

平成十四年四月二十三日受領
答 弁 第 四 一 号

内閣衆質一五四第四一号

平成十四年四月二十三日

内閣総理大臣 小泉純一郎

衆議院議長 綿貫民輔殿

衆議院議員阿部知子君提出特定機能病院における医療事故多発に関する質問に対し、別紙答弁書を送付する。

衆議院議員阿部知子君提出特定機能病院における医療事故多発に関する質問に対する答弁書

一について

厚生労働省においては、都道府県、保健所設置市及び特別区に対して、特定機能病院に限らず、およそ医療機関における重大な事故又は軽微な事故であつても今後の対策の検討のために参考となると考えられるものを把握した場合は、厚生労働省に報告するよう依頼しているところである。

高度の医療の提供等を行う機関である特定機能病院に対しては、安全管理のための体制を確保することを義務付けているところであるが、このような特定機能病院において重大な医療事故が発生していることを真摯^しに受け止め、特定機能病院等の管理者及び安全管理の担当者に対する研修を実施するとともに、各特定機能病院が安全管理のために一層適切な体制を確保するよう指導してまいりたい。

二について

平成十一年一月から本年二月までの間に新聞で特定機能病院における医療事故として報道され、都道府県、保健所設置市及び特別区から厚生労働省に報告があつた事例は六十七件であり、その概要は別表第一のとおりである。

三について

「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成十二年二月四日付健政発第九十七号厚生省健康政策局長通知）に基づき各特定機能病院に設置された安全管理のための委員会（以下「委員会」という。）の開催回数、委員会に報告されたインシデント事例、アクシデント事例及び重篤な事例の件数並びにこれらの事例に対する対応状況は、各特定機能病院からの報告により把握しているところでは、別表第二のとおりである。

四について

各医療機関においては、医療事故が発生した場合に、その原因を究明し、再発防止策を講じなければならぬことはいうまでもないが、原因の究明等には時間を要することが多く、その間の休診は他の患者の診療に支障を来たすおそれがあることから、御指摘のような一時休診を一律に実施させることは適当ではないと考えている。

五について

委員会におけるインシデント事例及びアクシデント事例の分析やこれに基づく対応策の検討などの活動

は、医療事故の発生を防止することを目的として行われているものであり、委員会で用いられた文書の保存の在り方については、このような目的を踏まえて、各特定機能病院が適切に対応するよう指導してまいりたい。

六について

医師若しくは歯科医師又は特定機能病院に対する個々の処分等を審議する医道審議会医道分科会又は社会保障審議会医療分科会の委員及び臨時委員については、それぞれの分科会の設置目的に応じ、個々の事案について公平かつ公正な判断が行えるよう、法律学の専門家、医療現場の事情に精通している者等を含め、幅広い分野から識見を有する者を選任することとしているところであり、今後とも、このような方針に基づき適切に対応してまいりたい。

別表第一

医療機関名		報道が行われた日	事故の発生日	事故の概要
弘前大学医学部附属病院	平成二十二年十月十日	平成二十二年十月十七日	患者の気管支に熱傷が生じたもの	肺がんの患者にレーザー治療中に火花が飛び、患者の気管支に熱傷が生じたもの
筑波大学附属病院	平成二十二年八月四日	平成二十二年七月十四日	手術前に病理検査標本を取り違え、がんでない患者に肺切除手術を行ったもの	手術前に病理検査標本を取り違え、がんでない患者に肺切除手術を行ったもの
千葉大学医学部附属病院	平成二十二年四月一日	平成二十二年八月八日	注射帳漏れにより抗がん剤ビンクリスチンを二度	注射帳漏れにより抗がん剤ビンクリスチンを二度
東京大学医学部附属病院	平成二十二年六月十九日	平成十年九月	開頭手術の影響で興奮状態になった患者に鎮静薬ドルミカム十ミリグラムを投与したもの	開頭手術の影響で興奮状態になった患者に鎮静薬ドルミカム十ミリグラムを投与したもの

東京医科大学歯科大学医学部附属病院	平成十二年六月二日	平成十二年八月二日	入院患者五名がMRSAに感染したものの
新潟大学医学部附属病院	平成十二年十二月四日 昭和六十年一月	平成十二年五月十四日	心臓手術の際に、ガーゼを体内に置き忘れたまま縫合し、十四年後の精密検査で判明したため多剤耐性緑のう菌に院内感染し、一名が死亡したものの
富山医科薬科大学附属病院	平成十二年十二月二日	平成二十一年七月七日	心臓手術の際に、ステンレス製針一本が患者の胸部に残ったものの
福井医科大学医学部附属病院	平成十三年一月十一日	平成十二年六月六日	血液型がB型の患者にO型の新鮮凍結血漿 <small>しょうじょう</small> を輸血したものの
信州大学医学部附属病院	平成十三年二月十六日	平成十三年二月五日	看護師が鎮痛剤と間違えて他の患者の強心剤を注射したものの
岐阜大学医学部附属病院	平成二十二年七月二十五日	平成二十二年六月十二日	患者に使用した点眼薬から感染したものと推定される院内感染により、二十二名が結膜炎を発生したものの
浜松医科大学医学部附属病院	平成十一年七月三十日	平成十一年六月下旬	結石検査の際、カルシウム負荷テストの注射後に容体が悪化したと疑われるもの

香川医科大学医学部附属病院	徳島大学医学部附属病院		神戸大学医学部附属病院	大阪大学医学部附属病院		京都大学医学部附属病院	三重大学医学部附属病院	名古屋大学医学部附属病院
平成十二年九月十三日	平成十九年七月十九日	平成二十二年十月十日	平成十二年七月一日	平成十二年六月八日	平成二十年十二月十二日	平成二十一年七月七日	平成二十二年三月八日	平成二十二年十月十日
平成十一年十月一年	平成二十一年六月六日	平成二十二年十月十日	平成二十二年六月五日	平成二十二年五月十六日	平成二十二年九月十四日	平成二十二年七月七日	平成二十二年二月二十八日	平成二十二年六月六日
強心剤、ジゴキシンを十倍以上に薄めずに調薬瓶に補充し、二十日間投与を続けたもの	血液型がA型の患者にO型の血漿製剤を輸血した	人工呼吸器を取り付ける際に、呼吸側と吸気側を誤った	眼科病棟で、入院患者を含む三十名が相次いで結膜炎を発症したもの	腎臓生検後に、出血性ショック死したもの	腹部大動脈瘤手術の際に、誤って腹腔鏡で患者の体内に血栓を作ったもの	人工呼吸器から出火するとともに、入院患者六十名が避難したもの	人工呼吸器の加温加湿器に、水と間違えて消毒液を注入したもの	院内にある患者用の循環式二十四時間風呂の湯から入る患者がレジオネラ菌に感染したと推定されるもの

			高知医科大学医学部附属病院							
			九州大学医学部附属病院							
			長崎大学医学部附属病院							
			鹿児島大学医学部附属病院							
			琉球大学医学部附属病院							
平成十三年一月十一日	平成十二年九月十一日	平成十二年十月十五日	平成十二年十一月五日	平成十二年十一月十七日	平成十三年一月七日	平成十三年七月七日	平成十三年二月二十三日	平成十二年十月四日	平成十二年八月十一日	平成十二年一月一日
平成十一年十月	平成十二年七月九日	平成十二年十月十八日	平成十二年八月二十一日	平成十二年三月九日	平成十三年一月	平成十二年十一月	平成十二年二月二十三日	平成十二年九月	平成十二年十二月二十日	平成十二年十二月十四日
肺がんの手術後に、下半身麻痺 <small>ひ</small> になったもの	それぞれ別のセフェム系の抗生物質を点滴予定であった二人の入院患者を取り違えて点滴したもので	セフェム系抗生物質投与患者とペニシリン系抗生物質投与患者を取り違えて点滴したもの	抗ウイルス剤を点滴した点滴すべき患者に別の患者の抗がん剤を点滴した点滴したもの	胃薬と間違えて抗がん剤を投与したもの	右肺下葉切除手術の際に、手術器具の一部が胸腔内に残ったもの	人工透析時に、カテーテルを誤って患者の頸動脈 <small>けい</small> に差し込んだもの	骨髄移植の提供者から骨髄を採取した際に、採取針で提供者の血管を傷つけたもの	薬剤師が医師の処方を見間違え、気管支拡張剤オドールを必要量の十倍投与したもの	薬剤師が誤って、降圧剤アルマルでなく糖尿病治療薬アマリールを調剤したものである	病

杏林大学医学部付属病院			帝京大学医学部付属病院	日本大学医学部附属板橋病院		日本医科大学付属病院	東京女子医科大学病院	東京慈恵会医科大学附属病院	埼玉医科大学附属病院	岩手医科大学附属病院
平成十七年八月十七日	平成二十三年七月十七日	平成二十二年九月十四日	平成三十一年八月三十日	平成十七年八月十七日	平成二十三年九月四日	平成二十二年一月二十一日	平成二十三年十二月二十九日	平成十四年一月十二日	平成十三年二月十四日	平成十三年二月十四日
平成十一年七月十日	平成十三年七月中旬	平成二十二年九月十二日	平成三十一年八月十三日	平成二十二年八月十一日	平成二十三年八月八日	平成十九年二月十日	平成二十三年三月二日	平成十三年十二月十日	平成十二年五月	平成十二年三月
七・六たま・ま 帰宅させたもの の割りばしが脳内に残っ	救急搬送された患者の初期診断の誤りが原因で 対応が遅れた死亡したもの	血圧測定機器に繋がったチューブのふたが外れ、血液が漏れ続けたもの	点滴速度の調節を行う輸液ポンプが外れた状態で点滴が行われたもの	準備した糖注射液を注射したところ、別の患者のため ブドウ糖を注射した	入院患者七名がエンテロバクタ一名が死亡したものの 院内感染により発熱し、	あごの固定手術中、誤ってワイヤーを脳内に突き刺したものの	心臓手術中の人工心肺装置の操作誤りがあり患者が死亡したもの	不整脈治療剤投与直後に患者の容体が急変し、死亡したものの	副作用があったにも関わらず向精神薬を投与した結果、患者が死亡したと疑われるもの	救急搬送された患者の初期診断の誤りが原因で 対応が遅れた死亡したもの

産業医科大学病院		近畿大学医学部附属病院		愛知医科大学附属病院		東海大学医学部附属病院		聖マリアンナ医科大学病院	
平成十二年十一月十日	平成十二年九月九日	平成十二年十一月十二日	平成十二年九月十九日	平成十二年七月七日	平成十二年六月八日	平成十二年四月九日	平成十二年四月十一日	平成十二年四月十四日	平成十一年九月十八日
腹部動脈瘤切除手術の際に、こぶし大のスポンジを残したまま縫合したものの	動脈の縫合が困難であることから、生体ポンドを使用したところとなったもの	研修医三人が結核に感染したものの	大動脈弁置換手術時に、切開場所を誤り、縫合部から大量出血したものの	ドナーの候補者へモグロビンが基準値以下でドナーの骨髄移植を緊急に中止したものの	患者の病室移動後、輸液ポンプを交換し、薬剤の注入量を誤ったと疑われるもの	腸に送るチューブに注入すべき六種類の薬剤を点滴用チューブに注入したものの	人工呼吸器に接続したチューブを差し替えた際に、人工呼吸器に接続したチューブを差し替えた際に		

【対応状況(例)】	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
	北海道大学医学部附属病院	八回	千七百六十四件	一件	一件
【対応状況(例)】 (インシデント事例) 薬袋の薬剤名の転記に誤りがあり、 (インシデント事例) 薬袋の薬剤名の転記に誤りがあり、 (アクシデント事例)及び重篤な事例) 注射液の過剰投与があり、薬剤投与時に二重の確認を行うこととした。	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
	旭川医科大学医学部附属病院	十一回	千九百七十八件	〇件	〇件
【対応状況(例)】 (インシデント事例) 投薬時の患者誤認があり、薬剤等のオーダーリングシステムに「患者確認画面」を追加した。	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
	弘前大学医学部附属病院	三十六回	千五十一件	十四件	三件
【対応状況(例)】 (インシデント事例) 手術の前後でガーゼの数が一致しなかったことがあり、紐付きガーゼ等を使用することとした。 (アクシデント事例) 未滅菌医療材料の供給があり、滅菌の有無が分かるシールを導入した。 (重篤な事例) 手術針が体内に残ったことがあり、手術中に体内を映し出すシステムを導入した。	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
	東北大学医学部附属病院	十六回	二千五百八十二件	五十一件	六件

<p>(インシデント事例) 点滴における投薬量の誤りがあり、流量を設定して薬剤等を投与する機械のラベルに投薬速度を表示することとした。 (アクシデント事例) 末梢血幹細胞移植後の不適合輸血があり、患者とドナーの血液型などの情報を輸血部に登録することとした。 (重篤な事例) 手術時のガーゼの置き忘れがあり、手術後のエックス線撮影により確認することとした。</p>	<p>医療機関名 委員会の開催回数 インシデント事例 アクシデント事例 重篤な事例</p>	<p>秋田大学医学部附属病院 二十一回</p>	<p>千八百十件</p>	<p>四十二件</p>	<p>四件</p>
<p>(対応状況(例)) (インシデント事例) 注射準備時の患者誤認があり、注射ラベルの患者名を見やすくした。 (アクシデント事例) 持続点滴施行患者の点滴チューブの切断があり、注意事項を記した患者向けのパンフレットを作成した。 (重篤な事例) 手術時の大量出血があり、より安全な手術器具を導入した。</p>	<p>医療機関名 委員会の開催回数 インシデント事例 アクシデント事例 重篤な事例</p>	<p>山形大学医学部附属病院 二十回</p>	<p>二千百四十六件</p>	<p>十四件</p>	<p>〇件</p>
<p>(対応状況(例)) (インシデント事例) ベッドからの転落があり、患者離床警報マットを設置した。 (アクシデント事例) 手術中に電気メスの先端部分に付けたカテーテルが体内に残ったことがあり、電気メスの先端部分をディスプレイ化し、カテーテルを使用しないこととした。</p>	<p>医療機関名 委員会の開催回数 インシデント事例 オカレンス事例 重篤な事例</p>	<p>筑波大学附属病院 二十五回</p>	<p>二千五十七件</p>	<p>五百十一件</p>	<p>一件</p>
<p>(対応状況(例)) (インシデント事例)</p>					

診察時の患者誤認があり、本人に名前を名のってもらったこととした。
 (オカレンス事例)
 薬剤の重複投与があり、実施記録の記載及び二重の確認を徹底することとした。
 (重篤な事例)
 検体の取り違いがあり、組織検査の各工程で二重の確認をすることとした。

医療機関名	群馬大学医学部附属病院	委員会の開催回数	十九回	インシデント事例	千百五十件	アクシデント事例	十件	重篤な事例	〇件
-------	-------------	----------	-----	----------	-------	----------	----	-------	----

【対応状況(例)】
 (インシデント事例)
 投薬忘れがあり、配薬チェック表を作成して確認することとした。
 (アクシデント事例)
 投薬時の患者誤認があり、薬剤を各病室の患者に運ぶワゴン車の上に仕切りを作ることとした。

医療機関名	千葉大学医学部附属病院	委員会の開催回数	十九回	インシデント事例	千七百八十六件	アクシデント事例	二十九件	重篤な事例	一件
-------	-------------	----------	-----	----------	---------	----------	------	-------	----

【対応状況(例)】
 (インシデント事例)
 点滴への薬剤混注時の薬剤取り違いがあり、類似した薬剤は別々に保管することとした。
 (アクシデント事例)
 手術時に布鉗子で患者の皮膚を挟んだことあり、布を固定した後布を持ち上げて確認することとした。
 (重篤な事例)
 調剤過誤があり、散剤については処方箋せんに一日の投薬量、日数及び全量のすべてを記載することとした。

医療機関名	東京大学医学部附属病院	委員会の開催回数	十六回	インシデント事例	三千七百三十件	アクシデント事例	五十八件	重篤な事例	四件
-------	-------------	----------	-----	----------	---------	----------	------	-------	----

【対応状況(例)】
 (インシデント事例)
 点滴忘れがあり、注射薬剤のオーダーリングシステムを推進することとした。
 (アクシデント事例)

病室内で骨折があり、段差部分に目印を付すこととした。
 (重篤な事例)
 薬剤の気管への誤注入があり、職員に胃管挿入時の手順を周知した。

東京医科歯科大学医学部附属病院	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
六十二回		二千六百九十二件		三十六件	一件

【対応状況(例)】
 (インシデント事例)
 エックス線撮影時の患者誤認があり、ネームバンドの確認を徹底することとした。
 (アクシデント事例)
 超音波メスによる熱傷があり、保護シートを用いることを徹底することとした。
 (重篤な事例)
 投薬量の誤りがあり、薬剤等のオーダーリングシステムを二十四時間稼働させることとした。

新潟大学医学部附属病院	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
二十五回		三千五百十六件		十六件	〇件

【対応状況(例)】
 (インシデント事例)
 ガーゼのエックス線造影糸が切れて体内に残ったことがあり、ガーゼのエックス線造影糸をより強度のある製品に変更した。
 (アクシデント事例)
 手術後のガーゼの置き忘れがあり、手術部異物遺残防止マニュアルを整備した。

富山医科薬科大学附属病院	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
二十二回		千八百七十四件		三件	一件

【対応状況(例)】
 (インシデント事例)
 点滴交換時の患者誤認があり、リストバンドを導入した。
 (アクシデント事例)
 肝生検施行時の出血事故があり、使用器具を変更した。
 (重篤な事例)

手術針が体内に残ったことがあり、手術後のエックス線撮影により確認することとした。

医療機関名	金沢大学医学部附属病院	委員会の開催回数	十六回	インシデント事例	千百十七件	アクシデント事例	二十三日	重篤な事例	〇件
-------	-------------	----------	-----	----------	-------	----------	------	-------	----

【対応状況(例)】
 (インシデント事例) ベッドからの転落があり、ベッド柵きくを設置した。
 (アクシデント事例) CT検査時の患者誤認があり、患者確認用連絡カードを作成することとした。

医療機関名	福井医科大学医学部附属病院	委員会の開催回数	二十六回	インシデント事例	千三百八十六件	アクシデント事例	十八件	重篤な事例	一件
-------	---------------	----------	------	----------	---------	----------	-----	-------	----

【対応状況(例)】
 (インシデント事例) ベッドからの転落があり、患者離床警報マットを増設した。
 (アクシデント事例) 異型新鮮凍結血漿の投与があり、全入院患者にリストバンドを装着することとした。
 (重篤な事例) 手術時のガーゼの置き忘れがあり、鼻腔内挿入ガーゼについてもエックス線造影糸付きのガーゼに変更することとした。

医療機関名	山梨医科大学医学部附属病院	委員会の開催回数	二十一回	インシデント事例	二千七百八十二件	アクシデント事例	二十三日	重篤な事例	六件
-------	---------------	----------	------	----------	----------	----------	------	-------	----

【対応状況(例)】
 (インシデント事例) 薬剤の誤投与があり、投薬の際に二重の確認等を行うこととした。
 (アクシデント事例) 院内で作成したアルコール綿球による接触性皮膚炎の発症があり、製品化されたアルコール綿球を購入することとした。
 (重篤な事例) 手術時のガーゼの置き忘れがあり、異物の体内遺残防止マニユアルを作成した。

信州大学医学部附属病院	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
		二十六回	五千四百八十六件	五件	二件
【対応状況(例)】 (インシデント事例) 投薬量の誤りがあり、休日の薬剤師の日直を二人体制にすることとした。 (アクシデント事例) 抜歯の際、歯冠補てつ物の咽頭への落下があり、咽頭部をガーゼで遮断することとした。 (重篤な事例) ベッドからの転落があり、転倒・転落防止ガイドラインを作成した。					
岐阜大学医学部附属病院	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
		十八回	五百四件	一件	〇件
【対応状況(例)】 (インシデント事例) 院内で患者の転倒があり、トイレ内に手すりを設置した。 (アクシデント事例) 家族の了解を得ずに患者へ輸血を実施したことがあり、インフォームドコンセントの徹底を図った。					
浜松医科大学医学部附属病院	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
		二十一回	四百十三件	〇件	〇件
【対応状況(例)】 (インシデント事例) エックス線撮影時の患者誤認があり、院内で事故防止のためのシンポジウムを実施することとした。					
名古屋大学医学部附属病院	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
		四十七回	五千六百九十二件	三件	二件
【対応状況(例)】 (インシデント事例)					

電気メスによる熱傷があり、電気メスの専用ポケットを設けた。
 (アクシデント事例)
 手術時における止血器具による熱傷があり、手術器具の使用方法に関する安全教育を徹底することとした。
 (重篤な事例)
 手術中の手術器具破損があり、手術器具の強度を高めることとした。

医 療 機 関 名	三重大学医学部附属病院	委員会の開催回数	五十回	インシデント事例	千四百三十九件	アクシデント事例	五件	重篤な事例	一件
-----------	-------------	----------	-----	----------	---------	----------	----	-------	----

【対応状況(例)】
 (インシデント事例)
 消毒薬と蒸留水の取り違いがあり、消毒薬のキャップにラベルを付すこととした。
 (アクシデント事例)
 点滴ボトルの取り違いがあり、二重の確認を実施することとした。
 (重篤な事例)
 異型輸血があり、検査部及び輸血部が二十四時間体制で輸血検査を実施することとした。

医 療 機 関 名	滋賀医科大学医学部附属病院	委員会の開催回数	十二回	インシデント事例	二千一件	アクシデント事例	九件	重篤な事例	一件
-----------	---------------	----------	-----	----------	------	----------	----	-------	----

【対応状況(例)】
 (インシデント事例)
 点滴時の患者誤認があり、点滴ボトルにフルネームで患者の名前を記入することとした。
 (アクシデント事例)
 ベッドからの転落があり、ベッド柵を設置した。
 (重篤な事例)
 点滴漏れによる皮膚壊死があり、刺入部を観察できる透明の固定剤を使用することとした。

医 療 機 関 名	京都大学医学部附属病院	委員会の開催回数	二十二回	インシデント事例	千八百三十九件	アクシデント事例	〇件	重篤な事例	十一件
-----------	-------------	----------	------	----------	---------	----------	----	-------	-----

【対応状況(例)】
 (インシデント事例)
 適用外の患者について検査の申込みがあり、申込時の確認を入念に実施することとした。

(重篤な事例)
胸腔吸引中の吸引バックの破損があり、製品を変更した。

医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
大阪大学医学部附属病院	三百七十七回	千八百六十三件	三件	〇件

【対応状況(例)】
(インシデント事例)
消毒中であつた人工呼吸器の酸素加湿器が使用されたことがあり、消毒の必要性のないディスプレイの加湿器に変更した。
(アクシデント事例)
液体医薬品の誤投与があり、薬品瓶のラベルの確認及び整理整頓を徹底することとした。

医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
神戸大学医学部附属病院	三十六回	二千四百七十三件	四十四件	七件

【対応状況(例)】
(インシデント事例)
薬剤の誤投与があり、散剤の薬包に患者名を印字することとした。
(アクシデント事例)
手術中の切削器具の破折があり、使用後及び手術終了時の確認を徹底することとした。
(重篤な事例)
手術中、バルブ接続の誤りが見付かり、バルブ一体型の麻酔器を導入した。

医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
鳥取大学医学部附属病院	八回	千二百四十四件	四十六件	三件

【対応状況(例)】
(インシデント事例)
ミルクの誤投与があり、特殊ミルクを飲んでゐる小児患者名をリストアップした。
(アクシデント事例)
小児患者の誤認があり、リストバンドシステムを導入した。
(重篤な事例)
手術後に廃液チューブの管理ミスがあり、処置内容を診療録等へ記載した上で、申し送りを徹底することとした。

医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
島根医科大学医学部附属病院	二十三回	五百五十四件	五件	一件
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) ベッドからの転落があり、ベッド柵を設置した。 (アクシデント事例) 注射及び吸入の双方に使用できる薬剤の投与経路間違いがあり、注射オーダーと吸入オーダーを明確に区分することとした。 (重篤な事例) 造影剤と他の液体の混入があり、造影剤の注ぎ足し等は行わないこととした。</p>				
医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
岡山大学医学部附属病院	十九回	五百二十四件	十四件	二件
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 散薬への異物混入があり、分包器の掃除用器具を変更した。 (アクシデント事例) 手術に用いたチューブによる鼓膜損傷があり、チューブにストッパーを付けることとした。 (重篤な事例) 薬品の誤投与があり、保管場所に確認票を設けることとした。</p>				
医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
広島大学医学部附属病院	二十回	四百六十五件	四十件	二件
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 検体提出時のラベルのはり間違いによる検査項目の誤りがあり、採血管のモデル表示を全部署に配布することとした。 (アクシデント事例) ベッドからの転落があり、患者の危険度に応じた巡視を実施し、ベッドの高さを調節することとした。 (重篤な事例) 手術時のガーゼの置き忘れがあり、ガーゼのカウントマニュアルを見直し、手術後に体内のエックス線撮影又は透視</p>				

を行うこととした。

<p>医療機関名 山口大学医学部附属病院</p>	<p>委員会の開催回数 十八回</p>	<p>インシデント事例 千二百八件</p>	<p>アクシデント事例 七件</p>	<p>重篤な事例 〇件</p>
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 輸液量の誤認があり、実際の輸液使用量を入力することとした。 (アクシデント事例) 注射薬の誤りがあり、二重の確認を行うこととした。</p>				
<p>医療機関名 徳島大学医学部附属病院</p>	<p>委員会の開催回数 二十八回</p>	<p>インシデント事例 八百四十七件</p>	<p>アクシデント事例 十九件</p>	<p>重篤な事例 三件</p>
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 院内で患者の転倒があり、トイレに手すりを設置した。 (アクシデント事例) 停電による人工呼吸器のトラブルがあり、無停電コンセントにつなぐよう周知徹底した。 (重篤な事例) 手術中のガーゼ等の置き忘れがあり、ガーゼ、針等の数の確認を実施することとした。</p>				
<p>医療機関名 香川医科大学医学部附属病院</p>	<p>委員会の開催回数 十二回</p>	<p>インシデント事例 千四百九十六件</p>	<p>アクシデント事例 百六件</p>	<p>重篤な事例 一件</p>
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 院内で患者の転倒があり、滑りにくい履物の使用を推進することとした。 (アクシデント事例) 採血時の患者誤認があり、ベッドネーム及びネームバンドを確認し、患者本人に名前を名のってもらったこととした。 (重篤な事例) 手術時のインフォームドコンセントを欠いたことがあり、必ず患者に手術説明書を渡すこととした。</p>				
<p>医療機関名</p>	<p>委員会の開催回数</p>	<p>インシデント事例</p>	<p>アクシデント事例</p>	<p>重篤な事例</p>

愛媛大学医学部附属病院		十九回	千二百八十八件	三件	〇件
【対応状況(例)】 (インシデント事例) 手術時に血液型の誤認があり、カルテ上の血液型判定結果等で確認することとした。 (アクシデント事例) MRI検査中の熱傷があり、職員に対してMRI検査時の注意事項を徹底することとした。	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
高知医科大学医学部附属病院		三十二回	千五百八十一件	五件	一件
【対応状況(例)】 (インシデント事例) ベッドからの転落があり、ベッド柵を設置した。 (アクシデント事例) 点滴の取り違いがあり、リストバンドを装着することとした。 (重篤な事例) カテーテルの一部が体内に残ったことがあり、処置後のエックス線透視を実施することとした。	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
九州大学医学部附属病院		二十三回	九百二十一件	二件	一件
【対応状況(例)】 (インシデント事例) 緊急時の投薬量の誤りがあり、緊急時の口頭指示については両者が声を出して確認することとした。 (アクシデント事例) 湯たんぽによる熱傷があり、使用方法のマニュアルを作成することとした。 (重篤な事例) 血管造影後出血の発見が遅れたことがあり、血管造影後は専門医による経過観察を実施することとした。	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
佐賀医科大学医学部附属病院		二十一回	千九十六件	六十三件	一件

<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 注射時の患者誤認があり、注射器には患者の氏名を明記することとした。 (アクシデント事例) 未滅菌材料の使用があり、滅菌物の取扱マニュアルを作成することとした。 (重篤な事例) 薬品の誤投与があり、一定の薬剤については投与前に専門分野の医師に相談することとした。</p>	<p>医療機関名</p>	<p>委員会の開催回数</p>	<p>インシデント事例</p>	<p>アクシデント事例</p>	<p>重篤な事例</p>
<p>長崎大学医学部附属病院</p>	<p>二十四回</p>	<p>千四百十七件</p>	<p>二件</p>	<p>一件</p>	<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 患者の転倒及び転落があり、その防止マニュアルを周知徹底することとした。 (アクシデント事例) 手術器具が体内に残ったことがあり、手術器具の数を三重に確認することとした。 (重篤な事例) 抗がん剤の誤投与があり、薬剤のオーダーリングシステムを改善することとした。</p>
<p>熊本大学医学部附属病院</p>	<p>十九回</p>	<p>六百九十件</p>	<p>十七件</p>	<p>十七件</p>	<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 不明薬剤の洗濯物混入があり、手術室等から出される洗濯物等の受付台帳を置くこととした。 (アクシデント事例) 異型輸血があり、実施直前に患者の氏名及び血液型の再確認を行うこととした。 (重篤な事例) 薬剤の誤投与があり、投与前に複数の医師による確認を行うこととした。</p>
<p>大分医科大学医学部附属病院</p>	<p>二十五回</p>	<p>千六百九十五件</p>	<p>二十二件</p>	<p>〇件</p>	<p>重篤な事例</p>

【対応状況(例)】

<p>(インシデント事例) 点滴量の誤りがあり、準備時に二重に確認することとした。 (アクシデント事例) ベッドからの転倒があり、ベッドサイドセンサー及び床マットセンサーを設置した。</p>				
<p>医療機関名</p>	<p>委員会の開催回数</p>	<p>インシデント事例</p>	<p>アクシデント事例</p>	<p>重篤な事例</p>
<p>宮崎医科大学医学部附属病院</p>	<p>二十回</p>	<p>八百九十九件</p>	<p>六件</p>	<p>〇件</p>
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 患者誤認があり、携帯用IDカードを導入し、多角的な確認体制を整備した。 (アクシデント事例) ベッドからの転落があり、ベッドサイドに床マットセンサーを設置した。</p>				
<p>医療機関名</p>	<p>委員会の開催回数</p>	<p>インシデント事例</p>	<p>アクシデント事例</p>	<p>重篤な事例</p>
<p>鹿児島大学医学部附属病院</p>	<p>十七回</p>	<p>千百十三件</p>	<p>七十八件</p>	<p>二件</p>
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 睡眠薬の過剰服用があり、処方時の基準を明文化した。 (アクシデント事例) 湯たんぼによる低温熱傷があり、電気あんかを使用することとした。 (重篤な事例) 静脈へのカテーテルを動脈に挿入する誤りがあり、慎重な実施について周知した。</p>				
<p>医療機関名</p>	<p>委員会の開催回数</p>	<p>インシデント事例</p>	<p>アクシデント事例</p>	<p>重篤な事例</p>
<p>琉球大学医学部附属病院</p>	<p>二十六回</p>	<p>九百四十一件</p>	<p>九十三件</p>	<p>一件</p>
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 手術申込書の患者IDに間違いがあり、二人の医師が確認をすることとした。 (アクシデント事例) 手術後のガーゼの置き忘れがあり、ガーゼの数の確認を徹底することとした。 (重篤な事例)</p>				

注射薬の投与期間の誤りがあり、治療内容について専門医師間で相互確認を徹底することとした。

医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例	
国立がんセンター中央病院	十九回	二千四十三件	一件	一件	
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 一般薬の代わりに内服抗がん剤を処方しそうなったことがあり、処方画面上内服抗がん剤はカラー表示とし、他の薬剤と区別することとした。 (アクシデント事例及び重篤な事例) 手術後の麻酔覚せい剤が不十分なうちに移送したことがあり、手術室から出るときには、患者の状態が分かるモニター装置を付けることとした。</p>	国立循環器病センター	二十三回	四千六百十七件	十一件	重篤な事例 ○件
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 人工呼吸器のモニターの設定ミスがあり、人工呼吸器使用時のチェックリストの見直しを行った。 (アクシデント事例) 腹部大動脈瘤の手術中、回転式自己血輸血装置の返血ラインに空気が混入し、血圧が低下したことがあり、すべての医療機器の点検等を実施した。</p>	防衛医科大学校病院	二十回	二千七百九件	五十四件	重篤な事例 一件
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 名前の類似した薬剤を誤って処方しそうなったことがあり、処方箋と処方薬剤の再点検を徹底することとした。 (アクシデント事例) 脊髄造影の際に局所麻酔薬が硬膜管内に混入し、一過性の下肢麻痺が生じたことがあり、局所麻酔時には必ず髄液が注射筒に逆流していないことを確認し、数分間患者の様子を観察してから造影剤を注入することとした。 (重篤な事例)</p>	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例

心囊穿刺術中に容態が急変したことがあり、小委員会を設置し、再発防止策を審議した結果、安全管理マニュアルを一部修正し医療従事者に通知した。

医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例	
札幌医科大学医学部附属病院	二十二回	千三百二十五件	二十四件	一件	
【対応状況(例)】 (インシデント事例) 固定した経管栄養のチューブ等が外れたことがあり、各種チューブの固定方法についてのマニュアルを作成した。 (アクシデント事例) 手術の消毒時に高濃度消毒液を希釈せずに用い、皮膚炎を発症したことがあり、手術室では高濃度消毒液を使用しないこととした。 (重篤な事例) 研修医が採血検査結果を見落とし、帰宅後にショック状態となったことがあり、検査結果の確認、帰宅指示の際の指導医への確認等を徹底することとした。	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
福島県立医科大学医学部附属病院	四回	千七百六十三件	四件	〇件	
【対応状況(例)】 (インシデント事例) 胃管から投与されるべき薬剤の入ったシリンジを誤って点滴ラインの三方活栓に接続したことがあり、コネクター部分が太いシリンジを導入し、三方活栓に接続できないようにした。 (アクシデント事例) 検体の取り違いがあり、医療事故防止マニュアルに病理検査に係る事故防止策を詳細に記載した。	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
横浜市立大学医学部附属病院	三十七回	五千四百十五件	二件	〇件	
【対応状況(例)】 (インシデント事例) 名前の類似した筋弛緩剤を誤って投与しそうなになったことがあり、薬剤マスター画面から当該医薬品を削除した。 (アクシデント事例)					

外用薬のボトルに誤って内服薬のラベルをはり付け患者に渡したことがあり、外用薬へのラベル使用を止めるとともに、コンピューターの入出力を二重に確認するようにした。

医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例	
名古屋市立大学病院	二十二回	二千二百五十八件	二百五十四件	一件	
【対応状況(例)】 （インシデント事例） インシュリン投与の準備段階で単位換算を間違えやすいため、注射オーダーシステムにおける表示方法をミリリットル当たりからアンブル当たりに変更した。 （アクシデント事例） B型肝炎感染者の母乳を取り違えて他の新生児に授乳したことがあり、感染症患者の母乳パックに色付きテープを貼付することとした。 （重篤な事例） 脳血管手術中、末梢血管に空気が流入したことがあり、加圧して用いる輸液バッグは、必ず空気を全量抜き取ってから使用することとした。	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
京都府立医科大学附属病院	三回	二千九百五十四件	八十七件	〇件	
【対応状況(例)】 （インシデント事例） （ベッドからの転落、無断離院等があり、要注意患者にセンサーを装着することとした。） （アクシデント事例） 腹腔鏡下腔式子宮全摘術中、手術器具の不具合により器具の一部が脱落したことがあり、原因を究明し、職員への周知を図った。	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
大阪市立大学医学部附属病院	十八回	九千百九十七件	百四十八件	三件	
【対応状況(例)】 （インシデント事例） 入院患者に対する薬剤の投与誤りがあり、薬を患者に配布するときには、処方箋と薬袋との照合を徹底することとした。					

<p>【アクシデント事例】 患者が包装されたままの内服薬を服用し、食道の入り口に引っ掛かったことがあり、内服薬については、年齢や患者の認知度を考慮して配薬することとした。 （重篤な事例） 患者がベッドで後方に倒れ、ベッドの柵で後頭部を打撲し、硬膜下出血を起こしたことがあり、転倒事故発生リスクの高い患者を把握するためのアセスメントシートの使用徹底を図るとともに、患者向けの啓発ポスターを作成した。</p>	<p>医療機関名 奈良県立医科大学附属病院</p>	<p>委員会の開催回数 二十四回</p>	<p>インシデント事例 千二百二十五件</p>	<p>アクシデント事例 五百九十八件</p>	<p>重篤な事例 七件</p>
<p>【対応状況（例）】 （インシデント事例） 検査等における患者取り違えがあり、患者に姓名を名のつてもらうようにした。 （アクシデント事例） 研修医が中心静脈ルート確保中に肺を穿刺し、気胸を生じたことがあり、研修医に対する指導を徹底することとした。 （重篤な事例） 手術後麻酔覚せい中に研修医が輸血を行い、除脈から低血圧となり、死亡に至ったことがあり、研修医に対して輸血に関する教育の充実と指導体制の強化を図った。</p>	<p>医療機関名 和歌山県立医科大学附属病院</p>	<p>委員会の開催回数 十二回</p>	<p>インシデント事例 三千二十八件</p>	<p>アクシデント事例 七十二件</p>	<p>重篤な事例 〇件</p>
<p>【対応状況（例）】 （インシデント事例） 点滴時の患者取り違えがあり、点滴液作成時に二重の確認を行うとともに、患者に名前を名のつてもらうこととした。 （アクシデント事例） 筋肉注射すべき薬剤を誤って静脈注射したことがあり、注射方法の異なる薬剤は同一トレイには置かず、施行方法の二重の確認の徹底を図ることとした。</p>	<p>医療機関名 岩手医科大学附属病院</p>	<p>委員会の開催回数 二十三回</p>	<p>インシデント事例 千九百五十五件</p>	<p>アクシデント事例 百五十三件</p>	<p>重篤な事例 四件</p>
<p>【対応状況（例）】 （インシデント事例）</p>					

薬剤の投与誤りがあり、投与時の二重の確認を徹底することとした。
 (ア) クシデント事例
 院内で患者の転倒があり、病棟内の手すりと段差の改修を行った。
 (重篤な事例)

急性大動脈乖離の患者の確定診断が遅れ、緊急手術に至ったことがあり、確定診断ができない重症例の患者又は重症例の疑いのある患者については、即日入院させて経過観察及び治療を行うこととした。

医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
自治医科大学附属病院	十五回	千五百九十七件	千六百四十三件	〇件
【対応状況(例)】 インシデント事例 看護師が処方箋の記載内容を見誤ったことがあり、処方箋の様式を変更するとともに、記載方法のマニュアルを作成し、配布した。 （ア） クシデント事例 進行性胃がん及び食道裂孔ヘルニアの患者に対して使用した気管チューブのカフが過膨張したことによって、気管を損傷したことがあり、気管チューブの不具合についてメーカーから報告を求めるとともに、医師に対して操作に細心の注意を払うよう指導した。	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例
獨協医科大学病院	十八回	千八十七件	一件	重篤な事例 一件
【対応状況(例)】 インシデント事例 薬剤の投与誤りがあり、薬剤のオーダーリングシステム上の防止策を講じた。 （ア） クシデント事例 気切カニューレが気管切開口から逸脱し、無呼吸状態になったことがあり、人工呼吸器取扱講習会等を開催した。	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例
埼玉医科大学附属病院	二十回	二千七百十二件	四百七十二件	重篤な事例 二十四件
【対応状況(例)】 インシデント事例				

必要な追加輸血が実施されなかったことがあり、二重の確認を励行することとした。

（アクシデント事例）
薬剤の投与誤りがあり、二重の確認を励行することとした。

（重篤な事例）
気管内に経管栄養液を誤注入したことがあり、経管栄養に関する注意事項を作成し、周知徹底を図った。

東京慈恵会医科大学附属病院	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例	
		二十三回	千百十五件	四十六件	一件	
【対応状況（例）】 （インシデント事例） 誤って他の患者に点滴を実施しようとしたことがあり、ネームバンドによる患者の氏名の確認を徹底することとした。 （アクシデント事例） 内視鏡による腸管穿孔があり、内視鏡指導システムを見直し、指導医の役割を明確化するとともに、研修用機器による事前研修を実施することとした。 （重篤な事例） 注射液の過量投与による心肺停止があり、同一薬剤のアンプルは一種類に統一することとした。	東京医科大学病院	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
		十六回	三千八百三十件	六百四十九件	〇件	
【対応状況（例）】 （インシデント事例） 診察時の患者の取り違えがあり、診察時には医師が氏名を名のとともに、患者本人も氏名を告げて、診察券を提示することとした。 （アクシデント事例） 処方箋を誤ってコンピューター入力したことがあり、コンピューター画面上の入力ミス防止策を講じた。	慶應義塾大学病院	医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
		二十一回	四百八十三件	七百九十九件	二件	
【対応状況（例）】 （インシデント事例） 薬剤部が誤って濃度の違う注射液を病棟に渡したことがあり、二規格以上ある注射液については、見分けがつきやす						

<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 過剰な輸液があり、指示書等の二重の確認を行うこととした。 (アクシデント事例) 薬剤の投与誤りがあり、医師及び看護師に対して注射手順の徹底を図った。 (重篤な事例) エンテロバクタ・クロアールの院内感染があり、衛生委員会の院内感染対策部会及びリスクマネジメント委員会を開催し、院内すべての感染対策を見直し、職員に対して院内感染への注意喚起を促した。</p>	<p>昭和大学病院</p>	<p>委員会の開催回数 十九回</p>	<p>インシデント事例 四千四百五十二件</p>	<p>アクシデント事例 百件</p>	<p>重篤な事例 二件</p>
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 調剤過誤があり、薬の容器に注意を促すラベルを貼付することとした。 (アクシデント事例) 院内歩行時に患者の転倒があり、安定のある四点歩行器を導入した。 (重篤な事例) 夜間救急で腰痛を主訴とする患者にエックス線撮影を実施したが、異常が認められなかったため、湿布薬を処方し帰宅させたが、一乖離性大動脈瘤であったことがあり、救急の患者には最善の処置及び検査を行うよう職員に対して指示するとともに、一次救急及び二次救急では内科医を専従にすることとした。</p>	<p>東邦大学医学部付属大森病院</p>	<p>委員会の開催回数 二十五回</p>	<p>インシデント事例 三千百一件</p>	<p>アクシデント事例 百八十件</p>	<p>重篤な事例 〇件</p>
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 薬剤の過剰投与があり、再発防止のため、指示の際はグラム等の単位を正しく記載することの徹底を図った。 (アクシデント事例) 眼内レンズの挿入手術時に、他の患者のレンズを挿入したことがあり、眼内レンズの取扱いに関するマニュアルを作成することとした。</p>	<p>医療機関名</p>	<p>委員会の開催回数</p>	<p>インシデント事例</p>	<p>アクシデント事例</p>	<p>重篤な事例</p>

日本大学医学部附属板橋病院		十九回	二百八十八件	一件	一件
医療機関名	【対応状況(例)】 (インシデント事例) 同姓同名の患者間のカルテの取り違えがあり、注意喚起のためにカルテにはるラベルに、従来の「同姓同名あり注意」に加えて、氏名、病歴番号及び生年月日の記載もできるようにした。 (アクシデント事例) 誤って他の患者に降圧剤を投与したことがあり、氏名及び薬剤名の記載は注射器に薬液を充てんする前に行うこととした。	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
帝京大学医学部附属病院	【対応状況(例)】 (インシデント事例) 患者食に異物混入があり、職員に対し注意喚起を促した。 (アクシデント事例) 患者がベッドから転落したことがあり、巡視回数を増やした。 (重篤な事例) 心臓カテーテル検査及び経皮的冠動脈形成術を行った際、大腿動脈に留置した三方活栓からの出血に起因する出血性ショックがあり、科長会議等を通じて職員に対し注意喚起をした。	二十回	八百九十三件	九百二十六件	二件
医療機関名	杏林大学医学部付属病院	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
杏林大学医学部付属病院	【対応状況(例)】 (インシデント事例) 熱性けいれんの既往のある小児患者に対し、けいれん止め薬の分量を誤って投与したことがあり、小児科当直医師二名が二重の確認を行うとともに、薬剤師も確認することとした。 (アクシデント事例) 左膝内側半月板損傷手術において左右を取り違えたことがあり、「手術、検査における左右・部位確認マニュアル」を作成し、職員に周知した。	三十五回	二千九百九十六件	百五件	〇件
医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例	
医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例	

金沢医科大学病院		十四回	三千三十四件	十六件	一件
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 患者受付時のID登録に誤りがあり、患者の基本情報が不明である場合は、暫定IDを使用し、二重登録が発生しないようにした。 (アクシデント事例) 脳波検査時の患者取り違えがあり、検査部門の職員が氏名を確認するとともに、患者本人からも氏名を告げてもらうこととした。 (重篤な事例) 高齢患者が病棟のトイレ内で転倒し、脳挫傷で死亡したことがあり、看護スタッフが頻繁に病室を訪問するとともに、トイレ、洗面所等の段差を解消した。</p>					
医療機関名		委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
藤田保健衛生大学病院		二十三回	三千六百九十三件	三十四件	一件
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 高齢患者の尿検査及び採血において、患者を取り違えたことがあり、入院患者すべてにリストバンドを着用させることとした。 (アクシデント事例) 人工呼吸器の加湿器の蒸留水がオーバーフローして、人工呼吸器内に水が流れたことがあり、注入自動停止装置付きの加湿器に形式を統一するとともに、蒸留水は五百CCではなく百CCのものを使用することとした。 (重篤な事例) 輸液ポンプの電源を入れ忘れたことがあり、事故防止の標語を掲示し、スタッフ全員で確認することとした。</p>					
医療機関名		委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
愛知医科大学附属病院		十九回	三千五百六十六件	三十三件	二件
<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 薬剤師が医師から薬の一包化の指示がないのに一包化したことがあり、処方箋上の指示方法等の変更を行った。 (アクシデント事例) 経管栄養を受けている患者に対して経鼻胃管と気管カニューレの側孔を誤って接続したことがあり、カテーテルチツ</p>					

プ及びシリンジを色付きにし、栄養セットを変更した。
 (重篤な事例)
 脳梗塞患者に抗血小板剤パナルジンを長期投与する場合に必要となる血液検査及び肝機能検査を怠ったため、重篤な感染症を発生し、敗血性ショックにより死亡したことがあり、パナルジンの使用方法について、改めて周知徹底を図った。

医療機関名	大阪医科大学附属病院	委員会の開催回数	十五回	インシデント事例	二千二百四件	アクシデント事例	四百九十件	重篤な事例	四件
-------	------------	----------	-----	----------	--------	----------	-------	-------	----

【対応状況(例)】
 (インシデント事例)
 外形の類似する別の薬剤を調剤したことがあり、保管場所を分けることとした。
 (アクシデント事例)
 他の患者の降圧剤を服用させ、血圧が低下したことがあり、患者に声をかけ、氏名を確認することを周知徹底することとした。
 (重篤な事例)
 手術後集中治療室にいた患者が、MRSAに感染して死亡したことがあり、MRSA等の院内感染防止について、職員への周知徹底を図った。

医療機関名	関西医科大学附属病院	委員会の開催回数	二十一回	インシデント事例	二千三百九件	アクシデント事例	二百九十一件	重篤な事例	二十九件
-------	------------	----------	------	----------	--------	----------	--------	-------	------

【対応状況(例)】
 (インシデント事例)
 チューブ類の取扱いを誤ったことがあり、色分け等によりチューブ類の区別を図ることとした。
 (アクシデント事例)
 注射施行時に注入単位を誤ったことがあり、指示された単位を必ず三回確認することとした。
 (重篤な事例)
 患者の氏名を確認しないまま皮下注射を行ったことがあり、患者の氏名の確認の徹底を図ることとした。

医療機関名	近畿大学医学部附属病院	委員会の開催回数	二十六回	インシデント事例	五百三十三件	アクシデント事例	百四件	重篤な事例	十件
-------	-------------	----------	------	----------	--------	----------	-----	-------	----

医療機関名	川崎医科大学附属病院	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
		四十二回	二千九百件	百十件	〇件
医療機関名	兵庫医科大学病院	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例
		二十一回	五百八十六件	三十三件	一件
医療機関名	重篤な事例	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例

【対応状況(例)】
 (インシデント事例) 診察時の患者取り違えがあり、患者を呼ぶ際、姓名のみならず入院病棟、生年月日等も確認することとした。
 (アクシデント事例) 卵巣腫瘍摘出手術時に体内にガーゼを置き忘れたことがあり、ガーゼの数の確認を徹底し、エックス線撮影によるチエックを励行することとした。
 (重篤な事例) 大動脈弁置換術中、人工心肺回路が抜け、回路内に空気が混入したことがあり、セットアップした人工心肺回路を別の者が再確認することとした。

【対応状況(例)】
 (インシデント事例) 吸い飲みに入った消毒剤を誤って患者に飲ませたことがあり、消毒用に使用する吸い飲みは淡い赤色にコーティングし、消毒薬であることを表示することとした。
 (アクシデント事例) 手術後、腹腔内に縫合針を体内に残したまま閉腹したことがあり、閉腹前にエックス線撮影により確認することとした。
 (重篤な事例) 手術後、病棟に搬送する途中、誤って酸素ポンペを炭酸ガスポンペに交換したことがあり、減圧器及び流量計の取付口が相互に区別できるようにした。

【対応状況(例)】
 (インシデント事例) 給食に毛髪等の異物が混入したことがあり、厨房の照明施設を改善した。
 (アクシデント事例) 人工呼吸器、シリッジポンプ等の医療機器の操作を誤ったことがあり、臨床工学技士による院内講習会を開催し、正確な操作方法の周知を図った。

医療機関名 — 委員会の開催回数 — インシデント事例 — アクシデント事例 — 重篤な事例

産業医科大学病院	十六回	二千九十二件	七十九件	二件	<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 血液型判定の不一致があり、カルテには血液型シールを貼付するとともに、輸血部の血液型情報を閲覧し、確認できるようにした。 (アクシデント事例) 患者が夕食を下膳しているときに引掛かり転倒したことがあり、「転倒・転落のリスクファクター十四項目」を作成し、職員に周知し、確認を行うこととした。 (重篤な事例) 病棟の輸血保冷库内の温度上昇により、自己血への細菌検査を実施する必要が生じたことがあり、輸血保冷库内の温度管理及び保存状態の確認を励行するとともに、警報装置の点検を行うこととした。</p>
福岡大学病院	七回	二千二百七十件	四十件	二件	<p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 採血管の種類を間違えやすいため、採血管の写真及び使用方法を一覧表にした上で、各部署に配布した。 (アクシデント事例) 患者に接続する前のテスト中に、レスピレーター機器に火災が発生したことがあり、業者による医療機器の修理及び保守点検の実施後も、臨床工学技士又は担当看護師長が確認を行うこととした。 (重篤な事例) 喀痰培養検査の結果、抗酸菌陽性の判定を見落としたことがあり、陽性と判定した場合には、検査担当者が院内感染担当医に直接連絡するよう体制を改めた。</p>
医療機関名	委員会の開催回数	インシデント事例	アクシデント事例	重篤な事例	<p>久留米大学病院</p> <p>二十回</p> <p>三千三百十二件</p> <p>五十件</p> <p>三件</p> <p>【対応状況(例)】 (インシデント事例) 三足点滴台が転倒したことがあり、五足点滴台に変更した。 (アクシデント事例)</p>

