

点眼剤に関する医療事故及び  
ヒヤリ・ハット事例調査報告書

第三報

2018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への参画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、「医薬品関連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、製造販売者の立場で、改善、改良すべき事項の検討を継続しております。その活動の一環として、公益財団法人 日本医療機能評価機構が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、医療事故の報告義務がある医療機関（主として病院）等で2010年1月～2015年8月に発生した点眼剤に関連する全事例を調査・分析し、2016年3月に「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した。今回は、その後に公開された2016年12月までの事例を加え、更に全ての医薬品が関与する事例との比較を含めて調査・分析しましたので、その結果を「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 第三報」として公開いたします。

本調査報告書を点眼剤に関わる方々による医療安全並びに適正使用の推進にお役立ていただければ幸いに存じます。なお、本調査に際して、点眼剤に関わる医療事故及びヒヤリ・ハット事例に関する情報を収集、公開していただいた公益財団法人 日本医療機能評価機構並びに情報をご報告いただいた医療関係の皆様には深く感謝いたします。

2018年3月

公益社団法人 東京医薬品工業協会 点眼剤研究会

## 目次

1. 点眼剤に関わる医療事故及びヒヤリ・ハット事例情報の調査について.....	1
1.1. 経緯と目的.....	1
1.2. 医療事故及びヒヤリ・ハット事例情報の出典並びに調査対象.....	1
2. 医療事故及びヒヤリ・ハット情報.....	1
2.1. 医療事故情報として報告された情報の範囲.....	1
2.2. ヒヤリ・ハットとして報告する情報の範囲.....	2
3. 医療事故及びヒヤリ・ハット事例.....	3
3.1. 参加医療機関数と年間発生件数.....	3
3.2. 発生月.....	4
3.3. 発生曜日.....	6
3.4. 発生時間帯.....	8
3.5. 当事者職種.....	9
3.6. 当事者職種の経験年数.....	10
3.7. 発見者.....	13
3.8. 事例情報の報告の内容（医療実施の有無）.....	14
3.9. 事故の内容.....	15
3.10. 事故の要因.....	16
3.11. 各事例の内容、背景要因及び施設の改善策.....	18
4. あとがき.....	26



## 1. 点眼剤に関わる医療事故及びヒヤリ・ハット事例情報の調査について

### 1.1. 経緯と目的

医薬品関連医療事故防止対策の強化・徹底については、「医薬品・医療用具等関連医療事故防止対策の推進について」（2000年4月28日医薬発第462号 厚生省医薬安全局長通知）、「医療事故を防止するための医薬品の表示事項及び販売名の取り扱いについて」（2000年9月19日医薬発第935号 厚生省医薬安全局長通知）及び「医薬品の販売名・外観の類似性による医療事故防止対策の徹底について」（2003年11月27日薬食発第1127003号 厚生労働省医薬食品局長通知）、また「医薬品関連医療事故防止対策の強化・徹底について」（2004年6月2日薬食発第0602009号 厚生労働省医薬食品局長通知）が示され、関係企業においては、医薬品類似性に起因する医療事故防止に向けた取り組みが実施されている。

公益社団法人 東京医薬品工業協会点眼剤研究会は、それらの取り組みが開始された後も、医療事故のリスクを把握し、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的として、公益財団法人 日本医療機能評価機構が医療機関から報告された医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を、収集、分析すると共に、その結果を公開してきた。この度、新たに追加された情報を加え、2010年1月～2016年12月の7年間の医療事故及びヒヤリ・ハット事例をまとめて調査・分析することとした。

### 1.2. 医療事故及びヒヤリ・ハット事例情報の出典並びに調査対象

公益財団法人 日本医療機能評価機構が、医療事故情報収集等事業において収集し、公開する医療事故及びヒヤリ・ハット情報の中から、2010年1月～2016年12月の間に発生した薬剤に係る全ての事例（以下、全医薬品と称す）39,918件を抽出し、更にその中の点眼剤に関わる事例（以下、点眼剤関係と称す）319件を抽出して（全医薬品に対して0.8%）調査・分析を行った。なお、点眼剤に関する事例は、点眼、洗眼、目薬又は眼科用のワードを含み、かつ、事故の内容が点眼剤に関わることを確認した事例を対象とした。

## 2. 医療事故及びヒヤリ・ハット情報

### 2.1. 医療事故情報として報告された情報の範囲

公益財団法人 日本医療機能評価機構が、医療事故情報収集等事業において公開する事例のうち、医療事故として登録された事例である。医療事故事例は、次の(1)～(3)に定められた範囲にあり、発生した日もしくは発生を認識した日から2週間以内に、WEBを通じて報告された事例である。

- (1) 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例。
- (2) 誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）。

- (3) (1)及び(2)に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例。

なお、(3)については、医療機関が該当すると判断した事例及び本事業で指定している「特に報告を求める事例」やヒヤリ・ハット事例に該当する事例も含む。

■ 特に報告を求める事例

- ① 汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故
- ② 院内感染による死亡や障害
- ③ 患者の自殺又は自殺企図
- ④ 入院患者の失踪
- ⑤ 患者の熱傷
- ⑥ 患者の感電
- ⑦ 医療施設内の火災による患者の死亡や障害
- ⑧ 間違った保護者の許への新生児の引渡し

## 2.2. ヒヤリ・ハットとして報告する情報の範囲

公益財団法人 日本医療機能評価機構が、医療事故情報収集等事業\*において公開する事例のうち、ヒヤリ・ハットとして登録された事例である。その範囲は、次のように定められており、事例の発生を3ヶ月に1回、各四半期（1～3月、4～6月、7～9月、10～12月）の翌月1ヶ月以内に、WEBにより、報告するよう規定している。

- (1) 医療に誤りがあったが、患者に実施される前に発見された事例。
- (2) 誤った医療が実施されたが、患者への影響が認められなかった事例または軽微な処置・治療を要した事例。ただし、軽微な処置・治療とは、消毒、湿布、鎮痛剤投与等とする。
- (3) 誤った医療が実施されたが、患者への影響が不明な事例。

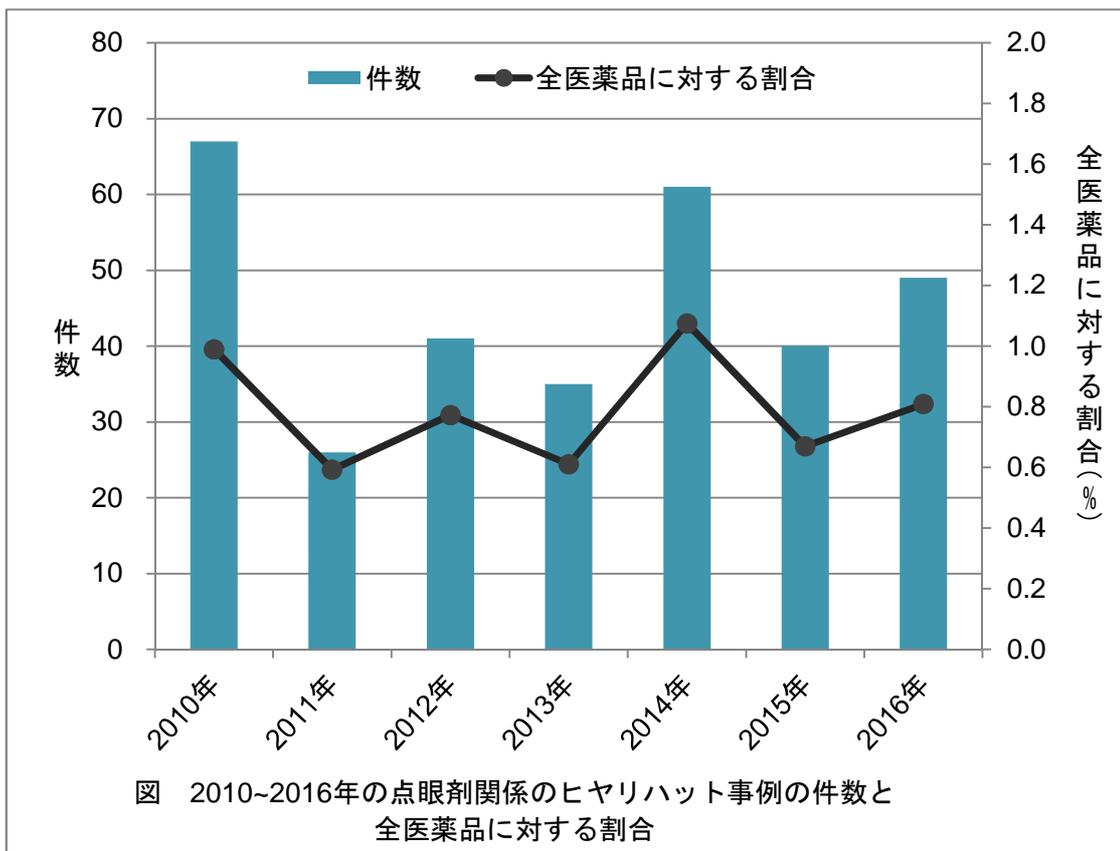
\*本事業において「医療」とは、医療行為及び関連する全ての過程を含む。

### 3. 医療事故及びヒヤリ・ハット事例

#### 3.1. 参加医療機関数と年間発生件数

表 2010～2016年の各年の参加医療機関数と事故事例及びヒヤリ・ハット事例数

年	参加医療機関数 (施設)	全医薬品の件数			点眼剤関係の件数				
		医療事故事例	ヒヤリ・ハット事例		医療事故事例	ヒヤリ・ハット事例		全医薬品に対する割合 (%)	
			各年	2010～2016年		各年	2010～2016年	各年	2010～2016年
2010年	1,258	0	6,772	39,918	0	67	1.0	0.8	
2011年	1,275	0	4,390		0	26	0.6		
2012年	1,322	0	5,309		0	41	0.8		
2013年	1,364	0	5,734		0	35	0.6		
2014年	1,399	0	5,677		0	61	1.1		
2015年	1,426	0	5,977		0	40	0.7		
2016年	1,447	0	6,059		0	49	0.8		



点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例の件数とその全医薬品に対する割合について、年間の推移を示した。

調査対象となった参加医療機関数は、2010年から2016年の7年間で増加傾向であり、2016年は2010年と比較して1.15倍に増加した。一方、全医薬品及び点眼剤関係のヒヤリ・ハットの件数は、どちらも横ばいで増減の傾向は認められなかった。また、全医薬品に対する点眼剤関係の割合は0.6～1.1%の低値で推移し、増減の傾向は認められなかった。

加えて特筆すべきは、調査期間中において医療事故事例は全くなかったことであった。

### 3.2. 発生月

表 2010～2016年における点眼剤関係及び全医薬品のヒヤリ・ハット事例の月毎の報告件数

発生月	点眼剤関係							全医薬品		
	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2010～2015年の平均	2016年	2010～2015年の平均
1月	6	6	4	1	6	3	0	4	490	563
2月	7	0	5	2	4	2	1	3	539	507
3月	16	1	5	6	6	4	4	6	408	467
4月	6	5	2	4	3	3	6	4	560	546
5月	2	2	3	3	14	6	4	5	596	532
6月	4	1	3	2	1	3	5	2	519	391
7月	6	2	4	2	3	4	3	4	535	477
8月	7	2	2	2	3	4	7	3	738	433
9月	3	3	2	3	3	0	8	2	615	363
10月	4	1	3	7	9	5	8	5	442	502
11月	5	3	3	3	3	1	3	3	329	490
12月	1	0	5	0	6	5	0	3	288	372

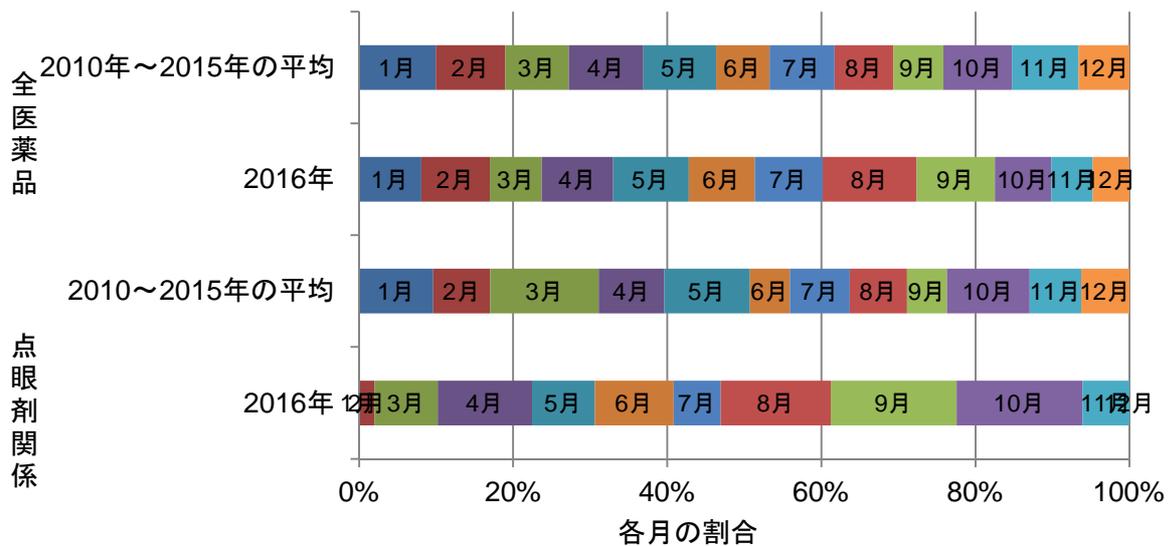


図 2016年と2010～2015年の点眼剤関係と全医薬品のヒヤリ・ハット事例の月毎の報告の割合

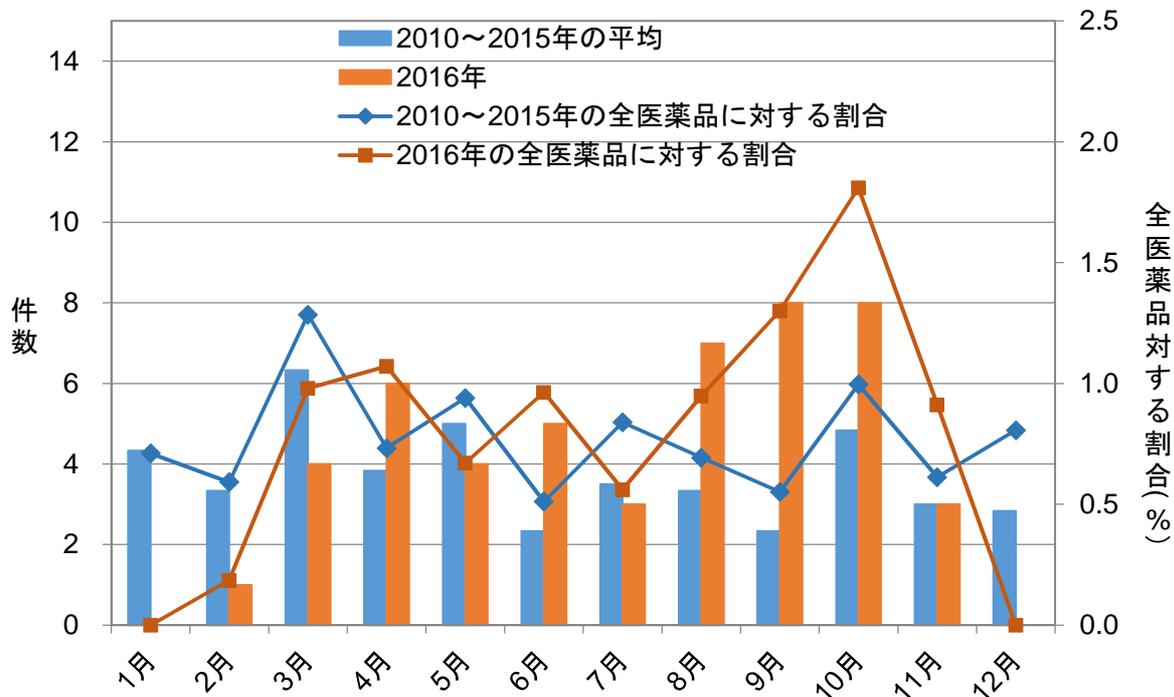


図 2016年と2010～2015年の点眼剤関係の月毎のヒヤリ・ハット事例の報告件数と全医薬品に対する割合

点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例の発生月において、2010～2015年の平均件数は、1月、3月、5月、10月の発生件数が若干多い傾向があった。2016年は8月、9月の発生件数が若干多く、1月、2月、12月が少ない傾向があるが、全医薬品と比較して注視すべき点は認められなかった。

### 3.3. 発生曜日

表 2010～2016年における各年の曜日毎の点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例の報告件数

発生曜日	点眼剤関係								全医薬品	
	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2010～2015年の平均	2016年	2010～2015年の平均
月曜日	14	4	11	3	11	5	9	8	854	772
火曜日	14	4	4	14	10	12	10	10	988	869
水曜日	8	8	6	6	12	6	6	8	1,032	909
木曜日	11	6	8	3	10	8	7	8	1,001	912
金曜日	12	4	4	5	12	5	7	7	952	924
土曜日	5	0	8	2	4	2	4	4	708	661
日曜日	3	0	0	2	2	2	6	2	524	595

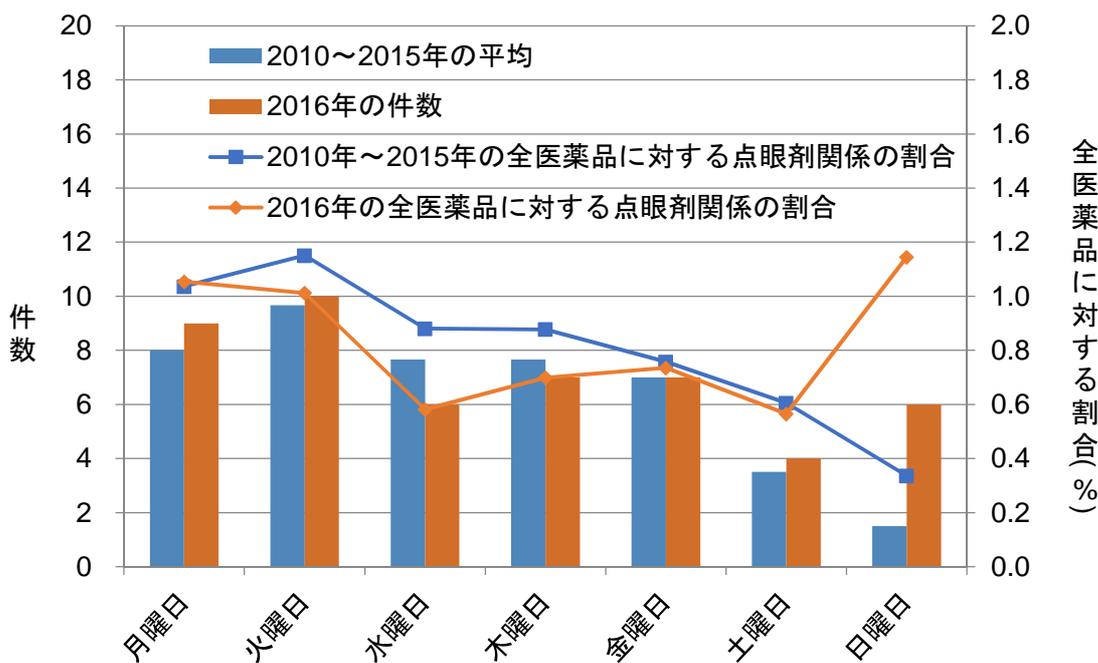
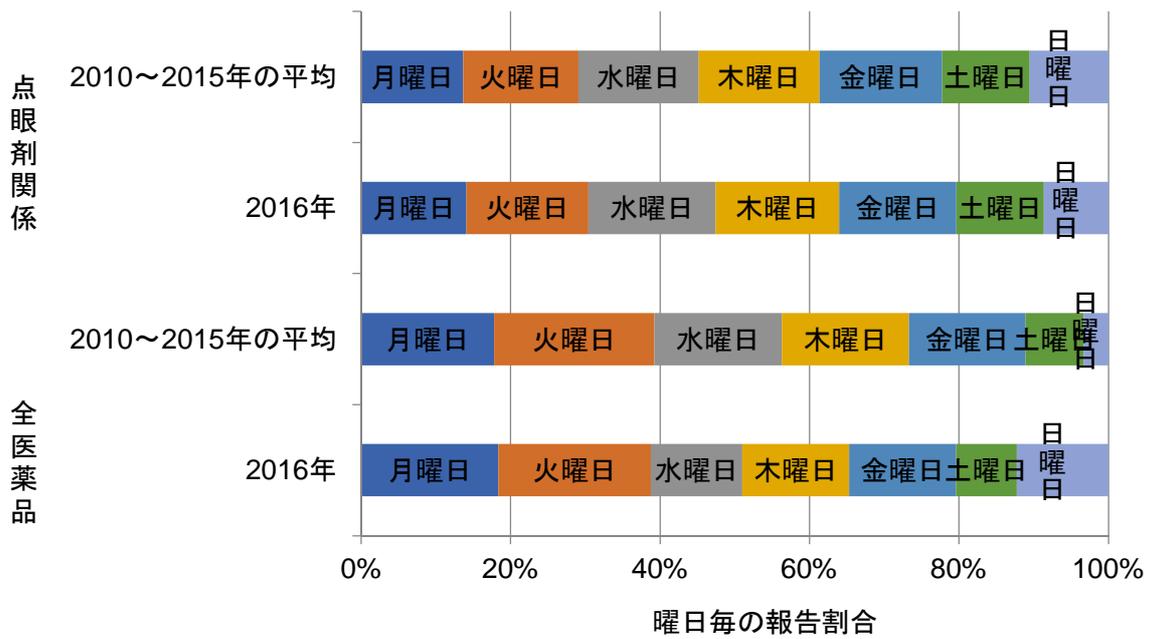


図 2016年と2010～2015年の点眼剤関係の曜日毎のヒヤリ・ハット事例の報告件数と全医薬品に対する割合



曜日毎の報告割合  
 図 2016年と2010~2015年における点眼剤関係及び全医薬品の曜日毎のヒヤリ・ハット事例の報告件数割合

2016年のヒヤリ・ハット事例の発生曜日の傾向は、2010~2015年の平均と同様であった。

### 3.4. 発生時間帯

表 2010～2016年における点眼剤関係及び全医薬品のヒヤリ・ハット事例の時間帯毎の報告件数

発生時間帯	点眼剤関係								全医薬品	
	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2010～2015年の平均	2016年	2010～2015年の平均
8:00～11:59	20	13	21	11	22	17	16	17	1,995	1,732
12:00～15:59	19	4	7	13	8	11	12	10	1,474	1,288
16:00～19:59	9	2	4	5	16	6	10	7	1,261	1,239
20:00～23:59	7	3	0	2	7	2	6	4	605	591
0:00～3:59	2	0	1	1	1	0	0	1	282	262
4:00～7:59	6	4	8	3	6	3	4	5	354	441
不明	4	0	0	0	1	1	1	1	87	90

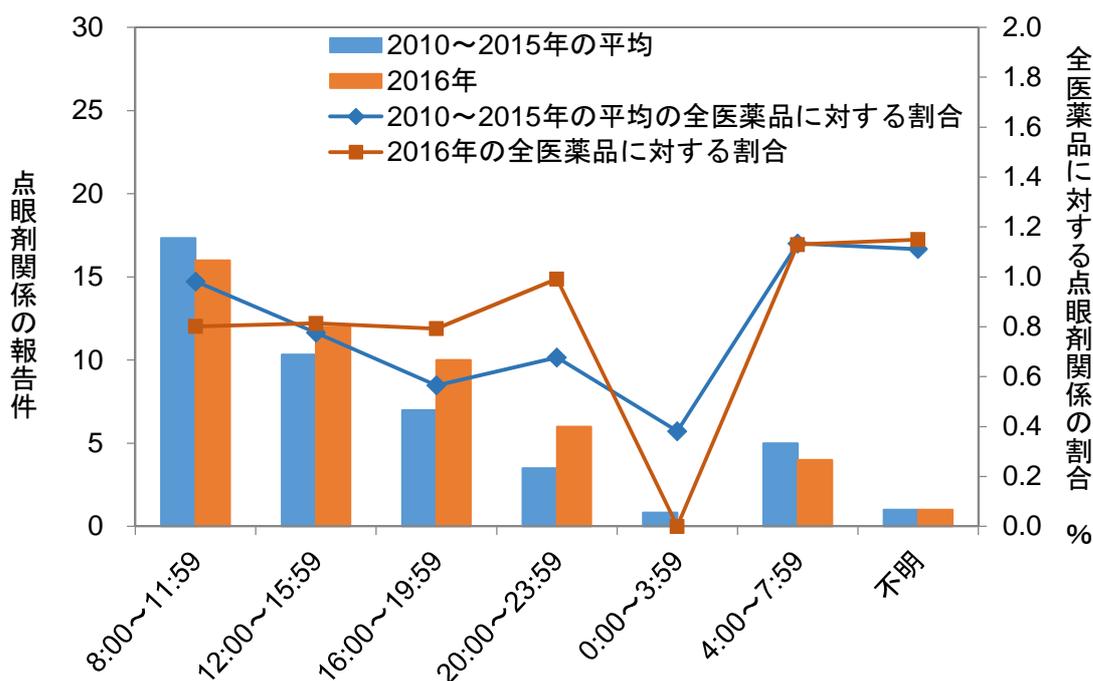


図 2016年及び2010～2015年の点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例の時間帯毎の報告件数と全医薬品に対する割合

ヒヤリ・ハット事例の発生時間帯において、2010～2015年の平均、2016年共に、8:00～15:59の件数が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多く、朝、昼の点眼時に医療従事者が発見するためと考えられた。

### 3.5. 当事者職種

表 2010～2016年における点眼剤関係及び全医薬品のヒヤリ・ハット事例の当事者職種別の報告件数

当事者職種	点眼剤関係								全医薬品	
	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2010～2015年の平均	2016年	2010～2015年の平均
医師	2	0	0	1	2	1	1	1	190	183
看護師	53	23	31	25	48	33	48	36	5,059	4,767
看護助手	1	0	0	0	0	0	0	0	3	5
准看護師	0	0	1	0	0	1	0	0	33	43
助産師	0	0	4	1	2	1	0	1	100	85
薬剤師	8	2	3	5	7	4	0	5	610	498

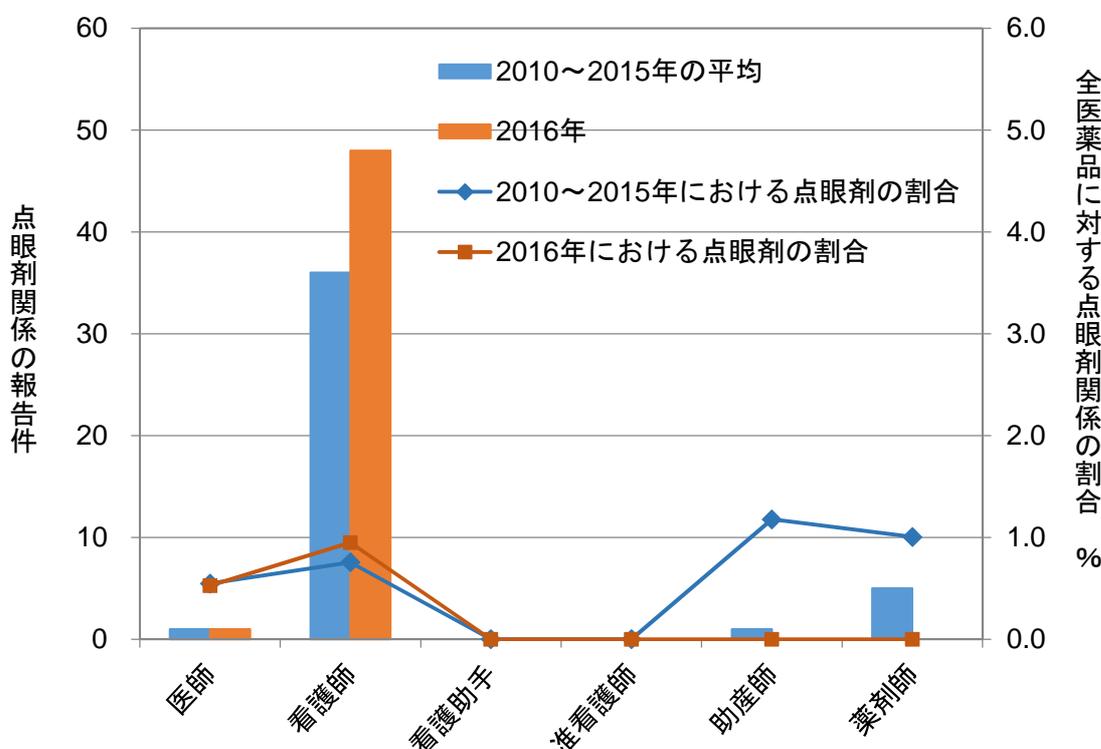


図 2016年と2010～2015年の点眼剤関係のヒヤリハット事例の当事者職種別の件数と全医薬品に対する割合

ヒヤリ・ハット発生当事者の職種別年推移を示した。点眼剤関係は看護師が大部分を占めており、ついで薬剤師であった。この傾向は全医薬品と同様であった。2016年の看護師起因事例は、2010～2015年の年平均36件と比較すると12件ほど多く、反対に薬剤師起因事例は2010～2015年の年平均6件と比較すると3件ほど少なかった。報告事例のあった医師、看護師および薬剤師起因事例の、全医薬品に対する比率は例年と同様に1%前後となっていた。

### 3.6. 当事者職種の経験年数

表 2010～2016年における点眼剤関係及び全医薬品のヒヤリ・ハット事例の当事者職種と経験年数

当事者職種 経験年数	点眼剤関係						全医薬品					
	医師	看護師	看護助手	准看護師	助産師	薬剤師	医師	看護師	看護助手	准看護師	助産師	薬剤師
0年	0	65	0	0	1	7	219	6,376	7	20	103	636
1年	0	49	1	0	1	6	78	4,626	4	24	72	368
2年	3	26	0	0	0	4	77	3,077	3	8	63	250
3年	1	13	0	0	1	1	78	2,549	1	14	48	200
4年	0	9	0	0	1	1	70	1,942	1	4	41	138
5年	0	13	0	0	0	2	53	1,532	1	4	26	181
6年	0	4	0	0	1	1	63	1,293	0	6	25	97
7年	0	7	0	0	0	0	44	1,222	4	2	16	130
8年	0	3	0	0	0	1	36	1,005	1	0	22	123
9年	0	4	0	0	1	0	26	904	1	7	18	93
10年	1	7	0	0	0	0	41	943	2	8	17	113
11年	0	6	0	0	0	1	31	656	0	8	9	59
12年	0	2	0	0	0	1	25	590	0	4	9	69
13年	0	6	0	0	0	0	27	595	0	4	9	66
14年	0	5	0	0	0	0	21	577	0	4	14	57
15年	0	1	0	0	0	2	25	572	0	4	10	89
16年	0	1	0	0	0	0	20	418	0	2	4	41
17年	0	0	0	0	0	0	27	391	1	2	13	29
18年	0	3	0	0	0	0	19	374	2	5	8	43
19年	0	1	0	1	0	0	23	289	0	4	2	35
20年	0	1	0	0	0	0	40	427	1	10	5	68
21年	0	2	0	0	0	0	19	243	0	1	7	48
22年	0	6	0	1	0	0	22	274	0	9	5	54
23年	0	2	0	0	0	1	22	228	0	5	5	66
24年	0	0	0	0	2	0	12	212	0	2	5	52
25年	0	2	0	0	0	0	29	241	1	10	4	54
26年	0	3	0	0	0	0	9	185	0	7	9	33
27年	0	0	0	0	0	0	13	178	0	7	4	37
28年	0	3	0	0	0	0	11	151	0	4	1	35
29年	0	5	0	0	0	0	5	137	0	7	2	30
30年	0	3	0	0	0	0	19	282	1	26	14	71
31年	0	1	0	0	0	0	4	80	0	4	4	19
32年	0	2	0	0	0	0	4	77	0	2	1	36
33年	0	0	0	0	0	0	4	96	0	2	0	31
34年	0	0	0	0	0	0	2	78	0	11	1	18
35年	0	1	0	0	0	0	5	68	0	11	1	22
36年	0	0	0	0	0	1	3	49	0	4	0	18
37年	0	0	0	0	0	0	4	25	0	2	0	3
38年	0	1	0	0	0	0	5	30	0	9	0	3
39年	0	0	0	0	0	0	1	14	0	6	0	0
40年超	2	0	0	0	0	0	15	44	0	15	0	1
合計	7	261	1	2	8	29	1,287	33,661	32	291	612	3,598

表 2016年における点眼剤関係及び全医薬品のヒヤリ・ハット事例の当事者職種と経験年数

当事者職種 経験年数	点眼剤関係						全医薬品					
	医師	看護師	看護助手	准看護師	助産師	薬剤師	医師	看護師	看護助手	准看護師	助産師	薬剤師
0年	0	18	0	0	0	0	35	809	1	3	16	132
1年	0	7	0	0	0	0	11	690	0	4	12	82
2年	1	5	0	0	0	0	16	446	1	1	12	38
3年	0	0	0	0	0	0	10	368	0	2	9	32
4年	0	2	0	0	0	0	13	314	0	0	9	33
5年	0	3	0	0	0	0	4	230	0	1	2	14
6年	0	2	0	0	0	0	9	151	0	0	3	9
7年	0	1	0	0	0	0	8	163	0	0	3	33
8年	0	1	0	0	0	0	5	157	1	0	6	27
9年	0	2	0	0	0	0	8	137	0	1	0	16
10年	0	0	0	0	0	0	7	155	0	0	4	18
11年	0	0	0	0	0	0	3	121	0	1	1	7
12年	0	1	0	0	0	0	3	98	0	0	2	9
13年	0	0	0	0	0	0	2	101	0	0	2	16
14年	0	0	0	0	0	0	6	109	0	1	3	12
15年	0	0	0	0	0	0	6	103	0	0	1	15
16年	0	0	0	0	0	0	0	91	0	0	1	11
17年	0	0	0	0	0	0	0	74	0	0	4	2
18年	0	1	0	0	0	0	1	72	0	0	0	8
19年	0	0	0	0	0	0	2	61	0	1	0	5
20年	0	1	0	0	0	0	4	87	0	2	0	9
21年	0	0	0	0	0	0	1	55	0	0	4	3
22年	0	1	0	0	0	0	4	55	0	0	0	5
23年	0	0	0	0	0	0	2	38	0	0	1	15
24年	0	0	0	0	0	0	2	46	0	0	1	15
25年	0	0	0	0	0	0	5	57	0	0	0	12
26年	0	1	0	0	0	0	1	32	0	1	3	3
27年	0	0	0	0	0	0	1	32	0	1	0	2
28年	0	1	0	0	0	0	4	34	0	1	1	3
29年	0	1	0	0	0	0	3	26	0	1	0	3
30年	0	0	0	0	0	0	3	55	0	2	0	9
31年	0	0	0	0	0	0	2	18	0	1	0	0
32年	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	3
33年	0	0	0	0	0	0	1	11	0	0	0	3
34年	0	0	0	0	0	0	0	17	0	2	0	2
35年	0	0	0	0	0	0	1	10	0	3	0	2
36年	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0
37年	0	0	0	0	0	0	0	8	0	1	0	1
38年	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0
39年	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0
40年 超	0	0	0	0	0	0	2	13	0	3	0	0
合計	1	48	0	0	0	0	190	5,059	3	33	100	610

ヒヤリ・ハット当事者の、職種経験年数別の発生事例数を示した。2010～2016年の間では点眼剤関係で発生事例の多い看護師の場合、経験年数5年以下で175件（67%）を占めており、さらに経験年数10年以下で200件（77%）に達した。それ以上の経験年数では、発生事例に大きな差は見られなかった。薬剤師の場合は経験年数5年以下で21件（72%）を占めており、それ以上の経験年数では、発生事例が少なくなった。

全医薬品でも看護師の場合は、経験年数10年以下で25,469件（75%）を占める一方、経験年数30年以上になると発生事例が少なくなった。薬剤師の場合は経験年数10年以下で2,329件（65%）を占めており、それ以上の経験年数では、発生事例が少なくなった。

これらは、2016年においても同様の傾向であった。

### 3.7. 発見者

表 2010～2016年における点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例発見者別の報告件数

発生年	当事者本人	同職種者	他職種者	患者本人	他患者	家族・付き 添い	その他
2010年	21	28	11	0	1	5	1
2011年	5	15	3	2	0	0	1
2012年	16	12	8	3	1	1	0
2013年	8	14	11	1	0	1	0
2014年	15	28	16	2	0	0	0
2015年	8	12	16	2	0	1	1
2016年	17	22	8	1	0	1	0
2010～ 2015年の 平均	12	18	11	2	0	1	1

表 2010～2016年における全医薬品のヒヤリ・ハット事例発見者別の報告件数

発生年	当事者本人	同職種者	他職種者	患者本人	他患者	家族・付き 添い	その他
2010年	2,325	2,936	993	251	8	113	146
2011年	1,584	1,894	547	178	8	72	107
2012年	1,764	2,394	788	205	7	72	79
2013年	1,831	2,723	797	222	8	103	50
2014年	1,751	2,808	788	203	14	84	29
2015年	2,069	2,823	787	169	9	75	45
2016年	2,147	2,633	973	211	7	60	28
2010～ 2015年の 平均	1,887	2,596	783	205	9	87	76

ヒヤリ・ハット事例の発見者別の報告件数を示した。2016年では、点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例で最も多い発見者は同職種者であり、続いて当事者本人、他職種者となった。これは、2010～2015年の年平均と同様の傾向を示した。また、全医薬品においても同様の傾向を示した。

### 3.8. 事例情報の報告の内容（医療実施の有無）

表 全医薬品と点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例のうち実施された事例の年間件数及びその割合

年		2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2010～ 2015年 の平均
点眼剤 関係	報告総件数	67	26	41	35	61	40	49	45
	実施された件数	23	11	25	13	28	15	27	19
	実施された割合	34%	42%	61%	37%	46%	38%	55%	42%
全医薬 品	報告総件数	6,772	4,390	5,309	5,734	5,677	5,977	6,059	5,643
	実施された件数	3,947	2,548	3,446	3,072	3,127	3,471	3,305	3,269
	実施された割合	58%	58%	65%	54%	55%	58%	55%	58%

表 全医薬品と点眼剤関係の2010～2016年の間に実施ありと報告されたヒヤリ・ハット事例のうち、軽微な治療を要すると考えられた事例の年間件数及びその割合

年		2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2010～ 2015年 の平均
点眼剤関係	件数	1	1	3	2	4	2	1	2
	割合	4%	9%	12%	15%	14%	13%	4%	11%
全医薬品	件数	280	166	260	247	251	293	276	250
	割合	7%	7%	8%	8%	8%	8%	8%	8%

表 全医薬品と点眼剤関係の2010～2016年の間に実施なしと報告されたヒヤリ・ハット事例のうち、万一実施された場合に処置・治療が必要と考えられた事例の年間件数とその割合

年		2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2010～ 2015年 の平均
点眼剤関係	件数	41	14	15	21	32	25	21	25
	割合	93%	93%	94%	95%	97%	100%	95%	96%
全医薬品	件数	2,533	1,586	1,687	2,566	2,433	2,358	2,546	2,194
	割合	90%	86%	91%	96%	95%	94%	92%	92%

2010～2016年の点眼剤関係及び全医薬品の事例のうち、誤りが医療として実施された「実施あり」の事例、及びそれらのうち軽微な治療を要すると考えられた事例、並びに実施されなかったが、万一実施された場合、処置・治療が必要と考えられた事例の件数とその割合を3つの表で示した。点眼剤関係の事例は「実施あり」の割合で、全医薬品の事例と比較して低い傾向であったが、軽微な治療が必要と考えられた割合は逆に若干高く、「実施なし」で万一実施された場合、処置・治療が必要と考えられた事例の割合も高い傾向であった。

### 3.9. 事故の内容

表 2010～2016年における点眼剤関係と全医薬品のヒヤリ・ハット事例の内容別の報告件数

項目	点眼剤関係								全医薬品		
	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2010～2015年平均	2016年	2010～2015年平均	
処方	処方忘れ	5	1	2	2	5	0	2	3	249	279
	処方遅延	0	0	0	0	0	1	0	0	6	7
	処方量間違い	1	0	0	0	1	0	0	0	88	52
	重複処方	0	0	0	0	0	0	0	0	20	17
	禁忌薬剤の処方	1	0	0	0	0	0	0	0	18	12
	対象患者処方間違い	1	0	0	0	0	0	0	0	10	12
	処方薬剤間違い	0	0	0	0	0	2	0	0	27	34
	処方単位間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7
	投与方法処方間違い	1	0	0	1	0	0	0	0	22	20
	その他の処方に関する内容	2	2	1	2	0	0	3	1	141	211
調剤	調剤忘れ	0	1	0	0	0	1	0	0	20	31
	処方箋・注射箋鑑査間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	32	23
	秤量間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	14	9
	数量間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	65	74
	規格間違い調剤	0	0	0	3	1	1	0	1	54	59
	単位間違い調剤	0	0	0	0	0	0	0	0	10	11
	薬剤取り違い調剤	6	2	2	0	1	1	0	2	101	123
	説明文書の取り違い	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	交付患者間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	9	7
	薬剤・製剤の取り違い交付	3	0	0	0	2	0	0	1	19	21
期限切れ製剤の交付	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
その他の調剤に関する内容	0	0	0	1	2	0	0	1	149	81	
製剤管理	薬袋・ボトルの記載間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	10	7
	異物混入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	細菌汚染	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	期限切れ製剤	0	0	1	0	0	0	0	0	7	3
	その他の製剤管理に関する内容	2	1	2	0	1	1	0	1	120	81
	与薬準備	0	0	0	1	0	0	1	0	56	45
与薬準備	過剰与薬準備	0	0	0	0	1	0	0	0	47	46
	過少与薬準備	0	0	0	0	0	0	0	0	25	28
	混合間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	232	183
	その他の与薬準備に関する内容	1	3	0	2	7	3	4	3	544	527
与薬	過剰投与	2	0	1	2	1	1	4	1	373	353
	過少投与	3	2	0	1	2	1	0	2	382	414
	投与時間・日付間違い	8	0	3	1	5	1	10	3	70	40
	与薬時間・日付間違い	0	0	0	0	0	0	0	0	123	119
	重複投与	0	0	2	0	1	0	0	1	39	38
	禁忌薬剤の投与	5	2	3	1	0	3	1	2	8	4
	禁忌薬剤の与薬	0	0	0	0	0	0	0	0	135	142
	患者間違い	2	2	4	0	0	3	3	2	229	224
	薬剤間違い	4	0	3	4	5	3	3	3	48	55
	単位間違い	0	0	0	0	1	0	0	0	179	164
	投与方法間違い	3	3	1	4	5	3	4	3	1,221	1,199
	無投薬	8	3	9	5	6	8	8	7	690	504
	その他の与薬に関する内容	9	4	7	5	14	7	6	8		

2016年の点眼剤関連のヒヤリ・ハット事例の内容を種別でみると、表のとおり、主な内容は無投薬、過剰投与、投与時間・日付間違い、禁忌薬剤の投与、患者間違い、薬剤間違い、投与方法間違いなど、与薬に関する内容が多く、次いで、処方忘れなどの処方に関する内容、その他の与薬

準備に関する内容であった。これらは2010~2015年の間の傾向と同様であり、全医薬品対象の内容とも同様の傾向であることが確認できた。

### 3.10. 事故の要因

表 2010~2016年に報告された各年の医療事故の発生要因と報告件数

項目	点眼剤関係								全医薬品		
	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2010~2015年の年平均	2016年	2010~2015年の年平均	
当事者の行動に関わる要因	確認を怠った	57	22	36	32	56	36	41	40	5,037	4,696
	観察を怠った	7	1	7	3	5	3	4	4	844	687
	報告が遅れた(怠った)	0	0	1	3	2	2	1	1	184	167
	記録などに不備があった	4	1	2	1	4	0	3	2	233	226
	連携ができていなかった	5	4	8	7	9	8	7	7	1,114	1,042
	患者への説明が不十分であった(怠った)	2	3	1	0	8	2	4	3	470	438
	判断を誤った	8	7	4	4	9	3	5	6	888	770
ヒューマンファクター	知識が不足していた	17	0	0	0	0	0	0	3	951	694
	技術・手技が未熟だった	1	0	0	0	0	0	0	0	671	403
	勤務状況が繁忙だった	7	0	0	0	0	0	0	1	1,808	1,421
	通常とは異なる身体的条件下にあった	0	0	0	0	0	0	0	0	99	96
	通常とは異なる心理的条件下にあった	3	0	0	0	0	0	0	1	536	553
	その他(ヒューマンファクター)	7	0	0	0	0	0	0	1	769	624
環境・設備機器	コンピュータシステム	3	0	1	4	3	2	2	2	240	208
	医薬品	7	2	2	6	4	6	4	5	757	509
	医療機器	0	0	0	0	0	0	0	0	63	39
	施設・設備	2	0	0	0	0	1	0	1	68	47
	諸物品	1	1	0	1	1	3	0	1	52	39
	患者側	1	1	1	0	1	1	3	1	260	245
	その他(環境・設備機器)	1	0	3	0	0	3	13	1	389	167
その他	教育・訓練	4	1	6	3	7	5	3	4	890	634
	仕組み	1	0	2	1	0	0	1	1	260	167
	ルールの不備	0	0	5	2	3	2	3	2	438	337
	その他	3	5	5	6	11	4	16	6	762	573

点事故の発生要因の当事者に関わる要因は、年によらず、全医薬品、点眼剤関係ともに、「確認を怠った」が最も多く、次いで「連携できていなかった」及び「観察を怠った」が多かった。

表 2010～2016年に報告されたヒヤリ・ハット事例の発生要因別の報告件数とその実施ありの割合

項目		点眼剤関係													
		2010年		2011年		2012年		2013年		2014年		2015年		2016年	
		件数	実施ありの割合												
当事者の行動に関わる要因	確認を怠った	57	35%	22	45%	36	61%	32	38%	56	48%	36	36%	41	59%
	観察を怠った	7	71%	1	100%	7	71%	3	33%	5	60%	3	0%	4	100%
	報告が遅れた(怠った)	0	-	0	-	1	0%	3	0%	2	100%	2	100%	1	100%
	記録などに不備があった	4	75%	1	100%	2	100%	1	100%	4	75%	0	-	3	67%
	連携ができていなかった	5	40%	4	100%	8	50%	7	29%	9	56%	8	50%	7	71%
	患者への説明が不十分であった(怠った)	2	50%	3	67%	1	100%	0	-	8	38%	2	50%	4	75%
	判断を誤った	8	50%	7	43%	4	25%	4	50%	9	56%	3	67%	5	40%
ヒューマンファクター	知識が不足していた	17	59%	4	50%	3	33%	7	57%	11	64%	5	80%	8	75%
	技術・手技が未熟だった	1	0%	1	100%	2	0%	4	0%	3	33%	2	50%	1	100%
	勤務状況が繁忙だった	7	43%	5	60%	5	40%	8	50%	20	65%	10	30%	15	67%
	通常とは異なる身体的条件下にあった	0	-	2	100%	0	-	0	-	0	-	1	0%	0	-
	通常とは異なる心理的条件下にあった	3	33%	2	100%	1	0%	6	50%	14	79%	3	33%	8	88%
その他(ヒューマンファクター)	7	71%	3	33%	5	100%	2	100%	8	63%	5	20%	13	85%	
環境・設備機器	コンピュータシステム	3	67%	0	-	1	100%	4	25%	3	33%	2	100%	2	50%
	医薬品	7	57%	2	50%	2	50%	6	67%	4	50%	6	33%	4	50%
	医療機器	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
	施設・設備	2	50%	0	-	0	-	0	-	0	-	1	0%	0	-
	諸物品	1	100%	1	0%	0	-	1	100%	1	0%	3	67%	0	-
	患者側	1	0%	1	100%	1	100%	0	-	1	0%	1	0%	3	33%
	その他(環境・設備機器)	1	100%	0	-	3	67%	0	-	0	-	3	33%	13	85%
その他	教育・訓練	4	25%	1	100%	6	50%	3	67%	7	57%	5	80%	3	33%
	仕組み	1	0%	0	-	2	100%	1	100%	0	-	0	-	1	100%
	ルールの不備	0	-	0	-	5	100%	2	50%	3	0%	2	50%	3	33%
	その他	3	67%	5	60%	5	100%	6	50%	11	82%	4	50%	16	75%

それぞれの発生要因における「実施あり」の割合を表に示した。発生の要因と医療実施の有無に特異な傾向は認められなかった。

### 3.11. 各事例の内容、背景要因及び施設の改善策

2016年の点眼剤に関わる全49例について、種別ごとに、事故の内容、背景要因及び施設の改善策を示した。

#### ① 禁忌薬剤の投与

「禁忌薬剤の投与」の事例は1例で、その内容は、下記のとおり、確認を怠ったことが要因であった。点眼剤の名称や包装形態に係る事例では無かった。

表 2016年の点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例のうち「禁忌薬剤の投与」1例

事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
主治医から「診察前に散瞳しないで下さい」という指示が入っていたが、事前に指示を確認しなかったため、診察前に散瞳剤を点眼してしまった。	入院時、指示を確認していなかった。 クリニカルパスなので、いつもと指示が同じだと思っていた。 知識不足。 散瞳剤を点眼しないと診察ができないと思い込んでいた。	指示をしっかりと確認してから、患者の対応をする。 他の看護師に相談する。

## ② 過剰投与

「過剰投与」の事例は4例で、その代表例は、下記のとおり、確認を怠ったこと、観察を怠ったこと、記録などに不備があったこと、患者への説明が不十分であった（怠った）こと、判断を誤ったことなどが要因であった。点眼剤の名称や包装形態に係る事例は無かった。

表 2016年の点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例のうち「過剰投与」の代表例

事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
<p>本日の準夜帯にて処置を行った患者。処置を行った医師より、別の患者への点眼剤の口頭指示あり。口頭指示を聞いた日勤看護師が、処置が終わった患者に対して行う物だと思い込み、準夜帯の看護師へ間違った患者の名前で医師からの口頭指示を伝えてしまった。それを聞いた準夜帯の看護師が、さきほど処置を行った患者に対し、同じ薬剤の点眼を行ってしまった。患者に特に異常なし。医師に報告し、経過観察となる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勤務外であったため、どの患者が処置を行っていたのか把握できていなかった。</li> <li>・患者の名前を完全に把握できておらず、間違った情報を伝えてしまった。</li> <li>・口頭指示をうけた看護師は処置の介助をしていなかった。</li> <li>・処置を行っている患者に対しての指示だと思い込んでしまった。</li> <li>・準夜帯の業務が忙しく人手不足だった。</li> <li>・患者の名字が似ていた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口頭指示を聞いた際は自身で口に出してもう一度確認する。</li> <li>・誰が今、何をしているのかを確認してから行動・伝達するようにする。</li> <li>・不明確な指示はつたえず、確認をしてから伝達するようにする。</li> <li>・勤務外の指示は原則受けず、勤務者に託す。</li> <li>・指示を受ける際は患者のフルネームを確認するようにする。</li> </ul>
<p>術前の抗菌点眼薬を自己管理しており、本日左眼手術が終わり、右眼のみ点眼が1日4回ある。10時分は術後安静時間中だったため、看護師で点眼し、15時分が自己でできそうか聞くと「できる」とのことであり、部屋に薬を置いていた。11時20分に訪室すると、上記発言あり。左眼症状は特になし。主治医に報告し、10/20（木）15時分の点眼はスキップとなる。</p>	<p>もともと自己管理薬であったため、手技や理解の確認をせず、術後だったが自己管理として患者に渡した。薬袋の表記について説明が不十分だった</p>	<p>自己管理だった薬剤を変更後に返却するときは、薬袋の理解や手技の確認をしてから渡す。薬袋には薬剤名と「左）6. 10. 15. 21」と大きくマジックで表記されていた。</p>

### ③ 患者間違い

「患者間違い」の事例は3例で、その代表例は、下記のとおり、確認を怠ったこと、判断を誤ったことなどが要因であった。点眼剤の名称や包装形態に係る事例は無かった。

表 2016年の点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例のうち「患者間違い」の代表例

事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
左裂孔原性網膜剥離に対して全身麻酔下で手術を施行され、21時45分に帰室した患者。術後であり左眼の点眼は中止、右眼の点眼指示はなかったが、他の患者の点眼薬を当該患者の点眼薬であると思いき、他の患者の点眼薬を誤って右眼に点眼した。点眼した後、薬袋に戻す際に患者間違いであることに気付いた。	持参した点眼薬が正しいと思いき込み確認を怠った。 勤務状況が繁忙であり焦りがあった。 ・全身麻酔後のため患者が傾眠傾向であった。	点眼薬を持参する際、患者に点眼する前に5Rの確認を徹底する。 ・意識清明な患者とは相互確認、手術後や薬剤の影響下にある患者の場合は指さし、声出し確認を徹底する。

#### ④ 処方忘れ

「処方忘れ」の事例は2例で、その代表例は、下記のとおり、確認を怠ったことなどが要因であった。点眼剤の名称や包装形態に係る事例は無かった。

表 2016年の点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例のうち「処方忘れ」の代表例

事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
入院支援センターで看護面接時、患者に術前点眼の指示は説明したが、処方の確認が抜け、患者が帰宅後、カルテを記録している時に処方になかったことに気づいた。眼科に連絡し点眼薬は処方され、薬剤科より本人へ届けられた。	眼科で処方がされなかった。いつも処方を確認して説明しているが、今回は処方の確認が抜けていた。患者にも院内処方目薬が出ているのでもらって帰るように説明していたが、患者も気づかずそのまま帰った。	術前点眼薬や、前処置の下剤など処方が必要なものは、処方があることを確認する。

#### ⑤ 投与時間・日付間違い

「投与時間・日付間違い」の事例は10例で、その代表例は、下記のとおり、確認を怠ったこと、知識が不足していたこと、勤務状況が繁忙だったことなどが要因であった。点眼剤の名称や包装形態に係る事例は無かった。

表 2016年の点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例のうち「投与時間・日付間違い」の代表例

事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
本来ならば翌日から開始の点眼（抗菌薬）を1日早く点眼してしまった。	朝の情報収集時、点眼が必要な事は情報としてとっていたが、患者スケジュールをチェックする前（指示をもう一度確認）にて患者のベッドサイドにある点眼札を見て、両目と勘違いし点眼してしまった。	6Rの基準(原点)に戻ること。朝の情報収集でまず確認し、ペアと確認、点眼前にも患者スケジュールでチェック（指示簿確認）し、点眼実施する。点眼札も間違いであれば、すぐに修正する。
術後点眼を看護師にて実施している患者。16時は左右ともに2種類ずつの点眼があったが、右眼に本来16時には実施しない薬剤を点眼してしまった。1日2回の点眼薬であったため、21時分を中止とした。	他の患者の点眼確認などの業務が立て込んでおり焦っていた。薬袋をよく確認せずに点眼してしまった。	業務が立て込んでいるときでも、点眼実施前は一呼吸おいて薬袋の患者名、時間、順番、薬剤名、左右をよく確認するようになる。

## ⑥ 投与方法間違い

「投与方法間違い」の事例は4例で、その代表例は、下記のとおり、確認を怠ったこと、患者への説明が不十分であった（怠った）こと、知識が不足していたことなどが要因であった。点眼剤の名称に係る事例は無かった。

表 2016年の点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例のうち「投与方法間違い」の代表例

事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
<p>左眼窩腫瘍生検を終えた患者に対し、医師から左下眼瞼創部に1日2回軟膏塗布の指示が出ていたが、朝の与薬時に創部ではなく眼内に軟膏を点入した。</p>	<p>実施前に指示簿にて医師からの左眼瞼創部へ塗布する指示を確認し、点眼表にも軟膏塗布部位が記載されていたが、眼瞼創部の軟膏は眼内に点入するものだと思い込んでいた。実施直前に創部が下眼瞼にあることを確認し、軟膏塗布部位に疑問を感じたため、軟膏塗布部位を患者と口頭にて確認したところ、今までも眼内に点入していたことを話された。理解力や認知力に問題ない患者だったため、眼内への点入であることを判断し、実施した。</p>	<p>正しく実施されなければ、患者にどのような影響を与えるのかを考え、使用する薬剤の用法用量また、効用や副作用を確実に把握してから実際に患者に使用する。また、実施直前であっても、疑問に思ったことは医師からの指示簿を再度確認し、ペアナースに相談する。眼内への軟膏塗布の指示ではない場合には、確実に知識が定着できるまでペアナースと共に部位を確認し、正しい用法用量で実施していく。また、実施時にはペアナースに前回失敗したこと、できなかったことを伝えることで、特に指導していただきたいことを伝え、患者への影響を未然に防いでいく。</p>

⑦ 無投薬

「無投薬」の事例は8例で、その代表例は、下記のとおり、確認を怠ったこと、患者への説明が不十分であった（怠った）こと、知識が不足していたこと、連携ができていなかったことなどが要因であった。点眼剤の名称や包装形態に係る事例は無かった。

表 2016年の点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例のうち「無投薬」の代表例

事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
<p>13時に転院予定の中心性頸椎損傷の患者。転院時の退院処方はなく、残薬持ち帰りとなっていた。朝、昼の内服薬を配薬ボックスに配薬したが、ボックス内を確認していなかった。紹介状、内服薬等を患者本人と確認し、家族に手渡す。退院後、配薬ボックスに本人用の点眼薬が残っているのを転院当日の準夜担当看護師が発見する。</p>	<p>中心性頸椎損傷にて入院していたが、リハビリテーション目的にて転院する患者。転院前に、患者本人に渡す必要のある内服薬の確認が十分にできておらず、転院後に本人の点眼薬が残っていた。</p>	<p>退院準備の確認は看護師2名で確実に確認する。1人で用意した場合、ペア看護師に確認を依頼する。退院直前に再度、渡し忘れがないか確認する。</p>
<p>14時に投与する予定の点眼を1本残し、5分のタイマーをかけた。5分後タイマーが鳴るも他の患者の車椅子移乗をしていたため、タイマーをいったん止めた。点眼に向かおうとしたところ、透析に行っていた患者が帰ってきたため、その患者のVSを測定しに行った。その後、実施記録をするも点眼したものだと思い込み実施していない点眼分を実施入力してしまった。患者は詰所に訪れ、最後の点眼が終わっていないことを伝えるも、担当看護師には伝わらなかった。準夜帯に患者の点眼薬が無いことに気づき、患者の部屋へ向かうと未投与分の点眼薬が発見される。</p>	<p>実施入力の方法を正しく理解できていなかった。</p>	<p>実施入力をまとめて行うのではなく、1つ1つ行ったものをその場でチェックしていく習慣をつける。タイマーを止める場合、すぐにその患者の元へいけないとわかった時にはもう一度タイマーをかけ忘れる業務が重なっても忘れるということが無いようにしていく。取り出した薬剤がすべて元の場所に返せているかを確認する。</p>

### ⑧ 薬剤間違い

「薬剤間違い」の事例は3例で、その代表例は、下記のとおり、確認を怠ったこと、連携ができていなかったことなどが要因であった。点眼剤の名称や包装形態に係る事例は無かった。

表 2016年の点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例のうち「薬剤間違い」の代表例

事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
患者Aの点眼終了後、使用した点眼薬と未開封の同じ点眼薬が患者Aの薬袋から見つかった。一方、患者Bの薬袋に点眼薬が入っていなかった。このことから、患者Bの点眼薬を患者Aに点眼してしまった可能性が考えられた。医師に報告、看護師が管理しており不潔なものではないため、経過観察をする指示をいただいた。深夜帯の受け持ち看護師に確認すると、患者Bに点眼した記憶があるが、患者Aには点眼した記憶が無いとの返答があり、患者Bの点眼薬で点眼をしてしまったことが発覚した。	点眼薬が入っていなかった患者がいたにも関わらず、「自分の指示確認ができていなかったのだろうか」と思い、次の患者の点眼を終えてから確認しに行こうとし、点眼薬を探すのを後回しにしてしまった。封の開いていない点眼薬を見つけるのが遅れ、点眼が入れ違っているのではないかという疑問をすぐに抱くことができなかった。	点眼にかかわらず、何かものがなくなり、援助をする上で不十分な状況になったときには、原因を探すのを後回しにせず、すぐに探すようにする。薬の投与をするときは、薬袋の中に入っている数量が合っているかどうかを確認する癖をつける。

### ⑨ その他の処方に関する内容

「その他の処方に関する内容」の事例は3例で、その代表例は、下記のとおり、確認を怠ったこと、勤務状況が繁忙だったことなどが要因であった。点眼剤の名称や包装形態に係る事例は無かった。

表 2016年の点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例のうち「その他の処方に関する内容」の代表例

事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
外来通院の患者に対して、軟膏薬を処方するところを同名の点眼薬を処方し、薬局から連絡があった。	外来が混み合い、忙しい状況でうっかり間違えた。	処方する前に処方内容について必ず確認をする。

⑩ その他の与薬に関する内容

「その他の与薬に関する内容」の事例は6例で、その代表例は、下記のとおり、勤務状況が繁忙だったこと、記録などに不備などが要因であった。点眼剤の包装形態に係る事例は無かった。

表 2016年の点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例のうち「その他の与薬に関する内容」の代表例

事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
9時16分に、右眼のみ散瞳予定の指示であったが、両目に散瞳薬を点眼してしまった。	点眼前は指示を確認し、点眼薬の種類と部位を確認して施行したが、自分では、点眼前は指示を確認し、点眼薬の種類と部位を確認して点眼施行したつもりであったが、確認ミスであった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カルテ指示より、ダブルチェックをする。</li> <li>・不明確な指示は、医師に確認してから施行する。</li> </ul>

⑪ その他の与薬準備に関する内容

「その他の与薬準備に関する内容」の事例は4例で、その代表例は、下記のとおり、確認を怠ったこと、連携ができていなかったこと、判断を誤ったこと、勤務状況が繁忙だったことなどが要因であった。点眼剤の包装形態に係る事例は無かった。

表 2016年の点眼剤関係のヒヤリ・ハット事例のうち「その他の与薬準備に関する内容」の代表例

事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
点眼3種類実施されている患者Aの点眼のうち1種類がなく、リーダーにその処方袋と空の点眼薬を見てもらい、氏名および薬剤名を確認してもらった。昼ごろ点眼薬が届いており、午前分が出来ていなかった為、急いで点眼した。その際患者氏名が違う事に気付くことが出来ず、夜勤看護師が患者Aの点眼をしようとした所、袋の中に患者Bの点眼薬が入っていることに気づく。処方された患者は違ったが、実際に点眼実施中の患者に点眼を行ない、患者Bには実施していない。	受け持ち患者で点眼実施者は1名と把握していた。点眼薬が1滴もなく、リーダーに処方を依頼していたため、患者Bの点眼薬であると思い込んでいた。午前の点眼が出来ておらずあわててしまい、氏名の確認をせず、氏名が間違っていることに気付かなかった。患者Bには点眼薬の実施はないため患者Bに実施することはなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>処方された薬の氏名や与薬方法の確認を実施前に行う。</li> <li>患者にも名前を名乗ってもらう、名乗れない患者の場合はリストバンドで確認をする。</li> </ul>

#### 4. あとがき

公益社団法人 東京医薬品工業協会点眼剤研究会では、点眼剤の医療安全並びに適正使用の観点に基づいて医療事故及びヒヤリ・ハット事例を調査し、その結果を、2016年度までに「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」及び「同 第二報」として公開しました。2017年度は、「医療事故情報収集事業」として収集・公開しているデータベース\*から、新たな点眼剤関係の報告事例を調査・分析し、その結果を、第三報といたしました。本報告書を点眼剤の安全な使用にお役に立ていただければ幸甚です。

なお、東京医薬品工業協会点眼剤研究会では、記載内容の正確性について万全を期して本報告書を作成しておりますが、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、点眼剤の医療安全並びに適正使用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。

\*参照データベース: 公益財団法人日本医療機能評価機構ホームページ内「医療事故情報収集等事業」 (<http://www.med-safe.jp/index.html>)