

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
【薬剤間違い】					
1	第17回	ナウゼリン錠10mg 3錠分3処方、ナイキサン錠で調剤し、第1・第2鑑査をすり抜けて払い出した。患者に投与する際、看護師が確認したところ間違いに気付いた。	薬品名が類似していたため薬品を取り違えた。薬品の規格の見落としが重なって発生した。	・1規格しかない薬品も、規格(mg・数)まで確認する。	確認が不十分であった 類似名称
2	第17回	他院でビクシリンが投与されていたが、それを“ビクリン”と同じ薬だと思い誤って使用した。処方して2日後に当事者が気付いた。	当院にビクシリンは採用されていないが薬剤の名前の類似による思い込みが発生した。	・他院からの紹介状の確認と、当院になり薬剤については、薬剤師への問い合わせ等を行う。	確認が不十分であった 類似名称
3	第17回	主治医より、〇月7日夕よりエクセグラン開始の指示があり、処方された薬をセットした。しかし、患者は既にエクセミドという(ジェネリック薬)同一成分の薬を内服していた。準夜勤務者が同効薬を重複与薬したが、患者のバイタルサイン、一般状態には問題がなかった。〇月8日主治医に報告し、エクセミドの内服を終了し、エクセグランを内服することになった。	薬が処方され、セットする時点で現在飲んでいる薬は何か確認を怠ったために、同一成分の薬が処方されている事に気付かなかった。持参薬一覧のコピーがカルテに綴られてれていなかった。持参薬一覧表に記載されていたが気付かずセットしてしまった。	・処方された薬をセットする時は現在飲んでいる薬を必ず確認する。	確認が不十分であった 類似名称
4	第17回	血圧が高値であった為、頓用のセパミットを投薬しようとしたところ、頓用の残薬がなかった為、定時のセパミットを使用することになった。看護師間でダブルチェックを行った後、患者へ投与した。その後、屯用薬はセパミット細粒1%10mg、定時薬はセパミットR10mgであり、誤薬したことが判明した。	思い込みで行動した。	・思い込みで行動せず、ワークシートの最後まで確認を行う。 ・薬の代用はせず、屯用薬がない場合は再度医師へ依頼する。 ・屯用薬の残りがなくなった場合は引き続き使用するか確認後、医師へ処方を依頼する。	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
5	第17回	サワシリン(250)3C3×のところ、誤ってサンリズム(25)3C3×で調剤されているものを鑑査し、間違いを見逃した。病棟看護師が気づき薬剤部へ連絡した。	気が散漫としている中、鑑査に入り、確認を怠った。いつも行っている鑑査手順を踏まず、確認不十分のままになった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ピッキング時に見る薬剤名が表示されているレシートの薬名表記を似ている薬名について注意喚起の印をつける。 ・鑑査業務にはいる準備、環境を整えた上で、手順に沿った鑑査方法を行う。 	<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>
6	第17回	入院臨時処方でグリミクロン錠、2錠調剤するところ、誤ってオイグルコン錠、2錠調剤した。間違った薬が病棟に行ってしまったが、内服前に看護師が気づき、患者には投与されなかった。	土曜日の日直時間帯であり、注意力が不足していた。また引き出しが一緒だったため、よく確認を行わず、グリミクロン錠だと思いこんで調剤をした。また、2次救急であったため別の薬剤師が鑑査を行ったが、間違いに気付かず病棟へ払い出した。	<ul style="list-style-type: none"> ・引き出しが同じために取り違いが起きてしまったため、薬剤の場所をより判別し易いように変更し、取り違えがないようにした。 ・特に引き出しに何種類かの薬があるものを調剤する場合は良く確認を行い調剤をする。 ・思い込みは持たず、ヒートに記載の薬剤名を確認する等注意する。 ・鑑査の際にも十分注意を払い確認を行う。 	<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>
7	第17回	化学療法中(R-CHOP)の患者に対し、誤ってプロトコルに含まれない他の化学療法薬(ラステット)を投与した。	入院後に内服薬を院内処方に切り替える際、以前に外来で短期間だけ投与していたラステットを含めて院内処方としてしまった。当日は体調不良であり、処方内容の確認を忘れた。	<ul style="list-style-type: none"> ・院内処方に切り替える際、個々の薬剤に関して必要性を吟味しつつ処方し直す。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>身体的状況(寝不足・体調不良等)</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
8	第17回	インフューザーポンプで化学療法施行予定であったが、患者の希望によりインフューザーポンプを使用せずに化学療法を行うことになった。新しい処方で行う予定であったが、抗悪性腫瘍剤が入っていない点滴は処方内容が同じであると思い、それを施行した。本来ならカイトリル・デキサート・プリンペランを生食100mLで溶解したものと、アイソボリンを5%ブドウ糖250mLで溶解したものを投与する予定であったが、デキサート・プリンペラン・グラニセトロンを生食100mLで溶解したものとレボホリナートを5%ブドウ糖250mLで溶解したものを投与した。他の看護師に中止オーダーの点滴を施行していることを指摘され、誤って投与したことに気付いた。	中止された時点でその点滴を返納していなかった。中止された処方と新処方の内容について、無菌調整のものだけ違うと思ひ込み、抗悪性腫瘍剤が入っていない点滴内容は同じであると思ひ、中止されたものを使用した。中止された処方と新処方の内容を確認していなかった。手順を確認せず、医師と看護師の点滴内容の確認をしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・中止オーダーを確認したら、誤って投与しないようにすぐに返納する。 ・オーダーが変更された時に何が変更されたか確認する。 ・化学療法施行時の手順を再度確認する。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>心理的状況(慌てていた・思ひ込み等)</p>
9	第18回	3クール目までの前投薬はカイトリル・デキサート・レスタミンであったが、今回からガスターが入っていた(カルテ、注射伝票とも)。カルテに貼る処方シールが新しいものに変っていたため、オーダー誤りと思ひ医師に確認した。医師は「コピーペイストをしたのに何故このようになったのだろう。」と話した。再度、医師に指示を受けた。	当該患者における化学療法の投与方法(前投薬含め)は、アレルギー対策を考慮し乳腺内で移行中である。そのため患者により様々な投与方法が混在している状態であるが、セット処方やカルテ用処方シールがそれに伴っていないため、指示出しの時に修正を行なわないと、前回と違う投与方法になってしまう。	<ul style="list-style-type: none"> ・投与方法の統一を行う。 ・医師は、移行中であることを考慮し、指示出し時には患者に合わせて確認を行なう。 	<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
10	第18回	無菌製剤室でのケモの混注で、本来5%ブドウ糖液250mLにエルプラットを混注しようとしていたが、誤って、事前にレボホリナートを混注した5%ブドウ糖液250mLにエルプラットを混注してしまった。鑑査者もそのことに気付かず観察室に払い出した。観察室にて、一方の5%ブドウ糖液250mLが未開封であったことに看護師が気づき、発見に至った。	確認が不十分であった。混注後、すぐに薬剤に「混注済み」のラベルを貼らなかつたため、混同した。	<ul style="list-style-type: none"> ・「混注済み」のラベルは、混注を行なったその都度、貼り付けることを再度徹底する。 ・混注する時は、安全キャビネットに1患者ごとに入れ混注を行う。 	確認が不十分であった
11	第18回	KCL 1アンプル混注の指示を受けたが、引き出しにあるアスパラギン酸カリウムを取り出し、使用した。看護師2人で確認したが、アスパラギン酸カリウムをKCLのことだと思っていたため、間違いに気付かなかった。	当院でKCLを取り扱うのが初めての看護師であった。事故防止のため、KCLは外来には置いていなかったが、アスパラギン酸カリウムは定数管理で保管してあった。その引き出しには「KCL⇔アスパラギン酸カリウム 類似注意」と記載されていたが、そのことでかえって誤解を招いた。	<ul style="list-style-type: none"> ・再教育する。 ・表示の変更(引き出し内に、KCLは薬局へ注文と記載する)。 	<p>知識が不足していた・知識に誤りがあった</p> <p>心理的状況(慌てていた・思い込み等)</p>
12	第18回	外来処方時、マイスリー5mgを処方するところ、マイスタン5mgを選択してしまった。当院の電子カルテオーダーリングシステムでは先頭3文字検索機能がある。	類似名薬があることの注意喚起するワーニングが出ない。先頭3文字検索でヒットする薬剤が複数存在する。	<ul style="list-style-type: none"> ・選択画面にて製剤名と薬効分類を表示する。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>類似名称</p> <p>オーダーリング時等の誤入力</p>
13	第18回	フェジンを生理食塩水で希釈する指示がでたため、患者に投与した。薬剤師より誤りを指摘された。1回投与のみの誤りであり、患者への影響は不明である。	フェジンの使用方法について、医師も誤っていた。実施した看護師も生食溶解禁ということを知らなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・フェジンの薬剤棚に「生食禁」のラベルを貼った。 ・安全対策ニュースに掲載した。 	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
14	第18回	患者の内服薬には「カルナクリン」と「カルデナリン」があった。「カルナクリン」の内服について、呼吸器科医師に確認し、内服中止となった。ワークシートに記載する際、「カルナクリン」の欄に中止と記載するところ「カルデナリン」の欄に「中止」と記載し、看護師が内服欄に×をつけてた。降圧剤の指示を担当していた腎臓内科の医師は、カルデナリンが中止されているとは知らずに、血圧が高かった為に「ワイテンス」を追加処方した。ワイテンスが処方された翌々日にカルデナリンが中止となっていることに気付き、カルナクリンと間違っていたことがわかった。	「カルナクリンは飲まない」という指示が、「カルデナリン中止」と指示が摩り替わってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・口頭指示で動いていた為、変更や中止の指示は医師にワークシートにサインとともに指示をもらうようにする。 ・タイムリーにワークシートに反映出来ない場合は口頭指示受け用紙を用いる。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>記録等の記載</p> <p>類似名称</p> <p>オーダーリング時等の誤入力</p>
15	第18回	セロクラール10が処方されていたが、調剤補助者の事務職員が薬剤棚からセレプトロール100を出した。薬剤師が、カルテ記載の処方内容と出す薬剤を確認して渡すことになっているが、薬剤の取り違いに気付かずに、患者に与薬した。翌日、患者が持参していた、残薬(セロクラール)を確認した際に、渡した薬(セレプトロール)との剤形の違いにより、薬剤を間違えたことに気付いた。患者は、処方薬を服用前であった。患者が、β遮断剤のセレプトロールを実際に与薬通りに、内服したら、徐脈や、心機能低下をきたし、心不全を起す危険性があった。	薬剤の棚からの取り出しと、薬剤名の確認は、二重チェックするルールになっていたが行なっていなかった。薬剤師がカルテ内容と、薬剤名の最終確認することになっていたが、慣れが生じ、確認作業を怠った。似た名前の薬剤がある場合に、薬剤棚に注意喚起の表示をすることになっているが、今回の薬剤にはその表示がなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・二重チェックの原則を徹底する。 ・似た薬剤名の再確認及び、薬剤棚に表示をした。 ・必ず規格確認も徹底する。 	<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
【薬剤量間違い】					
16	第17回	定期の夕食直前のインスリン注射のオーダー(注射ラベル)が出ておらず、スタッフステーションで担当看護師が、夕食直前のインスリン投与量を電子カルテで確認して病室で実施したが、投与量を誤認し、6単位のところを10単位皮下注射をした。翌朝の食直前のインスリン注射する際、間違いに気づき医師に報告した。患者は、夜間低血糖発作もなく朝食直前であったので、経過観察となった。	定期のオーダーが切れている事に早く気づけなかった。整形外科の患者であったが、インスリンのオーダーは内科の医師であったことも背景にある。	<ul style="list-style-type: none"> 指示を確認する時に、紙に書き写しダブルチェックを行い、ベッドサイドで再度確認してから実施する。 電子カルテをベッドサイドへ持って行き、その場で確認し実施する。 部署内に周知し注意喚起を行う。 	確認が不十分であった
17	第17回	髄液よりグラム陽性菌の検出あり、予防的に塩酸バンコマイシン0.5g(4回/日)、メロペン2g(3回/日)開始になった。メロペンは0.5gの規格であり、1回4V投与する必要があったが、1Vしか投与しなかった。	作成時のワークシート確認では、メロペンとバンコマイシンともに0.5gの規格であった。ワークシートに上下に並んで記載されていたため、1回量を読み間違えていた。投与時も十分に確認せず投与した。投与直前、他のことに気をとられ、患者確認はしたが、薬剤の確認は行わなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 目で追うだけでなく、指を差して、ワークシートの内容を確認することで、読み間違いを防ぐ。 普段1Vで投与することが多い抗生剤であり、思い込みも原因として考えられるため、指示量を必ず確認する。 薬剤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>
18	第17回	夕から処方された内服薬を本人に飲んでもらう時に、1日量を1回量と見間違えてしまい、2T2×のところを2T1×で投与した。看護師管理だったため、深夜で内服をセットする時に朝に内服する分がないことに気が付いた。	1日量を1回量と見間違えた。	<ul style="list-style-type: none"> 看護ワークシートの見方をもう一度確認し、看護ワークシート・注射ワークシートの記載方法に違いがあることを意識する。 初めて投与する薬剤は、作用・用法・用量を自分で調べてから、正しいか確認し投与する。 ワークシートの括弧に頼らず、1回量・1日量・いつ飲む薬なのかを判断し、内服チェックする。 渡された薬剤が間違っても患者が判断できないなど、内服を看護師管理にしている理由を再考する。 	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
19	第17回	患者にCDトキシンが検出され、バンコマイシン1バイアル4×(4回に分けて)の指示であったが、1バイアル×4(1回1バイアルを4回投与)だと思いこみ、セットした。他のスタッフも1回1バイアルだと思い投与した。	指示受けの際、多忙であり、医師に用量の確認ができていなかった。また、メンバーへの指示もきちんと用量を伝えておらず、セットの際も何日分の指示かの確認を怠った。処方箋で何日分の指示であるのか確認できていなかったため、より発見できなかった。今までの投与経験が、1回1バイアルであったため、今回もそのように思い込んだ。	<ul style="list-style-type: none"> 指示を受ける時は、誰に何をどのよう、どのくらいの量を投与するのか確認を怠らない。 メンバーに指示を出す時も同様に指示を出す。 薬のセットをする時は、処方箋とワークシートを必ず確認する。 何日分の指示であり、処方された薬が足りているのか確認していく。 個人の身体状況を考えながら実施していくとともに自分自身、経験上から思い込んでしまう傾向があることを頭にいれておく。 メンバーもセットが正しいと思いきまず、ダブルチェックの意味を考え、誰に何をどのようどのくらいの量で投与するのかの確認を怠らない。 	<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>記録等の記載</p>
20	第17回	入室した患者の挿管をする際、ドルミカム1mg/1mLの希釈で作成する口頭指示が出た。リーダーは家族対応で不在であったため、リーダーに連絡せずに口頭指示を受けた。指示の1mLの部分のみ頭に残り、5mg/1mLのドルミカムを口頭指示メモなしで1A必要であることのみ伝えてダブルチェックし、準備した。残液の1mLについてもダブルチェックをして破棄した。医師に渡した際に原液であることを指摘され、患者に投与することはなかった。	ダブルチェックしたメンバーは伝票がないこと、希釈して準備するものと思いこみ、疑問に思ったが確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 指示が出た場合にはリーダーに受けってもらうようにし、自分では指示を受けないようにする。 口頭指示は口頭指示メモを元に薬剤の作成を行う。 リーダーは挿管に必要な鎮静薬の指示をメンバーに伝えてから場を離れる。 疑問に思ったことは声に出して確認する。 	<p>確認が不十分であった</p>
21	第17回	ジゴシン錠(0.125mg)0.5錠の処方に対しジゴシン錠(0.25mg)0.5錠で調剤した。気付かないまま12日間投与した。その後医師、看護師及び患者に説明した。	処方箋に「ジゴシン(0.125mg)」とあったが、当院には0.25mg錠しかないの、思い込みから間違えた。文字が小さく分かりにくかった。	<ul style="list-style-type: none"> ジゴシンに関しては、普段から気を付けているが含有量のチェックは特に気をつけるようにする。 医師には処方文字を大きく書いてもらう。 	<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
22	第17回	<p>準夜帯の初めに抗生剤などのオーダーが出されたが、22時投与分と次の日の6時投与分において過小投与した。医師のオーダーは『[指示内容]メロペン注0.5g [数量]1[単位]g』となっていた。指示を確認し、点滴を薬局から取り寄せ準備し、看護師2人でダブルチェックを行った。[単位]は「g」ではなく「瓶」での指示が多く、「メロペン0.5g 1瓶」投与だと思い込んでいた。日勤者から指摘され事故に気付いた。</p>	<p>思い込みで行動した。ダブルチェックが基本に乗っ取っていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・指示内容や数量だけでなく、単位まで確実に声に出してダブルチェックを行う。 ・医師に単位の統一した入力を依頼した。 ・疾患や病態から薬剤や投与量なども考え行動する。 ・思い込みを防止する為に基本に忠実に確認する。 	<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>
23	第18回	<p>申し送りシート作成時、インスリン量を書き間違え、次の勤務者がそのシートを参考にフリーシートを作成した。本来なら、ノボラピット30を10単位投与するところ、30単位施行した。患者の頭元にあるボードには、10単位と記載があり、実施者は施行前に単位が違うことに気付いていたが、申し送りシートが30単位と記載されていたため、ボードを書き直し施行した。</p>	<p>指示の転記時に無意識で書いた。準夜の部屋持ちと、リーダーの間できちんと確認が出来ていなかった。実施者が単位数と、頭元のボードが違うと気付いたが、申し送りシートだけで確認を行なった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・転記は必要最小限にし、申し送りシートばかりに頼らず、指示簿からも情報収集する週間をつける。 ・指示変更時は、何時から変更かを必ず明記する。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>記録等の記載</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
24	第18回	インスリン療法を行なっている患者が発熱、嘔気のため緊急入院した。血糖値が626mg/dLであったため医師はヒューマリンRを6単位投与する指示を出した。看護師はヒューマリン6単位は0.6mLであると思いインスリン用のシリンジではなく、1mLシリンジに準備した。別な看護師とダブルチェックする際、看護師は指示書をもとに日付、氏名、薬品名、ルート、量を確認しサインをした。その後、医師が患者に投与した。看護師は薬剤量に疑問があったためバイアルの単位数、量を再度確認し、インスリンの量が誤っていたことに気付いた。間違いに気付き、直ぐに患者のもとに行ったが、既に患者にインスリンが投与されていた。	間違っただブルチェックの際(サイン後に単位数に対する量を再確認したこと)、他のスタッフから「6単位は0.6mLだよ」と確認された時、自分で確実に計算しなかった。また、相手に「そうですね」と返事をしなくてはいけない雰囲気だった。インスリンを静注するという経験がこれまでになかったため1mLのシリンジに吸った。さらに6単位なのに量が多いと感じたが、自信がなくOKとした。看護師の知識が不十分であった。その場で疑問に思ったこと(気付いたこと)をすぐスタッフに相談しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ダブルチェック時、疑問を抱いたら、その場で「ちょっと待ってください」とすぐスタッフへ言う。 ・ダブルチェックで量を確認する際、「自分で計算をしてみますので待ってください」と言い、確実な量を算出する。 ・インスリンを吸う場合は専用のシリンジを使用する。 	<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>
25	第18回	「パキシル20mg1錠2×」の院外処方箋が「パキシル10mg2錠2×」に変更になったとの電話を外来から受けた。薬局にてオーダー画面上の処方を変更したが、患者の院外処方箋は変更されていなかった。調剤薬局からの問い合わせを受けてわかった。	院外処方箋の変更方法が徹底していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・院外処方箋の変更方法を徹底する。 ・院外処方箋は医師が手書きで直す。 ・オーダー画面上は薬局で訂正する。 	記録等の記載
26	第18回	硫酸アトロピン療法を行なっている患者に、0.06mg/kg/dayを7分割し投与する指示を出したが、注射ワークシートの1回量記載の欄に1日量を記載し、フリーコメントにて分割投与を指示したため、1日量を1回量であると認識され、過量投与となった。看護師との指示内容の確認の際に間違いに気付いた。	硫酸アトロピン療法を一時中止し、経過観察。両親に主治医から過量投与について説明を行なった。	<ul style="list-style-type: none"> ・プロトコールの見直しを行ない、医師、看護師ともにわかりやすいものに変えた。 ・投与量の計算方法などを記載した。 ・注射ワークシートには1回量の入力を徹底することとした。 ・指示出し指示受けの際には、復唱することを再確認した。 	<p>確認が不十分であった</p> <p>記録等の記載</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
27	第18回	「トロンビン液モチダソフトボトル5000 3本外用 用法-全量分水で薄めて全量60cc 1日3回3本/3×2日分」が処方された。医師は「1回1本 1日3回」のつもりで処方したが、外用用法で入力したため、薬剤師は2日分の全量が3本と思い込んで調剤し、「1回0.5本 1日3回」の用法用量で病棟に払い出した。本処方は何回か処方修正されたため薬剤師が不安に思い、パソコン画面で患者の診療録を確認したところ、処方箋に反映されていない医師のコメントを見つけた。そのパソコン内容と処方箋に矛盾があることに気付き、医師に確認したことで間違いを発見した。その後病棟薬剤師が主治医に報告し、患者にトロンビン液を追加投与した。	医師、病棟薬剤師、調剤室にいる薬剤師の連絡・伝達に不足があった。パソコン画面上に載っている医師のコメントが処方箋には反映されなかった。今回の処方において、トロンビン液モチダソフトボトルは内服して使用するにも関わらず、外用用法でしか処方入力ができなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤室と病棟で連絡を密にとることで、伝達ミスや不足をなくす。 ・医師が入力したすべてのコメントが処方箋に反映されるように、コンピューター室に依頼する。 ・トロンビン液モチダソフトボトルが内服用法でも処方箋入力出来るようにマスターを変更する。 	連携システム
【方法間違い】					
28	第17回	分娩直後、ルーチンのオキシトシンボトル混注を、筋注と間違えた。オキシトシンのダブルチェックは行い、「オキシトシン打ちます」といって筋注した。周りのスタッフは混注すると思っていたので気付かなかった。	流産手術や、人工中絶手術時はオキシトシン筋注するので間違えてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤のダブルチェックだけでなく筋注するか、混注するか確認する。 	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
29	第17回	患者にシプロキサ300mg/150mLを生食100mLで希釈し投与する指示であったが、生理食塩水で希釈せずに投与したことを勤務終了後にリーダーに指摘された。	初めて投与する薬であったが投与方法・薬剤作成の方法をリーダーや先輩看護師に確認せず大丈夫だろうという安易な気持ちで投与した。抗菌薬ということは知っていたが副作用について調べていなかった。ワークシートでの確認が不適切であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・今後初めて作成する薬剤や投与方法がわからない薬剤に対してはリーダーやメンバーに確認していくことを徹底する。 ・シプロキサはPHが低く、血管炎や静脈炎を起こす危険性があるため、投与する上で患者に起こるリスクを考え、思い込みで投与を行わない。 ・慌てていたことや思い込みからワークシートでの確認を怠っていたため薬剤作成時の3回確認を徹底し安全に投与ミスがないよう徹底する。 	<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>
30	第18回	点滴指示書で確認後フェノバル1Aを静脈注射した。施行後、医師が使用する薬剤という知識があり、静脈注射に対し不安を感じた為、薬の辞典で確認すると皮下注射、筋肉注射で施行と記載されていた。再度点滴指示書を確認すると筋肉注射の指示の欄にチェックがしてあることに気付いた。	注射伝票の確認の仕方を把握していなかった。薬剤の使用法と薬効について知識が不足していた。曖昧なままで行動してしまった。静脈注射だと思い込んだ。確認が出来なかった。点滴を朝の準備の時点で確認をしていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・注射伝票の確認の仕方を把握し徹底する。 ・使用法と薬効の知らない薬剤は調べて把握してから施行する。 ・与薬をすることで患者にどのような影響があるのか責任をもって把握する。 ・点滴を準備する時点で受け持ち看護師が行う。 	<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
31	第18回	経皮胆管ドレナージを行ない帰室後、医師から輸液(ソリタT1)の追加指示があり、準備をして患者の元へ行った。外科医師、消化器内科医師と看護師で点滴内容を確認して接続する際、ルートを十分確認せずに三方活栓に接続した。消化器内科医師が接続が違うのではないかと言いルートを確認したところ、PTCDチューブの三方活栓に接続していることに気付いた。新しいルートに変えCVラインにつなげ直して点滴を開始した。	ルート類やチューブ、心電図モニターの配線などで混雑している状況であったにもかかわらず、点滴ルートを刺入部までたどってみることを怠ってしまった。また、CVラインに接続した三方活栓(病棟で使用しているものとは違うタイプのもの)は透視室で点滴をする際に私が追加したものであり、同じ三方活栓がPTCDチューブにも使用されていたので、CVラインのものであると思い込んでいた。	<ul style="list-style-type: none"> ・CVラインとPTCDチューブに同じ三方活栓が使用されていたため、CVラインの三方活栓は外しさらに点滴ルートをCV用の閉鎖式点滴セットに換えた。 ・PTCDチューブの三方活栓部分には赤テープで表示し、電子カルテ内の掲示板及び看護記録内に点滴セットが接続できないので注意するように記載した。 ・ルートの接続は刺入部まで確認する。 ・PTCDチューブの三方活栓には点滴ルートが接続できることを表示する。 	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)
32	第18回	デュロテップパッチの指示は、「3日ごと貼りかえ」であったが「中3日」と勘違いし、次回の貼替え日が1日遅れた。	処方箋を組む際に「3日ごと」というのは認識していたが「3日ごと」=「中3日」と勘違いし間違えて記載してしまった。記載した後も組み方があっているか確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・処方箋を組むときは用法用量を声に出して確認し、間違えないように処方箋を組む。 ・「3日ごと」「中3日」がどのような意味を持つのか考えながら処方箋を組む。 ・患者に3日ごとに貼替えであることを教育し、貼り替え日に看護師が貼り替えにこない場合は自ら申し出るよう指導する。 ・各勤務体でデュロテップパッチの処方箋及びきちんと貼られているかを確認する時に、日付や貼り替え日が合っているか確認する。 	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)