医政安発 0327 第 1 号
医薬安発 0327 第 1 号
令和 8 年 3 月 27 日

各 都道府県 / 保健所設置市 / 特別区 衛生主管部（局）長　殿

厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室長
（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 84 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 84 回報告書が公表されましたのでお知らせします。

本報告書における報告の現況等は、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、別添の内容について留意されますとともに、貴管下の医療機関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/）にも掲載されていますことを申し添えます。

（留意事項）　本通知の内容については、貴管内医療機関の医療安全管理委員会の関係者、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者、医療安全管理責任者等に対しても、周知されるよう御配慮願います。

【別添１】

医療事故情報収集等事業　第 84 回報告書のご案内

１．集計報告（対象：2025 年 10 月～12 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

	2025 年			合計
	10 月	11 月	12 月	
報告義務対象医療機関による報告件数	617	391	570	1,578
参加登録申請医療機関による報告件数	84	47	62	193
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	4,766	4,780	4,785	―

（第 84 回報告書　16 頁参照）

表２　事例の概要

事例の概要	2025 年 10 月～12 月	
	件数	%
薬剤	185	11.7
輸血	2	0.1
治療・処置	505	32.0
医療機器等	50	3.2
ドレーン・チューブ	92	5.8
検査	98	6.2
療養上の世話	474	30.0
その他	172	10.9
合計	1,578	100.0

（第 84 回報告書　17 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　1,454（事例情報報告参加医療機関数　735 施設を含む）

２）報告件数

①発生件数情報報告件数：304,035 件（第 84 回報告書　20 頁参照）

②事例情報報告件数：3,783 件（第 84 回報告書　21 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）クリニカルパス／クリティカルパスに関連した事例　【24～38 頁参照】

（２）消化器手術時に胃管等を巻き込んで吻合・縫合した事例　【39～53 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）アレルギーのある食物の提供（医療安全情報 No.69）　【61～76 頁参照】

＊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　【別添２】

本事業では、報告書において分析対象となるテーマを設定し、そのテーマに関連する事例をまとめて分析、検討を行っている。また、これまでに報告書で分析テーマとして取り上げた事例の中から、特に周知すべき情報を「医療安全情報」として提供している。ここでは、提供した「医療安全情報」の再発・類似事例の報告件数について取りまとめた。

本報告書の集計対象期間（2025年10月～12月）に報告された「医療安全情報」の再発・類似事例のタイトルは75あり、件数は152件であった。このうち、類似の事例が複数報告されたのは、「No.192：医療関連機器による圧迫創傷」が9件、「No.149：薬剤の中止の遅れによる手術・検査の延期」、「No.152：手術時のガーゼの残存①－ガーゼカウント－」がそれぞれ6件、「No.54：体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去」、「No.153：手術時のガーゼの残存②－X線画像の確認－」がそれぞれ5件などであった。

2025年10月から12月に報告された「医療安全情報」の再発・類似事例の報告件数

No.	タイトル	件数	提供年月
No.3	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔	1	2007年　2月
No.4 No.68	薬剤の取り違え 薬剤の取り違え（第2報）	3	2007年　3月 2012年　7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）	4	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.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）	3	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	1	2007年 12月
No.15	注射器に準備された薬剤の取り違え	3	2008年　2月
No.18 No.41	処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い 処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い（第2報）	1	2008年　5月 2010年　4月
No.22	化学療法の治療計画の処方間違い	2	2008年　9月
No.24	人工呼吸器の回路接続間違い	4	2008年 11月
No.29	小児への薬剤10倍量間違い	1	2009年　4月
No.37 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）	2	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.46	清拭用タオルによる熱傷	1	2010年　9月
No.47	抜歯部位の取り違え	4	2010年 10月
No.48 No.146	酸素残量の未確認 酸素残量の確認不足（第2報）	1	2010年 11月 2019年　1月
No.54	体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去	5	2011年　5月
No.57 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）	1	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.59	電気メスペンシルの誤った取り扱いによる熱傷	3	2011年 10月
No.63 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）	1	2012年　2月 2018年　5月
No.69	アレルギーのある食物の提供	3	2012年　8月
No.70	手術中の光源コードの先端による熱傷	1	2012年　9月
No.78 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）	1	2013年　5月 2024年　1月

No.	タイトル	件数	提供年月
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.83	脳脊髄液ドレナージ回路を開放する際の誤り	1	2013年10月
No.85	移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去	3	2013年12月
No.90	はさみによるカテーテル・チューブの誤った切断	2	2014年 5月
No.92	人工呼吸器の配管の接続忘れ	2	2014年 7月
No.95	セントラルモニタの送信機の電池切れ	1	2014年10月
No.99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違え	2	2015年 2月
No.101 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）	1	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	2	2015年 9月
No.108	アドレナリンの濃度間違い	1	2015年11月
No.113	中心静脈カテーテル抜去後の空気塞栓症	1	2016年 4月
No.114	抗凝固剤・抗血小板剤の再開忘れ	1	2016年 5月
No.116	与薬時の患者取り違え	2	2016年 7月
No.122	透析前の体重測定の誤り	1	2017年 1月
No.130	中心静脈ラインの開放による空気塞栓症	1	2017年 9月
No.132	オーバーテーブルを支えにした患者の転倒	1	2017年11月
No.134	清潔野における消毒剤の誤った投与	1	2018年 1月
No.137	ホットパック使用時の熱傷	1	2018年 4月
No.140	腫瘍用薬の総投与量の上限を超えた投与	1	2018年 7月
No.141	検査台からの転落	1	2018年 8月
No.144	病理検体の未提出	3	2018年11月
No.149	薬剤の中止の遅れによる手術・検査の延期	6	2019年 4月
No.152	手術時のガーゼの残存①－ガーゼカウント－	6	2019年 7月
No.153	手術時のガーゼの残存②－X線画像の確認－	5	2019年 8月
No.154	電子カルテ使用時の患者間違い	3	2019年 9月
No.155	小児用ベッドからの転落	2	2019年10月
No.156	鎮静に使用する注射薬の誤投与	1	2019年11月
No.157	立位でのグリセリン浣腸による直腸損傷	1	2019年12月
No.164	中心静脈カテーテルのガイドワイヤーの残存	1	2020年 7月
No.165	アラートが機能しなかったことによるアレルギーがある薬剤の投与	3	2020年 8月
No.168	酸素ボンベの開栓の未確認	2	2020年11月
No.169	持参薬の処方内容を継続する際の処方・指示漏れ	3	2020年12月
No.171	免疫抑制・化学療法によるB型肝炎ウイルスの再活性化	2	2021年 2月
No.173	輸液ポンプ等の流量の10倍間違い	1	2021年 4月
No.179	他患者の病理検体の混入	1	2021年10月
No.181	腹腔鏡下手術時の切除した臓器・組織の遺残	3	2021年12月
No.186	抗がん剤投与前の血液検査値の未確認	2	2022年 5月
No.188	下肢閉塞性動脈硬化症の患者の弾性ストッキングの着用	1	2022年 7月
No.192	医療関連機器による圧迫創傷	9	2022年11月
No.195	照合の未実施による誤った患者への検査・処置	1	2023年 2月
No.201	シリンジポンプの単位の選択間違い	1	2023年 8月
No.202	バッグ型キット製剤の隔壁の未開通	2	2023年 9月
No.210	加温加湿器との併用による人工鼻の閉塞	1	2024年 5月
No.214	開放式の三方活栓の誤った取り扱い	2	2024年 9月
No.218	X線画像確認時の経鼻栄養チューブ誤挿入の見落とし	3	2025年 1月
No.222	カテコラミン製剤の持続投与の中断	1	2025年 5月
No.226	定数配置薬からのアレルギーがある薬剤の投与	1	2025年 9月

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

【1】アレルギーのある食物の提供（医療安全情報No.69）

（1）報告状況

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

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

図表Ⅳ－１－１　「アレルギーのある食物の提供」の報告件数

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

図表Ⅳ－１－２　医療安全情報No.69　「アレルギーのある食物の提供」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報　No.69　2012年8月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

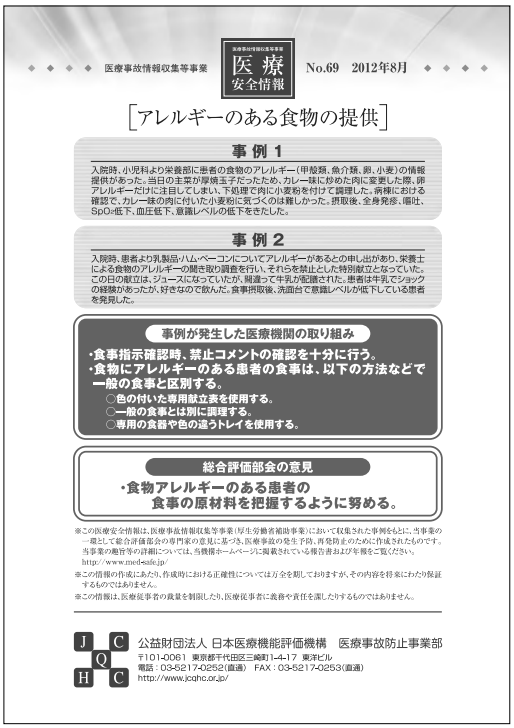
医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.69　2012年8月

［アレルギーのある食物の提供］

患者の食物アレルギーの情報が伝わっているにもかかわらず、栄養部から誤ってアレルギーのある食物を提供した事例が9件報告されています（集計期間:2008年1月1日～2012年6月30日、第25回報告書「個別のテーマの検討状況」（P110）に一部を掲載）。

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

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


医療事故情報収集等事業　医療安全情報　No.69　2012年8月

［アレルギーのある食物の提供］

事例１

入院時、小児科より栄養部に患者の食物のアレルギー（甲殻類、魚介類、卵、小麦）の情報提供があった。当日の主菜が厚焼玉子だったため、カレー味に炒めた肉に変更した際、卵アレルギーだけに注目してしまい、下処理で肉に小麦粉を付けて調理した。病棟における確認で、カレー味の肉に付いた小麦粉に気づくのは難しかった。摂取後、全身発疹、嘔吐、SpO2低下、血圧低下、意識レベルの低下をきたした。

事例２

入院時、患者より乳製品・ハム・ベーコンについてアレルギーがあるとの申し出があり、栄養士による食物のアレルギーの聞き取り調査を行い、それらを禁止とした特別献立となっていた。この日の献立は、ジュースになっていたが、間違って牛乳が配膳された。患者は牛乳でショックの経験があったが、好きなので飲んだ。食事摂取後、洗面台で意識レベルが低下している患者を発見した。

事例が発生した医療機関の取り組み

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

総合評価部会の意見

・食物アレルギーのある患者の食事の原材料を把握するように努める。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://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したりするものではありません。

公益財団法人 日本医療機能評価機構　医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル
電話：03-5217-0252（直通） FAX：03-5217-0253（直通）
http://www.jcqhc.or.jp/

（2）事例の概要

1）事例に関わった職員の職種と職種経験年数

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

図表Ⅳ－1－3　事例に関わった職員の職種と職種経験年数

職種	職種経験年数					合計
	0～4年	5～9年	10～14年	15～19年	20年以上	
調理師・調理従事者	2	2	1	3	2	10
管理栄養士	3	3	0	0	0	6
看護師	1	1	1	1	0	4
栄養士	1	1	0	0	1	3
看護助手	0	0	0	1	0	1

※事例に関わった職員は複数回答が可能である。

2）関連診療科

関連診療科を示す。

図表Ⅳ－1－4　関連診療科

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

※関連診療科は複数回答が可能である。

3）患者の年齢

患者の年齢を示す。20件中7件は小児の事例であった。

図表Ⅳ－１－５　患者の年齢

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

※患者が複数人報告された事例がある。

4）発生段階

①献立作成から配膳までの工程の一例

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

図表Ⅳ－１－６　献立作成から配膳までの工程の一例

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

②事例の発生段階

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

図表Ⅳ－１－７　事例の発生段階

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

5）登録されていたアレルギー情報と誤って提供した食事

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

図表Ⅳ－１－８　誤って提供した食事

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

6）食材の視認の可否と患者の摂取状況

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

図表Ⅳ－１－９　食材の視認の可否と患者の摂取状況

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

7）患者への影響

患者への影響として、事例発生後、追加的に行った治療の程度と健康被害の程度を示す。また、治療を要した6件のうち事例に記載があったものについて、患者の症状と対応を合わせて示す。

図表Ⅳ－１－１０　事例発生後、追加的に行った治療の程度

事例発生後、追加的に行った治療の程度	件数
濃厚な治療	4
軽微な治療	2
治療なし	9
記載なし	2
合計	17

図表Ⅳ－１－１１　健康被害の程度

健康被害の程度	件数
死亡	0
障害残存の可能性がある（高い）	0
障害残存の可能性がある（低い）	1
障害残存の可能性なし	3
障害なし	13
合計	17

図表Ⅳ－１－１２　患者の症状と対応

年齢	症状	対応
1歳	口唇にアレルギー症状	自然軽快したため、なし
4歳	嘔吐、下痢、全身の発赤と掻痒感、SpO_2 80%台への低下	抗ヒスタミン剤の投与、酸素投与
7歳	心拍数160回/分まで上昇、顔面紅潮、口唇腫脹、全身の発疹、SpO_2と血圧の低下	呼吸管理、薬剤投与
9歳	口腔内掻痒感、咽頭部違和感、嘔吐	アドレナリン・ステロイド製剤などの投与、モニタ管理
13歳	掻痒感、発疹、軽度呼吸困難感、血圧低下	アドレナリン・ノルアドレナリン・ステロイド製剤・抗ヒスタミン剤の投与
20歳代	掻痒感、急性呼吸窮迫症状	アドレナリン・ステロイド製剤の投与、気管切開術後に人工呼吸管理

（3）事例の内容

主な事例を紹介する。

図表Ⅳ－１－１３　事例の内容

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
献立作成			
1	患者の電子カルテに、アレルギー情報として「生魚・エビ・カニ」が入力されていた。病棟担当管理栄養士は、前回入院時の食事オーダと食物アレルギーを確認して、「海老・カニ禁止」で献立を作成した。入院6日目、患者が看護師に、「夕食に刺身が提供されたが食べなかった。付け合わせのキュウリは食べた。」と伝えた。確認したところ、病棟担当管理栄養士が献立を作成する際に、生魚を禁止していなかったことがわかった。食事摂取後のアレルギー症状の出現はなかった。	・入院歴のある患者であった。 ・病棟担当管理栄養士は、患者のアレルギー情報に「生魚・エビ・カニ」が登録されていたが、前回入院時の食事オーダの禁忌事項に「海老・カニ禁止※エキス可」と記載があったため、電子カルテのアレルギー情報に登録されていた「生魚」は削除忘れであると思い込んだ。 ・病棟担当管理栄養士は、前回入院時に管理栄養士が患者から聞き取って電子カルテのアレルギー情報に記載していた内容を確認しなかった。	・入院歴がある患者の場合は、前回入院時の電子カルテのアレルギー情報に関する記載を必ず確認する。 ・入院時は、病棟担当管理栄養士によるカルテの記載を必ず確認する。 ・食物アレルギーの登録内容と食事オーダの禁止食材に差異がないか確認する。
調理指示書作成			
2	入院中の10歳未満の患者が、絶食治療後、寛解状態となり、牛乳、乳製品を除去した食事を開始した。おやつを摂取して約5分後、ナースコールがあり、患者は腹痛を訴えた。家族から「おやつにミルクココアとラスクを食べた。」と情報提供があった。食事は、牛乳・乳製品禁止でオーダしていたため、栄養士におやつのミルクココアに牛乳が使用されていないか確認すると、栄養士から「本来であれば普通食のおやつとは別の牛乳・乳製品は除去されたミルクココアを提供すべきところ、誤ってトレイに牛乳入りのミルクココアをセッティングした。」と返答があり、牛乳を提供したことがわかった。	・管理栄養士が調理指示を作成する際、おやつ献立に飲料は付かないと思い込み、ミルクココアの変更指示を出さなかった。 ・調理担当者は、別食種（便秘食）に同じ料理名で、牛乳を使用しない「ミルクココア」があったため、便秘食のミルクココアと混同した。 ・調理担当者は、変更指示があったラスクは牛乳・乳製品禁のコメントを確認したが、ミルクココアに含まれる牛乳を見落としたため、調理指示の記載通り牛乳で準備した。 ・配膳した保育士は、ミルクココアのメニュー表示は確認したが、乳製品は禁止食材なので使用されていないと考えた。 ・家族は、病院が提供するものに乳製品が入っているとは思わなかった。	・アレルギー対応表作成時や作成後には、献立に禁止食材が含まれていないか確認する。 ・今回のミルクココアは、同じ料理名でも献立によって使用食材が異なっていたため、統一するよう変更した。 ・料理名から含まれている食材が判断できないものは、アレルギーのある食材や禁止食材が含まれていることがわかる料理名に見直す。 ・献立と食材が表示された指示書をもとに調理する。 ・アレルギー・禁止食材に対応する必要がある場合、調理前にアレルギーや禁止食材に該当するものが含まれていないか確認する。 ・配膳前の食事確認まで、献立と食材が表示された指示書をもとに確認する。 ・アレルギー・禁止食材に対応する必要がある患者の配膳は、受け持ち看護師が行う。 ・保育士の配膳業務手順を確認する。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
調理			
3	夕食の準備の際、調理従事者が、「煮物鉢（イカ）」という料理に、献立には入っていなかったエビを盛り付けた。その結果、甲殻類アレルギーのある4名の患者にエビの入った料理が届いた。患者が発見し、医療者に伝えた。	・基本料理「煮物鉢」（使用食材：エビ、南瓜、人参、車麩、インゲン）があった。 ・「煮物鉢（イカ）」は、基本料理「煮物鉢」のエビの代わりにイカを使用する料理であった。 ・基本料理「煮物鉢」には、「煮物鉢・エビヌキ」（使用食材：南瓜、人参、車麩、インゲン）もあった。 ・今回、甲殻類アレルギーのある患者には「煮物鉢（イカ）」を提供する予定だったが、調理従事者は「煮物鉢（イカ）」がエビの代わりにイカを使用する料理であるという認識がなく、思い込みでイカとエビ両方を盛り付けた。 ・基本料理から展開させた料理の種類が多く、間違えやすかった。 ・料理をセットする段階で、食札の禁止食品コメントと料理の使用食材を照合しなかった。	・完成した料理の傍に食材表を貼り付けて、使用食材を確認しやすくする。 ・禁止食品コメントと料理の使用食材を照合してトレイにセットすることを徹底する。 ・「煮物鉢」は料理の種類が多く間違えやすいため、今回の事例を踏まえて内容を検討する。
食事形態調整			
4	5日前、病院栄養士が食物アレルギー対応献立表を作成し、厨房と当該病棟に配布した。前日、調理師が食物アレルギー献立表を用いて通常献立（シュウマイ）と異なることを確認し、代替献立の食材（魚）を冷凍室から冷蔵室に移して解凍を開始した。当日、調理補助者Aが調理を開始した。次の食形態調整の調理補助者Bに口頭で引き継ぐ際、調理補助者Bが代替料理は不要であると誤認した。そのため、小麦アレルギーの患者に通常献立（シュウマイ）をミキサーにかけたものを盛り付け、配膳車に積み込んだ。配膳前ダブルチェックは積み込みと別の職員であったが、ミキサー食形態のためシュウマイであることに気付かなかった。病棟看護師が食種別明細表を確認し、患者にミキサー食を注入した。20分後、患者の心拍が160回/分まで上昇し、看護師が訪室すると顔面紅潮、口唇腫脹、全身の発疹を認めた。その後、経皮的酸素飽和度、血圧の低下も認め、医師が呼吸管理を行い、薬剤投与を指示した。栄養士に昼食の食材を確認したところ、小麦アレルギーのある患者にシュウマイを提供したことがわかった。	・調理補助者Aが食形態調整の調理補助者Bに口頭で引き継ぐ際、食物アレルギー献立表に基づいて伝達しなかった。 ・前日に準備し、当日調理していた代替献立の食材（魚）が余っていたが、他患者の対応で余ることもよくあり、疑問に思わなかった。 ・アレルギーのある患者に代替食を提供する時には、別の色の食器で提供することになっていたが、ミキサー食を入れる別の色の食器を購入していなかったため、通常食と同じ色の食器を使用していた。	・食物アレルギーのある患者の食事は、調理担当者が6つの工程ごとに食物アレルギー献立表にもとづいて確認し、一覧表にサインする。 ・食形態調整担当者は食材をミキサーにかける直前に代替献立と食材を照合し、サインする。 ・配膳車出発前に最終責任者（病院栄養士または委託責任者）が、食物アレルギー献立表に基づいて対応されているか確認し、サインする。 ・病棟看護師は、食札のアレルギー表示（食材に黄色マーカ）、代替献立と専用食器での配膳を確認する。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
トレイへのセッティング			
5	患者は、「卵エキス不可」とアレルギー登録されていた。翌日の朝食準備担当調理師Aは、卵エキス不可のトレイに誤ってマヨネーズパックを載せた。朝食準備確認担当調理師Bと栄養管理士は、翌日の朝食のトレイへのセッティング確認時、卵エキス不可のトレイにマヨネーズパックが準備されていることに気付かなかった。当日、調理師Aが朝食準備および配膳前の最終確認を行った際も、卵エキス不可のトレイにマヨネーズパックがセットされていることに気付かなかった。病棟で朝食を配膳したところ、患者からマヨネーズパックが提供されていると指摘を受け、ドレッシングパックと交換した。	・食事内容を確認する際、調理師と当日最終確認する調理師2名で食事内容をダブルチェックするルールであった。 ・当日は、欠員による人員不足のため、1名でシングルチェックを実施した。	・食事の前日確認と当日確認は、必ず別の調理師が実施する。 ・調理師全員の役割分担と協働をミーティングで周知する。

（4）事例の背景・要因

報告された事例の主な背景・要因を整理して示す。

図表Ⅳ－１－１４　事例の背景・要因

○献立作成
【アレルギー情報の確認不足】
・病棟担当管理栄養士は、前回入院時に管理栄養士が患者から聞き取って電子カルテのアレルギー情報に記載していた内容を確認しなかった。 ・患者のアレルギー情報に「生魚・エビ・カニ」が登録されていたが、病棟担当管理栄養士は、前回入院時の食事オーダの禁忌事項に「海老・カニ禁止※エキス可」と記載があったため、電子カルテのアレルギー情報に登録されていた「生魚」は削除忘れであると思い込んだ。
【食材の成分の確認不足】
・栄養士は、時間が切迫している状況で食材の成分を確認したため見落とした。 ・離乳食は管理栄養士のダブルチェックを行うルールとしていたが、確認者もロースハムに卵が入っているという認識がなく、調理作業表の記載を見落とした。
○調理指示書作成
・管理栄養士が調理指示書を作成する際、患者の献立から牛乳・乳製品を除去する必要があったが、おやつ献立に飲料は付かないと思い込み、ミルクココアの変更指示を出さなかった。
○調理
【情報の未確認・確認不足】
・調理作業表と材料を照合しなかった。 ・調理中の引き継ぎを口頭で行い、食物アレルギー献立表に基づいて伝達しなかった。 ・調理作業表には、ロースハムの代替としてライトツナ缶と表示されていたが、調理担当者はロースハムに卵が含まれている認識がなく、代替のツナ缶の記載を見逃した。 ・禁止食材は把握していたが、盛り付けの際に、当日の献立には代替献立がないと思い込んだ。
【他の料理との混同】
・調理担当者は、別食種（便秘食）に同じ料理名で牛乳を使用しない「ミルクココア」があったため、牛乳、乳製品を除去した食事を提供する患者のミルクココアを便秘食のミルクココアと混同した。 ・エビを使用する基本料理「煮物鉢」は、エビの代わりにイカを使用する「煮物鉢（イカ）」、「煮物鉢・エビヌキ」など、料理の種類が多く、間違えやすかった。
【タイムプレッシャー】
・食事オーダ締切時間を超過して26名分の追加・変更依頼が発生したため、食事を作り直すなどしており、時間的な余裕がなかった。
○食事形態調整
【調理後ミキサーにかける際の料理の取り違え】
・アレルギーのある患者のミキサー食の調整は調理員1名に任せており、複数人で確認していなかった。 ・アレルギーのある患者の代替食は別の色の食器で提供することになっていたが、ミキサー食用の別の色の食器を購入しておらず、通常食と同じ色の食器を使用していた。

○トレイへのセッティング

【情報の確認不足】

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

【アレルギー情報に対して提供できる料理の理解不足】

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

○配膳

【情報の未確認・確認不足】

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

○その他

【人員不足】

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

（5）医療機関から報告された再発防止策

医療機関から報告された主な再発防止策を整理して示す。

図表Ⅳ－１－１５　医療機関から報告された再発防止策

○献立作成

【アレルギー情報の確認】

・入院歴がある患者の場合は、電子カルテで前回入院時に聞き取ったアレルギーに関する情報を必ず確認する。
・入院時は、病棟担当管理栄養士によるカルテの記載を必ず確認する。
・食物アレルギーの登録内容と食事オーダの禁止食材に差異がないか確認する。
・食事オーダに不明瞭な点がある場合、委託先職員の栄養士は病院栄養士に、病院栄養士は病棟看護師に確認し、対応内容を明確にする。

【献立・食材に含まれるアレルギー食品・成分の確認の徹底】

・アレルギー対応表作成時や作成後は、献立に禁止食品が含まれていないか確認する。
・アレルギーのある患者の献立を作成した際は、複数の栄養士と調理師が献立を確認する。
・食材とアレルギー情報を含む食材表を毎月更新する。アレルギーのある患者がいる場合は、その都度該当するアレルギーのある食材を確認する。
・離乳食をダブルチェックする担当者のうち1名は、経験のある管理栄養士とする。

【混同しやすい料理の変更】

・当該料理の種類が多く間違いやすいため、内容を再検討する。
・離乳食後期のポテトサラダ（卵アレルギー対応）は、じゃがいもの煮物に変更する。
・料理名から含まれている食材が判断できないものは、アレルギーや禁止食材が含まれていることがわかる料理名にする。
・今回のミルクココアは、同じ料理名でも献立によって使用食材が異なっていたため、食材を統一するよう変更した。

【その他】

・治療食担当者を中心にアレルギーに関する講習会を開催し、意識向上と知識充足に努める。

○調理

【調理指示書の確認】

・食材が表示された指示書をもとに調理する。（複数報告あり）
・調理に従事する職員（調理師・管理栄養士・病棟担当管理栄養士）は、食事確認の手順を遵守し、指差し呼称で確認する。
・食札の後ろに調理作業表が挟まれている場合は、特に注意して点検する。
・アレルギーや禁止コメントに対応する必要がある場合、調理前にアレルギーや禁止食材に該当するものが含まれていないか確認する。

○食事形態調整

【食事形態調整前の確認】

・アレルギー患者の食事をミキサーにかけた後に食材を確認することは困難なので、ミキサーにかける前に調理師2名で料理を確認する。
・アレルギー患者のきざみ・とろみ・ミキサー食調理マニュアルを作成し、遵守する。

○トレイへのセッティング

【食材一覧や食札を用いたアレルギー情報の確認】

・食事をセットする際は、食札のコメントを確認する。（複数報告あり）
・調理師、管理栄養士はセッティング時に食札の全てのコメントを確認する。
・禁止食品のコメントと料理の使用食材を照合してトレイにセットする。

○配膳

【配膳表や食札を用いたアレルギー対応状況の確認】

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

○その他

【人員・時間の確保】

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

【アレルギー情報や代替食の視認性の改善】

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

【手順の作成・見直しと周知】

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

【複数名による確認体制の確立】

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

【患者への協力依頼】

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

（6）まとめ

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

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

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

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