



報告事例を学びにつなげる

～医療安全情報の作成背景と実践的活用～

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

坂口 美佐

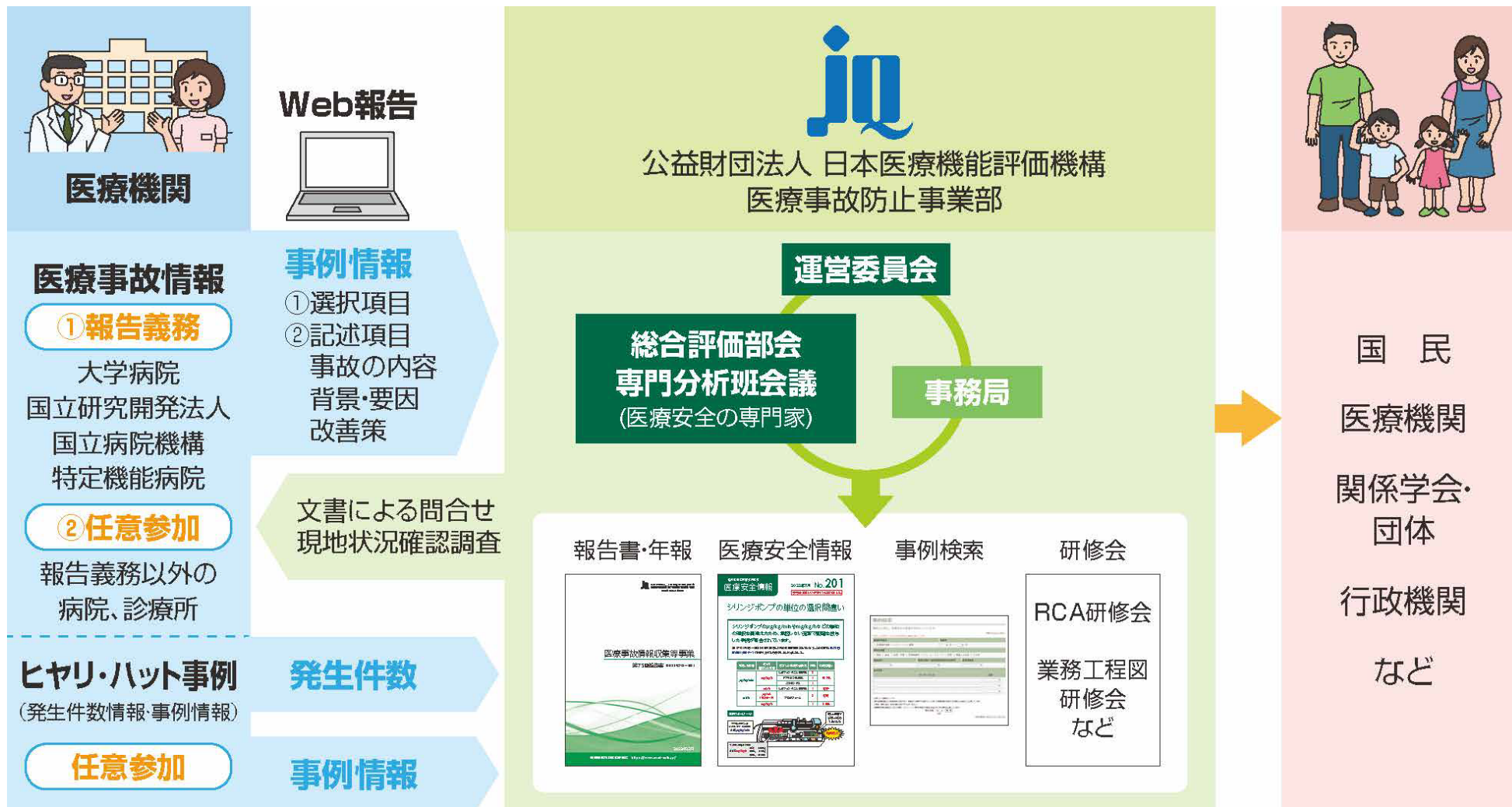
本日の内容

1. 医療事故情報収集等事業の現況
2. 報告事例から医療安全情報へ
3. 医療安全情報の活用例



医療事故情報収集等事業の現況

医療事故情報収集等事業の流れ



医療事故情報収集等事業の経緯

1. ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

- 2001年10月 厚生労働省がヒヤリ・ハット事例収集事業を開始
- 2004年4月 日本医療機能評価機構が収集実施機関となった

2. 医療事故情報収集・分析・提供事業

- 2004年9月 医療法施行規則の一部を改正する省令
→特定機能病院などに医療事故の報告を義務付けた
- 2004年10月 日本医療機能評価機構が登録分析機関として事業を開始
- 5年毎に登録分析機関の更新

報告と学習のシステム

事例を報告し、事例から学んで
医療事故を防止する

医療事故情報収集等事業の目的

医療機関から医療事故情報およびヒヤリ・ハット事例を収集し、分析・提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的とする。

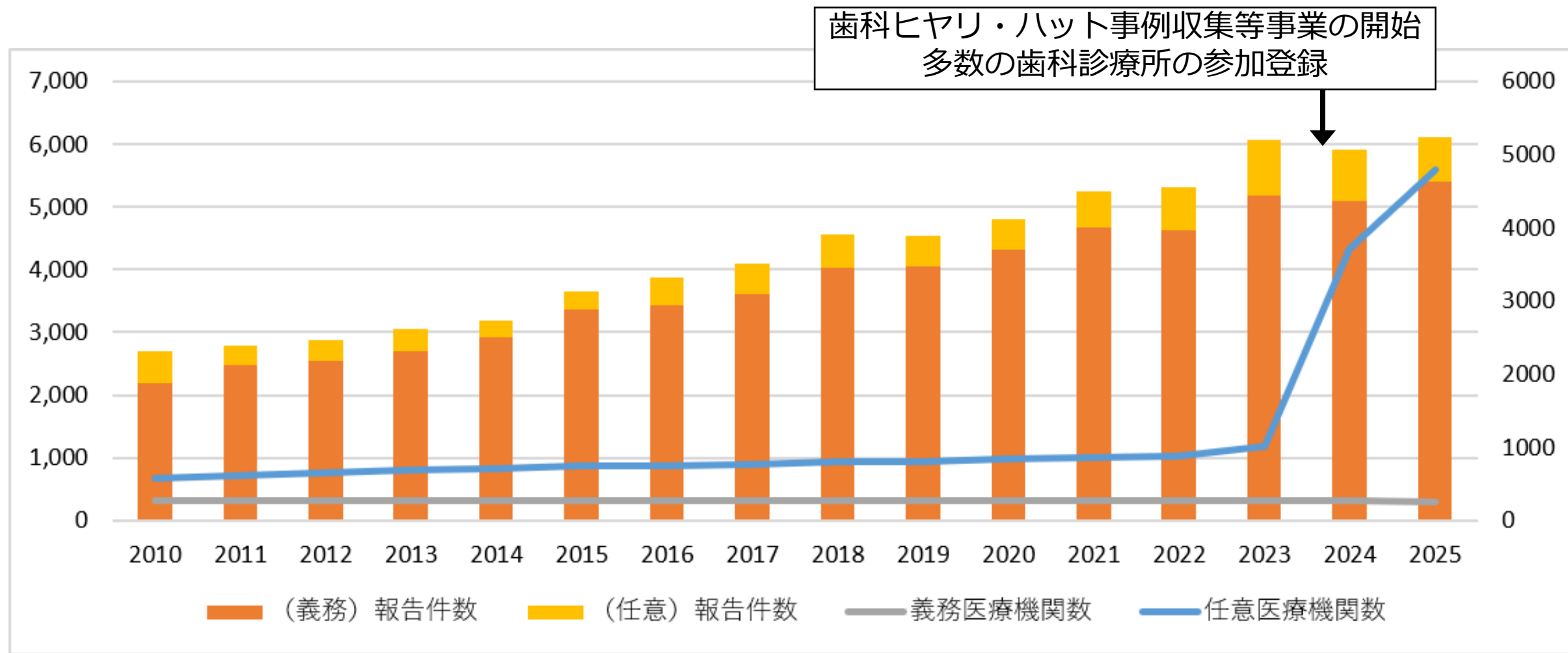
医療事故の発生予防・再発防止



情報は匿名化して取り扱う
懲罰的な取り扱いをしない

医療事故情報の報告

参加医療機関数と報告件数の推移



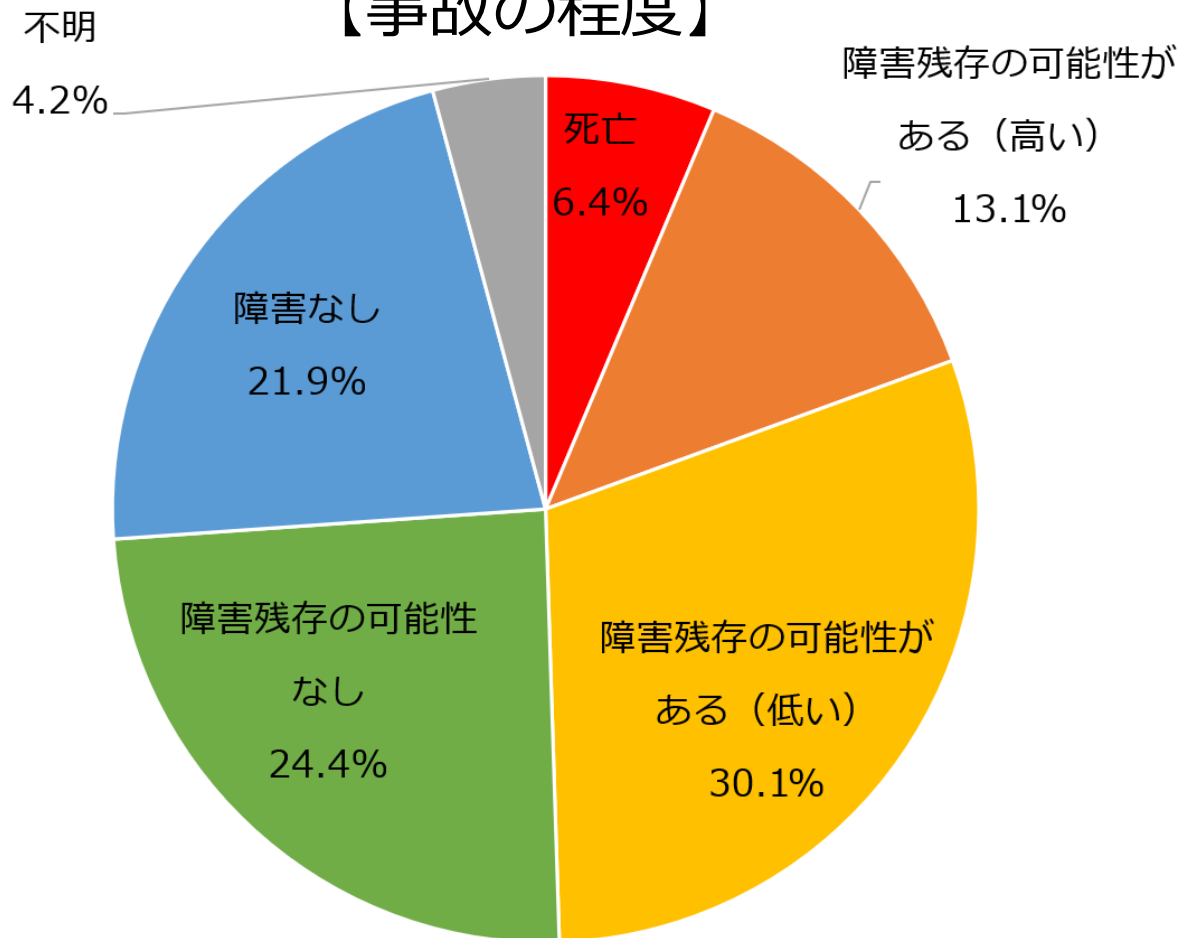
医療事故情報として報告していただく事例

- ① 誤った医療また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、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 誤った医療また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。

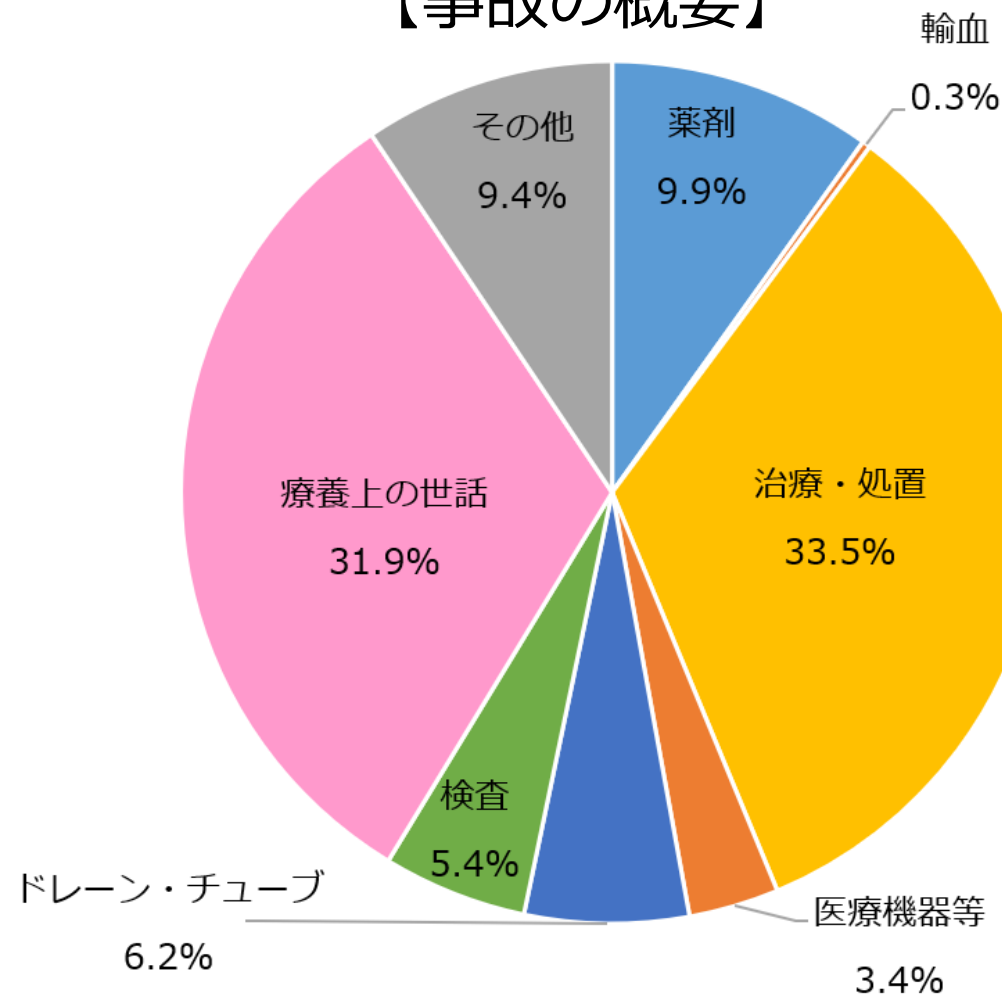
過誤の有無や障害の程度にかかわらず、幅広く事例を収集

報告された医療事故情報の内訳（2025年）

【事故の程度】



【事故の概要】

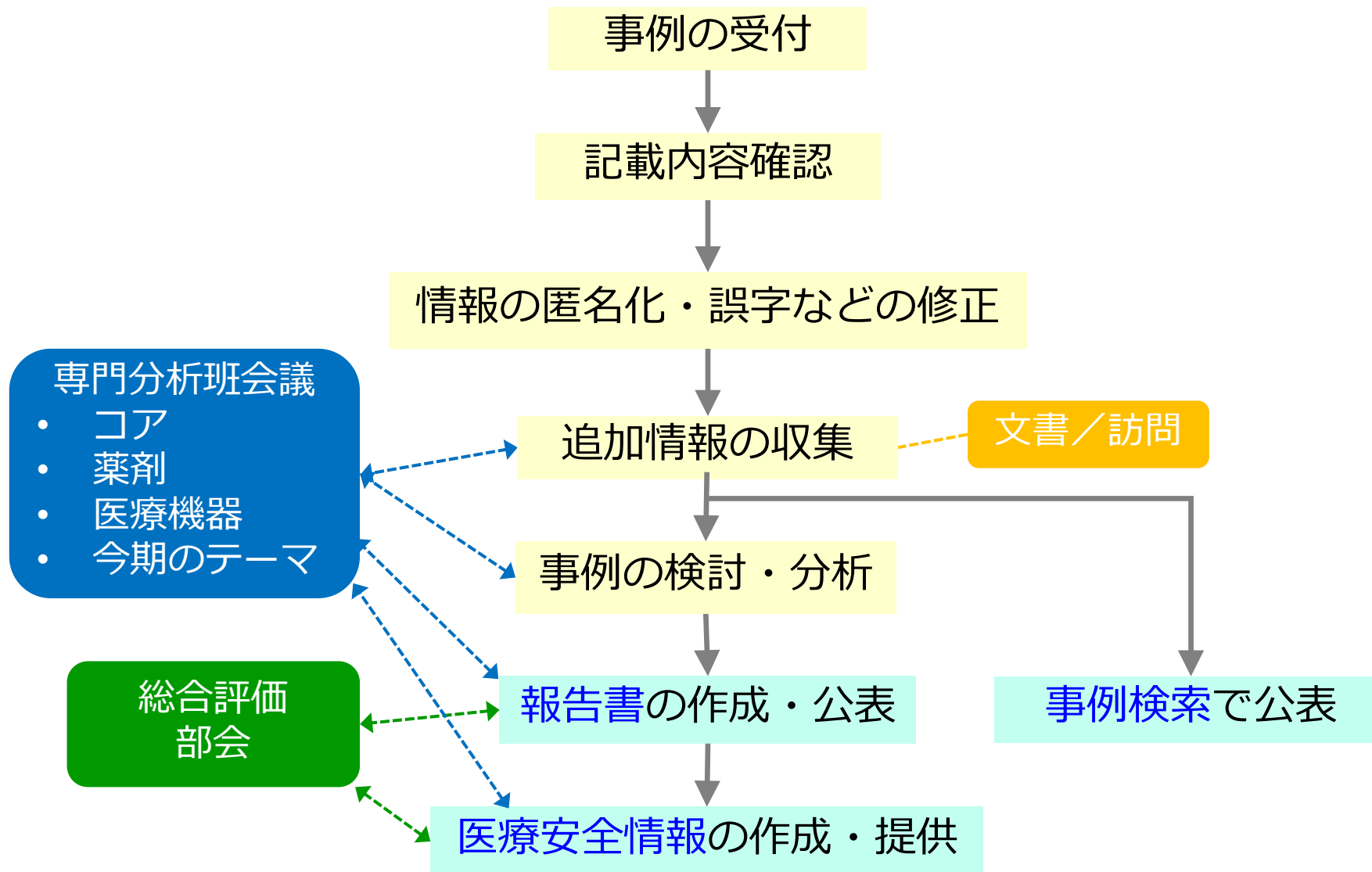


医療事故情報（6118件）



報告事例から医療安全情報へ

事例報告から医療安全情報の提供まで



報告書の作成

■ 3月、6月、9月、12月下旬に公表

■ 構成

➤ 集計報告

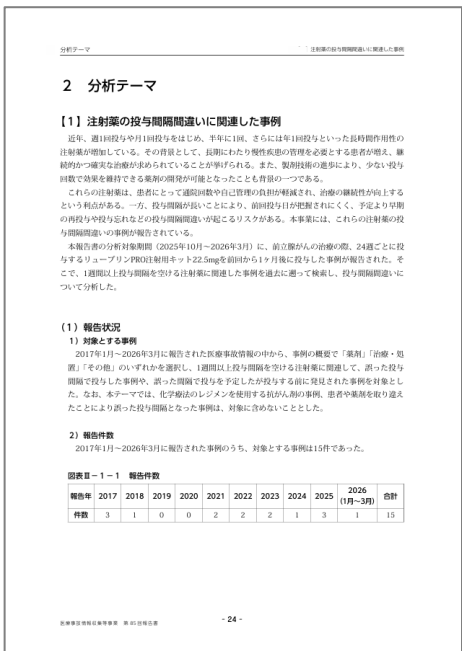
➤ 事例の分析

・ 分析テーマ

・ 再発・類似事例の分析

・ 事例紹介

➤ 事業の現況



報告書の内容からテーマを決める

分析テーマ	電話での呼び出し時に職員間で患者を取り違えた事例	←イラストで作れそう
	ペン型インスリン注入器を他の患者に使用した事例	←イラストで作れそう
	医師に血液検査のパニック値の連絡をしたが未対応となった事例	←表とイラスト？
	クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例	←難しそう
	胃瘻・腸瘻の造設・カテーテル交換や管理に関連した事例	←内容を絞る必要あり
再発・類似事例の分析	誤った患者への輸血（医療安全情報No.11、110）	←第3報を作りたい
	観血的医療行為前に休薬する薬剤に関連した事例 （第44回報告書テーマ）－糖尿病治療薬－	←表で作りたい
	小児用ベッドからの転落（医療安全情報No.155）	←第2報は難しそう
事例紹介	輸液ポンプ使用時にフリーフローにより急速投与された事例	←イラストで作れそう
	アイスノンによる冷電法で凍傷をきたした事例	←表とイラスト？

医療安全情報No.236（2026年7月）

「パニック値の連絡を受けた後の対応漏れ」ができるまで

■ 対象事例の中から掲載する事例を選ぶ

- ・ シンプルで理解しやすい事例
- ・ 事例の背景がわかる事例
- ・ 事例を報告した医療機関の取り組みに合う事例

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
外来（検査・診察）の事例			
1	患者は、定期的な外来の受診のため来院し、事前にオーダーされていた血液検査を受けた。血液検査の結果、グルコースが733mg/dLとパニック値であったため、臨床検査技師は血液検査をオーダーしたリウマチ科病棟チーフ医師へ報告した。病棟チーフ医師は、当該患者の外来受診日であったため、外来主治医に結果に付き、対応するだろうと考え、連絡しなかった。外来主治医は、最近、患者の血液検査に異常所見がなかったことから、グルコースの異常値に気付かなかった。診察終了後、患者に血液検査の結果が印刷された用紙を手渡した。帰宅後、患者の家族が血液検査の結果を見て、血糖値が733mg/dLであることに気付いた。翌日、患者が予約外で受診した際、血糖値が549mg/dLであったため、糖尿病の急激な悪化に対する精査およびインスリン導入目的で入院となった。	・パニック値は、血液検査をオーダーした医師に報告され、外来主治医には報告されなかった。 ・パニック値の報告を受けた医師は、主治医が外来診察中であつたため、結果を主治医に伝えなかった。	

第83回報告書分析テーマ

医師に血液検査のパニック値の連絡をしたが未対応となった事例

※報告書と医療安全情報は集計期間が異なるので対象事例も一部異なります

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
外来（検査のみ）の事例			
	患者は、膀胱全摘・回腸導管造設術後であった。C型慢性肝炎に対して、定期的に消化器内科外来を受診しており、外来診察の1週間前、消化器内科外来で、パニック値	・消化器内科のオーダ医師は、当日の外来で40名以上の患者を診察しており、極めて多忙であった。	・本事例は消化器内科スタッフで共有し、注意喚起を行った。 ・消化器内科外来で、パニック値

るよう緊急コールを実施し、対応した。その後、CT検査で両側水腎症を認めた。回腸導管吻合部の狭窄に伴う腎後性腎不全に対して、内視鏡ガイド下で経尿道的ステント留置を行い、約半月後に退院となった。

①臨床検査技師が患者の検査結果を検体検査速報基準（パニック値基準）で確認する。
②パニック値に該当していたら、臨床検査技師から採血オーダ医師（不在の場合は当該科チーフ、当直帯は当該科第一当直）のPHSに連絡する。オーダ医師がPHSを持っていないが、外来診察日などで院内にいる場合は、院内にいる場所（今回であれば外来診察室の固定電話）に電話する。
③臨床検査技師より報告を受けた医師は、患者のデータや状態を確認し、対応する。

の抽出を依頼する。臨床検査技師が検査部で管理している「検査結果報告リスト」と「パニック値の報告・対応テンプレート一覧」を照合し、対応の有無を確認する。
・臨床検査技師はパニック値として報告する項目をさらにスリム化し、緊急アラートとしてオーダ医師に届くようにする。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
入院の事例			
	【入院当日】 10:30 化学療法のために入院した患者に、担当看護師が採血を実施し、検査科へ提出した。13:15 臨床検査技師から主治医へ電話にて、グルコースが518mg/dLでパニック値であることを報告した（当院のグルコースのパニック値は500mg/dL以上）。臨床検査技師は、電子カルテに医師に報告した旨の記録を行った。しかし、主治医は対応していなかった。17:25 主治医が診察し、採血結果・X線画像を確認したが、グルコースのパニック値には気付かず、抗がん剤の投与は可能と判断した。17:30 薬剤師が化学療法の投与基準からの逸脱がないか血液検査データを確認した。薬剤師はグルコースが高値であることを認識したがパニック値とは思わず、一時的なものだと考え、医師め看護師へ確認した。	・今回の事例は、化学療法の副作用・合併症である骨髄抑制から重症の細菌性肺炎を発症し、そこを契機に高浸透圧高血糖症候群を発症したことで、腎不全も合併しており、代謝性アシドーシスが急進に進行したと考える。 ・化学療法については、血糖値が高いことを認識したとしても、実施せざるを得ない状態であった。 ・抗がん剤の投与や、グルコースのパニック値への対応が行われていなかったことで、血糖コントロールが不十分となった。 ・電子カルテの検査結果の画面では、基準より低値であれば青色、高値であればピンク色の2種類の表示で、パニック値であることを表示はなかった。	・化学療法時に副作用のリスクのある患者については、患者の希望があっても、一定期間の入院・経過観察を検討する。 ・電子カルテの検査結果の画面で、パニック値は黄色で明示するようにシステムを変更し、一目でパニック値であることがわかるようにした。 ・パニック値の報告の際、臨床検査技師は検査オーダ医師（不在時は病棟看護師長）へパニック値の項目とその数値を報告する。報告時、臨床検査技師は検査オーダ医師へ必ず復唱を求め、検査オーダ医師はパニック値の項目とその数値を必ず復唱する。
	【退院3日後】 2:47 家族が自宅で倒れている患者を発見し、救急要請した。4:15 当院へ救急搬送された。その後、血液ガス分析を行ったところ、代謝性アシドーシスが著明であり、腎不全と診断し、輸液投与を開始した。5:25 入院し、治療を継続したが、その後、患者は死亡した。 【その後】 入院後24時間以内での死亡のため、医療安全担当者が、患者の病状や状況を確認した際に、入院日にグルコースのパニック値が報告されていたが、対応していなかったことが判明した。後日、主治医へ確認したところ、連絡を受けた記憶がなかった。	・現状では、パニック値の報告後、対応したかどうかを確認する仕組みや体制はない。	・値の情報共有 ・検査基準値 ・ピンク色で表示 ・ルコース値は ・ため、長期間 ・いた。またグ ・に表示されて ・ピンク色の表 ・面上ではグル ・であることが ・報告があった ・日でも他の患者 ・、臨床検査技



どれが
いいかな？

第83回報告書分析テーマ

医師に血液検査のパニック値の連絡をしたが未対応となった事例

図表Ⅲ－２－７ 報告されたパニック値と未対応となった背景

区分	検査項目	未対応となった背景
外来	検査・診察	グルコース
		検査をオーダした病棟チーフ医師は、臨床検査技師からパニック値の連絡を受けたが、多忙な外来主治医への連絡は申し訳ないと思い、当該患者の外来受診日であったため検査結果を見て気付くだろうと考え、パニック値の連絡があったことを伝えなかった。
		カリウム
		院内でパニック値に対応する診療体制があったが、医師は知らず、対応もしていなかった。
		カルシウム
入院	検査のみ	カルシウム
		不明
	検査のみ	クレアチニン
		検査をオーダした医師は多忙で、臨床検査技師から報告を受けた記憶がなかった。当日、患者は検査のみの来院であったため、検査のオーダ医師以外が検査結果に気付くことは難しかった。
入院	検査のみ	PT-INR
		臨床検査技師は「異常値」として伝えたが、医師に危機感が共有されなかった。
入院	検査のみ	グルコース
		連絡を受けた医師は、グルコース値を意識しておらず、診療記録に検査結果を記載する際もグルコース値を記載していなかった。
入院	検査のみ	グルコース
		臨床検査技師は医師にパニック値を報告したが、医師は報告を受けた記憶がなかった。

報告書で事例の背景や再発防止策などをまとめていると、医療安全情報を作成しやすい



図表Ⅲ－２－１４ 医療機関から報告された再発防止策

○パニック値の項目の検討
・臨床検査技師は、パニック値として報告する項目をスリム化し、検査をオーダした医師に緊急アラートを届きやすくする。
○医師への連絡方法
・パニック値の連絡をしても伝わらない可能性を想定して、医師への連絡内容の記録を残しておく。
・パニック値を連絡した際、臨床検査技師は検査をオーダした医師へ必ず復唱を求め、検査をオーダした医師はパニック値の項目とその数値を必ず復唱する。
○パニック値の連絡を受けた際の対応
・主治医以外の検査をオーダした医師がパニック値の連絡を受けた場合は、その医師は主治医へ確実に情報を伝達する。
・医師は、パニック値の連絡を受けた際に、医療者複数人で共有し、治療方針を確認する。
・医師は、パニック値に対して対応したことを診療録へ記録する。
○パニック値に対応する診療体制
・パニック値が報告された場合の院内の診療体制について、あらためて周知する。（複数報告あり）
・医師だけでなく患者に関わる看護師や薬剤師なども検査値や病歴を確認するなど、チームで対応できるような体制を作る。
○対応したか確認する仕組みの構築
・臨床検査技師は、パニック値を報告後、検査をオーダした医師に情報が伝わったか・患者に然るべき対応を行ったかを電子カルテの経過記録で確認し、当日夕方までに対応を行った経過記録がない場合は、再度、同医師に電話連絡する。
・検査部は、診療情報管理室に「パニック値の報告・対応一覧」の抽出を依頼し、検査部で管理している「検査結果報告リスト」と照合し、対応の有無を確認する。
・検査部で、パニック値であることを報告した患者の診療録を確認し、対応がなされたか確認する。
・事例を報告した消化器内科では、パニック値の報告・対応のテンプレートを作成して記録を残し、臨床検査技師が報告したパニック値に対して患者に何らかの対応または経過観察との判断がされたか否かを追って確認することにした。テンプレートの内容や記載状況も含めて評価し、将来的には院内共通のルールにできるか検討する。
○検査結果画面の改善
・電子カルテの検査結果の画面で、パニック値は黄色で明示するようシステムを変更し、一目でパニック値であることがわかるようにした。
○その他
・外来診察時、外来主治医は全ての検査結果が出揃ってから診察することを徹底する。
・糖尿病の既往がある患者に化学療法を行う場合は、治療前に糖尿病科にコンサルトを行い、入院時採血のデータ確認やパニック値の連絡時に適切に対応する。

医療安全情報No.236 (2026年7月)

「パニック値の連絡を受けた後の対応漏れ」ができるまで

■ 事例をイラストにする

事例1

患者は、肺がんに対する化学療法の目的で入院した。患者は糖尿病であり、入院当日の血液検査でグルコースが518mg/dLであった。パニック値であったため、臨床検査技師は主治医に検査値を電話で連絡した。しかし、主治医は対応していなかった。看護師は、血液検査の結果を見ていなかった。薬剤師は、グルコースが高値であることに気付いたが、パニック値であるとは思わなかった。翌日、予定通り化学療法を行い、患者は3日で退院した。退院から3日後、自宅で倒れていた患者を家族が発見し、救急搬送となった。検査の結果、高浸透圧高血糖状態と診断され、治療を開始した。その後、前回入院時のグルコースのパニック値に対応していなかったことに気付いた。

入院当日→退院→3日後
3コマ必要？

やっていないことを
どうやって絵にする？



2026年5月 イラストの修正

事例のイメージ

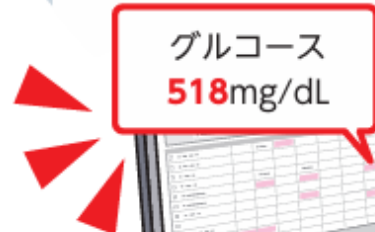
入院中：臨床検査部

先生、△病棟のXさんの
グルコースが**518**mg/dLです。



退院後：救急外来に搬送

Xさんのパニック値に
対応していなかった！



2026年7月 医療安全情報の提供

医療事故情報収集等事業

医療安全情報

2026年7月 No.236

パニック値の連絡を受けた後の対応漏れ

医師は血液検査のパニック値の連絡を受けたが、対応していなかった事例が報告されています。

2023年1月1日～2026年5月31日に6件の事例が報告されています。この情報は第83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。

◆パニック値とは、「生命が危ぶまれるほど危険な状態にあることを示唆する異常値」とされています。



パニック値の連絡を受けた医師は、速やかに患者の状態を判断し、対応を検討する必要があります。

事例のイメージ

入院中：臨床検査部

先生、△病棟のXさんのグルコースが518mg/dLです。



退院後：救急外来に搬送

Xさんのパニック値に対応してなかった！



医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.236 2026年7月

パニック値の連絡を受けた後の対応漏れ

事例1

患者は、肺がんに対する化学療法のため入院した。患者は糖尿病であり、入院当日の血液検査でグルコースが518mg/dLであった。パニック値であったため、臨床検査技師は主治医に検査値を電話で連絡した。しかし、主治医は対応していなかった。看護師は、血液検査の結果を見ていなかった。薬剤師は、グルコースが高値であることに気付いたが、パニック値であるとは思わなかった。翌日、予定通り化学療法を行い、患者は3日で退院した。退院から3日後、自宅で倒れていた患者を家族が発見し、救急搬送となった。検査の結果、高浸透圧高血糖状態と診断され、治療を開始した。その後、前回入院時のグルコースのパニック値に対応していなかったことに気付いた。

事例2

慢性腎臓病の患者が、外来受診の1週間前に血液検査のために来院した際、クレアチニンが9.5mg/dLであった。臨床検査技師は、外来主治医Aにパニック値であることを電話で連絡した。しかし、外来主治医Aは外来診療が忙しく、対応していなかった。血液検査から4日後、患者の意識が混濁していると家族より電話があり、医師Bが検査結果を確認したところ、クレアチニンのパニック値に対応していないことに気付いた。入院後、腎不全の治療を開始した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- 臨床検査技師が医師にパニック値の連絡を行う際、数値だけでなく、パニック値であることを伝え、認識を促す。
- パニック値の連絡を受けた医師は、速やかに患者の状態を判断し、対応を検討する。また、その内容を診療録に記載する。
- パニック値の連絡後に医師が対応したかを確認する仕組みを院内で検討する。

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

医療事故調査・支援センターより、医療事故の再発防止に向けた提言第20号「血液検査/パニック値に係る死亡事例の分析」(2024年12月)が公表されています。
<https://www.medsafe.or.jp/teigen/teigen20.pdf>

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、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、その内容を得る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。

医療安全情報No.237（2026年8月） 「誤った患者への輸血（第3報）」ができるまで

第1報（2007年10月）

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.11 2007年10月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.11 2007年10月

「誤った患者への輸血」

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

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

〈事例1のイメージ図〉



ナースステーション 患者の病室

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

第2報（2016年1月）

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.110 2016年1月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.110 2016年1月

誤った患者への輸血（第2報）

「誤った患者への輸血」を医療安全情報No.11(2007年10月)で情報提供致しました。その後、8年5ヶ月の間に17件の類似事例が報告されています（集計期間：2007年7月1日～2015年11月30日）。この情報は、第34回報告書「再発・類似事例の発生状況」(P191)で取り上げた内容を基に作成しました。

輸血用血液製剤を接続する直前に、患者と使用すべき製剤の照合を行わなかった事例が再び報告されています。そのうち13件は、照合に用いる認証システムがあったにもかかわらず、使用しなかった、または使用したが適切でなかった事例です。

認証システムの使用状況	件数	使用が適切でなかった内容	件数
使用しなかった	5	患者から離れた場所で認証システムを使用し、別の患者のところに製剤を持っていた	3
使用した	8	認証システム使用後に製剤を保冷庫に保管し、投与する際に別の患者の製剤を取り出した	2
		認証システムに血液型が異なるというエラー表示が出たが、機械の故障と判断した	1
		認証システムの画面が進まない理由を、医師の指示に問題があると判断した	1
		投与開始後に認証システムを使用した	1

第3報（2026年）

医療事故情報収集等事業
医療安全情報

誤った患者への輸血（第3報）

どんな文章を載せるか？

どんなイラストがよいか？

投与直前の患者と製剤の照合が必要だと伝えたい

「必ず」をどこに入れるか？

輸血用血液製剤を投与する直前に患者と製剤を照合せず、別の患者の製剤を投与した事例が報告されています。

- 投与直前にベッドサイドで、必ず実施者が患者と製剤を照合しましょう。
- 投与直前にベッドサイドで、実施者が必ず患者と製剤を照合しましょう。
- 投与直前にベッドサイドで、実施者が患者と製剤を必ず照合しましょう。

2026年8月 医療安全情報の提供



投与する直前にベッドサイドで、実施者が必ず患者と製剤を照合しましょう。

投与する直前の患者と製剤の照合



医療安全情報の構成

医療事故情報収集等事業

医療安全情報

2026年7月 No.236

パニック値の連絡を受けた後の対応漏れ

メッセージ

集計期間と件数情報

報告書へのリンク

理解を助けるイラストや表

医師は血液検査のパニック値の連絡を受けたが、対応していなかった事例が報告されています。

2023年1月1日～2026年5月31日に6件の事例が報告されています。この情報は第83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。

◆パニック値とは、「生命が危ぶまれるほど危険な状態にあることを示唆する異常値」とされています。

事例のイメージ

入院中：臨床検査部

先生、△病棟のXさんのグルコースが518mg/dLです。

退院後：救急外来に搬送

Xさんのパニック値に
対応していなかった！

グルコース
518mg/dL

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.236 2026年7月

パニック値の連絡を受けた後の対応漏れ

事例1

患者は、肺がんに対する化学療法のため入院した。患者は糖尿病であり、入院当日の血液検査でグルコースが518mg/dLであった。パニック値であったため、臨床検査技師は主治医に検査値を電話で連絡した。しかし、主治医は対応していなかった。看護師は、血液検査の結果を見ていなかった。薬剤師は、グルコースが高値であることに気付いたが、パニック値であるとは思わなかった。翌日、予定通り化学療法を行い、患者は3日で退院した。退院から3日後、自宅で倒れていた患者を家族が発見し、救急搬送となった。検査の結果、高浸透圧高血糖状態と診断され、治療を開始した。その後、前回入院時のグルコースのパニック値に対応していなかったことに気付いた。

事例2

慢性腎臓病の患者が、外来受診の1週間前に血液検査のために来院した際、クレアチニンが9.5mg/dLであった。臨床検査技師は、外来主治医Aにパニック値であることを電話で連絡した。しかし、外来主治医Aは外来診療が忙しく、対応していなかった。血液検査から4日後、患者の意識が混濁していると家族より電話があり、医師Bが検査結果を確認したところ、クレアチニンのパニック値に対応していないことに気付いた。入院後、腎不全の治療を開始した。

事例が発生した医療機関の取り組み

- 臨床検査技師が医師にパニック値の連絡を行う際、数値だけでなく、パニック値であることを伝え、認識を促す。
- パニック値の連絡を受けた医師は、速やかに患者の状態を判断し、対応を検討する。また、その内容を診療録に記載する。
- パニック値の連絡後に医師が対応したかを確認する仕組みを院内で検討する。

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

医療事故調査・支援センターより、医療事故の再発防止に向けた提言第20号「血液検査パニック値に係る死亡事例の分析」（2024年12月）が公表されています。
<https://www.medsafe.or.jp/teigen/teigen20.pdf>

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、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、その内容を本来にわたる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。

報告された事例の概要

医療機関の取り組み

「上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。」

取り組みのポイントや参考情報を載せることがあります

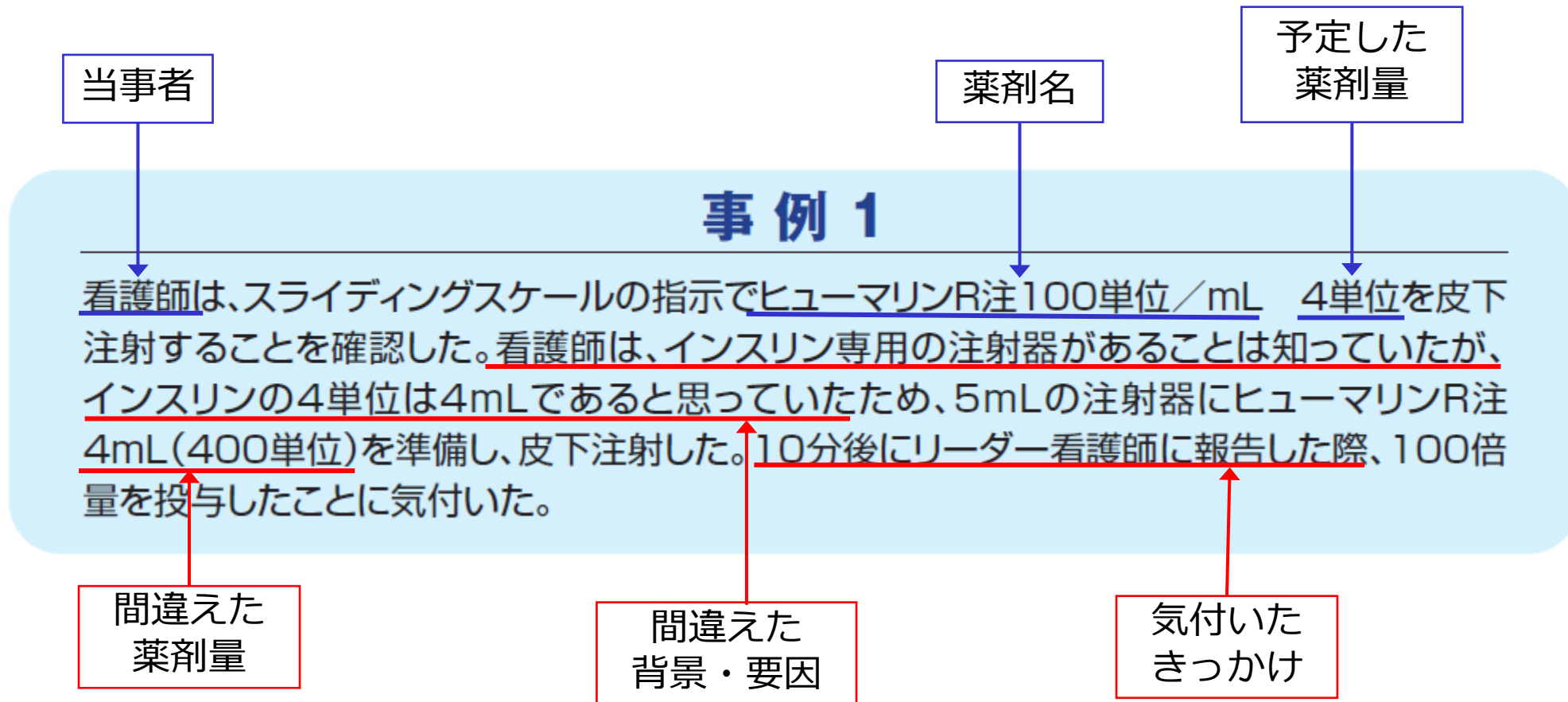
2026年4月～QRコードがついています

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：03-5217-0252（直通）
<https://www.med-safe.jp/>

トップページ No.236

事例報告にはどんな情報が必要か？

<医療安全情報No.131 インスリン単位の誤解（第2報）>



情報が不足している事例報告の例

【事故の内容】

インスリン製剤の混入忘れ。

【事故の背景要因の概要】

指示確認不十分。

【改善策】

指示確認の再教育。

- 詳細がわからないと医療安全情報を作成することができません。
- あるべき姿との対比や、その理由を書くとわかりやすくなります。
例：〇〇をすることになっていたが、～であったため、しなかった。

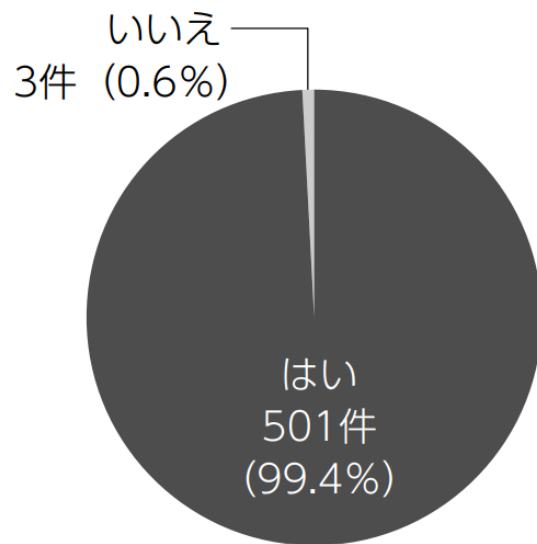


医療安全情報の活用例

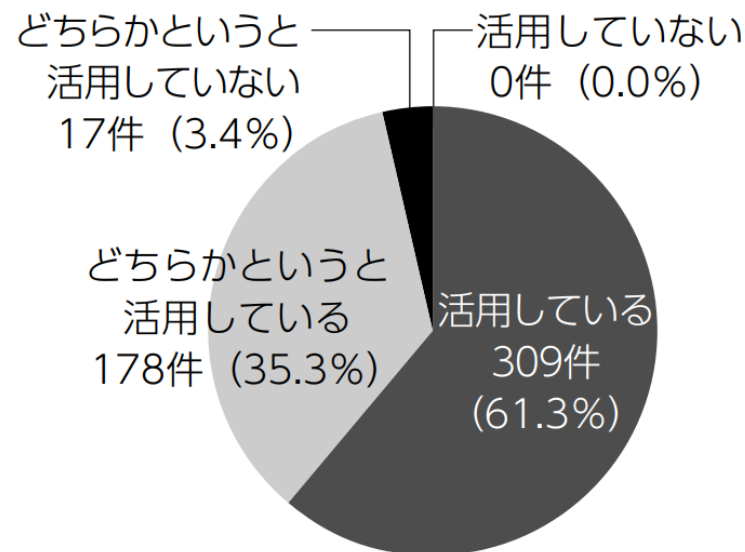
医療事故情報収集等事業に関するアンケート結果

- 対象：本事業参加医療機関（2024年9月20日時点）
- 方法：2024年9月25日～10月31日にWebアンケートを実施
- 病院・診療所へのアンケート依頼数1,683施設 回答数504件（回答率：29.9%）

13) 医療安全情報を院内に周知していますか。



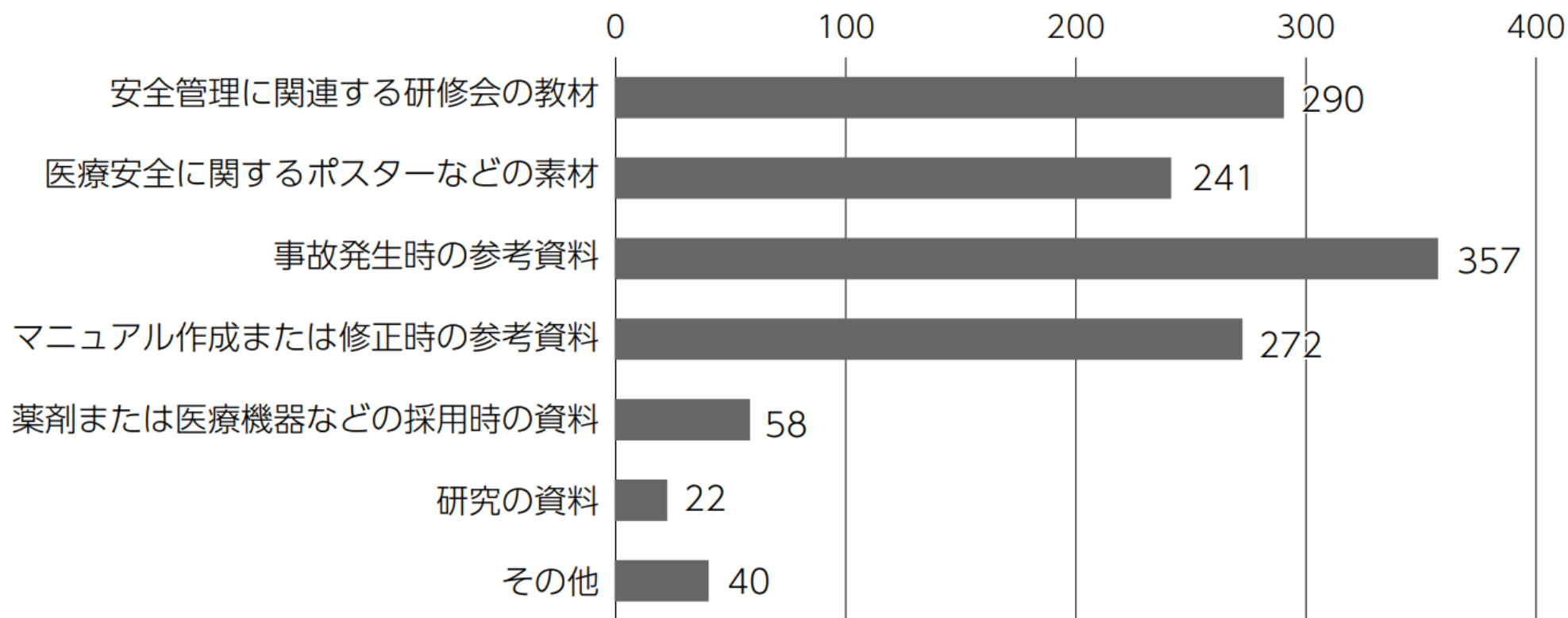
16) 医療安全情報を医療安全活動に活用していますか。



医療事故情報収集等事業に関するアンケート結果

17) 医療安全情報をどのように活用していますか。(複数回答)

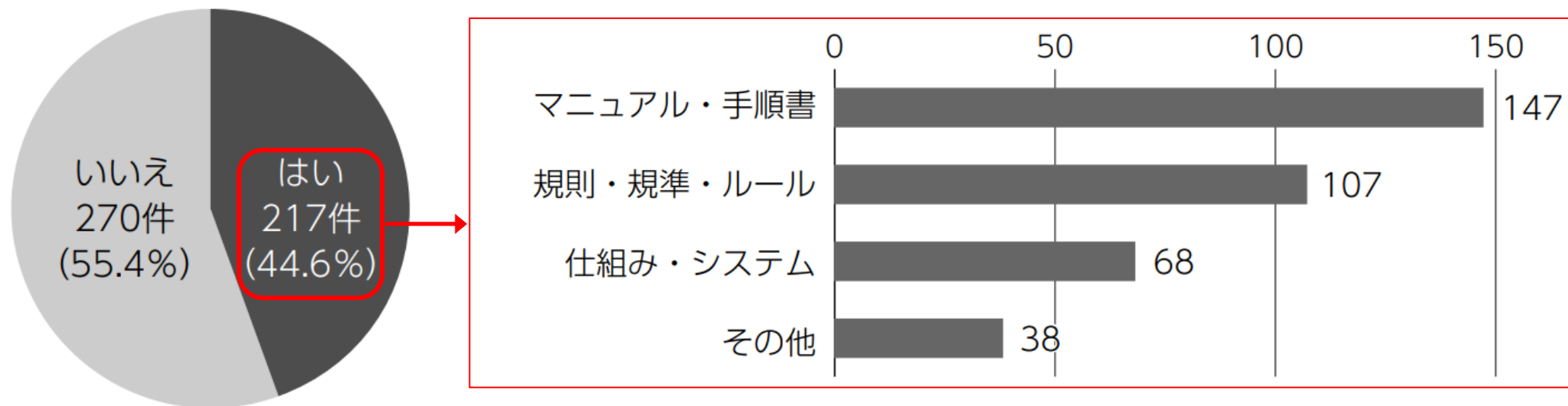
※16) で「活用している」「どちらかという活用している」の場合に回答



医療事故情報収集等事業に関するアンケート結果

19) 医療安全情報を活用して自施設で新たに作成したものや改訂したものがありますか。

※16) で「活用している」「どちらかという活用している」の場合に回答



医療安全情報を活用した取り組み

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.94 2014年9月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報
MRI検査室への磁性体
(金属製品など)の持ち込み
(第2報)

No.94 2014年9月

医療安全情報No.10(2007年9月)「MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み」で、2年半の間に2件の事例が報告されていることを情報提供いたしました。その後、7年間で類似の事例が20件報告されていますので、再度、情報提供いたします。(集計期間:2007年4月1日～2014年7月31日)。この情報は、第33回報告書「再発・類似事例の発生状況」(P157)で取り上げた内容を元に作成しました。

MRI検査室に、磁性体(金属製品など)を持ち込んだ事例が再び報告されています。その多くは、医療関係者が持ち込んだ事例です。

持ち込んだ人	件数
医療関係者	16件
患者	4件

<医療関係者が持ち込んだ磁性体>

酸素ボンベ	5件
輸液ポンプまたはシリンジポンプ	2件
アンクルウェイト	2件
ストレッチャーと酸素ボンベ架台	1件
新生児用ベッド	1件
点滴スタンド	1件
モニタ	1件
体内留置排液用のドレナージバッグ	1件
留置め	1件
清掃器材	1件

いずれもガントリに吸着しています。

◆患者が持ち込んだ4件の事例で持ち込まれた磁性体は、磁性アタッチメント構造の義歯、耳孔内に入れたボタン型電池、携帯電話、補聴器です。



MRI検査室に磁性体車イスを持ち込まないためのルールを策定

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.113 2016年4月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報

No.113 2016年4月

**中心静脈カテーテル抜去後の
空気塞栓症**

座位で中心静脈カテーテルを抜去したため、血管内に空気が入った事例が3件報告されています(集計期間:2012年1月1日～2016年2月29日)。この情報は、第43回報告書「個別のテーマの検討状況」(P133)で取り上げた内容を基に作成しました。

座位で中心静脈カテーテルを抜去後、空気塞栓症をきたした事例が報告されています。

事例1のイメージ

医療機関の取り組みのイメージ



マニュアルにCVC抜去時の体位に関する注意喚起を明記

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 2023年9月 No.202

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

World Patient Safety Day 17 September

バッグ型キット製剤の隔壁の未開通

バッグ型キット製剤の隔壁を開通しないまま患者に投与した事例が報告されています。

2020年1月1日～2023年7月31日に26件の事例が報告されています。この情報は、第72回報告書「事例紹介」で取り上げた内容をもとに作成しました。

事例1のイメージ

バッグ型キット製剤のポイント

<ポイント①>
下室を両手で押して隔壁を開通させてから、「開通確認」のシールやカバーを外す。

<ポイント②>
患者に投与する際に、開通していることを確認する。

主な原因

- ・ バッグ型キット製剤を外装から取り出したことで準備は終了だと思い込み、隔壁の開通を失念した。
- ・ バッグ型キット製剤を外装から取り出した後、隔壁の開通は投与直前にする予定であったが忘れられた。
- ・ 隔壁を開通する前に「開通確認」のカバーを外し、その後、作業が中断した。作業の再開時、開通済みと思い込んだ。
- ・ 上室と下室の隔壁を開通してミキシングを行ったが、小室の開通は確認しなかった。

※小室とは、バッグ型キット製剤のビタミン液や微量元素液が入った部分です。



隔壁開通について投与前に電子カルテに注意喚起を表示

医療安全情報を活用した取り組み

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.132 2017年11月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報

オーバーテーブルを支えにした患者の転倒

No.132 2017年11月

ベッドから立ち上がる際などにオーバーテーブルを支えにした患者が転倒した事例が17件報告されています(集計期間:2014年1月1日~2017年9月30日)。この情報は、第19回報告書「個別のテーマの検討状況」(P123)で取り上げた内容をもとに作成しました。

患者がベッドから立ち上がる際に、支えにしたオーバーテーブルが動き、転倒した事例が報告されています。

オーバーテーブルを支えにした患者の動作	件数
ベッドから立ち上がろうとした	6
ふらついてバランスを崩した	5
ベッドに戻ろうとした	2
靴を履こうとした	1
カーテンを開けようとした	1
身体の向きを変えた後に両手でつかまった	1
支えにして歩こうとした	1

事例1のイメージ

◆ その他、気管切開チューブ(固定用の紐を含む)6件、胃管・イレウス管5件、弾性ストッキング、ミトン各4件、手術用体位固定具3件などが報告されています。
◆ 医療関連機器には、医療機器以外に物品・器具等も含まれます。

ストッパー付きの
オーバーテーブルを購入

医療事故情報収集等事業

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報

No.192 2022年11月

医療関連機器による圧迫創傷

患者に医療関連機器圧迫創傷(MDRPU: Medical Device Related Pressure Ulcer)が生じた事例が80件報告されています(集計期間:2018年1月1日~2022年9月30日)。この情報は、第67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。

医療関連機器により皮膚が圧迫されていた部位に創傷を生じた事例が報告されています。

圧迫創傷の発生に関与した主な医療関連機器と件数

医療関連機器	件数
シーネ	12件
血管留置針	12件
NPPV用マスク	10件

◆ その他、気管切開チューブ(固定用の紐を含む)6件、胃管・イレウス管5件、弾性ストッキング、ミトン各4件、手術用体位固定具3件などが報告されています。
◆ 医療関連機器には、医療機器以外に物品・器具等も含まれます。

NPPVマスク装着時の
保護シートを新規購入

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.48 2010年11月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報

No.48 2010年11月

酸素残量の未確認

酸素ボンベ等の残量の確認に関連した事例が6件報告されています。(集計期間:2007年1月1日~2010年9月30日、第17回報告書「共有すべき医療事故情報」(P183)一部を掲載)。

移動の際に使用した酸素ボンベの残量がゼロになったため、患者の呼吸状態に影響があった事例が報告されています。

事例のイメージ

酸素ボンベの
残量タイマーを導入

医療事故情報収集等事業

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報

No.146 2019年11月

酸素残量の確認不足(第2報)

医療安全情報No.48「酸素残量の未確認」(2010年11月)で、酸素ボンベ使用中に残量がゼロになったため、患者の呼吸状態に影響があった事例を取り上げました。その後、類似の事例が9件報告されていますので再度情報提供します(集計期間:2010年10月1日~2018年11月30日)。この情報は、第44回報告書「再発・類似事例の発生状況」で取り上げた内容をもとに作成しました。

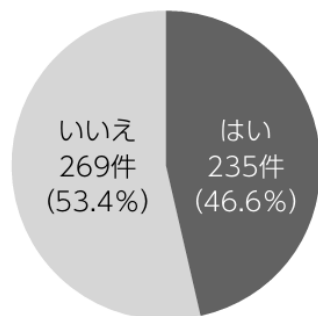
酸素ボンベ使用中に残量がゼロになった事例が報告されています。そのうち5件は、搬送時以外にも検査中や待ち時間に酸素ボンベを使用した事例です。

酸素ボンベの使用状況	件数	使用開始時の残量	酸素流量	背景
搬送時以外にも使用	5	満タン	10L/分 ジャクソン・リース	病棟からの迎えを待つ間、中央配管に酸素流量計が付いていなかったためチューブが接続できず切り替えなかった
搬送時のみ使用	4	満タン	8L/分	検査前に約20分間の待ち時間があつたが、中央配管からの酸素投与に切り替えなかった
		満タン	不明	検査中、中央配管へ切り替えなかった
		8MPa	5L/分	検査中は中央配管から酸素投与されると思い、搬送には足りる量で準備したが、検査室に中央配管がなく検査中も使用した
		5~10MPa	5L/分	病室と検査室間の搬送には足りる量で準備したが、検査中も使用した(中央配管の有無は不明)

◆ この医療安全情報は、医療安全情報No.48「酸素残量の未確認」の第2報です。

場面ごとの医療安全情報

26) 2024年にホームページに「場面ごとの医療安全情報」のページを作成しました。
利用されたことがありますか。



場面ごとの医療安全情報

↓ボタンを押すと「インスリン」「手術」などの場面ごとの医療安全情報が表示されます。

HOSPITAL

移動・移送/転倒・転落

療養中の熱傷

禁品・アレルギー

インスリン

小児

手術

輸液ポンプ・シリンジポンプ

MRI検査

小児

- No.7:小児の輸液の血管外漏出
- No.203:小児の輸液の血管外漏出（第2報）
- No.29:小児への薬剤10倍量間違い
- No.106:小児の薬剤の調製間違い
- No.155:小児用ベッドからの転落
- No.178:新生児・乳児の沐浴時の熱傷

医療機関における医療安全情報の活用例



最新の医療安全情報

医療機器等 No.233:輸液ポンプ使用時のフリーフローによる急速投与



事例の概要ごとの医療安全情報

場面ごとの医療安全情報

過去の医療安全情報

+ 2026年 (No.230~)

医療安全情報の活用例

医療機関における医療安全情報の活用例

■ 院内での医療安全に関する情報提供に活用した例

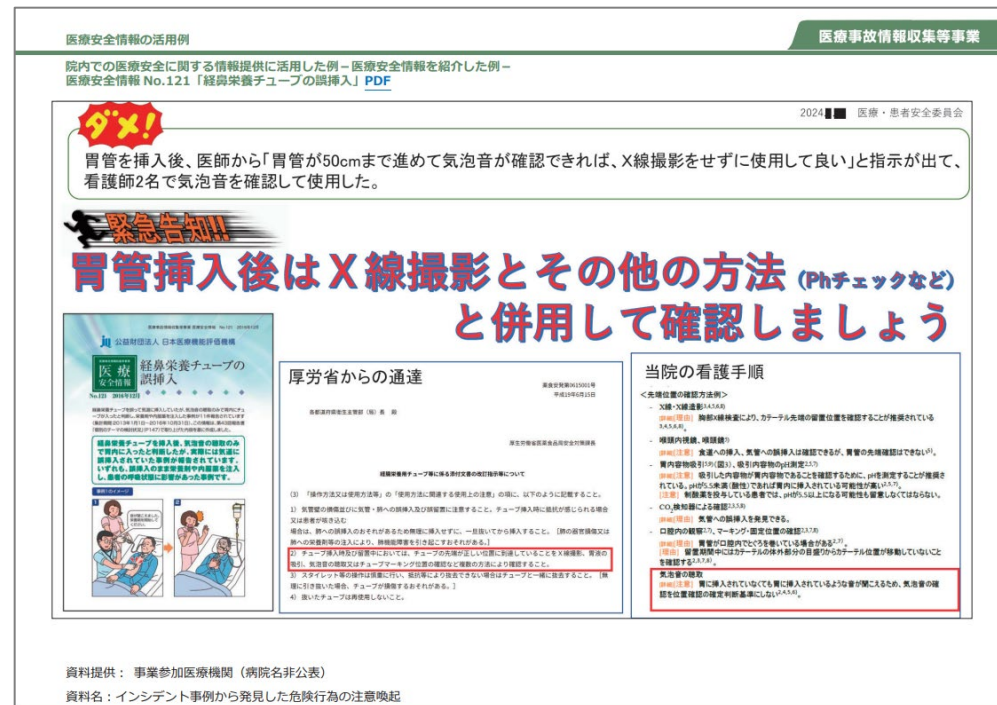
- ・ 医療安全情報を紹介した例
- ・ 医療安全情報を加工した例

■ 院内マニュアルに活用した例

■ 院内の研修会に活用した例

■ その他の活用例

- ・ 病棟内カンファレンスで活用した例



https://www.med-safe.jp/pdf/MSI_utilization_2025_01.pdf

本事業が提供する情報は、出典を明記していただければ
自由にご活用いただけます

医療機関における医療安全情報の活用例

医療安全情報の活用例 医療事故情報収集等事業

院内での医療安全に関する情報提供に活用した例 - 医療安全情報を加工した例 -
医療安全情報 No.203 「小児の輸液の血管外漏出(第2報)」 PDF

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 2023年10月 No.203

小児の輸液の血管外漏出(第2報)

小児に輸液を投与中、血管外漏出に気付くのが遅れ、治療を要した事例が報告されています。

医療安全情報No.7「小児の輸液の血管外漏出」(2007年6月)で情報提供しました。その後、2018年1月1日～2023年8月31日に52件の事例が再び報告されています。この情報は、第73回報告書「再発・類似事例の分析」で取り上げた内容をもとに作成しました。

事例のイメージ

血管外漏出していても輸液ポンプのアラームは鳴りません

主な背景

- 輸液ポンプを使用しており血管外に漏出した際はアラームが鳴っていましたが、刺入部の観察を行っていませんでした。
- 夜間、患児が寝ていたため起こさないように刺入部の観察を行っていませんでした。
- 刺入部を不透明のテープで固定していたため、観察ができませんでした。
- 末梢静脈ラインが入っている上肢をカバーや包帯などで保護しており、観察が難しくなっていました。
- 患児が痛んでいるのは、臍帯瘻からのためかと思ひ込み、刺入部の観察をしていませんでした。
- 刺入部のみを観察し、腕全体や左右差を確認していませんでした。

資料提供：事業参加医療機関(病院名非公表)
資料名：医療安全情報

医療安全情報の活用例 医療事故情報収集等事業

院内での医療安全に関する情報提供に活用した例 - 医療安全情報を加工した例 -
医療安全情報 No.203 「小児の輸液の血管外漏出(第2報)」 PDF

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.203 2023年10月

小児の輸液の血管外漏出(第2報)

事例1

9か月の患児に、手背の末梢静脈ラインから輸液ポンプを使用してアクメインD輸液を30mL/hで投与していた。上肢はシーネで固定し、カバーで保護していた。第6時までは約1時間毎に血管外漏出やカバーのずれがないか観察し、上肢の浮腫や発熱はなかった。その後、患児が泣く様子となり、看護員は輸液が血管外に漏出した場合は輸液ポンプのアラームが鳴ると思っていたことから、観察していませんでした。約4時間後、末梢静脈ラインを抜去するためのカバーを外すと指が紫色になっており、皮膚壊死を来していた。

事例2

2歳の患児に、手背の末梢静脈ラインから輸液ポンプを使用してブリンD輸液を40mL/hで投与していた。22時に輸液ポンプの作動状況や刺入部周囲の観察がないことを確認した。その後、30分～1時間おきに観察していたが、輸液ポンプのアラームは鳴っていません。患児が泣いていたので起こさないうちに患児の顔を離れ、刺入部を確認した。観察時30分頃、刺入部の腫脹、皮膚の白色化に気付いた。右手指は紫黒し、右前胸部まで腫脹していた。

当院での事例

事例 輸液の血管外漏出により皮膚移植に至った事例(■年■月発生)

■の0歳11か月■入院患者。
右手背に留置針で静脈路を確保し、輸液ポンプで持続輸液を行った。輸液が血管外に漏出して右手に水泡、びらん、潰瘍、及び皮膚壊死を生じた。患者は転院し、皮膚移植などの治療を受けた。

当院での取り組み

★点滴の刺入部の観察

観察することができない2歳以下の児は、1時間ごと、2歳以上は2時間ごとに観察しています。

★本事例では、児が点滴に触ってしまうから点滴挿入部が見えない状態でシーネ固定してしまった。

事例を受け、シーネ固定は可動域・活動制限によるQOL低下となるため必要最低限としました。

また、点滴挿入部が十分に観察できるよう、手関節の固定は外的圧迫が症状を悪化させる危険性があるため固定方法を変更しました。

シーネ固定はできるだけしない！
手関節は留めない固定法を行う

資料提供：事業参加医療機関(病院名非公表)
資料名：医療安全情報

https://www.med-safe.jp/pdf/MSI_utilization_2025_11.pdf

当院での事例

事例 輸液の血管外漏出により皮膚移植に至った事例(■年■月発生)

■の0歳11か月■入院患者。
右手背に留置針で静脈路を確保し、輸液ポンプで持続輸液を行った。輸液が血管外に漏出して右手に水泡、びらん、潰瘍、及び皮膚壊死を生じた。患者は転院し、皮膚移植などの治療を受けた。

当院での取り組み

☆点滴の刺入部の観察

観察訴えることができない2歳以下の児は、1時間ごと、2歳以上は2時間ごとに観察しています。

☆本事例では、児が点滴に触ってしまうから点滴挿入部が見えない状態でシーネ固定してしまった。

事例を受け、シーネ固定は可動域・活動制限によるQOL低下となるため必要最低限としました。

また、点滴挿入部が十分に観察できるよう、手関節の固定は外的圧迫が症状を悪化させる危険性があるため固定方法を変更しました。

シーネ固定はできるだけしない！
手関節は留めない固定法を行う

医療機関における医療安全情報の活用例

■ 院内マニュアルへの活用

中心静脈ポートの院内採用品一覧

2.3.4. 中心静脈ポート

京大病院採用品一覧は、下記参照のこと。

KING6> 共有フォルダ> 00 院内共有> 医療器材部> 採用品一覧> 採用品一覧_ポート

製品名	留置部位	カテーテル種類	メーカー名	MRI	高圧注入
バード スリムポート 6Fr	腕	オープンエンド	バード	×	×
BARD Xポート isp 8Fr	胸部・腕	クローズド	バード	○	×
P-U セルサイトポート ディスクリットキット 6Fr	胸部	オープンエンド (ヘパリンコート)	東レメディカル	×	○
パワーポートスリム 6Fr	胸部・腕	オープンエンド	バード	○	○
パワーポート MRI isp	胸部・腕	クローズド	バード	○	○

■ オープンエンドタイプの注意点として 医療安全情報No.130 「中心静脈ラインの開放による空気塞栓症」 を引用

オープンエンドタイプでは、大気に開放される状態で中心静脈ラインの接続を外したことにより、血管内に空気が流入し、患者に影響があった事例が報告されています（日本医療機能評価機構）。

本来外す部位

事例1のイメージ

⚠ 注意

接続を外した目的	件数
更衣	2
ヘパリンロック	2
輸液ラインの取り外し	2
採血	1

◆報告された7件の事例のうち6件は、患者が座位の状態で中心静脈ラインの接続を外した事例です。

三方活栓に接続したルートが外れて、三方活栓が開放され、そこから失血して死亡した事例も今までに複数報告されています。接続部が緩んで外れたものと考えられています。

医療機関における医療安全情報の活用例

■ 院内研修会への活用（研修医入職時オリエンテーション資料）

インスリンバイアルは専用シリンジを使う

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.131 2017年10月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報

インスリン単位の誤解 (第2報)

No.131 2017年10月

医療安全情報No.6「インスリン単位の誤解」(2007年5月)で、インスリン1単位を1mLと認識していたため100倍量を投与した事例を取り上げました。その後、類似の事例が3件報告されていますので再度情報提供します(集計期間2012年1月1日～2017年8月31日)。

インスリンのバイアル製剤は、100単位/mLに濃度が統一されており、1単位は0.01mLです。

**インスリン専用注射器を使用せず
100倍投与となった事例**

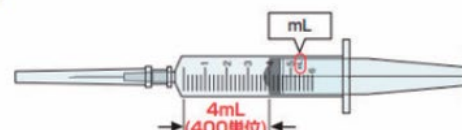


名古屋大学
医学部附属病院

実際の4単位



事例1のイメージ



×

【当院のルール】シリンジポンプ投与時のルール
 ヒューマリンR注 0.5mL (50単位)+生理食塩水 49.5mL

おわりに

- 医療事故情報収集等事業は、医療機関から報告された事例をもとに、様々な情報を提供しています。
- 四半期毎の報告書で取り上げた内容の中から、特に広く周知すべき情報として医療安全情報を作成しています。
- 医療安全情報は、内容を明確に伝えるために、様々な工夫をしています。
- 医療安全情報をより一層ご活用いただけましたら幸いです。
- 医療安全情報の作成に役立てられる事例の報告にご協力をよろしくお願いします。