

GE0260002 口頭によるフルネームの確認、リストバンドによる患者氏名の確認を行ったが、他の患者の薬袋をとり、そのまま薬剤を投与した事例	
訪問調査の目的	<ul style="list-style-type: none"> ・事実の確認 ・背景・要因の確認 ・改善策について
主な対応者	救急部責任者（医師）、副看護部長、安全管理部医師、安全管理部看護師、安全管理部薬剤師、安全管理部事務職員2名

【報告された実施した医療行為の目的】	
配薬	
【報告された事故の内容】	
<p>眠前薬配薬時、当該患者の口頭によるフルネームの確認、リストバンドによる氏名の確認を行ったが、他患者の薬袋をとり、当該患者の名前を読み上げ薬剤を渡し、内服させてしまった。その眠前薬の残りを確認する際に、当該患者の薬袋を発見し、誤薬に気が付いた。</p>	
【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
<p>内服を行う時に、薬袋に記載されている氏名と患者本人が正しいかどうかの確認が不十分であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○事例の病棟は精神科であり、投薬は看護室に患者が取りに来て渡す、という方法であった。 ○当該事例では、看護師1人で①患者が来たら名乗ってもらった→②リストバンドで氏名を確認したが、その後他の患者の薬袋をとり、当該患者の名前で配薬した。患者の同定は正しいが、他の患者の薬剤を投与した事例であった。 ○配薬の取り決めは、看護師2人で行うことになっていたが、当日は1年目の看護師が1人で配薬を行った。 ○当該患者へ投与する正しい薬はレンドルミン、プルセニド、コントミンなどであった。 ○看護師は、全患者への配薬が終わった際、配布していない薬袋が残ったが、その患者へ投薬したことを覚えており、誤った他の患者の薬を渡したことに早期に気付いた。 ○その後、患者に中毒疹が出たため、救命センターで対応した。 <p>(1) 投薬のルール</p> <ul style="list-style-type: none"> ○配薬の取り決めは、看護師2人で一緒に①全員分を準備する→②薬袋を見て「〇〇さん」と呼ぶ→③患者が来たら名乗ってもらう→④リストバンドで氏名を確認する→⑤薬袋の氏名を患者に確認してもらう→⑥患者に薬包を渡しその場で内服してもらう→⑦配薬が終わった患者の薬袋を別の場所に置く、という流れである。

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】

【改善策】	
報告された事故の改善策	訪問で得られた知見
<p>内服薬を扱う時には、ダブル確認を励行し患者の氏名の確認を徹底する。</p> <p>確認相手が処置などでダブル確認困難な場合は、ダブル確認できる状況になるまで待つ。</p> <p>誤薬発生直後、直ちに救命センターにコンサルテーションし、誤薬後の処方・指示の確認を行う。</p>	<p>○配薬を1人で行う手順は決められておらず、今までも1人で配薬することになる場合はあったが、その時々判断で行っていた。</p> <p>(2) 配薬した1年目看護師</p> <p>○1年目の看護師は先輩看護師が他の業務を行っていたため、1人で配薬することを相談せずに決めた。</p> <p>(3) 病棟</p> <p>○事例の発生した病棟はもともと患者を間違えて配薬するヒヤリ・ハット等は少ない病棟であった。</p> <p>○当該事例は眠前薬の配薬であった。2人で配薬をするルールは、通常の業務であれば無理なくできる状況であった。</p> <p>看護師2人で一緒に①全員分を準備する→②薬袋を見て「〇〇さん」と呼ぶ→③患者が来たら名乗ってもらう→④リストバンドで氏名を確認する→⑤薬袋の氏名を患者に確認してもらう→⑥患者に薬包を渡しその場で内服してもらう→⑦配薬が終わった患者の薬袋を別の場所に置く、というルールを遵守する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・配薬は必ず2人で行う。 ・ダブルチェックを行う。

訪問での主な意見等

- 現場では1人で配薬することはよく起きているのかもしれない。別の看護師が何を優先したために1人で配薬することになったのかを分析することが有用であろう。
- 通常のルールでは、名前を呼ぶ、名乗ってもらう、薬袋やリストバンドなどのものを見る、など複数の確認をしており、確認の防御が複雑になっている場合がある。複雑になると看護師はルールを追うことが目的となってしまう、患者と薬剤を「照合する」という目的が抜けてしまった可能性がある。
- 本事例において、確認の際にリストバンドや患者自身が名前を名乗るといったことは1人でも遂行できている。しかし、「ルールを遂行する」ことに精一杯でルールの意味を十分に理解していなかったため、薬剤と患者の照合がもれた可能性がある。
- ルールをシンプルにすることも考えてはいかがか。「場合によっては守らなくてもいい」というルールは見直しが必要である。
- シンプルな方法から、何かあって重ねていくうちにルールが複雑になる。一概に単純化がよいとはいえないが、ルールを整理することも考えてはいかがか。
- 行うべき業務は薬袋と患者を突き合わせることである。これを記憶ではなく「もの」で行う。記憶に頼ると時間の差により誤りを生じる可能性がある。
- 精神科の配薬は、看護の大事な場面であり、患者の反応を見ながらコミュニケーションをとりながら配薬できるとよい。例えば、多くの患者に一度に配薬するのではなく、患者をいくつかのグループに分けて渡す工夫もある。この場合、中断業務が起きた時に対応しやすい。
- 「必ず2人で・・・」というルールにこだわるとルールの不遵守がでてくるのではないか。1人で行える仕組みを考えておくことも検討してはいかがか。
- 当該医療機関では他の事例で、2人でダブルチェックをしても誤ったこともあり、ダブルチェックの機能について検討している。
- 当該事例では、2人の目でみるダブルチェックであれば、間違いに気が付いた可能性がある。
- 2人で行うダブルチェックが機能している場面はあるだろう。1人で行うダブルチェックは2人で行うダブルチェックより精度が落ちる可能性がある。1人で間違えるリスクと1人で行う効率、2人で行うことで生じるリスクと2人で行う安全性があり、トータルで考える必要がある。片方がすばらしいというのではなく、現実に即した方法を考えることが必要である。ダブルチェックが機能しなかった背景、機能した背景に注目してはいかがか。

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】