

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(ヒヤリ・ハット事例)

No.	報告回	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
【速度間違い】					
33	第17回	ラクテック500mL +ヘパリンを24hで輸液ポンプ使用で12時から開始した。患者には60滴/mLのルートを使用していたが輸液ポンプは20滴に設定されていた。翌日更新時、350mLのラクテックが残っており設定間違いに気付いた。	輸液ポンプ使用時の確認が不足していた。各勤務者も設定と残量を確認していなかった。	・使用開始時、使用中のルートと設定の確認、各勤務でも再確認を行う。	確認が不十分であった 技術(手技)が未熟だった・技術(手技)を誤った
34	第17回	ナースコールあり、訪室するとご家族の方より「点滴が終わりました。」と報告があった。しかし、その点滴は、本来ならば翌日の午前1時に更新する予定であった。500mLを9時間(≒55mL/h)かけて滴下すべきところ、2時間(≒250mL/h)で滴下していたことになった。	点滴更新した時に、肢位調節を行ってから滴下を調節出来ていなかった可能性がある。頻りに訪室し、滴下トラブルの有無・滴下調節を行っていなかった。勤務帯の交代時に残量等情報を細かく申し送りしていなかった。勤務交代時は、忙しく訪室するのが遅くなってしまった。	・点滴更新した時に、肢位調節を行ってから滴下を調節する。 ・滴下に支障がある場合は、適切な肢位を保てるよう、その必要性を説明し協力を得る。 ・点滴をしている患者がいる時は訪室回数を増やし(1~2時間毎に1回以上)、滴下トラブルの有無確認、調節を行う。 ・勤務交替の場合は、「残量・ペース・次回更新予定時刻」を申し送る。もしくは情報収集し、各自で確認し合う。 ・勤務開始時は、なるべく早めに訪室し、状況確認をする。	確認が不十分であった 観察が不十分であった
35	第17回	術後イレウスが疑われフルカリック80mL/hで滴下指示がでていた。準夜初回ラウンド時、点滴予測ラインが60mL/hで引かれており過少点滴となっていることに気付いた。	ワークシートでは60mL/hとなっていたが手書きで80mL/hと直されていた。ラベルには60mL/hと印字されていたため、それを見ながらラインを引いてしまっていた。	・指示速度の変更時は手書きではなく、医師にワークシートの入力を変えてもらう。 ・ワークシートでの確認、ラベル貼布時の確認徹底する。	確認が不十分であった 記録等の記載

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(ヒヤリ・ハット事例)

No.	報告回	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
36	第17回	ノルアドレナリン6mg/ 20mL を16mL/hで投与されていたものが、0時より30mg・5%グルコース50mL と2倍濃度に変更になった。2倍濃度になったことから流速を8mL/h に変更しなければならなかったが、16mL/h で併用交換してしまい、10分後にBP190台まで上昇してしまった。	ワークシートでノルアドレナリンの濃度変更の確認は行なっていたが流量の確認を怠っていた。このことから、いつもシリンジポンプで投与されている薬剤の交換時に流速の確認を行っていないことに気付いた。	<ul style="list-style-type: none"> 一連の動作を最期まで行なっていないということがわかったので次回からは使用薬剤、使用量、投与速度、ルートの確認など一連の動作を最期まで行なうようにする。 1回目の交換アラームがなっており、残量が少なくなっていたことで慌てていたことも原因であると考えられる。 カテコラミンの交換は余裕を持って行なえるように始業開始前に準備時間と交換時間の計画を立てる。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>心理的状況(慌てていた・思い込み等)</p>
37	第17回	ポートより輸液(ソルデム3A)管理中の患者は、シャワー浴のためヘパリンロック実施した。シャワー浴を終え、その後ベッドサイドで創部の包交・点滴の再接続を行った。約1時間後、準夜の巡視の際、フラッシュに近い速度で滴下しているところを発見した。クレンメの位置は真ん中より上で、1時間で180mL の過剰投与した。指示は60mL/h であった。	この患者のあとに、他の患者の処置があったこともあり、慌てていた。	<ul style="list-style-type: none"> ポートにルートを接続し、クランプを外し、クレンメを解除して滴下を合わせてから固定を行った。 再度確認せずベッドを離れた。 自分の傾向として、慌てている時のミスがあるため、処置後は自分を疑って、再度観察する。 落ち着いて、手技を確実にしていく。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>心理的状況(慌てていた・思い込み等)</p>

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(ヒヤリ・ハット事例)

No.	報告回	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
38	第17回	ソルアセトF交換時、指示では60mL/hであったが、時間ふりの際時間20mLでふってしまい、点滴を20mL/hで滴下してしまった。その後、リーダーに流量が違うことを指摘された。側管からのソルデム3Aは時間20mLで滴下されていた。	流量が正しく割りふられているかまで確認していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴が重なっている時は物品、用量、流量を指差し確認し、他の指示と混同しないようにする。 ・点滴作成後も流量が正しく割りふられているかまで確認する。 ・点滴を投与する際は、投与の必要性を必ず考える癖をつける。(メインについても投与速度やメインの種類を考えて投与する。) ・忙しくても、一呼吸置いて、確認するべきところは確実に確認する。 ・点滴作成時は点滴の事だけに集中して作成する。 	確認が不十分であった
39	第17回	化学療法の際、生食100mL + アバスタン230mg 90分で投与するところ40分で投与した。更新時に気づき主治医に報告し、バイタルサイン測定を行った。	90分と言う指示を30分と勘違いして調節した。施行時に医師と一緒に時間確認を行わなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・事前に施行時間などに赤で印をつける。 ・必ずダブルチェックを行う。 ・PCの注射チェックを2人で声出し確認する。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>心理的状況(慌てていた・思い込み等)</p>
40	第17回	抗がん剤投与レジメンに、投与速度を計算間違いし、126.5mL/hで実施のところ、168.6mL/hと記載した。病棟看護師が実施前に再度計算し直し、間違いに気付いた。	薬剤科の監査ダブルチェックが不十分であった。計算は、そのつど電卓計算機などで計算しているため、手間がかかる。直前に同じメニューの別の患者のレジメンの計算があり、同じであると思い込んだ。	<ul style="list-style-type: none"> ・鑑査ダブルチェックを徹底(別の薬剤師が計算し直してみる)する。 ・レジメン作成時、1患者ごと薬剤師担当を変更する。 ・計算式が設定されたシステムを導入する。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>心理的状況(慌てていた・思い込み等)</p>

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(ヒヤリ・ハット事例)

No.	報告回	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
41	第17回	化学療法を輸液ポンプを使い行っていたが、輸液量の減りが悪いことに気付かなかった。18時頃、医師とともに輸液ポンプの作動確認をしたが、15分チェック時には気付かなかったが、20時20分頃量が減っていないことに気付いた。チューブが引っ張られていたので、ポンプのカバーを開けて確認したが原因がわからなかった(ポンプのチューブ止めにチューブがはさまっていなかった可能性がある)。	もっと頻回にチェックすべきだった。ポンプの作動、ルート確認を2人以上で確認すべきだった。ポンプの積算量はしっかりと加算されていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・チェックを時間を決めて定期的に行う。 ・輸液ポンプの使用マニュアルを遵守する。 ・ポンプにチューブ止め部のアラーム機能があるものがあれば、新しいものを取り入れていく。 	確認が不十分であった
42	第17回	メソレキセートの点滴を最初の1時間は250mL/hでその後50mL/hに流量を減量しなければならなかったが、訪室するのが30分遅くなった。すぐに、バイタルサインチェックと尿PH測定を行った。経過観察をおこない副作用等の出現はなかった。	知識が不足していた。あわてていた。医師と看護職連携不適切であった。多忙であった。夜勤であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・流量変更時にはタイマーをセットする。 ・輸液ポンプの積算量を完了でアラームが鳴るようにセットする。 ・スタッフ間や医師と看護師の連携や情報交換を積極的に行っていく。 	連携 勤務状況
43	第17回	化学療法が開始となり、24時間キープの5FU入りの点滴を開始した。1000mLの点滴なので、42mL/h投与する予定であった。ダブルチェックの際には確認していたが、本人のところで流量を設定する際に1500mLだと思い込み、62mL/hで投与した。準夜の看護師が流量の間違いに気付いた。	ダブルチェックをした時は、流量を確認していたが、注射箋に流量を記入していなかった。そして本人の所に行った時にラベルを確認したところ1000mLでダブルチェック時に流量計算していたが1500mLだと思い込み、再度流量計算を一人で言い施行した。	<ul style="list-style-type: none"> ・必ずダブルチェックした後は、流量を注射箋に記入するようにし、間違いが無いように行っていく。 ・またラベルを見て疑問に感じたら、もう一度ダブルチェックしてもらうように必ずしていく。 	確認が不十分であった 心理的状況(慌てていた・思い込み等)

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(ヒヤリ・ハット事例)

No.	報告回	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
44	第17回	抗癌剤の投与量速度設定間違い。医師が流量を設定し他看護師Aのダブルチェックのもとトポテン・レボホリナートを輸液ポンプ使用し開始した。部屋持ち看護師Bは開始後に抗癌剤名とポンプが作動しているかの確認は行ったがチェックリストを使用して確認をしなかった。夜勤看護師Cが抗癌剤が終了した際、流量がトポテン125/hとレボホリナート174/hで設定されており、指示の流量の設定が逆になっていたことを発見した。トポテンとレボホリナートのルートは交差していた。	投与開始時と投与中、輸液ポンプチェックリストを使用した確認が行えていなかった。点滴のルートが交差していた。ルートを辿った確認を行っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・開始時、投与中に必ずチェックリストを使用した確認を行う。 ・医師と看護師のダブルチェックの際は、ルートを辿り確認を行う。 	確認が不十分であった
45	第18回	アバスチン併用FOLFIRI療法(CVC・インフューザーポンプ)4クール目の患者に5%TZ250mL+トポテン200mgを本来130mL/hで投与する予定であった。輸液ポンプのアラームで確認すると、流量が250mL/hに設定され、患者に投与されていた。医師へ報告し、患者は、化学療法終了後診察を受け帰宅となった。	当該患者の前の患者の流量が頭に残っていた。間違っていないという思い込みがあった。別の患者の滴下不良に気を取られた。	<ul style="list-style-type: none"> ・開始及びボトル変更の10～15分で確認する。 ・実施者以外の目で確認する。 ・ボトルと医師の指示、輸液ポンプの設定確認を行なう。 ・流量を記載したカードを輸液ポンプに設置し照合確認を行なう。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>心理的状況(慌てていた・思い込み等)</p>

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(ヒヤリ・ハット事例)

No.	報告回	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
46	第18回	化学療法開始の患者で、イホマインド、1200mg、ソリタT3、500mLを3時間で滴下の指示を2時間で滴下と思い込み、患者に投与した。20分後に観察の為訪室した際に誤設定と気づき、3時間設定に変更した。	施行前にスタッフ2名でダブルチェックを行なったが、施行直前の確認不足、思い込みの為、事故を起こした。	・抗がん剤施行時、5Rの確認を行なう。	確認が不十分であった 心理的状況(慌てていた・思い込み等)
47	第18回	エルプラット注射用80mg+5%糖液250mLの薬剤を2時間かけて点滴する指示を、1時間に250mL投与するように設定し、30分間違った速度で滴下していた。別の看護師が気づき医師に報告した。	看護師の確認ミスと誤った思い込みがあった。	・計算した速度を注射指示箋に記載し、それを看護師同士でダブルチェックする。 ・患者と共に速度のダブルチェックをする。	確認が不十分であった 心理的状況(慌てていた・思い込み等)
48	第18回	メインの点滴が40滴/hでポンプの流量設定がされていた。その日から60滴/hの指示に変更された。しかし流量を設定し直さなかった。日勤ではその間違いに気づかず、翌日に気が付いた。	指示の変更についてよく確認できていなかった。伝票をしっかりとチェック出来ていなかった。その日から伝票が新しいものに切り替えられていたため、もともとの指示との変更点がわかりづらかった。ポンプの流量設定の確認不足。	・ベッドサイドでの伝票との照らし合わせを十分に行う。 ・指示を見ただけで曖昧な部分があった場合は、リーダーや主治医にきちんと確認をする。 ・ポンプの設定はラウンドごとにしっかり確認することを意識づける。	確認が不十分であった
49	第18回	サンリズム1A+生食100mLを1時間で投与した。しかし、医師の指示は、1時間ではなく、15分であった。点滴終了時間になっても看護師より呼び出しがからないため、医師が患者の様子を見にきて判明した。	点滴ルート準備をしながら、口頭で指示を受けた。その際、「1時間で」と言われた。(聞き間違えであったことも考えられる。)注射指示伝票で確認し、読みにくい「1」があったため、「1時間」でと思い込んだ。	・口頭で受けた場合、復唱し、医師に確認を求める。 ・指示伝票での確認の際、読みにくい字は思い込まず、必ず確認する。	確認が不十分であった 心理的状況(慌てていた・思い込み等)

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(ヒヤリ・ハット事例)

No.	報告回	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
50	第18回	移植後日経過している患者で8時から4時間かけてサンディミュン2.0mLを生食100mLに溶解したものを投与する指示があった。4時間かけて投与することはわかっていて、伝票には「4時間で」と記載したが、つなぐとき100mL/hで投与し、1時間後に他の看護師の指摘で気付いた。	伝票確認時流量まで記載していなかった。8時は他にオキシコンチンの内服が重なっており、他のことに気をとられている状態だった。	・今後は5R確認時流量も記載し、確認した後投与前に患者と確認していく。	確認が不十分であった 心理的状況(慌てていた・思い込み等)
【対象者間違い】					
51	第17回	歯科外来で、抜歯予定患者と抗生剤点滴予定患者2名が診察を待っていた。抜歯予定患者のレントゲンを確認しながら医師が「先に点滴に行ってもらっておいて」と言ったため、クラークは抜歯予定の患者の処方箋を医師に手渡した。医師は、抗生剤予定患者に処方するつもりだったが、違う患者の処方箋に抗生剤の指示を記載した。抜歯予定患者に、その処方箋が渡され、患者は採血室に行った。採血室担当看護師が薬剤を準備し、患者に実施しようとしたが、すぐに歯科外来から、「患者が違っている」と連絡を受け、実施に至らなかった。	医師との指示伝達、コミュニケーションエラーがあった。「どの患者」の指示か、処方箋の氏名確認が不足していた。医師と歯科衛生士・クラーク等が業務の中で医師に声をかけにくい雰囲気があった。	・クラークは、医師に処方箋等を渡す時に、患者氏名をフルネームで言う。 ・医師は、処方箋の氏名を確認し、指示を出す時は、患者氏名をフルネームで言う。 ・医師・歯科衛生士・クラーク間で言いやすい環境づくりをする。	確認が不十分であった 連携

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(ヒヤリ・ハット事例)

No.	報告回	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
52	第17回	A患者に処方されている点滴(塩化カルシウム)がB患者の名前で準備されていた。事前に指示簿を見たが、準備の途中で作業を中断した。作業再開時に再度注射簿の確認は行わず、名前の書いてあるボトルをトレイに準備しB患者に投与した。他の看護師が受け持ち患者の点滴がないことを注射係に確認したことで間違いに気が付いた。	投与直前に注射伝票や注射簿コピーなどで確認していない。作業を中断したが、その後改めて確認作業を行っていない。A患者の点滴ボトルに間違えてB患者の名前が記載してあった。本来投与する患者と同時に時間外で処方されたもので、名前を記載する際に間違えて記載してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・注射伝票または指示簿のコピーを携帯し、投与直前に照合確認するようにする。 ・作業中断した際は改めて確認作業を行う。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>記録等の記載</p>
53	第17回	経管栄養投与の患者が2名いたため、内服薬の準備を行った。患者Aはプレタール・ビソルボン 患者Bはワソラン80mgと他の散剤があった。処方箋を確認しながら準備をし、ワソランのみをすり鉢で砕き、容器に移した(名前の記載せず)。患者Aの内服の際、ワークシートにて名前を確認し、患者Aの内服だと思い込み投与した。その後、すぐに処方箋内に患者Aの内服薬が残っていることに気付いた。患者Bのワソランを誤まって患者Aに投与した。	投与する薬剤に名前の記載をせずに準備してしまった。処方箋で薬剤確認を行ったが、投与する時には記載のない薬剤をワークシートで確認したと思い込み、投与した。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤投与は全てを行って初めて確実な与薬であるので、ひとつひとつの確認作業を徹底する。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>心理的状況(慌てていた・思い込み等)</p>
54	第17回	食堂に居た患者に就寝前薬を与薬した。食堂には他の患者も居られたため、患者Aに「Aさんですね」と確認したが、患者Bが「ハイ」と答えたため、ベンザリンを投与した。	患者確認が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に自分の名前を名乗ってもらう。 	<p>確認が不十分であった</p>

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(ヒヤリ・ハット事例)

No.	報告回	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
55	第17回	化学療法施行患者が2名おり、抗癌剤がランダ注5mgしか違わない内容で同じ生食500mLに入り点滴準備場所に並んで置いてあった。その一つを自分の担当患者のものと思いこみ実施した。点滴滴下不良のため調整中に、もう一人の患者の担当看護師が間違いに気付いた。	思い込みと確認不足。同じような抗癌剤が点滴準備場所の同じ所に並んで置いてあった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドサイドに持っていく前、実施前に再度確認する。 ・PDAでも確認する。 ・似たような薬剤は離して準備しておく。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>心理的状況(慌てていた・思い込み等)</p>
56	第18回	他患者の担当看護師から、自分が準備した点滴(5FU1250mg)がないと言われる。自分が施行した患者の点滴(5FU1350mg)が残っており、間違いに気付いた。主治医に報告し、不足分の5FU100mgを追加し、他患者の点滴は廃棄し、新しく作成した。	手術後の化学療法で同じレジメンを使用していた。施行時、思い込みで、確認が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の治療内容を十分理解する。 ・マニュアルを遵守し、確認行為を徹底する。 ・患者同士同じ部屋への入室は避ける、交換時間をずらす、責任を持って準備することを話合った。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>心理的状況(慌てていた・思い込み等)</p>
57	第18回	化学療法で制吐剤の後抗癌剤をつなぐ予定であった。休憩に入るため制吐剤が終了したら抗癌剤をつないで欲しいと別の看護師に申し送った。患者より点滴がなくなったと連絡があったため、申し送られた看護師は抗癌剤を追加した。その後、間もなく別の化学療法中の患者より点滴がなくなったという連絡があり、追加しようとしたが抗癌剤が見当たらず、別患者の抗癌剤がつながれていることが発覚した。抗癌剤は同種類であり体内には5mg投与された。	抗癌剤は薬剤部でミキシングされ、ミキシングの連絡が入ると看護師がとりに行くシステムだった。入院患者を受け持っており、多忙な中、休憩に入らなければという思いでミキシングが終了しているかの確認を忘れていた。追加した看護師は、同病棟ではあるが化学療法の患者がもう一人別のチームにいたことを把握しておらず、置いてあった抗癌剤は申し送られた患者のものと思い込み、更に切り替えす際に患者確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴の患者氏名表示を大きくする。 ・患者確認を徹底する。 ・バーコードによる患者確認システムを導入する。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>心理的状況(慌てていた・思い込み等)</p>

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(ヒヤリ・ハット事例)

No.	報告回	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
58	第18回	「患者Aの錠剤鑑別があがってきていない。夕方に飲ませる薬があるので、上げてほしい。」と連絡があった。当直薬剤師が薬剤部内を探したが、無かったため、その旨を連絡した。その後「他の病棟も探したが、見当たらない。」と連絡があった。当直薬剤師が当該病院に出向いたところ、他の病棟に上がっていた。確認すると、別の患者名で鑑別が作成されており、スキャンもその患者名で行なわれていた。	錠剤鑑別を行なう際、MDbankという鑑別ソフトを使って行なうが、毎回、患者名、患者IDの行うところ、直前に鑑別を行なった患者情報を削除するのを忘れており、そのまま、鑑別を継続してしまった。鑑査を行なった薬剤師も患者情報を十分に確認せずに、鑑別報告書を確認し、その後、鑑別依頼書を報告書と分けて、別の薬剤師に渡してしまったために、スキャンする際には名前間違いに気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・複数患者の鑑別報告書を続けて作成する場合は、鑑別結果のみをクリアするのではなく、1回ずつソフトを閉じる。 ・鑑別依頼書に「病棟」「患者名」「スキャン」のチェックボックスを作成し、確実に確認を行なう。 ・スキャンするまで鑑別依頼書と鑑別報告書を分けない。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>オーダーリング時等の誤入力</p>
59	第18回	朝食後、患者Aに間違っって患者Bの内服薬(ハルナール1錠)を投与した。患者の氏名は一字違いで類似しており、ベッドが隣同士であったため、与薬時に薬袋の氏名を見間違えた。患者Aに与薬後、トレイに置いていた患者Bの内服薬を探すと、患者Aの内服薬が残っており患者Bの内服薬が無くなっていたため間違いに気付いた。	本人と他患者の氏名は一字違いで類似しており、ベッドが隣同士であったため、与薬時に薬袋の氏名を見間違えてしまった。ケアが必要な患者が何人もいるため、焦っていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・類似氏名患者は同室にしない。 ・薬袋にも間違えないように目印をつける。 ・与薬時には薬袋と患者氏名を確認する。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>心理的状況(慌てていた・思い込み等)</p> <p>患者の外見(容貌・年齢)・姓名の類似</p>

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(ヒヤリ・ハット事例)

No.	報告回	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
【用法・用量間違い】					
60	第17回	月～金に実施される5日分の化学療法用薬剤を受け、病棟の箱に保管していた。月曜日0時始まりの薬剤を日曜日の回診担当医師が調剤する際、「5F U 500mg」のところ「5F U 1000mg」を調剤した。看護師も気付かず患者に投与となった。月曜日10時に主治医が調剤する際、不足に気付き発覚となる。主治医、師長より患者へ説明と謝罪した。	ボトルへの用量記載に関しては、調剤者は「1000mgと記載した」とのことであり、投与者は「500mgと記載されていた」と記憶に相違があり事実は不明である。医師が調剤する際、看護師が側で内容の確認を行わなかった。5日分一括払い出しで、同じ箱に保管していた。	<ul style="list-style-type: none"> ・1回ずつ払い出しへのシステム変更を検討する。 ・医療従事者によるダブル確認を行う。 	確認が不十分であった
61	第17回	悪性リンパ腫の化学療法であるR-CHOP療法施行の患者。アドリアシン注射液の溶解剤である生理食塩液の液量を100mLのところ、誤って20mLで溶解し病棟に払い出した。病棟看護師が誤りに気付く薬剤部へ電話連絡があった。	アドリアシンは生理食塩液20mLで溶解することが多く、また抗癌剤であるアドリアシンの用量に気をとられ溶解剤の液量の確認を怠ってしまった。抗癌剤の調剤患者が多く締切時間に気を取られてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・溶解ボトルへのラベル貼布を注射薬調製前に行うことにより、誤調整を防ぐ。 ・調整者同士による調整液量を含めてのダブルチェックを実施する。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>心理的状況(慌てていた・思い込み等)</p>
62	第17回	化学療法(MF)中、ロイコボリンを投与予定だった。カルテでロイコボリン15mgと指示を確認し、同時に注射薬のラベルで1A 3mgと確認したが、3Aしか取らず、そのまま間違いに気付かず投与した。夜勤の看護師より、2A余るので確認すると過少投与であったことに気付いた。	3Aで15mgと思い込んでいた。	<ul style="list-style-type: none"> ・発見者の看護師が当病棟の消化器医師が当直であったため確認したが、追加で投与することはできないため経過観察となった。 ・担当医には翌日朝1番で報告した。 	心理的状況(慌てていた・思い込み等)

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(ヒヤリ・ハット事例)

No.	報告回	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
63	第17回	<p>腭頭部癌の患者に対して、○ / 6日～10日にTS - 1を朝夕内服し、○ / 11日～13日は休薬するように化学療法のスケジュールが組まれていた。しかし、患者が○ / 10日の夕方に外泊した際、○ / 10日の夕分に加えて、○ / 14日から内服する分のTS - 1を持参させたため、○ / 11日は休薬中であつたが、内服してしまつた。○ / 11日の夕方、休薬中であつたことに本人が気づき、病棟に確認の電話をしたことにより発見となつた。</p>	<p>○ / 10日から与薬開始の内服薬と○ / 14日から内服となるTS - 1が同じ処方箋上であり、他の内服薬と同じように処方箋を組んでしまつた。TS - 1のコメントに「○ / 14- ○ / 17」と書いてあつたが、それが投薬期間を表すと知らなかつた。処方箋上には○ / 10日朝から投薬開始の薬もあり、処方箋を組むところから始めなければならず焦つていた。化学療法のスケジュール、処方箋のコメント、薬袋のコメントの確認も不十分であつた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・化学療法中の患者に対しては、化学療法のスケジュールを確認し、薬剤名・投与量・投与期間・休薬期間を把握する。 ・処方箋上のコメントの意味がわからなければ、先輩看護師や医師に確認する。 ・処方箋を組む際には、処方箋・薬袋を照らし合わせて、患者名・薬剤名、投与量、医師のコメントを確認する。 ・処方箋を組むとき、患者に投薬するときには、確認項目を1つ1つ指で指し、自分自身がきちんと認識できるように、大きくはっきりとした声で確認する。 	<p>知識が不足していた・知識に誤りがあつた</p> <p>心理的状況(慌てていた・思い込み等)</p>
64	第18回	<p>肺癌に対する抗癌剤(パラプラチン)を1コース目の1日量を150mgで投与した。偶然、ナースステーションにきた医師が化学療法用のワークシートを見て投与量が少ないのを不思議に思いプロトコルを確認するとクレアチニン値の入力ミスにより指示書が間違つて計算されていた。本来、この患者の1日量は570mgであつた。過少投与であつたため患者への影響はなく、患者・ご家族に説明と謝罪を行い残りの420mgを投与した。</p>	<p>抗癌剤のプロトコル表は作成後に作成医師以外で担当科の専攻医(卒後3年目)以上の医師により確認されサインがされる。今回は、確認を怠つたために起こつた事象である。また、プロトコルのデータが流れ抗癌剤をミキシングする薬剤師も確認を怠つた。抗癌剤の実施手順がありながら遵守していない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・手順遵守を徹底する。 ・プロトコル作成時の医師のダブルチェックを徹底する。 ・医療スタッフ間の円滑なコミュニケーションを図る。 	<p>確認が不十分であつた</p> <p>オーダーリング時等の誤入力</p>

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(ヒヤリ・ハット事例)

No.	報告回	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
65	第18回	肺癌に対して、化学療法を実施する前日に抗癌剤内容を入力した。実施当日確認した際に、抗癌剤の内容が間違っていると勘違いをしてパクリタキセル(タキソール)340mg/body、カルボプラチン(パラプラチン)500mg/bodyを投与予定のところ、パクリタキセル(タキソール)500mg、カルボプラチン(パラプラチン)340mgと入力し、投与を行うところであった。パクリタキセル投与中、上級医が投与量の間違いを指摘した。	当事者の認識の欠如、注射内容を変更した際にラベルを貼り替えず、バーコード確認で×がでたにも関わらず、自分自身の判断で投与可能と指示を口頭で出した。似た名前の薬剤で気をつけ、当初は正しい投与量を処方していたにも関わらず、投与当日、前日処方内容が誤りと誤認した。	・単独ではなく、複数での確認をする。	確認が不十分であった 判断に誤りがあった オーダーリング時等の誤入力
66	第18回	肺腺癌に対する化学療法施行。カルボプラチン及びパクリタキセル(TXL70mg/m ²)を初日に投与した。投与後、白血球減少(好中球減少)のために、8日目、15日目の投与は施行出来ず、G-CSF薬剤投与を開始した。血球減少改善ののち、2コース目を施行方針であったが、再度、好中球減少したため、1コース目の投与を見直したところ、体重の記入違いにより体表面積の値を間違え、過量投与となったことに気付いた。入院時、看護師が体重欄に身長を入力し、本来の体表面積1.50m ² であるところを2.38m ² となっていた。電子カルテの体表面積が違っていることに気付かず、その値で投与量を計算した。	看護師が体重欄にも身長値を入力してしまったが、エラーをチェックするシステムがなかった。身長、体重の入力違いに気付かず、自動計算された体表面積から投与量を計算した。	・体重入力値が100kgを超える場合や(通常まれなケースと思われるので)体表面積が2m ² を超える場合には、確認画面が表示されるようシステム改善を検討中。	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(ヒヤリ・ハット事例)

No.	報告回	具体的内容	背景・要因	改善策	調査結果
67	第18回	アバスチン＋FOLFOX6の2回目投与の患者。化学療法室での治療は初回であった。検査データを把握したところ、尿蛋白3+であった。尿蛋白2+であればアバスチンは休薬と決められているが、診察の結果、休薬とならず、調剤も依頼されてしまっていた。薬剤部に調剤中止の連絡をしたが間に合わず、調剤されてしまっていた(アバスチンの金額149,877円)。主治医に確認後、中止となり、薬剤は廃棄された。また、この方は、2月の検査結果で尿蛋白2+であったが、3月、病棟で初回投与時に尿蛋白は再確認はされずにアバスチンを投与されていた。	主治医は尿蛋白を検査はしていたものの、尿蛋白3+という結果をアバスチン休薬の基準として重要視していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・アバスチンが投与されれば、腎機能障害のリスクが高まる恐れがある。また、かなり高額であり、経済的損失も大きい。化学療法室においては、アバスチン投与患者は、必ず、尿蛋白も把握している。今後とももれがないように、確認を徹底し、異常があれば主治医に確認していく。 ・外来とは再度相談し、血液データ以外にアバスチンが休薬になる可能性があるため、化学療法室の患者には、出来るだけ看護師が付き、ポート穿刺の際に、再度検査データを確認することを習慣をつける。 	確認が不十分であった 判断に誤りがあった
68	第18回	緊急入院にて当病棟入院。患者は持参薬のイレッサを入院前は隔日で内服していた。入院後、看護師は配薬で用意する際に誤って連日投与分の薬剤を用意し、患者は1週間内服した。	薬の袋には「1日おきに内服」と書かれていたが、見落としていた。外来カルテにも隔日投与と記載されていたが、情報がきちんととれていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ダブルチェックの際に十分注意する。 ・外来処方分は外来カルテと照らし合わせ確認する。 	確認が不十分であった