



医政総発第1209002号  
薬食安発第1209002号  
平成20年12月9日

社団法人日本臨床衛生検査技師会  
会長 殿

厚生労働省医政局総務課長



厚生労働省医薬食品局安全対策課長



#### 医療事故情報収集等事業第15回報告書の公表について

医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

医療事故情報収集等事業につきましては、平成16年10月から、医療機関から報告された医療事故情報等を収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的として実施しており、今般、(財)日本医療機能評価機構より、第15回報告書が公表されました。

本報告書における報告の現況等は、別添1のとおりです。また、別添2のとおり、共有すべき医療事故情報が報告されています。

貴職におかれましては、同様の事例の再発防止及び発生の未然防止のため、本報告書の内容を確認の上、別添の内容について留意されるとともに、貴会会員に対して、周知方お願いいたします。

なお、本報告書につきましては、別途(財)日本医療機能評価機構から貴会宛に送付されており、同機構のホームページ(<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm>)にも掲載されていますので申し添えます。

## 医療事故情報収集等事業 第15回報告書のご案内

### 1. 報告の現況

(1) 医療事故情報収集・分析・提供事業 (対象：平成20年7月～9月に報告された事例)

表1 報告件数及び報告医療機関数

		平成20年			合計
		7月	8月	9月	
報告義務 対象医療 機関	報告件数	132	102	142	376
	報告医療 機関数	123			
参加登録 申請医療 機関	報告件数	9	13	8	30
	報告医療 機関数	23			
報告義務対象医 療機関数		273	273	273	-
参加登録申請医 療機関数		278	279	279	-

第15回報告書17～20頁参照

表2 事故の概要

事故の概要	平成20年7月～9月	
	件数	%
指示出し	4	1.1
薬剤	16	4.3
輸血	0	0.0
治療処置	83	22.1
医療用具等	30	8.0
医療機器	13	3.5
ドレーン・チューブ類	17	4.5
歯科医療用具 (機器) 等	0	0.0
検査	21	5.6
療養上の世話	173	46.0
その他	49	13.0
合計	376	100.0

第15回報告書27頁参照

(2) ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業 (対象：平成20年4月～6月に発生した事例)

1) 参加登録医療機関：定点医療機関数 237 施設， 定点外医療機関 899 施設

2) 報告件数 (第15回報告書51頁参照)

①総報告件数：59,534件 (報告医療機関数 318施設)

②分析対象：全般コード化情報 58,600件， 記述情報 2,757件

### 2. 医療事故情報等分析作業の現況

報告された事例については、個別のテーマを設け医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を併せて分析を行っています。今回の個別のテーマの検討状況は下記の通りです。

- |                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| (1) 薬剤に関連した医療事故        | (第15回報告書69～94頁参照)   |
| (2) 医療機器の使用に関連した医療事故   | (第15回報告書95～100頁参照)  |
| (3) リハビリテーションに関連した医療事故 | (第15回報告書101～109頁参照) |
| (4) 輸血療法に関連した医療事故      | (第15回報告書110～120頁参照) |
| (5) 手術における異物残存         | (第15回報告書121～154頁参照) |

### 3. 共有すべき医療事故情報 (第15回報告書169～170頁参照)

報告された事例の中から、専門分析班等の検討により広く共有すべきであると考えられる事例をとりまとめています。今回の「共有すべき医療事故情報」は下記の通りです。

事例内容	報告件数
病理検体の取り扱いに関連した事例	2件
採血用穿刺器具の不適切な使用に関連した事例	1件
眼科手術の際の眼内レンズの間違いに関連した事例	2件
歯科診療の際の部位間違いの事例	1件
禁忌食品の配膳間違いの事例	1件

\*詳細につきましては、第15回報告書及び当機構のホームページ (<http://www.jcqh.or.jp/html/accident.htm#med-safe>) をご覧ください

## IV 共有すべき医療事故情報

### 〔1〕「共有すべき医療事故情報」

平成20年7月1日から同年9月30日までに報告された事故事例を分析班等において個別に検討する中で、広く共有すべきであると考えられた事例の概要等を図表IV-1-1に示す。なお、事業要綱改定に従い、前報告書(第14回報告書)において対象とされた事故事例についても同様に扱うことになった。

図表IV-1-1 共有すべき医療事故情報

概要	内容	本報告書参照事例番号
	<p>病理検体の取り扱いに関連した事例が報告された。</p> <p>手術で切除した胃組織の切り出しを病理医が行い、検査技師が補助を行った。3日後、検鏡した際に切片の向きが一定方向でなかったため、検査技師と確認し「口側断端陽性」という報告書を作成した。報告書を見た主治医は、患者に「残った胃に癌がある可能性が高い」と説明した。追加手術の際の病理組織学検査では残存癌はなかった。カンファレンスで病理医が全標本を取り出し再構築図を作成した際に、口側断端の切片と腫瘍中心の切片が入れ替わっていた可能性を発見した。</p>	該当なし
検査	<p>左右の乳房から組織が採取され、左右別容器で病理検査室に提出された。右側乳房には1左側乳房には2と区別して病理検査室において組織検査番号が付けられた。組織を処理する際、1(右側乳房)、2(左側乳房)の順に材料を処理した。次にスライドガラスに左から右側乳房の切片、左側乳房の切片の順に載せるところを、右切片の目印となる切りこみが2(左側乳房)にあるように見えたため、左側乳房の切片、右側乳房の切片の順に載せて標本を作成した。スライドガラスのラベルには病理部のルールに従って左から順に1、2、と記載したため、標本1は左側乳房、標本2は右側乳房の組織となった。病理医は標本1を癌、標本2を線維腺腫と診断し、標本1は右側乳房(実際には左側乳房)、標本2は左側乳房(実際には右側乳房)の結果として報告した。病理診断に従い、右乳房の部分切除が行われ、切除後の病理診断で線維腺腫と診断されたため、検体の左右間違いを発見した。</p>	該当なし
医療機器	<p>採血用穿刺器具の不適切な使用に関連した事例が報告された。</p> <p>糖尿病の患者は、自宅では採血用穿刺器具エースレットを使用していた。患者は入院時のため、自分の採血用穿刺器具を持ち合わせていなかったため、当院のものを使用することになった。看護師は、病棟にあったエースレットを使用した。エースレットは複数の患者に使用してはいけない採血用穿刺器具であった。</p>	該当なし

概要	内容	本報告書参照事例番号
治療・処置	<p>眼科手術の際の眼内レンズの間違いに関連した事例が報告された</p> <p>手術患者のため、近視、遠視の2種類の眼内レンズを用意した。手術前日、患者と相談の上、近視用レンズを使用することを決定した。夜、担当医は伝票に記載する際に誤って遠視用眼内レンズの度数を転記した。手術当日、誤って記載された伝票のもと用意された遠視用眼内レンズを挿入した。</p> <hr/> <p>挿入予定の眼内レンズはA社SA60AS+22.0Dであったが、手術直前に主治医が用意したものはB社VA60BBR+22.0Dであったため、執刀医が別の医師に口頭で変更を指示した。指示を受けた医師と看護師の2名でレンズを確認し用意したものがA社SN60WS+22.0Dであった。挿入直前の確認の際に執刀医が誤りに気づき、SA60AS+22.0Dへの変更を指示した。その際、指示を聞き間違えてSA60AS+12.0Dを用意した。その結果、間違ったレンズを患者に挿入した。</p>	該当なし
治療・処置	<p>歯科診療の際の部位間違いの事例が報告された</p> <p>左上顎第1小白歯(24番)および第2大白歯(27番)の抜歯手術の予定であったが、第1大白歯(26番)が欠損しており、欠損域が広がったことから、第2小白歯(25番)を第1小白歯(24番)と思い込み、第2小白歯(25番)と第2大白歯(27番)を抜歯した。当該科では後方から歯を確認する方法が用いられていた。</p>	該当なし
療養上の世話	<p>禁忌食品の配膳間違いの事例が報告された。</p> <p>食事摂取後、洗面台で意識レベル低下している患者を発見した。すぐ意識は回復したが血圧が下がっていた為、処置を施行した。約1時間後、上肢に発赤が出現した為、患者に尋ねると「朝食に出ていた牛乳を好きだから飲んだ」と返答した。入院時より乳製品はアレルギーの為、患者にとって禁止食品となっていたが、誤って配膳されていた、患者は以前にも牛乳を摂取したことによりショックになった経験があった。</p>	該当なし

## 【2】再び報告のあった「共有すべき医療事故情報」

過去に公表した報告書において共有すべき医療事故情報として掲載し、再び報告のあった事例の概要を図表IV-1-2に示す。

図表IV-1-2 共有すべき医療事故情報（再掲分）

概要	内容	本報告書参照事例番号
薬剤	<p>薬剤アレルギーの情報伝達に関連した事例が報告された。 (第12回報告書143頁、第13回報告書143頁、第13回報告書129頁)</p> <p>1) 患者のカルテには、禁忌の薬剤として、セフェム系薬剤の記載がされていたが、該当する抗生物質を側管から点滴注射した。電子カルテシステムを導入していたが、アレルギー禁忌の項目が入力不十分であった。</p>	<p>73頁 図表Ⅲ-2-1 15番</p>
	<p>2) 病棟担当医はボルタレン坐薬2.5mgを指示し、患者に投与した。患者は、全身搔痒感、顔面紅潮、プレシヨック状態となった。ボルタレンは患者の禁忌薬剤として電子カルテのアレルギー欄に記載されていた。</p>	<p>74頁 図表Ⅲ-2-1 17番</p>
医療機器	<p>酸素吸入療法の際のチューブの不適切な使用に関連した事例が報告された。 (第13回報告書142頁)</p> <p>患者は病棟からベッドのままで看護師Aと研修医により内視鏡検査に搬送中であった。病棟のエレベーターホールで患者の顔が紅潮し、苦悶状態であることに看護師長が気づき確認すると、気管チューブに直接酸素チューブが接続され、呼吸ができない状態になっていた。直ちに対処し患者の状態は改善したが患者は右気胸をおこしていた。気胸の要因として、酸素チューブの不適切な装着による加圧が考えられた。</p>	該当なし

概要	内容	本報告書参照事例番号
その他	<p>ベッドのサイドレールや手すりに関連した事例が報告された。 (第13回報告書142頁、第14回報告書130頁)</p> <p>1) 脳性まひの患者の体動により、ベッド柵に接触したため、外傷防止のため、柵をマットでガードしていた。患者がベッド上で、体を振り返りベッド柵のマットへ顔を接触させ、呼吸停止状態であるところを発見した。直ちに処置を行い、事故以前の状態に回復した。ベッド柵のガードを発泡スチロールおよびセラピーマットに変更した。</p>	該当なし
	<p>2) 患者の「看護師さん」と呼ぶ声で訪室したところ、右手でベッド柵を掴み、さらに右手第5指が柵のレバーに挟まった状態であった。起き上がる際、ベッド柵を右手で捕まえ上半身を起した際にベッド柵のレバーの隙間に第5指が挟まり抜けなくなっていた。患者は骨折と診断されシーネ固定となった。</p>	該当なし
薬剤	<p>薬剤の有効期限に関連した事例が報告された。 (第14回報告書128頁)</p> <p>薬剤部が、平成19年度分のインフルエンザワクチンを卸業者に返品するため、在庫品の製造番号確認を行い、卸業者に連絡したところ平成18年度分の製造番号のワクチンがあった。インフルエンザワクチンの接種者のカルテを確認したところ、平成18年度のワクチンを接種した患者が7名いたことがわかった。</p>	74頁 図表Ⅲ-2-1 18番