

調査2 患者Xの薬剤を同姓の患者Yに内服させた事例		
報告時の事例		
事例の内容	背景・要因	改善策
<p>看護師Aと看護師Bが患者Xのナルサス錠6mg 1錠を配薬ケースに準備した。20:20に看護師Cは看護師Aから患者Xの配薬ケースを受け取り、処方指示画面で確認した。患者Yの点滴更新時刻であったため、看護師Cは患者Yの病室へ向かい、フルネームを名乗ってもらい、配薬ケースの名字を確認して患者Yにナルサス錠を内服させた。20:52に看護師Cが患者Yのベッドサイドで患者Xの眠前薬が見当たらないと探していることに看護師Aが気付いた。看護師Cが患者Xのナルサス錠を同姓（名は違う）の患者Yに内服させたことがわかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 配薬時、フルネームを名乗ってもらったが、配薬ケースの名字のみで確認した。 患者と共に配薬ケースの氏名を確認しなかった。 同姓の患者を担当していることを認識していなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 配薬時は、患者に名乗ってもらったフルネームと、配薬ケースの氏名を指差し呼称で照合確認する。 配薬時に患者と共に照合確認する。 勤務開始時に、同姓の患者がいることを共有する。

現地状況確認調査の内容
<p>医療機関の対応者</p> <p>医療安全管理部：副部長（GRM）、副看護部長（GRM）、看護師長（GRM）、薬剤主任（GRM）、看護部：副看護部長（安全管理・質保証担当）、病棟看護師長2名、薬剤部：薬剤師</p>
<p>得られた情報</p> <p>1. 事故発生の経緯</p> <ul style="list-style-type: none"> 19:38、看護師Aは、看護師Bと患者Xの20時のナルサス錠を確認した。 看護師Aは、ナルサス錠を病棟で使用している配薬ケースに入れ、配薬ケースごと金庫に保管した。配薬ケースには、赤いテプラで「麻」の文字と、白いテプラで投与時間の「20時」が貼られており、ケース前面の白いテープに手書きで患者Xの氏名が漢字で記載されていた。 19:55、看護師Aは、看護師Cに患者Xの麻薬の配薬を依頼した。 20:20、看護師Cは、患者Xと患者Yの姓の患者は患者Y1名しかいないと思い込んでおり、患者Yの病室へ行き、患者Xの処方指示画面でナルサス錠の指示を確認した。 看護師CがPTPシートから患者Yの手のひらにナルサス錠を出したところ、患者Yより「何の薬か？」と質問があった。看護師Cが「痛み止めです」と伝えたところ、「痛くないけど」と返答があったが、そのまま内服してもらった。 患者Xには眠前に内服する薬剤があり、看護師Cは患者Xを患者Yだと思い込んでいたため、患者Yが内服したか確認しようと思い、患者Yの部屋を訪れた。しかし、テーブルの上に配薬ケースがなかった。 看護師Cは、スタッフステーションに戻り、ペアの看護師Aに患者Yの眠前内服薬の配薬ケースの所在を確認したところ、同姓の患者Xがいるので誤認しているのではないかと問われた。 看護師Cは、そこで同姓の患者が2名いることを認識し、ナルサス錠を内服させた患者を誤ったことにも気付いた。 当直医に報告し、当直医から患者Yに説明を行い、経過観察することになった。



- 1 [1]
- 1 [2]
- 1 [3]
- 1 [4]
- 2 [1]
- 2 [2]
- 3 [1]
- 3 [2]
- 4 [1]

2. 背景・要因

○患者

- ・医療機関の所在地ではよくある姓の同姓患者が2名いた（どちらも男性）。2名の患者の名は漢字の「一」が共通しており、読みはどちらも「かず」で漢字のイメージや読み方など名の雰囲気も似ていた。
- ・患者Xは、麻薬を内服していた。
- ・患者Yは、初回の抗がん剤治療のため入院していた。

○同姓同名患者の識別などの工夫

- ・病室入口のパネルやベッドサイドのボードに「！同姓注意！」を表示することになっており、患者Xと患者Yも同様に表示していた。
- ・ナースコールボードの画面では、同姓や同名、漢字は違うが読みが同じ場合は赤文字で表示されるようになっている。
- ・通常、日勤・夜勤ともに同姓の患者を担当しないよう割り振るようにはしていたが、この日は術後の患者や化学療法を行う患者がいたこと、看護師Aの経験年数が浅いことから担当を考慮したところ、同姓の患者を受け持つことになった。

○病棟の体制・勤務状況

- ・病棟の病床数は53床で、当日の在院患者は48人であった。
- ・PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）を導入しており、看護師Aと看護師Cはペアであった。
- ・看護師Bは日勤の遅出勤務で、処置などを行うフリー業務であった。
- ・日勤リーダー看護師は、夜勤の看護師Aと看護師Cに担当の患者の中に同姓の患者がいることを申し送っていた。

○看護師A

- ・日勤者からの申し送り後、看護師Cに同姓患者がいるので注意するよう伝え、該当する患者のタイムスケジュールの姓にマーカーでラインを引いた。
- ・患者Xのナルサス錠は自分で配薬する予定であったが、19:55に看護師Cが休憩から戻ったため、続けて自分が休憩に入る必要があり、看護師Cに依頼した。

○看護師C

- ・日勤リーダー看護師や看護師Aから同姓患者がいるので注意するよう言われたことを認識しておらず、患者Xの氏名と患者Yの氏名を混同し、患者Xと患者Yの姓の患者は患者Yだけだと思っていた。
- ・姓だけで患者を認識しており、患者Yのベッドサイドに行った際に開いた電子カルテの画面は、患者Xの画面であった。
- ・患者Yのベッドボードなどに「！同姓注意！」の表示があったが、認識していなかった。
- ・20:20、輸液の更新と依頼された20時のナルサス錠の配薬をするため、患者Yの部屋を訪室した際、麻薬の投与時間が遅れていることに焦りがあった。
- ・ナルサス錠を確認するため電子カルテで患者Xの画面を開き、患者Xの処方指示画面と患者Xの配薬ケースの名前を見て照合を行った。
- ・その後、患者Yに氏名を名乗ってもらい、配薬ケースに記載された名前と照合するという手順は行ったが、姓だけしか見ていなかった。
- ・患者Yから「何の薬か？」「痛くないけど」などの言葉があったが、疑問に思わず内服してもらった。

3. 事例報告後、実施した主な改善策

- ・本事例についてRCA分析を行い、以下の対策を立てた。
 - 1) 与薬の基本である6Rの意義をきちんと理解する。
 - 2) 自分自身がエラーを起こしてしまう可能性を認識する。
 - 3) 患者からの問いに「おかしい」と感じる察知力をつけ、必ず立ち止まり、確認や相談を行う。
 - 4) 患者確認の際、患者に名乗ってもらうだけでなく、患者にも配薬ケースの名前を見もらう。
 - 5) ペア間でもしっかりと共有を図り、チェックバックの活用でエラーを防ぐ。
- ・同姓患者を担当しないよう、看護師の割り振りを工夫する。

訪問時の議論等（○：訪問者、●：医療機関）
○ナर्स錠が麻薬であることの認識が薄いように感じる。訪問者が所属する医療機関では、麻薬の準備は配薬時間前に行い、ダブルチェック後に担当者がすぐに配薬してタイムラグが生じないようにしている。
○訪問者が所属する医療機関では、麻薬の配薬時はそれ以外のことをしないようにしている。人員などの問題があると思うが、可能であればそのような対応も有効ではないか。
●当院でも、担当者が配薬していたが、今回はたまたま休憩時間と重なってしまったため、別の看護師に依頼することになった。内服薬は、バーコード認証ができないので、患者照合にもっと意識を向けるべきであった。
○配薬ケースだけでは、もともとなる正しい情報がない。訪問者が所属する医療機関では、麻薬の配薬時は患者名・薬剤名が記載されている処方箋を一緒に持っていくことにしている。
○配薬ケースに氏名しか記載がないが、部屋番号を追加して2つの情報にしてはどうか。
○配薬ケースに漢字で氏名を記載しているが、今回の事例のように同姓であったり氏名の雰囲気似ていたりすると誤りに気付きにくい場合があるので、氏名の読み仮名を併記してはどうか。
●ベッド移動をすることがあるため、部屋番号の記載はかえって間違いのもとになる可能性がありしないことにしているが、読み仮名の併記は検討して取り入れたい。
○訪問者が所属する医療機関では、麻薬管理者と医療安全管理者の合同で、麻薬ラウンドを年2回行い、金庫の中の保管状況などを確認している。ラウンドすることにより、院内で決められている麻薬に関する手順が曖昧になっていることに気付くこともできる。
○訪問者が所属する医療機関では、同姓や同姓同名の患者がいることを該当するそれぞれの患者に伝え、間違えないように確認することを説明している。患者にも認識してもらおうとよいのではないか。

Ⅲ
1〔1〕
1〔2〕
1〔3〕
1〔4〕
2〔1〕
2〔2〕
3〔1〕
3〔2〕
4〔1〕