

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
【その他】					
69	第17回	<p>患児に投与されているIVHの輸液にはビタミン剤など混注されていた。火曜日のみボルビックスインボトルの指示であった。15時前薬剤作成時ダブルチェックにて薬剤作成した。準夜勤務者にワークシートと薬剤をチェックした際ボルビックスの混注忘れを指摘された。ダブルチェック時指差し声出しにて行うがボルビックスの括弧の上に準夜と記載されており、インボトルと記載されているにも関わらず準夜の投与と思い込み forgot。</p>	<p>以前も同様のインシデントがあった。繰り返されているにも関わらず、意識が低く全てチェックするというワークシートチェックが基本にそって行えていなかった。</p>	<p>・準夜と思いこんだが、指示としてはインボトルと記載されているため投与方法の指示を見落とさないよう確認を行い、意識をもつ。</p>	<p>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)</p>
70	第17回	<p>DOB3mL/h で投与中の患者に医師がラシックスを静脈注射した。その後、IN・OUT締め時間に、DOBのポンプの閉塞アラームが鳴った。ルートを確認すると、三方活栓がクランプされており、1時間45分で1mLしか投与されていなかった。</p>	<p>ラウンドでルートの確認を確実に行っていなかった。</p>	<p>・初回ラウンドでルートの確認を確実に行う。 ・三方活栓が多数付いている場合には、一つ一つのルートを手繰ってどのルートが流れているのかを確認する。 ・何らかの処置後には特に注意して元通りの状態になっているかを確認していく。 ・DOBのように微量を与薬するルートから他の薬剤をIVするのではなく、IV専用のルートを確保してもらう。</p>	<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
71	第17回	フルカリック2号の小室を開放せずに患者にかけてしまった。他の看護師が次のボトルを交換した後、前のボトルを破棄する際に小室が開放されていないことに気付いた。	遮光袋がかかっていた。確認が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・小室の開放・大室中室の開放は処置室で確認、病室でかける前に確認する。 ・遮光袋がかかっている場合も一回は必ず、開放を確認する。 ・自分が作っていない薬剤を使用するときは、患者氏名・薬剤・混注内容をはじめから確認する。 ・勤務交代時のラウンドで患者にかかっている点滴内容・ボトルの使用方法が正しいか確認する。 ・夜勤帯は日勤より見えづらい環境であり、気付きにくいことを意識する。 	確認が不十分であった
72	第17回	入院処方監査した後に、3階病棟の処方を3階病棟行きのカゴに入れたはずが、他の病棟行きの定期処方分と一緒にしてしまった。その結果、3階処方分が他の病棟へ上げてしまった。他の病棟の看護師によって発見され、患者には、処方通り、投薬出来た。	入院処方監査後に各病棟カゴに入れてメッセージなどにより病棟に上がっている。また、定期処方は、一緒にして払出している。同じ時間に監査をしているので、病棟が混ざってしまう。	<ul style="list-style-type: none"> ・カゴに入れる時に細心の注意を払って入れるように心がける。 ・定期処方監査時にも臨時処方の監査も行うので、一緒にならないように注意する。 	諸物品
73	第17回	点滴抗生剤処方の際に、アレルギーチェックを怠り、患者にとってアレルギー(血小板減少)を起こす可能性のある薬剤を処方、投与してした。アレルギーに気付いた時点で抗生剤を変更し、血液検査にて血小板減少が起こっていないことを確認した。	患者のアレルギー歴が電子カルテ上に入力されていたが、アレルギー歴の確認という基本的なルールを怠り、アレルギー歴のある抗生剤の処方を行った。医療安全情報NO. 58で薬剤に対するアレルギー体質の確認について警鐘したが共有できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・電子カルテについては情報室会議に審議依頼中で改善する予定。 ・改善がどこまで進んでいるか確認する。 	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(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
74	第17回	IVHからビーフリード+ビタノイリンがメインで注入されていた。また側管からは塩モヒ、ドルミカムが注入されていた。ラインは交換後7日目であった。輸液パック内に結晶化が認められたため、メインの輸液とラインを全て交換した。院内ルールに従って残った薬剤を、パック・ルートごと検査に提出した。その後、ビーフリードとドルミカムが配合禁忌であるとの回答があった。	薬剤の配合禁忌に関する知識が不足していた。観察が不足していた。CVルートがシングルでワンルートからの複数・多種類の薬剤投与、アクセスがあった。	<ul style="list-style-type: none"> ・配合薬についての再教育を行う。 ・薬剤安全情報を活用する。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>知識が不足していた・知識に誤りがあった</p>
75	第17回	患者のところに薬袋BOXを持っていき、2種類の薬袋から、一袋ずつ確認しながら薬を出した。2種類のうち水曜日朝・夕で内服のリウマトレックスの薬袋があり、水曜の把握は行った。しかし本日が水曜日であったとの認識がなく配薬を忘れた。	朝のカンファレンス出席で、慌てていたため確認が不十分になってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・曜日・日付認識を持ち、配薬時は薬に集中する。 ・忙しいからこそインシデントは起こりやすいということを意識し、確認をする。 	<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>
76	第17回	15時頃、看護師が化学療法で5-FU(全量92mL)をインフュージョンポンプで46時間かけて持続投与する予定であった。インフュージョンポンプを接続する際、流量制御部を患者の肌に密着して固定することに気が取られ、クランプを外すことを忘れたため、薬液の投与が開始できなかった。翌朝8時、医師が回診し薬液量が減っていないことを発見した。	流量制御を固定する作業に気が取られやすく、ルート全体の確認を怠った。投与開始後のポンプの残量チェックが曖昧であった。2mL/hと極少量ずつの投与であるためバルーンの大きさの変化に気付きにくかった。固定するネットに隠れていたため確認が遅くなった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ルート確認時は、刺入部からインフュージョンポンプの先端まで見直す。 ・インフュージョンポンプの残量確認は、ポンプを垂直に立てて行う。 	<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
77	第17回	患者は抗がん剤を2回・日投与していた。レジメン登録されており、午前投与分は薬剤部が作成・病棟に上げていた。しかし、医師が夜間分を誤って午前中に作成し、看護師が投与した。両方とも薬剤の内容は全く同じであり投与時間は書かれていなかった。また、実際投与分の薬剤は開始時刻を過ぎた時刻に薬剤部よりあがってきた。PDAでの認証は当日分であったため実施できた。	薬剤の内容は一致していたため、患者に実害はなかった。投与時間が異なったラベルを認証してしまったため、訂正し正しいラベルと交換した。また、薬剤部よりあがってきた分の抗がん剤は返却し、夜間分の薬剤を再準備した。	<ul style="list-style-type: none"> ・レジメン登録されているかの確認を確実にを行う。 ・また、登録の有無が皆に周知できる方法を考える。 ・薬剤投与の際に認証が実施できても、投与内容・時間に誤りがないか細かく確認する。 ・医師にもシステムについて説明し、ミキシング認証も十分確認して実施してもらうよう伝える。 	確認が不十分であった
78	第17回	化学療法中の患者がTS-1を内服し忘れた。	TS-1を内服していたが、ラウンド時患者が不在で内服確認が出来なかった。その後再訪室を行ったが不在であり、準夜勤務に申し送り、ワークシートを渡す時間となってしまった。その際、ワークシートの内服や点滴実施サインがきちんと全て記入されていない事を思い出し、確認してない事にもかかわらず、実施の印鑑を押してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・内服確認は本人と内服薬の名前、数ときちんと行う。 ・内服後、不在になる場合は、ヒートを残してもらうよう患者にもお願いする。 ・ワークシートはチェックとして活用するよう指導する。 	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(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
79	第17回	A病棟から転棟した白血病の患者を日勤で担当した。グリベックの内服は、1回ずつ看護師が手渡ししていた。病棟薬剤師が残薬を確認し、医師にグリベックの継続処方依頼したが、主治医は〇/9の化学療法開始から中止していると返事があった。しかし、A病棟の看護師は、化学療法終了の〇/13にグリベックの再開を研修医に確認し、再開と指示を受けた。そして翌日の〇/14に研修医のオーダーでグリベックの処方がされていた。〇/15に当病棟に転棟となり、転棟の時の申し送りでもグリベックが投与されていることも伝えられていた。グリベックは〇/13～〇/21まで投与されていた。	主治医と研修医との間で治療に関する意思統一ができていなかった。看護師も抗がん剤の投与計画など、この患者の治療計画を理解していない。血球減少の副作用があるグリベックを点滴での抗がん剤投与(メソトレキセート・キロサイト)後血球減少時期に投与することのリスクを考慮されていない。抗がん剤の指示を研修医から受けている。研修医が主治医に確認せずに抗がん剤を処方している。主治医もカルテ上、抗がん剤の処方があるが見落としている。抗がん剤内服開始の指示を受けているが「患者メモ」を活用しているだけで記録に残っていない。	<ul style="list-style-type: none"> ・抗がん剤治療を行う患者の治療計画を主治医と看護師も一緒に話し合い理解する。 ・抗がん剤に関する学習を深める。 ・抗がん剤の指示を研修医に確認せず、主治医に確認する。 ・患者メモで指示を受けるのではなく、記録に残るようにする。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>知識が不足していた・知識に誤りがあった</p> <p>連携</p>
80	第18回	化学療法予定の患者に対し確定入力の実施になっていたため、抗癌剤を調整室で薬剤師が調整し、化学療法室の看護師が前投薬も用意し、患者の来院を待っていたが患者は来室しなかった。電子カルテを確認したが施行・中止ともに記事の入力はなかった。医師に電話で確認すると入力ミスであったことがわかった。患者へ抗癌剤の料金は請求されていなかったが、調剤された抗癌剤は破棄となった。	医師が間違えて入力したため抗癌剤が調整された。	<ul style="list-style-type: none"> ・担当医師は抗癌剤の実施と中止を慎重かつ確実にこなす。 	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
81	第18回	本日朝よりTS-1が内服開始となる予定であったが、処方オーダー発行されておらず処方されていない。夜の内服時間に、薬剤師が気づき指摘され、内服開始となった。	本日よりTS-1が開始となる予定であったが、オーダー発行されておらず処方されていない。医師が異動したばかりであった。内服は、意識が薄れ易い。前日の状況は勤務者に確認予定であるが、前日日勤、深夜最終のワークシートチェックの際に気付かず(深夜は新人)、服薬カレンダーも出ていなかった。当日も点滴薬のレジメン照合は看護師ダブルチェックで行なっていたが、内服に関しては処方されているものと思い込み、確認を怠った。	<ul style="list-style-type: none"> ・化学療法メニューの内容についての確認を徹底し、前日のレジメン照合、ワークシートチェックの際に点滴と内服の処方がされているかを確認する。 ・服薬カレンダー運用を徹底する。 ・患者の治療内容をしっかり意識し、与薬管理を行ないアセスメントを行なう。 ・本ケースの事例分析を行なう。 	<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>
82	第18回	化学療法2日目。カイトリルとリンデロンの内服がプロトコルでは開始予定であったが、処方漏れがあり気付かず。準夜に内服をしていないことを指摘され、処方漏れに気付いた。	処方漏れに気づき当直医師へ処方してもらい遅れて投与した。	<ul style="list-style-type: none"> ・化学療法の指示をもらった場合は、当日の点滴指示のみでなく、翌日から飲む内服など一連の治療の指示まで確認する。 ・ワークシートチェックの際はレジメン・プロトコルを確認するようにする。 	<p>確認が不十分であった</p>
83	第18回	朝からTS-1再開の予定だったが、現在使用している内服指示簿の2ページ前に記載があったためその指示に気付かなかった。薬剤は開始ボックスに入っていた。夕の配薬時に遅番が気づき、朝内服していないことがわかった。	朝の情報収集時十分確認出来ていなかった。指示が1ヶ月先まで出ており把握出来ていなかった。カルテ記載はあるが数ページ前までは確認しにくい。	<ul style="list-style-type: none"> ・配薬前に必ず開始前ボックスも確認する。 ・医師へも短期間の指示出しをするよう依頼する。 	<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
84	第18回	抗癌剤投与予定の患者、入院時の体重を温度板に記載間違いをした。実際は37.5Kgを50Kgと記載。画面入力37.5Kgで間違いなかった。医師は温度板を見て体表面積を出し、投与予定表を提出した。化学療法当日、薬剤師から連絡あり、身長と体重再測定したところ温度板の誤記入が発覚した。抗癌剤は混合されず、患者へも投与されていない。	当事者はクラーク代行をしていた。単純な記載ミスであった。	・体重記入した際はもう一度名前と値を再度確認する。	確認が不十分であった 記録等の記載
85	第18回	5FU2200mg、デカドロン4mg、生理食塩液36mLが充填されたシュアヒューザーを自宅に持ち帰って、46時間で5FUが投与される治療であった。しかし、患者が治療終了当日に来院すると、シュアヒューザーポンプがクランプされており、まったく投与されていない状況であった。	集学的治療センターでは過去に2度、同様のインシデントを起こしていた。その対策として、医師、看護師がダブルチェックを行なって、治療プロトコル表のクランプ開放を確認した際に、チェックとサインをすることになっていた。しかし、医師はクランプをはずしたつもりでサインをしており、看護師はクランプ開放を確認せず、さらにサインも行なっていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・集学的治療センターの専任医師と専任看護師でカンファレンス予定。 ・チェックとサインを徹底する。 ・繰り返し行なっている患者にも、毎回確認してもらおうよう指導を強化する。 ・次回、同様のインシデントが起きた場合には、閉塞アラームがなる器械の導入を検討する。 	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
86	第18回	患者は、「のど全体が火がついたように熱くなって痛い。鎖骨の間に物がつまったような感じがある」と看護師に訴えた。医師が診察し、アレルギーを疑った。確認すると、患者には、ブスコパンとロキソニンとボルタレンのアレルギーがあったが、内視鏡でブスコパンを使っていることがわかった。	電子カルテには入力してあるが紙カルテは入院時にアレルギーの有無のみ記載、カルテの表などには明記してなかった。同意書の確認項目にはなかった。独歩患者で一人で検査室に出棟しているため病棟看護師から内視鏡室へ申し送っていない。医師は電子カルテは見ず内視鏡検査を行っていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・現在のシステムでは、内視鏡室と病棟が情報共有出来ないので、必ず、実施前に電子カルテのアレルギー欄を確認する。 ・将来的には電子カルテのオーダー依頼画面にアレルギー欄の入力が反映するよう検討する。 ・病棟での情報は、検査室に申し送りを行う。 ・多数の薬剤でアレルギーのある場合、薬剤科で登録を行い、薬剤師が患者指導を行う。 	確認が不十分であった 記録等の記載
87	第18回	指示によりヒューマリンRを準備し点内に混注したがヒューマリンの使用期限が切れていた。	緊急手術で忙しく薬剤を用意する際、有効期限を確認出来なかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・準備する薬剤は薬品名だけでなく使用期限も確認する。 ・薬剤部に毎月薬剤のチェックをお願いしたい。 	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)
88	第18回	(麻)フェンタニル、(準麻)ドルミカムを輸注ポンプにて持続投与していたが、残薬がある状態で中止となった。輸注ポンプを片付ける際、残液あるのに、誤って破棄してしまった。リーダー看護師は、担当看護師が破棄しているところを発見した。	今まで、麻薬や準麻薬に関して準備中や投与前・投与中の管理に関しては気を配るよう注意していた。また、持続投与中の交換時も残りで交換するよう注意していた。しかし、残ありで中止となった場合の管理方法がしっかり頭に入っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・今後、中止となった場合の管理方法を再度確認し、破棄することないよう確認・管理を徹底していく。 ・残液再度確認し、返却のため金庫に保管する。 	知識が不足していた・知識に誤りがあった

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(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
89	第18回	患者は人工呼吸器装着中であり、鎮静のためセレネース2A+レペタン2A+ドルミカム5A+生食36mLを使用していた。当事者は6時にドルミカム入りの注射器交換(シリンジポンプ使用)を行ない、1時間半後再び訪室し、薬液を確認したところ、ドルミカム入りのシリンジ内と延長チューブ内が黄色に変色していることを発見した。また、シリンジと延長チューブの接続がゆるくなっており、薬液が漏れ出ていた。当事者はドルミカム入りのシリンジポンプの作動を中止し、新たに薬液を作製し、ドルミカム入りの注射器と延長チューブを交換した。主治医は薬剤部に変色の件を報告し、配合禁忌を調べてもらった。薬剤部よりセレネースとドルミカムとレペタンは一緒に詰めると配合変化が起こることがあると返答があった。	セレネース、レペタン、ドルミカムと続けて吸ったため配合変化が起きたと考えられる。薬剤部より配合変化の情報がなかった。	・ドルミカム、レペタン、セレネースをシリンジに吸う時は、それぞれの間で生食を詰め、配合変化が起きないように注意した。 ・カーデックスにドルミカムなどを詰める際に注意するようメモを残し、情報を共有した。	確認が不十分であった 知識が不足していた・ 知識に誤りがあった
90	第18回	肺がんにて化学療法を行っていた患者は骨髄抑制が強く、38度台の発熱があった。担当医の指示によりクラビットが内服開始となった。薬剤は患者が自己管理していた。その3日後、再度発熱あり、意識レベル低下や喀痰などの症状出現した。主治医はマキシピームの投与を指示し、その後も朝夕実施していた。マキシピーム投与3日後の夕食時、患者がクラビットが明日の朝でなくなると言われ、クラビットの内服が中止されていなかったことに気付いた。	指示受け時及び初回投与時に、同効薬の投与がされていないかの確認が出来ていなかった。患者と家族に薬剤の管理を任せていた。主治医と担当医でそれぞれの指示が出されていた。	・指示受け時及び初回投与時に、同効薬の投与がなされていないかを確認する。 ・異なる医師が指示を出しているときは、特に注意して指示受けを行う。 ・患者が管理している薬剤についても、患者の状態に合わせて定期的に内服の有無や残量などの確認を行う。	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(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
91	第18回	外来患者の院外処方において、調剤薬局より疑義照会があった。その内容は、休薬期間になるはずのTS-1が処方されているが問題ないかというものであった。主治医に確認したところ、間違いであって当該処方は取消しとなった。	オーダーリングによる処方がなされた。	・治療スケジュールを十分に確認する。	確認が不十分であった
92	第18回	イレウスのため治療中の患者のワークシートには「ヨード禁」と記載されていた。患者はCVC挿入中であり、本日CVC包交を実施した。消毒の際、スワブスティックを使用した。その直後、患者から「ちょっと痒い」という発言があり、この患者がヨードアレルギーであったことに気付いた。すぐにアルコール綿でヨードを拭き取った。	確認不足であった。これまでスワブスティックを安易に使用していた。	・ヨードやアルコール、造影剤など、アレルギー症状が出現する可能性があるものを使用する前には必ずカルテと本人に確認する。	確認が不十分であった
93	第18回	患者は、手術の10日前からニチアスピリンを休薬していた。入院当日、朝食後薬を服用せず来院、昼食後内服するよう医師から指示があった。一旦預かった内服薬から一包化された朝食後薬を患者に渡し服用してもらった。その後、薬調べの際その中にニチアスピリンも入っていたことがわかった。医師に報告し、手術は予定通りまま2日の手術は行なわれることとなった。入院前日までの処方分の朝食後薬のニチアスピリンは抜かれていたが、その翌日から新たに処方された分にはニチアスピリンが中止されていなかった。	自己管理しており、ニチアスピリンは休薬されていると思い込んでおり、確認を怠った。朝食後薬を早く飲んでもらわないと思っていた。外来と在宅との連携ミスがあった。	・一包化されていても、処方箋と確認する。 ・手術前の中止薬をしっかりと伝え連携する。	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) 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
94	第18回	患者に点滴とスポラミン1Aを筋肉注射の指示が出た。内科処置室にてカルテ内容を確認し混注した。外科処置室看護師がその点滴を引き受けた。筋注施行前に、看護師が前立腺肥大の既往があることに気付いた。	医師が指示を出したので、信じてしまった。カルテの既往歴を確認していなかった。患者に急かされた上処置室内に沢山カルテがあり、慌てていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・指示があっても必ず、カルテの既往歴を確認する。 ・忙しい時こそ落ち着いて確認する。 ・薬品棚に、禁忌の病名を明記する。 	<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>
95	第18回	帝王切開の術後の点滴を実施し、4時間後にその点滴内にアトニンの混注指示が出ていることに気付いた。医師に確認したところ、手術室での申し送りを受ける際に看護師にアトニンを混注することを言ったとのことであったが、その看護師はその発言に気付かなかった。	医師と看護師のコミュニケーションが不足していた。口答指示が曖昧だったため確認として点滴追加の際は要注意することを徹底する。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師その間の出血状況、子宮収縮状態を報告、2本目より混注していくこととなる。 ・わかるように指示を出す、急な指示は臨時注射箋とともに看護師に声をかける。 ・新しい指示が出ていないかダブルチェック時に患者スケジュールを確実に確認する。 ・医師の声に耳を傾ける。 ・術後パスに追加する際は、臨時注射箋を看護師に渡すことを徹底する。 	連携