８福薬発第１８０号
令和８年１０月１日

各地区薬剤師会会長　殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
会長　小田　真稔

医療事故情報収集等事業第 86 回報告書の公表について

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。
標記について、日本薬剤師会より別添のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。
ご多忙かと存じますが、医療事故防止等へのご活用のため貴会会員へご周知くださいますようよろしくお願い申し上げます。

記

＜参考＞
・医療事故情報収集等事業第 86 回報告書（2026 年４月～６月）
https://www.med-safe.jp/pdf/report_86.pdf

以　上

日薬情発第 125 号
令和８年９月 30 日

都道府県薬剤師会会長　殿

日本薬剤師会
会長　岩月　進
（会長印省略）

医療事故情報収集等事業第 86 回報告書の公表について

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

標記について、厚生労働省医政局医療経営改革課長及び同省医薬局医薬安全対策課長より、別添のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。

会務ご多用のところ恐縮ながら、貴会会員にご周知下さるようお願い申し上げます。

・医療事故情報収集等事業第 86 回報告書
https://www.med-safe.jp/pdf/report_86.pdf

医政改発 0929 第２号
医薬安発 0929 第４号
令和８年９月 29 日

別記関係団体の長　殿

厚生労働省医政局医療経営改革課長
（　公　印　省　略　）

厚生労働省医薬局医薬安全対策課長
（　公　印　省　略　）

医療事故情報収集等事業第 86 回報告書の公表について

医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

医療事故情報収集等事業につきましては、平成 16 年 10 月から、医療機関から報告された医療事故情報等を収集、分析し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して実施しているところです。今般、公益財団法人日本医療機能評価機構より、第 86 回報告書が公表されましたのでお知らせいたします。

本報告書における報告の現況等については、別添１のとおりです。また、別添２のとおり、再発・類似事例の発生状況等が報告されています。

貴職におかれましては、同様の事例の再発防止及び発生の未然防止のため、本報告書の内容を御確認の上、別添の内容に御留意いただくとともに、貴会会員等に対する周知をお願いいたします。

なお、本報告書につきましては、別途、公益財団法人日本医療機能評価機構から各都道府県知事、各保健所設置市長及び各特別区長宛に送付されており、同機構のホームページ（https://www.med-safe.jp/）にも掲載されておりますことを申し添えます。

【別添１】

医療事故情報収集等事業　第 86 回報告書のご案内

１．集計報告（対象：2026 年 4 月～6 月）

（１）医療事故情報収集・分析・提供事業

表１　報告件数及び報告医療機関数

	2026 年			合計
	4 月	5 月	6 月	
報告義務対象医療機関による報告件数	397	447	558	1,402
参加登録申請医療機関による報告件数	144	85	72	301
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	4,836	4,849	4,863	―

（第 86 回報告書　14 頁参照）

表２　事例の概要

事例の概要	2026 年 4 月～6 月	
	件数	%
薬剤	155	11.1
輸血	6	0.4
治療・処置	513	36.6
医療機器等	52	3.7
ドレーン・チューブ	110	7.8
検査	73	5.2
療養上の世話	399	28.5
その他	94	6.7
合計	1,402	100.0

（第 86 回報告書　15 頁参照）

（２）ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

１）参加医療機関数　1,467（事例情報報告参加医療機関数　743 施設を含む）

２）報告件数

①発生件数情報報告件数：330,970 件　（第 86 回報告書　18 頁参照）

②事例情報報告件数：3,731 件　（第 86 回報告書　19 頁参照）

２．事例の分析

今回、「分析テーマ」で取り上げたテーマは下記の通りです。

（１）職種経験１年未満の看護師の薬剤に関する事例　【22～57 頁参照】

（２）手術における異物残存に関連した事例－手術器械等の残存－　【58～80 頁参照】

３．再発・類似事例の分析

これまでに、「分析テーマ」や「医療安全情報」として取り上げた内容の中から再発・類似事例が報告されたテーマを取りまとめています。今回取り上げた再発・類似事例の分析のテーマは下記の通りです。

（１）調乳および授乳の管理に関連した事例（第 38 回報告書）　【86～108 頁参照】
－母乳・ミルクの取り違え－

＊詳細につきましては、本事業ホームページ（https://www.med-safe.jp/）をご覧ください。

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4月～6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72あり、件数は142件であった。このうち、類似の事例が複数報告されたのは、「No.192：医療関連機器による圧迫創傷」が14件、「No.54：体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去」が5件などであった。

2026年4月から6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.8 No.50	手術部位の左右の取り違え 手術部位の左右の取り違え（第2報）	2	2007年 7月 2011年 1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）	2	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.12	患者搬送中の接触	1	2007年 11月
No.13	輸液ポンプ等の流量の確認忘れ	1	2007年 12月
No.15	注射器に準備された薬剤の取り違え	2	2008年 2月
No.19	未滅菌の医療材料の使用	3	2008年 6月
No.23	処方入力の際の単位間違い	3	2008年 10月
No.24	人工呼吸器の回路接続間違い	2	2008年 11月
No.25	診察時の患者取り違え	2	2008年 12月
No.29	小児への薬剤10倍量間違い	1	2009年 4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.47	抜歯部位の取り違え	4	2010年 10月
No.53	病理診断時の検体取り違え	2	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	5	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）	2	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	電気メスペンシルの誤った取り扱いによる熱傷	1	2011年10月
No.61 No.129	併用禁忌の薬剤の投与 併用禁忌の薬剤の投与（第2報）	1	2011年12月 2017年 8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.65	救急カートに配置された薬剤の取り違え	1	2012年 4月
No.69	アレルギーのある食物の提供	1	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.75	輸液ポンプ等の流量と予定量の入力間違い	1	2013年 2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）	4	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	4	2013年12月
No.87	足浴やシャワー浴時の熱傷	1	2014年 2月
No.90	はさみによるカテーテル・チューブの誤った切断	2	2014年 5月
No.93	腫瘍用薬のレジメンの登録間違い	1	2014年 8月
No.99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違え	1	2015年 2月
No.101 No.193	薬剤の投与経路間違い 薬剤の投与経路間違い（第2報）	2	2015年 4月 2022年12月
No.104	腫瘍用薬処方時の体重間違い	1	2015年 7月
No.105	三方活栓の開閉忘れ	1	2015年 8月
No.106	小児の薬剤の調製間違い	1	2015年 9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.116	与薬時の患者取り違え	1	2016年 7月
No.128	手術部位の左右の取り違え－脳神経外科手術－	1	2017年 7月
No.130	中心静脈ラインの開放による空気塞栓症	1	2017年 9月
No.132	オーバーテーブルを支えにした患者の転倒	4	2017年11月
No.137	ホットパック使用時の熱傷	2	2018年 4月
No.144	病理検体の未提出	2	2018年11月
No.145	腎機能低下患者への薬剤の常用量投与	1	2018年12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	1	2019年 4月
No.152	手術時のガーゼの残存①－ガーゼカウント－	4	2019年 7月
No.153	手術時のガーゼの残存②－X線画像の確認－	2	2019年 8月
No.154	電子カルテ使用時の患者間違い	4	2019年 9月
No.155	小児用ベッドからの転落	3	2019年10月
No.158	徐放性製剤の粉砕投与	1	2020年 1月
No.165	アラートが機能しなかったことによるアレルギーがある薬剤の投与	2	2020年 8月

No.	タイトル	件数	提供年月
No.166	患者が同意した術式と異なる手術の実施	2	2020年 9月
No.171	免疫抑制・化学療法によるB型肝炎ウイルスの再活性化	2	2021年 2月
No.176	人工呼吸器の回路の接続外れ	1	2021年 7月
No.181	腹腔鏡下手術時の切除した臓器・組織の遺残	3	2021年12月
No.185	使用済み内視鏡の別の患者への使用	1	2022年 4月
No.186	抗がん剤投与前の血液検査値の未確認	1	2022年 5月
No.189	温めたタオルによる熱傷	1	2022年 8月
No.192	医療関連機器による圧迫創傷	14	2022年11月
No.195	照合の未実施による誤った患者への検査・処置	1	2023年 2月
No.201	シリンジポンプの単位の選択間違い	2	2023年 8月
No.202	バッグ型キット製剤の隔壁の未開通	1	2023年 9月
No.204	人工呼吸器の吸気側と呼気側の回路接続間違い	2	2023年11月
No.205	別の患者の眼内レンズの挿入	2	2023年12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.217	金属針との併用によるガイドワイヤーの破損	1	2024年12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	4	2025年 9月
No.227	冷却枕による凍傷	1	2025年10月
No.230	電話呼び出し時の患者取り違え	1	2026年 1月

本報告書では、分析対象期間（2026年1月～6月）に報告された再発・類似事例のうち、第38回報告書で取り上げた「調乳および授乳の管理に関連した事例」について、分析を行った。

【1】調乳および授乳の管理に関連した事例（第38回報告書）－母乳・ミルクの取り違え－

（1）報告状況

第38回報告書（2014年9月公表）の個別のテーマの検討状況で「調乳および授乳の管理に関連した事例」を取り上げ、児または搾乳された母乳の取り違えが発生した業務工程を示し、発生状況や改善策を検討した。その後も同様の事例が報告されたため、第52回報告書（2018年3月公表）の再発・類似事例の分析でも取り上げた。

本報告書の分析対象期間（2026年1月～6月）に、再発・類似事例が3件報告されたため、再び取り上げることとした。第52回報告書の集計期間後の2018年1月以降に報告された再発・類似事例は41件であった。

図表Ⅳ－1－1　「調乳および授乳の管理に関連した事例」の報告件数

	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
2018年	2	1	2	1	6
2019年	1	0	0	2	3
2020年	2	2	1	0	5
2021年	0	1	1	0	2
2022年	1	0	4	1	6
2023年	1	2	1	0	4
2024年	2	2	1	2	7
2025年	1	1	1	2	5
2026年	1	2	－	－	3

（2）事例の分類

報告された事例を整理して示す。今回は、最も報告件数の多かった「母乳・ミルクの取り違え」の事例について分析する。

図表Ⅳ－1－2　事例の分類

事例の分類		件数	
母乳・ミルクの取り違え	母乳の取り違え	27	31
	ミルクの取り違え	4	
授乳時の児または母親の取り違え	児の取り違え	3	6
	母親の取り違え	3	
調乳の間違い			4
合計			**41**

（3）母乳・ミルクの取り違えの事例の概要

1）発生場所

事例の発生場所を示す。

図表Ⅳ－1－3　発生場所

発生場所	件数		
	母乳の取り違え	ミルクの取り違え	合計
NICU・GCU	16	0	16
病室	6	3	9
ICU	2	0	2
病棟	0	2	2
ナーサリールーム	1	0	1
病棟処置室	1	0	1
沐浴室	1	0	1

※発生場所は複数回答が可能である。

2）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。「その他」と報告された職員は、栄養士とともに母乳の解凍、調乳作業を行った栄養士補助者であった。

図表Ⅳ－1－4　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	14	4	5	3	5	31
助産師	3	0	0	0	2	5
医師	0	1	0	0	0	1
栄養士	0	1	0	0	0	1
その他	0	0	1	0	0	1

※事例に関わった職員は複数回答が可能である。

3）発生した時間帯

発生した時間帯を示す。

図表Ⅳ－1－5　発生した時間帯

発生した時間帯	件数		
	母乳の取り違え	ミルクの取り違え	合計
0:00～1:59	6	0	6
2:00～3:59	1	0	1
4:00～5:59	1	0	1
6:00～7:59	2	1	3
8:00～9:59	2	0	2
10:00～11:59	3	1	4
12:00～13:59	1	1	2
14:00～15:59	3	0	3
16:00～17:59	6	0	6
18:00～19:59	1	1	2
20:00～21:59	1	0	1
22:00～23:59	0	0	0

4）児の年齢

報告された事例の児の年齢を示す。新生児が過半数を占めた。

図表Ⅳ－1－6　児の年齢

児の年齢		件数		
		母乳の取り違え	ミルクの取り違え	合計
0歳	0ヶ月	19	0	19
	1ヶ月	6	0	6
	2ヶ月	2	0	2
	3ヶ月	2	0	2
	7ヶ月	0	1	1
	8ヶ月	0	1	1
3歳		0	1	1
不明		0	2	2

※児が複数人報告された事例がある。

（4）母乳を取り違えた事例の分析

母乳を取り違えた27件について、事例を分類した。搾乳された母乳を保管する冷凍庫・冷蔵庫、そして授乳前に解凍・加温する加温器・保温器からの取り出し間違いの報告件数が21件と多く、これらの事例について分析する。

図表Ⅳ－１－７　事例の分類（母乳の取り違え）

事例の分類		件数	
ラベル間違い			1
取り出し間違い	冷凍庫・冷蔵庫	9	21
	加温器・保温器	12	
ベッドサイドでの取り違え			2
不明			3
合計			**27**

1）母乳の取り出し間違いの事例

①取り出しを間違えた際の母乳の容器

取り出しを間違えた際の母乳の容器を示す。

図表Ⅳ－１－８　取り出しを間違えた際の母乳の容器

事例の分類	容器	件数	
冷凍庫・冷蔵庫	母乳バッグ	3	9
	哺乳瓶	2	
	シリンジ	2	
	不明	2	
加温器・保温器	哺乳瓶	8	12
	シリンジ	4	
合計			**21**

②保管状況

保管状況の記載があったものについて示す。

図表Ⅳ－１－９　保管状況

事例の分類	保管状況
冷凍庫・冷蔵庫	・氏名を記載した容器に、患者ごとに分けて入れていた。 ・IDと氏名を記載した引き出しに、患者ごとに分けて入れていた。 ・引き出しに姓（命名後は氏名）を記載し、患者ごとに分けて入れていた。 ・別の患者の哺乳瓶が隣に並んでいる状況であった。 ・シリンジは患者ラベルを貼付したチャック付ポリ袋で保管することになっていたが徹底されておらず、紙コップに立てて入れることがあった。紙コップへの記名は、されているものとされていないものがあった。 ・患者ごとに分けて保管していたが、授乳する前日に、翌日解凍分と記載された引き出しに移す際､複数患者の母乳を同じ引き出しに入れることになっていた。
加温器・保温器	・複数の哺乳瓶や調乳容器、シリンジが入っていた。（複数報告あり） ・複数のシリンジが入っていた。

③母乳への患者識別情報の記載状況

母乳への患者識別情報の記載状況を示す。使用している患者識別情報にばらつきがあるが、命名前の新生児が存在することが影響していると思われる。

図表Ⅳ－１－１０　母乳への患者識別情報の記載状況

患者識別情報		件数	
氏名の有無	氏名以外の記載内容		
氏名記載あり	バーコード＋ID	4	18
	バーコード	6	
	ID	1	
	不明	7	
姓のみ（命名後は氏名）		1	
氏名記載なし	IDのみ	1	2
	未記入の名前ラベル貼付	1	
件数		21	

④母乳の取り出しを間違えた背景・要因

母乳の取り出しを間違えた背景・要因について、事例に記載されていた内容を示す。

図表Ⅳ－１－１１　母乳の取り出しを間違えた背景・要因

【思い込み】
・冷凍庫の引き出しの位置を事前に一度見ていたこともあり、児の引き出しを開けたと思い込んだ。 ・新生児室担当看護師は、他の児には搾乳直後に哺乳させていると思い込み、新生児室冷蔵庫の母乳は担当している児のものだと思い込んだ。 ・思い込みで前日に担当していた患者の母乳を保温器から取り出した。 ・加温器には2本のシリンジが入っていたが、1本しか見えず、担当している児のものしか入っていないと思い込んだ。
【児同士の類似性】
・双方とも命名前で、母乳に、「姓＋ベビー」と記載していた。 ・双方の児の体重・日齢が類似しており、「ミルク又は搾母乳45mLを経口＋注入」と指示されており、誤認しやすい状況であった。
【同姓の児の存在の認識】
・栄養士と栄養士補助者は、NICUとICUに同姓の児がいることを認識していなかった。 ・NICUにいた児の担当看護師は、ICUに同姓の児がいることを知らなかった。 ・患児は深夜帯に入院し、看護師は同姓の児がいることを認識していなかった。 ・看護師は、同姓の児がいる認識がなく、姓と必要量だけを確認した。
【その他】
・同じボックスの中に複数の児の母乳を保管していた。 ・児Xと児Yの母乳を、冷蔵庫内で隣に並べて置いていた。 ・児Xのシリンジが入った紙コップに、誤って児Yの患者ラベルを貼付した。

⑤授乳直前の母乳と児の照合

母乳の取り出し間違い21件のうち、取り出した後のダブルチェックで取り違えに気付いた2件を除く19件について、授乳直前の母乳と児の照合の状況を整理して示す。目視による母乳と児の照合をしなかった事例が14件あった。また、バーコード照合について、機能はあったが実施しなかった事例や、実施したが使用方法の誤りにより照合できていなかった事例があった。

図表Ⅳ－１－１２　授乳直前の母乳と児の照合

目視による母乳と児の照合	バーコードによる照合			件数
	機能はあったが実施しなかった	実施したが照合できていなかった	機能がなかった	
実施しなかった	8	2	4	14
実施したが相違に気付かなかった	0	0	3	3
不明	0	0	2	2
件数	**8**	**2**	**9**	**19**

⑥母乳と児の氏名が異なることに気付かなかった背景・要因

母乳と児の氏名が異なることに気付かなかった背景・要因について、事例に記載があった内容を示す。

図表Ⅳ－１－１３　母乳と児の氏名が異なることに気付かなかった背景・要因

【照合を実施しなかった】
○多忙・焦り
・焦りがあった。（複数報告あり） ・啼泣している児が多かったが、看護師3名のうち1名は仮眠休憩中、1名は隔離室に入っていたため、当該看護師は1人で病棟全体の児の対応をしなければならず、焦っていた。 ・啼泣していた児に早く哺乳したいという気持ちがあった。
○バーコード照合機能の周知不足
・2年前に「母乳認証機能」を構築し、哺乳する際は、シリンジに貼付したラベルと患児の識別バンドを照合することにしていた。しかし、その運用を周知できておらず、当事者を含め、今年度よりNICUで勤務している看護師3人中2人が知らなかった。
【目視による照合が機能しなかった】
○同姓・類似の氏名
・同姓の患児がいると知らず、姓しか確認しなかった。 ・新生児は命名まで「姓＋ベビー」と表記していたため、同姓の児がいると区別できない状況が潜在的にあった。 ・姓の1文字目が同じで、気付かなかった。
【バーコード照合機能を使用したが、照合できていなかった】
○バーコード照合機能の使用の誤り
・ネームバンドを読み込んだ後に誤った母乳のバーコードを読み込んだ場合しかエラーを感知しない仕組みであることを知らなかった。 ・複数の母乳をPDAで照合する場合は、ネームバンドと母乳を交互に読み込んで照合すべきところ、ネームバンドを読み込んだ後に連続で、母乳、母乳、母乳と読み込んだため、1つ目の母乳しか照合が実施できていなかった。 ・バーコードが読み取りづらく、バーコードリーダーを数回かざしたところ、ピッピッという認証音が鳴った。手順では「職員番号、患者ID、栄養ラベル」を読み込むところ、今回は「職員番号、栄養ラベル、栄養ラベル」と読み込んだため、母乳の認証になっていなかった。

⑦児への影響

児への影響として、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。事例発生後、追加的に行った治療の内容が記載されていた事例は2件あり、胃内容物の吸引や感染症の有無を確認するための血液検査が報告されていた。

図表Ⅳ－１－１４　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	0
軽微な治療	8
治療なし	12
記載なし	6
不明	1
合計	**27**

図表Ⅳ－１－１５　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）	6
障害残存の可能性なし	5
障害なし	15
不明	1
合計	**27**

⑧事例の内容（母乳の取り出し間違いの事例）

母乳の取り出し間違いの事例を、授乳直前の母乳と児の照合の状況ごとに紹介する。

図表Ⅳ－１－１６　事例の内容（母乳の取り出し間違いの事例）

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
目視による照合、バーコード照合のいずれも実施しなかった			
1	生後10日の患児Xは、心疾患疑いで他院から当院NICUに転院してきた。患児Xは自律哺乳であった。看護師Aは患児Xの母乳が入った哺乳瓶とミルクが入ったシリンジを保温庫に入れた。保温庫には同様に患児Yの母乳が入った哺乳瓶とミルクが入ったシリンジが入っていた。14時40分、患児Xが直接母乳を38mL哺乳した後、不足分として、看護師Aが保温庫から母乳が入った哺乳瓶とミルクが入ったシリンジを取り出し、母親に渡した。その後、看護師Bが保温庫を見た際、患児Yの母乳がなく、患児Xの母乳が残っていたことから、患児Xに患児Yの母乳40mLを哺乳させたことに気付いた。患児Xは今後採血で感染症などをフォローしていくこととなった。	・保温庫から取り出した際、哺乳瓶を看護師2名でダブルチェックしたが、患児Xではなく患児Yの母乳であることに気付かなかった。 ・哺乳瓶の蓋にはバーコードのラベルが貼られており、ダブルチェック後にバーコード認証するルールとなっていたが、しなかった。 ・母親に渡す際は、哺乳瓶の蓋を外して乳首を付けており、氏名やバーコードの表示がなく、確認できない状況であった。	・哺乳瓶を保温庫から取り出す際は、名前の確認とバーコード認証を徹底する。 ・哺乳瓶の蓋を外して乳首をつける際、蓋に貼っているバーコードシールを哺乳瓶に貼りかえる。哺乳時に母親も確認できるようにし、家族参加を促す。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
目視による照合は実施したが、気付かなかった			
2	出生後、双生児X・YはNICUに入室した。医師は母乳の授乳指示を出し、双生児X・Yの夜勤担当看護師Aが指示受けをした。双生児X・Yと同姓の児Zは、2日前にNICUからICUに転棟していた。夜、双生児X・Yの姓が表記された母乳バッグが保管用冷凍庫から「翌日解凍分」と表記された引き出しに移された。翌朝、栄養士がミルク指示一覧を打ち出し、「翌日解凍分」と表記された引き出しから母乳を取り出した。引き出しには、双生児X・Yと同姓の母乳が1バッグあった。 栄養士と栄養士補助者がミルク指示一覧と照らし合わせ、母乳の解凍を始めた。12時00分、栄養士と栄養士補助者は解凍された母乳を紫シリンジに分注し、「双生児X・Yの姓＋ベビー」のラベルを貼付した。その後、ミルク保管用冷蔵庫に保存した。日勤担当看護師Bは、冷蔵庫から「双生児X・Yの姓＋ベビー」のラベルが貼付されている母乳のシリンジを取り出し、16時に双生児X・Yに注入した。17時30分、次の準備のため、冷蔵庫から「双生児X・Yの姓＋ベビー」のラベルが貼付された母乳のシリンジを取り出した看護師Cは、出生1日目にしては母乳量が多いことに疑問を感じ、母のカルテを確認すると「母乳分泌未」との記載があった。廃棄されていた母乳バッグを確認したところ、児Zが転入院前にいた病院のラベルが貼付されており、児Zの母乳を双生児X・Yに授乳したことに気付いた。	・新生児は、命名前後で識別子が「姓＋ベビー」から「氏名」に変化する例外的な状況があった。 ・命名までの「姓＋ベビー」の表記では、同姓の場合に他の児と区別できない状況が潜在的にあった。 ・新生児は本人による氏名確認ができないため、氏名を識別子として使用することにリスクがあり、恒久的な識別子を使用する必要があった。 ・母乳保管用冷凍庫は、児ごとに引き出しを分けていた。冷凍庫の扉と引き出しに、氏名あるいは「姓＋ベビー」を手書きで表示していた。 ・母乳バッグには、氏名あるいは「姓＋ベビー」を記載していた。 ・同姓の児Zの母乳が冷凍庫内にあったことで、この母乳が双生児X・Yのものだと認識されてしまった。 ・母乳の解凍、調乳作業を行った栄養士と栄養士補助者は、NICUとICUに同姓の児がいることを知らなかった。 ・双生児X・YのNICU担当看護師は、ICUに同姓の児Zがいることを知らなかった。 ・本来、ICUに転出した患児の母乳をNICUの母乳保管用冷凍庫に保管することはなかった。 ・双生児X・Yに母乳哺乳の指示を受けた看護師は、母乳があるか確認しなかった。 ・児Zの冷凍母乳を「翌日解凍分」の引き出しに移し替えた者は不明であった。	・適切な識別子の使用：家族に児のID・バーコードが記載された汎用ラベルを渡し、持参した母乳に貼付するよう指導する。母乳保管用冷凍庫の各児の引き出しにも同じ汎用ラベルを貼付し、母乳入庫時にはバーコード照合アプリを用いて、確実に児の引き出しに入庫できるようにした。 ・家族に児のID・バーコード汎用ラベルを渡し、母自身が母乳バッグや母乳シリンジに汎用ラベルを貼付する運用とした。 ・調乳室の冷凍庫ボックスに汎用ラベルを貼付、冷凍庫扉には患児名シールを貼付し、手書きの名前シールを廃止した。 ・常にベッドサイドに汎用ラベル50枚を置いておくこととした。 ・バーコード照合アプリを用いて、同じ患児の引き出しに母乳を入庫する。 ・翌日解凍分の引き出しへの移し替えに関する運用変更：本来この過程も省略すべきと考える。栄養士の調乳作業工程に関わるため、関連部署と議論し、最善策を検討した。 ・栄養指示は前日15時に締め切り、その後看護師が指示簿を確認しながら、翌日分を患児ごとの引き出しに設置したカップに収納する運用に変更した。 ・母乳を取り出す際にバーコード認証ができるよう改修ができないか、部門システム・電子カルテ部門と検討する。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
バーコード照合機能を使用したが、照合できていなかった			
3	朝4時30分の定時哺乳の際、患児Xの啼泣が激しく、看護師は患児Xの母乳を準備するつもりで加温器に向かった。その際、誤って患児Yの母乳45mLを手に取り、その場にいた看護師と患児Yのカルテを開き、ダブルチェックを行った。その後、患児Yのミルクを持って患児Xのもとへ向かった。患児Xのカルテを開き、バーコード認証の後、「○」が出たため患児Xに哺乳した。その後、患児Xの母乳が加温器に残っており、患児Yの母乳を患児Xに哺乳したことがわかった。	・患児Xの母乳と思い込み、別の患児Yの母乳を加温器から取り出した。 ・ベッドサイドの名札でフルネームを確認しなかった。 ・患者IDをコットの側面に貼付していたため、十分に確認できていなかった。 ・システムで患者認証を行う際、手順では「職員番号、患者ID、母乳に貼られた栄養ラベル」を読み込むところ、今回は「職員番号、栄養ラベル、栄養ラベル」と読み込んだため、母乳との認証になっていなかった。 ・栄養ラベルの記載内容が、患者IDのみであった。 ・バーコードが読み取りづらく、数回バーコードにかざしている間に読み込まれた。 ・ピッピッという音だけを聞いており、電子カルテでどの項目が読み込まれているか確認しなかった。	・フルネームでの確認を徹底する。 ・コットの側面に貼付していた患者IDの位置を変更し、認証時に目視しやすいようにする。 ・バーコード認証の際、一つ一つ確実に読み込まれたか確認する。 ・栄養ラベルのバーコードが読みづらいことも大きな問題であるため、メーカーにバーコードの大きさ、栄養ラベルそのものの大きさ、バーコードリーダーの読み取りなどの改善を依頼した。改修後の試作品もスムーズに認証できず、再度改修を依頼中である。

2）その他の事例

母乳の取り違えのその他の事例として、「ラベル間違い」と「ベッドサイドでの取り違え」の主な事例を紹介する。

図表Ⅳ－１－１７　事例の内容（その他の事例）

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
ラベル間違い			
1	3日前、看護師は患児X、患児Yの母乳ラベルを各30枚印刷した。母乳ラベルの印刷は重症系部門システムで行っており、複数の患児の母乳ラベルを同時に印刷することができる。ラベルはつながった状態で印刷され、出力後にスタッフが切り離す運用であった。看護師が患児Yの母に母乳ラベルを渡した際、患児Xの母乳ラベルが混ざったことに気付かなかった。患児Yの母が、母乳を持参した際、手持ちの母乳ラベルの中にあった患児Xの母乳ラベルを1枚持参した。看護師は、患児Yの母が2日前と前日に持参した母乳を確認しようとしたが、すでに使用されていた。患児Xの解凍母乳の使用履歴を確認すると、患児Yの母の搾乳量に相当する母乳の使用履歴があった。患児Yの母に誤って患児Xの母乳ラベルを渡したため、患児Yの母が患児Xの母乳ラベルを貼付した母乳を持参し、患児Yの母乳が患児Xの母乳として扱われ、患児Xが摂取したことがわかった。	・患児X、患児Yともに母親が外国籍で、患児Yの母は日本語での意思疎通が難しかった。 ・母乳ラベルを渡す際の手順、母乳を受け取る際の手順は明確にされていなかった。	・母乳ラベルの手渡し時と母乳受け取り時の患者確認マニュアルを作成する。 ・搾母乳を受け取る際に、母親への児の名前の確認と合わせて、面会ホルダーの児の名前ラベルを提示してもらう。
ベッドサイドでの取り違え			
2	看護師は、児Xに授乳するため冷蔵庫から母乳を取り出した。別の看護師とダブルチェックし、バーコード認証で児Xの母乳であることを確認した。看護師は、母乳を児X用ワゴンに置き、ガーゼの準備などの後、児Xを抱っこして椅子に座り、インクレミンシロップ5％内服後に授乳しようとした。その際、椅子の横の台車にあった母乳を児Xのものと思い込み、台車の母乳の授乳を開始した。10mLほど飲んだところで同勤務者より声を掛けられ、児Xに隣のコットの児Yの母乳を授乳していたことに気付いた。	・授乳の作業の中で、母乳の置き場所などを取り決めていなかった。 ・認証後、母乳を児や担当者から離してしまう作業が加わっていた。	・授乳直前に認証することを原則に作業する。 ・認証後、すぐに授乳できない場合には、改めて直前に認証する。 ・医療安全部で、後日監査を行い、評価する。

3）その他の背景・要因

母乳の取り出しを間違えた背景・要因は1）④、母乳と児の氏名が異なることに気付かなかった背景・要因は１）⑥で示した。その他の背景・要因を整理して示す。

図表Ⅳ－１－１８　その他の背景・要因

○不十分な患者識別情報
【識別用ラベルに記載する情報の不足】
・母乳を入れる容器には名前の記載がなく、ラップにのみ記載していた。 ・母乳はシリンジに準備されていたが、シリンジの押し子に姓のみ手書きしていた。 ・母乳ラベルの記載内容が、患者IDのみであった。
【姓のみでの確認】
・栄養課でのダブルチェック時、姓のみ確認し、名前が異なることに気付かなかった。
【患者識別情報の取り外し】
・哺乳瓶の蓋にバーコードが貼付されていたが、母親に渡す際は蓋を外して乳首を取り付けており、バーコード、氏名などの表示がない状態であった。
○ダブルチェックの未実施
・搾乳を授乳する場合、ダブルチェックをすることになっていたが実施しなかった。 ・本来は、加温器から取り出した哺乳瓶は、他のスタッフにダブルチェックを依頼し、哺乳瓶に貼付されたネームシールと児のネームバンドで「IDと氏名」の照合を行ってから授乳する。今回は、スタッフが他のケアにあたっていたため、後で依頼するつもりで失念した。 ・病棟のもう1名の看護師は隔離室の児のケアを行っていたため、声を掛けられなかった。 ・他の看護師もいたが、休憩中であったため、起こして確認を依頼することができなかった。
○多忙・焦り
【タイムプレッシャー】
・15時に予定されていた児の眼科診察までに哺乳しなければと焦っていた。 ・哺乳指示時間が過ぎており、焦っていた。 ・児が啼泣しており、哺乳を急ぐ気持ちがあった。 ・別の児の帝王切開に対応した後、分娩室に戻ってから当該児の血糖測定までの時間が短く、確認を怠った。 ・他の患児の退室が急遽決まり、時間切迫の中の準備となったため確認行為を失念した。
【複数患児への同時対応】
・体重・日齢が類似している患者に「ミルクまたは搾母乳45mLを経口＋注入」と同じ指示が出ており、誤認しやすい状況であった。 ・担当患児の処置の合間に、別の患児の授乳を手伝ったため、焦っていた。

○患者確認の重要性の認識・周知の不足

・認証を行った後、母乳が児や担当者から離れてしまう作業が加わっていた。
・前年に患者誤認が発生し、今年度の病棟目標で「患者確認の徹底」を目標にしていたが、確認行動の遵守状況の把握が不十分で、対策できていなかった。
・以前からミルクの取り違えが散見されていたが、母乳についても対策を取っていなかった。
・母乳の取り違えが危険であるという意識が輸血や注射に比べて低い傾向にあった。
・患者誤認について検討されず、危機意識が低い風土となっていた。
・新生児室担当者は、母乳取り違え防止のマニュアルを理解せずに業務を行っていた。

○マニュアル・ルールの不備

・母乳を授乳する際の手順はあったが、準備する際の手順はなかった。
・授乳の作業の中で、母乳の設置場所などの取り決めがなかった。
・乳首を口に入れる直前に、哺乳瓶のネームシールと児のネームバンドを照合することが、病棟内でルール化されていなかった。

4）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－1－19　医療機関から報告された再発防止策

○確認手順の徹底
【受け取り・保管時】
・母乳を冷凍庫に保管する前に患児の名を記入し、記入内容を確認する。 ・母乳は1患児、1トレイで保管する。 ・シリンジは患者ラベルを貼付したチャック付きポリ袋で保管するルールを再度周知する。 ・母乳を保管するボックス内にカップを入れて、患者ごとに分けて保管する。 ・原則、母乳を病棟の冷凍庫で預からず、病室の冷蔵庫で保存する。
【取り出し・準備時】
・保温器から哺乳瓶を取り出す際、名前の確認を徹底する。 ・保温器から哺乳瓶を取り出す時に指差し確認を行う。 ・指示と母乳の哺乳量・氏名を、指差し呼称で照合する。 ・準備段階でのダブルチェックを継続し、周知徹底する。 ・母乳を混ぜる際は、二人双方向役割分担で母乳バッグの氏名とIDをダブルチェックする。
【授乳直前】
・授乳直前のチェックの際、患児に装着しているネームバンドと母乳ラベルの目視による照合を確実に行うことを指導し、徹底していく。 ・授乳直前には、哺乳瓶のラベルとネームバンドの氏名・IDを指差し確認で照合する。 ・母乳を準備する時、授乳する時は「母乳認証機能」を使用することを周知徹底する ・基準手順通りに、調乳エリアでワークシートと母乳、ベッドサイドでワークシート、搾母乳、IDカード、ネームバンドを指差し呼称して確認し、携帯端末で母乳ラベルとネームバンドのバーコードで照合する。 ・授乳の際は、ベッドサイドで指示簿を指差し呼称で確認する。 ・フルネームでの確認を徹底して行う。 ・コットの側面に貼付していた患者IDの位置を変更し、認証時に氏名が目視しやすいようにする。 ・哺乳瓶の蓋に貼っているバーコードシールを、蓋を外して乳首をつける際に容器に貼りかえ、哺乳時に母親も確認できるようにする。
○認証システムの導入・活用
・バーコード認証を導入する。 ・母乳保管用冷凍庫の各児の引き出しにも母乳ラベルを貼付し、母乳入庫時にはバーコード照合アプリを用いて、確実に児の引き出しに入庫できるようにした。 ・手書きの名前シールを廃止し、調乳室の冷凍庫ボックスに母乳ラベルを貼付、冷凍庫扉には氏名のシールを貼付する。入庫時にはバーコード照合アプリを用いて、同じ患児のボックス内に入れる。 ・加温器から取り出す際は名前とミルク量を確認し、ポケットチャートで患者認証する。 ・ネームバンドと母乳に貼付しているバーコード認証を徹底する。 ・新生児室にバーコード付きネームバンドのプリンタを設置し、全新生児にネームバンドを装着する。ベッドへの貼付は禁止とする。 ・認証の際、一つ一つ確実に読み込まれているか確認する。 ・家族に児のID・バーコード汎用ラベルを渡し、母自身で母乳バッグや母乳シリンジに汎用ラベルを貼付することにした。 ・母乳出庫時にバーコード認証ができるようシステム改修ができないか、部門システム・電子カルテ部門と相談する。 ・栄養ラベルのバーコードが読みづらいことも大きな問題であるため、メーカーにバーコードの大きさ、栄養ラベルの大きさ、バーコードリーダーの読み取りなどの改善を依頼した。改修後の試作品もスムーズに認証できず、再度改修を依頼中である。

○患者識別情報の改善

・適切な患者識別情報として児のID・バーコードが記載された汎用ラベルを家族に渡し、持参した母乳に貼付してもらう。
・氏名ではなくIDで確認する。
・名札を大きく目立つように掲示する。
・大きく印刷された患者ラベルを使用し、見やすくする。
・手書きではなく、システムから発行されるラベルを活用する。
・患者ラベルは母乳摂取終了時まで廃棄しない。

○マニュアル・手順の整備・周知

・母乳準備の流れを作成し、作成に至った背景を説明しながら周知する。
・授乳直前のシングルチェックを明文化し、手順に入れる。
・医療安全マニュアルの「患者確認」を強化・徹底する。
・コミュニケーションを図ることができない患者の確認は、指差し、声出し呼称、バーコード認証を徹底する。
・PDAでの照合という記載はあるが、具体的な照合の順番が記載されていなかったので明示した。
・照合方法の動画を作成し、スタッフ指導に活用していたが、動画上ではネームバンド、調乳容器の順番で1回の照合のデモンストレーションであった。教育の継続のためにも、調乳が複数ある時の行動や注意について動画や手順に追記した。
・手順のポイントを表記した遵守チェックリストがあるため、自己評価、他者評価によって改めてスタッフへの手順の周知を行っている。
・基準手順に沿って各項目をチェックしながら行動して振り返る。
・院内全体に向けて、患者確認における確認方法の基本的考えや行動の教育と指導を徹底する。

○リスクの周知

・事例の共有および母乳取り違えて授乳した場合の影響について学習会を開催する。
・母乳間違いによるリスクは輸血間違いと同等であることを病棟で周知する。

○業務調整

・分乳の時間帯を数回に分け、分乳時に一度に取り扱う母乳の数を減らす。

○母親・家族への協力依頼

・母乳を授乳する際、患者確認に参加してもらうことを入院時オリエンテーションで家族に説明する。
・母親と一緒に摂取前のダブルチェックを行う。

（5）ミルクを取り違えた事例の分析

1）事例の分類

ミルクを取り違えた事例4件について、事例を分類した。

図表Ⅳ－1－20　事例の分類（ミルクを取り違えた事例）

事例の内容		件数	
取り出し間違い	冷凍庫・冷蔵庫	1	2
	加温器・保温器	1	
ベッドサイドでの取り違え			2
合計			**4**

2）ミルクへの患者識別情報の記載状況

取り違えた時点でのミルクへの患者識別情報の記載状況を示す。

図表Ⅳ－1－21　ミルクへの患者識別情報の記載状況

患者識別情報		件数
氏名の有無	氏名以外の記載内容	
氏名記載あり	バーコード	2
	不明	1
不明		1
合計		**4**

3）ミルクを取り違えた背景・要因

ミルクを取り違えた背景・要因の記載があった内容を示す。

図表Ⅳ－1－22　ミルクを取り違えた背景・要因

【思い込み】

・スタッフステーションに残っていたミルクを、患児のものだと思い込んだ。
・現在、シリンジを湯煎して温めているのは当該患児だけだと思い込んだ。

【複数名のミルクの持ち運び】

・2名分のミルクを同じ場所、同じタイミングで経腸栄養バッグに入れ替えた後、2名分の経腸栄養バッグをワゴンに吊り下げて運んだ。

【患者識別情報の視認性】

・普段、ミルクのラベルは蓋に貼っているが、この時は瓶に貼っており、上から見ると名前がわからない状態であった。

4）授乳直前のミルクと児の照合

授乳直前のミルクと児の照合の実施状況を示す。

図表Ⅳ－1－23　授乳直前のミルクと児の照合

ミルクと児の目視による照合	バーコード照合	件数
実施しなかった	実施しなかった	3
	照合機能がなかった	1
合計		4

5）ミルクと児の氏名が異なることに気付かなかった背景・要因

ミルクと児が異なることに気付かなかった背景・要因について、事例に記載があった内容を示す。

図表Ⅳ－1－24　ミルクと児の氏名が異なることに気付かなかった背景・要因

【照合を実施しなかった】
○多忙・焦り
・勤務状況が繁忙で、確認を怠った。 ・慌てていた。 ・他の患児の対応の合間に、他の患児のことを考えながらミルクを準備した。 ・他に業務を抱えており、落ち着いた状況でなかった。 ・看護師は次の業務や勤務時間内に終業することを考えており、注意散漫であった。
○その他
・普段、母親にミルクを渡す際は名前を言ってもらうが、今回は母親がまだ面会に来ておらず、確認しなかった。 ・普段から、ミルクのバーコードを認証して確認する習慣がなかった。
【リスクの認識不足】
・ミルクの取り違えは、危険という意識が輸血や注射に比べて低い傾向にあった。

6）児への影響と対応

児への影響として、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。報告された事例4件はすべてアレルギー症状が出現しており、その対応も合わせて示す。集中治療室に転棟して全身管理などを要した事例が2件あった。

図表Ⅳ－１－２５　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	1
治療なし	1
記載なし	0
不明	0
合計	**4**

図表Ⅳ－１－２６　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	1
障害なし	1
不明	0
合計	**4**

図表Ⅳ－１－２７　児への影響と対応

児への影響	対応
腹痛、嘔吐、口唇の腫脹、体幹の発疹が出現した。	アドレナリン注0.1%シリンジ0.1mg筋肉注射、アタラックスーP注射液 0.5 mL、副腎皮質ホルモン剤を静脈内注射し、症状は消失した。
下痢、嘔吐症状、末梢冷感が出現し、心拍数は170～180回/分台、収縮期血圧60mmHg台となり、尿の流出がみられなくなった。	直ちにCVカテーテルを留置後、副腎皮質ホルモン剤の投与を行った。全身管理、治療を行うため、同日PICUに緊急入室となった。
酸素飽和度が急激に低下し、人工呼吸器から蘇生バッグに変更して酸素15L/分でバギングした。25分後には呼気延長、喘鳴、発赤が出現した。	ミルクアレルギーによるアナフィラキシーと診断し、気管支拡張剤と喘息治療剤の吸入、ボスミン注0.05mg筋肉注射を実施した。
腹部膨満と胆汁様の嘔吐、体温上昇、翌日血圧低下、代謝性アシドーシスと脱水、腎機能悪化を認めた。	尿量確認のために膀胱留置カテーテルを挿入して輸液を投与した。メイロン静注を投与し、観察強化と透析施行の可能性に備え、PICUに入室した。

7）事例の内容（ミルクを取り違えた事例）

ミルクを取り違えた事例について、報告された主な事例を紹介する。

図表Ⅳ－1－28　事例の内容（ミルクを取り違えた事例）

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
取り出し間違い			
1	患児X（幼児）は牛乳アレルギーがあり、エレメンタルフォーミュラを飲んでいた。9時30分頃、患児Xのミルクを常温に戻すために冷蔵庫から哺乳瓶を取り出す際、誤って別の受け持ちの患児Yのミルクを取り出した。10時20分、看護師Aは患児Yの牛乳アレルギー対応でないミルクをエレメンタルフォーミュラだと思い込み、患児Xに渡した。患児Xが一口ほど飲んだのを確認し、その場を離れた。10時25分、患児Xがお腹を痛がっていると、保育士から看護師Bに報告があった。10時35分、看護師Bから連絡を受けた看護師Aは、患児Xとトイレに行った。激しく啼泣し、流涎あり、腹部と背部を掻いていた。10時45分、看護師Bが主治医に報告し、浣腸を実施した。患児Xは激しく啼泣し嘔吐した。11時05分、看護師Bが患児Xと病室に戻った際、床頭台のミルクが患児Yのものであることに気付いた。モニターを装着し、医師に連絡した。11時14分、口唇の腫脹、体幹の発疹が出現し、アドレナリン注0.1%シリンジ0.1mg筋肉注射、アタラックス－P注射液0.5mL、副腎皮質ホルモン剤を静脈内注射した。16時20分、症状は消失した。	・看護師Aは勤務状況が繁忙で、確認を怠った。 ・看護師Aは、他の受け持ち患児の対応の合間に、他の患児のことを考えながらミルクの準備・配膳を行った。 ・看護師Aは慌てていた。 ・普段ミルクのラベルは蓋に貼っているが、この時は瓶に貼っており、上から見ると名前がわからない状態であった。 ・看護師Aは、普段から、ミルクのバーコードを認証して確認する習慣がなかった。 ・普段、ミルクを渡す際は、名前を言ってもらうが、今回は母がまだ面会に来ておらず、確認しなかった。 ・患児Yも、患児Xと同じ量のミルクを常温に戻して摂取していた。 ・腹痛と、腹部・背部の掻痒感が出現した時点で、アレルギー反応が出ていると気付かなかった。	・準備時、配膳時に、名前、ミルクの種類と量（13%一般ミルク200mL・エレメンタルフォーミュラ100mLなど）指差し呼称を実施する。 ・面会者がいる際は、名前を言ってもらう。 ・バーコードのついているものは必ずバーコード認証を実施した上で、名前、ミルクの種類と量を指差し呼称して確認する。 ・ミルクの準備・配膳は、1人ずつ行う。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
ベッドサイドでの取り違え			
2	患児Xはミルクアレルギーがあり、ミルクアレルギー治療用ミルクを注入していた。日勤看護師Aは患児Xにミルクの注入を開始した。2時間後、夜勤看護師Bが経腸ポンプのアラーム対応で訪室すると、完了の表示が点灯していた。看護師Bは注入を完了しようとして、経腸栄養バッグ内に残量があることに気付いた。経腸栄養バッグを確認したところ隣のベッドの患児Yの氏名が記載され、普通ミルクと内容成分が記入されたシールが貼られていた。看護師Bは直ちに、胃管から約50mLのミルクを用手吸引し、小児科当直医に連絡した。5分後に小児科当直医が到着し、診察した。患児Xの呼吸状態に変化はなく、$SpO_2$99～100％を保っていた。15分経過した頃から酸素飽和度が急激に低下し、人工呼吸器から蘇生バッグに変更して酸素15L/分でバギングした。25分後には呼気延長、喘鳴、発赤が出現し、ミルクアレルギーによるアナフィラキシーと診断した。メプチン0.3mL＋インタール吸入液1%　2mLの吸入、ボスミン注0.05mg筋肉注射を実施し、アレルギー症状は改善した。	・看護師Aは、ミルクアレルギー治療用ミルクと普通用ミルクを同じ場所、同じタイミングで経腸栄養バッグに入れ替え、その後2名分の経腸栄養バッグをワゴンに吊り下げて運ぶなど、アレルギー疾患の知識が実践に結びついていなかった。 ・看護師Aは、電子カルテ指示と注入ポンプの予定量、流速を確認して注入を開始する際、電子カルテの患者氏名とベッドネームを照合したつもりになった。 ・看護師Aは、経管栄養の看護手順通り、注入する経腸栄養バッグと患児を照合しなかった。 ・看護師Aは、次の業務や勤務時間内に終業することを考え、注意散漫であった。 ・看護師Aは1年目で、療養環境や患児全体を見ることができず、危険予知能力が低かった。 ・看護管理者は、経管栄養の看護手順の遵守状況を正しく把握していなかった。 ・アレルギーに特化した病棟として、アレルギーに関する勉強会を開催してきたが、スタッフ1人1人のアレルギーへの理解度が明確になっていなかった。 ・知識、技術の習得が実践に結びついているか、看護管理者を含めスタッフ全員で確認、指摘し合うことができていなかった。	・注入の準備、順番についてはアレルギーのある患児の準備と注入を先に実施した後、アレルギーのない患児の準備と注入を開始する。 ・スタッフ全員で経管栄養の看護手順を読み合わせ、確認項目を何で突合するのかを再確認し、正しい実施、遵守を継続する。 ・看護管理者は定期的に手順遵守とその継続ができているか評価、指導する。 ・アレルギーに関する勉強会後の個々の知識、技術の習得、実践状況をスタッフ全体で把握し、お互いに指摘しあう環境を作る。 ・KYTやヒヤリ・ハット事例報告を積極的に行い、医療安全の意識を高める。

（6）まとめ

調乳および授乳の管理に関連した事例について、第52回報告書の集計期間後に報告された再発・類似事例を取り上げた。事例の概要では、発生場所や関連診療科、児の年齢や児への影響などを示した。さらに、事例を分類し、今回は最も報告件数の多かった「母乳・ミルクの取り違え」の事例を取り上げ、「母乳の取り違え」と「ミルクの取り違え」について、それぞれ分析を行った。

「母乳の取り違え」では、冷凍庫・冷蔵庫、加温器・保温器からの取り出し時に取り違えた事例が最も多く、保管状況や母乳への患者識別情報の記載状況、母乳の取り出しを間違えた背景・要因、授乳直前の母乳と児の照合などについて分析した。命名前の新生児が存在することから、IDやバーコードによる照合の導入・活用をしている医療機関がある一方で、バーコード照合機能を備えていない医療機関も散見された。取り違えのリスクを十分に認識し、適切な患者識別情報で確実に患者を照合する必要がある。母乳を誤って別の児に授乳した場合、感染のリスクを考慮した対応が必要になる。母乳は体液であり、取り違えによる感染のリスクは必ず認識しておくべきこととして教育、周知いただきたい。

「ミルクの取り違え」では、ミルクへの患者識別情報の記載状況、授乳直前のミルクと児の照合、ミルクを取り違えた背景・要因などを分析した。ミルクの取り違えの事例は、いずれもアレルギー対応を要する児がアレルギー症状を発症し、対応を要していた。中には集中治療室に転棟して全身管理などを要した事例が2件報告されており、その影響の大きさがうかがわれた。一方で、母乳の取り違えで報告された事例の背景・要因に「以前からミルクの取り違えが散見されていたが、対策をとっていなかった」と記載があり、取り違えの発生がアレルギーや禁忌のある児でなかった場合、問題が軽視されている可能性が考えられた。

今回分析した「母乳の取り違え」や「ミルクの取り違え」は、いずれも授乳直前に母乳やミルクと児の照合を行っていれば予防できたと思われる事例が大半であった。母乳、ミルクいずれの場合でも、授乳直前に患者のものであるか必ず確認することを手順として明示し、遵守することを徹底していただきたい。特に命名前の新生児では、姓だけでは十分な患者識別情報になり得ないリスクを認識し、自施設の患者識別情報が児を特定するにあたって十分な情報となっているか、改めて実際の作業工程や手順を確認していただきたい。