



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85回報告書（2026年1月～3月）

2026年6月

目次

ごあいさつ	1
はじめに	2
I 第85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】注射薬の投与間隔間違いに関連した事例	24
	【2】入院中の患者が義歯を誤飲・誤嚥した事例	41
3	事例紹介	55
IV	再発・類似事例の分析	61
	【1】透析前の体重測定の違い（医療安全情報No.122）	64
V	事業の現況	75

※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.235まで掲載しておりますので、引き続き積極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85回報告書は、2026年1月から3月までを集計対象期間として、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、2026年1月から3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85回報告書を公表いたします。本報告書には、四半期ごとの集計表や、分析テーマ、事例紹介、再発・類似事例の分析などを掲載しています。

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。

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85回報告書について

1 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2026年1月～3月に報告された医療事故情報の件数は1,732件であり、その内訳は、報告義務対象医療機関から1,466件、参加登録申請医療機関（任意参加）から266件であった。

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

2026年3月31日現在で本事業に参加している医療機関数は5,574、医療事故情報の報告に参加している医療機関数は5,088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ので、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	1,624
診療所（有床）	62
診療所（無床）	116
歯科診療所	3,772
合計	5,574

※2026年3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。

2 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10月～2026年3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、②のテーマとして、「注射薬の投与間隔間違いに関連した事例」「入院中の患者が義歯を誤飲・誤嚥した事例」を取り上げて分析を行った。なお、①のテーマとして、2025年10月～2026年3月に「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86回報告書から掲載予定である。

次に、分析テーマの概要を紹介する。

1) 注射薬の投与間隔間違いに関連した事例

近年、週1回投与や月1回投与をはじめ、半年に1回、さらには年1回投与といった長時間作用性の注射薬が増加している。その背景として、長期にわたり慢性疾患の管理を必要とする患者が増え、継続的かつ確実な治療が求められていることが挙げられる。また、製剤技術の進歩により、少ない投与回数で効果を維持できる薬剤の開発が可能となったことも背景の一つである。

これらの注射薬は、患者にとって通院回数や自己管理の負担が軽減され、治療の継続性が向上するという利点がある。一方、投与間隔が長いことにより、前回投与日が把握されにくく、予定より早期の再投与や投与忘れなどの投与間隔間違いが起こるリスクがある。本事業には、これらの注射薬の投与間隔間違いの事例が報告されている。

本報告書の分析対象期間（2025年10月～2026年3月）に、前立腺がんの治療の際、24週ごとに投与するリュープリンPRO注射用キット22.5mgを前回から1ヶ月後に投与した事例が報告された。そこで、1週間以上投与間隔を空ける注射薬に関連した事例を過去に遡って検索し、投与間隔間違いについて分析した。

事例の概要では、報告された薬剤、入院・外来の患者区分、事例に関わった職員の職種と職種経験年数などを整理した。発生段階は、医師による処方・指示の間違いが15件中12件と最も多く、その他に投与日の調整の間違いや保険薬局における調剤間違いの事例が報告されていた。事例の分析では、発生段階のうち報告が多かった処方・指示間違いの事例を取り上げ、報告された薬剤と処方・指示を誤った内容や、発見の契機を示した。さらに、主な事例を紹介し、事例の背景・要因、医療機関から報告された再発防止策を整理した。また、その他の事例として、保険薬局における調剤間違いの事例を紹介した。

報告された薬剤は、週1回から24週に1回までの投与間隔のものがあり、薬効も多様であった。これらの薬剤は、投与日の正確な把握が必要であることから、投与前に前回の投与記録や次回の前定を確認し、投与した際には必ずカルテに記載することが重要である。

投与間隔が短くなった事例は、薬剤師・看護師が発見した事例や、患者の家族からの質問など

により気付いた事例が報告されていた。処方・指示を出す医師以外の職種が発見することが多かったことから、治療に関わる多職種で薬剤の知識を持ち、投与間隔を確認することは重要な取り組みである。特に、薬剤師による投与間隔の確認ができる体制を整備することが望まれる。一方、投与間隔が長くなった事例は、患者に症状の出現や悪化などの影響が出たことが契機となった事例が多かった。投与間隔間違いは患者に重大な影響を及ぼすおそれがあることを改めて認識する必要がある。

事例の背景・要因では、薬剤に関する知識不足が入院の事例で多く挙げられていた。入院前は他の診療科で投与されていた薬剤であっても、入院中は主治医が処方・指示を出すことがある。また、骨粗鬆症や骨転移に対しては、様々な診療科で対応し、薬剤を投与することがある。日常的に取り扱うことが少ない薬剤については、医師は処方・指示する際、看護師は準備する際に、添付文書を確認すること、疑問点がある場合には薬剤師へ相談・確認することが必要である。さらに、外来から入院への移行や入院中の転科・転棟など、診療の場が移る際に情報共有を適切に行うことが重要である。

また、投与間隔が表示されたカードや、投与日を記載してお薬手帳に貼付するシールなど、患者向け資材を活用することも有効な取り組みの一つである。そのためには、投与日や投与間隔に関する情報共有の重要性を患者にわかりやすく説明し、これらの資材を医療機関や保険薬局に持参するよう促して協力を得ることが、患者の医療への参加という観点からも重要である。

1週間、1ヶ月、1年など投与間隔が長い薬剤は、患者の通院の負担を軽減し、服薬管理がしやすいという利点があり、今後さらに増えていく可能性が高い。これらの薬剤を用いて適切な治療を行うためには、多職種が薬剤の特性を理解するとともに、投与のスケジュールを共有できる体制を構築することが望ましい。加えて、製薬企業においても、投与間隔間違いを防止するための周知や、製品や包装の表示の工夫、患者向け資材の充実などが期待される。

図表 I－4 報告された薬剤

薬効 ^{※1}	薬剤名 ^{※2}	投与間隔 ^{※3}	件数
抗悪性腫瘍薬	リュープリンPRO注射用キット22.5mg	24週に1回	4
炎症性腸疾患治療薬	レミケード点滴静注用100	〈潰瘍性大腸炎〉初回投与後、2週、6週に投与し、以後8週間の間隔で投与	2
骨・カルシウム代謝薬	イベニティ皮下注105mgシリンジ	1ヶ月に1回	1
	ボンビバ静注1mgシリンジ	1ヶ月に1回	1
	ゾレドロン酸点滴静注4mg/5mL ^{※4}	〈悪性腫瘍による高カルシウム血症〉再投与が必要な場合には、少なくとも1週間の投与間隔をおく	1
	ゾレドロン酸点滴静注4mg/100mLバッグ ^{※5}		1
抗精神病薬	ゼプリオン水懸筋注100mgシリンジ	初回投与の1週後に2回目、その後は4週に1回	1
	リスパダール コンスタ筋注用50mg	2週間隔	1
気管支喘息治療薬	デュピクセント皮下注ペン ^{※6}	〈気管支喘息〉成人：2週間隔	1
糖尿病治療薬	マンジャロ皮下注5mgアテオス	週1回	1
その他のホルモン剤（成長ホルモン）	ソグルーヤ皮下注5mg	週1回	1

※1 治療薬ハンドブック2024をもとに、報告された事例の疾患名に関連する薬効を記載した。
 ※2 屋号は除いて記載した。
 ※3 添付文書の「用法及び用量」をもとに記載した。疾患により用法が異なる薬剤については、報告された事例の疾患名に関連する用法を記載した。
 ※4 報告された薬剤は販売中止になっているため先発医薬品であるゾメタ点滴静注4mg/5mLの添付文書を参照した。
 ※5 報告された薬剤は販売中止になっているため先発医薬品であるゾメタ点滴静注4mg/100mLの添付文書を参照した。
 ※6 規格は事例に記載されていないため不明である。

2) 入院中の患者が義歯を誤飲・誤嚥した事例

高齢者人口の増加に伴い、義歯の装着者数も増加傾向にある。令和6年歯科疾患実態調査結果の概要によると、15歳以上の被調査者数に対して義歯を装着している割合は45.7%であり、70歳以上では70%を超えると報告されている。

入院患者においても高齢者の多くが義歯を使用している。義歯には総義歯、部分義歯、ブリッジやインプラントなどの種類があり、その中には固定されている義歯と取り外し可能な義歯がある。取り外し可能な義歯は患者や家族が管理しているが、入院を契機に管理状況に変化が生じることが考えられる。

本事業には、患者が入院中に、取り外し可能な義歯が意図せず外れて誤飲・誤嚥した事例が報告されている。本報告書の分析対象期間（2025年10月～2026年3月）に、入院中の患者が取り外し可能な義歯を誤飲・誤嚥していた事例が5件報告された。そこで、入院中の患者が取り外し

可能な義歯を誤飲・誤嚥した事例（歯科治療中は除く）を過去に遡って検索し、分析した。

事例の概要では患者の年齢や性別、患者への影響などを示した。事例の分析では、義歯が誤飲・誤嚥されていた部位や、摘出するために実施した処置・対応を整理し、義歯を誤飲・誤嚥していることが判明した契機別に分析した。

誤飲・誤嚥した義歯は消化管内視鏡を使用して摘出した事例が多かった。多くの医療機関は自施設で摘出処置を行っていたが、自施設では摘出処置が行えず他施設へ紹介して摘出処置を行った事例も報告されており、患者への影響は大きいことが示唆される。

患者が義歯を誤飲・誤嚥していることが判明した契機で最も多かったのは、義歯の紛失に気づき、誤飲・誤嚥を疑って検査した事例であった。医療者が義歯の紛失に気付いた場面は、食事摂取後の口腔ケア時が多く、食事中に義歯が何らかの要因で外れてしまい飲み込んでしまった可能性が考えられる。医療者は、患者が装着している義歯が患者に適合しているか、破損やぐらつきの有無がないかなどを十分に確認する必要がある。また、紛失に気付いた時点で誤飲・誤嚥を疑い、速やかに検査を行うことも必要である。時間の経過とともに義歯が摘出困難な状況になり、より患者への侵襲が大きくなる可能性がある。判明した契機で次に多かったのは、偶発的に義歯の誤飲・誤嚥に気付いた事例で、患者の状態確認のために撮影した胸部X線画像に義歯が写っていたことから誤飲・誤嚥が判明していた。偶発的に判明した事例の多くは、義歯を紛失していること自体に医療者が気付いておらず、義歯の管理状況が不十分であった可能性が考えられる。取り外しのできる義歯は、定期的に装着状況や所在の確認を行うことが重要である。

事例の背景・要因は、入院時の患者基本情報として、義歯の形状、数などの情報が正確でなかったことや、記録が不十分であったことなど、情報の収集内容や医療者間での情報共有が不十分であったことが報告されていた。また、医療者は、患者が義歯を誤飲・誤嚥することを想定していなかったという報告もあった。医療者は患者が義歯を誤飲・誤嚥するリスクを認識し、正確な情報収集と情報共有の方法を明確にし、実践する必要がある。

患者の病状に伴い、食事摂取状況の変化や食事形態の変更があった場合、それに合わせて義歯の装着の可否もその都度検討する必要がある。入院時の患者基本情報の記録を行うとともに、患者の状況に応じて変更した対応を正確に記録して共有することや、管理方法などについて看護計画に適時反映することが必要である。今一度、入院時における患者の義歯の情報収集方法や、入院中の患者の義歯の確認方法などを見直し、義歯の誤飲・誤嚥を防止につながるような手順の検討を行っていただきたい。

図表 I－5 誤飲・誤嚥していることが判明した契機

誤飲・誤嚥していることが判明した契機	件数
義歯の紛失に気付き、誤飲・誤嚥を疑って検査した	14
偶発的に義歯の誤飲・誤嚥に気付いた	12
患者が義歯を誤飲したと医療者に伝えた	4
合計	30

(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ので、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。

- ・研修医が別の患者に投与した薬剤の残液の入った注射器を再使用した事例
- ・小指の手術の際、誤って示指を皮膚切開した事例
- ・永久気管孔がある患者に経鼻カニューラによる酸素投与を行い、酸素化不良が持続した事例
- ・MRI禁忌である皮膚拡張器（ティッシュ・エクスパンダー）が留置された患者にMRI検査を実施した事例
- ・乳児に低濃度のミルクをオーダしていることに気付かず、るい瘦を来たした事例

(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10月～2026年3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「透析前の体重測定の誤り（医療安全情報No.122）」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) 透析前の体重測定の誤り（医療安全情報No.122）

第33回報告書（2013年6月公表）～第36回報告書（2014年3月公表）の個別のテーマの検討状況で、「血液浄化療法（血液透析、血液透析濾過、血漿交換等）の医療機器に関連した医療事故」を取り上げた。第36回報告書では、「装置」に関する事例を分析し、体重の設定の誤りの事例を紹介した。その後、医療安全情報No.122「透析前の体重測定の誤り」（2017年1月提供）で、透析前の体重測定を適切な方法で実施しなかったため、誤った体重をもとに透析を行った事例について注意喚起した。本報告書分析対象期間（2025年10月～2026年3月）に、再発・類似

事例が1件報告されたため、再び取り上げることとした。

本報告書では、医療安全情報No.122の集計期間後の2016年12月以降に報告された再発・類似事例6件を分析した。事例の概要では、体重測定を誤った要因と結果、測定した体重の認識、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。

透析前の体重測定を誤ると、実際の体重より多い場合は過除水による透析関連低血圧を来す可能性、実際の体重より少ない場合は除水不足による体液量の管理不足から高血圧を引き起こしたり、追加の透析を要したりする可能性があり、いずれも患者にとって影響が大きい。今回報告された事例では、体重測定の誤りの要因として「風袋」と「測定環境」があった。「風袋」が要因となった事例では、体重測定時に含めることとしていた掛け物やフットポンプを外して測定したことが報告されていた。フットポンプを外して測定した事例は、3日前から測定方法を誤っていたため、透析当日の体重測定後に、前日の体重と比較しただけでは気付かなかった。体重測定時に何を含め、何を除くかは各医療機関や患者ごとに定め、透析室のスタッフだけでなく病棟などの他部署のスタッフとも共有し、測定の都度確認する必要がある。測定環境については、患者のADLに合わせた体重計を選択し、測定中の介助がなくとも安全に体重測定できる環境を整えたり、測定時に周囲のものが触れていないかを確認したりすることも肝要である。

今回報告された事例の中には、測定した体重に違和感を抱きながらも、許容範囲内であると判断して再測定しなかった事例が3件あった。繁忙な時間帯では特にタイムプレッシャーが生じやすいと思われるが、体重測定の誤りが起こり得ることを念頭に、違和感を抱いた際は他のスタッフとも共有した上で再測定も検討いただきたい。

図表 I - 6 体重測定を誤った要因と結果

体重測定を誤った要因	体重測定の結果	実際の体重との差	詳細
風袋	実際より少ない	-2.0kg	・ 掛け物1枚と枕1つで0kg補正するところ、掛け物をベッドに載せずに測定した。
		-2.0kg	・ 体重測定時に載せて計測する掛け布団を載せずに測定した。
		-2.8kg	・ フットポンプを装着している場合は、装着したまま測定するところ、測定時に外した。
測定環境	実際より多い	+3.0kg	・ 右足の術後でふらつきがある患者の体重測定時に看護師3人が周囲で見守っていた際、体重計に人やものが触れていた可能性がある。
	実際より少ない	-2.4kg	・ 体重測定時、スケールベッドに装着したテレビのアームが透析装置に接触していた可能性が高い。

3 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、医薬品の安全使用に関する製薬企業の対応として、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業に報告された事例を活用した注意喚起を掲載した。また、海外への情報発信として、G20 Global Patient Safety Leaders Group（GPSLG）や、ベトナム社会主義共和国で開催されたUMC-HCMC International Hospital Management Conference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。

2026年3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。

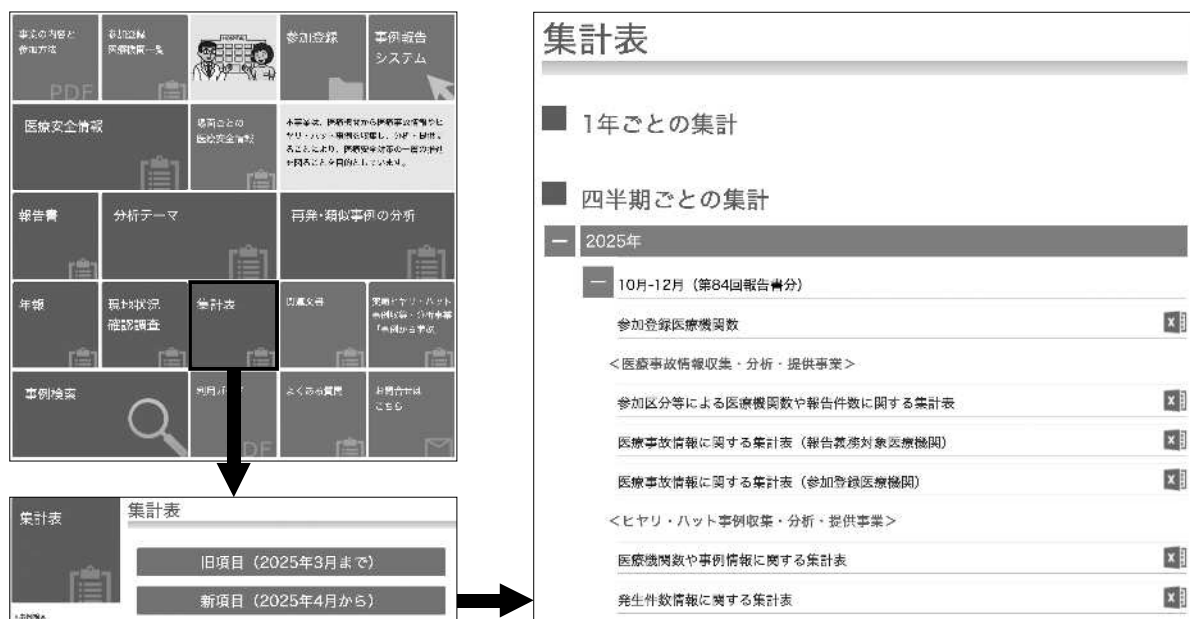
図表Ⅱ－１－１ 参加医療機関

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	578	85	400	64	4,110	269	5,088
	任意	参加する	458		315		4,046		4,819	
			参加しない	161		325		－		486
合計			739		725		4,110		5,574	
			1,464							

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

2026年3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	121
	公立大学法人	9	6
	地方独立行政法人	1	33
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	1
法人	学校法人	50	26
	医療法人	0	1,569
	公益法人	1	59
	会社	0	13
	その他の法人	0	79
個人		0	2,682
合計		269	4,819

※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

2026年1月1日から同年3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

	2026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	482	428	556	－	－	－	－	－	－	－	－	－	1,466
	1,466			－			－			－			
参加登録申請 医療機関報告数	98	77	91	－	－	－	－	－	－	－	－	－	266
	266			－			－			－			
報告数合計	1,732			－			－			－			1,732
報告義務対象 医療機関数	269	269	269	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
参加登録申請 医療機関数	4,808	4,812	4,819	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－

【3】報告義務対象医療機関の報告の内容

2026年1月1日から同年3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。
2026年3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135,259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	2026年1月～3月		2026年1月～3月（累計）	
	件数	%	件数	%
薬剤	170	11.6	170	11.6
輸血	6	0.4	6	0.4
治療・処置	506	34.5	506	34.5
医療機器等	45	3.1	45	3.1
ドレーン・チューブ	126	8.6	126	8.6
検査	87	5.9	87	5.9
療養上の世話	436	29.7	436	29.7
その他	90	6.1	90	6.1
合計	1,466	100.0	1,466	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	2026年1月～3月		2026年1月～3月（累計）	
	件数	%	件数	%
死亡	102	7.0	102	7.0
障害残存の可能性がある（高い）	172	11.7	172	11.7
障害残存の可能性がある（低い）	415	28.3	415	28.3
障害残存の可能性なし	372	25.4	372	25.4
障害なし	315	21.5	315	21.5
不明	90	6.1	90	6.1
合計	1,466	100.0	1,466	100.0

※事故の発生及び事故の過失の有無と健康被害の程度とは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。

集計表

■ 1年ごとの集計

■ 四半期ごとの集計

— 2025年

— 10月-12月 (第84回報告書分)

参加登録医療機関数

<医療事故情報収集・分析・提供事業>

参加区分等による医療機関数や報告件数に関する集計表

医療事故情報に関する集計表 (報告義務対象医療機関)

医療事故情報に関する集計表 (参加登録医療機関)

<ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業>

医療機関数や事例情報に関する集計表

発生件数情報に関する集計表

【１】参加医療機関

2026年3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	156	84
	公立大学法人	14	7
	地方独立行政法人	39	18
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	51	33
	医療法人	562	255
	公益法人	58	28
	会社	9	2
	その他の法人	71	28
個人		69	44
合計		1,464	739

【2】件数情報の報告

2026年1月1日から同年3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	96,963
誤った医療行為または管理が患者に実施された	184,892
合計	281,855

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	845	3,471	21,658	46,398	72,372
輸血	78	119	385	1,026	1,608
治療・処置	444	1,799	4,957	7,864	15,064
医療機器等	316	743	2,437	6,410	9,906
ドレーン・チューブ	325	2,518	16,080	12,701	31,624
検査	304	1,117	5,890	15,370	22,681
療養上の世話	808	5,783	20,487	30,335	57,413
その他	505	1,313	6,430	22,272	30,520
合計	3,625	16,863	78,324	142,376	241,188

報告医療機関数	635
病床数合計	234,307

【3】事例情報の報告

（１）報告件数

2026年1月1日から同年3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

	2026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	2,061	661	760	－	－	－	－	－	－	－	－	－	3,482
	3,482			－			－			－			
事例情報報告 参加医療機関数	736	738	739	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－

（２）報告の内容

2026年1月1日から同年3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。2026年3月31日現在、事例情報報告参加医療機関は739施設、病床数合計は221,664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	2026年1月～3月		2026年1月～3月（累計）	
	件数	%	件数	%
薬剤	1,240	35.6	1,240	35.6
輸血	20	0.6	20	0.6
治療・処置	184	5.3	184	5.3
医療機器等	137	3.9	137	3.9
ドレーン・チューブ	386	11.1	386	11.1
検査	352	10.1	352	10.1
療養上の世話	941	27.0	941	27.0
その他	222	6.4	222	6.4
合計	3,482	100.0	3,482	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。

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	2026年1月～3月		2026年1月～3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	899	25.8	899	25.8
誤った医療行為または管理が患者に実施された	2,583	74.2	2,583	74.2
合計	3,482	100.0	3,482	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	2026年1月～3月		2026年1月～3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	35	1.0	35	1.0
濃厚な治療・処置が必要であったと考えられる	244	7.0	244	7.0
軽微な治療・処置が必要であったと考えられる	1,208	34.7	1,208	34.7
治療・処置は不要であったと考えられる	1,995	57.3	1,995	57.3
合計	3,482	100.0	3,482	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10月～2026年3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、2）のテーマとして、「注射薬の投与間隔間違いに関連した事例」、「入院中の患者が義歯を誤飲・誤嚥した事例」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】注射薬の投与間隔間違いに関連した事例

近年、週1回投与や月1回投与をはじめ、半年に1回、さらには年1回投与といった長時間作用性の注射薬が増加している。その背景として、長期にわたり慢性疾患の管理を必要とする患者が増え、継続的かつ確実な治療が求められていることが挙げられる。また、製剤技術の進歩により、少ない投与回数で効果を維持できる薬剤の開発が可能となったことも背景の一つである。

これらの注射薬は、患者にとって通院回数や自己管理の負担が軽減され、治療の継続性が向上するという利点がある。一方、投与間隔が長いことにより、前回投与日が把握されにくく、予定より早期の再投与や投与忘れなどの投与間隔間違いが起こるリスクがある。本事業には、これらの注射薬の投与間隔間違いの事例が報告されている。

本報告書の分析対象期間（2025年10月～2026年3月）に、前立腺がんの治療の際、24週ごとに投与するリュープリンPRO注射用キット22.5mgを前回から1ヶ月後に投与した事例が報告された。そこで、1週間以上投与間隔を空ける注射薬に関連した事例を過去に遡って検索し、投与間隔間違いについて分析した。

（1）報告状況

1）対象とする事例

2017年1月～2026年3月に報告された医療事故情報の中から、事例の概要で「薬剤」「治療・処置」「その他」のいずれかを選択し、1週間以上投与間隔を空ける注射薬に関連して、誤った投与間隔で投与した事例や、誤った間隔で投与を予定したが投与する前に発見された事例を対象とした。なお、本テーマでは、化学療法のレジメンを使用する抗がん剤の事例、患者や薬剤を取り違えたことにより誤った投与間隔となった事例は、対象に含めないこととした。

2）報告件数

2017年1月～2026年3月に報告された事例のうち、対象とする事例は15件であった。

図表Ⅲ－１－１ 報告件数

報告年	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026 (1月～3月)	合計
件数	3	1	0	0	2	2	2	1	3	1	15

(2) 事例の概要

1) 報告された薬剤

報告された薬剤を整理して示す。前立腺がんに対するホルモン療法などに用いられるリュープリンPRO注射用キット22.5mg、潰瘍性大腸炎などの治療に用いられるレミケード点滴静注用100の事例が複数報告されていた。また、骨・カルシウム代謝薬に関連した事例が4件と多かった。

図表Ⅲ－１－２ 報告された薬剤

薬効 ^{※1}	薬剤名 ^{※2}	投与間隔 ^{※3}	件数
抗悪性腫瘍薬	リュープリンPRO注射用キット22.5mg	24週に1回 ¹⁾	4
炎症性腸疾患治療薬	レミケード点滴静注用100	〈潰瘍性大腸炎〉初回投与後、2週、6週に投与し、以後8週間の間隔で投与 ²⁾	2
骨・カルシウム代謝薬	イベニティ皮下注105mgシリンジ	1ヶ月に1回 ³⁾	1
	ボンビバ静注1mgシリンジ	1ヶ月に1回 ⁴⁾	1
	ゾレドロン酸点滴静注4mg/5mL ^{※4}	〈悪性腫瘍による高カルシウム血症〉再投与が必要な場合には、少なくとも1週間の投与間隔をおく ^{5) 6)}	1
	ゾレドロン酸点滴静注4mg/100mLバッグ ^{※5}		1
抗精神病薬	ゼプリオン水懸筋注100mgシリンジ	初回投与の1週後に2回目、その後は4週に1回 ⁷⁾	1
	リスパダール コンスタ筋注用50mg	2週間隔 ⁸⁾	1
気管支喘息治療薬	デュピクセント皮下注ペン ^{※6}	〈気管支喘息〉成人：2週間隔 ⁹⁾	1
糖尿病治療薬	マンジャロ皮下注5mgアテオス	週1回 ¹⁰⁾	1
その他のホルモン剤（成長ホルモン）	ソグルーヤ皮下注5mg	週1回 ¹¹⁾	1

※1 治療薬ハンドブック2024¹²⁾をもとに、報告された事例の疾患名に関連する薬効を記載した。

※2 屋号は除いて記載した。

※3 添付文書の「用法及び用量」をもとに記載した。疾患により用法が異なる薬剤については、報告された事例の疾患名に関連する用法を記載した。

※4 報告された薬剤は販売中止になっているため先発医薬品であるゾメタ点滴静注4mg/5mLの添付文書を参照した。

※5 報告された薬剤は販売中止になっているため先発医薬品であるゾメタ点滴静注4mg/100mLの添付文書を参照した。

※6 規格は事例に記載されていないため不明である。

〈参考〉報告された薬剤の包装・製剤の表示

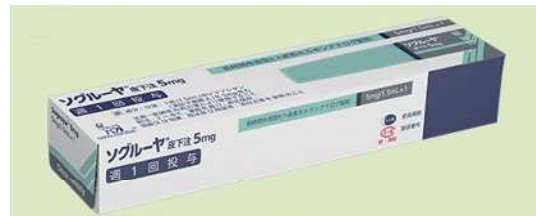
報告された薬剤の中には、包装や製剤に投与間隔が表示されたものがある。参考として、ボンビバ静注1mgシリンジ、ソグルーヤ皮下注5mgの製剤写真を示す。

ボンビバ静注1mgシリンジの包装



※大正製薬株式会社ホームページ¹³⁾ より転載

ソグルーヤ皮下注5mgの包装と製剤



※ノボ ノルディスク ファーマ株式会社ホームページ¹⁴⁾ より転載

2) 患者区分

報告された事例の患者区分（入院・外来）を示す。

図表Ⅲ－１－３ 患者区分

患者区分	件数
入院	8
外来	7
合計	15

3) 関連診療科

関連診療科を示す。

図表Ⅲ－１－４ 関連診療科

関連診療科	件数
泌尿器科	4
外科	2
消化器科、消化器内科	2
精神科	2
内科	2
血液内科	1
呼吸器内科	1
形成外科	1
整形外科	1
脳神経外科	1
婦人科	1

※関連診療科は複数回答が可能である。

4) 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職種と職種経験年数を示す。職種は、処方・指示を行う医師の報告が最も多かった。1つの事例に関わった職員の数はいくつでもあった。

図表Ⅲ－１－５ 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	
医師	3	3	2	1	4	13
看護師	2	1	1	1	3	8
薬剤師	3	2	0	0	1	6

※事例に関わった職員は、複数回答が可能である。

5) 誤った投与間隔

誤った投与間隔を示す。投与間隔が短くなった事例が10件と多かった。

図表Ⅲ－１－６ 誤った投与間隔

誤った投与間隔	件数
投与間隔が短くなった	10
投与間隔が長くなった	5
合計	15

6) 患者への影響

患者への影響が具体的に記載されていた事例について、内容を整理して示す。

図表Ⅲ－１－７ 患者への影響

投与間隔	薬剤名	患者への影響・対応
短くなった	ゾレドロン酸点滴静注 4mg/100mLバッグ	便秘
	マンジャロ皮下注5mg アテオス	「気持ちが悪い」と訴えあり
長くなった	レミケード点滴静注用100	腹痛・血便の増悪、微熱・炎症反応上昇を認めたため 入院加療
	デュピクセント皮下注ペン※	下痢・血便の症状出現
	デブリオン水懸筋注100mg シリンジ	喘息発作が出現したため予定外受診し、ステロイドの 点滴・内服薬処方
	リュープリンPRO注射用 キット22.5mg	退院後、精神状態が悪化したため再入院
		PSA値の上昇

※規格は事例に記載されていないため不明である。

7) 事例の分類

発生段階によって事例を以下のように分類した。

図表Ⅲ－１－８ 事例の分類

事例の分類	件数
処方・指示間違い	12
投与日の調整の間違い	2
保険薬局における調剤間違い	1
合計	15

(3) 処方・指示間違いの事例の分析

対象事例のうち報告が多かった処方・指示間違いの事例12件について分析した。

1) 患者区分

患者区分（入院・外来）を示す。

図表Ⅲ－１－９ 患者区分（処方・指示間違いの事例）

患者区分	件数
入院	8
外来	4
合計	12

2) 誤った投与間隔

誤った投与間隔を示す。

図表Ⅲ－１－１０ 誤った投与間隔（処方・指示間違いの事例）

誤った投与間隔	件数
投与間隔が短くなった	9
投与間隔が長くなった	3
合計	12

3) 報告された薬剤と処方・指示を誤った内容

報告された薬剤と処方・指示を誤った内容を整理して示す。

図表Ⅲ－１－１１ 報告された薬剤と処方・指示を誤った内容

薬剤名	正しい 投与間隔	誤った 投与間隔	内 容
投与間隔が短くなった			
リュープリンPRO 注射用キット 22.5mg	24週に1回	1ヶ月 (約4週)	・泌尿器科外来で投与した後、医師Aはカルテに記載していなかった。 ・1ヶ月後の外来で、医師Bは前回投与していないと思った。
		3ヶ月 (約12週)	・泌尿器科医師は前回投与日をカルテに記載していたが、誤認した。
		4ヶ月 (約16週)	・泌尿器科外来で投与した後、看護師はカルテに実施入力をしていなかった。 ・4ヶ月後の外来で、医師は前回投与していないと思った。
イベニティ 皮下注105mg シリンジ	1ヶ月に1回	5日	・消化器内科に入院中、担当医は、整形外科外来での注射の予約がないと思い、投与を指示した。 ・5日後に整形外科外来の注射予約が入り、患者が移動できない状態であったため、整形外科医師は病棟で投与するよう看護師に指示した。
ボンビバ静注 1mgシリンジ	1ヶ月に1回	週1回	・薬剤師Aはカルテの付箋（メモ機能）に誤って「毎週水曜日」と記載した。 ・薬剤師B、薬剤師Cは付箋を見て、医師に週1回の処方を依頼した。 ・形成外科医師は、薬剤師から依頼された通りに週1回で処方した。
ゾレドロン酸 点滴静注4mg/5mL	少なくとも 1週間	3日連続	・外科主治医は「フルドーズで投与するように」と担当医に指示した。 ・担当医はDI情報で投与方法、投与量を確認したが、投与間隔については確認せず、3日間連続投与のオーダー入力を研修医に指示した。
ゾレドロン酸 点滴静注 4mg/100mLバッグ	少なくとも 1週間	3日連続	・婦人科医師は、抗菌薬など同様に連日投与するものと思い込み、3日連続投与のオーダーを出した。
マンジャロ皮下注 5mgアテオス	週1回	同日2回投与	・糖尿病内科医師は朝の分の薬剤をオーダーした後、同日夕方の分を誤ってオーダーした。
ソグルーヤ皮下注 5mg	週1回	2日連続	・持参薬鑑別時、薬剤師は週1回製剤であることを医師・看護師に伝達しなかった。 ・医師は連日投与の指示を出した。

薬剤名	正しい 投与間隔	誤った 投与間隔	内 容
投与間隔が長くなった			
ゼプリオン 水懸筋注100mg シリンジ	初回投与の1週 後に2回目を投 与、その後は4 週に1回	不明	・精神科医師は注射指示を失念した。
リュープリンPRO 注射用キット 22.5mg	24週に1回	9ヶ月 (約36週)	・初回投与後、半年後の投与について記録されて おらず、泌尿器科医師は投与日が把握できてい なかった。
レミケード点滴 静注用100	初回投与後、2 週、6週に投与 し、以後8週間 の間隔で投与	3回目は初回 から6週に投 与するところ、 8週に予定	・医師は、投与間隔を間違いやすい薬剤であると 認識していたが、確認が不足していた。

4) 薬剤師が関わった状況

入院の事例では、処方監査や持参薬鑑別などに薬剤師が関わったが、投与間隔間違いに至った事例が報告されていた。薬剤師が関わった状況が記載されていた事例について、内容を整理して示す。

図表Ⅲ－１－１２ 薬剤師が関わった状況

薬剤名	薬剤師が関わった状況
イベニティ皮下注 105mgシリンジ	・薬剤師は入院時に注射薬を含めた持参薬を確認するが、今回は緊急入院で、後日持参薬を確認した際、イベニティ注の投与歴の確認が漏れた。 ・イベニティ注の処方監査をした薬剤師は、投与間隔に注意する薬剤であると認識していたが、多忙で前回投与日を確認しなかった。 ・処方監査をしたもう一人の薬剤師は、イベニティ注は薬剤部内での手順書では投与間隔を確認することにはなっていないため、前回投与日を確認せず病棟に払い出した。
ボンビバ静注1mg シリンジ	・最初に処方を確認した薬剤師Aは、電子カルテの付箋（メモ機能）に「月1回」と記載すべきところ、誤って「毎週水曜日」と記載した。 ・薬剤師B、薬剤師Cは付箋を見て、医師に週1回の処方を依頼した。
ゾレドロン酸 点滴静注4mg/5mL	・薬剤師は、3日間連日投与に気付かず、薬剤を払い出した。 ・研修医・看護師は、病棟薬剤師が出勤日ではなかったため、確認しなかった。
ゾレドロン酸 点滴静注 4mg/100mLバッグ	・薬剤師Aが処方オーダーを確認し、通常は連続投与される薬剤ではなく、カルテに「高Ca血症」の記載もなかったため、薬剤師Bに相談のうえ、病棟薬剤師Cに相談した。 ・薬剤師Aは、病棟薬剤師Cに処方箋を見せながら「Ca値も高くありません。骨転移の記載もないです。」と伝えたところ、病棟薬剤師Cは適応についての疑義照会と理解した。 ・病棟薬剤師Cが婦人科の処方医に電話で疑義照会を行い、「何の目的でゾレドロン酸を使うのですか？」と聞いたところ、医師は「高Ca血症に対して使用する。」と回答した。 ・病棟薬剤師Cは、薬剤師Aに「高Ca血症治療の目的で使用する。」と伝え、血清Ca値の補正方法を伝えた。 ・薬剤師Aは、連続投与も含めての回答と思い、病棟へ薬剤を払い出した。
マンジャロ皮下注 5mgアテオス	・調剤した薬剤師は、薬剤服用歴を確認していなかった。 ・時間外であったため、病棟薬剤師は薬剤がオーダーされたことを把握できなかった。
ソグルーヤ皮下注 5mg	・持参薬を鑑別した薬剤師は、週1回製剤であることを知らず、医師・看護師に伝達しなかった。

5) 発見の契機

投与間隔間違いを発見した契機が記載されていた事例について、内容を整理して示す。薬剤師・看護師が発見した事例や、患者の家族からの質問などにより発見された事例が複数報告されていた。

図表Ⅲ－１－１３ 発見の契機

薬剤名	発見の契機
投与間隔が短くなった	
リュープリンPRO 注射用キット22.5mg	患者家族から、2ヶ月前と前月に連続して投与されたことについて相談があった。 医療費の誤請求事例として報告され、詳細を確認した。
イベニティ皮下注105mg シリンジ	患者家族から「イベニティを2～3日前に打ったようだが、本日も打ったのか」と質問があった。
ボンビバ静注1mgシリンジ	薬剤師が薬剤管理指導記録を確認した。
ゾレドロン酸点滴静注 4mg/100mLバッグ	病棟薬剤師が患者の体調確認を行った際、便秘の訴えがあったため、カルテの薬歴を確認した。
マンジャロ皮下注5mg アテオス	朝に投与した後、同日夕方にも投与したところ、「気持ちが悪い」と訴えがあった。
ソグルーヤ皮下注5mg	連日投与した2日後、看護師が週1回投与する製剤であることに気付いた。
投与間隔が長くなった	
ゼプリオン水懸筋注100mg シリンジ	退院後、精神状態が悪化し、再入院となった。
リュープリンPRO 注射用キット22.5mg	PSA値が上昇した。
レミケード点滴静注用100	誤って次回投与を2週間遅く予定したところ、血便・腹痛が増悪し、投与予定日の2日前に予約外受診した。

6) 事例の内容

処方・指示間違いの主な事例を紹介する。なお、対象事例のうち2件は過去の報告書に掲載されているので、併せて参照していただきたい。

- ・第50回報告書 分析テーマ「薬剤の疑義照会に関連した事例」（30頁）

事例No.4 ゾレドロン酸点滴静注4mg/5mLを3日連続で投与した事例¹⁵⁾

- ・第82回報告書 事例紹介（59頁）

月1回投与するイベニティ皮下注105mgシリンジの投与間隔を誤り、前回の投与から5日後に投与した事例¹⁶⁾

図表Ⅲ－１－１４ 事例の内容

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
投与間隔が短くなった			
1	医師Aは、2ヶ月前の外来受診時に定数配置薬のリュープリンPRO注射用キット22.5mg（24週間持続性の製剤）を投与した。その際、注射オーダーを入力せず、カルテにも記載しなかった。前月の再診時、医師BはリュープリンPROを注射オーダーし、定数配置薬から取り出して投与した。今回の再診時、患者家族より、2ヶ月前と前月に連続してリュープリンPROが投与されたことについて相談があり、6ヶ月おきに投与する薬剤を前回から1ヶ月後に投与していたことがわかった。	・医師Aは注射オーダーを入力しなかったため、薬歴に残らなかった。 ・医師Bは前月の再診の際、前回受診時の薬歴に記載がなく、カルテ記載もなかったことから、リュープリンPROを投与することにした。 ・薬剤部でも薬歴がなく、疑義照会しなかった。 ・前月に付き添った家族が2ヶ月前の受診時と違っていたため、家族も投与間隔に違和感を持たなかった。	・行った診療・治療は、カルテに記載する。 ・定数配置薬を使用せず、注射オーダーを行った後に薬剤の準備、投与を行うことを診療科内で周知する。 ・外来定数配置薬の配置をやめ、外来注射オーダー後に薬剤部で処方監査して払い出される薬剤を使用することを検討する。
2	5日前、整形外科主治医は入院中の患者の骨粗鬆症治療のため、月1回投与するボンビバ静注1mgシリンジを処方した。当日、看護師は患者にボンビバを投与した。薬剤師Aはカルテの付箋（メモ機能）に誤って「ボンビバ：毎週水曜日」と記載した。3日後、患者は整形外科から形成外科へ転科し、主治医も変更となった。薬剤師Bはカルテの付箋を確認し、7日後（水曜日）のボンビバ静注1mgシリンジが処方されていないため、形成外科主治医にオーダーを依頼した。7日後、看護師は患者にボンビバ静注1mgシリンジを投与した。13日後、患者は形成外科病棟へ転棟した。薬剤師Cは付箋を確認し、14日後と21日後のボンビバ静注1mgシリンジが処方されていないため、形成外科主治医にオーダーを依頼した。14日後、看護師は患者にボンビバ静注1mgシリンジを投与した。21日後、看護師は患者にボンビバ静注1mgシリンジを投与する前に、パッケージに月1回投与と書いてあるが1週間前にも自分が投与したことに気付いた。そのことをリーダー看護師に相談したが、薬剤師と主治医で判断したオーダーだと説明され、ボンビバ静注1mgシリンジを患者に投与した。24日後、薬剤師Dが薬剤管理指導記録を確認し、月1回投与のボンビバ静注1mgシリンジが毎週投与されていたことに気付いた。	・週1回・月1回投与の薬剤は、処方忘れを防ぐため電子カルテの付箋（メモ機能）に記載する決まりがある。 ・最初にボンビバ静注1mgシリンジの処方を確認した薬剤師Aは、付箋に月1回と記載すべきところ「毎週水曜日」と記載した。 ・薬剤師B、薬剤師Cは付箋を確認し、医師に処方依頼した。 ・主治医が交替した後、処方依頼された医師は月1回投与であることを確認せずオーダーした。 ・投与した看護師もボンビバ静注1mgシリンジのDI情報やパッケージと投与する間隔が違うことに気付かなかった。	・週1回・月1回投与の薬剤は、オーダー画面に注意喚起を表示する。 ・薬剤師、看護師はDI情報やパッケージを参照し、6Rの確認を徹底する。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
3	患者は血液内科に入院し、化学療法を受けていた。既往に2型糖尿病があり、糖尿病内科が併診してノボラピッド注を投与していた。入院10日目より、糖尿病内科の医師がマンジャロ皮下注2.5mgアテオスを追加した。マンジャロ皮下注は、通常、週1回2.5mgから開始し、4週間投与した後、週1回5mgに増量する。しかし、入院17日目の朝にマンジャロ5mg皮下注アテオスのオーダーが出ており、看護師が投与した。さらに、同日14時半頃、マンジャロ皮下注5mgアテオスの夕分が追加でオーダーされていた。追加でオーダーした医師は、当初の処方医と同一であった。日勤看護師より、夕分のマンジャロ皮下注5mgアテオスが追加になったため投与してほしいと申し送りがあり、18時頃に夜勤看護師が投与した。その後19時半に患者より「気持ち悪い」とナースコールがあり、一般指示に従い、プリンペラン錠5mgを内服させた。翌朝の5時頃、「まだ気持ち悪い」と訴えがあり、原因として、マンジャロ皮下注5mgアテオスを2回、計10mg投与していることが考えられた。医師のカルテには「入院10日目にマンジャロ2.5mgを投与、入院17日目にマンジャロ5mgを投与」と記載されていたため、追加分は間違えてオーダーされたものと思われる。	- マンジャロ皮下注を処方した医師（経験年数7年8ヶ月、部署配属期間5年5ヶ月）、投与した看護師とも、マンジャロ皮下注の投与方法を十分に理解していなかった。 - 医師は、マンジャロ皮下注の増量方法の間違いに加え、誤って追加のオーダーを出した。 - 予定オーダーの処方監査を行った薬剤師（経験年数24年9ヶ月、部署配属期間24年9ヶ月）、夕分追加オーダーの処方監査を行った薬剤師（経験年数3年7ヶ月、部署配属期間3年7ヶ月）ともに処方監査で発見できなかった。 - 予定オーダーの処方監査をした病棟担当薬剤師は、週1回投与の薬剤服用歴の確認はしていたが、薬剤の増量方法について理解ができていなかった。 - 予定オーダーの調剤をした薬剤師と、夕分追加オーダーの調剤と監査をした薬剤師は、薬剤服用歴を確認していなかった。 - 病棟には病棟担当薬剤師が配置されていた。しかし今回、病棟担当薬剤師は、初回投与から1週間後のマンジャロ皮下注のオーダーがあることは確認していたが、増量の方法について理解ができておらず、誤処方であることを把握できなかった。 - 金曜日の夕分のオーダーに関しては、当日の緊急オーダーとなり、病棟担当薬剤師は時間外であり、マンジャロ皮下注が誤って追加オーダーされたことを把握できなかった。 - 日勤看護師と夜勤看護師は経験年数が浅く、週1回の投与であることや増量の方法を理解していなかった。	- マンジャロ皮下注が週1回投与であること、徐々に投与量を増やすことを、医師、看護師、薬剤師に周知する。 - システムにおいて処方の制御は行えない仕様となっているため、誤った用法で処方できないようにするなどのシステム上での対策は行っていない。
投与間隔が長くなった			
4	患者にリュープリンPRO注射用キット22.5mgの投与を開始した。その後、2回目となる半年後の投与を行っておらず、初回投与の半年後からPSA値が上昇し、初回投与9ヶ月後に投与漏れが判明し、投与再開となった。	- 初回投与の段階で、医師は半年後の投与についての記録をしていなかった。 - 他剤による化学療法も併用していたが、医師は全体の治療計画を把握していなかった。	- 投与後に、次回投与予定についても記録するように徹底する。 - お薬手帳などに記録して、患者にも次回投与についての認識を共有できるようにする。 - 化学療法歴などの確認を徹底する。

7) 事例の背景・要因

事例の主な背景・要因を示す。

図表Ⅲ－１－１５ 事例の背景・要因

入院
○前回投与時の記録の不足
・ 前回投与時、医師は半年後の投与についてカルテに記載していなかった。
○指示の出し忘れ
・ 医師は注射指示を失念した。 ・ 他剤による化学療法も併用していたが、全体の治療計画を把握していなかった。
○薬剤師の記録の誤り
・ 薬剤師は、電子カルテの付箋（メモ機能）に「月1回」と記載すべきところ、誤って「毎週水曜日」と記載した。
○知識不足
・ 医師の知識が不足していた。 ・ 医師は薬剤に対する十分な知識がなく、抗菌薬などと同様に連日投与するものと思い込んでいた。 ・ 医師、看護師とも、投与方法を十分に理解していなかった。 ・ 当該病棟での薬剤の使用経験が少なく、薬効は理解していたが、用法の理解が不足しており、連日の指示になっていることに気付かなかった。 ・ 持参薬鑑別時、薬剤師は週1回製剤であることを知らず、医師・看護師に伝達しなかった。
○確認不足
・ 担当医はDI情報で投与方法、投与量を確認したが、投与間隔については確認しなかった。 ・ 医師はDI情報を参照したが熟読しなかった。 ・ 処方監査をした薬剤師は、薬剤服用歴を確認しなかった。 ・ 薬剤師は、連日投与となることを見落として薬剤を払い出した。 ・ 研修医・看護師は、病棟薬剤師が出勤日ではなかったため、確認しなかった。
○その他
・ DI情報が見にくかった。 ・ 時間外であったため、病棟薬剤師は薬剤がオーダされたことを把握できなかった。
外来
○前回投与時の記録の不足
・ 医師は、薬剤を投与したことをカルテに記載していなかった。 ・ 看護師は、注射薬を投与した後、電子カルテに「実施入力」することを忘れたため、投与した記録がない状態になった。 ・ 定数配置薬を使用した際、注射オーダを入力しておらず、薬歴が残らなかった。
○投与日の誤認
・ 医師は投与月をカルテに記載し、外来診療の前日にカルテを確認していたが、投与日を誤認した。

8) 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示す。

図表Ⅲ－１－１６ 医療機関から報告された再発防止策

入院
○投与予定の記録・共有
・投与後に、次回の投与予定について記録する。 ・注射実施日に次回のオーダーを出しておく。 ・医師は指示簿に投与予定日を記載し、看護師と共有する。
○診療科間の確認
・入院中の診療科で通常処方していない薬剤は、外来で処方していた診療科に、どちらが処方するか確認する。
○処方時の確認
・医師は、初めて投与する薬剤の場合、DI情報で投与方法、投与量だけでなく投与回数、投与間隔まで注意して確実に確認してから指示を出す。 ・注意が必要な薬剤や不慣れな薬剤を処方する際、治療方針を決定する際は、上級医に報告、確認する。
○多職種による確認・情報共有
・医師は、不慣れな薬剤を処方する際、緊急を要さない場合は時間内に行い、病棟薬剤師などに相談する。 ・医師は、注意が必要な薬剤を使用する際は、グループ内医師だけでなく、他の職種とも情報を共有する。 ・薬剤部は、添付文書上に投与間隔が定められている薬剤の調剤の手順を検討する。 ・薬剤師は、入院患者の持参薬確認の際、お薬手帳に反映されていない注射薬について、イベントィノートなどの持参の有無や過去の使用薬剤を確認する。 ・前回投与日を簡単に確認できる方法として薬剤部が用いている薬歴照会画面を病棟看護師間で共有し、最終投与日がわかるように、電子カルテ内の決められた箇所に日付を記載する。 ・薬剤師、看護師は、DI情報やパッケージを参照し、6Rの確認を徹底する。
○周知・教育
・マンジャロ皮下注が週1回投与であることや増量の方法を、医師、看護師、薬剤師に周知する。 ・薬剤師は、今回の事例を薬剤部内で周知し、連日投与しない薬剤の処方監査について注意喚起を行う。
外来
○投与時の記録
・行った診療・治療は、カルテに記載する。 ・注射薬を投与した際は、その場で電子カルテに実施入力を行う。
○定数配置の中止
・外来へのリュープリンPRO注射用キット22.5mgの定数配置をやめ、医師が外来注射オーダーをした後に薬剤部で処方監査をして払い出される仕組みを検討する。（複数報告あり）
共通
○処方時の注意喚起
・週1回・月1回投与の薬剤の処方オーダー画面に注意喚起を表示する。（複数報告あり）

○患者教育・情報共有

- ・薬剤に関する患者教育を継続する。
- ・患者も手帳などへ記録して、次回投与についての認識を共有できるようにする。
- ・家族がイベニティノート进行管理する場合は、入院時にそのノートを提示するよう指導する。

○その他

- ・薬剤部の医薬品保管場所に「通常、連日投与することはありません」と表示し、払い出す薬剤には注意喚起のシールを貼る。
- ・DI情報の表記について可能な限りの改善を依頼する。

(4) その他の事例

その他の事例として、保険薬局における調剤間違いの事例を紹介する

図表Ⅲ－１－１７　その他の事例の内容

事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
保険薬局における調剤間違い		
デュピクセント皮下注ペン1キット 1日1回 皮下注射（2週間ごと）2日分の院外処方箋を患者に渡した。患者は近隣の保険薬局へ処方箋を提出した。保険薬局の薬剤師は処方箋とレセプト入力内容の突合および調剤・最終鑑査後、デュピクセント皮下注ペン1キットを患者へ交付した。その後、保険薬局の薬剤師が処方箋の記載内容とレセプト入力内容を再度確認すると、処方箋には1キット2日分と記載されているのに対し、レセプトでは全量が1キットとなっており、レセプト入力内容に間違いがあることに気付いた。患者へ至急修正する旨を伝えたところ、前回と同じ内容だが前回も1キットしかもらっていないと言われた。前回・前々回の処方箋の記載内容とレセプトの内容を確認し、店舗内在庫データと実在庫を照合すると、前回・前々回とも1キットしか渡していないことがわかった。患者は喘息発作が出現して予定外受診となり、ステロイドの点滴を施行し、プレドニン錠20mg3日分を処方した。3日後、プレドニン錠がなくなるため再受診し、ステロイドの点滴を施行後、自覚症状は軽快し、聴診所見でも軽快を認めた。	【保険薬局の背景・要因】 ・レセプト入力者は、当該薬剤を外用薬と同様に考え、処方箋に記載された本数が全量だと思い込み、全量を1キットと誤って入力した。 ・入力後、薬剤師が処方箋とレセプト入力内容の突合および調剤後の最終鑑査を行った。しかし、当該薬剤に対する知識不足があったにもかかわらず、添付文書での確認をせず、入力者と同様に処方箋記載量が全量と考えたため、誤った本数での薬剤交付となった。	【保険薬局の再発防止策】 ・薬剤師は処方箋とレセプト入力内容が一致しているか指差しを行いながら照合する確認方法を徹底する。 ・薬局で決められたルールを遵守し、調剤および鑑査手順が正しく行われているか、薬局長が確認する。 ・用法・用量から1本の使用可能回数を確認し、必要に応じて疑義照会する。 ・処方とは異なる量を交付することにより、患者に健康被害が発生する危険性があることを再認識し、薬剤知識の不足による不明点・疑問点があればすぐに添付文書を確認する。

(5) まとめ

本テーマでは、1週間以上投与間隔を空ける注射薬を対象として、投与間隔間違いの事例15件について分析を行った。事例の概要では、報告された薬剤、入院・外来の患者区分、事例に関わった職員の職種と職種経験年数などを整理した。発生段階は、医師による処方・指示の間違いが15件中12件と最も多く、その他に投与日の調整の間違いや保険薬局における調剤間違いの事例が報告されていた。事例の分析では、発生段階のうち報告が多かった処方・指示間違いの事例を取り上げ、報告された薬剤と処方・指示を誤った内容や、発見の契機を示した。さらに、主な事例を紹介し、事例の背景・要因、医療機関から報告された再発防止策を整理した。また、その他の事例として、保険薬局における調剤間違いの事例を紹介した。

報告された薬剤は、週1回から24週に1回までの投与間隔のものがあり、薬効も多様であった。これらの薬剤は、投与日の正確な把握が必要であることから、投与前に前回の投与記録や次回の予定を確認し、投与した際には必ずカルテに記載することが重要である。

投与間隔が短くなった事例は、薬剤師・看護師が発見した事例や、患者の家族からの質問などにより気付いた事例が報告されていた。処方・指示を出す医師以外の職種が発見することが多かったことから、治療に関わる多職種で薬剤の知識を持ち、投与間隔を確認することは重要な取り組みである。特に、薬剤師による投与間隔の確認ができる体制を整備することが望まれる。一方、投与間隔が長くなった事例は、患者に症状の出現や悪化などの影響が出たことが契機となった事例が多かった。投与間隔間違いは患者に重大な影響を及ぼすおそれがあることを改めて認識する必要がある。

事例の背景・要因では、薬剤に関する知識不足が入院の事例で多く挙げられていた。入院前は他の診療科で投与されていた薬剤であっても、入院中は主治医が処方・指示を出すことがある。また、骨粗鬆症や骨転移に対しては、様々な診療科で対応し、薬剤を投与することがある。日常的に取り扱うことが少ない薬剤については、医師は処方・指示する際、看護師は準備する際に、添付文書を確認すること、疑問点がある場合には薬剤師へ相談・確認することが必要である。さらに、外来から入院への移行や入院中の転科・転棟など、診療の場が移る際に情報共有を適切に行うことが重要である。

また、投与間隔が表示されたカードや、投与日を記載してお薬手帳に貼付するシールなど、患者向け資材を活用することも有効な取り組みの一つである。そのためには、投与日や投与間隔に関する情報共有の重要性を患者にわかりやすく説明し、これらの資材を医療機関や保険薬局に持参するよう促して協力を得ることが、患者の医療への参加という観点からも重要である。

1週間、1ヶ月、1年など投与間隔が長い薬剤は、患者の通院の負担を軽減し、服薬管理がしやすいという利点があり、今後さらに増えていく可能性が高い。これらの薬剤を用いて適切な治療を行うためには、多職種が薬剤の特性を理解するとともに、投与のスケジュールを共有できる体制を構築することが望ましい。加えて、製薬企業においても、投与間隔間違いを防止するための周知や、製品や包装の表示の工夫、患者向け資材の充実などが期待される。

(6) 参考文献

1. リュープリンPRO注射用キット22.5mg添付文書. 武田薬品工業株式会社. 2023年5月改訂 (第1版).
2. レミケード点滴静注用100添付文書. 田辺ファーマ株式会社. 2026年4月改訂 (第4版).
3. イベニティ皮下注105mgシリンジ添付文書. アムジェン株式会社. 2021年7月改訂 (第2版).
4. ボンビバ静注1mgシリンジ添付文書. 大正製薬株式会社. 2023年10月改訂 (第5版).
5. ゾメタ点滴静注4mg/5mL添付文書. ノバルティスファーマ株式会社. 2021年7月改訂 (第2版).
6. ゾメタ点滴静注4mg/100mL添付文書. ノバルティスファーマ株式会社. 2021年7月改訂 (第2版).
7. ゼプリオン水懸筋注25mg/50mg/75mg/100mg/150mgシリンジ添付文書. 住友ファーマ株式会社. 2025年12月改訂 (第6版).
8. リスパダール コンスタ筋注用25mg/37.5mg/50mg添付文書. ヤンセンファーマ株式会社. 2024年10月改訂 (第4版).
9. デュピクセント皮下注300mgペン/300mgシリンジ/200mgペン/200mgシリンジ添付文書. サノフィ株式会社. 2026年3月改訂 (第14版).
10. マンジャロ皮下注2.5mg/5mg/7.5mg/10mg/12.5mg/15mgアテオス添付文書. 日本イーライリリー株式会社. 2026年5月改訂 (第10版).
11. ソグルーヤ皮下注5mg/10mg/15mg添付文書. ノボ ノルディスク ファーマ株式会社. 2023年6月改訂 (第3版).
12. 堀正二 他. 治療薬ハンドブック2024 薬剤選択と処方のポイント. 株式会社じほう. 2024年1月.
13. 大正製薬株式会社ホームページ. 大正メディカルナビ.
<https://medical.taisho.co.jp/medical/> (参照2026-5-1).
14. ノボ ノルディスク ファーマ株式会社ホームページ.
<https://pro.novonordisk.co.jp/> (参照2026-5-1).
15. 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. 第50回報告書. 分析テーマ「薬剤の疑義照会に関連した事例」.
https://www.med-safe.jp/pdf/report_2017_2_T001.pdf (参照2026-5-1).
16. 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. 第82回報告書. 事例紹介「月1回投与するイベニティ皮下注105mgシリンジの投与間隔を誤り、前回の投与から5日後に投与した事例」.
https://www.med-safe.jp/pdf/report_82.pdf (参照2026-5-1).

【2】入院中の患者が義歯を誤飲・誤嚥した事例

高齢者人口の増加に伴い、義歯の装着者数も増加傾向にある。令和6年歯科疾患実態調査結果の概要によると、15歳以上の被調査者数に対して義歯を装着している割合は45.7%であり、70歳以上では70%を超えると報告されている¹⁾。

入院患者においても高齢者の多くが義歯を使用している。義歯には総義歯、部分義歯、ブリッジやインプラントなどの種類があり、その中には固定されている義歯と取り外し可能な義歯がある。取り外し可能な義歯は患者や家族が管理しているが、入院を契機に管理状況に変化が生じることが考えられる。

本事業には、患者が入院中に、取り外し可能な義歯が意図せず外れて誤飲・誤嚥した事例が報告されている。本報告書の分析対象期間（2025年10月～2026年3月）に、入院中の患者が取り外し可能な義歯を誤飲・誤嚥していた事例が5件報告された。そこで、入院中の患者が取り外し可能な義歯を誤飲・誤嚥した事例（歯科治療中は除く）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～2026年3月に報告された医療事故情報の中から、下記のキーワード①のいずれかを含み、かつキーワード②のいずれかを含む事例を検索した。検索された事例の内容を精査し、患者が取り外し可能な義歯を誤飲・誤嚥した事例を対象とした。

キーワード	
①	義歯 入れ歯 入歯
②	誤飲 誤嚥 飲み込 飲む 窒息 脱落 外れ

2) 報告件数

2020年1月～2026年3月に報告された事例のうち、対象とする事例は30件であった。

図表Ⅲ－２－１ 報告件数

報告年	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026 (1月～3月)	合計
件数	1	2	6	7	4	6	4	30

(2) 事例の概要

1) 病床数

事例が発生した医療機関の病床数を示す。

図表Ⅲ－２－２ 病床数

病床数	件数
20～199床	4
200～399床	8
400～599床	8
600床以上	10
合計	30

2) 患者の年齢

義歯を誤飲・誤嚥した患者の年齢を示す。最も多かったのは80歳代であり、次いで多かったのは70歳代であった。

図表Ⅲ－２－３ 患者の年齢

年齢	件数
30歳代	1
40歳代	1
50歳代	2
60歳代	4
70歳代	7
80歳代	10
90歳以上	5
合計	30

3) 患者の性別

義歯を誤飲・誤嚥した患者の性別を示す。男性が女性と比して25件と多かった。

図表Ⅲ－２－４ 患者の性別

性別	件数
男性	25
女性	5
合計	30

4) 患者への影響

報告された事例の「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。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14件であった。義歯を誤飲・誤嚥すると患者に何らかの侵襲を伴う医療行為が必要となる可能性が高いことを認識する必要がある。また、「健康被害の程度」では、義歯を誤飲・誤嚥したものと因果関係は不明であるが「死亡」が1件報告されていた。「死亡」の事例は、心拍数低下アラームが鳴ったため、看護師が訪室すると、患者の呼吸状態が悪化しており、吸引チューブが進まず、舌を押しつけたところ、義歯を発見した事例であった。

図表Ⅲ－２－５ 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	14
軽微な治療	11
治療なし	5
合計	30

図表Ⅲ－２－６ 健康被害の程度

健康被害の程度	件数
死亡	1
障害残存の可能性がある（高い）	0
障害残存の可能性がある（低い）	6
障害残存の可能性なし	15
障害なし	7
不明	1
合計	30

(3) 事例の分析

1) 誤飲・誤嚥した義歯が発見された部位

誤飲・誤嚥した義歯が発見された部位を以下に示す。食道で発見された事例が10件と最も多く、次いで咽頭が7件、胃が5件であった。

図表Ⅲ－２－７ 義歯が発見された部位

場所	件数
喉頭	2
咽頭	7
食道	10
気管支	2
胃	5
小腸	1
回盲部	1
結腸	2
合計	30

2) 義歯を摘出するために実施した処置・対応

義歯を摘出した医療機関や実施した処置・対応について整理して示す。

①義歯を摘出した医療機関

義歯を摘出した医療機関を以下のように整理した。

図表Ⅲ－２－８ 義歯を摘出した医療機関

義歯を摘出した医療機関		件数	
自施設		22	
他施設	自施設では実施できなかった	4	7
	自施設で摘出を試みたが摘出できなかった	3	
記載なし		1	
合計		30	

②実施した処置・対応

義歯を摘出するために実施した処置・対応を以下にまとめた。多くの事例で患者に何らかの侵襲が加わったことがわかる。

図表Ⅲ－２－９ 実施した処置・対応

医療機関	実施した処置・対応		件数		
自施設	消化管内視鏡で摘出した		10		22
	手術で摘出した	開腹手術	1	2	
		腹腔鏡下手術	1		
	喉頭鏡を使用して鉗子などで摘出した		2		
	経過観察して自然排泄した		2		
	気管支鏡で摘出した		1		
	咽頭部から用手的に摘出した		1		
	詳細不明		4		
他施設	消化管内視鏡で摘出した		3		7
	喉頭鏡を使用して鉗子などで摘出した		1		
	気管切開して摘出した		1		
	詳細不明		2		
記載なし			1		
合計			30		

3) 義歯を誤飲・誤嚥していることが判明した契機

患者が義歯を誤飲・誤嚥していることが判明した契機を以下の通り分類した。

図表Ⅲ－２－１０ 誤飲・誤嚥していることが判明した契機

誤飲・誤嚥していることが判明した契機	件数
義歯の紛失に気づき、誤飲・誤嚥を疑って検査した	14
偶発的に義歯の誤飲・誤嚥に気付いた	12
患者が義歯を誤飲したと医療者に伝えた	4
合計	30

①義歯の紛失に気づき、誤飲・誤嚥を疑って検査した事例

i 義歯の紛失に気付いた場面

医療者が義歯の紛失に気付いた場面を整理して示す。食事摂取後の口腔ケアの際に義歯がないことに気付いた事例が7件と最も多かった。その他には、転院/転棟準備時に医療者が患者の持ち物を確認した際に義歯の紛失に気付いた事例、食事介助時や食事摂取の見守り時に気付いた事例などが報告されていた。

図表Ⅲ－２－１１ 義歯の紛失に気付いた場面

義歯の紛失に気付いた場面	件数
食事摂取後の口腔ケア時	7
転院/転棟準備の際の持ち物確認時	2
食事介助・食事摂食の見守り時	2
口腔内吸引をする際に口腔内を観察した時	1
就寝前に義歯を預かる時	1
詳細記載なし	1
合計	14

ii 義歯の紛失に気付いた後に行った検査

紛失に気付いた後に行った検査を以下にまとめた。

図表Ⅲ－２－１２ 紛失に気付いた後に行った検査

検査	件数
X線検査	9
X線検査とCT検査	3
CT検査	2
合計	14

②偶発的に義歯の誤飲・誤嚥に気付いた事例

i 偶発的に気付いた場面

他の目的で検査・処置を施行した際、偶発的に義歯の誤飲・誤嚥が判明した場面を示す。

図表Ⅲ－２－１３ 偶発的に気付いた場面

偶発的に気付いた場面		件数	
患者の状態確認のために撮影した胸部X線画像に義歯が写っていた	肺炎の経過の評価	3	9
	酸素化不良の精査	2	
	手術翌日の胸部の評価	1	
	気管内挿管管理中の評価	1	
	骨密度検査の際の撮影	1	
	転院先での評価	1	
胃管挿入後の位置確認のために撮影したX線画像に義歯が写っていた		1	
耳鼻咽喉科で嚥下評価検査を受けた際に義歯を誤飲していることが判明した		1	
吸引時にチューブを挿入しようとして咽頭部の義歯に気付いた		1	
合計		12	

ii 義歯の紛失に関する医療者の認識

他の目的で検査・処置を施行した際、偶発的に義歯の誤飲・誤嚥に気付いた事例の中には、医療者が義歯の紛失自体に気付いていなかった事例と検査前から義歯の紛失に気付いて探していた事例があった。多くの事例で医療者は義歯の紛失に気付いていなかった。

図表Ⅲ－２－１４ 義歯の紛失に関する医療者の認識

義歯の紛失に関する医療者の認識	件数
紛失に気付いていなかった	10
検査前から紛失に気付いて探していた	2
合計	12

③患者が義歯を誤飲したと医療者に伝えた事例

i 患者が義歯を誤飲したと医療者に伝えた状況

報告された事例のうち、患者が義歯を誤飲したと医療者に伝えた事例は4件であった。そのうち3件は患者自らが医療者に申し出たが、1件は医療者が義歯の所在を聞いたところ患者が誤飲したと答えた事例であった。患者は義歯を飲み込んだことを自覚しているにもかかわらず、医療者から尋ねられなければ自ら伝えない可能性がある。

図表Ⅲ－２－１５ 患者が義歯を誤飲したと医療者に伝えた状況

患者が義歯を誤飲したと医療者に伝えた状況	件数
自ら医療者に誤飲したことを申し出た	3
医療者が義歯の所在をたずねたところ患者が誤飲したと答えた	1
合計	4

ii 患者が義歯を誤飲した場面

患者が義歯を誤飲した場面は4件中3件が食事中であった。

図表Ⅲ－２－１６ 患者が誤飲した場面

患者が誤飲した場面	件数
食事中に飲み込んだ	3
記載なし	1
合計	4

(4) 事例の詳細

主な事例を紹介する。

図表Ⅲ－２－１７ 事例の詳細

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
義歯の紛失に気づき、誤飲・誤嚥を疑って検査した			
1	80歳代の患者は救急搬送され、低ナトリウム血症と尿路感染症疑いのため入院加療となった。患者は入院翌日の昼から食事開始となった。入院4日目の12時20分、食前に看護師が患者の左上側部分義歯を装着した。その後、看護師は患者にエプロンを装着し、スプーンをセッティングして退室した。13時20分、看護師は、患者の口腔ケアをする際に、装着していた部分義歯がないことに気付いた。患者に尋ねたが応答はなく、他のスタッフと患者の周辺を探したが見つからなかった。その後、患者が咽頭痛を訴えた。看護師は救命科医師に報告し、胸部・腹部X線写真を撮影することになった。救命科医師が患者の頸部食道のあたりに金具とみられる異物が写っていることを発見した。救命科医師は、消化器内科、消化器外科にコンサルトを行い、頸部CT撮影を行った。その後、上部消化管内視鏡にて摘出した。	・看護師は初めて当該患者を受け持ったため、患者のADL、理解力、認識力についての確認が不足していた。 ・食事の摂取の状況や嚥下の状態、食事の摂取状態について観察をしていなかった。	・初めて受け持つ患者の情報をあらかじめ情報収集しておく。 ・介助が必要な患者は、カルテの検温表に観察項目として「義歯」「補聴器」などを追加し、必ず各勤務帯で所在を確認する。 ・義歯の装着、食事のセッティング後に食事の摂取状況、嚥下の状況を確認してから退室する。
2	60歳代の患者は、NPPV（マスク）装着中でADLは全介助であった。食事の際は上下の部分義歯を装着していた。部分義歯は食事前に看護師が装着し、食後も看護師が外して義歯ケースに保管していた。食事を摂取しない時は部分義歯を装着しないこともあった。看護師Aは、2日前の準夜帯で上下の部分義歯を外し、義歯ケースに入れた。翌日の深夜帯の受け持ち看護師Bは、患者が朝食を食べないため部分義歯を装着しなかった。その際、義歯ケース内に義歯があるか確認しなかった。日勤帯の受け持ち看護師Cは、上の部分義歯を装着していることを確認したが、下の部分義歯を装着しているかは確認していなかった。また、義歯ケース内の確認もしなかった。事例発生当日、看護師Aは10時に患者の下の部分義歯がないことに気付いた。その後、複数の看護師で病室内を探したが見つからず、看護師Aは担当医に経緯を報告した。担当医は胸部X線検査を実施したが、画像では確認できなかった。リハビリテーション科へ状況を確認したり、栄養管理室へ部分義歯が誤って食事のトレイに載って下げられていなかったかなど問い合わせたりしたが、所在は不明であった。担当医からは、2日後までに見つからなければ3日後にCT検査を実施する旨の指示が出た。部分義歯は見つからなかったため、3日後、頸部～骨盤のCT検査を実施した。その結果、食道入り口付近に部分義歯が確認できた。部分義歯は喉頭鏡下で確認できたが、当院での摘出は困難と判断された。担当医より家族に説明した上で、三次救急医療機関の耳鼻咽喉科を受診し、喉頭鏡下で部分義歯を摘出した。	・看護師B、Cは義歯の装着の有無や、義歯ケースの中を確認しなかった。 ・病棟内で部分義歯の取り扱い、保管方法などの基準がなかった。 ・部分義歯の有無は、電子カルテのプロファイルに記載されていたが、日々の確認や管理状況が記録されていなかった。 ・NPPV（マスク）使用中であり、部分義歯が外れた際に押し込まれる危険があった。	・義歯の有無など、管理状況を各勤務帯の担当看護師が看護記録に記載する。 ・NPPV（マスク）使用中の患者が義歯を装着する場合は食事時のみとし、食事時以外はケースで保管する。 ・患者の生活習慣や要望をよく確認し、患者に合わせて義歯の管理を支援できるよう方法を整える。 ・上記の内容を、どのタイミングで誰が行うのかを明文化し、全ての看護師が共通理解を持ったうえで業務を行えるよう全体周知期間を設ける。 ・今後、同様の事例が発生した場合は、検索のために撮像範囲を口部から胸腹部の範囲としてX線検査を行う。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
偶発的に義歯の誤飲・誤嚥に気付いた			
3	80歳代の患者は、18日前から誤嚥性肺炎で入院し、7日前からミキサー食が開始となった。3日前、肺の評価のために胸部X線検査を行い、異常所見はなかった。2日前、日勤帯看護師Aは上下部分義歯が保管されていることを確認した。前日、日勤帯看護師Aは上下部分義歯があることを確認したが、夜勤帯看護師Bは翌朝まで義歯の確認はしなかった。事例発生日の9時頃、肺炎の評価のために胸部X線検査を行った際に、食道に義歯のような人工物を認めた。上部消化管内視鏡で観察した結果、部分義歯が食道に引っ掛かっている状態であった。無理に引くと食道が裂ける可能性があったため、義歯を胃内に落とし、腹腔鏡下手術で摘出した。	- 各勤務帯で義歯の確認が不十分であった。 - 患者が自分で義歯を装着して誤飲した可能性がある。 - 患者はアルツハイマー型認知症であった。 - 義歯専用のケースではなく、透明な検体容器に水を入れて保管していたため、患者から義歯が見える状態であった。 - 患者の手が届くところに義歯が入った容器を置いていた。	- 各勤務帯で義歯を確認し、記録する。 - 患者が義歯を誤飲する可能性をアセスメントする。 - ベッド周囲の環境を整備する。
4	70歳代の患者は化学療法中で、経口摂取量の低下による腎障害で加療中であった。嚥下機能が低下しており、誤嚥性肺炎を併発していた。入院12日目に嚥下機能評価のため耳鼻咽喉科を受診したところ、咽頭に義歯があることが判明した。外来処置室での摘出は困難であり、ICUへ入室して鎮静下で異物除去の処置が施行された。	- 病棟看護師は患者の義歯の有無や数について正確に把握できておらず、記録もしていなかった。 - 吸引時や口腔ケア時に口腔内の観察を行っていたが、各勤務帯での義歯の装着の有無は確認しておらず、いつ誤飲したかは把握できなかった。	- 入院時には、義歯などの患者の装着物の確認を徹底し、記録に残す。 - 意識レベルがクリアでない患者や、義歯などの自己管理ができない患者に関しては、各勤務帯での確認を徹底する。
患者が義歯を誤飲したと医療者に伝えた			
5	8時頃、40歳代の統合失調症の患者から看護師に、「朝食摂取時に誤って食事と一緒に差し歯を飲み込んだ」と報告があった。腹痛などの自覚症状はなかった。8時40分、看護師は病棟医に報告した。8時50分、病棟医が患者に飲み込んだものの形状を尋ね、歯3本分の義歯であることを確認した。病棟医から患者に、飲み込んだ義歯の所在確認のためX線検査が必要であることを説明した。9時頃、胸腹部X線検査を実施し、胃内に義歯が確認され、消化器内科医師にコンサルトした。消化器内科医師は、義歯はある程度の大きさがあり両端が鉤状であることから、消化管内で引っかかり、潰瘍や穿孔をきたす可能性があるため早期に内視鏡下で摘出することを勧めた。しかし、当院には処置用のデバイスがないこと、内視鏡室と手術室の位置関係や人員などの体制から、合併症が生じた際に対応が困難であることから院内での処置は困難であると判断され、他院で処置することとなった。帰院後、歯科医師と摂食・嚥下障害看護認定看護師から義歯の使用禁止が指示され、食事形態がきざみ食に変更された。	- 患者の義歯使用は、基本情報として把握していたが、具体的な形状については受け持ち看護師しか把握しておらず、全ての病棟スタッフが把握しているわけではなかった。 - 患者は義歯を適切に管理できる程度の生活能力・認知機能を有しており、特段の支援の必要はなかったため、義歯の詳細の情報共有はしていなかった。 - 患者は「差し歯」と表現したため、当初は小さく自然排出が容易なものを想定していたが、実際には嵌頓や穿孔のリスクのある義歯であった。	- 認知機能障害や意識障害下で誤飲が生じた際など、患者からの聴取ができない場合もあるため、基本情報として、義歯についての情報収集を行っておく。 - 義歯の誤飲は、自然排出できることもあるが、嵌頓、穿孔などの重篤な合併症が生じるリスクもあるため、発見した際にはできるだけ早期に検査し、消化器内科などに相談する。 - 単純X線検査は迅速に実施できるが、誤飲したものの材質、誤飲からの時間経過などによっては、形状や場所の特定のためにCT検査の実施を検討する。

(5) 事例の背景・要因

1) 意図せず義歯が外れた背景・要因

義歯を誤飲・誤嚥した根本的な原因は、義歯が意図せず外れたことである。意図せず義歯が外れた背景・要因を整理した。

図表Ⅲ－２－１８ 義歯が外れた背景・要因

○義歯の状況
・患者に義歯が適合していなかった。(複数報告あり) ・義歯が破損していた。
○義歯の装着
・義歯が適切な位置に装着されていなかった。
○患者の口腔内状況
・支台歯に歯槽骨炎・齦歯があった。

2) 義歯を誤飲・誤嚥した背景・要因

義歯を誤飲・誤嚥した背景・要因を以下のように整理した。

図表Ⅲ－２－１９ 義歯を誤飲・誤嚥した背景・要因

○義歯に関する情報収集不足
・入院時、義歯の状態についての情報を得ていなかった。(複数報告あり) ・入院時に義歯の確認を行ったが、義歯が外れやすいという情報は得ていなかった。 ・患者本人が義歯を適切に管理できる状況であったため、義歯の詳細な情報を得ていなかった。
○患者の特性に応じた義歯の管理不足
・日中の義歯の管理は患者自身で行っていたが、認知機能の低下を考慮すると、看護師による管理へ変更するべきであった。 ・患者は認知症があり、口腔ケアや義歯の除去に対して拒否が強く、事故発生日も拒否して義歯を装着したまま入眠した。 ・患者は口腔内の異変や咽頭の違和感などを訴えられる状態ではなかったが、義歯を装着したままにしていた。
○記録・情報共有の不足
・病棟看護師は患者の義歯の有無や数について記録していなかった。 ・患者基本情報には義歯があることは入力されていたが、看護記録への記載はなく、ケア内容を確認するワークシートにも義歯装着確認の項目がなかった。 ・部分義歯について電子カルテのプロファイルに記載されていたが、日々の確認や管理状況の記録がされていなかった。 ・看護記録に「上下義歯装着中」と記載されていたが、目視で装着状況を確認しておらず、実際の装着状況と記録内容に齟齬があった。 ・入院時に部分義歯があることを記録していたが、どのような部分義歯なのかは記載がなかった。 ・言語聴覚士が作成した摂食条件表には「下の義歯は合わないため食事中は外してください」と記載されていたが、看護師は確認していなかった。 ・口腔ケアやその記録が不十分であった。

○ルールの不遵守

- ・各勤務帯で義歯の所在を確認してカルテに記載することになっていたが、できていなかった。
- ・入院時には全ての患者に対して歯科のチェックが入ることになっていたが、できていなかった。
- ・入院時に得た情報をもとに口腔内観察を行い、歯や義歯に異常がある場合はチェック表を用いて観察し、定期的に評価することになっていたが、電子カルテに移行後、その運用が整備できておらず、口腔内の観察・評価がルール通り行われていなかった。

○アセスメント不足

- ・患者本人が自立して義歯を着脱できていたため、誤飲することを予測できなかった。
- ・家族から「義歯をつけたままにしている」と聞いた際、「なぜ外さないのか」と疑問を持たず、装着したままのリスクなどを考えていなかった。
- ・看護師は義歯の紛失が判明した後、誤飲していることをアセスメントできなかった。

○その他

- ・看護師は患者の摂食状況や嚥下状態などを観察していなかった。
- ・気管内吸引時や誤飲時の看護手順には、義歯の確認についての記載がなかった。
- ・患者の呼吸状態が悪化して禁食となり、NPPVを装着後はマスクを短時間しか外せなかったことから口腔内の観察が不十分であった。

(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－２－２０ 医療機関から報告された再発防止策

○情報収集と共有

【入院時】

- ・入院時に義歯の有無や自己管理の可否についての確認を行い、電子カルテに記録する。
- ・どこにどのような義歯を使用しているか、記録や写真に残すことを検討する。
- ・入院時に歯科受診を行うことを、入院案内チェックリストや計画やパスに追加した。
- ・義歯確認・管理方法のアセスメントシートを作成する。

【入院中】

- ・各勤務帯の担当看護師は、義歯の有無、管理状況などを看護記録に記載する。
- ・口腔内の観察を定期的に行い、電子カルテ上で記録・評価ができるようにする。
- ・食事介助や口腔ケア時に職員全員が共通したケア提供が行えるようにケア方法を記録する。
- ・看護師は各勤務帯で義歯の保管場所の確認が可能なようにワークシートに保管場所を入力する。

○義歯の取り扱いや管理

【装着の可否について】

- ・歯科医師と言語聴覚士、看護師、患者・家族で連携をとり、義歯脱落の危険性や装着時の注意点などの検討を行い、義歯を装着するかしないかを検討する。
- ・食事の形態によっては義歯の装着をしないことも検討する。
- ・不具合のある義歯の装着は見合わせる。

【患者の状態に応じた管理】

- ・患者の病状に合わせて義歯の管理を看護師管理に変更する。
- ・認知症があり誤飲リスクの高い患者の場合は、食事介助後、口腔ケア後、就寝時にはすみやかに義歯を外す。
- ・NPPV（マスク）使用中の患者が義歯を装着する場合は、基本的に食事中のみとする。
- ・患者の生活習慣や要望を確認して患者に適した義歯の管理を支援する方法を整える。

【ルールの作成・見直しと周知】

- ・患者の私物管理方法や口腔内観察のマニュアルを確認し、院内ルールを明確にする。
- ・義歯を看護師が管理する場合、洗浄やケアの方法は看護計画で統一する。
- ・入院時対応に関する看護部のルールを再度周知する。

○歯科受診

- ・入院時は歯科を受診することを徹底する。
- ・必要な患者には歯科の診察を行えるようなシステムを整える。
- ・口腔内ケアの充実のため、歯科を定期受診する。

○教育・周知

- ・義歯の誤嚥に関するリスク意識を高めるため、気管切開チューブを使用している患者が気管支に義歯を誤嚥していた事例について院内で周知した。
- ・義歯装着中の患者のケア、義歯の取り扱いについての知識を獲得する機会を設ける。
- ・義歯は患者の私物であり、大切なものという意識を持つ。

○紛失時の対応

- ・義歯を紛失後に検索しても発見できなかった場合、誤飲・誤嚥していないことを確認するためにX線検査を行う。
- ・義歯の誤飲・誤嚥を疑いX線検査を行う際、撮像範囲は口部から胸腹部とする。

○その他

- ・義歯の状況により食事形態の変更を行う。
- ・義歯の装着時にゆるみなどがないかを確認する。

(7) まとめ

本テーマでは、入院中の患者が取り外し可能な義歯を誤飲・誤嚥した事例30件について分析した。事例の概要では、患者の年齢や性別、患者への影響などを示した。事例の分析では、誤飲・誤嚥した義歯が発見された部位や、義歯を摘出するために実施した処置・対応を整理した。さらに、義歯を誤飲・誤嚥していることが判明した契機で事例を分類し、分析した。

誤飲・誤嚥した義歯は消化管内視鏡を使用して摘出した事例が多かった。多くの医療機関は自施設で摘出処置を行っていたが、自施設では摘出処置が行えず他施設へ紹介して摘出処置を行った事例も報告されており、患者への影響は大きいことが示唆される。

患者が義歯を誤飲・誤嚥していることが判明した契機で最も多かったのは、義歯の紛失に気づき、誤飲・誤嚥を疑って検査した事例であった。医療者が義歯の紛失に気付いた場面は、食事摂取後の口腔ケア時が多く、食事中に義歯が何らかの要因で外れてしまい飲み込んでしまった可能性が考えられる。医療者は、患者が装着している義歯が患者に適合しているか、破損やぐらつきの有無がないかなどを十分に確認する必要がある。また、紛失に気付いた時点で誤飲・誤嚥を疑い、速やかに検査を行うことも必要である。時間の経過とともに義歯が摘出困難な状況になり、より患者への侵襲が大きくなる可能性がある。判明した契機で次に多かったのは、偶発的に義歯の誤飲・誤嚥に気付いた事例で、患者の状態確認のために撮影した胸部X線画像に義歯が写っていたことから誤飲・誤嚥が判明していた。偶発的に判明した事例の多くは、義歯を紛失していること自体に医療者が気付いておらず、義歯の管理状況が不十分であった可能性が考えられる。取り外しのできる義歯は、定期的に装着状況や所在の確認を行うことが重要である。

事例の背景・要因は、入院時の患者基本情報として、義歯の形状、数などの情報が正確でなかったことや、記録が不十分であったことなど、情報の収集内容や医療者間での情報共有が不十分であったことが報告されていた。また、医療者は、患者が義歯を誤飲・誤嚥することを想定していなかったという報告もあった。医療者は患者が義歯を誤飲・誤嚥するリスクを認識し、正確な情報収集と情報共有の方法を明確にし、実践する必要がある。

患者の病状に伴い、食事摂取状況の変化や食事形態の変更があった場合、それに合わせて義歯の装着の可否もその都度検討する必要がある。入院時の患者基本情報の記録を行うとともに、患者の状況に応じて変更した対応を正確に記録して共有することや、管理方法などについて看護計画に適時反映することが必要である。今一度、入院時における患者の義歯の情報収集方法や、入院中の患者の義歯の確認方法などを見直し、義歯の誤飲・誤嚥の防止につながるような手順の検討を行っていただきたい。

(8) 参考文献

1. 厚生労働省. 令和6年歯科疾患実態調査結果の概要. 令和7年12月修正版.

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-17b.html> (参照2026-04-10)

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（2026年1月～3月）に報告された事例の内容を以下に示す。

○研修医が別の患者に投与した薬剤の残液の入った注射器を再使用した事例

事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
1年目初期研修医Aは、整形外科の1例目の患者Xの麻酔を担当した。術中にエフェドリン「ナガサ」注射液40mgの調製液（1A40mgを生理食塩水で希釈し、計8mL）を4mL使用した。 11時30分頃に手術が終了し、研修医Aは、1例目に使用したエフェドリンの注射器の残液4mLを2例目に使用しようと思った。13時00分、2例目の患者Yが入室した。麻酔科医師Bが、麻酔導入時に使用する薬剤の確認をした際、エフェドリン調製液が8mLのところ4mLしかないことを疑問に思い、研修医Aに確認した。その結果、1例目の患者Xに使用した注射器を、2例目の患者Yに使用しようとしていることが判明した。使用済みの注射器を廃棄し、患者Yへの再使用は未然に防ぐことができた。医師Bは、上級医Cに報告した。研修医Aの担当症例を振り返り、この日以前にも他患者に使用した薬剤を再使用している可能性がある患者を検索した。その結果、2週間前の整形外科の患者3名において、別の患者に使用した薬剤を再使用していたことが判明した。	・研修医Aは、別の患者に使用した薬剤の残液を再使用することで血液混入による感染リスクがあることを知らなかった。 ・麻酔科の研修は、初日に臨床工学技士・輸血部・薬剤部よりオリエンテーションがあり、その後1週間程度は指導を担当する医師と2人体制で業務を行っている。指導を担当する医師は毎回異なり、勤続年数や経験もばらつきがあるため、均等なレベルでの指導ができていなかった。 ・以前に研修医Aの指導を担当した医師が、未使用の昇圧剤（エフェドリン、フェニレフリン）の注射器を次の症例に使用したのを見た研修医Aは、使用済みでも注射器に入った薬剤を再使用してよいと誤認した。	・原則として、薬剤は未使用であっても1症例ごとに廃棄する。 ・研修医が管理する症例の薬剤は、退室指示を出す麻酔科医が責任を持って廃棄する。 ・麻酔科のレジデントマニュアルを整備し、薬剤の再使用は不可であることを記載する。 ・研修医に対して、レジデントマニュアルを使用して、薬剤管理についての指導を実施する。 ・研修医への指導の質を担保するため、レジデントマニュアルの改訂を協議する。 ・研修医の指導を担当する医師間の申し送りを徹底する。 ・患者ごとのラベリングシステムを導入することが可能か検討する。

○小指の手術の際、誤って示指を皮膚切開した事例

事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
患者は、全身麻酔下での右手良性軟部腫瘍の手術目的で入院した。医師事務作業補助者が手術申し込みを行い、手術部位は「右」、「小指」と電子カルテに登録した。執刀医は、手術前日に患者の右手首付近に油性ペンでマーキングをした。患者入室時、手術室前室にて手術室の器械出し看護師と外回り看護師と一緒に手術同意書、手術申し込み、マーキング部位を確認し、手術部位が右小指であることを確認した。麻酔科医と担当医が、手術室にて患者確認を実施し、麻酔導入を開始した。術野をドレーピングした後、執刀医が皮膚ペンを用いて誤って示指に皮膚切開ラインを書いた。整形外科の執刀医・助手・患者確認を行った担当医の3名、手術室看護師2名、麻酔科医1名でタイムアウトを行った。執刀医は、タイムアウトの際に手術部位が示指であることを宣言したが、誰も誤りに気付かず、手術を開始した。皮膚切開を行ったところ、示指に腫瘍が認められず、手術部位を誤認したことに気付いた。	【術前日】 - 手術申し込みは、電子カルテを用いて医師事務作業補助者が行い、医師が確認することとなっていた。 - 手術申し込みは、術式とは別に左右・部位を選択する仕様であった。 - 手術前日、執刀医が、油性ペンでマーキングをする際に患者に手術部位の左右を確認した。患者は右手を挙げて右側と言った。執刀医は、それを聞き右手首にマーキングした。 - 執刀医は、電子カルテを用いた部位確認や患者への手術部位の聴取、画像の確認、手術部位の触診などは行わず、左右のマーキングのみ行った。 - 手術室入室前までにマーキングするという決まりはあるが、何を使用してどのように実施するかなど方法の詳細は決めていなかった。 - 執刀医は、マーキングの後に術前画像の確認をせず、手術部位は右示指と思い込み、カルテに誤って「右示指にしこり」と記録した。 - 麻酔科医の術前訪問では、左右のみ確認していた。 - 手術室看護師は、術前訪問を実施していなかった。 【手術室前室】 - 手術室前室で患者認証実施時に使用する用紙は術式のみが表示で、左右や部位は表示されていなかった。 - 電子カルテを用いて患者確認を行い、表示された術式「軟部腫瘍切除」を確認した。 【手術室内】 - 執刀医は、手術前に電子カルテを十分に確認する時間がなかった。 - 執刀医は、誤って記録した「右示指しこり」の記載を見て、示指の手術であると思い込んだ。 - 室内には右の手術とわかるように赤で大きく右と書いてあるパネルが掲示されていたが、左右のみで部位は記入されていなかった。 【手術開始直前】 - 麻酔科医は、左右の把握のみで手術部位については認識していなかった。 - 外回り看護師は、手術部位が小指であることを把握していたが、タイムアウトの際の「示指」という宣言が小指と聞こえていた。 - 手洗い看護師は、タイムアウトの宣言で「示指」と言われ、把握していた内容と違うと思ったが、手術同意書を確認していなかったため自分の認識が違っていたのだと思った。 - 執刀医以外の2名の整形外科医師は、手術部位などを把握していなかった。	- 左右および手術部位の表現方法、油性ペンやテープなどのマーキング物品といった、マーキング方法の明文化について検討する。 - 手術室安全チェックリストの内容や運用方法を検討する。 - 電子カルテの手術申し込みの仕様変更を検討する。

○永久気管孔がある患者に経鼻カニューラによる酸素投与を行い、酸素化不良が持続した事例

事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
永久気管孔を造設している患者が、泌尿器科に入院した。入院時に担当した病棟看護師が、患者のSpO₂を測定したところ、低値であった。電子カルテで医師の指示を確認したところ、酸素投与に関して「92%以下でnasal 2L/分開始」と記載があった。患者は、呼吸苦などの自覚症状がなく酸素吸入に拒否を示した。看護師は、必要性を繰り返し説明したうえで、経鼻カニューラを用いて酸素投与を開始した。酸素5L/分の設定にしてもSpO₂は87%であったため、担当医に報告した。診察の際に、担当医と看護師で酸素流量やSpO₂を確認した。担当医は、「貧血に対する輸血投与を行うため、自覚症状がなければ経過観察」と指示した。患者は、以降も経鼻カニューラを外していることが多く、その都度説明して渋々装着する状況であった。安静時のSpO₂は94%程度まで上昇するが、労作時は85%前後であった。輸血により、貧血は入院時から改善したが、依然貧血状態が持続していた。回診時に医師から患者に対して、在宅酸素療法導入について説明を行った。病棟看護師間で在宅酸素療法導入に関して情報共有した際に、担当看護師ではない看護師が患者の酸素投与は永久気管孔から実施する必要があることに気付いた。直ちに経鼻カニューラからトラキマスクへ変更したところ、酸素2L/分でSpO₂が94%程度まで上昇した。	・泌尿器科の医師と看護師は、永久気管孔に関して知識はあったが、実際の患者対応の経験が少なかった。 ・患者は、永久気管孔をスカーフなどで保護しており、医療者側は永久気管孔造設患者であるという認識が薄かった。 ・患者は、永久気管孔の管理を自立して行っており、医療者が管理に介入することには拒否的であった。 ・医師、看護師ともに、患者の酸素化が改善されないのは貧血のためであると思い込んでいた。 ・永久気管孔を造設した耳鼻咽喉科の診療は数年前に終診していた。	・永久気管孔を造設した患者であることを把握し、電子カルテ画面と患者のベッドサイドに掲示して共有する。 ・永久気管孔の構造を理解するため、気管切開孔との違いを、医療安全ニュースで配信・周知する。

○MRI禁忌である皮膚拡張器（ティッシュ・エキスパンダー）が留置された患者にMRI検査を実施した事例

事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
60歳代女性患者に、両側乳がんに対して両側乳房全切除術およびナトレル133ティッシュ・エキスパンダー（以下、エキスパンダー）の留置を行い、2日前に退院した。23時52分、患者はめまいと嘔気を自覚し、救急外来を受診した。左下肢の動かしづらさを訴え、脳梗塞の疑いにてMRI検査を予定した。患者から、「乳がんの手術を行い、胸に何かを入れた」と発言があったため、研修医はカルテを確認し、両側にエキスパンダーが入っていることを確認した。研修医は、留置されているエキスパンダーがMRI禁忌と知らず、MRI検査の間診票にも禁忌の記載がなかったため、MRI検査を実施可能と判断した。患者と家族に説明し、口頭で同意を得た。0時52分、MRI検査室に入室した際、患者から胸が締め付けられるような痛みの訴えがあり、一時中断した。診療放射線技師は、患者をMRI装置のドームから離し、状態の確認を行ったが問題は見られなかった。再度、MRI装置に入室すると、ドーム付近で同様の訴えがあったため、検査を中止した。MRI検査室から処置室に戻った際に、家族からMRI禁忌と記載されたカードの提示があり、患者に留置されている製品がMRI禁忌であることが判明した。MRI検査中止後は胸部の圧痛などの訴えはなく、エキスパンダーの位置のずれも認めなかったが、めまいに対する経過観察目的に入院となった。翌日、めまいなどの症状は改善がみられた。患者と家族に対し、MRI検査室に入室したことにより想定される合併症などを説明し、理解を得て退院となった。	・当院で乳房再建術時に使用するエキスパンダーは磁石が用いられているタイプであった。 ・救急外来で対応した研修医は、エキスパンダーが入っていることを認識していたが、MRIが禁忌であることを知らなかった。 ・エキスパンダーについて検索することや、他の医療者との共有を行わなかった。 ・診療放射線技師は、当該エキスパンダーがMRI禁忌と知らなかった。 ・患者は、めまいと嘔気があり、乳がん手術時に胸に何か入れたことまでは医師に伝えたと、カードを持参していることやMRI禁忌であることなどを詳しく伝えられる状態になかった。 ・間診票には、エキスパンダーにMRI禁忌の製品があるというものの記載はなかった。	・当院で乳房再建術に用いるエキスパンダーは、MRI禁忌であることを周知する。 ・乳房再建術を担当した医師は、電子カルテにエキスパンダー留置中であることを、MRI禁忌であることを記載する。 ・MRI検査説明時の間診票に、体内留置物がある患者に渡されるカードを所持しているかを問う項目について追加し、事前に確認ができるようにする。 ・診療放射線技師は、MRI検査室入室直前に金属製の体内留置物や付属物がないことを改めて患者に聞き取り、目視による確認も行う。 ・乳房再建術に使用するエキスパンダーを金属・磁石のないタイプに変更することを検討する。

〈参考〉ナトレル 133 ティッシュ・エクスパンダーの添付文書（一部抜粋）

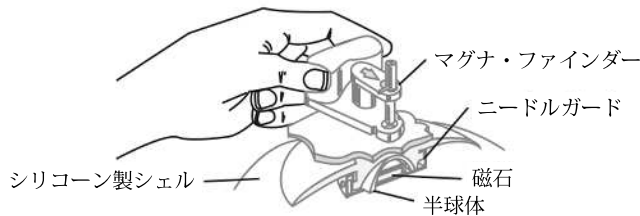
【禁忌・禁止】

2. 併用医療機器（【使用上の注意】3. 相互作用（1）併用禁忌の項参照）

（1）本品はMR Unsafeであり、MR検査は禁忌とする。

【形状・構造及び原理等】

3. 構造図



4. 原理

ニードルガード内には磁石が組み込まれており、この磁石と付属品であるマグナ・ファインダーの磁石が引き合うことによって患者の体外から生理食塩液注入部を検知することが可能となる。

【使用上の注意】

3. 相互作用（他の医薬品・医療機器等との併用に関すること）

（1）併用禁忌（併用しないこと）

医療機器の名称等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
磁気共鳴画像診断装置（MRI装置）	併用不可	磁力の影響で生理食塩液注入部の磁石に発熱や移動が生じることがあり、患者の不快感、本品の位置ずれを引き起こし再手術が必要になることがある。また、MRIの検出能を阻害することがある。

※ナトレル 133 ティッシュ・エクスパンダーの添付文書。アッヴィ合同会社。2023年8月（第1版）。

https://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/kikiDetail/ResultDataSetPDF/112130_22400BZX00356000_B_02_01
（参照2026-04-28）。

○乳児に低濃度のミルクをオーダーしていることに気付かず、るい瘦を来たした事例

事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
患者（生後10ヶ月）に開頭腫瘍摘出術とV-Pシャント術を施行した。入院時の体重は、7975gであった。術後2日目に、医師Aは、消化器への負担を考慮して5%の低濃度ミルクをオーダーした。翌日からは搾乳した母乳を使用した。術後24日目に母乳のストックがなくなり、医師Bは以前オーダーされたミルクの処方を用いてオーダーを行ったが、濃度が5%であることに気付かなかった。その後、患者の体重が徐々に減少したが、体重減少の要因を化学療法の開始と下痢に起因するものと考え、低濃度ミルクが要因であることには誰も気付かなかった。医師間でミルクの量や回数の検討を重ね、高カロリー輸液を開始した。術後63日目、体重は5410gとなった。看護師が、るい瘦に対して褥瘡予防のカンファレンスを実施した際に、ミルクの濃度が低いことに気付いた。	・医師Aは、当院に着任して1年未満であった。 ・前任地では、消化器手術後は低濃度ミルクをオーダーすることとなっていた。 ・当院では、低濃度ミルクを処方することではなく、他の医師たちはミルクの濃度が低いとは思わなかった。 ・看護師は、調理師からミルクを受け取る際にミルクの商品名、濃度、量、本数を確認していたが、5%の低濃度であると気付かなかった。 ・入院後1ヶ月以上経過してからのオーダーであったため、栄養士も気付くことができなかった。 ・栄養士は、本事例が判明する2ヶ月前に小児のミルクについての学習会を実施していたが、濃度の説明は資料の紹介のみであった。	・ミルクをオーダーする際は、以前の処方を引用する場合であっても全ての項目を確認する。 ・栄養部は、特別なオーダーがあった場合は、オーダーした部門に問い合わせる。 ・ミルクを受け取る看護師は、患者の状態とミルクの濃度や量をアセスメントする。 ・再度、栄養士による学習会を行った。

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（2026年1月～3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66あり、件数は128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.47：抜歯部位の取り違い」が8件、「No.152：手術時のガーゼの残存①－ガーゼカウントー」が6件、「No.57：PTPシートの誤飲、No.82：PTPシートの誤飲（第2報）およびNo.177：PTPシートの誤飲（第3報）」、「No.153：手術時のガーゼの残存②－X線画像の確認ー」がそれぞれ5件などであった。

2026年1月から3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.6 No.131	インスリン単位の誤解 インスリン単位の誤解（第2報）	1	2007年 5月 2017年 10月
No.7 No.203	小児の輸液の血管外漏出 小児の輸液の血管外漏出（第2報）	2	2007年 6月 2023年 10月
No.9 No.183	製剤の総量と有効成分の量の間違い 製剤量と成分量の間違い（第2報）	1	2007年 8月 2022年 2月
No.10 No.94 No.198	MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（第2報） MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（第3報）	4	2007年 9月 2014年 9月 2023年 5月
No.11 No.110	誤った患者への輸血 誤った患者への輸血（第2報）	1	2007年 10月 2016年 1月
No.13	輸液ポンプ等の流量の確認忘れ	4	2007年 12月
No.15	注射器に準備された薬剤の取り違い	1	2008年 2月
No.19	未滅菌の医療材料の使用	1	2008年 6月
No.25	診察時の患者取り違い	1	2008年 12月
No.29	小児への薬剤10倍量間違い	2	2009年 4月
No.30	アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与	1	2009年 5月
No.37 No.135	「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ 「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ（第2報）	1	2009年 12月 2018年 2月
No.39	持参薬の不十分な確認	1	2010年 2月
No.47	抜歯部位の取り違い	8	2010年 10月
No.53	病理診断時の検体取り違い	1	2011年 4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	2	2011年 5月
No.57 No.82 No.177	PTPシートの誤飲 PTPシートの誤飲（第2報） PTPシートの誤飲（第3報）	5	2011年 8月 2013年 9月 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.	タイトル	件数	提供年月
No.59	電気メスピENCILの誤った取り扱いによる熱傷	2	2011年 10月
No.62	患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認	2	2012年 1月
No.63 No.138	画像診断報告書の確認不足 画像診断報告書の確認不足（第2報）	3	2012年 2月 2018年 5月
No.69	アレルギーのある食物の提供	2	2012年 8月
No.70	手術中の光源コードの先端による熱傷	2	2012年 9月
No.71	病理診断報告書の確認忘れ	1	2012年 10月
No.78 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 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）	2	2013年 5月 2024年 1月
No.80 No.142	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷 膀胱留置カテーテルによる尿道損傷（第2報）	1	2013年 7月 2018年 9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	1	2014年 5月
No.99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い	2	2015年 2月
No.105	三方活栓の開閉忘れ	1	2015年 8月
No.109	採血時の検体容器間違い	2	2015年 12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.117	他施設からの食糧情報の確認不足	1	2016年 8月
No.126	輸液中の四肢からの採血	1	2017年 5月
No.133	胸腔ドレーンの大気への開放	1	2017年 12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	2	2018年 11月
No.147	車椅子のフットレストによる外傷	2	2019年 2月
No.149	薬剤の中止の遅れによる手術・検査の延期	2	2019年 4月
No.150	病理診断報告書の確認忘れー上部消化管内視鏡検査ー	1	2019年 5月
No.152	手術時のガーゼの残存①ーガーゼカウナー	6	2019年 7月
No.153	手術時のガーゼの残存②ーX線画像の確認ー	5	2019年 8月
No.154	電子カルテ使用時の患者間違い	1	2019年 9月
No.155	小児用ベッドからの転落	3	2019年 10月
No.162	ベッドへの移乗時の転落	2	2020年 5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.173	輸液ポンプ等の流量の10倍間違い	1	2021年 4月
No.176	人工呼吸器の回路の接続外れ	3	2021年 7月
No.192	医療関連機器による圧迫創傷	3	2022年 11月
No.197	離床センサーの電源入れ忘れ	1	2023年 4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.	タイトル	件数	提供年月
No.202	バッグ型キット製剤の隔壁の未開通	3	2023年 9月
No.209	中心静脈から投与すべき輸液の末梢静脈からの投与	3	2024年 4月
No.212	体内に迷入した開放式ドレーンの発見の遅れ	2	2024年 7月
No.213	シリンジポンプの注射器の交換間違い	1	2024年 8月
No.214	開放式の三方活栓の誤った取り扱い	1	2024年 9月
No.215	食事中止時のインスリン投与による低血糖	2	2024年 10月
No.217	金属針との併用によるガイドワイヤーの破損	4	2024年 12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	1	2025年 1月
No.219	セントラルモニタへの無線式送信機番号の登録忘れ	2	2025年 2月
No.225	「既読」の画像診断報告書の重要所見への未対応	1	2025年 8月
No.226	定数配置薬からのアレルギーがある薬剤の投与	2	2025年 9月
No.227	冷却枕による凍傷	1	2025年 10月
No.229	神経ブロックの左右の取り違い	1	2025年 12月
No.231	使用期間を超過した胃瘻カテーテルの破損	1	2026年 2月

本報告書では、分析対象期間（2025年10月～2026年3月）に報告された再発・類似事例のうち、2025年10月～12月に報告された事例から、医療安全情報No.122で取り上げた「透析前の体重測定 of 誤り」について、分析を行った。

【1】透析前の体重測定の誤り（医療安全情報No.122）

（1）報告状況

第33回報告書（2013年6月公表）～第36回報告書（2014年3月公表）の個別のテーマの検討状況で、「血液浄化療法（血液透析、血液透析濾過、血漿交換等）の医療機器に関連した医療事故」を取り上げた。第36回報告書では、「装置」に関する事例を分析し、体重の設定の誤りの事例を紹介した。その後、医療安全情報No.122「透析前の体重測定の誤り」（2017年1月提供）で、透析前の体重測定を適切な方法で実施しなかったため、誤った体重をもとに透析を行った事例について注意喚起した。

本報告書分析対象期間（2025年10月～2026年3月）に、再発・類似事例が1件報告されたため、再び取り上げることとした。医療安全情報No.122の集計期間後の2016年12月以降に報告された再発・類似事例は6件であった。

図表Ⅳ－１－１ 「透析前の体重測定の誤り」の報告件数

	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
2016年				0	0
2017年	0	0	0	1	1
2018年	0	0	1	0	1
2019年	0	0	0	0	0
2020年	0	0	0	0	0
2021年	0	0	0	0	0
2022年	0	0	0	0	0
2023年	0	0	1	0	1
2024年	0	0	0	0	0
2025年	0	0	2	1	3
2026年	0	—	—	—	0

図表Ⅳ－１－２ 医療安全情報No.122 「透析前の体重測定への誤り」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.122 2017年1月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 No.122 2017年1月

透析前の体重測定への誤り

透析前の体重測定を適切な方法で実施しなかったため、誤った体重をもとに透析を行い、過除水や除水不足となった事例が報告されています。

体重測定の結果	実際の体重との差	透析の結果	背景
実際の体重より多い	+6kg	過除水	リフト式体重計はストレッチャーシート分として「-3kg」と設定することになっていたが、「3kg」と設定した
	+0.9kg		計量部にスタッフが接触した状態で体重を測定した
実際の体重より少ない	-1.3kg	除水不足	当該患者の体重には義足を含めることになっていたが、看護師は義足の重さを差し引いた
	-5.6kg		体重計付ベッドは欄とベッドコントローラーを付けて測定することになっていたが、患者の移乗の際に外し、そのまま付けずに測定した

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.122 2017年1月

透析前の体重測定への誤り

事例1

ICUで患者の体重を測定し、透析を行った。翌日もICUで同じ設定で体重を測定し、透析を行った。3日目、透析室で透析を行う際に体重を測定したところ、患者の体重が目標体重より減っていた。ICUに問合せがあり、ICUのリフト式体重計のパネルを確認したところ、この体重計はストレッチャーシート分の重さとして、あらかじめ「-3kg」と設定して測定することになっていたが、「3kg」と設定されていた。そのため、ICUでは6kg多い体重をもとに除水量を計算して透析を行い、過除水になっていたことが分かった。

事例2

透析の際、当該患者の体重には義足を含めることになっていたが、看護師はこの患者の体重には義足を含まないと思い込んでいた。看護師は、義足を装着して車椅子に乗った患者の重さを測定した。その後、車椅子と義足の重さを測定し、最初に測定した重さから差し引いた値を体重としたため、義足の1.3kg少ない体重となった。その体重をもとに除水量を計算して透析を行ったため除水不足となり、翌日に追加の透析が必要となった。

事例が発生した医療機関の取り組み

・透析前の体重測定の際に、体重計の設定や測定時の条件を確認する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚労省医政局）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委員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。本事業の趣旨や目的については、本事業ホームページに掲載されている報告書および手帳をご覧ください。
<http://www.med-safe.jp/>

※この事例の作成にあたり、作成時における正確性については万を期しておりますが、その内容を詳細にわたる保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の良薬を創出したが、医療従事者に過剰な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1-6-17 東京ビル
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<http://www.med-safe.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	
看護師	1	2	1	0	1	5
臨床工学技士	1	1	1	0	1	4

※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
内科	2
腎臓内科	2
肝・胆・膵外科	1
整形外科	1
耳鼻咽喉科	1
循環器内科	1
泌尿器科	1

※関連診療科は複数回答が可能である。

3) 発生場所

発生場所を示す。発生場所は主に透析室であったが、ICUで発生した事例が1件あった。

図表Ⅳ－１－５ 発生場所

発生場所	件数
透析室	5
ICU	1
合計	6

4) 患者の年齢

患者の年齢を示す。

図表Ⅳ－１－６ 患者の年齢

患者の年齢	件数
40歳代	2
50歳代	0
60歳代	1
70歳代	3
80歳代	1

※複数人の患者が報告された事例がある。

5) 体重測定を誤った要因と結果

事例に詳細が記載されていた5件について、体重測定を誤った要因と結果を示す。患者の寝衣や装具などの風袋のうち医療機関内で体重測定時に含めると定めていたものを誤って除いて体重測定したことにより、体重が過少となった事例が3件、測定時に人やものが接触していたことで測定値に誤差が生じた可能性がある事例が2件報告されていた。

図表Ⅳ－１－７ 体重測定を誤った要因と結果

体重測定を誤った要因	体重測定の結果	実際の体重との差	詳細
風袋	実際より少ない	－2.0kg	・掛け物1枚と枕1つで0kg補正するところ、掛け物をベッドに載せずに測定した。
		－2.0kg	・体重測定時に載せて計測する掛け布団を載せずに測定した。
		－2.8kg	・フットポンプを装着している場合は、装着したまま測定するところ、測定時に外した。
測定環境	実際より多い	+3.0kg	・右足の術後でふらつきがある患者の体重測定時に看護師3人が周囲で見守っていた際、体重計に人やものが触れていた可能性がある。
	実際より少ない	－2.4kg	・体重測定時、スケールベッドに装着したテレビのアームが透析装置に接触していた可能性が高い。

6) 測定した体重の認識

測定した体重の認識が事例に記載されていた3件について、その内容を示す。

図表Ⅳ－１－８ 測定した体重の認識

体重測定の結果	実際の体重との差	測定した体重の認識
実際より少ない	－2.0kg	・看護師は体重増加が少ないことに違和感を覚えたが、連日下痢が続いていたため、体重増加が少ないと判断した。
	－2.8kg	・3日前から体重測定方法を誤っていたが、前日の体重のみ確認し、ほぼ同じ体重であったため、正しいと思い込んだ。
実際より多い	+3.0kg	・ドライウェイトから5.2kg増加しており、普段より多かったため、患者に確認すると「これくらい増えることもある。増加が多い時は1200mL/hで除水し、30分追加することもある。」と返答があった。サテライトクリニックのサマリにも、体重増加は3.0～5.5kgと記載があったため、再測定しなかった。

7) 患者への影響

体重測定誤りに気付いた時期はいずれも透析後の体重測定時であった。

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。死亡や障害残存の可能性がある（高い）が選択された事例はなかったが、濃厚な治療を要した事例が2件あった。報告された事例のうち、患者への影響・対応が記載されていた5件についてはその内容も併せて示す。

図表Ⅳ－１－９ 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	2
軽微な治療	3
治療なし	1
記載なし	0
合計	6

図表Ⅳ－１－１０ 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ある（高い）	0
障害残存の可能性がある（低い）	2
障害残存の可能性なし	3
障害なし	1
合計	6

図表Ⅳ－１－１１ 透析の結果と患者への影響・対応

体重測定の結果	透析の結果	患者への影響・対応
実際より少ない	除水不足	・心エコー検査でボリューム評価を行い、バイタルサインに著変がないことを確認した。翌日、臨時の透析を追加した。
		・ポータブルX線撮影で胸水の増加がないことを確認した。翌日、ECUM（体外限外濾過法）を3時間追加した。
		・翌日、ECUMを3時間追加した。
		・翌日、ECUMを追加した。
実際より多い	過除水	・透析中血圧低下があり、除水速度を緩めた。

（３）事例の内容

主な事例を紹介する。

図表Ⅳ－１－１２ 事例の内容

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
実際の体重よりも多かったことにより過除水となった事例			
1	右シャルコー関節で入院中の患者が、9時20分に透析室へ入室した。入室後、チェア用体重計で体重測定を行ったところ、92.3kgと表示され、そこからバルキー固定に使用している包帯300g分を引いた92.0kgを透析前体重と設定した。ドライウェイトから5.2kg増加しており、普段より多いため患者に確認すると、「これくらい増えることもある。増加が多い時は1200mL/hで除水し、30分追加することもある。」と返答があった。サテライトクリニックのサマリにも、体重増加は3.0～5.5kgと記載があったため、再測定せず、総除水量を5300mLと設定し、10時20分、透析を開始した。透析中の血圧低下で除水速度を緩めたこと、静脈圧が高く、予定時間まで透析を行えなかったことから、開始後3時間43分、総除水量2880mLの時点で終了した。返血・補液分の約200mLを戻し、終了時の体重を開始前と同様にチェア用体重計で測定したところ、86.3kgと表示された。包帯300g分を除いた終了時の体重は89.0kgになるはずであったが、86.0kg（車椅子用体重計で85.9kg、スケールベッドの体重で86.2kg）であった。いずれも終了時の予定体重と約3kgの差があり、ドライウェイトより800g過除水となったことがわかった。患者に、透析前の体重が誤っていたこと、過除水になってしまったことを説明し、謝罪した。透析当番医に経緯と終了時のバイタルサインは異常がないことを報告し、患者は病棟へ帰室した。週明けにシャント血管の狭窄がわかり、経皮的血管形成術を施行することになった。	・もともと使用していた車椅子用体重計が故障し、修理が完了していなかったため、臨時でチェア用体重計を使用した。 ・患者は右足の術後でふらつきがあったため、チェア用体重計に乗る際に3名の看護師が見守っており、測定時に人やものが触れていた可能性がある。 ・体重増加が多かったが、患者からの情報とサマリの記載から、測定した体重が正しいと判断した。 ・入院中は普段と食事摂取量が異なる可能性があり、サテライトクリニックに通院している時の体重増加量と入院中の体重増加量は同量ではない可能性があることを考えなかった。 ・透析実施前のタイムアウトで体重増加が多いことを他のスタッフと共有しなかった。 ・透析中に血圧低下があったが、除水速度が普段より速いためだと思い込み、過除水の可能性に気付かなかった。	・ドライウェイトからの増加が普段と比べて多い場合は、体重を再測定する。 ・今後、チェア用体重計を使用しない。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
実際の体重よりも少なかったことにより除水不足となった事例			
2	透析前にベッドで体重測定する場合、掛け物1枚と枕1つを載せた状態で0kgの補正をすることになっていた。ストレッチャーで入室した患者を、透析室と病棟のスタッフ4名で移乗介助した。移乗の際、0kgの補正に用いた掛け物1枚を除いた。透析室のスタッフが、患者に装着されていた酸素、点滴、膀胱留置カテーテル、モニタを手を持っていたため、「このまま体重を測りましょう」と声を掛けた。透析室のスタッフ3名は、移乗時に除いた掛け物1枚がベッド上に載っていないことに気付かないまま体重を測定した。測定値は40.7kgで、ドライウエイトは39.0kgとなるため、除水量を1700mLで設定した。掛け物は体重測定直後に患者のそばに置かれたと考えられる。透析終了後に体重測定すると41.0kgで、透析前の体重測定がマニュアル通りに行われておらず、除水2.0kgができなかったことがわかった。翌日、ECUMを3時間行うことになった。	・体重測定時に透析室のスタッフが確認しなかった。 ・他部署のスタッフは普段からベッド上のものを除去して体重測定をすることが多く、掛け物などを除いて患者のみで測定するイメージを持っていた可能性がある。	・指差し確認する。 ・体重測定時に他部署のスタッフの関わりがある場合は、声を掛けて注意を促す。
3	患者の入室前に、体重チェック表を用いてスケールベッドの0点確認を行った。9時30分、患者がストレッチャーで透析室に入室し、透析室のスケールベッドに移乗した。移乗後に担当臨床工学技士も合流し、体重測定を行った。体重測定には4名が関わり、看護師2名がルート類やドレーン類を持ち、看護師1名と臨床工学技士1名が体重チェック表でダブルチェックした。透析前体重は40.3kgで、前回の透析後体重より0.7kg減少していた。医師は、除水の必要はないと判断し、3時間でプライミング分と持続点滴分のみの0.4kgを除水量として指示し、9時47分、目標体重40.3kgで透析を開始した。患者は入室時から呼吸困難感を訴えており、酸素1L/分投与下でSpO₂ 100%であった。透析開始後は入眠して落ち着いており、バイタルサインに大きな変化はなかった。12時47分、透析が終了し、返血後に体重測定を行うと42.7kgで目標体重より2.4kg多かった。透析後の体重測定への誤りを考慮して、何度か体重測定を行ったが変わらず、透析前の体重測定が誤っていたと考えられた。日中の透析室の責任者と透析担当医師へ報告した。患者は退室していたため、病棟でポータブルX線画像を撮影した。胸水が増加していないことを確認し、翌日、ECUMを3時間追加した。	【看護師】 ・体重測定時、ベッド周囲の確認が不足していた可能性がある。 【臨床工学技士】 ・体重測定時、ベッド下部周囲は確認したが、ベッド上部の確認を怠った。 ・体重測定時、スケールベッドに装着されていたテレビのアームが透析装置に接触していたために測定値が実際よりも少なくなった可能性がある。	【看護師】 ・スケールベッドの0点を確認する際、周囲を確認する。 ・体重測定はマニュアル通り体重チェック表を用いて2人で行う。 ・透析前に測定した体重と前回の体重を比較し、必要時は再測定する。 【臨床工学技士】 ・今後は、チェックリストの確認項目に基づき、ベッド周囲を全体的に観察する。 ・スケールベッドに装着されているテレビのアームが体重測定時に周囲に接触しないように向きを決めておく。

（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－１－１３ 事例の背景・要因

○体重測定誤り
【風袋の除去誤り】
・ベッドで測定する場合、掛け物を1枚と枕1つで0kg補正するところ、測定に関わった透析スタッフ3名は、移乗時に除いた掛け物1枚がベッドに載っていないことに気付かなかった。 ・患者移動時に掛け布団や柵を除いたが、体重測定時に掛け布団を載せなかった。 ・他部署のスタッフは普段からベッド上のものを除去して測定に関わる事が多く、掛け物などを除いて患者のみで測定するイメージがあると思われた。
【測定環境の不備】
・看護師は、体重測定時のベッド周囲の確認が不足していた。 ・臨床工学技士はベッド下部周囲を確認したが、ベッド上部は確認しなかった。 ・スケールベッドに装着されていたテレビのアームが透析装置に接触していたために測定値が実際よりも少なくなった可能性がある。 ・右足の術後でふらつきがある患者の体重測定時に3名の看護師が見守っていた際、体重計に人やものが触れていた可能性がある。
【通常と異なる体重計の使用】
・もともと使用していた車椅子用体重計が故障していたため、臨時でチェア用体重計を使用した。
○測定値の認識・共有
【正常性バイアス】
・体重増加が多かったが、患者からの情報とサマリの記載から、測定した体重が正しいと判断した。 ・透析中に血圧低下があったが、除水速度が普段より速いためだと思い込み、過除水の可能性に気付かなかった。 ・入院中は普段と食事摂取量が異なる可能性があり、サテライトクリニックに通院している時の体重増加量と入院中の体重増加量は同量ではない可能性があることを考えなかった。
【情報共有の不足】
・透析実施前のタイムアウトで体重増加が多いことを共有していなかった。

（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－１－１４ 医療機関から報告された再発防止策

○正確な測定
【風袋の周知・確認】
・風袋チェックリストを見直し、見やすく理解しやすいように調整した。 ・体重測定時に他部署のスタッフの関わりがある場合は、声を掛けて注意を促す。 ・指差し確認を行う。
【測定環境の調整】
・看護師は、スケールベッドの0点を確認する際、周囲を確認する。 ・臨床工学技士は、チェックリストの確認項目に基づき、全体的に観察する。 ・スケールベッドに装着されているテレビのアームが体重測定時に周囲に接触しないように向きを決めておく。
【複数人による確認】
・0点確認と体重測定結果は、2人で確認する。 ・体重測定はマニュアル通り体重チェック表を用いて看護師2人で行う。
○測定体重の妥当性の検討・再測定
・前回の体重と比較し、必要時再測定を行う。 ・ドライウェイトからの増加が普段と比べて多い場合は、体重を再測定する。 ・体重の増減に違和感を覚えた場合は再測定し、他スタッフ・医師と妥当性を検討する。

（６）透析前の体重測定に関する注意喚起

2025年4月、日本透析医会の透析医療における医療安全のための提言策定ワーキンググループが「透析医療における医療安全のための提言」を公表している。「提言Ⅲ. 透析操作関連事故防止」の「４．除水」の中で、透析前の体重測定に関する注意喚起がなされているので、参考にさせていただきたい。

〈参考〉透析医療における医療安全のための提言¹⁾（一部抜粋）

1) 体重測定は透析室スタッフの立ち合いのもと行う。

2) 除水量計算および設定は、透析開始前に実施しダブルチェックする。

透析前の体重測定や除水量計算・設定の場面で最もミスが発生しやすいため、透析室スタッフの立ち合いのもと体重測定を行い、始業点検として体重計・透析装置の点検を行う。また、体重測定時は、車椅子や衣服のポケットに私物が入っていることに気づかずミスを招きやすい。除水量の計算・設定時は、思い込みや見間違いなどでミスを起こしやすいためダブルチェックを行う。除水量を1桁多く設定してショックとなり大量の輸液を要した事例も報告されており、透析開始前のミスの予防・早期発見は重要である。正確な体重測定と除水量の計算・設定のためにはチェックリストの活用も有用である。

7) 体重計の周囲環境を整備し、測定値に影響する要因の排除に努める。

体重計の測定不良は、同じ体重計で測定した全患者に影響する。硬く水平な床面へ設置したうえで、計量台下に異物、計量台のガタつき、周囲への接触などが無いことを始業点検として行う。測定前は、測定値がゼロになっていることを確認したうえで測定する。

（7）まとめ

「透析前の体重測定の誤り」（医療安全情報No.122）について、医療安全情報No.122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、体重測定を誤った要因と結果、測定した体重の認識、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。

透析前の体重測定を誤ると、実際の体重より多い場合は過除水による透析関連低血圧を来す可能性、実際の体重より少ない場合は除水不足による体液量の管理不良から高血圧を引き起こしたり、追加の透析を要したりする可能性があり、いずれも患者にとって影響が大きい。今回報告された事例では、体重測定時の誤りの要因として「風袋」と「測定環境」があった。「風袋」が要因となった事例では、体重測定時に含めることとしていた掛け物やフットポンプを外して測定したことが報告されていた。フットポンプを外して測定した事例は、3日前から測定方法を誤っていたため、透析当日の体重測定後に、前日の体重と比較しただけでは気付かなかった。体重測定時に何を含め、何を除くかを各医療機関や患者ごとに定め、透析室のスタッフだけでなく病棟などの他部署のスタッフとも共有し、測定の都度確認する必要がある。測定環境については、患者のADLに合わせた体重計を選択し、測定中の介助がなくとも安全に体重測定できる環境を整えたり、測定時に周囲のものが触れていないかを確認したりすることも肝要である。

今回報告された事例の中には、測定した体重に違和感を抱きながらも、許容範囲内であると判断して再測定しなかった事例が3件あった。繁忙な時間帯では特にタイムプレッシャーが生じやすいとは思われるが、体重測定の際に誤りが起こり得ることを念頭に、違和感を抱いた際は他のスタッフとも共有した上で再測定も検討いただきたい。

（8）参考文献

1. 日本透析医学会 透析医療における医療安全のための提言策定ワーキンググループ. 透析医療における医療安全のための提言. 2025年4月30日発行. https://touseki-ikai.or.jp/touseki/wp-content/uploads/2025/04/2025_0430_iryouanzen_teigen.pdf（参照2026-5-1）

V 事業の現況

1 ホームページを通じた情報発信

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

図表V-1 ホームページのトップ画面



2 医薬品の安全使用に関する製薬企業の対応

本事業では、医療安全情報No.4「薬剤の取り違い」（2007年3月提供）および医療安全情報 No.68「薬剤の取り違い（第2報）」（2012年7月提供）で、薬剤の名称が類似していることにより、薬剤を取り違えた事例について注意喚起を行い、その後も本事業報告書の再発・類似事例の分析で繰り返し取り上げている。また、各製薬企業からも、販売名の類似について注意喚起がなされている。製薬企業からの注意喚起文書には、本事業や、医療事故防止事業部が運営している薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業で公表している事例も参考にして作成されているものがあり、両事業に報告された事例を活用して、医療事故防止のための具体的な注意喚起が継続して行われている。

最近では、2026年1月に「ゾフルーザ（バロキサビル マルボキシル）：抗インフルエンザウイルス剤」と「ゾコーバ（エンシトレルビル フマル酸）：抗SARS-CoV-2剤」との取り違いについて、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業に報告された事例を活用した注意喚起文書が公表された。

本事業や薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業に報告された事例や分析の内容について透明度を高くして公表することにより、その活用が広がっている。本事業の成果が活用されることは、事業の趣旨に即した適切な取り組みであると考えている。

〈参考〉「ゾフルーザ®」と「ゾコーバ®」の取り違い注意のお願い

医療関係者様各位

「ゾフルーザ®」と「ゾコーバ®」の 取り違い注意のお願い

2026年1月
塩野義製薬株式会社

謹啓

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。
また平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、弊社の「ゾフルーザ（バロキサビル マルボキシル）：抗インフルエンザウイルス剤」と「ゾコーバ（エンシトレルビル フマル酸）：抗SARS-CoV-2剤」におきましては、取り違い事例が報告されています。

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」によりますと、2025年12月時点で、67件のヒヤリ・ハット事例が報告されています。

つきましては、ゾフルーザとゾコーバは適応症が異なる薬剤であることを周知いただくとともに、これらの薬剤を処方する際には、処方誤りを防ぐために販売名、薬効、用法・用量等を今一度ご確認くださいようお願い申し上げます（裏面）。なお、参考情報としてゾフルーザとゾコーバの名称の由来も記載しました。

また、処方だけでなく、調剤・監査・交付時等においても、患者様の病状や処方内容に関する聞き取りを行う、処方内容に疑問点があるときは確認するなどの予防策の実施をご検討いただくようお願い申し上げます。

今後ともご指導ご鞭撻の程、よろしくお願い申し上げます。

謹白

抗インフルエンザウイルス剤		抗SARS-CoV-2剤	
ゾフルーザ [®] XOFLUZA [®]		ゾコーバ [®] 錠 125mg XOCOVA [®]	
名称の由来	「ゾフルーザ」は「インフルエンザ」に由来 XOFLUZA [®] = X（シロップ・アクト、ーグ） + flu（インフルエンザ）	「ゾコーバ」は「COVID-19」に由来 XOCOVA [®] = X（シロップ・アクト、ーグ） + COV（COVID-19）	
情報・効果	A型又はB型インフルエンザウイルス感染症の治療及びその予防	SARS-CoV-2による感染症	
投与方法	●経口投与 ※ 錠剤の半錠、処方錠数は最大で4錠	1日目は375mg、2日目は125mgを1日1回経口投与 ※ 処方錠数は7錠	
規格	ゾフルーザ錠 10mg ゾフルーザ錠 20mg ゾフルーザ錠 250mg	ゾコーバ錠 125mg	
デザイン及び形状・包装	錠剤 PTPシート 錠剤 PTPシート SP包装	錠剤 PTPシート	

塩野義製薬株式会社

〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1 塩野義ビル
TEL: 03-6261-1111 FAX: 03-6261-1112

※URL： <https://www.pmda.go.jp/files/000278813.pdf>

3 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）アイルランド保健省の依頼に基づく報告・学習制度の資料提供

英国HSSIBのIPSON（International Patient Safety Organisations Network）（第80回報告書89-90頁）を通じ、アイルランド保健省から、現在同省が行っているインシデント報告制度の枠組みの見直しに資するため、各国の状況に関する資料提供依頼があった。そこで4月24日に、本制度の概要を説明した過去の講演資料を提供するとともに、HSSIBのホームページに掲載されている本制度に関するブログ（<https://www.hssib.org.uk/news-events-blog/patient-safety-in-japan-national-reporting-and-learning-system/>）（第83回報告書77-79頁）を紹介した。

（2）G20 Global Patient Safety Leaders Group（GPSLG）

サウジアラビア王国は、患者安全をG20の議題として取り上げ、それに関する会議を2019年に開催し（第66回報告書115-117頁）、さらに、G20の議長国として2020年11月19日に保健大臣宣言を公表し、その中で「我々は世界患者安全リーダーズグループを創設することを歓迎する」と述べた（第69回報告書65-68頁）。これに関して日本政府は2021年1月に開催されたWHO執行理事会において、日本の経験をもってGPSLGへ貢献できると信じている旨の発言を行った（第69回報告書69-72頁）。そして2022年7月4日には、サウジアラビア王国の患者安全センター（Saudi Patient Safety Center; SPSC）が主催し、第1回G20 Global Patient Safety Leaders Groupが開催された（第74回報告書74-75頁）。2023年10月24日には、第2回G20 Global Patient Safety Leaders Groupが開催され、同グループのメンバーとして本財団も出席した（第79回報告書85-86頁）。そして、本事業や薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業といった報告・学習システムの経験をもってGPSLGの活動に貢献できると考えていることを述べた。その後、2024年4月の第6回閣僚級世界患者安全サミットの直後に第3回会合が開催され、さらにその後、2025年4月25日に第4回会合が、そして、5月28日に第5回会合が開催された。第4回と第5回は期日が近いことからわかるように、一続きの議題の議論を行い、その中心は、2025年の活動の評価と年末に向けた活動計画であった。サウジアラビア王国主導で取り組みが行われているために詳細の把握は難しかったが、関連団体とのパートナーシップの形成、G20加盟国のヘルスケアセクターの組織とのシンポジウムの開催、ウェビナーの開催、G20加盟国における患者安全推進のためのニーズや課題の把握、リーダーシップに関する研修会の実施などが計画された。これに対し、本事業を含む報告・学習制度に関する講演や講義の依頼が継続的に届いていることから、それらの活動をG20 GPSLGの活動の一環として行うこともできる旨の意見を述べた。

(3) UMC-HCMC International Hospital Management Conference

ベトナム社会主義共和国のホーチミンにある、ホーチミン大学メディカルセンター（University Medical Center Ho-Chi-Minh City）が主催する国際カンファレンスに、本財団は2023年（第75回報告書109頁）、および2024年（第81回報告書88-89頁）に招待を受け、本事業など、日本のベストプラクティスの紹介や、WHO世界患者安全の日のテーマである“Diagnostic Safety”について講演した。そして2025年も5月22日に開催されたInternational Hospital Management Conferenceに出席し、ISQua EEAの新たなStandard and Principles 6th editionについて説明するとともに、Principle 4が求めるOpen disclosureとの関係で、国レベルでの取り組みとして本事業や産科医療補償制度などについて説明した。講演内容は次の通りである。

- ISQua EEAの新たなStandard and Principles 6th editionの内容、特に、新たなPrincipleとして、“Sustainable Care”，“Digital Care and Artificial Intelligence (AI)”，“Supporting the Care Workforce”の3つが盛り込まれたこと。
- Principleの構造、例えば、Principleの対象基準、ガイダンス、提出を求めるエビデンス。
- 基準の中でも特に重要な、“コア基準”が求める内容など。
- “Sustainable Care”に関連するISQua Conference 2024（Istanbul）の内容。ISQua Green Paperの公表やSustainable Careに関連したPlenary sessionの内容。
- Principle 4が対象とする、Open disclosure。
- 本事業、施設レベルのインシデント報告の例、産科医療補償制度など。
- それらの事業に対する外国からの関心。

カンファレンスには、医療従事者の他にベトナム社会主義共和国保健省の副大臣以下保健省幹部、ホーチミン市幹部、病院幹部、米国JCI、AACI、オーストラリア連邦ACHSの認定病院などが出席した。

(4) International Conference on Patient Safety and Hospital Accreditation

5月24-25日、中華人民共和国の深圳に本部を置き、広東省を中心として病院の第三者評価を行うために近年設立されたSHARC（Shenzhen Hospital Accreditation Research Center）が主催した、International Conference on Hospital Accreditation and Quality-Safetyに招待を受け、講演した。カンファレンスには、医療従事者、患者の他に、ISQua理事長およびCEO、国務院国家卫生健康委員会、広東省、深圳市、香港特別行政区の幹部などが出席した。

講演では、特に本財団からも作成ワーキンググループに参加した、WHOによる患者安全の10年計画であるGlobal Patient Safety Action Plan 2021-2030とその具体的な国レベルの取り組みについて説明した。その内容について、Strategic Objective 4: Patient and family engagementに関連して、本財団の様々な事業や、本事業、薬局・歯科診療所を対象とした報告・学習制度は、その運営に患者や医療を受ける立場の有識者が参画していることなどを説明した。さらに、Strategic Objective 6: Information, research and risk management, 6.1 Patient safety incident reporting and learning systemに関し、本事業について説明した。

なお、開催地が中華人民共和国であったことから、2023年2月に北京協和医学院（清華大学医学部）から、中華人民共和国の病院で働く将来のリーダーを対象とした教育のコースである“Kungpeng project”を開設するにあたり講義の依頼があり、本事業や薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業などに関する講義動画を提供した（第75回報告書106-107頁）ことも説明した。

（5）Saudi Patient Safety Center Webinar

サウジアラビア王国のサウジ患者安全センター（SPSC）は、2019年3月にサウジアラビア王国保健省とともに第4回閣僚級世界患者安全サミットを開催したり（第62回報告書97-98頁）、その後、先述した通り2020年にG20の議長国を務めたことを契機としてG20 Global Patient Safety Leaders Group（GPSLG）を創設し、その運営の中心を担ったりするなど、サウジアラビア王国や中東地域、そして世界的に患者安全の知識の普及や啓発などに取り組んでいる。

2025年6月2日に、サウジアラビア王国のサウジ患者安全センターが主催したウェビナーに招待を受け、我が国の報告と学習システムについて説明した。ウェビナーの中で、SPSCより、参加登録は上限の1,000名に達したとの説明があった。講演内容は次の通りである。

- 本財団が運営する事業の説明。
- 2002年に作成された医療安全推進総合対策の内容、特に、施設レベル、国レベルで報告と学習の仕組みの創設が提言されたこと。
- 施設レベルのインシデント報告・学習の仕組みの例。
- 本事業や薬局・歯科診療所を対象としたヒヤリ・ハット事例の報告・学習の仕組みとその実績や現況。
- 本事業のデータベースを通じて提供されている医療事故情報やヒヤリ・ハット事例のテキストデータは、薬物療法に関する事例から構造化されたデータを自動的に作成するAIモデルの開発に用いられていること。
- 本事業について、英国HSSIBのホームページにブログの掲載を依頼されたり、米国カリフォルニア大学デービス校が運営するPodcastのインタビューを受けたり、WHO Global Patient Safety Report 2024の中でタイ王国の国レベルの患者安全インシデント報告制度創設の経験として、2016年にWHOが開催した会議で本事業を説明した講演に啓発を受けて創設に至ったことが紹介されているなど、外国からも関心が寄せられていること。

（6）Australian Patient Safety Work, Stephanie Newell氏来訪

2025年6月4日に、WHOのイニシアチブであるPatients for Patient Safety（第79回報告書87-90頁）の創設メンバーであり、オーストラリア連邦の患者団体であるAustralian Patient Safety Workの発起人であるStephanie Newell氏が来日し、面会の依頼があり対応した。本事業の成果と現況、また本財団が運営する各種事業、特に産科医療補償制度の原因分析委員会や再発防止委員会における患者の役割、そして我が国の医療機関が実践している医療安全対策について、特に特定機能病院の外部監査委員会における患者参加の現状について懇談した。オーストラリア連邦では、医療事故調査に患者が参加することが進められていることについて、同氏より説明を受けた。

(7) RCOG World Congress 2025

2025年6月23-25日に、Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG、英国王立産科婦人科学会)の年次カンファレンスであるRCOG World Congress 2025がロンドンで開催され、本財団は同学会やNHSの分娩事故調査チームである、Maternity and Newborn Safety Investigations (MNSI)の招待を受け出席した。具体的には、MNSIが企画して6月25日に開催された、“Session: A systems approach to patient safety”(司会: Dr. Louise Page, Clinical Director MNSI, Dr. Diane Francoeur, CEO Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; SOGC)において、主に産科医療補償制度について説明したが、その中で、本財団の運営する事業について、本事業にも言及して説明した。

(8) FIT FOR THE FUTURE: 10 year Health Plan for Englandの公表

第83回報告書(77-79頁)において、英国NHSのHSSIB(Health Services Safety Investigations Body)から本事業などについてブログ作成依頼があり、その背景として2024年末から新政権が進めているNHS改革の中で同組織やCQC(Care Quality Commission)が見直しの対象となっていることを述べた。そして改革の内容を取りまとめた報告書“Fit For the Future: 10 Year Health Plan for England”が2025年7月に英国政府により公表された。

Fit For the Future: 10 Year Health Plan for England



同報告書では、

- ・HSSIBはこれまでシステムに着目して幅広い領域で推奨事項を作成してきた。
- ・引き続き有害事象の調査の中心として活動する。
- ・法制化して、HSSIBはCQCの部門として移管するが、独立性は維持する。

と説明されており、HSSIBは今後も同様の役割を担って活動することとなった。本事業はHSSIBが定期的に開催するIPSON meetingにメンバーとして出席しているために普段からコミュニケーションを取っていることから、この見直しの結果を受けて、ブログ作成に対する感謝のメッセージを受け取った。

(9) タイ王国第三者評価組織HA Thaiサーベイヤー：Wilasinee Kueankaew氏来訪

2025年7月9日に、タイ王国の第三者評価組織であるHA ThaiのサーベイヤーであるMae Fah Luang UniversityのWilasinee Kueankaew氏が来日し、面会の依頼に対応した。本事業の創設経緯や成果と現況、また本財団が運営する薬局ヒヤリ・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、産科医療補償制度などの各種事業、そして我が国の医療機関が実践している医療安全対策、特にオープン・ディスクロージャーの取り組み、WHOによる患者安全の取り組み（Global Patient Safety Action Planおよびその進捗に関する報告書であるGlobal Patient Safety Report 2025、Patient Safety Rights Charter 2024など）について説明した。

(10) 15th Brazilian Hospital Convention

2025年7月25日、ブラジル連邦共和国のフロリアノポリスで開催された、15th Brazilian Hospital Conventionにバーチャル出席して講演し、我が国の医療・介護保険制度、UHC（Universal Health Coverage）の推進、第三者評価の推進による質と安全の改善、医療安全推進総合対策（2002）、我が国の特定機能病院の承認要件としての医療安全対策、“Climate Change and Health”に対するISQuaの関心などについて説明するとともに、本財団が運営している様々な事業の説明の中で、本事業についても説明した。

(11) VI International Course-Quality and Patient Safety, Peru

2025年8月7日、ペルー共和国のPeru Medical Collegeが主催して開催されたイベントである、VI International Course-Quality and Patient Safetyにバーチャル出席して講演し、我が国の施設および国レベルのインシデント報告制度について説明する中で、本事業の概要や、外国からも関心を寄せられていることを、英国NHS EnglandのHSSIBのホームページへのブログの寄稿（第83回報告書77-79頁）、2024年の第6回閣僚級世界患者安全サミット（サンティアゴ、チリ共和国）での講演（第80回報告書91-92頁）、2025年の第7回閣僚級世界患者安全サミット（マニラ、フィリピン共和国）での議長スピーチ（第84回報告書83-84頁）などを例にとって説明した。

主な講演内容は次の通りである。

- 本財団が実施する事業の説明。
- 施設レベルでのインシデント報告の仕組みと成果。
- 本事業の概要と成果。
- 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、産科医療補償制度について。
- 英国Imperial College Londonが2023年に作成した年報に産科医療補償制度が取り上げられたこと、WHOが推進しているGlobal Patient Safety Action Plan（GPSAP）2021-2030においても報告と学習システムが取り上げられていること、同計画の進捗を報告したGlobal Patient Safety Report 2024において、タイ王国の報告と学習制度は我が国の本事業などの仕組みに啓発を受けて創設されたことが紹介されていること、英国NHS EnglandのHSSIBより依頼を受け本事業などに関するブログを執筆し、同組織のホームページに掲載されたこと、2025年4月に開催された第7回閣僚級世界患者安全サミットのExpert Plenary 3における議長スピーチの

中で、本事業など我が国の報告・学習制度に触れ、そのデータベースを活用してAIモデルが開発中であること。

(12) Organizational Effectiveness and Global Leadership for Patient Safety, DUKE-NUS

DUKE-NUS（米国デューク大学とシンガポール国立大学が共同で創設した医学部）が提供するコースである、Organizational Effectiveness and Global Leadership for Patient Safetyにおいて、2024年（第82回報告書97頁）に引き続き、2025年8月12日に、本財団が運営する様々な事業の概要、特に産科医療補償制度の概要、英国イングランドにおける周産期医療の問題、英国RCOG World Congress 2025における講演や質疑応答の内容、イングランドで予定される夏から年末にかけて行われる分娩の質などに関する国による調査、本年の第7回閣僚級世界患者安全サミットの議長スピーチ（第84回報告書83-84頁）における同制度の原因分析報告書要約版の公開などについて説明した。

(13) International Forum on Quality & Safety in Healthcare, Singapore

英国BMJ Groupと米国IHI（Institute for Healthcare Improvement）が毎年開催しているInternational Forum on Quality & Safety in Healthcareが、2025年8月13-15日にシンガポール共和国で開催され、本財団から招待出席した。8月14日に開催されたSenior Leadership Summit 2025で行われたグループワークの中で、本財団が運営する様々な事業を説明する中で、本事業について説明した。また、IHIおよびBMJ幹部と面談し、本事業など本財団が運営する事業について説明した。

(14) ASQua Education Committee Training on Safe Use of Medical Device

ASQua（Asian Society for Quality in Health Care、本部：マレーシア）は、本財団やアジア、オセアニアの国々の第三者評価、医療の質・安全に関連の深い組織が加盟する団体であり、本財団は理事を務めている。ASQuaのEducation Committeeは医療の質改善の研修の一環として、Lean Systemを学ぶ研修や医療機器の安全使用に関する研修を企画し、本財団や本事業に講師の依頼があったことから、2024年、本事業の知見をもって講師を務めた（第81回報告書89-90頁）。2025年も講師の依頼があったことから2025年8月21日に研修会に出席した。研修会では2024年と同様に、医療機器の安全使用に関する活動や医療安全の研修を提供しているECRI（Emergency Care Research Institute）の代表者とともに講師を務めた。プログラムの中では特に有害事象の調査のモジュールにおいて、本事業や薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業から得られた知見である非懲罰的な報告・学習の仕組みの意義について説明した。また調査に関する既存のマニュアルの説明の中で、本財団が運営する産科医療補償制度の“原因分析報告書作成にあたっての考え方”や、英国Oxford UniversityのProf. Charles Vincentやイタリア人間工学・ヒューマンファクター学会国際関係担当のTommaso Bellandi氏を中心となり、本財団からも参加して改訂作業を行ったLondon Protocol 2024（LP24）（第83回報告書82頁）、そして、我が国の医療事故調査に関連したマニュアルである“研修ワークブック：院内調査のすすめ方（日本医師会 2020）”を説明した。全4時間のモジュールの内容は次の通りである。

- ・ Module1 : 医療機器のインシデントを学ぶ
- ・ Module2 : 有害事象の調査のプロセス
- ・ Module3 : 有害事象の調査における有効なインタビューの方法
- ・ Module4 : 医療事故調査と報告書の作成
- ・ Module5 : ケーススタディ1 (医療機器関連インシデント)
- ・ Module6 : ケーススタディ2 (医療機器関連インシデント)

本財団は、Module1, 3, 5を担当した。特に本事業に深く関わるModule1における講義内容は次の通りである。

- 本事業の医療安全情報で紹介した医療機器に関するインシデント事例の紹介。
- 施設レベルのインシデント報告と国レベルのシステムである本事業などの報告・学習システムの説明。
- 医療機器のインシデントに関する報告項目（事例概要、背景要因など）。
- 薬機法に基づく医療機器の定義やリスク分類とリスクに応じた医療機器管理の規制内容。
- 特定機能病院における医療機器管理部門と医療安全管理部門の位置付け。医療機器安全管理マニュアルの内容。
- 医療機器管理部門に所属するCE（Clinical Engineer）が取り扱う医療機器の種類と管理を行う部署の種類。
- 医療機器管理部門における医療安全活動。特に、外部情報（本財団、PMDA）の活用。本事業に報告された事例情報のデータベースを通じた公開と、PMDAによるその活用。
- 医療機器管理部門が行う医療機器メンテナンスの計画作成とメンテナンスの実施、医療機器の一元管理の方法、医療機器の貸し出しと返却の仕組み、医療機器の安全な使用に関する教育の提供。
- 特定機能病院における医療機器の購入および廃棄計画の実践。

(15) Continuous Medical Knowledge Education: Patient Safety Strategy_Towards Zero Harm, University Medical Center Ho-Chi-Minh City

ベトナム社会主義共和国のホーチミン市にあるUniversity Medical Center Ho-Chi-Minh City (UNC-HCMC) が主催する医療安全に関するカンファレンスに、本財団は毎年招待を受け、講演している（本報告書78頁）。2025年は、2025年8月22日に同センターが主催した別のセミナー（Continuous Medical Knowledge Education: Patient Safety Strategy_Towards Zero Harm）にも招待を受けたことから、動画を送付してバーチャル形式で講演を行った。講演の内容は、本財団が運営する事業の概要、本事業のような国レベルの報告・学習の仕組みと成果、薬物療法に関する医療事故やヒヤリ・ハット事例の分析と地域包括ケアとの関係、WHOが作成した薬物療法の安全に関する報告書のポイント、医療機関が行う施設レベルのインシデント報告・学習の仕組み、WHO Global Patient Safety Action Plan (GPSAP) 2025-2030における報告・学習システムの強調などである。

(16) Taiwan Patient Safety Culture Club (TPSCC) 主催WHO世界患者安全の日記念イベント

2025年9月12日、台湾の台中市を拠点とする患者安全の推進に関する団体である、Taiwan Patient Safety Culture Club (TPSCC) が主催して開催した、WHO世界患者安全の日記念イベントに招待を受けて出席した。同記念日については、次項「WHO世界患者安全の日（2025年9月17日）を記念するメッセージの発信」において述べる。同団体が開催するイベントでは、過去に何度も招待を受け、講演やスピーチを行っている（第59回報告書98-108頁、第71回報告書80頁）。記念イベントのゲストとしてスピーチを行う中で、本年のテーマは“Safe Care for Every Newborn and Every Child”であることから、日本では本事業などの全国レベルの報告・学習制度が運営されていること、産科医療補償制度において重度脳性麻痺の原因分析が行われ、再発防止の活動に生かされていることなどを述べた。また、台湾全土から出席した専門家との交流の中で、本事業など本財団が運営する事業について説明した。

(17) WHO世界患者安全の日（2025年9月17日）を記念するメッセージの発信

世界患者安全の日は、2019年のWHO総会においてその制定が承認された。2019年は、制定後数ヶ月で同記念日を迎えることとなったことから、WHOでは独自の記念イベントを対面で開催することはなく、加盟国からそれぞれの記念イベントの情報を収集した。翌2020年は、新型コロナウイルスのパンデミックが生じたことから、2022年の記念日までは、バーチャル形式のイベントが行われた。そして、2023年および2024年には、WHOが対面形式のイベントを開催し、その機会に招待を受けて出席した。また本事業では、報告書に過去のバーチャルイベントなどに関する情報を掲載したり、本事業の医療安全情報9月号を世界患者安全の日のシンボルカラーであるオレンジ色にしたりするなど、同記念日に関する独自の取り組みを行ってきた（第78回報告書90-98頁、第81回報告書91-92頁）。

この取り組みを継続して、2025年もWHO世界患者安全の日（2025年9月17日）を記念し、SNSやWHOが運営しているメーリングリスト：Global Patient Safety Network (GPSN) を通じて世界の患者安全関係者などに配信した。メッセージの一つとして、福岡タワー（福岡市）で同記念日のライトアップイベントを行い、動画を作成した。2025年の同記念日のテーマは、“Safe Care for Every Newborn and Every Child”であった。そこで、本財団や本事業、産科医療補償制度について言及した。

また、チリ共和国患者安全財団理事長のDr. Hugo Guajardo Guzmanから、同記念日のための企画として世界の有識者の短いメッセージ動画をSNSで配信することの連絡と同企画に対する協力依頼があり、本財団や本事業、産科医療補償制度について言及した動画を提供したところ、Dr. Hugo Guajardo GuzmanのSNSサイトを通じて配信された。

