

調査5 医師に「ATP」（アデシノンP）と指示された際、看護師がアトロピン硫酸塩注を準備し、投与した事例

報告時の事例

事例の内容	背景・要因	改善策
<p>出生後、新生児集中治療センターに入室した患者に発作性上室性頻拍を認め、医師AはATP（アデシノンP）投与の準備を口頭で看護師Bと医師Cに依頼した。看護師Bは患者の担当ではなかったが、看護師Dと夜勤をしており、患者の状態は把握していた。看護師Dは夜勤から日勤への引継ぎ中であった。看護師Bは医師Aから「ATP」と言われセンター内の薬品棚で「ATP」を探すが見当たらなかったため、救急カート内を探した。看護師Bは救急カート内にあった「アトロピン硫酸塩注」をATPと思い取り出し、医師Cに「これでいいですか」とアンプルを見せた。医師Cは確認しないまま「それ（でいいです）」と返事をした。看護師Bは薬液を1mLの注射器に0.8mLほど吸い上げ、医師Cに注射器を渡した。医師Cは1mLの注射器を医師Aに渡した。医師AはPIカテーテルの側管からアトロピン0.4mLを注入したが反応はなかった。再度同様に注入した数分後、心拍数220～230回/分に上昇した。電気的除細動の準備をしていると、引継ぎを終えた看護師Dが戻ってきた。看護師Bは心拍数の上昇と薬剤の投与の経過を伝えたところ、看護師Dからアトロピン硫酸塩注は心拍数上昇を助長してしまうのではないかと指摘を受けた。空アンプルを医師Cに再度見せると、ATP（アデシノンP）ではなくアトロピン硫酸塩注であることがわかった。</p>	<p>看護師Bは医師Aから指示された「ATP」という薬が「アデシノンP」であることを知らなかった。看護師Bは「ATP」という薬が何の薬か自分が知らないことを医師に言わなかった。医師Cは看護師BがATPのアンプルを見せていると思込みアンプルの薬剤名を確認しなかった。薬剤名を口に出して確認が行われなかった。医師A、医師Cは新生児集中治療センターにATP（アデシノンP）が配置されていると思込んでいたが、実際にはなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 初めて使用する薬剤の場合は、医師や他スタッフにもその事を伝える。 緊急時に口頭指示で薬剤を準備する場合は、薬剤投与の原則に則り、指差し・声出しでの確認を怠らない。 薬剤だけでなく、業務を遂行するにあたり不明な点がある場合、遠慮なく問うことが出来る職場環境を作る。 センターに配置されている薬剤の情報を共有する。 緊急時に使用する薬剤の配置を検討する。

現地状況確認調査時の医療機関の対応者

医療安全全部部長（医師）、医療安全管理室室長（医師）、医療安全管理室課長（看護師）、医療安全課課長、医療安全課課長代理、NICU看護師長

調査で得られた知見

1. 事故発生の経緯：医療機関より説明（医療機関提供資料一式）

2. 背景・要因

○口頭指示について

- 原則、口頭指示は行わないことになっている。しかし、外来や手術などで現場に行けない場合、電話で指示を受ける場合がある。その際は、指示を聞きながら「口頭指示書」に記載し、復唱して確認することになっている。

- ・緊急時の口頭指示について、院内の取り決めはなく、「5 Rを徹底する」こととしている。このことについて、明文化はしていない。

○アデシノンPの配置

- ・NICUにおいて、アデシノンPは年に1回使用する程度であり、定数配置はしていなかった。隣の小児科病棟には定数配置してあったため、必要な場合は小児科病棟から借りていた。

○NICUの看護師

- ・部署配属期間の長い看護師は、NICUにアデシノンPが定数配置されておらず、小児科病棟に借りに行く必要があることを知っていた。しかし、看護師Bは6年目であるが、アデシノンPを使用する場面の経験はなかった（そのくらい使用頻度が少なかった）。そのため、看護師BはアデシノンPが冷所保存の薬剤であることや小児科病棟に配置してあることを知らず、NICU内の薬品棚や救急カートから薬剤を探した。
- ・NICUには、他にも看護師などのスタッフがいたが、看護師Bは医師Cや他の看護師に質問はしなかった。「知らない」ということを言いづらい雰囲気が多少なりあった。
- ・看護師Bは、医師Cにアトロピン硫酸塩注のアンフルを見せた際、指示された「ATP」がアトロピン硫酸塩注なのか不安に思いながら「これでいいですか」と聞いた。医師Cから「それ」と返答があったので、アトロピン硫酸塩注で正しいと思った。
- ・看護師Bは、アトロピン硫酸塩注を1mL注射器に吸い取った際、全量吸うと内筒が抜けて薬剤がこぼれてしまうことがあるため、あえて0.8mL準備した。この際、薬剤名を記載しなかった。薬剤を少量のみ準備することはNICUでは患者への投与量が少ないことから、通常行われていることであった。

○NICUの医師

- ・医師A、Cは、アデシノンPがNICUに定数配置されていないことを知っていた。しかし、看護師Bが小児科病棟から借りて準備するだろうと思っていた。
- ・医師A、CはNICUの担当が長く、常時NICU内で勤務しているため、各看護師の知識やスキルの程度を把握していた。
- ・医師Cは、看護師Bであれば「ATP」を知っているだろうと思い、看護師Bが見せたアンフルを自分の目で見て確認する余裕はあったが見なかった。その後、看護師Bが薬剤を吸い取った注射器を受け取り、医師Aに渡した。
- ・医師Aは、医師Cから注射器を受け取った際、注射器に薬剤名が記載されていなかったが、医師Cが間違はずがないと思い、確認しないまま投与した。

○NICUの環境

- ・NICUは、一つの部屋の中央に指示や記録、薬剤の準備などを行うテーブルがあり、その周囲に6床のベッドがある。
- ・NICUは、新生児期から濃厚な医療を必要とする患児が入院しており、狭い空間の中に複数の看護師や医師が常時勤務している。そのため、他の病棟と比べると互いの係わりが密であり、コミュニケーションが取れている反面、質問しづらい雰囲気もあった。

3. 事例報告後、実施した主な改善策

- ・薬剤の準備の際は、「5 Rを徹底する」ということを改めて周知した。
- ・看護師が確認を依頼した際は、医師は目で見て確認することを再度周知した。
- ・小児科病棟においても、アデシノンPの定数配置について薬剤師を含め検討し、医師の合意のうえで定数配置を廃止した。現在は、アデシノンPを投与する際は患者用に処方オーダーを行うことになった。
- ・今年度に入り、NICUの病棟薬剤師の配置時間が長くなり、定数配置薬の点検などが行えるようになった。
- ・各病棟の定数配置薬一覧があるため、各病棟で確認してもらうこととした。
- ・遠慮なく問うことができる職場環境を作るためには時間がかかるが、今回の事例を通して医師も含めて話し合い、看護師が分からないことや疑問点があれば医師に質問し、医師にはきちんと回答することを確認した。

調査時の議論等（○：訪問者）

- 緊急時には、口頭指示が発生する場面もある。「5 Rを徹底する」と周知されているようだが、今回の事例であれば「アトロピン0.5 mgです」と薬剤名を口頭で言うなど、確認する内容を具体的にしておく方が良いだろう。また、5 Rを徹底するのは看護師だけではなく、医師など他の職種が意識することも必要であろう。
- 人に確認することに羞恥心を感じ、声に出せないことがある。そういう時に事故は起こりやすい。例えば、列車の運転手はどんなに周囲に乗客がいても、必ず指差し・声出し確認を行う。それが安全につながる。声に出して読み上げる癖がつくと、当たり前の手順として行える。そのような意識付けをされてはいかがか。
- 電話などの際は「口頭指示書」があり、メモをして読み上げることができている。しかし、緊急時はメモさえできない場面もある。「指示を出した人に聞こえるように声に出して（アンプルの薬剤名を）読み上げる」ということを徹底することは必要であろう。
- 訪問者が所属する医療機関では、「他者の確認を鵜呑みにせず、自分の目で確認する」と教育している。医師が見たから大丈夫、先輩が準備したから大丈夫となりがちだが、そういう「大丈夫」は実は「大丈夫ではない」と教育している。そのため、医療機関内において、疑問が解決するまで確認することを、互いに許容しておくことも必要であろう。
- 事例の分析（ImSAFER）の最後が「確認行動を怠った」になっている。可能であれば、さらに「なぜ、確認行動を怠ったのか」を分析できるとよいだろう。また、この分析を医療安全管理室の2名で行っているが、現場のスタッフと分析するとより具体的な改善策につながる可能性がある。

- 1 【1】
- 1 【2】
- 1 【3】
- 1 【4】
- 1 【5】
- 1 【6】
- 2 【1】
- 2 【2】
- 3 【1】
- 3 【2】