

点眼剤に関わる医療事故及び  
ヒヤリ・ハット事例調査報告書

第一報

2016年3月

## はじめに

公益社団法人 東京医薬品工業協会点眼剤研究会は、点眼剤の承認・許可迅速化、安全性適正使用促進を目的として、点眼剤に関連する薬事的、技術的な課題に幅広く取り組み、患者・消費者に高品質の点眼剤を供給し、また点眼剤を適切に使用していただくための、調査・研究・提案活動を行っています。

当研究会における点眼剤の医療事故に関する調査研究は、2003年に厚生労働省医薬品医療用具等対策部会において医療事故防止に関する検討が行われ、その一つである眼科用剤のワーキンググループに参画したことを契機に開始しました。当時は、水虫薬等の医療用外用液剤の点眼誤用による事故が発生しており、その具体的な防止対策として医療用点眼剤の容量及び容器に関する規定を提案し、「医療機関における医療事故防止対策の強化・徹底について」(2004年6月2日薬食発0602009号)の参考としていただきました。2005年以降は、公益財団法人 日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業が公開する報告書を参考に点眼剤に関わる医療事故事例を調査し、製造販売の立場で、改善、改良すべき事項を検討しております。その後、点眼剤の製品形態や品質面で、改善が必要と考えられる事故事例は確認されておりませんが、この度、公益財団法人 日本医療機能評価機構がホームページに医療事故情報収集等事業として公開しているデータの中から、検索が可能な2010年1月～2015年8月の間に発生した点眼剤に関連する全事例を対象に再調査する機会を得ましたので、その調査結果を纏め、点眼剤に関わる医療事故及びヒヤリ・ハット事例調査報告書 第一報として公開いたします。

点眼剤に関わる医療機関の皆様並びに企業関係者の中で情報共有していただくことにより、医療安全並びに適正使用の推進にお役立てくだされば幸いに存じます。

平成28年3月

点眼剤研究会 医療事故調査部会

## 目次

1	報告書について	1
2	点眼剤に関わる事例の調査結果	1
2.1	年間発生件数	1
2.2	発生月	2
2.3	発生曜日	2
2.4	発生時間帯	3
2.5	当事者職種	3
2.6	当事者の職種経験年数	4
2.7	発見者	4
3	事故の内容	5
3.1	集計結果	5
3.2	各年の傾向	7
3.2.1	2010年（全77件）	7
3.2.2	2011年（全29件）	7
3.2.3	2012年（全45件）	8
3.2.4	2013年（全39件）	9
3.2.5	2014年（全71件）	9
3.2.6	2015年（全28件）	10
3.3	全体的な考察	11
3.4	事例分析	12
3.4.1	薬剤を溶かさずに投与した事例	12
3.4.2	保管条件の間違い事例	13
3.4.3	薬剤の取り違い事例	13
3.4.4	投与部位の間違い事例	14
3.4.5	患者情報の不足事例	15
4	あとがき	16

## 1 報告書について

公益財団法人 日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業として、医療法施行規則で医療事故の報告を義務付けられた医療機関\*（主として病院）等からの報告事例のうち、ホームページに公開され、検索可能な2010年1月～2015年8月の間の医療事故及びヒヤリ・ハット事例のデータ44,055例を対象として点眼剤に関わる事例を調査した。

点眼剤に関わる事例は、検索条件として点眼、目薬、洗眼又は眼科用剤のいずれかを含む347件の内容を精査し、点眼剤に関係しない事例を除く289件を対象とした。

調査対象の289件の中に、幸い医療事故事例は無く、全てヒヤリ・ハット事例であったが、医療事故防止に向けた取り組みの必要性について調査・研究を試みた。

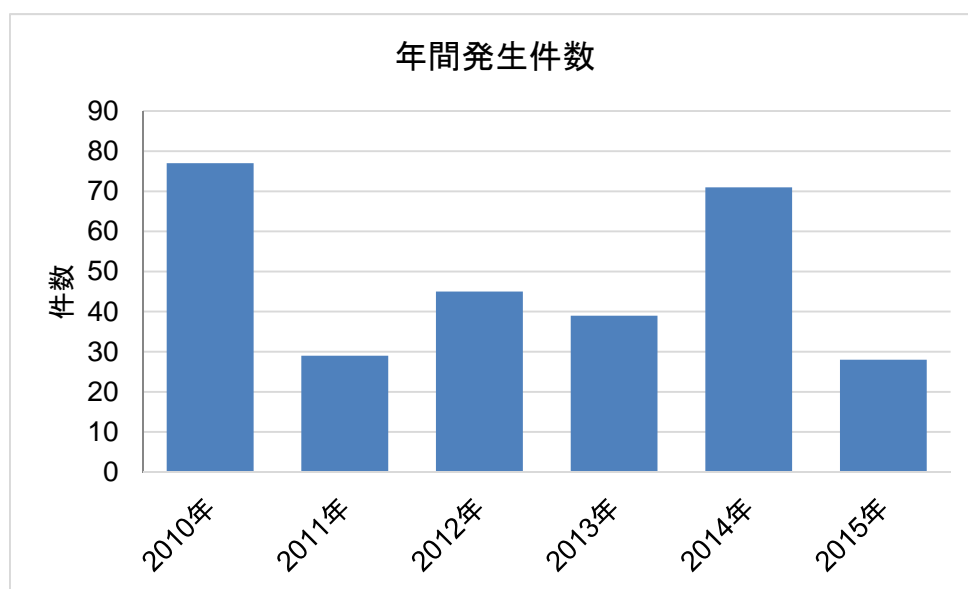
### \*医療事故報告対象の医療機関

- 医療法施行規則で、本事業への医療事故の報告を義務づけられた医療機関
  - ①国立高度専門医療研究センター及び国立ハンセン病療養所
  - ②独立行政法人 国立病院機構の開設する病院
  - ③学校教育法に基づく大学の附属施設である病院（病院分院を除く）
  - ④特定機能病院
- 報告義務対象医療機関以外の参加を登録した医療機関（病院または診療所、歯科診療所）

## 2 点眼剤に関わる事例の調査結果

### 2.1 年間発生件数

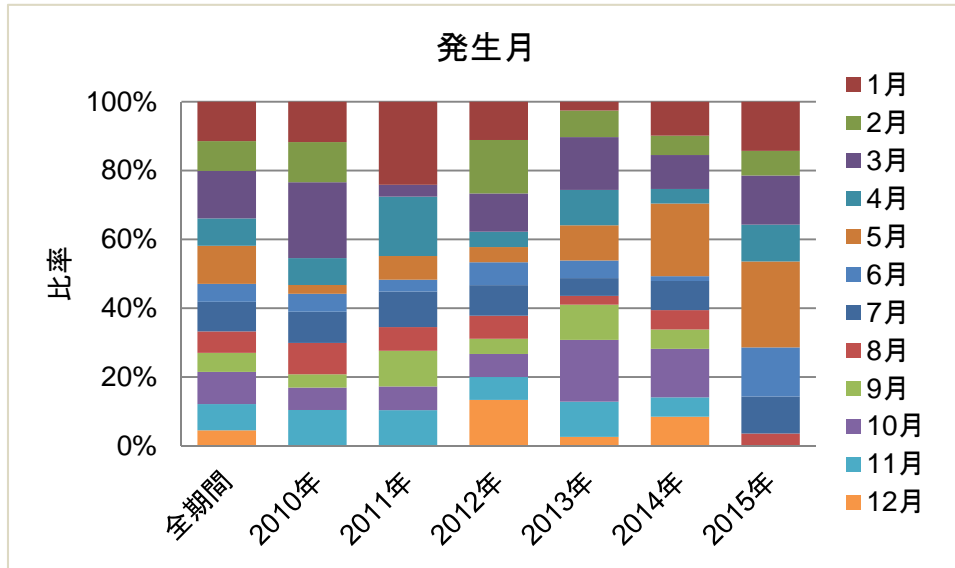
ヒヤリ・ハット事例の年毎の発生件数を示す。



ヒヤリ・ハット事例の発生年は、2010年及び2014年の発生件数が多く、2010年は3月、2014年は5月の比率が多いこと（2.2参照）も確認できたが、それを裏付ける周辺要因は特定できなかった。

## 2.2 発生月

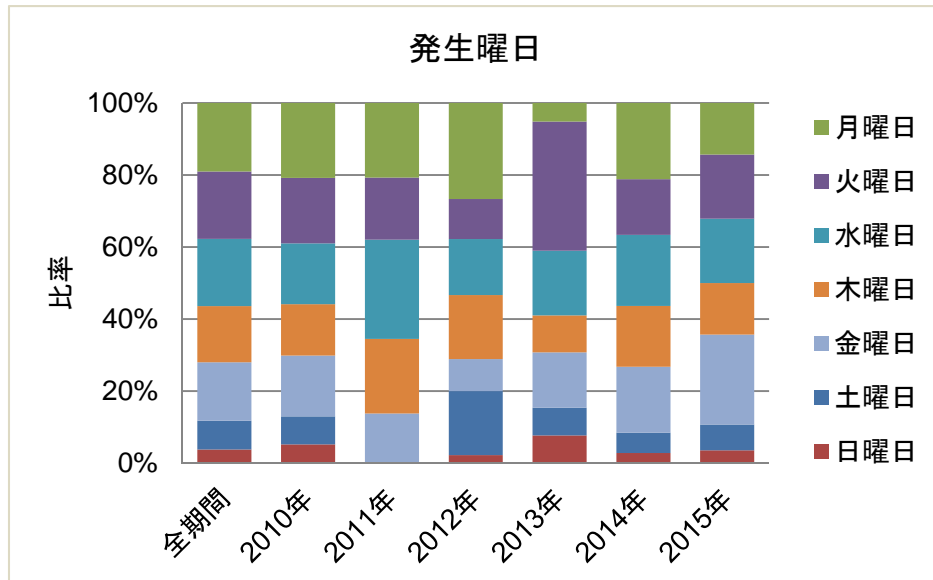
ヒヤリ・ハット事例の発生月について、年毎の内訳を示す。



ヒヤリ・ハット事例の発生月において、2010年から2015年の全期間を通して、1月、3月、5月の発生確率が他の月よりも若干高い傾向があるが、その要因は特定できなかった。

## 2.3 発生曜日

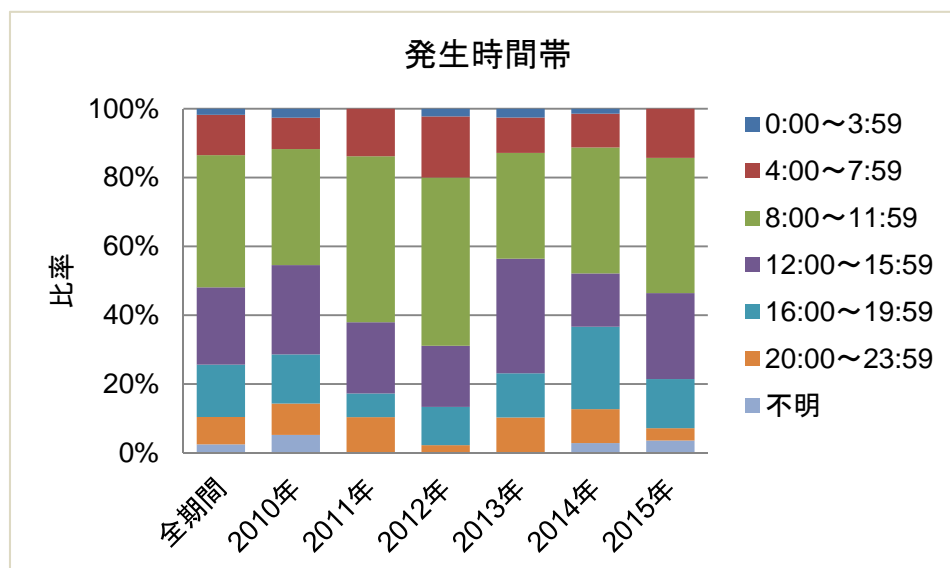
ヒヤリ・ハット事例の発生曜日について、年毎の内訳を示す。



ヒヤリ・ハット事例の発生曜日は、2010年から2015年の全期間を通して特筆すべき傾向は認められなかった。

## 2.4 発生時間帯

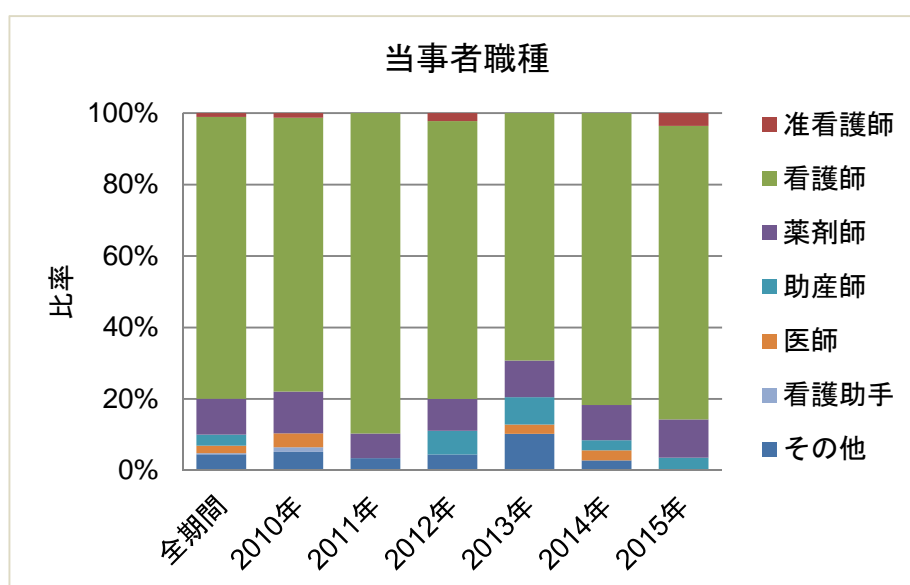
ヒヤリ・ハット事例の発生時間帯について、年毎の内訳を示す。



ヒヤリ・ハット事例の発生時間帯は、2010年から2015年の全期間を通して、8:00～11:59の発生率が多く、次に12:00～15:59に多い傾向が認められた。本調査は主として病院を対象としているため、入院患者に関する報告が8割強を占めており、朝、昼の点眼時に医療従事者（主に看護師[2.5参照]）が発見するためと考えられる。

## 2.5 当事者職種

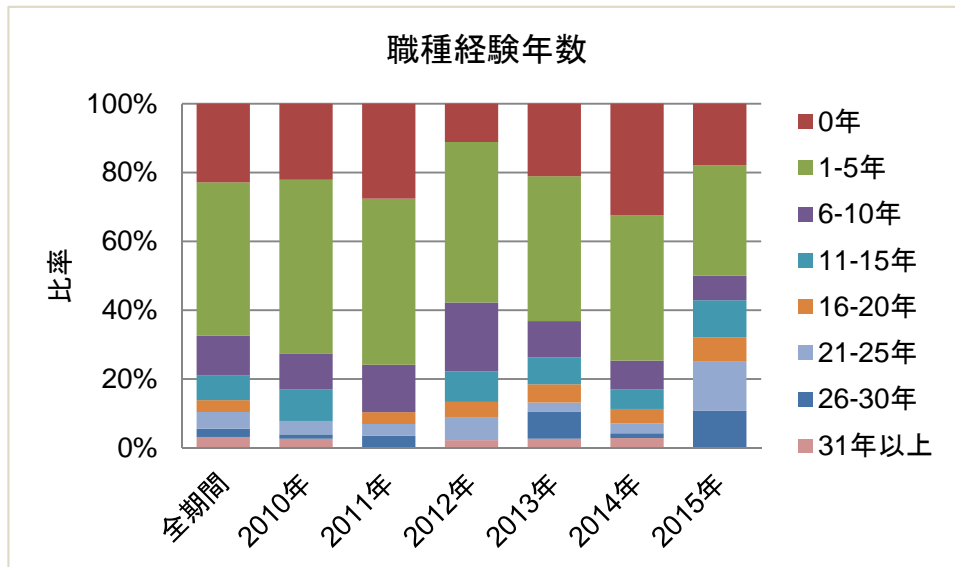
ヒヤリ・ハット事例の当事者職種について、年毎の内訳を示す。



ヒヤリ・ハットの発生当事者職種は、2010年から2015年の全期間を通して、看護師が多く、薬剤師、助産師、医師と続く。

## 2.6 当事者の職種経験年数

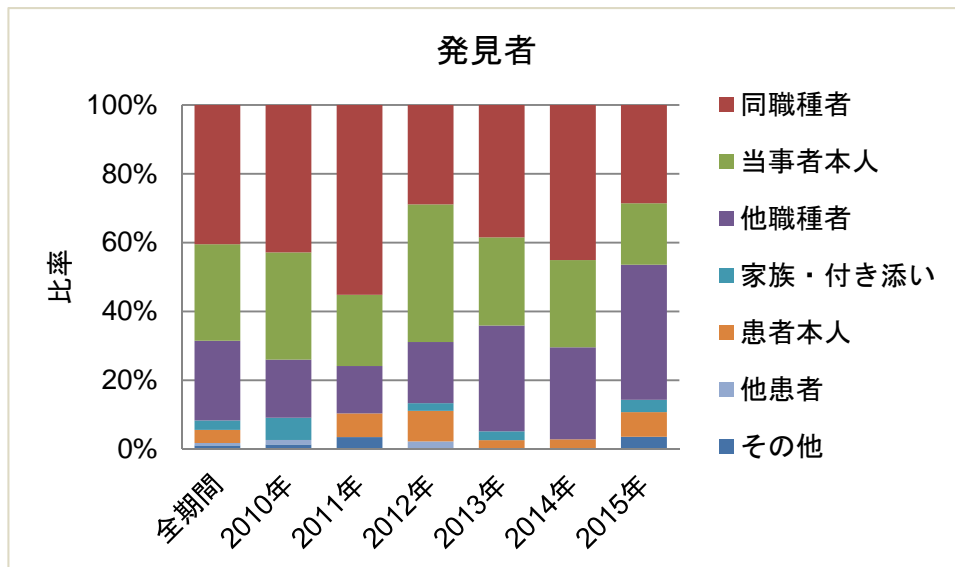
ヒヤリ・ハット事例の当事者の職種経験年数について、年毎の内訳を示す。



当事者職種の経験年数を比較すると、2010年から2015年の全期間を通して、10年までの経験者に発生事例が多くみられる。そのうち5年までの経験者が全体の68%を占めていた。

## 2.7 発見者

ヒヤリ・ハット事例の発見者について、年毎の内訳を示す。



発見者は、2010年から2015年の全期間を通して同職種者40%、当事者本人28%、他職種者23%の割合となり、全体の91%を占めている。患者本人や家族・付き添いの方が発見することは少ない。

### 3 事故の内容

#### 3.1 集計結果

2010～2015年の調査対象期間における病院内でのヒヤリ・ハット事例の「事故の内容」について集計した件数とその割合は次表、また、事故の内容毎の件数と発生年は次の図のとおりであった。

今回の調査対象は主として病院における事故事例であることから、本章では、「事故の内容」の分類項目の中で、主に与薬に係る項目(下記又は表中の黄色で示した13項目)について着目し、分析した。

<主に与薬に係る項目>

- 無投薬
- 投与時間・日付間違い
- 期限切れ製剤
- 投与方法間違い
- 過少投与
- 過剰投与
- 重複投与
- 禁忌薬剤の投与
- その他の与薬に関する内容
- 患者間違い
- 薬剤間違い
- 過少与薬準備
- その他の与薬準備に関する内容

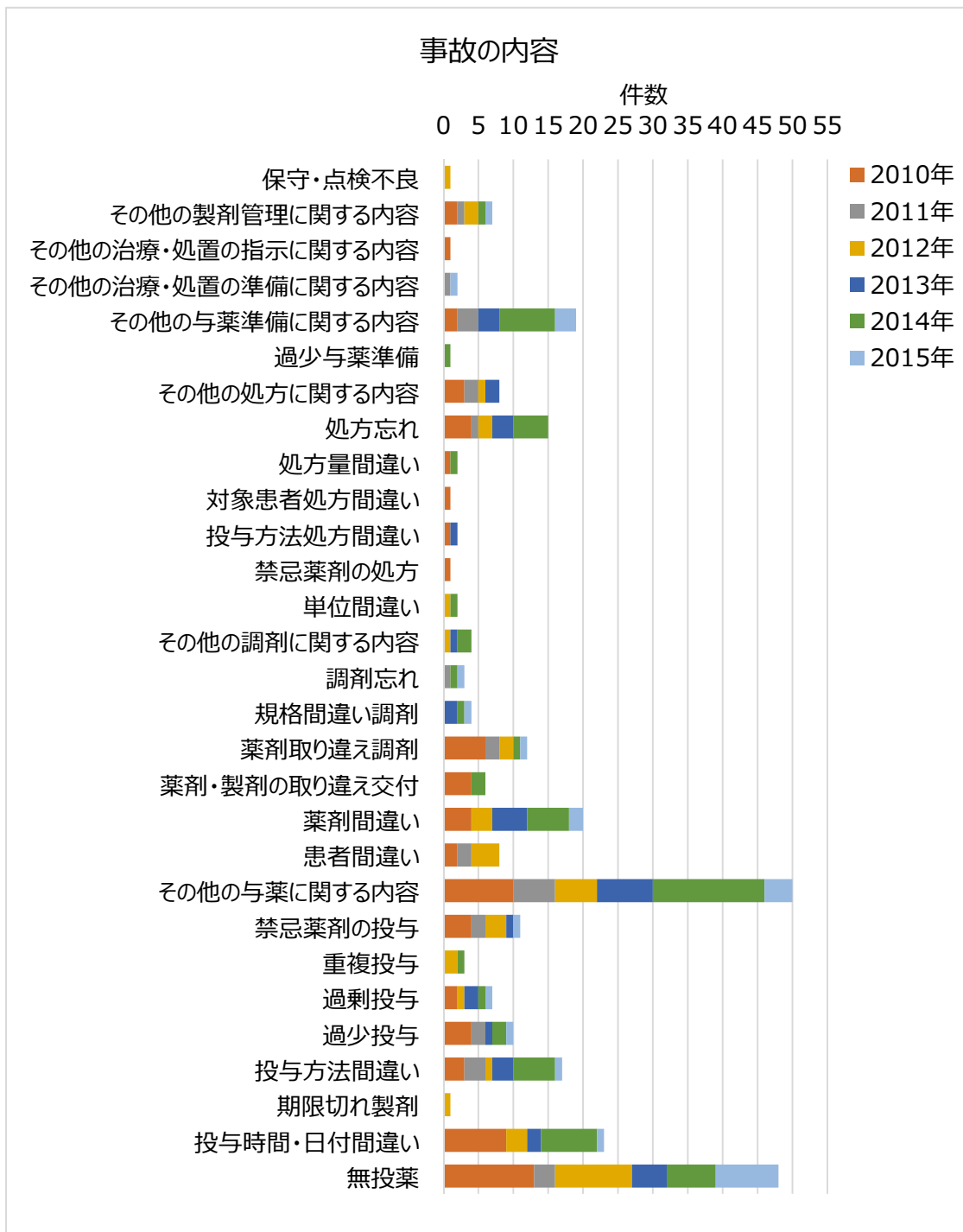
事故の内容一覧（件数の多い順）

項目	件数	割合	項目	件数	割合
その他の与薬に関する内容	50	17.3%	規格間違い調剤	4	1.4%
無投薬	48	16.6%	その他の調剤に関する内容	4	1.4%
投与時間・日付間違い	23	8.0%	重複投与	3	1.0%
薬剤間違い	20	6.9%	調剤忘れ	3	1.0%
その他の与薬準備に関する内容	19	6.6%	その他の治療・処置の準備に関する内容	2	0.7%
投与方法間違い	17	5.9%	投与方法処方間違い	2	0.7%
処方忘れ	15	5.2%	単位間違い	2	0.7%
薬剤取り違い調剤	12	4.2%	処方量間違い	2	0.7%
禁忌薬剤の投与	11	3.8%	期限切れ製剤	1	0.3%
過少投与	10	3.5%	禁忌薬剤の処方	1	0.3%
患者間違い	8	2.8%	対象患者処方間違い	1	0.3%
その他の処方に関する内容	8	2.8%	過少与薬準備	1	0.3%
過剰投与	7	2.4%	保守・点検不良	1	0.3%
その他の製剤管理に関する内容	7	2.4%	その他の治療・処置の指示に関する内容	1	0.3%
薬剤・製剤の取り違い交付	6	2.1%			
合計				289	100%

与薬に関する事例で発生割合が5%を超える上位6項目(その他の与薬に関する内容、無投薬、投与時間・日付間違い、薬剤間違い、その他の与薬準備に関する内容、投与方法間違い)はヒヤリ・ハット事例全体の61.2%と過半数を超え、その他の与薬に係る事



例（禁忌薬剤の投与，過少投与，患者間違え，過剰投与，重複投与，期限切れ製剤，過少与薬準備）の割合を加えると与薬に係る内容は 75.4%に及んだ。



2010年から2015年の全期間を通して、「事故の内容」の分類項目のうち与薬に係る項目が多く認められた。4.2では各年毎に発生要因及び与薬に関する項目内容について分析し，4.3では全体的な考察，4.4では事例分析を記載した。

### 3.2 各年の傾向

#### 3.2.1 2010年（全77件）

2010年における病院内でのヒヤリ・ハット事例の「事故の内容」について集計した結果を以下に示す。

事故の「発生要因（当事者の行動に関わる要因）」として、ほとんどが「確認を怠った」（66件；85.7%）であった。また、与薬（準備を含む）に関するヒヤリ・ハット事例（53件；68.8%）が多く認められた。投与部位の左右間違い及び片眼を両眼への間違いが11件確認された。当該年で特記すべき内容として、調剤・与薬に関する事例に、点眼剤と同一製品名であり、異なる投与経路の製品と取り違える事例が他年度と比較して多い（6件）。

2010年 事故の内容一覧（件数の多い順）

項目	件数	割合	項目	件数	割合
無投薬	13	16.9%	投与方法間違い	3	3.9%
その他の与薬に関する内容	10	13.0%	その他の与薬準備に関する内容	2	2.6%
投与時間・日付間違い	9	11.7%	患者間違い	2	2.6%
薬剤取り違い調剤	6	7.8%	過剰投与	2	2.6%
薬剤間違い	4	5.2%	その他の製剤管理に関する内容	2	2.6%
処方忘れ	4	5.2%	投与方法処方間違い	1	1.3%
禁忌薬剤の投与	4	5.2%	処方量間違い	1	1.3%
過少投与	4	5.2%	禁忌薬剤の処方	1	1.3%
薬剤・製剤の取り違い交付	4	5.2%	対象患者処方間違い	1	1.3%
その他の処方に関する内容	3	3.9%	その他の治療・処置の指示に関する内容	1	1.3%
合計			77	100%	

#### 3.2.2 2011年（全29件）

2011年における病院内でのヒヤリ・ハット事例の「事故の内容」について集計した結果を以下に示す。

「発生要因（当事者の行動に関わる要因）」として、ほとんどが「確認を怠った」（25件；86.2%）であった。また、与薬（準備を含む）に関するヒヤリ・ハット事例（21件；72.4%）が多く認められた。2010年で多くみられた投与部位の間違い（左右間違い）については、当該年でも6件確認された。

2011 年 事故の内容一覧（件数の多い順）

項目	件数	割合	項目	件数	割合
その他の与薬に関する内容	6	20.7%	患者間違い	2	6.9%
無投薬	3	10.3%	その他の処方に関する内容	2	6.9%
その他の与薬準備に関する内容	3	10.3%	処方忘れ	1	3.4%
投与方法間違い	3	10.3%	その他の製剤管理に関する内容	1	3.4%
薬剤取り違い調剤	2	6.9%	調剤忘れ	1	3.4%
禁忌薬剤の投与	2	6.9%	その他の治療・処置の準備に関する内容	1	3.4%
過少投与	2	6.9%			
合計				29	100%

### 3.2.3 2012 年（全 45 件）

2012 年における病院内でのヒヤリ・ハット事例の「事故の内容」について集計した結果を以下に示す。

「発生要因（当事者の行動に関わる要因）」として、ほとんどが「確認を怠った」（39 件；86.7%）であった。また、与薬（準備を含む）に関するヒヤリ・ハット事例（35 件；77.8%）が多く認められた。2010 年，2011 年で多くみられた投与部位の間違い（左右間違い，片側を両眼に点眼）については，当該年でも 5 件確認された。

2012 年 事故の内容一覧（件数の多い順）

項目	件数	割合	項目	件数	割合
無投薬	11	24.4%	重複投与	2	4.4%
その他の与薬に関する内容	6	13.3%	投与方法間違い	1	2.2%
患者間違い	4	8.9%	その他の処方に関する内容	1	2.2%
投与時間・日付間違い	3	6.7%	過剰投与	1	2.2%
薬剤間違い	3	6.7%	その他の調剤に関する内容	1	2.2%
禁忌薬剤の投与	3	6.7%	単位間違い	1	2.2%
処方忘れ	2	4.4%	期限切れ製剤	1	2.2%
薬剤取り違い調剤	2	4.4%	保守・点検不良	1	2.2%
その他の製剤管理に関する内容	2	4.4%			
合計				45	100%

### 3.2.4 2013年（全39件）

2013年における病院内でのヒヤリ・ハット事例の「事故の内容」について集計した結果を以下に示す。

「発生要因（当事者の行動に関わる要因）」として、ほとんどが「確認を怠った」（34件；87.2%）であった。また、与薬（準備を含む）に関するヒヤリ・ハット事例（30件；76.9%）が多く認められた。その他与薬に関する内容で、当該年でも投与部位の左右間違い及び片眼を両眼への間違いが6件確認されている。

2013年 事故の内容一覧（件数の多い順）

項目	件数	割合	項目	件数	割合
その他の与薬に関する内容	8	20.5%	その他の処方に関する内容	2	5.1%
無投薬	5	12.8%	過剰投与	2	5.1%
薬剤間違い	5	12.8%	規格間違い調剤	2	5.1%
その他の与薬準備に関する内容	3	7.7%	禁忌薬剤の投与	1	2.6%
投与方法間違い	3	7.7%	過少投与	1	2.6%
処方忘れ	3	7.7%	その他の調剤に関する内容	1	2.6%
投与時間・日付間違い	2	5.1%	投与方法処方間違い	1	2.6%
合計				39	100%

### 3.2.5 2014年（全71件）

2014年における病院内でのヒヤリ・ハット事例の「事故の内容」について集計した結果を以下に示す。

「発生要因（当事者の行動に関わる要因）」として、ほとんどが「確認を怠った」（57件；80.3%）であった。また、与薬（準備を含む）に関するヒヤリ・ハット事例（56件；78.9%）が多く認められた。用時溶解型点眼剤の使用方法や保存方法への知識不足が4件認められ、類似名の薬剤間違いも3件認められた。例年認められている、投与部位の左右間違い及び片眼を両眼への間違いが、当該年でも8件確認された。

2014 年 事故の内容一覧（件数の多い順）

項目	件数	割合	項目	件数	割合
その他の与薬に関する内容	16	22.5%	薬剤取り違い調剤	1	1.4%
投与時間・日付間違い	8	11.3%	過剰投与	1	1.4%
その他の与薬準備に関する内容	8	11.3%	規格間違い調剤	1	1.4%
無投薬	7	9.9%	その他の製剤管理に関する内容	1	1.4%
薬剤間違い	6	8.5%	重複投与	1	1.4%
投与方法間違い	6	8.5%	調剤忘れ	1	1.4%
処方忘れ	5	7.0%	単位間違い	1	1.4%
過少投与	2	2.8%	処方量間違い	1	1.4%
薬剤・製剤の取り違い交付	2	2.8%	過少与薬準備	1	1.4%
その他の調剤に関する内容	2	2.8%			
合計				71	100%

3.2.6 2015 年（全 28 件）

2015 年における病院内でのヒヤリ・ハット事例の「事故の内容」について集計した結果を以下に示す。

「発生要因（当事者の行動に関わる要因）」として、ほとんどが「確認を怠った」（26 件；92.9%）であった。また、与薬（準備を含む）に関するヒヤリ・ハット事例（23 件；82.1%）が多く認められた。当該年では投与部位の間違いが認められていないが、用時溶解型点眼剤の溶解忘れとその後の保存条件で知識不足が 3 件認められた。

2015 年 事故の内容一覧（件数の多い順）

項目	件数	割合	項目	件数	割合
無投薬	9	32.1%	禁忌薬剤の投与	1	3.6%
その他の与薬に関する内容	4	14.3%	過少投与	1	3.6%
その他の与薬準備に関する内容	3	10.7%	過剰投与	1	3.6%
薬剤間違い	2	7.1%	その他の製剤管理に関する内容	1	3.6%
投与時間・日付間違い	1	3.6%	規格間違い調剤	1	3.6%
投与方法間違い	1	3.6%	調剤忘れ	1	3.6%
薬剤取り違い調剤	1	3.6%	その他の治療・処置の準備に関する内容	1	3.6%
合計				28	100%

### 3.3 全体的な考察

事故内容の各年の項目毎の割合は全調査期間を通じて同様の傾向であった。全ての調査期間において、当事者による確認不足、他の担当者との連絡・情報確認不足等の確認を怠ったことに起因した事例が非常に多く認められた(254件/289件;87.9%)。これは、医療現場の繁忙さも起因していると考えられる。また、投与部位の間違い(特に左右間違い)は、眼を対象とする治療において特に発生しやすいと考えられる。薬剤の取り違えに関する事例(薬剤間違い、薬剤・製剤の取り違え交付、薬剤取り違え調剤、規格間違い調剤:42件/289件;14.5%)については、公益財団法人 日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業 平成23年年報(平成24年8月29日)でも取り上げられており、安全な薬剤投与のため、医療現場では各医療職種同士のチェック機能を強化する等、より注意する必要がある、製薬業界には分かり易く、思い込みを生じさせない販売名やその表記等の改善が期待されるとの記載もある。

また、用時溶解型の点眼剤については、「溶解が必要であることを知らなかった」という事例があるため、医療従事者に溶解作業が必須であることを認識していただく必要があり、その啓発活動と共に、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構の医療安全情報 No.27(2011年10月)の記事に記載されている様な工夫も参考にしたい。

本研究会は、点眼剤の適正な使用及び保管について、分かり易くまとめた薬剤師向けの「点眼剤の適正使用ハンドブック-Q&A-」を刊行し、日本薬剤師会等のホームページ掲載等を通じた啓発活動を行っている。我々は、この資料を、今回の調査において確認したヒヤリ・ハット事例を少しでも減らすために、看護師等の医療現場従事者も対象とした内容に充実させるとともに、その周知方法、啓発方法についても検討して行きたい。

### 3.4 事例分析

本章で着目した与薬に関する事例のうち、医療事故につながる可能性又は疾患の治療に影響する可能性のある、主薬の溶解忘れ、保管条件の間違え、薬剤の取り違え、投与部位の間違え及び患者情報の不足の事例について、公益財団法人 日本医療機能評価機構ホームページ内の医療事故情報収集等事業の公開データから検索した個別事例を基に分析した。また、その代表的な事例を転載した。

#### 3.4.1 薬剤を溶かさずに投与した事例

点眼剤の中には薬剤と溶解液がセットになっている製品があり、薬剤を溶解液に溶かさず、誤って溶解液のみを投与する事例がある。各年の発生件数は下表のとおりであった。

年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	合計
件数	2	1	0	0	5	2	10

その事例は少なく、その年次傾向は認められなかった。その代表的事例を事例1として示した。

##### 事例1

###### 【事故の内容】

退院時、点眼薬が他の薬剤に変更となって看護師から患者に交付されたが、説明を確認しないまま帰宅した。点眼液は溶解液と粉末薬剤を混ぜて使用するタイプのものであったが、溶解液だけを点眼し、粉末の薬剤が残ってしまった。患者は残った粉末を持参して来院し、本件が発覚したものである。

###### 【事故の背景要因の概要】

スタッフの説明不足、確認不足、知識不足が要因である。

###### 【施設の改善策】

退院を急ぐ患者の場合は、薬剤師に一報を入れて迅速に対応してもらおう等、看護師と薬剤師との業務分担と連携について指導した。

###### 【施設のコメント】

治療の目的が全く果たせず、重大な誤りである。確実に使用前に混合溶解する旨を周知徹底する方法を検討する必要がある。

本事例は薬剤の溶解が必要であることを周知しなかったことに起因するため、医療従事者に溶解作業が必須であることをはっきりと認識していただくための対策が必要となる。また、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構の医療安全情報 No.27 (2011年10月)の記事に記載されている様な工夫も参考にしたい。

### 3.4.2 保管条件の間違え事例

冷蔵を保管条件とする薬剤を室温で放置したことを主とする各年の「保管条件の間違え」について集計したところ、以下のとおりであった。

年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	合計
件数	0	1	2	1	3	1	8

各年の事例は少なく、年次傾向は認められなかったが、発生は継続している。代表的事例を事例2として次に示した。

#### 事例2

##### 【事故の内容】

左眼に1時間毎に投与する点眼薬が処方され15時から開始、点眼回数も多いため看護師で管理していた。溶解後は冷所保存であるが、翌日の準夜帯で発見されるまで室温保存になっていた。

##### 【事故の背景要因の概要】

当該点眼薬は溶解前室温保存であるが、溶解後は冷所保存であることを認識していなかった。使用頻度の低い点眼薬であったが、保存方法について確認していなかった。点眼薬の小袋には保存方法の注意事項の記載があったが、確認していなかった。

##### 【施設の改善策】

保存方法について確認する習慣をつける。

薬剤は適切に保管されていない場合、品質に影響を及ぼす可能性があるため、点眼剤の保管管理や使用する患者への情報提供の重要性を、関係者は周知徹底する取り組みを継続する必要がある。

### 3.4.3 薬剤の取り違え事例

名称が類似の薬剤との取り違えを主とする各年の「薬剤の取り違え」について集計したところ、以下のとおりであった。

年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	合計
件数	7	1	2	4	4	2	20

2010年に7件が認められ、その後減少したものの、年に数回の頻度で発生している。代表的事例を事例3として次に示した。



### 事例 3

#### 【事故の内容】

13時30分病棟看護師から、23日夜勤帯に払い出した緊急処方で0.02%点眼液のところに0.1%点眼液が入っていたと調剤室に連絡があった。再調剤，再鑑査を行い誤った薬剤と交換した。1本は開封したが患者投与には至っていないとのことだった。

#### 【事故の背景要因の概要】

当該点眼液が2規格あることを認識しておらず，先に目についた0.1%点眼液を取り調剤し，また規格の注意喚起があったにもかかわらず医薬品名のみを確認して規格の確認が不十分だったと考えられる。

#### 【施設の改善策】

複数規格あるものを把握し，払い見落としのないよう調剤を行っていく。

薬剤の取り違えは，目的とする薬効を期待できないだけでなく，重篤な医療ミスにも繋がるため，万全の体制で防止しなければならない。要因としては，薬剤に対する知識不足や確認不足，間違いを誘発しやすい名称や容器形状が挙げられる。

### 3.4.4 投与部位の間違え事例

「左右の投与間違え」及び「片眼投与を両眼投与に間違え」からなる各年の「投与部位の間違え」について集計したところ，以下のとおりであった。

年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	合計
件数	11	6	5	6	8	0	36

集計したヒヤリ・ハットの中で最も事例が多く，毎年のように発生が報告されている。代表的事例を事例4として次に示した。

### 事例 4

#### 【事故の内容】

白内障手術の患者。手術カードを見て右側に点眼しようと，患者に「右目ですね。」と言いながら点眼した。患者がすぐに「そっちは左目」と言ったため左右間違って点眼したことに気づいた。

#### 【事故の背景要因の概要】

本日4例の手術であり，患者は1例目だった。その後の点眼すべき患者がおり多少焦っていた。「右」と口には出していたが，指差し等怠った。

#### 【施設の改善策】

患者に手をあげてもらおう等患者の協力を得る。

左右間違いによる点眼ミスは重篤な結果をもたらす恐れがあるため、点眼処置は慎重に行わなければならない。

### 3.4.5 患者情報の不足事例

患者情報の不足事例のうち、薬剤アレルギー情報の不足について着目し、各年の発生件数を集計したところ、以下のとおりであった。

年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	合計
件数	2	0	3	2	3	1	11

各年の事例は少なく、年次傾向は認められなかったが、発生は継続している。代表的事例を事例5として次に示した。

患者のアレルギー歴等の情報を把握することは重要である。

#### 事例5

##### 【事故の内容】

特定の薬剤にアレルギーのある患者の退院処方に医師から特定の薬剤が処方された。指示受けした看護師はアレルギーがあることに気付かずにそのまま指示受けをした。退院対応した看護師も気付かずにそのまま患者に退院処方渡し、患者は退院した。退院対応後の片付けをしているときに、回収した抗生物質の存在に気が付き、患者が特定の薬剤アレルギーであったにもかかわらず当該薬を渡したことに気がついた。医師に報告し、翌日に外来診察を受けることとなった。患者に電話で連絡し21時の点眼時に当該薬を点眼していたがアレルギー症状は出現していなかった。

##### 【事故の背景要因の概要】

安全情報に特定の薬剤にアレルギーの記載はあったが、処方した医師、指示受けした看護師、リーダー看護師、退院準備をした看護師、退院対応した看護師は気付くことがなかった。白内障手術後は当該薬を含む他の2種類の薬剤であることがほとんどでそれ以外の処方ができることは希であった。退院対応した看護師は患者が当該薬のアレルギーであることを認識していたが、退院物品を渡すときに他の業務が詰まっておき、急いでいた。患者は退院処方の当該薬を渡したときに、当該薬で過去に充血、搔痒感が出たことを言うことはなかった。

##### 【施設の改善策】

指示受けする看護師、退院対応する看護師は、患者にアレルギーがないか確認してから指示を受ける、退院物品を渡す。退院対応をするときは時間調整をして作業を中断せずに、対応に集中する。病棟にてよく使用するアレルギーをもつ患者は、申し送り簿の記入、全体で申し送る等して病棟全体が把握できるようにする。

##### 【施設のコメント】

薬の保管方法は重要な事項である。記憶に頼ることなく、日常的に添付文書等の確認をする手順の検討が必要である。

#### 4 あとがき

この報告書は、公益財団法人 日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業の情報から点眼剤に関連する医療事故事例に限定し、点眼剤の安全使用推進の観点で点眼剤に関わる方々に情報提供を行うものです。この報告書の作成に当たり、薬剤の銘柄名については記載せずに掲載しました。記載内容の正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。また、この情報は、医療関係者の裁量を制限したり、義務や責任を課したりするものではなく、あくまで、点眼剤の安全使用の推進を支援する情報として作成したものであることをご了解ください。