

2 分析テーマ

【1】ダブルチェックに関連した事例

医療機関では様々な場面において、実施する内容が正しいかどうかを確認する際に「ダブルチェック」という方法を行っている。現状では、「ダブルチェック」による確認は標準化された方法はなく、医療機関、部署、個人によって異なる。ダブルチェックを「2人で確認すること」または「2回確認すること」と認識している医療者もあり、その実施方法は曖昧である。本事業には、医療事故情報の改善策に「今後はダブルチェックを実施する」としている事例が報告されている。しかし、本来行うべき確認行為はどうか、確認行為のどこに問題があったかの分析が十分に行われていない事例が多く、単に確認行為を増やすことが再発防止につながるか不明瞭である。また、ダブルチェックを行ったとしながら誤りに気付かなかった事例も報告されている。このような状況の中、本事業の総合評価部会において、改めてダブルチェックによる確認に焦点を当て、事例を検討してはどうかという意見があった。

そこで、2022年1月～12月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「ダブルチェックが有効に働いたことにより、患者に実施する前に誤りを発見した事例」を収集し、ダブルチェックに関連した医療事故情報と併せて分析することとした。第72回報告書では、ヒヤリ・ハット事例と医療事故情報の概要を整理し、さらに、医療事故情報の事例のうち、ダブルチェックを行ったと記載はあるが誤りに気付かなかった事例を取り上げて分析を行った。本報告書では、ダブルチェックを行うことになっていたが行わなかった事例について分析を行った。

(1) 医療事故情報の報告状況

2020年1月～2022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「ダブルチェック」または「Wチェック」を含む事例を検索し、事故の内容または背景要因に記載された内容に、ダブルチェックを行ったが誤りに気付かなかった事例、またはダブルチェックを行うことになっていたが行わなかった事例を対象とした。ただし、改善策のみに「ダブルチェックで確認を行う」と記載のある事例、ダブルチェックを患者としたと記載されている事例やダブルチェックという言葉の記載はあるが、詳細が不明な事例は除外した。対象となる事例は165件であった。なお、ダブルチェックに関するヒヤリ・ハット事例の集計結果は第72回報告書に掲載している。

(2) 医療事故情報のダブルチェックの実施状況

報告された医療事故情報について、ダブルチェックの実施状況を整理した。

図表Ⅲ-1-1 ダブルチェックの実施状況（再掲：第72回報告書 図表Ⅲ-1-10）

実施状況	件数
行ったが誤りに気付かなかった	84
行うことになっていたが行わなかった	81
合計	165

(3) ダブルチェックを行うことになっていたが行わなかった事例

本報告書では、ダブルチェックを行うことになっていたが行わず、誤りに気付かなかった事例81件について分析する。全体的に、ダブルチェックを行わなかったことだけが事例発生の要因ではなく、業務の工程管理が要因となっている事例が多いが、ここでは、ダブルチェックについて焦点を当てて分析を行う。第72回報告書と同じく、1人目をダブルチェックの依頼者、2人目をチェック者とする。

1) ダブルチェックを行うことになっていた内容

ダブルチェックを行うことになっていた内容で分類した。薬剤に関する事例が47件と最も多く、そのうち注射薬の準備時や投与時の確認に関する事例が多かった。

図表Ⅲ－1－2 ダブルチェックを行うことになっていた内容

内容		件数		
薬剤	処方内容	1	47	
	準備時	注射薬		21
		内服薬		1
	投与時	注射薬		23
		内服薬		1
治療・処置	機器・器具の選択	4	14	
	精液の容器	2		
	部位	1		
	手術申し込み時の術式確認	1		
	その他	6		
医療機器	準備時	人工呼吸器の組み立て	1	6
	設定時	透析機器	2	
		人工呼吸器	1	
		紫外線装置	1	
	使用時	人工呼吸器の回路の接続	1	
ドレーン・チューブ	ドレーンバッグの接続	2	3	
	脳脊髄液ドレナージのクランプ開放	1		
栄養・食事	調乳	2		
	メニュー内容	1	2	
	配膳	1		
検査	検体提出	2		
輸血	輸血用血液製剤	1		
その他		4		
合計		81		

2) ダブルチェックを行わなかった状況

事例に記載された内容から、ダブルチェックを行うことになっていたが行わなかった状況を分類した。チェック者がいなかったためダブルチェックを行わなかった事例が19件と多かった。次いで、焦っていたためダブルチェックを行わなかった事例であった。また、ダブルチェックをなぜ行わなかったのか記載されていなかった事例が多かった。

図表Ⅲ－1－3 ダブルチェックを行わなかった状況

ダブルチェックを行わなかった状況	件数
チェック者がいなかった	19
焦っていた	11
ダブルチェック済だと思った	3
ダブルチェックが必要な場面だと認識していなかった	3
いつも実施しており慣れている内容であったため、ダブルチェックしなくても大丈夫だと思った	2
不明	43
合計	81

※報告された事例に記載されていた内容を整理した。

①チェック者がいなかったためダブルチェックを行わなかった事例

i. 発生場面と誤った内容

チェック者がいなかったためダブルチェックを行わず、誤りに気付かなかった事例19件について、発生場面と誤った内容を整理して示す。薬剤投与時に輸液ポンプ・シリンジポンプの流量設定を間違えた事例や人工受精時に精液の容器を取り違えた事例が複数報告されていた。その他にも、様々な場面でダブルチェックが行えていなかった。

図表Ⅲ－１－４ 発生場面

分類	発生場面	誤った内容	件数
薬剤	薬剤準備時	薬剤間違い（別の薬剤を投与）	1
		薬剤量間違い（過量投与）	1
		使用済バイアルの使用	1
	薬剤投与時	輸液ポンプ・シリンジポンプの流量設定間違い	3
		薬剤間違い（当該患者の別の薬剤を投与）	1
		投与経路間違い	1
		クランプを閉じたまま投与開始	1
		別のルートのカランプ忘れ	1
	薬剤の準備時・投与時	薬剤間違い（別の患者の薬剤を投与）	1
治療・ 処置	人工受精時	精液の容器取り違え	2
	透析の開始時	透析液が流れていなかった	1
	中心静脈カテーテル留置時	ガイドワイヤーの抜き忘れ	1
	胸腔ドレーンバッグ交換時	ドレーンチューブをクランプせず大気に開放	1
医療機器	人工呼吸器の回路装着後	回路外れ	1
検査	検体ラベル貼付時	ラベル間違い（別の患者のラベルを貼付）	1
授乳	ミルク準備時	ミルク間違い（別の患者のミルクを投与）	1
合計			19

ii. チェック者がいなかった背景

チェック者がいなかった背景を整理した。夜勤帯や昼休憩時間帯など、人員が少なかった状況での発生が多かった。

図表Ⅲ－１－５ チェック者がいなかった背景

チェック者がいなかった背景	件数
夜勤帯でスタッフが少なかった	5
チェック者が他業務の対応中であった	5
スタッフの休みなどで普段より人数が少なかった	3
昼休憩時間帯でスタッフが少なかった	2
部署・病棟が忙しい時間帯であった	2
新型コロナウイルス感染症病棟のレッドゾーン内に入っているのが1人だけであった	1
不明	1
合計	19

iii. チェック者がいなかったためダブルチェックを行わなかった事例の内容

主な事例を紹介する。

図表Ⅲ－1－6 チェック者がいなかったためダブルチェックを行わなかった事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
夜勤帯でスタッフが少なかった			
1	<p>患者は乳がん術後で、多発転移、両側胸水を認め、呼吸困難のため入院し、モルヒネ塩酸塩注射液10mg＋生理食塩液47mLを3mL/hで投与していた。夜間、受け持ち看護師Aが休憩中に麻薬の残量が減り、看護師B、Cで麻薬の交換を行った。事前に、看護師Aからは、次回の交換分から組成と流量が変更になることについて申し送りを受けていた。看護師BとCで塩酸モルヒネ塩酸塩注射液20mg＋生理食塩液46mLの調製を行ったが、シリンジを交換する際は他の患者対応があり、看護師1名で行った。その際に流量を2mL/hに変更するのを忘れ、組成変更前の流量(3mL/h)のまま投与を開始した。その際、「輸液管理記録」を用いて確認しなかった。約4時間後の朝方、看護師Aが検温のため訪室した際に、患者の意識レベルが低下していることに気付き、医師に連絡した。訪室した医師が塩酸モルヒネの流量間違いに気付き、流量を2mL/hに変更した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・当該病棟は、麻薬を投与する患者が多いため慣れがあり、麻薬を取り扱っている意識が欠如していた。 ・本来、輸液ポンプ・シリンジポンプ使用時は、「輸液管理記録」の確認項目に沿って確認することが医療安全マニュアルで決まっている。また、『使用開始時や申し送り時、指示変更時、移動前後は、輸液管理記録を用いて、医師または看護師2名で設定条件をダブルチェックし、記録する。』となっている。 ・人数の少ない時間帯におけるダブルチェックは、2名で実施できない場合は時間差でもよいとアナウンスしているが、明文化した取り決め等はない。 ・看護師B、Cは、夜勤帯で人数が少ない状況でナースコールなどがあったため、業務が中断したが、業務が中断したという認識がなく、対応した看護師が戻ってきた際にダブルチェックができていなかった。 ・受け持ち看護師Aは、休憩から戻ってきた際に流量変更を確認しておらず、他者に依頼したことが遂行されているか確認不足だった。 	<p>【病棟】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・シリンジポンプ使用時のマニュアルを再度周知し、遵守する。 ・人数の少ない時間のダブルチェックは、同時にできない時は時間差でもよいが、取り決め事項はないので、今後検討していく。 ・薬剤投与時には6Rの確認ができていないか定期的にチェックし、業務中断した場合は初めから確認するように指導できているか抜き打ちでチェックする。 ・他者に依頼した内容がきちんと実行されているか確認できるようなコミュニケーションをとれるように、普段から意図的に確認できるような習慣・雰囲気を作るようにする。 <p>【病院全体】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「至急回報」を発出し、本事例を共有した。 ・ワーキンググループで、麻薬の注射薬の投与方法を統一化するための検討を進める。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ・「輸液管理記録」を用いて確認しなかったとあるが、看護師1名で投与を開始する際に使用しておらず、普段から用いていない可能性がある。投与を開始する前に、正しい情報(指示)と照合して確認する必要があるが、指示内容と照合したのか、それとも輸液管理記録がそれにあたるものであったかは記載がないため不明である。 ・「人数の少ない時間帯におけるダブルチェックは、2名で実施できない時は時間差でもよいとはアナウンスしているが明文化していない」とあるが、一般的な点滴の場合と、本事例のような麻薬投与の場合の対応について、同じ「時間差」の確認でよいか検討の必要がある。委員の所属する医療機関では、麻薬、鎮静薬、インスリン製剤などを調製・投与する際は、2名で電子カルテまたはタブレット端末の指示と薬剤をダブルチェックしており、薬剤の種類によって強弱をつける方法もある。 ・人数が少ない時間帯に本来決められた2名でのダブルチェックができない場合、他者からの確認が入らない危険性を改めて認識し、1名で「双方向」または「時間差」の確認をするなどの対応をすることが重要である。 			

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
チェック者が他業務の対応中であった			
2	<p>右第5足趾糖尿病壊疽に対し皮膚科で加療中の患者に、糖尿病・代謝・内分泌内科が血糖コントロールのため併診していた。骨髄炎増悪を疑い、抗菌薬と持続点滴を開始し、糖尿病内科医師がリプラス1号輸液にヒューマリンR注100単位/mLを1単位混注して20mL/hで投与するよう指示した。先輩看護師Aは、処置台に注射伝票を置き、1年目看護師B（職種経験年数0年10ヶ月）にリプラス1号輸液にヒューマリンR注を混注するよう伝えた。その際、看護師Aは、看護師Bへバイアル製剤のインスリンの取り扱いの経験について確認しなかった。すぐに実施する必要があるため、看護師Aは輸液ポンプを準備するなど他の対応をしていた。そのため、看護師Bは質問しにくい状況であった。看護師Bは、冷蔵庫から開封済みのヒューマリンR注100単位/mLのバイアルを取り出し、1バイアルが1単位と思い込み、10mLシリンジで全量（開封済のため吸引量は不明）を吸引後、リプラス1号輸液に混注した。その後、輸液ポンプを使用し、20mL/hで投与を開始した。40分後に患者が低血糖症状を訴え、ブドウ糖を内服したが、血糖値は上昇せず意識レベルも低下した。低血糖が遷延したため、ブドウ糖液を静脈注射し、持続輸液をブドウ糖輸液に変更したところ、意識レベルは改善し、徐々に血糖値も正常化した。低血糖時のインスリンの検査値が70μU/mLと異常高値であり、ヒューマリンR注が過剰に投与されたことが判明した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1年目看護師Bは、インスリンのバイアル製剤の取り扱いが初めてであった。 看護師Bは、ヒューマリンR注がインスリンであることを理解しておらず、混注する際に、ロードーズではなく10mLシリンジを使用した。 院内では、1人で1回目と2回目で確認の方向を逆にして2回確認することをダブルチェックとして推奨しており、注射伝票と手に持った薬剤とで交互に確認するダブルチェックを行うことになっている。 今回、1年目看護師Bは投与する単位数や吸い上げた量などの確認をおらず、また、吸い上げたインスリン量を混注する前に先輩看護師Aに確認してもらっていなかった。 新人看護師は自立するまで先輩看護師とともに注射薬を調製し、確認されたのちに投与するが、本事例でインスリンを調製した看護師Bは、点滴の調製手技は自立していた。 入職時の新人看護師研修では、インスリンに関する内容も取り入れ、ナーシングスキルを活用した自己学習も各自で行うよう説明している。 インスリンのバイアル製剤は専用注射器（ロードーズ）で吸い上げるよう院内全体に教育、啓発している。 今回の事例が発生した病棟は皮膚運動器病棟で、インスリンのバイアル製剤を点滴内に混注して投与することが少ない。 インスリンのバイアル製剤は、専用注射器（ロードーズ）を使用するよう各病棟の冷蔵庫内のインスリン保管場所に掲示していたが、貼付場所は統一されておらず、はがれている部署もあった。 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴調製時は、ダブルチェックを行う。 インスリンはロードーズを使用するよう掲示を強化する。色合いを鮮明にしたポスターを作成し、各部署にインスリンの保管箱とポスターを配布した。インスリンの保管場所も院内で統一した。 近年、インスリン投与はペン型が主流になっており、1単位の量を目で見ても投与することが少ないことも1つの背景と考え、1単位が0.01mLであることを目視できるように写真付きの回覧資料を作成し、啓発した。 インスリンについての新人教育を強化する。具体的には、薬剤部から新人医師・看護師を対象に「注意を要する医薬品について」の講義を配信し受講を促した。さらに各部署では、実地指導者中心にインスリンに関する指導を、習熟度に合わせて実施することにした。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> 医療機関において、調製や投与前に2名でのダブルチェックをする薬剤の種類は様々であるが、麻薬・向精神薬などの施錠管理を要する薬剤、インスリン製剤、高濃度カリウム製剤などの他、病棟内の常備薬・配置薬を対象としていることが多い。この医療機関ではダブルチェックする対象の薬剤が不明であるが、インスリンのバイアル製剤は、特に注意が必要な薬剤であることを調製や投与をする者は認識する必要がある。 1年目の看護師は、ダブルチェックの対象となる薬剤や方法、その必要性を理解していない可能性がある。先輩看護師が率先して正しい方法でダブルチェックを行うよう声をかけるなど誘導する必要がある。 当該医療機関では「1人が1回目と2回目で確認の方向を逆にする2回の確認をダブルチェックとして推奨しており」とあるが、本事例のように1バイアルを1単位と思い込んでしまうと、1人で2回確認しても誤りに気付くことは難しい。 インスリンのバイアル製剤が1000単位（1mLは100単位）であることを知らない職員が調製を行う可能性があることを認識し、医療機関では、インスリンのバイアル製剤の単位に関する院内教育を実施する必要がある。 			

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
スタッフの休みなどで普段より人数が少なかった			
3	<p>当日、2組の人工授精が予定された。患者Xは顕微授精、患者YはコンベンショナルIVFであった。胚培養士は、顕微授精を先に実施しようと思い、患者X夫の氏名が記載された精子のスピッツを取り出したつもりで、次に患者X妻の卵子をシャーレから取り出し、顕微授精させた。その後、患者Y妻の卵子の入ったシャーレに患者Y夫の氏名が記載された精子を一定量振りかけた。その操作を終えた後、患者Y夫の氏名が記載された精子が予定よりも多く減っており、患者X夫の氏名が記載された精子が予定よりも多く残っていたことから、どちらも患者Y夫の精子を使用した可能性が否定できなくなった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 普段は2名の胚培養士でダブルチェックを行い実施しているが、当日はうち1名は新型コロナウイルス感染症の関係で不在であり、1名で実施しなければならなかった。 • 卵子のシャーレは培養棚を分けて保管しているが、精子のスピッツは保管庫の保管台のスピッツ立てに複数並べて置いていた。 • 当日は1名で実施しなければならなかったため、取り間違えないように2つの精子のスピッツを離して置いたことにより、普段実施している確認が曖昧になった。 • シャーレとスピッツには、患者毎に色分けして患者氏名が記載されているが、スピッツから取り出した精子を入れるシャーレの蓋には患者氏名は記載されていなかった。 • 当事者に人工授精の操作手順を確認したが、どの時点でどのように氏名を確認するのか、曖昧なところがあった。 	<ul style="list-style-type: none"> • 誤認防止のための氏名確認の方法について検討する。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> • 本事例は、2名の患者の精子のスピッツを同じスピッツ立てに置いたことが原因の一つである。複数の胚培養士が担当する場合においても、1組ずつ準備して実施することが重要である。例えば、薬剤師が安全キャビネット内で抗がん剤を調製する際に、患者の1施用ごとに調製作業を行う手順が参考になる可能性がある。 • 背景要因に「どの時点でどのように氏名を確認するのか、曖昧なところがあった。」とあり、普段から取り扱う精子や卵子の氏名の確認をしていなかった可能性がある。 • 本事例のように、普段は2名で行っている作業を不測の事態によって1名で行うことになることは起こり得るため、ダブルチェックに頼ることなく、各個人が、患者氏名と生年月日や診察券番号など2つ以上の識別子を用いて照合確認する方法を基本手順とする必要がある。 			

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
部署・病棟が忙しい時間帯であった			
4	患者Wは、右被殻出血に対し保存的加療のため入院となった。入院3日目、誤嚥性肺炎のため呼吸状態が悪化し、救命病棟で挿管処置が必要となった。同時に、医師は救急当番であったため、救急外来から脳梗塞の患者Xと、頭部CT撮影中に呼吸状態が悪化したくも膜下出血の患者Yの対応を依頼された。患者Yは緊急手術が必要な状態であった。併せて、脳梗塞で病棟に入院中の患者Zの右大腿骨骨折が発見され、整形外科へのコンサルテーションや家族への対応を行う必要があった。複数のイベントがほぼ同時に起きた状況において、患者Wの挿管の準備を指示する間に他患者の対応を行った。患者Yのくも膜下出血の緊急手術のため他の脳外科スタッフの応援を要請するのは困難な状況で、くも膜下出血の手術にも入らなければいけないという精神的な焦りもあった。他患者の業務を並行しながら、患者Wに挿管処置を行い、動脈圧ラインを確保し、中心静脈カテーテルを留置するなどの一連の手技を一人で行った。このような状況の中で、中心静脈カテーテル留置の際にガイドワイヤーの抜去を忘れ、処置後のX線撮影で十分に確認せずに緊急手術の患者Yのところに向かった。患者Wの中心静脈カテーテル留置後2日目、メインルート閉塞のアラームが鳴ったため、看護師が逆血を確認しようとしたところ、中心静脈カテーテル内にガイドワイヤーがあることに気付いた。経過中に循環動態に影響はなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 勤務状況が繁忙であった。 同時に緊急手術があり通常とは異なる心理的条件であった。 ダブルチェック者がいなかった。 看護師への情報共有がされていなかった。 看護師や診療放射線技師もガイドワイヤーが抜去されていないことに気付かなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 他者とのダブルチェックを行う。 CVC挿入後、確認のためのX線画像は、診療放射線技師とダブルチェックを行う。
	専門分析班の議論	<ul style="list-style-type: none"> 医師1名で複数の患者を担当し、同時に複数の業務を実施しなければならない状況で「忘れ」をどう防ぐかは非常に難しく、ダブルチェックの未実施以外の要因も考えられる。 背景要因に「ダブルチェック者がいなかった」を挙げているが、本事例は情報と何かを照合する確認ではなく、存在してはならないものを発見する確認であるため、ダブルチェックが確認方法として有効であるかどうかは検討の必要があると思われる。 改善策の「他者とのダブルチェックを行う」は、例えば看護師と手順を振り返り、ガイドワイヤーを抜去したことを確認するのか、別の医師とX線写真を見て挿入位置とともにガイドワイヤーの遺残がないことを確認するのか具体的になっていない。緊急手術に対応する医師の応援も要請できない状況の中で、中心静脈カテーテルの挿入後の確認に医師2名を付けられるのか不明であり、実現可能な確認方法を考えた方がよい。 中心静脈カテーテル挿入前に、看護師に「ガイドワイヤーの抜き忘れに注意」などのポイントを伝えておくことも一つの方法である。 	

②焦っていたためダブルチェックを行わなかった事例

i. 誤った内容と焦っていた背景

焦っていたためダブルチェックを行わなかった事例11件の誤った内容と焦っていた背景を整理してまとめた。

図表Ⅲ－１－７ 誤った内容と焦っていた背景

分類	誤った内容	焦っていた背景	
薬剤	病棟・部署 配置薬	ボスミン注1mgのところノルアドリナリン注1mgを投与した	アナフィラキシーショックという緊迫した状況下で、救急カートから薬剤を取り出した
		アトロピン注0.05%シリンジのところアドレナリン注0.1%シリンジを投与した	循環動態が不安定で、早く薬剤を投与する必要があった
		キシロカイン注ポリアンプ1%のところロキソプロフェンナトリウム内服液60mgを投与した ^{※1}	治療の開始前に、患者や医師を待たせていた
		ヒューマリンR注100単位/mLを5単位のところ5mL投与した	他業務が重なり、検査予定時間を過ぎていた
患者に処方された薬剤	モルヒネ塩酸塩注 ^{※2} のところ他患者に処方されていたオキシコドン注射液 ^{※2} を投与した	投与している麻薬の終了が間近で、準備のため早く金庫から取り出したかった	
	2名の患者の注射器が同じトレイに準備されており、ヘパリンナトリウム注 ^{※2} のところソル・メドロール静注用 ^{※2} を投与した	投与している薬剤の残量が少なく、交換時期が近づいていた	
	眼前はトレーバ注 ^{※2} のところ食直前に投与するヒューマログ ^{※2} を投与した	消灯時間が迫っていた	
人工呼吸器	加温加湿器の電源を入れ忘れた	1年目スタッフのフォローをしている状況の中、消灯時間前に人工呼吸器を装着する必要があった	
酸素ボンベ	酸素ボンベを未開栓のまま使用していた	検査前に家族への入院オリエンテーションを行ったため、患者の検査予定時間が迫っていた	
書類	匿名化番号の記載を間違えた	遺伝子検査の検体を外部に提出する際、予定外の検体を急遽追加で提出することになった	
	服薬開始日の記載を間違えた	処置の際に患者より待ち時間が長いとクレームを受けていた	

※1 キシロカイン注ポリアンプ1%の場所に、ロキソプロフェンナトリウム内服液60mgが誤って混入していた可能性がある事例である。

※2 規格または剤形は不明である。

ii. 焦っていたためダブルチェックを行わなかった事例の内容

主な事例を紹介する。

図表Ⅲ－１－８ 焦っていたためダブルチェックを行わなかった事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
薬剤：病棟・部署配置薬の事例			
1	8時30分、小児科外来担当看護師Aは救急カートの点検を行い、ノルアドリナリン注1mgが1A不足していることに気付いた。ハザードボックス内を確認したところノルアドリナリン注1mgの空アンプルを発見した。9時、医療安全管理者は、前日の12時30分に小児科病棟へ経過観察を目的に入院し、18時に症状が軽快し退院となった患者がいることを確認した。前日の外来担当看護師Bへ確認をしたところ、外来主治医Cがアナフィラキシーショック対応時に救急カートより自ら薬剤を取り出しシリンジに吸い上げ、ダブルチェックをせず薬剤を投与したこと、ボスミン注1mgを投与するところノルアドリナリン注1mgを投与した可能性が高いことが分かった。	<ul style="list-style-type: none"> ・4年前より、ボスミン注1mgのアンプルは、シリンジ製品へ変更していた。 ・2年前に病棟の救急カートは院内で統一したが、外来の救急カートは統一していなかった。 ・外来の救急カートは薬品が多く、アドレナリン注0.1%シリンジの下にボスミン注1mgが保管されていた。 ・看護師は救急カート内にボスミン注1mgが保管されていることを把握していなかった。 ・アナフィラキシーショックという緊迫した状況下において、重要薬剤のダブルチェックが実施されず投与に至った。 ・ボスミン注1mgのアンプルからシリンジ製剤へ変更する際の教育訓練が不足していた可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来救急カートを院内で統一し、関係部門にて再度情報を共有する。 ・救急カート内からボスミン注1mgは撤去し、アドレナリン注0.1%シリンジに統一する。 ・アナフィラキシーショック対応時のシミュレーションとトレーニングを実施し、医師と看護師の役割分担や連携を強化する。 ・アドレナリン注0.1%シリンジの準備方法について教育する。 ・本事例を振り返り、要因と対策を院内全体で共有し、再発防止に努める。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ・本事例は、外来の救急カート内が整理整頓、標準化されていないことや、救急カートから取り出したアンプルの薬剤名を確認していないことなどに改善の余地があり、ダブルチェックを実施しないことだけが問題点ではないと考える。 ・背景要因に「アナフィラキシーショックという緊迫した状況下において、重要薬剤のダブルチェックが実施されず投与に至った。」とあるが、緊急時などにはダブルチェックの実施が難しい場面もあるのではないかと考える。 ・薬剤のダブルチェックは、どのような場面で、どのような方法で行うのか整理するとよいだろう。 ・緊急時対応については、普段からシミュレーションを行っておくことが重要である。 			

No.	事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
薬剤：患者に処方された薬剤の事例			
2	<p>看護師Aは、フォローしている看護師Bが時間内にインスリンの投与ができないと判断し、消灯まで時間がなく焦りを生じていた。21時、看護師Aは指示書をもとに、投与するインスリンが「12単位」であることを患者と一緒に確認した。投与後、オーバーテーブルに投与したはずのトレシーバ注があることを患者が発見した。確認すると、看護師Aが投与したインスリンがヒューマログ注であったことが分かった。内分泌代謝内科当直医と総合診療科当直医へ報告し、心電図モニタを装着し、0時まで30分ごとに血糖測定の指示が出た。さらに血糖100mg/dL以下の場合の指示を受けた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 患者は、自宅でインスリンの自己調整を行っていたが、上肢の疼痛により自己管理が困難と判断し、入院時から看護師管理でインスリンの投与を行っていた。 看護師同士のダブルチェックが行われないまま、看護師Aは患者専用の一つの保管袋に入っているペン型インスリン2本を同時に持ち出した。 看護師Aはトレシーバ注とヒューマログ注を袋から取り出した際、患者と単位数のセットを行ったため、看護師同士のダブルチェックは行わなかった。 看護師Aは、取り出したペン型インスリンが、眼前に投与するトレシーバ注だと思い込み投与した。 袋の中に指示書のコピーが入っていたが、薬剤と照らし合わせながら確認していなかった。 1患者1袋で管理しており、間違いを生じやすかった。 看護師Aは、年上の看護師Bのフォロー夜勤であり、緊張していた。 ペン型インスリンに名前や投与量の記載がなかった。 他の看護師は忙しく、確認のため声をかけられなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 誤投与を予防するため、病棟のマニュアルを作成する。 他患者や他薬剤との間違いを防止するため、ペン型インスリンの管理を個人用内服ラック内に変更した。 患者が自己管理していた薬剤であっても、看護師管理の際は、医療従事者でダブルチェックを行う。その際、投与量は電子カルテの指示簿で確認することを徹底する。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> 消灯時間前は、イブニングケア、眠前薬の投与などで忙しい時間帯であり、限られた時間の中で、1名で確実に指示と薬剤を照合するのか、それとも消灯時間を過ぎても他看護師とダブルチェックを行うべき内容なのか整理するとよい。 背景要因に患者と確認したため看護師同士のダブルチェックを行わなかったとあるが、患者と確認したことが問題ではなく、看護師1名であっても指示と薬剤が正しいことを照合できていれば誤りに気付いた可能性がある。 			

No.	事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
人工呼吸器の事例			
3	<p>患者は、レスパイト目的で入院し、日中はサーモベントで過ごし、夜間のみ呼吸サポートのため在宅用人工呼吸器（加湿器付き）トリロジーを装着していた。入院3日目21時30分、リーダー看護師Aは、受け持ち看護師Bが1年目のため、一人で人工呼吸器を装着した。その際、チェックリストによる確認は行わず、後でダブルチェックを行おうと思ったが、そのまま忘れた。患者はその後入眠しており、受け持ち看護師Bは呼吸状態と酸素飽和度の確認を行った。3時15分、リーダー看護師Aは休憩中のため、看護師Cが巡視を行った際に、患者の人工呼吸器の加湿器の電源が入っていないこと、チェックリストが使用されていないことに気付いた。看護師Cは、受け持ち看護師Bに人工呼吸器チェックリストが使用されていないこと、6時間以上加湿器の電源が入っていなかったため、気管カニューレ閉塞のリスクがあることを伝え、痰の性状を確認するよう指導した。3時25分、看護師Bが吸引をしようとしたところ、吸引チューブが入らず、ナースコールを押した。気管カニューレを交換後、患者の呼吸状態は安定した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 在宅用人工呼吸器トリロジーは患者の痰の状態等で「加湿器使用」と「人工鼻使用」の2種類がある。 人工呼吸器装着時にチェックリストのシングルチェックを行っていない。ダブルチェックを後で行うつもりが忘れていた。 受け持ち看護師Bもリーダー看護師Aが装着した人工呼吸器の設定や加湿器の電源の確認を行っていない。 病棟は4人夜勤で、リーダー看護師Aは、他の看護師のフォローもしなければと思い、焦っていた。 看護師Aはリーダーであったが、リーダーとしてはフォローが必要な段階であった。 	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器装着時のチェックリストの見直しを行い、使用を徹底する。 チェックリストの必要性を教育する。 在宅用人工呼吸器トリロジーの加湿方法の統一は困難であり、加湿器使用、人工鼻使用等の管理方法を見える化する。 夜勤リーダーの役割や人工呼吸器を装着している患者の受け持ち看護師としての役割の認識について、教育体制を見直す。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> 普段からチェックリストで確認の有無が目に見える仕組みになっていることはよかったが、今回は実施されていなかった。 「ダブルチェックを後で行おう」と記載があるが、2名で同時に行う必要があるか検討した方がよい。チェックリストを用いたシングルチェックとする、または2名で行うにしても「同時」ではなく「連続型」でもよかったのではないか。個々がやるべき確認行為を確実に行うことが重要である。 ダブルチェックを行うことになっている場面で、チェック者がいない時の確認方法を考えておく必要がある。 			

③ダブルチェック済だと思い実施しなかった事例

i. ダブルチェック済だと思った背景と誤った内容

ダブルチェック済だと思い実施しなかった事例3件の背景と誤った内容を整理して示す。いずれの事例も、互いに声をかけるなどコミュニケーションが取れていたなら、誤った実施には至らなかった可能性がある。

図表Ⅲ－１－９ ダブルチェック済だと思った背景と誤った内容

分類	誤った内容	ダブルチェック済だと思った背景
薬剤	別の患者に投与した	指示書にはダブルチェックをした際に行うサインがなかったが、忙しいためサインできなかったと解釈した
	10倍の流量で投与した	他スタッフにシリンジポンプの薬剤交換時のダブルチェックを依頼していたので、実施済だと思った
輸血	別の患者の輸血用血液製剤を投与した	他スタッフが冷蔵庫から取り出した輸血用血液製剤を受け取った際に、何も言われなかったので確認済だと思った

ii. ダブルチェック済だと思い実施しなかった事例の内容

主な事例を紹介する。

図表Ⅲ－１－１０ ダブルチェック済だと思い実施しなかった事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
1	<p>初療室で診療中の患者Xに対し、循環器内科医師よりワソラン静注5mg 1A+生理食塩液50mLがオーダーされ、点滴指示書が出力された。看護師Aが初療室に合流した際、患者Yの近くに置いてあった患者Xの点滴指示書を見て、患者Yを患者Xだと思い込んだ。点滴指示書にダブルチェック済のサインはされていなかったが、看護師Aは、もう一人の看護師Bが患者への処置で忙しくサインをしていないと解釈した。さらに薬剤と点滴指示書と一緒に置いてあったことから、看護師Bの確認は済んでいると考え、患者Xに処方された薬剤を調製し、患者Yに投与した。循環器内科医師より患者Xにワソラン静注5mgを投与したかと確認があり、患者Yに患者Xの薬剤を投与したことに気付いた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤の適応、薬効、副作用の知識が不足し、投与する患者に必要な薬剤か疑問に思うことができなかった。 ・当日は看護学生が初療室の見学を行っており、看護師Aは行動で示さなければならぬと考え、自分であれば点滴準備や投与はできると考えたことから、相談や確認を怠って動いてしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者には、自ら氏名を名乗ってもらい、指示書の氏名と照合する。 ・薬剤を使用する際は、手順通りに日付、氏名、薬剤名、用法・用量が正しいかを常に指差呼称して確認する。
<p>専門分析班の議論</p> <ul style="list-style-type: none"> ・背景要因に、「普段から後で確認してもらうことが習慣になっていた」とあるように、普段から実施前にダブルチェックを行わないことが多かったのではないかと推測される。患者Yに、誤って患者Xの薬剤を準備した場合においても、投与直前に、患者Y自身と点滴に記載（貼付）された患者氏名を確認することで誤投与が防止できた可能性がある。 ・薬剤の投与までの業務工程を手順通りに行うことが重要であり、ダブルチェックができなかったことが本事例の主な発生要因ではない。思い込んでいても確認することが重要であり、思い込みにより情報を正しく読み取っていなかった際ダブルチェックの本領が発揮される。 ・この事例の場合、点滴指示書のダブルチェックは指示内容の確認であり、投与直前の患者確認を目的としたダブルチェックではないと考えられる。 ・看護師Aは、ダブルチェックのサインがないことを看護師Bに聞かず、近くに置いてあったという思い込みで実施に至っている。他スタッフとのコミュニケーションが取れていたなら、未然に防止できた可能性がある。 ・ダブルチェックが省略された場合、チェックそのものの問題が見直されずダブルチェックの実行のみが改善案として挙げられることが散見されるが、本事例では改善策でチェックそのものの問題への対応を検討しているところがよい点である。 			

④ダブルチェックが必要な場面だと認識していなかった事例

i. 医療機関のルールと当事者の認識

ダブルチェックが必要な場面だと当事者が認識していなかった事例3件について整理して示す。ダブルチェックをする薬剤があるというルールは知っていたが、指示された薬剤が該当することを知らなかった事例や、そもそもダブルチェックをする必要がある薬剤のルールを知らなかった事例が報告されていた。

図表Ⅲ-1-1 医療機関のルールと当事者の認識

分類	誤った内容	医療機関のルール	当事者の認識
薬剤	ニカルジピン塩酸塩注射液25mgを1mgのところ、1A投与した	ハイリスク薬（または危険薬）の注射薬は、ダブルチェックを行う	ルールは知っていたが、指示された薬剤が該当することを知らなかった
	ヘパリンナトリウム注を皮下注射の指示が出ていたが、同薬剤は持続投与すると思い込み、持続皮下注射を開始した		
	ドプラム注射液400mgを希釈して投与するところ、原液のまま投与した	定数配置の注射薬は、ダブルチェックを行う	ルールを知らなかった

ii. ダブルチェックが必要な場面だと認識していなかった事例の内容

主な事例を紹介する。

図表Ⅲ-1-2 ダブルチェックが必要な場面だと認識していなかった事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因の概要	改善策
1	左中大脳動脈梗塞の患者に、中心静脈ポートからヘパリンナトリウム注5000単位＋生理食塩液100mLの持続点滴を行っていた。退院当日の早朝に持続点滴は終了し、退院前にヘパリンナトリウム注5000単位を皮下注射する指示が出ていた。注射箋には「手技：皮下注射」とコメント入力されており、電子カルテの掲示板には「ヘパリンの持続注射はOFF」「皮下注射をしてから退院」と記載があった。しかし夜勤担当の看護師Aは、ヘパリンナトリウム注は24時間の持続皮下注射だと思い込み、流量指示はなかったが自己判断で流量0.2mL/hに設定し投与を開始した。日勤看護師Bからヘパリンナトリウム注5000単位を皮下注射する指示であり、投与方法が違っていると指摘があった。	<ul style="list-style-type: none"> 看護師Aは、ヘパリン＝持続投与と思い込み、皮下注射を継続で実施した。 ハイリスク薬の注射は投与前にダブルチェックで確認するというルールがあるが、看護師Aはヘパリンナトリウム注がハイリスク薬に該当するという認識が薄く、ダブルチェックを依頼せず投与した。 流量指示は出していないが、24時間の持続投与と自己判断し、流量を0.2mL/hに設定した。 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤投与時は6Rの確認を徹底する。 流量などの指示入力がない場合は、自己判断せず処方医に確認する。 情報伝達は正しく実施できるよう、理由等も含めて伝達する。 ハイリスク薬の認識やルールの遵守ができるよう、病棟薬剤師と連携し教育、訓練する。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> 患者に投与する全ての薬剤をダブルチェックで確認することは現実的ではなく、通常は各医療機関内でダブルチェックを行う薬剤を決めていることが多い。しかし、その対象を「ハイリスク薬」や「危険薬」などとすると、取り扱う薬剤が該当するかどうか分からないことがある。院内でダブルチェックをすると取り決めている薬剤については、例えば、インスリン製剤、抗凝固薬、化学療法薬、麻薬・向精神薬など施錠管理の薬剤、高濃度カリウム製剤、病棟配置薬などのように定義し、薬剤一覧を具体的に示すとよい。 本事例もダブルチェックが実施できていなかったことだけが要因ではなく、指示には投与経路が記載されていることから、指示された内容を正しく認識する必要がある。 本事例の改善策も、ダブルチェックの実行のみが改善案として挙げられず、チェックそのものの問題への対応を検討しているところはよい点である。 			

(4) 医療機関から報告された背景・要因

医療機関から報告された事例の主な背景・要因を整理して示す。

図表Ⅲ－１－１３ 事例の背景・要因

○院内ルールの不遵守

- ・病院ルールでは、ダブルチェックを必ず行う項目を定めており、今回のカリウム製剤を混注した輸液製剤は該当する。看護師Aは院内ルールを知っていたが、看護師Bが巡視対応のためナースステーションに不在で、当該患者以外にも緊急の対応を必要とする患者を担当していたことから、早く済ませたいと思い、点滴が準備されたトレイから製剤を取り出して混注した。
- ・シリンジ交換時は2名の看護師でダブルチェックを行い交換するという取り決めであったが、退室準備や他の患者対応でダブルチェックする看護師が見当たらず、省略した。
- ・患者Xの部屋の前に別の患者Yの薬剤が置いてあり、患者Xの薬剤だと思い込んだ。輸液ポンプを使用する際は、看護師2名でカルテの指示画面で流量を確認し、ポケットチャートで患者のリストバンドとの照合を行ってから投与するが、照合しないまま投与した。
- ・胸腔ドレーンの交換はダブルチェックが必要であったが、夜間帯でありナースコールもあったため、1人で交換した方がよいと判断した。
- ・吸引後などに人工呼吸器を装着した際は、回路にゆるみやたわみがないか2名で触ってダブルチェックすることになっているが、1名で目視のみで確認した。
- ・本来は、温乳器から取り出した哺乳瓶は、他のスタッフにダブルチェックを依頼し、哺乳瓶に貼られたネームシールと児のネームバンドで「IDと氏名」の照合を行ってから飲ませることになっているが、今回は、ダブルチェックを依頼するスタッフが他のケアにあたっていたため、後で依頼をするつもりで失念した。

○1人での確認不足

- ・処置担当看護師は、リーダー看護師が薬剤を取り出した場所がキシロカイン注ポリアンプ1%の入っている場所であったため、渡された薬剤の名称を確認しなかった。
- ・医師は、注射薬の安ぷルを開ける前に薬剤名を確認しなかった。
- ・看護師は、ペン型インスリンを投与する際、保管袋に入っている指示書のコピーと製剤を照らし合わせず、手にしたペンがトレシーバ注だと思い込んだ。
- ・指示された薬剤は「モルヒネ塩酸塩注」であったが、看護師はオーダ画面で処方内容を確認せず、施用票とオキシコドン注射液がセットされていたので、オキシコドン注射液を準備した。
- ・シリンジには薬剤名・流量等を示したラベルは貼付されておらず、シリンジポンプにも薬剤名や流量等が明示されていない状況で、看護師は更新時に思い込みで流量を入力した。
- ・看護師は、シリンジを注射薬カートから取り出した際やシリンジ更新時、薬液開始前後に、シリンジに添付された注射ラベルの患者名、薬剤名、注射速度、投与ルート、投与量などの確認を行わなかった。
- ・外来での鎮静剤を使用した超音波内視鏡検査は、通常は医師2人体制で行っており、注射薬投与時はダブルチェックを行っているが、当時は人員が揃わず1人体制となり、医師はシリンジのラベルを見ないまま別の薬剤を投与した。

○ダブルチェックの依頼の失念

- ・人工呼吸器装着時にチェック者がいなかったため、後でダブルチェックを行ってもらおうつもりであったが忘れた。
- ・ポンプを使用する薬剤は点滴更新時にダブルチェックを行うが、今回はダブルチェックを依頼しようとしたときに、周りに人がいなかった。残量がなくなると焦り、まずは自分で点滴を更新してからすぐに他者にダブルチェックを依頼しようと思っていたが、忘れてしまった。

○チェック者がいない場合のルール不足

- ・チェック者が不在の場合のルールは定めていない。
- ・スタッフ数の少ない時間に同時ダブルチェックが実施できない場合は、時間差で行ってもよいと伝えてはいるが、明文化はされていない。

○ダブルチェック済との誤認識

- ・看護師Aは、看護師Bに輸血製剤の認証を実施していないことを伝えずに輸血製剤を渡した。看護師Bは、輸血製剤を受け取った際に、認証が終了していると思い込んだ。
- ・注射薬交換時は2名の看護師で確認することになっているため、看護師Aは、看護師Bに時差式ダブルチェックを依頼したつもりであった。看護師Bは声をかけられた記憶がなく、実施していなかったが、看護師Aは実施済と思い込んだ。
- ・点滴指示書にダブルチェック済のサインはされていなかったが、看護師Aは、看護師Bは患者の処置で忙しくサインができなかったのだと思った。

○ダブルチェックの必要性の認識不足

- ・病棟に上がってくる注射薬カート以外の注射薬は、全てダブルチェックが必要であることを周知されていなかった。今回は、病棟内の定数配置薬であったが、ダブルチェックをせずに準備した。
- ・ハイリスク薬の注射薬は投与前にダブルチェックで確認するというルールがあるが、ヘパリンナトリウム注がハイリスク薬に該当するという認識がなかった。
- ・「危険薬」のリストには、カテコラミン、注射用カリウム製剤、ヘパリン、インスリン、注射用不整脈薬、ジギタリス製剤、筋弛緩薬、注射用ベンゾジアゼピン系薬剤、注射用血管拡張薬の医薬品名、一般名、規格単位、規制区分が記載されている。今回のニカルジピンは対象となる薬剤であったが、そのルールを当事者の看護師や他の夜勤者は知らなかった。

○その他

- ・インスリン製剤はダブルチェックを行う取り決めがあったが、看護師は普段から扱っている薬剤であるため、間違いのないと思い込み、医師にダブルチェックを依頼しなかった。
- ・抗がん薬開始時や更新時などはダブルチェックすることとなっていたが、病棟で頻回に実施するレジメンであり、慣れが生じた可能性がある。

(5) ダブルチェックについて再検討するためのポイント

ダブルチェックを行うことになっていたが行わなかったため、誤りに気付かなかった事例について、専門分析班で議論した内容をもとにポイントをまとめた。

- ダブルチェックを実施する以前に、業務の手順や工程管理が曖昧になっている事例が多い。本来行うべき業務工程を実施できていないことから発生した事例が散見されており、ダブルチェックを行わなかったことが直接の要因ではないことを認識する必要がある。まずは、職員一人一人が医療機関内で決められた業務工程で実施することが重要である。
- ダブルチェックを行いたかったが、チェック者が不在であった事例が多く報告されていた。勤務者の人数、時間帯などを考慮して、「ダブルチェック」という確認方法が実施可能なのかを検討する必要がある。医療機関内で、チェック者が不在の場合の対応や、実行不可能なダブルチェックのタイミングを再考し、廃止することも含めて検討するとよい。
- ダブルチェックを行わなかった要因に、緊急時であった、時間が迫っていたなど、時間的な要因が関与している事例が報告されていた。ダブルチェックができない状況の中で、2名で確認

(チェック)することに固執し、無理に2名のスタッフを確保するよりも、まずは1名でも確実に確認することが重要である。

- ダブルチェックが実施済だと勘違いしたことにより確認がされなかった事例に共通している事項は、スタッフ間のコミュニケーションの不足であった。普段から、サインがなくてもダブルチェックが済んでいた、声をかけておけば確認してもらえたなどの状況が多いことが推測される。ダブルチェックの依頼者は、チェック者のダブルチェックが済んでいることを把握する必要がある。
- ダブルチェックで確認することができる内容を把握しておくことも重要である。注射指示書と薬剤の確認の場合は、指示内容と薬剤が正しいかを確認することは可能であるが、投与する患者が正しいかは確認できないことを認識することは重要である。
- ダブルチェックを行うと院内で決められている薬剤が周知されていない事例があった。「ハイリスク薬はダブルチェック」とすると、どの薬剤がダブルチェックの対象なのかが分かりにくくなる。委員が所属する医療機関では、「高濃度カリウム製剤、バイアル入りインスリン製剤、施錠管理している薬剤はダブルチェックを行う」など具体的に取り決めをしている。加えて、該当する薬剤一覧を作成し、誰が見ても分かるようなルールとする必要がある。

(6) まとめ

本報告書では、ダブルチェックに関連した事例について、前回の第72回報告書に引き続き分析を行った。2020年1月～2022年12月に報告された医療事故情報について、本報告書ではダブルチェックを行うことになっていたが行わず、誤りに気付かなかった事例について取り上げた。ダブルチェックを行わなかった状況で分類したところ、チェック者がいなかったためダブルチェックを行わなかった事例が最も多く、次いで焦っていたためダブルチェックを行わなかった事例やダブルチェック済だと思い実施しなかった事例などが報告されていた。それぞれの事例についてさらに分析し、主な事例の内容と専門分析班の議論を示した。また、医療機関から報告された主な背景・要因を整理した。

今回は、ダブルチェックに焦点を当てて分析を行ったが、業務の工程管理がされておらず、ダブルチェックを行わなかったことだけが要因ではない事例が多く報告されていた。また、本報告書で取り上げた全ての事例で、ダブルチェックの依頼者である当事者の確認ができていなかった。他者へダブルチェックを依頼する前に、まずは当事者自身が情報とモノが正しいことを照合することが基本であり、誰かが気付いてくれると思うのではなく、各個人に責任があることを再認識する必要がある。ダブルチェックを行うことになっていたが行わなかった事例では、ダブルチェックの未実施に問題の焦点が当てられ、改善策に「ダブルチェックを行う」と記載されている事例が多いが、本来行うことになっている確認の方法や業務の適切な遂行の問題に注目して対策を立案する必要がある。

専門分析班で議論した内容をもとに、前回の第72回報告書では「効果的なダブルチェックを実施するためのポイント」、本報告書では「ダブルチェックについて再検討するためのポイント」を取りまとめた。医療機関において、どのような時にダブルチェックを行うのか、また、ダブルチェックを行うことになっている場面で実施できない状況にはどうするか、などを改めて検討しておくことは重要である。第72回報告書および本報告書を参考に、院内で行われているダブルチェックを再確認していただきたい。