

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

主治医が準備を行い、看護師が中心静脈注射のバッグの更新を実施した事例のようですが、夜間帯に指示変更があったために医師が準備を実施したのか、中心静脈注射のバッグの準備は医師が実施することになっていったのか状況が不明です。どのような業務範囲と分担がされたのか記載すること、また、医師が混注することを知らなかったとありますが、医師の経験年数や教育背景等についての記載もあると要因が明確になり改善策が立てやすくなります。

■改善策に関するコメント

手順のルール化

作業手順の中でこれらのエラーを防止するには準備した時に開通するか、実施時に開通するかを取り決めると良いと思います。例えば①伝票と補液の確認、②外装フィルムからの取り出し、③内容液の着色や不溶物の有無の確認、④中間壁開通後、開通者名と時刻の記入、⑤患者名の貼付、⑥伝票の確認、⑦中間壁開通の確認といった基本操作手順をルール化することは重要です。

また、既に開通している場合の中間壁開通の確認行為についても徹底することが必要です。その確認方法として、「輸液バッグを点滴架台にぶら下げ、空気層があることと、バッグが側面から見て円錐状に膨んでいることを確認する」方法が挙げられます。あるいは、「下室側の袋を圧迫することで 上室側の液面の動きを確認する」方法です。どちらも、点滴開始直前でも簡単に確認できます。手順の一

つとして習慣化しましょう。

その他に、今回の事例では、準備から実施に至る過程で医師と看護師が介入しています。準備者と実施者が異なることでチェック機構が働き、ヒヤリハットが発見される場合もありますが、業務分担が不明確となりしいては責任の所在も不明瞭となりミスが生じやすい状況となります。よって、準備から実施まで一人のものが責任を持って行うことが重要です。

ダブルチェックするツールの活用

点滴を施行する前に現物をダブルチェックするツールを作ると確実に防止できます。

例えば、隔壁開通のチェック、開通させた日時と開通者名を容器に明記する隔壁開通チェック・シールの使用も有効です。また、このような隔壁の開通の必要な輸液バッグは、あらかじめ薬剤部門より隔壁開通チェック・シール等と共に払い出されることが望ましいと思われれます。そうすることにより使用頻度の少ない職場でのミスも未然に防げるのではないのでしょうか。

【参考資料】

琉球大学医学部附属病院安全管理対策室ホームページ

<http://www.hosp.u-ryukyuu.ac.jp/cqm/soudan/tenteki.html>

新人教育

輸液バッグの種類の記事がありませんが、おそらく上室・下室に分かれた一体化した輸液バッグと思われます。これらの輸液バッグは、上室がアミノ酸、下室が糖・電解質で開通しない場合には 11%の高カロリーの糖輸液が行われることとなります。末梢血管からの糖輸液は 11%から 12%が限度といわれており、危険な状況になります。上室と下室を開通させる知識だけでなく「開通しないことによる

危険性」を教育することも大切です。

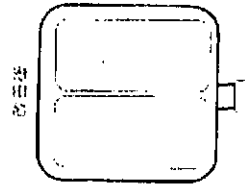
また、当事者は 8 ヶ月とありますが、施設での採用薬品のうち、上室と下室を混合して使用する点滴をリストアップして各職場に情報提供し新人オリエンテーションで触れておくこともヒヤリハット防止につながります。

メーカーへの商品改良の提案

開通しないと輸液実施が出来ない仕組みや、上室と下室の色を変えることにより混合されていないことが一目で分かる等の商品の改良をメーカーに提案していくことも必要でしょう。

【参考資料】

・第 5 回医療安全対策検討会議ヒューマンエラー部会において松月みどり委員より提出された案（出口にも隔壁があり、開通させないと薬剤がでないようにすれば左右の開通を忘れない）



・第 4 回重要事例集計結果 事例 804（アミノフリードの上室・下室の混合忘れ）

事例 466 : (実施記録と薬剤残数の不一致)

発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴))

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月【不明月】	発生曜日【不明】	曜日区分【不明】	発生時間帯【不明】
発生場所【ナースステーション】			
患者の性別【女性】	患者の年齢【不明】		
患者の心身状態【障害なし】			
発見者【1】			
当事者の職種【看護師】			
当事者の職種経験年数【1年6ヶ月】			
当事者の部署配属年数【1年6ヶ月】			
発生場面	【与薬準備】		
(薬剤・製剤の種類)	【その他の薬剤】		
発生内容	【過少与薬】		
発生要因-確認	【その他】		
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-教育・訓練	【		
発生要因-患者・家族への説明	【		
発生要因-その他	【		
間違った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

化学療法後、感染兆候が見られ抗生剤の点滴が開始になり、指示では終了するはずの抗生剤がIV あまっていた。点滴準備、施行時のサインもありそれぞれにダブルチェックもされていた

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

どこで指示量が投与されていなかったか不明

■実施したもしくは考えられる改善策

深夜勤務で輸液準備時、残数を処方箋とチェックしていく

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

具体的内容から、この状況は発見した段階で報告された事例と推測します。従って誤薬を発見した看護師が報告しているため、与薬プロセスのどの段階で起きた間違いなのか事実がわかりません。事実がわからない状況では、誤薬の原因・その背景要因は分析できません。事象を構造的に捉え、分析するためには、以下の記載が必要と考えます。

1. 本来実施すべき指示内容と実際施行した内容。
2. 与薬プロセスの看護師業務の流れと確認行動の原則。
3. 間違いが起きた時点で担当していた看護師の確認行動プロセスを記載する。再発防止のための分析を行うためには、目的であれば、必要な情報が記載項目となっている報告書式を用意したり、記述の練習をすることが必要と考えます。

■改善策に関するコメント

与薬業務における確認業務が、どのように機能しているか事例の状況から分かりませんが、確認作業を増やす改善策は望ましくありません。具体的改善策は実践可能なことが重要です。そのためには事例の主原因・背景要因を分析することが前提として必要です。

確認作業の原則行動が機能していたか

与薬は、医師の処方→(薬剤師の調剤・監査)→調整→投与といったプロセスがあります。

病院によって関わる職種が異なるとは思いますが、それぞれ担当した段階で、指示内容の確認をする責任を果たすことで誤薬を防止するシステムになっていると思います。特に看護師は最終施行者なので確認の原則行動の遵守は徹底する必要があります。

このシステムが機能しなかったために起きた間違いと捉えれば、その原因はシステムの周知徹底の問題か、あるいはシステム自体に実践できない問題があるのかどちらかです。

確認作業の周知徹底

看護師が確認作業の原則行動が取れなかった理由を確認し、背景要因を特定します。知識不足、タイムプレッシャー、業務調整の問題などの面から考えてみてください。本件では、確認作業が漫然と行われる雰囲気があったことや、実際の点滴実施前にサインする慣行があったことなども考えられるかもしれません。

分析の結果、看護師個人の課題上であれば日頃の成長発達の支援・管理につなげます。システムの課題であれば、見直しが必要ですが、確認作業を増やす安易な方法は避ける必要があります。確認作業が機能しなくて起きたとすれば増やすことは改善策にはなりません。

いずれにしても与薬は他職種協働の業務ですので、管理者は個人の問題ではなく、看護管理上のシステムの問題として捉えることが重要です。

結果を把握できるシステムの構築

このケースの最大の問題は、点滴が本当に実施されたかどうかを確認することができない点にあります。記録には、業務の実施状況や経過を追跡できるようにする意味があることを再認識し、業務の方法を見直すことで実施状況を把握することができしるくみを構築することが必要でしょう。

事例 492 : (血糖降下薬過剰投与)

発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴))

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月 [11月]	発生曜日 [火曜日]	曜日区分 [平日]	発生時間帯 [10~11時]
発生場所 [病室]			
患者の性別 [女性]	患者の年齢 [55]		
患者の心身状態 [障害なし]			
発見者 [乙]			
当事者の職種 [看護師]			
当事者の職種経験年数 [年 8 ヶ月]			
当事者の部署配属年数 [年 8 ヶ月]			
発生場面	[皮下・筋肉注射]		
(薬剤・製剤の種類)	[抗糖尿病薬]		
発生内容	[過剰与薬]		
発生要因-確認	[確認が不十分であった]		
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	[他のことに気を取られていた]		
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	[多忙であった]		
発生要因-薬剤	[扱いにくかった]		
発生要因-諸物品	[]		
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

ヒューマカートによる自己注射指導中の患者、10:30 NSコールがあった。低血糖症状 (軽い手指振戦、気分不良) を訴え、血糖66mg/dl。患者の話によると、朝のインスリンを2回したとのことであった。深夜の看護師に状況確認した。「8:00 NSコールがあり訪室したら、空打ちのときはカチッと音がしたが、実際8単位したとき音がしなかったという。そこでNs自身操作してみても異常がなかった。問題ないことを伝えてその場を離れた。」しかし患者は気になり、再度8単位注射していた。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

確認が不十分であった。他のことに気を取られていた。医療機器・医材料が扱いにくかった。多忙であった。作業が中断した。

■実施したもしくは考えられる改善策

インスリン自己注射指導中には、看護師はベッドサイドで注射状況を指導し確認する。Dr・Ns・業者による勉強会の実施。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

自己注射を指導している間は、正しい操作の習得、理解度など観察する上で看護師の目の届く範囲での施行がよいと考えますが、自己注射の指導にあたって、要綱なるものまままたは、自己管理の指標となるものがあるのか、記入してあるとよいと思います。当事者である看護師はヒューマカートの取り扱いに習熟していたのか、扱いにくかったと記入があるがヒューマカート自体が扱い難いものなのか、たまたまその時が扱い難いと感じたのか記入があるかと思えます。

■改善策に関するコメント

自己注射指導中には、看護師はベッドサイドで注射状況を指導し確認する。とありますがベッドサイドに行って指導するという指導の方法を変更するだけでは改善しないと考えます。この事例では、多忙でほかのことに気をとられていたために、不安を持っている患者からの訴えを十分に聞くことができなかった。そのため患者は不安が解消されないまま自己判断で再度注射してしまったことから、機器の確認よりも、インシュリンを必要以上に投与した場合の危険性を説明すると同時に、血糖値を見てから判断することを伝えておけばよかったでしょう。

ヒューマカートが扱いにくかったという指摘がありますが、医療従事者が扱いにくいものであれば、患者は更に使いにくいと考えられます。また音で実施したか否かの判断をする機器の構造にも問題があると思われま。

なお、インシュリン注射器に関しては事例 493 も参考にしてください。

事例 493: (ペン型インシュリン注射器による注入量不足)

発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬(注射・点滴))

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月【月】	発生曜日【曜日】	曜日区分【曜日】	発生時間帯【時間帯】
発生場所【場所】	患者の性別【性別】	患者の年齢【年齢】	
患者の心身状態【状態】	発見者【発見者】		
当事者の職種【職種】			
当事者の職種経験年数【年々月】			
当事者の部署配属年数【年々月】			
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-儲物品			
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			
関連の実施の有無及びインシデントの影響度【影響度】			
備考【備考】			

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

全介助でインスリンを注射したのがペン型30R14単位のところ12単位しか打たなかった。翌日の夜勤NSが眼前に同じインスリンを注射しようとした時、インスリン残量が2単位目盛りが表示されたことから気付く。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

注射時、ペンの単位数がゼロになるのを目視で確認せず、5秒カットし、手応えとおおよその時間で指示量を打てたと思い込んだ。施注前商品名だけ確認し残量や性状観察できていなかった。施注後全て打てたかの確認ができていなかった。消灯間際で他の業務(時間薬)があり焦った。

■実施したもしくは考えられる改善策

注射時は目盛りがゼロになるのを目視で確認してカットをはじめ。ゼロになったことを声だし指差し確認する。施注前に商品名だけでなく残量も確認。不足がないか確認する。施注後も同様に確認

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

全介助でインシュリンを注射した際の投与量に関するエラーの事例ですが、患者の理解力など記述すると分かりやすかったと思います。

■改善策に関するコメント

インシュリン誤薬は低血糖、高血糖と必ずといっていいほど患者に影響を及ぼします。そのため患者の病状に合わせながら確実・正確な投与が出来るようシステムを整える必要があります。手応えとかおおよその時間で投与するのは大変危険なことです。そのため以下の事を検討してみてください。

インシュリン注射器ノボペンについて

この器材の使用にあたって器材の利点・欠点を覚えておくことが必要です。利点としては薬液が無駄なく使用出来る、使用単位が簡単に変更出来る、針を交換するだけで使用できる等考えられますが、欠点としては、薬液のおよその残量確認が出来ていても残量以上の単位が設定出来ること、単位のダイアル表示が小さく手のグリップの所にあり持ち方によってはダイアル表示が見にくいこと、注入ボタンが薬液不足でも途中で止まらず、確実に投与されたかどうかは、ダイアル表示を見るしかありません。

利点、欠点を熟慮して使用することが大切である事をスタッフの指導に取り入れる必要があります。

インシュリン注射方法について

発生要因に5秒カウントし手応えとおおよその時間とありますが、使用説明書には、確認はダイアル表示で行い、完全にインシュリンを注入するために注入ボタンを押したまま6秒以上針を刺したままにするとあります。報告者は注入時の5秒カウント、使用説明書は注入後の6秒カウントととなっており、報告者の教育背景に誤ったマニュアルが存在しないか確認が必要と考えます。スタッフ全員がどのようなマニュアルでインシュリン注射をしているのか確認し検討して見る必要があります。

改善策は一人での確認作業になっていますが、インスリン施行時に患者さんのところへ持っていくトレーに確認事項の要点が一目で見分かるものを作って置いておくのも改善策の一つです。このように、バックアップ出来るシステムについても検討してみましよう。

注射器の改良について

現在、医療現場ではインスリン用の注射器として、薬剤の種類、機器の取扱い方法とも多様なものが出回っています。この背景には、メーカーによる安全性への配慮の不足が指摘できるとともに、次々と新製品を開発・販売することで、現場の利用者が混乱している状況があります。

時間から注入量を推測させるのではなく注入量自体を明確に認識できるものとすること、そのためにも単位数の表示を大きく見やすいものとする、視覚だけでなく聴覚などでも確認できるマルチモーダルな機構とすることなど、使う側の立場に立つことで工夫や改善の余地はまだまだあると考えられます。目や耳が不自由な方が利用することがあるということも考慮する必要があるでしょう。

機器メーカーによる安全向上のための改善の取り組みに期待したいところです。

事例 520：(インスリンの指示変更に関わる投与量間違い)

発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴)、情報・記録)

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月【10月】	発生曜日【金曜日】	曜日区分【平日】	発生時間帯【12~13時】
発生場所【ナースステーション】			
患者の性別【男性】	患者の年齢【不明】		
患者の心身状態【意識障害】			
発見者【2】			
当事者の職種【看護師】			
当事者の職種経験年数【5年7ヶ月】			
当事者の部署配属年数【5年7ヶ月】			
発生場面	【皮下・筋肉注射】		
(薬剤・製剤の種類)	【抗糖尿病薬】		
発生内容	【単位間違い】		
発生要因-確認	【確認が不十分であった】		
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-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

術後インスリンを基本量+スライディングで皮下注していた。もともと基本量は4単位だったため、4単位+スライディングスケールのインスリン量を処方したが、申し送りの際に指示の変更を指摘され気付く。基本4単位から6単位に増量になっていた。2単位が不足したことになる。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

カルテの指示見落とし。

■実施したもしくは考えられる改善策

細かく指示が変わる際は、必ず前勤務者に確認する。指示の指差し確認の徹底

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

指示受け、指示変更の際のルールはどのようになっているのでしょうか。指示受け、指示変更時のルールがなかったのか、決まっていなくても守らなかったのかによって改善策がかわってきます。また、疾患名、術式の記載や、いつから指示変更となったのかについても記載があると、状況が明確になり改善策が立てやすくなります。

■改善策に関するコメント

インシュリン指示の標準化

この事例は、インシュリンの「基本量」にスライディングスケールを使用したインシュリンの皮下注射がおこなわれていると記述されています。さて、この「基本量」とは何を意味する言葉でしょうか。おそらく、術後経過に伴う血糖変動のために中間型インスリン1日1~2回皮下投与をベースとし、さらに6~8時間毎の血糖値測定によるスライディングスケールを用いて速効型インスリンを追加投与していく方法であったと思われる。この場合、ベースとなるインスリン量は慎重に決定され、術後経過に伴う血糖値の不安定はスライディングスケールによる追加投与量の変更にてコントロールされます。しかしながら、この事例では「基本量」とするベースのインスリン量が増減を伴うヒヤリ・ハットが生じています。発生要因が「カルテの指示の見落とし」とどまっています。この場合、まず「基本量」となるベースのインスリン量を変更していることに着目して分析し

ていくことが重要だと思います。

まず、この「基本量」は病院内で標準化された値だったのでしょうか。もし標準化されていない場合は、各医師により指示が異なるのではなく病院内で標準化した指示を取り決めることが安全管理のために重要です。インスリン指示に関しては、血糖値を測定しその値によって量を判断したり、医師によって指示の表記法が異なっていたり「指示の複雑さ」や「記憶負担」「判断の不備」が指摘されているところ。こうした背景要因をふまえて、根本的な解決を図るためにもインスリンの指示を標準化し、院内で共有することが望まれます。

また、標準化された値であれば、この事例のように「基本量」の変更があった場合は、基準が必要となってくると思われます。よって、指示を受ける際には変更指示の基準と患者の状態の把握が重要となります。この事例では、疾患名や術式が不明ですが、特にインスリン療法を受ける患者の治療は下剤や食事等患者の生活状況が密接に関わっており、看護師間や医師との情報交換が非常に重要となってくるでしょう。

【参考文献】

「患者安全推進ジャーナル（研究編）」、大道久、日本医療機能評価機構、平成14年

指示変更の際のルール

指示出し・指示受け時、指示変更の際のルールはどのように決められていたのでしょうか。指示出し・指示受け時、指示変更の際のルールを決めることにより各々の責任の所在が明確化しヒヤリ・ハットを防止できると思われま

す。また、ルールがあった場合、何故ルールが守れなかったのでしょうか。マニュアルやルールがあってもあまり守られていないというよう組織風土はないでしょうか。改善策に「指示の指差し確認の徹底」とありますが、指示出し、指示受け、

指示変更時、準備から患者のベッドサイドでの最終実施時には指示簿や注射伝票等の書面での照合を必ずすることを習慣化するような組織風土作りが必要でしょう。

事例 533 : (休日の処方変更システム不備による誤薬)

発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (内服・外用))

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月【11月】	発生曜日【日曜日】	曜日区分【休日】	発生時間帯【10～11時】
発生場所【ナースステーション】			
患者の性別【男性】 患者の年齢【71】			
患者の心身状態【意識障害】			
発見者【2】			
当番者の職種【看護師】			
当番者の職種経験年数【5年7ヶ月】			
当番者の部署配属年数【5年7ヶ月】			
発生場面	(内服)		
(薬剤・製剤の種類)	【循環器用薬】		
発生内容	【単位間違】		
発生要因-確認	【確認が不十分であった】		
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	【多忙であった】		
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-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

降圧剤増量となり、ミニプレス (0.5mg) 3丁3×から、ミニプレス (1mg) 3丁3×となった。内服薬を見たら、ミニプレスが以前のままの分包となっていた。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

休日に内服薬が変更になった時、その場で定時処方薬の変更ができなかった。

■実施したもしくは考えられる改善策

申し送りを確実にする。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

ヒヤリ・ハットの発生した要因にある、休日に変更指示があった時、その場で定時薬が変更できなかった理由や状況を書いて頂くと対策が具体的に挙げられるでしょう。

例えば、①定時薬をなぜ日曜日に変更しなければいけなかったのでしょうか。②勤務状態は「多忙であった」とありますが、どのような状況であったのでしょうか。③患者の心身の状態は「意識障害」とありますが、どの程度だったのでしょうか。④内服が可能だったのでしょうか。⑤休日の指示変更システムは平日と同じでしょうか。⑥休日は薬剤師が日当直していないのでしょうか。⑦薬剤師当直がない場合、変更薬の払出しシステムはどのようなになっているのでしょうか。

また、休日の場合：薬剤の変更はだれが、どのように実施することになったのでしょうか。この場合の”以前のままの分包”の記載も、だれが、どのように分包（具体的には、ミニブレス1錠（0.5mg）を1mgにするために1回2錠ずつに作り直した）したかを記載すると、こうした業務自体を見直すために有効な情報となるでしょう。

■改善策に関するコメント

「ミスは結果であり原因ではない」と言われるように、上記のような状況がわかれば、具体的な対策があるでしょう。

薬剤師の休日勤務の検討

薬剤師が夜間・休日勤務していない施設があることにより、平日とは異なった手順のなかで事故が発生している事例があります。この事例の報告者であり当事者は看護師となっていますが、夜間や休日に薬剤師が不在のためにやむを得ず状況に応じて薬剤業務を実施して起きたインシデントです。病院管理者はこうした事例をもとに夜間や休日の安全管理体制のあり方を見直す必要があるでしょう。

夜間・休日時の指示変更の検討

薬剤師が休日勤務しても、平日と同じような対応はできないことが多いでしょうから、次に休日の指示変更時のルール等を検討します。

この事例では、改善策として「申し送りを確実にする」ことが挙げられていることなどから、変更があった当日は指示通りに投与され、翌日の月曜日の担当者に連絡されなかったことが推測されます。休日の変更にやむを得ず病棟で対応することがある場合でも、月曜日には病棟内および薬局に変更指示がきちんと伝達されるようなくみを確認しておくことが必要です。

マニュアルの遵守とルールの見直し

ルールを決めても、ルールが守られないことが発生します。それは、現場状況と乖離したルールの時もありますが、時には医師・看護師間や医師・薬剤師間の力関係（権威勾配によつて）で守られないときもあります。決められたルールを遵守できる環境作りも大切です。本事例の場合は、患者の状態が変化しない（血圧値は高めではあるが、金曜日と比較し大差ない）状況であつたとすれば、インシデントの分析には医師も参加してもらい、患者の状況と日曜日に定時処方を変更した妥当性も検討できるとよいでしょう。

事例 568 : (麻薬性鎮痛薬の渡し忘れ)

発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬(内服・外用)、麻薬)

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月【12月】	発生曜日【水曜日】	曜日区分【平日】	発生時間帯【14~15時】
発生場所【病室】			
患者の性別【男性】	患者の年齢【54】		
患者の心身状態【睡眠中】			
発見者【99】			
当患者の職種【看護師】			
当患者の職種経験年数【20年9ヶ月】			
当患者の部署配属年数【 年9ヶ月】			
発生場面			
【内服】			
【麻薬】			
【無投薬】			
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	【他のことに気を取られていた】		
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-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【仮に実施されていても、患者への影響は小さかった(如置不要)と考えられる】			
備考【			

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

MSコンチンを定期的(8時・14時・20時)に与薬している患者に、配薬するのを忘れてしまった。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

患者が寝ていたため、声を掛けるのを後回しにしているうちに忘れてしまった。
患者も疼痛の訴えがなかった。他の患者のケアに追われており気持ちに余裕がなかった。

■実施したもしくは考えられる改善策

患者の状態を把握した上で、本人と相談したうえで与薬時間の設定を考慮する。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

MS コンチンの服用のトラブルには、病棟の環境も影響します。病棟内の MS コンチン服用者数、MS コンチン服用者の服用パターン、MS コンチン使用に関するガイドラインの有無などについても分析が必要です。また、患者側の情報としては、疼痛コントロールの状態や患者の理解度、ADL、生活リズムなども明らかにしている方がよいでしょう。こうした情報があつた方が改善策を検討しやすくなります。

■改善策に関するコメント

MS コンチンは徐放錠のため、服用してもすぐには効果は現れません。定められた時間間隔で服用し、血中濃度をコントロールする必要があります。

- しかし MS コンチンには、
- ・ 内服薬である
 - ・ 麻薬であるため、管理はほかの薬に比べ厳重で、利用状況に関するその場その場の把握が行いにくい（保管場所をあけて見なければ確認できない）
 - ・ 服薬時に患者側の危急性がない（その場で疼痛を訴えている患者に使用するわけではない）
- などの特徴があり、訪室時に患者が睡眠中であつたり、患者が不在で薬を渡せないなどの状況下では、ほかの鎮痛薬では発生しにくい「渡し忘れ」というエラーが起きやすくなっています。

まず患者との間に共通理解と服薬の調整を

MS コンチンという薬の服用方法について、患者・医療従事者が同じ理解をすることが重要です。場合によっては、患者が邪魔されたくない時間帯や、入浴・面会などで患者が不在になりがちな時間帯も出てきます。こうした時間を避けて服薬時間を設定し、その時間には薬を飲む状態にすることが必要です。また、その時間帯には患者には必ず部屋にいてももらうことにしたり、可能であれば自己管理（薬はナーステーションで預かって、時間になったらナースコールで呼んでもらったり、取りに来てもらうような方法）も考えられます。こうした方法をとる場合、患者が取りに来なかった場合、どのように対応するかを決めておく必要がありますが、患者の認知・運動能力に問題がなければ実施可能でしょう。

渡し忘れ予防のシステム

渡し忘れは主に

- ・ 渡す時間を忘れる
 - ・ 渡しに行つたが渡せず、そのまま忘れてしまう
- の2つのパターンで発生します。
- 渡し忘れを予防するためには、
- ① 渡すことを忘れさせない仕組み（タイマーの利用など）
 - ② 渡していないことに気づかせない仕組み（MS コンチンの保管場所の外側や、ナーステーションの目立つ場所に渡したことを記入するボードを準備する、など）

などの工夫が考えられます。万一、担当者が忘れてもリカバリーできる仕組みを作る必要があります。

また、複数の患者が MS コンチンを服用している場合、服用時間が異なると混

乱する場合もありますから、可能な限り服用時間を揃えるように調整することも必要でしょう。

疼痛管理のためのガイドラインの活用

医療従事者間のMSコンチン使用に関する共通理解も必要です。

がん疼痛管理治療ガイドラインなどに基づき対応策をあらかじめ決めて、その都度確認したり個人の判断に任されるような事態は避けるべきでしょう。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

他の患者の薬が薬袋に混入した経緯が明確ではありません。いつ、どのような経緯で何故、混入してしまったのかを5WHYで記入しましょう。また、看護師管理の薬の取り扱いと、退院時処方薬の取り扱いもどどのようなものか検討しましょう。

発生要因では、薬剤部から薬が届いた時に確認する方法について、注意すべきことや手順等は決まっていたのでしょうか。「別の患者の薬袋があることに注意を払っていないかった」とありますが、注意を払えなかった理由に背景要因がある可能性がありますので、その理由について検討しましょう。

同僚看護師が行ってくれたと思いい込んでいますが、その思い込みを誘発した要因は何だったのか検討しましょう。

退院時処方薬は薬剤部から出された薬袋の中身について、病棟でも確認行為を行っている場合もあります。具体的に、どのようなシステムで実施していたのかを明らかにした上で要因分析をしましょう。薬剤部で確認してあれば、病棟で再確認する必要があるでしょうか。薬剤部との役割分担はどうであったか明確にしましょう。

■改善策に関するコメント

・作業環境・空間も整理整頓だけでなく、途中で業務中断しても取り違えることがないような対策を立案しましょう。ある病院では、「業務中断カード」を作成

し、業務を中断する時には業務中断カードを業務をしていった処置台等において注意を喚起しているところもあります。

・改善策2で「責任をもって」とありますが、具体的ではありません。どのような方法で配薬をするのか、また、そのルールの徹底をどのように実施し、評価するかまで立案しましょう。

・薬剤部門から出された薬袋の中身について、病棟部門でも確認行為を行っている場合もありますが、その時に違う薬袋と取り違えてしまう場合もあります。まずは、院内でのシステム上の問題を明らかにした上で、薬剤部との役割分担も明確にしましょう。薬剤部から病棟に薬を届ける場合、可能であれば、薬袋ではなく、配薬カードに一日分ずつ薬剤部で分包し配薬するような院内全体のシステムの改善にも取り組んでみましょう。

・患者と共に確認するとありますが、具体的な方法と留意点が明確でなければ確認行為になりません。二人以上で確認行為を実施する時には、相手も確認してくれているだろうかという気持ちが発生し、責任の分散が生じる恐れがあります。どのような方法で患者にも参画してもらいか具体的に検討しましょう。

事例 596：(患者確認システムがないための薬剤交付ミス)

発生部署 (薬剤部門) キーワード (情報・記録)

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

当直の薬品交付で外来患者様の処方薬が同姓同名の職員に薬が届けられた。

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月【11月】	発生曜日【月曜日】	曜日区分【休日】	発生時間帯【10~11時】
発生場所【薬局・輸血部】			
患者の性別【女性】 患者の年齢【70】			
患者の心身状態【障害なし】			
発見者【2】			
当事者の職種【看護師】			
当事者の職種経験年数【27年3ヶ月】			
当事者の部署配属年数【2ヶ月】			
発生場面	【その他の情報伝達過程に関する場面】		
(薬剤・製剤の種類)	【 】		
発生内容	【誤指示・情報伝達間違い】		
発生要因-確認	【確認が不十分であった】		
発生要因-観察	【 】		
発生要因-判断	【判断に誤りがあった】		
発生要因-知識	【 】		
発生要因-技術(手技)	【 】		
発生要因-報告等	【間違いであった】		
発生要因-身体的状況	【 】		
発生要因-心理的状況	【思いこんでいた】		
発生要因-システムの不備	【 】		
発生要因-連携不適切	【多職種間の連携不適切】		
発生要因-勤務状態	【当直だった】		
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-教育・訓練	【マニュアルに不備があった】		
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・ハットの発生した要因

同姓同名であり思い違いこんでいた。
本人以外の人が受領した。
外来と共済の区別がわからなかった。

■実施したもしくは考えられる改善策

交付方法の検討
薬袋の印字を外来診療と共済診療部で印字する。
本人自身で受け取る。

■改善策に関するコメント

システムエラーとしての認識

このケースは、薬局の担当者が患者確認を怠ったことが直接的な原因と考えられますが、現在のこの施設の業務運用の下では、同姓同名患者がいた場合にこういったミスが発生するかもしれないということは予見できると思われます。その意味で本件はシステムに起因するエラーであるということができます。インシデントの分析、対策立案はこのような視点に立って薬剤交付時に患者誤認をしないためのシステムの確立を院内全体で検討する必要があります。

本人確認の方法と薬剤交付ルーートの見直し

「本人以外の人が受領した」ことへの改善策として「本人自身で受け取る」ことが挙げられていますが、患者の状態で付添い添われ方が受け取ることには日常です。「本人を確認する」方法は、直接、本人と顔を合わせることだけでは、例えば、薬剤の引換券もしくは診察券で患者を確認しているところも多くあります。

また「同姓同名の職員に薬が届けられた」とありますので、職員が受診した場合に、一般の患者とは別ルートで薬が交付されていることが推測されます。このとき別ルートの確認手順がおろそかであるとシステム全体が脆弱になりますので、一般患者と全く同じ手順を行うか、または別ルートをなくして一本化するほうが適切です。外来と共済の区別を明確にすることも大切ですが、基本的な本人確認の手順をルール化し、遵守することがより重要です。

■専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

全体として、この報告は、具体性にかけています。つまり、今回のインシデントにおいて、何が重要なことなのかうまく伝えられていません。当直の薬品交付で、どのようなことが行われたのかもっと詳細に記述してください。時間軸に沿って事実を記載するとよいでしょう。

まず、外来患者の処方薬が、なぜ同姓同名の職員に届けられるのか報告事例の状況の理解が困難です。「届けられた」ということは、誰かが同姓同名の職員に届けたことになりましたが、報告施設では職員には届けるシステムになっているのでしょうか？

また、同姓同名の場合の確認方法はどのようなのでしょうか。一般の患者と職員が受診した場合とでは、薬品交付の手順が異なっているのでしょうか。代理の方に交付する場合の手順はどのようなのでしょうか。

インシデント発生時の状況が発生誘因となっている場合が多いので、発生時の状況を記載する必要があります。どのような状況でどのように判断したのか、そしてどのように行動したのかを丁寧に記載することで、今後のエラー防止策を考える際の大きなヒントになりますので、必ず記載してください。

また、改善策として、「薬剤の交付方法の検討」が挙げられていますが、現状の問題点をどのように改善するのが示されています。具体的に実現可能な方法を含めた検討案を記載する必要があります。以下のコメントを参考にしてみてください。