

## 2 分析テーマ

### 【1】患者間違いに関連した事例

患者を確実に確認することは医療のあらゆる場面において必要であり、医療安全の基本とされている。日本では、1999年に患者取り違え手術の事例が発生したことを契機として、患者間違いを防止する取り組みが進められている。また、米国では、手術や侵襲的処置における患者間違いは、AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) のNever Eventsに定められている<sup>1)</sup>。

本事業では、これまでに医療安全情報No.25「診察時の患者取り違え」(2008年12月提供)、医療安全情報No.73「放射線検査での患者取り違え」(2012年12月提供)、医療安全情報No.116「与薬時の患者取り違え」(2016年7月提供)など、様々な場面における患者の取り違えについて注意喚起を行ってきた。また、医療安全情報No.11「誤った患者への輸血」(2007年10月提供)および第2報No.110(2016年1月提供)では、他の患者の輸血用血液製剤を投与した事例を取り上げ、投与直前に患者と製剤の照合を行うことを示した。さらに、医療安全情報No.42「セントラルモニタの受信患者間違い」(2010年5月提供)や医療安全情報No.154「電子カルテ使用時の患者間違い」(2019年9月提供)では、モニタや電子カルテの画面上の患者間違いに関する事例を取り上げた。

今回、2021年7月～12月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「患者を間違えそうになったが、実施する前に発見した事例」を収集し、患者間違いに関連する医療事故情報と併せて分析を行うこととした。第68回報告書では、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の概要を示した。さらに、事例が発生した状況で分類し、診察室・検査室等に患者を呼び込む際の患者間違いを取り上げて分析を行った。本報告書では、患者にモノを投与する／使用する／渡す際に発生した事例を取り上げ、そのうち薬剤に関する事例について分析を行った。

### (1) 報告状況

#### 1) 医療事故情報

2019年1月～2021年12月に報告された医療事故情報の中から、キーワードに「患者間違い、患者誤認、患者取り違、患者取違、患者を間違、患者を誤、患者を取り違、患者を取違」のいずれかを含む事例、または「患者A」「患者B」を含み、かつ「誤、違」のいずれかを含む事例、もしくは「患者X」「患者Y」を含み、かつ「誤、違」のいずれかを含む事例を検索し、患者間違いに関連した事例を対象とした。そのうち、検体の取り違え等のモノ同士の取り違えの事例は除外した。対象とする事例は144件であった。

#### 2) ヒヤリ・ハット事例

2021年7月～12月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「患者を間違えそうになったが、実施する前に発見した事例」を収集した。対象とする事例は86件であった。

## (2) 事例の概要

### 1) 事例が発生した状況の分類

医療事故情報とヒヤリ・ハット事例が発生した状況の分類を示す。本報告書では、患者にモノを投与する／使用する／渡す際に発生した事例を取り上げることとする。

図表Ⅲ－1－1 事例が発生した状況の分類

状況	件数	
	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例
患者を呼び込む	19	7
患者のベッドサイドへ行く	3	4
患者氏名を伝える／受ける	5	8
患者にモノを投与する／使用する／渡す	93	37
画面や紙面上で患者氏名を選択する／設定する	24	30
<b>合計</b>	<b>144</b>	<b>86</b>

### 2) 患者にモノを投与する／使用する／渡す際に発生した事例

患者にモノを投与する／使用する／渡す際に発生した事例の種類を示す。本報告書では、最も報告が多かった薬剤の事例について分析する。

図表Ⅲ－1－2 事例の種類

種類	件数	
	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例
薬剤	56	28
輸血	9	0
採血管・検体容器	7	2
母乳等	6	0
眼内レンズ	3	0
書類等	3	2
歯ブラシ等	3	0
食事	0	3
経管栄養剤	0	2
その他	6	0
<b>合計</b>	<b>93</b>	<b>37</b>

### (3) 患者に薬剤を投与する／渡す際に発生した事例

患者に薬剤を投与する／渡す際に発生した医療事故情報56件、ヒヤリ・ハット事例28件について分析を行った。

#### 1) 医療事故情報

##### ① 薬剤の種類

薬剤の種類は、内服薬の事例が最も多く、次いで注射薬の事例が多かった。

図表Ⅲ－１－３ 薬剤の種類

種類	件数
内服薬	32
注射薬	21
外用薬	3
合計	56

##### ② 発生場所

発生場所を薬剤の種類ごとに整理して示す。内服薬の事例は、病室で発生した事例が多かった。注射薬の事例は、病室のほか外来処置室や救急外来等、様々な場所で発生した事例が報告されていた。

図表Ⅲ－１－４ 発生場所

発生場所	薬剤の種類		
	内服薬	注射薬	外用薬
病室	29	15	3
外来処置室	0	3	0
病棟（スタッフステーション・デイルーム）	2	0	0
調剤窓口	1	0	0
救急外来	0	1	0
手術室	0	1	0
内視鏡検査室	0	1	0

## ③当事者職種と職種経験年数

当事者職種と職種経験年数を整理して示す。職種経験年数0～4年の看護師が最も多かった。

図表Ⅲ－１－５ 当事者職種と職種経験年数

当事者職種	職種経験年数					合計
	0～4年	5～9年	10～14年	15～19年	20年～	
看護師	31	5	12	3	3	54
医師	2	2	0	2	0	6
薬剤師	0	0	1	0	0	1
准看護師	0	1	0	0	0	1

## ④患者への影響と対応

誤って投与した別の患者の薬剤と患者への影響や対応が記載されていた事例について、内容を整理して示す。

図表Ⅲ－１－６ 患者への影響と対応

誤って投与した別の患者の薬剤	患者への影響と対応
内服薬	
リクシアナOD錠30mg、他	大腸ESDを延期した。
リクシアナOD錠30mg、他	硬膜下血腫、外傷性くも膜下出血、大腿骨頸部骨折で入院中の患者であったため、採血、CT検査を施行し、FFPを投与した。
カンデサルタン錠4mg ニフェジピンCR錠20mg ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg	収縮期血圧が60mmHg台に低下し、輸液負荷を行った。
イルアミクス配合錠LD 1錠 カルデナリン錠1mg 1錠、他	血圧が54/30mmHgに低下したため、輸液を全開で投与し、ドパミンを投与した。
一硝酸イソソルビド錠、他	胃瘻より胃洗浄を実施し、その後、観察を継続した。
ドネペジル塩酸塩錠5mg クエチアピン錠12.5mg ミルナシプラン塩酸塩錠15mg アリピプラゾール錠3mg	傾眠傾向、SpO <sub>2</sub> 低下を認め、酸素を投与した。
バルプロ酸ナトリウム細粒 マイスタン細粒1% リスペリドン細粒1%、他	血圧低下、SpO <sub>2</sub> 低下を認め、酸素投与を開始した。末梢静脈ライン確保が困難であったため、中心静脈カテーテルを挿入して輸液を実施した。
クエチアピン トラゾドン塩酸塩錠 ニトラゼパム錠	収縮期血圧が80mmHg台に低下し、呼名に反応がなかったため、モニタリング、輸液、エアウェイ挿入、酸素投与、昇圧剤投与を行った。
デパス錠	夜間トイレに起きた際に転倒して右鎖骨遠位部骨折を生じたため、バンド固定を行った。

誤って投与した別の患者の薬剤	患者への影響と対応
ドパコール配合錠L100 ドプスOD錠100mg、他	胃内容物を吸引し、胃瘻から胃洗浄を行った。
レンビマカプセル10mg 1カプセル レンビマカプセル4mg 1カプセル チラージンS錠50 $\mu$ g 1錠 チラージンS錠25 $\mu$ g 0.5錠、他	胃洗浄を検討したが、処置を行うことで血圧を上昇させるリスクが高くなると判断し、輸液、バイタルサイン測定、経過観察を行った。
<b>注射薬</b>	
インスリン グラルギンBS注 ミリオペン約17単位	ブドウ糖液の投与と血糖測定を行い、退院を1日延期した。
ノボラピッド（ペン型注入器）	血糖については経過観察を行った。感染の可能性が否定できないため定期的に経過観察を行った。
ヒューマリンR注100単位/mL	血糖測定を行い、20%糖液を投与した。
ヘパリンNaロック用シリンジ	別の患者に使用したシリンジ製剤であったため、感染の危険性がある。
<b>外用薬</b>	
レルベア吸入用	HCV（+）の患者の吸入薬であったため、感染制御センターへ経過を報告して対応した。

※報告された事例に規格、剤形、投与量等が記載されていない場合は薬剤名のみを掲載した。

※屋号は除いて掲載した。

### ⑤事例のパターン

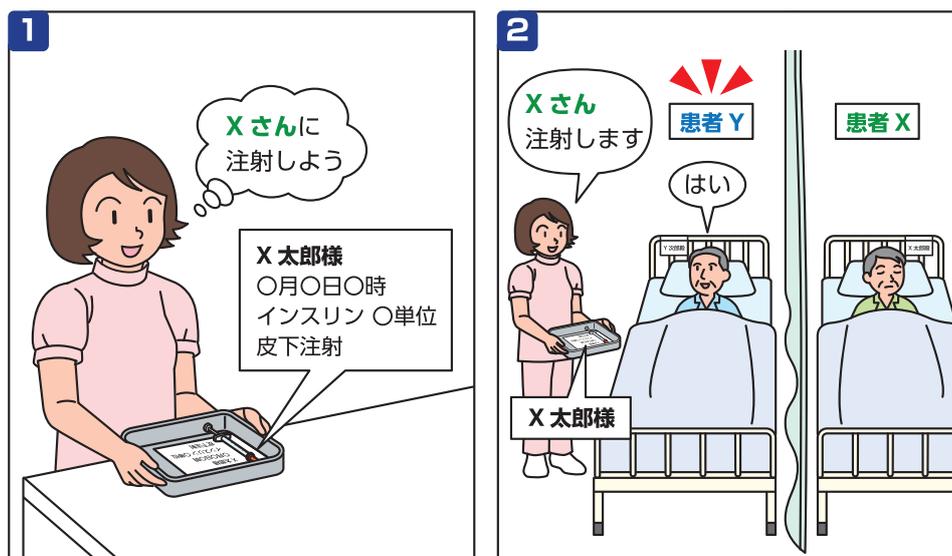
報告された事例に記載された内容から、患者に薬剤を投与する際に発生した事例を主なパターンに分類して示す。また、各パターンの事例のイメージを、インスリンを投与する場面を例としてイラストで示す。

#### i. 患者間違い

##### (ア) 患者Xに薬剤を投与するところ、患者Yを患者Xだと思い込んだ事例

- ・患者Xの隣のベッドの患者Yを患者Xだと思い込んだ。
- ・患者Xの坐薬を持って訪室したところ、患者Yがズボンを整えている動作が目に入り、挿肛するために脱衣の準備をしている患者Xだと思い込んだ。
- ・救急外来で患者Yの近くに患者Xの点滴指示書が置いてあったため、患者Xだと思い込んだ。
- ・COPD・肺炎の患者Yがベッドで端座位になり口すぼめ呼吸をしていた姿を見て、肺がん末期の患者Xだと思い込んだ。

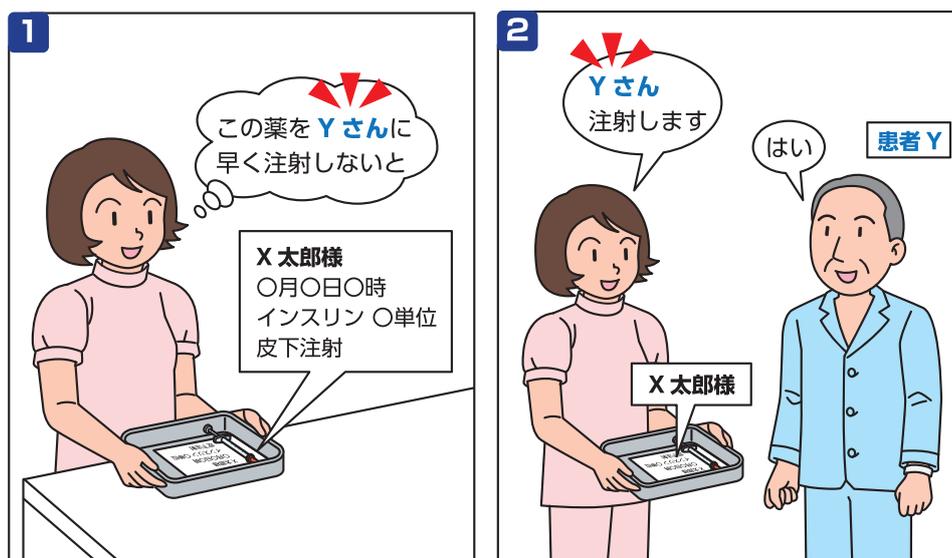
図表Ⅲ－１－７ 患者Xに薬剤を投与するところ、患者Yを患者Xだと思い込んだ事例のイメージ



(イ) 患者Xに薬剤を投与するところ、患者Yに投与すると思い込んだ事例

- ・患者XにKCL注キットが処方されたが、重症の患者Yに投与すると思い込んだ。
- ・他の看護師から患者Xのインスリンの注射を依頼されたが、患者Yに投与すると思い込んで患者Yの部屋に行き、投与した。

図表Ⅲ－１－８ 患者Xに薬剤を投与するところ、患者Yに投与すると思い込んだ事例のイメージ



ii. 薬剤間違い：患者Xに薬剤を投与するところ、患者Yの薬剤を患者Xの薬剤と思い込んだ事例

- ・ワゴンの上段に患者Xの薬剤、下段に患者Yの薬剤を置くところ、誤って上段に患者Yの薬剤を置いたため、上段にあった薬剤を患者Xの薬剤だと思い込んだ。
- ・患者Xに吸入薬を下さいと言われた際、当病棟でレルベア吸入用を使用する患者はあまりいなかったため、ワゴンに置いてあった吸入薬を患者Xのものだと思い込んだ。

図表Ⅲ－１－９ 薬剤間違いの事例のイメージ



⑥事例の内容

事例のパターンごとに主な事例の内容と専門分析班の議論を紹介する。

図表Ⅲ－１－１０ 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
<b>患者間違い：患者Xに薬剤を投与するところ、患者Yを患者Xだと思い込んだ</b>			
1	朝8時半に看護師は配薬をしようと患者Xの配薬箱を持って患者Yの部屋に訪室した。患者Yに「Xさんですね」と聞いたところ、患者Yは「はい」と返事をした。看護師は「はい」と言われたため、患者Yに患者Xの薬を与薬した。その後、看護師が患者Xの部屋に配薬に行こうとしたところ、患者Xの薬がなかったことから患者間違いをしたことに気付いた。患者Xの内服薬には向精神薬や精神神経用剤が4種類あり、患者Yは日中ほとんど入眠し、夜間も傾眠傾向でSpO <sub>2</sub> 低下もみられたため酸素投与が開始された。	<ul style="list-style-type: none"> <li>配薬した看護師は、患者確認の時は患者に名乗ってもらうという手順を怠った。</li> <li>配薬した看護師は、患者確認の際、患者からの返事しか確認していなかった。</li> <li>配薬した看護師は、患者が「はい」と返事をしたため患者Xだと思い込んだ。</li> <li>患者Yは難聴で、看護師の言葉が聞き取りにくかった。</li> <li>患者Xと患者Yは同じ「と」で始まる名字であり、患者Yは看護師の「と」の口の動きで自分であると判断した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>内服薬を与薬する時は、配薬箱の名前とリストバンドで照合する手順を遵守する。</li> <li>患者に名前を確認する時は、患者にフルネームを名乗ってもらい確認する手順を遵守する。</li> </ul>
<b>専門分析班の議論</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>多くの医療機関では、内服薬はバーコード認証できないため、ネームバンド、薬袋、指示を見て患者氏名が合っているか照合することが必要である。</li> <li>患者氏名の確認は、患者に名乗ってもらう、ネームバンドを見る、ベッドネームを見るなど様々な方法があるため、現場ではわかりにくくなっている可能性がある。各医療機関において、必須とするものは何かを検討し、決定することが望ましい。</li> <li>患者に名乗ってもらう手順が遵守できなかった事例が多い背景には、名乗ってもらうことが難しい要因が存在するはずであり、それを検討する必要がある。</li> </ul>			
2	脳神経外科入院中の患者Xに対してホルモン負荷試験を施行するため、医師Aは看護師と共に注射薬の準備を行った。医師Aはパソコンの病棟マップを見て、誤って他診療科の患者Yの病室へ行き、診療科を名乗ったが患者Yには聞こえていなかった。ルート確保について確認すると、患者Yは明日が造影検査の予定であると話し、CVポートから注射できないかと尋ねられたため、それは別の検査であることを説明した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者のリストバンドやベッドネームを確認しなかった。</li> <li>検査入院のため事前に患者訪問をしておらず、患者と面識がなかった。</li> <li>患者の氏名を漢字の印字のみで確認した。</li> <li>患者Xと患者Yの氏名の最初と最後が同じ漢字で類似していた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>前日の患者訪問を厳守する。</li> <li>検査の一覧表を看護師と共に把握し、ダブルチェックする。</li> <li>リストバンドやベッドネームを必ず確認する。</li> </ul>
CVポートの有無について上級医Bに確認したが、上級医Bも患者Yを患者Xだと思い込んでいたため、末梢静脈ラインを取るよう指示した。医師Aは患者Yに末梢静脈ラインを確保し、ホルモン注射を施行した。その後患者Yの担当看護師が訪床して患者誤認が判明した。			
<b>専門分析班の議論</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>部屋を間違えたのか、部屋の中のベッドの位置を間違えたのかは明らかでないが、最終的にネームバンドと注射薬のラベル等で患者氏名を照合することが必要である。</li> <li>医師はベッドサイドでPDAを使用して認証することが少なく、患者氏名を照合しないといけないという認識が不足している可能性がある。</li> </ul>			

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
<b>患者間違い：患者Xに薬剤を投与するところ、患者Yに投与すると思い込んだ</b>			
3	<p>9時20分、看護師Aは患者XにKCL注 1キットを生食100mLに希釈したものを投与する指示をリーダー看護師Bと共に確認した。看護師Aは患者Xを受け持つのは今回が初めてで患者との面識はなかった。9時51分、請求したKCL注キットが届きミキシングを実施した。投与前、担当の患者Zが体調不良でデイルームに臥床しており、バイタルサイン測定、リーダーへの報告などで10分程度対応した。その後、KCL入りの点滴を患者Y（重症患者で病状もよく知っていた）に投与するものと思い込み、患者Yの病室に持参した。投与指示が3時間のため、輸液ポンプの準備で一旦病室を離れた。輸液ポンプを持参した際、病室を離れる前にPDAで確認していたと思い込んだ。中心静脈ラインから投与中の点滴との配合変化に問題ないかを考え、KCL入り点滴を接続し、40mL/hで投与を開始した。ポンプ開始時、他者とダブルチェックする必要があったが、他の看護師がおらず、ダブルチェックをしなかった。10時50分、ペアの看護師が患者Yに投与中のKCL入り点滴のラベルを見て患者間違いを発見した。積算量38mLで投与を中止し、ルート内の薬液をシリンジで回収した。バイタルサインを測定し、モニタ波形に著変がないことを確認した。採血を翌日実施し、変化はなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>点滴投与前に他患者の対応で作業が中断した。</li> <li>KCL注は重症患者である患者Yに投与すると思い込んでおり、患者名の確認が不十分だった。</li> <li>投与開始の際、輸液ポンプが必要であることに気づき、一旦患者のもとを離れた。患者のもとに戻った際には、既にPDAで確認したと思い込んだ。</li> <li>輸液ポンプ開始時にダブルチェックを依頼できる看護師がいなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>メモを取り、思い込みを防ぐようにする（ラプス対策）。</li> <li>思い込みを理解して行動する（ミステイク対策）。</li> <li>2人でのダブルチェックができない状況の際は、1人でダブルチェックする。</li> </ul>
<b>専門分析班の議論</b>			
<p>○本事例では、看護師2名で指示を確認した後、別の患者の対応のため業務が中断し、さらに訪室後に輸液ポンプを取りに行くため業務が中断している。業務が中断しないことが望ましいが、現実的には中断する場面も多いため、「中断したら前の工程に戻って確認する」という対策を講じる必要がある。</p> <p>○2名でダブルチェックができない場合には、一人で確実に確認を行った上で投与を開始し、時間差で他のスタッフが確認するという方法をとっている医療機関もある。</p>			

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
4	<p>患者Xの受け持ち看護師Aが看護師Bと電子カルテで医師指示を確認して昼食直前投与分のアピドラ注キットを4単位にセットし、点滴調製台のトレイに置いた。看護師Aは昼休憩となるため、新人看護師Cにアピドラ注の投与を依頼した。看護師Cは依頼された業務を遂行する前に自分の受け持ち患者の検査後の迎えに呼ばれ、フォロー看護師Dに「インスリン注射をお願いします」と伝え、アピドラ注が入ったトレイを手渡した。看護師Dは、配膳がほぼ終了した頃であったため、速やかにインスリン注射を実施する必要があると判断し、患者Yの病室に向かった。病室で看護師Dは患者Yに「インスリンを打ちますね」とのみ声を掛け、患者の返事は聞かずにアピドラ注を注射した。注射時にキット製剤のボタンが通常のように作動しないため、アピドラ注を確認すると患者Xの名前が記載されており、アピドラ注を別の患者に誤投与したことが判明した。看護師Dは、リーダー看護師と医師に状況を報告した。血糖値の推移を慎重に経過観察する方針となった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師Aは医師指示を確認してアピドラ注を準備したが、投与は行わなかった。</li> <li>看護師Cは看護師Aからアピドラ注投与の依頼を受けた際、カルテで医師指示を確認しなかった。</li> <li>看護師Dは看護師Cからアピドラ注投与の依頼を受けた際、カルテで医師指示を確認しなかった。</li> <li>看護師Dは、電子カルテの医師指示もアピドラ注に記載されている患者氏名も確認せず、投与するのは患者Yだと思い込んで病室に向かった。</li> <li>看護師Dは、病室でアピドラ注を投与する際、患者Yにフルネームを名乗ってもらわず、アピドラ注に記載されている患者氏名も確認しなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>インスリン製剤の投与は、医師指示を確認して準備した看護師が実施する。</li> <li>インスリン製剤を準備した看護師と異なる看護師が投与する場合、投与を依頼する看護師は医師指示を電子カルテで確認しながら申し送りをする。</li> <li>インスリン製剤は、まず患者にフルネームで名乗ってもらい、手元の情報と照合して、準備された製剤が本当に当該患者のものであることを確認し、その後、投与量を患者と確認してから投与する。</li> </ul>
<b>専門分析班の議論</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○昼食時のインスリン投与は、看護師の休憩時間帯と重なることがあり、担当看護師が休憩に入るため他の看護師に依頼し、依頼された看護師が投与する患者や薬剤の種類・量を間違えるという事例が多数発生している。</li> <li>○インスリンはハイリスク薬であり、安易に他の看護師に投与を依頼するのではなく、担当看護師が投与してから休憩に入ることを検討するよいのではないか。</li> <li>○他の看護師に投与を依頼する必要がある場合は、勤務開始時にブリーフィングを行い、昼食時のインスリン投与の申し送りをあらかじめ行っておくことで、ハンドオフがより確実にできると考えられる。</li> <li>○基本的には、誰が行うとしても対象となる患者と薬剤の照合ができていれば間違いは生じないはずであり、照合ができていない原因を検討する必要がある。</li> </ul>			
<b>薬剤間違い：患者Xに薬剤を投与するところ、患者Yの薬剤を患者Xの薬剤と思い込んだ</b>			
5	<p>患者Xは大腸ESDのため朝食が欠食で、看護師Aは6時に与薬のみ行った。その際、PDAでリストバンドを認証したが、PDAの内容と内服薬の内容の確認を怠った。8時20分に看護師Bより、同姓の患者Yの配薬ボックスが空になっており、患者Xの薬剤が残っていることを指摘され、誤って与薬したことが判明した。内服した薬剤は、エクア錠50mg 1錠、タケキャブ錠20mg 1錠、ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg 0.5錠、リクシアナOD錠30mg 1錠であった。主治医に報告し、リクシアナOD錠を内服したため予定していた大腸ESDは延期となった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・PDAでリストバンドを認証した後に、内服薬とPDAの内容を照らし合わせる必要があったが、行っていないかった。</li> <li>・配薬ボックスの氏名とベッドネーム、リストバンドとの確認をしていなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・内服薬とPDAの内容を1錠ずつ照らし合わせて確認する。</li> <li>・配薬ボックスとベッドネーム、リストバンドの氏名が合っているか確認する。</li> <li>・配薬ボックスに病室を記載する。</li> <li>・同姓の患者がいる際は配薬ボックスの氏名にマーカーを引く。</li> </ul>
<b>専門分析班の議論</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○本事例では内服薬の与薬時にPDAでリストバンドを認証しているが、これは実施入力の意味で使用していると思われ、患者と内服薬を照合しているわけではない。多くの医療機関では内服薬にバーコードは付いておらず、患者と薬剤が合っているかの照合はリストバンドの患者氏名と配薬ボックス等に記載されている患者氏名を目で見て（読み上げて）行う必要がある。</li> <li>○注射薬の場合はPDAでラベルとリストバンドを認証することで患者と薬剤が合っていることを確認できるが、内服薬の場合はリストバンドを認証することは指示と患者が合っていることを確認するだけで、薬剤と患者の照合はできていない。同じようにPDAで認証していても、意味が異なることを理解する必要がある。</li> </ul>			

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
6	患者Xに水溶性プレドニン100mg＋生理食塩液50mLを投与する際、注射の実施登録を行った。患者Xは左手を動かさなため、看護師は照合済みの点滴をトレイの上に置いてベッドを動かし、看護師が入るスペースを確保した。点滴を接続できる準備をした後、トレイにあった薬剤を取り投与した。15分後に滴下の確認を行った。点滴終了後、終了登録を行う際に患者Yのデキサート注射液9.9mg＋グラニセトロン静注液1A＋生理食塩液100mLを投与したことに気付いた。担当医に報告し、不足分のステロイドを補うデキサート注射液6.6mg/2mL＋生理食塩液50mLを投与するように指示があった。グラニセトロンの主な副作用として便秘、腹痛、不眠、AST上昇、重大な副作用としてアナフィラキシーや肝機能異常があるため、経過観察が必要になった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤を照合した後、すぐに点滴台に薬剤を掛けず、トレイに戻した。</li> <li>・トレイから薬剤を手を取った際に、再び照合登録をしなかった。</li> <li>・投与開始15分後に滴下の確認をした際、薬剤名と患者氏名を確認せず、滴下数と末梢静脈ライン挿入部のみを確認した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・照合した薬剤はすぐに患者の点滴台に掛け、万が一自分の手から薬剤が離れることがあれば、再度照合を実施する。</li> <li>・薬剤を投与する前に、実施登録したらすぐに投与開始できるように患者の体勢を整えておく。</li> <li>・開始15分後の確認の際は注射指示書を持参し、指示書とラベルに記載されている日時、患者氏名、薬剤名と滴下数、ラインの接続、コメントを確認する。</li> </ul>
<b>専門分析班の議論</b>			
<p>○本事例では、ベッドサイドに複数の患者の薬剤を持参し、照合した薬剤をトレイに戻した後、別の患者の薬剤を手を取っている。1患者1トレイに準備することが基本であり、仮に複数の患者の薬剤を持ち運ぶことがあるとしても、ベッドサイドには当該患者の薬剤だけを持って行くことが重要である。</p> <p>○認証システムを使用しているが、認証作業のことを「実施登録」や「照合登録」と記載されており、実施前の照合の意味が理解されていない可能性がある。事例5と同様に、認証システムを使用する目的を整理して理解することが必要である。</p>			

### ⑦患者・薬剤の照合の状況

患者・薬剤の照合の状況について、事例に記載されていた主な内容を整理した。患者間違いの事例では、患者氏名の確認を行わなかった事例や、患者氏名の確認方法が適切でなかった事例が報告されていた。薬剤間違いの事例では、処方箋と薬剤を見て薬剤名や薬剤量は照合したが、薬剤が当該患者のものであるか照合していなかった事例や、認証システムの使用が適切でなかった事例が報告されていた。

図表Ⅲ－１－１１ 患者・薬剤の照合の状況

薬剤の種類	患者・薬剤の照合の状況
<b>患者間違いの事例</b>	
内服薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ベッドネームと処方箋で患者氏名を照合しなかった。</li> <li>・患者Yを患者Xだと思い込み、「お薬を飲みますか？」と声をかけたところ「うん」と返事があった。</li> <li>・患者Yのもとへ行き、ベッドネームやリストバンドで氏名の確認をせず、フルネームを患者に名乗ってもらわなかった。「Xさんですね」と呼び掛け、返事は曖昧であったが返答ありと判断した。</li> <li>・患者Yに「Xさんですね」と聞いたところ、患者Yは「はい」と返事した。</li> </ul>
外用薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者に名乗ってもらいベッドネームを見たが、坐薬のみを持って行ったため患者と薬剤を照合できるものがなかった。</li> </ul>
注射薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口頭指示受け用紙を持たず、インスリン専用注射器に患者氏名を記載したシールを貼らずに患者のベッドサイドへ持って行き、患者確認を行わずインスリンを投与した。</li> <li>・患者にフルネームで名乗ってもらわず、ペン型インスリン注入器に記載されている患者名も確認せず、患者に「インスリンを打ちますね」とのみ声を掛け、患者の返事は聞かずに注射した。</li> <li>・輸液を投与する前に輸液ポンプを取りに行き、戻った際は既にPDAで認証済みと思い込んだ。</li> <li>・患者のリストバンドやベッドネームを確認しなかった。</li> </ul>
<b>薬剤間違いの事例</b>	
内服薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処方箋と内服薬を見て薬剤名、投与量を確認したが、処方箋とリストバンド等で患者氏名を照合せず投与した。(複数報告あり)</li> <li>・リストバンドをPDAで認証したが、PDAの指示内容と内服薬の内容を照合しなかった。</li> <li>・配薬ボックスの氏名とベッドネーム、リストバンドの氏名を照合していなかった。</li> <li>・与薬直前に薬袋に印刷された患者氏名や薬剤名を確認していなかった。</li> <li>・看護師Aが患者Xの食事介助を行う際、看護師Bは患者の姓のみを伝えて同姓の患者Yの内服薬を手渡した。看護師Aは看護師Bが処方箋と薬剤を確認していると思い、処方箋、薬剤の本人確認をしなかった。看護師Bは看護師Aが与薬する際に確認すると思い、患者確認をしなかった。</li> <li>・内服薬注入用のシリンジに患者氏名を書いておらず、投与の際、患者氏名を確認しなかった。</li> </ul>
外用薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者がスタッフステーションを訪れ吸入薬を希望した際、ワゴンに載っていたレルベア吸入用を患者のものであるか確認せずに渡した。</li> </ul>
注射薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>・複数の患者の薬剤をワゴン等に載せており、患者Xのリストバンドと薬剤を認証後、薬剤をワゴン等に戻し、その後、患者Yの薬剤を手に取り、認証せずに投与した。(複数報告あり)</li> <li>・認証システムがあるが使用しなかった。</li> <li>・PDA認証を失念した。</li> <li>・リストバンドと注射ラベルを認証したが、ペン型インスリン注入器には患者氏名を記載しておらず確認しなかった。</li> <li>・接触予防策を取っていたため、病室内にパソコンを持ち込めず、認証システムを使用しなかった。</li> </ul>

## ⑧その他の背景・要因

その他の主な背景・要因を内服薬・外用薬の事例と注射薬の事例に分けて示す。

図表Ⅲ－１－１２ その他の背景・要因（内服薬・外用薬の事例）

○照会の未実施に関すること
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ベッドネームやリストバンドと処方箋で患者氏名を照合することが与薬手順に明記されているが、習慣化されていなかった。</li> <li>・薬剤をカテーテルチップ型シリンジに準備する際に、処方箋と薬剤、シリンジの患者氏名を照合しているため、ベッドサイドで処方箋を見ながら確認するという行動を普段からしていなかった。</li> <li>・意思疎通が困難な長期療養の患者が多く、顔やベッドの位置を覚えているため記憶に頼って与薬を行うことがあり、患者を確認する意識が薄れていた。</li> <li>・意思疎通できる患者であったが、倦怠感があり傾眠であったため名乗ってもらわなかった。</li> </ul>
○照合に用いる情報に関すること
<ul style="list-style-type: none"> <li>・内服薬注入用のシリンジに患者氏名が書かれていなかった。（複数報告あり）</li> <li>・吸入薬に患者氏名のラベルが貼られていなかった。</li> <li>・ベッドネームが掲示されていなかった。</li> <li>・患者の手首を抑制していたことによりリストバンドが見えづらく、顔で患者を確認するローカルルールがあった。</li> </ul>
○薬剤の準備に関すること
<ul style="list-style-type: none"> <li>・複数の患者の内服薬を同じワゴンに乗せていた。（複数報告あり）</li> <li>・4名の患者の内服薬を同じワゴンに載せており、乱雑になっていたため、エラーが起りやすい状況であった。</li> <li>・次回1週間分の内服薬のセット日であったため、全患者の本日分の内服薬を与薬車から出し、トレイにまとめて入れていた。</li> </ul>
○多忙・焦り
<ul style="list-style-type: none"> <li>・多重課題があり、焦りがあった。（複数報告あり）</li> <li>・夜勤から日勤への引き継ぎ時間が迫っており、与薬を早く終わらせて引き継がなければならないと思い、焦っていた。</li> <li>・調剤窓口で患者を待たせていたため、焦りがあった。</li> </ul>
○業務の中断
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者に氏名を名乗ってもらおうとしたところ、尿意の訴えがあり、確認作業が中断した。</li> </ul>
○薬剤の知識に関すること
<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤の知識が不足しており、患者の病状・状態から考えて不必要な薬剤だと気付かなかった。</li> <li>・他科の患者の受け入れで、内服治療についての知識がなかった。</li> </ul>
○思い込み
<ul style="list-style-type: none"> <li>・当病棟でレルベア吸入用を使用する患者はあまりいなかったため、ワゴンに置いてある吸入薬は患者Xのものだと思い込んでしまった。</li> <li>・病室に入った時に、「ズボンを整えている患者」＝「坐薬を挿肛するために準備している患者」と思い込んだ。</li> </ul>
○患者に関すること
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者Xと患者Yの氏名が似ていた。（複数報告あり）</li> <li>・患者は難聴で看護師の言葉が聞き取りにくかった。</li> </ul>
○その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>・他の看護師と会話しながら与薬を行っており、集中していなかった。</li> <li>・いつもは声を出して確認しているため、自分は間違えないという過信があった。</li> </ul>

## 図表Ⅲ－１－１３ その他の背景・要因（注射薬の事例）

## ○照合に用いる情報に関すること

- ・インスリン専用注射器に患者氏名を記載したシールを貼付していなかった。

## ○薬剤の準備に関すること

- ・1患者1トレイにしていたが、複数の患者のトレイをワゴン上に並べていた。

## ○ルールの理解不足

- ・医師は外来での処置を始めてから日が浅く、患者確認や処置伝票確認のルールを十分に把握しないまま処置を行った。

## ○ダブルチェックに関すること

- ・投与前にダブルチェックを行わなかった。
- ・輸液ポンプ開始時にダブルチェックを依頼できる看護師がいなかった。
- ・看護師は、周囲にスタッフが少ない時には後で確認してもらうことが習慣になっており、投与後にダブルチェックを実施しようと考えた。

## ○業務の中断

- ・投与開始の際、輸液ポンプが必要であることに気付き、一旦患者のもとを離れた。患者のもとに戻った際には、既にPDAで確認したと思い込んだ。
- ・薬剤を照合した後、看護師はスペースを確保するため、薬剤をトレイの上に置いてベッドを動かした。
- ・点滴開始前に他患者の対応で作業が中断し、その後、再開時に最初から確認を行わなかった。

## ○多忙・焦り

- ・多重業務になり焦っていたが、他のスタッフに依頼しなかった。
- ・患者を待たせないようにと気持ちが焦っていた中で確認作業を行った。
- ・焦っていたため本来実施すべきPDA照合を実施しなかった。

## ○業務の分担に関すること

- ・医師の指示を確認してアピドラ注を準備した看護師が投与を行わなかった。
- ・血糖測定とインスリンの投与は異なる看護師が行った。

## ○薬剤の知識不足

- ・薬剤の適応や薬効などの知識が不足していたことから、本当にその患者に必要な薬剤なのか疑問に思わず、間違いに気付くことができなかった。

## ○ペン型インスリン注入器の管理

- ・同時に複数の患者のペン型インスリン注入器をポーチに入れた際の確認が不十分であった。
- ・本来は病室で患者Xのペン型インスリン注入器を管理するところ、投与後、無意識のうちにスタッフステーションに引き上げ、患者Yのトレイに入れていた。

## ○患者に関すること

- ・患者の氏名が似ていた。（複数報告あり）

### ⑨医療機関から報告された改善策

医療機関から報告された主な改善策を内服薬・外用薬と注射薬に分けて示す。

医療機関から報告された改善策には、「患者確認のルールを徹底する」「5R確認を必ず行う」なども挙げられていたが、職員の教育やルールの周知の際は、具体的に何を見て何と何を照合するのかを明示することが重要である。参考として、「内服薬与薬における患者と内服薬の取り違い予防手順」<sup>2)</sup>では、患者自身と内服指示書と内服薬に付いている2つの識別子（氏名と生年月日、あるいは氏名とID番号）が一致していることを照合確認することとされている。

#### 図表Ⅲ－１－１４ 医療機関から報告された改善策（内服薬・外用薬の事例）

○患者と薬剤の照合
<ul style="list-style-type: none"> <li>・内服薬を与薬する時は、配薬箱の名前とリストバンドで氏名を照合する手順を遵守する。</li> <li>・患者に氏名を名乗ってもらい、薬袋の患者氏名と照合する。</li> <li>・患者と薬包の氏名が合っているか確実に照合する。</li> <li>・調剤窓口では、患者の氏名を確認し、調剤済の処方箋に書かれている氏名と同一であるか必ず照合する。</li> <li>・薬剤の交付時は、番号札と外来処方箋の番号が同一であるか必ず照合する。</li> </ul>
○照合に用いる情報の見直し
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者を確認できる手段（ベッドネームの位置など）を整える。</li> <li>・内服薬の認証システムの導入を検討する。</li> </ul>
○薬剤の準備
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の内服薬等は1患者1ワゴンで準備し、複数の患者の内服薬等を同じワゴンに載せない。</li> </ul>
○人員体制などの見直し
<ul style="list-style-type: none"> <li>・業務が集中する時間帯の人員配置や業務改善の検討を行う。</li> </ul>
○類似した氏名に関する注意喚起
<ul style="list-style-type: none"> <li>・同姓及び同姓同名の患者がいることを把握する。</li> <li>・与薬ケースに「同姓注意」と表示し、注意喚起を図る。</li> </ul>
○手順の遵守の確認
<ul style="list-style-type: none"> <li>・手順に沿って与薬が実施できているか定期的に確認・指導を行う。</li> </ul>
○患者参加
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者にも薬袋の氏名を確認してもらうなど、患者参加の機会を増やす。</li> </ul>
○その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤投与時はできるだけ作業を中断しない。</li> <li>・作業を中断した場合は、最初の作業に戻り1つ1つ確認しながら実施する。</li> <li>・与薬時は他者と会話をせず、与薬に集中する。</li> </ul>

図表Ⅲ－１－１５ 医療機関から報告された改善策（注射薬の事例）

## ○患者と薬剤の照合

- ・手順通り、薬剤投与時にはネームバンドと薬剤のラベルに記載された氏名が合っているか照合する。
- ・注射実施時は機器認証を行い、正しい患者・正しい薬剤であるか確認する。
- ・照合した薬剤はすぐに患者の点滴台に掛け、万が一自分の手から薬剤が離れることがあれば、再度照合を実施する。
- ・インスリン製剤は、まず患者にフルネームで名乗ってもらい、手元の情報と照合して、準備された製剤が本当に当該患者のものであることを確認し、その後、投与量を患者と確認してから投与する。

## ○ベッドサイドの準備

- ・薬剤を投与する際は、照合したらすぐに投与開始できるように患者の体勢を整えておく。

## ○業務の分担・調整

- ・多重業務の時は周りのスタッフの協力を得て業務調整する。
- ・リーダー看護師や周囲のスタッフは業務状況を配慮して業務を依頼する。
- ・インスリン製剤の投与は医師指示を確認して準備した看護師が実施する。
- ・配膳前にミーティングを行い、インスリン投与患者などを確認する。

## ○ペン型インスリン注入器の管理

- ・ペン型インスリン注入器をポーチにしまう際は、患者毎に確実にを行う。

## ○手順の遵守の確認

- ・薬剤投与時の患者認証の目的と方法を医師・看護師へ周知し、実際の照合場面をリスクマネージャー、師長、主任が確認する。

## ○その他

- ・病棟全体で事例のRCA分析を行い、患者確認や確認事項の再徹底について考える機会とする。

## 2) ヒヤリ・ハット事例

## ①薬剤の種類

薬剤の種類は、内服薬の事例が多かった。

図表Ⅲ－１－１６ 薬剤の種類

種類	件数
内服薬	20
注射薬	8
外用薬	0
合計	28

## ②発生場所

発生場所を薬剤の種類ごとに整理して示す。内服薬の事例は、病棟や病室で発生した事例が多かった。注射薬の事例は、病棟・病室のほかNICUや手術室で発生した事例が報告されていた。

図表Ⅲ－１－１７ 発生場所

発生場所	内服薬	注射薬
病棟（処置室・スタッフステーション）	11	2
病室	7	2
ICU	2	0
NICU	0	2
手術室	0	2

## ③間違いを発見した契機

間違いを発見した契機を、発見した場面と発見者で分けて示す。

図表Ⅲ－１－１８ 間違いを発見した契機

場面	発見者	間違いを発見した契機
準備	同職種者	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師2名でダブルチェックをしたところ、他の患者のペン型インスリン注入器を準備していたことに気付いた。</li> <li>点滴の準備時にダブルチェックをした看護師が、ワークシートに印字された指示の内容と薬剤が違うことに気付いた。</li> <li>患者Xの内服薬が患者の配薬カートに入っておらず、患者Yの配薬カートに入っていたことに気付いた。</li> </ul>
	他職種者	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟薬剤師がICUに届いた内服薬を確認し、患者ごとの棚に入れていたが、看護師が内服薬を準備する際、棚に薬剤が入っておらず、他の患者の棚に入っているのを発見した。</li> </ul>
投与	当事者本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>ベッドネームと注射薬のラベルの患者氏名を照合した。</li> <li>注射薬のラベルをバーコード認証したところ「患者間違い」と表示された。</li> </ul>
服用	患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が「違う患者の名前が書かれた薬が届いている」と言った。</li> <li>患者が「飲んだことのない薬だ」と言った。</li> <li>患者が「いつもと薬の色が違う」と言った。</li> </ul>

## ④事例の内容

主な事例と専門分析班の議論の内容を紹介する。

図表Ⅲ－１－１９ 事例の内容

No.	事例の内容	事例の背景要因	改善策
<b>準備：同職種者が発見した</b>			
1	看護師は、患者ごとにオーダ内容に合わせて薬剤部で準備された個人用薬品カートから薬剤を取り出す際、違う患者のカートから薬剤を取り出した。点滴準備時にダブルチェックを行った看護師から、ワークシートに印字された指示内容と薬剤が違っていると指摘された。誤って違う患者の個人用薬品カートから薬剤を取り出したことに気付いた。	・個人用薬品カートから薬剤を取り出す際は、シングルチェック（取り出す者1人で確認）でワークシートの患者氏名、指示内容と薬品カートの患者氏名を照合する決まりになっているが、薬品カートの氏名の確認を怠った。	・個人用薬品カートから薬剤を取り出すときは、患者名をしっかりと確認する。
	<b>専門分析班の議論</b>		
○薬剤を取り出す際の照合が適切にできておらず、ダブルチェックを行った者が正しく照合をしたことにより間違いが発見された事例である。本来は、たとえ一人でチェックをしても患者と薬剤の照合ができていれば間違いは生じない。			
○改善策に「患者名をしっかりと確認する」とあるが、より具体的に、ワークシートの患者氏名と個人用薬品カートの患者氏名を照合することを意識することが重要である。			
2	日勤帯で患者Yのザイザルシロップ入りボトルが患者X（退院予定）の内服ボックスに入っていたことに気付いた。夜勤帯で与薬した看護師に確認すると、患者Xと患者Yにそれぞれの内服薬を正しく内服させており、患者Yのザイザルシロップを与薬後に患者Xの内服ボックスへ入れていたことが分かった。日勤看護師が患者Xの退院準備の際に両患者の水薬ボトルに貼付している薬剤シールの患者名・薬剤名を確認したことで、患者Xへ誤って渡すことなく退院できた。	・夜勤看護師が患者Yのザイザルシロップを与薬後、誤って患者Xの内服ボックスに入れていた。	・与薬後の整理時は、水薬ボトルのラベルの患者名と内服ボックスの患者名が合っていることを確認する。
	<b>専門分析班の議論</b>		
○退院時に渡す薬剤を間違えると、退院後に患者が間違った薬剤を服用し続けることにつながり、影響が大きくなる可能性があるが、本事例では未然に防ぐことができた。			
○水薬は複数の患者の分を冷蔵庫で保管する場合もある。いずれの場合も保管場所から取り出す時は患者氏名を照合する必要がある。			

No.	事例の内容	事例の背景要因	改善策
<b>投与：当事者が発見した</b>			
3	双子の患者Xと患者Yが2人一緒に入院し、同じ日に手術を受けた。点滴を用意し、患者Xのベッドサイドへ持って行った。施行前にベッドネームと点滴の氏名を照合したところ、リストバンド認証をする前に、患者Yの点滴を用意していたことに気づき、点滴を用意し直して投与した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>双子で同姓、性別も同じ患者が同時に同じ病棟へ入院していた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>今回同様、点滴実施前にベッドネーム（または患者にフルネームを名乗ってもらう）と点滴ラベルの照合を行う。</li> <li>今回はリストバンド認証前に気付いたが、リストバンド認証も必ず行い、実施しようとする点滴が患者のものであることを確認する。</li> </ul>
<b>専門分析班の議論</b>			
<p>○双子であることから間違えるリスクが高いことを意識して患者氏名を確認し、投与前に間違いを発見することができたのではないかと考えられる。</p> <p>○同姓などの類似した氏名の患者が入院していることを、ブリーフィングなどで共有しておくことも重要である。</p> <p>○本来は、患者とモノの照合ができていれば、双子であっても氏名が類似していても間違いは生じない。</p>			
4	患者Xが手術室に入室する際、病棟看護師は手術室看護師にフルマリンキット静注用1gを3本渡した。麻酔科医がフルマリンキットの準備を行い、注射ラベルをバーコード認証したところ、「患者間違い」と表示され、患者Yのラベルであることに気付いた。病棟に連絡し、患者Xのフルマリンキット静注用1gとラベルを持参してもらい投与した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟で手術室に持参する薬剤を準備する時に患者名の確認を怠った。</li> <li>手術室入室の申し送り時にフルマリンキット静注用1gが3本あり、全ての薬剤のラベルを病棟看護師、手術室看護師、麻酔科医で確認していなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟で準備する時および手術室入室時に患者名、薬剤名を指差し呼称で確認する。</li> </ul>
<b>専門分析班の議論</b>			
<p>○改善策に「指差し呼称で確認」とあるが、認証システムが導入されているのであれば、バーコード認証によって確実に照合を行うことができる。</p> <p>○手術の際の抗菌薬は病棟から持参せず手術室の配置薬を使用する医療機関もあり、その場合は薬剤名が正しいか照合は必要だが、患者氏名の照合は不要となる。</p>			
<b>服用：患者が発見した</b>			
5	内服薬を薬袋ごとベッドサイドで保管して自己管理している患者が2名いた。2名とも、朝食後から開始する薬があり、今までの薬とすべて差し替えるよう指示があった。6時頃、看護師は2人の患者に朝食後から服用を開始する薬の入った薬袋を渡し、中止となった薬袋を回収した。7時頃、患者Xから別の患者の氏名が書かれた薬が届いているとナースコールがあり、2名の患者それぞれに別の患者の薬袋を配布していたことが判明した。2名とも服用する前であり、間違っただけで服用することはなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師は患者Xの薬袋2袋と患者Yの薬袋2袋を重ねて持っていた。</li> <li>訪室前に患者の名前と薬袋の名前を照合することなく配布した。</li> <li>患者Xは自分の疾患や内服薬とその目的について調べていたため、いつもとは違う薬剤であることに気づき、薬袋を確認したところ、氏名も違うことに気付いた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者確認の基本は、患者にフルネームを名乗ってもらい、薬品ラベル、検体ラベルなど実施対象のものとの照合することを再度職場内で周知した。</li> <li>可能な限り、薬袋名、点滴ラベル名を患者と共に確認することを患者間違い防止の手順へ取り入れていく。</li> </ul>
<b>専門分析班の議論</b>			
<p>○患者が自分の内服薬について知識を持っていたことから、服用前に間違いに気付くことができた事例である。</p> <p>○本事例では新たに薬剤が開始されており、患者に薬袋を渡す際に薬剤の内容と一緒に確認していれば、その時点で間違いに気付くことができたと考えられる。</p> <p>○基本的には、医療者が患者と薬剤の照合をしていれば、患者から指摘される以前に間違いを防ぐことができる。</p>			

#### (4) 薬剤を患者に投与する／渡す際のポイント

専門分析班で議論した内容をもとに、患者に薬剤を投与する／渡す際のポイントをまとめた。

- 薬剤を患者に投与する／渡す際に発生した事例には、患者を間違えた事例、薬剤を間違えた事例があるが、いずれも患者と薬剤のミスマッチが生じた事例である。
- 基本的な手順として、投与直前に患者の氏名と薬包や注射ラベル等に記載された患者氏名が一致しているかを照合することが必要である。
- 患者を間違えた事例は、患者Xに薬剤を投与するところ、訪室先で患者Yを患者Xだと思い込んだ事例や、初めから患者Yに投与すると思い込んで患者Yのところへ向かった事例が報告されていた。医療機関で同様の事例が発生した際には、どの時点で何を間違ったのかを振り返り、再発防止に役立てることが必要である。
- 報告された事例には「確認」と記載されていることが多いが、情報を「照合」しなければならないという基本を理解していれば、状況に応じて必要な照合を適切に行うことができると考えられる。
- 患者に名乗ってもらうという手順が遵守されていない事例が多いのは、名乗ってもらうという方法自体が難しい可能性が考えられ、その要因を明らかにする必要がある。
- 認証システムを導入している医療機関もあるが、使用しなかった、あるいは使用したが適切でなかったことにより発生した事例が報告されていた。認証システムを使うことの意味を理解して活用することが重要である。
- 報告された事例では、患者に名乗ってもらったが薬包・注射ラベル等の患者氏名と照合しなかったことや、処方箋と薬包の薬剤名・薬剤量は照合したが患者のものであるか照合しなかったことが要因に挙げられていた。何らかの確認作業をすることで患者と薬剤の照合ができたと思い込んでしまう傾向が伺われる。
- 患者氏名の確認は、患者に名乗ってもらう、ネームバンドを見る、ベッドネームを見るなど様々な方法があるため、現場ではわかりにくくなっている可能性がある。また、薬剤側の患者氏名も、処方箋と薬包や、注射指示と注射ラベルなど、見るべきものが様々であることが、ルールの徹底が難しくなっている一因ではないかと思われる。具体的に、何と何を見て、何と何を照合するのかをマニュアル等で示すとよい。
- 基本的な対策は患者とモノの照合を行うことであり、ダブルチェックや患者参加型の対策は副次的な方法である。「ダブルチェックをしなかったから」というのは根本的な問題でなく、「ダブルチェックをする」は根本的な対策ではない。
- 改善策に「投与直前に5Rを確認する」「6Rを徹底する」などが挙げられている事例が見受けられるが、薬剤の準備から投与までの業務工程において、いつ何を確認するのかを整理すると、無駄がなく漏れのない確認につながると考えられる。
- 改善策に「確認手順の徹底」が挙げられている事例があるが、手順が徹底できていないのはなぜかを検討し、手順を明確にして周知することが必要である。

## (5) まとめ

本報告書では、患者間違いに関連した事例のうち、患者に薬剤を投与する／渡す際に発生した事例を取り上げて分析した。医療事故情報については、薬剤の種類や発生場所などの概要を整理し、事例のパターンを分類して主な事例を紹介した。また、報告された事例における患者・薬剤の照合の状況とその他の背景・要因、医療機関から報告された改善策をまとめて示した。ヒヤリ・ハット事例については、薬剤の種類、発生場所、間違いを発見した契機を分類し、主な事例を紹介した。

薬剤を患者に投与する／渡す際に発生した事例には、患者間違いの事例や薬剤間違いの事例があったが、いずれも患者と薬剤の照合ができていなかった。報告された事例には「確認」と記載されていることが多いが、「確認」ではなく「照合」であると理解することが基本的に必要である。認証システムを導入している医療機関もあるが、注射薬と内服薬等で運用の状況が異なる場合もあり、認証システムを使用することの意味を理解したうえで活用する必要がある。薬剤を患者に投与する／渡す際は、患者と薬剤が合っているか照合することが必須であり、患者の氏名をどのように確認し、薬剤とどのように照合するのか、医療機関で具体的な手順を明確にして周知することが重要である。

## (6) 参考文献

1. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). Never Events. 2019年9月.  
<https://psnet.ahrq.gov/primer/never-events> (参照2022-4-11).
2. 一般社団法人医療の質・安全学会 ネットワーク委員会 医療安全管理者ネットワーク会議. 内服薬と薬における患者と内服薬の取り違え予防手順. 2018年11月24日第1版. 医療の質・安全学会誌Vol.14 No.3 (2019).