

GE0260005 ICUから病棟に移動した患者の、ノボヘパリンの持続点滴が「指示保留」のまま投与されなかった事例	
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	医療安全担当責任者（医師）、医療安全担当医師、副看護部長、内科リスクマネジャー医師、医療安全管理室担当者（看護師）、病棟看護師長、安全管理室医師、リスクマネジャー薬剤師、安全管理事務職員

【報告された実施した医療行為の目的】	
D I Cの治療目的	
【報告された事故の内容】	
患者にノボヘパリン注5,000単位/5mL 2V+生理食塩液500mL（点滴・静注用）側管精密（自動）持続点滴6mL/hで指示が出ていたが実施されていなかった。3日後に担当した看護師が、電子カルテの指示と患者に投与されている薬剤との照合を行った際に疑問に思い、午後3時頃、日勤リーダー看護師より病棟師長へ報告あり、2.5日間、指示薬が投与されていないことが発覚した。	
【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
<p>14時頃、患者はICUより退室した。ICU退室時はノボヘパリンは中止となっていた。主治医はICU退室前にノボヘパリンの指示を出した。患者がICUより退室した時、主治医は不在だった。日勤リーダー看護師は、ICU退室後及び翌日の点滴の指示受けを行った際、ノボヘパリンがオーダーされていることに気付かなかった。準夜の受け持ち看護師B及びリーダー看護師Cは、準夜帯で0時からの点滴を準備する際、ノボヘパリンの指示に気付いたが、何時から開始すればよいのか戸惑い、21時頃、当直医（呼吸器内科医師）に確認したが、当直医より主治医に確認するよう指示あり、実施しなかった。深夜のリーダー看護師Dは日勤リーダー看護師A（前日と同じ看護師）に、ノボヘパリンの実施の有無について、主治医に確認するよう依頼した。当日午後、日勤リーダー看護師Aは主治医に確認し、主治医は指示通りに実施するよう伝えたが、日勤リーダー看護師はICU退室時にノボヘパリンが中止されているため、「ノボヘパリンは中止のままでもよい」と思い込み、看護ワークシートのノボヘパリンの欄を「指示保留」という意味で手書きでカッコを書き込んだ。準夜～2日後深夜の受け持ち看護師及びリーダー看護師7名は、電子カルテの注射指示や、看護ワークシートと実施されている点滴の照合・確認が不十分であり、ノボヘパリンが実施されていないことに気付かなかった。また、指示実施されていないことに気付いても、</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○患者は、肺癌で、化学療法後の間質性肺炎急性増悪のためステロイドの大量投与を行っており、病室で吐血し、緊急でクリッピングをした。患者は多臓器不全、D I Cで全身状態管理のためにICUへ移動し、治療を受けていたが、回復が見込めず保存的治療の方針となり、もともと患者が入院していた当該病棟へ戻った。 ○ICUと病棟の指示入力システムは別であり、病棟への移動の際、改めて内科主治医は指示入力を行った。 ○内科主治医は病棟へ移動する前に、D I C治療目的で、当該病棟に戻った翌日から「ノボヘパリン注5,000単位/5mL 2V・生理食塩液500mL 1袋（点滴・静注用）側管精密（自動）持続点滴6mL/hの指示を出していた。 ○当該病棟のリーダー看護師Aは、注射指示を受ける際、ノボヘパリンの開始には気が付かないまま、電子カルテでの「指示受け」を行った。 ○当該患者の静脈点滴は、維持液のほかノルアドレナリン、プレドパ、ノボリンRの薬剤が投与されていた。 ○当該病棟では、患者の移動日を含め3日間、看護師Aが日勤のリーダーを勤めており、「指示保留」の思い込みを修正できなかった。その間患者を担当した看護師8名も看護ワークシートの手書きの「指示保留」のまま、指示の確認を行わなかった。

- 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】

指示は保留または中止中であると思い込み、他者に確認せず、約2.5日間、指示薬が投与されていなかった。

○3日後に担当した看護師が、電子カルテの指示と患者に投与されている薬剤との照合を行った際に、ノボヘパリンが投与されていないことを疑問に思い、上司や医師に確認し、指示の未実施に気付いた。

(1) リーダー看護師A

○リーダー看護師Aは電子カルテより、ICUにおいて患者にノボヘパリンが投与されていたがその後中止になった、という情報を収集していた。しかし、ICUで投与されたノボヘパリンが動脈ラインの血栓防止目的であることは知らなかった。

○看護師Aは内科主治医にノボヘパリンの指示について確認する際に具体的な薬剤名や質問の意図を告げず、「注射の指示はどうしたらよいか？」と聞いた。内科主治医は「今のままでよい」と返答し、看護師Aは「ノボヘパリンは中止のままでよい」と思い込んだ。

○看護師Aは患者の看護ワークシートのノボヘパリンの欄に「指示保留」と記載し、その情報を夜勤の看護師に引き継いだ。

○ICUから患者が移動した日から3日間の日勤リーダーは看護師Aであった。看護師Aはノボヘパリンの注射指示を意識せず指示受けボタンを押しており、ステータスは「指示受け」になっていた。

(2) 内科主治医

○院内では、ICUの患者はICU医師が主治医となり、病棟では診療科医師が主治医となる。ICUの医師との合同カンファレンスも行っており、主診療科が変わったことによる影響はなかった。

○内科主治医は、ICUにおいてもDICの治療でノボヘパリンの投与の必要性は考えていたが、動脈ラインを詰まらせないための抗凝固目的でノボヘパリンが投与されていたため、静脈ラインからの投与は指示しなかった。ICUの主治医も同様の見解であった。

○内科主治医はICUで動脈ラインを抜去したため、病棟ではDIC治療目的のノボヘパリンを静脈から投与する指示を入力した。本来なら、指示を出した際に投与開始時間や投与目的を看護師に伝えるが、内科主治医が不在の時の患者移動であったため、情報伝達ができなかった。

○通常、医師は指示を出すと看護師に声かけを行うが、内科主治医は他の用事のために焦っており、看護師への声かけをしなかった。

○次の日、内科主治医はリーダー看護師Aから注射指示の問い合わせを受けたが、ノボヘパリンの投与の指示の確認だと思わず、包括的な注射指示の確認だと思い「今のままでよい」と返事をした。

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】

(3) 看護ワークシート

- 看護ワークシートへ看護師が手書きで記載することは、行わないのが原則である。しかしルールが守られていなかった。
- 看護ワークシートは、保管を行う書類ではなく毎日の業務終了時、廃棄するものである。
- 看護ワークシートは注射指示、処置指示が記載されるもので、看護ケア計画や検査は別のシートに反映される仕組みである。
- 通常、看護ワークシートと注射指示の記載が異なる場合、優先するのは注射指示である。
- 看護ワークシートは印刷した紙媒体であるため、指示システムの情報とタイムラグが生じる場合がある。看護ワークシートが常に最新の情報とは限らない。

(4) 薬剤

- 電子カルテのステータスが「指示受け」であったため、指示されたノボヘパリンと生理食塩液は病棟に払い込まれた。しかし製剤は投与されずに、薬剤部に返却された。薬剤部では返却薬と指示の照合は行っていない。
- ノボヘパリンの指示に開始時間の入力はされてなかった。当該病棟ではシリンジポンプを使用した薬剤について、夜間帯に開始することはあまり行われていない。

(5) システム

- 電子カルテの閲覧画面では「ノボヘパリン／動脈ライン」の記録の「動脈ライン」の表示が切れており、投与経路は分からなかった。看護師Aは、ICUで投与されていたノボヘパリンは中止になったため、病棟でのノボヘパリンの指示も中止である、と思い込んだ。
- システム上、医師が指示を出すとボタンが青色となり、看護師が指示受けをすると白色になる。ステータスが色でわかるようになっている。
- 事例では電子カルテのノボヘパリンの処方は、「指示受け」の白色のステータスのままであった。「実施」のステータスになっていない処方のフローは明確に決められていない。
- 医師の指示が出された後、実施したかどうか画面のステータスを見ないと分からないシステムであった。毎日画面は変わるため、前日の指示の実施は、前日の画面を展開しないと分からない。実施していない指示に関してアラートが出る仕組みはなかった。

【改善策】	
報告された事故の改善策	訪問で得られた知見
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の指示受けを行う場合は、医師の指示の意図を確認・把握し、その指示で他のスタッフも継続的かつ安全に看護業務が実施できるかということも含め、指示受けを行う。 ・ 患者の病態とその治療について十分に把握する。 ・ 勤務の始めや注射指示の変更時に、注射指示を電子カルテで確認し、また、患者のベッドサイドで看護ワークシートと実施中の持続点滴の照合・確認を行う。 ・ ルールを遵守し、看護ワークシートへの手書き記載は行わない。 ・ 看護ワークシートは常に最新の状態ではないという認識をもち、電子カルテの注射指示で必要な確認を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ルールを遵守し、看護ワークシートへの手書き記載は行わない。 ○ 看護ワークシートは電子カルテシステムやネットワーク環境の整備を行っているところであり、今後徐々に廃止となる予定である。

訪問での主な意見等
<p>○ 看護ワークシートに手書き記載を行わないルールがあったが、それが守られなかった理由には、利便性があったのではないかと。無理なルールは逃げ道を作るので、理想的なルールよりもコンプライアンスを保つことができるルールにしておくことが大切であろう。原則「しない」ということも重要だが、情報伝達の時間差などに耐えられるルールが現実的である。</p> <p>○ 注射が保留や中止となった場合に、薬剤を返却する手順が決まっていなくて、本来患者に投与されているべきものが投与されていない、ということに気が付きにくい。</p> <p>○ 薬剤の払い出しの際には注意が向くが、返却に対して注意が向けられにくい。薬剤の指示から実施、後片付けの流れの中で、薬剤の返却を受けた薬剤師の「あれっ？」と思う疑問があれば、誤りに気が付ききっかけになる可能性がある。</p> <p>○ 薬剤の払い出し後、指示が変更され返却されたものの取り扱い、患者の会計に関係するところであり、注意が必要である。本来投与されるべき薬剤の未実施は会計システムがアラートになるのではないかと。</p> <p>○ ノボヘパリンの投与の目的はICUでは主に動脈ラインの血栓防止、病室ではDIC治療であり、それぞれに目的があった。ICUで動脈ラインを確保している意味を、病棟看護師は知らなかった可能性がある。</p> <p>○ 当該医療機関では、ICUでの看護について、新人看護師が学べるよう座学での研修とともに、半日間の経験教育を実施している。ノボヘパリンについては、ICUで使用していたのはDICの治療目的とっていた病棟の看護師もいた。</p> <p>○ 看護師は経験が増すと、医師の指示を受け、患者の状況とともに判断をする。事例の看護師もノボヘパリンの投与の意味を判断し、「ICUで中止になっているのだから」と判断し、指示を保留したのだろう。</p> <p>○ 看護師の判断→医師へフィードバック→薬剤の指示→返品処理、というつながりがあるとよい。医師の指示を保留したら必ずフィードバックする仕組みを検討してはいかかか。</p> <p>○ 病棟内で、リーダー看護師の判断が絶対視される文化があったのではないかと。スタッフ看護師が「もう一度声を出して」という道筋があるといいのではないかと。</p> <p>○ 当該病棟では、リーダー看護師が絶対視されていることはなく、むしろ流してしまったという現実があった。「きっと○○だろう・・・」という思いがあった。声を出して他に確認する、ということができなかった。</p> <p>○ 原因分析をする際に、「なぜ止めることができたか」を分析するといった文化ができるのではないかと。事例では発見した看護師によって誤りが止まっている。このことを分析してはいかかか。</p> <p>○ 当該医療機関では事例について、KYTで振り返りを行った。声出しの重要性を改めて認識した。</p>

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]