示の事例			
1	心原性脳塞栓症の治療を受けていた患者は、糖尿病を合併しており、血糖コントロールを行っていた。深夜勤務開始時に、新人看護師（7ヶ月）は、血糖値4検とスライディングスケールの指示を指示簿で確認した。6時の経管栄養投与前に血糖測定を行った。血糖値は161mg/dLで、インスリン基本投与＋標準化スケール指示書のスライディングスケールの欄を見て、該当しないことを確認した。深夜リーダー看護師へ血糖測定後のダブルチェックを依頼し、スライディングスケールに該当しなかったことを報告した。その後、経管栄養を投与した。11時30分に、日勤の総リーダー看護師が血糖値を確認していた際、基本投与のインスリンが未投与であることに気付いた。昼の血糖測定を行い、血糖値は396mg/dLであった。血糖値とともに、朝のインスリンが未投与になったことを主治医へ報告し、経過観察の指示を受けた。	- 新人看護師は、他患者のバイタルサイン測定や経管栄養投与などの業務があったため焦っており、指示書の全項目を指差し呼称せず、流し見してしまった。 - 時間的な焦りから、経過表で血糖値とインスリン投与量を確認しなかった。経過表には毎食前のインスリン量が入力されているため、丁寧に確認すれば基本投与があることに気付けた可能性があった。 - 勤務開始時、情報収集に時間がかかったことで余裕がなく、患者の疾患や血糖コントロールを行っていたことに関する情報収集が不十分であった。 - 継続指示に「血糖4検 スライディングスケール対応」と入力されており、基本投与指示の記載はなかったため、スライディングスケールのみと認識していた。 - インスリン指示書上部に貼付されていたメモに「インスリン基本投与＋スライディングスケール」と記載があったが、気付いていなかった。	- インスリン指示書は、番号順に全項目を指差し呼称し、確認を徹底する。 - 自分の記録に入力漏れや不備がないか、丁寧に確認を行う。 - 病状や治療方針など、必要な情報を限られた時間で収集できるよう努める。 - 指示内容と実際の患者の状況を結びつけながら実施する。 - インスリン指示書がある場合は、継続指示へ不用意に投与量などを入力しないよう医師にも依頼する（転記ミス、指示変更時に更新されない可能性があるため）。 - 経過表へのインスリン投与量の入力、基本投与量とスライディングの投与量がそれぞれわかるように区別して入力する。
専門分析班の議論			
- 指示内容が散在していたのであれば、指示の出し方に改善の余地がある。 - 新人看護師であったため慣れていなかった、というだけで済まず、新人でも正しく指示受けができることが重要である。また、このような事例の背景を検討することは再発防止策につながる。 - インスリン製剤の投与は、食事直前の限られた時間に複数の患者対応が重なることがあり、焦りが生じやすいため、事前に他の看護師に確認しておくといよい。			
必要時指示の事例			
2	手術当日の起床時に、新人看護師（8ヶ月）は、患者の血圧測定を行い、149/80mmHgと記録した。日勤の看護師からアムロジピン錠の内服をしたか確認があった。必要時指示には、「手術当日、起床時収縮期血圧が140mmHg以上の場合、アムロジピン5mg 1錠内服」とあり、与薬していないことが判明した。	- 新人看護師は、血圧に関する必要時指示があることを知らず、指示を見落としした。 - 医師記録にも指示内容の記載があった。 - 今回の必要時指示は外来で入力されており、病棟リーダー看護師が確認する指示受け画面に反映されないため、フォローできなかった。	情報収集を確実にする。
専門分析班の議論			
- 新人看護師は、血圧の必要時指示を知らなかったとあるが、看護師として全ての指示を把握して患者に対応する必要がある。 - 必要時指示がどのように記載されていたかわからないが、職種経験年数が浅い看護師が見てもわかりやすく記載されている必要がある。 - 看護師は、指示の有無に関わらず、血圧を測定したらその結果をアセスメントし、必要な対応を考える必要がある。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
必要時指示の事例			
3	医師の指示には「体温38.0℃以上の時：アセリオ静注液1000mg点滴 8時間あけて3回/日まで」と記載されていた。18時45分、体温40.3℃であり、看護師Aはアセリオ静注液を投与した。その後、次勤務者の新人看護師Bに申し送った。20時30分の体温が39.7℃であり、新人看護師Bは18時台に投与されたことを失念して、アセリオ静注液を投与した。22時台、カルテに入力していたところ、18時台にアセリオ静注液が投与されていたことに気付いた。医師の指示の時間間隔を空けずに投与したことが判明した。	- 新人看護師Bは、夜勤を独り立ちして5回目であった。 18時台の投与はメモに書いていたが、高熱であり早急に解熱しなくてはと思い、18時台に投与されていることを忘れてしまった。 - 先輩看護師とダブルチェックを実施した際、指示簿の「体温」「薬剤」「用量」を確認し、「投与間隔」「回数」は確認しなかった。	- 指示簿指示薬剤のダブルチェック時は指示簿内容の詳細も読み上げてダブルチェックをする。 - 臨時で薬剤を使用した患者がいる時には先輩看護師にも共有しておく。 - 使用薬剤はわかりやすくメモをする。
専門分析班の議論			
- 新人看護師とのダブルチェックであるため、先輩看護師は教育の場になることを認識し、新人のフォローができるとよい。このような指示の場合は、「投与間隔」と「回数」に加えて「前回投与時間」を一緒に確認できればよかった。 - ダブルチェックを行うことによって責任の所在が曖昧になることがある。当該事例のように先輩看護師にダブルチェックをしてもらえることから、自らの確認作業が疎かになってしまうことがあるが、職種経験年数に限らず、責任を持って投与する必要がある。 - ダブルチェックの場面は、「確認」ではなく、複数の情報を突き合わせて一致していることを確かめる「照合」であることを認識する必要がある。 - 定数配置薬を使用する際は、薬剤師の監査がないため、より慎重になるべきである。			

③指示の誤認の事例

指示の誤認の医療事故情報27件とヒヤリ・ハット事例28件を分析した。

i 指示の種類

指示の種類を示す。指示の未確認や指示の一部見落としの事例では報告されていなかった口頭指示の事例が報告されていた。

図表Ⅲ－１－２０ 指示の種類（指示の誤認）

指示の種類		医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例
電子カルテ などの指示	継続投与している薬剤の指示	6	10
	継続投与している薬剤の変更指示	5	4
	新たに開始になった薬剤の指示	4	4
	中止になっていた薬剤の再開指示	2	0
	スライディングスケール※1	3	1
	必要時指示※2	3	5
検査・処置のための一時指示		2	2
口頭指示		2	2
合計		27	28

※1 スライディングスケールは、継続投与している薬剤の指示とは分けて集計した。

※2 必要時指示は、不眠や発熱、疼痛時など症状に応じてあらかじめ出している指示とした。

ii 事例の分類

事例の分類を示す。指示を誤認した事例のため、様々な事例が報告されていた。

図表Ⅲ－１－２１ 事例の分類（指示の誤認）

事例の分類	医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例
量間違い	7	8
未実施	2	9
時間間違い	3	1
投与する必要のなかった薬剤の投与	3	1
速度間違い	3	1
薬剤間違い	2	1
投与指示のある薬剤の誤った中止	0	3
用法間違い	2	0
医師が投与する薬剤の誤投与	2	0
重複投与	1	1
中止になった薬剤の投与	0	2
患者間違い	1	0
再開時期の誤り	1	0
投与日間違い	0	1
合計	27	28

iii 指示を誤認した主な背景

指示を誤認した主な背景を記載する。薬剤についての知識不足や思い込みなどから指示を誤認した事例が報告されていた。

図表Ⅲ－１－２２ 指示を誤認した主な背景

指示の種類	事例の分類	指示を誤認した主な背景
継続投与している薬剤の指示	重複投与	・てんかん発作で入院した患者は内服困難な時があり、タケキャブ錠の内服が困難な場合に備えて、ガスター注射液のオーダーもされていた。 ・新人看護師（7ヶ月）は、処方意図を理解しておらず、また、同効薬であるという知識が不足しており、両方投与すると思った。
	量間違い	・貼付薬1枚の指示が出ていた。新人看護師（6ヶ月）は5日前に患者を担当した際に0.5枚であったため、今回も同量だと思い込んだ。
継続投与している薬剤の変更指示	薬剤間違い	・患者は1週間前までアズノール軟膏を塗布していたが、ルリコナゾール軟膏に変更になっていた。 ・新人看護師（8ヶ月）は、ケア前に指示を見て情報収集していたが、前回担当した際と同じアズノール軟膏だと思い込んだ。
	投与指示のある薬剤の誤った中止	・患者は、持参薬と院内処方薬の両方を服用していたが、主治医より「持参薬は全て中止」と指示が出た。 ・指示受けをした新人看護師（10ヶ月）は、「全て中止」という文字を見て、内服薬全てが中止であると勘違いした。
新たに開始になった薬剤の指示	速度間違い	・高カロリー輸液500mLを12時間で投与する指示が出ていた。 ・新人看護師（6ヶ月）は容量が1000mLだと思い込んで流速を計算して投与した。
スライディングスケール	量間違い	・患者は胃管より経管栄養を注入していたが、朝のみ嚥下訓練食を摂取していた。 ・スライディングスケールは経管栄養時と嚥下訓練食摂取時で異なっていたが、新人看護師（10ヶ月）は、嚥下訓練食摂取時に経管栄養時の投与量を参照した。
必要時指示	投与する必要のなかった薬剤の投与	・必要時指示に、6時間の尿量が180mL以下の場合に尿比重を測定し、その結果によって輸液を負荷する指示があった。 ・新人看護師（6ヶ月）は、指示の尿量を確認せず、尿比重値だけを確認して輸液を負荷すると誤認した。
	用法間違い	・頓用のロキソプロフェン錠60mgをすでに3回服用していた患者より、鎮痛剤内服の希望があった。 ・新人看護師（8ヶ月）は1日の最大投与量を理解しておらず、前回の内服時間から6時間が経過していたため、患者にロキソプロフェン錠を渡したところ、4回目の投与となった。
検査・処置のための一時指示	医師が投与する薬剤の誤投与	・医師は検査時に投与する注射薬の鎮静剤を「15:00」の時間指定で処方していた。 ・新人看護師（4ヶ月）は薬効を知らなかったが調べることなく、15時に全量投与すると思い込んだ。

指示の種類	事例の分類	指示を誤認した主な背景
口頭指示	投与する必要 のなかった 薬剤の投与	・医師から口頭で輸液の変更指示があり、フォロー看護師は新人看護師（9ヶ月）に準備を依頼した。 ・新人看護師は指示内容をメモに取らなかった。 ・患者が興奮状態であったため鎮静を図ると思い込み、輸液ではなく、鎮静剤を調製して投与した。
	患者間違い	・ペア看護師が新人看護師（2ヶ月）に患児Xの浣腸の依頼をした際、愛称の「〇〇ちゃん」と伝えた。 ・新人看護師は同じ名前の患児Yだと誤認した。 ・新人看護師は、実施前に指示を確認したところ患児Yには浣腸の指示がなかったが、指示の未入力だと考えた。

※（ ）内は職種経験月数である。

iv 事例の内容（指示の誤認）

主な事例と専門分析班の議論を紹介する。

図表Ⅲ－１－２３ 事例の内容（指示の誤認）

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
量間違いの事例			
1	心不全に対して、hANP5mL/hとニトログリセリン10mL/hを持続投与していたが、血圧160～190mmHgで経過していたため、薬剤を変更することとなった。医師は、「ニトログリセリン終了。ニカルジピン2A：sBP>160mmHg→2mLショットして2mL/hで開始」と指示した。リーダー看護師は担当の新人看護師（8ヶ月）に、指示のコピー画面を渡して伝達した。新人看護師は指示を確認した際、ニカルジピン2Aを急速静注すると誤認した。新人看護師はニカルジピンの投与は初めてであったため、フォロー看護師に報告し、準備方法を教わった。その際、シリンジポンプを使用することと2名でダブルチェックすることを説明したが、新人看護師は聞き逃した。その後、新人看護師はニカルジピン2Aを急速静注した。5分で血圧が120～140mmHgまで低下したため不安になり、フォロー看護師に相談して、誤投与が判明した。	- 新人看護師は新卒1年目でニカルジピンの効果はわかっていたが、投与方法について熟知していなかった。 - フォロー看護師はシリンジポンプを使用してニカルジピンを投与すること、投与開始する時に2名でダブルチェックすることを説明したが、口頭説明だけであった。 - リーダー看護師、フォロー看護師ともに新人看護師が理解できているか確認していなかった。また新人看護師も自分の解釈についてフォロー看護師に相談・確認していなかった。 - リーダー看護師、フォロー看護師は、当該病棟で日常的に行われている投与方法であり、いつも指示に「ニカルジピン2A」と記載されていたため、新人看護師も理解していると思っていた。	- 新人看護師から確認された看護師は、相手の理解内容を再確認する。また指示を受けた看護師は自分が解釈した指示内容を声に出して、再確認してもらう（チェックバック）。 - ハイリスク薬は声出し、指差して指示を確認する。 - フォロー看護師は、具体的な言葉で指導・説明し、指導を受けるスタッフの能力に応じて支援する。 - 医師は、具体的な指示を出す。
専門分析班の議論			
「ニトログリセリン終了。ニカルジピン2A：sBP>160mmHg→2mLショットして2mL/hで開始」という指示は、とてもわかりにくい。ニカルジピン塩酸塩注射液には2mLの製剤と10mLの製剤があるが、指示には規格の記載もなく、原液で投与するのか希釈して投与するのかも不明である。当該病棟では日常的に行われるとしても、指示は、職種経験年数にかかわらず、誰が見ても理解できる記載をしなければならない。 - 病棟独自のローカルルールが常態化すると、「みんなが知っているだろう」との認識から暗黙知となり、教育の対象から漏れるおそれがあるため、注意が必要である。 - 新人看護師は職種経験年数0年8ヶ月であるが、初めての投与であるとフォロー看護師に申し出ているため、薬液の準備やシリンジポンプの設定も一緒に実施し、OJTの場になるとよかった。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
量間違いの事例			
2	患者は成人急性リンパ性白血病に対する移植後、消化管GVHDとサイトメガロウイルス腸炎があり加療中であった。6日前よりタクロリムスの内服から点滴による継続投与に指示変更となっていた。当日はプログラフ注射液0.25mg/0.05mL＋生理食塩液47.95mLを24時間で投与する指示が出ており、担当していた新人看護師（9ヶ月）が準備して更新した。翌日、採血結果でタクロリムスの血中濃度が上限以上（＞30ng/mL）となったため、調査した。前日の午後に投与開始したプログラフ注射液が0.25mgのところ、1.25mg（5倍量）で調製されていたことが判明した。直ちに、プログラフ注の投与を中止し、頭痛、痙攣、血圧上昇、腎障害などの副作用発現時の対応としてICUへ重症患者相談を行い、バックアップ体制を依頼した。また、通常では行えない週末のタクロリムス血中濃度測定ができるよう臨床検査科に依頼した。2日後、順調に血中濃度が低下したことが確認できた。	- 担当の新人看護師は、プログラフ注射液（2mg/0.4mL）0.25mg＋生理食塩液（50mL）47.95mLの指示であったが、0.25mgのところ0.25mLと単位を間違えて認識した。 - 新人看護師は、当該患者を受け持つのは2回目で、前回受け持った際はタクロリムスを内服しており、注射薬での準備をするのは初めてであった。 - 通りかかった看護師にダブルチェックを依頼したが、依頼された側はダブルチェックの依頼を受けたという認識がなかった。 - 新人看護師はダブルチェックを依頼してその場を離れ、戻ってきた時にはダブルチェックが済んでいると思い込んでいた。 - 新人看護師は、当該患者のフェンタニル注の持続投与の更新や、他患者の出棟など、多重課題となったため焦っており、正常な判断ができない状況であった。	- 初めて実施する場合は、そのことを先輩看護師に伝え、支援を受ける。 - ダブルチェックを依頼する際は、依頼内容を確実に伝える。また、ダブルチェックを依頼した後も依頼した看護師から結果を確認する。 - 多重課題となった場合は、先輩看護師に相談して課題を整理し、他の看護師に依頼できるものは依頼し、自分自身で処理できる課題を確実に行う。
専門分析班の議論			
- 新人看護師はダブルチェックのつもりで声をかけているが、依頼された看護師はそのような認識はなく、また、新人看護師もその場を離れるなど、本来のダブルチェックになっておらず、確認行為が曖昧になっている。 - 移植に携わる病棟であれば、プログラフ注射液は、血中濃度に合わせて微量を調製する薬剤であり、指示の単位まで確認することを含めて慎重な取り扱いが必要であることを教育しておく必要がある。当該病棟において、新人看護師に対して、そのような教育ができていたか振り返るとよい。 - 看護師は、薬剤を取り扱う際、投与目的や調製方法だけでなく、作用・副作用を理解しておくことは重要である。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
量間違いの事例			
3	内分泌科医師は、毎食前に血糖測定を行い、定期的インスリン単位は食事摂取量で変更＋スライディングスケールという変則的な指示を出した。当日、昼食前の血糖値が250mg/dLであった。本来であれば、定期ノボラピッド9単位から食事量4割摂取のため6単位を引いた3単位に、スライディングスケール分4単位を足して7単位を投与する。しかし、新人看護師（4ヶ月）は、定期ノボラピッド9単位＋食事量4割摂取で6単位＋スライディングスケール分の4単位＝合計19単位と誤認し、投与した。17時、新人看護師より申し送りを受けた夜勤看護師がインスリンの過剰投与に気付いた。すぐに血糖測定したところ46mg/dLで低血糖であり、医師の指示にて20%ブドウ糖20mLを静注し、改善した。	- 新人看護師は職種経験年数0年4ヶ月であり、今まではインスリン投与時にダブルチェックをしてもらっていたが、間違った経験がなかったので大丈夫と過信していた。 - 土曜日であったため病棟勤務者は5名であり、そのうち3名が昼休憩に入り、新人看護師を含めた2名で50名の患者の対応をしていた。 - もう1名のスタッフは、ナースコール対応しており、インスリンのダブルチェックを依頼できなかった。 - リーダー看護師は2年目であり、時間差で休憩する判断ができなかった。 - 新人看護師は複雑な指示に不安を持たず、報告・連絡・相談をしなかった。	- 主任を中心に病棟勉強会でインスリンがハイリスク薬であることを再度教育する。 - インスリン製剤の使用時は必ずダブルチェックを行うことを、師長が朝礼時と病棟カンファレンスで周知する。 - リーダー看護師は、インスリンなどの複雑な指示を実施する看護師に声掛けを行う。 - 師長・主任は、チームリーダーに休み時間の取り方も含めて再度リーダー教育を行う。
専門分析班の議論			
- インスリン投与指示が複雑だと誤認につながる恐れがある。インスリン製剤やカリウム製剤などのハイリスク薬については、基礎教育で知識として習得し、看護師として就職する時点で確実に知っておく必要がある。 - 新人看護師をフォローする体制上の課題があるため、リーダー看護師が、あらかじめ業務計画を立てられるとよかった。ただし、本事例のリーダー看護師は2年目であり、新人のフォローができるほどの余裕がなかった可能性もある。 - 背景・要因に「今まではダブルチェックしていた」とあるので、間違った経験がなくても、手順通りに実施することが重要である。なぜダブルチェックが必要な薬剤であるかを含め、新人看護師にダブルチェックの方法や照合する項目を再度教育しておくといふ。 - 昼食分のインスリンの誤投与から、夜勤看護師が過量投与に気付くまでタイムラグがある。日勤帯メンバーで、血糖値やインスリンの投与量を確認できる仕組みがあるとよい。 - 最近の新人看護師の年代の特徴として、タイムパフォーマンスを優先してしまうことがあることを認識しておくといふ。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
時間間違いの事例			
4	尿路感染症の患者に対し、メロペネム点滴静注用0.5gを3回/日と持続点滴で輸液500mLを2本/日で投与していた。病棟では、医師指示に注射薬の時間指定がない場合、2回/日は0時・12時、3回/日は6時・14時・22時、4回/日は0時・6時・12時・18時とルールを決めていた。また、その内容をビニルテープに記載して処置台に貼って示していた。新人看護師（7ヶ月）は、メロペネムは3回/日のため14時に投与するところ、4回/日の薬剤のテープの時間を見て準備を行い、12時に投与した。12時半、他の看護師より、メロペネムが予定より早く投与されていると指摘された。	- 新人看護師は、2回/日の抗菌薬の投与を行った経験はあったが、3回/日の投与は初めてであった。 - 注射薬の時間指示がないことが多く、病棟での管理のしやすさから、投与回数によって時間を決めていた。 - 上記について、新人看護師への説明が不足していた。 - 輸液投与の頻度が少ない病棟であり、新人看護師が経験不足であることは予測できたが、フォローが不足していた。	- 病棟の特殊性に応じた教育・フォロー体制を具体的に立案する。 - 情報交換時に具体的に不明点がないかなど、先輩看護師・新人看護師が互いに確認し合う。 - 実施経験があっても慣れない処置に関しては、必ず他の看護師に確認してもらう。
専門分析班の議論			
- 病棟ルールで薬剤投与時間を決めていたようだが、処置台に貼るだけでは不十分であり、患者ごとの掲示板などに入力して時間が把握できるようにするなど、経験年数を問わず、誰でもわかるようにしておくとうい。 - 輸液投与の頻度が少ないのであれば、病棟ルールを決めるよりも、投与時間についても指示入力してもらえれば防げたのではないか。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
速度間違いの事例			
5	医師は、①ソルデム3A 1000mL＋ヒューマリンR注6単位、②ソルアセトD500mL＋ヒューマリンR注3単位、③ソルアセトD500mL＋ヒューマリンR注3単位を翌朝10時まで、流量83mL/h（合計2000mLを24時間で投与）を指示した。新人看護師（4ヶ月）は、10時30分頃に①ソルデム3A1000mL＋ヒューマリンR注6単位を8時間で投与すると思い込み、流量を計算して125mL/hと輸液ポンプに設定し、投与を開始した。日勤中、低血糖症状はなかった。新人看護師は16時に訪室した際、残量が370mLで滴下が遅れていると判断し、185mL/hに流量を変更した。17時30分に夜勤看護師が定時の血糖測定を行い、54mg/dLと低血糖であったため、医師指示の20%ブドウ糖40mLを静注した。同時に点滴①の流量が速いことに気付いた。当直医師に報告し、②③の輸液にはインスリンの混注をしないことになった。21時45分に55mg/dLと低血糖であり、再度20%ブドウ糖40mLを静注した。その後、低血糖は改善した。	- 新人看護師は、24時間で①～③の3本の輸液が処方されていたため、①～③をそれぞれ8時間で投与すると思い込んだ。 - 輸液ポンプを設定する際は、計算内容と設定内容をダブルチェック確認することになっていたが、新人看護師は、インスリンがハイリスク薬であるという認識がなく、一人で大丈夫だと思った。そのため勤務中に、誰にも報告・連絡・相談しなかった。 - 新人看護師は、職種経験4ヶ月を過ぎ、独り立ちしたばかりであったが、誰もサポートについていなかった。 16時の訪室時、新人看護師は、残量が多く滴下が遅れていると判断して流量を185mL/hに変更した際に、誰にも相談しなかった。 - リーダー看護師は、部屋持ちを兼務していたため、自分のチーム内の状況を把握できていなかった。そのため、新人看護師がインスリンを混注した輸液を投与していることを認識していなかった。	- 日勤チームリーダーは新人看護師とともに申し送りを聞き、重要な注意点、特殊検査、処置などの情報を共有する。 - 主任が、新人看護師にインスリンについての再教育を行う。 - 師長・主任・リーダーから看護師に声掛けを行い、ダブルチェックを確実にできる環境を作る。 - 師長・主任はダブルチェックの実施状況を定期的にモニタし、注意、指導を行う。
専門分析班の議論			
- 指示の誤認に加えて、自己判断で流量を変更し、さらにダブルチェックをするというルールを怠ったなどの複数の問題が重なった事例である。 - ヒューマリンR注を混注している輸液であったが、インスリンがハイリスク薬であるという認識がない。新人看護師がインスリン製剤のことを理解していなかったのであれば、独り立ちするには早かった可能性がある。 - 独り立ちしたばかりで、サポートにつく看護師がいない状況下には、新人看護師が適切に報告・連絡・相談ができるよう特に配慮が必要である。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
薬剤間違いの事例			
	当該患者は全粥食を介助にて摂取していた。数日前に輸液の投与は終了していたが、血糖値が不安定であったことから静脈ラインが留置されており、看護師間で申し送られていた。新人看護師（11ヶ月）は、他の受け持ち患者が新型コロナウイルス陽性となり、対応に追われる中、朝食の時間になり、慌てて当該患者の血糖値測定を行った。患者の血糖値は68mg/dLであった。新人看護師は、低血糖時の医師指示を見て、食事を摂取している患者であったが、静脈注射を選択した。新人看護師は、50%ブドウ糖液20mLの存在を知らず、ブドウ糖10gを20mLの水道水で溶解して静脈注射するものと思い込み、準備した。その後、先輩看護師（職種経験10年以上、部署配属年数5年以上）に、ダブルチェックのつもりで、「ブドウ糖いきます」と声をかけ、静脈ラインから投与した。	- 低血糖時は、以下の手順となっていた。 - 血糖測定値をカルテ画面に入力する。 - カルテ画面で血糖スケール表と照合する。 - 低血糖の場合は、カルテ画面を切り替え、条件付き指示画面を確認する。 - 条件付き指示画面には、経口可能な場合と経口不可能な場合の指示があり、患者の状況によって選択する。 【医師入院指示】の「●医師指示（コメント）その他2」にある「低血糖時はブドウ糖50% 20mL 1A 静脈注射してください（条件付きに2つ指示あり）」は、経口不可能な場合には、【低血糖時の指示】の「50%ブドウ糖液20mL 1A」の方を選択させたい意図があったと思われる。 - 患者は経口摂取が可能であったが、新人看護師は、「●医師指示（コメント）その他2」を見て、あえて静脈注射を選択したと考える。 - 新人看護師は、経口可能な場合の低血糖指示しか経験がなく、その際は、ブドウ糖10g 1包を水で溶かし、経口投与した。 - 本来のダブルチェックは、看護師Aがブドウ糖10g1包を見て、看護師Bは、電子カルテの医師指示画面で、低血糖時の指示を読み上げる方法であった。 - 新人看護師がダブルチェックのつもりで声をかけた際、準備した薬剤を見せず「ブドウ糖いきます」と声をかけられた先輩看護師はダブルチェックとは思わなかったため「お願いします」と返答した。決められた方法でダブルチェックを実施していなかった。	- 薬剤ケースに「内服」「静脈注射」と書いたテプラを貼る。 - 経口投与するブドウ糖と、静脈注射用の50%ブドウ糖の置き場所を分けた。
6	【低血糖時の指示】 1. 血糖：～70mg/dLの場合 経口 ブドウ糖 10g。 2. 血糖：～70mg/dLの場合 静注 ブドウ糖50%20mL 1A。 〈フリーコメント〉 ■低血糖時 - ブドウ糖10g内服。 50%ブドウ糖液20mL 静脈注射（内服できない時）。 ※15分後再検し血糖70mg/dL未満の時は上記を繰り返す。 ※2回繰り返しても低血糖が続くときはドクターコールする。 【医師入院指示】 ●医師指示（コメント）その他2 低血糖時はブドウ糖50% 20mL 1A 静脈注射してください（条件付きに2つ指示あり）。 ●医師指示（コメント）その他3 低血糖時 インスリンスケール内の指示で15分後再検指示を優先してください。		
専門分析班の議論			
- 本事例は、本テーマを検討するきっかけとなった事例である。 - 基礎教育では「静脈注射で使用する薬剤は滅菌されたもの」という原理原則を教えている。それを踏まえて、就職した後に現場で必要な対応ができるようにするためには、基礎教育をどのように行っていくか考えさせられる事例である。 - ダブルチェックが照合行為になっていないため、基本のルールを守って、現物を見ながら確認する必要がある。当該事例は、ダブルチェック時に経口用のブドウ糖を見せられていたとしても、新人看護師が静脈注射するつもりであることに気付くことができなかった可能性もある。 - 再発防止策に記載されていることが本事例の再発防止策になるかは不明であり、事例の根本的な要因を把握して対応する必要がある。 【低血糖時の指示】と【医師入院指示】があり、低血糖時の指示が複雑に見えるため、指示の出し方についても検討の余地がある。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
医師が投与する薬剤の誤投与の事例			
7	心不全でCCUに入室している患者に、9時から経食道エコーの予定があった。鎮静下で実施の予定であったため、医師は、9時にミダゾラム注射液10mg/2mL＋生理食塩液20mLとフルマゼニル注射液0.5mg/5mLと定時指示をした。本薬剤は、使用時に医師が投与量を決定して投与するが、新人看護師（7ヶ月）は、定時指示であるため9時に全量投与した。その後、患者の意識レベルが低下し、血圧・SpO₂も低下した。循環器科医師に報告し、拮抗薬のフルマゼニルを追加投与し、ノルアドレナリン注を開始し、経鼻酸素投与を行った。その後、時間経過とともに意識レベルが改善、血圧・SpO₂が上昇し、経過観察となった。	- 処置時に使用するミダゾラム注射液とフルマゼニル注射液が、定時指示としてCCUの医師指示に入力されていた。 - 検査時使用の薬剤で医師が投与する薬剤であったが、「検査時使用」などのコメントが入力されておらず、検査時に使用する一時指示か定時投与の指示か不明瞭であった。 - 新人看護師は、鎮静剤は医師が投与することは知っていたが、すでに9時を過ぎていたため焦り、投与方法、投与目的の確認が不十分なまま投与した。	- 薬剤を投与する際、看護師は、どんな状況下でも6Rの確認を徹底し、患者に与える影響を理解したうえで責任をもって行う。 - 不安や疑問がある際には必ず確認し、解決してから投与する。 - 医師は検査のための鎮静剤の指示を出す際は、患者の状態によって事前に投与量が確定しない場合は定時指示にはせず、適宜指示として出す。 - 投与後速やかに使用量をリーダー看護師に伝えるように運用ルールを変更する。 - 処置時の鎮静に使う薬剤のオーダーフローの画一化を図る。
専門分析班の議論			
- 再発防止策に「6Rの確認を徹底」とあるが、本事例は6Rのうち「目的」の確認ができていない。医師が処方時のコメントに「検査時に使用」などを記載しておらず、指示通りに遂行した事例である。 「鎮静剤は医師が投与する」という原則を改めて教育する必要がある。また、ミダゾラム注射液と、その拮抗薬であるフルマゼニル注射液を一緒に投与しており、薬効を理解していないと推測される。知らない薬剤についてDI情報などで情報収集したり、先輩看護師に確認したりする必要がある。 - CCUに入室している患者であり、そこに朝から経食道エコーというイベントが入ると、新人看護師の状況としては精一杯であったかもしれない。先輩看護師がミーティングなどでフォローできるとよい。			

(4) 発生段階「調製・準備」の事例

「調製・準備」の医療事故情報41件、ヒヤリ・ハット事例112件の薬剤の種類を示す。医療事故情報は、注射薬の事例が多かった。ヒヤリ・ハット事例も注射薬が多かったが、内服薬の事例も多く報告されていた。ここでは、注射薬と内服薬の事例について分析した。

図表Ⅲ－１－２４ 薬剤の種類

種類		医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例
注射薬		28	59
内服薬		13	51
外用薬	吸入薬	0	1
	貼付薬	0	1
合計		41	112

1) 注射薬の事例

①事例の分類

事例の分類を示す。量間違いの事例が最も多かった。

図表Ⅲ－１－２５ 事例の分類（注射薬）

事例の分類		医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例	合計	
量間違い	過量調製	9	9	18	24
	過少調製	1	4	5	
	不明	1	0	1	
調製・混注・溶解忘れ		4	11	15	
薬剤間違い		4	10	14	
隔壁開通忘れ		3	7	10	
中止になった薬剤の調製		1	4	5	
ラベル	記載間違い	1	1	2	4
	別の薬剤のラベルを貼付	0	1	1	
	貼付忘れ	0	1	1	
輸液への遮光カバー忘れ		0	3	3	
抗がん剤の曝露		1	0	1	
他患者のインスリン注入器の借用		1	0	1	
その他		2	8	10	
合計		28	59	87	

②注射薬の事例の主な背景

注射薬の事例の主な背景を示す。量間違いの事例には、インスリン製剤やカリウム製剤の事例も報告されていた。知識不足、経験不足が注射薬の調製の誤りにつながった事例が報告されている。

図表Ⅲ－１－２６ 注射薬の事例の主な背景

事例の分類	主な背景
量間違い (過量調製)	・新人看護師（5ヶ月）はインスリン専用注射器があることは知っていたが、1mL注射器をインスリン専用注射器と思い込んでいた。 ・輸液にヒューマリンR注を3単位混注するところ、1mL注射器を使用して0.3mL（30単位）を混注した。
	・①インスリンは単位とmLが異なること、②インスリン専用注射器があること、③調製時にダブルチェックが必要な薬剤であることについて新人研修で指導を行っていたが、新人看護師（4ヶ月）はいずれも忘れていた。 ・ヒューマリンR注8単位の指示のところ、10mL注射器に8mLを準備し、他の看護師に確認してもらわずに輸液内に混注した。
	・高カロリー輸液にアスパラギン酸カリウム2バイアルを混注して持続投与していたが、3バイアルに指示変更があった。 ・別の看護師が、薬剤部で調製済の高カロリー輸液にアスパラギン酸カリウム1バイアルを混注していた。 ・新人看護師（9ヶ月）は、カリウム製剤が病院で定めた準備・投与時にダブルチェックが必要な薬剤に該当することを知らなかった。 ・新人看護師は、アスパラギン酸カリウムは混注されていないと思い込み、さらに1バイアル追加した。
薬剤間違い	・生理食塩液250mLを投与する指示があったが、薬剤部から届いていなかった。 ・新人看護師（7ヶ月）は、生理食塩液250mLを見たことがなく、定数配置薬から生理食塩液50mLを取り出した。
	・似た名称のフィルグラスチムBS注とペグフィルグラスチムBS皮下注が同じ冷蔵庫に入っていた。 ・新人看護師（11ヶ月）は、フィルグラスチムBS注を投与するところ、ペグフィルグラスチムBS皮下注を誤って準備した。
調製・混注・溶解忘れ	・指示に「【冷】アロカリス点滴静注10mL」と表記されていたが、新人看護師（7ヶ月）は【冷】を見落とした。 ・新人看護師は、化学療法中の輸液に混注する薬剤に冷所保存の薬剤があることを知らず、混注し忘れた。
隔壁開通忘れ	・新人看護師（8ヶ月）は、ビーフリード輸液の上下の隔壁開通の経験はあった。 ・今回は小室のあるエルネオパNF2号輸液で、新人看護師は抜ったことがなく、小室の隔壁を開通していなかった。
中止になった薬剤の調製	・注射薬の抗菌薬が変更になる指示が出たが、新人看護師（7ヶ月）は、中止になった抗菌薬を中止ボックスに入れず、患者個人の薬ボックスに入れたままにした。 ・調製する際、薬ボックス内には変更後の抗菌薬が入っていると思い込み、指示と照合せず調製した。

事例の分類	主な背景
ラベル記載間違い	・新人看護師（4ヶ月）は、抗菌薬は1時間程度で投与することは知っていたが、準備しようとしている薬剤が抗菌薬と知らなかった。 ・準備時に点滴ラベルに「10-18」と投与時間を間違えて記載したため、抗菌薬を8時間かけて投与した。
その他	・大塚生食注2ポート100mLは、プラボトル下部のゴム栓部分にポートキャップが装着されているため、キャップを外して輸液セットの針を差し込んで投与する。 ・新人看護師（7ヶ月）は、ローテーション研修の前部署で本剤の取り扱い経験があったが、先輩看護師から直接教育を受けていなかったため、これまでポートキャップを外さずに輸液セットの針を刺して準備していた。

※（ ）内は職種経験月数である。

③事例の内容（注射薬の事例）

主な事例と専門分析班の議論を紹介する。

図表Ⅲ－１－２７ 事例の内容（注射薬の事例）

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
量間違いの事例			
1	患者に、ビーフリード輸液500mLにヒューマリンR注3単位を混注して60mL/hで持続投与していた。入院後、低血糖のエピソードはなかった。13時、日勤の担当看護師が患者のもとを訪室すると、患者は低血糖症状があり、反応が鈍かったため、血糖値を測定した。血糖値は20mg/dL以下であり、医師の指示で輸液を変更し、20%ブドウ糖液の投与を繰り返した。その後、意識レベルが改善し、正常血糖に回復した。前日の22時と当日の6時に輸液を更新した夜勤の新人看護師（5ヶ月）に確認したところ、2回ともインスリン専用注射器ではなく1mL注射器を使用して、0.3mL（30単位）を輸液内に混注していたことが判明した。	- 新人看護師はインスリン専用注射器があることは知っていたが触ったことがなく、1mL注射器をインスリン専用注射器と思い込んでいた。 - 当院では、「ロードーズ」と「インシュレット」の2種類のインスリン専用注射器を採用しており、「インシュレット」は1mL注射器と似ていた。 - 当院では、インスリン製剤は2人でダブルチェックを行うルールとなっている。 - 新人看護師は、ヒューマリンR注がインスリンと認識していたが、他の夜勤看護師は、休憩や患者対応で近くにいなかったため、ダブルチェックを依頼しなかった。 - 新人看護師は、入職から約半年経過し、自分でできることはしなくてはという気持ちがあった。	- インスリン専用注射器を1規格のみとし、「インシュレット」を廃止する。 - 薬剤部から病棟・部署にインスリンバイアル製剤を払い出す際は、「専用注射器を使用」と書かれた紙を添付することにした。 - インスリンバイアル製剤とインスリン専用注射器を専用トレイに一緒に入れて配置する。 - インスリン製剤を保管している医薬品保冷庫に「インスリン準備時は、必ずインスリン専用注射器を使用しましょう」と表示する。 - 新採用者の研修時には、実物を使ってシミュレーションを行う。 - 夜勤者間で新人看護師の業務の把握や指導について共有する。
専門分析班の議論			
- 委員が所属する医療機関でも、インスリン製剤はダブルチェックして準備することになっている。 - 職種経験年数0年5ヶ月であり、「自分でしなくては」と思う前に、聞くことが大事であることを伝えておく必要がある。本事例は、教育や管理上の問題があると思われる。 1mL注射器とよく似たインスリン専用注射器が配置されていると混乱のもとになる。再発防止策に「1規格のみとする」とあり、迅速な対応がされている。 - 委員が所属する医療機関では、新入職員に対して最初にインスリンについて研修を行っているが、各病院での研修では限界がある。インスリンについては看護師として絶対に知っておくべき内容であり、基礎教育で学んだうえで、入職できるとよい。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
量間違いの事例			
2	アシクロビル点滴静注用250mgを375mgと、大塚生食注250mLの指示があった。新人看護師（8ヶ月）は、まず生食注250mLから5mL吸い、1つ目のアシクロビルのバイアルに入れて溶解したものを、生食注250mLの本体に全量混注した。混注した生食注250mLから再度5mL吸い、2つ目のバイアルに入れて溶解し、半量を生食注に混注した。そのまま投与を開始した。その後、ペア看護師にどのように調製したか確認され、実施した内容を伝えたところ、溶解方法が間違っていると指摘された。輸液を直ちに中止し、医師に報告した。	・ペア看護師は、新人看護師が一人で調製できと思っていた。 ・新人看護師は、今回のような用量の溶解に慣れていなかった。	・新人看護師が複雑な用量の調製を行う際は、ペア看護師に確認してもらいながら実施する。 ・今回の事例は当院が導入しているPNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）により、ペア看護師が早期に確認・発見することができた。今後は投与前に確認し、ペア看護師と協同して看護業務を遂行する。
専門分析班の議論			
・注射薬の溶解方法などは、各病棟に配属されてから教育されることが多い。 ・ペア看護師がいるのであれば、調製後に確認するのではなく、調製前に一緒に確認できるとよかった。 ・委員が所属する医療機関においても、ミーティングで新人看護師にxを用いた計算方法を教えることもある。また、「1g=1000mg」であることを理解していない新人看護師もあり、注射薬の一部を混注する際は苦慮している。臨床現場で補完するのではなく、基礎教育の段階で必要な知識・技能を習得することが望まれる。			
ラベル記載間違いの事例			
3	10時にビクシリン注射用と生理食塩液100mLを1時間で投与する指示であった。新人看護師（4ヶ月）は、前日の準備確認時に点滴ラベルに投与時間を「10-18」と間違えて記載した。当日、輸液本体のペースと同じく8時間で抗菌薬を投与した。18時前に夜勤の看護師が訪室した際に、誤りに気付いた。それまでペア看護師も誤りに気付いていなかった。	・新人看護師は、抗菌薬は1時間程度で投与することは知っていたが、投与しようとしているビクシリン注射用が抗菌薬であることを知らなかった。 ・投与中、新人看護師以外の日勤看護師が訪室する機会があったが、輸液の確認はしていなかった。 ・新人看護師のフォローのため、ペア看護師がいたが、質問されなかったため、確認していなかった。	・抗菌薬の勉強会を行う。 ・実施前に「これで正しいか」と確認する。 ・新人教育委員会と協力し、事例を通して、新人看護師だけでなく、プリセプターや教育する側の看護師など部署内でもフォローの在り方を教育指導する。
専門分析班の議論			
・看護師として、患者に投与する薬剤の目的について把握しておく必要がある。患者の状況に合わせた看護を行う必要があり、患者に深い関心を持ち、想像の範囲を広げることは重要である。 ・再発防止策に「実施前にこれで正しいか確認する」とあるが、本事例の場合は正しいと思っているので、気付くのが難しい。ペア看護師がいたのであれば、準備段階で間違いを指摘できる体制になっているとよい。			

2) 内服薬の事例

内服薬の医療事故情報13件とヒヤリ・ハット事例51件を分析した。

①事例の分類

事例の分類を示す。内服薬も注射薬と同様に量間違いの事例が多く、次いで、薬剤のセット漏れの事例が多かった。

図表Ⅲ－１－２８ 事例の分類（内服薬）

事例の分類		医療事故 情報	ヒヤリ・ ハット事例	合計	
量間違い	過量準備	4	8	12	20
	過少準備	1	6	7	
	不明	0	1	1	
薬剤のセット漏れ		2	10	12	
投与日間違い		0	10	10	
中止薬のセット		0	4	4	
一包化からの抜薬忘れ		0	3	3	
他患者の配薬ケースへのセット		2	2	4	
用法間違い		0	2	2	
注射用シリンジで準備		1	0	1	
その他		3	5	8	
合計		13	51	64	

②内服薬の事例の主な背景

内服薬の事例の主な背景を示す。

図表Ⅲ－１－２９ 内服薬の事例の主な背景

事例の分類	主な背景
量間違い	・新人看護師（6ヶ月）は、薬袋を指差呼称しながら薬剤を取り出して準備した。 ・胃管から注入する患者の場合、病棟の基準で起床時投与薬剤は5時に注入することとなっており、薬袋に赤いペンで「5：00」と手書きで記載されていた。 ・その情報に引っ張られ、チラーゼンS錠50μg 1錠のところ5錠準備した。
	・アメナリーフ錠200mgは1回2錠の指示であった。 ・新人看護師（7ヶ月）は、薬剤をセットする際に同時に処方されている他の内服薬が全て1錠ずつであったため、アメナリーフ錠200mgも1錠だと思い込んだ。
投与日間違い	・当日昼から開始するビオスリー配合錠の臨時指示があった。 ・新人看護師（8ヶ月）は、配薬カートにセットする際に投与日を間違え、翌日の昼にセットした。 ・臨時処方の場合は、配薬カートにセット後、必ずリーダー看護師または同チームメンバーにチェックを受けることになっていた。 ・新人看護師はそのことを知らなかったため、誤りが修正されず、翌日からの投与となった。
他患者の配薬ケースへのセット	・新人看護師（8ヶ月）は、麻薬を金庫から取り出し、患者の配薬ケースへセットしようとした。 ・その際、患者3名分の配薬ケースを並べており、患者名を確認せずに他の患者の配薬ケースへ入れた。
内服薬を注射用シリンジで準備	・新人看護師（11ヶ月）は、イレウス管から投与する内服薬を準備する際、本来であれば緑色のカテーテルチップに準備するところ、注射器の認識が曖昧で、注射用シリンジに準備した。

※（ ）内は職種経験月数である。

③事例の内容（内服薬の事例）

主な事例と専門分析班の議論を紹介する。

図表Ⅲ－１－３０ 事例の内容（内服薬の事例）

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
薬剤のセット漏れの事例			
1	手術のため、バイアスピリン錠を休薬する指示が出ていた。新人看護師（7ヶ月）は、バイアスピリン錠を抜錠するため、一包化された薬包内の薬剤名を確認し、名前が表記されていないものは処方カレンダーの薬剤名をDI検索して、画像から内服薬を特定していた。一包化された薬剤のうち1錠だけ、鑑別記号で検索しても特定できないものがあった。特定できなかった薬剤の画像はバイアスピリン錠の画像と一致していないことを認識していたが、消去法でバイアスピリン錠だと判断した。他の看護師とダブルチェックを行う際、 薬剤を調べたうえで特定できないものがあり、消去法でバイアスピリン錠と判断したことを伝えて抜錠した。翌日、深夜帯の看護師が朝の内服薬にメチコパール錠が入っていないことに気付いた。その後、前日に新人看護師が抜錠した錠剤が、バイアスピリン錠ではなくメチコパール錠であったことがわかった。処方カレンダー、内服薬の入った袋に表記された処方内容を確認すると、一包化された薬包にバイアスピリン錠は含まれていなかった。	・処方カレンダーの薬剤名と日付をたどって確認しなかったことにより、バイアスピリン錠が処方されていないことに気付かなかった。 ・抜錠しなくてはいけないという考えが先行し、特定できなかった薬剤をバイアスピリン錠だと思い込んでしまった。 ・ダブルチェックした看護師は、新人看護師が調べたことを聞いたのみで、薬剤を調べる、処方カレンダーを確認するなどの正確なチェックができていなかった。	未記載
専門分析班の議論			
・特定できない薬剤を、消去法で「バイアスピリンであろう」とすることは大変危険である。万が一、バイアスピリン錠が入ったままになっていた場合、手術が延期になる可能性もあり、患者への影響が大きい。 ・ダブルチェックを依頼された看護師は、曖昧な情報を共有された場合は、自身でも確認する必要がある。特に新人看護師とのダブルチェックは教育の場となる。 ・緊急時などを除き、一包化されている薬剤から抜薬することを禁止している医療機関もある。安全な薬物療法を行うためには、可能な限り処方しなおしてもらった方が安全である。 ・本事例のように一包化された薬剤をセットする度に抜薬作業を行うのは相当な負担がある。事前に薬剤師の協力を得られるとよい。 ・本事例では、結果的に一包化された薬剤にバイアスピリン錠は入っていなかったが、一包化されている薬剤に何が含まれているのが簡易に確認できる仕組みがあるとよい。 ・一包化された薬剤の取り扱いについて院内の状況を把握し、ルールを整備してもよいのではないか。			

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
内服薬を注射用シリンジで準備した事例			
2	患者は腸閉塞と診断されて緊急入院し、イレウス管を挿入されていた。絶食中であったため、内服薬はイレウス管から注入する指示であった。11時30分頃、新人看護師（11ヶ月）は、大建中湯を白湯で溶かし、本来であれば緑色のカテーテルチップ50mLに準備するところ、注射用シリンジ20mLに準備した。新人看護師は、イレウス管の三方活栓より内服薬を注入しようとしたところ、注射用シリンジと径が合わなかった。そのため、注射用シリンジとサイズが合ったイレウス管のバルーン用チューブに薬液を注入した。その後、X線撮影があり、医師が画像を確認したところ、イレウス管のバルーンが膨らんでいることに気づき、バルーンに薬液が入っていることがわかった。確認したところ、新人看護師が指示通りの投与経路で注入していなかったことがわかった。	- 新人看護師は、イレウス管から内服薬を注入する際の必要物品の知識が曖昧であり、緑色のカテーテルチップ50mLを使用せず、透明の注射用シリンジ20mLを使用した。 - イレウス管の三方活栓と注射用シリンジ20mLのサイズが合わず、接続できたバルーン用チューブに注入した。	- 手順や必要物品の知識が曖昧な場合は、ナーシングスキルを見直したり先輩に相談したりする。 - 当院で使用している注射用シリンジやカテーテルチップなどの種類と用途を理解し、正しいシリンジを選択する。
専門分析班の議論			
- 職種経験年数11ヶ月であるため、内服薬にはカテーテルチップを使用することを知っていたと思われる。なぜ注射用シリンジに準備してしまったかという背景・要因を深く洞察することにより、具体的な再発防止策につなげられるであろう。 - 指示されたことを漫然と実施するのではなく、何の目的で挿入され、扱うチューブがどのような構造であるかということを理解したうえで、看護を実践する必要がある。 - 注射用シリンジがイレウス管に接続できない時点で、先輩看護師に「つながらない」ということを相談できるとよい。自主性も大事であるが、患者の安全を確保するため、新人看護師が一人で頑張らなくてもよい雰囲気があるとよい。 - 新人看護師に、シリンジの違いをどう教育するかが重要となる。サイズや形の違いだけでなく、接続するもの（今回であればイレウス管）の構造や、与薬の手順を含めた教育を行う必要がある。			

(5) まとめ

職種経験1年未満の看護師の薬剤に関する事例について、2023年1月～2026年3月に報告された医療事故情報173件と、2025年10月～2026年3月に報告されたヒヤリ・ハット事例430件の概要を整理した。さらに、発生段階のうち、「指示受け」と「調製・準備」の事例について分析を行った。

「指示受け」の事例は、「指示の未確認」「指示の一部見落とし」「指示の誤認」に分けて事例を概観し、各事例について専門分析班で議論した内容を掲載した。また、「調製・準備」の事例では、報告の多かった注射薬と内服薬の事例を概観し、同じく専門分析班で議論した内容を掲載した。報告された事例は、ハイリスク薬をはじめとする薬剤の作用・副作用や用法・用量、注射薬の調製方法など、新人看護師であっても、患者に投与する際には当然知っておくべき知識の不足が背景となっていた。さらに、新人看護師の知識不足だけでなく、教育の不足や周囲のフォロー不足も背景になっていることがうかがわれた。本テーマで紹介した新人看護師の薬剤に関する事例について、新人看護師に限らず、あらゆる職種経験年数の看護師で共有し、現場での教育につなげていただきたい。

本テーマは、第87回報告書で引き続き取り上げ、「投与」の事例などを検討することとしている。

【2】手術における異物残存に関連した事例－手術器械等の残存－

手術における異物の体内残存は、確実な把握や検証が求められる重大な事象とされており^{1) 2)}、医療安全において最優先で取り組むべき課題の一つである。令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）による「医療機関の特性に応じて求められる医療安全活動及び必要な組織体制等に関する研究」の研究報告書では、医療安全管理部門等が把握すべき事象が①患者への影響度、②事象の回避可能性の観点からA～Cに類型化され、A類型（患者への影響度が大きく、確実に回避する手段が普及している事象）の中に「手術等の侵襲的手技における意図しない異物の体内遺残」が挙げられている³⁾。さらに、この研究報告書をもとに、病院等において把握すべき重大事象の類型化について、2026年2月に厚生労働省より通知⁴⁾が発出され、医療機関における活用に向けて周知が行われている。

本事業では第1回報告書（2005年4月公表）～第4回報告書（2006年3月公表）の個別のテーマの検討状況で手術における異物残存を取り上げ、その後、第15回報告書（2008年12月公表）で再び情報提供を行った。また、体内にガーゼが残存した事例については、第14回報告書（2008年9月公表）で、「共有すべき医療事故情報」として取り上げ、その後、第23回報告書（2010年12月公表）、第43回報告書（2015年12月公表）、第54回報告書（2018年10月公表）で繰り返し情報提供を行った。さらに、医療安全情報No.152「手術時のガーゼの残存①－ガーゼカウント－」（2019年7月提供）、医療安全情報No.153「手術時のガーゼの残存②－X線画像の確認－」（2019年8月提供）で、注意喚起を行った。

本報告書の分析対象期間（2026年1月～6月）に、手術時に鉗子やシリコンディスクなどが体内に残存した事例が11件報告された。そこで、手術時に体内に手術器械等が残存した事例について分析を行った。

（1）報告状況

1）対象とする事例

2021年1月～2026年6月に報告された医療事故情報の中から、発生場所が「手術室」または「手術部」で、手術器械等が体内に残存した事例を対象とした。本テーマでは、カテーテルによる処置に関連した事例や、手術器械等が使用中に破損して破片が体内に残存した事例は対象から除外している。また、残存した手術器械等として、鋼製小物や縫合針などを対象とすることとし、ガーゼ、脳神経外科手術で使用する綿状パッド、眼科用吸水スポンジ、ドレーン・チューブを切断した一部などは対象に含めないこととした。

2）報告件数

2021年1月～2026年6月に報告された事例のうち、対象とする事例は87件であった。

図表Ⅲ－2－1 報告件数

報告年	2021	2022	2023	2024	2025	2026 (1月～6月)	合計
件数	12	15	19	14	16	11	87

(2) 事例の概要

1) 事例に関連した手術器械等

事例に関連した手術器械等を整理して示す。鉗子や鉤、クリップなどの鋼製小物が22件と最も多く、次いで縫合針が21件と多かった。

本テーマでは、報告が多かった鋼製小物と縫合針の事例について分析する。

図表Ⅲ－２－２ 事例に関連した手術器械等

分類		手術器械等	件数	
鋼製小物	鉗子	コッヘル鉗子	2	22
		鉗子	1	
		着脱型腸鉗子	1	
		ブルドッグ鉗子	1	
		モスキート鉗子	1	
	鉤	スパーテル、腸ベラ	2	
		バルファア開創器の鉤	1	
	クリップ	血管クリップ	6	
		腸管クリップ	3	
	吸引嘴管の 付属物	外筒	2	
ネジ		2		
縫合針			21	
鏡視下手術用物品	シリコンディスク		4	11
	組織収納サック		3	
	ソフトソラコポート		1	
	トロカールEYのスリーブ		1	
	内視鏡手術用結紮クリップのカートリッジ		1	
	ラッププロテクター		1	
マーキングに使用した物品	注射針		6	11
	チューブ		3	
	Kワイヤー		1	
	VATSマーカ		1	
テープ類	外科用テープ		7	8
	結紮用テープ		1	
インプラント関連物品	スクリュー挿入ガイド		2	4
	TKAトライアルセットの一部		1	
	人工内耳のダミーインプラント		1	
歯科矯正用フック			4	
その他			6	
合計			87	

2) 事例に関わった職員の職種と職種経験年数

事例に関わった職員の職種と職種経験年数を示す。医師が90件と多く、そのうち職種経験20年以上が最も多かった。

図表Ⅲ－2－3 事例に関わった職員の職種と職種経験年数

職種	職種経験年数					合計
	0～4年	5～9年	10～14年	15～19年	20年以上	
医師	5	16	17	11	41	90
看護師	17	13	4	2	9	45
歯科医師	0	1	1	0	1	3

※事例に関わった職員は複数回答が可能である。

3) 患者への影響

患者への影響として、事例発生後、追加的に行った治療の程度と健康被害の程度を示す。健康被害の程度では「障害残存の可能性なし」あるいは「障害なし」が選択された事例が多かったが、治療の程度では「濃厚な治療」が選択された事例が多く、再手術などが必要になったことで患者に大きな影響を与えていた。

図表Ⅲ－2－4 事例発生後、追加的に行った治療の程度

事例発生後、追加的に行った治療の程度	件数
濃厚な治療	57
軽微な治療	17
治療なし	7
不明	1
記載なし	5
合計	87

図表Ⅲ－2－5 健康被害の程度

健康被害の程度	件数
死亡	0
障害残存の可能性がある（高い）	1
障害残存の可能性がある（低い）	22
障害残存の可能性なし	37
障害なし	26
不明	1
合計	87

(3) 鋼製小物の事例

鋼製小物の事例22件について分析する。

1) 事例の概要

①術式・関連診療科と残存したもの

術式・関連診療科と残存したものを示す。

図表Ⅲ－２－６ 術式・関連診療科と残存した鋼製小物

術式	関連診療科	残存したもの	件数	
遊離皮弁術	形成外科	血管クリップ	3	6
遊離空腸再建術	耳鼻咽喉科		1	
脳血管バイパス手術	脳神経外科		1	
内シャント再建術	泌尿器科		1	
腹腔鏡下手術	外科、消化器外科	腸管クリップ	3	
	外科	着脱型腸鉗子	1	
開腹術	産婦人科	コッヘル鉗子	2	
	外科、消化器外科	吸引嘴管のネジ	2	
	消化器外科	鉗子	1	
	肝胆膵外科	ブルドッグ鉗子	1	
	泌尿器科	モスキート鉗子	1	
	心臓血管外科	スパーテル	1	
	消化器科	腸ベラ	1	
	肝胆膵外科	バルファーク開創器の鈎	1	
	外科	吸引嘴管の外筒	1	
	開胸術	心臓血管外科	吸引嘴管の外筒	1
合計			22	

②紛失についての認識

手術中に紛失したことに気付いていたかについて、事例に記載された内容をもとに示す。手術中に紛失に気付いていなかった事例が21件と多かった。

図表Ⅲ－２－７ 紛失についての認識

紛失についての認識	件数
手術中に紛失に気付いていた	1
手術中に紛失に気付いていなかった	21
合計	22

2) 手術中に紛失に気付いていた事例

手術中に紛失に気付いていた事例は1件あり、血管の遮断を解除する際に血管クリップが跳ねて紛失したことに付き、清潔野と不潔野を探索したが発見できず、手術室退室後にCT検査で体内に残存していることを発見した事例であった。

3) 手術中に紛失に気付いていなかった事例

① 残存に気付いた時期と契機

手術中に紛失に気付いていなかった事例21件について、体内残存に気付いた時期と契機を示す。

図表Ⅲ－2－8 体内残存に気付いた時期と契機

気付いた時期	残存したもの	気付いた契機	件数
皮下閉創時	ブルドッグ鉗子	カウントが合わなかった。	1
閉創終了直前	コッヘル鉗子	カウントが合わなかった。	1
手術終了時	腸管クリップ	通常行っている手術終了時のX線撮影で、画像に異物を認めた。	2
	吸引嘴管の外筒		2
	鉗子		1
	コッヘル鉗子		1
	着脱型腸鉗子		1
	モスキート鉗子		1
	腸ペラ		1
	吸引嘴管のネジ		1
	血管クリップ	看護師が数を確認した。	1
	腸管クリップ	外科医師が外し忘れを思い出した。	1
帰室後	血管クリップ	看護師または洗浄委託業者が器械の数を確認した。	3
	バルファー開創器の鈎	洗浄委託業者が器械の数を確認した。	1
	スパーテル	ICU帰室後にX線撮影を実施したところ、画像に異物を認めた。	1
術後2日目	吸引嘴管のネジ	ICUでポータブルX線撮影を行った診療放射線技師が、金属と思われる陰影に気付いた。	1
術後7日目	血管クリップ	再建部位からのリークの有無を確認する目的で行った頸部CT検査で異物を認めた。	1
合計			21

②閉創前のカウント

i カウントの状況

手術中に紛失に気付かなかった事例について、閉創前のカウントと事例の状況を示す。

図表Ⅲ－２－９ 閉創前のカウントと事例の状況

閉創前のカウント	事例の状況	件数	
した	体内に異物が残存した状態でカウントが合っていた。	7	12
	カウントは合っていたが、閉創時に器械が体内に入った。	4	
	カウントに時間がかかり、皮下閉創時にカウントが合わないことに気付いた。	1	
しなかった		4	
不明		5	
合計		21	

ii 体内に異物が残存した状態でカウントが合っていた事例

体内に異物が残存した状態でカウントが合っていた事例7件に記載された内容から、カウントが合っていた背景を示す。

図表Ⅲ－２－１０ 体内に異物が残存した状態でカウントが合っていた事例

残存したもの	カウントが合っていた背景
血管クリップ	- 血管クリップの空パッケージを手術が終了するまで保存しておく場合とカウント表に数を記載した後は廃棄する場合とがあり、管理体制が統一されていなかった。当該手術では血管クリップの空パッケージが廃棄されており、クリップの数とカウント表の表記に不一致が生じていたことに気付かなかった。 - 器械出し看護師、外回り看護師が交代する際、術野で使用している器械を共有していなかった。 - 手術で使用する器械・針・ガーゼの数はホワイトボードに記載していたが、術野の使用数とホワイトボードへの記載が一致しないまま手術が進行していた。 - 器械出し看護師が術野のクリップの数を把握できていなかった。
鉗子	- 不潔野に下りている器械を確認する方法を定めていなかった。 - 不潔野に下りた器械を器械出し看護師が見えるようにホワイトボードなどに記載していなかった。 - 不潔野に下りた器械を、勤務交代時や閉創時に器械出し看護師と外回り看護師が確認していなかった。
バルブアー 開創器の鉤	器械出し看護師は、術野で使用している器械の種類と数、出し入れを記憶に基づいてカウントしていた。
吸引嘴管の外筒	カウント用紙のルールに従って、吸引嘴管のネジは指差し確認したが、外筒が外れていることには気付かず、内筒、外筒ともに揃っていると思い込んでいた。
吸引嘴管のネジ	吸引嘴管のネジが脱落する可能性があるとは認識していた看護師は少なく、情報が共有されていなかったため、医師・看護師ともにサインアウトの際にネジの脱落に気付かなかった。

iii カウントは合っていたが、閉創時に器械が体内に入った事例

閉創前のカウントは合っていたが、閉創時に器械が体内に入った事例4件に記載された内容から、事例の状況と体内に残存した背景を示す。

図表Ⅲ－２－１１ カウントは合っていたが、閉創時に器械が体内に入った事例

残存したもの	事例の状況	体内に残存した背景
コッヘル鉗子	・閉腹の際、糸を把持していたコッヘルが腹腔内に滑り落ちたと考えられた。	・通常は閉腹前と終了時の2回カウントを行うが、2回目のカウントの確認を医師、看護師ともに怠った。
モスキート鉗子	・結紮糸を把持していたモスキート鉗子が体内へ滑り込んだと考えられた。	・閉創時における腹腔内の確認を怠った。
スパーテル	・医師は腹膜閉創の際、腸管を保護するためスパーテルを使用した。 ・切開部が大きかったため、スパーテル全体が腹腔内に入り込んだ状態で縫合を行った後、抜去することを失念した。	・サインアウト前に器械カウントが実施できていなかった。 ・サインアウト時、器械出し看護師は腹膜閉創前に実施したカウントで「器械・ガーゼは一致」であると宣言し、手術は終了となった。
腸ペラ	・医師は腸ペラの片側を把持して腹壁外に出しておく必要があったが、縫合に気を取られ、腸ペラから手を離したことにより、腸ペラ全体が体腔内に入った。	・閉創後に器械をカウントしていなかった。

③手術終了時のX線画像

i 手術終了時のX線画像の撮影と確認の状況

手術終了時のX線画像の撮影と確認の状況を示す。

図表Ⅲ－２－１２ 手術終了時のX線画像の撮影と確認の状況

X線画像の撮影	X線画像の確認	件数
撮影した	体内残存に気付いた	12
	体内残存に気付かなかった	5
撮影しなかった		4
合計		21

ii X線画像で体内残存に気付かなかった事例

手術終了時にX線画像を撮影したが体内残存に気付かなかった事例について、主な背景を示す。

図表Ⅲ－２－１３ X線画像で体内残存に気付かなかった背景

残存したもの	X線画像で体内残存に気付かなかった背景
血管クリップ	・ X線画像の確認は外傷センターの医師が行い、血管クリップを使用した形成外科の医師は行っていなかった。 ・ 高輝度の極小異物が写っていたが誰も気付かなかった。
バルファーク開創器の鉤	・ 手術室モニタにX線画像を拡大表示し、複数の職種で確認したが、手術を実施した肝胆膵外科の医師は1名のみであった。 ・ 画像に白いシルエットが写っていたが、かなり大きかったため、医師はまさか体内の遺残物ではないだろうと思った。
吸引嘴管のネジ	・ 多数のドレーンを挿入したため、医師はドレーンの位置に注目しており、異物の遺残がないか確認していなかった。

4) 発見後の対応

体内に残存した鋼製小物を発見した後の対応について整理して示す。

図表Ⅲ－２－１４ 発見後の対応

発見後の対応	件数
抜管前に再開創・再開腹を行い、摘出した。	11
再手術を行い、摘出した。	7
全身状態の改善後、吸引嘴管のネジを摘出する手術を行う方針とした。	1
血管クリップを摘出するリスクを考慮し、経過観察の方針とした。	1
記載なし	2
合計	22

5) 事例の内容

主な事例を紹介する。

図表Ⅲ－２－１５ 事例の内容

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
血管クリップ			
1	9時33分、左下顎歯肉がんに対する手術を開始した。左下顎区域切除・左頸部郭清・気管切開を施行し、遊離皮弁再建術へ移った。医師は腹直筋の皮弁を採取し、血管吻合に先立って、血管クリップを用いて頸部の静脈2本をクランプした。血管吻合は1本のみ行った。16時45分に器械出し看護師と外回り看護師で閉創前のサインアウト、18時2分に終了前のサインアウトを実施した。器械・針・ガーゼのカウントが一致したことの報告を受け、医師は閉創し、18時28分に手術を終了した。手術後のX線撮影で異常所見はないと判断し、患者はICUへ退室となった。手術部看護師は使用した器械を確認し、洗浄室へ器械を搬送した。その後、洗浄委託業者から血管クリップが1個不足しているとの連絡があり、複数の看護師で捜索したが発見できなかった。医師がX線画像を再確認したところ、左下顎に血管クリップの遺残を発見し、再手術により摘出した。	・複数の器械出し看護師、外回り看護師が交代制で手術を担当した。看護師間の引継ぎの際、術野で使用している器械を共有できていなかった。 ・手術で使用する器械・針・ガーゼの数はホワイトボードで出し入れが管理されていたが、術野の使用数とホワイトボードへの記載が一致しないまま手術が進行していた。 ・器械出し看護師は術野の血管クリップの数を把握できていなかった。 ・閉創前のサインアウト、終了前のサインアウトの前に器械のカウントを行ったが、数は一致していると思っていた。 ・医師は、普段は閉創前のカウントで血管クリップの数をカウントしているが、今回は実施しなかった。 ・術後のX線画像で血管クリップの遺残を見落とした。	・複数の看護師が交代で対応する手術は、看護師間の引継ぎを統一した方法で実施する。 ・術中に使用する器械・針・ガーゼのカウント方法について検討する。 ・医師と器械出し看護師は術野にある器械の数を共有する。 ・サインアウトはスタッフ全員が参加し、カウントに間違いがないか確認する。 ・術後のX線画像は、遺残を念頭に置いて複数の医師が確認する。
腸ペラ			
2	執刀医と器械出し看護師は、閉創前のサインアウトを声に出して行った。器械・針・ガーゼのカウントは問題なかった。器械出し看護師は、第1助手の医師から「腸ペラを頂戴」と声をかけられたため、腸ペラを手渡した。執刀医は腹膜筋層の閉創を正中創下方から開始し、腸管保護の目的で腸ペラを正中創上方から腸管上へ置いた。第1助手の医師と第2助手の医師は閉創の介助を行った。第1助手の医師は器械出し看護師へドレーンを挿入すると伝えた。器械出し看護師は術野から目を離し、外回り看護師へドレーン挿入のため物品の取り寄せを依頼した。医師らは皮下ドレーンを挿入後、皮下の閉創を開始した。その間、器械出し看護師は細かい器械、ガーゼのカウントを行ったが、腸ペラのような大きい器械は確認しなかった。また、腸ペラを術野に出したことを忘れていた。皮下閉創終了後、腹部X線撮影を行った。執刀医がX線画像を確認したところ、腸ペラらしきものが体腔内に遺残していることを発見した。器械出し看護師に器械を確認したところ、腸ペラがないことが判明した。執刀医は家族へ手術経過および腸ペラ遺残の説明を行い、再開腹して腸ペラを摘出した。	・腸ペラの片側を把持して腹壁外に出しておく必要があったが、医師は縫合に気を取られ、腸ペラから手を離れたことにより、腸ペラ全体が体腔内に入ってしまった。 ・器械出し看護師は、閉創中にドレーンを準備するために術野から目を離れたことにより、腸ペラから意識が離れた。それにより腸ペラを誰も管理していない時間ができてしまった。 ・体腔閉創後の器械のカウントをしていなかった。 ・医師は閉創中も拡大鏡を使用しており、視野が狭かった。	・腸ペラ全体を体腔内に置かないように、片側を必ず体外に出して把持する。 ・体腔（腹膜）閉鎖後にサインアウトを行い、器械・針・ガーゼのカウントを医師・看護師で行う。 ・閉創時は拡大鏡を外し、視野を広くする。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
バルファ－開創器の鉤			
3	全身麻酔下で腭頭部腫瘍切除術を施行した。医師は、閉創前のサインアウトでガーゼと器械のカウントが確認された後、閉創した。手術終了後にX線撮影を行い、複数名でX線画像を確認した。腹腔内遺残はないと判断し、患者はICUへ帰室した。その後、手術室の洗浄委託業者から手術部リーダー看護師にバルファ－開創器の鉤が1個不足していると連絡が入り、器械出し看護師が搜索したが発見できなかった。他の看護師がX線画像を確認したところ、バルファ－開創器の鉤らしきものが写っていることに気付いた。手術動画を見直したところ、腭空腸吻合を行っているタイミングでバルファ－開創器から鉤が外れ、腹腔内へ滑って落下する様子を確認した。腹腔内にある異物除去のため再手術を施行した。	・術野に関与した医師は3名いたが、手術操作部位に意識が集中しており、バルファ－開創器から鉤が外れて腹腔内に落下したことに気付かなかった。 ・医師は、術中にバルファ－開創器から鉤が外れた経験がなく、まさか外れると思っていたいなかった。 ・閉創前のサインアウトでガーゼ・針のカウントは器械出し看護師と外回り看護師で確認したが、器械のカウントは器械出し看護師の記憶に基づきカウントOKとした。 ・器械出し看護師は、術野で使用している器械の種類と数、出し入れを自身の記憶に基づいてカウントしていた。何かと照合したり、記録したりしながらカウントしていなかった。 ・術後にX線撮影を行い、手術室モニタに画像を拡大表示して複数の職種で遺残の有無を確認した際、肝胆膵外科の医師は1名のみであった。 ・麻酔科医師、器械出し看護師、外回り看護師、診療放射線技師も画像を確認したが遺残に気付かなかった。 ・画像に白いシルエットが写っていたが、かなり大きかったため、医師はまさか体内の遺残物ではないだろうと思った。	・器械出し看護師は、カウント票に基づき、術前にコンテナ内の器械の数量・不具合の有無について点検して準備する。 ・医師は、使用する器械を点検し、問題がないことを確認してから手術を開始する。 ・器械の使用時に違和感がある場合は交換する。 ・各診療科と協議し、閉創前カウントのタイミングを検討する。 ・個人の記憶や力量によって左右されないように器械カウントの方法を統一し、手順を遵守する。 ・術後のX線画像は、ポータブルX線撮影装置ではなく、手術室モニタに拡大表示する。 ・術後のX線画像の確認は、遺残を念頭に置いて執刀医または指導医を含む複数の医師で行う。 ・退室前の確認事項として、サインアウト票に「合併症」「留置物」「遺残」の確認用チェックボックスを追加する。 ・インシデント検討会議を開催する。

6) 医療機関から報告された再発防止策

医療機関から報告された主な再発防止策を整理して示す。

図表Ⅲ－２－１６ 医療機関から報告された再発防止策

○体内に入れたものの情報共有
・医師は、器械などを体腔内に入れた際は、ガーゼと同様に看護師に伝え、手術の節目で確認を繰り返す。 ・器械出し看護師は、体内へ留置中のものを外回り看護師へ伝え、外回り看護師はホワイトボードに記載して手術スタッフで共有する。 ・体内に器械・ガーゼなどを入れた際は、医師と看護師との連携を十分に図る。 ・医師と器械出し看護師は、術野にある器械の数を共有する。 ・体内で使用する器械は、必ずガーゼカウント用紙の体内留置物欄に記載し、申し送りを徹底する。
○カウントの方法・手順
【手順全体】
・術中に使用する器械・針・ガーゼのカウント方法について検討する。 ・個人の記憶や力量によって左右されないように器械カウントの方法を統一し、手順を遵守する。 ・術野で使用した器械などはあらゆる手術であらゆる体腔内に遺残する可能性があることを前提に、手術室の看護業務におけるカウントの手順の見直しを図る。 ・吸引嘴管の内筒と外筒のように分解できるような器械は、ネジも含めて全てのパーツが揃っていることを確認する。
【看護師の交代時】
・複数の看護師が交代で対応する手術は、看護師間の引継ぎを統一した方法で実施する。 ・申し送りの際、器械出し看護師同士で不潔野に下りている器械を確認する。
【閉創前・閉創後】
・各診療科と協議し、閉創前カウントのタイミングを検討する。 ・ガーゼカウントおよび器械カウントの終了を宣言し、閉創に移行するタイミングについて、手術部連絡会議（外科系診療科、麻酔科、手術部）で検討する。 ・閉創時の器械カウントの際には器械の不足がないか、器械出し看護師と外回り看護師で確認する。 ・閉創前や閉創終了後のタイミングでガーゼカウントと同様に全員が手を止めて器械カウントが合っているか確認する。 ・器械台を清潔に保ったまま、サインアウト前に器械カウントを実施する。 ・サインアウト時には、必ず手を止めて、吸引嘴管を含めた回収可能な器械を器械台に返し、不具合がないか確認する。 ・体腔（腹膜）閉鎖後にサインアウトを行い、器械・針・ガーゼのカウントを医師・看護師で行う。
【カウントの記載】
・目視できるものであっても、必ずカウント用紙に記載する。 ・カウントチェック用紙を見直す。 ・器械台から不潔野に下りた器械をホワイトボードに記載し、器械出し看護師・外回り看護師で共有する。
【照合する情報の活用】
・器械の名称が記載された清潔タグを単包の器械に同封し、器械出し看護師が交代する際は、タグを使って単包で出した器械を引き継ぐ。閉創前のカウント時、タグと実際の器械を照らし合わせて確認する。 ・血管クリップの空パッケージなどは手術が終了するまで保存する運用に変更し、最終カウントでは空パッケージと実際に返却された物品の個数を突合して確認する体制とする。

○閉創時の体内迷入の防止

- ・閉創時に使用している器械の種類と数を認識し、体外で使用することを徹底する。
- ・腸ペラ全体を体腔内に置かないように片側を必ず体外に出して把持する。
- ・スパーテルの取り扱いについて再教育する。

○X線画像の撮影・確認

- ・術後X線検査を手術室退室前に実施する。
- ・術後は透視やX線撮影を行い、遺残の有無を確認する。
- ・術後のX線撮影は、遺残の可能性を考え、複数の医師が確認する。
- ・術後のX線画像は、ポータブルX線撮影装置の画面ではなく、手術室モニタに画像を拡大表示して、遺残を念頭に置いて執刀医または指導医を含む複数の医師で確認する。
- ・術前のX線画像と比較しながら、異物の遺残の有無を確認する。
- ・手術室内のホワイトボードに記載されているサインアウト項目の下に、「X線画像で異物が遺残していないことを確認すること」と追記し、医師が確認を失念することを防止する。

○ルールの遵守

- ・全員が必ず手を止めてから閉創前のサインアウトを行う。
- ・サインアウトはスタッフ全員が参加し、カウントに間違いがないか確認する。
- ・術者による腹腔内の確認および看護師による閉創時の器械・ガーゼカウントを徹底する。
- ・閉腹前の器械のカウントを徹底し、執刀医もカウントが合っていることを確認する。
- ・器械カウントが合わない場合は、閉創を行わない。

○教育・周知

- ・診療科で事例を共有し、遺残防止基準を遵守する。
- ・他の診療科でも起こり得ることから、診療科責任者会議で事例と対策を周知する。
- ・手術器械のうち、一部が脱落する可能性のある物品を洗い出して資料を作成し、手術室や物品センターの新人教育やオリエンテーションで使用する。

○チェックリストの活用

- ・閉創時チェックリストの運用を検討する。
- ・退室前の確認事項として、サインアウト票に「合併症」「留置物」「遺残」の確認用チェックボックスを追加する。

○使用する手術器械の確認の強化

- ・ネジがついている手術器械は、手術前に不具合がないか確認する。
- ・一部が脱落する可能性のある物品については、滅菌された手術器械の中に入っている構成表に印を付けて認識できるようにする。

○その他

- ・使用する器械をセット化する。
- ・ディスポーザブルの吸引嘴管を使用する。
- ・再発防止を目的とした検討会を開催する。
- ・担当看護師の業務経験の有無だけでなく、経験回数や業務の習熟度、フォローの必要性なども術前に共有しておく。

(4) 縫合針の事例

縫合針の事例21件について分析する。

1) 事例の概要

①術式と関連診療科

縫合針の残存に関連した事例の術式と関連診療科を示す。開心術が13件と多かった。

図表Ⅲ－２－１７ 術式と関連診療科

術式	関連診療科	件数	
開心術	心臓血管外科、循環器外科	13	
開腹術	外科、消化器外科	2	4
	移植外科	1	
	泌尿器科	1	
腹腔鏡下手術	泌尿器科	1	2
	婦人科	1	
胸腔鏡下手術	呼吸器外科	1	
臍移植術	整形外科	1	
合計		21	

②使用していた縫合糸のサイズ

使用していた縫合糸のサイズと種類を示す。

図表Ⅲ－２－１８ 使用していた縫合糸のサイズと種類

サイズ	種類	件数	
3-0	針付き縫合糸	3	
4-0	針付き縫合糸	3	8
	両端針付き縫合糸	2	
	コントロール・リリース針付き縫合糸	1	
	詳細不明	2	
5-0	針付き縫合糸	1	4
	両端針付き縫合糸	1	
	詳細不明	2	
記載なし		6	
合計		21	

③紛失についての認識

手術中に縫合針が紛失したことに気付いていたかについて、事例に記載された内容をもとに示す。紛失に気付いていた事例が18件と多かった。

図表Ⅲ－２－１９ 紛失についての認識

紛失についての認識	件数
紛失に気付いていた	18
紛失に気付いていなかった	3
合計	21

2) 紛失に気付いていた事例

①紛失に気付いた契機

縫合針の紛失に気付いた契機を整理して示す。

図表Ⅲ－２－２０ 縫合針の紛失に気付いた契機

紛失に気付いた契機	件数
針のカウントが合わなかった。	5
操作時に縫合糸が切れた、または取れたことにより、針の所在が不明になった。	4
両端針のうち片方の針がなかった。	3
看護師に針を返す際に持針器に針が付いていなかった。	3
ハサミで糸を切ろうとしたところ、針が飛んだ。	1
不明	2
合計	18

②紛失した縫合針を発見した時期と方法

紛失した縫合針を発見した時期と方法を整理して示す。

図表Ⅲ－２－２１ 発見した時期と方法

発見した時期	発見した方法	件数
手術中（閉創前）	X線検査	4
	透視	2
閉創後	X線検査	1
	X線検査と透視	1
手術終了後、抜管前	X線検査	2
	CT検査	2
	X線検査で針を疑う陰影を認め、CT検査で確認した。	1
ICU帰室後	術中に捜索し、閉胸前に胸部X線撮影を行ったが発見できず、手術を終了した。帰室後に医師間の申し送りで閉胸前のX線画像を確認した際に針の体内遺残の可能性が指摘され、X線側面像を撮影して気付いた。	1
術後1日目	術中に捜索し、閉腹後に胸腹部X線撮影を行ったが発見できず、手術を終了した。翌日、診療放射線技師が閉腹後のX線画像で異物を指摘し、CT検査で確認した。	1
	術中X線撮影を行ったが発見できず、閉胸した。翌日の胸部CT検査で発見した。	1
手術2週間後	術中に捜索したが発見できず、手術を終了した。術後、胸部X線撮影を連日行ったが発見できなかった。2週間後のCT検査で心嚢内に針の遺残を確認した。	1
不明	術後のX線検査で発見できず、その後のCT検査で発見した。	1
合計		18

3) 紛失に気付いていなかった事例

手術中に縫合針の紛失に気付いていなかった事例は3件あり、いずれも閉創前のカウントは合っており、手術終了後のX線画像で縫合針の残存に気付いていた。

体内に縫合針が残存した状態でカウントが合っていた背景について、事例に記載された内容を整理して示す。

図表Ⅲ－2－22 体内に縫合針が残存した状態でカウントが合っていた背景

○目視によるカウントをしていない

- ・針のカウントは、①未使用でケースにあるもの、②使用後でスポンジに刺したもの、③持針器についているもの、以上3つを合算して確認している。しかし、今回は持針器についている本数を目視で確認しておらず、持針器に針がついていると思い込み、頭の中で合算していた。
- ・針カウントを目視で行っていなかった。
- ・針を使用する際に、どこに何本あるのかを全て目視で確認することができていなかった。

○認識や方法が統一されていない

- ・針カウントの方法として、「ケースにスポンジをつけてカウント」と「ケースと針を別にしてカウント」が混在していた。
- ・両端針の1本の認識が、「1本ずつ」なのか「2本で1セット」なのかという違いがあった。
- ・手術室で針カウントの記載方法が統一されていなかった。
- ・器械などの確認用のホワイトボードに針カウントの項目がなく、ホワイトボードの活用方法にも個人差があった。

○カウントがしにくい

- ・使用後にスポンジに刺した針がクロスしており、カウントがしにくい状況であった。

○その他

- ・看護師は、使用後に戻ってきた持針器に針がついているかの確認が曖昧になっていた。
- ・看護師は、手術の進行に合わせてあらかじめ準備ができておらず、終盤に焦りが強くなった。
- ・医師は次の手術を控えており、急いでいたため、針の回収を失念した。

4) 発見後の対応

体内に縫合針が残存していることを発見した後の対応が記載されていた事例の内容を整理して示す。再手術や再度の体外循環など、一時的ではあるが患者に影響を与えた事例が多かった。

図表Ⅲ－２－２３ 発見後の対応

発見した時期		対応
手術中	体外循環離脱後	再度体外循環を行って摘出した。(3件)
		大動脈吻合部に使用した止血剤の中に針が巻き込まれていることがわかり、摘出するのは危険性が高いと判断し、そのまま手術を終了した。
	閉創中	再開胸を行って摘出した。
閉創後		一部開創して筋層内にある針を摘出した。
		部分抜鉤を行って摘出した。
手術終了後、抜管前		再開胸を行って摘出した。(2件)
		開創を行って摘出した。
		再度腹腔鏡下に摘出した。
		下行大動脈内にあることが判明し、摘出には侵襲が大きいため、X線検査やCT検査などで経過を観察し、後日カテーテルを用いて摘出した。
		左下肺静脈の背面に縫合針を確認し、摘出のリスクと残存による影響を検討した結果、縫合針を残したまま帰室した。
手術終了後、抜管後		再度全身麻酔を導入し、開腹を行って摘出した。
ICU帰室後		左肺動脈内の針の遺残であることが判明し、翌日、各科でカンファレンスを行い、他院より経験のある医師を招聘して対応した。
術後1日目		再手術を行って摘出した。(2件)

5) 事例の内容

主な事例を紹介する。

図表Ⅲ－2－24 事例の内容

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
手術中に紛失に気付いていた事例			
再度体外循環を行って摘出した			
1	三尖弁再形成術中、心停止下で弁形成を行っている際、看護師は、両端針（5-0）の片方の針が戻ってきていないと医師に報告した。心停止下での手技中であったため、術者・助手・器械出し看護師・外回り看護師らで術野と周囲、足元、室内を探しながら手術を継続した。体外循環を離脱し、止血処置に入ったタイミングでも針が見つからないため、閉胸前に胸部X線撮影を行った。ポータブル撮影機の画面上ではわからなかったが、電子カルテ上で画像条件を変更しながら確認すると、心陰影に重なって縫合針と思われる金属陰影を確認した。心嚢内、胸壁を探したが見つからず、X線透視診断装置（Cアーム）を用いて確認したがわからなかった。再度、胸部X線撮影を行ったところ、右横隔膜下に縫合針の陰影を認め、心内遺残と判断した。遺残した針は右室から右肺末梢に移動したと考え、hybrid方式によるカテーテル摘出を試みた。肺動脈、右房に直接カテーテルシースを挿入し、スネアでの摘出を試みたが、針は右室内に移動しており、カテーテルでの摘出を断念した。再度、体外循環に載せ、心拍動下のまま右房を切開し、右室内に遺残していた縫合針を直視下に摘出した。患者は、術後10日目に退院となった。	・多くの細い両端針を使用していた。 ・術中、縫合針のカウントが不一致となることはあるが、術野以外で見つかることが多く、体内遺残はないとの思い込みがあった。 ・事後に手術録画を確認したところ、結紮時に針が外れたと思われ、弁逆流の水テスト時に右房内に落ちた針が三尖弁を越えて右室内に移動していた。	・用手での針の返却は手に付着して離れにくいと、持針器・鉗子などを用いて返却する。 ・針の紛失があった際の対応についてルールを決めていたため、閉胸前に対応することができた。今後もカウント不一致時の対応を継続する。 ・心腔を開放中に針カウントが合わない場合は、心腔内を検索してから心腔を閉鎖する。 ・当該診療科以外でも、針の紛失やカウント不一致の可能性はあるため、手術室委員会で継続審議として対策を検討する。
再開胸を行って摘出した			
2	重症僧帽弁閉鎖不全症および中等度大動脈弁閉鎖不全症に対する根治術を施行した。手術中にベントチューブ挿入部の止血に用いた両端針が1本紛失し、針カウントが合わなかった。紛失が判明した時点で心膜腔内を検索し、閉胸前に透視で確認したが、縫合針を見つけることができなかった。術後のX線検査で縫合針を疑う陰影を認め、CT検査を行ったところ、上部肺静脈と下部肺静脈の間に縫合針と考えられる弧状の高吸収域を認めた。家族に説明し、再開胸を行って縫合針を除去した。	・縫合針を紛失した後、探したが発見できなかった。 ・手術時間延長も患者への侵襲になると考え、透視下で確認後に閉胸した。	・縫合針を使用した際は、確実に針を返却したことを医師と看護師で確認する。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
手術中に紛失に気付いていなかった事例			
再度腹腔鏡下に摘出した			
3	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の際、膀胱と尿道を吻合中に器械出し看護師が昼交代を行った。看護師Aは「一度吻合したが右側に寄っていたため、両端針を切って、糸をもう1本出して吻合している。針は1本捨てた。」と看護師Bに申し送りをした。吻合が終了し、看護師Bは針を1本回収して万能壺に入れ、針ケースを廃棄した。閉創時の針カウントは、看護師Bだけで自ら使用した分をカウントし、OKとした。手術が終了し、術後X線画像で縫合針の遺残を発見した。形状から膀胱と尿道の吻合時に使用した縫合針と推測し、万能壺の針を確認したところ1本不足していたことが判明した。別の器械を用意して、閉創した創部から再度ポートを挿入し、腹腔鏡下で縫合針を摘出した。	・両端針は糸の両端に2本の針が付いているため、1本の認識が「1本ずつ」なのか「2本で1セット」なのかという違いがあった。 ・針カウントの方法に「針ケースにスポンジをつけてカウント」と「針ケースと針を別にしてカウント」が混在していた。 ・カウントがシングルチェックになっていた。 ・針カウントを目視で行っていなかった。	・器械台の針置き場の定位置を決める。 ・針カウントはスポンジを針ケースにつけて行う方法に統一する。 ・針・ガーゼのカウントは複数で確認するよう統一する。 ・手術キットを見直し、セーフティスペースを含めた器械台上の手順を統一する。

6) 医療機関から報告された再発防止策

医療機関から報告された再発防止策を整理して示す。

図表Ⅲ－2－25 医療機関から報告された再発防止策

○紛失の防止
【医師・看護師】
・執刀医から器械出し看護師に縫合針が返ってくるまでのプロセスを確実に実行する。 ・縫合針を使用した際は、医師と看護師で確実に針返却の確認を行う。
【医師】
・縫合針を確実に持針器で把持して取り扱う。 ・特に大きな外力が働かなくとも持針器から針が外れることを念頭に置き、常に針の存在を意識しながら手術操作を進める。 ・針が迷入して引き抜けなくなった場合は、注意して慎重に対応する。 ・医師は確実に縫合針を器械出し看護師へ返す。 ・用手での針の返却は手に付着して離れにくいいため、持針器・鉗子などを用いて返却する。 ・針返却時には持針器で確実に把持することが必要であり、日々の鍛錬を行う。
【看護師】
・術野で針を使用する際はしっかり目で追い、どこでどのように使用しているか、使用後に戻ってきた持針器に針がついているかを必ず目視で確認する。 ・一針ごとに、より確実な針の回収を心がける。
○カウントの方法・手順
・針は目視で、①未使用でケースにある本数、②使用後でスポンジに刺したもの、③持針器についているもの、以上3つを全て確認する。 ・針カウントは、ケースにつけたスポンジに使用後の針を刺し、カウントする方法に統一する。 ・針カウントを器械出し看護師と外回り看護師で確認する。 ・針・ガーゼのカウントは複数で確認するよう統一する。 ・ホワイトボードに針カウントの項目を追加する。
○カウントをしやすくする工夫
・針をスポンジに刺す際には、一目でわかるように針同士の重なりを避け、カウントしやすくする。 ・器械台の針置き場の定位置を決める。 ・手術キットを見直し、セーフティスペースを含めた器械台上の手順を統一する。 ・針を返却する際には、何本返すかを明確に発声することをルール化する。 ・手術進行の状況によって、看護師交代のタイミングを調整する。
○カウントが合わない時の対応
・心腔を開放中に針カウントが合わない場合は、心腔内を検索してから心腔を閉鎖する。 ・針カウントが合わない時は閉創前にX線画像を撮影する。 ・カウント不一致時のフローに沿った行動を徹底する。

○紛失時の対応

- ・針を紛失した場合（針以外も含む）は、院内基準に従い、紛失したことを宣言し、直ちに手を止めて複数名で探す。
- ・針を紛失した場合（針以外も含む）は、閉創前に多方向からX線撮影を行い、複数名で画像を確認する。

○画像の撮影・確認

- ・高精細モニタで画像を確認する。
- ・X線画像に針などの全ての体内遺残物が写るわけではないため、針が見つからない場合は、その他の検索方法（透視検査、CT検査など）を検討する。
- ・針を紛失した際は、早めにCT検査で確認する。

○周知・教育

- ・遺残防止マニュアルの周知、手順の遵守を励行する。
- ・手術室看護運用マニュアルにホワイトボードの活用方法を明記し、周知する。
- ・マニュアルに沿って対応していたが、医師のX線画像の読影が不十分であったため、再度、読影について注意喚起した。

○その他

- ・看護師は、術中の焦りをなくすため、手術の進行に合わせて前もって準備をしておく。
- ・関係職種間できちんと協議できるコミュニケーションを取る。

（５）まとめ

本テーマでは、手術時に体内に手術器械等が残存した事例について分析を行った。事例の概要では、事例に関連した手術器械等、事例に関わった職員の職種と職種経験年数、患者への影響を整理した。さらに、報告が多かった鋼製小物と縫合針の事例を取り上げて分析を行った。

鋼製小物の事例は、手術中に紛失に気付いていなかった事例が多かった。残存したものは、血管クリップや腸管クリップなどの比較的小さい手術器械が多かった一方、鉗子やスパーテルなども報告されていた。体内に残存している状態で閉創前のカウントが合っていた事例が報告されていることから、実際に器械を目視でカウントすることや、数量が記載された情報と照合することなどにより、確実に数えることが必要である。また、閉創前にカウントを行った後、閉創時に鉗子や腸ペラなどが体内に入ってしまった事例も報告されており、再発防止策として、誤って体内に入らないように把持すること、閉創後にカウントを行うことなどが挙げられていた。

縫合針の事例は、開心術の事例が多く、手術中に紛失に気付いていた事例が多かった。手術中に縫合針が紛失すると、搜索に多大な時間と労力を要し、手術時間の延長や再度の体外循環などで患者に大きな影響を与えることから、紛失を防ぐために細心の注意が必要である。

報告された事例から、手術器械等の体内残存を防ぐためのポイントがいくつか挙げられる。まず、術中の紛失を防止するため、血管クリップや縫合針などの小さいものは特に確実に取り扱う必要がある。次に、カウントの手順の標準化と共有が必要であり、記憶に基づくカウントではなく、複数名による目視確認やホワイトボードなどを活用した情報共有を行うことが重要である。手順を明確にして周知することに加え、遵守状況のモニタリングも有用である。さらに、手術終了時のX線画像の確認

は、異物の残存の可能性を念頭に、複数名で行うことが望ましい。本事業の第4回報告書では、個別のテーマの検討状況「手術における異物残存」⁵⁾にガーゼ、ブルドッグ鉗子、吸引嘴管のネジが残存した事例のX線画像を掲載しているので参考にしていきたい。

手術における異物残存を防止するためには、手術に関わる診療科・部署全体で対策を取り決め、実施することが重要である。本テーマを参考に、自施設の手順やルールを見直し、改善が必要な点がないか検討していきたい。

(6) 参考文献

1. National Health Service (NHS) England. Never Events list 2018 (2021年改訂).
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/11/2018-Never-Events-List-updated-February-2021.pdf> (参照2026-7-21)
2. Joint Commission. National Quality Forum. Aligning Patient Safety Event Reporting: 2025 Updates to Sentinel Events and Serious Reportable Events. 2026年1月 (2026年5月改訂).
<https://digitalassets.jointcommission.org/api/public/content/b4e8988066e74717ae9801edb2bfb9de?v=e0ff96a2> (参照2026-7-21)
3. 永井良三. 令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業) 総括研究報告書「医療機関の特性に応じて求められる医療安全活動及び必要な組織体制等に関する研究」.
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/20242150A-sokatsu_0.pdf (参照2026-7-21)
4. 厚生労働省. 病院等において把握すべき重大事象の類型化について. 医政地発0213第3号 令和8年2月13日.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001685648.pdf> (参照2026-7-21)
5. 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. 第4回報告書. 個別のテーマの検討状況「手術における異物残存」.
https://www.med-safe.jp/pdf/report_4.pdf (参照2026-7-21)

3 事例紹介

医療事故情報の収集・分析において、医療安全対策に資する情報提供を行うために、広く共有すべきと考えられる事例を「事例紹介」として取り上げる。

本報告書の集計対象期間（2026年4月～6月）に報告された事例の内容を以下に示す。

○急変時に静注用リドカインと取り違えて局所麻酔剤のリドカインを投与した事例

事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
難治性VT加療中の患者がVTストームとなり、医師Aは看護師Bに「リドカインください」と口頭で指示した。看護師Bは、薬品棚から局所麻酔剤のリドカイン塩酸塩注1%を取り出し、医師Aに製剤を見せ、「これですか？10mL吸ってよいですか？」と聞いた。医師Aは患者対応中であり、製剤を見ないまま、「はい」と返答した。看護師Bは、10mLの注射器に薬液を吸い上げた。看護師Cは、救急カート内にあるプレフィルドシリンジ製剤のリドカイン静注用2%シリンジを念頭に、「こっちもあるよ。それでよいの？」と看護師Bに声をかけたが、看護師Bは救急カート内のプレフィルドシリンジ製剤は見なかった。看護師Bは、空になった局所麻酔剤のリドカイン塩酸塩注1%のポリエチレンボトルを医師Aに見せ、「これを吸いました」と言いながら注射器を渡した。医師Aは看護師Bから薬剤の入った注射器を受け取り、静脈注射した。その後、患者のVTは消失した。患者の対応にあたった医師Dは、使用した局所麻酔剤のリドカイン塩酸塩注1%のポリエチレンボトルを見ながら、薬剤指示を事後入力した。翌日、病棟薬剤師から指摘があり、製剤の間違いが判明した。	・「リドカイン」という同一名称で、局所麻酔用、静注用やプレフィルドシリンジ製剤など、用途・剤形の異なる複数の製剤が存在している。 ・医師・看護師ともに急変時にどの投与経路の薬剤を投与するかの指示出し・指示受けおよび薬剤の確認が不十分であった。また、それらの違いに関する認識が十分ではなかった。 ・口頭指示が薬剤名のみで行われたことにより、用途・剤形を含めた確認が不十分となった。 ・製剤が薬品棚および救急カート内で、明確に識別しやすい状態となっておらず、急変時の状況下において取り違えが生じやすい環境であった。 ・看護師Bが医師Aに薬剤を提示した際、医師Aも提示された薬剤の製剤表示や用途を確認しなかった。 ・医師Dが投与後に指示入力を行った際、ポリエチレンボトルの「局麻」の表記に疑問を感じたが、当院に着任して間もない状況であり、院内における通常の運用である可能性も考え、その場で確認および指摘・報告を行わなかった。	・同一名称で用途の異なる製剤が複数存在する薬剤について、教育および周知を改めて行う。 ・急変時には、薬剤名のみで口頭指示が行われる場合があることを踏まえ、受け手は復唱し、取り出した薬剤の局所麻酔用などを含めた製剤表示を確認したうえで準備する。また、投与前には医師を含む実施者が提示された薬剤の名称、用途、規格および剤形を確認することを徹底する。 ・薬剤表示や使用方法に疑義が生じた場合には、院内の通常運用と安易に解釈せず、その場で確認する。

○シャワー浴の際、ノルアドレナリン持続投与中の中心静脈ラインをヘパリンロックしたことにより、患者が低血圧となった事例

事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
患者は、感染性心内膜炎に対する大動脈弁置換術後であった。低血圧に対して、中心静脈カテーテルからノルアドレナリン調製液を持続投与していた。受け持ちではない看護師Aは、シャワー浴のため中心静脈カテーテルからラインを外し、ヘパリンロックした。20分後、注射担当看護師Bが発見するまでノルアドレナリンの投与が中断された。血圧は72/46mmHgと低下を認めたが、意識レベルの低下はなかった。速やかにノルアドレナリンの投与を再開し、血圧は110mmHg台で安定した。主治医へ報告し、経過観察となった。	- 看護師A（職種経験年数5年1ヶ月、部署配属期間1ヶ月）は経験不足により、循環作動薬は中断不可であることの認識が不足し取り扱いを誤った。 - 受け持ち看護師Cと事前の情報共有が不足していた。 - 患者の循環動態を考慮し、ケアをシャワー浴からベッドバスに変更する必要があったが、していなかった。	- 患者の状態悪化時は、ケア内容を速やかに見直し、変更する。 - 循環作動薬投与中のケアは、医師と協議して実施する。 - ケア依頼時は、リーダー看護師またはケアを実施する看護師へ患者情報を共有する。 - 循環作動薬投与中の輸液管理方法を看護師全体へ再周知する。 - 循環作動薬の投与ラインに「ヘパロック・側管IV禁止」のタグを付けることをルール化し、実施する。

○大腸内視鏡治療中に原液の酢酸を散布した事例

事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
大腸ESDの際、医師は看護師および技能補佐員に対し、口頭で「酢酸を準備して」と指示した。検査の介助を行っていた技能補佐員は、PHSでリーダー看護師へ酢酸の準備を依頼した。リーダー看護師は酢酸を調製した経験がなかったため、技能補佐員に必要量を確認した。技能補佐員は、検査室に戻って医師に確認し、医師から「いつも通り100mL位」と口頭で回答を受け、その内容をリーダー看護師へ伝達した。本来は手順書に従い、目盛り付きコップに酢酸原液1.5mLと水98.5mLを混和して1.5%酢酸100mLを調製し、蓋付きのプラスチックコップに移して蓋に「酢酸」と記載すべきであった。しかし、リーダー看護師は内視鏡洗浄室の病理標本を作成する机の上に保管されていた酢酸の原液約100mLを紙コップに入れて検査室へ持参した。紙コップには薬品名、濃度および量を記載しておらず、医師や看護師も濃度や量の確認を行わなかった。リーダー看護師は医師の指示により、紙コップ内の酢酸原液20mLを注射器に吸い上げ、医師へ手渡した。注射器に薬剤名は記載していなかった。医師が酢酸原液を散布したところ、腸管に炎症が生じた。その後、血液中への吸収によって溶血、腎機能障害および肝機能障害を来した。	- 医師の指示は「酢酸を準備して」という口頭指示であり、濃度や必要量を明確に示していなかった。 - 医師・看護師・技能補佐員間の、口頭での指示出し・指示受けのプロセスが不十分であった。 - 酢酸の使用頻度が少なく、準備を担当したリーダー看護師は酢酸を調製した経験がなかった。 - 薬品の準備段階および医師へ手渡す段階において、薬品名や濃度を確認するダブルチェック機能が働かなかった。 - 酢酸の調製に関する手順は、検査室リーダー用手順書に記載されていたが、手順書に基づいた調製を行わなかった。 - 酢酸の保管場所にも、酢酸の希釈方法の掲示があったが見ていなかった。 - 手順書には、調製後にプラスチックコップの蓋に「酢酸」と表示することが規定されていたが、注射器への薬品名・濃度などの表示や医師・看護師間で濃度・量を確認する手順は規定されていなかった。	- 内視鏡室への原液の酢酸の配置を廃止し、院内製剤室で調製した1.5%酢酸希釈液を配置する。 - 医師は、酢酸使用時に薬品名・濃度とともに必要量を看護師に指示する。 - 看護師は薬品名と濃度を復唱して医師へ薬剤を手渡す。

IV 再発・類似事例の分析

本事業では、報告書におい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、これまでに報告書で分析テーマとして取り上げた事例の中から、特に周知すべき情報を「医療安全情報」として提供している。ここでは、提供した「医療安全情報」の再発・類似事例の報告件数について取りまとめた。

本報告書の集計対象期間（2026年4月～6月）に報告された「医療安全情報」の再発・類似事例のタイトルは72あり、件数は143件であった。このうち、類似の事例が複数報告されたのは、「No.192：医療関連機器による圧迫創傷」が14件、「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」が5件などであった。

2026年4月から6月に報告された「医療安全情報」の再発・類似事例の報告件数

No.	タイトル	件数	提供年月
No.6 No.131	インスリン単位の誤解 インスリン単位の誤解（第2報）	1	2007年 5月 2017年 10月
No.7 No.203	小児の輸液の血管外漏出 小児の輸液の血管外漏出（第2報）	2	2007年 6月 2023年 10月
No.8 No.50	手術部位の左右の取り違い 手術部位の左右の取り違い（第2報）	2	2007年 7月 2011年 1月
No.10 No.94 No.198	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） MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（第3報）	2	2007年 9月 2014年 9月 2023年 5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）	1	2007年 10月 2016年 1月
No.12	患者搬送中の接触	1	2007年 11月
No.13	輸液ポンプ等の流量の確認忘れ	1	2007年 12月
No.15	注射器に準備された薬剤の取り違い	2	2008年 2月
No.19	未滅菌の医療材料の使用	3	2008年 6月
No.23	処方入力の際の単位間違い	3	2008年 10月
No.24	人工呼吸器の回路接続間違い	2	2008年 11月
No.25	診察時の患者取り違い	2	2008年 12月
No.29	小児への薬剤10倍量間違い	1	2009年 4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）	1	2009年 12月 2018年 2月
No.47	抜歯部位の取り違い	4	2010年 10月
No.53	病理診断時の検体取り違い	2	2011年 4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	2011年 5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）	2	2011年 8月 2013年 9月 2021年 8月
No.58	皮下用ポート及びカテーテルの断裂	2	2011年 9月

No.	タイトル	件数	提供年月
No.59	電気メスピンの誤った取り扱いによる熱傷	1	2011年 10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	2011年 12月 2017年 8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）	3	2012年 2月 2018年 5月
No.65	救急カートに配置された薬剤の取り違い	1	2012年 4月
No.69	アレルギーのある食物の提供	1	2012年 8月
No.70	手術中の光源コードの先端による熱傷	2	2012年 9月
No.75	輸液ポンプ等の流量と予定量の入力間違い	1	2013年 2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）	4	2013年 7月 2018年 9月
No.85	移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去	4	2013年 12月
No.87	足浴やシャワー浴時の熱傷	1	2014年 2月
No.90	はさみによるカテーテル・チューブの誤った切断	2	2014年 5月
No.93	腫瘍用薬のレジメンの登録間違い	1	2014年 8月
No.99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い	1	2015年 2月
No.101 No.193	薬剤の投与経路間違い 薬剤の投与経路間違い（第2報）	2	2015年 4月 2022年 12月
No.104	腫瘍用薬処方時の体重間違い	1	2015年 7月
No.105	三方活栓の開閉忘れ	1	2015年 8月
No.106	小児の薬剤の調製間違い	1	2015年 9月
No.113	中心静脈カテーテル抜去後の空気塞栓症	1	2016年 4月
No.116	与薬時の患者取り違い	1	2016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	2017年 7月
No.130	中心静脈ラインの開放による空気塞栓症	1	2017年 9月
No.132	オーバーテーブルを支えにした患者の転倒	4	2017年 11月
No.137	ホットパック使用時の熱傷	2	2018年 4月
No.144	病理検体の未提出	2	2018年 11月
No.145	腎機能低下患者への薬剤の常用量投与	1	2018年 12月
No.147	車椅子のフットレストによる外傷	2	2019年 2月
No.149	薬剤の中止の遅れによる手術・検査の延期	1	2019年 4月
No.152	手術時のガーゼの残存①－ガーゼカウント－	4	2019年 7月
No.153	手術時のガーゼの残存②－X線画像の確認－	2	2019年 8月
No.154	電子カルテ使用時の患者間違い	4	2019年 9月
No.155	小児用ベッドからの転落	3	2019年 10月
No.158	徐放性製剤の粉碎投与	1	2020年 1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	2	2020年 8月

No.	タイトル	件数	提供年月
No.166	患者が同意した術式と異なる手術の実施	2	2020年 9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	2	2021年 2月
No.176	人工呼吸器の回路の接続外れ	1	2021年 7月
No.181	腹腔鏡下手術時の切除した臓器・組織の遺残	3	2021年 12月
No.185	使用済み内視鏡の別の患者への使用	1	2022年 4月
No.186	抗がん剤投与前の血液検査値の未確認	1	2022年 5月
No.189	温めたタオルによる熱傷	1	2022年 8月
No.192	医療関連機器による圧迫創傷	14	2022年 11月
No.195	照合の未実施による誤った患者への検査・処置	1	2023年 2月
No.201	シリンジポンプの単位の選択間違い	2	2023年 8月
No.202	バッグ型キット製剤の隔壁の未開通	1	2023年 9月
No.204	人工呼吸器の吸気側と呼気側の回路接続間違い	2	2023年 11月
No.205	別の患者の眼内レンズの挿入	2	2023年 12月
No.213	シリンジポンプの注射器の交換間違い	1	2024年 8月
No.217	金属針との併用によるガイドワイヤーの破損	1	2024年 12月
No.219	セントラルモニタへの無線式送信機番号の登録忘れ	2	2025年 2月
No.225	「既読」の画像診断報告書の重要所見への未対応	1	2025年 8月
No.226	定数配置薬からのアレルギーがある薬剤の投与	4	2025年 9月
No.227	冷却枕による凍傷	1	2025年 10月
No.230	電話呼び出し時の患者取り違え	1	2026年 1月

本報告書では、分析対象期間（2026年1月～6月）に報告された再発・類似事例のうち、第38回報告書で取り上げた「調乳および授乳の管理に関連した事例」について、分析を行った。

【１】調乳および授乳の管理に関連した事例（第38回報告書） －母乳・ミルクの取り違い－

（１）報告状況

第38回報告書（2014年9月公表）の個別のテーマの検討状況で「調乳および授乳の管理に関連した事例」を取り上げ、児または搾乳された母乳の取り違いが発生した業務工程を示し、発生状況や改善策を検討した。その後も同様の事例が報告されたため、第52回報告書（2018年3月公表）の再発・類似事例の分析でも取り上げた。

本報告書の分析対象期間（2026年1月～6月）に、再発・類似事例が3件報告されたため、再び取り上げることにした。第52回報告書の集計期間後の2018年1月以降に報告された再発・類似事例は41件であった。

図表Ⅳ－１－１ 「調乳および授乳の管理に関連した事例」の報告件数

	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
2018年	2	1	2	1	6
2019年	1	0	0	2	3
2020年	2	2	1	0	5
2021年	0	1	1	0	2
2022年	1	0	4	1	6
2023年	1	2	1	0	4
2024年	2	2	1	2	7
2025年	1	1	1	2	5
2026年	1	2	－	－	3

（２）事例の分類

報告された事例を整理して示す。今回は、最も報告件数の多かった「母乳・ミルクの取り違い」の事例について分析する。

図表Ⅳ－１－２ 事例の分類

事例の分類		件数	
母乳・ミルクの取り違い	母乳の取り違い	27	31
	ミルクの取り違い	4	
授乳時の児または母親の取り違い	児の取り違い	3	6
	母親の取り違い	3	
調乳の間違い		4	
合計		41	

（３）母乳・ミルクの取り換えの事例の概要

１）発生場所

事例の発生場所を示す。

図表Ⅳ－１－３ 発生場所

発生場所	件数		
	母乳の取り換え	ミルクの取り換え	合計
NICU・GCU	16	0	16
病室	6	3	9
ICU	2	0	2
病棟	0	2	2
ナースリールーム	1	0	1
病棟処置室	1	0	1
沐浴室	1	0	1

※発生場所は複数回答が可能である。

２）事例に関わった職員の職種と職種経験年数

事例に関わった職員の職種と職種経験年数を示す。「その他」と報告された職員は、栄養士とともに母乳の解凍、調乳作業を行った栄養士補助者であった。

図表Ⅳ－１－４ 事例に関わった職員の職種と職種経験年数

職種	職種経験年数					合計
	0～4年	5～9年	10～14年	15～19年	20年以上	
看護師	14	4	5	3	5	31
助産師	3	0	0	0	2	5
医師	0	1	0	0	0	1
栄養士	0	1	0	0	0	1
その他	0	0	1	0	0	1

※事例に関わった職員は複数回答が可能である。

3) 発生した時間帯

発生した時間帯を示す。

図表Ⅳ－１－５ 発生した時間帯

発生した時間帯	件数		
	母乳の取り違い	ミルクの取り違い	合計
0:00～1:59	6	0	6
2:00～3:59	1	0	1
4:00～5:59	1	0	1
6:00～7:59	2	1	3
8:00～9:59	2	0	2
10:00～11:59	3	1	4
12:00～13:59	1	1	2
14:00～15:59	3	0	3
16:00～17:59	6	0	6
18:00～19:59	1	1	2
20:00～21:59	1	0	1
22:00～23:59	0	0	0

4) 児の年齢

報告された事例の児の年齢を示す。新生児が過半数を占めた。

図表Ⅳ－１－６ 児の年齢

児の年齢		件数		
		母乳の取り違い	ミルクの取り違い	合計
0歳	0ヶ月	19	0	19
	1ヶ月	6	0	6
	2ヶ月	2	0	2
	3ヶ月	2	0	2
	7ヶ月	0	1	1
	8ヶ月	0	1	1
3歳		0	1	1
不明		0	2	2

※児が複数人報告された事例がある。

（４）母乳を取り違えた事例の分析

母乳を取り違えた27件について、事例を分類した。搾乳された母乳を保管する冷凍庫・冷蔵庫、そして授乳前に解凍・加温する加温器・保温器からの取り出し間違いの報告件数が21件と多く、これらの事例について分析する。

図表Ⅳ－１－７ 事例の分類（母乳の取り違い）

事例の分類		件数	
ラベル間違い		1	
取り出し間違い	冷凍庫・冷蔵庫	9	21
	加温器・保温器	12	
ベッドサイドでの取り違い		2	
不明		3	
合計		27	

１）母乳の取り出し間違いの事例

①取り出しを間違えた際の母乳の容器

取り出しを間違えた際の母乳の容器を示す。

図表Ⅳ－１－８ 取り出しを間違えた際の母乳の容器

事例の分類	容器	件数	
冷凍庫・冷蔵庫	母乳バッグ	3	9
	哺乳瓶	2	
	シリンジ	2	
	不明	2	
加温器・保温器	哺乳瓶	8	12
	シリンジ	4	
合計		21	

②保管状況

保管状況の記載があったものについて示す。

図表Ⅳ－１－９ 保管状況

事例の分類	保管状況
冷凍庫・冷蔵庫	・氏名を記載した容器に、患者ごとに分けて入れていた。 ・IDと氏名を記載した引き出しに、患者ごとに分けて入れていた。 ・引き出しに姓（命名後は氏名）を記載し、患者ごとに分けて入れていた。 ・別の患者の哺乳瓶が隣に並んでいる状況であった。 ・シリンジは患者ラベルを貼付したチャック付ポリ袋で保管することになっていたが徹底されておらず、紙コップに立てて入れることがあった。紙コップへの記名は、されているものとされていないものがあった。 ・患者ごとに分けて保管していたが、授乳する前日に、翌日解凍分と記載された引き出しに移す際、複数患者の母乳を同じ引き出しに入れることになっていた。
加温器・保温器	・複数の哺乳瓶や調乳容器、シリンジが入っていた。（複数報告あり） ・複数のシリンジが入っていた。

③母乳への患者識別情報の記載状況

母乳への患者識別情報の記載状況を示す。使用している患者識別情報にばらつきがあるが、命名前の新生児が存在することが影響していると思われる。

図表Ⅳ－１－１０ 母乳への患者識別情報の記載状況

患者識別情報		件数	
氏名の有無	氏名以外の記載内容		
氏名記載あり	バーコード＋ID	4	18
	バーコード	6	
	ID	1	
	不明	7	
姓のみ（命名後は氏名）		1	
氏名記載なし	IDのみ	1	2
	未記入の名前ラベル貼付	1	
件数		21	

④母乳の取り出しを間違えた背景・要因

母乳の取り出しを間違えた背景・要因について、事例に記載されていた内容を示す。

図表Ⅳ－１－１１ 母乳の取り出しを間違えた背景・要因

【思い込み】

- ・ 冷凍庫の引き出しの位置を事前に一度見ていたこともあり、児の引き出しを開けたと思い込んだ。
- ・ 新生児室担当看護師は、他の児には搾乳直後に哺乳させていると思い込み、新生児室冷蔵庫の母乳は担当している児のものだと思い込んだ。
- ・ 思い込みで前日に担当していた患者の母乳を保温器から取り出した。
- ・ 加温器には2本のシリンジが入っていたが、1本しか見えず、担当している児のものしか入っていないと思い込んだ。

【児同士の類似性】

- ・ 双方とも命名前で、母乳に、「姓＋ベビー」と記載していた。
- ・ 双方の児の体重・日齢が類似しており、「ミルク又は搾母乳45mLを経口＋注入」と指示されており、誤認しやすい状況であった。

【同姓の児の存在の認識】

- ・ 栄養士と栄養士補助者は、NICUとICUに同姓の児がいることを認識していなかった。
- ・ NICUにいた児の担当看護師は、ICUに同姓の児がいることを知らなかった。
- ・ 患児は深夜帯に入院し、看護師は同姓の児がいることを認識していなかった。
- ・ 看護師は、同姓の児がいる認識がなく、姓と必要量だけを確認した。

【その他】

- ・ 同じボックスの中に複数の児の母乳を保管していた。
- ・ 児Xと児Yの母乳を、冷蔵庫内で隣に並べて置いていた。
- ・ 児Xのシリンジが入った紙コップに、誤って児Yの患者ラベルを貼付した。

⑤授乳直前の母乳と児の照合

母乳の取り出し間違い21件のうち、取り出した後のダブルチェックで取り違いに気付いた2件を除く19件について、授乳直前の母乳と児の照合の状況を整理して示す。目視による母乳と児の照合をしなかった事例が14件あった。また、バーコード照合について、機能はあったが実施しなかった事例や、実施したが使用方法の誤りにより照合できていなかった事例があった。

図表Ⅳ－１－１２ 授乳直前の母乳と児の照合

目視による 母乳と児の照合	バーコードによる照合			件数
	機能はあったが 実施しなかった	実施したが照合 できていなかった	機能がなかった	
実施しなかった	8	2	4	14
実施したが相違に 気付かなかった	0	0	3	3
不明	0	0	2	2
件数	8	2	9	19

⑥母乳と児の氏名が異なることに気付かなかった背景・要因

母乳と児の氏名が異なることに気付かなかった背景・要因について、事例に記載があった内容を示す。

図表Ⅳ－１－１３ 母乳と児の氏名が異なることに気付かなかった背景・要因

【照合を実施しなかった】
○多忙・焦り
・焦りがあった。（複数報告あり） ・啼泣している児が多かったが、看護師3名のうち1名は仮眠休憩中、1名は隔離室に入っていたため、当該看護師は1人で病棟全体の児の対応をしなければならず、焦っていた。 ・啼泣していた児に早く哺乳したいという気持ちがあった。
○バーコード照合機能の周知不足
・2年前に「母乳認証機能」を構築し、哺乳する際は、シリンジに貼付したラベルと患児の識別バンドを照合することになっていた。しかし、その運用を周知できておらず、当事者を含め、今年度よりNICUで勤務している看護師3人中2人が知らなかった。
【目視による照合が機能しなかった】
○同姓・類似の氏名
・同姓の患児がいると知らず、姓しか確認しなかった。 ・新生児は命名まで「姓＋ベビー」と表記していたため、同姓の児がいると区別できない状況が潜在的にあった。 ・姓の1文字目が同じで、気付かなかった。
【バーコード照合機能を使用した、照合できていなかった】
○バーコード照合機能の使用の誤り
・ネームバンドを読み込んだ後に誤った母乳のバーコードを読み込んだ場合しかエラーを感知しない仕組みであることを知らなかった。 ・複数の母乳をPDAで照合する場合は、ネームバンドと母乳を交互に読み込んで照合すべきところ、ネームバンドを読み込んだ後に連続で、母乳、母乳、母乳と読み込んだため、1つ目の母乳しか照合が実施できていなかった。 ・バーコードが読み取りづらく、バーコードリーダーを数回かざしたところ、ピッピッという認証音が鳴った。手順では「職員番号、患者ID、栄養ラベル」を読み込むところ、今回は「職員番号、栄養ラベル、栄養ラベル」と読み込んだため、母乳の認証になっていなかった。

⑦児への影響

児への影響として、事例発生後、追加的に行った治療の程度と健康被害の程度を示す。事例発生後、追加的に行った治療の内容が記載されていた事例は2件あり、胃内容物の吸引や感染症の有無を確認するための血液検査が報告されていた。

図表Ⅳ－１－１４ 事例発生後、追加的に行った治療の程度

事例発生後、追加的に行った治療の程度	件数
濃厚な治療	0
軽微な治療	8
治療なし	12
記載なし	6
不明	1
合計	27

図表Ⅳ－１－１５ 健康被害の程度

健康被害の程度	件数
死亡	0
障害残存の可能性がある（高い）	0
障害残存の可能性がある（低い）	6
障害残存の可能性なし	5
障害なし	15
不明	1
合計	27

⑧事例の内容（母乳の取り出し間違いの事例）

母乳の取り出し間違いの事例を、授乳直前の母乳と児の照合の状況ごとに紹介する。

図表Ⅳ－１－１６ 事例の内容（母乳の取り出し間違いの事例）

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
目視による照合、バーコード照合のいずれも実施しなかった			
1	生後10日の患児Xは、心疾患疑いで他院から当院NICUに転院してきた。患児Xは自律哺乳であった。看護師Aは患児Xの母乳が入った哺乳瓶とミルクが入ったシリンジを保温庫に入れた。保温庫には同様に患児Yの母乳が入った哺乳瓶とミルクが入ったシリンジが入っていた。14時40分、患児Xが直接母乳を38mL哺乳した後、不足分として、看護師Aが保温庫から母乳が入った哺乳瓶とミルクが入ったシリンジを取り出し、母親に渡した。その後、看護師Bが保温庫を見た際、患児Yの母乳がなく、患児Xの母乳が残っていたことから、患児Xに患児Yの母乳40mLを哺乳させたことに気付いた。患児Xは今後採血で感染症などをフォローしていくこととなった。	・保温庫から取り出した際、哺乳瓶を看護師2名でダブルチェックしたが、患児Xではなく患児Yの母乳であることに気付かなかった。 ・哺乳瓶の蓋にはバーコードのラベルが貼られており、ダブルチェック後にバーコード認証するルールとなっていたが、しなかった。 ・母親に渡す際は、哺乳瓶の蓋を外して乳首を付けており、氏名やバーコードの表示がなく、確認できない状況であった。	・哺乳瓶を保温庫から取り出す際は、名前の確認とバーコード認証を徹底する。 ・哺乳瓶の蓋を外して乳首をつける際、蓋に貼っているバーコードシールを哺乳瓶に貼りかえる。哺乳時に母親も確認できるようにし、家族参加を促す。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
目視による照合は実施したが、気付かなかった			
2	出生後、双生児X・YはNICUに入室した。医師は母乳の授乳指示を出し、双生児X・Yの夜勤担当看護師Aが指示受けをした。双生児X・Yと同姓の児Zは、2日前にNICUからICUに転棟していた。夜、双生児X・Yの姓が表記された母乳バッグが保管用冷凍庫から「翌日解凍分」と表記された引き出しに移された。翌朝、栄養士がミルク指示一覧を打ち出し、「翌日解凍分」と表記された引き出しから母乳を取り出した。引き出しには、双生児X・Yと同姓の母乳が1バッグあった。栄養士と栄養士補助者がミルク指示一覧と照らし合わせ、母乳の解凍を始めた。12時00分、栄養士と栄養士補助者は解凍された母乳を紫シリンジに分注し、「双生児X・Yの姓＋ベビー」のラベルを貼付した。その後、ミルク保管用冷蔵庫に保存した。日勤担当看護師Bは、冷蔵庫から「双生児X・Yの姓＋ベビー」のラベルが貼付されている母乳のシリンジを取り出し、16時に双生児X・Yに注入した。17時30分、次の準備のため、冷蔵庫から「双生児X・Yの姓＋ベビー」のラベルが貼付された母乳のシリンジを取り出した看護師Cは、出生1日目にしては母乳量が多いことに疑問を感じ、母のカルテを確認すると「母乳分泌未」との記載があった。廃棄されていた母乳バッグを確認したところ、児Zが転入院前にいた病院のラベルが貼付されており、児Zの母乳を双生児X・Yに授乳したことに気付いた。	・新生児は、命名前後で識別子が「姓＋ベビー」から「氏名」に変化する例外的な状況があった。 ・命名までの「姓＋ベビー」の表記では、同姓の場合に他の児と区別できない状況が潜在的にあった。 ・新生児は本人による氏名確認ができないため、氏名を識別子として使用することにリスクがあり、恒久的な識別子を使用する必要があった。 ・母乳保管用冷凍庫は、児ごとに引き出しを分けていた。冷凍庫の扉と引き出しに、氏名あるいは「姓＋ベビー」を手書きで表示していた。 ・母乳バッグには、氏名あるいは「姓＋ベビー」を記載していた。 ・同姓の児Zの母乳が冷凍庫内にあったことで、この母乳が双生児X・Yのものだと認識されてしまった。 ・母乳の解凍、調乳作業を行った栄養士と栄養士補助者は、NICUとICUに同姓の児がいることを知らなかった。 ・双生児X・YのNICU担当看護師は、ICUに同姓の児Zがいることを知らなかった。 ・本来、ICUに転出した患児の母乳をNICUの母乳保管用冷凍庫に保管することはなかった。 ・双生児X・Yに母乳哺乳の指示を受けた看護師は、母乳があるか確認しなかった。 ・児Zの冷凍母乳を「翌日解凍分」の引き出しに移し替えた者は不明であった。	・適切な識別子の使用：家族に児のID・バーコードが記載された汎用ラベルを渡し、持参した母乳に貼付するよう指導する。母乳保管用冷凍庫の各児の引き出しにも同じ汎用ラベルを貼付し、母乳入庫時にはバーコード照合アプリを用いて、確実に児の引き出しに入庫できるようにした。 ・家族に児のID・バーコード汎用ラベルを渡し、母自身が母乳バッグや母乳シリンジに汎用ラベルを貼付する運用とした。 ・調乳室の冷凍庫ボックスに汎用ラベルを貼付、冷凍庫扉には患児名シールを貼付し、手書きの名前シールを廃止した。 ・常にベッドサイドに汎用ラベル50枚を置いておくこととした。 ・バーコード照合アプリを用いて、同じ患児の引き出しに母乳を入庫する。 ・翌日解凍分の引き出しへの移し替えに関する運用変更：本来この過程も省略すべきと考える。栄養士の調乳作業工程に関わるため、関連部署と議論し、最善策を検討した。 ・栄養指示は前日15時に締め切り、その後看護師が指示簿を確認しながら、翌日分を患児ごとの引き出しに設置したカップに収納する運用に変更した。 ・母乳を取り出す際にバーコード認証ができるよう改修ができないか、部門システム・電子カルテ部門と検討する。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
バーコード照合機能を使用した、照合できていなかった			
3	朝4時30分の定時哺乳の際、患児Xの啼泣が激しく、看護師は患児Xの母乳を準備するつもりで加温器に向かった。その際、誤って患児Yの母乳45mLを手に取り、その場にいた看護師と患児Yのカルテを開き、ダブルチェックを行った。その後、患児Yのミルクを持って患児Xのもとへ向かった。患児Xのカルテを開き、バーコード認証の後、「○」が出たため患児Xに哺乳した。その後、患児Xの母乳が加温器に残っており、患児Yの母乳を患児Xに哺乳したことがわかった。	- 患児Xの母乳と思い込み、別の患児Yの母乳を加温器から取り出した。 - ベッドサイドの名札でフルネームを確認しなかった。 - 患者IDをコットの側面に貼付していたため、十分に確認できていなかった。 - システムで患者認証を行う際、手順では「職員番号、患者ID、母乳に貼られた栄養ラベル」を読み込むところ、今回は「職員番号、栄養ラベル、栄養ラベル」と読み込んだため、母乳との認証になっていなかった。 - 栄養ラベルの記載内容が、患者IDのみであった。 - バーコードが読み取りづらく、数回バーコードにかざしている間に読み込まれた。 - ピピピッという音だけを聞いており、電子カルテでどの項目が読み込まれているか確認しなかった。	- フルネームでの確認を徹底する。 - コットの側面に貼付していた患者IDの位置を変更し、認証時に目視しやすいようにする。 - バーコード認証の際、一つ一つ確実に読み込まれたか確認する。 - 栄養ラベルのバーコードが読みづらいことも大きな問題であるため、メーカーにバーコードの大きさ、栄養ラベルそのものの大きさ、バーコードリーダーの読み取りなどの改善を依頼した。改修後の試作品もスムーズに認証できず、再度改修を依頼中である。

2) その他の事例

母乳の取り違えのその他の事例として、「ラベル間違い」と「ベッドサイドでの取り違え」の主な事例を紹介する。

図表Ⅳ－１－１７ 事例の内容（その他の事例）

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
ラベル間違い			
1	3日前、看護師は患児X、患児Yの母乳ラベルを各30枚印刷した。母乳ラベルの印刷は重症系部門システムで行っており、複数の患児の母乳ラベルを同時に印刷することができる。ラベルはつながった状態で印刷され、出力後にスタッフが切り離す運用であった。看護師が患児Yの母に母乳ラベルを渡した際、患児Xの母乳ラベルが混ざったことに気付かなかった。患児Yの母が、母乳を持参した際、手持ちの母乳ラベルの中にあつた患児Xの母乳ラベルを1枚持参した。看護師は、患児Yの母が2日前と前日に持参した母乳を確認しようとしたが、すでに使用されていた。患児Xの解凍母乳の使用履歴を確認すると、患児Yの母の搾乳量に相当する母乳の使用履歴があつた。患児Yの母に誤って患児Xの母乳ラベルを渡したため、患児Yの母が患児Xの母乳ラベルを貼付した母乳を持参し、患児Yの母乳が患児Xの母乳として扱われ、患児Xが摂取したことがわかった。	- 患児X、患児Yともに母親が外国籍で、患児Yの母は日本語での意思疎通が難しかった。 - 母乳ラベルを渡す際の手順、母乳を受け取る際の手順は明確にされていなかった。	- 母乳ラベルの手渡し時と母乳受け取り時の患者確認マニュアルを作成する。 - 搾母乳を受け取る際に、母親への児の名前の確認と合わせて、面会ホルダーの児の名前ラベルを提示してもらう。
ベッドサイドでの取り違え			
2	看護師は、児Xに授乳するため冷蔵庫から母乳を取り出した。別の看護師とダブルチェックし、バーコード認証で児Xの母乳であることを確認した。看護師は、母乳を児X用ワゴンに置き、ガーゼの準備などの後、児Xを抱っこして椅子に座り、インクレミンシロップ5%内服後に授乳しようとした。その際、椅子の横の台車にあつた母乳を児Xのものと思い込み、台車の母乳の授乳を開始した。10mLほど飲んだところで同勤務者より声を掛けられ、児Xに隣のコットの児Yの母乳を授乳していたことに気付いた。	- 授乳の作業の中で、母乳の置き場所などを取り決めていなかった。 - 認証後、母乳を児や担当者から離してしまう作業が加わっていた。	- 授乳直前に認証することを原則に作業する。 - 認証後、すぐに授乳できない場合には、改めて直前に認証する。 - 医療安全部で、後日監査を行い、評価する。

3) その他の背景・要因

母乳の取り出しを間違えた背景・要因は1) ④、母乳と児の氏名が異なることに気付かなかった背景・要因は1) ⑥で示した。その他の背景・要因を整理して示す。

図表Ⅳ－１－１８ その他の背景・要因

○不十分な患者識別情報
【識別用ラベルに記載する情報の不足】
・母乳を入れる容器には名前の記載がなく、ラップにのみ記載していた。 ・母乳はシリンジに準備されていたが、シリンジの押し子に姓のみ手書きしていた。 ・母乳ラベルの記載内容が、患者IDのみであった。
【姓のみでの確認】
・栄養課でのダブルチェック時、姓のみ確認し、名前が異なることに気付かなかった。
【患者識別情報の取り外し】
・哺乳瓶の蓋にバーコードが貼付されていたが、母親に渡す際は蓋を外して乳首を取り付けており、バーコード、氏名などの表示がない状態であった。
○ダブルチェックの未実施
・搾乳を授乳する場合、ダブルチェックをすることになっていたが実施しなかった。 ・本来は、加温器から取り出した哺乳瓶は、他のスタッフにダブルチェックを依頼し、哺乳瓶に貼付されたネームシールと児のネームバンドで「IDと氏名」の照合を行ってから授乳する。今回は、スタッフが他のケアにあたっていたため、後で依頼するつもりで失念した。 ・病棟のもう1名の看護師は隔離室の児のケアを行っていたため、声を掛けられなかった。 ・他の看護師もいたが、休憩中であったため、起こして確認を依頼することができなかった。
○多忙・焦り
【タイムプレッシャー】
・15時に予定されていた児の眼科診察までに哺乳しなければと焦っていた。 ・哺乳指示時間が過ぎており、焦っていた。 ・児が啼泣しており、哺乳を急ぐ気持ちがあった。 ・別の児の帝王切開に対応した後、分娩室に戻ってから当該児の血糖測定までの時間が短く、確認を怠った。 ・他の患児の退室が急遽決まり、時間切迫の中の準備となったため確認行為を失念した。
【複数患児への同時対応】
・体重・日齢が類似している患者に「ミルクまたは搾母乳45mLを経口＋注入」と同じ指示が出ており、誤認しやすい状況であった。 ・担当患児の処置の合間に、別の患児の授乳を手伝ったため、焦っていた。

○患者確認の重要性の認識・周知の不足

- ・認証を行った後、母乳が児や担当者から離れてしまう作業が加わっていた。
- ・前年に患者誤認が発生し、今年度の病棟目標で「患者確認の徹底」を目標にしていたが、確認行動の遵守状況の把握が不十分で、対策できていなかった。
- ・以前からミルクの取り違いが散見されていたが、母乳についても対策を取っていなかった。
- ・母乳の取り違いが危険であるという意識が輸血や注射に比べて低い傾向にあった。
- ・患者誤認について検討されず、危機意識が低い風土となっていた。
- ・新生児室担当者は、母乳取り違い防止のマニュアルを理解せずに業務を行っていた。

○マニュアル・ルールの不備

- ・母乳を授乳する際の手順はあったが、準備する際の手順はなかった。
- ・授乳の作業の中で、母乳の設置場所などの取り決めがなかった。
- ・乳首を口に入れる直前に、哺乳瓶のネームシールと児のネームバンドを照合することが、病棟内でルール化されていなかった。

4) 医療機関から報告された再発防止策

医療機関から報告された主な再発防止策を整理して示す。

図表Ⅳ－１－１９ 医療機関から報告された再発防止策

○確認手順の徹底
【受け取り・保管時】
・母乳を冷凍庫に保管する前に患児の名を記入し、記入内容を確認する。 ・母乳は1患児、1トレイで保管する。 ・シリンジは患者ラベルを貼付したチャック付きポリ袋で保管するルールを再度周知する。 ・母乳を保管するボックス内にカップを入れて、患者ごとに分けて保管する。 ・原則、母乳を病棟の冷凍庫で預からず、病室の冷蔵庫で保存する。
【取り出し・準備時】
・保温器から哺乳瓶を取り出す際、名前の確認を徹底する。 ・保温器から哺乳瓶を取り出す時に指差し確認を行う。 ・指示と母乳の哺乳量・氏名を、指差し呼称で照合する。 ・準備段階でのダブルチェックを継続し、周知徹底する。 ・母乳を混ぜる際は、二人双方向役割分担で母乳バッグの氏名とIDをダブルチェックする。
【授乳直前】
・授乳直前のチェックの際、患児に装着しているネームバンドと母乳ラベルの目視による照合を確実にを行うことを指導し、徹底していく。 ・授乳直前には、哺乳瓶のラベルとネームバンドの氏名・IDを指差し確認で照合する。 ・母乳を準備する時、授乳する時は「母乳認証機能」を使用することを周知徹底する ・基準手順通りに、調乳エリアでワークシートと母乳、ベッドサイドでワークシート、搾母乳、IDカード、ネームバンドを指差し呼称して確認し、携帯端末で母乳ラベルとネームバンドのバーコードで照合する。 ・授乳の際は、ベッドサイドで指示簿を指差し呼称で確認する。 ・フルネームでの確認を徹底して行う。 ・コットの側面に貼付していた患者IDの位置を変更し、認証時に氏名が目視しやすいようにする。 ・哺乳瓶の蓋に貼っているバーコードシールを、蓋を外して乳首をつける際に容器に貼りかえ、哺乳時に母親も確認できるようにする。
○認証システムの導入・活用
・バーコード認証を導入する。 ・母乳保管用冷凍庫の各児の引き出しにも母乳ラベルを貼付し、母乳入庫時にはバーコード照合アプリを用いて、確実に児の引き出しに入庫できるようにした。 ・手書きの名前シールを廃止し、調乳室の冷凍庫ボックスに母乳ラベルを貼付、冷凍庫扉には氏名のシールを貼付する。入庫時にはバーコード照合アプリを用いて、同じ患児のボックス内に入れる。 ・加温器から取り出す際は名前とミルク量を確認し、ポケットチャートで患者認証する。 ・ネームバンドと母乳に貼付しているバーコード認証を徹底する。 ・新生児室にバーコード付きネームバンドのプリンタを設置し、全新生児にネームバンドを装着する。ベッドへの貼付は禁止とする。 ・認証の際、一つ一つ確実に読み込まれているか確認する。 ・家族に児のID・バーコード汎用ラベルを渡し、母自身で母乳バッグや母乳シリンジに汎用ラベルを貼付することにした。 ・母乳出庫時にバーコード認証ができるようシステム改修ができないか、部門システム・電子カルテ部門と相談する。 ・栄養ラベルのバーコードが読みづらいことも大きな問題であるため、メーカーにバーコードの大きさ、栄養ラベルの大きさ、バーコードリーダーの読み取りなどの改善を依頼した。改修後の試作品もスムーズに認証できず、再度改修を依頼中である。

○患者識別情報の改善

- ・適切な患者識別情報として児のID・バーコードが記載された汎用ラベルを家族に渡し、持参した母乳に貼付してもらう。
- ・氏名ではなくIDで確認する。
- ・名札を大きく目立つように掲示する。
- ・大きく印刷された患者ラベルを使用し、見やすくする。
- ・手書きではなく、システムから発行されるラベルを活用する。
- ・患者ラベルは母乳摂取終了時まで廃棄しない。

○マニュアル・手順の整備・周知

- ・母乳準備の流れを作成し、作成に至った背景を説明しながら周知する。
- ・授乳直前のシングルチェックを明文化し、手順に入れる。
- ・医療安全マニュアルの「患者確認」を強化・徹底する。
- ・コミュニケーションを図ることができない患者の確認は、指差し、声出し呼称、バーコード認証を徹底する。
- ・PDAでの照合という記載はあるが、具体的な照合の順番が記載されていなかったので明示した。
- ・照合方法の動画を作成し、スタッフ指導に活用していたが、動画上ではネームバンド、調乳容器の順番で1回の照合のデモンストレーションであった。教育の継続のためにも、調乳が複数ある時の行動や注意について動画や手順に追記した。
- ・手順のポイントを表記した遵守チェックリストがあるため、自己評価、他者評価によって改めてスタッフへの手順の周知を行っている。
- ・基準手順に沿って各項目をチェックしながら行動して振り返る。
- ・院内全体に向けて、患者確認における確認方法の基本的考えや行動の教育と指導を徹底する。

○リスクの周知

- ・事例の共有および母乳取り違えて授乳した場合の影響について学習会を開催する。
- ・母乳間違いによるリスクは輸血間違いと同等であることを病棟で周知する。

○業務調整

- ・分乳の時間帯を数回に分け、分乳時に一度に取り扱う母乳の数を減らす。

○母親・家族への協力依頼

- ・母乳を授乳する際、患者確認に参加してもらうことを入院時オリエンテーションで家族に説明する。
- ・母親と一緒に摂取前のダブルチェックを行う。

（５）ミルクを取り違えた事例の分析

１）事例の分類

ミルクを取り違えた事例4件について、事例を分類した。

図表Ⅳ－１－２０ 事例の分類（ミルクを取り違えた事例）

事例の内容		件数	
取り出し間違い	冷凍庫・冷蔵庫	1	2
	加温器・保温器	1	
ベッドサイドでの取り換え		2	
合計		4	

２）ミルクへの患者識別情報の記載状況

取り違えた時点でのミルクへの患者識別情報の記載状況を示す。

図表Ⅳ－１－２１ ミルクへの患者識別情報の記載状況

患者識別情報		件数
氏名の有無	氏名以外の記載内容	
氏名記載あり	バーコード	2
	不明	1
不明		1
合計		4

３）ミルクを取り違えた背景・要因

ミルクを取り違えた背景・要因の記載があった内容を示す。

図表Ⅳ－１－２２ ミルクを取り違えた背景・要因

【思い込み】

- ・スタッフステーションに残っていたミルクを、患児のものだと思い込んだ。
- ・現在、シリンジを湯煎して温めているのは当該患児だけだと思い込んだ。

【複数名のミルクの持ち運び】

- ・2名分のミルクを同じ場所、同じタイミングで経腸栄養バッグに入れ替えた後、2名分の経腸栄養バッグをワゴンに吊り下げて運んだ。

【患者識別情報の視認性】

- ・普段、ミルクのラベルは蓋に貼っているが、この時は瓶に貼っており、上から見ると名前がわからない状態であった。

4) 授乳直前のミルクと児の照合

授乳直前のミルクと児の照合の実施状況を示す。

図表Ⅳ－１－２３ 授乳直前のミルクと児の照合

ミルクと児の目視による照合	バーコード照合	件数
実施しなかった	実施しなかった	3
	照合機能がなかった	1
合計		4

5) ミルクと児の氏名が異なることに気付かなかった背景・要因

ミルクと児が異なることに気付かなかった背景・要因について、事例に記載があった内容を示す。

図表Ⅳ－１－２４ ミルクと児の氏名が異なることに気付かなかった背景・要因

【照合を実施しなかった】
○多忙・焦り
・勤務状況が繁忙で、確認を怠った。 ・慌てていた。 ・他の患児の対応の合間に、他の患児のことを考えながらミルクを準備した。 ・他に業務を抱えており、落ち着いた状況でなかった。 ・看護師は次の業務や勤務時間内に終業することを考えており、注意散漫であった。
○その他
・普段、母親にミルクを渡す際は名前を言ってもらうが、今回は母親がまだ面会に来ておらず、確認しなかった。 ・普段から、ミルクのバーコードを認証して確認する習慣がなかった。
【リスクの認識不足】
・ミルクの取り換えは、危険という意識が輸血や注射に比べて低い傾向にあった。

6) 児への影響と対応

児への影響として、事例発生後、追加的に行った治療の程度と健康被害の程度を示す。報告された事例4件はすべてアレルギー症状が出現しており、その対応も合わせて示す。集中治療室に転棟して全身管理などを要した事例が2件あった。

図表Ⅳ－１－２５ 事例発生後、追加的に行った治療の程度

事例発生後、追加的に行った治療の程度	件数
濃厚な治療	2
軽微な治療	1
治療なし	1
記載なし	0
不明	0
合計	4

図表Ⅳ－１－２６ 健康被害の程度

健康被害の程度	件数
死亡	0
障害残存の可能性がある（高い）	0
障害残存の可能性がある（低い）	2
障害残存の可能性なし	1
障害なし	1
不明	0
合計	4

図表Ⅳ－１－２７ 児への影響と対応

児への影響	対応
腹痛、嘔吐、口唇の腫脹、体幹の発疹が出現した。	アドレナリン注0.1%シリンジ0.1mg筋肉注射、アタラックスP注射液 0.5 mL、副腎皮質ホルモン剤を静脈内注射し、症状は消失した。
下痢、嘔吐症状、末梢冷感が出現し、心拍数は170～180回/分台、収縮期血圧60mmHg台となり、尿の流出がみられなくなった。	直ちにCVカテーテルを留置後、副腎皮質ホルモン剤の投与を行った。全身管理、治療を行うため、同日PICUに緊急入室となった。
酸素飽和度が急激に低下し、人工呼吸器から蘇生バッグに変更して酸素15L/分でバギングした。25分後には呼気延長、喘鳴、発赤が出現した。	ミルクアレルギーによるアナフィラキシーと診断し、気管支拡張剤と喘息治療剤の吸入、ボスミン注0.05mg筋肉注射を実施した。
腹部膨満と胆汁様の嘔吐、体温上昇、翌日血圧低下、代謝性アシドーシスと脱水、腎機能悪化を認めた。	尿量確認のために膀胱留置カテーテルを挿入して輸液を投与した。メイロン静注を投与し、観察強化と透析施行の可能性に備え、PICUに入室した。

7) 事例の内容（ミルクを取り違えた事例）

ミルクを取り違えた事例について、報告された主な事例を紹介する。

図表Ⅳ－１－２８ 事例の内容（ミルクを取り違えた事例）

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
取り出し間違い			
1	患児X（幼児）は牛乳アレルギーがあり、エメンタルフォーミュラを飲んでいました。9時30分頃、患児Xのミルクを常温に戻すために冷蔵庫から哺乳瓶を取り出す際、誤って別の受け持ちの患児Yのミルクを取り出した。10時20分、看護師Aは患児Yの牛乳アレルギー対応でないミルクをエメンタルフォーミュラだと思い込み、患児Xに渡した。患児Xが一口ほど飲んだのを確認し、その場を離れた。10時25分、患児Xがお腹を痛がっていると、保育士から看護師Bに報告があった。10時35分、看護師Bから連絡を受けた看護師Aは、患児Xとトイレに行った。激しく啼泣し、流涎あり、腹部と背部を掻いていた。10時45分、看護師Bが主治医に報告し、浣腸を実施した。患児Xは激しく啼泣し嘔吐した。11時05分、看護師Bが患児Xと病室に戻った際、床頭台のミルクが患児Yのものであることに気付いた。モニターを装着し、医師に連絡した。11時14分、口唇の腫脹、体幹の発疹が出現し、アドレナリン注0.1%シリンジ0.1mg筋肉注射、アタラックスP注射液0.5mL、副腎皮質ホルモン剤を静脈内注射した。16時20分、症状は消失した。	・看護師Aは勤務状況が繁忙で、確認を怠った。 ・看護師Aは、他の受け持ち患児の対応の合間に、他の患児のことを考えながらミルクの準備・配膳を行った。 ・看護師Aは慌てていた。 ・普段ミルクのラベルは蓋に貼っているが、この時は瓶に貼っており、上から見ると名前がわからない状態であった。 ・看護師Aは、普段から、ミルクのバーコードを認証して確認する習慣がなかった。 ・普段、ミルクを渡す際は、名前を言ってもらいが、今回は母がまだ面会に来ておらず、確認しなかった。 ・患児Yも、患児Xと同じ量のミルクを常温に戻して摂取していた。 ・腹痛と、腹部・背部の掻痒感が出現した時点で、アレルギー反応が出ていると気付かなかった。	・準備時、配膳時に、名前、ミルクの種類と量（13%一般ミルク200mL・エメンタルフォーミュラ100mLなど）指差し呼称を実施する。 ・面会者がいる際は、名前を言ってもらおう。 ・バーコードのついてるものは必ずバーコード認証を実施した上で、名前、ミルクの種類と量を指差し呼称して確認する。 ・ミルクの準備・配膳は、1人ずつ行う。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
ベッドサイドでの取り違え			
2	患児Xはミルクアレルギーがあり、ミルクアレルギー治療用ミルクを注入していた。日勤看護師Aは患児Xにミルクの注入を開始した。2時間後、夜勤看護師Bが経腸ポンプのアラーム対応で訪室すると、完了の表示が点灯していた。看護師Bは注入を完了しようとして、経腸栄養バッグ内に残量があることに気付いた。経腸栄養バッグを確認したところ隣のベッドの患児Yの氏名が記載され、普通ミルクと内容成分が記入されたシールが貼られていた。看護師Bは直ちに、胃管から約50mLのミルクを用手吸引し、小児科当直医に連絡した。5分後に小児科当直医が到着し、診察した。患児Xの呼吸状態に変化はなく、SpO₂99～100%を保っていた。15分経過した頃から酸素飽和度が急激に低下し、人工呼吸器から蘇生バッグに変更して酸素15L/分でバギングした。25分後には呼吸延長、喘鳴、発赤が出現し、ミルクアレルギーによるアナフィラキシーと診断した。メブチン0.3mL＋インターール吸入液1% 2mLの吸入、ボスミン注0.05mg筋肉注射を実施し、アレルギー症状は改善した。	- 看護師Aは、ミルクアレルギー治療用ミルクと普通用ミルクを同じ場所、同じタイミングで経腸栄養バッグに入れ替え、その後2名分の経腸栄養バッグをワゴンに吊り下げて運ぶなど、アレルギー疾患の知識が実践に結びついていなかった。 - 看護師Aは、電子カルテ指示と注入ポンプの予定量、流速を確認して注入を開始する際、電子カルテの患者氏名とベッドネームを照合したつもりになった。 - 看護師Aは、経管栄養の看護手順通り、注入する経腸栄養バッグと患児を照合しなかった。 - 看護師Aは、次の業務や勤務時間内に終業することを考え、注意散漫であった。 - 看護師Aは1年目で、療養環境や患児全体を見ることができず、危険予知能力が低かった。 - 看護管理者は、経管栄養の看護手順の遵守状況を正しく把握していなかった。 - アレルギーに特化した病棟として、アレルギーに関する勉強会を開催してきたが、スタッフ1人1人のアレルギーへの理解度が明確になっていなかった。 - 知識、技術の習得が実践に結びついていないか、看護管理者を含めスタッフ全員で確認、指摘し合うことができていなかった。	- 注入の準備、順番についてはアレルギーのある患児の準備と注入を先に実施した後、アレルギーのない患児の準備と注入を開始する。 - スタッフ全員で経管栄養の看護手順を読み合わせ、確認項目を何で突合するのかを再確認し、正しい実施、遵守を継続する。 - 看護管理者は定期的に手順遵守とその継続ができているか評価、指導する。 - アレルギーに関する勉強会後の個々の知識、技術の習得、実践状況をスタッフ全体で把握し、お互いに指摘しあう環境を作る。 - KYTやヒヤリ・ハット事例報告を積極的に行い、医療安全の意識を高める。

（6）まとめ

調乳および授乳の管理に関連した事例について、第52回報告書の集計期間後に報告された再発・類似事例を取り上げた。事例の概要では、発生場所や関連診療科、児の年齢や児への影響などを示した。さらに、事例を分類し、今回は最も報告件数の多かった「母乳・ミルクの取り違い」の事例を取り上げ、「母乳の取り違い」と「ミルクの取り違い」について、それぞれ分析を行った。

「母乳の取り違い」では、冷凍庫・冷蔵庫、加温器・保温器からの取り出し時に取り違えた事例が最も多く、保管状況や母乳への患者識別情報の記載状況、母乳の取り出しを間違えた背景・要因、授乳直前の母乳と児の照合などについて分析した。命名前の新生児が存在することから、IDやバーコードによる照合の導入・活用をしている医療機関がある一方で、バーコード照合機能を備えていない医療機関も散見された。取り違いのリスクを十分に認識し、適切な患者識別情報で確実に患者を照合する必要がある。母乳を誤って別の児に授乳した場合、感染のリスクを考慮した対応が必要になる。母乳は体液であり、取り違いによる感染のリスクは必ず認識しておくべきこととして教育、周知いただきたい。

「ミルクの取り違い」では、ミルクへの患者識別情報の記載状況、授乳直前のミルクと児の照合、ミルクを取り違えた背景・要因などを分析した。ミルクの取り違いの事例は、いずれもアレルギー対応を要する児がアレルギー症状を発症し、対応を要していた。中には集中治療室に転棟して全身管理などを要した事例が2件報告されており、その影響の大きさがうかがわれた。一方で、母乳の取り違いで報告された事例の背景・要因に「以前からミルクの取り違いが散見されていたが、対策をとっていなかった」と記載があり、取り違いの発生がアレルギーや禁忌のある児でなかった場合、問題が軽視されている可能性が考えられた。

今回分析した「母乳の取り違い」や「ミルクの取り違い」は、いずれも授乳直前に母乳やミルクと児の照合を行っていれば予防できたと思われる事例が大半であった。母乳、ミルクいずれの場合でも、授乳直前に患者のものであるか必ず確認することを手順として明示し、遵守することを徹底していただきたい。特に命名前の新生児では、姓だけでは十分な患者識別情報になり得ないリスクを認識し、自施設の患者識別情報が児を特定するにあたって十分な情報となっているか、改めて実際の作業工程や手順を確認していただきたい。

V 事業の現況

1 ホームページを通じた情報発信

本事業では、事業計画に基づいて、四半期ごとの報告書、年報および毎月の医療安全情報の作成、データベースの提供、研修会などを行っており、これらの多くはホームページを通じてその内容を公表している。本事業の事業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（2025年9月）」にわかりやすくまとめているので参考にいただきたい（https://www.med-safe.jp/pdf/business_pamphlet.pdf）。

図表V－1 ホームページのトップ画面



2 世界患者安全の日の取り組み

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事を目的としており、2026年のテーマは“Safe care for noncommunicable diseases”、スローガンは“Safe care for life!”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年より医療安全情報9月号をオレンジ色を基調にして提供している。

図表V-2 世界患者安全の日のロゴマーク



図表V-3 オレンジ色を基調にした医療安全情報

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
2026年9月 No.238

WHO 世界患者安全の日（9月17日）にちなみ、
今月はテーマカラーのオレンジ色にしました。

厚生労働省の関連ページ

手術前後の患者に禁忌の 糖尿病治療薬の休薬漏れ

添付文書上、手術前後の患者に禁忌とされている糖尿病治療薬を休薬しなかった事例が報告されています。

2020年1月1日～2026年7月31日に11件の事例が報告されています。この情報は、
第83回報告書「再発・類似事例の分析」で取り上げた内容をもとに作成しました。

薬剤の種類	報告された糖尿病治療薬の販売名 [※]	
選択的SGLT2阻害薬	カナグル錠 スーグラ錠 フォシーガ錠	ジャディアンス錠 デベルザ錠
ビッグアノイド（BG）薬 配合剤（選択的DPP-4阻害薬・ビッグアノイド薬）	メトグルコ錠 エクメット配合錠	メトホルミン塩酸塩錠

注）上記以外にも、手術前後の患者に禁忌の糖尿病治療薬があります。
※規格、屋号を削いで記載しています。

事例のイメージ

入院前の外来

バイアスピリン錠100mg
スーグラ錠50mg

バイアスピリンだけ
休薬すればいいな

医師

入院時の持参薬確認

糖尿病治療薬のスーグラは
手術前後は禁忌です。

（驚きの表情）

薬剤師

製薬企業からの注意喚起文書には、本事業や、医療事故防止事業部が運営している薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業で公表している事例も参考にして作成されているものがあり、両事業に報告された事例を活用して、医療事故防止のための具体的な注意喚起が継続して行われている。

本事業や薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業に報告された事例や分析の内容について透明度を高くして公表することにより、その活用が広がっている。本事業の成果が活用されることは、事業の趣旨に即した適切な取り組みであると考えている。

本事業では、第68回報告書（2022年3月公表）の再発・類似事例の分析「院外処方に関連した事例（第58回報告書）」で、グラセプターカプセル（タクロリムス徐放性製剤）とタクロリムス普通製剤カプセルの取り違いについて取り上げた。製薬企業から、グラセプターカプセルとタクロリムス普通製剤（後発医薬品含む）との取り違いについて、本事業や薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業に報告された事例を引用した注意喚起文書が2020年10月に公表され、2023年11月、2026年6月に更新された。

[illegible]

医療事故情報収集等事業 第86回報告書

(2) 医薬品の適正使用

本事業では、医療安全情報No.202「バッグ型キット製剤の隔壁の未開通」（2023年9月提供）で、バッグ型キット製剤の隔壁を開通しないまま患者に投与した事例について注意喚起を行った。その後、2026年6月に製薬企業から、本事業で公表している事例も参考にしてバッグ型キット製剤の隔壁開通確認を促す注意喚起文書が公表された。

〈参考〉ビーフリード® 輸液 調製時及び投与開始前の隔壁開通確認のお願い（一部抜粋）

ビーフリード® 輸液
必ず、隔壁開通を確認
 してから投与してください

調製時の注意点



隔壁開通前に手でカバーを開かないでください



下室を押して隔壁開通してください

投与開始前の確認

投与開始前にはバッグ下室側を押さえ、内容液が隔壁を超えて上室まで流れ込むことをご確認ください。



安全な投与のため、“調製時”に加えて、“投与開始前”にも隔壁開通の再確認をお願いします。
開通確認カバーが開いていても、必ずご確認ください。


 株式会社大塚製薬工場

隔壁未開通投与の事例

- 開通確認カバーが開いているから**隔壁開通済みだと思い**、未開通で投与してしまった。
- ナースコールがあり、作業を中断した。作業再開後に**隔壁開通済みだと思い**、未開通で投与してしまった。
- “投与者”は“調製者”が**隔壁開通をしたと思い**、未開通で投与してしまった。
- 外袋から取り出したら**準備完了だと思い**、未開通で投与してしまった。

(公財)日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療事故防止事業部 医療事故情報報告、並びに自社情報より作成





必ず、隔壁開通を確認
 してから投与してください

ビーフリード輸液の使用方法

………
 こちらの2次元コードを読み込むと、使用方法の動画を視聴いただけます。



2026年6月作成
 第10版(202601)

※URL： <https://www.pmda.go.jp/files/000280848.pdf>

4 医療事故情報収集等事業の情報発信

本財団（JQ）ならびに本事業、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業、産科医療補償制度などは、国内・海外からの注目が高まり、講演などの機会を多くいただいている。今後も医療安全の潮流の形成に参加し、本財団ならびに本事業の実績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くこととしている。最近の講演や会議について次に示す。

（1）Makati Medical Center（マニラ、フィリピン共和国）のイベントにおける講演

2025年9月18日、フィリピン共和国、マニラ首都圏のMakati Medical Centerから2024年（第82回報告書90-91頁）に引き続き、WHO世界患者安全の日の記念イベントにおける講演の依頼があり、バーチャル出席して講演し、医療安全（患者安全）の推進に重要なシステムアプローチの考え方、London Protocol 2024、米国National Academy of Medicineの報告書“Improving Diagnosis in Health Care (2015)”で提言された診断エラーへの対策としての報告・学習制度、司法によるアプローチの見直しを説明した。

（2）Mindanao Assemblyのイベントにおける講演

2025年9月19日、フィリピン共和国、ミンダナオ島を中心とする組織であるMindanao Assemblyから、同組織が主催したWHO世界患者安全の日の記念のイベントである、3rd Mindanao Assembly on Patient Safetyでの講演の依頼を受けたため、日本の施設レベルおよび国レベルの報告と学習制度について講演動画を作成、送付した。その中で本事業の概要についても言及した。具体的な講演内容は次の通りである。

- ・本財団が運営する事業（本事業などの報告・学習の仕組み、病院機能評価、産科医療補償制度など）。
- ・医療安全推進総合対策（2002）において施設レベル・国レベルのインシデント報告・学習制度の創設に言及されたこと。
- ・施設レベルでの報告・学習制度の運用例。
- ・日本の報告・学習制度（本事業、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業）およびその性質を有する調査制度（産科医療補償制度、医療事故調査制度）。
- ・Imperial College London（ICL）が2016年に第1回閣僚級世界患者安全サミットの機会に作成したPatient Safety 2030の中で述べられている、医療者が“報告する理由”と“報告しない理由”。
- ・本事業の概要と実績（報告書・年報、医療安全情報、事例データベースなど）。薬物療法に関する医療事故のテーマ分析は、WHOが推進する薬物療法の安全の取り組みの中で強調している“Transition of Care”に関する内容を含み、また、日本の厚生労働省が推進する地域包括ケアにおいても益々重要になる種類の事象であること。
- ・医療事故情報やヒヤリ・ハット事例のデータベースを活用したAIモデルの開発。
- ・WHO Global Patient Safety Action Plan 2021-2030において“Patient Safety Incident Reposting and Learning System”が取り上げられていること。また、同計画の進捗に関する報告書“Global

Patient Safety Report 2024”では、同制度を整備している加盟国は32%に留まることが報告されたこと。同報告書の中で、タイ王国の経験として、本事業に啓発を受けて国レベルの報告・学習制度を創設したことが述べられていること。

- ・2025年4月にフィリピン共和国保健省の主催で、マニラで開催された閣僚級世界患者安全サミットにおけるPlenary sessionの司会者のスピーチの中で、本事業などの報告・学習制度の成果としてのデータベースとそれを活用したAIモデルの開発について述べたこと。

(3) IPSON Meeting (Health Services Safety Investigations Body, NHS England)

2025年9月23日、英国NHS EnglandのHSSIBが主催するIPSON Meetingに出席し、9月17日のWHO世界患者安全の日に関連し、多数のイベントへの出席や講演などを行い、本財団が運営する本事業などの国レベルの報告と学習の仕組み、周産期分野の無過失補償制度である産科医療補償制度などについて説明したことを委員に共有した。

IPSON Meetingはインシデント事例の調査や調査に関する教育などを行う組織が参加し、少しずつ参加者数が増加している。2025年9月時点では、本財団の他にオーストラリア連邦、カナダ、フィンランド共和国、アイルランド、オランダ王国、ニュージーランド、ノルウェー王国、パキスタン・イスラム共和国、サウジアラビア王国、シンガポール共和国、スウェーデン王国、スイス連邦、アメリカ合衆国が参加している（アルファベット順）。

(4) PAHO (Pan American Health Organization) 主催世界患者安全の日記念イベント

2025年9月23日、WHOの南北アメリカ大陸の地域事務局であるPAHO (Pan American Health Organization) が世界患者安全の日を記念して開催するイベントに関連して、同地域の患者団体のリーダーであるEvangelina Vázquez Curiel氏より、産科医療補償制度に関するメッセージ動画の送付を依頼されたことから、本財団の説明をする中で、本事業について短く触れるとともに、産科医療補償制度に関するQ&A形式（“患者・家族は運営に参加しているか？”、“重度脳性麻痺は減少したか？”、“分娩の質は改善したか？”、“紛争は減少したか？”、“制度は世界的に注目されているか？”、という問いに対し、全て“Yes”で回答）のわかりやすい動画を作成、送付したところ、同氏よりYouTubeにアップして活用したとの報告を受けた。

(5) European Partnership for Supervisory Organisations in Health Services and Social Care (EPSO) Conference

2025年9月24-25日、アイルランドのダブリンで開催された、European Partnership for Supervisory Organisations in Health Services and Social Care (EPSO) Conferenceに招待を受け、本事業部が参加している、EUにおける共同研究の枠組みであるCOST (European Cooperation in Science and Technology) およびそのプロジェクトの一つであり在宅ケアに関する質と安全の改善を図ることを目的とした研究グループであるCOST Action BetterCare (CA22152) の解説、日本の高齢化社会における質の高いケアの提供、医療・介護保険制度、地域包括ケア、地域医療構想などについて説明した。講演の冒頭で、本財団が運営する様々な事業について説明する中で、本事業や薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業、産科医療補償制度

などについて、事業の概要や実績を説明した。

(6) Joint Conference: 7th International Conference on Health Administration and Policy (ICoHAP) in collaboration with the 3rd International Symposium of Patient Safety and Quality (ISPSQ)

2025年10月2日、インドネシア共和国のスラバヤにあるAirlangga University Medical Centerの招待を受けて同大学病院を訪問した。医療安全を担当する幹部職員や医療現場の担当者とのミーティングでは、我が国の施設レベルや国レベルの患者安全対策について説明し、意見交換した。インシデント報告については、職員からの報告数が少ないことや、特に医師に報告を求めることの困難さについて問題提起があり、議論を行った。

10月4日には、同大学のDepartment of Public Healthが主催し、Joint Conference: 7th International Conference on Health Administration and Policy (ICoHAP) in collaboration with the 3rd International Symposium of Patient Safety and Quality (ISPSQ) が開催され、講演した。特に同カンファレンスの運営の中心を担った研究室では、重大インシデントの当事者である患者・家族とともに医療者も苦悩し、心身の不調を来したり離職したりすることになる現象、いわゆる“Second Victim”について関心を持っていることから、講演では、“Second Victim”に関する国際的な関心、特に本財団からも参加して取りまとめたEUの研究グループのステートメント（第79回報告書84-85頁）では、司法制度の枠組みの再考が提言されており、具体的には無過失補償制度が推奨されていること、日本の無過失補償制度である産科医療補償制度の概要と実績や国際的な関心、2016年3月のWHO consultation meeting（コロンボ、スリランカ民主社会主義共和国）では、元インドネシア共和国医師会長のProf. Herktanoと意見交換し、強い関心を示されたことなどを説明した。さらに冒頭では、本財団が運営する各種事業について触れ、本事業や薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業について説明した。

(7) 41st ISQua Conference, São Paulo

2025年10月12-15日に、ブラジル連邦共和国のサンパウロで、第41回ISQua Conferenceが開催された。10月13日のExpert session; ASQua sessionは、“Future of Healthcare: Innovation, AI and Digital Transformation”をテーマとし、会期中にASQua新理事長に就任したタイ王国の第三者評価組織CEOのDr. Piyawan Limpanyalert から講演の依頼を受けたことから、日本の医療DX施策、AI法の概要、施設レベルで電子カルテに装備されたAIが、説明・同意プロセスの記録作成や入退院のサマリー作成に有用であることなどに加えて、本事業や本財団が運営する報告・学習制度が提供しているデータベースを活用して、薬物療法のインシデント事例に関して自動的に構造化したデータを作成するAIが研究者により開発されていることなどについて説明した。なお、データベースに関連して、本財団が運営する産科医療補償制度では、重度脳性麻痺事例の原因分析を行い、報告書を作成していること、この要約版を制度のホームページで公表しており、それは重度脳性麻痺事例の大規模なテキストデータの提供の意味を持つこと、近年、要約版の公表差し止め訴訟が提起されたが、請求が棄却され、引き続き公表が行われていることなどについて説明した。

(8) HA Thai (Healthcare Accreditation Institute, Thailand) 来訪

2025年10月22-23日に、本財団は、タイ王国の第三者評価組織である、HA Thai (The Healthcare Accreditation Institute, Thailand) の訪問を受けた。HA Thai理事長であるProf. Emeritus Dr. Prasit Watanapa、CEOでありASQua理事長でもあるDr. Piyawan Limpanyalertら20名弱が来訪した。10月23日午後に、本事業や薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業および産科医療補償制度について、それぞれ包括的な長時間の講義を行った。本事業部分の講義内容は次の通りである。

- ・本財団とHA Thai (The Healthcare Accreditation Institute, Thailand) との関わり、特に、同組織が主催する年次フォーラムにおける本事業などに関する講演の実績。
- ・国レベルの報告・学習制度創設の経緯、医療安全推進総合対策（2002）の概要。
- ・独立行政法人 医薬品医療機器総合機構（PMDA）が運営する医薬品・医療機器等安全性情報報告制度。
- ・医療事故情報報告件数の年次推移、増加傾向が継続していることに関する考察。
- ・分析テーマの例：退院前後の処方間違いに関連した事例。
- ・WHOのレポート：Medication Safety at Transition of Careの紹介。
- ・我が国が推進する地域包括ケアシステムおよび様々な種類のケアが提供される中でTransition of Careが生じるポイントの例。
- ・政府が推進するデジタル技術を活用したマイナポータルサイトを通じた医療・介護・福祉情報の統合、データの活用の内容。
- ・薬物療法の安全における電子処方箋のメリット。
- ・診療報酬における医療DX推進体制整備加算。
- ・在宅医療に求められる4つの機能（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）。
- ・医療安全情報の内容、作成の考え方、活用例、作成から医療現場で周知されるまでの流れ。
- ・事業の成果やデータベースに掲載された個別事例の製薬企業による活用例。
- ・医療安全情報など事業の成果の活用に関するアンケート結果。
- ・報告書に掲載している“事例紹介”の例。
- ・年報に掲載している“現地状況確認調査”の例。
- ・AIの研究者による本事業のデータベースを活用した薬物療法に関連したインシデント事例の自動アノテーションを行うAIモデルの開発。
- ・薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業の概要、報告件数、事例の概要など。
- ・歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業の概要、報告件数、事例の概要、歯科ヒヤリ・ハット通信の例など。
- ・WHOが主催したウェビナーにおける講演。
- ・第7回閣僚級世界患者安全サミット（マニラ、フィリピン共和国）における座長スピーチで本事業のデータベースについて触れたこと。
- ・英国NHSのインシデント調査機関であるHealth Services Safety Investigations Body (HSSIB) のホームページに本事業、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業について記述したブログが掲載されていること。

- ・ 米国University of California Davisが運営するPodcastのインタビューに対応し、本事業の医療安全情報について説明したこと。
- ・ WHO Global Patient Safety Action Plan (GPSAP) 2021-2030において定められている35件の具体的なアクションに、インシデント報告制度が取り上げられていること。
- ・ GPSAPの進捗を報告したWHOによるGlobal Patient Safety Report 2024において、タイ王国の経験として、2016年にWHOが主催した専門家の会議にHA Thaiが出席しており、本事業に関する講演に啓発を受け、国レベルの報告・学習制度を創設したことが記載されていること。

(9) Huong Vuong Hospital, Ho-Chi Minh主催2025 Patient Safety and Quality Management Conference

2025年11月7日、ベトナム社会主義共和国のホーチミン市にある産科を中心としたHuong Vuong Hospitalが開催した、2025 Patient Safety and Quality Management Conferenceに、同病院より招待を受けて講演した。主として本財団が運営する産科医療補償制度の概要、実績などについて説明したが、講演の冒頭の自己紹介の時間の中で、本事業など国レベルの報告と学習の仕組みを運営していることを説明した。

(10) 第48回World Hospital Congress 2025

IHF (International Hospital Federation) から招待を受け、2025年11月11日-13日に同団体が主催してジュネーブで開催された第48回World Hospital Congressに出席した。プログラムの中のセッション “Seamless transitions: Alternative outpatient environments for hospital and high acuity care” においてパネリストを務め、講演の中で本財団の事業を説明する際に本事業についても言及した。その他、我が国の高齢化の現状、地域包括ケアの考え方や仕組み、在宅医療に期待される4つの役割（退院支援、日常的な療養支援、急変時対応、看取り）、医療DXの推進と情報の統合、電子処方箋の仕組みとメリット、Advance Care Planning (ACP) などについて説明した。

また、“IHF 理事長企画” として開催された周産期医療の質と安全に関するセッションに参加し、グループワークの中で本財団が運営する産科医療補償制度や本事業などの報告と学習の仕組みについて説明した。セッション後は、理事長であるDr. Muna A. Tahlak（アラブ首長国連邦のLatifa Women and Children HospitalのCEO および Dubai Academic Health CorporationのChief Medical Officerであり産婦人科医）に産科医療補償制度や本事業についてのレクチャーを行い、11月7日にHung Vuong Hospital (Ho-Chi-Minh City) で行った講演資料を提供した。

(11) SIGMED VIII Conference, Romania

2025年11月13日、ルーマニアで開催されたSIGMED VIII Conferenceに主催者より招待を受けて、Webを通じて講演した。同カンファレンスには2021年11月に開催されたSIGMED IVに招待されたことがあり、その際はカンファレンスの中心テーマが診断エラーの防止であったことから、2015年に米国のNational Academy of Sciences, Engineering and Medicineが作成した “Improving Diagnosis in Health Care” に関する説明や、同報告書が強調する、Blame freeの環境で診断エラーが報告できるシステムの創設という点をさらに詳しく説明するために、本事業や薬局ヒヤリ・ハッ

ト事例収集・分析事業といった国レベルの報告・学習システムなどについて説明した（第72回報告書81頁）。今回は、2021年に続いて2度目の講演となった。この度の依頼も、報告と学習制度に関する内容であったことから、講演では、本財団が運営する様々な事業や、施設レベルや国レベルの報告と学習の仕組みとその成果、データベースを活用したAIモデルの開発例、国際会議における制度の説明などについて述べた。

(12) 奇美醫療財團法人奇美醫院主催ChiMeiRA International Symposium, Taiwan

2025年11月16日、台湾の台南市にある奇美醫療財團法人奇美醫院が主催したChiMeiRA International Symposiumに招待され、Webを通じて講演した。2025年9月12日に台中市に本拠を置くTaiwan Patient Safety Culture Club（TPSCC）が主催した、WHO世界患者安全の日記念イベントに出席して同病院関係者と我が国の医療安全対策について意見交換したことが契機となって招待を受けたものである。講演では、主として施設レベルと国レベルの報告・学習制度や本事業のデータベースを活用したAIモデルの開発、産科医療補償制度における原因分析報告書要約版のホームページでの公表、要約版公表の差し止め訴訟の提起と請求棄却判決の内容・棄却の理由、医療DX施策、診療報酬における医療DX推進体制整備加算、AI法などについて説明した。

(13) パプアニューギニア独立国保健省職員に対する講義

2025年11月19日、WHO西太平洋地域事務局（Western Pacific Regional Office; WPRO）からの依頼により、パプアニューギニア独立国保健省職員に対して、主として産科医療補償制度に関する講義をWebを通じて行った。講義の冒頭では、本財団が運営する事業について説明する中で、本事業や薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業について触れた。また、講義の終わりに、海外における産科医療補償制度の説明の中で、第7回閣僚級世界患者安全サミット（第84回報告書83-84頁）のExpert Plenary3の司会者スピーチで、本事業のデータベースを活用したAIモデルの開発や産科医療補償制度における原因分析報告書の作成とその要約版の作成・ホームページにおける公表、近年生じた要約版公表差し止め訴訟の提起と請求棄却判決の内容や棄却の理由などについて述べたことを説明した。

