



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84回報告書 (2025年10月～12月)

2026年3月

目次

ごあいさつ	1
はじめに	2
I 第84回報告書について	3
II 集計報告	13
1 医療事故情報収集等事業の参加状況	13
2 医療事故情報収集・分析・提供事業	14
【1】参加医療機関	15
【2】報告件数	16
【3】報告義務対象医療機関の報告の内容	17
3 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業	18
【1】参加医療機関	19
【2】件数情報の報告	20
【3】事例情報の報告	21
III 分析テーマ	23
1 概況	23
【1】テーマの選定および分析対象とする情報	23
【2】分析体制	23

2	分析テーマ	24
	【1】 クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例	24
	【2】 消化器手術時に胃管等を巻き込んで吻合・縫合した事例	39
3	事例紹介	54
IV	再発・類似事例の分析	59
	【1】 アレルギーのある食物の提供（医療安全情報No.69）	61
V	事業の現況	77

※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、昨年、1995年7月27日の設立から30周年を迎えました。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.232まで掲載しておりますので、引き続き積極的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っております。

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84回報告書は、2025年10月から12月までに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に努めるとともに、我が国の医療の質の向上に尽力してまいりますので、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、2025年10月から12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84回報告書を公表いたします。

本事業は、2004年10月の開始から20年以上が経過し、その間、医療体制などは大きく変化しました。現在の医療を取り巻く環境に対応し、参加医療機関が報告しやすい環境を整備するため、報告項目を見直し、報告システムの改修を行いました。2025年4月から新しい報告項目で事例を収集しています。第82回報告書（2025年9月公表）からは、新項目による四半期ごとの集計表や、分析テーマ、再発・類似事例の分析などを掲載しています。

2025年の医療事故情報の報告件数は6,118件と過去最高になりました。参加医療機関の皆様には、事例の報告にご協力をいただき、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、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84回報告書について

1 報告項目の改定と新項目による集計・分析

本事業は、2004年10月より開始し、20年以上が経過した。その間、医療体制や医療安全管理体制は大きく変化し、実情に合わない報告項目がみられるようになった。また、本事業の医療事故情報の報告期限は「事例が発生した日もしくは事例の発生を認識した日から原則2週間以内」であるが、背景・要因や改善策を含めた事例の報告を期日までに行うことが難しい状況があった。そこで、より報告しやすい環境を整えるため、報告項目や報告方法を見直し、2025年4月1日から新しい事例報告システムによる事例の収集を開始した。

第82回報告書（2025年9月公表）より、報告書の「II 集計報告」には、新しい報告項目による集計表を掲載している。また、本事業ホームページには、報告書に掲載している集計表以外にも、「発生場所」「関連診療科」など、様々な集計表を掲載している。ホームページの「集計表」から、2025年3月までの旧項目の集計表と2025年4月からの新項目の集計表を閲覧・ダウンロードすることができるので、ご参照いただきたい。

また、報告項目の改定を機に、報告書の分析対象期間の見直しを行った。これまで、「分析テーマ」や「再発・類似事例の分析」で取り上げる事例の分析対象期間は、集計期間と同じ3ヶ月間であったが、分析と報告書作成には時間を要することから、集計期間の後半に報告された事例を取り上げることが難しい状況であった。そこで、重要な事例を取り上げる機会を逸さないよう、分析対象期間を集計期間の前の3ヶ月間も含めた6ヶ月間に延長した。本報告書の分析対象期間は2025年7月～12月としている。

2 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2025年10月～12月に報告された医療事故情報の件数は1,771件であり、その内訳は、報告義務対象医療機関から1,578件、参加登録申請医療機関（任意参加）から193件であった。この結果、2025年の医療事故情報の報告件数は過去最高の6,118件となった。

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

2025年12月31日現在で本事業に参加している医療機関数は5,538、医療事故情報の報告に参加している医療機関数は5,054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	1,611
診療所（有床）	62
診療所（無床）	112
歯科診療所	3,753
合計	5,538

※2025年12月31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。

3 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（2025年7月～12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、前回の第83回報告書に引き続き「クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例」を取り上げて分析を行った。2025年4月～9月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例」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。なお、2025年10月～2026年3月は「職種経験1年未満の看護師の薬剤に関連した事例」をテーマに設定してヒヤリ・ハット事例を収集しており、第85回報告書から掲載予定である。また、②のテーマとして、「消化器手術時に胃管等を巻き込んで吻合・縫合した事例」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) クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例

クリニカルパス／クリティカルパス（以下、パスとする）は、業務や質を管理するツールであり、1990年代に米国から日本に導入された。米国ではcritical pathways、care pathways、coordinated care plans、integrated care pathwaysなど、様々な呼称があり、日本においても主に上記2つの呼称が使用されている。パスは製造業で開発された手法であり、医療においてもその中心概念は「標準化」、「可視化による明示」、「工程上の不具合の発見とその改善」とされている。パスの適用によって、業務が明確化されること、多職種が共通の治療計画を共有できることは、医療事故の防止にも有用である。

一方、本事業には、パスを適用中に個別の患者の状態に適していない薬剤を投与した事例や、パスに組み込まれていなかったことから適切なケアが提供されなかった事例などが報告されてい

る。パスに関連した医療事故情報やヒヤリ・ハット事例に着目し、背景・要因や再発防止策を共有することは、医療機関においてパスをより安全に運用するために重要である。そこで、2025年4月～9月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例」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、第83回報告書では、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の概要を整理し、その中から薬剤に関連した事例について分析を行った。本報告書では、パスの内容に関する事例のうち、食事・経管栄養・飲水に関する事例と検査に関する事例を分析し、その他の主な事例を紹介した。また、パスの運用に関する事例のうち、選択・入力の間違ひに関する事例を取り上げて分析した。さらに、専門分析班で議論した内容をもとに「クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例のポイント」をまとめて示した。

食事・経管栄養・飲水に関する事例では、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を合わせると、「食事を中止する患者への食事の提供」が多く、医療事故情報では「摂食・嚥下機能の評価の不足」が多かった。検査に関する事例のうち、医療事故情報では「指示の未実施」が多く、転倒後のCT検査や肝生検後の腹部超音波検査などの実施が遅れた事例が報告されていた。パスの選択・入力に関する事例は、手術に関連した「選択・入力の間違ひ」が多く、パスの選択、左右の入力、関連する文書の選択といった様々な場面で事例が発生していた。

「クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例のポイント」で示したように、パスに記載されていることだけを行うのではなく、パスは一つのツールであることを認識する必要がある。報告された事例から、パスに過度に依存せず、患者の状態を適切に評価し、状況に応じて対応することが重要であることが改めて示唆された。また、パスは有用なツールである一方で、食事や手術などの他のシステムと連携しておらず、情報の不一致が発生した事例が報告されていた。今後、パスと他の情報との整合性を人の目で確認する必要がないようなシステムの構築が望まれる。

図表 I - 4 クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例のポイント（一部抜粋）

- 「看護師はパスの指示内容に違和感を覚えたがそのまま実施した」という事例が多い。このような事例はパスに関連しない状況でも発生しているが、パスに記載されていることで正常性バイアスがより働きやすくなり、「これでよい」と思うてしまう可能性がある。疑問を感じた時には立ち止まって考え、報告や相談、確認をすることが重要である。特に、疑問が解消していない状況での実施は避け、確認ができてから対応することが重要である。
- いくつかの事例からは、「パスに記載がないからやらない」という傾向が見受けられた。想定外のことが起きるのは当然であり、それに対して「パスに記載がないからやらない」のではなく、状況に応じて適切にアセスメントを行い、対応することが医療の本質である。
- 再発防止策として「パスの見直し」を挙げた事例が多く報告されていたが、パスに組み込んだからといって安心してよいわけではない。パスは一つのツールであることを認識し、パスに組み込まれていなくても、患者に必要なことはないか考え、実施することが基本である。
- パスを作成して使用するだけでなく、アウトカム評価を行い、分析結果を踏まえてパスを見直し、改訂するというPDCAサイクルを継続的に回すことが大切である。

2) 消化器手術時に胃管等を巻き込んで吻合・縫合した事例

消化器手術の際、胃の減圧や胃内容物の性状の把握などを目的に、胃管が挿入される。また、患者の状態から、術前に胃管やEDチューブ、イレウス管（以降、胃管等とする）が挿入されている場合もある。消化器手術では、消化管を吻合する際や食道や胃、腸管などを切離して縫合する際、執刀医は挿入されている胃管等を手術操作に干渉しない位置まで麻酔科医に引き抜いてもらう必要がある。

2015年5月に提供した医療安全情報No.102「口頭指示の解釈間違い」で対象となった事例には、執刀医が麻酔科医に胃管を抜いてほしいという意味で「抜いてください」と依頼したところ、麻酔科医は胃の空気を抜くと誤って解釈した事例が含まれていた。

今回、本報告書の分析対象期間（2025年7月～12月）に、ロボット支援食道がん手術の際、通常は食道の切離時に執刀医が麻酔科医に胃管の挿入を浅くするよう声をかけるが、その声かけを失念し、胃管を巻き込んで自動吻合器を使用した事例など、複数の事例が報告された。そこで、消化器手術時に胃管等を巻き込んで吻合・縫合した事例を過去に遡って検索し、分析した。

事例の概要では、実施した手術や誤って吻合・縫合したチューブの種類、患者への影響などを示した。事例の分析では、執刀医から麻酔科医への依頼の状況を示し、執刀医から麻酔科医へ胃管等の引き抜きを依頼した事例では執刀医からの依頼内容と麻酔科医の対応を整理した。また、胃管等を巻き込んで吻合・縫合したことに気付いた時期と契機や、気付いた後の対応を示した。さらに、主な事例を紹介し、医療機関から報告された背景・要因と再発防止策を整理して示した。

報告された事例は、鏡視下手術の事例が多かった。鏡視下手術では、執刀医が手動的に胃管等を巻き込んでいないか確認することができず、確認が不十分となる可能性がある。さらに、ロボット支援手術の事例では、触覚のフィードバックがないため確認が難しかったと記載されていた。鏡視下手術においては、吻合・縫合前の胃管等の位置の確認はより慎重に行う必要がある。一方、開腹手術では、手動的に胃管等がないことを確認できるため、触って確認することは必須であるが、触って確認していなかった事例や、確認していても不十分であった事例が報告されていた。また、自動吻合器または自動縫合器を使用した事例が多く、これらの製品は組織損傷を軽減するための鋭利なカッターが内蔵されており、胃管等も抵抗なく切断して吻合・縫合できた可能性がある。

胃管等を巻き込んで吻合・縫合したことに気付いた時期は、自動縫合器の作動直後が多かったが、術後数日を経て気付いた事例も報告されていた。手術中に気付いた場合でも、胃管等を取り出して再度縫合するなどの追加処置が必要となり、手術時間の延長につながる。また、術後に気付いた場合は、再度全身麻酔下に胃管等を取り出す手術が必要となり、本来不要な処置を追加することになるため患者への侵襲が増大する。消化管の吻合・縫合直後に麻酔科医とともに胃管に可動性があるかを確認して、胃管の巻き込みに早期に気付くことは重要である。

執刀医から麻酔科医へ胃管等の引き抜きを依頼したと記載された事例12件については、依頼後に麻酔科医が胃管を抜く長さを誤認した事例や依頼そのものに気付いていなかった事例などがあつた。多くの事例で執刀医と麻酔科医の間の情報伝達にエラーが生じていたことから、胃管の引き抜きの依頼は、患者の安全に直結する重要なコミュニケーションの場面であることを認識する必要がある。そのため、執刀医から麻酔科医へ依頼する際は、胃管等を抜く長さを具体的な数

値で伝えるとともに、麻酔科医は理解した内容を復唱し、執刀医は復唱内容が合っているか確認（チェックバック）するなど、互いの認識に齟齬が生じないようにする必要がある。また、実施後には、麻酔科医が行った処置内容を改めて執刀医と共有するなど、医師間のコミュニケーションを強化することが重要である。手術中は迅速な対応が求められ、十分な説明や表現が困難な場面もあり得る。同様の事例の発生を防止するためには、執刀医と麻酔科医との密接な連携が不可欠であり、本場面でのコミュニケーションの取り方を検討しておくといよい。

執刀医となる医師は、一定の経験年数を有していると推測されるが、手術助手や麻酔科医が当該手術の経験が浅いことが背景・要因に記載された事例があった。執刀医にとっては、手術の進行上当然の対応であっても、チーム全員が同じ認識とは限らないことを念頭に置き、各ステップでの確認を怠らないことが重要である。そして、術後にX線撮影を行った場合は、ドレーンの位置だけでなく、患者に挿入されているチューブ・カテーテル類の走行を見て、胃管等の屈曲や切断などがいないか確認する必要がある。

今回報告された事例では、事例に関わった職種に「看護師」が記載されていたのは1件だけであった。これは、術中操作として胃管等を抜く場面に手術室看護師が直接関与していなかったためと考えられる。しかし、消化器手術において、胃管等を巻き込んで吻合・縫合した事例が発生していることから、手術室看護師を含むチーム全体でそのリスクを共有し、同様の事例の発生を防止する方策について検討することは重要である。

図表 I - 5 胃管等を巻き込んで吻合・縫合したことに気付いた時期と契機

気付いた時期	気付いた契機	件数	
自動吻合器などの作動直後	切離断面に胃管やEDチューブを認めた。	6	15
	麻酔科医に胃管の抜き差しを依頼したところ、抵抗があると報告があった。	4	
	切離した腸管の内腔を確認したところ、本来ないはずの胃管があった。	3	
	不明	2	
抜管直前	胃管を抜去しようとしたところ、抜けなかった。	1	
麻酔覚醒時		1	
術後1日目		3	
術後2日目		1	
術後4日目	術後、イレウス管からの排液がなく、注水もできないため、腹部X線撮影・下部消化管内視鏡検査・イレウス管造影を行ったところ、腸管の吻合部にイレウス管が縫合されていることがわかった。	1	
	イレウス管が抜去できず、X線透視検査をしたところ、吻合部近傍でイレウス管が屈曲していた。	1	
術後14日目	胃管を抜去した際に長さが短いことに気づき、腹部X線検査を行ったところ、肛門側の空腸内に切離された胃管が残存していることがわかった。	1	
合計		24	

(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ため、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。

- ・徐放性製剤であるワントラム錠を簡易懸濁して経管投与した事例
- ・トリクロロールシロップ10%と誤って、粘膜焼灼に使用する25%トリクロロ酢酸を内服させた事例
- ・プライミングが終わっていない輸液ルートに患者に接続し、静脈内に空気が流入した事例
- ・ポータブルX線撮影時に別の患者の受付票バーコードを読み込んだ事例

(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（2025年7月～12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「アレルギーのある食物の提供（医療安全情報No.69）」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) アレルギーのある食物の提供（医療安全情報No.69）

第23回報告書（2010年12月公表）～第26回報告書（2011年9月公表）の個別のテーマの検討状況で、「食事に関連した医療事故」を取り上げ、そのうち第25回報告書（2011年6月公表）では、食事に関する「アレルギーの提供・摂取」の事例を分析した。その後、医療安全情報No.69「アレルギーのある食物の提供」（2012年8月提供）で、患者のアレルギーの情報が伝わっているにもかかわらず、栄養部から誤ってアレルギーのある食物を提供した事例について注意喚起した。その後も、第46回報告書（2016年9月公表）、第67回報告書（2021年12月公表）の再発・類似事例の分析で取り上げた。本報告書分析対象期間（2025年7月～12月）に、類似の事例が9件報告されたため、再び取り上げることにした。

本報告書では、第67回報告書の集計期間後の2021年10月以降に報告された再発・類似事例17件を分析した。事例の概要では、発生段階、登録されていたアレルギー情報と誤って提供した食事、食材の視認の可否と患者の摂取状況、患者への影響などを示し、主な事例を紹介した。さらに、医療機関から報告された事例の背景・要因と再発防止策をまとめて示した。

「調理・調乳」の段階で発生した事例が大半であった第67回報告書に対し、今回報告された事例は「献立作成」から「トレイへのセッティング」に至るまで様々な段階で発生していた。食事が患者に提供されるまでには多くの職員が関わり、複数の確認工程を経ている。しかし、アレルギー

ギーのある食材が元々視認できない形態の場合や調理によって視認できなくなった状態で混入した場合、その発見は難しい。そのため、栄養部を中心に、医療機関内で「献立作成」「食札作成」「調理」「食事形態調整」「トレイへのセッティング」の各工程において、アレルギーのある食材が食事に混入する可能性があることを念頭に確認手順を定め、遵守することが求められる。

事例の背景・要因として、栄養部におけるタイムプレッシャーに言及している事例も複数あった。栄養部では工程に無理がないか見直すとともに、栄養部に食事をオーダーする医師や看護師は食事オーダーの締切時間を遵守するなど、栄養部に過度の負担を強いることのないよう組織全体で協力することも重要である。

今回報告された事例では「トレイへのセッティング」で発生したものが過半数を占め、そのうち「食札の記載の見落とし」が5件あった。報告された医療機関の再発防止策には、食札へのアレルギー情報の表示による情報共有の改善や、メニューへの食材表の添付、調理段階から代替食判別のための食器色の変更といった工夫が挙げられていた。本事業の専門分析班の委員が所属している医療機関では、トレイの色を変えているところもあった。医療機関によってアレルギー情報の照合方法や代替食の確認方法は異なると思われるが、自施設の状況に応じて参考としていただきたい。また、近年、給食の外部委託も増えていると思われる。委託業者ともアレルギーに関する知識を共有し、協力する必要がある。

図表 I - 6 事例の発生段階

発生段階	詳細	件数	
献立作成	アレルギー情報の誤った削除	1	2
	食材の成分表内の禁止成分の見落とし	1	
調理指示書作成	アレルギー対応を要する飲料への指示忘れ	1	
調理	アレルギーのある食材の除去・代替忘れ	3	
食事形態調整	調理後ミキサーにかける際の料理の取り違い	2	
トレイへのセッティング	食札の記載の見落とし	5	9
	献立表の指示の見落とし	1	
	代替メニューと通常メニュー両方のセット	1	
	詳細不明	2	
合計		17	

4 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、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構（PMDA）との共同企画の医療安全情報や、2025年12月に開催した業務工程図研修会などについて掲載した。また、海外への情報発信として、タイ王国の第三者評価運営組織であるHA Thailand（Hospital Accreditation Thailand）の25th HA National Forum/International Hybrid Conferenceや、フィリピン共和国のマニラで開催された第7回閣僚級世界患者安全サミット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。

2025年12月31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。

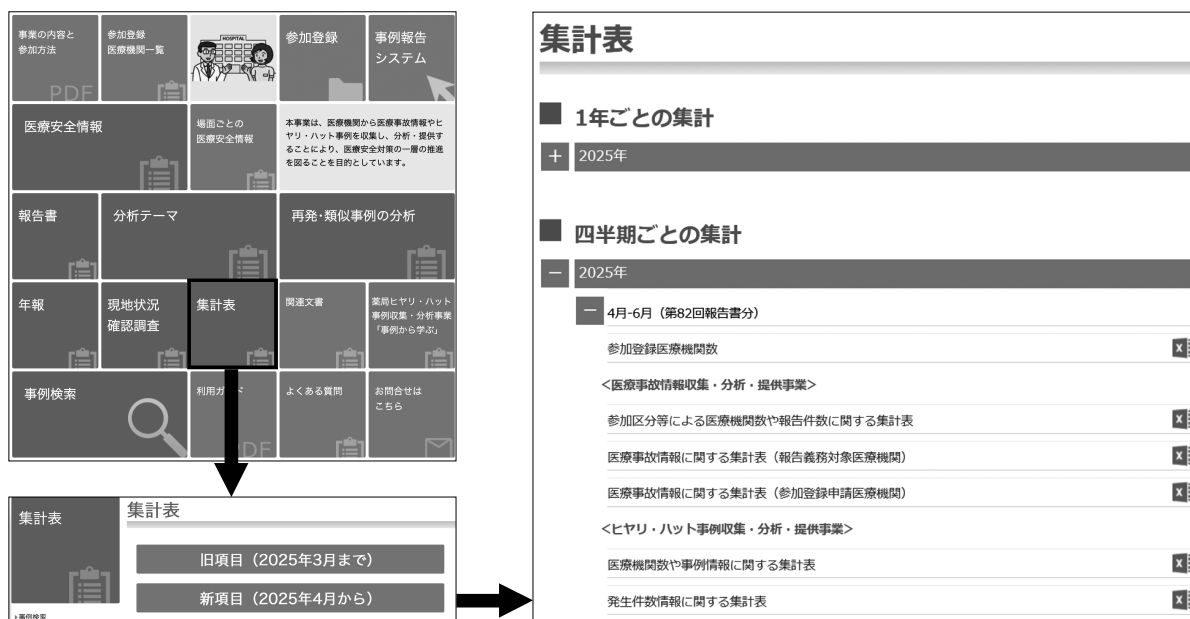
図表Ⅱ－1－1 参加医療機関

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	574	85	396	64	4,084	269	5,054
	任意	参加する	454		311		4,020		4,785	
		参加しない	161		323		—		484	
合計			735		719		4,084		5,538	
			1,454							

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。



【1】参加医療機関

2025年12月31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	29
	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	117
	公立大学法人	9	6
	地方独立行政法人	1	32
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	28
	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	16
	国民健康保険組合	0	0
法人	学校法人	50	26
	医療法人	0	1,560
	公益法人	1	59
	会社	0	12
	その他の法人	0	74
個人		0	2,669
合計		269	4,785

※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

2025年1月1日から同年12月31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

	2025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	406	408	442	390	382	414	467	417	505	617	391	570	5,409
	1,256			1,186			1,389			1,578			
参加登録申請 医療機関報告数	57	44	48	58	43	47	80	78	61	84	47	62	709
	149			148			219			193			
報告数合計	1,405			1,334			1,608			1,771			6,118
報告義務対象 医療機関数	270	270	270	269	269	269	269	269	269	269	269	269	—
参加登録申請 医療機関数	3,760	3,823	3,906	4,170	4,528	4,644	4,712	4,730	4,749	4,766	4,780	4,785	—

【3】報告義務対象医療機関の報告の内容

2025年10月1日から同年12月31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。2025年12月31日現在、報告義務対象医療機関は269施設、病床数合計は135,267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	2025年10月～12月		2025年1月～12月 (累計)	
	件数	%	件数	%
薬剤	185	11.7	499	9.2
輸血	2	0.1	12	0.2
治療・処置	505	32.0	1,844	34.1
医療機器等	50	3.2	179	3.3
ドレーン・チューブ	92	5.8	330	6.1
検査	98	6.2	305	5.6
療養上の世話	474	30.0	1,727	31.9
その他	172	10.9	513	9.5
合計	1,578	100.0	5,409	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	2025年10月～12月		2025年1月～12月 (累計)	
	件数	%	件数	%
死亡	74	4.7	318	5.9
障害残存の可能性がある (高い)	203	12.9	700	12.9
障害残存の可能性がある (低い)	450	28.5	1,659	30.7
障害残存の可能性なし	362	22.9	1,322	24.4
障害なし	434	27.5	1,164	21.5
不明	55	3.5	246	4.5
合計	1,578	100.0	5,409	100.0

※健康被害の程度は、事故の発生及び事故の過失の有無と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。

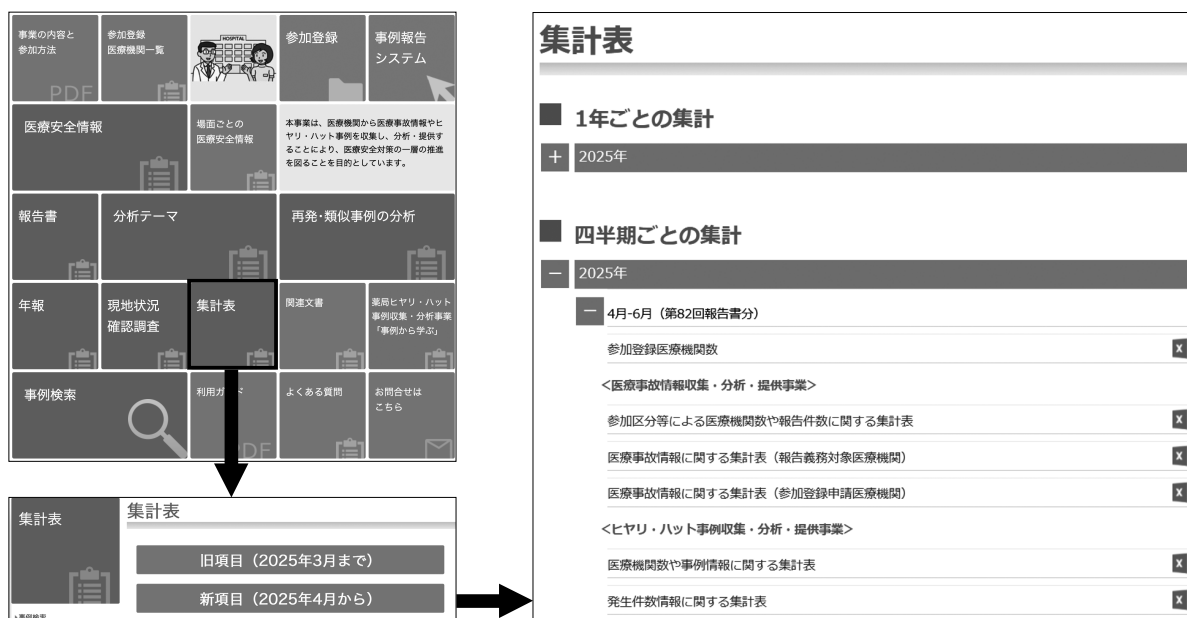
※割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

(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。



【1】参加医療機関

2025年12月31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	29	24
	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	83
	公立大学法人	14	7
	地方独立行政法人	38	17
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	31	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	23	11
	国民健康保険組合	1	1
法人	学校法人	50	33
	医療法人	561	256
	公益法人	57	27
	会社	9	2
	その他の法人	69	28
個人		67	42
合計		1,454	735

【2】 件数情報の報告

2025年10月1日から同年12月31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	106,849
誤った医療行為または管理が患者に実施された	197,186
合計	304,035

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	578	3,750	25,362	52,041	81,731
輸血	78	124	405	1,172	1,779
治療・処置	419	2,109	5,307	8,460	16,295
医療機器等	259	777	2,724	7,023	10,783
ドレーン・チューブ	327	2,695	15,560	13,887	32,469
検査	247	1,323	6,725	16,277	24,572
療養上の世話	729	5,873	20,790	32,143	59,535
その他	345	1,271	7,847	26,030	35,493
合計	2,982	17,922	84,720	157,033	262,657

報告医療機関数	642
病床数合計	236,915

【3】事例情報の報告

(1) 報告件数

2025年1月1日から同年12月31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

	2025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	4,108	1,290	1,068	774	436	587	1,611	993	290	2,125	344	1,314	14,940
	6,466			1,797			2,894			3,783			
事例情報報告参加医療機関数	716	717	722	723	723	728	731	733	733	734	735	735	－

(2) 報告の内容

2025年10月1日から同年12月31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。2025年12月31日現在、事例情報報告参加医療機関は735施設、病床数合計は221,030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	2025年10月～12月		2025年1月～12月 (累計)	
	件数	%	件数	%
薬剤	1,420	37.5	5,326	35.6
輸血	24	0.6	81	0.5
治療・処置	210	5.6	806	5.4
医療機器等	150	4.0	629	4.2
ドレーン・チューブ	392	10.4	1,724	11.5
検査	464	12.3	1,611	10.8
療養上の世話	915	24.2	3,750	25.1
その他	208	5.5	1,013	6.8
合計	3,783	100.0	14,940	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。

2025年4月からの新しい報告項目の導入に伴い、「誤った医療行為または管理の実施の有無」と「仮に患者への影響が大きくなった場合の事例の程度」については、累計を2025年4月からとしている。

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	2025年10月～12月		2025年4月～12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	1,263	33.4	3,189	37.6
誤った医療行為または管理が患者に実施された	2,520	66.6	5,285	62.4
合計	3,783	100.0	8,474	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	2025年10月～12月		2025年4月～12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	41	1.1	80	0.9
濃厚な治療・処置が必要であったと考えられる	241	6.4	567	6.7
軽微な治療・処置が必要であったと考えられる	1,245	32.9	2,646	31.2
治療・処置は不要であったと考えられる	2,256	59.6	5,181	61.1
合計	3,783	100.0	8,474	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（2025年7月～12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、「クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例」を取り上げ、2025年4月～9月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例」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、「消化器手術時に胃管等を巻き込んで吻合・縫合した事例」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】クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例

クリニカルパス／クリティカルパス（以下、パスとする）は、業務や質を管理するツールであり、1990年代に米国から日本に導入された。米国ではcritical pathways、care pathways、coordinated care plans、integrated care pathwaysなど、様々な呼称があり、日本においても主に上記2つの呼称が使用されている。パスは製造業で開発された手法であり、医療においてもその中心概念は「標準化」、「可視化による明示」、「工程上の不具合の発見とその改善」とされている¹⁾。パスの適用によって、業務が明確化されること、多職種が共通の治療計画を共有できることは、医療事故の防止にも有用である。

一方、本事業には、パスを適用中に個別の患者の状態に適していない薬剤を投与した事例や、パスに組み込まれていなかったことから適切なケアが提供されなかった事例などが報告されている。パスに関連した医療事故情報やヒヤリ・ハット事例に着目し、背景・要因や再発防止策を共有することは、医療機関においてパスをより安全に運用するために重要である。そこで、2025年4月～9月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例」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、第83回報告書では、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の概要を整理し、その中から薬剤に関連した事例について分析を行った。本報告書では、パスの内容に関する事例の中から食事・経管栄養・飲水に関連した事例、検査に関連した事例について分析する。また、パスの運用に関する事例の中からパスの選択・入力に関連した事例を取り上げる。

(1) 報告状況

1) 医療事故情報

2024年1月～2025年9月に報告された医療事故情報の中から、キーワード「パス」を含む事例を検索した。検索された事例の内容を精査し、パスに関連して発生した事例を対象とした。パスを適用していたこととは直接関係のない患者間違いや術後合併症などの事例は対象に含めないこととした。対象とする事例は44件であった。

2) ヒヤリ・ハット事例情報

2025年4月～9月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例」を収集した。収集した事例のうち、医療事故情報と同様に、パスに関連して発生した事例を対象としたところ、対象事例は53件であった。

3) 事例の分類

事例の分類を示す。本報告書では、パスの内容に関する事例とパスの運用に関する事例に分けて分析を行った。

図表Ⅲ－１－１ 事例の分類

事例の分類		医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例	合計
パスの内容に関する事例	薬剤	12	14	26
	食事・経管栄養・飲水	5	15	20
	検査	6	7	13
	観察・モニタリング	7	2	9
	安静度・リハビリテーション	4	3	7
	処置	3	4	7
	看護指示・記録	2	0	2
パスの運用に関する事例	パスの選択・入力	4	8	12
	患者への説明	1	0	1
合計		44	53	97

(2) パスの内容に関する事例

パスの内容に関する事例のうち、報告が多かった「食事・経管栄養・飲水」と「検査」に関する事例を取り上げ、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を併せて分析する。また、その他の主な事例を紹介する。

1) 食事・経管栄養・飲水に関する事例

①事例の分類

食事・経管栄養・飲水に関する医療事故情報5件、ヒヤリ・ハット事例15件について、事例に記載された内容から以下のように分類した。

医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を合わせると、「食事を中止する患者への食事の提供」が9件と最も多かった。また、医療事故情報では「摂食・嚥下機能の評価の不足」が多かった。

図表Ⅲ－１－２ 食事・経管栄養・飲水に関する事例の分類

内容	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例	合計
食事を中止する患者への食事の提供	2	7	9
摂食・嚥下機能の評価の不足	3	0	3
食事開始・中止時期の間違い	0	3	3
術前飲水可能時間の変更への対応の遅れ	0	2	2
患者が希望していない食物の提供	0	2	2
食種を選択間違い	0	1	1
合計	5	15	20

②事例の内容

食事・経管栄養・飲水に関する主な事例の内容と専門分析班の議論を紹介する。

図表Ⅲ－１－３ 食事・経管栄養・飲水に関する事例の内容

No.	区分	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
食事を中止する患者への食事の提供				
1	医療事故情報	患者は甲状腺腫瘍の術前の血糖コントロール目的で内分泌内科の病棟に入院し、手術となった。耳鼻咽喉科より、頸部手術パスの指示が出ており、手術当日の朝から食止めになっていた。内分泌内科からは、手術当日朝インスリンアスパルトBS注2単位を食前に投与する指示と、昼より食止めの指示が出ていた。担当看護師は、リーダー看護師との確認ができておらず、患者に朝食を摂ってよいと伝えてしまった。手術室入室時の申し送りで最終食事時間を確認した際、朝食を摂取したことがわかった。手術を午後に遅らせることになった。	<ul style="list-style-type: none"> 耳鼻咽喉科医師が手術日を選定したが、内分泌内科医師とコミュニケーションが取れていないか不明である。 耳鼻咽喉科から手術に関する指示がパスで出ており、手術当日の朝から食止めになっていたが、内分泌内科からは朝食前のインスリン投与と昼から食止めの指示が出ていた。 食事がオーダーされていたため、担当看護師は患者に朝食を摂ってよいと伝えてしまった。 担当看護師は、手術はオンコールの2例目と確認しており、朝食を摂ることに疑問に感じたが、耳鼻咽喉科の病棟ではなかったため手術時間の見当がつかなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 併診科など複数の診療科からの指示に対して、確認を十分に行う。 通常指示で動いている途中でパスの適用となった際、指示に変更はないか確認する。
専門分析班の議論				
<p>○本事例では、患者が内科系病棟に入院していたため、病棟のスタッフは手術当日朝から食止めにするなどの知識が十分でなかった可能性がある。しかし、手術に慣れていない内科系病棟だからこそ、正確な指示出し／指示受けをすることが重要である。</p> <p>○パスに食事オーダーを組み込むか否かは医療機関によって異なり、禁食のみをパスに組み込み、食事が提供されないようにしている医療機関もある。自施設のパスの内容や仕組みを把握しておくことも必要である。</p>				
2	ヒヤリ・ハット事例	上腕骨骨折に対して全身麻酔で整復固定術を行う予定であった。手術前日の夕食摂取後から絶食の指示があったが、食事オーダーが欠食になっていなかった。そのため、手術当日朝、患者に朝食が配膳された。患者は絶食の説明を受けていたが、配膳されたので全量摂取した。	<ul style="list-style-type: none"> 入院日より前にパスの指示を出した場合、未入院の患者に適用することとなるため、「入院後に食事オーダーを適用してください」というメッセージが出る。入院後に改めて食事に関するオーダーを適用するか、食事オーダーを編集し直す必要があるが、今回はその操作をしていなかった。 前年から電子カルテのベンダーが変更となり、パスに関連した操作も変わっているが、医師は細かい設定について理解できていなかった。 手術前日・当日に看護師が食事オーダーを確認することになっているが、今回は確認が漏れていた。 	<ul style="list-style-type: none"> パスに関連した操作の正しい方法について院内に周知する。 看護師も食事オーダーの権限があるので、看護師による欠食オーダーの確認と修正を周知・徹底する。
専門分析班の議論				
<p>○電子カルテが変更になった際は、パスの指示の入力操作などについて院内で周知されていると思われるが、事例からは職員の理解が必ずしも十分ではないことがうかがえる。</p> <p>○パスに組み込まれている食事オーダーの仕様は電子カルテシステムのベンダーによって異なるが、非常に複雑なものが多く、課題となっている。</p>				

No.	区分	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策	
摂食・嚥下機能の評価の不足					
3	医療事故情報	<p>患者は8日前、呼吸状態の悪化により施設から救急搬送され、心不全の増悪の診断で入院となった。患者は高度房室ブロックのため、ペースメーカーが植え込まれていた。精査の結果、両心室ペースメーカーにアップグレードし、心室再同期療法を行うことになった。当日、手術開始時よりプロポフォールで鎮静を行ったが、安静が保てなかったため、何度かフラッシュを行い、手術終了までに20.33mLを投与した。18時25分にHCUに帰室した際、意識レベルはクリアで、受け答えもできた。18時45分、担当看護師はベッドを90度にギャッチアップした。患者の意識レベルはクリアであり、食事摂取が可能と判断したため、配膳してその場を離れた。18時47分、SpO₂ 77%を確認したため、担当看護師が訪室した。患者は顔面蒼白で声掛けに反応がなかった。応援を呼び、吸引を行ったが引けず、SpO₂は徐々に50%台まで低下した。主治医に連絡し、18時49分、酸素投与とバグバルブマスクで換気を開始した。18時53分、主治医が到着し、頸動脈触知不可であったため、心臓マッサージを開始した。18時57分、病棟にいた医師が気管挿管を実施した際、咽頭部に米粒の塊があり、マギール鉗子で除去した。19時02分、自己心拍が再開した。19時06分、SpO₂が低下傾向になったため、気管挿管をし直した。その際、6cm程の肉片が見えたため、再度マギール鉗子で除去した。再挿管後、SpO₂は99%まで上昇した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 入院時、看護師は窒息・誤嚥スクリーニングシートで評価をしていなかった。 入院時のデータベースでは、嚥下機能に問題なく、食事に制限はないことが記載されていたため、常食を提供した。 患者は、術後、血管造影室では会話可能であった。 看護師は、帰室20分後に患者が覚醒していることを確認し、配膳した。 パス上も、帰室後覚醒していれば食事摂取可能な指示となっていた。 看護師は、ベッドを90度にギャッチアップし、自己摂取できるようにセッティングした。 術後、嚥下評価をしないまま、食事摂取を開始した。パスでは、飲水テストなどをすることにはなっていなかった。 常食はおにぎりと豚肉のソテーであったが、豚肉は6cm×3cm程の大きさであり、硬めであった。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院時に、窒息・誤嚥スクリーニングシートのチェックを実施し、評価する。 血管造影室などで鎮静剤を使用する手術や検査の後は、帰室後2時間は禁食とし、飲水テストなどを実施し、嚥下に問題がないことを確認してから食事の可否を判断する。 提供する食事の肉は、ジャカードを両面に行い、少し小さめにカットし、高齢者でも摂取しやすいように工夫する。 	
		専門分析班の議論			
		<ul style="list-style-type: none"> ○本事例で使用していたパスでは「帰室後覚醒していれば食事摂取可能」という記載であったが、「覚醒している」とはどういう状態かを具体的に示すとよい。 ○全身麻酔や鎮静の後に飲水テストを行うことは一般的であるが、「当たり前」のことはパスに組み込まれていない場合があることに留意する必要がある。 ○例えば「帰室1時間後に飲水テストを行う」をパスに組み込むことも一案である。 ○本事例ではギャッチアップ90度で食事摂取を開始しているが、鎮静後は誤嚥の可能性も考慮して、ベッド上で嚥下しやすい体勢を指示に組み込んでおくとうい。 			

2) 検査に関する事例

①事例の分類

検査に関する医療事故情報6件、ヒヤリ・ハット事例7件について、事例に記載された内容から以下のように分類した。

図表Ⅲ－1－4 検査に関する事例の分類

発生段階	内容	医療事故事故	ヒヤリ・ハット事例	合計
指示	指示の未実施	3	0	3
	日付間違い	0	2	2
	不要な検査指示	0	2	2
	指示の遅れによる採血管準備間違い	0	1	1
指示受け	指示受け漏れ	1	1	2
	パス中止後の不要な血糖測定の継続	0	1	1
結果の確認	検査結果の未確認	2	0	2
合計		6	7	13

②事例の内容

医療事故情報の報告が多かった「指示の未実施」の主な事例の内容と専門分析班の議論を紹介する。

図表Ⅲ－１－５ 検査に関する事例の内容

No.	区分	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
指示の未実施				
1	医療事故情報	<p>乳腺内分泌外科に入院中の患者は、23時に定期的なマイスリー1錠を内服した。2時35分、物音がしたため看護師が訪室したところ、患者が個室のトイレの前で倒れていた。患者は明らかな外傷は見られないが、ふらつきが強く、ろれつが回っていない状態で、打撲した頭部の疼痛を訴えていた。リーダー看護師が外科当直医師（整形外科）と夜勤師長に、患者が転倒して頭部を打撲したことを電話で報告した。看護師は医師にCT撮影について確認したが、医師からはCT撮影の指示はなく、転倒転落パスで経過観察するよう指示を受けた。4時10分、患者の左側頭部が腫脹しているのを発見し、再度外科当直医師に電話で報告した。看護師はCT撮影について再度確認したが、医師の指示はなく、経過観察の指示を受けた。8時、病棟巡視にきた夜勤師長に頭部の腫脹について報告し、夜勤師長とともに患者の観察を実施した。8時20分、乳腺内分泌外科の回診の際、深夜の転倒とその経過について報告した。主治医の診察後、頭部CT撮影を行い、頭部の皮下血腫と外傷性くも膜下出血を確認した。この時、患者は意識清明であり、明らかな神経脱落症状はなかった。8時32分、主治医から脳外科へコンサルトしたところ、明日の退院は延期し、MRI検査が追加となった。8時42分、MRI検査を行ったところ、出血範囲は限定しており、保存的に経過観察することになった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時、看護師は患者の眠剤による幻覚や異常行動、自宅での転倒歴などの情報を得て記録していたが、注意が必要な情報として認識できていなかった。 ・医師、薬剤師など多職種で患者の情報を共有できておらず、入院後も薬剤を継続してよいかどうか判断ができていなかった。 ・転倒転落アセスメントが適切にできておらず、リスクを予想した予防対策が立案できていなかった。 ・院内の転倒転落発生時のマニュアルに基づく行動がとれていなかった。 <ol style="list-style-type: none"> 1) 医師は患者に頭痛の症状があることは知っていたが、バイタルサインに異常がないことから経過観察でよいと判断した。 2) 医師は転倒転落初期対応フローチャートを十分に理解していなかった。 3) 看護師は転倒転落パスにおいて、頭痛の症状があるときはCT撮影が必要であることを知っていたが、医師の指示に従うしかないと考えた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院前の生活状況や睡眠状況などを、看護記録と患者コメントに記録し、多職種で共有できるようにする。 ・薬剤による副作用がある、または疑われたなどの情報を得たら、多職種でカンファレンスを行い、医師や薬剤師と薬剤剤について検討する。 ・転倒転落アセスメントシートに基づく評価が正しく行われているか、受け持ち看護師以外の他者が看護記録を見て内容や評価時期について評価する。 ・転倒転落発生時は、転倒転落初期対応フローチャートを確認し、医師や看護師長に報告する。 ・医師の指示が転倒転落パスに則っていない場合は、根拠を確認し、その後の対応について具体的な指示を医師に確認する。 ・医師は転倒転落の報告を受けたら必ず診察し、判断根拠やその後の対応を診療録に記載する。 ・転倒転落初期対応フローチャートと転倒転落パスの内容を見直し、頭部打撲がある、または疑われた場合のCT撮影の基準を明確にする。
専門分析班の議論				
<p>○当該医療機関には転倒・転落に関するパスとフローチャートがあるようだが、両者の内容に齟齬があったために理解が難しく、対応が遅れた可能性も考えられる。</p> <p>○転倒・転落のパスは、例えば「次の5つの症状のうち1つでも該当する場合はすぐにCT撮影を行う」などのように明確に記載すると、誰が見ても共通の認識を持つことができる。</p>				

No.	区分	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
2	医療事故情報	<p>患者は右乳癌再発で当院を紹介受診し、肝生検目的で入院した。肝生検実施から2時間後、看護師が圧迫を解除した。夕方の安静解除後、トイレ歩行時に失禁、冷汗、血圧低下を認めた。主科の医師（レジデント）へ報告し、補液と下肢挙上で改善したため経過観察となった。この際、採血や腹部超音波検査などは行われず、迷走神経反射と診断された。その6時間後、患者は背部痛、気分不良を訴え、血圧低下があった。内科医師が腹部超音波検査を実施したところ腹水を認め、緊急造影CT撮影を行った。肝臓内の血腫および肝表面の腹水貯留を認めた。CT撮影後に意識障害が出現し、ショックとなり、ICUに入室した。貧血の進行、凝固異常があり、出血性ショックと考え、RBC・FFP輸血、補液、ノルアドレナリン投与を行った。出血性ショックに対して緊急IVRを施行したが、その時点では出血点は認められなかった。これらの状況について管理当直、外科医師と相談し、ICU帰室後に全身状態を管理しながら引き続き慎重に経過を観察することとなった。</p>	<p>・患者は、転移性肝腫瘍の影響により、凝固能が軽度延長していた。 ・検査の適応と生検時の状況の確認が必要であり、院内事例検討会を開催した。 【処置実施の可否について】 [主科] 入院前の採血で凝固能が軽度延長していたが、患者にとって検査をするメリットの方が上回っていた。 [放射線診断科] PT-INRの値からは、主科同様、検査を止める理由は特段認めなかった。これらの背景から、処置実施については問題なかったと判断した。 【処置中の状況】 [放射線診断科] 処置前の表面麻酔時に皮膚の膨隆を認め、少し圧迫したところすぐに止血されたため本穿刺へ移行した。出血持続などのエピソードはなく問題なく終了した。これらの背景から、処置は問題なく終了したと判断された。</p>	<p>・通常、肝生検は1泊2日の入院で、入院当日の血液検査は結果が肝生検に間に合わないため行わないことが多かったが、不安な場合は2泊3日の入院とし、血液検査の結果を確認してから肝生検を行うようにする。 ・各診療科で作成したパスを使用していたが、共通した治療などは院内で統一したパスを活用できるようにする。肝胆膵内科のパスに合わせて肝生検のパスを見直し、患者の状態変化時には採血・腹部超音波検査などを実施するよう指示内容に入力する。 ・今回の事例を院内で周知し、IVRを実施した場合においても患者の急変時や出血などの際に外科医への相談を行うことを内科医に共有する。</p>
		<p>【処置後急変時の対応】 [主科] 肝生検後の病態としてアセスメントする必要があった。処置中問題なく終了していたこと、補液と下肢挙上のみで血圧が戻ったことなどから迷走神経反射と判断しており、出血を疑ったアプローチがされなかった。結果的に6時間後に出血で急変となっているため、初回に倒れた段階で、採血や腹部超音波検査を行うべきであった。また初回の迷走神経反射と判断したエピソードに関し、スタッフ医師へは報告がされなかったため、報告体制にも課題があった。 [放射線診断科] 処置後の回診時には問題なかった。急変後のIVRは動脈性の出血があるかないかの確認であり、その後、外科的処置が必要かどうかについて、議論がされなかった。 これらのことから、夕方倒れた時点でじわじわと出血していたことが推測される。ここで採血や腹部超音波検査などを行っていれば何らかの出血の診断に繋げることができた可能性はある。 ・これらの状況から、今回の事例は肝生検として行った処置や急変してからの処置に問題はなく、最初の歩行時に倒れたエピソード時点でのスタッフ医師やIVR医師への報告ができていなかったことに課題があると考えられる。肝生検による出血は想定できることであり、共有して振り返るべき事例である。</p>		
		<p>専門分析班の議論</p> <p>○再発防止策に、パスの内容を見直し、患者状態変化時には採血・腹部超音波検査などを実施するように組み込むことが挙げられているが、パスにないから行わない、パスにあるから行う、という問題ではなく、患者の状態によって必要時に検査を行うのは診療の基本である。</p> <p>○本事例では凝固系の検査結果が軽度延長していたとあり、パスの適用から除外してもよかったかもしれない。そのためには、バリエーションになる基準を決めておくことも重要である。</p> <p>○医療事故の再発防止に向けた提言第11号「肝生検に係る死亡事例の分析」²⁾において、提言4【肝生検後の観察】に「肝生検後の腹痛、嘔気・嘔吐、発熱、不穏などの症状は、出血が原因である可能性を考える。」と記載されていることから、これらの症状をパスの観察項目に入れておくことも有用である。</p>		

3) その他の事例

パスの内容に関する事例の中から、「観察・モニタリング」と「安静度・リハビリテーション」に関する事例の内容を専門分析班の議論とともに紹介する。

図表Ⅲ-1-6 その他の事例の内容

No.	区分	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策	
1	医療事故情報	観察・モニタリング			
		<p>縦隔内甲状腺腫に対し、甲状腺全摘術を実施した。閉創前に昇圧薬を投与し、入院時血圧と同程度までの昇圧を行い、術野での止血を確認した。手術時間は3時間43分、出血量は178mLであった。17時30分頃病棟へ帰室した。翌日1時30分頃から痰の出しづらさでナースコールがあり、15分程度毎に吸引を繰り返し実施した。SpO₂は90%台後半を維持していたが、頸部全体の腫脹を認め、吸引が頻回でもあることから、看護師は2時37分に当直医師に診察を依頼した。医師到着を待っていたところ、SpO₂が30%台まで低下したため、2時41分、院内緊急コールを行うと同時に、看護師は胸骨圧迫を開始した。2時44分、到着した麻酔科医師が経口気管挿管を行い、バグバルブマスクによる換気を開始した。アドレナリン0.1mgを投与後、2時47分にはSpO₂は94%まで上昇し、2時50分には自発呼吸および大腿動脈触知を確認した。術後血腫による気道閉塞と診断し、集中治療室（ICU）へ入室となった。4時8分、手術室入室となり、開創止血術を実施した。</p>	<p>【患者要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高血圧症があり、降圧薬を内服していた。 ・普段は収縮期血圧110mmHg台にコントロールされていたが、入院直後は140mmHg台を示すなど、容易に変動する傾向があった。 ・術中の止血確認では昇圧薬を投与して140mmHg以上に昇圧を行ったが、術後、病棟では最大160mmHg前後まで血圧上昇が見られた。 <p>【出血リスクの予想】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・術中所見としては易出血性を認めず、創部閉鎖前に止血が確認され、主治医は術後出血のリスクが高いとは予想していなかった。 ・通常の術後観察指示の他に観察を強化するような指示は追加していなかった。 <p>【気道狭窄の徴候の把握】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ドクターコールとなる1時間ほど前から、痰の出しづらさの訴えが繰り返しあり、15分毎に吸引を行っていた。 ・大柄な体格の患者であり、頸部腫脹を認識するまでにやや時間を要した。 	<p>【パスに掲載する術後観察指示の見直し】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本事例はパス適用事例であったが、術後観察指示は血圧やSpO₂などバイタルサイン基準値をもとにした定型的な数値の指示のみであった。 ・頸部手術に起因する気道狭窄・窒息事例においては、SpO₂は窒息直前まで保たれることが知られており、気道狭窄の徴候（呼吸回数増加、頸部腫脹、息苦しさなど）の早期把握が重要となることから、本事例適用パスの術後観察指示に症状・所見に関する観察指示項目を追加した。 <p>【頸部手術に起因する気道狭窄時への対応の院内教育】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全職員を対象とした医療安全研修（e-learning）において、医療事故調査・支援センターの医療事故の再発防止に向けた提言第16号「頸部手術に起因した気道閉塞に係る死亡事例の分析」の内容を取り上げた。 ・気道閉塞の危険性、術後の呼吸の観察、術後の症状と頸部の観察を中心に解説を行い、病棟で不安を感じた際には早期にラピッドレスポンスチームに相談することを周知した。 	
専門分析班の議論					
<p>○再発防止策にあるように、医療事故の再発防止に向けた提言 第16号「頸部手術に起因した気道閉塞に係る死亡事例の分析」³⁾が公表されている。提言3【術後の症状と頸部の観察】では、「頸部術後は『頸部腫脹』の有無とともに、気道狭窄の徴候として『息苦しさ』、『痰のからみ』、『飲み込みにくさ』、『創部痛の増強』などの訴えや、『頻繁な体位変換』や『不穏状態ともとられる体動』などを観察する。」と記載されている。提言4【術後の報告基準の明示と対応】では、「医師は、頸部術後の気道狭窄の徴候について、観察項目と報告基準を明確に指示する。医療機関は、頸部術後を担う医療チームが気道狭窄の徴候に迅速な対応ができる体制を作る。」と記載されている。</p> <p>○頸部の手術後は気道狭窄の徴候の早期把握が重要であり、提言3の観察項目をクリティカルインディケーターとしてパスに組み込んでおくとい。</p> <p>○パスの観察項目でこれらの徴候が「あり」になると、看護師が詳細に記録するため、さらに観察して思考することにつながり、アセスメントや対応がより適切に行えるようになるのではないかと。</p>					

No.	区分	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
2	ヒヤリ・ハット事例	<p>患者は婦人科手術のため入院した。手術は入院翌日の午後オンコールの予定であった。手術当日の朝、夜勤看護師がバイタルサインを測定し、体温は、37.4℃であった。夜勤看護師から日勤看護師に「寒そうにしていたので下着は着たままにしています」と申し送りがあった。指示コメント（パス指示）にはバイタル1検の指示があったため、その後、日勤看護師は検温をしていなかった。12時30分に手術室へ出棟するよう連絡があり、準備をして手術室へ向かった。入室後、酸素吸入を開始すると湿性咳嗽を認め、SpO₂ 92-95%、体温39.0℃であったため、手術は中止となった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 腹腔鏡手術のパスを使用中で、パスの指示は手術当日もバイタルサイン測定は1検であった。 朝、夜勤看護師がバイタルサインを測定しているため、日勤看護師は測定しなかった。 パスには、手術室へ出棟する前のバイタルサイン測定の指示はなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 指示コメントやパスの指示があっても、患者の処置や検査などがある場合はバイタルサイン測定が必要となることもある。看護師の知識不足もあるため教育、指導が必要である。 必要であれば、パスの指示を見直し、追加していく。
		<p>専門分析班の議論</p> <p>○パスの問題ではなくアセスメントの問題であると考えられる。再発防止策の一つにパスの指示の見直しが挙げられているが、より本質的な対策の検討が必要である。</p> <p>○患者の状態が変化するなど、想定外のことはいくらかでも起こり得ることであり、パスに組み込まれていなくても状況に応じて対応することが医療である。</p>		
<p>安静度・リハビリテーション</p>				
3	ヒヤリ・ハット事例	<p>患者は、高位脛骨骨切り術パスが適用され、変形性膝関節症に対して高位脛骨骨切り術・半月板縫合術が実施された。術後8日目の土曜日、理学療法士によるリハビリテーションは休みであったため、指示にある「術後3日目CPM開始」に基づき、膝屈曲80°に設定し、1回屈曲した。患者より、「先生から、まだ曲げないと言われたのですが、もういいんですね。」と反応があったため、一旦中止した。電子カルテの記録を確認したところ、術後2週間はニーブレース固定、屈曲は不可であることがわかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 半月板縫合が実施されていたため、2週間はニーブレース固定が必要であったが、高位脛骨骨切り術パスが適用されていた。 「術後3日目CPM開始」の指示の削除、もしくはバリエーションによるパス中止がされていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> パスの適用基準を周知する。 バリエーション発生時のパス中止・中断を医師、看護師で協議する。 パス続行の場合は、不必要な指示を中止する。
		<p>専門分析班の議論</p> <p>○本事例では高位脛骨骨切り術に半月板縫合術が追加されているので、本来なら高位脛骨骨切り術パスを適用しないか、適用するなら指示を修正する必要があったと思われる。</p> <p>○当初の予定と異なる術式になった場合は、どこかのタイミングでパスの中止を検討する必要がある。</p> <p>○看護師が適用基準/除外基準や観察項目をチェックして、当該患者は適用の対象ではないと気付いたら医師に伝えることも重要である。</p>		

(3) パスの運用に関する事例

パスの運用に関する事例13件のうち、報告が多かった「パスの選択・入力」に関する事例を取り上げて分析する。

1) パスの選択・入力に関する事例

パスの選択・入力に関する医療事故情報4件、ヒヤリ・ハット事例8件について、事例に記載された内容から以下のように分類した。このうち、報告が多かった「選択・入力の間違い」に関する事例を分析する。

図表Ⅲ－1－7 事例の分類

分類	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例	合計
選択・入力の間違い	4	5	9
入力の遅れ	0	3	3
合計	4	8	12

① 選択・入力の間違いに関する事例

パスの選択・入力の間違いの内容を発生段階ごとに整理して示す。手術に関連した事例が多く、パスの選択、左右の入力、関連する文書の選択といった様々な段階で事例が発生していた。

図表Ⅲ－1－8 選択・入力の間違いの内容

発生段階	内容		件数
パスの選択	手術	・ACL再建術パスを適用するところ関節鏡下半月板手術パスを適用した。	4
		・黄斑前膜パスを適用するところ白内障パスを適用した。	
		・アデノイド切除術の予定であったが扁桃摘出術パスを適用した。	
化学療法	・CDDP投与のパスを適用するところ他の薬剤のパスを適用した。		
左右の入力	手術	・術側の左右を誤ってパスに入力した。	3
関連する文書の選択	手術	・開腹手術の予定であったが、患者に腹腔鏡下手術のパスを渡した。	2
		・開腹手術パス適用であったが、腹腔鏡下手術パス用の申し送り用紙を使用した。	

②事例の内容

パスの選択・入力に関する主な事例の内容と専門分析班の議論を紹介する。

図表Ⅲ－１－９ パスの選択・入力に関する事例の内容

No.	区分	事例の内容	事例の背景・要因	再発防止策	
パスの選択					
1	ヒヤリ・ハット事例	入院して化学療法を受ける患者にCDDP投与のパスを適用すべきところ、他の薬剤のパスを適用した。化学療法の注射薬の処方パスとは連動していないため、正しい薬剤が投与されたが、ハイドレーション目的の経口補水液摂取の説明や体重測定などの指示が抜けており、実施されていなかった。看護師が経口補水液の摂取状況を確認した際、他の薬剤のパスを適用していたことが判明した。	<ul style="list-style-type: none"> 今回の入院は2コース目であった。初回入院時、今回誤って適用したパスを選択したが、入院直後に適用外であることが判明し、投与する薬剤が変更となった。その際、パスは変更せず、指示の追加や修正で対応した。 今回の入院時に、医師はCDDPの治療方針であることは理解していたが、前回と同じパスを適用してしまった。 医師は、パスの修正は複雑になるため行わなかった。 1コース目は薬剤師による指導があったため、経口補水液の摂取などの説明が行われたが、2コース目では説明がされなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師は、パスを適用する際に正しい内容であるかを確認して決定する。 看護師は、化学療法のレジメンとパスの内容が不一致の際には医師に確認する。 	
		専門分析班の議論			
		<ul style="list-style-type: none"> ○化学療法のレジメンとパスは別のシステムであり、両者は連携していないことが多い。 ○医師が今回の化学療法とは異なるパスを適用しても修正を行わなかった背景として、パスの内容を正しく理解していなかった可能性も考えられる。 			
左右の入力					
2	ヒヤリ・ハット事例	患者は右ERM（黄斑上膜）手術＋右白内障手術予定で入院した。継続指示と手術申し込みでは術眼は右になっていたが、パスには左と記載があった。	<ul style="list-style-type: none"> 入院準備時に看護師が継続指示、手術申し込み、パスを確認したところ、左右間違いを発見した。 	<ul style="list-style-type: none"> 継続指示、手術申し込み、パスの術眼間違いがないか確認する。 術眼間違いがある場合は、医師に指示入力の変更を依頼する。 修正入力ができない場合は、医師から手術室に直接連絡をして術眼の訂正をするよう依頼する。 医師に左右間違いの多さを伝える。 	
		専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ○事例1とも共通する課題として、継続指示、手術申し込み、パスが連動していないため、それぞれについて左右が正しいか確認が必要となっている。このような状況は多くの医療機関で見られるのではないか。 ○システムで情報を連携し、人の目による確認を減らすことが期待される。 					

No.	区分	事例の内容	事例の背景・要因	再発防止策	
関連する文書の選択					
3	医療事故情報	<p>申し込み術式は「開腹」であったため、子宮鏡手術と開腹の器械を準備していた。手術室入室時の安全チェックでフローに沿って確認を行い、術式確認の際に執刀医は「子宮鏡と開腹です」と言った。同意書を確認すると、「腹腔鏡下筋腫核出術」と記載されていた。執刀医に確認し、カルテなどを再確認したうえで、同意書通り腹腔鏡で手術を行うこととした。執刀医は、患者に腹腔鏡下手術の説明を行ったが、開腹手術と勘違いしていた。また、入院時に患者に渡していたパスは腹腔鏡下手術、電子カルテのパス入力も開腹手術であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・執刀医は、患者に腹腔鏡下手術の説明を行ったが、開腹手術と勘違いしていた。 ・病棟看護師は、看護カンファレンスなどで、患者に渡していたパスは腹腔鏡下手術、電子カルテのパス入力は開腹手術であったことに気付いていたが、主治医に確認せず、修正も行っていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師長は、入院前情報の確認時や入院時に、説明同意文書、入院診療計画書、カルテ登録画面の整合性が取れているか確認する。 ・医療事故カンファレンスで、パス入力の間違いなどから誤った術式で手術を実施してしまう可能性があることをスタッフへ意識付ける。 	
		専門分析班の議論			
		<p>○現状では、手術同意書、手術申し込み、適用するパス、患者へ渡す書類の4点が独立していることが多い。基準となるものを一つ決めて、その情報が他のものにも反映される仕組みがあるとよい。どのベンダーの電子カルテにもそのような仕組みが搭載されることが望まれる。</p>			

(4) クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例のポイント

専門分析班で議論した内容をもとに「クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例のポイント」をまとめて示す。

- 「看護師はパスの指示内容に違和感を覚えたがそのまま実施した」という事例が多い。このような事例はパスに関連しない状況でも発生しているが、パスに記載されていることで正常性バイアスにより働きやすくなり、「これでよい」と思うてしまう可能性がある。疑問を感じた時には立ち止まって考え、報告や相談、確認をすることが重要である。特に、疑問が解消していない状況での実施は避け、確認ができてから対応することが重要である。
- いくつかの事例からは、「パスに記載がないからやらない」という傾向が見受けられた。想定外のことが起きるのは当然であり、それに対して「パスに記載がないからやらない」のではなく、状況に応じて適切にアセスメントを行い、対応することが医療の本質である。
- 再発防止策として「パスの見直し」を挙げた事例が多く報告されていたが、パスに組み込んだからといって安心してよいわけではない。パスは一つのツールであることを認識し、パスに組み込まれていなくても、患者に必要なことはないか考え、実施することが基本である。
- パスを作成して使用するだけでなく、アウトカム評価を行い、分析結果を踏まえてパスを見直し、改訂するというPDCAサイクルを継続的に回すことが大切である。
- パス以外にもマニュアル、フローチャート、レジメンなど、参照すべき情報が複数存在する場合がある。それらの情報の間に齟齬があると、医療者間で共通の認識を持つことが難しくなり、インシデントが発生する可能性がある。
- パスの選択・入力の間違ひは、手術に関連した事例が多く報告されていた。パスの間違ひは術式や手術部位の間違ひの誘因となり得ることから、正しく選択・入力されているか確認する必要がある。また、類似したパス名が選択間違ひの要因となる場合もあるため、パス名の表記方法をよりわかりやすく工夫することも重要である。
- 医療機関には、パス以外にも手術申し込み、食事オーダーなど、様々なシステムがあり、それぞれが独立して運用されているため、これらの情報が一致しているか人の目で確認している状況がうかがわれる。今後、システム間で情報を連携することが望まれる。
- 電子カルテシステムはベンダーによって仕様が異なり、また、医療機関ごとにカスタマイズされていることが多い。将来的には、搭載内容の標準化が進むことを期待したい。

(5) まとめ

クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例について、2024年1月～2025年9月に報告された医療事故情報44件と、2025年4月～9月に報告されたヒヤリ・ハット事例53件を対象として、2回の報告書に渡って分析を行った。前回の第83回報告書では、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の概要を整理し、薬剤に関する事例を分析した。本報告書では、パスの内容に関する事例のうち、食事・経管栄養・飲水に関する事例と検査に関する事例を分析し、その他の主な事例を紹介した。また、パスの運用に関する事例のうち、パスの選択・入力に関する事例を取り上げて分析した。さらに、専門分析班で議論した内容をもとに「クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例のポイント」をまとめて示した。

食事・経管栄養・飲水に関する事例では、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を合わせると、「食事を中止する患者への食事の提供」が多く、医療事故情報では「摂食・嚥下機能の評価の不足」が多かった。検査に関する事例のうち、医療事故情報では「指示の未実施」が多く、転倒後のCT検査や肝生検後の腹部超音波検査などの実施が遅れた事例が報告されていた。パスの選択・入力に関する事例は、手術に関連した「選択・入力の間違い」が多く、パスの選択、左右の入力、関連する文書の選択といった様々な場面で発生していた。

「クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例のポイント」で示したように、パスに記載されていることだけを行うのではなく、パスは一つのツールであることを認識する必要がある。報告された事例から、パスに過度に依存せず、患者の状態を適切に評価し、状況に応じて対応することが重要であることが改めて示唆された。また、パスは有用なツールである一方で、食事や手術などの他のシステムと連携しておらず、情報の不一致が発生した事例が報告されていた。今後、パスと他の情報との整合性を人の目で確認する必要がないようなシステムの構築が望まれる。

(6) 参考文献

1. 一般社団法人日本クリニカルパス学会 学術・出版委員会監修. 総説クリニカルパス. サイエンス社. 2023年11月.
2. 一般社団法人日本医療安全調査機構. 医療事故調査・支援センター. 医療事故の再発防止に向けた提言 第11号「肝生検に係る死亡事例の分析」(2020年3月公表).
<https://www.medsafe.or.jp/teigen/teigen-11.pdf> (参照2026-1-20).
3. 一般社団法人日本医療安全調査機構. 医療事故調査・支援センター. 医療事故の再発防止に向けた提言 第16号「頸部手術に起因した気道閉塞に係る死亡事例の分析」(2022年3月公表).
<https://www.medsafe.or.jp/teigen/teigen16.pdf> (参照2026-1-20).

【2】消化器手術時に胃管等を巻き込んで吻合・縫合した事例

消化器手術の際、胃の減圧や胃内容物の性状の把握などを目的に、胃管が挿入される。また、患者の状態から、術前に胃管やEDチューブ、イレウス管（以降、胃管等とする）が挿入されている場合もある。消化器手術では、消化管を吻合する際や食道や胃、腸管などを切離して縫合する際、執刀医は挿入されている胃管等を手術操作に干渉しない位置まで麻酔科医に引き抜いてもらう必要がある。

2015年5月に提供した医療安全情報No.102「口頭指示の解釈間違い」で対象となった事例には、執刀医が麻酔科医に胃管を抜いてほしいという意味で「抜いてください」と依頼したところ、麻酔科医は胃の空気を抜くと誤って解釈した事例が含まれていた。

今回、本報告書の分析対象期間（2025年7月～12月）に、ロボット支援食道がん手術の際、通常は食道の切離時に執刀医が麻酔科医に胃管の挿入を浅くするよう声をかけるが、その声かけを失念し、胃管を巻き込んで自動吻合器を使用した事例など、複数の事例が報告された。そこで、消化器手術時に胃管等を巻き込んで吻合・縫合した事例を過去に遡って検索し、分析した。

（1）報告状況

1) 対象とする事例

2020年1月～2025年12月に報告された医療事故情報の中から、キーワードに「術」を全て含み、「吻合 縫合 切」のいずれかを含み、かつ「胃管 経鼻栄養 経腸栄養 セイラム マーゲン レビン NG ED イレウス管」のいずれかを含む事例を検索し、消化器手術時に胃管等を巻き込んで吻合・縫合した事例を対象とした。

2) 報告件数

2020年1月～2025年12月に報告された事例のうち、対象とする事例は24件であった。

図表Ⅲ－2－1 報告件数

報告年	2020	2021	2022	2023	2024	2025	合計
件数	3	5	4	4	3	5	24

(2) 事例の概要

1) 関連診療科

関連診療科を示す。

図表Ⅲ－２－２ 関連診療科

関連診療科	件数
外科	13
麻酔科	8
消化器外科	5
消化器科	5
肝胆膵外科	1

※関連診療科は、複数回答が可能である。

2) 医師の職種経験年数

医師の職種経験年数を示す。本集計には外科医師だけでなく、麻酔科医も含まれる。職種経験年数2年未満の医師は含まれていなかった。

図表Ⅲ－２－３ 医師の職種経験年数

職種経験年数	件数
0～4年	3
5～9年	8
10～14年	12
15～19年	12
20年以上	4

※事例に関わった職員は、複数回答が可能である。

3) 実施した手術

実施した手術を整理した。鏡視下手術の事例が15件と多かった。鏡視下手術では、執刀医が胃管等を巻き込んでいないか手動的に確認することができない。さらにロボット支援手術の事例では、触覚のフィードバックがない状態であることが背景として記載されていた。開腹手術の事例は8件であり、その背景として、胃管等を巻き込んでいないか触って確認していなかったことや、触っていても確認が不十分であったことが記載されていた。また、報告された事例24件中22件で、自動吻合器または自動縫合器を使用したことが記載されていた。

図表Ⅲ－２－４ 実施した手術

疾患名	実施した手術*	件数	
鏡視下手術		15	
胃がん	腹腔鏡下幽門側胃切除術	3	10
	腹腔鏡下胃空腸吻合術	2	
	ロボット支援胃全摘術	2	
	ロボット支援噴門側胃切除術	1	
	腹腔鏡下胃全摘術	1	
	腹腔鏡下噴門側胃切除・食道空腸吻合術	1	
食道がん	胸腔鏡下腹腔鏡補助下食道亜全摘術	2	4
	胸腔鏡・腹腔鏡下食道がん手術	1	
	ロボット支援食道がん手術	1	
大動脈食道瘻	胸腔鏡下食道亜全摘術	1	
開腹手術		8	
胃がん	幽門側胃切除術	1	2
	胃がん手術	1	
膵がん	膵頭十二指腸切除術	1	2
	膵全摘術	1	
胆管がん	膵頭十二指腸切除術	2	
癒着性腸閉塞	空腸横行結腸バイパス術	2	
その他		1	
食道がん術後	頸部食道瘻・胃管瘻閉鎖術	1	
合計		24	

※事例の詳細などに記載された手術を集計した。

4) 誤って吻合・縫合したチューブの種類

誤って吻合・縫合したチューブの種類を示す。胃管・経鼻栄養チューブの事例が21件と多かったが、術前から患者に挿入されていたイレウス管やEDチューブの事例も報告されていた。

図表Ⅲ－2－5 誤って吻合・縫合したチューブの種類

チューブの種類	件数
胃管・経鼻栄養チューブ	21
イレウス管	2
EDチューブ	1
合計	24

5) 患者への影響

患者への影響を示す。「事例発生後、追加的に行った治療の程度」では「濃厚な治療」が選択された事例が13件報告されていた。「健康被害の程度」では、「死亡」や「障害残存の可能性が高い」を選択した事例はなかった。報告された事例の中には、食道空腸吻合部に巻き込んだ胃管を取り出し、欠損部分を縫合して対応したが、術後、縫合不全から縦郭炎を発症し、呼吸状態の悪化のため人工呼吸管理を行った事例や、胃管を取り出して食道空腸吻合として端側吻合するために左開胸が必要となり、左胸腔ドレーンを留置した事例が報告されていた。

図表Ⅲ－2－6 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	13
軽微な治療	9
治療なし	2
合計	24

図表Ⅲ－2－7 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高い	0
障害残存の可能性が低い	5
障害残存の可能性なし	10
障害なし	7
不明	2
合計	24

(3) 事例の分析

1) 執刀医からの依頼と麻酔科医の対応

手術中、食道や胃、腸管などを切離して吻合・縫合する前に、執刀医から麻酔科医へ胃管等を引き抜くよう依頼する必要がある。そこで、執刀医から麻酔科医への依頼の状況を整理して示す。胃管等の引き抜きを依頼したと記載されていた事例は12件であった。引き抜く必要があったが依頼しなかった事例は4件あったが、その背景は記載されていなかった。また、胃管等を留置したまま吻合・縫合するため依頼しなかった事例3件は開腹手術で、腸管の癒着が強く、イレウス管を抜いてしまうと再挿入は難しいことから留置したまま自動吻合器を使用した事例や、胃内残渣が多量であったため、胃管を留置したまま残胃と空腸を手縫いで縫合した事例であった。いずれも、吻合・縫合の際にイレウス管や胃管が巻き込まれないようにしたつもりであったが、結果的に巻き込んでいた事例であった。

図表Ⅲ－２－８ 執刀医から麻酔科医への依頼の状況

執刀医から麻酔科医への依頼の状況	件数
胃管等の引き抜きを依頼した	12
胃管等を引き抜く必要があったが依頼しなかった	4
胃管等を留置したまま吻合・縫合するため依頼しなかった	3
不明	5
合計	24

次に、執刀医から麻酔科医へ胃管等の引き抜きを依頼した事例12件について、執刀医からの依頼内容と麻酔科医の対応を示す。執刀医と麻酔科医の認識が異なっていた事例が多く、依頼に気付いていなかった事例もあった。いずれの事例も、麻酔科医に依頼後、胃管等がどのような状況にあるか執刀医の確認が不十分であった。

図表Ⅲ－２－９ 執刀医からの依頼内容と麻酔科医の対応

執刀医からの依頼内容	件数	麻酔科医の対応
「胃管を抜いてください」と依頼した。	3	胃管からの脱気と思い込み、脱気した。
		胃管が挿入されていないと誤認しており、依頼を了承したうえで対応しなかった。
		麻酔に集中していたため、執刀医から声をかけられたことに気付かなかった。
「20cmくらいの挿入になるまで引き抜いてください」と伝えた。	1	胃管を20cm引き抜けばよいと誤認し、20cm引き抜いた。
胃管を引き抜く長さを伝えた。	1	胃管を引き抜く長さを誤認し、執刀医が伝えた長さより短く抜いた。
「経鼻胃管を鼻翼35cmまで引き抜いて」と依頼した。	1	詳細不明
何度か胃管の引き抜きを依頼した。 胃の切離前に「30cmになっているか」と確認した。	1	執刀医の言葉がどちらも聞き取れず、「そのままになっているか」と確認されたと思い、対応しなかった。
麻酔科医がゆっくり引き抜きながら位置合わせをしようと思っていたため、抜く長さは伝えなかった。 素早く引き抜いたことに焦りを感じ、引き抜きを途中で止めるよう依頼した。	1	執刀医に引き抜く長さを確認せず、胃管を素早く引き抜き始めた。
胃内容物を吸引し、かつ胃管の引き抜きを依頼した。	1	胃内容物の吸引しか聞こえなかったため、吸引のみ行った。 胃内容物を吸引したことを伝えた。(執刀医の応答はなかった)
詳細不明	3	胃管を引き抜いたが、執刀医の認識より引き抜く長さが短かった。

2) 胃管等を巻き込んで吻合・縫合したことに気付いた時期と契機

胃管等を巻き込んで吻合・縫合したことに気付いた時期と契機を示す。手術中、自動吻合器などの作動直後に気付いた事例が15件と多かったが、手術室退室後に気付いた事例も報告されていた。

図表Ⅲ－2－10 胃管等を巻き込んで吻合・縫合したことに気付いた時期と契機

気付いた時期	気付いた契機	件数	
自動吻合器などの作動直後	切離断面に胃管やEDチューブを認めた。	6	15
	麻酔科医に胃管の抜き差しを依頼したところ、抵抗があると報告があった。	4	
	切離した腸管の内腔を確認したところ、本来ないはずの胃管があった。	3	
	不明	2	
抜管直前	胃管を抜去しようとしたところ、抜けなかった。	1	
麻酔覚醒時		1	
術後1日目		3	
術後2日目		1	
術後4日目	術後、イレウス管からの排液がなく、注水もできないため、腹部X線撮影・下部消化管内視鏡検査・イレウス管造影を行ったところ、腸管の吻合部にイレウス管が縫合されていることがわかった。	1	
	イレウス管が抜去できず、X線透視検査をしたところ、吻合部近傍でイレウス管が屈曲していた。	1	
術後14日目	胃管を抜去した際に長さが短いことに付き、腹部X線検査を行ったところ、肛門側の空腸内に切離された胃管が残存していることがわかった。	1	
合計		24	

3) 胃管等を巻き込んで吻合・縫合したことに気付いた後の対応

胃管等を巻き込んで吻合・縫合したことに気付いた後の対応について、事例内に記載があった内容を示す。

図表Ⅲ－２－１１ 胃管等を巻き込んで吻合・縫合したことに気付いた後の対応

気付いた時期	対応
自動吻合器などの作動直後	すぐに遺残した胃管等を取り出し、縫合し直した。(9件)
	手術中、臨時で消化器内科に依頼して上部消化管内視鏡で吻合部を観察し、ロボット支援手術から腹腔鏡手術に切り替えて縫合部に結紮縫合を追加した。
	腹腔鏡手術から開腹手術に移行し、巻き込んだ胃管を取り出し、手縫いで吻合し直した。
	食道口側断端を一部開放し、巻き込んだ胃管周囲を剥離して胃管を抜去した。手術時間が長かったため、肛門側の断端については、2日後の胃瘻造設時に抜去する方針にした。
	上腹部に10cm程度の正中切開を行い、吻合部から胃管を取り出し、再度、食道空腸吻合として端側吻合した。この操作により、左開胸となり左胸腔ドレーン留置が必要となった。
抜管直前	腹腔鏡補助下に再開腹し、吻合部を切除し、残胃空腸吻合をやり直した。
麻酔覚醒時	再度、全身麻酔を導入し、開腹下に吻合部を切開し、胃管を吻合部から外して抜去した。その後、胃空腸吻合を再度行った。
術後1日目	後日、上部消化管内視鏡で胃管除去を試みることにした。
	上部消化管内視鏡検査で胃管が胃空腸吻合部に固定されていることを確認し、再開腹して胃空腸吻合部を一部切開し、胃管を抜去した。
術後2日目	上部消化管内視鏡下で胃管を切断して取り出したが、先端部分は吻合部に残る状態となった。
術後4日目	開腹手術を行い、遺残したイレウス管を除去した。
	術後11日目、口側のイレウス管は空腸壁より自然脱落したため抜去できた。術後26日目、再開腹して肛門側に残ったイレウス管の先端部分の摘出術を行った。
術後14日目	上部消化管内視鏡下で、内視鏡鉗子を用いて残存した胃管を抜去した。

(4) 事例の詳細

主な事例を示す。

図表Ⅲ－２－１２ 事例の内容

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
鏡視下手術			
1	大動脈食道瘻に対する胸腔鏡下食道亜全摘術を行っていた。消化器外科医師は「胃管を抜いてください」と麻酔科医に依頼したが、麻酔科医は胃管が挿入されていないと誤認していたため、その指示を了承したうえで実施しなかった。消化器外科医師は、手術中に2回、食道切離直前に1回、「胃管は抜けていますか」と問い合わせたが、麻酔科医は確認せずに「抜けている」と回答した。自動縫合器で食道を切離したところ、経鼻栄養チューブが挿入されたままであったため一緒に縫合してしまった。食道口側断端を一部開放し、縫い込まれた胃管周囲を剥離したうえで、経鼻栄養チューブを抜去した。口側の断端も同日術中に抜去した。数日間にわたる手術であり、肛門側断端に関しては2日後の胃瘻造設時に抜去する方針にした。	<ul style="list-style-type: none"> 経鼻栄養チューブは術前から挿入されており、麻酔科医は自分で挿入していなかったため、経鼻栄養チューブの存在を認識していなかった。 麻酔科医は目視で経鼻栄養チューブを確認することなく抜けていると返答した。その返答を受け、消化器外科医師も抜けているものと判断した。 	<ul style="list-style-type: none"> 麻酔科医は、確認を依頼された時点で改めて患者に挿入されているチューブ類を確認する。 可能な限り、チューブ類が医療者の目につくように覆布をかける。 経鼻栄養チューブを抜いたら術中麻酔記録に記載する。 胃管の引き抜きの指示を出す際は、現在挿入されている長さとしてそれを何cm抜くかを伝える。
2	食道浸潤のある進行胃がんの患者に対してロボット支援胃全摘術を行っていた。食道空腸吻合には自動縫合器を使用するが、その際、特に食道側は誤挿入を予防するために、通常は経鼻胃管を小孔より腹腔内に出しておいて、これに沿わせるように自動縫合器を食道内に挿入していた。今回も同様に経鼻胃管に沿わせるように自動縫合器を食道内に挿入し、麻酔科医が胃管を引いて食道内に戻し、吻合操作を行った。その後、小孔は手縫いで縫合閉鎖して吻合操作を終了した。しかし、胃管を抜去しようとしたところ抜去できなかった。術中内視鏡で確認したところ、経鼻胃管の先端が吻合部のステープラーに巻き込まれていることが判明した。	<ul style="list-style-type: none"> 吻合操作の際に胃管を引き抜くため、執刀医は「(挿入長) 20cmくらいまで引き抜いてください」と麻酔科医に声をかけた。 麻酔科医は、胃管を20cm分引き抜いたため、43cm程度挿入されている状況であった。 執刀医の依頼と麻酔科医の認識がずれていたことから、依頼内容が正確に伝わらなかった可能性がある。 ロボット支援手術であったため、吻合操作の際に自動縫合器で先端に何か異物を巻き込んでいないか、知覚することは困難であった。 	<ul style="list-style-type: none"> 執刀医は、実際にどのくらいまで経鼻胃管を引き抜いたか具体的な状況を確認する。 経鼻胃管を問題なく動かすことができ、巻き込まれていないことを確認した後に吻合操作を行う。 ロボット支援手術では触覚のフィードバックがないことに注意する。
3	食道がんの患者に対して鏡視下手術を行うことになった。麻酔導入後、消化器外科医師により手術が開始された。食道切離前に経鼻胃管を引き抜く場面で、消化器外科医師は麻酔科医に声をかけたところ、麻酔科医は胃管から胃内容物の吸引処置を実施した。麻酔科医は吸引処置を実施したことを消化器外科医師に伝えたが応答はなかった。その後、消化器外科医師は胃管が抜かれていない状態のまま食道を切離した。胃管を巻き込んでいたことに気づき、それぞれの断端から遺残した胃管を摘出して手術を終了した。	<ul style="list-style-type: none"> 消化器外科医師は胃管から胃内容物を吸引し、かつ胃管を引き抜くことを麻酔科医に伝えたつもりであったが、麻酔科医は胃管からの胃内容物の吸引しか聞こえていなかった。 麻酔科医は消化器外科医師から依頼された胃内容物の吸引を実施したことを伝えたが、消化器外科医師から返答はなかった。 消化器外科医師が麻酔科医からの返答に応答し、胃管から胃内容物の吸引は行われたが胃管を引き抜いていないことを確認していれば、発生を未然に防止できた可能性があった。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術中に発生したコミュニケーションエラーとして医療安全と手術部の委員会で報告した。 手術チームとして円滑なコミュニケーションを図ることを日頃から意識し、術者は重要な場面では一旦手を止めてコミュニケーションエラーの防止に努める体制とした。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
開腹手術			
4	<p>反復する癒着性腸閉塞に対し、減圧目的で小腸にイレウス管を留置した。イレウス管からの造影の所見から、開腹癒着剥離術の適応と判断された。手術当日、癒着剥離を試みたが広範な癒着を認めたため、自動縫合器を用いた空腸横行結腸バイパス術を実施することになった。その際、術後の吻合部の減圧および縫合不全リスクの低減を目的として、イレウス管を留置したまま、空腸と横行結腸壁を小切開後、自動縫合器を空腸と横行結腸の内腔に挿入し、指導的助手医師が空腸壁・横行結腸壁を合わせ、術者が自動吻合器を作動した。この際、空腸内腔に留置されていたイレウス管が自動縫合器に挟み込まれ、イレウス管は空腸壁にステープルで縫合された上、カッターで口側・肛門側に切離されたが、そのことに気付かなかった。術直後よりイレウス管の排液が全くない状態が持続した。術後4日目、イレウス管の排液がなく注入もできないことからイレウス管を巻き込んで縫合した可能性を考え、腹部X線検査、下部消化管内視鏡検査、イレウス管からの造影検査を実施したところ、巻き込んで縫合していることがわかった。患者に説明のうえ、栄養状態の改善を図ってから再手術で抜去する方針となった。術後11日目、口側イレウス管が空腸壁より自然脱落したため抜去した。栄養状態が改善したため、術後26日目に肛門側イレウス管の摘出術を実施した。下部消化管内視鏡で観察したところ、肛門側イレウス管は空腸横行結腸バイパスの吻合部前壁に残存していたが、容易に腸管壁から脱落した。上腹部正中切開による開腹を併用し、吻合部前壁を計5針全層補強した。肛門側イレウス管は経肛門的に除去した。イレウス管摘出術の術後6日目より食事開始、経過良好のため術後16日目に退院した。</p>	<p>【イレウス管巻き込み縫合の予防に関して】</p> <ul style="list-style-type: none"> 非定型手術であるため、標準化された予防策はなかった。 縫合前にイレウス管を引き抜くなど、診療科として統一している予防策もなかった。 本例は小腸の癒着が強く、干渉しない位置までイレウス管を引き抜くと再度進めることは困難と考えられた。 縫合時、助手が徒手的にイレウス管を自動縫合器から遠ざけなかった。 <p>【縫合時にイレウス管を巻き込んだことに関して】</p> <ul style="list-style-type: none"> 縫合時に周囲構造物の巻き込みがないか十分確認しなかった。 縫合時の腸管壁つり上げが不十分であり、自動縫合器の先端が背側のイレウス管に向かっていた。 <p>【イレウス管巻き込み縫合の発見が遅れたことに関して】</p> <ul style="list-style-type: none"> 縫合後に術野でイレウス管の可動性を確認するなど、早期発見のために診療科として実践している対策はなく、本例でも実施されなかった。 術直後の腹部X線撮影は異物残存の確認、術後1日目の腹部X線撮影は腸閉塞の所見がないかの確認が目的であったため、イレウス管に注目していなかった。後から確認すると、それぞれのX線画像でイレウス管の屈曲・断裂を認めていた。 担当医・病棟看護師の知識・経験不足により、腸閉塞術後にイレウス管の排液がないことを異常と認識できず、イレウス管の排液がないことを、バイパス手術によって消化管のうっ滞が解除されたためと捉えた。 術後1日目～術後3日目が休日であったため、患者の状態や画像の確認が複数医師で行われなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 縫合時にイレウス管の走行位置を確認し、縫合器から遠ざける。 縫合後、術野でイレウス管の可動性を確認する。 腸閉塞術後にイレウス管排液がゼロであるのは明らかな異常所見であることを現場教育する。
5	<p>膵がんに対する膵頭十二指腸切除術で、腫瘍を摘出後に空腸吻合、胆管空腸吻合をした。その後、12Frジェイフィールド栄養カテーテルを挿入し、自動縫合器による胃空腸吻合およびブラウン吻合を行い、ドレーンを挿入して手術を終了した。術後のX線画像で術中に挿入されていた胃管の先端の屈曲を認めたが、胃壁での屈曲と考えて経過観察とし、ICUに入室した。翌日、胃管を抜去しようとしたところ、強い抵抗があり抜去できなかった。前日のX線画像の所見を踏まえ、胃空腸吻合部に胃管が固定されていることが疑われた。上部消化管内視鏡検査を実施したところ、胃管が胃空腸吻合部にステープルで固定されていることが確認されたため、開腹手術で胃空腸吻合部を一部切開し、胃管を抜去した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 幽門側胃切除術の既往があるために、通常の膵頭十二指腸切除術に比べて残胃が小さかった。そのため胃空腸吻合部は胃体上部側に近づき、胃管との距離も近くなっていた可能性があり、吻合の際に胃管を巻き込むリスクが高かった。 胃管の挿入位置について、麻酔科医との確認が不足していた。 	<ul style="list-style-type: none"> 胃空腸器械吻合では以下の方法を徹底する。 <ul style="list-style-type: none"> ➢吻合前に胃管を引き抜き、浅くする。 ➢触診で吻合予定部に胃管が触れないことを確認する。 ➢吻合後に内腔の視触診で、吻合部に胃管が巻き込まれていないことを確認する。 ➢術後X線画像で胃管の異常がないことを確認する。異常な屈曲が見られた場合には、チューブの可動性を確かめる。 上記の各段階で麻酔科医と情報を共有する。

(5) 事例の背景・要因

報告された事例の背景・要因を整理して示す。

図表Ⅲ－２－１３ 事例の背景・要因

○胃管等の留置状況

- ・執刀医は胃管が胃に挿入されていると思っていたが、十二指腸まで挿入されていた。
- ・患者は小柄であったため、胃管の挿入の長さを35cmにしていたが、体格を考慮すると35cmでも深すぎた。
- ・患者は幽門側胃切除術の既往があり、通常の臍頭十二指腸切除術に比べて残胃が小さかったため、胃空腸吻合部は胃体上部側に近づき、胃管との距離が近くなった可能性があった。
- ・胃空腸吻合術の際、通常であれば胃切離直前に胃管を引き抜くが、今回は大量の胃内残渣があったため、吻合直前まで胃管を胃内に留置したままにしていた。
- ・患者は小腸の癒着が強く、自動吻合器に干渉しない位置までイレウス管を引き抜くと再度進めることは困難と考えられたため、イレウス管を留置したまま縫合した。
- ・術中所見で小腸に高度な浮腫を伴っていたため、イレウス管を抜かず、留置したまま自動吻合器を使用した。

○執刀医と麻酔科医のコミュニケーションエラー

- ・執刀医は引き抜く長さを伝えたが、麻酔科医が同じ認識であることを確認できていなかった。
- ・外科医の「20cmまで抜く」という指示内容が正確に伝わらず、麻酔科医は「20cm抜く」と認識した。
- ・執刀医から「胃管を抜いてください」と依頼があった際、麻酔科医は胃管から脱気すると誤認した。
- ・麻酔科医は、依頼内容の確認や実施後の報告をする習慣がなかった。
- ・麻酔科医は、執刀医から胃内容物の吸引のみ指示されたと考えており、吸引後、執刀医に対応したことを伝えたが、執刀医から返答はなかった。執刀医が応答して胃管の位置を確認していれば、発生を未然に防止できた可能性があった。

○麻酔科医の確認・認識不足

- ・麻酔科医は、胃管を引き抜く長さを執刀医に確認しなかった。
- ・麻酔科医は麻酔に集中していたため、執刀医から声を掛けられたことに気付かなかった。
- ・胃管は術前に挿入されていたため、麻酔科医は胃管の存在を認識しておらず、執刀医から指示があった際に確認しなかった。

○執刀医の確認不足

- ・執刀医は、麻酔科医から胃管を抜いたと聞いた後、適切な長さまで抜かれたかを確認しなかった。
- ・術後のX線画像では、ドレーンの位置確認しかしておらず、胃管の異常には気付かなかった。
- ・術直後の腹部X線撮影は異物残存の確認、術後1日目の腹部X線撮影は腸閉塞の所見がないかの確認が目的であったため、イレウス管に注目していなかった。後から確認すると、それぞれのX線画像でイレウス管の屈曲・断裂を認めていた。

○執刀医・助手の状況

- ・執刀医は、癒着剥離に時間を要したため注意力が不足していた。
- ・手術助手の医師は、開腹の胃切除術の経験が少なくアシストが十分でなかった。
- ・自動縫合時、助手の医師が徒手的にイレウス管を自動縫合器から遠ざける必要があったが実施せず、腸管壁のつり上げも不十分であった。

○その他

- ・通常、麻酔科医は胃管の先端の位置を執刀医と確認しながらゆっくり引き抜くが、担当していた麻酔科医は胃の手術の麻酔は3例目と経験が浅く、素早く引き抜いたため、執刀医は焦りを感じ途中で抜くのを停止してもらっていた。
- ・ロボット支援手術のため、吻合操作の際に自動縫合器で先端に何か異物を巻き込んでいないかを感覚的に感知することは困難であった。
- ・患者は胃切除術後で残胃が小さく、吻合操作が腹腔内の奥まった位置となり、自動縫合器の使用時に胃管の確認ができなかった。

(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－２－１４ 医療機関から報告された再発防止策

○執刀医と麻酔科医の連携

【執刀医からの依頼】

- ・執刀医が麻酔科医に胃管の引き抜きを依頼する際は、現在挿入されている長さを確認のうえ、何cm抜く、または何cmの位置にするなど明確に伝える。(複数報告あり)

【コミュニケーションの方法】

- ・手術中のコミュニケーションエラーを防止するために、執刀医と麻酔科医は互いに復唱することを標準化する。(複数報告あり)
- ・重要な場面では、執刀医は一旦手を止めて、コミュニケーションエラーの防止に努める。

【依頼内容の共有】

- ・術中に必要となる手技がある場合は、術前に執刀医と麻酔科医で情報共有する運用に変更する。
- ・麻酔科医は胃管を抜く際に定規やメジャーなどで測定し、確認の際に「〇cmになっている」と具体的に伝える。

○吻合前後の胃管等の確認

【鏡視下手術】

- ・執刀医は自動吻合器で該当部分を挟んだ後、経鼻胃管が問題なく動かせる(巻き込まれていない)ことを確認してから自動吻合器を作動させる。
- ・執刀医は吻合完了後に麻酔科医に依頼してチューブを引いてもらい、チューブの可動性を確認し、胃管の巻き込みを早期に発見できるようにする。
- ・自動吻合器を使用後、胃管が動くかだけでなく、5cm以上動くかを確認することを検討する。

【開腹手術】

- ・自動縫合器を使用する際は、作動させる前に胃管等不要なものを巻き込んでいないか触って確認する。(複数報告あり)
- ・縫合器使用前の確認は執刀医1人で行っていたが、今後は執刀医と助手の2人で確認する。
- ・腸管内にイレウス管などを留置した状態での吻合は極力避ける。
- ・イレウス管を留置したまま縫合する場合は、イレウス管の走行位置を確認し、自動縫合器から遠ざける。
- ・吻合後は、消化管を触ってみる、または腸管の内腔を見られる場合は見て、吻合部に胃管が巻き込まれていないことを確認する。

○事例の共有

- ・術中に発生したインシデントとして医療安全と手術部の委員会で報告する。(複数報告あり)
- ・事例をカンファレンスで消化器外科系の医師全員と共有し、その後、医療安全の委員会などで他職種にも共有した。

○その他

- ・術後のX線画像で胃管の異常がないことを確認し、異常な屈曲が見られた場合には、胃管の可動性を確かめる。
- ・ロボット支援手術では、触覚のフィードバックがないことに注意する。

(7) まとめ

本テーマでは、消化器手術時に胃管等を巻き込んで吻合・縫合した事例24件について分析した。事例の概要では、実施した手術や誤って吻合・縫合したチューブの種類、患者への影響などを示した。事例の分析では、執刀医から麻酔科医への依頼の状況を示し、執刀医から麻酔科医へ胃管等の引き抜きを依頼した事例では執刀医からの依頼内容と麻酔科医の対応を整理した。また、胃管等を巻き込んで吻合・縫合したことに気付いた時期と契機や、気付いた後の対応を示した。さらに、主な事例を紹介し、医療機関から報告された背景・要因と再発防止策を整理して示した。

報告された事例は、鏡視下手術の事例が多かった。鏡視下手術では、執刀医が用手的に胃管等を巻き込んでいないか確認することができず、確認が不十分となる可能性がある。さらに、ロボット支援手術の事例では、触覚のフィードバックがないため確認が難しかったと記載されていた。鏡視下手術においては、吻合・縫合前の胃管等の位置の確認はより慎重に行う必要がある。一方、開腹手術では、用手的に胃管等がないことを確認できるため、触って確認することは必須であるが、触って確認していなかった事例や、確認していても不十分であった事例が報告されていた。また、自動吻合器または自動縫合器を使用した事例が多く、これらの製品は組織損傷を軽減するための鋭利なカッターが内蔵されており、胃管等も抵抗なく切断して吻合・縫合できた可能性がある。

胃管等を巻き込んで吻合・縫合したことに気付いた時期は、自動縫合器の作動直後が多かったが、術後数日を経て気付いた事例も報告されていた。手術中に気付いた場合でも、胃管等を取り出して再度縫合するなどの追加処置が必要となり、手術時間の延長につながる。また、術後に気付いた場合は、再度全身麻酔下に胃管等を取り出す手術が必要となり、本来不要な処置を追加することになるため患者への侵襲が増大する。消化管の吻合・縫合直後に麻酔科医とともに胃管に可動性があるかを確認して、胃管の巻き込みに早期に気付くことは重要である。

執刀医から麻酔科医へ胃管等の引き抜きを依頼したと記載された事例12件については、依頼後に麻酔科医が胃管を抜く長さを誤認した事例や依頼そのものに気付いていなかった事例などがあつた。多くの事例で執刀医と麻酔科医の間の情報伝達にエラーが生じていたことから、胃管の引き抜きの依頼は、患者の安全に直結する重要なコミュニケーションの場面であることを認識する必要がある。そのため、執刀医から麻酔科医へ依頼する際は、胃管等を抜く長さを具体的な数値で伝えるとともに、麻酔科医は理解した内容を復唱し、執刀医は復唱内容が合っているか確認（チェックバック）するなど、互いの認識に齟齬が生じないようにする必要がある。また、実施後には、麻酔科医が行った処置内容を改めて執刀医と共有するなど、医師間のコミュニケーションを強化することが重要である。手術中は迅速な対応が求められ、十分な説明や表現が困難な場面もあり得る。同様の事例の発生を防止するためには、執刀医と麻酔科医との密接な連携が不可欠であり、本場面でのコミュニケーションの取り方を検討しておくといよい。

執刀医となる医師は、一定の経験年数を有していると推測されるが、手術助手や麻酔科医が当該手術の経験が浅いことが背景・要因に記載された事例があつた。執刀医にとっては、手術の進行上当然の対応であっても、チーム全員が同じ認識とは限らないことを念頭に置き、各ステップでの確認を怠らないことが重要である。そして、術後にX線撮影を行った場合は、ドレーンの位置だけでなく、患者に挿入されているチューブ・カテーテル類の走行を見て、胃管等の屈曲や切断などがないか確認する必要がある。

今回報告された事例では、事例に関わった職種に「看護師」が記載されていたのは1件だけであった。これは、術中操作として胃管等を抜く場面に手術室看護師が直接関与していなかったためと考えられる。しかし、消化器手術において、胃管等を巻き込んで吻合・縫合した事例が発生していることから、手術室看護師を含むチーム全体でそのリスクを共有し、同様の事例の発生を防止する方策について検討することは重要である。

(8) 参考文献

1. 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.102「口頭指示の解釈間違い」. 2015年5月.
https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_102.pdf (参照2026-1-23)

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（2025年10月～12月）に報告された事例の内容を以下に示す。

○徐放性製剤であるワントラム錠を簡易懸濁して経管投与した事例


事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
<p>患者は下顎歯肉がんの術後で、頸部郭清を受け、ICUから病棟に転入した。継続指示に「ワントラム錠100mg 1錠分1（朝食後）の内服を翌日より再開（経口）」との記載があった。患者に伝えたところ、経口での内服は難しいと訴えた。看護師は、患者に胃瘻が造設されていること、看護オーダーに「術後内服が困難であれば胃瘻より注入」と記載があったことから、ワントラム錠を簡易懸濁して胃瘻から注入した。その後、緩和ケアチームのラウンドの際に、緩和ケアチームの看護師から、ワントラム錠は徐放性製剤であり、簡易懸濁での投与はできないと指摘を受けた。医師に報告し、経過観察となった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師は、ワントラム錠が徐放性製剤であることを知らなかった。 ・簡易懸濁などに薬剤の投与方法を変更する場合は、病棟担当薬剤師あるいは薬剤部に確認することになっていたが、看護師は確認していなかった。 ・電子カルテシステム上、処方された薬剤が徐放性製剤であるか、また、簡易懸濁による投与が可能かは記載されない。同様に薬袋にも記載がない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・処方された薬剤が、徐放性製剤であるか、また、簡易懸濁による投与が可能かわかるように、薬袋への記載を検討する。 ・病棟担当薬剤師と協同で、簡易懸濁や徐放性製剤の勉強会を開催する。 ・看護師は、内服指示書に簡易懸濁の可否を確認したか記載する。

〈参考〉ワントラム錠100mgに関する製薬企業からの情報（一部抜粋）

<p style="text-align: center;">ワントラム錠100mgは徐放性製剤です～分割、粉碎、かみ砕いての服用はできません～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本剤は、速放性をもつ周辺部分と、徐放性を持つ中心部分の二重構造による徐放性製剤です。 ・本剤を分割・粉碎したり、かみ砕いて服用すると急激に血中濃度が上昇し、重篤な副作用が発現する恐れがあります。

※日本新薬株式会社. ワントラム錠100mgは徐放性製剤です～分割、粉碎、かみ砕いての服用はできません～（2023年7月更新）.
<https://www.pmda.go.jp/files/000240699.pdf>（参照2026-2-3）.

〈参考〉薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 共有すべき事例 2021年No.6 事例3




薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

共有すべき事例

疑義照会・処方医への情報提供

2021年
No.6
事例3

薬剤の組成・性状




事例

【事例の詳細】
 70歳代の患者にワントラム錠100mgが処方された。患者は嚥下機能が低下し、胃瘻が造設されていたため薬剤を粉砕する指示があった。ワントラム錠100mgは即放性を持つ周辺部分と徐放性を持つ中心部分の二重構造による徐放性製剤であるため、添付文書には割ったり、砕いたりまたはかみ砕いたりしないように記載されている。処方医に電話し、簡易懸濁法により投与が可能なトラマールOD錠50mgへの変更を提案した結果、トラマールOD錠50mgへ変更になった。

【推定される要因】
 ワントラム錠100mgが徐放性製剤であることを考慮していなかった可能性がある。

【薬局での取り組み】
 処方された薬剤の製剤学的な特徴と患者状況を把握して処方監査を行う。




その他の情報

ワントラム錠100mgの添付文書（一部抜粋）


8. 重要な基本的注意

8.5 本剤は徐放性製剤であることから、急激な血中濃度の上昇による重篤な副作用の発現を避けるため、服用に際して割ったり、砕いたり又はかみ砕いたりしないように指示すること。



事例のポイント

- 2021年5月には、製薬企業から、ワントラム錠100mgは徐放性製剤であるため、分割・粉砕したり、かみ砕いたりしないことを注意喚起するお知らせが発信された。
<https://www.pmda.go.jp/files/000240699.pdf>
- 本事業部が運営している医療事故情報収集等事業が提供した医療安全情報No.158（2020年1月）では、医療機関で徐放性製剤を粉砕して投与したことにより体内に有効成分が急速に吸収され、患者に影響があった事例を紹介している。
https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_158.pdf
- 徐放性製剤は、粉砕して投与すると急激な血中濃度の上昇により重篤な副作用が発現する可能性があるため、薬剤師は指示された投与方法や患者の身体状況・服薬状況を把握したうえで適切に判断し、代替薬を提案する必要がある。



公益財団法人 日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部
 〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル
 電話：03-5217-0281（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.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。※この情報の作成にあたり、薬局から報告された事例の内容等について、読みやすくするため文章の一部を修正することがあります。そのため、「事例検索」で閲覧できる事例の内容等と表現が異なる場合がありますのでご注意ください。

※公益財団法人日本医療機能評価機構 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業 共有すべき事例 2021年No.6 事例3.
https://www.yakkyoku-hiyari.jcqhc.or.jp/pdf/sharingcase/sharingcase_2021_06_03G.pdf (参照2026-2-3).

- 55 -

医療事故情報収集等事業 第84回報告書

○トリクロリールシロップ10%と誤って、粘膜焼灼に使用する25%トリクロロ酢酸を内服させた事例

事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
<p>生後1ヶ月の患者が聴性定常反応検査のため家族と来院した。医師は、当日の体重をもとに、検査前鎮静薬として「トリクロリールシロップ10% 3.3mL投与」の指示を出した。外来看護師は、患者に3度に分けて投与したが、吐き出してしまい、入眠しなかった。付き添いで来院していた家族から、トリクロリールシロップの薬剤の色はオレンジ色ではなかったかと質問を受けた。投与した薬剤を確認したところ、粘膜焼灼に使用する処置用25%トリクロロ酢酸を投与したことに気付いた。患児は気道管理のために気管挿管され、ICUへ入室となった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 鎮静用のトリクロリールシロップ10%は個人処方しておらず、冷蔵庫に定数保管していた500mLガラス瓶から、必要分を取って投与していた。 処置用の25%トリクロロ酢酸は院内製剤であり、容量500mLの茶色の薬品ボトルに入れて払い出され、外来の処置用棚に保管していた。 処置用の25%トリクロロ酢酸は、綿棒の先に少量付けて使用するため、処置1回で使用する量は僅かであり、余った場合は保管して、期限を過ぎると廃棄していた。 2つの薬剤名が類似しており、耳鼻咽喉科外来では双方を「トリクロ」と呼んでいた。 外来看護師は、鎮静用薬剤を準備してダブルチェックする際に、薬液の量は確認してもらったが、薬剤名は確認していなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> トリクロリールシロップ10%は定数保管せず、個人処方することを検討する。 処置用の25%トリクロロ酢酸は、外来で500mL容量の薬品ボトルを保管せず、月1回の交換に合わせて、薬剤部から適切な量を小分けにして払い出す。 薬剤のダブルチェック方法を再確認する。

○プライミングが終わっていない輸液ルートを患者に接続し、静脈内に空気が流入した事例

事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
<p>医師は、外来処置室で看護師に造影検査用の点滴指示を出した。看護師は、生理食塩液のボトルに輸液ルートを接続し、薬液を滴下筒まで満たしたところで他の医師から処置介助に呼ばれた。看護師はプライミング途中の輸液ルートをトレイ内に置き、処置室を離れた。医師は、もう一人の医師とともに検査前の末梢静脈路を確保し、処置室に置いてあった生理食塩液のボトルを点滴架台に掛け、輸液ルートを接続した。医師が滴下を確認したところ、滴下速度があまりに速いため違和感を覚えた。処置室に戻った看護師が、準備途中の輸液ルートは先端まで薬液を満たしていなかったと報告したため、医師は、滴下筒下部から輸液ルート先端までの空気が血管内に流入したことに気付いた。すぐに投与を中止し、約10分間、医師が患者を観察し、症状の出現がないことを確認した。その後、患者を検査機器前まで移動させたところ、患者に咳嗽、SpO₂ 92%までの低下がみられた。患者は夕方まで頭を挙げない状態でのベッド上安静、翌朝まで経過観察が必要と判断され、入院となった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 看護師は、輸液ルートのプライミング途中に他の患者の処置介助に呼ばれ、作業を中断した。 看護師は輸液ルートがプライミングの途中であることを医師に伝えず、その場を離れた。 造影検査用の点滴準備は看護師が行うため、医師は輸液ルートの準備ができていないと思い込み、接続時に輸液ルートの先端まで薬液が満たされているか確認しなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師は、可能な限り輸液ルートのプライミング作業を中断しない。 作業を中断する場合は、関係者に作業状況を伝えてからその場を離れる。 医師は輸液管理の手順に基づき、輸液ルートを留置針に接続する前に、輸液ルートの先端まで薬液が満たされているか必ず確認する。

○ポータブルX線撮影時に別の患者の受付票バーコードを読み込んだ事例

事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
<p>ポータブルX線撮影の際、診療放射線技師は看護師とともに患者ごとにID・フルネームを確認し、受付票のバーコードを読み取って撮影する運用となっていた。診療放射線技師は、効率を優先し、未撮影の複数の受付票を撮影予定順にポータブルX線画像撮影装置の上に並べていた。患者Xの撮影の際、誤って次に撮影する患者Yの受付票のバーコードを読み取り、撮影した。診療放射線技師は、撮影直後に患者氏名の違いに気付いた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・診療放射線技師は、患者Xの撮影の際、誤って患者Yの受付票のバーコードを読み取った。 ・診療放射線技師は、複数の受付票をポータブル装置の上に並べていたため、取り換えやすい状況であった。 ・診療放射線技師は、受付票のバーコードを読み取った後に、ポータブルX線画像撮影装置の画面上のID・フルネームを確認せず、看護師とのダブルチェックもしなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・受付票は撮影する患者のものだけ持参し、ポータブルX線画像撮影装置の上に複数置かない。 ・受付票のバーコードを読み取った後に、ポータブルX線画像撮影装置の画面上のID・フルネームとベッドネームを照合する。

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（2025年10月～12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75あり、件数は152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9件、「No.149：薬剤の中止の遅れによる手術・検査の延期」、「No.152：手術時のガーゼの残存①－ガーゼカウント－」がそれぞれ6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」、「No.153：手術時のガーゼの残存②－X線画像の確認－」がそれぞれ5件などであった。

2025年10月から12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.3	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔	1	2007年 2月
No.4	薬剤の取り違い	3	2007年 3月
No.68	薬剤の取り違い（第2報）		2012年 7月
No.7	小児の輸液の血管外漏出	4	2007年 6月
No.203	小児の輸液の血管外漏出（第2報）		2023年 10月
No.8	手術部位の左右の取り違い	2	2007年 7月
No.50	手術部位の左右の取り違い（第2報）		2011年 1月
No.9	製剤の総量と有効成分の量の間違い	1	2007年 8月
No.183	製剤量と成分量の間違い（第2報）		2022年 2月
No.10	MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み	3	2007年 9月
No.94	MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（第2報）		2014年 9月
No.198	MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（第3報）		2023年 5月
No.11	誤った患者への輸血	1	2007年 10月
No.110	誤った患者への輸血（第2報）		2016年 1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	3	2008年 2月
No.18	処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い	1	2008年 5月
No.41	処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い（第2報）		2010年 4月
No.22	化学療法の治療計画の処方間違い	2	2008年 9月
No.24	人工呼吸器の回路接続間違い	4	2008年 11月
No.29	小児への薬剤10倍量間違い	1	2009年 4月
No.37	「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ	2	2009年 12月
No.135	「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ（第2報）		2018年 2月
No.39	持参薬の不十分な確認	1	2010年 2月
No.46	清拭用タオルによる熱傷	1	2010年 9月
No.47	抜歯部位の取り違い	4	2010年 10月
No.48	酸素残量の未確認	1	2010年 11月
No.146	酸素残量の確認不足（第2報）		2019年 1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	PTPシートの誤飲	1	2011年 8月
No.82	PTPシートの誤飲（第2報）		2013年 9月
No.177	PTPシートの誤飲（第3報）		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.59	電気メスペンシルの誤った取り扱いによる熱傷	3	2011年 10月
No.63	画像診断報告書の確認不足	1	2012年 2月
No.138	画像診断報告書の確認不足（第2報）		2018年 5月
No.69	アレルギーのある食物の提供	3	2012年 8月
No.70	手術中の光源コードの先端による熱傷	1	2012年 9月
No.78	持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い	1	2013年 5月
No.206	持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い（第2報）		2024年 1月

No.	タイトル	件数	提供年月
No.80	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷	4	2013年 7月
No.142	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷 (第2報)		2018年 9月
No.83	脳脊髄液ドレナージ回路を開放する際の誤り	1	2013年10月
No.85	移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去	3	2013年12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.92	人工呼吸器の配管の接続忘れ	2	2014年 7月
No.95	セントラルモニタの送信機の電池切れ	1	2014年10月
No.99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違え	2	2015年 2月
No.101	薬剤の投与経路間違い	1	2015年 4月
No.193	薬剤の投与経路間違い (第2報)		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	2	2015年 9月
No.108	アドレナリンの濃度間違い	1	2015年11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.114	抗凝固剤・抗血小板剤の再開忘れ	1	2016年 5月
No.116	与薬時の患者取り違え	2	2016年 7月
No.122	透析前の体重測定 of 誤り	1	2017年 1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	1	2017年11月
No.134	清潔野における消毒剤の誤った投与	1	2018年 1月
No.137	ホットパック使用時の熱傷	1	2018年 4月
No.140	腫瘍用薬の総投与量の上限を超えた投与	1	2018年 7月
No.141	検査台からの転落	1	2018年 8月
No.144	病理検体の未提出	3	2018年11月
No.149	薬剤の中止の遅れによる手術・検査の延期	6	2019年 4月
No.152	手術時のガーゼの残存① - ガーゼカウント -	6	2019年 7月
No.153	手術時のガーゼの残存② - X線画像の確認 -	5	2019年 8月
No.154	電子カルテ使用時の患者間違い	3	2019年 9月
No.155	小児用ベッドからの転落	2	2019年10月
No.156	鎮静に使用する注射薬の誤投与	1	2019年11月
No.157	立位でのグリセリン浣腸による直腸損傷	1	2019年12月
No.164	中心静脈カテーテルのガイドワイヤーの残存	1	2020年 7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	3	2020年 8月
No.168	酸素ポンベの開栓の未確認	2	2020年11月
No.169	持参薬の処方内容を継続する際の処方・指示漏れ	3	2020年12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.173	輸液ポンプ等の流量の10倍間違い	1	2021年 4月
No.179	他患者の病理検体の混入	1	2021年10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.186	抗がん剤投与前の血液検査値の未確認	2	2022年 5月
No.188	下肢閉塞性動脈硬化症の患者の弾性ストッキングの着用	1	2022年 7月
No.192	医療関連機器による圧迫創傷	9	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	1	2023年 8月
No.202	バッグ型キット製剤の隔壁の未開通	2	2023年 9月
No.210	加温加湿器との併用による人工鼻の閉塞	1	2024年 5月
No.214	開放式の三方活栓の誤った取り扱い	2	2024年 9月
No.218	X線画像確認時の経鼻栄養チューブ誤挿入の見落とし	3	2025年 1月
No.222	カテコラミン製剤の持続投与の中断	1	2025年 5月
No.226	定数配置薬からのアレルギーがある薬剤の投与	1	2025年 9月

本報告書では、分析対象期間（2025年7月～12月）に報告された再発・類似事例のうち、医療安全情報No.69で取り上げた「アレルギーのある食物の提供」について、分析を行った。

【1】アレルギーのある食物の提供（医療安全情報No.69）

（1）報告状況

第23回報告書（2010年12月公表）～第26回報告書（2011年9月公表）の個別のテーマの検討状況で、「食事に関連した医療事故」を取り上げ、そのうち第25回報告書（2011年6月公表）では、食事に関する「アレルゲンの提供・摂取」の事例を分析した。その後、医療安全情報No.69「アレルギーのある食物の提供」（2012年8月提供）で、患者のアレルギーの情報が伝わっているにもかかわらず、栄養部から誤ってアレルギーのある食物を提供した事例について注意喚起した。その後も、第46回報告書（2016年9月公表）、第67回報告書（2021年12月公表）の再発・類似事例の分析で取り上げた。

本報告書分析対象期間（2025年7月～12月）に、類似の事例が9件報告されたため、再び取り上げることにした。第67回報告書の集計期間後の2021年10月以降に報告された再発・類似事例は17件であった。

図表Ⅳ-1-1 「アレルギーのある食物の提供」の報告件数

	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
2021年				1	1
2022年	0	1	0	0	1
2023年	1	1	1	0	3
2024年	0	2	0	0	2
2025年	0	1	6	3	10

図表Ⅳ-1-2 医療安全情報No.69 「アレルギーのある食物の提供」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.69 2012年8月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 No.69 2012年8月

「アレルギーのある食物の提供」

患者の食物アレルギーの情報が伝わっているにもかかわらず、栄養部から誤ってアレルギーのある食物を提供した事例が9件報告されています（集計期間：2008年1月1日～2012年6月30日、第25回報告書「個別のテーマの検討状況」(P110)の一部を掲載）。

患者の食物アレルギーの情報が伝わっているにもかかわらず、栄養部から誤ってアレルギーのある食物を提供した事例が報告されています。

アレルギーのある食物	場面	誤りの内容	誤って提供した献立
たけのこ	食事指示確認時	食材禁止コメントの見落とし	豚肉のみそ炒め 山芋サラダ
山芋			
甲殻類、魚介類、卵、小麦	調理時	下処理のつなぎに使用	小麦粉の付いた肉かけめ
果物		果物入りソースを使用	果物入りソースをば
魚介類			魚料理（ミネソウ飯）
乳製品、ラム、ペーコン	トレイセッティング時	トレイへの載せ間違い	牛乳
リンゴ			リンゴエキス入りハンバーグ
大豆			大豆エキス入り高カロリー食
豚、乳、小麦、そば、豆など			豆の入った飯糰

医療安全情報 No.69 2012年8月

「アレルギーのある食物の提供」

事例 1

入院時、小児科より栄養部に患者の食物アレルギー（甲殻類、魚介類、卵、小麦）の情報提供があった。当日の主治医が帰宅したため、アレルギーに付いた肉かけめを調理した際、卵アレルギーだけに注目してしまい、下処理で肉に小麦粉を付けて調理した。病棟における確認で、アレルギーに付いた小麦粉に気づくのは遅かった。摂取後、全身発疹、嘔吐、5分以内で意識低下、意識レベルの低下をきたした。

事例 2

入院時、患者より乳製品/ラム/ペーコンについてアレルギーがあるとの申し出があり、栄養士による食物アレルギーの聞き取り調査を行い、それらを禁止とした特別献立となった。この献立はアレルギーフリーとなっていたが、確認で牛乳が混入された。患者は牛乳でシシトウの絡めがあったが、好きなので飲んだ。食事摂取後、顔面が腫脹しレベルが低下している患者を発見した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・食事指示確認時、禁止コメントの確認を十分に行う。
- ・食物にアレルギーのある患者の食事は、以下の方法などで一般の食事と区別する。
 - 色の付いた専用献立表を使用する。
 - 一般の食卓とは別に調理する。
 - 専用の食器や色の違うトレイを使用する。

総合評価部会の意見

- ・食物アレルギーのある患者の食卓の原材料を把握するように努める。

※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元に、当事業の審議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。当事業の運営等の詳細については、当該機関ホームページに掲載されている報告書おたけを参照ください。
http://www.johs.or.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、その内容を各医療機関に必ず保証するものではありません。

※この情報は、医療事故情報の収集と判別した上、医療従事者に教育や責任を課したものではありません。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東京ビル
電話：03-6217-0252(直線) FAX：03-6217-0253(直通)
http://www.johs.or.jp/

（2）事例の概要

1）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情報として報告された内容から、事例に関わった職員の職種と職種経験年数を整理して示す。

図表Ⅳ－1－3 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	
調理師・調理従事者	2	2	1	3	2	10
管理栄養士	3	3	0	0	0	6
看護師	1	1	1	1	0	4
栄養士	1	1	0	0	1	3
看護助手	0	0	0	1	0	1

※事例に関わった職員は複数回答が可能である。

2）関連診療科

関連診療科を示す。

図表Ⅳ－1－4 関連診療科

関連診療科	件数
小児科	6
呼吸器外科	2
呼吸器内科	2
外科	1
産婦人科	1
歯科口腔外科	1
消化器内科	1
小児外科	1
腎臓科	1
総合診療科	1
不明	1

※関連診療科は複数回答が可能である。

3) 患者の年齢

患者の年齢を示す。20件中7件は小児の事例であった。

図表Ⅳ－1－5 患者の年齢

患者の年齢	件数	患者の年齢	件数
1歳	1	20歳代	1
4歳	1	30歳代	4
6歳	1	40歳代	1
7歳	2	50歳代	2
9歳	1	70歳代	4
13歳	1	90歳代	1

※患者が複数人報告された事例がある。

4) 発生段階

① 献立作成から配膳までの工程の一例

栄養部がアレルギー情報を入手した後の献立作成から配膳までの工程の一例を示す。

図表Ⅳ－1－6 献立作成から配膳までの工程の一例

場所	主な担当者	主な工程	内容
栄養部	栄養士・ 管理栄養士	献立作成	食事指示やアレルギー情報を確認し、献立表を作成する
		調理指示書作成	献立表をもとに調理指示書を作成する
		食札作成	患者ごとの食札を作成する
	調理師・ 調理従事者	調理・調乳	指定された食材で調理・調乳する
		食事形態調整	必要に応じてきざみ・ペーストなど食事形態を調整する
		トレイへのセッティング	献立表や食札をもとに食事を患者ごとのトレイに載せる
病棟	看護師・ 看護助手	配膳	配膳表や食札をもとに栄養部から届いた食事を患者に配膳する

②事例の発生段階

事例に記載されていた内容から、発生段階を整理して示す。トレイへのセッティング時にアレルギーのある食材を誤って載せた事例が9件と最多であったが、献立や調理指示書の作成、調理、食事形態調整といった様々な段階で発生した事例が報告されていた。

図表Ⅳ－１－７ 事例の発生段階

発生段階	詳細	件数	
献立作成	アレルギー情報の誤った削除	1	2
	食材の成分表内の禁止成分の見落とし	1	
調理指示書作成	アレルギー対応を要する飲料への指示忘れ	1	
調理	アレルギーのある食材の除去・代替忘れ	3	
食事形態調整	調理後ミキサーにかける際の料理の取り違い	2	
トレイへのセッティング	食札の記載の見落とし	5	9
	献立表の指示の見落とし	1	
	代替メニューと通常メニュー両方のセット	1	
	詳細不明	2	
合計		17	

5) 登録されていたアレルギー情報と誤って提供した食事

報告された事例に記載のあったものについて、登録されていたアレルギー情報と誤って提供した食事を示す。

図表Ⅳ－1－8 誤って提供した食事

登録されていたアレルギー情報	誤って提供した食事	原因食材
献立作成		
生魚・エビ・カニ	刺身	生魚
不明	チンゲン菜の和え物	中華スープの素（トマトエキス入り）
調理指示書作成		
牛乳・乳製品	ミルクココア	牛乳
調理		
卵	ポテトサラダ	ロースハムに含まれる卵
ごま、えび、かに、りんご、ふりかけ	大根きんぴら	ごま
甲殻類	煮物鉢（イカ）	誤って盛りつけたエビ
食事形態調整		
卵	親子丼	卵
小麦	シュウマイ	シュウマイの皮に含まれる小麦
トレイへのセッティング		
乳製品、卵	大根のマヨネーズ和え	卵
卵禁止（エキス可）	カステラ	
卵、牡蠣、鶏肉	プリン	
卵エキス	マヨネーズパック	
オレンジ	オレンジ	オレンジ
キウイエキス	キウイフルーツ	キウイフルーツ
メロン	メロン	メロン
鯛	鯛の煮物	鯛

6) 食材の視認の可否と患者の摂取状況

食材の視認の可否と患者の摂取状況を示す。食材を視認できた料理は摂食前に気付いて摂取しなかった事例が多かった。一方、食材を視認できなかった料理は摂取した事例が多かった。アレルギーのある食材が入っていることに気付いたのは、看護助手が気付いた1件を除いて全て患者自身であった。

図表Ⅳ－１－９ 食材の視認の可否と患者の摂取状況

		患者の摂取状況		
		摂取した	摂取しなかった	不明
食材	視認できた	1	7	0
	視認できなかった	6	2	1
合計		7	9	1

7) 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。また、治療を要した6件のうち事例に記載があったものについて、患者の症状と対応を合わせて示す。

図表Ⅳ－１－１０ 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	4
軽微な治療	2
治療なし	9
記載なし	2
合計	17

図表Ⅳ－１－１１ 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高い	0
障害残存の可能性が低い	1
障害残存の可能性なし	3
障害なし	13
合計	17

図表Ⅳ－１－１２ 患者の症状と対応

年齢	症状	対応
1歳	口唇にアレルギー症状	自然軽快したため、なし
4歳	嘔吐、下痢、全身の発赤と掻痒感、SpO ₂ 80%台への低下	抗ヒスタミン剤の投与、酸素投与
7歳	心拍数160回/分まで上昇、顔面紅潮、口唇腫脹、全身の発疹、SpO ₂ と血圧の低下	呼吸管理、薬剤投与
9歳	口腔内掻痒感、咽頭部違和感、嘔吐	アドレナリン・ステロイド製剤などの投与、モニタ管理
13歳	掻痒感、発疹、軽度呼吸困難感、血圧低下	アドレナリン・ノルアドレナリン・ステロイド製剤・抗ヒスタミン剤の投与
20歳代	掻痒感、急性呼吸窮迫症状	アドレナリン・ステロイド製剤の投与、気管切開術後に人工呼吸管理

(3) 事例の内容

主な事例を紹介する。

図表Ⅳ－1－13 事例の内容

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
献立作成			
1	患者の電子カルテに、アレルギー情報として「生魚・エビ・カニ」が入力されていた。病棟担当管理栄養士は、前回入院時の食事オーダーと食物アレルギーを確認して、「海老・カニ禁止」で献立を作成した。入院6日目、患者が看護師に、「夕食に刺身が提供されたが食べなかった。付け合わせのキュウリは食べた。」と伝えた。確認したところ、病棟担当管理栄養士が献立を作成する際に、生魚を禁止していなかったことがわかった。食事摂取後のアレルギー症状の出現はなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 入院歴のある患者であった。 病棟担当管理栄養士は、患者のアレルギー情報に「生魚・エビ・カニ」が登録されていたが、前回入院時の食事オーダーの禁忌事項に「海老・カニ禁止※エキス可」と記載があったため、電子カルテのアレルギー情報に登録されていた「生魚」は削除忘れであると思いついた。 病棟担当管理栄養士は、前回入院時に管理栄養士が患者から聞き取って電子カルテのアレルギー情報に記載していた内容を確認しなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院歴がある患者の場合は、前回入院時の電子カルテのアレルギー情報に関する記載を必ず確認する。 入院時は、病棟担当管理栄養士によるカルテの記載を必ず確認する。 食物アレルギーの登録内容と食事オーダーの禁止食材に差異がないか確認する。
調理指示書作成			
2	入院中の10歳未満の患者が、絶食治療後、寛解状態となり、牛乳、乳製品を除去した食事を開始した。おやつを摂取して約5分後、ナースコールがあり、患者は腹痛を訴えた。家族から「おやつにミルクココアとラスクを食べた。」と情報提供があった。食事は、牛乳・乳製品禁止でオーダーしていたため、栄養士におやつにミルクココアに牛乳が使用されていないか確認すると、栄養士から「本来であれば普通食のおやつとは別の牛乳・乳製品は除去されたミルクココアを提供すべきところ、誤ってトレイに牛乳入りのミルクココアをセッティングした。」と返答があり、牛乳を提供したことがわかった。	<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士が調理指示を作成する際、おやつ献立に飲料は付かないと思いつき、ミルクココアの変更指示を出さなかった。 調理担当者は、別食種（便秘食）に同じ料理名で、牛乳を使用しない「ミルクココア」があったため、便秘食のミルクココアと混同した。 調理担当者は、変更指示があったラスクは牛乳・乳製品禁のコメントを確認したが、ミルクココアに含まれる牛乳を見落とし、調理指示の記載通り牛乳で準備した。 配膳した保育士は、ミルクココアのメニュー表示は確認したが、乳製品は禁止食材なので使用されていないと考えた。 家族は、病院が提供するものに乳製品が入っているとは思わなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> アレルギー対応表作成時や作成後には、献立に禁止食材が含まれていないか確認する。 今回のミルクココアは、同じ料理名でも献立によって使用食材が異なっていたため、統一するよう変更した。 料理名から含まれている食材が判断できないものは、アレルギーのある食材や禁止食材が含まれていることがわかる料理名に見直す。 献立と食材が表示された指示書をもとに調理する。 アレルギー・禁止食材に対応する必要がある場合、調理前にアレルギーや禁止食材に該当するものが含まれていないか確認する。 配膳前の食事確認まで、献立と食材が表示された指示書をもとに確認する。 アレルギー・禁止食材に対応する必要がある患者の配膳は、受け持ち看護師が行う。 保育士の配膳業務手順を確認する。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
調理			
3	夕食の準備の際、調理従事者が、「煮物鉢（イカ）」という料理に、献立には入っていなかったエビを盛り付けた。その結果、甲殻類アレルギーのある4名の患者にエビの入った料理が届いた。患者が発見し、医療者に伝えた。	<ul style="list-style-type: none"> 基本料理「煮物鉢」（使用食材：エビ、南瓜、人参、車麩、インゲン）があった。 「煮物鉢（イカ）」は、基本料理「煮物鉢」のエビの代わりにイカを使用する料理であった。 基本料理「煮物鉢」には、「煮物鉢・エビヌキ」（使用食材：南瓜、人参、車麩、インゲン）もあった。 今回、甲殻類アレルギーのある患者には「煮物鉢（イカ）」を提供する予定だったが、調理従事者は「煮物鉢（イカ）」がエビの代わりにイカを使用する料理であるという認識がなく、思い込みでイカとエビ両方を盛り付けた。 基本料理から展開させた料理の種類が多く、間違えやすかった。 料理をセットする段階で、食札の禁止食品コメントと料理の使用食材を照合しなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 完成した料理の傍に食材表を貼り付けて、使用食材を確認しやすくする。 禁止食品コメントと料理の使用食材を照合してトレイにセットすることを徹底する。 「煮物鉢」は料理の種類が多く間違えやすいため、今回の事例を踏まえて内容を検討する。
食事形態調整			
4	5日前、病院栄養士が食物アレルギー対応献立表を作成し、厨房と当該病棟に配布した。前日、調理師が食物アレルギー献立表を用いて通常献立（シュウマイ）と異なることを確認し、代替献立の食材（魚）を冷凍室から冷蔵庫に移して解凍を開始した。当日、調理補助者Aが調理を開始した。次の食事形態調整の調理補助者Bに口頭で引き継ぐ際、調理補助者Bが代替料理は不要であると誤認した。そのため、小麦アレルギーの患者に通常献立（シュウマイ）をミキサーにかけたものを盛り付け、配膳車に積み込んだ。配膳前ダブルチェックは積み込みと別の職員であったが、ミキサー食形態のためシュウマイであることに気付かなかった。病棟看護師が食種別明細表を確認し、患者にミキサー食を注入した。20分後、患者の心拍が160回/分まで上昇し、看護師が訪室すると顔面紅潮、口唇腫脹、全身の発疹を認めた。その後、経皮的酸素飽和度、血圧の低下も認め、医師が呼吸管理を行い、薬剤投与を指示した。栄養士に昼食の食材を確認したところ、小麦アレルギーのある患者にシュウマイを提供したことがわかった。	<ul style="list-style-type: none"> 調理補助者Aが食事形態調整の調理補助者Bに口頭で引き継ぐ際、食物アレルギー献立表に基づいて伝達しなかった。 前日に準備し、当日調理していた代替献立の食材（魚）が余っていたが、他患者の対応で余ることもよくあり、疑問に思わなかった。 アレルギーのある患者に代替食を提供する時には、別の色の食器で提供することになっていたが、ミキサー食を入れる別の色の食器を購入していなかったため、通常食と同じ色の食器を使用していた。 	<ul style="list-style-type: none"> 食物アレルギーのある患者の食事は、調理担当者が6つの工程ごとに食物アレルギー献立表にもとづいて確認し、一覧表にサインする。 食事形態調整担当者は食材をミキサーにかける直前に代替献立と食材を照合し、サインする。 配膳車出発前に最終責任者（病院栄養士または委託責任者）が、食物アレルギー献立表に基づいて対応されているか確認し、サインする。 病棟看護師は、食札のアレルギー表示（食材に黄色マーカ）、代替献立と専用食器での配膳を確認する。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
トレイへのセッティング			
5	<p>患者は、「卵エキス不可」とアレルギー登録されていた。翌日の朝食準備担当調理師Aは、卵エキス不可のトレイに誤ってマヨネーズパックを載せた。朝食準備確認担当調理師Bと栄養管理士は、翌日の朝食のトレイへのセッティング確認時、卵エキス不可のトレイにマヨネーズパックが準備されていることに気付かなかった。当日、調理師Aが朝食準備および配膳前の最終確認を行った際も、卵エキス不可のトレイにマヨネーズパックがセットされていることに気付かなかった。病棟で朝食を配膳したところ、患者からマヨネーズパックが提供されていると指摘を受け、ドレッシングパックと交換した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・食事内容を確認する際、調理師と当日最終確認する調理師2名で食事内容をダブルチェックするルールであった。 ・当日は、欠員による人員不足のため、1名でシングルチェックを実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の前日確認と当日確認は、必ず別の調理師が実施する。 ・調理師全員の役割分担と協働をミーティングで周知する。

（４）事例の背景・要因

報告された事例の主な背景・要因を整理して示す。

図表Ⅳ－１－１４ 事例の背景・要因

○献立作成
【アレルギー情報の確認不足】
<ul style="list-style-type: none"> ・病棟担当管理栄養士は、前回入院時に管理栄養士が患者から聞き取って電子カルテのアレルギー情報に記載していた内容を確認しなかった。 ・患者のアレルギー情報に「生魚・エビ・カニ」が登録されていたが、病棟担当管理栄養士は、前回入院時の食事オーダーの禁忌事項に「海老・カニ禁止※エキス可」と記載があったため、電子カルテのアレルギー情報に登録されていた「生魚」は削除忘れてであると思い込んだ。
【食材の成分の確認不足】
<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士は、時間が切迫している状況で食材の成分を確認したため見落としした。 ・離乳食は管理栄養士のダブルチェックを行うルールとしていたが、確認者もロースハムに卵が入っているという認識がなく、調理作業表の記載を見落としした。
○調理指示書作成
<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士が調理指示書を作成する際、患者の献立から牛乳・乳製品を除去する必要があったが、おやつ献立に飲料は付かないと思い込み、ミルクココアの変更指示を出さなかった。
○調理
【情報の未確認・確認不足】
<ul style="list-style-type: none"> ・調理作業表と材料を照合しなかった。 ・調理中の引き継ぎを口頭で行い、食物アレルギー献立表に基づいて伝達しなかった。 ・調理作業表には、ロースハムの代替としてライトツナ缶と表示されていたが、調理担当者はロースハムに卵が含まれている認識がなく、代替のツナ缶の記載を見逃した。 ・禁止食材は把握していたが、盛り付けの際に、当日の献立には代替献立がないと思い込んだ。
【他の料理との混同】
<ul style="list-style-type: none"> ・調理担当者は、別食種（便秘食）に同じ料理名で牛乳を使用しない「ミルクココア」があったため、牛乳、乳製品を除去した食事を提供する患者のミルクココアを便秘食のミルクココアと混同した。 ・エビを使用する基本料理「煮物鉢」は、エビの代わりにイカを使用する「煮物鉢（イカ）」、「煮物鉢・エビヌキ」など、料理の種類が多く、間違いやすかった。
【タイムプレッシャー】
<ul style="list-style-type: none"> ・食事オーダー締切時間を超過して26名分の追加・変更依頼が発生したため、食事を作り直すなどしており、時間的な余裕がなかった。
○食事形態調整
【調理後ミキサーにかける際の料理の取り違い】
<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギーのある患者のミキサー食の調整は調理員1名に任せており、複数人で確認していなかった。 ・アレルギーのある患者の代替食は別の色の食器で提供することになっていたが、ミキサー食用の別の色の食器を購入しておらず、通常食と同じ色の食器を使用していた。

○トレイへのセッティング**【情報の確認不足】**

- ・食札の禁止食品コメントと料理の使用食材を照合しなかった。（複数報告あり）
- ・食札の禁止食材のコメントを見落とした。（複数報告あり）
- ・担当者は、作業が遅れていたこともあり、食事の数の照合に意識が向き、アレルギー食品コメントとの照合ができていなかった。
- ・誤って代替メニューと通常メニューの両方をトレイにセッティングしていたが、最終確認作業が不十分で、トレイに載った料理の数が多いことに気付かなかった。
- ・アレルギー対応食は、オーダーのコメントに「ピンク」と入力して皿の色を変える取り決めがあったが、職員に周知されていなかった。

【アレルギー情報に対して提供できる料理の理解不足】

- ・食事内容を確認した管理栄養士は、「卵禁止（エキス可）」の場合、カステラは大丈夫であると思い違いをした。

○配膳**【情報の未確認・確認不足】**

- ・元々食札にアレルギー情報を記載することになっていなかったため、確認できなかった。
- ・食札のコメント欄が湯飲みで隠れており、見えなかった。
- ・看護師は、卵エキス不可のトレイにマヨネーズパックが載っていることに気付かなかった。
- ・配膳した保育士は、食札でミルクココアの表示を確認したが、乳製品は禁止食材なので使用されていないと思った。
- ・病棟での配膳時は、食札をもとに、患者・家族と一緒にアレルギー食品が入っていないかを確認するルールとしていたが、看護師が1名で確認した。
- ・家族は、病院が提供するものに乳製品が入っているとは思わなかった。

○その他**【人員不足】**

- ・食事内容を確認する際、調理師2名でダブルチェックするルールがあったが、当日は欠員による人員不足のため、1名でシングルチェックを実施した。
- ・調理師の人数が少なく、確認担当の調理師に業務が集中した。
- ・配膳前の献立確認は、病棟保育士と看護助手（あるいは看護師）の2名で行うことになっているが、当日は保育士が不在で、看護助手1名で確認した。

（５）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－１－１５ 医療機関から報告された再発防止策

○献立作成
【アレルギー情報の確認】
<ul style="list-style-type: none"> 入院歴がある患者の場合は、電子カルテで前回入院時に聞き取ったアレルギーに関する情報を必ず確認する。 入院時は、病棟担当管理栄養士によるカルテの記載を必ず確認する。 食物アレルギーの登録内容と食事オーダーの禁止食材に差異がないか確認する。 食事オーダーに不明瞭な点がある場合、委託先職員の栄養士は病院栄養士に、病院栄養士は病棟看護師に確認し、対応内容を明確にする。
【献立・食材に含まれるアレルギー食品・成分の確認の徹底】
<ul style="list-style-type: none"> アレルギー対応表作成時や作成後は、献立に禁止食品が含まれていないか確認する。 アレルギーのある患者の献立を作成した際は、複数の栄養士と調理師が献立を確認する。 食材とアレルギー情報を含む食材表を毎月更新する。アレルギーのある患者がいる場合は、その都度該当するアレルギーのある食材を確認する。 離乳食をダブルチェックする担当者のうち1名は、経験のある管理栄養士とする。
【混同しやすい料理の変更】
<ul style="list-style-type: none"> 当該料理の種類が多く間違いやすいため、内容を再検討する。 離乳食後期のポテトサラダ（卵アレルギー対応）は、じゃがいもの煮物に変更する。 料理名から含まれている食材が判断できないものは、アレルギーや禁止食材が含まれていることがわかる料理名にする。 今回のミルクココアは、同じ料理名でも献立によって使用食材が異なっていたため、食材を統一するよう変更した。
【その他】
<ul style="list-style-type: none"> 治療食担当者を中心にアレルギーに関する講習会を開催し、意識向上と知識充足に努める。
○調理
【調理指示書の確認】
<ul style="list-style-type: none"> 食材が表示された指示書をもとに調理する。（複数報告あり） 調理に従事する職員（調理師・管理栄養士・病棟担当管理栄養士）は、食事確認の手順を遵守し、指差し呼称で確認する。 食札の後ろに調理作業表が挟まれている場合は、特に注意して点検する。 アレルギーや禁止コメントに対応する必要がある場合、調理前にアレルギーや禁止食材に該当するものが含まれていないか確認する。
○食事形態調整
【食事形態調整前の確認】
<ul style="list-style-type: none"> アレルギー患者の食事をミキサーにかけた後に食材を確認することは困難なので、ミキサーにかける前に調理師2名で料理を確認する。 アレルギー患者のきざみ・とろみ・ミキサー食調理マニュアルを作成し、遵守する。
○トレイへのセッティング
【食材一覧や食札を用いたアレルギー情報の確認】
<ul style="list-style-type: none"> 食事をセットする際は、食札のコメントを確認する。（複数報告あり） 調理師、管理栄養士はセッティング時に食札の全てのコメントを確認する。 禁止食品のコメントと料理の使用食材を照合してトレイにセットする。

○配膳**【配膳表や食札を用いたアレルギー対応状況の確認】**

- ・病棟看護師は、食札のアレルギー表示（食材に黄色マーカー）を見て、代替献立と専用食器で配膳されているか確認する。
- ・配膳時にアレルギーの内容とアレルギーの混入がないことを目視で確認する。
- ・配膳表のコメント欄や食札の禁忌食などを声出し・指差しで確認する。
- ・アレルギー（禁忌食材）対応患者の配膳は受け持ち看護師が責任を持って行う。

○その他**【人員・時間の確保】**

- ・栄養士同士の確認は、時間的な余裕を持って行う。
- ・担当者が繁忙の場合は、栄養管理部内でサポートを要請し、業務負荷を軽減する。
- ・確認担当調理師に業務が集中しないよう調理師間で連携し、全体で仕事を分担する。
- ・医療安全ニュースで食事オーダ締切時間の遵守を職員へ周知する。

【アレルギー情報や代替食の視認性の改善】

- ・食札へのアレルギー表記を検討する。
- ・食物アレルギーのある献立の食札については食物アレルギーを赤字で記載し、料理名に赤色下線、食札中央に縦青ラインを追加する。
- ・調理後の料理に食材表を貼り付け、使用食材を確認しやすくする。
- ・禁忌食品の表示を「鯛・鯖・鰹」の漢字表記から「タイ・サバ・カツオ」などカタカナ表記へ変更し、読みやすくする。
- ・アレルギー対応食は、トレイに立て札を置いて明示する。
- ・アレルギー対応食は最初に調理し、提供用の皿にブルーラップをかける。蓋は使用しない。

【手順の作成・見直しと周知】

- ・調理担当者が6つの工程ごとに食物アレルギー献立表に基づいて確認し、一覧表にサインする。
- ・食形態調整担当者は、食材をミキサーにかける直前に代替献立と食材を照合し、サインする。
- ・トレイへのセッティングは、成分除去対応の代替料理を最初に行う。
- ・配膳車出発前に、最終責任者（病院栄養士または委託責任者）が、食物アレルギー献立表に基づいて対応されているか確認し、サインする。
- ・食事を配膳する看護師や看護助手に、食札を用いた食事内容確認方法を周知した。
- ・確認作業のマニュアルがなく、委託先職員の管理栄養士1名で、食札を参考に最終の食事提供内容を確認していたため、確認項目、順番などを定めたマニュアルを作成した。
- ・土日の禁忌食確認方法のマニュアルを委託業者と作成中である。

【複数名による確認体制の確立】

- ・食事の前日確認と当日確認は、必ず別の調理師が実施する。
- ・配膳前の配膳表と食札・食事の確認は2名で行う。

【患者への協力依頼】

- ・患者のアレルギー認識状況を確認する。
- ・患者自身にも、禁忌食品が配膳されていないか注意するよう協力を依頼する。

（6）まとめ

「アレルギーのある食物の提供」（医療安全情報No.69）について、第67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、発生段階、登録されていたアレルギー情報と誤って提供した食事、食材の視認の可否と患者の摂取状況、患者への影響などを示し、主な事例を紹介した。さらに、医療機関から報告された事例の背景・要因と再発防止策をまとめて示した。

「調理・調乳」の段階で発生した事例が大半であった第67回報告書に対し、今回報告された事例は「献立作成」から「トレイへのセッティング」に至るまで様々な段階で発生していた。食事が患者に提供されるまでには多くの職員が関わり、複数の確認工程を経ている。しかし、アレルギーのある食材が元々視認できない形態の場合や調理によって視認できなくなった状態で混入した場合、その発見は難しい。そのため、栄養部を中心に、医療機関内で「献立作成」「食札作成」「調理」「食事形態調整」「トレイへのセッティング」の各工程において、アレルギーのある食材が食事に混入する可能性があることを念頭に確認手順を定め、遵守することが求められる。

事例の背景・要因として、栄養部におけるタイムプレッシャーに言及している事例も複数あった。栄養部では工程に無理がないか見直すとともに、栄養部に食事をオーダーする医師や看護師は食事オーダーの締切時間を遵守するなど、栄養部に過度の負担を強いることのないよう組織全体で協力することも重要である。

今回報告された事例では「トレイへのセッティング」で発生したものが過半数を占め、そのうち「食札の記載の見落とし」が5件あった。報告された医療機関の再発防止策には、食札へのアレルギー情報の表示による情報共有の改善や、メニューへの食材表の添付、調理段階から代替食判別のための食器色の変更といった工夫が挙げられていた。本事業の専門分析班の委員が所属している医療機関では、トレイの色を変えているところもあった。医療機関によってアレルギー情報の照合方法や代替食の確認方法は異なると思われるが、自施設の状況に応じて参考としていただきたい。また、近年、給食の外部委託も増えていると思われる。委託業者ともアレルギーに関する知識を共有し、協力する必要がある。

V 事業の現況

1 ホームページを通じた情報発信

(1) ホームページのトップ画面

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させていただきたい（https://www.med-safe.jp/pdf/business_pamphlet.pdf）。

2025年9月より、トップ画面に「場面ごとの医療安全情報」と「現地状況確認調査」のコンテンツへのリンクを追加した。「場面ごとの医療安全情報」は、これまで公表してきた医療安全情報を関連する場面ごとにグループ分けしたものであり、「現地状況確認調査」は、医療機関を訪問して、報告された事例の内容について、報告後に院内で行った検討の内容などもうかがうことでさらに深い議論を行い、報告時に得られなかった情報を追加した調査概要を掲載したものである。いずれも医療安全の推進にとって有用な情報であると考えられるため、ご活用いただきたい。

図表V-1 ホームページのトップ画面



2 事例報告システムの改修

(1) 事例報告システム改修の概要

本事業は、2004年10月より開始し、2010年に医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の整合を図るため、報告項目を一部見直し、事例報告システムや事例検索システム、事例集計システムを構築した。その後、医療体制や医療安全管理体制は大きく変化し、不要な項目や不足する項目があったこと、また、本事業の医療事故情報の報告期限は「事例が発生した日もしくは事例の発生を認識した日から原則2週間以内」であるが、背景・要因や再発防止策を含めた事例の報告を期日までにを行うことが難しい状況があったことから、2024年度に事例報告システムの改修を行った。報告項目の見直しや報告方法の改善を図り、2025年4月から、より報告しやすい環境を整えた事例報告システムを稼働したので、益々の参加医療機関の協力をいただきたい。

(2) 報告入力項目の見直しに伴う「集計表」のページの変更

2025年4月からの新たな報告入力項目の詳細は、医療事故情報およびヒヤリ・ハット事例それぞれの報告入力項目*をご参照いただきたい。報告入力項目の変更に伴い、今後は2025年3月までに報告された旧項目の集計表と2025年4月以降に報告された新項目の集計表に分けて掲載する。また、これまでの集計表はhtml形式であったが、今後の集計表はExcel形式となる。2025年4月以降の集計表は以下のようにご覧いただきたい。

図表V-2 「集計表」ページの変更



※報告入力項目（医療事故事例）（新項目版）（2025.4.1以降）
 : https://www.med-safe.jp/pdf/accident_input_item_202504.pdf
 報告入力項目（ヒヤリ・ハット事例）（新項目版）（2025.4.1以降）
 : https://www.med-safe.jp/pdf/hiyarihatto_input_item_202504.pdf

3 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 (PMDA) との共同企画の医療安全情報

本事業では、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 (PMDA) と定期的に情報交換を行っており、両事業の共同企画として、共通のテーマの医療安全情報を同時に提供している。2026年2月には、3回目の共同企画である医療安全情報No.231「使用期間を超過した胃瘻カテーテルの破損」を公表した。今後もPMDAと様々なテーマを検討し、共同企画で医療安全情報を公表していく予定である。医療安全の推進のために、引き続き情報をお役立ていただきたい。

図表V-3 医療安全情報No.231とPMDA医療安全情報No.72 (一部抜粋)

医療事故情報収集等事業
医療安全情報

2026年2月 **No.231**

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

PMDA 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構
Pharmaceuticals and Medical Devices Agency

今回は独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 (PMDA) との共同企画です。
「PMDA医療安全情報 No.72 2026年2月 胃瘻カテーテル取扱い時の注意について」も参照してください。

使用期間を超過した 胃瘻カテーテルの破損

製品の使用期間を超過して留置していた胃瘻カテーテルが破損した事例が報告されています。

2021年1月1日～2025年12月31日に5件の事例が報告されています。この情報は、第81回報告書「分析テーマ」で取り上げた内容をもとに作成しました。

報告された胃瘻カテーテルの 一般的名称	構造	添付文書の 記載内容	交換を行って いなかった期間
短期的使用 胃瘻栄養用チューブ	バルーン型	使用期間 30日以内	4ヶ月
			5ヶ月
			6ヶ月
長期的使用 胃瘻用ポタン	バンパー型	交換の目安 4ヶ月	10ヶ月
			3年4ヶ月

交換を行ってなかった背景

- ・ 整形外科の主治医は、胃瘻カテーテルの交換時期を把握していなかった。
- ・ 整形外科病棟の看護師は、胃瘻カテーテルの管理方法を知らなかった。
- ・ 患者は毎月歯科口腔外科外来を受診していたが、歯科医師は胃瘻カテーテルの交換時期を失念し、消化器内科の受診を予約しなかった。

PMDA(医薬品医療機器総合機構)は、厚生労働省所管の独立行政法人です No.72 2026年 2月

PMDA
医療安全情報

(独)医薬品医療機器総合機構

PMDA No.72 2026年 2月

胃瘻カテーテル取扱い時の注意について


注: 胃瘻カテーテルはポタン型とチューブ型を含む。

今回は公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業との共同企画です。
「医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.231 使用期間を超過した胃瘻カテーテルの破損(2026年2月)」も参照してください。

1 使用期間を超過した胃瘻カテーテルの破損や脱落

(事例1) 整形外科病棟に入院中の患者に、消化器外科で胃瘻を造設した。バルーンが破裂し胃瘻カテーテルが抜けかかっていることを、整形外科病棟にて保清中に発見した。本来30日以内に交換すべき胃瘻カテーテルを4ヶ月間交換していなかった。

(事例2) 患者が「胃瘻が外れた」と救急外来を受診した。胃瘻カテーテルは腹壁から脱落しかかっており、本来4ヶ月毎に交換すべき胃瘻カテーテルを3年4ヶ月間交換していなかった。胃瘻カテーテルのバンパーが破損し胃内に遺残した。



バルーン・バンパーの破損
や
胃瘻カテーテルの脱落

4 2025年度研修会「業務工程図研修会」

本事業では、質の高い報告を促進するために、毎年、医療事故事例の分析を学ぶ研修会を開催しており、これまでに根本原因分析（Root Cause Analysis：RCA）や業務工程図を作成する研修会を実施してきた。2025年12月20日（土）に、「入院患者への注射薬の処方～調剤～準備～投与」の業務工程図の研修会を行い、12医療機関から計41名が参加した。プログラムは以下の通りである。

図表V-4 業務工程図研修会のプログラム

時間	内容	
10:00～10:05	オリエンテーション	
10:05～10:50	業務工程図の意義	株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院 前院長 永井 庸次 先生
10:50～11:25	医療安全と業務工程図	日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 部長 坂口 美佐
11:25～12:00	業務工程図の描き方	東邦大学 医学部 臨床支援室 医療安全管理部門／ 東邦大学医療センター大森病院 医療安全管理部 准教授／副部長 藤田 茂 先生
13:00～16:00	グループ演習： 医療機関ごとに事前に作成した 業務工程図を完成させ、模擬事 例を用いて工程の脆弱性などを 検討する。	九州大学病院ARO次世代医療センター 特任准教授・病院長補佐 鮎澤 純子 先生 社会医療法人生長会 クオリティ・マネジメント本部 部長 楠本 茂雅 先生 健康科学大学 看護学部 前教授 小林 美雪 先生 順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院 看護部 部長 櫻井 順子 先生 東邦大学 医学部 臨床支援室 医療安全管理部門／ 東邦大学医療センター大森病院 医療安全管理部 准教授／副部長 藤田 茂 先生 株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院 前院長 永井 庸次 先生 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 部長 坂口 美佐
16:00～17:00	まとめ	

図表V-5 研修会の様子



5 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) Global Maternity Indemnifiers Conference

2025年3月19日、英国の法律事務所である“Kennedys”が開催した、分娩事故に対する賠償や支払いを行う国内外の組織や専門家などが出席する“The Global Maternity Indemnifiers Conference 2025”に招待を受けてWeb出席し、同事務所Melbourne OfficeのMs. Cindy Tuckerによるインタビュー形式で、本財団や運営する事業についての説明、特に産科医療補償制度について説明した。その中で、本事業など報告と学習を行う全国レベルの制度を運営していることやその意義についても説明した。その後、KennedysのGlobal Head of HealthcareであるMr. Christopher Mallaが司会を務め、本財団の他に、英国産科婦人科学会前理事長でありNHSのSenior Obstetric

AdvisorであるProf. Tim Draycott、英国NHSの賠償部門（NHS Resolution）の部長であるMs. Helen Vernon、豪州のビクトリア州の障害補償制度であるVictorian Managed Insurance Authority (VMIA)のChief Insurance OfficerであるMr. Angella Kelly、中国のChinese University of Hong Kongの副医学部長であり産科婦人科教授であるProf. Tak Yeungが出席して質疑応答を行った。主に、産科医療補償制度や報告・学習制度が成功するための要因、患者・家族の参画の意義、施設を訪問して行う調査や指導、AI (Artificial Intelligence) の応用の可能性、分娩に係るサービスの人種間格差について質疑応答がなされた。閉会の辞は、英国産科婦人科学会前理事長であり、Imperial College Londonの産科婦人科教授であるProf. Dame Lesley Regan DBEが述べた。

(2) HA Thai International Forum

2025年3月19日、タイ王国の第三者評価運営組織であるHA Thailand (Hospital Accreditation Thailand) の25th HA National Forum/International Hybrid Conferenceにおいてバーチャル講演を行った。同フォーラムにおける講演は、2017年に開催された第18回フォーラム（第49回報告書43-44頁）、2021年に開催された第21回フォーラム（第71回報告書77-79頁）、2023年に開催された第23回フォーラム（第75回報告書107-108頁）、2024年に開催された第24回フォーラム（第80回報告書90頁）に続き5回目となる。また、2022年3月にモルディブ共和国保健省・WHO SEAROなどが主催して開催した「報告と学習システムに関する研修会」において、本財団とともにHA Thailandからも講義が行われ、その中で、2016年にスリランカ民主社会主義共和国のコロンボでWHOが開催した専門家会合で本財団の講演を聴いたこと（第45回報告書39-41頁、第68回報告書91-93頁）を契機にタイ王国の報告と学習のシステムを整備したことが説明された（第73回報告書81-86頁）。このたびの講演では、2023年の講演以降の本事業や本財団の事業の進捗などについて説明した。主な内容は次の通りである。

- 医療安全（患者安全）の推進に関する国際的な出来事について。
- 閣僚級世界患者安全サミットについて、東京（第3回）やサンティアゴ（第6回）での議題や公表された宣言、コミットメントの内容。
- WHO World Patient Safety Action Plan 2021-2030の内容に本事業のような報告・学習の仕組みが盛り込まれており、特に2024年に公表されたProgress reportでは、タイ王国の経験として、2016年にWHO Consultation Meetingにおいて日本の本事業に啓発を受け、国レベルでの報告・学習制度を創設したことが記述されていること。
- ISQua Istanbul Conference 2025のポイント、特に気候変動と健康についてと、それに関するISQua Green Paperについて。
- WHO World Patient Safety Day、WHO Patient Safety Rights Charterについて。
- 産科医療補償制度と患者・家族の立場の有識者の運営への参加について。
- Imperial College Londonが2023年に公表したGlobal Patient Safety Report 2023で世界の患者安全の取り組みが9件紹介された中に、我が国の産科医療補償制度が取り上げられたこと。

(3) 7th Global Ministerial Summit on Patient Safety, Manila Philippines

2016年に英国およびドイツ連邦共和国の主導で閣僚級世界患者安全サミットが開始され、第1回はロンドンで、2017年の第2回はドイツ連邦共和国のボンで開催された。2018年には日本政府が主催し、本財団および日本医療安全調査機構が共催して、第3回のサミットを東京で開催した。第4回はサウジアラビア王国のジッダで開催された（第53回報告書73-79頁、第58回報告書93-101頁）。その後、新型コロナウイルス感染症のパンデミックのためにスイス連邦による第5回が延期となっていたが、2023年2月にモントルーにおいて対面と一部のセッションをストリーム配信するハイブリッド方式で開催された（第75回報告書106頁）。そして第6回は2024年4月17-18日にチリ共和国のサンティアゴにおいて開催された（第80回報告書91-92頁）。

第7回のサミットは、2025年4月3-4日にフィリピン共和国保健省が主催し、マニラで開催された。本財団からも再び参加の機会を得た。そして、Experts Plenary 3 “Leveraging AI and Technology for Patient Safety: Challenges, Applications and Policy Considerations” の司会を務め、セッション冒頭の司会者のスピーチの中で、本事業や薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業で提供している、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モデル開発の取り組みや、産科医療補償制度における原因分析報告書要約版の公表などについて説明した。

Experts PlenaryおよびPanel discussionのテーマは次の通りである。本事業に関連して、Expert Plenary2が、全てのレベルでのケアにおいて、サステナブルな患者安全文化を醸成するための患者安全インシデント報告の推進を取り上げた。当該セッションでは、第4回サミットを主宰したサウジアラビア王国のサウジアラビア患者安全センターの元事務局長が司会を務め、また、本事業との繋がりの深い英国NHSのHSSIBのCEOや、WHOのPatient Safety Flagshipにおいてインシデント報告制度の普及に努めてきた元Headらがパネリストを務めるなど、本事業など本財団が運営する報告と学習の制度に深く関連するものであった。

(Plenary session)

- Experts Plenary1: Implementation of the Global Patient Safety Action Plan 2021-2030
- Experts Plenary2: Advancing patient safety incident reporting for a sustainable culture of safety across all levels of care
- Experts Plenary3: Leveraging AI and Technology for Patient Safety: Challenges, Applications and Policy Considerations

(Panel discussion)

- Panel discussion 1.1 The role of patient engagement in bridging patient safety gaps and issues
- Panel discussion 1.2 Strengthening patient safety in primary, Ambulatory, and community settings: The case of diagnostic safety
- Panel discussion 1.3 Innovative strategies for building resilient healthcare systems to ensure patient safety amid climate and disaster-related disruptions
- Panel discussion 2.1 Synergistic partnerships in mitigating the effects of climate change on patient safety

- Panel discussion 2.2 Investing patient safety for sustainable healthcare
- Panel discussion 2.3 Creating psychologically safe and healthy workplaces

同サミット最終日（2日目）には、過去のサミットと同様に、メッセージ“Mandaluyong Declaration on Patient Safety”（Mandaluyongはマニラに近接する首都地域の名称となっているが言葉の由来は諸説あり）が公表された。同宣言は全文で東京宣言（2018）など、過去のサミットで作成された宣言に言及しつつ、次の点を強調し、具体的な行動を求めた。

1. 患者安全のための国際連携の強化
2. 患者安全におけるリーダーシップとガバナンスの推進
3. 災害・緊急事態への備えや気候変動領域の取り組みへの患者安全の統合
4. 人を中心とした患者安全のアプローチの構築

（4）ISQua White Paper on GPSAPの公表

WHO Global Patient Safety Action Plan 2021-2030は、上記サミットの議論において頻繁に言及された。WHOではこのイニシアチブを推進中であり、2024年には進捗をまとめた報告書“Patient Safety Report 2024”が公表された（第76回報告書82-86頁）。具体的な取り組みの達成度に関するアンケート調査結果を踏まえ、今後さらに推進すべき項目が多くあることが明らかになった。ISQuaでは、Patient Safety Task Forceを組織して、GPSAPの実行に取り組むWHOを支援している。そのため、同サミット開催の機会に、White Paper “Safe Care is the Right Care”を作成、公表した。その内容のポイントは次の通りである。

- WHO Patient Safety Report 2024の結果であるPerformance Scoreに基づいて考察すると、進捗が順調である項目とそうでない項目がある。特に今後強化すべき領域は次の通り。
 - 患者支援、リーダーシップ、公正性
 - 医療従事者の教育と安全
 - 患者・家族・ケア提供者の関与と支援
 - ケア提供プロセスの改善
- これらの領域（Foundation pillar：FP）について、共通の観点（Core elements）として、i）健康に関する公正性を含む政策・戦略、ii）リスク低減のためのシステムの強化、iii）能力開発、iv）測定・モニタリング、v）イノベーションと研究、の5点を設定し、それらの領域をそれぞれの観点から推進するための方策（Key driver）を提示している。それをまとめた表は、“5x4マトリックス”と呼ばれる。さらに、Key driverごとに、それを推進するための戦略（Implementation strategy）を示した。本事業、薬局や歯科診療所を対象とした報告・学習の仕組みに関しては、特に、i）健康に関する公正性を含む政策・戦略、ii）リスク低減のためのシステムの強化において、具体的に“報告文化・学習文化”、“報告・学習システムの整備”がKey driverとして言及されている。
- 同White Paperは、期待されるベネフィットやインパクトとして、戦略的ガイダンスの提供、アウトカムの改善、コストエフェクティブネス、信頼の醸成・評判の改善、患者の定着の改善、医

療従事者の熱心さや能力の改善、運営の効率改善、リーダーシップと説明責任、イノベーションと研究、国際的なベンチマーキングと連携、の10項目を挙げている。

(参考) ISQua White Paper “Safe Care is the Right Care”



Foundation Pillar (FP)	FP1. Advocacy and Leadership	FP2. Health Worker Education and Safety	FP3. Patient, Family, and Carer Engagement and Empowerment	FP4. Improvement in Clinical Processes
Core Elements	Key Drivers	Key Drivers	Key Drivers	Key Drivers
1. Policy and Strategy, Including Health Equity	Align organisational strategies and resources with global initiatives of GPSAP and ensure person-centred care to create a highly resilient organisation. (Gap: 1.2)	Prioritise physical and psychological safety of health workers with equitable accountability, safe work environments, reporting/learning culture, manageable workloads, and good practices. (5.5)	Develop a patient and family engagement strategy and policy that involves the patient/family/caregiver voice and input in operations and quality and safety initiatives while ensuring health equity by considering diverse cultural, linguistic, and socio-economic needs. (4.1)	Implement evidence-based clinical protocols, care pathways, and checklists to standardise care and reduce risks and disparities. (3.1) Prioritise medication without harm (Gap: 3.2)
2. System Strengthening for Risk Reduction	Prioritise fostering psychological safety, safety culture, reporting culture, and learning culture by implementing a just culture for all lapses of expectations, not limited only to patient safety incidents. (2.1)	Invest in ergonomic infrastructure, mental health support, and tools to ensure workers' physical and psychological safety. (2.4, 5.5)	Include patient/family/caregiver representatives in governing board(s), quality and safety committees, event learning teams, and patient grievance committees/teams. (Gap 4.1)	Strengthen systems for care transitions, patient safety incident reporting, and process standardisation to prevent harm. (Gap: 3.5)
3. Capacity Building	Leadership teams to be hired for and trained to champion patient safety (Gap 2.3)	Where national centres of excellence do not exist, develop and implement comprehensive education and training for health workers on safety practices, self-care, and stress management. (Gap: 5.2)	Develop and engage patient advocates/activists and patient safety champions in the design and delivery of healthcare. (Gap: 4.3)	Regularly train clinical teams on updated protocols, patient safety incident prevention, and harm reduction techniques. (Gap: 3.1)

(5) CAHOCON 2025

Consortium of Accredited Healthcare Organizations (CAHO) は、インド共和国において、第三者評価を受けた医療提供施設、診断や検査を提供する組織を対象として、質や安全の改善を図る団体である。事業として包括的な質や安全のトピックを対象としたカンファレンス (CAHOCON) やテクノロジーに特化したカンファレンス (CAHOTECH)、ウェビナー、特にISQuaとの連携によるウェビナー (CAHO-ISQua International Webinar Series) などを運営している。本財団は、2021年1月に第2回CAHO ISQua International Webinar Seriesの講師を務め (第70回報告書81-83頁)、2023年4月14-16日にハイデラバードで開催された第7回カンファレンス (CAHOCON2023)、2024年4月5-7日にコルカタで開催された第8回カンファレンス (CAHOCON2024) に招待を受け出席し、本事業や薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業などについて説明した。これに続き、2025年4月12-13日、デリーで開催された第9回カンファレンス (CAHOCON2025) に招待を受けて出席した。プログラムの中では、4月13日午前中に行われた、Session XIII: “Sharing Best Practices - Breaking the Silos.” (司会: Prof. Anupam Sibal, Ex-President, Global Association of Physicians of Indian Origin (GAPIO) ; Group Medical Director, Indraprastha Apollo Hospitals) にパネリストとして登壇した。セッション冒頭はパネリストが自ら関与している患者安全活動、イニシアチブについて述べ、最後にメッセージを述べた。本財団の出席者から、施設レベルの取り組みとして、特定機能病院における重大事故について触れたうえで、医療安全管理体制の整備、医療安全を担当する副院長の配置など、特定機能病院の承認要件とされた医療安全対策、訴訟を含むコンフリクトマネジメントなど、国レベルの取り組みとして、本事業、薬局や歯科診療所を対象とした報告・学習システム、産科医療補償制度、第三者評価などを説明した。スピーチ部分では、報告文化・学習文化を含む、患者安全文化の醸成を強調した。

また、4月11日には、ISQuaの理事長、理事、事務局職員と共に、PRESS CLUB OF INDIAにおいて、第7回患者安全サミットの会期中に公表したISQua White Paper on Patient Safety: Safe Care is the Right Careを説明する記者会見を行い、本財団では本事業、薬局・歯科診療所を対象とした国レベルの報告・学習制度を運用していることや、我が国の施設レベルで行われている医療安全活動について説明した。同会見の内容は、複数の現地メディアで報道された。

また記者会見後には、インド共和国商工省が設立した、独立してヘルスケアに関する組織の第三者評価を行う組織であるQuality Council India (QCI) を訪問し、Secretary GeneralであるChakravarthy Kanban氏らにWhite Paperの説明を行い会談した。なお同組織の職員は、本財団と共にISQuaのアドバイザー委員会である、Accreditation Councilの委員を務めている。

(6) インドネシア共和国Airlangga University School of Public HealthのWeb講義

2025年4月18日、インドネシア共和国のAirlangga University School of Public Healthから、大学院講義（バーチャル）の依頼を受け、対応した。インドネシア共和国の団体や大学としては、過去にBrawijaya University（第82回報告書95-96頁）や、KARS（Konishi Akreditasi Rumah Sakit）（第82回報告書96頁）のイベントにおいて講義、講演した実績がある。それらに加えて、新たな大学からの依頼である。同大学のDepartment of Public Healthからは、2023年11月にアラブ首長国連邦のドバイで開催された、World Patient Alliance (WPA) の地域会合（第79回報告書 87-90頁）および、2024年10月に南アフリカ共和国のケープタウンで開催されたWPA総会（第82回報告書 93-94頁）にも教員が参加しており、患者安全における患者の参画やその役割に関心を持っていた。それらの機会に本財団からの参加者とAirlangga Universityからの参加者が面会、意見交換したことが、本年講義を依頼される契機となった。主な講義内容は次の通りである。

- 本事業、薬局や歯科診療所を対象としたヒヤリ・ハット事例収集事業など、本財団が運営する事業の説明。
- 2002年に医療安全推進総合対策が作成されたこと。
- 施設レベルのインシデント報告。
- 施設レベルの紛争対応の現状。
- WHO Global Patient Safety Action Plan 2021-2030の説明と、7つの柱の4番目が“患者・家族の参画”であり、具体的なアクションのうち、4.4は“患者安全事案の被害者への開示”、6.1は、“患者安全インシデントの報告・学習システム”であること。
- WHO Patient Safety Right Chapter 2024の説明。10の権利のうち、9番目は“患者の声が聞き届けられ、公正な解決を受けられる権利”であること。
- 医療事故情報収集等事業の実績と現況。
- 2025年4月に行われた第7回閣僚級世界患者安全サミットに本財団が参加し、Plenary sessionの司会を担当する中でChair's speechとして、上記AIモデルの開発に言及したこと。
- 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、産科医療補償制度の概要。

○GPSAPに関するプログレスレポートである、WHO Global Patient Safety Report 2024には、国レベルの報告・学習制度の中でタイ王国の制度創設の経験が記述されており、タイ王国は日本の制度に啓発を受けて制度創設に至ったことが述べられていること。

