

### 調査4 オキシコドン徐放カプセルの1回量と1日量を読み間違え、過剰投与した事例

報告時の事例		
事故の内容	背景・要因	改善策
<p>患者はがん性疼痛に対してオキシコドン徐放カプセルを以下の内容で服用していた。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・オキシコドン40mg 4カプセル 2×12時間ごと</li> <li>・オキシコドン10mg 2カプセル 2×12時間ごと</li> </ul> <p>20時55分、婦人科病棟所属の看護師Aは、オキシコドン徐放カプセルを金庫から取り出した。10mgの規格の処方箋を見て、1カプセルを薬袋から取り出し、テーブルに並べた。次に、40mgの規格の処方箋を見て、1日量4カプセルの4にマーカーで「○」がしてあったため4カプセルを薬袋から取り出し、テーブルに並べた。21時5分、看護師Aは、フリー業務を行っていた外科病棟所属の看護師Bがステーションに戻ってきたため、ダブルチェックを依頼して処方箋を読み上げ指差しをして確認し、使用数欄に4と記載した。看護師Bは、看護師Aから麻薬処方箋のダブルチェックを依頼され、声出しと指差しをして患者氏名と薬剤名、1日量、残数のみを確認した。21時10分、処方箋、オキシコドン徐放カプセル10mgを1カプセル、オキシコドン徐放カプセル40mgを4カプセル持って急いで患者のもとへ訪室し、患者の前で処方箋の内容を声出しして確認し、与薬した。与薬後、再度処方箋と残数を確認し、処方箋をしまった。翌日9時5分、婦人科病棟所属の看護師Cは、オキシコドン徐放カプセルを金庫から取り出した。投与予定時間を5分過ぎており、環境整備のため病室を回っていた看護師Dに「麻薬のダブルチェックをお願いします」と声を掛け、一人で患者のもとへ訪室した。患者は傾眠であったが声掛けで覚醒したため、氏名を名乗ってもらい使用数（オキシコドン徐放カプセル10mgを1カプセル、オキシコドン徐放カプセル40mgを2カプセル）と残数を確認した。9時10分、数分待っても看護師Dが来なかったため、患者と一緒にダブルチェックして与薬した。9時15分、内服確認後、患者のもとで再度処方箋を確認した時に、前日21時分の使用数欄に4と記載されていることに気付いた。9時20分、看護師Aに確認したところ過量投与が発覚し、当直医師へ報告した。</p>	<p>処方箋の「オキシコドン徐放カプセル40mg 4カプセル / 2×12時間ごと」の1日量4カプセルの4にマーカーで「○」がしてあった（1回投与量が1錠以外の場合は注意喚起のため、リーダー看護師の判断で○をつける婦人科病棟のみのルール）。麻薬の残数確認ができていなかった。婦人科病棟が閉鎖となり、当該患者は同じフロアにある残り3病棟のうち、外科病棟に転棟していた。婦人科病棟所属の看護師Aと看護師Cは外科病棟での初めての深夜勤務であった。看護師Aと看護師Bの連携が上手く取れなかった。看護師Bは転棟してきた当該患者の情報を持っていなかった。ダブルチェックが確認サインをもらうための業務になっていた。麻薬に関する教育がされていなかった。麻薬に関する看護手順書がなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マーカーで1日量に「○」をするルールは廃止する。</li> <li>・処方箋に1回投与量を記載する欄を設ける。また、麻薬の残数が分かりやすいよう欄を修正する。</li> <li>・病棟の閉鎖で他病棟に勤務する場合、患者情報を共有し、看護師同士で連携を取れるよう事前にミーティングを行う。</li> <li>・ダブルチェックの方法を2名で同時に行う方法から、2名で処方箋と麻薬を入れ替えて双方向で行う方法に変更する。</li> <li>・麻薬管理者が麻薬に関する講習会、教育を行う。</li> <li>・麻薬に関する看護手順書とフローチャートを作成して、各病棟に周知徹底する。</li> </ul>

<b>現地状況確認調査の内容</b>
<b>医療機関の対応者</b>
副院長（安全管理担当）、医療安全管理室：室長・専任医師2名・看護師2名・薬剤師、病棟師長
<b>得られた情報</b>
<p><b>1. 事故発生の経緯</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事例発生時は長期連休中のため婦人科病棟を一時的に閉鎖して同じフロアの外科病棟と合併し、婦人科病棟所属の看護師は外科病棟で勤務していた。</li> <li>・患者はオキシコドン徐放カプセルを継続して内服している。</li> <li>・オキシコドン徐放カプセル10mgの処方箋は、前日夜から施用開始。</li> <li>・オキシコドン徐放カプセル40mgの処方箋は、当日夜から施用開始。</li> </ul> <p><b>2. 背景・要因</b></p> <p>○処方箋</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・処方内容は2行で記載されていた。 「麻）オキシコドン徐放カプセル「テルモ」40mg 4C 2×12時間ごと 5日分」</li> <li>・処方箋の下半分には、「月日、処方、朝、昼、夕、夜、空欄2列」の8つの欄があり、部署ごとに欄を使用数、残数などに書き換えて使用していた。</li> <li>・当該患者の処方箋は、「月日、処方、朝、昼、夕、夜、空欄2列」の欄を、それぞれ「日付、（9時分）使用、残、サイン、（21時分）使用、残、サイン」と書き換えて使用していた。</li> </ul> <p>○婦人科病棟所属の看護師A（職種経験・部署配属期間：2年9ヶ月）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・処方箋の1日量を1回量と読み間違え、1回4カプセルと思い込んだ。</li> <li>・麻薬という認識が足りなかった。</li> </ul> <p>○院内で決められたダブルチェックの方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者のベッドサイドに行く前に看護師2名で同時に確認する。</li> <li>・麻薬、抗がん剤、カリウム製剤などのハイリスク薬が対象である。</li> <li>・処方箋（紙）と薬袋を準備する。2名（X、Y）が横に並び、Xが処方箋の患者氏名、オーダ番号を読み上げ、Yが薬袋の患者氏名、オーダ番号を見る。次に、Xが処方箋の薬剤名、用量を読み上げ、Yが薬袋から1回量の薬剤を取り出し、薬剤と用量を確認する。</li> </ul> <p><b>3. 事例報告後、実施した主な改善策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・処方箋の書式を変更して、看護師が記載する1回投与量の欄を処方内容の下に設けた。</li> <li>・処方箋の下半分に記載されていた「月日、処方、朝、昼、夕、夜、空欄2列」の欄を使用数や残数などに書き換えて使用していたが、それらの欄を「日付、時間、投与量／残数、サイン、サイン、日付、時間、投与量／残数、サイン、サイン」に変更して、1日分を1行で使用する運用に変更した。</li> <li>・当該病棟の対策として、ダブルチェック時に6Rの確認を徹底することとした。</li> <li>・婦人科の患者はオピオイドを使用していることが多いため、オピオイドについての知識を得る。</li> <li>・ダブルチェックは、XとYの処方箋の読み上げと麻薬の照合の役割を交代して2回実施する、双方向で行う方法に変更した。また、その内容を回報に記載して院内に周知した。</li> </ul>

Ⅲ
1〔1〕
1〔2〕
1〔3〕
1〔4〕
1〔5〕
2〔1〕
<b>2〔2〕</b>
3〔1〕
3〔2〕
4〔1〕
4〔2〕

## 調査時の議論等（○：訪問者、●：医療機関）

- 現行の処方箋では服用回数が2行目に記載されている。麻薬の場合、レスキューなど1回量を薬袋から取り出す方法と、1日量を服用回数で割り算して1回量を取り出す方法と複数あるため、服用回数の情報が1行目に入るようにレイアウトを変更されてはどうか。
- 用量を「2×」と記載されているが、「分2」の方がよいのではないか。
- 処方箋の書き方を変更し、1回量を記載することも検討している。
- 1回量処方に変更する場合、システムの変更や院内での教育・周知等を含めて、病院として徹底的に取り組む必要があるだろう。
- 訪問者が所属する医療機関では、薬袋の裏に日付、使用数、残数を記載する欄を設けて残薬管理をしている。貴院の薬袋には1回量の記載があるため、薬袋の使用を検討されてはどうか。
- 医療安全マニュアルに「2名でダブルチェックする」と記載されているが、「◎◎が、○○と□□（モノ）の△△（患者名、薬剤名など）を確認する」など、ダブルチェックの方法を具体的に記載された方がよいだろう。
- 医療安全マニュアルは毎年更新しているため、次年度の更新に合わせて内容を検討する。
- ダブルチェックは、2名で同時に行くとそれぞれの責任が曖昧になる傾向がある。事例発生後、双方向で行う方法に変更されているが、2回の確認で、確認項目が患者氏名、オーダ番号、薬剤名、用量などと多く、煩雑で間違える可能性もあるだろう。
- ダブルチェックを双方向で行う方法に変更してから麻薬の用量を間違えたインシデントは報告されていないということであり、一定の効果があつたと思われる。双方向でのダブルチェックの方法について職員に実施しやすさ等を確認してもよいだろう。
- ハイリスク薬の場合には6Rで確認するとされているが、薬効と患者の臨床症状が適合しているかを判断することは容易ではない。患者氏名、薬剤名、時間、投与量、投与方法などを照合することはマニュアルに記載されているが、目的を照合する方法は処方箋や薬袋では出来ないのが現実である。□□の場合は△△するというような前提条件は、医師の指示が無ければ難しく、どのように6Rで確認するか、新人看護師でも出来るようなシンプルな方法を検討してもよいだろう。
- 看護師Cが患者とダブルチェックしているが、患者と確認できるのは氏名ぐらいではないか。また、患者との確認はダブルチェックとは言えない。
- 今回の事例のように、1日量4カプセルの「4」に○を付けるのは婦人科病棟のみのルールであり、各病棟のローカルルールが存在している。病棟が合併されて一つになった際にどのようなフォローが必要か内容を決めておいてもよいだろう。