

	具体的内容	背景・要因	改善策
5	手術中から使用していたシグマート(狭心症治療剤)について、医師に転記を依頼したとき、医師はニトロール(虚血性心疾患治療剤)が使用されていると思い「ニトロール」とワークシートに記載した。その事を確認しないままにした。その後、血圧の低下があり報告したところ、(術前から使用し、術中も継続して使用していた)フランドルテープ(経皮吸収型・虚血性心疾患治療剤)を除去するよう指示を受けた。その後の確認で、医師は、ニトロールが継続されていると思っていたために、フランドルテープを除去するよう指示した事が発覚した。	医師に転記を依頼する時に、麻酔科指示の書かれたワークシートを元に依頼をせず、「術中からの継続のものもワークシートに転記してください。」とのみ伝えた。医師が転記した後も、麻酔科指示との照らし合わせなどの確認を行わなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の指示を受けたときには、すぐにワークシートを元に医師とダブルチェックでの確認を行うようにする。</li> <li>・ 転記の指示については、その指示との照合を行い、薬剤名や流量などがあっているかをすぐに確認するようにする。</li> <li>・ 患者の病態を考え、使用されている薬剤が何であり、その作用・効果を考慮して指示を受ける。</li> </ul>
6	点滴を準備する際、ソルデム3A(維持液)1000mL + 強力ネオミノファーゲンシー(肝臓疾患・アレルギー用剤)10mL + 10%NaCl(塩化ナトリウム)40mLの指示のところ、強力ネオミノファーゲンシー20mLを注入してしまった。患者に投与された後、受け持ちの看護師が、強力ネオミノファーゲンシーが指示より多く注入されていたことに気付いた。	注射薬を注入したのが、受け持ち看護師が部屋を回りはじめる頃であり、また、その後にも抗がん剤をつめなければならなかったこと、検査伝票を出さなければならなかったことなどがあり、気持ちに焦りがあった。注射薬を準備する際に、指示薬と量を確認し、必要量をシリンジに吸ったつもりでいたが、その後指示の確認をしなかったため、患者に投与する前に気付くことができなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 午後から時間通りに実施しなければならないことや、抗がん剤など実施直前に薬剤をつめなければならぬものがあること、緊急で用意しなければならない注射薬の指示が出る可能性などを考慮し、自分の力量に合った時間配分をした上で、時間と気持ちに余裕を持って準備する。</li> <li>・ どうしても自分で行えない場合は、受け持ち看護師に声をかけ、注射を詰めてもらえるよう依頼する。</li> <li>・ 注射の基本どおり、注射薬を準備するとき、注射薬を吸い上げるとき、吸い上げた直後、混注前、混注中、混注後、空アンプルを破棄する時の確認を怠らないようにする。</li> </ul>

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例 (第9回 ヒヤリ・ハット「薬剤」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
7	カバサール(ドパミン作動薬)は溶けにくいので、従来より他の薬とは別の注射器に詰めることになっていた。夕食後の内服薬注入時にカバサールのみを注入するのを忘れてしまい、深夜帯で内服忘れを発見した。	初回巡視時に全ての内服薬を注射器に詰め、1つのトレーの中に準備した。ワークシートは確認したが、カバサールが別の注射器に詰めたことを忘れ、カバサール以外の内服を注入してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・配合変化や溶解しにくいという理由で、別の注射器で投与しなければならない場合が多いので、与薬時には十分確認をする。</li> <li>・ワークシートを確認しながら与薬する。</li> </ul>
8	臨時処方箋でオクソラレンローション(尋常性白斑治療剤)0.3%60mLが処方された。1%オクソラレンローションを希釈して0.3%を調剤しなければならないところを、調剤者が0.3%に気付かず1%オクソラレンローション(30mL)を2本薬袋に入れた。監査者も気付かずにそのまま病棟へ上がった。患者への投与はされていなかった。	オクソラレンローションを希釈する処方の頻度が少ない事もあり、調剤者が0.3%オクソラレンローションの調剤経験がなかったこと、規格のチェックを怠った事があげられる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでの処方箋及び薬袋に1%オクソラレンローション、オクソラレンローション0.3%と、それぞれ表記されていたが、処方箋及び薬袋に希釈しなければならないことが分かるようにオクソラレンローション0.3%の後に「(病院製剤)」と表記するように変更した。</li> <li>・オクソラレンローションの棚に濃度を確認するように注意を喚起するラベルを貼った。</li> </ul>
9	採血結果にてカルシウムが高値であり、生食100mL + アレディア(骨吸収抑制剤)1/2を4時間で投与の指示が出たが、アレビアチン(抗てんかん剤)とアレディアを同一薬剤と勘違いし、生食100mL + アレビアチン1/2を投与してしまった。指示がでた際謝ってアレビアチンを準備し、他の看護師2人にも臨時薬剤伝票と準備した使用薬剤と照らし合わせ確認してもらったが、薬剤が違うことは発見されず、ルート確保し4時間でアレビアチンを投与した。その間3回程病室訪室するも患者に異常はなかった。深夜がカルテ整理を行っている際に指示伝票と2号用紙の薬剤名が異なることを発見し、誤薬が発覚した。	アレビアチンとアレディアの薬剤名が似ていることから同じ薬剤と勘違いしてしまった。知識不足、確認を十分行わなかったことからのミスが起きてしまった。カルシウム高値の場合にもアレビアチンを使用するんだと疑問に思いながらもそういう効果もあるんだと思いこんでしまった。アレディアはアレビアチンの略語だと勘違いしてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤を投与する際は薬剤の作用をきちんと辞書を調べてから投与する。</li> <li>・投与薬剤を確認する際は慎重に指示伝票と、薬剤を確認する。</li> <li>・指示伝票の薬剤名と準備した使用薬剤をそれぞれ別の人が声を出して言うことで確認する。</li> <li>・使用薬剤の溶解量・使用時間がいつもと異なる指示と疑問に感じたときは医師に確認する。</li> </ul>

## ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例 (第9回 ヒヤリ・ハット「薬剤」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
	<b>【薬剤量間違い】</b>		
10	持参薬を中止し、同等の薬を当院から処方となった。この時、持参薬ではシンメトレル(精神活動改善・パーキンソン症候群治療・抗A型インフルエンザウイルス剤)50mg3錠×3を服用していたが、処方となったのは100mg 3錠3×だった。(当院では100mgのみあり。)服薬指導を行ない、カルテ(看護記録入院時服薬状況)より持参薬をチェックしたが用法のみで用量の確認を行なわなかった。看護師より夜間不穏状態、振戦出現したという情報から副作用ではないかと疑われた。カルテを再確認しシンメトレル倍量投与である事が分かった。	薬剤師が薬を見て鑑別でき、その情報を医師・看護師に伝達できていない。持参薬の鑑別システムの機能が不十分。医師は当院処方に切り替える際に、用量の確認をしていない。看護師は処方を整理する段階で、規格違いまで発見できなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>持参薬の流れを明確化し、持参薬はすべて薬品鑑別依頼とする。</li> <li>薬品鑑別書を発行し、服薬指導を早期に行なう。</li> <li>医師は、当院処方に切り替え時に他院の処方内容を紹介状で確認してから処方する。</li> </ul>
11	口頭指示でソセゴン15mgの指示を受け電子カルテで確認をしたがはっきり覚えていないため量を見落としあやふやなまま15mgを実施後でカルテを見ると0.5A(7.5mg)の指示であり投与量の間違いに気付いた。	口頭指示の内容をメモにする事や復唱することをせず、あやふやなまま実施してしまった。口頭指示遵守違反の問題。情報伝達連携、情報共有のあり方の問題。業務手順ルールチェックの仕組みの問題。	<ul style="list-style-type: none"> <li>口頭指示マニュアルに従って行う。</li> <li>口頭指示を受けたら必ず復唱復命し指示が聞き間違っていないか確認しメモにとる。</li> <li>医師は、出した指示が正しく伝わっているか確認する。</li> </ul>

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例 (第9回 ヒヤリ・ハット「薬剤」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
12	<p>タキソール(腫瘍用薬)による化学療法当日、夕からクリニカルパスではデカドロン(合成副腎皮質ホルモン剤)×朝・夕で開始であったが、処方箋は8錠2×であった。クリニカルパスと処方箋のチェックができておらず処方された用法・用量のまま患者の自己管理とした。与薬後の内服確認をオーダーリング上のみで行っていたため用量の間違いに気付かなかった。内服が開始になって3日目の夕方に他のスタッフが間違いに気づき主治医に報告した。本来なら3日目の朝で内服終了であったが、8錠2×のまま4日目の朝まで内服との指示があった。患者者には副作用等の出現はみられていない。</p>	<p>クリニカルパスの指示と、実際のオーダーリング処方では、量が明らかに違っていたが、指示受け時に気付いていない事。また、各勤務帯の看護師もオーダーリング処方のみでチェックを行いパスを見ていないことが要因の一つである。また、タキソールによる治療について知識が不足したことも要因と考える。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新人であり、タキソールなどの化学療法の知識を習得することが大切である。</li> <li>・クリニカルパスと処方内容の違いに医師はもちろん、指示受けした看護師も気が付くべきであり、両者で確認が必要である。</li> </ul>
13	<p>患者は尿崩症があり、1日1回のデスマプレッシン(中枢性尿崩症用剤)を点鼻していた。原液0.2mLと生食0.1mL混合のうち0.05mL投与予定であったが実際は目盛りを間違え0.025mL準備した。当日患者の父親が面会に来ており、看護師は点鼻薬を父親に依頼した。翌日尿量が多く脱水状態になり点滴を行った。その経過を聞いた両親が当日の点鼻薬の量が少なかったことに気づき発見した。</p>	<p>看護師は点鼻チューブの0.025mLの目盛りを0.05mLの目盛りだと思い込んでいた。患者は小児であり、生食で希釈して投与していた。在宅療養に向けて、点鼻量を調節中であり、指示変更が度々あった。父親は点鼻薬の量が少ないことに気付いていたが、主治医との話で今後原液での投与予定であることを聞いていたため、看護師に確認しなかった。ダブルチェックをせずに投与していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・点鼻薬も時間・量などを点滴と同じようにダブルチェックを行う。</li> <li>・薬袋にサイン欄をもうけ、点鼻したかどうかを確認する。</li> <li>・看護記録には点鼻した量も記入する。</li> </ul>

## ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例 (第9回 ヒヤリ・ハット「薬剤」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
14	<p>プレドニン(合成副腎皮質ホルモン剤)の内服が朝から減量する予定だったが、以前嘔吐したため、プレドニンの残数がずれていた。足りない分だけを処方してもらおうと量が微量となるため、必要以上の数が処方されていた。前回の処方も昼分から始まっており、必要以上に処方されている事に気付かず、すべてをセットしてしまい昼分からの減量とし与薬してしまった。主治医がリーダーに朝から減量になっているかを確認した際、昼からでセットされている事に気づき、間違いが発覚した。指示簿には、減量の記載があったが、朝からとは書かれていなかった。</p>	<p>プレドニンは与薬した際、サインするチェック表があるが、嘔吐して再与薬した分の欄を消していたため、再処方されたが、本来内服する数がずれてしまっていた。前回の処方も昼分から始まっており、何も疑問に思わず、そのままセットしてしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医にいつから減量になるのかを日付だけでなく、時間帯(朝からなど)も指示簿に記載してもらう。</li> <li>・再与薬した時は欄を消さずに、再処方をしてもらい、早めに数を合わせる。</li> <li>・減量になるときは、いつから始まっていたのかを、必ず確認し、セットする。</li> </ul>
15	<p>抗癌剤イレッサ内服が隔日投与であった。深夜でダブルチェックの際に残薬を数えると1錠不足していることに気づき、前日の深夜勤が間違えて内服させたと考え、この日の深夜は、内服させなかった。翌日の深夜勤務者が、薬ワゴン内にイレッサ1錠が落ちているのを発見し、無投薬であったことが判明する。</p>	<p>間違いのあった2日前の準夜勤が、翌朝の内服薬を準備する際に、間違えて29日分のイレッサ1錠を薬箱に入れてしまった。前日の深夜勤務者がダブルチェックで間違いに気づき、薬袋に戻すが、薬袋に入らず外側に落ちてしまい、1錠不足となり、29日深夜勤は前日の深夜勤務者で与薬したと思い込み、内服しなかった。前日の勤務者に与薬したかどうかの確認を怠った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前勤務者が薬を出し、内服させる勤務者が2回目の確認をするという詰所管理の内服のダブルチェックを再度徹底する。</li> <li>・前勤務者がセットする際も抗癌剤・副腎皮質ホルモン剤は、残薬数をチェックする。</li> </ul>
16	<p>癌性リンパ管炎による胸水のある患者に対しラシックス(利尿降圧剤)5mg 静脈注射の指示が出ていた。準備時にワークシートと処方箋を照らし合わせ5mgであることは確認し、ラシックスを1A吸って準備をしてしまった。投与時に医師がおかしいと気付いたが投与後であり、アンプルは1A=20mg(2mL)であり指示量の4倍入っていた。</p>	<p>ワークシートと処方箋、アンプルの薬剤名を照らし合わせ、確認したつもりになっており薬剤の容量まで確認できていなかった。処置用ワゴンの上に置く前の確認をしていなかった。ラシックス1Aの1/4の投与量であることがしっかりと意識付けられていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1Vや1Aでない量の指示を出されている薬剤はワークシートに再度自分で分かるように印をつけて、あとで確認する際にしっかりと印を見る。</li> <li>・薬剤を準備後はもう一度最初から患者氏名、番号、日付、時間、薬剤名、投与量をワークシート、処方箋、薬剤を照らし合わせて確認しなおす。</li> <li>・静脈注射準備後は処置用ワゴンに置く際に再度確認する。</li> </ul>

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例 (第9回 ヒヤリ・ハット「薬剤」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
17	経口血糖降下剤アマリール1錠分1、30日分で30錠を調剤するべきところ、調剤者が薬袋に誤って90錠を調剤した。これを監査する際に間違いに気付かずに90錠を数えてそのまま払い出した。	処方監査の多い日で漫然と監査をしたと思われる。調剤した薬剤師は処方箋の30日分と30錠の数字に惑わされて、90という数字が生まれたと思われる。それに同調するように監査も疑問を持たずに同様にして間違いに気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 経口糖尿降下剤は、間違って服用した場合大変危険な薬剤である。</li> <li>・ 処方内容にこの種類の薬剤が見られたときは特に注意をして調剤、または監査を行うように日ごろから心がけるべきである。(薬剤の名称の前には‘経口糖尿降下剤’と印字されている)</li> </ul>
18	手術後2日後の患者。腹部の動きが悪かったため、パントール(パンテノール製剤)が主管のボトルに追加になった。医師から、ソルデム3Aにパントール2A100mgを追加するよう指示を受けた。注射ワークシートでmgまで確認しなかったため、病棟の定数のパントール500mgを2A混注してしまった。日勤者が定数チェックの際に気づき、判明した。	基本的な確認の欠除。指示書を確認する時の冷静さ。経験からパントールは、500mgの指示が多いという印象が強かったため、病棟の定数のアンプルでいだろうという、思い込みがあった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 確認を必ず行う(患者氏名、薬品名、用量、方法、単位)。</li> <li>・ 指示書の薬剤のmgまで、きちんと確認をする。</li> <li>・ 薬液の確認(取り出す時、つめる時、詰め終わった時、つなぐ時)をする。</li> <li>・ 思い込みをやめるよう意識をする。</li> <li>・ 薬剤の間違いが、命に直結することを再認識する。</li> <li>・ 冷静に感情を保つよう努力する。</li> </ul>

## ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例 (第9回 ヒヤリ・ハット「薬剤」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
19	<p>5歳10ヶ月の児に対し、プロGRAF(免疫抑制剤)0.15mgを24時間持続投与する予定であった。平日は薬剤師が調製したものを日勤帯で交換していたが、この日は前日が日曜日であったため、当該病棟の看護師が夜勤帯で調製したものを日勤帯で投与した。毎日血中濃度を測定していたが、この日の血中濃度が前日の3倍に跳ね上がり、再検査でも同様の結果であったため、投与されていた薬液中の濃度を測定したところ、予定の10倍量が投与されたことが発見された。</p>	<p>平日は薬剤師によって調製されているが、土日祭日のみ病棟の看護師によって調製されていた。これまでは、2段階で希釈し調製されていたが、1段階スキップされ、10倍濃度で投与された。調製の際、ダブルチェックも行われていたが、計算の誤りに気付くことができなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2段階希釈が必要となるような微量の指示ではなく、調製の際に薬剤原液の使用量が0.05mL以上となるような希釈法の指示とする。</li> <li>・ 薬剤量の指示をmgの単位で行う場合は、その量が原液何mLに相当するかを記載する。</li> <li>・ 指示は、薬剤調製の作業工程を考慮し、分かりやすい記載とする。</li> <li>・ 体重あたりの使用量や使用の時期など、指示内容が正しいことを指導医も確認する。</li> <li>・ 指示されている「単位」を常に意識する。</li> <li>・ わかりにくい指示の場合は、受持ち医に連絡し、わかりやすい記載にするよう依頼する。</li> <li>・ 抗癌剤</li> </ul>

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例 (第9回 ヒヤリ・ハット「薬剤」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
	【方法間違い】		
20	手術麻酔を導入し、術中管理を研修医と行った。CV(中心静脈栄養)ルートを挿入し、CVルートよりイノバン(急性循環不全改善剤)を術中から投与した。抜管退室は別の指導医及びその研修医が行った。その2人により退室時にCVルートからイノバンが投与されている事が確認されていた。ICU(集中治療室)に入室後、10分程経過したところで看護師が動脈ラインよりイノバンが投与されているのを発見した。動脈にカテコラミンが投与されれば末梢の壊死が危惧されるが1.2mL/hという流量と死腔の体積(約140cm)を考えると動脈から投与された確立は低い。	ベット間(術台→ベット)の移動があること、手術室からICUの移動があること。CVルート、末梢ルート、動脈ラインと、挿入されているラインが多いため、整理に難渋すること、移動に複数の人間がたずさわっていること、またこれらの作業に皆が一勢にとりかかること、上記要因が互いに影響して今回の事例が発生したと考えられる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>各ラインに色テープで確実に識別すること。</li> <li>自分が声を出し、今何をしているかをお互いに認識すること。</li> <li>明瞭にラインを整理する。</li> </ul>
21	敗血症、循環動態不安定の為、CCU(冠動脈疾患集中治療室)管理している患者。CV(中心静脈栄養)ダブルルーメンの青ラインからカテコラミン(血管拡張薬)を点滴していた。腹痛があり指示にてペンタジン(鎮痛剤)+生食100mLの点滴を施行した。10分後、確認のため訪室するが状態に変化はなかった。30分経過し他のスタッフがモニター上脈拍120台、PAC(心房期外収縮)、PVC(心室期外収縮)散発、血圧60mmHg 台まで低下しているのを発見し訪室(意識レベルはクリア)したところ、ペンタジンがカテコラミンルートに接続されているのを発見した。	ルートの確認が不十分であった。カテコラミン製剤の使用上の注意点、何故別のルートを使用するのか熟知していなかった。カテコラミン製剤のルート側に使用薬品名を貼っていなかった(貼り忘れた)。	<ul style="list-style-type: none"> <li>カテコラミン製剤使用時の注意点について勉強し熟知する。</li> <li>確認を細部に渡り確実にこなす(ルートの確認・接続・使用薬品名の貼布など)。</li> <li>全員で取り扱いを徹底する。</li> </ul>
22	シプロキササン(広範囲抗菌剤)の指示があり、当日の指示欄には「指示番号 a × 2」と記入されていたので、朝・夕実施と思い込み、指示簿で薬品名を確認したあと伝票を確認せずに18時15分に実施した。しかしシプロキササンは9時と21時に実施するよう指示簿の書き出し日(日曜欄)と注射伝票には記入されていたが、何度も受け持ちをしていたので夕方に実施するものと思い込み、確認していなかった。夜勤看護師への申し送りの時に指摘されて気が付き、主治医に報告した。	注射伝票に時間が記入されていたが、何度も受け持ちをしていたので×2(1日2回)で朝・夕実施するものと思い込み、確認していなかった。指示簿の週が変わって新しいページになって書き出し日(日曜欄)に時間が書かれていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>注射フローチャートに沿って基本通りの確認を行うこと。</li> <li>通常と時間指示がある場合は医師も、看護師も注意して情報伝達する必要がある。</li> </ul>



ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例 (第9回 ヒヤリ・ハット「薬剤」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
<b>【速度間違い】</b>			
23	<p>絶食となった患者に対し持続点滴開始の指示が出た際、臨時処方箋と点滴内容をリーダー以外の看護師とダブルチェックした。しかし、処方箋に流量が印字されていなかったため、リーダーに口頭で確認し、持続点滴を開始した。その際、指示書に書かれていた流量は60mL/hであったが、伝達ミスにより80mL/hで開始した。準夜勤務の際、点滴の流量を確認した時も、点滴に記載してある目盛りと流量が80mL/hで合っていたため、そのままの流量で投与した。点滴交換の際にも、伝票に80mL/hと流量が記載してあったため、流量の間違いに気付かなかった。深夜の勤務の際、指示を受けたリーダーが医師の指示が60mL/hであることに気づき、過剰投与を発見した。</p>	<p>流量の確認をする際に、流量を口頭で確認しただけで、指示書の確認を行わなかった。カーデックスには60mL/hと記載されていたが、この日に開始したばかりであるため流量の変更等はないと思い込み、カーデックスから流量をひろい記載しておくなどの照合を行わなかった。持続点滴にもかかわらず医師が伝票入力する際に流量を入力していなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時以外は、口頭での指示伝達はしない。また、やむを得ず口頭で指示を受けた際は、必ず事後に指示書で確認を行う。</li> <li>・カーデックスは転記したものではあるが、リーダーが指示を受け申し送りに使用する最新の情報や指示が記載されているため、伝票、患者に実際投与している流量とカーデックスの記入内容が違わないかを照合確認する。</li> <li>・今回のように点滴開始直後であっても、上記の照合方法を遵守する。</li> <li>・診療科に、緊急時でない限り点滴入力時には流量も入力するよう申し入れる。</li> </ul>
24	<p>前日よりパルス療法(ステロイドを経静脈的に短期間に多量に投与する治療)開始となった。ソルコーテフ(副腎皮質ホルモン剤)1g 生食100mLを36mL/hで3時間で施行する指示がでており、注射箋と指示簿には3時間かけて施行するよう指示の記載はされていた。3時間かけて施行しなければならない所を100mL/h 開始し50mL 注入した所で間違いに気付いた。</p>	<p>点滴作成時と点滴実施時に話しかけられ、確認作業が中断された事により確認したと思いついた事である。また、開始後注射伝票との最終確認ができていないことも発生要因だと考えられる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・確認作業時には待ってもらい、確認作業を完結させる事が重要である。特に声だし、指差し確認をする事で、周りの人にも確認作業中であることを知らせる事となり協力が得られると思われる。</li> <li>・開始後伝票との最終確認を実施する事も必要である。</li> </ul>

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例 (第9回 ヒヤリ・ハット「薬剤」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
【対象者間違い】			
25	<p>経管栄養注入中の患者。眠前の薬でデパス(精神安定剤)、コントミン(精神神経安定剤)、ダントリウム(痙性麻痺緩解・悪性症候群治療剤)、アローゼン(緩下剤)を注入後、白湯を入れようとして同室患者のセレネース(抗精神病剤)1gを注入した。注入後にシリンジに別の患者の名前が書かれていることに気付いた。</p>	<p>1患者1トレイで薬を準備する手順となっているが、実際には4名分を1トレイに入れて持ち運んでいた。注入用シリンジが薬用、白湯用とも同じ色(黄色)サイズのものであった。薬用には患者氏名がシールされており、白湯用は何も記載されていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手順通りに実施されているか、作業を観察し、1患者1トレイを守るように指導する。</li> <li>・注入用シリンジのサイズを変えて持って分かりやすくした。</li> </ul>
26	<p>1つのトレイに1名の患者の経管栄養注入用のシリンジを入れ、複数名分をワゴンに乗せて病室に行った。患者の氏名と薬剤を確認していた際、同室の患者が動いて危険な状態となったため対応した。その際、確認したトレイをワゴンに乗せた。薬を注入しに戻ったときにその患者の薬はワゴンのその位置に置いたトレイだと思い、再度氏名を確認せずに注入した。注入後、別の患者の薬がなく、注入したはずの患者の薬が残っていて、患者誤認し、謝って別の患者の薬を注入したことに気付いた。</p>	<p>注入する時に患者の氏名を確認していない。注入中にも患者氏名を確認しておらず、注入後に他の患者との関連で誤薬に気付いている。作業中断した場合は必ず最初から確認するという手順になっているが、手順通りに実施されていない。ナースステーションで処方箋と照会した後、薬を溶解して病室で注入している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経管栄養チューブから薬を注入するときの確認の手順をデモンストレーションしてもらい、確認方法ができているかを観察する。</li> <li>・作業中断後の再確認の徹底を周知するよう速報で知らせる。</li> </ul>

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例 (第9回 ヒヤリ・ハット「薬剤」)

	具体的内容	背景・要因	改善策
27	手術当日、違う患者の外来カルテの入った搬送用袋を持参してしまった。手術室へ申し送り時、自分が準備した抗生剤より1袋多く搬送用の袋に入っている事に気付いた。一度病棟へ戻ったが、おかしいと思い再度手術室へ戻り確認をした。カルテと抗生剤が別の患者のものであることが判明した。	手術室搬送用袋が病棟内に複数あり、持参前に確認をしないで思い込みで持参をした。手術室で病棟カルテ以外の持参品をダブルチェックしなかった。以前所属していた部署であり気の緩みがでた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・搬送用の袋には患者の氏名シールを貼り、識別できるようにする。</li> <li>・出棟前には中身をもう一度確認をする。</li> <li>・手術室入室時の申し送りでは持参物品すべてを手術室看護師と確認をする。</li> </ul>
28	経管栄養中の患者に薬を注入しようと同室者3名分のトレイ(1患者1トレイに準備)を取った。その時氏名を見て取ったが、それぞれの患者のテーブルに置くときに名前を確認しなかった。違う患者のトレイを置いたことに気付かず薬(塩化ナトリウムと整腸剤)を注入した。注入後、チューブからシリンジを外すときに氏名を見て間違いに気付いた。	1患者1トレイの原則は守っていた。トレイに入れるとき患者の氏名が見えるようにおくことは決まっていなかった。トレイを患者のテーブルに置いた時にその患者のものと思っていて、患者に注入する直前に患者氏名と薬の氏名を照合していない。ワゴンは病室の外に置いておき、そこからシリンジの入ったトレイだけを取ってベッドサイドに持って行っている。経管栄養患者35名(神経難病50床)で、経管栄養のセットと与薬は機能別となっており1人の看護師が全て行っている。集中力が欠如する原因ともなりうる。ワゴンは経管栄養つり下げタイプで、両面で20名分しかかからないが、経管栄養患者25名分の薬がワゴンに重ねて乗せられている。ワゴンに乗り切らない薬の数である。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・トレイにシリンジを入れる際、氏名が見えるように置く。ワゴンを工夫(購入)し、トレイが重ならないように準備できるようにする。</li> <li>・最後に氏名確認の原則を教育する。</li> <li>・現在は看護室で薬を溶解して患者の所に持っていっているが、ベッドサイドで溶解するような業務改善を病棟で検討している。</li> </ul>