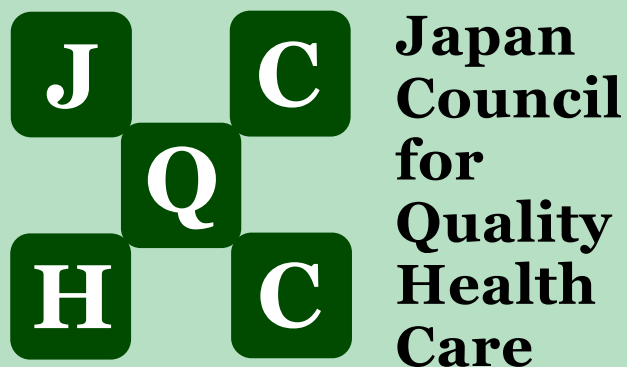


日本医療機能評価機構が取り組む 医療安全のための支援事業について



(公財)日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部

井上 純子



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



内 容

- ◆ 公益財団法人日本医療機能評価機構について
（ご紹介）
- ◆ 医療事故情報収集等事業について



内 容

- ◆ 公益財団法人日本医療機能評価機構について
（ご紹介）
- ◆ 医療事故情報収集等事業について



日本医療機能評価機構の目的

本財団は、**中立的・科学的な第三者機関**として医療の質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目的とする。



基本財産の主な出捐団体等

厚生労働省 日本医師会 日本病院会

全国自治体病院協議会 全日本病院協会

日本医療法人協会 日本精神科病院協会

日本歯科医師会 日本看護協会

日本薬剤師会 日本病院薬剤師会

健康保険組合連合会 国民健康保険中央会



日本医療機能評価機構の事業

病院機能評価に関する事業

- 1) 病院機能評価事業
- 2) 病院機能改善支援事業
- 3) 評価調査者（サーベイヤー）の養成事業
- 4) 医療機能評価に関する調査・研究開発事業
- 5) 認定病院患者安全推進事業
- 6) 医療機能評価に関する普及・啓発事業

産科医療補償制度運営事業

- 重度脳性麻痺児に対する補償、原因分析・再発防止と産科医療の質の向上

EBM医療情報事業

- 診療ガイドラインの評価・ホームページに掲載することによる情報提供



医療事故情報収集等事業

- 病院・診療書より医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例を収集し、分析して情報提供

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

- 薬局よりヒヤリ・ハット事例を収集し、分析して情報提供



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

認定期間中の確認の導入と更新審査

初回審査

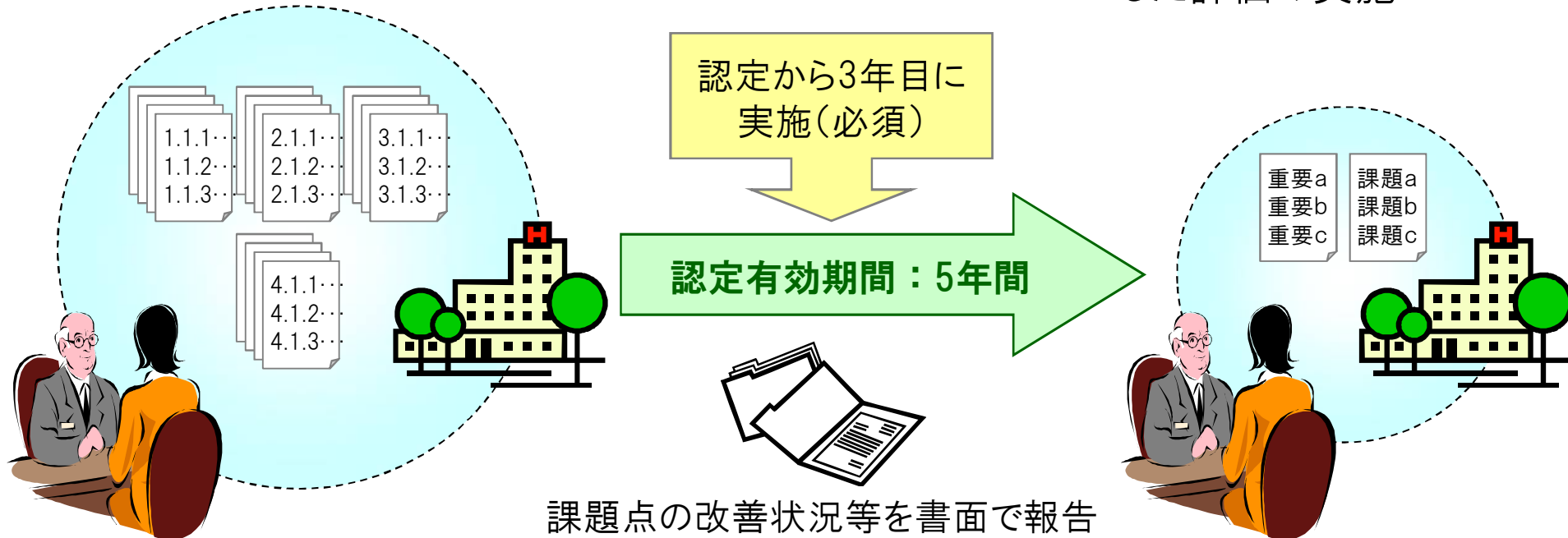
機能種別版評価項目の
全ての評価項目が対象

< 認定期間中 >

認定から3年目に課題の改
善状況などを書面で確認

更新審査

重要な評価項目や課題
の取り組み状況を中心と
した評価の実施

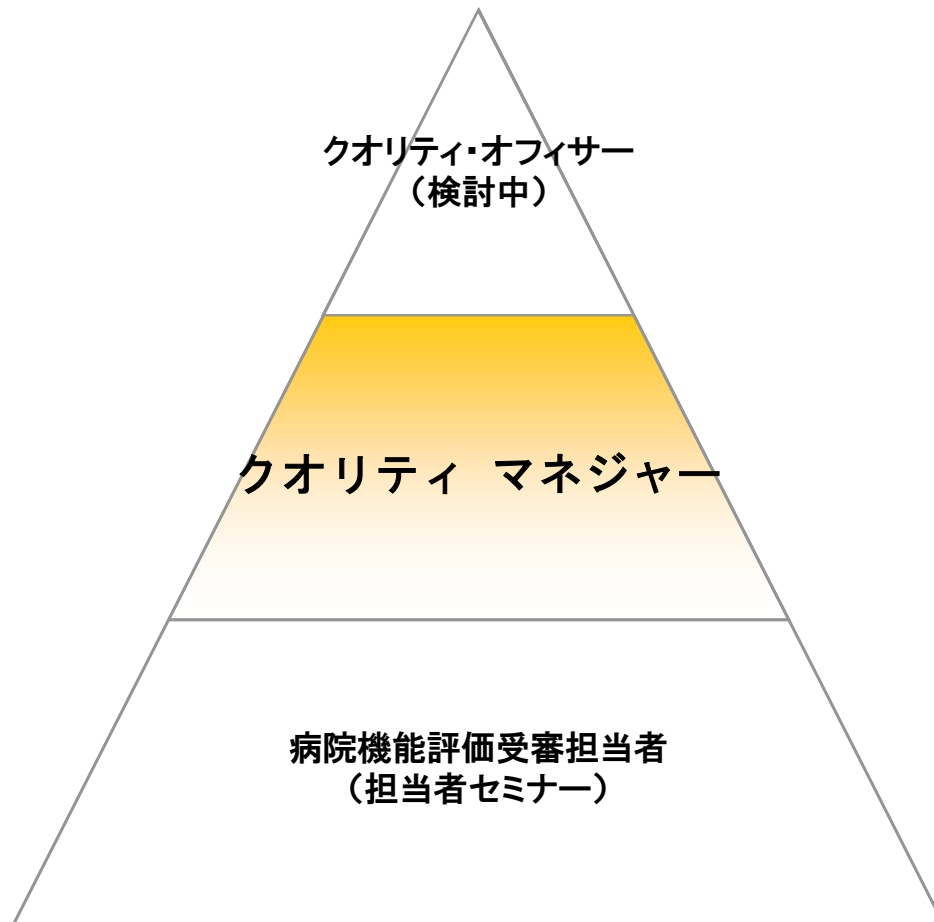


※初回審査＝新規受審、または新たな枠組みでの最初の更新受審



クオリティ マネジャーの養成

病院の自律的かつ継続的な質改善を支援するために、院内の質改善活動の中心となる「クオリティ マネジャー」を養成するセミナーを平成24年度から始めました。



臨床能力に優れ、教育・研究熱心であり、チーム医療のリーダーとして病院医療の質を高められる人材(想定 副院長クラス)
 今後、担当者、クオリティ マネジャー養成の実績をふまえ、プログラムを構築する

病院内における医療の質管理の実務責任者(想定 診療部長、看護部長などの部門長クラス)
 講習期間: 4日間(座学2日+GW2日+継続研修)
 定員 : 70名/回 ※平成25年度170名養成予定

病院組織において、病院機能評価を受審するにあたり、担当者として任命された人材
 年延べ150名を養成(職種:事務、役職:課長職が多い)
 講習期間: 1日(1回約30名)



内 容



- ◆ 公益財団法人日本医療機能評価機構について
（ご紹介）
- ◆ 医療事故情報収集等事業について



医療事故のとらえ方の変化



1990年代

医療事故はあっては
ならないこと



個々人の注意で防ぐ
ことができる

2000年代

医療事故は
起こりうること



チームや組織全体のあり
方を改善しなければ、
事故は防止できない



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

医療事故情報収集等事業の開始

平成13年 医療安全対策ネットワーク整備事業
(ヒヤリ・ハット事例収集等事業) 開始
【収集：現 医薬品医療機器総合機構】

平成16年 医療法施行規則の一部を改正する省令を公布
※特定機能病院等に対し医療事故の報告を義務付け
医療事故事例の受付開始
【収集：日本医療機能評価機構】



医療事故情報収集等事業の目的



医療機関から事故情報及びヒヤリ・ハット情報を収集し、さらに学会等からも幅広く事故防止に有用な情報を収集し、それらについて分析を加えた上で改善方策等を広く社会に提供し、また医療機関からの相談に応じて必要な助言・支援を行うことにより、**医療事故の発生予防・再発防止を促進することを目的とする。**

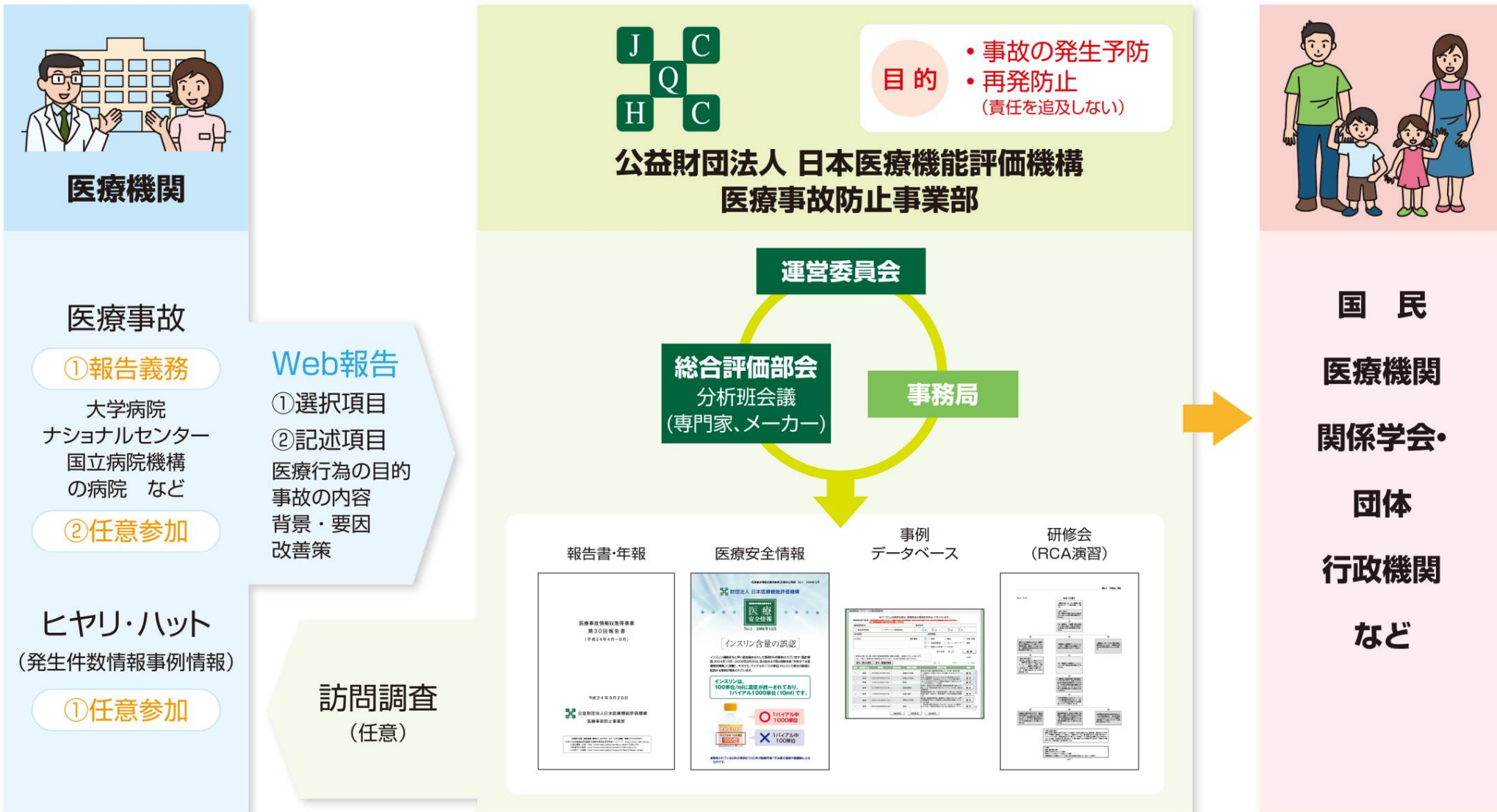
再発防止を志向する事業

情報は匿名化して取り扱う
懲罰的な取り扱いをしない



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

情報収集・分析～成果の還元





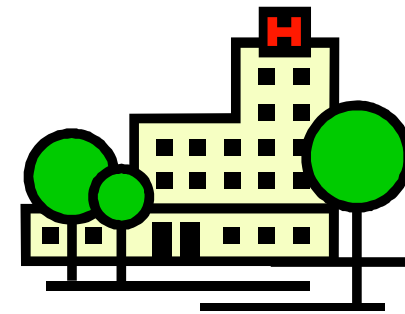
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

事業に参加している医療機関



登録状況			ヒヤリ・ハット報告						合計	
			参加する				参加しない			
			件数と事例情報		件数のみ					
事故報告	義務	参加する	124	446	80	280	70	239	274	965
	任意	参加する	322		200		169		691	
		参加しない	165		234		-		399	
合計			611		514		239		1,364*	
			1,125							

①事業参加医療機関	1,364
②医療事故参加(義務)	274
③医療事故参加(任意)	691
④事故のみ参加	239
⑤ヒヤリ・ハット参加	1,125
⑥事故&ヒヤリ・ハット参加	726
⑦ヒヤリ・ハットのみ参加	399



*2013年12月31日現在 診療所を含む



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

医療法施行規則に基づく報告範囲 (医療事故・ヒヤリ・ハットの定義)



原因等	患者重症度	A. 死亡 (恒久)	B. 障害残存 (恒久)	C. 濃厚な処置・ 治療を要した 事例 (一過性) (注1)	軽微な処置・治療を要 した事例または影響の 認められなかった事例
		1. 明らかに誤った医療行為又は管理(注2)に起因して、 患者が死亡し、若しくは患者に障害が残った事例又は 濃厚な処置若しくは治療を要した事例。	事故(注4)として報告		
2. 明らかに誤った医療行為又は管理は認められないが、 医療行為又は管理上の問題(注2)に起因して、患者が 死亡し、若しくは患者に障害が残った事例又は濃厚な 処置若しくは治療を要した事例。(医療行為又は管理 上の問題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. 上記1. 2のほか、医療に係る事故の発生の予防及び 再発の防止に資すると認める事例 ※ ヒヤリハット事例に該当する事例も含まれる					事故(注4)として報告

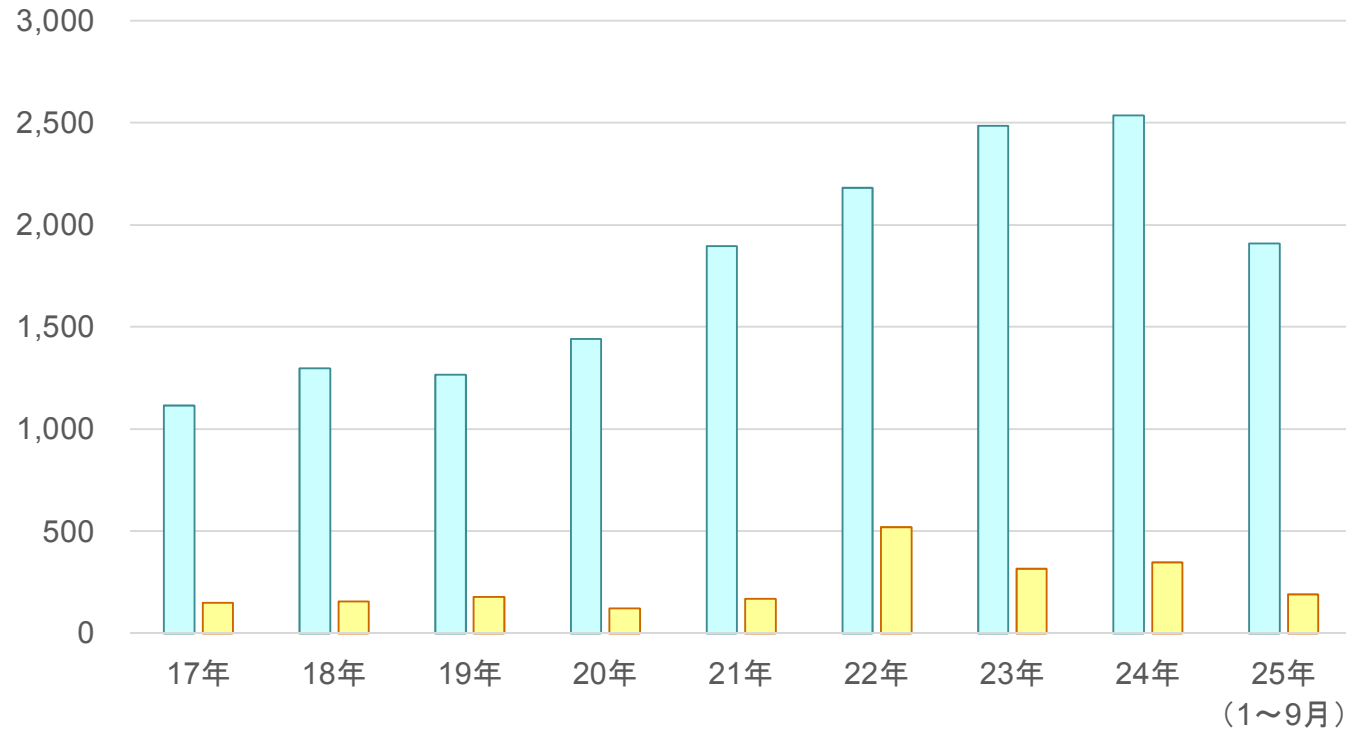
- 注1) 濃厚な処置・治療を要する場合とは、バイタルサインの変化が大きいため、本来予定されていなかった処置や治療(消毒、湿布、鎮痛剤投与等の軽微なものを除く)が新たに必要になった場合や、新たに入院の必要が出たり、入院期間が延長した場合等をいう。
- 注2) ここにいう「管理(管理上の問題)」では、療養環境の問題の他に医療行為を行わなかったことに起因するもの等も含まれる。
- 注3) 部分は軽微な処置・治療を要した事例を示しており、従来のヒヤリ・ハット事例収集事業では報告対象外であった項目。
- 注4) 事故とは、過誤および過誤をとみなわない事故の両方が含まれる。

事故：過誤があるもの、
過誤がないものの両方



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

医療事故の報告件数



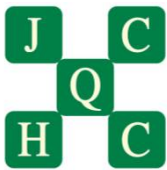
■ 義務報告件数 ■ 任意報告件数

参加形態	年(平成)	17年	18年	19年	20年	21年	22年	23年	24年	25年 (1~9月)
	義務	報告件数	1,114	1,296	1,266	1,440	1,895	2,182	2,483	2,535
	参加数	272	273	273	272	273	272	273	273	274
任意	報告件数	151	155	179	123	169	521	316	347	192
	参加数	283	300	285	272	427	578	609	653	685





報告書・年報のご紹介



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

報告書・年報



医療事故情報収集等事業
第35回報告書
(平成25年7月～9月)

平成25年12月25日



公益財団法人日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部

本事業の内容（報告書、事例）は、以下のホームページから閲覧・検索いただけます。
(公財)日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業トップページ：<http://www.med-safe.jp/>
○ 報告書類・年報：<http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>
○ 医療安全情報：<http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>
○ 公開データ検索：<http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action>

➤ 報告書35回、年報8回

➤ 構成

- 事業概要
- 集計分析
- テーマ分析
- 再発・類似事例の発生状況





報告書・年報の作成



① 集計分析

- 事例の種類や経年変化
- 当事者の職種、経験年数

② テーマ分析

- 医療、看護、調剤等の技術的なテーマを取り上げて深く分析

③ 再発・類似事例の発生状況

- ②や医療安全情報のフォローアップ



①集計分析：医療事故の概要



療養上の世話（41.8%）、
治療・処置（26.1%）が多い

事故の概要	1月～3月		4月～6月		7月～9月		10月～12月		合 計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
薬剤	35	6.1	31	5.8	48	6.6	62	8.8	176	6.9
輸血	0	0	0	0.0	4	0.6	3	0.4	7	0.3
治療・処置	129	22.6	152	28.6	183	25.2	198	28.0	662	26.1
医療機器等	19	3.3	13	2.4	14	1.9	27	3.8	73	2.9
ドレーン・チューブ	37	6.5	37	7.0	43	5.9	46	6.5	163	6.4
検査	28	4.9	20	3.8	35	4.8	41	5.8	124	4.9
療養上の世話	246	43.2	222	41.7	333	45.9	258	36.5	1,059	41.8
その他	76	13.3	57	10.7	66	9.1	72	10.2	271	10.7
合 計	570	100.0	532	100.0	726	100.0	707	100.0	2,535	100.0



①集計分析： ヒヤリ・ハットの概要



薬剤（45.8%）が多い
続いて、療養上の世話（18.4%）

事例の概要	1～3月		4～6月		7～9月		10～12月		合計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
薬剤	3,532	44.4	3,532	48.1	4,184	48.9	2,881	41.4	14,129	45.8
輸血	56	0.7	43	0.6	48	0.6	44	0.6	191	0.6
治療・処置	328	4.1	219	3.0	296	3.5	253	3.6	1,096	3.6
医療機器等	196	2.5	200	2.7	207	2.4	165	2.4	768	2.5
ドレーン・チューブ	1,085	13.6	1,001	13.6	1,173	13.7	1,218	17.5	4,477	14.5
検査	515	6.5	461	6.3	716	8.4	577	8.3	2,269	7.4
療養上の世話	1,694	21.3	1,363	18.5	1,284	15.0	1,344	19.3	5,685	18.4
その他	552	6.9	530	7.2	642	7.5	484	6.9	2,208	7.2
合計	7,958	100.0	7,349	100.0	8,550	100.0	6,966	100.0	30,823	100.0



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

①集計分析： 医療事故 当事者職種

医師（44.0%）、
看護師（49.4%）が多い。

当事者 ^(注) 職種	件数				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
医師	374	275	415	438	1,502
歯科医師	10	10	5	6	31
看護師	336	363	543	443	1,685
准看護師	6	2	4	4	16
薬剤師	5	6	9	4	24
臨床工学技士	1	2	1	4	8
助産師	2	1	1	3	7
看護助手	5	3	2	1	11
診療放射線技師	4	10	8	9	31
臨床検査技師	3	3	3	3	12
管理栄養士	4	0	0	0	4
栄養士	6	0	0	1	7
調理師・調理従事者	9	1	1	0	11
理学療法士 (PT)	4	4	6	3	17
作業療法士 (OT)	0	1	5	4	10
言語聴覚士 (ST)	0	1	0	0	1
衛生検査技師	0	0	0	0	0
歯科衛生士	0	0	0	0	0
歯科技工士	0	0	0	0	0
その他	9	6	12	9	36
合計	778	688	1,015	932	3,413

(注) 当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

出典：
平成24年年報



①集計分析：

ヒヤリ・ハット 当事者職種

看護師（79.5%）が多い。
続いて、薬剤師（4.9%）、
医師（4.1%）。

当事者職種	件数				
	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
医師	312	323	469	357	1,461
歯科医師	7	3	5	8	23
看護師	7,076	6,645	7,699	6,495	27,915
准看護師	74	62	75	79	290
薬剤師	425	400	458	292	1,575
臨床工学技士	32	24	36	29	121
助産師	129	151	198	111	589
看護助手	45	29	28	19	121
診療放射線技師	99	81	108	72	360
臨床検査技師	101	76	97	86	360
管理栄養士	37	14	9	13	73
栄養士	128	65	62	40	295
調理師・調理従事者	50	42	36	16	144
理学療法士 (PT)	53	41	58	40	192
作業療法士 (OT)	12	11	25	15	63
言語聴覚士 (ST)	6	2	3	5	16
衛生検査技師	0	0	0	0	0
歯科衛生士	1	2	1	2	6
歯科技工士	0	0	0	0	0
その他	429	374	385	304	1,492
合計	9,016	8,345	9,752	7,983	35,096

※当事者とは当該事象に関係したと医療機関が判断した者であり、複数回答が可能である。

出典：
平成24年年報



②テーマ分析



■ 分析の対象となるテーマ選定の観点

- 一般性・普遍性
- 発生頻度
- 患者への影響度
- 防止可能性
- 教訓性

②テーマ分析： 最近の主な掲載テーマ



年	報告書	延べNo.	タイトル
2013	第35回	147	血液浄化療法（血液透析、血液濾過、血漿交換等）の医療機器に関連した医療事故
		146	医療機関と薬局の連携に関連した医療事故
	第34回	145	血液浄化療法（血液透析、血液濾過、血漿交換等）の医療機器に関連した医療事故
		144	血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下（開始、継続、中止、再開等）での観血的医療行為に関連した医療事故
		143	リツキシマブ製剤投与後のB型肝炎再活性化に関連した事例
	第33回	142	胸腔穿刺や胸腔ドレーン挿入時に左右を取り違えた事例
		141	血液浄化療法（血液透析、血液透析濾過、血漿交換等）の医療機器に関連した医療事故
		140	血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下（開始、継続、中止、再開等）での観血的医療行為に関連した医療事故
		139	アドレナリンの希釈の呼称に関連した事例
	2012	第32回	138
137			血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下（開始、継続、中止、再開等）での観血的医療行為に関連した医療事故
136			脳脊髄液ドレナージ回路を一時的に閉鎖（クランプ）したが、適切に開放されなかった事例
135			院内において加工し使用した医療材料や医療機器に関連した医療事故
第31回		134	MR I 検査に関連した医療事故
		133	血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下（開始、継続、中止、再開等）での観血的医療行為に関連した医療事故
		132	膀胱留置カテーテル挿入の際、尿流出を確認せずにバルーンを膨らませ尿道損傷を起こした事例
		131	採血時、他の患者の採血管を使用した事例
第30回		130	MR I 検査に関連した医療事故
		129	自己管理薬に関連した医療事故
		128	患者持参薬が院内不採用であることに気付かず、薬剤の頭3文字検索で表示された他の薬剤を処方した事例
		127	組み立て方を誤った手動式肺人工蘇生器を使用した事例
		126	東日本大震災による影響を一因とした事例
第29回		125	MR I 検査に関連した医療事故
	124	自己管理薬に関連した医療事故	
	123	医薬品添付文書上【禁忌】の疾患や症状の患者へ薬剤を投与した事例	
	122	臨床化学検査機器の設定間違いに関連した事例	





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

②テーマ分析：33回報告書

アドレナリンの希釈の呼称に関連した事例




販売名	アドレナリン含有量	アドレナリン原液に対する希釈倍数	アドレナリン含有量の倍数について添付文書に記載された内容
ボスミン [®] 注 1 mg 	1 mg / mL	1,000倍	【薬効 薬理】 ボスミン注 1 mg は、化学的に合成した副腎髄質ホルモン（アドレナリン）の1,000倍液であり、交感神経の α 、 β 受容体に作用する。
ボスミン [®] 外用液 0.1 % 	1 mg / mL	1,000倍	【薬効 薬理】 ボスミン外用液 0.1 % は、化学的に合成した副腎髄質ホルモン（アドレナリン）の1,000倍液であり、交感神経の α 、 β 受容体に作用する。



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

②テーマ分析：33回報告書 アドレナリンの希釈の呼称に関連した事例



販売名	アドレナリン含有量	アドレナリン原液に対する希釈倍数	アドレナリン含有量の倍数について添付文書に記載された内容
キシロカイン [®] 注射液0.5% エピレナミン (1:100,000) 含有*	0.01 mg / mL	100,000倍	倍数についての記載なし
キシロカイン [®] 注射液1% エピレナミン (1:100,000) 含有			
	0.0125 mg / mL	80,000倍	



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

②テーマ分析：33回報告書

アドレナリンの希釈の呼称に関連した事例



～背景・要因など～

事例	医師の指示	医師の意図した製剤とアドレナリン希釈倍数	看護師の準備した製剤とアドレナリン希釈倍数	過量の程度	関わった医療職のエラーの主な要因
3	ボスミン	キシロカイン [®] 注射液 1% エピレナミン (1:100,000) 含有 10 mL の 2 倍希釈 [アドレナリンの 200,000 倍希釈]	ボスミン [®] 外用液 0.1% [アドレナリンの 1,000 倍希釈]	200 倍	<p><執刀医></p> <ul style="list-style-type: none"> ・非常勤の医師であり、通常勤務している病院では手術の際、「ボスミン」と言えばアドレナリンの 200,000 希釈倍数の注射液が出るルールになっていた。 <p><看護師></p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該医療機関では、「ボスミン」の使用はボスミン外用液 0.1% をガーゼなどに浸して局所の止血に用いており、医師の「ボスミン」の言葉にボスミン外用液と思い込んだ。



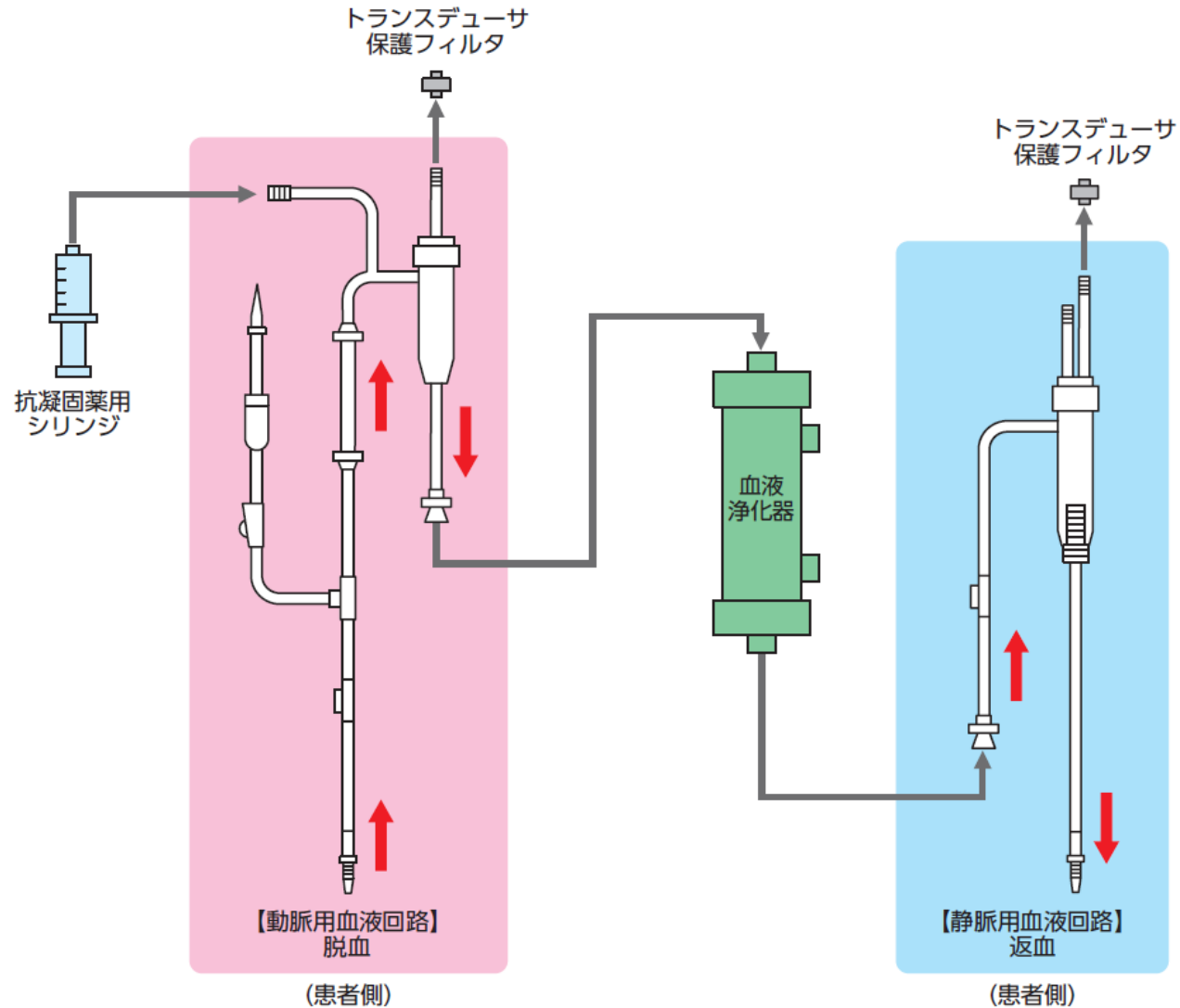
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

②テーマ分析：35回報告書

血液浄化療法の医療機器に関連した事例



図表Ⅲ - 2 - 4 血液浄化療法の血液回路および血液浄化器の構成の一例





②テーマ分析：35回報告書

血液浄化療法の医療機器に関連した事例



図表Ⅲ - 2 - 5 血液回路に関する医療事故の内容（図表Ⅲ - 2 - 3 抜粋）

発生段階	事例の内容	
血液回路	接続部の緩み・はずれ	9 [*]
	誤った血液回路の使用	0
	意図しない回路の閉鎖及び開放	4
	血液回路の不具合	0
	血液回路からの血液漏れ及び空気の混入	4
	その他	0
	小計	17



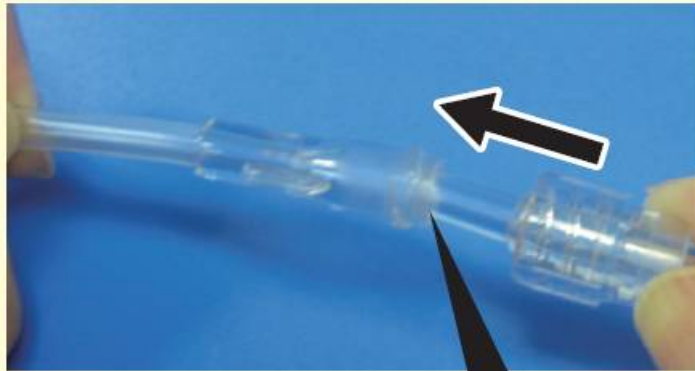
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

②テーマ分析：35回報告書 血液浄化療法の医療機器に関連した事例

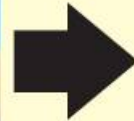


①ロックするコネクタが動くもの

<正しい手順>



1. スリップイン (はめ込み) する



2. ルアーロック (ねじ込み) する

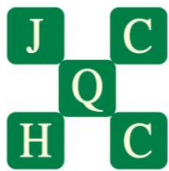
<誤った手順>



1. スリップイン (はめ込み) しないで



2. ルアーロック (ねじ込み) する



③再発・類似事例の発生状況

最近の主な「再発・類似事例」



年	報告書	延べNo.	タイトル
2013	第35回	62	共有すべき医療事故情報「熱傷に関する事例（療養上の世話以外）」（第11回報告書）について
		61	「湯たんぽ使用時の熱傷」（医療安全情報No.17）について
	第34回	60	「誤った患者への輸血」（医療安全情報No.11）について
		59	「ベッドからベッドへの患者移動に関連した医療事故」（第13回報告書）
	第33回	58	「製剤の総量と有効成分の量の間違い」（医療安全情報No.9）について
		57	「MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」（医療安全情報No.10）について
		56	共有すべき医療事故情報「ベッドのサイドレールや手すりに関連した医療事故」（第13回報告書）について
2012	第32回	55	「清拭用タオルによる熱傷」（医療安全情報No.46）について
		54	「併用禁忌の薬剤の投与」（医療安全情報No.61）について
	第31回	53	「グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔」（医療安全情報No.3）について
		52	「輸液ポンプ等の流量の確認忘れ」（医療安全情報No.13）について
	第30回	51	共有すべき医療事故情報「ベッドからベッドへの患者移動に関連した医療事故」（第13回報告書）について
		50	「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出」（医療安全情報No.33）について
	第29回	49	「抜歯部位の取り違え」（医療安全情報No.47）について
		48	「薬剤の取り違え」（医療安全情報No.4）について
47		「未滅菌の医療材料の使用」（医療安全情報No.19）について	
		46	「皮下用ポート及びカテーテルの断裂」（医療安全情報No.58）について



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

医療安全情報No.10

(2007年9月)



医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.10 2007年9月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
**医療
安全情報**

No.10 2007年9月

MRI検査室への磁性体 (金属製品など)の持ち込み

MRI検査室内への磁性体(金属製品など)の持ち込みに伴う事故が2件報告されています(集計期間:2004年10月1日~2007年3月31日、第9回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

**MRI検査室には、患者および
医療従事者が磁性体(金属製品など)を
持ち込まないことの徹底が必要です。**

MRI室に持ち込まれた磁性体(金属製品など)

酸素ボンベ

ホーロー^{注)}製のトレイ

注)ホーローは、金属とガラス成分から構成されており、磁性体(磁力引き寄せられる性質を持つ物質)です。

医療事故情報収集等事業

医療
安全情報

No.10 2007年9月

MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み

事例 1

患者を救急外来のストレッチャーで酸素吸入をさせながらMRI検査室に搬送した。入室時に、患者が金属製品を所持していないことを確認し、義歯と下着を外した。診療放射線技師は、ストレッチャーと酸素ボンベが、MRI専用であると思い込んでいたため、入室時にMRI専用であるかの確認を行わなかった。患者を撮影台に移動させるため、ストレッチャーをMRIの側まで移動させた際に、酸素ボンベが飛び出し、MRIガントリーに吸着した。

事例 2

鎮静処置を要する幼児のMRI検査のために、看護師は鎮静処置の準備をホーロー製のトレイにし、検査室横の検査準備室に置いて退出した。診療放射線技師は、医師および患児がMRI検査室へ入室時に金属製品を所持していないことを確認した。その後、医師は、検査準備室に準備されていたトレイを持って検査室に入り、患児の足元の撮影台に置き処置を開始した。患児が入眠したため、撮影を開始すべく、撮影台を頭側へ移動させると、患児の足元に置いてあったホーロー製のトレイがMRIのガントリーに引き寄せられ、トレイにあった使用済みの物品が飛散し、その一部が患児に当たり口腔内裂傷をきたした。

事例が発生した医療機関の取り組み

**MRI検査室には磁性体(金属製品など)を
持ち込まないことを徹底する。**

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

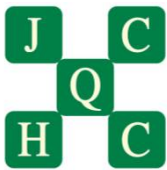
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※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したりするものではありません。

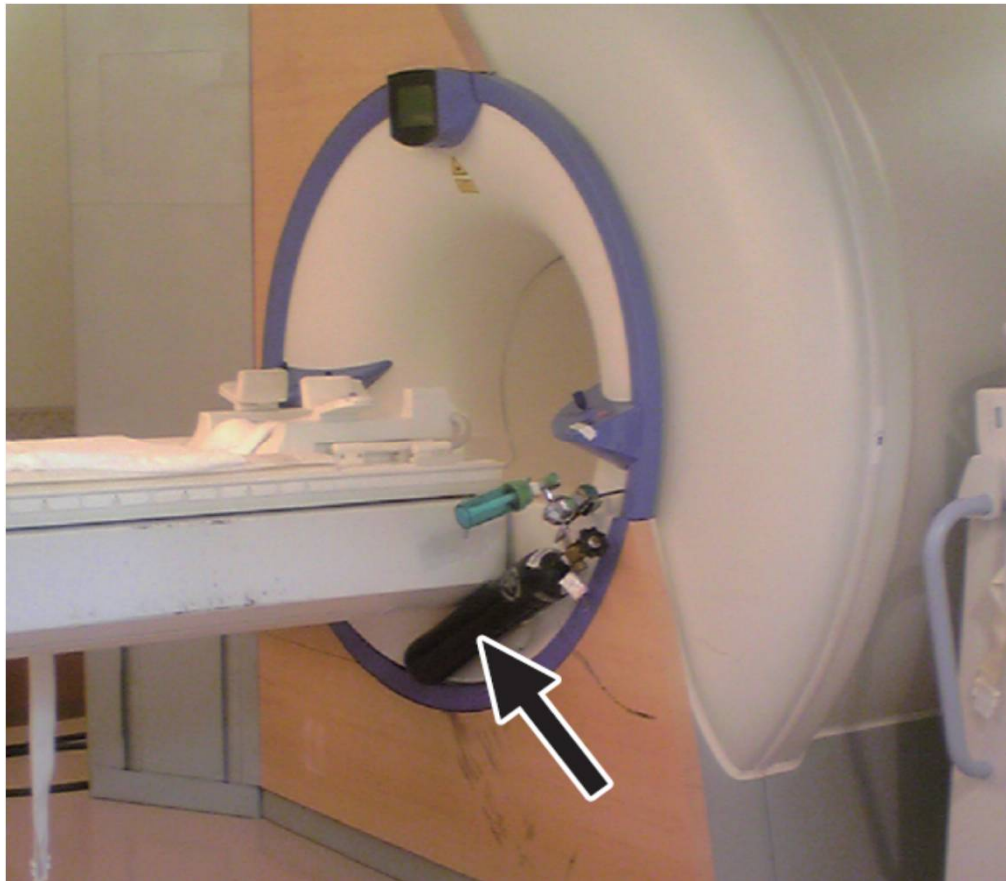


財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>



「MRI 検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」 （第13回報告書）



MRI 検査終了後、担当医が MRI 室に酸素ボンベ付きのストレッチャーを持ち込み、酸素ボンベをMRI 本体に吸着させてしまった。

医師は患者の容態が気になり少しでも早く退室させ対応したかった。また、看護師が気をきかせMRI 専用ストレッチャーを格納場所に戻していた。

患者に影響はなかった。



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

③再発・類似事例の発生状況 (33回報告書)



「MRI 検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」
(医療安全情報No. 10) について

図表Ⅲ - 3 - 6 「MRI 検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」の発生件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	0	0	1	0	1
平成18年	0	0	0	0	0
平成19年	1	0	0	1	2
平成20年	1	0	0	1	2
平成21年	2	2	1	0	5
平成22年	1	1	2	1	5
平成23年	2	2	1	1	6
平成24年	0	1	0	3	4
平成25年	1	—	—	—	1



③再発・類似事例の発生状況 (33回報告書)



「MR I 検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」 (医療安全情報No. 10) について

事例 2

【内容】

外部委託清掃作業員が定期清掃作業中に、清掃器材がMR I 機に吸着した。

【背景・要因】

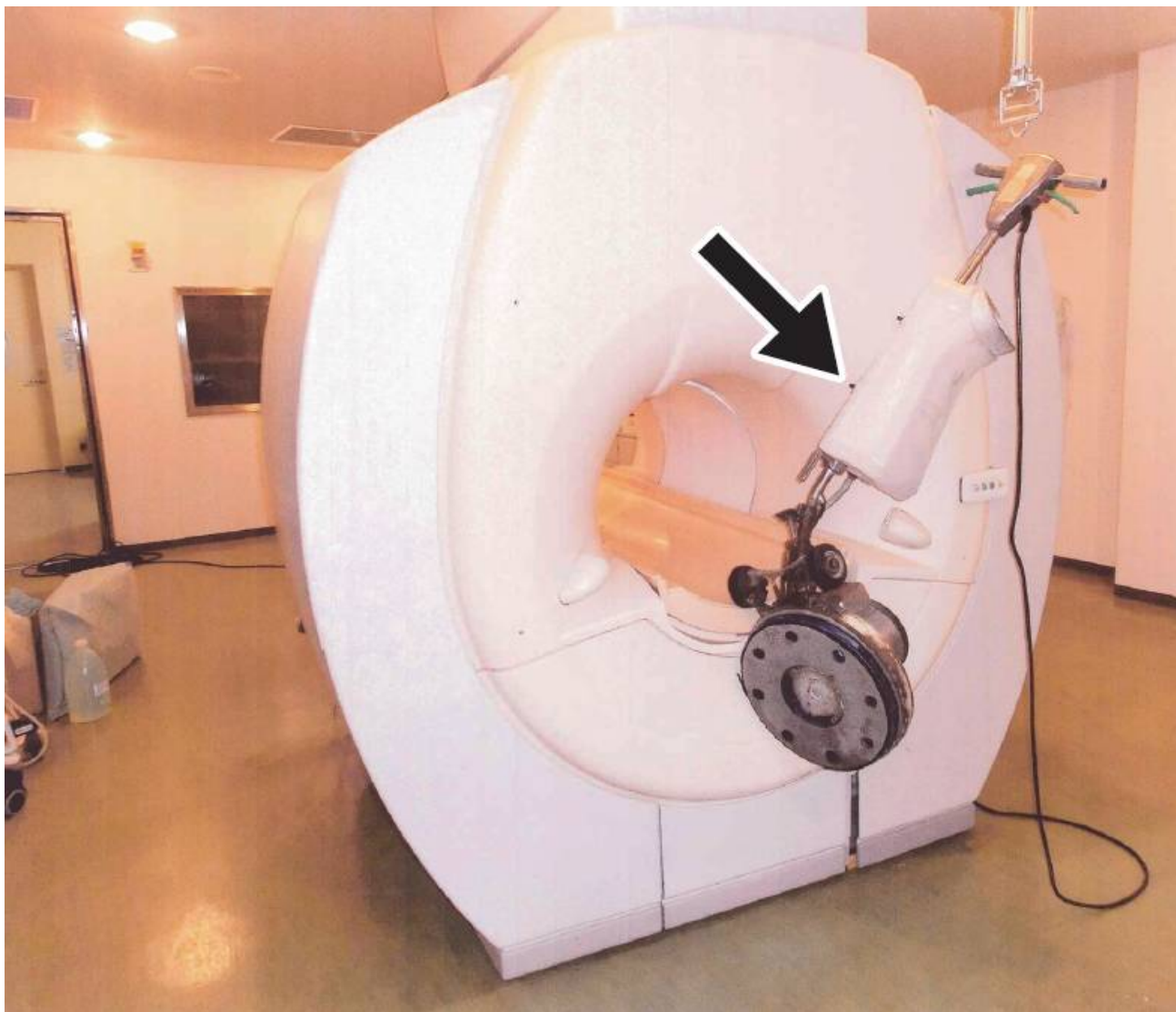
- ・作業を行った外部委託清掃作業員は、ビル等の清掃経験は10年以上あったが、病院の清掃は今回が初めてであった。
- ・定期清掃契約時の作業範囲の確認をしていなかった。
- ・定期清掃計画を周知していなかった。
- ・定期清掃計画を上司に報告していなかった。
- ・関連部署との調整を図っていなかった。
- ・関連部署との現場確認を行っていなかった。



③再発・類似事例の発生状況 (33回報告書)



「MR I 検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」
(医療安全情報No. 10) について





③再発・類似事例の発生状況 (33回報告書)



「MR I 検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み」 (医療安全情報No. 10) について

磁性体・金属	医療事故	ヒヤリ・ハット
酸素ボンベ	○	○
ストレッチャー	○	-
ホーロー製トレイ	○	-
点滴スタンド	○	-
新生児ベッド	○	-
モニター（種類不明）	○	○
髪留め（医療者）	○	-
ウエイト（医療者）	○	-
金糸（患者の衣服）	○	-
補聴器	○	○
人工内耳	○	-
シャントチューブ	○	-
ペースメーカ	○	○
I C D（植え込み型除細動器）	○	○
携帯電話	○	-
I C Pセンサー	○	-
車椅子	-	○
イレウスチューブの先端の金属	-	○
リニアフューザー	-	○
ヘアピン（患者）	-	○
下肢の装具	-	○
P H S	-	○
ハサミ（医療者）	-	○
クリップ（文房具、医療者）	-	○
D I Bキャップ（尿路用カテーテルのキャップ）のマグネット部分	-	○
下肢に金属が挿入（詳細不明）	-	○
脳動脈瘤のクリップ	-	○
長時間心電用データレコーダー（スパイダーフラッシュ）	-	○
金属片（患者の右眼）	-	○



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

医療安全情報No.11 (2007年10月)



医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.11 2007年10月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報

No.11 2007年10月

「誤った患者への輸血」

輸血療法施行時に患者を誤った事例が8件報告されています。(集計期間:2004年10月1日~2007年6月30日。第9回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

報告事例のうち6件は、輸血用血液製剤を接続する際に、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行わなかった事例です。

〈事例1のイメージ図〉



◆報告された事例6件のうち5件は、ナースステーションなどで輸血伝票やカルテなどで輸血用血液製剤の照合を行っていましたが、患者と製剤の照合を行わなかった事例です。

医療事故情報収集等事業

医療安全情報

No.11 2007年10月

「誤った患者への輸血」

事例1

主治医は、患者Aの輸血用血液製剤実施の指示を出した。看護師は、輸血部から患者Aの輸血用血液製剤を持ってきた他の看護師とともに、ナースステーションで輸血用血液製剤と伝票の患者氏名、血液型の照合を行った。その後、看護師は、患者Bのベッドサイドに行き、その患者が患者Aであるかを照合せずに接続した。2時間後、主治医が患者Bのベッドサイドに行き、指示していない輸血用血液製剤が接続されていることに気付いた。

事例2

主治医は、患者CとDの2人分の輸血用血液製剤の準備を行ったところで他の処置に呼ばれた。30分後、主治医は患者Cに輸血を行おうと、患者Dの輸血用血液製剤をトレイに入れ、患者Cの病室に行き、輸血用血液製剤が患者Cのものであるかを照合せずに接続した。その後、主治医は患者Cの輸血用血液製剤が投与されずに残っていたため、患者Cに患者Dの輸血用血液製剤を接続したことに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

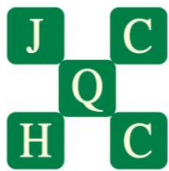
**院内の輸血マニュアルを遵守し、
輸血用血液製剤を接続する際は、
患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行う。**

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
<http://jqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※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したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階
電話: 03-5217-0252 (直通) FAX: 03-5217-0253 (直通)
<http://jqhc.or.jp/html/index.htm>

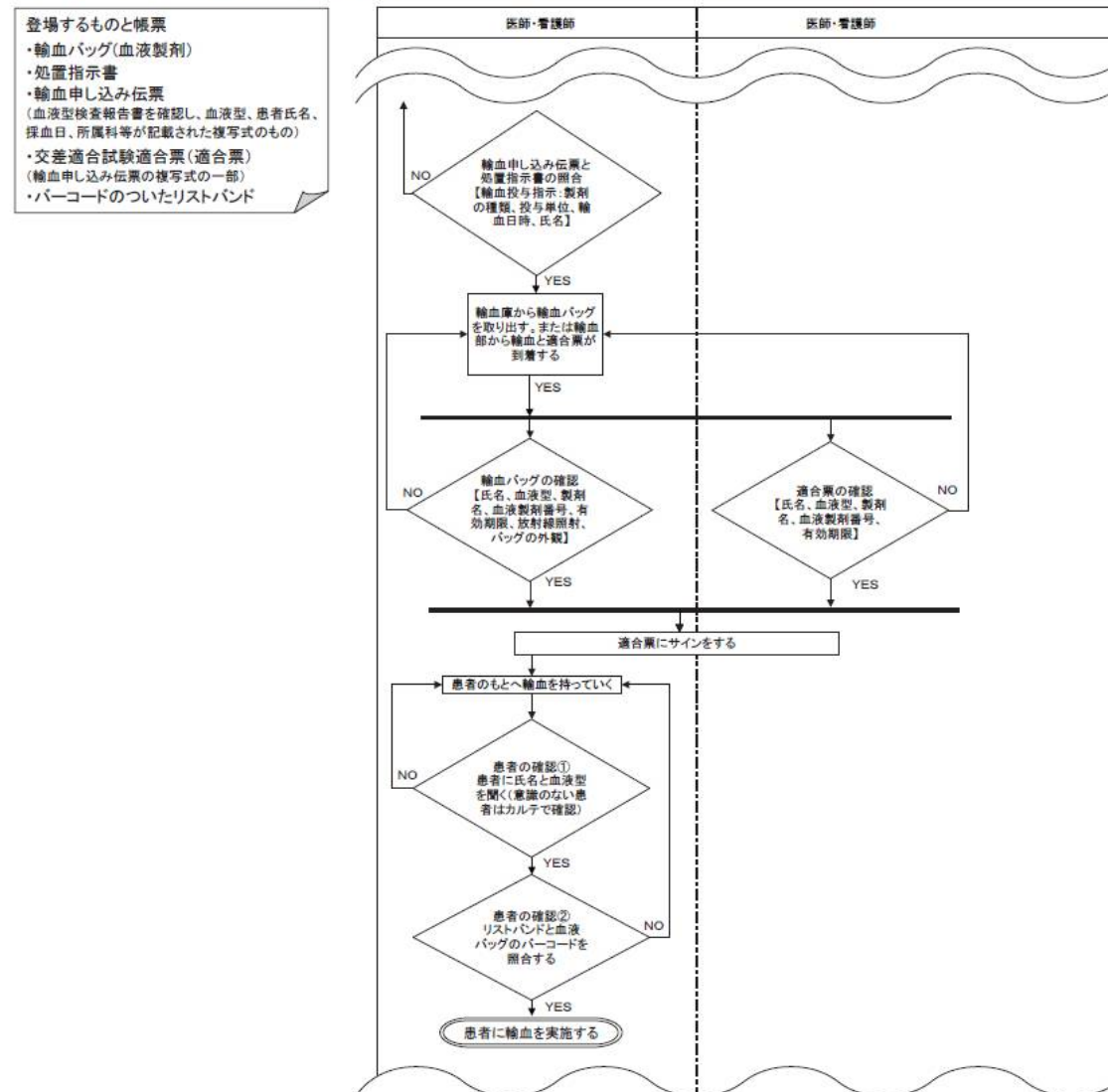


③再発・類似事例の発生状況 (34回報告書)



「誤った患者への輸血」(医療安全情報No. 11)について

図表Ⅲ-3-4 病棟での輸血準備から実施までの業務工程図の例





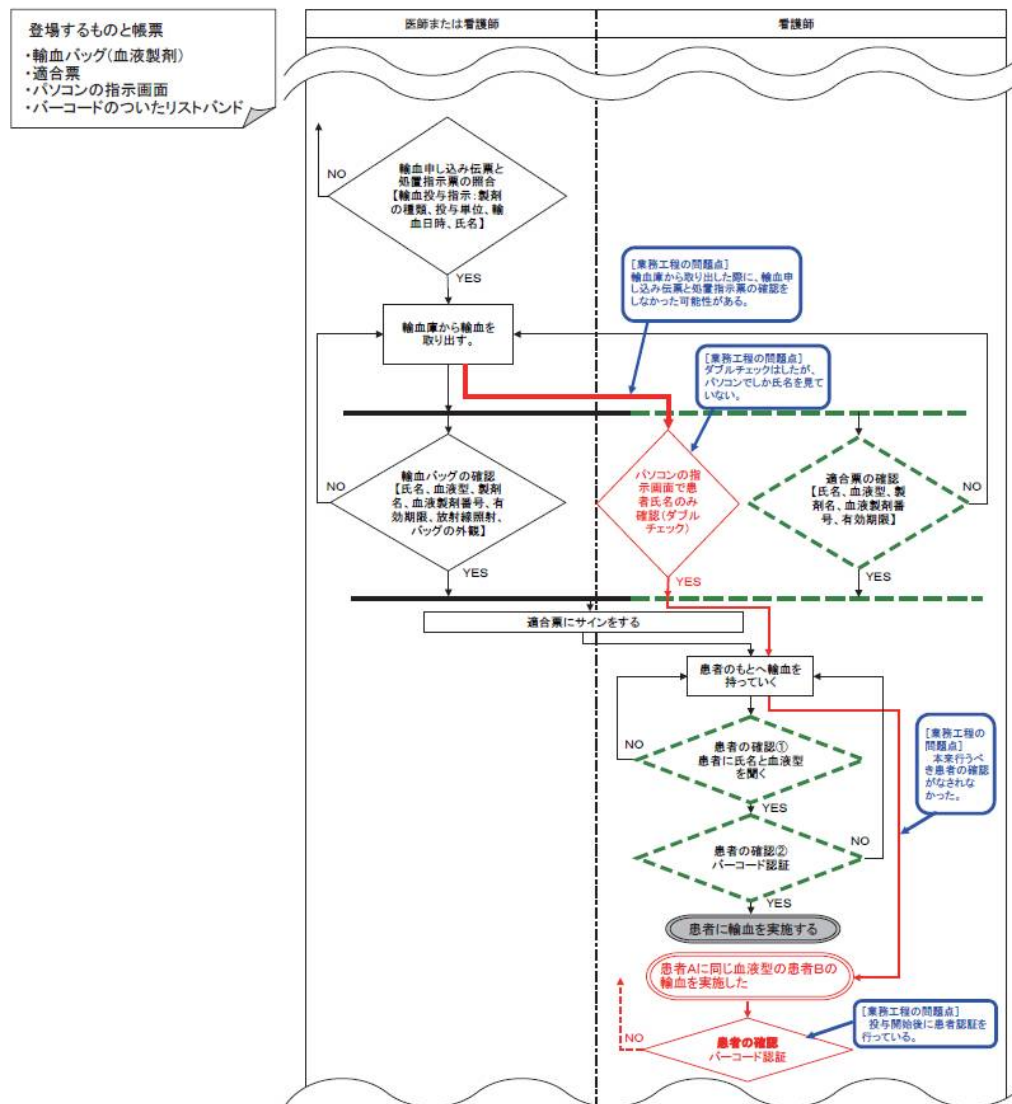
公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

③再発・類似事例の発生状況 (34回報告書)



「誤った患者への輸血」(医療安全情報No. 11)について

図表Ⅲ-3-5 事例1の輸血準備から実施までの業務工程図





医療安全情報のご紹介



医療安全情報の FAX配信医療機関



医療機関	施設数
①事業参加医療機関	1,363
病院	1,264
診療所	99
②情報提供を希望した病院	3,977
計 (①+②)	5,340



*2013年12月現在



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

医療安全情報の作成



情報量の絞込み

⇒ A4 2ページ

視認性に配慮

⇒ 図やイラストの作成

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.71 2012年10月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.71 2012年10月

「病理診断報告書の確認忘れ」

病理検査を行った際、検査結果の報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例が8件報告されています(集計期間:2008年1月1日~2012年8月31日、第24回報告書「個別のテーマの検討状況」(P98)に一部を掲載)。

病理検査を行った際、検査結果の報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例が報告されています。

検査	確認しなかった病理診断の内容	結果に気付いた時期
子宮頸部細胞診	クラスV、扁平上皮がん	1年半後 6年後
上部消化管内視鏡検査の組織診	Group5の胃がん	2年半後
	胃の「悪性」所見	2年半後
	胃の低分化型腺がん	2年後
	食道がん	1年後
緊急開腹止血術時の術中腹水細胞診	膵がん細胞	半年後 1ヶ月以内

報告書の確認忘れ

事例 1
で子宮頸部癌を疑われ、産婦人科を受診した。産婦人科で数回の子宮筋腫を認めるものの明らか悪性所見を異常があれば連絡することになっていた。1年半後、産婦人科を受診し、腫内の細胞診を施行した。患者のした子宮頸部細胞診で異常(クラスV、扁平上皮がん)の疑いがあった。

事例 2
通知を持参した。医師は内視鏡検査を行い、病変部を後、病理診断報告書が出ていたが、患者が来院しなかつた。2年後、患者は胃検査の結果が再度要精査。2年前の病理診断報告書で「悪性」の所見が出ていた。

した医療機関の取り組み
確認ができる仕組みと、患者への仕組みを構築する。

評価部会の意見
、直接医師に連絡する仕組みを検討

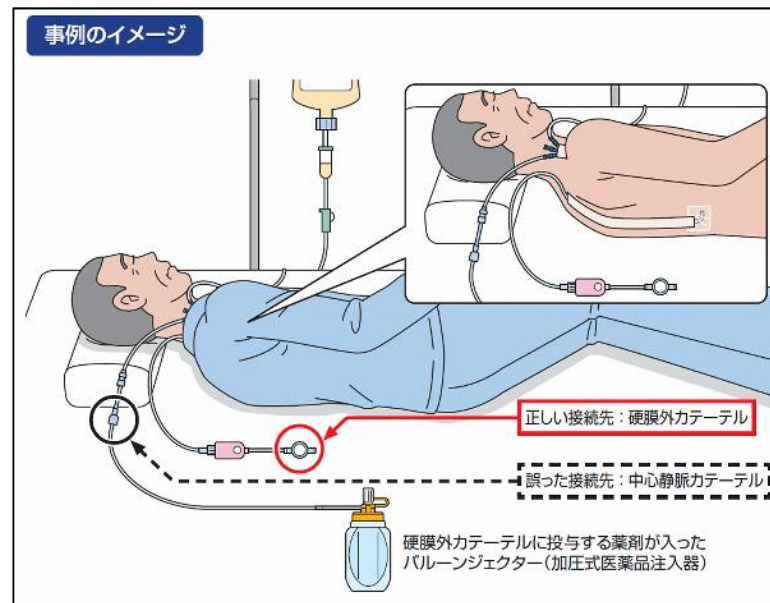
事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の基盤、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

詳細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る保証、医療従事者に義務や責任を課したものではありません。

本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒100-0001 東京都千代田区三崎町1-4-17 東京ビル
(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)

http://www.jcqhc.or.jp/

切り離れた者	状況	件数	
医療者	1錠ごとに切り離れたPTPシートを	1回分渡した 12 薬杯などに入れて1回分渡した 7 自己管理薬として全て渡した 2	21
	患者	自己管理薬のPTPシートを	1錠ごとに切り離れた 5





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

No.8 : 手術部位の左右の取り違え

2007年7月



医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.8 2007年7月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
**医療
安全情報**

No.8 2007年7月

〔手術部位の左右の取り違え〕

手術部位の左右を取り違えた事例が9件報告されています(集計期間:2004年10月1日~2006年12月31日、第8回報告書に一部を掲載)。

左右を取り違えた事例の多くは、手術部位のマーキングが適切になされなかった事例です。

マーキング	事例件数
あり	2件
なし	6件
不明	1件

◆マーキングありの事例2件のうち、1件はマーキングそのものの左右間違いであり、1件は眼科の手術において手掌にマーキングを行った事例です。

医療事故情報収集等事業

医療
安全情報

No.8 2007年7月

〔手術部位の左右の取り違え〕

事例 1

両側の変形性膝関節症に対して、症状の強い左膝の手術が予定された。手術前日に、患者に対して左膝の手術を行うことを説明した際、マニュアル通りにマーキングを行わなかった。翌日、手術室入室直後に、看護師、麻酔医、執刀医は、患者と共に左膝の手術を行うことを確認したが、その際にもマーキングは確認しなかった。全身麻酔後に、執刀医は予定とは逆の右膝に術前準備を行ったが、そのことに誰も気付かないまま手術が開始された。手術開始後30分が経過した時点で左右の取り違えに気付いた。

事例 2

左眼硝子体手術のため、病棟にて手術側である左側手掌にマーキングを行った。手術室入室後、術前準備を介助した医師が、誤って反対側の右眼に麻酔等の術前準備を行い、そのまま手術が開始された。手術開始直後、顕微鏡画面をモニターで見ていた医師が、手術眼の左右の取り違えに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

手術部位のマーキングについてルールを決め、徹底する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
<http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※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したりするものではありません。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階
電話 : 03-5217-0252 (直通) FAX : 03-5217-0253 (直通)
<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>



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

No.50 : 手術部位の左右の取り違い (第2報) 2011年1月



医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.50 2011年1月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報

No.50 2011年1月

手術部位の左右の取り違い (第2報)

手術部位の左右の取り違いを医療安全情報No.8(2007年7月)で情報提供いたしました。その後、再び類似の事例が21件報告されていますので、再度、情報提供いたします(集計期間:2007年1月1日~2010年11月30日)。

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

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

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

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

医療事故情報収集等事業

医療安全情報

No.50 2011年1月

手術部位の左右の取り違い(第2報)

事例

左鼠径部ヘルニアの手術の前日に、手術部位を医師と患者・家族が確認し、足背に油性マジックでマーキングをした。手術当日、担当医師は手術室で、患者の手術部位等を確認し、チェックリストにサインをした。また、麻酔科医師と手術室看護師は手術室入室時に一緒に患者の手術部位等を確認し、チェックリストにサインをした。麻酔導入後、担当医師は、手術側の左足背のマーキングを確認した。しかし、鼠径部を診察した際に右鼠径部膨隆の所見に気付き、「手術部位、左」と言いながら消毒し、右鼠径部を術野として確保した。執刀直前、マーキングを確認しなかった。

事例が発生した医療機関の取り組み

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

総合評価部会の意見

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

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
<http://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って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したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル
電話 : 03-5217-0252(直通) FAX : 03-5217-0253(直通)
<http://www.jcqhcc.or.jp/html/index.htm>



No.50 : 手術部位の左右の取り違い (第2報) 2011年1月



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

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

マーキング	件数
あり	5件
なし	8件
不明	8件

執刀直前の手術部位の確認

あり 0件
なし 5件



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

No.74 : 手動式肺人工蘇生器の 組み立て間違い 2013年1月



医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.74 2013年1月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療
安全情報

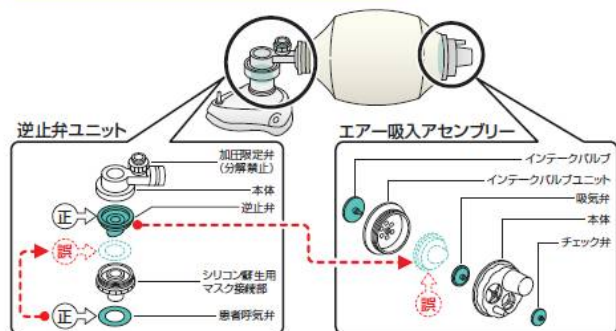
No.74 2013年1月

手動式肺人工蘇生器の 組み立て間違い

手動式肺人工蘇生器の組み立てを間違えていたため、有効な換気がなされなかった事例が2件報告されています(集計期間:2009年1月1日~2012年11月30日、第30回報告書「個別のテーマの検討状況」(P151)に一部を掲載)。

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

事例1で使用した手動式肺人工蘇生器のイメージ



医療事故情報収集等事業

医療
安全情報

No.74 2013年1月

手動式肺人工蘇生器の組み立て間違い

事例1

患者の全身状態が悪化し、呼吸状態が低下したため、バッグバルブマスク(MMIシリコン蘇生バッグ)で蘇生を試みたが患者は低酸素血症となった。その原因は誤って組立てられたバッグバルブマスクを使用していたと考えられた。組み立て間違いは、(1)患者呼吸弁を逆止弁ユニット内部の逆止弁が入る部分に取り付けた、(2)逆止弁をエア吸入アセンブリーの本体内部に取り付けたの2箇所であった。

事例2

人工呼吸器の回路交換を実施した際、アンブ(アンブ蘇生バッグ)への酸素は5Lで使用した。担当していた看護師は今までに何度かアンブを使用したことはあり、いつもの手ごたえ(入っている感覚)がなかったが、押し方が悪いと考えた。その後、患者のSpO₂、心拍数が低下し心臓マッサージを実施した。後日、アンブの使用法に疑問を持ち確認したところ、アンブの膜弁の装着間違いを発見した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・手動式肺人工蘇生器の洗浄・組立ては臨床工学部など担当部署を決めて行う。
- ・手動式肺人工蘇生器は、担当職員が説明書に基づいて組立てを行い、動作の確認をする。

総合評価部会の意見

- ・手動式肺人工蘇生器の組立ては習熟した者が行い、組立て後に必ず動作の確認を行う。
- ・手動式肺人工蘇生器を患者に使用する際は、換気が行われているかを胸部の動きに基づいて確認する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会の専門家意見に基づき、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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
<http://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。

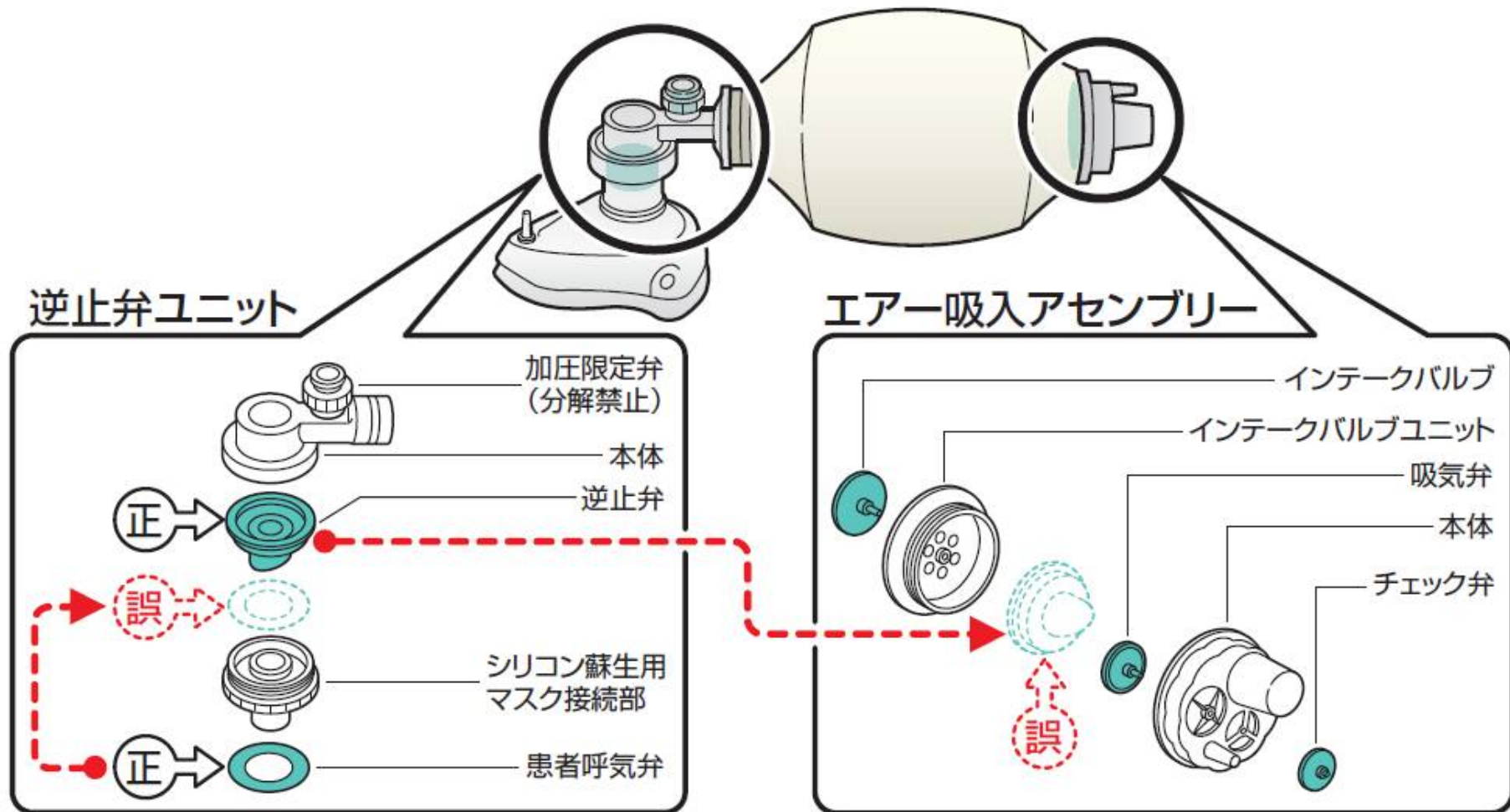
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)
<http://www.jcqh.or.jp/>

No.74 : 手動式肺人工蘇生器の 組み立て間違い 2013年1月

事例1で使用した手動式肺人工蘇生器のイメージ





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

医療安全情報のフォローアップ

3月号：前の年の振り返り

2014.03.07 横浜市立病院等安全管理者会議



医療安全情報No.76

2012年に公表した医療安全情報No.62～No.73のうち、同じ年に類似事例が発生している医療安全情報を紹介

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.76 2013年3月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.76 2013年3月

2012年に提供した医療安全情報

2012年1月～12月に医療安全情報No.62～No.73を毎月1回提供いたしました。今一度ご確認ください。

番号	タイトル
No.62	★患者の体内に挿入された医療機器の不十分な確認
No.63	★画像診断報告書の確認不足
No.64	2011年に提供した医療安全情報
No.65	救急カートに配置された薬剤の取り換え
No.66	インスリン含量の誤認(第2報)
No.67	2006年から2010年に提供した医療安全情報
No.68	薬剤の取り換え(第2報)
No.69	★アレルギーのある食物の提供
No.70	手術中の光源コードの先端による熱傷
No.71	病理診断報告書の確認忘れ
No.72	★硬膜外腔に持続注入する薬剤の誤った接続
No.73	放射線検査での患者取り換え

★のタイトルについては、提供後、2012年12月31日までに類似事例が発生しています。

2012年3月に提供した医療安全情報

本内に挿入された医療機器の不十分な確認

患者がMRI検査を受けた際、造影剤が漏れ、患者が「入っていないか」を確認し、医師が病歴をみて、造影剤のチェックを実施した。その後、担当医が病歴をみて、造影剤のチェックを実施した。その後、担当医が病歴をみて、造影剤のチェックを実施した。

画像診断報告書の確認不足

患者が、腰痛の症状で他院を受診した際、CT(10mm大)を指摘された。診療情報提供依頼を受付書を見直したところ、9ヶ月前の報告書(10mm大)が指摘されていたことが判明した。担当医の画像診断報告書の確認不足。

アレルギーのある食物の提供

アレルギーの表示があったが、調理師は卵だけが目に留らなかつた。おやつ準備の調理師と配膳担当者がダブルチェックがなされた指示書を確認しなかった。おやつに入っていたシューベットの提供された。患者がシメツの発赤と喘息様症状、血圧低下、心拍数上昇、キーンショックを起こした。

平成24年年報に掲載いたします。

本事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の発生予防、再発防止のために作成されたものです。ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。

確信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。

本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
代田区三崎町1-4-17 東洋ビル
2(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)



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

医療安全情報のフォローアップ

6月号：No.1からの振り返り



医療安全情報No.79

医療安全情報No.1～
2011年までに公表したNo.61のうち、
2012年に類似事例が
発生している医療安全
情報の報告事例の件数
と内容を紹介

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.79 2013年6月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.79 2013年6月

2006年から2011年に
提供した医療安全情報

◆ ◆ ◆ ◆ ◆

2012年にも類似事例が発生しています

番号 ¹⁾	タイトル～内容～	2012年に報告された件数
【事例】		
No.3	グリセリン洗腸実施に伴う直腸穿孔 ～グリセリン洗腸に伴い直腸穿孔などをきたした事例～	2件
洗腸を実施する際、看護師は患者に左側臥位となるよう言ったが、患者の希望で右側臥位で実施した。反応便は無く、洗腸液流出と共にポータブルトイレの底に径10cm程度の下血(鮮血)があった。主治医は直腸診にて、直腸に腫瘍は無く、肛門の0時の位置に柔らかい内痔核があることを確認し、様子観察とした。5日後、退院前検査として腹部CTを撮影したところ、直腸の右側に Cair を認め、直腸の穿孔がわかった。(他1件)		
No.4	薬剤の取り違い ～薬剤の名称が類似していることにより取り違えた事例～	2件
降圧剤のアルマール2錠を分2で開始するところ、誤ってアマリール2錠を分2で処方した。約1ヵ月後の受診時に誤りに気づいた。患者は時々空腹感を覚えることがあり、HbA1c、FBSも軽度低下を認め、血糖値が低下していたと推測された。当院のオーダリングシステムでは、以前、薬剤の取り違えの対策としてアマリールの薬剤名の後に「糖尿病薬」の文字を表示していたが、システムが変更になった際に表示されなくなっていた。(他1件)		
No.7	小児の輸液の血管外漏出 ～薬剤添付文書上、輸液の血管外漏出に関する危険性の言及の有無にかかわらず、小児に対する点滴実施の際、輸液の血管外漏出により、治療を要した事例～	9件
患児に、左足背末梢から輸液ポンプを用いてフィジオ35を50mL/hで投与していた。夜勤者から引き継ぎを受けた看護師が末梢静脈留置針の刺入部を観察したところ、左足背全体に輸液の血管外漏出によると思われる腫脹、硬結、大小12個以上の水泡形成、足指の色調不良を認めた。左膝から足首までは外観上明らかな左右差はなかったが、触診すると左足に軽度の硬結を認めた。整形外科医の診察の結果、減張切開が必要と診断された。(他8件)		

◆ ◆ ◆ ◆ ◆

医療安全情報

2012年に報告された件数

の 6件

は使用していない)のた。患者に症状はなから抽出した。(他5件)

して 2件

来受診した際、医師はに薬を渡した。患者が認したところ、クラリス

たします。

た事例をもとに、当事業のめに作成されたものです。願をご確認ください。

内容を将来にわたり保証はできません。

事故防止事業部

全 9 枚

Japan Council for Quality Health Care



医療安全情報の活用（例）



- 各部署に回覧、掲示板への掲示
- 院内イントラで配信
- 院内用医療安全ニュースの作成時に一部を引用
- 医療安全情報の「医療機関の取り組み」の部分を『院内の取り組み』に変えて情報提供
- 医学、薬学や看護学の教育で使用



ホームページのご紹介



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

専用ホームページ

http://www.med-safe.jp/



医療事故情報収集等事業

公開データ検索 医療機関の方 | 参加登録 | 報告システムログイン

ホーム

事業概要

医療安全情報

報告書類・年報

参加登録医療機関一覧

関連文書

ENGLISH

事業概要

→ [事業要綱\(PDF\)](#)

→ [事業のご案内\(PDF\)](#)

履歴

公開データ検索 →

医療安全情報 →

報告書類・年報 →

分析テーマ →

再発・類似事例の発生状況 →

お知らせ

- 2013.06.27 **NEW**
● 報告書[第33回報告書]を公開致しました。
- 2013.06.17 **NEW**
● 医療安全情報[No.79]を公開致しました。
- 2013.05.15
● 医療安全情報[No.78]を公開致しました。
- 2013.04.15
● 医療安全情報[No.77]を公開致しました。
- 2013.03.28
● 報告書[第32回報告書]を公開致しました。

報告システム
ログイン →

関連文書 →

参加登録
医療機関一覧 →

利用ガイド 参加登録



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

専用ホームページ



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

医療事故情報収集等事業

公開データ検索 | 医療機関の方 | 参加登録 | 報告システムログイン

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

事業概要 → 事業要綱(PDF) → 事業のご案内(PDF)

お知らせ

- 2013.06.27 **NEW**
 - 報告書[第33回報告書]を公開致しました。
- 2013.06.17 **NEW**
 - 医療安全情報[No.79]を公開致しました。
- 2013.05.15
 - 医療安全情報[No.78]を公開致しました。
- 2013.04.15
 - 医療安全情報[No.77]を公開致しました。
- 2013.03.28
 - 報告書[第32回報告書]を公開致しました。

新機能

- 分析テーマ
- 再発・類似事例の発生状況

報告システムログイン

利用ガイド | 参加登録

公益財団法人日本医療機能評価機構 HPへ | 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 | 医療事故情報収集等事業



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

分析テーマ



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

医療事故情報収集等事業

公開データ検索 医療機関の方 | 参加登録 | 報告システムログイン

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

ホーム > 報告書類・年報 > 分析テーマ

分析テーマ

■最新の報告書

第35回報告書 (PDF形式)

血液浄化療法(血液透析、血液透析濾過、血漿交換等)の医療機器に関連した医療事故



医療機関と薬局の連携に関連した医療事故



テーマ部分のPDFファイル

第35回報告書

分析テーマ

■過去の報告書

2013年

第34回報告書 (PDF形式)

血液浄化療法(血液透析、血液透析濾過、血漿交換等)の医療機器に関連した医療事故



血液凝固阻止剤、抗血小板剤投与下(開始、継続、中止、再開等)での観血的医療行為に関連した医療事故



リツキシマブ製剤投与後のB型肝炎再活性化に関連した事例



胸腔穿刺や胸腔ドレーン挿入時に左右を取り違えた事例



第34回報告書

分析テーマ



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

再発・類似事例の発生状況



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

医療事故情報収集等事業

公開データ検索 | 医療機関の方 | 参加登録 | 報告システムログイン

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

ホーム > 報告書類・年報 > 再発・類似事例の発生状況

再発・類似事例の発生状況

該当ページのPDFファイル

■最新の報告書

第35回報告書 (PDF形式)

「湯たんぽ使用時の熱傷」(医療安全情報No.17)について

共有すべき医療事故情報「熱傷に関する事例(療養上の世話以外)」(第9回報告書)について



第35回報告書
再発・類似事例の
発生状況

■過去の報告書

2013年

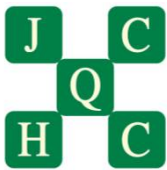
第34回報告書 (PDF形式)

「誤った患者への輸血」(医療安全情報No.11)について

共有すべき医療事故情報「ベッドからベッドへの患者移動に関連した医療事故」(第13回報告書)について



第34回報告書
再発・類似事例の
発生状況



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

事例の検索機能 (医療事故/ヒヤリ・ハット)



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

医療事故情報収集等事業

公開データ検索 医療機関の方 | 参加登録 | 報告システムログイン

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

公開データ検索

事業概要 → 事業要綱(PDF) → 事業のご案内(PDF)

お知らせ

2013.06.27 **NEW**

- 報告書[第33回報告書]を公開致しました。

2013.06.17 **NEW**

- 医療安全情報[No.79]を公開致しました。

2013.05.15

- 医療安全情報[No.78]を公開致しました。

2013.04.15

- 医療安全情報[No.77]を公開致しました。

2013.03.28

- 報告書[第32回報告書]を公開致しました。

報告システムログイン

関連文書

参加登録 医療機関一覧

利用ガイド 参加登録

公益財団法人日本医療機能評価機構 HPへ

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

医療事故情報収集等事業



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

事例の検索機能 (医療事故/ヒヤリ・ハット)



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

医療事故情報収集等事業

医療事故/ヒヤリ・ハット報告事例検索

本ページによる事例公表は、医療安全の推

■事例内容で検索 ※各項目間はAND検索となります。未選択の場合は全件検索可能。発生年
なお、事故事例報告の発生年月は非公開しております。

報告事例区分

事故事例報告 ヒヤリ・ハット事例報告

全文検索

インスリン

全て含む

- 医療事故/ヒヤリ・ハットを選択
- 発生年月を入力 (ヒヤリ・ハットのみ)
- 事例概要を選択
- 検索語を入力

検索語：インスリン

事例概要

薬剤 輸血 治療・処置

医療機器等 ドレーン・チューブ 検査

療養上の世話 その他

表示件数 100 検索

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

結果：114件

114件

表示一覧のみ選択 表示一覧選択解除

選択	事例区分▲	事例ID	発生年月	事例の概要	事例の内容	詳細
<input type="checkbox"/>	事故	AA78E8D76BE438AFD		薬剤	糖尿病にてインスリン強化療法を行っていた患者。医 院後のインスリン量調整のために、急激な血糖値低下を 確認。早朝...	表示
<input type="checkbox"/>	事故	AB9C196AF6C66EC78		療養上の世話	朝食前のインスリンを実施し、ベッドをギッチアップ、ベ ッド上で端坐位を取る。オーバーテーブルに朝食を準備し 食事...	表示
<input type="checkbox"/>	事故	A9108B2C8F3BD74A5		療養上の世話	患者は9年前に脳梗塞を発症した。その後、記憶力低 下、失語あり。外国人であり、日本語によるコミュニケーシ ョンが不...	表示
<input type="checkbox"/>	事故	AE85E58D806091C1B		療養上の世話	入院、治療開始(ブレドニン40mg/日)結核疑いのため INH・EB服用中。SMを筋注していた。トイレの前の廊下...	表示
<input type="checkbox"/>	事故	A542C2E2880471908		薬剤	ノボリンRを投与するところ医師が間違えて処方したノボリ ン30Rを投与した。(2日間)	表示
					1. 主治医は朝の血清カリウムが6.0mEq/Lと高値で	



事例の検索機能 (医療事故／ヒヤリ・ハット)



医療事故情報 詳細表示

事例ID	AA78E8D76BE438AFD			
発生年	発生月	発生曜日	曜日区分	発生時間帯
非公開	非公開	土曜日	平日	6:00~7:59
医療の実施の有無	事故の治療の程度		事故の程度	
実施あり	軽微な治療		障害なし	
発生現場	事故の内容			
・筋肉注射	薬剤間違い			
回答可)	患者の数	直前の患者の状態(複数回答可)		
謝内科	入院 1人 50歳代(男性)	その他特記する心身状態あり 該し		
部署配属	直前1週間の 当直・夜勤回数	勤務形態	直前1週間の 勤務時間	専門医・認定医及びその 医療従事者の専門・認定
月	0回	交替勤務なし	56	
者	薬剤・製剤の種類			
者本人	抗糖尿病薬			
当事者以外の関連職種(複数回答可)				
医師				
関連医薬品1				
【販売名】なし				
【製造販売業者】なし				
事故調査委員会設置の有無		発生要因(複数回答可)		
既設の医療安全に関する委員会等で対応		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった		
事例概要				
【実施した医療行為の目的】 糖尿病患者に対する血糖管理目的に インスリン 量を変更。				
【事故の内容】 糖尿病にて インスリン 強化療法を行っていた患者。退院後の インスリン 量調整のために、急激な血糖値低下を確認。早朝から昼食前にかけて血糖値は200台を推移していることや、当日朝ブドウ糖内服行なっていること、昼食時食事が全量であったこと等から、急激な低血糖の原因は患者本人による インスリン 過剰投与である可能性も十分考えられた。過剰な インスリン 投与により、退院後低血糖起こすことも考えられたために、指導医から時効型のみで血糖管理を行なうよう指示があった。 インスリン 量の変更のため、カルテ、処置オーダー、指示簿に速効型 インスリン 中止する旨記載する際、指示簿のみ時効型 インスリン を中止するよう誤って記載した。翌日、朝の インスリン 皮下注射の際に指示簿にて確認した看護師により速効型 インスリン 皮下注。血糖値は87と低血糖状態ではなく、症状も特に呈していなかった。同日夕、指導医により指示簿のみの記載があったことが確認され、病棟担当Nsに連絡を取ったところ速効型 インスリン 皮下注したとの報告があり、指示簿の修正と共に患者本人の状態を確認する形とした。				
【事故の背景要因の概要】 自分に余裕が無く仕事をしていた。				
【改善策】 指示簿、カルテを記載する際は、食い違いが生じていないかを確認していく。上級医確認の周知徹底。				

事例内容
背景・要因
改善策

検索文字
が赤字で
表示



ファイルのダウンロード機能 (医療事故／ヒヤリ・ハット)



■医療事故／ヒヤリ・ハット報告事例検索

本ページによる事例公表は、医療安全の推進を目的として行っています。

■事例内容で検索 ※各項目間はAND検索となります。本選択の場合は全件検索可能。発生年月が非公報のもの、発生年月の期間検索の対象とはなりません。なお、事故事例の場合の発生年月は非公報としております。

報告事例区分		発生年月	
<input checked="" type="checkbox"/> 事故事例報告	<input type="checkbox"/> ヒヤリ・ハット事例報告	年 月 ~ 年 月	
全文検索		事例概要	
インスリン	全て含む	<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤	<input type="checkbox"/> 輸血
		<input type="checkbox"/> 医療機器等	<input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ
			<input type="checkbox"/> 治療・処置
			<input type="checkbox"/> 検査

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

表示一覧のみ選択

表示一覧選択解除

選択	事例区分▲	事例ID	発生年月	事例の概要	
<input type="checkbox"/>	事故	AB91273B44E048253		薬剤	
<input type="checkbox"/>	事故	A93FC6450DA9577E5		薬剤	
<input type="checkbox"/>	事故	A19029FE720C2EDC0		薬剤	
<input type="checkbox"/>	事故	AC898DB0AB135FA35		薬剤	
<input type="checkbox"/>	事故	A2945D3B857E286FF		薬剤	末梢から補液をしていた。その中にインスリンを入れ、正確に投与するための輸液ポンプ使用。(ハイリスク薬剤はポン...
<input type="checkbox"/>	事故	AEB36FCA039F7BA8D		薬剤	血液検査を施行。1時間後の血糖値が55まで低下した。50%TZを20ml注射した。2時間後の血糖値は69だった。
<input type="checkbox"/>	事故	A1EB2C5B21D16C88B		薬剤	血糖値100mg/dl以下の時は、インスリン中止の指示であったが、ヒューマリンRを8単位投与してしまった。
<input type="checkbox"/>	事故	A7737CC8E23DD1575		薬剤	午後12時20分頃、昼の固定打ちインスリン(ボリンフレックスペノ10単位)使用している患者X氏。部屋担当看...
<input type="checkbox"/>	事故	A4C9B34986EBD37F2		薬剤	右頸部腫瘍のため当院耳鼻科病棟に入院。内科にコンサルトし補液開始。「ヒューマリンR50単位 生食50mL」の...
<input type="checkbox"/>	事故	AD9259AF72E4D1AB8		薬剤	1当日朝の採血でカリウムが6.3と高値であったため、カリウムを低下させる目的でグルコース-インスリン療法を予...

事例の一括ダウンロードが可能

※Excelで加工できる
CSVファイル形式も可能

XML出力

PDF出力

CSV出力



医療事故情報 (Excelによる加工)



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

事業区分	医療の実施の有無	治療の程度	事故の程度	概要	関連診療科	患者の年齢	患者の性別	事故に直接関連する患者	発見者	当事者	当事者職種	当事者種別	当事者経験(月数)	当事者経験(年数)	事故の内容(その他記述)	実施した医療行為の目的	事故の内容	発生要因、当事者の行動に関わる要因	事故の背景要因の概要	改善策
事故	実施あり	濃厚な治療	障害残存の可能性が高い	療養上の世話	内科 整形外科	1人	80歳代	女	腫瘍圧迫骨折	本人	看護師	本人	30年	9ヶ月	転倒	骨折前は、歩行器を使用しての歩行ができていたが、手術をしなくて済むこと、疼痛軽減のために手術が望ましいことと手術についてのリスクを説明し、家族、本人の納得と同意の上、整形外科病院へ転院となった。	患者の看護師を呼ぶ声に訪室するとベッド横に座り込んでいた。痛み、発赤、腫脹、打撲等の症状を確認するも異常なかった。その後のおむつ交換、朝の食事介助時も痛みの訴えなし。その後「足が痛い」と臥床し、徐々に痛みが増強した。レントゲン撮影しレントゲン上右大腿部頸部骨折を確認した。病棟医師より家族へ連絡し転倒について説明、主治医より家族へ、手術は必要であることを説明し、家族の了承を受け、整形外科病院へ転院となった。	報告が遅れた(思った)判断を誤った	腰痛の為歩行困難があり入浴時より転倒のリスクは高いとして計画立案実施できていた。リハビリの進捗にあわせ、評価も実施できていたが、看護師に連絡せず一人で移動することに対し、ベッド横を固定したことと安心して、看護師が注意喚起が不足した。患者が今までベッド横の固定を外したことがなかったため看護師は対応できなかった。	転倒・転落アセスメントスコアシートを使用して評価と計画実施しているも、患者は看護師の予測できない行動を起こすことがあり、カンパレンス時/床ずれセンサーや衝撃吸収マットの使用についても適時検討していく。
事故	実施あり	濃厚な治療	障害残存の可能性が低い	療養上の世話	精神科	1人	60歳代	男	統合失調症	他患者	看護師	本人	1年	10ヶ月	転倒	精神症状の把握・身体症状の把握・家族への情報提供・再発の防止	朝の体重測定時、記録室出入り口前の椅子に座り、呼びかけに対応し立ち上がった時、フラツキ転倒したことを他患者から報告を受けた。患者は、バイタルBP=80/60 P=60/分 意識鮮明、身体外傷は認めないが左大腿部痛訴えた。当直医報告し、診察後骨折の可能性が高いためベッド上安静にし、主治医に他科受診依頼をするよう指示を受けた。整形外科受診、X-Pの結果骨折は無いと診断を受け帰院した。その後ベッド上安静を保持し、移動時には車椅子を使用した。	観察を怠った	転倒の原因として現在考えられる事に、血圧変動(低血圧)及び低血糖症状、てんかん発作等が挙げられる。	原因を追究するために、起床時と臥床時の血圧の変動、血液検査結果から異常値があるかを確認し、てんかん発作状況の観察を行う。原因を明確し今後の援助計画を立案して、歩行時にはヘッドギア装着、リハビリシューズを必ず履き移動するように観察を行い、ベッド周辺の危険物を除去安全環境を確保する。毎朝の体重測定については、飲料量を観察し体重変動が少ない場合、測定時間を変更していく必要がある。
事故	実施あり	軽微な治療	障害残存の可能性が低い	療養上の世話	整形外科	1人	70歳代	男	腰痛	本人	看護師	本人	10年	10ヶ月	転倒	1.朝、おむつ交換の際、右下肢腫脹を発生した。2.その後、おむつ交換の際、右下肢腫脹が更に増大した。3.右大腿部の腫脹を認め、医師に診察を依頼した。4.医師レントゲン撮影の結果、右大腿骨骨折を診断された。	1.朝、おむつ交換の際、右下肢腫脹を発生した。2.その後、おむつ交換の際、右下肢腫脹が更に増大した。3.右大腿部の腫脹を認め、医師に診察を依頼した。4.医師レントゲン撮影の結果、右大腿骨骨折を診断された。	1.重症の状態で植物状態、人工呼吸器管理、全面介助の患者である。2.関節の腫脹があり、骨折のリスクがあるため、体位変換・ポジショニングは、理学療法士と相談しながら実施していた。3.入浴介助は、複数で移動・介助を持って行う。4.おむつ交換は、看護士一人で実施している。5.排便困難は、腹部マッサージを実施している。6.褥瘡予防のため、リハビリを定期的に実施している。	1.骨折のリスクが高い機軸を明確にし、周知徹底する。2.介入方法について、理学療法士と共に見直しを行い、安全な介入方法を決定する。決定した内容は、看護士に挙げ、周知徹底・実施・評価を行う。3.今まで以上に、全身の観察を行い、異常の早期発見ができるようになる。	
事故	実施あり	軽微な治療	障害残存の可能性が低い	療養上の世話	整形外科	1人	70歳代	男	腰痛	本人	看護師	本人	10年	10ヶ月	転倒	1.朝、おむつ交換の際、右下肢腫脹を発生した。2.その後、おむつ交換の際、右下肢腫脹が更に増大した。3.右大腿部の腫脹を認め、医師に診察を依頼した。4.医師レントゲン撮影の結果、右大腿骨骨折を診断された。	1.朝、おむつ交換の際、右下肢腫脹を発生した。2.その後、おむつ交換の際、右下肢腫脹が更に増大した。3.右大腿部の腫脹を認め、医師に診察を依頼した。4.医師レントゲン撮影の結果、右大腿骨骨折を診断された。	1.患者は筋力の低下による歩行時のふらつきがあったが、トイレへ自力歩行していた。2.看護師は患者に歩行時のふらつきを指摘したが、患者は自力歩行を希望していた。3.歩行時は必ず看護師が行き添った。4.患者はサンダルを履いていた。	1.患者は筋力の低下による歩行時のふらつきがあったが、トイレへ自力歩行していた。2.看護師は患者に歩行時のふらつきを指摘したが、患者は自力歩行を希望していた。3.歩行時は必ず看護師が行き添った。4.患者はサンダルを履いていた。	
事故	実施あり	軽微な治療	障害残存の可能性が低い	療養上の世話	整形外科	1人	70歳代	男	腰痛	本人	看護師	本人	10年	10ヶ月	転倒	1.朝、おむつ交換の際、右下肢腫脹を発生した。2.その後、おむつ交換の際、右下肢腫脹が更に増大した。3.右大腿部の腫脹を認め、医師に診察を依頼した。4.医師レントゲン撮影の結果、右大腿骨骨折を診断された。	1.朝、おむつ交換の際、右下肢腫脹を発生した。2.その後、おむつ交換の際、右下肢腫脹が更に増大した。3.右大腿部の腫脹を認め、医師に診察を依頼した。4.医師レントゲン撮影の結果、右大腿骨骨折を診断された。	1.患者は筋力の低下による歩行時のふらつきがあったが、トイレへ自力歩行していた。2.看護師は患者に歩行時のふらつきを指摘したが、患者は自力歩行を希望していた。3.歩行時は必ず看護師が行き添った。4.患者はサンダルを履いていた。	1.患者は筋力の低下による歩行時のふらつきがあったが、トイレへ自力歩行していた。2.看護師は患者に歩行時のふらつきを指摘したが、患者は自力歩行を希望していた。3.歩行時は必ず看護師が行き添った。4.患者はサンダルを履いていた。	
事故	実施あり	軽微な治療	障害残存の可能性が低い	療養上の世話	整形外科	1人	70歳代	男	腰痛	本人	看護師	本人	10年	10ヶ月	転倒	1.朝、おむつ交換の際、右下肢腫脹を発生した。2.その後、おむつ交換の際、右下肢腫脹が更に増大した。3.右大腿部の腫脹を認め、医師に診察を依頼した。4.医師レントゲン撮影の結果、右大腿骨骨折を診断された。	1.朝、おむつ交換の際、右下肢腫脹を発生した。2.その後、おむつ交換の際、右下肢腫脹が更に増大した。3.右大腿部の腫脹を認め、医師に診察を依頼した。4.医師レントゲン撮影の結果、右大腿骨骨折を診断された。	1.患者は筋力の低下による歩行時のふらつきがあったが、トイレへ自力歩行していた。2.看護師は患者に歩行時のふらつきを指摘したが、患者は自力歩行を希望していた。3.歩行時は必ず看護師が行き添った。4.患者はサンダルを履いていた。	1.患者は筋力の低下による歩行時のふらつきがあったが、トイレへ自力歩行していた。2.看護師は患者に歩行時のふらつきを指摘したが、患者は自力歩行を希望していた。3.歩行時は必ず看護師が行き添った。4.患者はサンダルを履いていた。	

事故の内容

患者の看護師を呼ぶ声に訪室するとベッド横に座り込んでいた。痛み、発赤、腫脹、打撲等の症状を確認するも異常なかった。その後のおむつ交換、朝の食事介助時も痛みの訴えなし。その後「足が痛い」と臥床し、徐々に痛みが増強した。レントゲン撮影しレントゲン上右大腿部頸部骨折を確認した。病棟医師より家族へ連絡し転倒について説明、主治医より家族へ、手術は必要であることを説明し、家族の了承を受け、整形外科病院へ転院となった。

朝の体重測定時、記録室出入り口前の椅子に座り、呼びかけに対応し立ち上がった時、フラツキ転倒したことを他患者から報告を受けた。患者は、バイタルBP=80/60 P=60/分 意識鮮明、身体外傷は認めないが左大腿部痛訴えた。当直医報告し、診察後骨折の可能性が高いためベッド上安静にし、主治医に他科受診依頼をするよう指示を受けた。整形外科受診、X-Pの結果骨折は無いと診断を受け帰院した。その後ベッド上安静を保持し、移動時には車椅子を使用した。

1件の事例



ISQua : The International Society for Quality in Health Care



Welcome to ISQua [Login / Register](#)

言語を選択

[Home](#) [Who we are](#) [Membership](#) [Publications](#) [Accreditation](#) [Conference](#) [Education](#) [Interest Groups](#) [Regions](#)

[CEO Blog](#)



The International Society for Quality in Health Care

Inspiring, promoting and supporting continuous improvement in the quality and safety of healthcare worldwide



30th ISQua Conference 2013
October 13-16 | [Edinburgh](#) | *Quality and Safety in Population Health and Healthcare*



Conference 2013
Welcome to Edinburgh



ISQua Fellowship
Launching October 2012



ISQua Membership
Join Now and Get Involved



ISQua Regions
Engagement Worldwide

President's Welcome

I would like to encourage all Members to take part in this year's Board elections. Ensure your Membership is up to date so you can participate and vote when the election begins in early June when all current members will be contacted.



For more information contact
Deirdre Burke dburke@isqua.org

Accreditation

ISQua's International Accreditation Programme (IAP) is the leading global health care external evaluation programme that 'Accredits the Accreditors'.

In existence since 1999, this unique programme is formally recognised by governments in Australia, New Zealand and Europe and active in 28 countries...[find out more](#)

Forthcoming Events

[Traceability of Surgical Instruments with Alana McMahon](#)

Dates: 23 Apr, 2013 [Go comment!](#)

[GS1 Standards - Enabling the Vision for Traceability in Healthcare](#)

Dates: 08 May, 2013 [Go comment!](#)

Our Sponsors



healthcareinformed.com



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

ISQua国際学術会議の今後の開催地



- 2014年：ブラジル
(リオデジャネイロ)
- 2015年：カタール (ドーハ)
- **2016年：日本 (東京)**

ISQua 33rd International Conference

ISQua **TOKYO 2016**

16th-19th October 2016
Tokyo International Forum, Tokyo, JAPAN

JCQHC is hosting the 33rd ISQua Conference in 2016.
The venue is located at the very centre of Tokyo.

**Visit Japan
and join the meeting!!!**

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

Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)



ま と め



- 評価機構では、病院の第三者評価や医療事故やヒヤ・ハットの収集や、産科医療補償制度等により、医療安全の推進に寄与すべく活動しており、年々その役割が大きくなっている。
- 平成16年度に開始した医療事故情報収集等事業は、これまでに定期報告書35回、年報8回、医療安全情報87回を公表した。現在、2期目（5年間／期）の活動中である。
- 報告を一層定着させることや、報告の質の向上、効果的な周知、情報の活用等が課題である。