

事例 6541: (点検を怠った人工呼吸器の停止によりチアノーゼ

となった事例)

発生部署 (入院部門一般) キーワード(人工呼吸器、モニタ、警報、定期点検)

■事例の概要(全般コード化情報より)

発生日【4月】 発生日【日曜日】曜日区分【 平日 】発生時間帯【12時～13時台】	
発生場所【 病室 】	
患者の性別【男性 】 患者の年齢【67歳】	
患者の心身状態【 障害なし 】	
発見者【 家族・付き添い 】	
当事者の職種【 看護師 】	
当事者の職種経験年数【2年0ヶ月】	
当事者の部署配属年数【2年0ヶ月】	
発生場面 (薬剤・製剤の種類)	【 人工呼吸器 】
発生内容	【 医療用具(機器)の故障 】
発生要因-確認	【 呼吸器の点検はしていた 】
発生要因-観察	【 ナースコールが鳴りすぐに訪室した 】
発生要因-判断	【 アンビューで対応した すぐ医師に報告した 】
発生要因-知識	【 機器については知識を得ていた 】
発生要因-技術(手技)	【 】
発生要因-報告等	【 主治医にベルコールし当直師長に連絡、翌日病棟師長に報告】
発生要因-身体的状況	【 休憩時間でスタッフが3人だった 】
発生要因-心理的状況	【 すぐに駆けつける余裕があった 】
発生要因-システムの不備	【 】
発生要因-連携不適切	【 】
発生要因-勤務状態	【 】
発生要因-医療用具	【 】
発生要因-薬剤	【 】
発生要因-諸物品	【 】
発生要因-施設・設備	【 】
発生要因-教育・訓練	【 】
発生要因-患者・家族への説明	【 】
発生要因-その他	【 】
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】	
備考【 】	

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

2004年4/18日13:00呼吸器装着中の患者の家族からナースコールがあり訪室すると、呼吸器の気道内圧の上昇・下限のランプと作動不良ランプが点滅しアラームが鳴っていた。気道内圧のメーターは0になっており呼吸器が作動しておらず患者がチアノーゼをおこしていた。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

メーカーから次回の機械の点検日は2002年10/5の予定になっていたが点検をしていなかったためか？

■実施したもしくは考えられる改善策

すぐ側に置いたあったアンビューバックにつなぎ換え対応し、Spo2が99%まで上昇し患者も落ち着いた。ナースコールを押して他のスタッフを呼び、自発呼吸のある患者であった為ジャクソンリースに変更した。主治医にベルコールしすぐに電話連絡あり、状況説明を行い指示にて他の呼吸器を同設定で用意してつなぎかえた。呼吸器変更後もSpo297%あり患者の状態は落ち着いていた。当直師長に連絡し、翌日病棟師長に報告した。呼吸器のメーカーから提示されている点検日は守るべきであった。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

人工呼吸中の警報と患者モニタについて

家人によるコールで訪室していますが、モニタ機器の警報を確認する医療者の配置は、適切だったのでしょうか。警報を聞き取ることが可能な音量設定だったのでしょうか。パルスオキシメータによる連続モニタは行っていたのでしょうか。また、心電図テレメータによるモニタは行っていたのでしょうか？それらの記載がありませんでした。

生体情報モニタは、人工呼吸器の警報と共に二重の安全対策となります。

人工呼吸器の条件設定と患者管理について

訪室時の人工呼吸器の状態は、「作動不良ランプが点滅し警報が鳴っていた。」とありますが、人工呼吸器設定条件の記載がなく、気道内圧0だけでは装置の故障か、回路はずれによるリーク警報か判別することができません。実施された用手換気による人工呼吸、応援者のコール、主治医への報告、別装置への変更は適切な対応であったと思いますが、個室管理の人工呼吸器使用患者に対する緊急時の手順等が記載されていると改善策を立てやすいと思います。

保守点検について

今後人工呼吸器の定期点検を行うべきとしていますが明確な方針が示されていません。

■改善策に関するコメント

改善策に「人工呼吸器メーカーの提示する点検日を守るべきであった」とするだけでは足りないと思います。人工呼吸器の警報設定、生体情報モニタ、装置の保守点検について以下を参考に改善策を立ててください。

警報設定の意義

警報設定は、人工呼吸器を使用する患者ごとに行い設定値を外れたときに確実に作動し、医療者の耳に届く音量とすることが重要です。この療法に関わる医療者は、以下の各警報の意義を理解し認識を共有し警報発生時の対応方法を決めておく必要があります。

- ・最低分時換気量、最低気道内圧、無呼吸、低電圧の警報は、救命的警報である。
- ・最高分時換気量、最高気道内圧、頻呼吸の警報は、合併症予防の警報である。
- ・呼吸回路への一時的操作によって警報が作動しても警報設定を解除しない。
- ・人工呼吸療法中に呼吸器作動の一時的な中止に伴って警報解除を行った場合は、その場で必ず復旧させる。

生体情報モニタの有用性と緊急時安全対策

人工呼吸中の患者モニタとして、動脈血酸素飽和度や呼気中炭酸ガス濃度をモニタするパルスオキシメータやカプノメータの併用は、人工呼吸器のトラブルなどによる換気不良の早期発見に役立ちます。また、医療者の目の届かない病室などで人工呼吸器を使用する場合は、心電図テレメータによる心電図波形、呼吸波形、心拍数のモニタを必須とすべきです。また、緊急時に備えて用手換気バッグを装置のそばに常備しておくことも重要です。

保守点検に関すること

この事例では、院内の保守管理体制が不明です。生命維持管理装置である人工呼吸器のメーカー指定の点検期日を1年以上見過ごしていたことは大きな問題です。人工呼吸器を含めた医療機器の保守点検は、医療機関における業務であることが医療法に規定され、製造(輸入販売)業者も必要な安全対策を講じることが薬事法に規定されています。

現在、医療機関における医療機器の保守管理を、その専門職である臨床工学技士が主体的に行い得るように医療機器管理室の整備事業が進められています。人工呼吸器を含めた各種の医療機器を適切に保守管理し安全への取組みをさらに進めることが患者の安全確保につながります。それとともに生命に関する影響が大きい機器の一覧リストを作成し、機器が適切に保守されているかどうか、経営責任者が一目で分かるようにします

【参考資料】

○「生命維持装置である人工呼吸器に関する医療事故防止対策について」

(平成13年3月27日、医薬発第248号)

○「医療スタッフのための人工呼吸療法における安全対策マニュアル」Ver.1.05

平成14年11月、社団法人日本臨床工学技士会、<http://www.ijjnet.or.jp/JACET/>

○「人工呼吸器安全使用のための指針」

平成16年12月8日、日本呼吸療法医学会人工呼吸安全管理対策委員会編

<http://square.umin.ac.jp/jrcm/page018.html>

事例 9510: (シリンジポンプ交換時の三方活栓のロック)

発生部署 (入院部門一般) キーワード (機器一般)

■事例の概要(全般コード化情報より)

発生月【月】 発生曜日【金曜日】曜日区分【平日】発生時間帯【14時～15時台】	
発生場所【病室】	
患者の性別【】 患者の年齢【歳】	
患者の心身状態【手術後】	
発見者【】	
当事者の職種【看護師】	
当事者の職種経験年数【0年2ヶ月】	
当事者の部署配属年数【0年2ヶ月】	
発生場面 (薬剤・製剤の種類)	【】
発生内容	【】
発生要因-確認	【】
発生要因-観察	【】
発生要因-判断	【】
発生要因-知識	【】
発生要因-技術(手技)	【】
発生要因-報告等	【】
発生要因-身体的状況	【】
発生要因-心理的状況	【】
発生要因-システムの不備	【】
発生要因-連携不適切	【】
発生要因-勤務状態	【】
発生要因-医療用具	【】
発生要因-薬剤	【】
発生要因-諸物品	【】
発生要因-施設・設備	【】
発生要因-教育・訓練	【】
発生要因-患者・家族への説明	【】
発生要因-その他	【】
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】	
備考【】	

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

全身麻酔で手術を受け、帰室される。手術室からのシリンジポンプを使用していたので、シリンジポンプを交換した。その際に、三方括栓をロックし、セッティングした。V. Sチェックに訪室した際、閉塞ランプが点灯していた為に、シリンジルート確認をしたが、原因となるものがないと判断し、開始ボタンを押した。OPE後チェック時にも再び閉塞ランプが点灯していたが、V. Sチェック時同様に判断し、開始ボタンを押したが作動しなかった為、先輩に確認依頼し、三方括栓がロックされたままであることを指摘され、事故発覚となる。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

思い込みによるルート確認の怠りがあった。他の時間処置が必要な患者さまのことを考えていた為に、自分にゆとりがなかった。

■実施したもしくは考えられる改善策

ルート確認の徹底。本体から刺入部までの一連の流れを追い、しっかり薬剤が入っているかの確認。刺入部の状態の観察。一つ一つの事に集中して業務を行う。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

当事者の経験年数は、2 ヶ月とありますが、教育内容や業務配分、先輩看護師等の支援体制についての記載があると、より改善策につながる分析が可能になります。

■改善策に関するコメント

新人看護師の教育支援体制の強化と有効なチェック方法の検討

本件は、2 度の閉塞アラームにも関わらず、シリンジポンプが作動不能になるまで、三方活栓のロックされていることに気付かなかった事例です。当事者の経験年数は、2 ヶ月とあり、「他の時間処置が必要な患者さまのことを考えていた為に、自分にゆとりがなかった。」とあります。帰室直後に先輩等のダブルチェック体制がとれなかったことも、時間が経過した一要因となるでしょう。また、業務配分や、この当事者の看護師の手術やシリンジポンプを扱った経験数はどのくらいだったでしょう。シリンジポンプの機器については、使用手順を説明するだけでなく、触って実際に動かしてみる等の演習を含めた効果的な研修が必要です。また、輸液ポンプ・シリンジポンプにおいては、新人が起こしやすいヒヤリ・ハット事例を中心に、①薬液注入開始時、②ポンプ交換時、③薬液注入一時停止後の再開時、④シリンジ交換時等の段階と各段階でどこをどのように(例. ルートをたどる等)確認するのか教育訓練し、医療機器使用時はチェックリスト等で確認していく必要があります。

特に、手術帰室時は指示の変更や処置の変更、時間観察等時間切迫の状況が生じやすく、過誤率は高くなります。したがって重要な薬剤のルートやシリンジの交換については、一人がチェックするのではなく、立場を変えた看護師等の人によるダブルチェック体制をとるよう考えることも重要です。

三方活栓の使用の再検討

三方活栓の使用は感染管理の点から、使用を控えクローズドシステムのコネクタの導入なども検討されています。針や三方活栓などの接続器を試用するよりも細菌感染の機会の減少だけでなく、針刺し事故の減少などにも有効とされています。

医療機器の中央一括管理による業務の効率化

「手術室からのシリンジポンプを使用していたので、シリンジポンプを交換した」という記述から、恐らくポンプ等の医療機器の管理が各部署単位であったことが予測されます。そのため、手術より帰室直後のポンプの交換という作業が必要となったのでしょう。もし、これが中央での一括管理となっていれば、このような場合のポンプ交換の作業が不必要となり作業の無駄もなくなります。普段当たり前の業務としてやっていることを、再度、安全管理の視点から見直し、システムを改善することで業務の無駄を無くすことがないか考えることも重要です。

事例 13590: (ヘパリン注入ポンプの操作ミス事例)

発生部署 (透析部門) キーワード(機器一般)

■事例の概要(全般コード化情報より)

発生月【 月】 発生曜日【金曜日】曜日区分【 平日 】発生時間帯【 時～ 時台】	
発生場所【 透析室 】	
患者の性別【 】 患者の年齢【 歳】	
患者の心身状態【 床上安静中, 障害なし 】	
発見者【 】	
当事者の職種【 看護師 】	
当事者の職種経験年数【 年 ヶ月】	
当事者の部署配属年数【 年 ヶ月】	
発生場面	【 】
(薬剤・製剤の種類)	【 】
発生内容	【 】
発生要因-確認	【 】
発生要因-観察	【 】
発生要因-判断	【 】
発生要因-知識	【 】
発生要因-技術(手技)	【 】
発生要因-報告等	【 】
発生要因-身体的状況	【 】
発生要因-心理的状況	【 】
発生要因-システムの不備	【 】
発生要因-連携不適切	【 】
発生要因-勤務状態	【 】
発生要因-医療用具	【 】
発生要因-薬剤	【 】
発生要因-諸物品	【 】
発生要因-施設・設備	【 】
発生要因-教育・訓練	【 】
発生要因-患者・家族への説明	【 】
発生要因-その他	【 】
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】	
備考【 】	

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

スイッチを入れているにもかかわらず、ヘパリン注入ポンプが作動しておらず、未注入にて経過し1時間毎のチェックで発見落としてしまい、血液回路内が凝血してしまい返血できなかった。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

透析機器の修理体制時間チェックのマンネリ化

■実施したもしくは考えられる改善策

透析器械の修理時間毎のチェックは可能な限り、別の看護師が行う注入している際はヘパリンポンプが点滅しているので確認する思い込みをなくす

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

具体的内容について

「スイッチを入れている」と書かれていますが具体的な部分を記入したほうが良いでしょう、抽象的表現では透析装置本体なのか、ヘパリン注入ポンプなのか、それとも両方なのかわかりません、また、「未注入にて経過」と記入されていますが、最初の点検はどうだったのか、いつ固まったのかを時間経過を追って記入してあると分析しやすくなります。

実施したもしくは考えられる改善策について

改善策には「別の看護師が行う」「思い込みをなくす」などの代替的方法、心理的方法を記入するのも良いでしょうが、手順、方法等の具体的な形で示すと良いと思われれます。

記入に関して

記入に関して具体的にわかるように記入しましょう。

事故状況が発生した後のことでも、「ヘパリンポンプが点滅しているので確認する思い込みをなくす」という記載の意味が、よく分かりません。

■改善策に関するコメント

定期点検の必要性について

透析装置などの生命維持装置は少なくとも1回/1年以上は定期点検を行わなければなりません。今回の事例で「スイッチを入れているにもかかわらず、ヘパリン注入ポンプが作動しておらず」と報告されています。定期点検を実施していればこのようなエラーは防止できます。また、ポンプの場合、ほとんどの機器がギヤーの噛み合わせで作動します、部品の劣化、破損等の発見も定期点検で把握できますので実施しましょう。点検に関しては臨床工学技士、メーカーの方々に行ってもらい、何時、誰がどんな内容の点検をしたか記録を残すことが大事です。

機器の作動状況について

具体的な内容から見ると最初から作動していなかったのか、途中から作動しなくなったのか状況把握ができません、透析装置の多くは通常スイッチをいれると自動的に注入が開始される仕組みであるが、注入速度がゼロ設定になっていれば、このような事例が報じる可能性があります。また、本来の血液透析装置を用いていたのか、それとも、血液浄化装置を用いて、ヘパリンポンプだけを違う物で使用していたかはわかりませんが、開始時の点検についても指差し確認、声だし確認等を行い、安全確実に実施されていることを確認しましょう。とにかく、ルーチン作業ではマンネリ化する傾向になります。

それを防ぐ意味でもダブルチェックを義務づけて2重、3重の密度の濃い点検体制を整えることがエラーをしても回復できる手段です。

委員会等の設立

臨床工学技士、医師、看護師、事務職員をメンバーとする、「機器保守契約検討委員会」を組織して生命に関する影響が大きい機器を選出し、機器保守が、院内スタッフまたは業者によってきちんと行われるような体制とする。

第4回（通算13回）記述情報（ヒヤリ・ハット事例）の分析について

1 記述情報の収集の概要

1) 収集期間

平成16年8月25日より平成16年11月24日まで

2) 施設数（カッコ内は前回の実績）：（第13回収集締め切り時 現在）

参加登録施設：1,259施設(1,235)

報告施設数：445施設(506)

3) 収集件数

区 分	件 数（カッコ内は前回の実績）
総収集件数	13,088件(16,878)
空白、重複件数	1,382件(2,460)
有効件数	11,706件(14,418)

2 分析の概要

1) 検討方法について

記述情報の収集から報告までの流れは、以下の通りである。

- ①参加医療機関より、(財)日本医療機能評価機構へ報告される
- ②評価機構より、無効事例や重複事例が削除された事例が厚生労働省医政局総務課医療安全推進室に送付される
- ③②の事例を東京都立保健科学大学（事務局）に送付する
- ④事務局は②のデータから、毎回のテーマに関連した記述情報を抽出し、その事例に関連した検討班のリーダーに分析対象候補事例として送付する
- ⑤各検討班内で④のデータからさらに、分析対象事例を選定し、コメントを作成（分析）する
- ⑥分析された事例は、班代表者会議によって検討され、加筆修正を経て確定する
- ⑦検討された分析事例は、分析事例集および事例概要として整理され、事例検討作業部会に報告される

2) 分析の方法

医療事故を防止する観点から、報告する医療機関が広く公表することが重要と

考える事例について、発生要因や改善方策などを記述情報として収集した。

収集されたヒヤリ・ハット事例より、分析の対象に該当するものを選定し、より分かりやすい表記に修文した上でタイトルやキーワードを付した。

また、専門家からのコメントとして、事例内容の記入のしかたや記入の際に留意すべき点などを「記入方法に関するコメント」として、また報告事例に対する有効な改善策の例や現場での取り組み事例、参考情報などを「改善策に関するコメント」として述べた。

さらに、コード化情報として報告されたデータを重要事例情報に付加し、事象そのものや事象の背景をより正確に把握した上で分析を行なった。

3) 分析対象事例の選定の考え方

収集された事例から、分析し公開することが有用な事例を選定した。選定の考え方は以下の基準によった。

- ① ヒヤリ・ハット事例の具体的内容や発生した要因、改善策がすべて記載されており、事例の理解に必要な情報が含まれていること。
- ② 次のいずれかに該当する事例であること。
 - ・致命的な事故につながる可能性がある事例（重大性）
 - ・種々の要因が重なり生じている事例（複雑性）
 - ・専門家からのコメントとして有効な改善策・参考になる情報が提示できる事例（教訓性）
 - ・他施設でも活用できる有効な改善策が提示されている事例（汎用性）
- ③ なお、個人が特定しうるような事例は除く。

4) 事例のタイトル及びキーワードの設定

これまでと同様に、各事例にタイトル及びキーワードを付した。キーワードは以下のリストから選択した。

■発生場所

大項目	分類項目
外来部門	(1) 外来部門一般
入院部門	(2) 入院部門一般
	(3) 救急部門
	(4) 集中治療室
	(5) 手術部門
	(6) 放射線部門
	(7) 臨床検査部門
	(8) 薬剤部門
	(9) 輸血部門
	(10) 栄養部門
	(11) 内視鏡部門
	(12) 透析部門
	事務部門
その他	(14) その他

手技・処置など

大項目	分類項目	
日常生活 の援助	(1) 食事と栄養	
	(2) 排泄	
	(3) 清潔	
	(4) 移送・移動・体位変換	
	(5) 転倒・転落	
	(6) 感染防止	
	(7) 環境調整	
医学的 処置・ 管理	(8) 検査・採血	
	(9) 処方	
	(10) 調剤	
	(11) 与薬（内服・外用）	
	(12) 与薬（注射・点滴）	
	(13) 麻薬	
	(14) 輸血	
	(15) 処置	
	(16) 吸入・吸引	
	(17) 機器一般	
	(18) 人工呼吸器	
	(19) 酸素吸入	
	(20) 内視鏡	
	(21) チューブ・カテーテル 類	
	(22) 救急処置	
	(23) リハビリテーション	
	情報と 組織	(24) 情報・記録
		(25) 組織
	その他	(26) その他

3 分析結果及び考察

1) 収集された重要事例情報の概要

(1) 全体の概要

- 3ヵ月間の報告期間で収集された件数は〇〇〇件であった。平成16年4月より対象医療機関が全医療機関に広げられ、参加登録施設が約5倍に増加したことに伴い報告施設数も増加し、従来の約10倍近い事例が収集された。
- 今回の報告期間に収集された〇〇〇件のうち、11,706件が有効な報告であった。
- 報告内容の記述についても情報量・内容ともに充実した事例が増加しており、この事はヒヤリ・ハット事例報告への組織的な定着・浸透が伺える。
- 発生件数割合が高い手技・処置は、以下のとおりである。従来と同様で、与薬（点滴・注射、輸血）、与薬（内服・外用、麻薬）、転倒・転落に関する事例は依然として発生割合が高い。また、検査に係わる事例も1割を超える件数が報告されていた。これらの中には、臨床検査部門、放射線部門等からの報告もあり、院内全体での報告体制が確立されてきていることが伺われる。

与薬（点滴・注射、輸血）に関する事例	2,689(23.0%)
与薬（内服・外用、麻薬）に関する事例	1,958(16.7%)
転倒・転落、抑制に関する事例	2,192(18.7%)
チューブ・カテーテル類に関する事例	923(7.9%)
検査に関する事例	1,298(11.1%)
食事、栄養に関する事例	682(5.8%)
器機および器機操作に関する事例	384(3.3%)

* (%)は、その他1,587件を含む全事例に対する割合

- 上記の分類の他、「その他」の中には、前回同様、無断離院・離棟、安静度が守られない事例、職員対応に関した事例などが含まれていた。他に、患者の記録や書類が違う患者のカルテの中に挟まっていた事例、看護師1名で同時に患者2名を手術室へ入室させた事例、薬品庫の鍵を紛失した事例などがあった。中でも、今までにおこった医療事故の要因が繰り返されているような事例があり、教訓が生かされるような方策の検討も必要であると考えられる。

資 料 4

平成16年度厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

「研究課題」

医療事故防止のためのヒヤリ・ハット事例等の

記述情報の分析に関する研究報告

1. 第1回～第3回（通算 第10回・11回・12回）

医薬品・医療機器、諸物品に関する事例の検討結果

総括責任者	嶋森 好子	（京都大学医学部附属病院）
班代表者	黒山 政一	（北里大学東病院薬剤部）
	綿引 哲夫	（横浜市立市民病院MEセンター）
	佐々木久美子	（日本看護協会会員サービス部医療・看護安全対策室）
	佐藤 景二	（静岡市立静岡病院臨床工学科）
	清水 秀行	（帝京大学医学部附属市原病院薬剤部）
	番場 和夫	（水戸済生会総合病院薬剤部）
	由井 尚美	（社会保険保健協会連合会看護部）
	鈴木 正彦	（山梨大学医学部附属病院薬剤部）
	坂田 修一	（NTT東日本関東病院薬剤部主任）

平成17（2005）年3月

第10回集計 医薬品情報

薬効分類	修正要因	内容	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		事例の内容詳細		事例の要因	改善案	備考
			薬剤名	規格単位	薬剤名	規格単位	薬剤名	規格単位			
1.1.2 催眠鎮静 剤、抗不安 剤	その他 (管理が 悪い)	薬剤取り 違い調剤	ネルボン 錠5mg	錠剤	バクタ錠	錠剤	配合剤	入院患者でバクタ錠2錠分2の処方 方とところネルボン錠(5mg)を を調剤。病棟看護師が気が服用 はしなかった。	包装が似ていることと、配置場所 が近かったことが要因と思われ る。また、経路の違い薬剤師であ り、包装が似ていることとの認識が なかったことで注意を促した。	配置場所を変更し難化した。また、 包装が似ているので注意するよう 促した。	
2	規格違い	規格間 違い調剤	ベンザリ ン錠2	錠剤	ベンザリ ン錠10	錠剤	10mg	ベンザリン錠(10mg)の容器 にベンザリン錠(2mg)が充填 されており、ベンザリン錠(10 mg)を調剤する時混在に気付か ずベンザリン錠(2mg)を調 剤。監査でも気付かず患者様に 渡ってしまった。調剤者や監査者 の確認不足もあるが、錠剤本体や 包装(色調等)が類似しているた め気付けなかったものと思われる。	充填時は2人で確認し合っで行な うことになった。充填等は夕方にな っていた。充填等には夕方になるので 疲労などによる注意力低下も考え られる。	充填は2人で確認し合っで行な うことと、配置場所 が近かったことが要因と思われ る。また、経路の違い薬剤師であ り、包装が似ていることとの認識が なかったことで注意を促した。	
3	数量違い	数量間 違い調剤	ドラール 錠	錠剤	ドラール 錠	錠剤	30mg (15mg g x 2)	術前投薬のドラール錠が30mg で処方されていたが当院の規格は 15mgであったため2錠交付の ところ1錠を交付した。看護師が 病棟で整理中に気が付いた。	・ダブルチェック方法の不備 ・規格外処方の場合の調剤時の注 意不足	医師へも当院の規格薬品の周知 徹底を図る。 ・ダブルチェック方法の徹底を図 るための教育訓練の実施	
1.1.4 解熱鎮痛消 炎剤	規格違い	監指示・ 情報伝達 間違い	ボルタレ ンSP25	座薬	ボルタレ ンSP12.5	座薬	12.5mg	ボルタレンSP12.5を指示、処方 するべきところ25mgと記載した書 調剤者がチェックで検出前に指摘	確認不足	処方箋とカルテの照合を看護師だ けではなく記載した医師自身も 行うこと確認する。	
1.2.1 局所麻酔剤	規格違い	監指示・ 情報伝達 間違い	10%キシ ロカイン 点滴用 10ml	アンプル	キシロカ インボル ブアン プ1%	アンプル	1%	IV予定の患者の注射薬記入時、キ シロカイン10mlと記入したら 10%キシロカインが備ってきた。 麻酔用の使用目的だったため%と用 法を記入していなかった	麻酔用であったのに%表示を記載し ていなかった。ポリアンプルのいう 正式な名称を記載しなかった。頭 の中では麻酔用をイメージしなが ら、キシロカインとのみ記載し た。(圏は手書き記載のため)	%と用法を必ず記入し、薬剤師にも 不明なものは払い出しする前に問 い合わせることを依頼。	
1.2.4 鎮けい剤	その他 (充填ミ ス)	薬剤間違 い	テルリ ラック	錠剤	ウルソサ ン	錠剤	50mg	ウルソサンを調剤しなればなら ないところに、謝ってテルリラ ックが混入されてしまいました。患 者さんにとり薬される前に病棟の膏 調剤師が気が付き、薬局に連絡があり 混入ミスに気が付き、再調剤しま した。	一包装の機械への薬剤の充填ミス と思われ。1錠だけ混入して いたことから、錠剤を一包装の機 械の中に充填する時に、1錠混入 してしまっただけの可能性も十分で あつたため、混入に気が付かなか ないまま交付されてしまいました。	一包装の機械への薬剤の充填時 や、監査時には、細心の注意を私 う。また返納薬品の再充填は、混 入ミスの可能性が高くなるので、 できるだけ行わないようにする。	
1.3.1 眼科用剤	その他 (説明不 足)	薬剤と薬 過剰	ミケラン 点眼薬	点眼 液			2%5m L	ミケラン点眼薬は1日3回以上の 使用は禁じることであったが、何 年間も1日3回点眼していた。 ドクターからの点眼変更により誤 りに気が付いた。 今のところ患者への影響は特にな い。	現在使用している点眼薬のリスト を作成し、薬品毎の注意点を書き 出し看護師に周知した。		

第10回集計 医薬品情報

薬効分類	修正要因	内容	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		事例の内容詳細	事例の要因	改善案	備考	
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名					剤型
211 強心剤 8	その他 (確認不足)	その他の 調剤・製 剤間違い (剤型違 い)	ジゴキシン	錠剤	0.25 mgの1 /2	ジゴキシン	粉末	0.12 5mgの 1/2	当院にない規格で処方されたジゴキシンを当院の規格の1/2錠で交付したが病棟で整理する段階で看護師が形状が違うのに気が付いた。	・ジゴキシンの単位に赤ラインで注意喚起 ・ダブルチェック機能強化のため の訓練	
212 抗不整脈剤 9	名称類似	薬剤取り 違え調剤	メキシル	カプセル	50mg	メテクール	錠剤	500u g	類似薬品名であった(確認不足) 1人勤務で投薬が不十分であった 投薬時のマニュアルが不備である	類似名であるためしっかりと確認する 1人勤務時は時間を置いて再度投薬し払い出す 投薬時のマニュアルを見直す 確認の徹底	
10	規格違い	単位間 違い調剤	メキシル 100mgカ プセル	カプセル	100mg	メキシル 50mgカ プセル	カプセル	50mg	退院処方の1包化調剤において、 1薬剤の単位間違い	他の調剤を兼務していた。	
214 血圧降下剤 11	勘違い	薬剤取り 違え調剤	レニベ ス	錠剤	5mg	メバロチ ン	錠剤	10mg	職員が外来受診した際、メバロチン処方であったが、レニベスで調剤されていた。職員は看護師であったため与薬せず、翌日薬剤科に申し出て、間違いが発覚した。	配置を変更した 一人勤務でも落ち着いて実施する。 相手が職員と認識あれば、複数確認をする。	

第10回集計 医薬品情報

薬物分類	修正要因	内容	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		事例の内容詳細	事例の要因	改善案	備考
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名				
217 血管拡張剤 232 消化性潰瘍 用剤	その他 (患者違い)	患者間違い	ヘルベツ サー・R タガメツ ト	カプ セル・ 錠剤	100m g、20 0mg		薬局からあがってきた内服薬(ヘルベツサー・R・タガメツ)を患者に渡したところ、患者が「昼間先生からの説明がなかったが、カ夫か」という問いかけがあり、カルテ指示簿を確認したが、指示簿に記載はなかった。医師に確認すると、同姓の患者に処方を出したのものであるとの返事であった。同姓患者のIDカードの押し間違いを、処方箋を薬局へ提出する。内服薬が薬局から上がってきたものは、処方箋と患者名に間違いがなかったため患者へ渡す。患者が医師から内服説明がされなかったことため、患者が内服確認したところ間違いを発見する。薬局へ提出する前に確認しなかったのは、医師と看護師が話し合っただけで、確認をしないまま、IDの間違いがあつた。また、IDの間違いがあつた。確認せずに処方箋を薬局へ提出する。患者へ渡す前にカルテとカルテでは、処方箋と処方箋とカルテでは、処方箋と処方箋と処方箋だけの確認で良いと思つてしまつた。	指示を受けた看護士は処方箋を薬局に提出する前に、カルテ指示簿と処方箋の氏名、内容等を確認せず、そのまま薬局へ提出してしまつた。また、患者に内服薬を渡すときに、指示簿との確認を行わず、指示簿と一致していることを確認してしまつた。	処方箋を薬局に提出する前、患者に内服薬を渡す前に指示簿・処方箋との確認を徹底する。IDカードを押すときの確認を徹底	
219 その他の順 13 環器官用剤	記号違い	薬剤間違い	レコグナ ンE	ア ン ブル	1000 mg	500m g	レコグナンの処方であつたが、レコグナンを処方され、与薬した夜間帯であり、医師と当直師長で交付し、両者で確認したが間違いに気づかなかつた	類似名薬品を取り扱っていること 保管と薬品名の表示方法 類似名薬品が存在することの周知 不十分	剤除薬品の検討 類似薬品の表示 保管方法(配置場所)の検討	
223 去たん剤	数量違い	規格間 違い誤り	ムコダイ ン	錠剤	250m g 1錠	250m g 2錠	間違ひの実施の有無及び影響度の 項参照	・医師の指示が当院採用の規格になつていなかったこと ・まもなく病棟にもオーダリングシステムが導入されるので解決できると思われる。 ・薬剤師がそれに気が付かず、注意訂正をしなかったこと ・看護師が薬に間違いがないか最終確認をしなかったこと	処方に関するオーダリングシステムの導入	