

ヒヤリ・ハット事例集

○	人	工	呼	吸	器	2
○	輸	血	.....	5		
○	注	射	.....	7		
○	与	薬	.....	1 1		
○	麻	薬	.....	1 3		
○	調	剤	.....	1 4		
○	手	術	.....	1 5		
○	窒	息	.....	1 9		
○	酸	素	吸	入	2 3	
○	気	管	切	開	(気管カニューレ装着)	2 7
○	転	倒	.....	3 1		
○	転	落	.....	3 5		
○	入	浴	.....	3 7		

1 人工呼吸器

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
人 工 呼 吸 器	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸器のコンセントを差し込み忘れた。 電源を確認したところ、抜去していた。 	<ul style="list-style-type: none"> 使用前の点検不足 訪室時の確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> 点検項目カードを下げ、項目にそって点検する。 訪室のたびに呼吸器が正常に作動しているか確認する。 訪室のたびに電源がコンセントに差し込まれているか確認する。 加湿器の電源を忘れないように、呼吸器の加湿器と壁側のコンセントに注意を促す明示をする。 	<ul style="list-style-type: none"> 直ちにアンビューバッグに切り替える。 呼吸器が正常に作動し、アラーム音が鳴らないことを確認する
	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器を装着する際に、加湿器の電源が入っていないことに気がつき、すぐに電源を入れた。(呼吸器本体とは別にコンセントと電源スイッチがあり、入れ忘れる危険性がある) 	<ul style="list-style-type: none"> 処置時、呼吸器接続への配慮不足 	<ul style="list-style-type: none"> 処置前、蛇管、呼吸器が正常に作動しているか確認する。 体位交換時は2人で行う。 ルートを長くし、余裕を持たせてあるか確認。必ず一人は呼吸器ルートから目を離さない。 回路の持続でリークを起こしやすい箇所、点検や蛇管など亀裂はないか確認を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 異常発生時はアラーム音と光で知らせるので、混乱せず対応する。 患者に異常はないか観察する。異常がなかったら点灯の続く箇所又は赤ランプの点灯した箇所を確認する。 原因がはっきりしたら原因箇所の処置を行う。 看護婦サイドでの対処ができない時、医師へ連絡をする。 対処後リセットボタンを押し点灯を止め、アラームを復帰させる。 問題を繰り返さないようスタッフで学習する。
	<ul style="list-style-type: none"> 体位交換時、接続部がはずれていた。 回路交換時、接続を間違えた。 呼吸器の蛇管がシーツ交換時に引っ張られ、気管カニューレごと抜管した。 蛇管に亀裂があった。 	<ul style="list-style-type: none"> 処置後の確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> 測定後の確認を厳守する。(指さし確認) 	
	<ul style="list-style-type: none"> CVPの測定時にPEEPを3→0にして測定した。測定後元に戻すのを忘れた。(CPAP/ASBモード) 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の状態の観察不足 器具の点検不足 	<ul style="list-style-type: none"> 人工気道自体が分泌物や湾曲により閉塞されないようにチェックする。 体位変換やタッピングなど排出を容易にし、分泌物の吸引を確実にを行う。 吸引時は無菌的に行い、気道粘膜を損傷しないよう無理な吸引は避け、吸引圧 80 ~ 120mmHg 程度 吸引時間 10 ~ 15 秒を超えないように守る。 アラーム設定条件を確認する 	
<ul style="list-style-type: none"> 加温加湿器の水溫上昇で、カニューレが閉塞気味になった。 気管内分泌が多く、カニューレが閉塞気味になった。 				

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
人 工 呼 吸 器			<ul style="list-style-type: none"> 加湿器の温度は適当か加湿器に手で触れ温度を確かめる。 回路につけた温度計を定期的にチェックする。 	<ul style="list-style-type: none"> 直ちにアンビューバッグに切り替える。 加湿器が正常に作動し設定温度を確認してから呼吸器に接続する。 精製水を体温程たびに暖め、加湿器に注入する
	<ul style="list-style-type: none"> 加湿器の精製水の量が少なくなっていた。 緊急患者受け入れ時、加湿器の精製水を入れ忘れた。 	<ul style="list-style-type: none"> 開始時の確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> 蛇管の結露状態を確認 加湿器の精製水は訪室のたびに安全ラインは満たされているか確認する。 人工呼吸器装着時、点検項目にそってチェックする。 	
	<ul style="list-style-type: none"> 加湿器に精製水を追加した時、蛇管の接続忘れ。 	<ul style="list-style-type: none"> 処置後の不注意 	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸器の気道内圧が正常に作動しているか確認してから退室する。 	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸器が正常に作動し、アラーム音がならないことを確認する
	<ul style="list-style-type: none"> 酸素室の酸素量が低下した フローレートの設定目盛りがずれアラームがなった。 	<ul style="list-style-type: none"> 会計課の注意不足 機械取扱手技の不正確 	<ul style="list-style-type: none"> 会計課は、毎日酸素残量をチェックする。 呼吸器の酸素の流量が指示通りか確認する。 パルスオキシメーターを患者に装着し、観察する。 装着後フローレート目盛りを確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 酸素ポンベ、アンビューバッグを準備する。 フローレートを正しくセットする。
	<ul style="list-style-type: none"> I字管に溜まった水の量が気管に入りそうになった。 	<ul style="list-style-type: none"> 回路内の水分貯留への対応忘れ 	<ul style="list-style-type: none"> 流れ込まないように蛇管の角度を調節し、水は水受口に溜まるようにする。 溜まった水滴は適宜捨てる。 	
	<ul style="list-style-type: none"> SpO₂が低下しカニューレのカフエア漏れに気づく。 気管内チューブのカフエア抜きの注射器をつけたまま忘れた。 	<ul style="list-style-type: none"> カフエア漏れの確認不足 処置後の不注意 	<ul style="list-style-type: none"> 最初カフエアを入れたとき、カフ内圧を測定しておく。 体位変換や処置の後、また各勤務毎にカフエアの内圧のチェックを行う。 ケア後もう一度確認する。 退室後、指さし点検を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 機械故障時に備え、必ずアンビューバッグを側に置いておく。 酸素はYのアウトレットを使用し、2つ準備しておく。
	<ul style="list-style-type: none"> 気管内チューブの固定絆創膏が流涎により緩んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> 機械的刺激によるチューブの抜去 流涎に対する看護計画不足 固定方法の工夫不足 	<ul style="list-style-type: none"> 緊張が強く、体動が激しいなどの患者の特徴や状態、理解力の程度を把握しておく。 常に抜去の危険が高いことを頭に入れておく。 医師との連携をとっておく。 	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器には必ず対応策を記録したカードをさげる

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
人 工 呼 吸 器			<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪室のたびに固定絆創膏をチェックする。 ・ 緊張や体動の激しいときは、指示を受ける。 ・ 側を離れるときは、他看護婦にも声をかけ連携をとる。 ・ 観察しやすい位置にベッドを置く。 ・ チューブの長さを記録し、マジックで印をつける。 ・ チューブの絆創膏固定は、二人の介助者でしっかり行う。 	
	・ 個室で使用时アラーム音が聞こえにくい。	・ 呼吸障害の可能性	<ul style="list-style-type: none"> ・ ドアを開けておく。 ・ 観察回数を増やす。 ・ 心電図モニター、サチュレーションモニターなどで二重監視をする。 	

2 輸 血

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
輸 血	<ul style="list-style-type: none"> 患者からA型といわれ、家族もA型と いっていたが検査結果はO型であった。 薬剤科から受領した血液と患者の血液 型が間違っていた。 輸血伝票にA型と書くところをO型と 書いてしまった。 電話で輸血の予約をしたが、AとOを 間違えて予約されていた。 検査結果が主試験(+)であったが、 確認せずに使用した。 	<ul style="list-style-type: none"> 情報収集不足 血液受領時の 確認不足 情報伝達の不 備 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の言ったことでなく検査 結果を確認する。 受領するとき、薬剤師と看護 婦で血液型、Lot 番号、血液 製剤の種類、使用予定日、交 叉判定、照射の有無等を声だ し確認する。 伝票で診療録に明示されてい る血液型表示(検査伝票)と の突合 電話でなく、必ず伝票で予約 する。 輸血伝票と主試験のラベルの 確認 	<ul style="list-style-type: none"> 検査し検査結果 を患者に確認す る。
	<ul style="list-style-type: none"> 患者本人から血液型O型と言われ、外 来カルテにもO(+)と記載されていた。 ERCP 後よりA(+)となっているこ とに気づく。手術当日再検査となった。 緊急手術で手術直前まで血液型がわか らなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 情報収集不足 血液型誤認 確認不足 医師との連携 不足 外来との連携 不足 	<ul style="list-style-type: none"> 血液確認は、二重三重に行う。 検査データのみでなく、患者 本人にも確認しておく。 データは関連づけて見る技術 を習得する。 手術に必要なデータは前日ま でに揃えられるよう医師に依 頼する。 術前チェックは前日午前中に 行い、確認チェックの回数を 増やす。 	<ul style="list-style-type: none"> 再検査し、患者 本人の血液型に 誤認はないか再 確認する。 輸血の誤りがあ った場合は、す ぐ中止し、医師 に報告し、必要 な対策を速やか に行う。 患者への説明
	<ul style="list-style-type: none"> MAP血を払い出すところ、FFPを 払い出してしまった。 伝票に血液のLot 番号を記入する際、 異なる血液型のLot 番号を記入してし まった。 	<ul style="list-style-type: none"> 注意不足 	<ul style="list-style-type: none"> 伝票、血液型、血液種類は3 回確認する。 Lot 番号記入後、再確認する。 	
	<ul style="list-style-type: none"> MAP血を冷凍庫に保管してしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> 保管方法の知 識不足 手順の確認不 足 	<ul style="list-style-type: none"> 保存方法を事前に確認してお く。 マニュアルの手順を確実に 行う。 正確な知識を深める。 	<ul style="list-style-type: none"> 輸血管理室に報 告し、破棄する。 医師に報告し、 すぐに代わりの 赤血球を用意す る。
	<ul style="list-style-type: none"> 血液のバッグに輸血セットをつなごう としたところ、セットの先を斜めに刺 してしまい、バッグを突き破ってしま った。 	<ul style="list-style-type: none"> 技術不足 バッグの材質 の知識不足 	<ul style="list-style-type: none"> セット装着時は台の上で行う ように徹底する。 	<ul style="list-style-type: none"> 輸血管理室に報 告し、破棄する。 医師に報告し、 すぐ代にわりの 赤血球を用意。

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
輸	・血小板の受領後、患者に実施するまで振盪せずに放置していた。	・知識不足 ・医師との連携不足	・正確な保管方法の知識を深める。 ・輸血マニュアルを確認し、マニュアルに沿って確実にを行う ・輸血管理室からの保管方法の伝達	・放置された時間を確認し、医師に報告する。 ・輸血管理室に相談する。
	・薬剤科から受領したあと、長時間卓上に放置した。	・保管方法の知識不足	・受領後は冷蔵庫に入れる。	・保管管理の徹底
血	・同姓の患者のクロスマッチ採血を間違え、クロスマッチ時におかしいことに気がついた。	・確認不足	・採血時、患者の名前を声を出して確認する。 ・スピッツの名前はフルネームを記入する。年齢、カルテ番号などを記入し、区別できる工夫をする。	・再検査する。
	・輸血を開始したあと急用で、患者のそばを離れざるをえなかったが、不安だった。	・患者の状態の確認不足	・輸血開始後5分間は患者のそばを離れない。	

3 注 射

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
注 射	<ul style="list-style-type: none"> ・サーフロ針とエクステンションチューブの接続が緩み、逆流した。 ・オムツ交換時、体位変換時に緩み、ルートがはずれ逆流した。 ・点滴ルートの接続部が緩み、液漏れしていた。 ・化学療法施行時、側管の緩みがあり、化学療法注射がもれた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・接続が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴ボトルからルート、刺入部まできちんと接続されているか確認する。 ・接続部の固定の検討 (テープでの固定、輪ゴムの使用、ロック式接続チューブの使用) ・処置の前後、点滴ボトルからルート刺入部まで確認。 ・化学療法薬が漏れたらどうなるかを知り、細心の注意を払う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・清潔操作できちんと接続し直す。 ・医師に報告し、漏れた皮膚の処置をすぐに行い、観察を続ける。
	<ul style="list-style-type: none"> ・化学療法の点滴ルートをサーフロでなく、翼状針で刺した後漏れていた。翼状針でいいのかと思ったが、そのままにしていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・確実な方法をとらなかった。 ・知識不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・化学療法薬の副作用、血管外に漏れたらどうなるのか危険性を知る。 ・化学療法の際は必ず留置針を使用。 ・化学療法時のマニュアル、システム作り。 ・ボトルからルート、刺入部までの確認をする。 ・頻回に訪室する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・血管外に漏れたら即点滴を中止し、医師に報告する。 ・バイタルサインチェック ・刺入部の皮膚の確認
	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴ボトルからルートが抜けて多量の逆血があった。兄弟入院でベッドを2つ並べてあり、行動範囲が広く引張られた。 ・母親が点滴スタンド側に寝ており、ルートから伸ばして側注したら、三方活栓からルートがはずれた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ルートに余裕をもたせなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・可能ならベッドを2台くっけない。 ・ルートに余裕を持たせる。 ・頻回の訪室とルートの確認。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ルートの調整・家族は点滴スタンドの反対側に休んでもらう。
	<ul style="list-style-type: none"> ・輸液ポンプのアラームが鳴っていたが、患者が難聴のため気づかず閉塞しかかっていた。 ・点滴が残り少ないと申し送られ、居残り残業していた。1回見に行ったが残っていたので、更新しなかった。他の業務に依っていたら忘れていた。しばらくして思いだし、訪室したら丁度終わっていた。 ・IVHの点滴が終了し、逆血が始まっていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・注射中の確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・頻回に訪室する。 ・訪室時は滴下数、残量の確認。 ・終了予測の計算を行い、タイマーを使用する。 ・立位や座位の時滴下調整を行ったら、再度訪室し、臥位で調整しなおす。患者にも説明し、協力をもらう。 ・体動、ボトルと刺入部の位置関係でも滴下速度が変わることを考える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・点滴が終了、逆血していたら、空気抜き再開の処置をとる。 ・医師に報告し、今後の滴下数の調整をする。

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
注 射	<ul style="list-style-type: none"> ・持続点滴のチェックをせずにいたら予定よりかなり早く滴下していた。 ・座位の時、点滴の滴下速度が速くなり、1時間後には倍量の速度になっていた。 			
	<ul style="list-style-type: none"> ・シリンジポンプのアラームが鳴った。患児がシリンジポンプについている注射器の延長チューブを引っ張っていた。 ・ベッドサイドでの排泄中、かなり点滴ルートが引っ張られていた。 ・ベッド移動で柵を上げた。定位置に落ち着き家族が柵を下ろしたとき、点滴ルートが柵とベッドの間に挟まっていた 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者、家族への説明不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者、家族へポンプなどの機械類には触れないよう協力を依頼する。 ・どうしても触る患者の場合は、医師の指示をもらいワンショットで行う。または、点滴以外の方法を考える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ルートを点検し、スムーズに注射できるよう処置をとる。
	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢痴呆の患者が点滴の刺入部を触り抜針していた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の把握不足 ・刺入部の固定方法の判断が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> ・ルートに余裕をもたせる。 ・患者が触れても抜けない固定方法の選択 ・ベッドの移動時など、始めから終わりまで看護婦が責任をもって行う。 ・頻回の観察。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・兄弟家族での入院が多く、又患者数が多くなると同姓同名に不安になる。 ・点滴の準備がしてあるものを「これ〇〇さんにしてと言われ、ボトルに記名がないと不安になる。 ・生食100mlボトルが開封したまま注射器の箱に入っていた。使っていないのか不安に思った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者名や薬品名の記入を怠った。 ・看護婦間の伝達不十分 	<ul style="list-style-type: none"> ・注射器ボトルにはフルネーム、部屋番号を記入する。 ・記入は漢字がわかりやすい。 ・施行時は部屋番号、ベッドネームと注射器、ボトルの名前を確認する。 ・施行時は姓名を声かけする。 ・同姓患者入院時は申し送りを徹底し、間違いのないようにする。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・輸液ポンプの調子が悪く自然滴下に変更したが、点滴終了に気づくのが遅く、ボトル内が空になっていた。 ・点滴の輸液ボトルをセットする時、流量と予定量を間違えてセットした。すぐ気づいてやり直した。 ・IVHより抗生剤を側注している時、アラームが鳴っているのに気づかず、しばらくしてから終わっていることに気づいてIVHを開始する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・輸液ポンプ取扱いの学習不足 ・看護婦の不注意 	<ul style="list-style-type: none"> ・セット後もう一度表示を確認する。 ・セット後滴下数を自分の目で確認する。 ・機械類の操作に慣れておく。 ・可能な限り、同一機種のポンプにする。 ・終了予測の計算を行い、タイマーを使用する。 ・ポンプの取扱やセットの準備方法をカードに明示しておく 	<ul style="list-style-type: none"> ・空気抜きし、再開の処置をとる。

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
注	<ul style="list-style-type: none"> ・エア針が必要なボトルにエア針を使わなかったため、ルート内に空気が沢山入り家族から通報があった。 ・エア針が不要なボトルにエア針が入っていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・エア針が必要か確認を怠った。 ・エア針を使用しないことが多いための慣れから生じた不注意。 	<ul style="list-style-type: none"> ・エア針が必要かどうかの確認をする。 ・注射後の状態確認をする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者、家族に謝罪し適切な処置をとる。
射	<ul style="list-style-type: none"> ・前日はピクリン 1/2 Aの指示だったが、本日は1 Aと書かれていた。医師に確認したところ、やはり1/2 Aだった。 ・指示の薬品を点滴内に混入しておいたが、別の看護婦が注射介助する時再度混入した。 ・指示簿には滴下数 40ml/h、ボトルには、20ml/h に医師が変更していた。 ・ヒューマリンRの単位がボトルに書いてないのに、そのまま注射しているのを見た。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護婦間の連絡ミス ・医師、看護婦間の連絡ミス ・確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・常に指示量、薬品名を確認する。 ・指示を受けたらスタッフのわかるよう変更の記載をする。 ・ボトルに混入薬品の明示をする。 ・注射を準備した人が施行まで責任を持つ。やむを得ず交替する時は、指示を明確に告げる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・重複混入がわかった時点ですぐ注射を中止する
	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状態が良くなったので、日勤ナースが注射薬の中止の指示を受け、担当ナースに伝えられたが、担当ナースはこれまで行っていた注射薬を準備し、医師に注射依頼した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・思い込みによる確認不足 ・指示簿による確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・注射薬準備は二人でカルテ指示を確認し、行う。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・輸液ポンプのアラームは、点滴筒の水溜り付着のためと思い、その除去だけで再開したが逆血のためだった。 ・クレンメが患者の下敷きになっており、閉塞しそうだった。 ・ベッド柵とベッドの間にルートが挟まっていた。 ・点滴の針が血管に入ったところで、空気が入っているのに気づいた。完全に空気抜きしなかった。 ・点滴は本体止めにして抗生剤を側注したが、終了後本体の再開を忘れた。すぐ気づき再開した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ルートの確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・クレンメの位置は患者から遠い位置にする。 ・ルートが下敷きにならないよう患者にも協力を得る。 ・点滴ボトルからルート、刺入部まで観察する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者にも協力を依頼し、清潔操作で接続する。

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防止策	事故発生時対応策
注 射	<ul style="list-style-type: none"> 化学療法の刺し換え後、抜針したものをオーバーテーブルの上から持ち帰ろうとして危うく針を刺しそうになった。 夜勤時ボーッとしており、針捨て箱に針を捨てる時、針を刺しそうになった。 予防着の中に18Gの針が入っていた。 血管確保後、患者に刺した針をリキャップ時刺しそうになった。 針付き注射器、注射針キャップが患者のベッドに残っていた。 	<ul style="list-style-type: none"> 手順の確認不足 安全確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> リキャップはせずに抜針した物はトレイに入れる。 直接手で触れず、専用のセツシ等でつかんで捨てる。 セフティナーの使用。 注射器は使用から捨てるまで責任を持つ。 	<ul style="list-style-type: none"> 誤刺したらすぐに血液を押し出し、流水で洗い、誤刺報告のルートに乗せて報告する。
	<ul style="list-style-type: none"> ホリゾンとプリンペランのアンプルが同一の箱に入っており、同一の形と色をしているので間違えるのではと思った。 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤管理体制が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> 類似品は分けて保管する。 薬品名を紙に書いて表示する 類似品、同色アンプルは注意の意識を持つ。 	
	<ul style="list-style-type: none"> 看護婦が検査のため準備したヘパリン入り造影剤を加湿器に置いておいた（マニュアル通り造影剤ボトルに部屋番号、何例目、氏名をマジックで記入し、キャップも取り外してあった。）が、担当の放射線技師が造影剤を用意するとき、さらにヘパリンを入れようとした。 	<ul style="list-style-type: none"> 造影剤にヘパリンが入っていることの注意不足、明示の不備 	<ul style="list-style-type: none"> 加湿器には当日使用する造影剤や他の薬剤等が入っている可能性があることを認識し、必ず薬剤が新しいものであるか確認する。 ○確認事項 キャップがきちんと付いているか。 ボトルに混入薬剤名、量、氏名等が記入されていないか。 ○確認できない場合 担当看護婦に声をかける 中央の薬剤庫から新しい薬剤をもってくる。 	<ul style="list-style-type: none"> 知らなかったことに対しては、再度取り決め事を説明する。 職場の責任者に新人に対するオリエンテーションの徹底を申し入れる。
<ul style="list-style-type: none"> 術前にアレルギーありとされていたヘルベッサを麻酔中に使用した。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師（麻酔医）の不注意 	<ul style="list-style-type: none"> アレルギー薬などを大きく書き出し、麻酔の現場に貼る。 アレルギー等の禁忌事項は、医師・看護婦を含めた複数人で確認してから、処置に入るようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> アレルギーが出たときの処置の準備をする。 	

4 与 薬

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
与 薬	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同じ配薬車に同姓の患者がおり、取り違えて飲ませてしまった。 ・ 異なった医師から同一薬が処方されていた。 ・ 配薬トレイの中に薬が残っており、内服したのかしないのかわからない。 ・ 他の患者の薬を渡してしまった。 ・ 他の患者の薬をテーブルの上に置き忘れ、外泊時患者が持ち帰った。 ・ 就寝前の睡眠薬を、他の看護婦が担当している患者がまだ服用していないと言ったので与薬したら、すでに担当看護婦が与薬していた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ フルネームの確認を怠った。 ・ 医師間の伝達不足 ・ 看護婦間の伝達不足 ・ 薬剤管理不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 配薬時、薬袋と患者名を3回確認する。 ・ フルネームで呼ぶ。 ・ 整理された広い場所で薬の種類、患者名の確認をする。 ・ 1日分を個人別の袋に入れ1カ所にまとめて用意する。 ・ 担当看護婦が行うことを原則とし、与薬する場合は担当者に必ず確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同姓の患者に関して、与薬車の色別表示をする ・ 同姓同名の患者がいる場合は、生年月日、年齢、性別を確認する ・ バイタルサインのチェック。 ・ 意識レベルの確認
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1日2回3カプセルずつ内服させるところ、1日2回1カプセルずつ内服するよう指示した。 ・ 2週間分の薬の内1週間分を与薬車にセットするとき、錠数を誤ってセットした。 ・ 服用時間を間違えて飲ませてしまった。 ・ 錠剤の mg 数が増えて錠数が減ったのに、依然と同じ錠数で配薬セットした。 ・ 病室前の廊下で与薬車の薬と処方せんを確認し、薬を持って患者の所へ行こうとしたとき他の患者に呼び止められた。そのまま他の患者の所へ行き用を足した後、その患者に薬を与薬しようとした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 処方箋による確認不足 ・ 思いこみによる患者確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬袋の表示を確認してから患者に渡す。 ・ 処方せんを確認してから患者に渡す。 ・ 薬を持ったまま他の行為を行わない。薬を置いて他の患者の用を足すか、当該患者に与薬してから他の患者の所へ行く。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 処方せん、ワークシートの確認
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者名を呼んだら返事をしたので与薬したら、何にでも返事をする患者であった。 ・ 自己管理している患者が食堂に薬を置いていたら隣の患者が飲んでしまった。 ・ 処方せんと薬ケース内の薬を確認し、同室の2人の患者のケースを一緒に持って行って取り違えて与薬してしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者名の確認不足 ・ 患者自身の認知不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者名の他に患者の顔も確認する。 ・ 二人の与薬を同時にしない 	

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
与 薬	・患者のベッドから飲んでいない薬が大量に見つかった。	・服薬の確認を怠った。	・確実に服用したか確認する。	
	・薬剤師による服薬指導が行われている患者に、違う説明をしてしまった。	・投薬理由の確認を怠った。	・内服方法を確認してから患者に渡す。 ・医師と薬剤師時の情報交換	
	・眠剤の指示を受け、常備薬から取り看護婦に指示を出し患者に飲ませたが、保管場所が変わっており、違う薬を飲ませてしまった。 ・医師が患者に服用中止の指示を口頭で伝えたが、看護婦に指示してなかったため配薬してしまった。	・薬の名前の確認を怠った。 ・保管場所変更の連絡が悪かった。 ・医師から看護婦への伝達不足	・一定の場所に保管する。 ・変更の都度全員に伝える。	・医師は看護婦に指示を必ず伝える。
	・薬局で調剤された薬が間違っていたが、確認せずに飲ませてしまった。 ・薬袋に他の患者の薬が混入していた。	・処方せん、ワークシートと薬袋中の薬の確認を怠った。	・内服方法を確認してから患者に渡す。	・医師の指示の確認。
	・発達遅滞の患児が食後薬を服用したあとに、ステーション内の与薬車から自分の薬を出そうとしていた。	・与薬車の管理不十分	・与薬車を入り口に置かない ・誰もいないステーションに出入りできないようにする。	・与薬車から勝手に持ち出してはいけないことを必ず伝える。
	・虚血性心疾患で小児用パファリンを自己管理で服用していた患者が手術となり、服薬中止の指示がでていたが、患者に伝え忘れたため手術が延期になった。	・患者把握不足 ・患者への説明不足	・入院時患者が服用する常備薬の確認と治療との関係について把握する。 ・自己管理患者への治療上の連絡を確実にする。	

5 麻 薬

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
麻 薬	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間倍量投与するところ、通常量を配薬した。 ・服用量指示が変更となっていたが、そのまま配薬してしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・与薬量の確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の指示を確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師に報告し、必要な対策を速やかに行う。 ・患者の観察 ・患者、家族への説明
	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤科から麻薬を受領するとき、違う患者の麻薬を受領した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・麻薬処方せんと患者名の確認を怠った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師と患者氏名、麻薬品名の声だし確認をする。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・同室の患者2名分のMSコンチンを金庫から出し病室に行ったが、1名在室していなかったのでオーバーテーブルの上に置いておいたら無くなっていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・業務中断、注意不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・2人の与薬を同時にしない ・麻薬は確実に患者に手渡し服薬したことを確認する。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・塩酸モルヒネ注をブドウ糖に入れるとき、話しかけられ他の患者の点滴に入れてしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・業務中断、注意不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・麻薬に限らず、注射薬を準備するときは集中する。 ・点滴準備中は話しかけない。 	

6 調 剤

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
調 剤	<ul style="list-style-type: none"> 薬が重複して処方されているのに、疑義照会しないで調剤した。 	<ul style="list-style-type: none"> 処方せんの確認を怠った。 	<ul style="list-style-type: none"> 過量、重複、用量等の確認を励行する。 	<ul style="list-style-type: none"> 処方医、患者に連絡する。
	<ul style="list-style-type: none"> 薬袋に患者名を間違えて記入し、別の患者に渡した。 薬袋に1回1錠と書くところ2錠と書いてしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> 転記ミスによる誤投薬 	<ul style="list-style-type: none"> 最終監査で処方せんと薬袋を確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 処方医、患者に連絡するとともに患者宅に行き交換する。
	<ul style="list-style-type: none"> 処方せんの薬品名を読み間違い、別の薬を投薬した。 薬袋から取り出すとき場所を間違え、違う薬を投薬した。 	<ul style="list-style-type: none"> 注意不足 思いこみによる確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> 似たような名前の薬は別の薬棚に移す。 思いこみによる調剤は行わない。 	<ul style="list-style-type: none"> 処方医、患者に連絡するとともに患者宅に行き交換する。
	<ul style="list-style-type: none"> 倍散を秤量するところ、現末を秤量した。 倍散の換算を間違え、10倍量秤量した。 	<ul style="list-style-type: none"> 注意不足 思いこみによる確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> 計算し秤量した量を処方せんに記載する。 秤量者以外の薬剤師が監査を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 処方医、患者に連絡するとともに患者宅に行き交換する。
	<ul style="list-style-type: none"> 散剤を分包するとき、42包に分割するところを21包に分割した。 分包誤差があり、患者からクレームを言われた。 	<ul style="list-style-type: none"> 注意不足 思いこみによる確認不足 	<ul style="list-style-type: none"> 分割紙に分包数を記入する。 少量の薬を分割分包するときには慎重に行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 処方医、患者に連絡するとともに患者宅に行き交換する。
	<ul style="list-style-type: none"> 患者へ渡す薬説明文書を間違えて違う薬のものを入れた。 調剤しようとしたら、別の薬品が混入していた。 錠剤分包機のカセットに他の薬剤が混ざっていた。 外用液剤に内服薬のラベルを貼ってしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> 注意不足 思いこみによる確認不足 充填時に十分確認しなかった 	<ul style="list-style-type: none"> 説明文書と薬品を確認する。 品名・規格を確認し、きちんと元に戻す。 カセットと薬品の確認を2人で行う。 ラベルを貼付するとき再度確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 錠剤棚、カセット全てを調査し別の薬品が混入していないか確認する。 処方医、患者に連絡するとともに患者宅に行き交換する。

7 手 術

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事故発生時対応策
体位	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上肢の固定が不十分であり（抑制の帯の結び方が緩く）、患者の手がベッドの手台からずり落ちていた。 ・ 術中体位がジャックナイフ位であるにもかかわらず、この体位がとれないベッドを準備していた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 固定技術の未熟 ・ 観察の不足 ・ 術前情報の把握不足 ・ 体位とベッドとの関係の知識不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 正しく固定されていることを確認する。 ・ 固定技術の向上のための演習などを計画する。 ・ 体位に関する観察のポイントについての知識を高める。 ・ 各種ベッドの機能についての知識を深める。 ・ 日頃から、術前の準備の大切さについての啓蒙を行う。 ・ 術前情報の収集を実際にどのように活用するのかをトレーニングしておく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師に報告し、固定を整える。 ・ 患者に説明し、ベッドチェンジする。 ・ 時間が遅れる時は、医師や麻酔医にも報告する ・ 問題を関係者間で共有し、勉強会などを計画する。
移動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 挿管中の患者のベッドを動かす時に、人工呼吸器の蛇管がベッドに引っかかり、挿管チューブが抜けそうになった。 ・ 術中ベッドのストッパーをかけ忘れ、医師がベッドによりかかった時にベッドが動いた。 ・ 術後、患者を手術台よりベッドへ移動する際、ベッドの固定が不十分で、患者がずり落ちそうになった。 ・ 患者を手術台から移動する際、バルーンカテーテルを確認しないで移動し、カテーテルが抜けてしまった。 ・ 手術が終了し、患者をホールまで移送したが、カルテを部屋に忘れてきたのに気づき、取りに行った。その間患者は一人で起きあがろうとしており、帰ってきた際に気づいた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 注意不足 ・ 確認不足 ・ ベッド搬送時のストッパーの確認の不足 ・ 危険意識の不足 ・ 移動、移送時の患者周囲の各種ライン類の確認不足 ・ 麻酔覚醒直後の患者の状態のアセスメント不足 ・ リスクの予見不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者を移動、移送する場合には、ライン類の確認やベッドのストッパーの確認を十分行う。 ・ 医療者間での声かけを徹底し、複数で確認する。また移動時はタイミングよく行う。 ・ 手術直後の患者については、ICCU又は病棟看護婦に患者を申し継ぐまでは、そばを離れない。 ・ やむを得ず患者の側を離れる場合には、他の看護婦に声をかける。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医又は麻酔医に挿管チューブの挿入状態を確認してもらう ・ 必要であればレントゲン撮影でチューブの位置を確認する。 ・ 気管の損傷のリスクについて次へ申し送る。 ・ ベッドをすぐに固定する。 ・ バルーンカテーテルは、再挿入の必要性を確認し、必要であれば行う。 ・ 抜去に伴う尿道などの損傷についての観察を継続する。 ・ 術後の患者の側を離れることのリスクを振り返り、今後の行動変容の必要性を再確認する。

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防 止 策	事件発生時対応策
患者の誤認	<ul style="list-style-type: none"> 患者を準備していたベッドとは違うベッドに臥床してもらい、危うくベッドネームに記載している別の部屋へ移送するところだった。 眼科の手術の迎いの連絡を病棟にしたが、受付の聞き違いで、違う患者の名前で違う病棟に連絡してしまい、病棟からの問い合わせで気づいた。 婦人科の患者が2人来科し、自分の担当の患者の名前を確認したところ、はいと言われてそのまま誘導し、更衣してもらったが、すぐに違う患者だとわかった。 受付で申し送りを受けた後、同時に来ていた違う患者のカルテとフィルムを一緒に持っていきこうとしてしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の名前の確認不足 看護婦間の連携の不足 伝達手段の問題 手術前の患者の心理状態のアセスメント不足 患者確認方法の未熟 受付業務の煩雑さ 受付カウンターのスペースの問題 	<ul style="list-style-type: none"> 患者1人に対して、1人の看護婦が対応できるようにし、ベッドへ臥床する時も名前を確認し、ベッドネームと違う事はないか確認する。 病棟の看護婦も、できる限り1人の患者に対して1人の看護婦が担当し、手術室看護婦と連絡をとり、ベッドネームまでを確認して退室する。 インターホンでのやりとり等、聞き取りにくい場合は、相手の言った言葉を復唱する 患者を手術室へ送る・迎える場合は病棟名、氏名をフルネームで相手に伝える。 患者を確認する場合は、患者本人に名前を言ってもらう。また、ネームバンドでの二重確認を習慣づける。 カルテ・フィルムを運ぶときは、必ず名前を確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の不安を助長しないようにベッドの交換を行うか、ベッドネームを交換する。 伝達手段の不備はなかったかを振り返り、伝達技術を学習する 患者の確認方法について、術前の患者の心理を十分に評価した上で考えてみる。手術全員でカンファレンスなどで話し合う機会を持つ。 申し送りから、手術台に乗ってもらうまでの一連の流れの中に、どのようなリスクがあるのかを話し合う機会を持ち、システムの見直しを検討する。
ガーゼカウント	<ul style="list-style-type: none"> 術野で使用したガーゼの数と不潔におろしたガーゼの数が合わず、閉創前にレントゲン撮影をして、ガーゼの残存がわかった。 → カウントミスの場合 → 直接介助者や間接介助者の勤務交代の場合 → 出血が多く、ガーゼの使用枚数がかなりの量になった場合。 	<ul style="list-style-type: none"> 術中の使用物品の定数確認の不足 医師との連携の問題 勤務交代時の申し継ぎの問題 看護婦間の連携の問題 	<ul style="list-style-type: none"> 術中のガーゼの使用状況は手術に携わる全職員が協力し、把握する。 途中、勤務を交代する場合は、ガーゼの使用状況をできるだけ詳細に申し送る。 勤務交代は、必要最低限となるように業務調整を行う。 交代時の申し継ぎの方法を統一する。 	<ul style="list-style-type: none"> 直ちに、ガーゼカウントが合わないことを他の職種にも伝え、患者の体内に残存していないか全員で確認する ガーゼが残存する場合は、速やかに取り出す。

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防止策	事故発生時対応策
針 カ ウ ン ト	<ul style="list-style-type: none"> 術中の針カウントがあわず、腹腔内に残存している可能性があり、レントゲン撮影で確認する。結局、レントゲン上に針はなく、麻酔器の下から発見された。 	<ul style="list-style-type: none"> 術中の使用物品の定数確認の不足 医師との連携の問題 	<ul style="list-style-type: none"> 使用した針は確実に戻っていることを確認する。 術中に使用した針の処理方法の手順を決め、全職員に周知する。 使用した針の数については、医師-看護婦間で、十分に情報を伝達する。 	<ul style="list-style-type: none"> 針カウントが合わない事をすぐに他職種にも伝え、全員で協力して探す。
器 械	<ul style="list-style-type: none"> 術中自己血回収装置のテルモ生食（抗凝固剤入り）の滴下が遅く、危うく凝血するところだった。 	<ul style="list-style-type: none"> ME器械の使用目的や使用薬剤の知識不足 作動点検不足 	<ul style="list-style-type: none"> 器械を使用する目的をしっかりと把握し業務に望む。 抗凝固剤を使用する目的を学習し、明確にしておく。 滴下の管理の徹底。 医師、臨床工学技師との連携をもち、互いに注意する。 	<ul style="list-style-type: none"> 正確な滴下速度に合わせ、凝血を防止する。
観 察	<ul style="list-style-type: none"> 術中、バルーンカテーテルがクランプされたままの状態気づかず、患者の状態が悪かったこともあり、尿の流出がないものと思いこんでいた。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術開始前のチェック不足 患者の状態をアセスメントする際の情報収集の不足 	<ul style="list-style-type: none"> ライン類は、必ず端から端までをチェックする習慣を身につける。 バルーンカテーテルなどのライン類をクランプした場合、その旨を必ず申し送る。 	<ul style="list-style-type: none"> 事実をすぐに伝え、循環動態のアセスメントデータを修正する 何故クランプしたのかの原因を明確にする。
物 品 管 理	<ul style="list-style-type: none"> 使用した器械がないことに気づき探すと、器械台の側に置いていたゴミ箱に落ちていた。 全人工股関節置換術で人工骨頭を袋から取り出す際、誤って落としてしまった。 肺切除で使用予定である特殊な挿管チューブが準備時に在庫になかった。 手術で使用する薬品の請求ができておらず、薬局に問い合わせたが無く、薬局に無理を言って業者に請求してもらった。手術時間がその分延長してしまった。 整形外科で使用する人工股関節を器械を左右を間違えて組んだ。早く気づいたので、患者への影響はなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 物品管理の意識の薄さ 次に使用する事を考えた上での準備不足 使用後の後始末の問題 手術使用物品の把握、確認不足。 薬剤請求のシステムの問題 	<ul style="list-style-type: none"> 物品管理が患者の安全を守り、最善の手術のための大切な条件であることを日頃から周知徹底する。 必要物品は慎重に取扱う。 使用後の後始末が次の準備である事を意識づける。 在庫管理をきちんと行う。 使用物品については、前日に準備し、当日手術前にも別の看護婦が確認するなど二重のチェックシステムをとる。 薬剤の在庫チェックを定期的に行う。 特殊手術機材の知識の習得 	<ul style="list-style-type: none"> 落とした人工骨頭は使用できないので、直ちに別の物を準備する。 不足物品の早急な準備 物品を準備するために必要な知識を向上し、オリエンテーションの充実を図る

項目	ヒヤリ・ハットメモ	エラー発生要因	防止策	事故発生時対応策
抜管時	<ul style="list-style-type: none"> 手術後抜管時に気管チューブのカフのエア抜きをせずに抜管してしまった。 挿管チューブのカフが手術用ドレープの下に隠れた状態でくっついており、ドレープを除去する際にカフを切ってしまった。 抜管時に覚醒が早く、両手に抑制帯をしていたが、患者は若く体格もよく、自分で挿管チューブを抜いてしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護婦の連携の不足 患者のライン類の把握不足 麻酔覚醒時の状態把握、観察の不足 患者の抑制技術の未熟 	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護婦のコミュニケーションを日頃から図っておく 抜管前には、カフのエア抜きについて、声を出して確認する。 ドレープを除去する際は、下に何か隠れていないか細心の注意を払う。 手術中の挿管チューブの状況は常に観察する。 麻酔覚醒時の観察、安全についての知識を高める。 	<ul style="list-style-type: none"> カフのエアが抜けていなかったことをすぐ、医師に報告し、軌道内の損傷などを確認してもらう。 今後の障害の出現も予測し、ICCU看護婦又は病棟看護婦に状況を申し送る
輸液管理	<ul style="list-style-type: none"> 輸液ルートのコネクターが緩み、逆流して床に血がおちているのを、創部からの出血分と思い気づかず、医師に言われて知った。手術体位が体側固定であり、点滴ルートが手術用圧定布に隠れており、容易に確認することができなかった。 硬膜外麻酔薬の持続注入のフェンタネスト1.5ml/Hのところ、150ml/Hに麻酔医が設定してしまった。すぐに医師が気づき指示量に戻した。 手術前に患者にホールで待って貰っている間に、点滴のボトル内が空になっており、麻酔医が気づき更新された。 手術終了間際に使用した薬品の記録を忘れてしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> 輸液ラインの作成時の確認ミス 患者のライン類の観察不足 シリンジポンプ操作の未熟 患者の手術室入室までの時間調整の問題 手術室と病棟との連携不足 手術終了時の慌ただしさ 	<ul style="list-style-type: none"> 輸液ライン作成時にはコネクターの緩みなどを十分にチェックする。 出血があれば、その原因を追求できるような姿勢を養う。 シリンジポンプの流量設定などについては、あらかじめ十分にデモンストレーションしておく。 点滴のボトル内の残量や滴下状態、次の輸液指示等は絶えず把握しておく。 記録内容のチェックリストなどの作成。 	<ul style="list-style-type: none"> 直ちにルートの交換や消毒を行う。 必要量の輸液が行われていない事での患者の状態観察の徹底 ルート閉塞がある場合は速やかに再留置 患者の状態の変化の把握 麻酔医が更新したボトルには、患者の名前、滴下速度、更新時間等を記入する
その他	<ul style="list-style-type: none"> 血栓予防で履く弾性ストッキングを忘れてそのまま手術を行った。 病棟より抗生剤テストは、フルマリリンでマイナスと申し送られた。しかし、実際に持参された薬剤はパンスポリンであった。結局主治医に確認し、フルマリリンを使用することとなり、至急処方してもらい準備した。 右乳がんの手術を受けた患者の血圧測定を、右手で行っていた。 術後に確認した術式を間違っって手術票に記載した。医師又は申し送りを行った看護婦に指摘され気づいた。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術リスクの認識不足 病棟での薬品確認不足 術前情報収集の不足 術式に対する知識不足 術式の聞き間違い、思いこみ 	<ul style="list-style-type: none"> 何故必要なかの知識の向上 抗生剤に関しての病棟での確認の徹底 申し送り時のダブルチェックの徹底 情報の持つ意味の分析能力の習得 確認の徹底 術式に対する正確な知識の習得 	<ul style="list-style-type: none"> 速やかに可能な範囲で血栓予防を行う。 抗生剤の指示ミスについて医師に伝え、指示時の確認の徹底を病棟に依頼する。また、病棟看護婦に確認方法について問題を提起する。