

GE0260012 職種経験5カ月の看護師が与薬時に患者確認を怠り、別の患者に薬剤を投与した事例	
訪問調査の目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事実の確認</li> <li>・背景・要因の確認</li> <li>・改善策について</li> </ul>
主な対応者	副院長兼医療安全管理室室長（医師）、看護部長、医薬品安全管理責任者（薬剤師）、医療安全管理室次長（看護師）、医療安全管理室ゼネラルリスクマネジャー（看護師）、看護部リスクマネジメント委員長（看護師長）、看護部キャリア開発委員会新採用者チーム（看護師長）、看護企画班員（主任看護師）、病棟看護師長、病棟主任看護師、医療安全管理室事務担当2名

【報告された実施した医療行為の目的】

与薬

【報告された事故の内容】

19：30患者Aに検温、点滴注射施行のため訪室する。検温後、床頭台に眠前薬を出し、患者Aのコップでミキシングする。ミキシングした後、NGチューブより注入し、部屋を退室した。

他病室の患者Cの検温をしていると、廊下から痰がらみのいびきと咳払いが聞こえた。廊下に出ると、看護助手より「患者Aです」と報告あり。急いで患者Aのもとを訪室すると、痰がらみの咳があるため、吸引を施行した。しかし、吸引するが痰取りきれず、ギャッジアップして様子を見ていた。

20：30 体位交換時、痰がらみのいびきあり。1時間前と違う様子だったので、先輩看護師に報告する。バイタルサイン測定施行。BP：134/83mmHg、BT：36.8℃、P：69回/分、瞳孔不同なし、対光反射あり。麻痺悪化なし。呼びかけに反応なく、痛み刺激には手を払うが、開眼なし。舌根沈下があり、側臥位に体位交換した。

この時、数十分前に眠前薬に抗不安薬・睡眠導入剤を内服する患者Bが寝付けず開眼し、ベッド上で臥床している状態だったことを思い出した。1時間前に患者Aに眠前薬がないのに、眠前薬をNGチューブから注入したことに気づく。そこで患者Aのゴミ箱を見ると、患者Bの氏名が記載された薬の空袋があった。空袋を確認すると、アモバン・レンドルミン・レボトミン・ネルボンを投与していた。

急いで当番医に状態報告する。当番医より舌根沈下に対してネーザルエアウェイを挿入するよう指示を受け、ネーザルエアウェイ7mmを挿入し、薬がきれいのを待つように指示を受けた。

【事故の背景要因の概要】

報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者のネームバンドと1回配薬の袋の患者名を確認するのを怠った。</li> <li>・どちらの患者もNGチューブより投薬していたため、思い込みと確認不足だった。</li> <li>・その時間帯には、入退院や急変などなく、病棟は落ち着いていたため、気持ちに余裕ができてしまった。</li> <li>・看護師は職種経験5ヶ月でひとり立ち準夜勤務が当日2日目だった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○病棟の体制</li> <li>・病棟は神経内科と脳神経外科およびSCUの混合病棟で、Aチームが神経内科、Bチームが脳神経外科の固定チーム+継続受け持ち方式を取っている。</li> <li>・看護師は49名で、SCU14名、病棟Aチーム（神経内科）15名、病棟Bチーム（脳神経外科）16名に分けられている。</li> <li>・当該病棟には、新採用の看護師が4名（うち1名は中途採用者）いた。</li> </ul>

- ・病棟はS C Uが6床、病棟が5 4床の計6 0床であり、事例発生当日の病棟は3 6名(Aチーム:1 6名、Bチーム:2 0名)の患者が入院していた。また、緊急入院等もなく、比較的落ち着いた状態であった。当該事例の患者A、Bは、Aチームの患者であった。
  - ・当該事例発生時は準夜帯で、病棟はAチームに2名の看護師、Bチームに2名の看護師が勤務していた。
  - ・Aチームは職種経験4年目(部署配属年数も4年目)の看護師と0年5ヶ月の看護師(当事者)の2名であった。
  - ・夜勤帯の患者の担当はリーダーが行い、重症度でばらつきがないように分ける。また、一部屋に必ず複数の看護師が入る機会を持つようにしているため部屋単位で受け持つことはない。
  - ・院内の看護手順は、『ナーシング・スキル日本語版』を使用しており、「経口与薬」の中には、錠剤、散剤、液剤など経口で与薬する手順については記載があるが、N Gチューブからの内服薬の注入については記載がなく、特に取り決めはなかった。
  - ・患者の照合は、患者に名乗ってもらうか、またはリストバンドまたはベッドネームで確認することになっている。当該病棟の患者は臥床中で意識障害のある患者が多く、ベッドから離れることが少ないため、ベッドネームで確認することが多かった。
- 新採用看護師の教育(院内全体の教育)
- ・新採用者向けに集合研修を4、5月は4回/月、6～9月は1～2回/月、10月以降は1回/2ヶ月のペースで行っている。
  - ・4、5月は、基本的な静脈注射、ポンプの取り扱い、輸血療法などの実技研修もあるが、内服薬についての研修は行っていない。
  - ・新採用者が夜勤に入る前に「夜間看護」の研修を行っている。(新採用者用チェックリスト)
  - ・新採用の看護師は、病院内全体の一般的な業務チェックリスト(『ナーシング・スキル日本語版』)と、各病棟でよく行う業務内容のチェックリストで経験した業務内容を確認している。
  - ・チェックリストの評価は、1回目が入職3ヶ月目、2回目が入職6ヶ月目であり、夜勤は1回目のチェックが終了してからになる。
  - ・当該病棟のチェックリストの「経管栄養」内に「内服薬与薬」という項目があるだけで、N Gチューブからの内服薬の投与について詳細に確認するようにはなっていない。注射薬に比べ内服薬全般においてチェックが甘かった。
  - ・新採用の看護師は、夜勤が始まるまでに全ての項目を経験できているわけではないが、一般的に必要な技術は経験したうえで夜勤に入るようになっている。

Ⅲ

1 【1】  
 1 【2】  
 1 【3】  
 1 【4】  
 1 【5】  
 1 【6】  
 2 【1】  
 2 【2】  
 2 【3】  
 2 【4】  
 2 【5】  
 2 【6】  
 2 【7】  
 2 【8】  
 2 【9】  
 2 【10】  
 2 【11】  
 3 【1】  
 3 【2】  
 3 【3】  
 3 【4】  
 3 【5】  
 3 【6】  
 3 【7】  
 3 【8】  
 3 【9】

- ・新採用者については、8月（職種経験0年5ヶ月頃）に夜勤を開始しており、初めの2回は先輩看護師が通常より一人多く勤務し、指導にあたる。
- ・初日は完全に先輩看護師の業務の見学、2回目は先輩看護師がついて新採用者本人が実施、3回目からは完全に独り立ちすることになっている。

○内服薬（準備～照合～注入）

- ・準夜帯で担当する薬剤は、各患者の「夕用」「眠前用」でまず袋にまとめ、その後、担当する全患者の内服薬を一まとめにし、「夕用」「眠前用」のトレイに準備する。そのため、担当している患者の全ての内服薬を持って各患者のベッドサイドに行っている。
- ・与薬時、ベッドサイドには処方せんや指示書などは持参せず、薬袋と患者を照合することになっている。
- ・PDA認証は注射薬のみ使用でき、内服薬にはPDAによる認証はない。また、内服薬の薬包には、患者名と一包化された薬剤名全てが記載されているため、PDA照合をすることになったとしてもバーコードなどを印字するスペースはない。
- ・当該病棟では、NGチューブからの内服薬投与が多いため、患者のベッドサイドに、水、患者用コップやカテーテルチップが準備されており、担当看護師がベッドサイドで攪拌してNGチューブから投与している。簡易懸濁法などは行っていない。

○患者

- ・患者Aと患者Bの病室は、一部屋挟んだ別室（6床部屋）であり、ベッドの位置は患者Aが右側手前、患者Bは左側手前であった。
- ・患者Aは70歳代男性、患者Bは60歳代男性であった。両者ともに構音障害と意識障害があり、また、NGチューブが挿入されていて状況が似ていた。
- ・患者Aには眠前薬にピコスルファートナトリウム（粉末）、患者Bには眠前薬にアモバン（粉碎）・レンドルミン（粉碎）・ネルボン（粉碎）・レボトミン散の指示があった。
- ・複数の睡眠剤などを投与する患者Bは不眠が強く、消灯時間より早く睡眠剤を投与していた。そのため、睡眠剤であっても19：30に投与することはあった。

○看護師（当事者）

- ・看護師は、Aチーム（神経内科）で職種経験0年5ヶ月であった。
- ・当該事例発生時は準夜勤務が4回目（独り立ち2回目）であり、約2週間前に準夜勤務が開始となり指導者がついて経験ののち、前日に初めて独り立ちで準夜勤務を行い、その翌日であった。
- ・当日、受け持ち患者は7名であり、うちNGチューブが挿入された患者はA、Bの2名であった。準夜勤務の独り立ち2日目であったため、通常よりは業務分担

	<p>が軽くなるように患者を振り分けられていた。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟が落ち着いていたため業務環境は煩雑ではなく、準夜帯の独り立ちが2回目であってもあまり不安は感じていなかった。</li> <li>・患者Aと患者Bの病室は別室であり、各病室に受け持ち患者は1名ずつしかいなかった。</li> <li>・構音障害と意識障害があるために患者自身が名乗れない患者は、リストバンドの確認よりは、ベッドネームで名前を確認することが多かった。</li> <li>・看護師は患者Aにピコスルファートナトリウム（下剤）の注入の準備の際、本来は患者Bに投与する睡眠剤も患者Aの薬剤だと思ってしまった。</li> <li>・患者Aのベッドサイドにある患者用のコップを使って患者Aと患者Bの薬と水を攪拌し、患者AのNGチューブから注入した。その際、薬袋の患者名とベッドネームの名前を照合するなどの確認はしなかった。</li> <li>・内服薬をNGチューブから投与することは、日勤で実施しており、不慣れではなかった。</li> </ul> <p>○薬剤部</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟薬剤師は16病棟中4病棟に配置されている。現在は、服薬指導のみを行っており、病棟内で配薬や持参薬のチェックなどは行っていない。</li> <li>・定時の内服薬は一包化で、臨時で処方された薬剤はPTPシートなどのまま病棟に払いだしている。患者A、患者Bともに薬剤は、散剤または粉砕で処方されており、薬包に入っていた。</li> <li>・薬剤師は、内服薬の一包化が進めば看護師の薬の取り出し、配薬、与薬が簡便になるのではないかと考えているが、病棟や処方する医師によっては、ほぼ臨時処方であることも多く、一包化による払い出しは病棟によって実施に温度差がある。</li> </ul>
<b>【改善策】</b>	
<b>報告された事故の改善策</b>	<b>訪問で得られた知見</b>
<p>指差し、声出し確認を怠らない。 患者氏名と薬の確認を怠らない。 正しい患者、正しい方法、正しい時間与薬、正しい用量、正しい薬、正しい目的の6Rを遵守する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○本事業への事例報告時に記載した左記の改善策以外に対応は考えていなかったが訪問調査を機会に改めて検討した。</li> <li>○内服薬の準備の際に、担当する患者全てをまとめてトレイに入れるのではなく、患者ごとの「朝」「昼」「夕」「眼前」のボックスに変更した。しかし、薬剤カートなどがないため、置き場所の問題などがある。以前に、内服薬用の薬剤カートの購入を検討したことがあるが、設置場所がなかった。再度検討したい。</li> <li>○新採用の看護師だと分かるように名札に「ひよこシール」を付けた。</li> </ul>

1 [1]  
1 [2]  
1 [3]  
1 [4]  
1 [5]  
**1 [6]**  
2 [1]  
2 [2]  
2 [3]  
2 [4]  
2 [5]  
2 [6]  
2 [7]  
2 [8]  
2 [9]  
2 [10]  
2 [11]  
3 [1]  
3 [2]  
3 [3]  
3 [4]  
3 [5]  
3 [6]  
3 [7]  
3 [8]  
3 [9]

訪問での主な意見等

- 患者照合に使用するものがリストバンドやベッドネームなど複数あると、色々な組み合わせが生じてしまい、ローカルルールや個人ルールができてしまったり、確認が曖昧になったりする可能性がある。そのため、どの職種が行っても変わらないシンプルかつ具体的な照合方法に決めたほうが良い。その際、患者自身が名乗れない場合にどうやって確認するのかという点も決めた方が良い。それを院内のルールとして明文化しておく必要があるだろう。
- 入院中の患者の内服薬についても薬剤師が関わられるよう院内の業務内容を見直してはいかがか。例えば、訪問員Aの医療機関では、内服指導以外に入院中の患者の内服薬の指示変更対応、配薬、持参薬の管理などはすべて薬剤師が行っている。
- 訪問員Bの医療機関では、新採用の看護師が業務の独り立ち（注射薬の投与を含む）をしても、内服薬の与薬は手技の獲得が確実にできるまで先輩看護師の厳しいチェックが入るため、秋以降にならないと患者に実施できない。その間は、先輩看護師が新採用の看護師の担当患者の与薬のフォローを行う体制を作った。ただし、新採用の看護師が最初から先輩看護師に任せきりで全く内服薬に関わらないと、患者にどのような薬剤が投与されているかなどを把握することができなくなるため、毎業務始めに新採用の看護師が担当の先輩看護師に内服薬の内容を伝えて依頼をする形を取っている。注射薬は薬効が早く出現することもあり、緊張感を持って実施している現状があると思うが、内服薬についても、同じく危険性があることを理解してもらうこと、また、内服薬についても経口投与であったり、経管投与であったり様々な方法があるので、一つ一つの手技を丁寧に習得してもらいたいことなどから、この方法を取っている。
- 自動車運転免許証の書き換えの際、交通事故の写真等を見せられると注意が必要だと実感する。新採用者への教育は、手技の獲得に重点がおかれることが多いが、誤った時に患者がどうなるのかという点も教育できると良いだろう。
- 色々な医療機関の色々な確認場面において、「ダブルチェック」という言葉が安易に使われている。しかし、「ダブルチェック」が何を指すのかを院内のルールとして決めておかないと、実は責任が分散され「2分の1チェック」になっている場合がある。医療機関として、誰がどうやって確認することがダブルチェックであるという定義を決める必要があるだろう。また、何でもダブルチェックするのではなく、ダブルチェックで照合が必要なものを限定してメリハリをつけると良い。

Ⅲ

- 1 【1】
- 1 【2】
- 1 【3】
- 1 【4】
- 1 【5】
- 1 【6】
- 2 【1】
- 2 【2】
- 2 【3】
- 2 【4】
- 2 【5】
- 2 【6】
- 2 【7】
- 2 【8】
- 2 【9】
- 2 【10】
- 2 【11】
- 3 【1】
- 3 【2】
- 3 【3】
- 3 【4】
- 3 【5】
- 3 【6】
- 3 【7】
- 3 【8】
- 3 【9】