

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤			本来使用する薬剤			当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名	剤型	規格単位					
269	449 その他の アレル ギー用薬	動揺い	アゼプチン	錠剤	1mg	アタラックス	錠剤	10mg	薬剤師	外来にてアタラックス1錠服用10回分 の手違ひ。アゼプチンで調剤し患者様に 手渡ししてしまった。その後患者様本人よ り薬剤情報提供欄に書いてある名前と 受け取った薬剤名が違ふとの連絡があ り、すぐ正しい薬を郵送し交換してい たくようお願いした。	外見が似ているのと薬効が同じことから 思い込みによる間違いが生じたと思わ れる。また調剤時および監査時の注意 力が徹底になつていない状況が推察され る。	調剤者と監査者への注意徹底を呼び かける。	
270		名称類似	アレロク	錠	5mg	アレグラ	錠	60mg	薬剤師	アレグラ錠と間違えてアレロク錠を調 剤し患者に渡してしまつた。	薬品名が良く似ている。	調剤欄や処方箋に注意を喚起する表示 をする。	
271		その他(管 理の問 題)				キプレス	抗アレル ギー剤	10mg	看護師	5/26転棟されたA様の服薬のキプレ ス錠を転棟先に持参するのを忘れたた め、転棟先で与薬できていなかった。	転棟時配薬カートの「眼前」の引き出し を見落としていた。	転棟の申し送り時、持参物品を転棟病 棟スタッフとともに処方箋、また処方 ワークシートをもとに確認する。転棟時 の物品の準備はリーダーとともにダブル チェックをかけるようにする。各勤務の 終わりにリーダーが全ての配薬カート の中をチェックし残っていないことを確認 残っていれば速やかに転出先病棟に届 け腫薬漏れがないようにする。	
272	611 主として グラム陽 性菌に作 用するも の	その他(確 認不足)	ダラシ ンS注射液	アンブル	1ml、中 リン酸ク リンダマ イン15 0mg.				看護師	深夜帯に、側管からおとすべき抗生剤 をおとす忘れた。医師に報告し指示を受 けた。	注射伝票・カルテの基本的な確認ミス	受け持ち看護師の役割を明確にし、薬 務の細分化を明示した。機能別業務を 排除し、固定機能チームナーシングを強 化する必要がある。	
273	613 主として グラム陽 性・陰性 菌に作用 するもの	その他(確 認不足)	オーツカ CEZ注? MC	点滴パッ ク	100ml				看護師	A患者の抗生剤点滴に部屋を訪室、同 室B患者の清拭を他の看護師が一人で 施行中でありB患者のベッドサイドに、A 患者の抗生剤をおき清拭を手伝った。B 患者が朝から熱発していたこと、またA患者が 看護師から聞いたことを他の看護 師に報告した。現在B患者の所のベッドを使用 していたこともあり、A患者とB患者を混 同してしまい、ベッドネームと点滴バッグ の名前をしっかりと確認せず、A患者用の 点滴をB患者に投与してしまつた。20m l程入ってしまったところまで患者間違いに 気づき停止、B患者の主治医に報告、 症状出現なく様子観察の指示が出る。	1. 1つの業務の途中に他の業務が入 り、もう一度確認しなければいけないの に確認せず施行した。2. ベッドサイドで の名前の確認を怠つた。	1. 点滴交換時は、習慣的に無意識のう ちにしないよう、指で指し、声を出して確 認を行う。	
274		その他(確 認不足)	カルベニ ン点滴用 0.5g	ハイアル	パニペ ムとして 250m g、500 mg				看護師	カルベニン点滴指示のうち、1日分が投 与されていないことが、医師と患者の会 話の中で発覚。注射伝票がなかったた め施行しなかったが、探したところ作業 台の棚上に置いてあることが判明。医 師及び患者に謝罪した。	申し送りの際、点滴指示があることが伝 わっていないかつたため、確認できなかつ たことが原因。	申し送り方法について徹底指導し、棚周 りのチェックもするよう指導した。	

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り運えた薬剤			本来使用する薬剤			当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名	剤型	規格単位					
275		名称類似	セファメジンα	注射剤	1gキット	セファメゾン	注射剤	1gパック	看護師	末指示分の点滴の指示を、手術終了後ドクターが出されたので、詰所の備品より出し、翌日薬局からきたものを詰所へ返品してもらった。そのとき、セファメゾンと間違えてセファメジンαを準備してしまった。	確認が不十分であった。	十分に確認すること。同じような薬品名は特に注意して確認するようにする。	
276		規格違い	セファメジンαキット2g	キット	2g	オーツカCEZ注	キット	1g	看護師	外科の時間外でセファメジンキット1gの指示に対し、セファメジンキット2gの思い込み、準備、施行してしまったことが他の看護師により翌日発見された。本来はCEZキットであった。	時間外の外来の場合、薬剤師のチェックが入らない場合がある。同じ薬品で容量の違いにより商品名が異なるケースは混乱を招く恐れがある。	確認の徹底と採用薬品の検討	
277		その他(確認不足)	セファメジンα生食	1g1キット(生食100ml付)	1g注55				看護師	溶菌菌感染症の患児の入院に伴い、セファメジンキットの指示あり、テスト施行。読み合わせの際、投与量は確認したが、速度を遅くとしており大人の場合と同じ感覚で投与した。他の看護師が気づき、すぐに主治医に報告した。特に処置等の指示はなかった。	小児と大人の点滴速度の違いを認識していなかった。	小児の投与量・投与速度には医師の指示があるにも関わらず確認を怠っていた。(他看護よりローテーションして20日目であった。)確実なオリエンテーションが必要。	
278		名称類似	セファメジンα注射用	バイアル	1バイアル中(キット)1g	セファメゾンキット注用1g	バイアル	1バイアル中(キット)1g	看護師	午前の抗生剤の準備をし、看護師2人でチェックを行い、患者に点滴を行うことを依頼し点滴を行った。約5分後に抗生剤の種類が違ふことを他看護師に指摘された。直に点滴をはずし患者のV/Sをチェックし、全身状態の観察を行い、上司および医師に報告した。	ダブルチェックを行ったにもかかわらず、思い込みで良しとしてしまったこと。	ダブルチェック時には、注射薬・注射伝票を、声に出して確認。2人で交互に確認し事故防止に努める。	
279		名称類似	セファメジンαキット	キット製剤	1g	セファメゾンキット	キット製剤	1g	看護師	主治医にセファメジンの抗生剤テストしまずと報告し判定してもらい、朝・夕セファメジン施行。翌日点滴の処方がセファメゾンになっていてことに気づく、主治医にセファメジンでOKと言われセファメジン続行となる。	処方箋の確認不足、思い込み。	処方箋と物品を再度確認をする。	
280		その他(確認不足)	セファメゾン	内服	100mg				看護師	皮膚腫瘍術後抗生剤の点滴施行しており6月27日に抗生剤が内服に切り替わる予定であった。しかし前日には疼痛に上がってきており患者に渡してしまっていた抗生剤が点滴と内服で1日だぶってしまった。	情報共有のあり方の問題点、業務チェックの問題点	確認を確実にを行う	
281		名称類似	セファメゾン	キット	1g	セファメゾン	キット	1g	看護師	薬剤師による準備は休日のため不可能で、深夜の看護師により病棟ストック分でセファメジン→セファメゾンに間違え準備した。日勤者により深夜に用意された点滴を準備するそのときの確認でも気づかず施注者が再度伝票を確認し間違いに気づき投与前未然に防ぐ。	文字が読み取りにくかった点、確認不足	確認を充分にする	

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤			当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名	剤型					
282		その他(未開通)	セフメタゾン	精注用	2g			看護師	患者に抗生剤を点滴する際、溶解液に抗生剤が溶解していないものを点滴した。抜針した同患者が気がつき、再度抗生剤の点滴をした。	・抗生剤の未溶解を防ぐため、ルールとして、溶解したら溶解ラベルを貼ることにしている。今回はそのルールは知ってはいなかったが、溶解してあるという思い込みから、ラベルが貼られていないことをチェックせずに、点滴をはじめたミスである。確認の必要な意図を再度指導する必要がある。	・溶解後と溶解前のものと点滴セットの準備との関係をルール化する。・再度、溶解ラベルの確認を徹底するよう指導する。	
283		その他(確認不足)	セフメタゾン生理食塩水	バイアル・バック	1g・100ml			看護師	・朝、先日分(手術前日)の抗生剤DIVが残っているのを発見(伝票のみ、ボトルは手術当日の日付になっていた)・指示票には手術当日からのDIVスタートとなっていた。・伝票には手術前日からのDIVスタートとなっていた。	・伝票日付の確認ミス(MNS・運送NS)・PIの状態把握不足・伝票が見づらい・指示票に記載が無かった・経口摂取のできるPI入院当日DIVはないことが多いとの思い込みと開放期があること、外来でのDIVの情報が見えなかった。	伝票の日付、内容の確認の徹底(かかりやすい指示の記入を医師に申し入れる。外来での治療内容を確認する)	
284		その他(未開通)	バンズポリン	注射	点滴用1グラム			看護師	婦人科病棟勤務の看護師(経緯4年目)。婦人科にて準広汎の術後発熱の患者(63歳)に対しバンズポリン(G・バツグ1日2回の指示がありタの分の抗生剤をダブルチェックを行い、新卒の看護師が準備するのを確認中ナースコールにて他患者の所へ行き再度ナースコールにて患者の所へ行き再度ナースコールを聞き、その後新卒看護師が抜針に行き、生食と抗生剤がミキシングされていないことを報告され発見となる。	・点滴準備中に場所を離れてしまい作業が一時中断した。・ミキシングの確認ができていなかった。	・ダブルチェックの徹底・抗生物質の使用方法の教育(新卒)を行う。	
285		その他(未開通)	バンズポリン静注用1g/バッグS	バイアル	1バイアル中(バッグS)1g			看護師	アンギオ後の点滴の指示で、バンズポリンの点滴を溶解せず施行。準夜帯の看護師が気付いたが、全部落ちきってしまった。医師に連絡。観察となった。	基本的な確認ができていなかったことが原因。	抗生物質の使用目的とその方法を再確認。隣室を間違えさせないように再指導した。	
286		その他(未開通)	バンズポリン静注用1g/バッグS	バイアル	1バイアル中、1g			看護師	抗生物質の溶解したものが、本体に注入されていない。医師に報告。再度抗生物質の投与を行った。	実施可能かどうかの確認を急った点。	基本的な技術の問題であるため、指導徹底した。	
287		その他(確認不足)	ピクシリン	注射薬	250ミリグラム		ユナノン	看護師	5歳1ヶ月の入院中の男児。6月3日午後9時45分頃、付き添いの母親より抗生剤の注射器の名前が違っている、とナースコールあり訪床にて発見。10CC注入してしまいその後患児観察するも変化無く本来の抗生剤実施となる。	・1患者1トレイが守られず、ダブルチェックにも確認もれ。・ベッドサイドでの名前確認ももれてしまった。	・注射実施直前の確認をマニュアルどおりに実施する。・注射準備時1患者1トレイを必ず遵守する。・作業中断中の札がはいってはいれば作業した看護師以外は処理しないというシステムが必要である。	
288		その他(未開通)	フルマリオン1gキット	注射	1g			看護師	フルマリオン1gキットを施行する際、生食と薬剤を溶解せず、側管から施行した。薬剤がなくなつたため、抜きようとしたところ、薬剤を溶解していないことに気付いた。	点滴セットインジグのとき、患者名を確認し合うが、そのときのチェックができていない。	裏面のカバーシートをはがしたとき、はがしたシートをそのまま残しておく。点滴をセットインジグしたとき、きちんと溶解できているか確認を必ず行う。	

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤			本来使用する薬剤			当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名	剤型	規格単位					
289		その他(未開通)	フルマリオン1gキット	注射剤	1g	フルマリオン1gキット	注射剤	看護師	抗生物質の点滴を実施する際、二層バッグ製剤を開通させずに生理食塩水のみを点滴してしまった。	新人であり、二層バッグ製剤の取り扱い方法に慣れていなかった。	再度二層バッグ製剤の取り扱い方法について説明するとともに、何度も確認するよう師長より注意を行った。		
290		その他(管理の問題)	フルマリオンキット	キット製剤	1g	フルマリオンキット	キット製剤	看護助手	日常、独歩で過ごされている患者さんが突然誘導もなくふらつきしりもちをつかれた。ケアーカーは同室の他の歩行器使用の患者さんに気を取られていた。業務は多忙であった。	独歩の患者さんであっても、座位になられるまでは、観察を行う。			
291		規格違い	ホスミン	バイアル	1000mg	ホスミン	バイアル	看護師	小児の手術に抗生物質の点滴を溶解して待参する指示があり、溶解して待参した。指示は500mgであったが、1000mg溶解した。点滴を半分量にしていくと思いついた。	点滴指示の確認方法の問題	指示の確認		
292		その他(確認不足)	モダシン	皮内反応用	600			看護師	抗生剤皮内テストの指示あり。2人で薬剤名を確認したが、看護師1人で患者の元へいき、運う患者に施注してしまつた。テスト判定の時、患者間違いに気がつく。	抗生剤の皮内テストを施行する際にダブルチェックをせず、伝票も持たず1人で患者の元へ行つた。A氏に抗生剤皮内テストをするよう依頼され伝票を確認するがその後、B氏の患者の話題を耳にし、認識が変わってしまい思い込みがあった。	患者の誤認であり、看護師2名で患者の側でチェックしていれば今回の事故は防ぐことができた。ダブルチェックを再確認すること。当事者は今回の役割業務が初めてで緊張もあつたが、初めての業務主任者が指導していたが、初めての業務だからより慎重に指導すべきであった。		
293		その他(確認不足)	ユナシンS静注用1.5g	バイアル		アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウム		看護師	注射伝票の指示を受け持精点滴を作つたが、抗生剤の点滴を見落とし実施しなかつた。医師に報告し指示を受けた。	注射伝票とカルテの日付、点滴の内容を確認しなかつた。また注射伝票の記載がわかりにくく点滴施行時間が誰が見ても判りやすいように書いておくべきであった。	受け持ち看護師の役割を認識し業務の細分化を明示。また機能別の役割を除外し、固定継続チームナーシングを強くする必要がある。		
294		その他(確認不足)	ユナシン錠	錠剤	375mg			医師、看護師	風邪にて外来受診、ユナシン錠内服処方。夜、毒麻疹、全身発赤、熱発(37.8℃)あり。深夜、救急外来受診。家族より以前ユナシンがだめと云われているのどうして出したのですか?と云われ、カルテ確認するとカルテに"ユナシン錠"と記入あり。当直医診察により、サクション入り点滴を行い、内科副部長より、本人家族に説明を行い帰宅。	医師、看護師共にカルテの確認不足。	カルテをきちんと確認する。カルテ表紙に〇〇禁と表示する		
295		その他	ロセフィン	静注薬	1g			看護師	皮内反応(-)の外來患者さんにロセフィン静注薬(抗生剤)を施行、20分後にアナフィラキシー症状あつて経過観察のため入院となった。	皮内反応施行者と静注薬実施者が違つていた。申し送り及び確認ミス	申し送りの徹底と施行後の状態観察を密に行つた。		

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り運えた薬剤			本来使用する薬剤			当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名	剤型	規格単位					
296		その他(確認不足)	ワイドシリン・ピオフェルミン	細粒・末	10%細粒			薬剤師	6月12日午後10時頃、1歳男児救急受診。ワイドシリン・ピオフェルミンR2日分の処方あり。調剤時薬袋に1日3回食後と記入するところを1日2回朝、夕食後と記入。家族より診察時1日3回と聞いていると申し出あり判明した。	当日はオーダーのコンピューターがストップしていた。思い込みがあり自己監査でも見逃している。	当直時ダブルチェックが出来ないので自己監査の徹底を図る。		
297	614 主としてクラム膈性菌、マイコプラズマに作用するもの	名称類似	クラリス	錠剤	200	クラリス	錠剤	10 事務職員	処方内容の入カミスにて処方箋を発行してしまった。	類似薬品名の入カチェックミス	交付時の再チェックを強化した		
298	616 主として抗酸菌に作用するもの	名称類似	碳酸カナマイシン	液体	1g/4ml/A	碳酸アミカシン	固形	薬剤師	碳酸アミカシンが処方されていたが、碳酸カナマイシンを調剤してしまった。病棟にあげた際、受領した看護師が薬剤名が違いうちに気がつき投与する前に発見された。	・剤形が液体と固形と違っているが、カタカナ名を見間違えた。調剤後、違う薬剤師が監査しているが、気がつかなかった。⇒監査が不十分であった。	・類似名の薬剤には印をつけ、調剤、監査の際に再度意識強化できるようにする。		
299	622 抗結核剤	その他(管理の問題)	エフトール	錠剤	250mg			看護師	(内容)配薬ケースを使用して内服管理をしていた。Drより飲み込みも所までNsの監視下で行うよう依頼あり。配薬ではなく、内服薬をNs管理しようと考え、薬を上げるために訪室する。その際、翌日の屋分の内服が無くならないように気付け、本人に確認すると、今飲んだと認めた。配薬ケースを見て、翌日の屋分の内服薬がなくなっていることに気付いた。	・昨夜の夕食の時間帯であり、食事介助・内服確認など仕事が多忙で、Drより依頼を受けられた際、速やかに実施することができなかった。また、対象となつた患者の性格上管理されることを嫌うため、入院時より薬をNs管理としていた。事前の情報を、内服困難・内服拒否があるとのことで、余分に飲んでしまうことを予測していなかった。	(改善策)・内服薬をNs管理とし、1回分ずつ手渡し、その場で内服確認を行うようにした。《所属リスキマナーシヤのコメント)指示されたことを速やかに実行するのがベストであるが、そうもいかないのが現状。再三入院された患者さんであり性格を知っているとはいえ、人団体の養えとともにも考えややることも変わってくるので過信は禁物。こういうこともあるんだということを糧にしてお互い看護を育みたいと思う。		
300	624 抗ウイルス剤	その他(確認不足)	クラビット	錠剤	1錠100ミリグラム			看護師	整形外科勤務の看護師、入院中の男性患者(75歳)の内服薬を二人の看護師でダブルチェック後夕の薬を袋から取り出し患者に説明後投与したが、1回2錠の内服の薬が1錠しか投与できていなかったことが、翌日担当の看護師が発見し判明した。	指示、処方箋の確認漏れ。	ダブルチェックは薬の内容のみならず数量、回数も確認を行う。		
301		その他	バズクロス	注射	500			看護師	抗生剤の皮下注射をせず施行した。(シヨック、皮疹なし)	テストが必要であるのに対して、不必要と判断しそのまま点滴をした。	抗生剤のテストの必要、不必要を把握し、使用方法が分からない時は医師、薬剤師、看護師へ確認する。		
302	629 その他の化学療法剤	規格違い	ジフルカ	カプセル	100mg	ジフルカ	カプセル	薬剤師	ジフルカン50mgカプセルを調剤するところ、ジフルカン100mgカプセルを調剤した。	本来、100mgのみの採用であるが、患者限定で50mgが採用された。	多規格採用のチェックをかける。		

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り違えた薬剤		本来使用する薬剤		当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名					
303	634 血液製剤類	その他(管理の問題)	照射濃厚血小板	ir, PC	10単位		臨床検査技師	【内容】血液センターで照射済みのPC製剤を当検査室でも、照射をしてしまった。(発見経緯)照射後、登録時に登録できなかった。(システムにより、はじかれた。)	原因1. 薬剤部より、依頼の場合は照射製剤と、未照射製剤を別々に依頼するルールとなっており、それが守られなかった。(未照射製剤と照射済み製剤が混入)原因2. 未照射製剤は、ワークシートと共に依頼されるが、検査部側で、製剤数とワークシートとの照らし合わせがされなかった。(他に急ぎの検査と重なっていた。)	(改善策)薬剤部の担当責任者にルールの遵守・確認を申し入れた。今後は、不注意の無い様、特に忙しい時ほど慎重に行なわなければならない事を痛感しました。(所属リスクマネージャのコメント)「対策」にあるように、当面は薬剤部、検査部ともルールの遵守を徹底するよう部内周知を行いました。また、同様のインシデントが2002年9月にも発生しているため、担当部署にルールの再考を指示しました。	
304	719 その他の調剤用薬	名称類似	塩化ナトリウム	粉末	100%	塩酸水素ナトリウムを秤量するところ、塩化ナトリウムを秤量した。	薬剤師	名前(ナトリウム)が似ていた。	確認の徹底、		
305		名称類似	塩化ナトリウム	内服薬	30mg	調剤の間違え。塩化ナトリウムを重曹にする。	薬剤師	調剤確認せず。	処方箋の記入が不明確である。		
306	721 X線造影剤	その他(確認不足)	マグネシウム	瓶	1瓶(250ml.) 34g	CFのため、マグネシウムを服用させる患者があり、患者に渡した。同姓の患者の間違いに気付かず渡し、患者が運ぶと患者に指摘され、患者に謝罪し返却していた。	看護師	名前・部屋番号をきちんと確認しなかった点。	薬剤部を問わず、患者の確認をすることの重要性について再度、徹底指導した。		
307	729 その他の診断用薬(体外診断用医薬品を除く)	その他(管理の問題)	マグネシウム	注射液	10ml	造影検査のため造影剤を注射したところ、検査終了後に気分不快と嘔吐などの副作用症状が出現した。ステロイド剤の使用で症状は改善した。この患者は以前にも造影検査で同様の症状があらわれたが、検査前の問診では何も言われていなかった。この後、患者には特に症状は見られず、帰宅された。	医師 放射線技師	造影検査前の問診が不十分だった。問診の取り方、患者への説明の仕方が不十分であったと思われる。以前にあった造影剤副作用のエピソードが、カルテ等に特記事項として記されていない。科別カルテのため、検査結果や特記事項が共有できない。	造影剤問診の徹底を全医師に注意喚起。電子カルテ導入予定であり、副作用データも患者情報として登録していく。		
308	799 他に分類されない治療を主目的としない医薬品	認識不足	プロナゼ	錠剤	20000単位	臨時で胃内視鏡が実施された。その前に処置にプロナゼを使用した。患者さんは黒色便が出ていて出血傾向の確信もなく、プロナゼを使用した。プロナゼは出血傾向のある患者さんには禁忌である。臨時であわただしく入った検査で、外来からの申し送りもなく、漠然と前処置を行ってしまった。患者さんは検査後特に異常なく経過した。	医師 看護師	偶然と胃内視鏡の理由も確認せず前処置を行った。外来看護師からの申し送りもなかった。	臨時検査であるからこそ、理由、状況の把握を確実にすることの申し合わせをする。		
309	811 あへんアルカロイド系麻薬	その他(管理の問題)	MSコンチン	錠剤	10mg, 30mg, 60mg	麻酔術後でターミナルの患者5時30分、トイレ汚物室にて転倒しているところを他患者に発見される。左肘打撲と擦過傷軽度あり、冷湿布貼付。高熱の無いことも以上にフラツキが増強したと言う。当直医、師長報告後経過観察となった。	看護師	不可抗力	MSコンチン他睡眠剤も服用中であり、特に夜間のトイレ警報時にはNsコールで知らせる様に再度説明した。		

医薬品情報(第12回集計分)

No.	薬効分類	検討要因	取り運えた薬剤			本来使用する薬剤			当事者	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	改善策	コメント
			薬剤名	剤型	規格単位	薬剤名	剤型	規格単位					
318		その他(管理の問題)	デュロバップパッチ	枚	5mg			看護師	外用の持続性疼痛治療剤を3日毎に貼りがえなくてはならないのに、貼りがえが1日遅れた。	患者情報紙に情報が記載されていなかった。外用薬の薬理作用を看護師が把握していなかった。	貼り代え日や処方日がすぐわかる様なカレンダーを用差し、また薬理作用をスナップに把握させる。		
319	999 不明	その他(確認不足)	不明	不明	不明			看護師	名前の似た別の患者の点滴液を注入してしまった。50CC程注入されたところで気づき中止、本来の薬液に切り替えた。経過観察としたが着変なかった。	名字の肩初の二文字のみしか合っていないが、思い込みで施行してしまっ	必ず確認作業を行っていくこと。差本の重視。		

II. 分 担 研 究 報 告

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

ヒヤリ・ハット事例の記述情報分析結果への対応策に関する
研究

分担研究者 川村佐和子
東京都立保健科学大学保健科学部看護学科 教授

ヒヤリ・ハット事例の記述情報分析結果への対応策に関する研究

分担研究者	川村佐和子	東京都立保健科学大学保健科学部看護学科	教授
研究協力者	横井郁子	東京都立保健科学大学保健科学部看護学科	助教授
	酒井美絵子	東京都立保健科学大学保健科学部看護学科	助教授
	村田加奈子	東京都立保健科学大学保健科学部看護学科	助手
	濱田康代	東京都立保健科学大学大学院	
	田口大介	東京都立保健科学大学大学院	

研究要旨

医療機関が医療事故を予防するための手段として活用でき、効果的な分析が行えるような事例の分類・分析・公表の方法について検討することを目的として、ヒヤリ・ハット事例の記述情報の分類・分析、患者の状態や看護師の業務に着目したヒヤリ・ハット事例の記述情報分析を行った。その結果、事例の記述情報分類では新たな分類枠組みを加え、専門家を含めた新たなグループ編成を行い、より具体的な分析を行うことができた。具体的な解決策への分析方法の検討では、患者の状態別の分類・分析方法と看護師の業務・確認プロセスに基づく分類・分析方法の提案を行った。

A. 研究目的

国の施策として平成13年10月より、医療安全対策の事業の一環として、医療事故を防止する観点から広く公表することが重要と医療機関が考える事例について、その事例の状況、発生要因、改善方策などを、医療安全対策ネットワーク事業として収集・公表しているところである。しかし、その件数は増加傾向にあり、医療事故関連のニュースも絶えない。

そこで、医療事故防止のためには、これらのヒヤリ・ハット事例の記述情報分析結果に対して適切な対応策を講じることが必要となる。本研究では、数多く報告されるヒヤリ・ハットの記述情報事例の中から、医療機関が医療事故予防のための手段として活用でき、効果的な分析が行えるような事例の分類・分析・公表の方法について検討することを目的とした。

B. 研究方法

本研究では厚生労働省の医療安全ネットワーク事業に基づく記述情報事例の分類・分析を

行うと同時に、医療事故予防および解決策に結びつくような、事例分析のための分類方法を検討していった。

そこで、本報告書では研究結果を以下の3部に分けて報告することとした。

第Ⅰ部：ヒヤリ・ハット事例の記述情報の分類・分析に関する研究

第Ⅱ部：患者の状態に着目したヒヤリ・ハット事例の記述情報分析に関する研究

第Ⅲ部：看護師の業務に着目したヒヤリ・ハット事例の記述情報分析に関する研究

倫理的配慮

収集された記述情報については、(財)日本医療機能評価機構によりマスキングがされている。そのため、川村班に届く記述情報は、すでに医療機関名や個人名が削除されており、特定されることはなかった。しかし、公表前のデータであるため、持ち出しを禁止し、プリントしたデータについては分析終了後にシュレッダー処理をする等、取扱には十分に配慮した。

C. 結果および考察

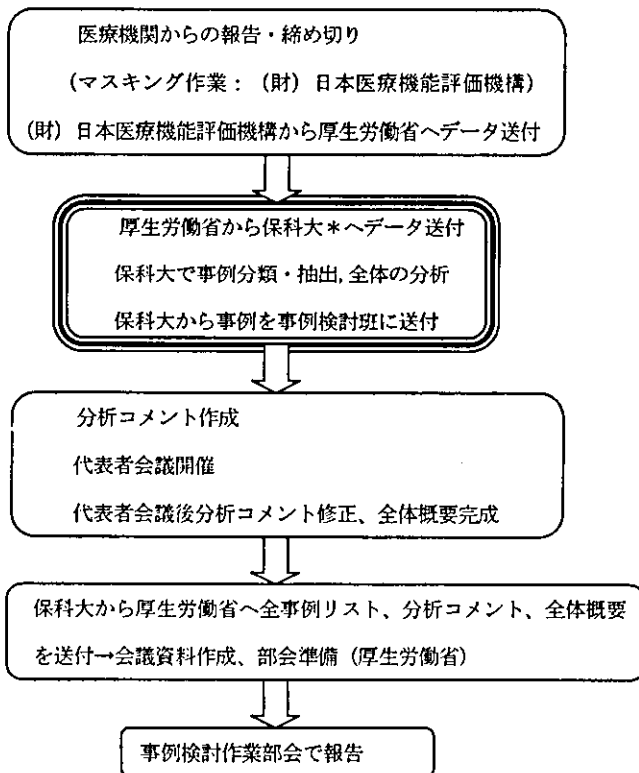
第I部：ヒヤリ・ハット事例の記述情報の分類・分析に関する研究

1. 研究内容および方法

厚生労働省の医療安全対策ネットワーク事業により収集された第10回～13回の記述情報事例を分析対象とした。

事例分析については、図1に示すとおり、

(財)日本医療機能評価機構が収集した記述情報を、マスキングを行った後に、厚生労働省医政局総務課医療安全対策推進室を経て、東京都立保健科学大学 川村班が電子媒体で受け取る方法とした。



*東京都立保健科学大学

図1 データ受領から分析終了までの流れ

2. 期間

平成16年4月～平成17年3月

3. 事例分類枠組みと分析の方向性

1) 事例分類の枠組み

事例分類の枠組みと事例分析の進め方につ

いては、主任研究者とヒヤリ・ハット事例の収集事業を担当している厚生労働省の担当者と協議を重ねた。さらに、この事業は3年目を迎えており、より専門的な分析を行い、より具体的な対応策が検討できるように、以下の7つのテーマを決めその分野ごとに、研究協力者のグループを作り、専門的に分析していく方法がとられることとなった。

(1) 選択したテーマ

- ・「転倒・転落、抑制」
- ・「チューブ・カテーテル類」
- ・「注射／点滴、輸血」
- ・「内服薬／外用薬、麻薬」
- ・「検査」
- ・「器機・器機操作」
- ・「食事・栄養」

また、検討方法についても主任研究者と協議の上で、1回の事例分析検討会で、1～2つのテーマについて集中的に検討を進めていくこととした。事例の分析にあたっては既存のマニュアル・基準等をもとに問題点を指摘し、改善の方策について具体的に提案することとした。

(2) 事例の選択方法

上記7つのテーマから各回テーマを設定し、分析すべき事例を絞り込み、分析対象事例候補を選定し、その中から分析対象事例を決定した。

分析対象候補事例の選定にあたっては、医療安全の観点から様々な指針や手順等が出されているにもかかわらず、それらを実践しないままエラーを生じている事例については、これらの提案を実施することでエラーの防止が可能と考えられるために、基本的には除外した。また、極端に情報量が少ない事例についても的確な分析ができないことから除外した。

また、前述の選定方法の前提として、従来通り以下の基準も踏襲した。

- ①ヒヤリ・ハット事例の具体的内容や発生した要因、改善策が全て記載されており、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。
 - ・致死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個人が特定しうるような事例は除く。

4. 記述情報の件数と内容

1) 記述情報事例の件数

期間内に報告された事例数は 33,771 事例であった。第 10 回から 13 回の事例の報告数は、表 1 に示すとおりであった。

表 1 記述情報事例の報告数

	第 10 回	第 11 回	第 12 回	第 13 回
総収集件数	1,891	1,914	16,878	13,088
空白・重複	12	328	2,569	1,382
有効件数	1,879	1,586	14,418	11,706

空白・重複事例は削除し、有効事例件数を決定した。第 12 回より対象医療機関が拡大され、参加登録施設が約 5 倍に増加したとともに報告事例数も増加した。

2) 分類の枠組み別の事例件数と内容

7 つの分類の枠組み別事例件数は表 2 のとおりであった。「与薬 (点滴・注射、輸血)」は毎回約 23% の報告事例があり、「与薬 (内服・外用、麻薬)」は 20% 前後であった。

表 2 分類枠組み別記述情報事例報告数

	事例数 (%)			
	第 10 回	第 11 回	第 12 回	第 13 回
与薬 (点滴)	415 (29.0)	335 (23.9)	3015 (23.9)	2689 (23.0)
与薬 (内服)	215 (15.0)	277 (19.8)	2738 (21.7)	1951 (16.7)
転倒・転落	217 (15.2)	241 (17.2)	2676 (21.2)	2192 (18.7)
チューブ・カテーテル	202 (14.1)	288 (20.6)	1593 (12.6)	923 (7.9)
検査	147 (10.3)	153 (10.9)	1535 (12.2)	1298 (11.1)
食事・栄養	135 (9.4)	69 (4.9)	591 (4.7)	682 (5.8)
器機・操作	101 (7.1)	37 (2.7)	460 (3.7)	384 (3.3)

*割合は各回の合計を 100% として算出した

*いずれにも分類できなかった「その他」を除く

「転倒・転落、抑制」は 16% から 21% 「チューブ・カテーテル類」は 8% から 21% であった。

「検査」の事例は 10% から 12% であり「食事、栄養」「器機および器機操作」は 10% 未満であった。

また、7 つの枠組みに分類できない事例が「その他」として分類され、その件数は、第 11 回が 186 件、第 12 回が 1810 件、第 13 回が 1587 件であった。「その他」には、処置に関する事例、無断離院・離棟、安静度が守れない事例、安静度が守れない事例、ドアに挟まったりベッド柵にぶつかったりした怪我、自傷、他患者とのトラブル、職員とのトラブル、記録の管理ミスなどが含まれていた。

3) 記述情報の各回テーマ

(1) 第 10 回記述情報テーマ

第 10 回記述情報の分析テーマは「与薬 (点滴・注射、輸血)」であった。ヒヤリ・ハット部会でも毎回事例の分析が報告されていたが、事故に関する報道が後を絶たないこと、報告事例件数でも 30% 近く占めていること、エラーが発生した場合に身体侵襲が大きく重大な結果を招く恐れがあることが選定の理由であった。

(2) 第 11 回記述情報テーマ

第 11 回記述情報の分析テーマは「チューブ・カテーテル」であった。毎回、多くの事例が報告されていること、チューブ・カテーテルの種類は様々ではあるが、挿管チューブや気管カニューレ、脳室や胸腔ドレーンなどその種類によっては命に関わる事故となることが選定の理由として上げられた。

(3) 第 12 回記述情報テーマ

第 12 回記述情報の分析テーマは「与薬 (内服・外用、麻薬)」「転倒・転落、抑制」「検査」「器機および器機操作」とした。第 10 回 11 回で分析を行わなかったが、いずれも重要であること、「検査」においては検査部門や放射線部門等、過去 2 回の分析では報告がなかった

部門からの報告が行われていること、器機および器機操作では臨床工学技師も関わっていることなどが選定の理由として上げられた。

5. 記述情報事例の分類・分析についての考察

重要事例情報の第9回報告までの分類枠組みに、第10回以降は「検査」「食事・栄養」「器機・器機操作」を加えた。検査事例については全体の1割程度の事例が収集されており、臨床検査技師を加えた専門的な視点からの事例分析と提案ができたことは、今後、検査のヒヤリ・ハット事例の減少に貢献できると考えられる。「食事・栄養」「器機・器機操作」に関しても、管理栄養士や臨床工学技師といった専門職者からのより専門的な分析が加えられたことは評価すべきことと考えられる。

一方、どの項目にも分類されなかった「その他」の内容には、処置に関する事例や安静度が守れなかった事例などの患者の身体状況に直接関わる事例もあり、分類の枠組みとして今後検討していく必要があると考えられる。

また、カルテの電子化、患者の個人情報の扱い、患者自身の医療に対する関心の高まり等、医療を取り巻く環境が急速に変化している。第12回、13回の実例においては、記録の管理に関する事例が数は多くはないものの報告されてきていることから、今後、新たな分類でのヒヤリ・ハット事例が増えることが予測される。

報告事例の傾向は、第10回～13回の4回分では、いずれの回でも「与薬（点滴・注射、輸血）」が一番多く、次いで「与薬（内服・外用、麻薬）」「チューブ・カテーテル」「転倒・転落」が多い傾向であった。前1年分の第6回～9回では、6・7回は「チューブ・カテーテル」「転倒・転落」が多く、8・9回は「与薬（内服・外用）」が多い傾向にあった。「与薬（注射・点滴）」「与薬（内服・外用）」「チューブ・カテーテル」「転倒・転落」4領域とも1割を超えており、報告事例の多い傾向は今回対象とした4回の報告とほぼ同様であった。今後は、より、事例の分析方法、コメントの報告方

法等を工夫し、多く報告されている枠組みや繰り返される同じようなヒヤリ・ハットの減少に向けた検討が必要であると考えられる。

第Ⅱ部：患者の状態に着目したヒヤリ・ハット事例の記述情報分析に関する研究

1. 文献検討と事例分類枠組みの作成に向けた分析の視点

1) 文献・事例の検討

医療安全・医療事故に関する文献や新聞・雑誌の記事の収集と検討、リスクマネジメントの既存の理論やSHELモデル、特製要因図等の分析方法の特徴を把握した。さらに、厚生労働省のホームページに掲載されているヒヤリ・ハット事例の特徴・背景を把握し分析・検討した。

また、第9回重要事例を用いて、既存の分析枠組みに当てはめることで、事例の特徴と枠組みとの関係性について検討を行った。1事例に対して複数の枠組みでの分析も行った。

2) ヒヤリ・ハット対策の流れ

ヒヤリ・ハットの対策については図2に示すような流れが考えられた。

つまり、看護方法のマニュアルがあるにもかかわらずヒヤリ・ハットが発生していることは、既存のマニュアルの修正が必要か、新たな看護方法の開発が必要であると考え、修正したマニュアルを徹底することや、新たな看護方法の開発を行うことで、ヒヤリ・ハットが減少していくのではないかと考えられた。

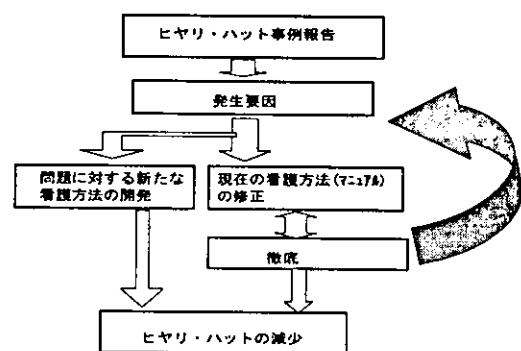


図2 ヒヤリ・ハット対策の流れ

3) 事例の分類・分析の過程

ヒヤリ・ハット事例の分類・分析のためのス

テップを図3に示した。

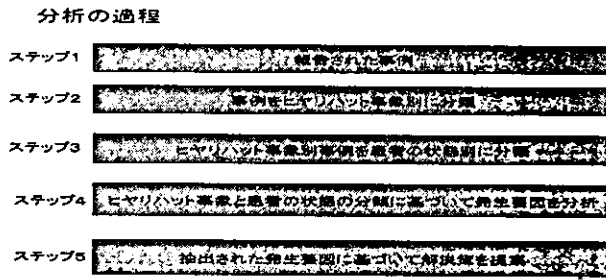


図3 事例分析のステップ

2. 患者の状態に着目した分類・分析

報告されたヒヤリ・ハット事例を与薬、転倒・転落、チューブ・カテーテル等の事象毎に分類し、その後、患者の状態を抽出して分類した。そしてさらに発生要因を抽出して分類し、解決策を検討していく方法とした。

対象は既存の記述情報事例から、ステップ2でチューブ・カテーテルに分類された事例80件とし、発生要因別に分類したところ図4のように分類された。

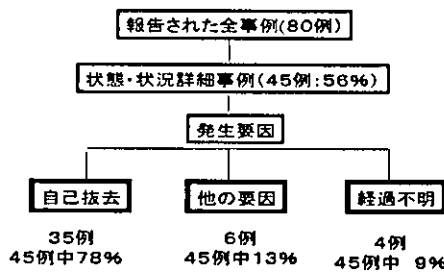


図4 発生要因別分類

チューブ・カテーテル事例の中でも状態・状況が詳しく記載されているもの45件を用い、トラブルの要因毎に分類したところ、45件中35件(78%)が自己抜去であった。自己抜去35件分について患者の状態別に分類したところ、表3のようになった。

表3 患者の状態別自己抜去件数

	抑制中	新生児・小児	意識・精神障害	コミュニケーション障害	麻痺
事例数(重複)	14例	11	10	4	4
自己抜去例数	14例	4	10	4	4
自己抜去割合	100%	36	100	100	100
45例中の割合	32%	9	22	9	9

これら患者の状態の中で抑制中事例については他の患者の状態と重複していた。重複の状況は、新生児・小児、意識・精神障害、コミュニケーション障害の患者が各1名ずつ、麻痺を持つ患者が3名であった。

このような患者への自己抜去の要因は図5~7に示すとおりであった。

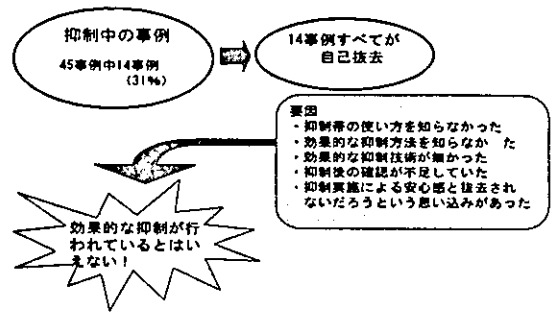


図5 抑制中の患者の自己抜去要因

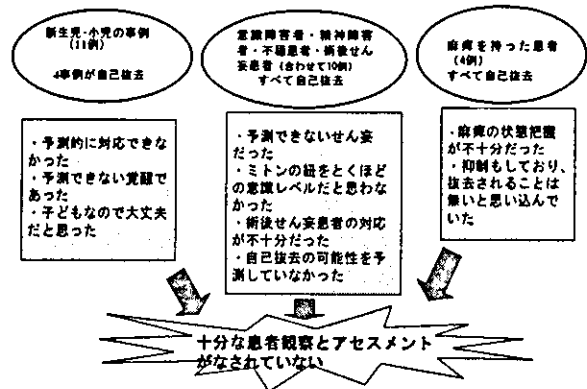


図6 新生児・小児、意識障害、麻痺等を持つ患者の自己抜去要因

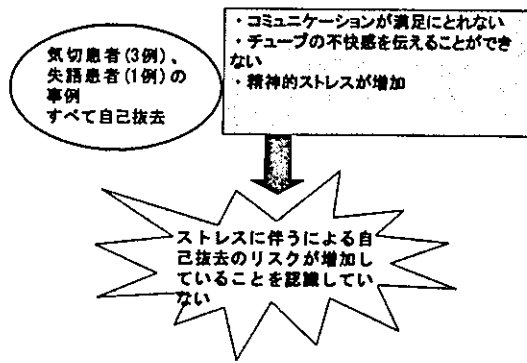


図7 コミュニケーションに障害を持つ患者の自己抜去要因

チューブ・カテーテルの自己抜去事例を患者の状態別に分類し、内容を分析した結果、次のような改善策を提案することができた。

◎抑制中の患者に対する改善策

- ・各看護師の抑制技術の評価
- ・抑制中の確認を徹底する
- ・自己抜去を防止するための抑制方法の看護マニュアルを作り遵守する
(全身状態を含めたアセスメント方法、確認や評価の方法など)
- ・抑制中でも自己抜去が起こる可能性があることの認識を徹底する
- ・抑制に変わる自己抜去防止方法の開発

◎新生児・小児、意識障害、麻痺等の患者に対する改善策

- ・自己抜去に対するアセスメント能力の評価
- ・アセスメント技術習得の徹底
- ・アセスメント項目を含めたマニュアルの作成と遵守の徹底
- ・アセスメントが不十分な看護師はプライマリーにはつかせない
- ・予測的に関わることの重要性を徹底する

◎コミュニケーションに障害のある患者に対する改善策

- ・患者のストレスを認識する
- ・患者にあったコミュニケーション手段を用いて、チューブの不快感などの気持ちを表出させる
- ・確認項目・観察項目をマニュアルに入れて遵守させる

3. 患者の状態に着目した分析方法の考察

事例分析のステップとして、段階を追って事例を分類し、患者の状態に着目して分析を行った。患者の状態に特有な要因や背景が明らかになり、実践に即した有用な解決策の提案ができると考えられる。

このように、ステップを踏んで事例を絞り込んでいくことで問題を明確化でき、より状況に適した対応策を導くことができることから、分析の方法のひとつとして有効であると考えられる。

第Ⅲ部：看護師の業務に着目したヒヤリ・ハット事例の記述情報分析に関する研究

1. 看護師の業務に着目した分類・分析

テーマ毎に分類されたヒヤリ・ハット事例の分析方法の視点として、第Ⅱ部で示した患者の状態とは別に看護師の業務という視点での分析を行った。分析の対象は、既に公表されている事例とした。

1) 与薬について

与薬は「医師の指示」が始めにあり、その後、看護師や薬剤師による確認と判断により進められていく医療行為である。そのプロセスを図8に示した。

機器類のメンテナンスが不十分であったことから機器業者が関わっていた。

「与薬」の事例があげられる。与薬は図8でも示したとおり「医師の指示」から始まり、看護師の投薬が行われる。収集した事例を分析する中で、エラーの発見者により患者へ直接影響を与えなかった事例が見られた。

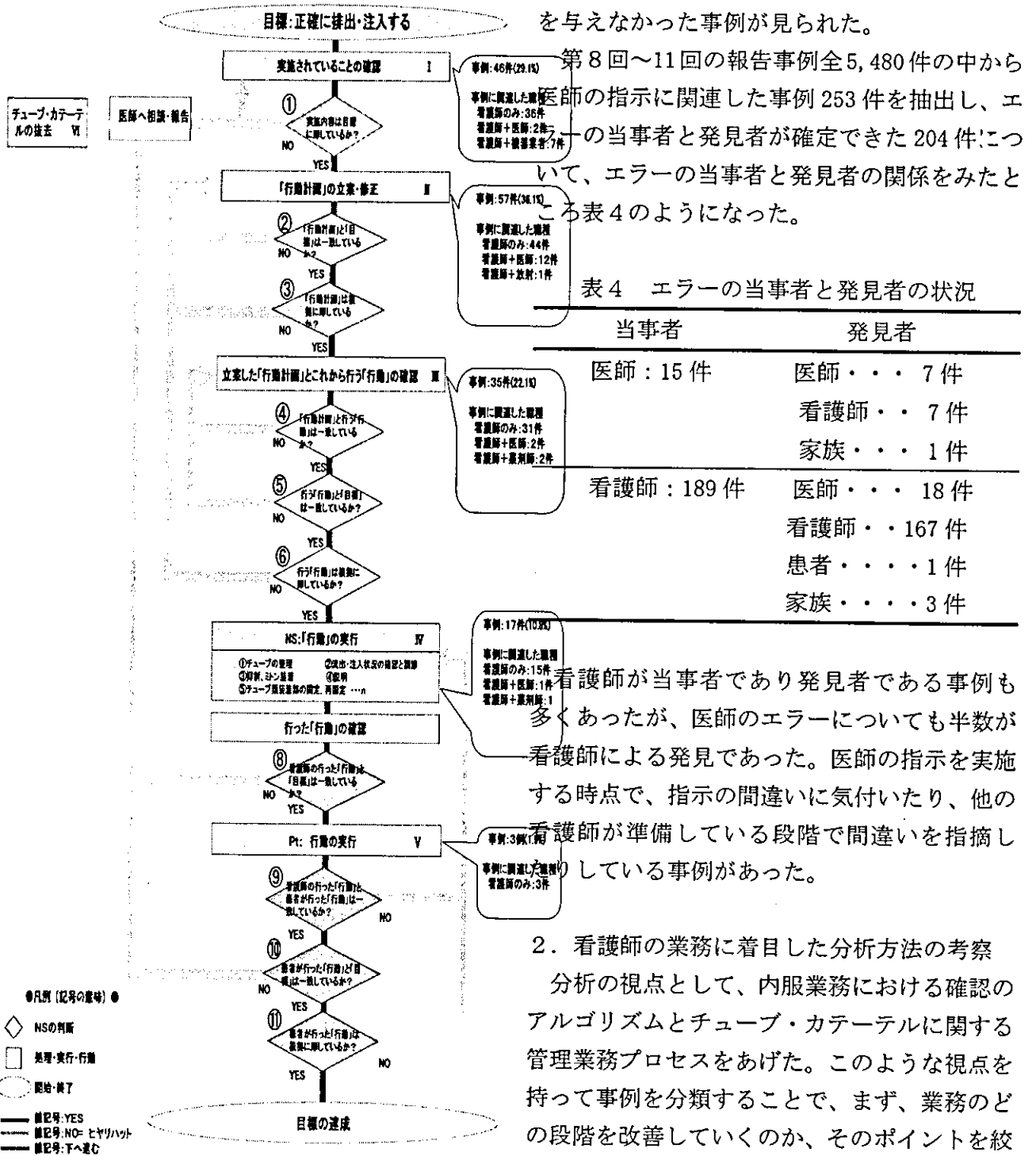


図9 チューブ・カテーテル管理業務プロセス
第10回記述情報 158件のチューブ・カテーテル事例の分析

第8回～11回の報告事例全5,480件の中から医師の指示に関連した事例253件を抽出し、エラーの当事者と発見者が確定できた204件について、エラーの当事者と発見者の関係のみたところ表4のようになった。

表4 エラーの当事者と発見者の状況

当事者	発見者
医師: 15件	医師・・・7件
	看護師・・・7件
	家族・・・1件
看護師: 189件	医師・・・18件
	看護師・・・167件
	患者・・・1件
	家族・・・3件

看護師が当事者であり発見者である事例も多くあったが、医師のエラーについても半数が看護師による発見であった。医師の指示を実施する時点で、指示の間違いに気付いたり、他の看護師が準備している段階で間違いを指摘し、看護師が準備している事例があった。

2. 看護師の業務に着目した分析方法の考察

分析の視点として、内服業務における確認のアルゴリズムとチューブ・カテーテルに関する管理業務プロセスをあげた。このような視点を持って事例を分類することで、まず、業務のどの段階を改善していくのか、そのポイントを絞るために有効であると考えられる。さらに、その改善を行うことでどの程度の事故が防げるのか等を明らかにすることができるとも考えられる。

3) ヒヤリ・ハット予防の看護の関わり
記述情報の収集事例で件数が多いものとし

また、医師の指示からの一連の流れの中で、看護師が行う業務は非常に多く、そのため看護

師の業務の仕方次第でヒヤリ・ハットの多くは防ぐことができるとも考えられる。与薬の確認に関する分析の中で、医師の指示を実施する前の段階までのミスが8割以上であったことは、指示受けから準備の段階までの業務について解決策を見いだすこと、それを実施することによって、内服に関するヒヤリ・ハットのほとんどを防止することができると考えられる。エラーの当事者と発見者の表でも、医師のエラーについて看護師が発見しているケースが半数程度あることから、確認、確認するためのマニュアルの作成を行うことが必要であると考えられる。

D. 結語

医療機関が医療事故を予防するための手段として活用でき、効果的な分析が行えるような事例の分類・分析・公表の方法について検討することを目的として、ヒヤリ・ハット事例の記述情報の分類・分析、患者の状態に着目したヒヤリ・ハット事例の記述情報分析、看護師の業務に着目したヒヤリ・ハット事例の記述情報分析を行った。

ヒヤリ・ハット事例の記述情報分類では、新たな分類枠組みを加え、専門的な分析を行うための専門家を含めたグループ編成を行った。その結果、より具体的な分析を行い提示することができた。別に、具体的な解決策に結びつけるための分析方法の検討も行い、患者の状態別の分類・分析方法と看護師の業務・確認プロセスに基づく分類・分析方法の提案を行った。

今後は、繰り返される事例の検討、事例の公表方法の検討、具体的な解決策のさらなる検討を行っていく必要がある。