

第24・25・26回 ヒヤリ・ハット事例等収集結果

一 医薬品 一

本報告は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が、医薬品の使用方法及び名称・包装等の物的要因の観点から、財団法人日本医療機能評価機構がホームページ等で公開している医療事故情報等収集事業第11回(平成19年12月19日公表)、第12回(平成20年3月19日公表)及び第13回(平成20年6月18日公表)報告書中のヒヤリ・ハット事例記述情報及び医療事故事例の概要について、安全管理対策に関する調査・検討を行い結果を報告したものである。

別添1) 製造販売業者等により既に対策がとられている、もしくは対策を既に検討中の事例 p. 1
別添2) 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 p. 3
・ 第11・12・13回報告書ヒヤリハット事例「薬剤」 p. 3
・ 第11・12回報告書ヒヤリハット事例「持参薬」 p. 37
・ 第13回報告書ヒヤリハット事例「禁忌薬」 p. 57
注) 本報告書で扱う「禁忌薬」は、(財)日本医療機能評価機構報告書にあるとおり、	
1. 患者の原疾患や既往歴、患者の体質などにより患者に投与しない、 または、投与しないほうがよい薬剤	
2. 併用してはいけない、または、併用しないほうがよい薬剤	
3. 配合が不適である、または、配合しないほうがよい薬剤 とした。	
・ 第13回報告書ヒヤリハット「輸血療法」 p. 64
・ 第11・12・13回報告書医療事故事例の概要 p. 66
別添3) 情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例 p. 83

平成21年3月6日

医薬食品局安全対策課

平成 20 年度 第 2 回医薬品・医療機器安全使用対策検討会結果報告

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構

1. 調査対象の範囲

財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集事業第 11 回、第 12 回及び第 13 回の報告書中の医薬品に関するヒヤリ・ハット事例記述情報及び医療事故事例

【第 11 回報告書】

- 1) 医療事故関係については、平成 19 年 7 月 1 日～9 月 30 日の間に報告された事例
- 2) ヒヤリ・ハット関係については、平成 19 年 5 月 22 日～平成 19 年 8 月 20 日の間に報告された事例(事例発生月 平成 19 年 4 月～平成 19 年 6 月)

【第 12 回報告書】

- 1) 医療事故関係については、平成 19 年 10 月 1 日～12 月 31 日の間に報告された事例
- 2) ヒヤリ・ハット関係については、平成 19 年 8 月 21 日～平成 19 年 11 月 19 日の間に報告された事例(事例発生月 平成 19 年 7 月～平成 19 年 9 月)

【第 13 回報告書】

- 1) 医療事故関係については、平成 20 年 1 月 1 日～3 月 31 日の間に報告された事例
- 2) ヒヤリ・ハット関係については、平成 19 年 11 月 20 日～平成 20 年 2 月 18 日の間に報告された事例(事例発生月 平成 19 年 10 月～平成 19 年 12 月)

2. 検討方法

医薬品に起因するヒヤリ・ハット等の事例について、医薬品の使用方法及び名称・包装等の観点から安全管理対策に関する専門的な検討を行なうため、各医療関係職能団体代表、学識経験者等の専門家及び製造販売業者の代表から構成される標記検討会を開催し、医薬品の物的要因に対する安全管理対策について検討した。

3. 調査結果

医薬品製造販売業者等による安全使用対策の必要性の有無により、報告書中の記述情報 276 事例を調査したところ、下記表の結果となった。

調査結果（案）	第 11 回	第 12 回	第 13 回	件数	割合
医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例	0	0	0	0	0%
製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例	1	0	3	4	1.4%
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	92	97	74	263	95.3%
情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例	0	4	5	9	3.3%
計	93	101	82	276	100%

4. 検討結果の調査結果

- 1) 製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例（別添 1）

（事件事例関係）

- ① インスリン製剤の販売名・規格単位等の間違い事例（1 番・2 番）

（ヒヤリ・ハット事例関係）

- ② 薬剤の混合による配合変化に関する事例（1 番）
- ③ 容器の類似性による取り間違い事例（2 番）

- 2) 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（別添 2）
- 3) 情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例（別添 3）

別添 1

製造販売業者等により、既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例 (ヒヤリ・ハット)

		具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
1	第13回	呼吸状態不安定で内服薬から点滴に投与変更の指示があった。深夜帯からの申し送りでタケブロン静注用とリンデロンをヴィーンDに混和して持続的に投与していた。日勤初回で薬剤部に確認を依頼したが、その間、薬剤は中止せず、流し続けた。初回のラウンド時、点滴ボトルの色は黄色であった。薬剤部からの返答があり、30分後再びラウンドすると点滴ボトルは黒紫色に変化していた。	発見後、ただちに輸液をルートごと交換した。	・新しく使われるようになった薬剤で注意を要するような薬剤は、医師・病棟看護師全員が周知できるように知識を広めていく。	本事例は配合変化と思われる。タケブロン添付文書「適用上の注意 (3) 配合変化」欄には、「生食又は5%ブドウ糖注射液以外の溶解液、輸液、補液及び他剤との混合注射は避けること」と記載されている。
2	第13回	ベッドサイドに点眼薬とラキシベロン液が並べておいてあった。家族が点眼薬と間違えてラキシベロンを両目に点眼したのを偶然看護師が発見した。直ちに生理食塩水で両眼洗浄した。医師の診察後、症状出現はなく、経過観察を行なった。	点眼薬と緩下剤の外観が類似していた。	・ラキシベロンの容器に「眼への使用禁止」と記載した。 ・患者家族へも類似した薬剤について点眼直前の注意喚起を行なった。	平成12年9月19日付医薬発第935号通知「医療事故を防止するための医薬品の表示事項及び販売名の取扱いについて」別添3の「点眼薬に類似した容器の外液剤の取扱い」及び平成16年6月2日付医政発第0602012号・薬食発第0602007号連名通知「医療機関における医療事故防止対策の強化・徹底について」に基づき、本剤は既に「目には入れないこと」「下剤」という表記が直接の容器に記載されている。

製造販売業者等により、既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例（事故）

		発生段階	事故の程度	事例概要	調査結果
1	第11回	準備段階	障害の可能性 (低い)	医師から「ノボリンR注100 50単位+ 生食50mL、1 mL/h」と点滴指示を受けた。看護師は、ノボリンR 50単位=0.5mLを誤って5mLと判断し、投与した。薬剤を準備した看護師は1バイアルの「ノボリンR 注100」の表示を見て1バイアルに100単位入っていると思い込み、50単位を5mLだと判断した。また、この病棟では、インスリンを持続的に投与することは珍しく、指示されるときは「mL」で行われていた。	平成20年3月31日付薬食審査発第0331001号・薬食安発第0331001号連名通知「インスリン製剤販売名命名の取扱いについて」により、インスリン製剤の販売名命名の取扱い方法が示された。インスリンバイアル製剤の命名としては、「ブランド名+製剤組成の情報+剤型+規格(濃度)」となり、「ノボリンR注100」は、既に「ノボリンR注100単位/mL」へ販売名が変更されている。
2	第13回	準備段階	障害なし	医師は、インスリンの注射を準備する際、ヒューマリンRを100単位10mLだと思い、患者に10倍量投与した。	平成20年3月31日付薬食審査発第0331001号・薬食安発第0331001号連名通知「インスリン製剤販売名命名の取扱いについて」により、インスリン製剤の販売名命名の取扱い方法が示された。インスリンバイアル製剤の命名としては、「ブランド名+製剤組成の情報+剤型+規格(濃度)」となり、「ヒューマリンR注U-100」は、既に「ヒューマリンR注100単位/mL」へ販売名が変更されている。

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11回ヒヤリ・ハット「薬剤」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
【薬剤間違い】				
1	「ジゴキシンを吸って下さい」と医師より指示があり、準備しようとアンプルカットした。途中で「薬はいらない」と中止指示が出た。カットしたアンプルを見るとジギラノゲンCと表示されており間違いに気付いた。	ジゴキシンとジギラノゲンCと言う類似した名前の薬剤が存在する事を知らなかった。急いでいた為、アンプルカットの前に確認出来てなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・急いでいる時でも確認を行い間違えない様にする。 ・薬剤の知識を得て応用出来る様になる。 	・確認が不十分であった
2	注射を準備する際、近くに看護師がいなかった為、ダブルチェックしなかった。500 mL ソルデム3A1本とホスミンS2g 1バイアルを混合しなければならなかったものを、ホスミンS2g 1バイアルと生食100 mLを混合してしまった。	薬品違い、確認不足。	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴作成前のダブルチェックを徹底する。 ・看護師がいらない場合は、医師にもダブルチェックを依頼する。 ・指差し呼称を徹底する。 	・確認が不十分であった
3	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 3包3×の処方であったが、誤ってツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒3包 3×を調剤してしまった。受領された薬は、患者に渡された。中身を確認した患者自身より、いつもの薬の包装と色が違うと看護師に報告があり、薬剤部へ確認の電話が入った。監査者は他の業務の待ち時間に監査を行い、当帰芍薬散であることを見落とした。	調剤ミス、確認不足。	<ul style="list-style-type: none"> ・似た名称がある薬剤であることを再認識し、監査時には十分注意を払う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・確認が不十分であった ・類似名称
4	オメプラール10mg 処方のところ、20mgを調剤した。さらに数日後同様の継続処方が出されたが気付かず、別の薬剤師が、再び20mgを調剤した。病棟での与薬時にも発見できなかった。当院では、オメプラールは20mgしか採用してないため、医事での入力の際に間違いを発見した。	医師が処方時、当院採用の有無を確認せず、持参薬の内容をそのまま記載した。薬剤師、看護師は、基本の確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は持参薬の処方時「当院採用薬品一覧」又は薬局への問い合わせをし、確認する。 ・薬剤師、看護師は、5Rの確認を徹底する。 ・持参薬を記載した処方箋注意が向けられるよう印をつける。 	・確認が不十分であった
5	ゾフランザイデスのところナゼアOD錠が調剤されていたのを監査で気付かず病棟で気付き交換した。	監査途中に至急の電話対応で作業が一度中断し、継続して監査を行ったこと、午後の処方が多く焦ってしまったことが誤りの原因であると考えられる。	<ul style="list-style-type: none"> ・監査途中に至急の対応で作業が一度中断した後は、最初から監査を再開する。 	・確認が不十分であった

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11回ヒヤリ・ハット「薬剤」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
6	1型糖尿病の患児は、自己注射の教育目的で入院していた。就寝前にナースセンターにインスリンの自己注射のため、看護師と一緒に単位数を確認し、本人用の注射セットを渡した。注射セットには、ノボラピットとノボリンNがはいっていた。患児は慣れてきた事もあり注射準備後に看護師と確認しないまま注射をした。注射後にノボリンNを注射するはずがノボラピットを注射してしまった事に気付いた。	糖尿病で就寝前の同じ時間帯に血糖測定やインスリンの自己注射の患児が他にも4人いた。ナースセンターのカウンター前に横に並んで座り確認していたが、一人ずつ集中して確認できなかった。また、様々な注射の種類と指示があり混乱した。本人用の注射セット(ノボリンNとノボラピット)を分かりやすく区別していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・教育目的で入院する場合、チェックリストを作成し患児の理解度を誰でもわかるようにする。 ・注射は必ず看護師と一緒に実施する。 ・患児に指導、教育する場合、注射の種類や違い、間違ふとどういふ事が起こるのかなど、主治医、看護師、薬剤師と協力して指導して体制を整える。 ・ノボリンNとノボラピットを区別するシールを貼り、同じ時間帯に処置が重なる場合でも、1人ずつ呼んで対応していく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・確認が不十分であった
7	ピクシリンS100mg 1Vとピクシリン1g1Vを間違えた。ピクシリンS400mg 投与するため、ピクシリン1gを5mLで溶解後2mLをボトルに混合するところ、ピクシリンS100mgを溶解し実施した。	病棟の定数に2規格あり、ピクシリンSはほとんど使用しないため、ピクシリンSとピクシリンの2規格があることを知らなかった。基本的な3回の確認が不足していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟の定数管理からピクシリンSをはずした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・確認が不十分であった ・類似名称
8	患児に心エコー検査の指示が出された。患児がなかなか眠らないので医師はトリクロロールシロップ(10%1mL)を処方するところ、インクレミンシロップ(1mL)と入力してしまった。処方届けられ看護師は、そのまま患児に投与した。検査は無事終了したが、他の看護師が検査のための処方なのに違う薬ではないのかと間違いに気付いた。	医師が他の患児にインクレミンシロップをオーダー入力している所で、検査の依頼があったので同じように入力してしまった。看護師は水薬が届いた時薬剤が間違っているとは思わず確認しないまま投与した。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師はコンピューター画面の患児氏名・薬剤名・用法・用量を確認しながら処方入力をする。 ・看護師は薬剤投与を行う時には「患児氏名・薬剤名・用法・用量」を確認して行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・判断に誤りがあった
9	ラシックス20mg 1/4A静脈注射する指示があった。ストック薬より薬剤を取り出し準備したところ、その取り出した薬剤がプリンペランであったことに気付いた。直ちに改めてラシックスを準備し、指示どおり投与する。	薬剤のアンプルの色が似ており、慌てて取り出したため間違いが起こった。	<ul style="list-style-type: none"> ・確実に薬剤の確認を行う。(薬剤を取り出すとき、薬剤を準備するとき、薬剤を投与するとき等の確認事項を徹底する) ・落ち着いて行動する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・確認が不十分であった

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11回ヒヤリ・ハット「薬剤」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
10	手術当日の夜、呼吸器管理を行っている患児が覚醒したため、鎮静目的にドルミカムを静注することになったが、誤ってラシックスを投与した。	開心術直後の複雑心疾患の患児に対しては、ラシックスとドルミカムの投与が必要のため、これらの薬剤は予め指示された濃度に調整して準備してあった。シリンジの入っていたビニール袋には薬剤名が書かれていたが、小さいシリンジを使用するため個々のシリンジには薬剤名は書かれていなかった。今回、突然の覚醒により極めて危険な状態となったため、鎮静を急ぐあまりシリンジの入った袋を取り違えてしまった。	・袋の薬剤名の確認とシリンジの確認を徹底する。	・確認が不十分であった
【薬剤量間違い】				
11	1日3回の抗生物質混合のために、必要事項をシリンジに記入した。その後、他の看護師とダブルチェックを行い、混合して患者に投与した。その後、同内容の抗生物質混合のために、再びシリンジを用意した。前回とは別の他の看護師とダブルチェックを行なったところ、0.2Vの指示を0.2gと間違えていることを指摘され、前回の投与も間違っていたことに気付いた。担当医師に単位を間違え、指示量よりも少なく抗生物質を投与したことを伝えた。	計算する前に、単位まできちんと確認して行なえなかった。	・単位まで声だし指差し呼称し、注射薬調剤、ダブルチェック、患者投与を行なう。 ・単位を統一して伝票を出してもらうように医師に伝える。	・確認が不十分であった
12	疼痛時の指示でペンタジン注15mg 0.5Aを投与するところ、ペンタジン注30mg 0.5Aを投与してしまった。夜勤帯の看護師は台帳に記入してペンタジン注を使用した翌朝、師長が台帳確認と在庫を確認したところ間違いを発見した。	2つの規格の薬剤を、隣のケースに入れ保管していた。ケースに分かりやすく規格を明示していなかった。	・使用頻度の少ないペンタジン注30mgの病棟配置を中止する。	・確認が不十分であった

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11回ヒヤリ・ハット「薬剤」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
13	循環器疾患で持続点滴中の患者に、ラシックスの注射を朝夕2回、オーダーリング上は1Aずつの入力で指示が出ていた。しかし2日前から1/2Aずつに減量との指示が手書きで出されていた。当日の朝、尿量が減少し、1回だけラシックス1Aに増量で、以後は1/2Aのままという指示が出されたが、オーダーリング上はその翌日からも1Aのまま入力されていた。指示受けの際にそのことに気付かず、1Aのまま伝票処理も行い、翌日1日間、1Aずつ2回という指示の2倍量投与された。翌々日の受け持ちが、1/2という手書きの指示に気付き、伝票が訂正されないまま、その前日にはラシックスが倍量投与されたことが判明した。	新人看護師で重症患者の担当の経験がなかったため、緊張感が強かった。当患者以外にも2名の受け持ちがあり余裕がなく落ち着いて指示を受けることが出来なかった。朝から受けた指示が夕方には印象に残っておらず、指示の違いに気付かなかった。指示受けの際には、先輩看護師とダブルチェックを行っていたが、以前の手書きの指示との比較をしていないために変更箇所に気付くことが出来なかった。医師も、ラシックスの変更を入力しないで、前回同様にオーダーを延長した。また、発覚前日の担当看護師も、1Aになっていることに気付かず指示だと思って確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 指示受けの際には、基本的な患者名や薬剤名、量、回数、日数の確認と前回の指示との違いにも注目し、変更箇所の有無の確認を行う。 ダブルチェックと呼称確認を徹底する。 新人として、複雑な指示については指示受け後の処理まで行なったあとも、先輩看護師に確認依頼するようにする。 医師は、注射の量の変更時は手書きではなく、オーダーリングの入力の訂正を行なうようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> 確認が不十分であった 連携
14	○月10日の入院時に持参薬続行で本人管理にしていた。○月11日の凝固の採血結果、ワーファリン「0錠」の指示があった。カルテに毎日「0錠」と指示が記載されていた。○月14日、2錠内服の指示があった。本人持参のワーファリンが見当たらなかったため、病棟ストックよりワーファリンを服用させた。翌日本人に確認したところ中止とは聞いていなかったの、知らずに入院後5日間ワーファリンを2.5錠ずつ内服しており、○月14日は合計4.5錠内服していた。	入院時にワーファリンも自己管理にしているが、その記載が無かった。ワーファリンは採血結果によって指示量が異なることがあり、看護師管理となっていることが多かったため、患者が持っているという意識がなかった。ワーファリン中止の指示後、患者への説明がされていなかった。14日の配薬時にワーファリンがないことを疑問に思ったが、患者への確認が不十分のまま、病棟ストック薬を使っている。	<ul style="list-style-type: none"> ワーファリンの用量が固定になるまでは、看護師管理にする。 中止薬は、患者の手元に置かず回収する。 ワーファリンが患者持ちか、看護師管理かを必ず分かるようにしておく。 ワーファリン中止のときは、主治医から説明する。 ワーファリン「0錠」の指示の場合、内服していない事を確認する。 ワーファリンの常備薬を容易に使わない。 	<ul style="list-style-type: none"> 確認が不十分であった 患者・家族への説明

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11回ヒヤリ・ハット「薬剤」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
15	夜勤時、受け持ち患者の情報収集をし、翌朝から内服するワーファリンがオーダーされていることを確認して、指示を受けた。翌朝配薬する際、カルテから情報収集した薬品名と配薬車にセットされた薬包の数を見ただけで、錠数・内容は確認していなかった。またワーファリンの2.5錠も指示受けはしたが、セットしていなかった。翌日の夜勤受け持ち看護師が、朝食後の配薬をしようとしたところ、配薬車にセットがされておらずセットをすると、1回分内服薬に余りが生じていることに気づき、前日の飲み忘れが発覚した。	内服薬の確認の仕方が正しく理解できていなかった。内服の指示受けの仕方も間違っており、理解していなかった。薬の種類が多く区別が付きにくかった。	・内服薬の確認の仕方を徹底する。(薬の種類、錠数、識別番号、内服時間を確認してからセットし、ダブルチェックをしてから配薬する。) ・指示受けの仕方をマニュアルどおりに行う。	・確認が不十分であった ・連携
16	ソリタT1 200mL+ ネオフィリン2mL 点滴の指示をソリタT1 200mL+ ネオフィリン2Aと誤って指示(電子カルテ打ち間違い)した。20mL 点滴後看護師が気づき中止する。	現在の電子カルテのシステムでは薬剤の注射の指示を出す際、アンプルでの指示と薬剤量(mg、mL)の2通りの指示があるため、今回の事例は発生が十分に予想されものである。しかしながら、小児に薬剤を投与する性格上、アンプル、バイアルでの指示は計算ミス誘発する危険性もあるため、指示の入力方法を統一するのは困難である。	・2アンプル投与という投与量なので過大投与の警告がでるのか再度確認する。 ・アンプル、バイアルとmg、mLと文字の色を変えるなど指示を出すものに訴えるような画に変更することを検討する。 ・また、指示を印刷した場合にも指示を受けた看護師がわかるような工夫をする。 ・白黒印刷のため文字のサイズを変える、下線をつける。	・確認が不十分であった ・オーダーリング時等の誤入力
17	主治医のカルテ記載は、ロイケリン10mgを1日8回分であったが処方箋打ち込み担当者が、0.1gを1gと記入してしまう。医師のチェックもすり抜け、外来処方箋が患者に渡った。患者は調剤薬局で処方してもらい、8日間内服する。8日後に再来し同じ薬を処方されたが、今度は0.1gと記載されたため、調剤薬局より前回の処方量の1/10の量であると当院に問い合わせがあった。結果、前回のロイケリンの量が10倍量であった事が発覚する。	打ち込み担当の計算ミス。調剤薬局の監査が機能していなかった。また、当院薬剤師が院内製剤の周知報告を徹底していなかった。	・調剤薬局と当院の薬局とで連携を密にし、情報を共有できるようにする。 ・当院と関わりの多い院外の調剤薬局に、当院で起きた薬剤に関するインシデント報告や情報をお知らせとして郵送する。	・確認が不十分であった ・オーダーリング時等の誤入力

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11回ヒヤリ・ハット「薬剤」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
18	院外処方で入力した内容を院内処方に切り替えた。その際、院内採用薬は院外処方 の倍量の規格薬しかなく、その規格の 薬と思いきみ調剤した。	院外処方で入力した内容を院内処方に切り 替えた。その際、院内採用薬は院外処方 の倍量の規格薬しかなく、その規格の 薬と思いきみ調剤した。	・院外処方から院内処方に切り替えたとき は、薬が院内採用されている規格かを チェックする。	・確認が不十分であった
19	8歳4ヶ月の患者に処方されたデバケン シロップ16mL、分2、14日分を調剤する 際に、水薬ビン1本を7日分とし2本調剤し た。その際、1本につき14分割のマジック 線を引くところ、28分割のマジック線を 誤って引いた。後日、病棟から水薬ビンの 線が間違っている旨の連絡があった。2 日と1回分が服用済みであり、処方量の 半量しか服用できていなかった。	調剤者は2ヶ月の新人であり、水薬調剤 に不慣れであった。監査者も秤量と薬剤 の確認は行ったが分割の印であるマジッ ク線の確認を怠った。	・水薬ビンに貼付されたラベル記載の服 用回数とマジック線の数が一致してい るか否かの確認を行うよう注意ポスターを 水薬調剤棚に貼付した。	・確認が不十分であった
20	患児に対しフランドルテープを使用してい た。指示により、フランドルテープの量が1 / 12を1枚から2枚に増量になっていた。 処方を入力では、「フランドルテープ、1回 1/ 6」と入力されていた。ベッドサイドに 置いてあった、1/ 6にカットされたフランド ルテープを使用した。血圧高値が続いて いたため、口頭によりフランドルテープを もう1枚追加する指示がでた。ベッドサイ ドにあった1/ 6にカットされたものを、スタッ プと確認して貼用した。その後、指示書に は「フランドルテープ1/ 12分を1枚追加」 と記載されており、過剰投与した。	口頭指示で受け、指示を見る前に目の前 にある1/ 6のものを使用するものだと思 い込んでしまっていた。その思い込みで、 カルテをみているため、正しい数値に気付 けなかった。また、ダブルチェックをする際は 指示書のみで指差し呼称をすべきところ やっていた。マニュアル通りに実施 していなかった。テープはただ切って袋に 入っただけで、量、サイズの記載はさ れていなかった。指示書の記載の仕方と 処方を入力した仕方が違っていた。	・ベッドサイドにあるテープに量を記載、間 違えないように注意するように記載した。	・確認が不十分であった ・連携
21	手術後の患者の内服薬を看護師管理して いた。他院からの薬の説明書には「ロヒプ ノール錠1mg 1日1回就寝前2錠」と書い てあり、患者へ2錠手渡した。患者は内服 したが、その後実際は1錠/回であると 言われた。処方箋には2錠/回と書かれ ており事情を聞くと、原則処方箋は2週間分 までであるため、実際の薬が、1ヵ月分 の錠数分を患者が受け取れるように2錠/ 回と開業医に処方してもらっていた。	日常の内服薬を確認していなかった。入 院時基礎情報用紙は処方箋のまま記載さ れていた。	・内服薬を預かる時には用法・用量と処方 箋が合っているか確認する。	・確認が不十分であった ・患者・家族への説明

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11回ヒヤリ・ハット「薬剤」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
【方法間違い】				
22	手術前に坐薬を挿入する時、肛門と間違えて膣に入れてしまった。手術後、溶け出しているのを他の看護師が発見した。	挿入しにくい体位であった	・確認を十分に行い、挿入しやすい体位を工夫する。	・確認が不十分であった
23	ピソルボンの静脈注射の指示があったが、「ピソルボンきたら、お願いね」と言われ、筋肉注射だと思い込み、実施した。その直後に他の看護師から静脈注射の指示であることを指摘された。	バイタル測定し医師に報告した。筋肉注射でも問題ないと返答あった。	・忙しい時ほどしっかり確認し、あわてている時は必ずダブルチェックする。 ・薬剤チェックだけでなく投与方法もしっかり確認する。	・確認が不十分であった
【速度間違い】				
24	22時交換予定のキロサイド入りの点滴が、約2時間前に落ちきっていた。1時間半で80～90mLの点滴が落ちてしまった。医師の指示は時間20mLであった。	キロサイド入りの点滴であるため、本来なら輸液ポンプを使用することが望ましいが、患児にとって輸液ポンプは、動かしにくい事やコンセントを外さなければいけない事などで動きが制限されるためつけたくないという希望があった。輸液ポンプをつけないと、体動により滴下の変動も考えられる。輸血後や側管点滴終了時は滴下が変わりやすいため、終了予定時間には必ず訪室する。タイマー等も活用する。	・患児の承諾が得られれば輸液ポンプを取り付ける。 ・輸血後や側管点滴終了時は滴下が変わりやすいため、終了予定時間には必ず訪室する。 ・ポンプの装着は患者嫌がるので、付き添いの家族の協力を得るとともに側管の点滴施行のタイミングなどによって訪室を考えていく事を検討する。	・観察が不十分であった
25	点滴を制吐剤からアドリアシンにつなぎ変える際、200mL/hの滴下のところ、制吐剤と同じ300mL/hの滴下と思い込み投与開始した。10分チェックの際に他のスタッフが発見した。	バイタルサインを測定し、異常がなかったことを医師に報告した。合計30分で投与できるように投与速度を調整して再開した。	・患者氏名・ID・投与月日・薬剤名・薬剤量・投与速度・投与方法の確認を点滴準備時、点滴をつなげる時、滴下を開始するとき、声だし確認を確実にこなす。 ・患者に投与時間を告げることでもう一度投与速度を確認する。	・確認が不十分であった

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11回ヒヤリ・ハット「薬剤」）

	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
26	ラクテックを40mL/hで落としていたが、ラウンド時に120mL/hで滴下してしまったところを発見した。	バイタル測定、胸部症状の有無の確認をし、問題なかった。	・滴下を合わせる時には、患者の最も滴下しやすい腕の回旋や屈伸状態を観察した上で実施する。 ・滴下にむらがあったり、体動・移動を多くする患者は特に注意し、滴下速度を観察するようにする。	・確認が不十分であった ・観察が不十分であった
27	点滴交換をするとき、点滴ボトルに記載されている流量と、オーダー上の指示が違うことに気付いた。口頭指示で変更となったと思いそのまま、ボトルに記載された滴数で落としたが、オーダー上の指示が正しかった。	ボトルに記載されている滴下数を信用した。カルテでの確認を怠った。指示が変更になった時点でラベルの記載内容の変更を行わなかった。指示が変更になった時点で看護師同士での伝達がなかった。	・カルテでの確認を怠らない。 ・指示を受けた時点で確実にラベルの変更を行う。 ・変更の時点で伝達する。	・確認が不十分であった ・連携
【対象者間違い】				
28	他患者の内服薬を与薬してしまった。同じトレーに5人分のシリンジを準備していた。	準備した看護師と投与した看護師が違った。同じトレーに5名分の経管栄養のシリンジと内服薬のシリンジがあった。	・内服投与時の5W1Hの徹底。 ・同じトレーに複数の内服薬を準備しない。 ・多忙なときはほかのメンバーに依頼する。	・確認が不十分であった
29	患者Aの抗生剤点滴を確認せずに、患者Bに点滴を接続してしまい、患者Aに点滴しようとしたところ、いつもと色が違うと言われ、点滴を取り違えたことに気付いた。	点滴を患者に持っていく前に、名前と点滴を確認せずに、患者の元へ持っていく、確認をしなかった。また、時間に追われ、確認を後回しにしようとした。	・部屋に入る前に、点滴とネームプレートの確認をする。 ・部屋に入ってから、患者に名前を言ってもらい、ベットネームでも確認する。 ・患者に点滴を接続する前に確認をする。	・確認が不十分であった
【その他】				
30	胃ろう造設予定の患者がエパデールとバイアスピリン内服中であった。朝、6時に内服薬を注入した。内視鏡センターへの申し送りの時点で、中止しなければならない血小板凝集抑制剤が中止となっていないことに気付いた。	患者の内服薬をチェックしていない。抗凝固剤を内服している場合は医師に確認する。	・内視鏡的胃ろう造設術クリニカルパス治療・処置欄に抗凝固剤のチェック項目を追加し、医師と看護師で確認する事にした。	・確認が不十分であった ・連携