

■ ヒヤリ・ハットの具体的内容

中止指示薬を誤与薬した

■ ヒヤリ・ハットの発生した要因

電子カルテシステムで、医師の指示が即座に看護師に伝達されないことがある。緊急指示、処方
は直接看護師に連絡することになっているが、守らない医師がいる。

■ 実施したもしくは考えられる改善策

中止指示、緊急支持は直接連絡。与薬ボックスを全面的に信用しない。

専門家からのコメント

■ 記入方法に関するコメント

1. 薬品名が記載されておらず、中止薬を継続したことの問題が明確ではありません。誤薬に関する事例の報告に当たっては、薬品名を記載することは必須です。
2. しかし、循環器用薬と記載されておりますので、そうだとすれば、中止の指示が確実に伝わるのが重要ですから、今後同じことが起きないため確実な解決策策定が重要です。そのためには、もっと具体的な記載があると良いでしょう。

■ 改善策に関するコメント

1. 電子カルテシステムでは、医師の指示をリアルタイムに現場に届けることができるのが利点でもあります。しかし、現場の看護師は医師が指示を出したのかどうかを常に見ているわけではありません。特にこの事例の10:00~11:00の時間帯は看護師は既に患者のケアに入っている時間帯だと考えられます。服薬中止や緊急の変更の場合は、この情報が確実に看護師に伝わるようなシステムの構築が必要と考えられます。緊急指示に当たっては、病棟又は担当看護師に、医師から連絡を入れるなどのルールを決めておくことが必要です。

2. 病棟で行なわれる患者のケアや診療の補助について医師と看護師がお互いの業務の進め方を理解して、指示を出すタイミングや緊急指示を出す場合のルールなどを決めておくことは重要です。お互いの勝手な都合で相手の業務を乱すことがないように協働で行なう必要のある業務の進め方を決めておくべきでしょう。これには、基本的な病棟のルールと、個々の患者のその日の状況によって、決めておくことがあります。チーム医療の協働者としてお互いの業務を尊重する姿勢で指示が伝わらないなどのエラーを防ぐことが重要です。

ルールとして決めておく事項としては次のような事柄が考えられます。

1. 指示変更時のルールの策定

2. 口頭指示の原則

・口答指示の条件を具体的に整備する

「なるべく」「必要時」などのあいまいにせず「緊急時に限る」など具体的な表現にします。何が口答指示となっているのか現状を把握し、その頻度を減少するためにはどうしたらよいか検討していきます。

・指示の出し方、受け方を明確にする

出す方は5W1Hで、単位まで正確に言う、受ける方はメモに誰でも読めるように記載し、それを見ながら指示者に聞こえるように復唱をする、など。

・カルテへの記載の条件を明確に決めておく(何時間以内に、誰が、など)

■ ヒヤリ・ハットの具体的内容

デュロテップパッチを6/5に交換しなければならないところ、患者ワークシートに6/6とかかれてあったためそう思い込んだ。デュロテップパッチには前回の交換日が記載されていたが、それを見ても交換日と実際の日時が一致しなかった。そのため気づかなかった。

〈発見経緯〉患者よりいつもより強い疼痛があったため、交換日の確認を看護師に行ったことでわかった。

■ ヒヤリ・ハットの発生した要因

ワークシートに違う日付が記載されており、それしか見ていなかった。処方は毎回一回量のみ、持続時間は3日間と長いため、忘れてしまうと次回処方日がわかりづらい。忘れないようにするための統一した方法も確立していなかった。アンパック併用もあるため指示簿を見ると麻薬の処方がたくさんあるように見えてしまう。

■ 実施したもしくは考えられる改善策

〈改善策〉交換した時点で次回交換日、次回処方日を指示簿に記載しておく

〈リスクマネジャーのコメント〉パッチは導入されたばかりであったため運用が不明確であった。早速①パッチに貼付日付の記載をする②次回投与忘れがおきないように「検温表フローシート」に鉛筆で予定日時の書き込みをする③「患者ワークシート」に月日貼付と入力することを決めた。「麻薬投与者」を明記したテープを貼ること(当科のルール)で注意をしておこうと呼びかけた。

専門家からのコメント

■ 記入方法に関するコメント

事例が発生した背景・要因が含まれており、事例の全体像が把握できる記載となっています。しかし、記載に当たっては、背景や要因をもう一度整理して書いてあるとより理解しやすいと考えられます。

■ 改善策に関するコメント

1. ワークシートが間違っていたと書いてありますが、これは指示を転記して作成するのでしょうか。その場合は、間違いを防ぐために医師の指示の情報がワークシートとして使えるような工夫をするか、ワークシート作成時に間違いを生じないようにダブルチェックをするなどの手順の再確認が必要です。

2. この事例では、患者からの確認によって間違いに気づいていますが、麻薬によるペインコントロールをしている患者のケアについては、医師の指示どおりに行なうのではなく、鎮痛効果について適切に評価できるように、標準看護計画を作成し、これに基づいて観察するようにすれば、このようなエラーを防ぐことができると考えられます。そのためには、以下のような点については十分理解し、ルール化しておく必要があります。

①薬剤に対する認識を高めるため、効果・用法・副作用などを理解する。

様々な形状・作用をもつ麻薬が提供され、患者の状況に応じた方法で使用されるようになったこと、また、その知識と情報を正確に把握すること。

②麻薬管理マニュアル及び運用を明確化・簡素化し周知する

重要な手順・運用はフローチャート形式など簡素化しわかりやすくしておくこと。

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

アンジオカテ室の朝の始業点検時には、異常見られず。最初の検査で管球に異音発生し業者来院。「管球交換の必要性はあるが、すぐに交換しなくても使える」との返事にて、緊急患者様を検査中撮影不能と成る。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

- 1) 管球の故障は突然で、予測不能の為定期的交換を行っていなかった。
- 2) 業者の言葉を信じ検査を施行したが、技師に少しでも不安が生じた場合は、主治医に伝えておくべきであった。

■実施したもしくは考えられる改善策

- 1) メンテナンスの契約内容を再度見直し、消耗品に関しては、定期的に交換する必要がある。
- 2) 検査中に使用不能になる可能性があることを、主治医に確認の上検査を施行する。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

- 1, マニアルの観点からの記述がされていない。
- 2, 対応策として、X線管球の故障と定期的交換を結びつけた記述となっているが、高価な(150万円程度)の管球を定期的に交換している施設は皆無である。日々の整備と装置の動作状況から異常の検知に関心を払うことが必要である。
- 3, 考えられる改善策として、メンテナンス契約の見直し記述されているが、技術者として責任を持って装置を稼働させることの意識が感じられない。

■改善策に関するコメント

- 1, メンテナンス契約も一つの方法であるが、基本的には、使用者側で、定期点検、始業・終業点検、装置の異常を検知した場合のマニアルを整備し、マニアルに即した対応を実施することが必要である。
- 2, 本事例では、事前にX線管球の異常音を検知しており、異音の発生が、どの部分で発生しているのか(陽極軸受けのベアリング等)は、高い確率で推定できた。装置の正常稼働の確認と異常の検知は最も装置の状況を熟知している放射線技師の責任であり、このような状況(技術者が装置に対して責任を持ってない状況)で検査を、医師に確認した上で実施する等の行為は、技術者の責任転嫁である。放射線技師が装置のメンテナンスに対する正しい知識を有していれば今回の事例は防止できた。
(例えば、冠状動脈開存術中に透視が出来なくなった場合等、患者の生命を左右する医療事故の発生の原因になることも十分考えられる。)

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

左乳腺造影検査時、右の乳腺造影検査撮影を始めた。開始直後に左右間違いに気付き中止。後日再検査を実施する。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

撮影指示・依頼書の確認不足。

■実施したもしくは考えられる改善策

撮影指示・依頼書の確認を徹底する。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

乳腺造影の検査を医師が、伝票、カルテに記載し、患者に説明。看護師が検査の手順を説明。検査当日、受付を通り、検査申し込み表を検査技師に渡すという手順でしょうか。この病院ではどのような手順になっているか不明です。

発生要因として、

インシデントの影響度の所で、「間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例」と記載されています。米国 171 の退役軍人病院で行われている報告制度では、事例の重要度の基準として、手術あるいは検査手技での左右取り違えは「破滅的(catastrophic)」に分類されます。この事例では造影剤が予定とは反対の乳腺に注入されており、重大事例と考える必要があります。

■改善策に関するコメント

「撮影指示・依頼書の確認を徹底する。」とありますが、問題は検査技師だけではないと考えられます。

左右取り違えは手術室以外の場所でおこる可能性が高く、「誤りやすく、かつ誤りが重大な結果を生じ得る情報」です。今回は最終段階での一人の診療放射線技師の確認ミスでインシデントが発生しました。

最終段階だけでなく、依頼の段階から取り違える可能性もあります。撮影依頼の指示がでて、撮影が行われるまでの業務過程を組織的に見直す必要があります。たとえば、医師が説明し了解をえられたら、同意書を取り、左右の部位を記載し、患者に確認した上で、サインしてもらう。患者が理解困難な場合は家族にサインしていただき、検査当日の来院をお願いする。検査当日は、指示書で部位を確認するとともに、患者、もしくは家族に部位を口頭で確認する等の手順をきめる必要があります。このように、複数の医療者の確認、患者、家族等の確認を求めるシステムの構築が必要と思われます。

事例 4975: (確認不足により2回のCT検査を実施した事例)

発生部署 (放射線部門) キーワード(検査)

■事例の概要(全般コード化情報より)

発生月【 6月】 発生曜日【木曜日】曜日区分【 平日 】発生時間帯【10時～11時台】	
発生場所【 放射線撮影室・検査室 】	
患者の性別【 男性 】 患者の年齢【 80歳】	
患者の心身状態【 障害なし 】	
発見者【 他職種者 】	
当事者の職種【看護師、看護助手、診療放射線技師 】	
当事者の職種経験年数【 年 ヶ月】	
当事者の部署配属年数【 年 ヶ月】	
発生場面 (薬剤・製剤の種類)	【 患者取り違え 】
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	【 】
発生要因-知識	【 】
発生要因-技術(手技)	【 】
発生要因-報告等	【 不十分であった 】
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-施設・設備	【 】
発生要因-教育・訓練	【教育訓練が不十分だった, 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・ハットの具体的内容

入院中の患者に対し、胃ろう増設術施行後CT撮影の順番であったが、看護補助者が間違っ
てCT室へ患者を搬送し、放射線技師は確認しないままCT撮影を行った。再度内視鏡室より
呼び出しがあり、胃ろう増設をしないままCT撮影を施行したことに気づく。再度内視鏡室に行
き胃ろう増設後CTを撮影することになり余分な被爆を与えた。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

内視鏡室より呼び出しの連絡を受けた看護補助者は勘違いしてCT室よりの呼び出しである
と看護師へ連絡。連絡を受けた看護師は確認しないまま看護補助者に検査出を指示し看護
補助者はCT室まで搬送した。CT室放射線技師も確認しないまま撮影した。どの過程におい
ても業務手順を無視した行動で確認作業を怠ったためにおきたものである。

■実施したもしくは考えられる改善策

業務手順の見直し。病棟は検査日、順番等記載したカードを活用する。放射線かでも確認作
業の徹底を行う。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

1. マニアルの観点からの記述がされていない。
2. 発生場面で、「患者取り違え」とあるが、搬送場所、検査実施時期、検査依頼目的の認識不足により発生したものである。
3. インシデントの影響度の記述で、「…影響はなかったとあるが」、患者からの「不信感」「放射線被ばく」に対する心配のあることは拭いきれない。今後の事例に本事例を活用するためにも、無駄な放射線被ばくが、患者に影響がなかったとすることの記述は適切ではない。

■改善策に関するコメント

1. HIS・RISが整備されているシステムかどうかで、改善策が異なる。
報告事例の中に、当該施設のシステム状況が理解できる情報が必要である。
2. HIS・RISが未整備の場合、患者検査予定表を患者に携行させ、終了毎に、各所でサインを記入する(ラリー形式)の採用も検討の一つである。
3. HIS・RISが整備されている場合、各端末で患者毎のスケジュールと、当日の行動表が、院内各所で理解できるシステムの構築が必要であるが、
(類似する事例は、多々発生しているものと推定できる)
患者のスケジュールは、作成されていても、優先順位が明確に示され、間違った場合、警告表示がされるシステムでない限り、改善出来ないものとする。
優れたシステム構築の例を機能評価の面で活用することも一つの案である。
4. 今回の事例を、単なる看護師の伝達ミスとすると再発の可能性は高く、また、あらゆる場面で発生する。指示変更時の対応マニュアルおよび医療スタッフへの周知徹底システムの整備が必要である。

事例 5935: (血糖測定・インスリン指示変更時のエラー)

発生部署 (入院部門一般) キーワード(検査 血糖測定 インスリン 指示変更)

■事例の概要(全般コード化情報より)

発生日【 月】 発生日【金曜日】曜日区分【 平日】発生時間帯【10時~11時台】	
発生場所【 病室】	
患者の性別【 】 患者の年齢【 歳】	
患者の心身状態【 障害なし】	
発見者【 】	
当事者の職種【 看護師】	
当事者の職種経験年数【12年6ヶ月】	
当事者の部署配属年数【 0年6ヶ月】	
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-諸物品	【 】
発生要因-施設・設備	【 】
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

昼食前に血糖測定し血糖値とスケール表を確認しインシュリンを施行した。詰所に戻り検査伝票に測定値を記入する時、朝の測定値が記載されていないのに気づき他のNSに確認したところ、昨日指示変更有り今朝から定期のインシュリンに変わったことが判明した。昨日指示を受けたNSがスケール表と検査伝票を破棄することを忘れた為、個人のカルテに添付されたままだった。患者は指示量より多いインシュリンを施行したため、低血糖を起こす可能性があった。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

インシュリン施行時の正規の手順を実施しなかった。(インシュリン一覧表・ベッドサイド単位表の確認)指示変更時の情報が伝わっていなかった。新人指導の為、別のチームの患者を対象を選んで施行した。指示受けしたNSは7日前に育児休暇から復帰したばかりだった。

■実施したもしくは考えられる改善策

インシュリン施行時の手順の再確認をした。チーム間の情報伝達の方法改善。復帰NSの教育方法の改善。

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・ハットの具体的内容】の記入方法について

医師の指示変更の記載内容があると、指示出しから実施までの一連のプロセスが分析できます。指示受けした看護師以外でもなぜ変更が確認できなかったのか、医師の指示出し方法、看護師の指示受け方法のエラーなのか、ひとりが誤るとエラーが発見できない方法なのでしょうか。

患者への治療方法の変更は説明されていたのでしょうか。患者の年齢は不明ですが、「心身状態は障害なし」との概要なので患者への説明は必要です。患者の治療への理解・協力はエラー防止に繋がります。

【ヒヤリ・ハットの発生した要因】の記入方法について

①インスリン施行時の正規の手順を実施しなかった②指示変更時の情報が伝わっていなかった③新人指導の為、別のチームの患者を対象を選んで施行した④指示受けした看護師は7日前に育児休暇から復帰したばかりだった。①～④の記入は問題点であり、なぜそうなったかの要因がはっきりしていません。例えば、①は、正規の手順は誰もが理解していたのか、使いやすい手順であったのか、確認事項の不足はなかったのかなど、問題の本質がはっきりするように、どうして起こったかを掘りさげるとよいでしょう。

■改善策に関するコメント

【考えられる改善策】に①インスリン施行時の手順の再確認をした②チーム間の情報伝達の方法改善③復帰看護師の教育方法の改善、とあります。①～③について内容を具体的にあげましょう。

①インスリン施行時の手順の再確認

再確認をしたのはどの部分でしょうか。エラーの発生したどの部分の手順を改善するか具体的にあげましょう。

②チーム間の情報伝達の方法改善

インスリンは指示量の誤りにより患者への危険性が高く、また患者の状態で指示の変更が多くなります。そのため変更時の情報伝達は重要になります。今回の事例においては、患者と医療者、医師と看護師、看護師間のそれぞれの伝達方法を改善するとよいでしょう。

③復帰看護師の教育方法の改善

教育方法は、各部署に任されていたのでしょうか。復帰看護師が多い傾向の施設では、看護部としての対応が必要になるでしょう。新人教育だけでなく、多様な背景の看護師に対応する教育プログラムが必要です。

その他

事例中に記入はありませんが、医師は血糖測定中止と定期のインスリンへの変更を患者へ説明していたでしょうか。また看護師は患者に変更を確認していたでしょうか。特に食事前の検査や治療は患者の協力が必要です。「ベッドサイド単位表の確認」がインスリン施行時の手順にあるようなので、患者と一緒に確認するなどの項目を手順の中に入れてはどうでしょうか。患者に任せるということではなく、患者に検査・治療内容を理解してもらい、治療内容を患者とともに確認できることとなります。

【参考文献】

「ヒヤリ・ハット 11,000 事例によるエラーマップ完全本」、川村治子、医学書院、2003 年

事例 6042：(不適切な状態の検体検査の結果を報告した事例)

発生部署 (入院部門一般・臨床検査部門) キーワード (検査・採血)

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月【6月】 発生曜日【月曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【10時～11時台】	
発生場所【検査室】	
患者の性別【女性】 患者の年齢【 27歳】	
患者の心身状態【 不明 】	
発見者【 他職種者 】	
当事者の職種【 臨床検査技師 】	
当事者の職種経験年数【11年0ヶ月】	
当事者の部署配属年数【11年0ヶ月】	
発生場面 (薬剤・製剤の種類)	【 検体検査 】
発生内容	【 その他の検体管理・取扱い 】
発生要因-確認	【 確認が不十分であった 】
発生要因-観察	【 観察が不十分であった 】
発生要因-判断	【 判断に誤りがあった 】
発生要因-知識	【 知識が不足していた 】
発生要因-技術(手技)	【 】
発生要因-報告等	【 不適切であった 】
発生要因-身体的状況	【 】
発生要因-心理的状況	【 他のことに気を取られていた】
発生要因-システムの不備	【 】
発生要因-連携不適切	【 医師と技術職の連携不適切 】
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-施設・設備	【 】
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

病棟より8時30分の検体で凝固系、PT時間、HPTのオーダーがあった。PT活性20%、HT P100%であったので、試薬の残量チェックコントロールの確認を行ったのち、再検査したが結果は同様であった。担当医師にデータについて問い合わせをしようとしたが、忘れていた。15時頃担当医師よりデータについて指摘があり、データ異常が判明した。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

担当者が採血管に適量採血されていることのみを確認し、遠心分離を行ったことが原因である。抗凝固剤の加わっている検体は、検体が凝固しているか否かを確認する必要がある。

■実施したもしくは考えられる改善策

異常データが出たときには試薬コントロールの確認だけでなく、検体を確認するというマニュアルの遵守が必要である。