

事例1 看護師の休憩中に介護者が誤って点滴を停止

病院から報告された事故の概要

早朝からのオムツ交換時、患者様の点滴が終わっているのに気がつく。
看護師が休憩中だったので、看護助手はそのままにしてよいのか分からず、誤って点滴を止めてしまった。30分後に看護師に報告したが、その後、点滴が流れず、止まったままになってしまう。

要因

看護師が休憩中だったので、そのままにしてよいのか分からず、誤って点滴を止めてしまった。

病院で実施した改善策

看護師により、へパ生0.1cc注入にて点滴が通った。

- ・点滴には絶対手を出さないこと。
- ・何かあったら、休憩中でも看護師に報告すること。
- ・分からないことは聞くこと。
- ・看護助手は自分の考えで行動しない。

委員会にて検討の結果、介護者の教育の為にこのような状況の時にどうすべきかと話しをした。この場合は問題がなかったが、大きな問題を引き起こす可能性があるため、厳重に注意を行った。今後、このような行動を起こさないように現場では改善されている。

評価委員会からのコメント

看護師の休憩中に、介護者が患者の点滴ボトルがなくなる事に気付き、その際どうしたらいいか看護師に判断を仰ぐことなく、自らの判断で持続点滴をストップさせたものである。

1. 無資格者が点滴の調整作業を行ったこと
2. 看護師が点滴終了時に1時間以上気づかなかったこと
(点滴の残量と滴下数で点滴が終了するおおよその時間は見当がつくはず)
3. 介護者が看護師に声をかけにくい環境にあったこと

が問題だと思われます。無資格者が点滴の調整を自己判断で行うことは重大な事故を引き起こす原因になりうるため、厳に慎むべきことです。介護者が患者の異変や医療器具等の不具合がないか注意を払っていることには安全上評価すべきであると思われますので、リスクマネージャーは単に介護者を叱責することなく、介護者がやるべきこと、やってはいけないことを明確にした手順書を作成し、介護者に対し教育を徹底すること、看護師と介護者の権威勾配をなくしお互いが良いコミュニケーションをしていくこと、その職場雰囲気を構築することが重要と考えます。コミュニケーションの問題は医師、看護師、検査技師、診療放射線技師、薬剤師、栄養士、理学療法士などの間でも生じます。管理者や安全管理責任者は、安全対策として良好なコミュニケーションが行われているかを絶えず職場を検証すべきです。

事例2 抗がん剤の服用期間を誤って処方

病院から報告された事故の概要

内科外来で抗がん剤を処方するときに4日間正しいところを18日間処方した。患者は飲みつづけており、他科受診の際に他科の医師が発見。

要因

外来患者が多く進行が遅れていたため切迫感があった。

病院で実施した改善策

患者への説明時十分な説明を行う。特に初回の抗がん剤療法が開始時。又、入院患者に関しては薬剤部が関わっているので、今後外来患者へも関与してほしい。

評価委員会からのコメント

抗がん剤のレジメ間違いですので重大な問題です。どのようなレジメだったのでしょうか。薬剤師は関与していたのでしょうか。パスの導入はすすんでいるのでしょうか。レジメの標準化と薬剤師・看護師との情報共有、パスの導入を早急にお願いします。

事例3 次の勤務看護師に注射投与経路を誤って申し送り

病院から報告された事故の概要

申し受けの際、腹痛時、ブスコパン1アンプルを「IM」（筋肉内注射）を「IV」（静脈内注射）と聞き間違い、次の勤務看護師へ申し送ってしまった。後日、その指示を受けた看護師が患者様へ静注（測管注）で施行してしまった。

要因

申し送りでの聞き間違い

病院で実施した改善策

1. 重要なことは、再度聞き直し、確認をとる。
2. 口頭指示だったので、指示簿にも記載されていれば良かった。
3. 口頭指示を受けた看護師は指示簿に鉛筆書きで「口頭指示、 Dr. より」と書き、内容も記入しておき、後で医師に必ずペン書きにしてもらうこと。これがないと、指示がないまま看護師は施行したことになります。

評価委員会からのコメント

電話や口頭で指示を受ける際には、「IV」と「IM」のように同じ文字が含まれていたり、「半筒」と「三筒」のように聞き取りにくい場合は「静注」「筋注」、「mg」のように相手に正確に伝わる言い方に変えて復唱するのの一法でしょう。

ブスコパンの側管注は（社）日本看護協会「静脈注射の実施に関する指針」「レベル3：医師の指示に基づき、一定以上の臨床経験を有し、かつ、専門の教育を受けた看護師のみが実施することができる」行為と思われま。筋肉注射と違い、静脈注射は明らかに影響が大きいことを再教育すべきです。特に静脈注射や劇薬投与などエラーがあれば人命に関わるような指示が出た時は原則指示が正しいかを医師に確認するなど、重大なエラーは起こさないという職場のシステムの工夫と徹底が必要です。

事例4 ネブライザー用生食をヘパリン生食と間違い

病院から報告された事故の概要

自分がヘパリン生食と思っていたものは、ネブライザー用の生食だった。

要因

1. ヘパリン生食とネブライザー用生食が同じ100mlのボトルである。
2. 本人のボトル確認ミス。

病院で実施した改善策

注射準備の手順（3回確認）の厳守

評価委員会からのコメント

非常に危ない事故です。注射剤と吸入薬の動線が交差しないこと、冷所保管する場所も区域分けしておくこと。出来るだけ使い捨てにすることなどを検討してください。

事例5 消毒薬を誤ってネブライザーで使用

病院から報告された事故の概要

1. ネブライザーに誤って塩化ベンザルコニウムを入れてしまった。
2. 看護師は準備されていたネブライザーをそのまま使用した。

要因

1. ネブライザーなどを洗う流し台では、塩化ベンザルコニウムなどの消毒液は使わないことになっているにもかかわらず、直前にそれを使いさらに片付けるのを忘れてしまい、誤ってネブライザーに入れてしまった。
2. 精製水は薬品でないと思われていて、ケアワーカーに準備を任せてしまっていた。
3. 看護師はネブライザー施行時に霧の量など流出状況を確認せずに使用していた。

病院で実施した改善策

1. 消毒液に関する教育を再度徹底する。
2. 複数の作業を連続して行なう場合は、ひとつの作業が終了したら片付けて、次の作業に移るという流れを徹底する。
3. 施行する看護師が準備する。
4. 手順どおり霧化の状態を確認してから開始することを徹底する。
5. 薬剤（精製水）の確認も声を出して行なう。

評価委員会からのコメント

非常に危険な事故です。吸入液と消毒薬の動線が交差しないよう徹底しているか、吸入に用いる薬品のボトルの確認を確実にしているか、消毒薬を一般薬の近くにおいていないか、一般薬と類似した形状のボトルの消毒薬を置いていないかを十分に検討してください。

多忙に起因するエラーに対応する必要があります。作業手順、人員配置の再検討、職場の整理整頓なども対策として有効です。

人体に使用して良いものと危険なものの区別が一目見て判るような工夫（注射器の色を変えるなど）をしておく必要があります。また院内での取り決めでは一人がルールを守らないことによって重大な事故を引き起こします。ルールを守れない原因がシステム上（マニュアルの中身）の問題なのか個人の問題なのかを明らかにすることが重要です。システム上の問題であれば早急に見直して実行可能なものにする必要がありますし、個人の問題であれば勤務条件や研修といった改善策を検討すべきです。

事例6 誤薬（薬間違い）

病院から報告された事故の概要

患者Aの臨時処方箋が医師の手書きであったため読めなかった。薬剤師が「読めないがおそらくセロクエルではないか、医師は？」と言ったところ、看護師が電話で医師に「読めないですが、セロクエルでしょうか」と問い合わせた。医師からセロクエルとの回答があり、薬剤科ではセロクエル3T3₂を調剤し、投与した。

3日後医師が患者Bにセロクラール(20)3T3₂を処方した処方箋をもって来たため、薬剤科では在庫がないと返答したところ、「おかしい、この前出した。」と医師が言った事から患者Aのセロクエルがセロクラールの間違いであったことに気づいた。医師が患者へ処方変更の旨説明し、処方内容を調剤し直した。

要因

1. 医師の書いた文字が判別不能なほど読みにくいこと
2. 処方内容の疑義照会を薬剤師が行わなかったこと。
3. 診断名と薬剤の適応に乖離があった場合のフィードバックがかかっていないこと。
4. 患者に処方内容や薬剤の適応などの情報が提供されていないこと。
5. 間違いやすい薬剤名のリストを病院が作成していないこと。

病院で実施した改善策

委員会にて検討の結果および対策

1. 処方箋の記載はわかりやすく書く。
2. 不明の問い合わせは薬剤師が行う。錠剤の単位も聞く。
3. 電話での問い合わせは復唱する。電話の問い合わせは確認しても違っている場合がある。

評価委員会からのコメント

本事例は表面的には処方の誤りですが、その背景としては、医師の悪筆、薬剤師以外の職種が疑義照会をしたこと、調剤者など第三者によるエラー防止のフィードバックがかからなかったこと、患者への情報提供の不足が要因であると考えられます。さらに、疑義照会をしたのに誤りに気づけなかったことに問題があります。また疑義照会に対して医師が「セロクエル」と答えた訳ですから、医師に思い違いがあったと言えます。思い違いがあったとき、思い違いから生じるエラーを防止するシステムが病院で機能していないことも問題です。

医師の悪筆の問題

医師が読みやすい文字を書くようにすることは言うまでもありません。読みにくい文字の疑義照会は、処方箋そのものを医師に見せて書き直してもらうのが理想です。医師の自覚も高まるでしょう。しかし時間的にゆとりがない場合には、カルテとの照合を行う、病名と薬を確認するなどにより確実な方法で確かめられるように院内でのマニュアル整備をすることが必要です。

疑義照会でエラーが防止できなかった問題

今回のケースは、薬剤師の疑問に対して、看護師が疑義照会をしています。本来、処方に関する疑義照会は薬剤師が直接すべきです。薬剤師は、院内で採用している、似たような名前の薬を把握しているので薬剤師が照会した方が事故を防ぐ可能性が高くなります。しかし薬剤師の知識や記憶だけに依存するシステムは安全なシステムとはいえません。オーダーリングと連携したピッキングマシンが疑義照会の支援システムの導入が有効と考えられます。少なくともカルテ上の診断名と薬剤名が常識的に適合しているかどうかを薬剤師がチェックできる方法を病院で検討すべきです。

思い違いの問題

薬局では調剤した薬剤を、別の職員の目でダブルチェックすることで、調剤者の思いこみや誤認を発見する機会となります。調剤監査の実施を徹底しましょう。規格が複数種類ある薬剤や、名称が似ていて間違いやすい薬剤はあらかじめそのことが分かっていると、その薬剤を扱う際に意識的に注意を向けることができ、うっかりミスの防止に有効です。病院に紛らわしい薬剤名リストを持っていることが必要になります。思い込みや思い違いは避けられませんが、それをいかに少なくするか、思い違いが起こったときにそれを第三者がいかにチェックするか、病院でもフェイルセーフの思想の導入が必要です。

患者参加の問題

薬をもらう患者も医療安全対策の重要な構成員です。患者が薬に対して正確な情報を持っていれば、薬の間違えを窓口で発見できる可能性があります。思い違いが起こったとき、うっかりミスが起こったときのフェイルセーフの方策として考慮に値すると思います。

略号による記載の問題

処方中に疑わしい点があれば必ず医師に確認しましょう。自己判断で調剤しないことが一番大切です。医師の側では、処方箋の記載を誰が見ても判断がつくよう、紛らわしい表現を避けることや、用法・用量を明示することなどがこういったミスを防ぐのに有効です。特に病院で扱っている医薬品が1規格のみである場合でも、複数規格が存在する医薬品については規格まで記載することが必要です。オーダーリングで間違いやすい薬剤については、警告が表示されるソフトもありますが、院内の採用薬の一覧をブックレットにして診療室や病棟に置くなど、薬品名等を参照しやすい環境を整備していくことも大切です。紛らわしい名称の改善については製薬企業に積極的に要望を出すことも必要でしょう。また、処方箋の記載方法の標準化を進めることも重要です。

事例7 誤薬（薬間違い）・麻薬管理

病院から報告された事故の概要

モルヒネ注射の指示を実施しようとして、アンプルを取り間違えソセゴンをシリンジに詰めた。

要因

薬品を薬局より受けた者も、施行者も麻薬保管庫には麻薬以外のものを保管してはならないことを認知していなかった。

病院で実施した改善策

1. 職場での麻薬の扱いについて、再教育を行なう。
2. ソセゴンと麻薬のアンプル箱は色分けし、大きく表記する。

評価委員会からのコメント

麻薬と向精神薬は本来別々の場所に鍵をかけて保管されるべき薬剤です。院内の麻薬・毒薬・向精神薬の管理が法令に基づいて正しく行われているか、医師、看護師、薬剤師で再度確認し、正規な保管と取り扱いについてマニュアルを整備し、周知徹底してください。また、麻薬について指示・伝達過程を見直して確実に申し送られるように検討してください。麻薬の受け渡しは必ず記録に残してください。ダブルチェックが必要です。

事例8 誤薬（量間違い）

病院から報告された事故の概要

テオドール200mg×2（=テオドール(100)2T×2）のところ、テオドール(200)2T2×で調剤。監査もそのまま通してしまい、患者さんがいつもと薬が違くと気づき発覚。院内で気づいたため、すぐに100mgと交換。

要因

調剤時、監査時の処方箋の確認不足（規格）、思い込み。
処方箋の記載形式が統一されていない。

病院で実施した改善策

このような定時処方ケースは、大抵、20分前後の処方を限られた時間内で、また外来等と並行して、調剤・監査を行うため、思い込みに陥りやすい状態である。
薬局としては、1度ミスした事のある処方（患者）は、リストアップし、今後ミスのないよう、特に注意喚起することにした。また、複数の規格がある薬品については、更に注意する。

評価委員会からのコメント

規格の違う同じ薬品がある場合、院内にどちらか一方を採用して、間違いを防止するシステムを取り入れることも検討してみたいかがでしょうか。また、このケースは患者が医療安全対策の重要な構成要素であることを示す例です。患者には薬剤の名前、用量、色や形状、適応を十分に情報提供することが今後も必要です。

事例9 誤薬（禁忌薬品の使用）

病院から報告された事故の概要

発熱した患者に指示を見て与薬を施行したがその薬は使用禁止（禁忌）となっていて、その後血圧低下し医師に報告。
体温 39.7 施行内容 生理食塩水 100ml + メチロン 1A

以前禁止となった理由 血圧低下の為今回血圧 60 / 触 意識レベル低下、指示指摘点滴実施後、血圧 110/54 と回復する。

要因

「指示を見て施行した」のであるから、指示を出す段階で「禁忌」の薬品に気づいていない。また実施者も「禁忌薬品」の確認を行っていない。

病院で実施した改善策

禁忌の薬品のように重要な情報は、すぐ分かるように表示する。

評価委員会からのコメント

禁忌薬剤はカルテの表紙や温度板に朱書きで明示するなど、医療スタッフが誰でも分かるように記載できていなければ再発は防げないと思います。また、錠剤や散剤など経口剤や外用薬の場合は、患者に正確に禁忌薬の情報を提供しなければなりません。解熱剤や抗生剤の用に禁忌の可能性のある薬剤は病棟ストックは極力避けて、必ず薬剤師が与薬に関与するようにすること、禁忌薬剤のある患者の情報を薬剤部に提供することも必要です。

事例 10 誤薬（患者誤認）

病院から報告された事故の概要

点滴薬を違う患者の三方活栓につなげてしまった。

要因

確認不足か確認方法の誤り

病院で実施した改善策

声だし確認（本人確認）

注射施行時の再確認の伝達

評価委員会からのコメント

「確認をする」といった方法だけではいつまでたってもこのようなミスは防げません。確認がいかにしたらマンネリ化しないか、いかにしたら誤りに気づくか、確認の方法そのものを検討する必要があります。本人に名前を確認しても違う名前に「はい」と言うこともありますので注意が必要です。点滴をつなげる際にベッドネーム、患者本人、注射箋、ボトル内容を、接続直前に再度確認すること、ベッド周辺の環境整備を行って確認業務がしやすいようにスペースを作ることも重要です。多忙に対する対策も必要です。複数の作業を同時に行っている時に患者誤認が起こりやすいので、作業手順や人員配置の見直しも必要かもしれません。

事例 11 部位間違い

病院から報告された事故の概要

撮影指示は足関節で、患者さまを撮影室に入室させ氏名、部位を確認し「これから腰の検査をしますので、撮影衣に着替えてください。」と伝えたが撮影時（数枚撮影した）「手が痛い。」とのことで直ちに撮影を中止し外来に確認した。

要因

外来が混雑していた。患者を含めた確認のシステムが欠如していた。

病院で実施した改善策

撮影部位を図示し、患者に確認をとる。

評価委員会からのコメント

直接的には医師が誤った撮影指示を出したことが原因です。さらに放射線技師も誤りに気づけなかったために、エラーにつながっています。これらについて、根本原因を探ることが重要です。とくに医師がどの工程で間違えたのかについては、第三者が分析する上で非常に重要ですので、詳細に記述することが必要です。

「慣れ」や「注意力低下」は誰にでも起こりうることなので、「確認の徹底」といった方法ではなく、なるべく工程の上流で系統的に間違いを起こさないような工夫が必要です。これらの発生要因についてしっかり分析し、対策を記述しましょう。撮影部位の図示は患者にとって分かりやすい情報となります。外来に来る患者は病院職員が十分把握できない場合も多く、患者自身は意識が明瞭である場合が多いので、スタッフと患者と一緒に確認できるでしょう。また意識が明瞭でない場合は付き添いがある場合もあるので、患者を十分知る人の力を借りて間違いを防止していくことは、患者誤認や部位の間違い防止には欠かせない手段の一つです。

また、今回の事故が妊娠中の女性であったならば、事故は更に重大になります。X線撮影の際は妊娠の有無も必ず確認しましょう。

事例 12 自己抜去

病院から報告された事故の概要

自分で側臥位になり、透析の留置針、回路を固定したテープを何枚か外し、ゆるんだ為自然抜去した。

要因

いつも体動が多い為、今回側臥位になっても、すぐに側に行かなかった。

病院で実施した改善策

常に、観察していただけるよう、スタッフの配置を朝の時点でリ - ダ - が指示する。観察が常に出来ない時は、状況に応じて固定、抑制帯使用をしていく。

評価委員会からのコメント

透析の際、ルートの自然抜去は危険ですので確実な固定と観察が必要です。(1)体動が激しかったこと、(2)観察の目が行き届かなかったこと、(3)抑制を行わなかったことが要因と考えられ、人員配置・環境整備による観察の徹底と適切な固定が必要だったと思われます。リスクマネージャーの改善策は適切であると思われます。抑制については針が刺入されていない側の行動制限をできるだけ少なくし、針が刺入されている部分をガードして手が届かないように工夫することで、体動や片手の自由が確保できます。看護用具の工夫、開発も事故防止対策には効果的であると言えます。

事例 13 食事（誤配）

病院から報告された事故の概要

エコー検査があり朝食待ちの患者に食事が上がってきたため看護助手が配膳し2口食べてから気が付いてやめさせた。

要因

1. 連絡済みのためナースは食事が上がってこないものと思い込んでいた。
2. 看護助手はベッド上に食待ちの札があったのに気がつかなかった。
3. 栄養課は連絡がいていたのに食事を出した。

病院で実施した改善策

ナースは看護助手と連携を密にして当日の食待ちや食止めの患者を朝伝えるようにする。特に痴呆のある患者には注意する。

評価委員会からのコメント

今回の事例は嚥食が検査に大きく影響する環境で、検査まで延食をするはずの患者に配膳したものです。検査が無駄に終わり患者から不信感を抱かせる結果になり、内視鏡検査などの検査であれば嘔吐による窒息などを引き起こす重大な危険性があります。これを機会に院内の配膳システム全体を見直す必要があります。

食事の指示入力時、栄養部から給食に指示する時、食事作成時、食札作成の時、作成された食事の準備の時、配膳車に入れる時、配膳する時など患者の申告から配膳までに、チェックがどのように行われているかを確認しておきます。配膳の際、禁食・延食の患者のものは配膳前に一括確認して所定の場所に保存するとか、患者の食事が置かれる床頭台やオーバーテーブルの上に「延食」などの表示を判りやすくしておくこと、患者に説明し、協力を得ることが必要です。パスの活用などで、医療スタッフや患者も検査計画・治療計画・食止めなどの情報を共有できると再発は防げると思います。

事例 14 食事（禁忌）

病院から報告された事故の概要

乳製品アレルギーに牛乳をつけてしまった。

要因

食札の見落とし（禁止物）

病院で実施した改善策

食札を見やすく書き直した。

評価委員会からのコメント

栄養科では、食物アレルギーのある患者の食事の準備をどのようにしていたのでしょうか？常食と同じメニューで後からアレルギーのある食品だけを交換するといったやり方では、交換漏れが生じる可能性があるため、メニューから違うものにするなど、間違いが生じない方法で対処すべき事案です。

禁食、延食、アレルギー食、治療食の数を病棟で把握し、事前に栄養科から上げて確認します。病棟は食札の内容を確認して食札と食事の内容が異なっていないか配膳前にチェックすることがよいでしょう。アレルギー食や禁食などの情報がベッドサイドにあることも有効です。医療スタッフや患者本人にも禁忌食材と禁忌食品の情報の一覧を共有していれば、再発はかなり防げると思います。

事例 15 医療機器（スイッチ）

病院から報告された事故の概要

ニューポート設定後作動確認、異常はなかった。1時間後、深夜看護師がチェックした際にメインスイッチがoffになっていたのを発見した。患者は自発呼吸あり問題がないことを確認し、直ちにスイッチをonにし、当直医に報告した。当直医が人工呼吸器の作動を確認。患者の状態を経過観察。

要因

詳細不明。ニューポート E100 は機種が古い(1987年購入)。呼吸管理上 C-PAP の場合、アラームがなる設定ができない、バッテリーがついていない等管理上リスクが大きい。特に自発呼吸のない患者への使用は危険である。現在3階の病棟に6台使用。

病院で実施した改善策

人工呼吸器使用マニュアルにそって、レスピレーターチェックリストを活用し、チェックを行う(強化)。新しい機種に早急に交換することを検討する必要有り。麻酔科、小児科、小児外科、心臓外科から病院長に要望は出されている。

評価委員会からのコメント

故障した人工呼吸器は直ちにメンテナンスまたは廃棄すべきです。医療器機の整備点検の状況、器械の性質を職員に周知し、その器械に応じた取扱ができるような操作手順書や研修を医療スタッフに行っておくことが必要です。

事例 16 チューブ抜去

病院から報告された事故の概要

胃瘻チューブが抜けたまま経管栄養をセッティング、全量を滴下、終了しているところを発見。

要因

経管栄養をセッティングする際、胃瘻チューブは挿入されているものだという思い込みが、確認行為を怠ってしまった要因の一つだと考えられる。

病院で実施した改善策

セッティングする際は、必ず胃瘻チューブが挿入固定されていることを確認し、滴下するようにしたい。

評価委員会からのコメント

経管栄養開始前の確認事項がすべて分かっていたのでしょうか？分かっていなかったとしたら職員の教育をし直す必要があります。もし分かっていたのにしなかったとしたらそれは何故でしょうか？その理由を明らかにしない限り再発防止はできません。

ルートを確認をしないまま内容を注入することは、大事故につながる大きな誤りです。逆に言うと毎回使用前後にルートトラブルの確認を行うことは大事故を防ぐ重要な行為ですので、面倒でも徹底させてください。

事例 17 手術（カウント）

病院から報告された事故の概要

術後の確認において、腸用丸針 1 号が 2 本なければならないところ、1 本しかないことに気付いた。

要因

手術前に腸用丸針が 2 本あるか否かの確認を怠った。
尚、確認の為、X-P 撮影したが、残置はなかった。

病院で実施した改善策

1. 手術前の確認の再徹底を図った。
2. セット針を 1 セット毎パック滅菌に変更した。
3. 使用後の針を現行のシャーレ保管から、紛失し難い容器に変更する。

評価委員会からのコメント

手術に際して、器械・ガーゼのカウントは日常どのように行われていたのでしょうか？日常行っている方法を正確に行っていて、今回のようなことになったのであれば、器械カウントの方法を見直すべきだと思います。また、患者の状態が変化し、それに対応するための援助に協力するなどの突発事項があったならば、今後そのような事態にどう対処するかを考えておく必要があります。いずれにせよ、レントゲンで遺残の有無を確認するだけでなく、針の所在が明らかになるまで探すこと、いかにしてそこに針が落ちたり、入ったりしたかを検証して再発防止策を検討する必要があります。

事例 18 検査（結果未確認）

病院から報告された事故の概要

昼近くに患者の入院時検査が提出された。血算検査を臨床検査技師が検査し、その他は外注とした。Hb（血色素量）の値が4.2g/dlで、異常値の緊急報告値になっているのに気がつかずその伝票をその病棟のファイル（一時的に各病棟と外来にわけて報告伝票を入れておく所）に保管した。その後、患者の入院取り消しの連絡があり、患者の伝票も、外来ファイルに移され、外来の「カルテにはる伝票入れ」に移された。

入院が取りやめになった患者が、このたび入院となり医師が診察し、貧血が疑われたので、（そのときはすでに時間外で検査科に入り控えの伝票をさがし出しHb4.2を確認したので）検査技師を呼び出し、緊急輸血となった。

要因

医師の検査結果に対する注意不足と検査技師の医師に対する緊急報告の不履行が原因。土曜日の昼過ぎは、外注検査の集配が12:30頃に来るので、入院時検査をどうしても外注に渡したいため（渡しそこねると、土曜日に入院した人は月曜の夕方データが出ることになる）多忙が要因としてあげられる。集配時間の変更を検討したい。

病院で実施した改善策

集配時間を替えてゆとりを作る

評価委員会からのコメント

指示を出した医師が、検査データを確認しなかったことに問題があります。特に緊急性を要する検査の結果については、病棟に検査結果が出たら結果を報告するように頼んでおくとかして、多忙に対する対策も必要です。また、入院患者の血液検査を技師が担当した際に、院内で血算を行いHb4.2g/dlと異常値を示したにもかかわらず、医師に対して手順で決まっている緊急報告を怠ってしまった事も重大です。

検査技師が午前中の一部外注検査の提出期限に終わって忙しかったことが（検査技師は、土曜日の午前中で一部外注検査の提出期限に追われ忙しく）背景になったことから集配時間を替えてゆとりを作ることはいいことだと思います。この他にも、検査の精度管理の面から「異常値がでたら再検する」ことは徹底できていたのでしょうか。異常値に気付くのがもれたか、異常値が緊急報告の対象であることを忘れたのか記載していただけたらと思います。前者であれば、異常値を記す記号を目立たせる、一日の最後にデータを再チェックするなどの改善策があると思います。後者であれば緊急報告する基準を検査室に掲示する、緊急検査の依頼伝票に病名を記載するなどが考えられます。いずれにせよ院内でのコミュニケーションを円滑にして、患者の情報が共有できる土壌を作ることが望まれます。

事例 19 転倒転落

病院から報告された事故の概要

患者 A の体動が激しく、ベッド柵のネジがゆるくなっており、それに気付かなかったため、ベッド柵はずれ、転落した。

要因

ベッド柵のネジがゆるくなっていたのに気付かなかった。

病院で実施した改善策

1. 頻回に訪室する。
2. ベッド柵のネジは定期的を確認する。
3. 必要に応じ、胴体抑制を行う。

評価委員会からのコメント

施設の構造設備に問題があったことが疑われる事例は再発の危険性が高く、全てのベッドで定期的に再点検が必要です。これを機にベッドだけでなく、車いす、ストレッチャー等についても点検して頂きたいものです。他の施設でも注意喚起したいと思います。次回からベッドの形状やメーカー・型番が分かれば記載していただけると助かります。

事例 20 介助中の事故

病院から報告された事故の概要

不穩増強傾向でベッドより転落しそうだったのでリクライニングチェアにのせた。
翌日のレントゲンで大腿骨の転位がみられた。

要因

自己判断での知識不足
患者の身体的アセスメントの不足

病院で実施した改善策

1. 安静度を守る。自己判断しない。
2. 医師に報告する。
3. 家族の協力を得る。

評価委員会からのコメント

ベッドから車椅子への移動介助中の事故。患者によっては移動動作を介助する際に多くの知識と技術が必要となります。このようなケースではかなりの無理な外力が加わったものと推測できます。前面から脇に首を入れ両腰をつかんで患者の手を肩につかまらせてゆっくりと持ち上げて90度回転してベッドに座らせてください。

また、大腿骨骨頭置換術後の患者では膝に枕を挟んで内転位にならないようにするとか、片麻痺のある患者のトランスファーなど、それぞれのケースについて、技術研修を定期的に行い、多くのケースに適切な援助ができるようにしておく必要があります。また、ベッドサイドは十分なスペースがありますか。介助のための環境を整えること、介助者の健康状態（腰痛など）も十分に考慮しておきたいものです。

事例 21 同意書不備

病院から報告された事故の概要

9/11 CF（大腸ファイバー）施行。
CF後に同意書がない事に気づく。
主治医に報告。「施行した後にとってもしかたないのでこのままでよい」との事でした。

要因

検査・手術等が実施される前に、必要な書類を確認しなかった。

病院で実施した改善策

指示が出たら医師が患者に説明をして、同意書を必ずもらう。

1. 指示ひろい時（リーダー）同意書を確認する。
2. カルテを内視鏡室に降ろす時同意書確認（夜勤フリー）。
3. 内視鏡室にて申し送り時同意書確認。
4. 回診時ベッドサイドで記入してもらえるように回診車に同意書を準備しておく。

委員会にて検討の結果、主治医が指示を出した時に必ず説明をし、同意書を書いてもらう。指示合いの時にリーダーが確認する事。内視鏡室にカルテを下ろす（夜勤フリー）が確認する事。内視鏡室で施行する時に内視鏡室で再確認することができれば尚良い。回診時に指示が出る事があるので回診車にセットしてすぐ書いて頂くようにした。医師がサインして用紙を看護師に持たせて記入してもらおうような状況になっているが不安材料である。原則は医師が説明時に書いてもらうべき。看護師は医師がどのような説明をしたのか看護記録に記載する事を要求される。内視鏡室で最後に関わっている看護師が確認する必要がある。

同意書がないのに施行した場合、全員が責任を問われる事になる。もし、同意できないような状態の患者さんの場合延期、中止も有り得る。看護記録に中止して欲しいと言った事を記録に残す。決められた事をきちんとしてもらわないと看護師が検査に付かなくなる。外来の患者の合間に入院患者さんの検査を入れているのでそこまで確認は難しい。確認は助手でも出来るので必ず行うべき。

評価委員会からのコメント

近年「適切な説明と同意」には患者の自由意思決定権が付与されることが重要とされております。説明をした後に患者に十分に考える時間を与えることが重視され、検査等の説明をした直後に書面で同意を取り医師が持ち帰れることは少なくなってくることが考えられます。従って、説明から同意をいただき検査を行うまでの一連の作業を、各職種共同で行わなければならない場面が増えてくると思います。検査指示と同意書をセットで指示受け者が確認する。患者搬送時に責任者が同意書を確認する。検査室申し送り時に両方で同意書を確認。同意書がない場合には検査は出来ないシステムを作ることが必要です。

事例 22 医療ガス管理

病院から報告された事故の概要

ECT 処置のため、酸素ポンペを用意したところ残り少なかったため、もう一本補充のため薬剤部の職員とともにポンペ保管庫へ行き、白キャップの付いた充填済みの保管位置に置かれていたポンペを持ち帰る。流量計をつけたところ、空であることがわかった。

要因

酸素充填済みの配置に空のポンペが混在していたこと、さらにそれには充填済みの白キャップが付いていたことがあり、管理・確認が不十分であったと考えられる。

病院で実施した改善策

確認方法の見直し、ポンペ管理責任の所在の明確化。

評価委員会からのコメント

医療ガス委員会を開催して対策を検討してください。充填済みのポンペと使用後のポンペの保管場所を変えとか、ポンペに「充填・使用中・空」の札を付けて順次切り取っていくとか、管理が徹底できる方法を検討すべきです。緊急時には一目で分かるような表示が必要になります。業者の搬入に問題があったのか、管理している委員に問題があったのかも含めて検討してください。

事例 23 自己抜去

病院から報告された事故の概要

検温のため訪室すると、胃瘻ボタンがベッド上に落ちているのを発見。上着はズボンの外に出ていたが、腹巻はきちんとされていた。当直医に報告。指示により、胃瘻ボタン再挿入施行する。

要因

オムツ交換の際、上着をズボンの中にきちんと入れていなかったか、また、患者自身で衣類をまくり抜去してしまったと思われる。

病院で実施した改善策

腹巻、衣類をきちんと整える。また、訪室の際など、観察を頻回に行う。

評価委員会からのコメント

自己抜去してしまう患者は、意識レベルや認知能力に問題を抱えていることがあり、説明を繰り返しても理解が得られないケースも多いです。固定が不十分であると、チューブ周囲の皮膚の炎症を引き起こしたり胃瘻チューブの挿入部分が一定に保たれなかったりなどの影響もあります。再挿入による患者の負担も大きく、看護者の管理能力が問われます。このケースは腹巻をするという方法で対策をとっていたにもかかわらず、患者が自己抜去してしまったということですが、事例分析のためには、腹巻の材質、患者の体格、患者活動範囲、おむつ交換や更衣時の注意事項、抑制のための方法などが検討されていたのかなどの情報があると更に具体的な改善策が立てられるでしょう。予防対策も、頻回の観察ではなく、どの位の頻度で観察するのか、固定方法は何が有効なのかを具体的に検討する必要があります。医療用具の検討や固定方法の工夫は、チューブ管理のトラブル防止に大きく貢献できるものと思われます。

事例 24 転倒

病院から報告された事故の概要

車椅子で放射線科に来た患者に、まず胸部撮影の準備をした。その後、立位でつかまる為の棒を持ってもらい、撮影の時に窓から確認したが、撮影室のドアを開けた時には体が 45° 位になっており、駆け寄ったが間に合わなかった。その際、頭部を打ち出血していたので、救急コールの処置をとった。尚、車椅子から立ち上がる時に患者自身で車椅子の足置きを上げ立たれたので、立位可能と認識した。

要因

1. 自分で立ち上がったので、付き添いが不要と考えてしまった。
2. 高齢者の患者であることの意識が薄かった。

病院で実施した改善策

1. 入室から退室までは十分に注意をする。
2. 患者への確認を怠らない。
3. 車椅子患者に対しては極力付き添いを付ける。

評価委員会からのコメント

病棟での患者の移動動作に関するアセスメントはどのように行われていたのでしょうか。その情報が病棟だけではなく、他の部署とどのように共有できていたのでしょうか。特に高齢者の場合は、慣れていない場所での行動が苦手であったり、1回の説明では十分な理解と協力を得ることが難しかったり、自己の能力を過信してしまう場合もあります。他の部署とのコミュニケーションのとり方や情報の伝達方法を工夫し、情報の共有化を図れるようなシステム作りを検討してください。

事例 25 転倒

病院から報告された事故の概要

「オーイ、オーイ」と何度か呼んだ後、ガタンと音がしたため部屋に駆けつけた。抑制してあるベッド柵ごと床に滑り落ちた形で点滴ラインがはずれ、胃チューブも自己抜去していた。左眉部分に切創あり。「誰も来てくれない」と言う。

要因

ひとりになると不安感があり、不穏行動を行なう患者さんであったが、両上肢のみの抑制であった。さっきまでおとなしかったからと、点滴開始後上肢のみの抑制にしていた。

病院で実施した改善策

臨機応変に対処する。

評価委員会からのコメント

「臨機応変に対処する」何の対策にもなっていません。

患者の声が聞こえたときにすぐに対応しなかったことが悔やまれます。常日頃、「寂しくなると大声を出す患者」という認識が今回の事故を防げなかったものと思われます。転倒転落に関してアセスメントを行い、観察の頻度、抑制帯の種類・使用方法を検討することが必要です。

このケースはベッド柵ごと転落してしまっています。患者の状態にあったベッド柵を使用していたか、どのような抑制方法であったのかなどについて、具体的な情報をもとに詳しく分析していく必要があります。患者の行動を「またいつものこと・・・」と決め付けることは危険です。

事例 26 誤薬（薬剤取り違い）

病院から報告された事故の概要

大腸カメラで介助のナースが一瞬席をはずした際に、医師が洗浄用の水と思って消毒用エタノールを 20ml 注入してしまう。

要因

洗浄用の水を準備し忘れていた。Ns が席をはずした。エタノールの配置と表示が悪かった。

病院で実施した改善策

消毒用のエタノールは容器のまま使用、ピッチャーに移さない。エタノールは流しから処置台に移動しない。必要物品と薬品の定位置を決めシールを貼る。

評価委員会からのコメント

エタノールと蒸留水を間違えた事故は、みなさんの記憶にも残っていると思います。この事例はエタノールを準備したナースがその場を離れた間に、術者である医師がエタノールと蒸留水を間違えたものと思われます。薬品は、使用するまでは絶対に他の容器に移し替えないこと、危険な医薬品は同じテーブルに置かないことなどは、その他の処置にも共通することです。

事例 27 誤薬（患者間違い）

病院から報告された事故の概要

患者 B に打つはずのインスリン（決め打ち：ヒューマカート 26 単位）を、同室患者 A (BS チェックのみ) に注射してしまう。当日、内服のオイグルコンは服薬させず、30 分ごとに血糖測定の指示を受ける。本人には「今日は血糖値の変動を見る検査をすることになっているので、食事開始と共に、頻回に血糖測定をします。その検査の関係で、食前の内服は今日は中止になります。」と伝え、了解を得る。また、朝の抗生剤の溶解液を 5% ブドウ糖液から 50% ブドウ糖液に変更し、実施する。

要因

患者 B に使用するインスリンと認識していたが、入室して同室患者 A に声をかけられ、対処後そのまま A に注射してしまった。

病院で実施した改善策

割り込み業務をしないように。特に微量で大きな作用・影響を及ぼすもの時には、アクションを終わらせてから対応するようにする。

評価委員会からのコメント

病室で患者に声を掛けられることはしばしばあることです。予測し得なかった緊急事態が発生することもあり、業務を割り込ませないようにするのは、時と場合によって難しいこともあります。それよりも、注射時の基本である患者確認の実施を徹底するべきです。注射の手順書は作成され守られていますか。

それよりも、今回のケースのように偽りの説明をすることは感心できません。今回は患者が低血糖ショックなどに陥らずに不幸中の幸いではありますが、本来は誤った医療行為が行われたことに対し、患者に正直に謝罪し、安全確保の為に何が行われ、どのようなことが起こる危険性があるのかなど、すべてを知らせ、患者に協力して頂くことが必要ではないでしょうか。このようなことは「隠蔽している」と取られるだけで、病院にとって良いことは何もありません。患者には真実を明らかにし、正直に誠実に対応することをお勧めします。また 50% ブドウ糖で抗生剤を溶解することは一般的ではありません。単に血糖値の確保だけを目的として行うのではなく、抗生剤の効果に影響を与えないかなどの妥当性を十分検討して行ったのでしょうか。

誤りがあったことを患者に説明しなかったために更に不適切な処置が行われた最も悪い事例であり、最も学ぶべき点の多い事例といえます。

事例 28 検査（感染症の取り扱い）

病院から報告された事故の概要

AM8 時に、AM11 時に内視鏡検査を予約の STS（血清反応）（+）の患者のキャンセルのメモが置いてあるのに気づいた。カルテは予約患者とは別の場所に分けておいた。AM11 時、キャンセルのはずの患者が来院。感染症のチェックを見落とし、ファイバーを交換せずに検査施行。そのまま感染症のない 2 人の患者の検査も続けて施行していた。検査終了し、カルテ整理中に感染症のチェック漏れに気づき直ちに担当医に報告。

要因

作業マニュアルの不備と外回り看護師の思い込み

病院で実施した改善策

毎日外回り看護師が、カルテ整理時感染症データを印刷し当日予約券と一緒に介助の看護師に渡すこととした。

評価委員会からのコメント

キャンセルされたはずの患者に検査が行われた経緯を十分に調査していないので、このような事態に至った原因が分かりません。何故、「キャンセル」のはずの患者が検査を受けたのか、予約、キャンセル、検査実施の流れを見直し、改善策を立てることが必要です。また、ファイバーを変えないで、検査をしたとあります。「同じ」と言うだけで、洗浄、消毒の状況は不明ですが、感染を危惧している点から院内感染に対する標準予防策が十分でないと言えます。また検査の順序として、感染症の疑われる患者が最初というのも安全対策が不足していると思われます。何も知らずに検査を受けた患者への説明と、感染症の検査を確実に行って欲しい事例です。

事例 29 誤飲（異食）

病院から報告された事故の概要

食事介助後ファーラー位とし、他の患者の食事介助をしていた。下膳のため訪室すると顔面蒼白、呼吸停止した状態、誤飲したと判断し口の中に手を入れるとゴム手袋が喉に詰まっていた。ゴム手袋をかき出し心マッサージ、アンビューで心肺蘇生にて回復。

要因

患者のベッドサイドにゴム手袋を置いていた。患者に痴呆もあったが今まで大丈夫だったため、大丈夫だと思い込んでいた。担送患者が多く多忙。

病院で実施した改善策

今後はベッドサイドにゴム手袋、ちり紙などを置かないように申し送る。

評価委員会からのコメント

食事介助で手袋を使用することはしばしばあることですが、患者のベッド周囲の環境はどのように整備していたのでしょうか。痴呆のある患者は異食行動などが見られる場合もあり、「今まで大丈夫だったから」という思い込みは非常に危険です。

対策としては、申し送るだけでは十分とはいえません。病棟内の物品配置を見直し、面倒でも使用した後の物品は必ずトレイに戻すなど後処理の方法を検討し、実行していくようにしましょう。患者のベッド周囲を整理整頓し環境を整え、危険を最小限に抑える工夫をしましょう。

事例 30 誤薬（量間違い）

病院から報告された事故の概要

解熱剤の座薬を使用してから外来申し送り用紙を見ると、外来でもすでに使用していた。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

記載なし

評価委員会からのコメント

せっかくのレポートについて、要因分析や対策が取られていない事例です。外来からの入院なので、当然外来でも診療が行われているはずですが、指示箋を確認する以前に与薬を実施しています。外来から病棟への情報伝達はどのように行われているのでしょうか。薬剤処置などは指示を確認して実施することが基本です。外来から病棟、病棟から外来など患者の移動があった場合には特に指示の確認には留意すべきです。このレポートには対策が挙げられていませんが、指示確認と情報伝達という基本的なことが実施できなかったのはなぜかを追求し、対策を検討してください。

事例 31 誤薬（薬品間違い）

病院から報告された事故の概要

アミノフリードに混注指示があったアスパラ K1 アンプルを準備する際、KCL 1 アンプルを準備しボトルにはアスパラ K1 アンプルと記入し、そのまま混注し投与された。KCL アミノフリードは 180ml 注入された。

要因

1. 点滴指示内容と薬剤との照合確認を薬剤取り揃え時に調整、実施、実施後ともに行わなかった。
2. 確認作業に集中できていない。
3. アスパラ K と KCL が同じ段の薬品棚に配置していた。

病院で実施した改善策

1. 担当看護師は、薬剤取り揃え時、調整、実施時の声だし、指差しによる 3 回確認行動を徹底する。
2. 担当看護師が与薬行動時に、確認行動を徹底するよう指導し、確認行動の定期的モニタリングを主任が実施する。
3. 担当看護師が確認行動に集中できる環境調整ができているかを毎日師長または主任が確認する。
4. 薬品棚の用途別配置ではなく、注意を喚起できるようにアスパラ K と KCL の配置位置を別段に変更し、KCL には「末梢使用禁」とふたに赤字で明示した。
5. 他の薬剤についてもラベル添付の再点検を行った。

評価委員会からのコメント

対策をよく検討されています。これは要因の分析がかなり良くできているからだと思います。このケースは、薬剤を取り扱う場合の基本的な原則が守られなかったことが原因のようです。KCL のような危険な医薬品の取り扱い規則を院内で統一し、一人で取り扱わないようにすることが大切です。また、毒薬や重大な副作用が起こる恐れがある薬品については定期的に研修を行い、誤薬時の対応について薬剤師を中心として病院全体で十分に検討しておくなどの対策も検討してください。静脈内注射に関する指針を是非参考にしてください。

事例 32 手術（ガーゼカウント）

病院から報告された事故の概要

右肺癌に対し、右上葉スリーブ切除術施行後、1週間後胸部単純 X-P にて肝後面横隔膜上にガーゼがあることを発見した。なお、閉胸時通常通り 2 回のガーゼカウントを行い、ガーゼ枚数は一致していたことを確認、胸腔内の探索でもガーゼは認められなかった。ガーゼ遺残発見後直ちに術者より患者本人、家族に事実が報告され、緊急にてガーゼ摘出術を行うことが説明された。患者ならびに家族は事態に関する了解と手術に対する同意が得られた。

同日夕刻よりガーゼ摘出術が行われ、ガーゼを摘出、術後経過は順調であり、その後合併症等は起こっていない。術後経過は順調であった。

要因

従来、術直後、手術室内にて撮影する胸部 X 線写真は、軟らかい条件のみであった。

病院で実施した改善策

1. 術直後、手術室内にて撮影する胸部 X 線写真をガーゼやドレーンが強調される硬い条件のものと、肺野が良くみえる軟らかい条件のもの 2 枚を現像する。
2. 手術野になるべくガーゼを置かないようにする。
3. 閉胸前のガーゼ確認（ガーゼの枚数確認と術野の視認）をもう一度徹底する。

評価委員会からのコメント

ガーゼカウントが一致したにもかかわらず、体内にガーゼの遺残があった事例です。患者は行わなくても良い手術を受け、身体的にも精神的にもかなりの苦痛を体験したといえます。

この事例では、ガーゼ遺残があったにもかかわらず何故ガーゼカウントが一致してしまったのかについての追及が不足しています。日頃行っている方法で今回のようにガーゼ遺残が起きたのであれば、なおさら従来の方法を見直す必要があります。人はエラーを起こすものではありませんが、そのエラーが何処でどのようにして何故起こったのかを解らなければ、同じエラーは繰り返されてしまいます。もう一度、手術器械の準備段階から閉胸までのどの場面でガーゼが 1 枚増えたのかを検討してください。

事例 33 その他（術後管理）

病院から報告された事故の概要

左人工膝関節全置換術後 4 日目、患者が健側の足背にしびれ感があると訴えがあったので、看護師が観察を行ったところ、健側の右腓骨々頭に 2×1cm 大の暗紫色の部分を見つ。暗紫色の部位は、離被架のあたっていた部位と一致することから、離被架の圧迫による腓骨神経麻痺と考えられた。

要因

1. 術後の観察として、患肢側の観察に重点を置き、健肢側の観察を行っていない。
2. 手術前に健肢側の運動の必要性については指導を行っていたが、実際にできているのか確認していない。

病院で実施した改善策

1. 離被架を使用するときは圧迫している部分がないかを必ず確認する。
（各シフト看護師全員）
2. 患者に指導を行ったら、実際に出来ているかを必ず確認していく。
3. 師長・主任は上記のことが実践できているかを確認していく。

評価委員会からのコメント

手術後の観察が充分ではなかった事例です。術後は手術部位の観察に目が奪われがちですが、患者全体を観察するための項目や方法について見直す必要があります。患者の体型や離被架の大きさ、本当に離被架が必要だったのか、術前の患者の理解力、指導内容などを見直してみたら如何でしょうか。術後の経過を確実に把握するためのアセスメントツールの開発も検討してみましょう。

事例 34 医療機器（エアーマッサージ器）

病院から報告された事故の概要

術後の血栓予防のためのエアーマッサージ器のスリーブを指2本入るくらいのゆとりを持たせ、両下肢に装着し、圧30～45mmHg、11秒加圧、60秒休止、の設定で作動させた（約17時間）。看護師がスリーブをはずした時に患者の右下腿から足背の浮腫と右膝から下腿にかけて圧痕の辺縁に0.5から3cmの線状の水疱形成が約10ヵ所、左大腿に1ヶ所に認めた。

要因

2001年に使用責任、メンテナンスなどを含めた契約を確認せずに試用を開始した。また、それを知りながら放置し、器械の試用を継続した。

病院で実施した改善策

同様の事故が発生する可能性があるため、原因が明確になるまでこのシステムの使用を中止した。今後、器械を試用する際は、契約内容を熟知し試用手順などを整えてから、試用する。メーカーに同事例の有無の調査と原因検索を依頼した。

評価委員会からのコメント

発見まで17時間もの長い間1度も器具を外して皮膚の状態を直接観察していないことに問題があると思われます。少なくとも2時間に1回程度で、器具を外し皮膚の状態を観察する必要があります。器具を使用する場合には、使用箇所の状態を観察し適切に管理していくことが重要です。また点検の済んでいない器具類は危険であるということは言うまでもありません。使用は絶対に避けるべきです。今回のケースを教訓にして、院内の全ての器械・器具類の定期点検の周期や担当者を決め、常に使用できる状態を確保すると共に点検記録を整備しておく必要があります。

事例 37 感染予防（疥癬）

病院から報告された事故の概要

下腹部に発疹、痒みあり。皮膚科受診するが疥癬陰性。軟膏処方されるが改善発見されず 5 回目の検鏡にて疥癬確定診断。

要因

当初陰性であったが 5 回目の検鏡でようやく診断された

病院で実施した改善策

疑いの段階で個室管理すべきだったか？

評価委員会からのコメント

疥癬は潜伏期間が長い上なかなか確定診断がつきにくいことから、職員への感染や職員を介して他の患者に感染する場合があります。確定診断を待って予防対策が遅れ、感染を拡大してしまうようなことがあってはいけません。疥癬の潜伏期間を考慮し疑いの段階から予防策をとっておく必要があります。

現在使用しているマニュアルに、疑い例への対応策が必要であることを示唆している事例と言えましょう。感染症の場合は疑いを持ったらず感染予防策を徹底する必要があります。これを機会に院内感染予防対策委員会などで疥癬だけではなく、日頃油断しがちな院内感染予防の徹底、個室が確保できない場合など想定されるケースについての対応策を十分に検討しておく必要があります。

事例 38 誤配膳

病院から報告された事故の概要

禁食中の患者の朝食が栄養科からの配膳ワゴンに乗せてあった。配膳をした看護助手 A は、ベッドサイドに禁食を表示する札に気がつかず、食事を配膳して食事介助をした。日勤帯の検温時に食事摂取量の欄に朝食摂取量が記入されているのに気がついた看護師 B が、おかしいと思い確認したところ、栄養科より誤って禁食の患者の食事を出したことがわかった。

要因

1. ベッドサイドの禁食の札が小さいため、職員が見逃して食事を食べさせた。
2. 栄養科で、食札を確認した際、禁食と「～禁」を見間違えて食事を提供した。
3. 栄養科で食札にじかに禁食とかいてあるのではなく、付箋を貼って禁食を表示していた。
4. 栄養科において、最終的に食札を確認するのは栄養士でなければならないのに、それが守られず、不慣れな調理職員が食札のチェックをした。
5. 患者の意識レベルが低下しており、もともとの痴呆もあって、患者自身から「自分は食事はしないはず」というような返答を得ることができなかった。

病院で実施した改善策

1. 病棟においては、ベッドサイドの禁食や食待ちの札を A4 サイズくらい大きく、目立つものにする。
2. 食事摂取量チェック表に、禁食中の患者については、赤字で大きく禁食中と明記する。
3. 栄養科においては、マニュアルを遵守し、禁食の患者に食事を出すことが、患者にどのような影響を及ぼすかを理解することができるよう、管理者は指導・教育する。

評価委員会からのコメント

病棟、栄養科双方で検討されていることは有意義であると思います。ただ、食札に直接「禁食」と記入しないで付箋を使用したのは、記入してしまうと後が面倒などの理由によるものかと思われます。「面倒」「医療者がやりやすい」と言った「手抜き行為」による事故は後を絶ちません。やりやすさではなく、間違いを起こさない方法を検討すべきです。

事例 39 医療機器（警報スイッチ）

病院から報告された事故の概要

準夜勤務の休憩時間に、自分が担当している新生児に使用している無呼吸センサーの警報が鳴り、他のスタッフが警報スイッチを OFF にして対応したと報告があった。その後センサーのスイッチを確認しないまま業務し、次の勤務者に申し送る時 ON になっていないことを発見する。

要因

1. 報告を受けた時点で直ぐにスイッチの確認を行わなかった。
2. 極小低体重児の呼吸管理は重要であることの意識・注意力が浅かった。

病院で実施した改善策

1. 器機の作動状態の確認は、その日の勤務開始時に行う習慣づける。
2. 確認方法として、手を添えたり、声を出したりする。
3. 器機を装着する必要性の根拠を学ぶ。

評価委員会からのコメント

警報が鳴ったときに、その原因を取り除き、復旧した後、スイッチを ON にすることは ME 器機を使用することの基本です。「アラームが鳴ってうるさいから止めてしまう」では何のために警報装置が付けられているのか分かりません。心電図モニター、自動輸液ポンプやシリンジポンプ等警報があるものは、警報が鳴ったらその原因を取り除き、患者の状態に合わせて、設定を変えるなどして、警報による異常の早期発見をする必要があります。警報を OFF にして、その場を離れないよう改善を是非お願いしたいものです。極小低体重児の呼吸管理に伴う看護師の責任の重大性はいうまでもありません。

事例 40 針刺し事故

病院から報告された事故の概要

翼状針で採血を行い、針を抜く時に針がはねて、看護師の左手の手首に針刺しを起こした。また、患者に感染症検査の同意をとるところ、取らずに患者を帰宅させた。

要因

針を抜く時に翼の部分でなくチューブを持って抜いたため針がはねた。

病院で実施した改善策

採血後の針の扱いには充分注意する。

評価委員会からのコメント

針刺し事故は、患者の血液を介して直接医療従事者や他の患者に感染する危険性を含んでいます。そのためにリキャップをしない、直接廃棄ボックスに入れるなどの措置がとられています。しかし、今回のように針を抜く行為の中で事故が起きてしまうのは、「要因」にありますように、チューブを持って抜針したことが原因です。チューブの先に針がついているような不安定な構造のものは必ず、安定した部分を確実に保持して、思いがけない方向に針先が行かないようにする必要があります。今回の教訓を生かして、針の取扱マニュアルには理由とともに扱い方法を記載し、全員に周知し、守ることが重要です。マニュアルに記載されている多くのことが守られていても事故が起こるのは、事故防止のために最も重要なことが抜けていたということでしょう。今回はそれが「どこを持って抜針するか」と言うことだった訳です。今回の事故によってそれが明らかになったわけですからそのことを活かしてマニュアルを改訂する必要があります。また手袋の使用を躊躇する人も多いのですが針刺し事故防止には有効です。機器整備として、注射や採血後に簡単な操作で針先をシリンジ内に収納できる安全注射器などの導入も可能ならば検討してみてください。

事例 41 誤薬（量間違い）

病院から報告された事故の概要

研修医が麻酔前投薬セルシン 1 アンプル（10mg）静注の指示を、上級医師が確認する際、投与量を確認漏れ。指示通り看護師が薬剤静注直後、患者の意識レベルが低下した。直ちに医師の指示の下拮抗薬アネキセート 0.25mg 静注後、回復した。意識レベル低下中、明らかな呼吸停止や誤嚥を疑わせる所見は認めていない。

要因

明らかに意識レベル低下を招く量の鎮静薬の静注を指示し、その量のチェックを上級医師が怠ったために生じた。

病院で実施した改善策

1. 麻酔前投薬は平成 16 年 1 月 1 日より原則廃止され、今後同様の事例が再発する可能性は低いと考えられる。
2. 関連する薬剤の量や副作用に関する教育を更に徹底すると共に、上級医師によるチェックシステムの充実を図る。

評価委員会からのコメント

上席医師が使用量を確認しなかったことは、この事故の要因の一部であり、研修医も使用量や使用方法の適否を判断する義務がありますし、実施する看護師も不審に感じたならば医師に確認すべき（疑義照会）です。上席医師が量を確認していないこと、研修医と看護師が使用量と使用方法について判断できるだけの知識がなかったことがこの事故の原因と言えるでしょう。病院で扱う医薬品には危険なものがたくさんあります。それらを扱える資格がある医療者は、医薬品についての知識を持つように努力するべきであり、病院としては職員が十分な知識を持って医療にあたっているかをチェックする仕組みを検討していくことが必要です。

事例 42 その他（無断外出）

病院から報告された事故の概要

前日患者様が無断外出された経過があり、その日は不眠であった。血圧も高めなため外出は控えるよう説明していた。午前9時頃から病棟内に姿が見えず、昼食後まで様子を見ていたが、午後になって、救急車で搬送される。外出からの帰り、バスを乗り間違え迷子になり道路に倒れ込んでいたため、近隣の方の通報により搬送された。外傷特になし。

要因

1. 病状の変化に対する把握が不十分
2. 報告の遅れ

病院で実施した改善策

1. 病状の変化について十分に話し合い、危険を予測し職員が認知した上で早期に医師の面接を依頼する。
2. 無断外出と思われた時は、自己判断せず、まず報告しその後の対応の指示を受ける。

評価委員会からのコメント

二日続けて無断外出が起きた事例です。前日に無断外出があった後の対策は十分に検討されていたのでしょうか。入院中の患者の管理は病院に責任があります。たとえ患者が無断で外出したとしても、規則違反であったとしても入院している以上は患者の安全確保をしなければなりません。その意味で、今回の事例を教訓として、無断離院する患者の管理方法を検討し直す必要があります。モニターでの監視や、離院センサーの利用など、また患者の言い分を十分に聞いて、対応策を患者とともに検討する等です。対応策にもありますが、院内で見あたらないときの対応は素早く行う必要がありますので、その対応方法や院内での連絡方法を検討し直しておきましょう。

事例 43 誤薬（点滴誤投与）

病院から報告された事故の概要

単身で投与しなければならない補液 500ml の中に KCL2A を混注して追加した。双方の看護師が指示伝票の読み取りを誤った。補液は前もって準備されていなかった。

要因

1. 指示伝票が読み取りにくい。
2. 追加の補液が準備されていなかった。

病院で実施した改善策

1. 指示伝票の整理をする。
2. 主治医に解り易く書き直してもらう。
3. 事前に補液の準備をしておく。
4. 読み取りにくい指示は、申し送る。

評価委員会からのコメント

指示伝票の「記載内容が不明確であることと、不明確な指示内容を誤った解釈のまま実施してしまったことに問題があると思われる。

特に、KCL のような危険な医薬品の取扱については慎重さが求められます。今回のケースにおいて、薬剤を取り扱う場合の基本原則は守られて、注射薬準備のマニュアルを遵守した行動がとれていたのかを振り返ってみることが重要です。そのうえで、前もって準備されているはずの補液はなぜ準備されていなかったのか、「双方の看護師が指示伝票の読み取りを誤った」とありますが、その際、どのような確認行動をとったのかを考えてみましょう。

医師は、読みやすい文字を書くようにすべきことはいうまでもありません。読みにくい文字の疑義照会は、処方箋そのものを医師にみせて書き直してもらうのが理想です。確実な方法で医師の処方オーダーが確認できるよう、カルテとの照合を行ったり、病気と薬を確認したりするなどの行動にうつすことが大切です。

事例 44 輸血関連

病院から報告された事故の概要

輸血検査（交差適合試験）用検体の採血時検体ラベル作成過誤による別人採血を発見。別の機会に3回行った検査結果が一致していたことより判明した。

要因

患者 ID 誤入力。患者の確認を怠った。

病院で実施した改善策

検査オーダーは昨年10月よりオンラインで発生源入力に変更したが、オーダー入力時に誤入力した場合、過誤が最後まですり抜ける可能性が高い。したがって、

1. 患者 ID 入力後、表示された情報が該当患者であるかを照合する。
2. 採血時に検体ラベル患者情報と患者とを照合する。
3. 輸血を行う患者には、複数回検査実施しその結果の一致を確認すること。

評価委員会からのコメント

オーダーリングによる誤入力事例は、しばしばみうけられますがその後のチェック機能が働きにくい性質を持ちます。誤入力のないように、確認をすることはいうまでもありません。入力の際には、診察券と検査依頼伝表及び検体ラベルの照合を行なうことが大切です。また、指示が出されてから検査が行われるまでに、患者照合の機会は何の程度あったのか、その何処かで発見できなかったのは何故かを見直してみましょ。今回のケースの場合、交差試験用の採血ということですから、輸血の予定があったと推測されます。検査目的を確認することも事故防止のためには必要です。

事例 45 バイトブロックによる義歯破損

病院から報告された事故の概要

術前に麻酔導入時および覚醒時には歯牙、特に義歯の損傷の危険があることを患者本人に説明していた。手術当日、麻酔導入前に前歯の動揺がないことをチェックした上で、麻酔導入。手術終了後、患者は徐々に覚醒すると共に興奮状態となりバイトブロックを吐き出した。再挿入を試みたところ、患者の義歯（前歯2本）がはずれ、1本は口腔内にて発見し回収したが、もう1本は胃内にあることを確認した。患者本人に手術室内で経緯を説明し、さらに歯科医が患者口腔内を診察した。病棟に帰室後、患者家族に経緯を説明し、胃内に残された1本は自然排泄を待ち、明後日に当院歯科口腔外科を受診することとした。

要因

バイトブロックを吐き出したことによって、挿管チューブを噛み、窒息状態に陥る危険があったためにバイトブロックを再挿入した。

病院で実施した改善策

バイトブロック固定位置を工夫し、義歯上での固定をなるべく避け、患者覚醒時にも位置がずれないように厳重に固定することとした。

また、現在使用中のプラスチック製バイトブロックは、義歯などでは歯牙損傷を来し易いため、コスト高とはなるが天然ゴムなどでカバーされた製品への変更を検討する。

評価委員会からのコメント

この患者の義歯は取り外しのできない差し歯のような物であると思われます。取り外しのできる義歯であれば当然挿管する前には外します。

はずれない義歯ばかりではなく、患者の歯であっても折れる可能性があります。

この事例で病院から出された「要因」は本当にこの事例の要因になっているのでしょうか。検討する余地があります。

要因を十分に分析できれば対策が見えてくると思われます。

患者の覚醒状態に合わせて、医師や看護師が充分観察しながら処置に当たるのは当然のことですが、そもそも覚醒してくればそのようなことが起こることは予測できていたと思われます。バイトブロックの固定に置いても頬骨と顎骨にきちんと絆創膏で固定してあったのか、十分な知識に基づく予測を持ち、適切な固定をすること、それと併せて天然ゴムでカバーされたバイトブロックの使用を考えるなどできるだけ事故防止対策を充実させることが必要です。

事例 46 輸血用血液製剤の廃棄

病院から報告された事故の概要

輸血センターから出庫された輸血用血液を、手術室内備え付け保冷庫内で保管していたが、冷蔵庫の温度が上昇していた。7 時間 10 分経過していたため、血液製剤の品質劣化等の観点より、輸血センターにて廃棄処分した。

要因

壁にある電源スイッチが OFF になっていた。何時から切られていたかは不明。

病院で実施した改善策

手術室内備え付けの保冷庫に、保冷庫とは別電源の警報装置を取り付け、設定温度を超えると手術室内で直に対応できるよう改善を要望。

評価委員会からのコメント

このレポートでは、冷蔵庫の構造がよく分からないので電源が抜けたのか、壁にスイッチがあるのかが不明ですが、輸血用血液保管のための保冷庫の電源は絶対に抜くべきではありません。また、血液は温度管理のできない冷蔵庫で保管すべきではなく、多くの病院が使用している家庭用冷蔵庫は血液保管には適さない。輸血ができるレベルの医療を提供する病院であるならば、自記温度記録計と警報装置付きの冷蔵庫を設置すべき責任がある。

この事例は、壁にある電源スイッチが OFF になっていたことが要因とされていますが、これは要因ではありません。なぜ、電源が OFF になっていたのか、抜けやすかったのか、プラグの型はどういうものだったのか、非常電源はどうなっていたのかなど、まずは、要因を検討することが必要です。血液保管には厳しい条件を継続して保つ必要があります。今回の教訓をいかしてください。

事例 47 誤薬

病院から報告された事故の概要

小児科主治医は、麻酔科からのオーダー確認後、麻薬処方せんに記載し薬剤部に提出したが、薬剤部および看護師の指摘により麻薬処方せんの記載「塩酸モルヒネ 1.8mg」を二重線で訂正し「塩酸モルヒネ 20mg、単シロップ 5ml、水 15ml、1×医師の指示通り」と記載しなおした。麻酔前投薬投与直前に、看護師に確認し看護師が「20ml」と答えたため、それ以上の確認を行わず、塩酸モルヒネシロップ 1.8mg の指示のところ、処方された全量の 20mg を内服させたことが、看護師の残量確認で発覚した。オーダーシートの麻酔科指示、麻薬ワークシートも 1.8mg 20mg に修正されていた。医師に連絡し診察の結果呼吸状態が安定していたため、9時に手術室に入室させた。

要因

麻酔科医師の指示の容量と、小児科医師の処方せんの容量が異なっていたが看護師は疑問を持たず、確認せずに投与した。

1. 小児科医は麻薬の薬剤部提出処方せんに修正したが、処方ワークシートの内容を修正しなかった。
2. 担当看護師は薬札を見て、医師に連絡せずに処方ワークシートを修正した。
3. 深夜担当看護師は、日勤担当看護師からの投与量の相談に対し、オーダーシートの麻酔科医の投与指示と麻薬処方せんのモルヒネ量の照合をせず、確認行動を取らないで医師の指示を修正した。
4. 看護師は、時間切迫という状況にて、疑問を持ちながらも自分で確認行動をとらずに内服させた。

小児科における麻薬前投薬取り寄せシステムの問題として、麻酔科医の指示が出される前にあらかじめ決められた麻薬処方せんで薬品取り寄せの指示を出している。

病院で実施した改善策

1. 医師は、麻薬処方箋の記載内容に修正が生じた場合は、処方ワークシートの修正も必ず同時に行う。
2. 看護師は口頭指示を受けない。
3. 実施する看護師は、医師の指示を安全に実施するための確認の原則を守る。
4. 指示内容に疑問を持った場合は、医師に速やかに確認する。
5. 小児科の麻酔前投薬に関するルールを作成する。

評価委員会からのコメント

この事例は指示変更時の混乱の好例です。事例においては、麻酔科のオーダーを小児科医が処方箋に記載したり、そのオーダーを麻酔科の医師に確認しないで薬剤師とナースの意見で変更したりしています。

また、要因、対策ともに、よく検討されていると思います。

さらにこの事例で検討が必要なこととして、なぜルールが守られなかったのかということです。医師がワークシートに記述もれしてしまったのはなぜか、看護師がワークシートを直してしまったのはなぜか、麻薬投与の手順に問題はないかなどの視点です。ルールが守れなかったということに対して、守りやすくする工夫や手順そのものの見直しなどが必要な場合もあります。原則通りであっても手間がかかりすぎたりすると守れない場合もありますので、守られないマニュアルは、何故守れないのかも併せて検討してみましょう。

新たな確認方法を追加したり、導入したりすることが、必ずしも問題解決にならないケースもあります。

事例 48 失火

病院から報告された事故の概要

16:50 他患より、患者が「ウェルパスを廊下にふってライターで火をつけた。」と職員に通報。

16:52 廊下にいる患者に職員が「どうしてそんなことしたの？火事にでもなったらどうするの？」と問いかけるそれに対して患者は「ウェルパスを置いている方が悪い」という答え。

17:15 その様子観察をし、危険と判断したため主治医に連絡し、診察となる。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

1. 患者への厳重注意
2. 患者の観察を密にする
3. ウェルパスの周囲に火気のを近づけない

評価委員会からのコメント

院内感染が問題になり、各病室の入口に設置が奨励された際に、患者の特性から病室の入口に設置が適切でないと判断される場合は、携帯用にするよう指導があったはずである。この病院ではそういった安全策が採られておらず、このように多くの患者さんを危険にさらしたことになる。

病院には危険を認知できる患者ばかりではないので病棟に入院している患者の特性に合わせた安全管理を工夫する必要がある。

ライターで火をつけるという行動がどうしておきたのか、その原因については述べることはできませんが、病院内の火の管理については、慎重に確実に管理しなければなりません。

事例 49 測定間違い

病院から報告された事故の概要

車椅子乗車のまま体重測定後、車椅子のみを測定し、引き算をして除水量を決定。透析終了後、体重想定（測定？）すると4kg 違っていた。特に不快症状等なし。患者様に、体重測定ミスがあったことを説明した。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

複数の目で確認していく。

評価委員会からのコメント

体重測定をするという一連の行為の中で、何が測定ミスにつながったのか「要因」を明らかにすることが重要です。詳細な報告がないため、助言ができませんが測定器具自体の誤作動なのか、操作方法に問題があったのか、測定時に考慮すべき患者の条件（衣類や車いすなど）を把握できていなかったのか測定結果を見間違えたのか、記録の間違いのかなど、誤作動につながる要因を明らかにして、具体策を検討する必要があります。透析患者にとって、体重は除水量を決定するための重要な情報です。誰が実施しても正確に測定できるように測定方法、測定条件、体重計のメンテナンスを実施することが必要です。

事例 50 ME 機器整備不足

病院から報告された事故の概要

心肺停止状態の患者にDCを使用しようとしたところバッテリーランプがつかず使用できなかった。そのため他のDCに変えた。後にMEが同条件下で行ったところ使用できたため、本体と接続部分がうまく接続できていなかったと思われる。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

- 緊急時であっても焦らず接続等の確認をすること。
- ME 機器の接触の機会を（勉強会等）で増やし知識・技術を身につける。
- 定期的な点検を検査室、MEに頼るのではなく、看護師もしっかり行う必要がある。

評価委員会からのコメント

DCは、緊急の場合に使用されるものです。バッテリーランプがつかず使用できなかったということですが、充電がされていなかったために使用できなかったのではないのでしょうか。だとすれば、日常点検における充電状況のチェック体制を整備することが大切です。充電されていれば、コードなしでも使用できたのではないかと推測されます。電源が点灯しているか、充電ランプが点灯しているかは機器取扱の基本です。保管場所も電源確保ができる場所にすべきでしょう。今回は機器の整備が悪かったのか取扱に精通していなかったのかが不明です。取扱が理解されていないのであれば対策にあるように十分な研修を行い、速やかに実施できるだけの技術を習得しておくべきである。また整備状況の問題であれば、整備・点検のチェックリストを用いて、定期的に業者の点検を受けるとともに日常的な点検を実施することをおすすめします。

事例 51 誤薬（点滴誤投与）

病院から報告された事故の概要

プレドバを輸液ポンプで使用している内科の肺炎患者様に 18 時プレドバを更新する。アラームとルートの確認(設定 30ml/h)。18 時 30 分モニター観察時血圧と脈拍の上昇を認め電話にて医師に問い合わせる(主治医不在の為代診医へ)口頭にてプレドバを 20ml/h に設定変更するように指示があり施行。20 時のラウンドで訪室するとプレドバを更新してから 2 時間しか経過していないのに残量が 100ml 以下になっていることに気付く。表示されている投与量 53ml となっており、輸液ポンプの故障により、設定表示投与量より多く点滴されていたことに気付く。すぐ内科当直医へ報告する。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

業者統一(現在は各科が別々の物品を使用し、メンテナンスは不定期)し、定期的なメンテナンスを行ってもらう。器械に頼らず、定期的な訪室とモニター観察を実施する。

評価委員会からのコメント

医療機器の誤作動を防止するためには、輸液ポンプの取扱説明書が指定しているメーカーの輸液セットを使用するか、定期的なメンテナンスが必要不可欠です。今回の輸液ポンプは日常点検をどのようにしていたのでしょうか？輸液ポンプを使用するような薬剤は治療上重要な医薬品であったり、速度が速すぎると危険な医薬品であったりすることが多いはず。定期点検、使用前点検に際しては点検項目を明確にして同じ質の点検ができるようにしておくべきです。輸液ポンプを用いていても、滴下状況を見ることは点滴施行中の管理の基本です。どのような管理方法、チェック体制をとっていたのか、それができなかった事情があるとすればそれはなぜだったのか、振りかえって考えてみてください。この事例のように1時間半もの間巡視をしないで居ることは患者の治療や看護をする医療機関としての責任を十分に果たしているとは言えません。

事例 52 ドレーン抜去

病院から報告された事故の概要

16:00 頃患者様よりナースコールあり。患者様が「管が抜けているみたい。」とのこと。直ぐに病室の患者様の所へ行き、左胸の胸腔ドレーンを確認したところ、ドレーンがすっかり抜けてしまっていた。1ヶ月ほど前に外科の医師によりドレーンを5cm引き抜いており、縫合固定はされておらず、テープ固定のみになっていた。自立している患者様で、トイレ歩行等されていた為、テープ固定が緩むことがあり、夜勤帯、日勤帯でテープの再固定をしたが、エラテックスではなく、シルキーテックスでの固定だった。また、ドレーン刺入部の確認を怠った。刺入部痕をイソジン消毒し、ガーゼで圧迫固定すると同時に主治医にコールする。至急でX-P依頼する。患者様にはそのまま安静にするよう説明する。主治医が休暇であった為、他の外科医師に状況説明し、X-Pによる診断と診察を依頼した。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

患者の精神的動揺のフォローが必要であった。5cmドレーンを引き抜いており、テープ固定のみだった為、抜ける可能性を考慮にいれておくべきであった。テープ固定の際、シルキーテックスではなく、エラテックスでの強力固定が必要であった。また、固定の際刺入部確認マーキングの確認をする必要がある。胸腔ドレーンを挿入した医師に安静度を再確認しておく必要があった。

評価委員会からのコメント

「患者の精神的動揺のフォローが必要であった。」はドレーンが抜けた後のことであり、ドレーンの自然抜去を未然に防ぐ対策ではない。多くのレポートの「対策」にその後の医療処置や患者への対応が「対策」としてあげられることがあるが、起こった事象をもっと見直し、未然に防ぐ方法を検討していただきたい。

後段はこの事例から対応策を検討されているが、本来であればドレーンを5cm引き抜いた時に縫合固定すべきだったと思います。縫合固定しなかった理由を確認し自然に抜去されて良い事例だったのか、患者への説明が十分なされていたのかも含めて検討していただきたい。

事例 53 誤薬（投与速度調節ミス）

病院から報告された事故の概要

24 時間持続で高カロリー輸液を施行している患者。指示された滴下時間を実施するため、看護師 A が 20 滴/分（成人用セット）で開始したが、指示よりも速く薬液が注入された。（指示された時間は 1 本 12 時間、滴下した時間は 1 本 2 時間 20 分）滴下調節は、看護師が行っている。医師に報告後、血糖値チェックの指示が出され、高血糖が確認されたので、インスリンを投与した。

要因

1. 患者はほぼベッド上において体位もほとんど右側臥位で経過しているが、首の位置で点滴滴下速度が変わってしまうことがある。そのため、点滴が医師の指示した速度よりも速く滴下してしまった。
2. 輸液ポンプ等を使用していない。
3. 輸液セットは成人用のものを使用している。
4. 点滴を開始後、滴下速度や滴下量を看護師がチェックしていなかった。

病院で実施した改善策

1. 看護師は滴下の調節を確実にできるよう、時間を決めてチェックする。
2. 担当看護師以外の看護師も、訪室の際は、滴下速度をチェックする。
3. 輸液セットを小児用に変更し、急速な落下が発生しないようにする。

評価委員会からのコメント

輸液療法は指示された患者、指示の薬剤・速度・量・時間を正確に与薬することが重要です。正確に実施するためには、調節に適した輸液セットの選択や輸液ポンプの使用を検討すべきです。24 時間持続の高カロリー輸液は血中濃度の急激な変化を避けるために、輸液ポンプの使用を原則とすべきでしょう。やむを得ない時は成人用もしくは小児用点滴セットによる滴下調節を選択せざるを得ませんがこれらの場合は患者の体位やラインの状態により滴下状態に変化が見られることは避けられないので流入速度を常時監視する必要があります。輸液パックに予定量の目盛りをふるなどしてすぐに実施量が分かるように工夫することが必要です。

事例 54 手術後の肢位確認

病院から報告された事故の概要

腓骨筋腱脱臼に対し、腓骨骨切り手術を行った。骨片をスクリューで固定後にレントゲン写真を撮影し、骨切りが正しく行われている事を確認し、手術を終了した。しかし、写真が正しい肢位で撮影されておらず、スクリューの長さが適切であるか評価できていない事に術後に気づき、改めてレントゲン写真を撮影したところ、スクリューが長すぎ、その先端が関節内に突出していた。通常関節運動には影響の無い位置であったため、いったんはそのまま経過観察する方針であったが、万全を期すために患者様に説明し同意が得られたため、4日後に局所麻酔下に適切な長さのスクリューに入れ替える手術を行った。

要因

スクリューの長さについては、スクリュー刺入前にデプスゲージを用いて何度も繰り返し測定し、対側に突き出ることを危惧して、測定値よりも短いものを選択した。このため術中レントゲン写真を見た段階で、スクリューの長さが不適切であるという疑念をもっておらず、その写真では骨内にスクリューが納まっているように見えたため、それ以上の確認を行わなかった。

病院で実施した改善策

写真が正しく撮影されておらず、必要な確認が十分に出来ない場合には、追加撮影をためらわない。
一つの手技で確認している事柄についても、常に問題が生じている可能性を考え、ダブルチェックを行う。

評価委員会からのコメント

的確なスクリュー挿入を確認するためには、先ず正しい肢位にして、方向を変えてのレントゲン透視が必要である。平面で一方向から確認するだけではミスの可能性を排除することはできません。レントゲンが正しく撮影されていなかったとありますが、なにが原因だったのでしょうか。

術中、術後の確認方法をマニュアル化しそれを遵守していくことで今回のような見落としを防止することは可能と言える。

なにはともあれ、万全の体制で臨むことになり、患者に対して誠実な対応をとられたことはよかったです。

事例 55 患者情報の不足

病院から報告された事故の概要

MRI での腰椎検査の患者で、検査途中気分が悪くなり（胸が苦しいと訴えがあり）中止した、MRI と合わせ腰椎レントゲン撮影の指示もあり、その写真上に電極が確認されたので、病棟に確認しペースメーカーをしている患者であることが分かった。依頼伝票のチェック欄には何もチェックされておらず患者情報の伝達ミス。

要因

患者の状態、状況が把握されていない。
ノーチェックのまま撮影してしまった。

病院で実施した改善策

検査不可能の項目を目立つ様に伝票を校正段階。
又、不可項目に該当する患者の伝票はチェックが入った段階で破棄する。

評価委員会からのコメント

驚くべき事例です。金属を身につけて MRI 検査室に入ることの厳禁なことなど常識で、患者基本情報の段階で厳重にチェックされていなくてはなりません。

指示を出す医師が充分患者の情報を取るべきであり、ペースメーカーやクリッピング手術等の既往は患者の生命に関わる重要な情報であることは言うまでもありません。このような情報をチェックしないで指示を出すところに患者からの医療不信の原因があるとも言えましょう。医師は、十分な説明をし、MRI の禁忌がないかチェックしたのかが分かりません。記入漏れは予測されるべき問題です。禁忌事項の記載漏れがあった場合は、確認しなければ検査の予約をいれないくらいの厳重なルールが必要です。

手術、薬物、検査、食事等すべてにおいて禁忌事項を充分チェックできるようなリストを早急に作成し、確実にチェックして～指示を出すようにすべきである。また医師、受付、放射線技師がダブルチェックを確実にする必要があります。

事例 56 検査処置

病院から報告された事故の概要

抗生剤皮内テスト時に同一シリンジ・針で二人刺してしまう。A 氏皮内テスト実施済みシリンジをそのまま処置台のトレイに置いてしまい B 氏皮内テスト時に生食を同じシリンジで刺してしまう。

抗生剤が異なることに気がつき確認したところトレイに有ったのは A 氏用の使用済み分で B 氏用は準備がされていなかった。

要因

A 氏皮内テスト実施済みシリンジをそのまま処置台のトレイに置いてしまっていた。B 氏用は準備がされていなかった。

病院で実施した改善策

記載なし

評価委員会からのコメント

提出されたレポートの要因にはいろいろな改善策を導き出す内容が含まれていると思われます。この事例だけの改善ではなく多くの不備な点を改善できる要因でしょう。

要因にある、使用済みの物が未使用の物を準備する場所に置かれたことについては次の点が問題として考えられます。

1. 病院内若しくはその病棟内に従事する職員が、医療機関でありながら清潔と不潔をきちんと区別すると言った基本的なことができていなかったために起こってしまった事例といえる。使用済みの物と未使用の物ははっきりと置く場所を変えるべきです。
2. 使用した人は後始末まで含めて一つの処置であることを自覚していただきたいものです。
3. これから使用する薬剤には必ず、誰に使用するものかが分かるように明記しておくこと。

少なくとも 1. がきちんとできていれば 2. は多少遅れても今回のような事故には至らないと思います。事故発生後の対応はどのようにしたのが不明ですが、起こった事実を正確に患者に説明し、A 氏に承諾を得て感染症の検査を行い、必要があれば病院の責任として、B 氏の治療を行う必要があります。過ちを起こした後の誠意ある対応は病院、強いては医療の信頼に関わる問題です。誠実に対応していただきたいと思います。

事例 57 CV ラインの自然亀裂

病院から報告された事故の概要

患者から首のあたりが冷たいと訴えがあった為、CV 挿入部、CV のルートとエクステンションの接続部を確認したが問題はなかった。しかしループさせているチューブを包んだガーゼが濡れていた為確認したところ、CV ルートの接続部から 5cm の所から液漏れがあり、亀裂が入っていた。

要因

自然亀裂

病院で実施した改善策

CV を挿入し、17 日目のトラブルであった。CV ラインの固定等で負荷がかかるとは考え難い。購入先に問題のカテーテルを渡し、原因を調査してもらうことにした。

回答：ラステットによるカテーテル劣化の報告例はあるが、亀裂状況の報告例は無い。何かのストレス、体動によるねじれ等が考えられる。カテーテルとしては 5cm のところは力が入ると弱いところである。

対策：先端から 5cm のところは屈曲しないように固定する。

評価委員会からのコメント

この事例の場合、原因が分からないので対策を講じにくい。購入先に問い合わせをし、原因を究明したことはよい。カテーテル等はどうしても弱い部分があるので定期的に入れ替えをするように決めておくことが必要であり、今回の事例からこの種のカテーテルと使用した薬剤から概ね 2 週間が適切であるということが示唆されている。こういうことはメーカーを通じて広く医療機関に知らされるべきである。

東京都では総合薬事指導を行う中でこのような医療器機の構造上の問題に関する事例を収集し、メーカー指導を行っているので、情報をいただき、医療用具や医療器機全体の安全性を確保していきたいものです。

また、医療機器本体に不具合が疑われる場合、医療機関から厚生労働省へ報告をするシステムがありますのでそちらへのご協力もお願いします。

<http://www.info.pmda.go.jp/info/houkoku.html>

事例 58 移動型診療エックス線装置 作動不良

病院から報告された事故の概要

使用期間が 16 年目に入った古い機種のパortable (移動型診療エックス線装置) ですが、これまで大きな故障もなく使用していましたが本日曝射スイッチの動作不良、電源コンセント部の破損 (感電の危険性大) を発見した。電源部は応急処置をして、曝射スイッチでとりあえず曝射はできるのでそのまま様子見ることとした。修理が必要と考える。16 年も使用しているので新規購入も考えてください。

要因

老朽化

病院で実施した改善策

修理、新規導入

評価委員会からのコメント

これは患者に実際何かが起こったという事例ではなく、今改善することによって事故を未然に防ぐことが明白な事例です。

速やかに購入若しくは修理の計画が立てられないのは管理上の問題であり、病院管理者の医療安全に対する姿勢が問われるところです。

また、現場でその機械を使用する実施者責任も問われるところでもあります。

ハードの面での不具合が明白なものに気づきながら放置することは医療法施行規則で「医療機関の特性に応じて、次の医療安全管理体制の確保を管理者に対し義務づける」中の「医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること」にも抵触します。速やかに対処していただきたいものです。

事例 59 透析中のトラブル

病院から報告された事故の概要

痴呆がある患者が透析中に寝ぼけて大きく手を動かし、となりのコンソールを叩き機械の漏電ブレーカーを落としてしまった。医師の回診時発見された。1分弱停止していた。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

ブレーカースwitchにカバーをつけると同時に、痴呆患者にはベッド柵等の適用も考慮する。

評価委員会からのコメント

事例患者さんは通常どんなベッドで、どのような種類の透析機械がどこにどのように設置されている状況で治療を受けていたのでしょうか。痴呆症状がある患者さんであったということですが、危険行動の有無や問題行動の予測はどのようにおこなわれていたのでしょうか。医師の回診の際に発見されたとありますが、観察はどのようにおこなわれていたのでしょうか。事例には、情報の記載や振り返りがされていないため、十分に検討することができません。要因の記載もされていませんが、何が、この事例の影響要因なのか日頃からなぜなぜと、といかけることが必要です。

透析治療を受ける療養環境は、一般病室というよりも手術室に準じて慎重に配慮されている必要があります。そういう認識で、もう一度、振り返りをお願いします。

事例 60 モニタリングトラブル

病院から報告された事故の概要

動脈圧ラインを確認したところ、バルブを開かない(フラッシュ動作をしない)状態でもヘパリン生食が流出していた。圧ライン接続などを再確認したが特に問題なく、圧ライントランスデューサー部を交換したところヘパリン生食の流出は止まり、収縮期肺動脈圧測定可能となった。当該患者の手術等には問題ない。

要因

バルブ部分の故障が最も疑われた。

病院で実施した改善策

業者に連絡を取り、当該部分を渡し、調査検討を依頼した。これまで5年以上にわたり、年間約4000本程度使用しているが、今回の様な事象は発生していない。

評価委員会からのコメント

器具の整備点検はこまめにやらねばならない。トランスデューサーだけでなくラインからの水漏れ、ライン内の気泡の存在など付属部分の状態を十分に点検しなくてはならない。

バルブの故障を要因にあげられていますが、故障がおきる可能性はつねに予測されます。したがって、機器の点検、整備が重要になります。記載がないので正確ではありませんが、通常動脈圧ライン点検において今回の発見、患者への影響がなかったとすれば点検の価値があったというものです。一方、患者に実施中に偶然発見されたのであれば、その後の対応が重要となります。

これを機に、病院内の全バルブを点検、整備をお願いします。

業者には、使用可能な保証年限などについても、確認しておくこと。

事例 61 誤薬

病院から報告された事故の概要

指示にてジゴキシン 1/2A + 生食 100ml 点滴を中止し内服へと切り替える予定であった。しかし、注射伝票は中止になっていない。点滴も用意されており実施してしまった。

要因

前日に指示受けした際変更をしていなかった。情報シートに変更になることは記入されていたが薬剤科に中止の連絡をしていなかった。確認不足。

病院で実施した改善策

中止の指示受けは必ず注射伝票も破棄する。
変更時は細心の注意を払う。

評価委員会からのコメント

この事例の要因は本当に「確認不足」でしょうか。指示はなかったわけですから確認の仕様がありません。情報シートには誰が記載したのでしょうか。

「情報シートには変更になることは記入されていた」にもかかわらず「注射伝票は中止になっていない」という状況が何故発生したのかを明らかにする必要があります。

指示の流れを確認し、分かりやすい順序で、全員がそれを守ることも大事ですが、それ以上に大切なものは指示内容の正確な把握です。「何故、ジゴキシンを中止して内服にするか」といった指示内容が全員によって理解されることが必要です。指示されたことを機械的に実行するだけでは、見間違い、聞き違い、思い違いがおこります。チーム医療であるならば、発生源の意思がはっきり伝わるようなシステムで指示を出すように努力する必要があります。

全ての医療行為は医師の指示がなければできないわけですから、医師が記述する指示システムを確立し、変更や中止の指示を受けた時に行うべき手順を明確にして全員が指示の内容とこの患者における治療の意味や指示変更の意味を理解した上で確実に実施すべきです。「情報シート」、「指示」が異なるようなシステム、幾つもの情報を見なければいけないシステムでは、指示と情報シートが異なる場合や一方しか確認しないなどが起こりやすくなります。

注射指示受け後の情報シート等に転記することがリスクを招きます。医師の指示した処方箋がそのまま薬局に伝わるような、注射指示の情報が分散しないシステムを考える必要があると思われます。

事例 62 誤嚥（窒息）

病院から報告された事故の概要

「何か喉に詰まった」とナースコールあり。タッピング及び吸引を試みるが吸引できず、医師により喉頭鏡使用し鑷子で取り出すが自発呼吸は見られず気管内挿管し、アンビュー及び心マッサージ施行。ボスミン 3A、硫アト 3A を静脈内注射するが蘇生せず 1 時間後家族へ死亡確認する。その後異状として警察へ連絡する。翌日検案後帰宅される。

要因

日頃より家族に注意していたが、本人の希望もあり、摂取させてしまった。

病院で実施した改善策

目の届かないところでの食事を与えることは、考えていかなければならない。

評価委員会からのコメント

どのような患者が何をのどに詰ませたのか不明ですが、食事制限があるにもかかわらず、本人の強い希望で食事を許可していたことが推測されます。治療上食事制限が必要であったならば、本人を納得させるような十分な説明と同意を得るべきであったと思われる。

また患者の嚥下能力、食べようとしている食材の種類、食材の大きさなどのアセスメントを十分に行い、その上で、食事を許可するということであれば、食べさせる際の体制の確立（嚥下状態のアセスメント、誤嚥しない食べ物の選択、患者の体位、誤嚥しやすい人の食事介助に卓越した技術、誤嚥した場合の対策など）を図るべきであったと思われる。食事に対する欲求は基本的なものであり、すべてを禁止するのでは QOL を無視してしまうことになります。患者の QOL を満たしつつ、安全な摂取の援助が看護計画に立案されていましたが再検討してみてもいいかがでしょうか。

事例 63 誤薬

病院から報告された事故の概要

大腸内視鏡の前処置の指示がグルカゴンになっていたのにブスコパン 1A を筋肉内注射してしまった。(患者様の緑内障、前立腺肥大術後の既往をチェックしていたが)

要因

バルブ部分の故障が最も疑われた。記載なし

病院で実施した改善策

大腸内視鏡の時には看護師 2 名在席しているため、ダブルチェックを必ずする。

評価委員会からのコメント

前処置の指示があり既往もチェックしていたにもかかわらず、指示内容とは異なる薬剤を使用した事例です。検査の前処置の指示はその都度処方されるようになっているのでしょうか、それとも一定の指示が決まっていて、患者の既往によって変更させているのでしょうか。

基本的には、患者毎に指示が出され、注射伝票が切られるべきで、その伝票に基づいて、薬局からその都度患者毎に薬品が払いだされていればこのような事故は防げたと思われます。本来あるべき姿を、簡便にして手抜きの医療をすることが事故を招いてしまいます。

検査マニュアルを整備していても、ルールを外れてしまうのでは意味がありません。

「人はエラーを起こすもの」という事故防止の基本的な姿勢があれば、人によるチェックだけに頼らず、システムの見直しをすべきです。

間違えてしまった原因を明らかにし、普段使用する薬剤から外れる場合の注意喚起の方法を検討してください。

事例 64 口腔ケア用具の取り違え

病院から報告された事故の概要

夜勤帯、患者に口腔ケアを施行したが、終了後に顔面を整えた後吸引洗浄ボトルの名前を見て、他患のものを使用してしまったことに気づいた。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

ICU という特殊な医療器具があることや、オープンでカーテンでのしきりのみで個々のスペースがわかりづらい分、物品などは必ず名前を書き、名前を確認する。

評価委員会からのコメント

ICU の構造ははじめから決まっていて、そのことは十分承知しているのに、この患者の物と、他の患者の物との区別ができなかったのは何故かを考える必要があります。

特に ICU の易感染状態にある患者をケアする際には安全や衛生面での配慮が不可欠です。

一患者一トレイが大原則です。あらかじめベッドサイドに患者ごとのスペースを確保し、そのスペース内にトレイの場所を決め、他の患者の物と混じらないようにしておくことが必要です。

物品の置き場、整理整頓、隣との間隔、夜勤帯の照明の状態、吸引ピンの大きさや吸引チューブの置き場、ゴミ箱の位置なども同様です。つまり、ICU という環境スペースの中で、他の患者の物品と取り違えてしまったのは何故かを考え、その原因要因を明確にする必要があります。

事例 65 誤薬（指示確認ミス）

病院から報告された事故の概要

創部痛の訴えがありシラブル 1T を投与しようと思い、本人用を探すが見つからず他患の屯用のシラブル 1T を借りる。しかし、実際は医師からの疼痛時の指示は出ておらず、思い込みにより他のスタッフに確認せずに患者に内服させてしまった。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

医師の指示のない訴えに対しては、必ずリーダー、医師に報告し、指示を受けてから実行する。内服薬を投与する時は、必ずスタッフとダブルチェックし、誤薬を防ぐ。思い込みで行動しないよう、何でも確認する習慣をつける。

評価委員会からのコメント

日頃から、他の患者の頓服を借りたり貸したりするシステムに誤りがあります。指示のない薬を勝手に飲ませることは法律にも抵触する行為です。与薬に対する重大性の認識が欠けているので、このような行為が行われ、事故が発生するのです。ダブルチェックをする前に、先ず他の患者の薬の使い回しをしないこと守ることが先決です。

与薬について自分の記憶や経験で判断するのは危険です。スタッフ同士のあいまいな確認も同様です。医師の指示があるなしにかかわらず、与薬は医行為であることを再確認していただき、いかなる場合にも医師の指示に沿って行動することを徹底させることが必要です。

事例 66 誤薬（点滴内容間違い）

病院から報告された事故の概要

朝の点滴が終了しているのに気づかず、ない物と思い込んで、夕分の点滴ボトルに足りない薬品を保管薬品から準備した。朝分が終了していると、指摘を受け、朝と夕の点滴内容が違うことに気づかず、夕に点滴して欲しい、と準夜勤務者に申し送り、朝の内容で点滴がされた。2人の患者様が点滴を受けた。

要因

朝と夕の点滴内容が異なることに気づかず、夕分に使って欲しいと申し送った。点滴ボトルに混注薬品内容を記入し、混注後に線で消していく約束があることも知らなかった。準夜勤務者から、点滴内容の確認の連絡があって間違いに気づいた。指示表には実施印も押されているが、見落としている。新卒2ヶ月目の新人で自己判断してミスが起きている。

病院で実施した改善策

指導担当者が新人の行動を把握しておく。病院の点滴などに関する決まり事について再確認する。帝王切開のクリティカルパスに点滴の予定時間の記入がなかった為、時間を入れた。おかしいと思った時は自己判断せず、リーダー又は指導担当者を確認する習慣をつけるよう個人指導した。点滴準備者が点滴実施することが原則で、ボトルへの混注内容の記載、空アンプルを残すなど、確認できるように検討していく。他のスタッフにもカンファレンス時に指導、確認した。

評価委員会からのコメント

朝と夕の点滴内容が異なることに気づかない理由は何でしょうか。指示が注射伝票に記載されていないと言うことが、記載してあっても指示を見ないということのほかに理由が考えられません。きちんと指示を確認してたのであれば、指示の違いは分からなくても、薬品を間違えることは無いと思います。

新人看護師の場合、とりわけ新卒2ヶ月目であれば、本来のルールも身につけていないことが予測されます。だとするならば、個人指導にとどめず、これを機会に新人教育の内容と方法を見直すべきでしょう。

準夜での点滴準備時の内容確認は決まりどおりに行われていれば、少なくとも患者への影響は防げたはずですが。

点滴の準備者が実施していないことや、朝の点滴が終わったことを知らなかったことや、薬品保管庫から容易に薬が取り出せるシステムには問題があると思われます。注射処方箋を活用し、薬剤科から患者毎に使用薬剤を払い出してもらうなど、薬剤科との連携を図れるように院内で検討してください。これらを見直すことが今回のような事故防止の対策と考えます。

事例 67 処方箋誤入力による過剰投与

病院から報告された事故の概要

気管支喘息の外来で定期的にステロイド全身投与（プレドニン内服）をしていた。定期処方ではプレドニン 10mg/day 投与。発作強くなり、プレドニン 30mg/day に処方変更。症状改善し、10mg/day に戻し処方とした。定期処方から、元通りプレドニン 10mg/day の処方としたが、「前打ち出し処方箋」は、プレドニン 30mg/day になっていたのに気づかず処方してしまった。本人は「変だ」と思いながらも2週間内服。来院時に「顔がむくむ」と訴えあり、プレドニン 30mg/day になっていたのに気づく。「処方入力」印を押さなければコンピュータ入力されない約束があったが、30mg に入力されていた。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

記載なし

評価委員会からのコメント

概要から(1)誰がコンピュータ入力をするのか(2)「前打ち出し処方」は前回の記録が自動的に打ち出されるということかの2点が不明でしたが、(1)は医師、(2)は「前打ち出し処方」は前回の記録が自動的に打ち出されることとして回答いたします。

本事例は、処方内容の変更時に変更内容を新規に入力しない方法を取っていることから、変更前の処方内容で薬剤の過剰投与につながったと推測されます。

前打ち出方は便利かもしれませんが、処方システムを変えなければ再び起こる事例と考えられます。変更を含む処方内容の入力は、その都度新規に入力していくシステムを検討してください。

少なくとも、毎日患者の状態を管理できない外来患者についてはその都度の入力にすべきです。診察の結果 10mg/day に変更しようとしても、結果的に 30mg/day の薬が患者に渡ってしまったのでは、診察の結果が治療に反映できず、副作用の増強につながるという二重の災難を招いた事例です。

事例 68 間欠的持続吸引機の設定間違い

病院から報告された事故の概要

間欠的持続吸引機を 3F でデモ導入され正規購入となったが、機器の学習伝達がされないまま 2F でイレウス管挿入患者に運用開始された。AM2 時頃、排液ボトルが満杯になって入るよう見え深夜看護師は電源を止めて排液ボトルをチェックした。電源を再入する際、深夜看護師が初めて触る機械であったため準夜看護師に設定の援助を求めた。準夜看護師は指示箋・温度板に書かれて確認していた「休止 25min、吸引 3min」を伝えたが、深夜看護師達は「3 分も引かないでしょ... 秒の間違いではないか」と会話し、準夜看護師も秒と判断し「休止 25 秒、吸引 3 秒」に設定し朝まで継続した。患者は排便あり、嘔吐・腹満軽減しており設定間違いを思いもしなかったが、日勤のウォーキングカンファレンス時に指摘されインシデントに気づく。機器の説明書は医師が持ち歩いており、現場では機器を知らないもの同士が扱ったためミスには気づかなかった。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

記載なし

評価委員会からのコメント

医療従事者には医療機器を使用の際には必ず添付文書を読むことが義務付けられています。本事例のように新しい機器を導入する際は、使用する医師や看護師への教育が全て終わってからでしか使用してはいけません。

実際に夜間機器の側で操作しない医師が、何故説明書を持ち帰るのでしょうか。院内の ME 機器の管理、運営マニュアルに則って管理されているのでしょうか。運営マニュアルや管理体制が整っていないのであればすぐに整備し、それに則って運営すべきです。また、説明書の原本は機器に備え付けコピーを必ず保管するなどの規則も決めておくべきです。少なくとも医師が勝手に説明書を持ちだし、説明書のない場所で機器を操作するなど危険きわまりない行為です。

使用する機器には、必要最低限の取扱説明書や簡易マニュアル、トラブル対応マニュアルを添付しておくことが必要です。

医師の指示内容に疑義があった場合は、何よりも医師への確認を優先しなければなりません。なぜ、それが行えなかったのか、夜勤時の医師との連携システムはどうなっているのかなど、振り返ってみてください。

医療機器については、特に慎重に取り扱うことを徹底してください。

事例 69 輸液ポンプの専用ライン誤使用

病院から報告された事故の概要

ドーパミン滴下中の IVH ライン交換に訪室した所、初めて取り扱う輸液ポンプであったため、リーダーに使用方法を聞きライン交換を行なった。ポンプの学習会をしていたが、ポンプ用の専用ラインがある事を忘れていてラインのことは確認しなかった。輸液ポンプに「専用ラインあり」と明記されていたが気づかず、次のライン交換時にも他のラインを使った。翌週のライン交換時に他看護師からラインが間違っていることを指摘される。輸液セットを間違えて使用していた1週間の間、ウォーキングカンファレンス、部屋持ち看護師とも見過ごされて経過した。幸い、実際に落ちたドーパミンの量は残量から見て指示と大きな違いがないものと思われた。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

記載なし

評価委員会からのコメント

ME 機器の取扱には、その機器ごとの注意事項があり、そのために取扱説明書などを必ず機器に備え付けるようになっていきます。

今回は説明書を読まず、「使用方法を聞き」と言うことでしたが、聞かれた側が尋ねた側の知りたいことをすべて理解しているとは言えません。専用のラインがあることは当然知っているとは判断すればそれは説明しないと言うようなコミュニケーションギャップが生じます。

初めて使用するものに関してのオリエンテーションに問題があったことも考えられますが、医療機器や医療用具を購入する際には、汎用性のあるものや事故を起こさない視点での物品購入の検討が必要です。

また、研修を受けても「人は忘れる」ものですから、必ず簡易マニュアルのようなもので、確認しなければならない項目がチェックできる用にすべきです。

また、今回の1週間にわたって間違いが見過ごされていたにもかかわらずこの事例が大きな事故に至らなかった理由として、「実際に落ちたドーパミンの量は残量から見て指示と大きな違いがない」というように残量の確認がきちんと行われていたからだと言えます。自動輸液ポンプを使用している場合でも必ず、人の目で残量の確認や患者の状態を確認することを怠らなければ、エラーが合っても大きな事故には至らないという教訓になる事例です。

なお、要因と対策の記載がありませんが、病院単位で要因を分析し、対策を実践し、対策の効果を評価するという取り組みを是非お願いします。

事例 70 人工呼吸器設定間違い

病院から報告された事故の概要

気胸の手術後患者レスピレーター管理中、夜間原因不明のアラームが続き、一度電源を落とし、再始動させた。その際に、隣のベッドの患者の、(同じレスピレーターを使用していた)設定にしてしまった。

要因

設定後受持ち看護師も再度、設定のチェックをしていなかった。

病院で実施した改善策

レスピレーター設定の変更やレスピレーター自体の交換など行った際はたとえ同じ設定でもチェック表に記載し前回のとみくらべて確認する。異常がみられた機械に関しては必ず、ME へ連絡し、点検してもらう。

評価委員会からのコメント

アラームが鳴っている場合アラームの鳴る真相を究明する必要があります。

事故概要からではアラームが機械側の要因によるものと判断しているように見受けられますが、患者側の要因も十分に考えられます。看護師の判断で安易に電源を切ってしまうのはとても危険です。

また、条件設定に関しては何故隣の患者の設定にしたのか、その施行プロセスを充分分析してみると今回の設定ミスの原因が明らかになると思われます。一度思い込んでしまうと訂正することはなかなか難しいので、人工呼吸器ごとに設定条件を貼付しそれに沿って確認をする方法をとってみてはいかがでしょうか。

医療機器を使用している患者の観察項目として、定期的に機器の設定条件の確認や作動状況を確認することは必要です。

事例 71 人口呼吸器設定

病院から報告された事故の概要

数日前呼吸器を付けていたが挿管が抜けてマスク換気となっていた患者様が夜間帯で再挿管となるも呼吸器アラームが頻回に鳴っていたらしい。たまたま通りかかった ME に日勤者が設定に問題ないか確認してきた。夜間帯では CMV、一回換気量 500ml、換気回数 20 回、気道内圧上限 100cmH₂O、気道内圧下限 6.0cmH₂O、分時換気量 .0L/min となっていたらしく日勤者が設定を初期設定に戻したということだった。確認したところ警報は気道内圧上限で引っかかっており、警報が鳴り続け、さらに警報に引っかかり一回換気量が入らず分時換気量で警報が鳴り続けていた。

要因

片肺の患者様のため TV を考慮する必要があった（前回挿管時は TV370ml）。警報が鳴ったのは TV が 500ml のため気道内圧が高くなったためであり、さらに警報にて TV が入りきらず分時換気量が低下してしまったためとおもわれる。

病院で実施した改善策

記載なし

評価委員会からのコメント

呼吸器のアラームが鳴った場合、その原因を呼吸器にだけ求めることに間違いがあるようです。患者の状態と呼吸器の設定が合っていなければ当然アラームは鳴ります。

この概要から見ると、患者さんの病態にあった人工呼吸器の設定になっていたとは思えません。再挿管後担当した医師が誰かに指導を受けながら設定したか等は不明ですが、看護師も再挿管されたことを医療チームの一員として評価する体制作りをする必要があるのではないのでしょうか。

また機械、患者の両面からアラームの原因を究明する用意をしておくことです。機械のトラブル対応マニュアルの整備、それでは対処できないときには医師の診察を受け、患者の状態を確認し、設定されている指示が患者にとって適切であるかを確認してもらう必要があります。

事例 72 輸血滴下速度の調整ミス

病院から報告された事故の概要

濃厚赤血球輸血を3時間で滴下する指示があったが、5分後に確認したあと1時間後には終了していた

要因

実施は予定どおり行ったが、その後の確認が不十分だった。

病院で実施した改善策

指示の実施は最後まで確認する（実施前、実施中、実施後の確認）

評価委員会からのコメント

輸血は血液の臓器移植であるとも言われるほど、輸血に伴う危険は大きい。速度だけでなく症状観察も含め、5分間付き添う、15分ごとの観察は基本です。

概要からでは詳しい状況はわかりませんが、急激に滴下してしまったのは、患者の体位などが関係していることが考えられます。関節付近の静脈など不安定な場所に施行した場合はこのような状況がおこります。

実施する場合は安定性の高い場所を選択してください。輸血開始後5分間はベッドサイドを離れず観察し、その後も15分後ぐらい経過した時点で再度患者の状態を観察することで、このような急速滴下の防止や輸血後副作用の早期発見もできると考えられます。

事例 73 気管カニューレの管理ミス

病院から報告された事故の概要

カフのエアが抜けていると思ってエアを入れてしまった。もともとカフなしのカニューレを使用していたが、交換日にカフなしが在庫切れだったので、カフありのカニューレのエアを抜いて使用していたことを知らずに、エアが抜けているということだけ見てしまった。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

記載なし

評価委員会からのコメント

概要からでは、定期交換なのか緊急で発生した交換なのか判断が付きませんが、早急に入れ替えなければならない状況でない限り、代用をしないことが基本です。緊急性がない限り、製品が届くのを数日待っても患者に与える影響は少ないと考えます。

また今回のように、カフなしのカニューレの代用品として、カフ付きのものを使用した場合、使用されているカニューレの種類や使用時の設定条件などがスタッフ全員に分かるようにしておくことも必要です。カフは、医師が呼吸音を聞きながら調整すべきものであって、看護師が適当に行うべきものではありません。診療の補助行為の限度を超していると言えます。

事例 74 電気メス誤操作による火傷

病院から報告された事故の概要

手術中電気メス誤操作で患者が火傷（2×3mm 程）。

電気メスのスイッチを助手医師が肘で誤って押してしまう。

閉腹時（筋膜縫合）助手医師が執刀医師に創部を見やすくするために筋鉤を使用した直後電気メス音あり。覆布の上に電気メスを置いていた。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

記載なし

評価委員会からのコメント

覆布の上にあった電気メスで火傷を負った状況がよく分かりません。

直接介助の看護師は、使用し終わった器具をどのように管理しているのでしょうか。メス、針、はさみなどの刃物はもとより、鑷子やガーゼその他術野にでているものは、手術をしている医師が術野に集中できるよう、直接介助の看護師が管理する役割があると思われます。また筋膜の縫合以降は、針糸で忙しくなるので、腹膜を閉じる前の機械、ガーゼカウント時にすべてを処理しておくべきです。

さらに、手術の詳しい状況はわかりませんが、この時点で電気メスは使用しないと考えられます。間接介助の看護師も不要な機材・物品の片付けや十分な場所の確保に協力し、安全の確保をしていくことが必要と考えます。

事例 75 持続吸引機管理ミス

病院から報告された事故の概要

トロッカー挿入中の患者。ドレーンバック内の呼吸性移動は無く、蒸留水も規定ラインより多めに入っていた。(2日前当直 Dr より増量していたが申し送りをしていなかった。) - 15cmH₂O にて持続吸引中であった。18時に医師が訪室した際報告すると設定圧より弱めに吸引されているとのこと。排液バックを交換する際クランプし開放した。その上についているチャンバーが閉まってあるのを医師が発見した。

要因

観察が不十分であった。気が付いた時にすぐ報告していない。

病院で実施した改善策

ドレーン挿入部～排液バックまでの全てのルートを観察する。徹底した申し送りをする。不明な点はすぐに報告をする。

評価委員会からのコメント

設定圧よりも弱めに吸引されていたのはどのくらいの期間だったのでしょうか。それがもし、2日前に当直医師が蒸留水を増量していったときであったとすれば、患者のルートの観察が十分に行われていないことになります。

患者さんの状態がわかりませんので、呼吸性の移動がなかったことや、吸引圧が正しい設定かという判断がつきませんが、持続吸引機の取り扱いについては、全員が知っておく必要があります。その際、正常と異常の判断が付くような教育は必要と思います。

対策には、接続に間違いがないか、閉塞がないか、正常吸引圧で引けているかなど、確認項目と確認方法を具体的にあげ明記しておくこと、各勤務帯で必ずそれらの項目に沿って確認していく必要があります。

また、各持続吸引機には使用方法やトラブル発生時の対応などを書いたものを設置しておくといいのではないでしょうか。

事例 76 類似薬品のトラブル

病院から報告された事故の概要

挿管中の患者さん、状態回復にて咽頭浮腫があるため手術室での処置となる。喘息もあり再挿管、そして浮腫もあるので気管切開の可能性もありと医師より情報あり。咳嗽・喘鳴あるも抜管した。直後に「サクシン、サクシン」と指示あり。「えっ・サクシンですか？」と聞きなおし「サクシゾン」と返答あり。何mgか、確認して点滴開始した。

要因

緊急処置中にて医師の指示も聞き取りにくく、患者情報を得ていたため未然に防げた。(類似薬)

病院で実施した改善策

病状にてどちらの薬剤も使用する可能性あり、聞き間違える危険性あり。聞き取れない時、不信に思った時、大きな声での確認の必要性あり。

評価委員会からのコメント

このような事例で実際に投与してしまったケースは過去にも多く見られます。

この場合「サクシンでいいのですね」と問い返していたら、指示間違いに気づかなかったかもしれません。

「サクシンは筋弛緩薬ですが...」や「サクシゾンと間違えていませんか」「サクシンですか？サクシゾンですか？」などのように、おかしいと思った問いかけをすると相手は気づきやすいと思われれます。さらに「サクシン何mgですか？」と使用量を確認することで、使用量が致死量であったりすれば、薬品の違いに気づくことができます。

また、サクシンのように危険な薬品(毒薬)は必ず開封する前に医師にアンプル(バイアル)の現物を見せて、確認を取る必要があります。

筋弛緩剤のような毒薬、不整脈治療薬やカリウム剤など間違えると重大な事故になる薬品については日頃から適用、適量などを職員に充分教育しておかなければ、今回のように確認することはできません。

確認したにもかかわらず、実施されてしまうのは、十分なコミュニケーションができていない、知識がないために必要な確認が行われないなどの結果と言えましょう。

事例 77 指示受けミスによる誤薬

病院から報告された事故の概要

AMI で PVC 多発している患者へ、13 時に主治医からキシロカイン投与の口頭指示あり。リーダー看護師が指示受けしようとしたが、主治医が注射箋に記入途中だったので書かれてからと思い休憩に入る。遅番 Ns が出勤し検査指示をひろっている最中、キシロカインの注射箋指示棒が立っているのをみつけ「この点滴はやってあるんですか」とリーダーに聞き「うん」の返事で受けサインをして処置箋を処理した。このときリーダーは「点滴をいっていいんですか」と聞かれたと思い返事をした。

リーダーが病室に訪室した際、ジゴキシンのポンプを見てキシロカインを投与しているものと思い込んだ。部屋持ち看護師は 15 時過ぎにリーダーからキシロカインの投与を申し送られたが訪室しなかった。フリーサブ看護師が注射箋を確認した際、リーダーに確認するとすでに投与されたものと言われた。準夜看護師はキシロカインが 2ml/h で開始されていると申し送られたが確認していなかった。22 時に翌日分の点滴確認している時にキシロカインが未投与であることが発見され、ポンプでの投与が開始される。モニター記録をさかのぼって確認すると PVC の多発が続いていた。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

記載なし

評価委員会からのコメント

新たに薬が開始になった場合、特に循環動態に影響する重要薬剤の場合は、患者の状態と共に確実に実施されているかベッドサイドで確認することが必要です。

キシロカインのような薬品を看護師が投与していることが間違いの元です。開始後しばらくは不整脈の変化や患者の状態を医師が確認し、その後の管理を看護師に任せるのであれば分かりますが、このように事故が多く報じられている薬品をはじめから看護師だけで取り扱うことに関しては、医師も看護師もその責任を充分果たしているとは言えません。この事例では、リーダーが病室を訪室したとき、部屋もちナースが訪室したとき、準夜ナースが申し送られたときの以上 3 回の場面で間違いを発見する機会がありました。その誰もが、薬剤のルートを確認していなかった事実についても振り返る必要があります。

また、あいまいな会話で確認するのではなく、根拠となる指示箋をもとに確認することが原則です。さらに、口頭で確認したからと言ってやってもいない人がサインをすることの不誠実さもこの事故の原因と言えます。本来処置や治療はやった人の責任を明確にするためのもので、やっていない人が施行者のサインをしてしまったのではすべての約束事が無意味になってしまいます。

事例 78 持続吸引機管理ミス

病院から報告された事故の概要

緊張性気胸の患者。左肺にトロッカー2本挿入、低圧持続吸引機にて -20cmH₂O で吸引、pO₂ 低下もあり、レスピ管理中であった。当日、日勤者から送りを受けラウンドした際、吸引機の水封部に蒸留水が入っていないことを発見。また、水封部が排液に汚染されていたため、排液ボトルごと交換した。ボトル交換前は、設定以下の吸引圧しか表示されなかったが、交換後から、設定通りの圧が表示された。

要因

確認ミス及び、観察が不十分であったと思われる。

病院で実施した改善策

1. 機器の取り扱い及び観察事項を把握する。
2. ラウンド毎の Chek を必ず行う。

評価委員会からのコメント

今回のケースではどのくらいの期間このような状態だったのでしょうか。一勤務帯のことでないとすると病棟全体として、日頃の持続吸引やレスピレーターの管理がどのように行われていたのか、管理上の問題が大きいと言えます。また、一勤務帯の問題であればその職員の教育を徹底していく必要があります。機器使用中の患者の状態変化や機器の作動異常などは、早期に発見し速やかに適切な対応がされなければなりません。

持続吸引器の取り扱いについては、全員が知っておく必要があります。その際、正常と異常の判断が付くような教育は必要と思います。

対策には、接続に間違いがないか、閉塞がないか、正常吸引圧で引けているかなど、確認方法を具体的にあげる必要があります。

また、各持続吸引機には使用方法やトラブル発生時の対応などを書いたものを設置しておくといよいのではないのでしょうか。

事例 79 誤薬（インスリン間違い）

病院から報告された事故の概要

ノボリンR フレックスペンを自己注射する指示のある患者。翌日退院するため、退院処方箋で未開封のノボリンRを渡すと、「今使っているものと違う」と本人の指摘あり。確認すると、ノボリンRを皮下注射しなければならないところ、50Rを皮下注射していた。

50Rは二日前に別の看護師から渡され、Rは透明だったので「濁っていておかしい」と聞いたが、「振って使えばよい」と言われた、とのこと。50Rを渡した看護師は、以前使っていた50Rが冷蔵庫に格納したままになっており、Rと誤認して渡していた。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

記載なし

評価委員会からのコメント

ノボリンでもいくつかの種類があるようにインスリンは薬剤の種類も多く複雑で、事故を招きやすい傾向にあります。インスリンは危険薬のひとつである。院内で使用するインスリンの種類をある程度限定し間違いが起こらない用意することが必要です。

今回過去に使用していたノボリン50Rが冷蔵庫に保存されていて、それがエラーに繋がったようですが、現在使用している以外の薬剤はすべては処分することです。また、余分に薬剤を保管しておくことも同様のエラーに繋がりますので在庫薬はおかないようなシステムを検討してはいかがでしょうか。

事例 80 輸液ポンプ操作ミス

病院から報告された事故の概要

ポンプを使用し、持続でヒューマリンR 投与中の患者。
定時の血糖測定で 459・ /dl と高値のため流量をアップしようとしたが、ポンプが停止したままになっていた。約 8 時間止まっていた。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

各勤務帯での機器設定確認。アラーム時の残量確認および再訪室。

評価委員会からのコメント

ここで使用しているポンプの種類が明確ではありませんが、適切に確認を行っていれば防げたものと考えます。食事の開始前に必ず指示通りの設定になっているか、指示量が注入されているか、薬液挿入部からルートを指でたどって不備なところはないかを確認する。

残量を見て指示通りに確実に与薬されているかを確認する。（残量チェックは4時間～8時間毎には必要。）。アラームなどで一時的に中断した際も同様です。

慢性疾患等で持続注入しているものについては、一時的に観察するだけでなく持続的に観察すること、患者教育を徹底し、患者自らが管理できるようにしていくことが患者の自立を援助するためにも、事故防止の観点からも重要である。

事例 81 呼吸器のスイッチ入れ忘れ

病院から報告された事故の概要

CPAP、FiO240%、PEEP5PS5 で設定管理中だった。ネブライザーをかけるため呼吸器の電源を一時的に OFF にし、025 リットルにしながら 5 分間ネブライザーを開始した。終了後呼吸器を接続したが、電源を OFF のままにし、ネブライザーの片付けをした。他のスタッフから指摘を受け、すぐに電源を入れた。呼吸器の OFF は 1 分程度。バイタルサイン、呼吸状態の変化はなかった。その後も観察を継続した。

要因

ネブライザーを片付けることに気をとられてしまい呼吸器の起動の確認を怠ってしまった。優先順位を考えず行動してしまった。

病院で実施した改善策

人工呼吸器がこの人にとっていかに重要な機械であるかを十分理解し、電源を切るとき、変更があるとき、またその他の状況でも設定を確認することは忘れてはならない。今回すぐに起動したため事故には至らなかったが、そのままであった場合大事故が予測される。十分に反省し、2 度とこのようなことがないように注意していきたい。また他の人に確認をしてもらい、確実に管理する。

評価委員会からのコメント

人工呼吸器の電源を切り、入れ忘れて重大な事故を引き起こすケースはこれまでも多く見られており、電源を切るとは大変危険です。

人工呼吸器装着時のネブライザーの実施方法について、病院のマニュアルにはどのように規定されていたでしょうか。日頃から、看護師が使用中の人工呼吸器の電源を操作する機会があるとしたら、早急に院内で改善すべきです。

今回のケースのように、ネブライザーを使用する一定時間のみはずす場合は、人工呼吸器回路にテスト肺を付け作動させたままにしておく方法が一般的に行われていますが、この方法の場合再装着忘れがあるため決して望ましいとはいえません。電源を切ることなく、また再装着忘れのリスクを考えると、人工呼吸器と併用できるネブライザーの使用が望ましいと考えます。いずれにせよ人工呼吸器使用中は処置・ケアの前後に事故発生のリスクが高いため、処置などを行った都度、回路接続、設定条件、アラーム機能の作動など、指差し呼称による確認が必要です。また、確認は具体的方法でチェックリストなどにしておくとチェック漏れがないでしょう。

事例 82 対外式ペースメーカー自己抜去

病院から報告された事故の概要

14 時モニターが外れていたため訪室。体外式ペースメーカー挿入部のテープがはがれ、体外式ペースメーカーカテーテルが先端まで抜けているのを発見。モニター装着にて HR50 台、V・S 異常なし。

要因

手術後より両上肢安全ベルトを使用中であった。朝、訪室時安全ベルトが外れており、その後頻回に訪室するも体外式ペースメーカー挿入部に触れることなく経過したため、安全ベルトを使用せずに様子を見ていた。体外式ペースメーカーの必要性和挿入部に触れないように、その都度説明するが理解に乏しかった。患者の状態、活動状況の把握不足が要因であったと考える。

病院で実施した改善策

体外式ペースメーカー挿入中の患者が、安全かつ安楽に治療を受けてもらうために、患者の活動状況や状態を把握し、必要に応じて安全ベルトの使用、スタッフ間で情報を伝達し協力を得るなどの必要がある。

評価委員会からのコメント

このケースの場合患者の理解力が乏しく、治療の協力が得られにくいと解釈しますが、事故は日勤帯の勤務者が多い時間帯に発生しています。安全ベルト使用の前に看護計画に問題はなかったか見直してみる必要があるのではないのでしょうか。

体外式ペースメーカーは、心臓のリズム不正情報を敏感にキャッチして補正をするものです。それでも、治療過程において安全ベルトをしないことで生命に危険のある場合は実施を検討してください。

行ううえでは「非代替性」「切迫性」「一時性」の3つの条件を満たしていることを複数の医療者によって十分なアセスメントを行い、慎重に判断し、実施に当たっては十分なインフォームドコンセントが必要と考えます。

事例 83 薬剤過剰投与

病院から報告された事故の概要

気管支喘息発作の患者。SpO₂ 94%wheeze 前肺野に聴取、症状強かったため、エピネフリン皮下注射となった。上級医師は投与量を 0.3ml と指示したが、指示を正確に把握せず、1ml 皮下注射した。

その後ベネトリン 0.3ml + 生食 3ml 吸入、SpO₂96%wheeze 消失、自覚症状は改善した。血圧の異常など過剰投与による症状を認めなかったため、そのまま帰宅とした。上級医師からの口頭指示を正確に理解していなかった。

要因

知識不足であり、注射薬の確認を怠ったこと。

病院で実施した改善策

必要量だけの準備

別の医師・または看護師に、実施前に確認する。

評価委員会からのコメント

事例がおきた要因について、知識不足と確認不足が挙げられていますが、どうしてそうなったのかその内容を分析することこそが重要です。

口頭指示は確認が十分にできずに重大な事故に発展することも多く見られます。緊急や救命という状況では口頭指示を完全になくすことは現状では難しいと思われれます。それ以外では口頭指示を受けないことが基本です。

このケースの場合、気管支喘息発作ではありますが、それほど切迫した状況とは思えません。たとえ緊急時に口頭指示を受けたにせよ、その際のルールを作っておく必要があります。たとえば、「大きな声で指示を出してもらおう」「指示を受けたら復唱する」「「ミリ」だけの指示は受けない」など院内で検討してみてもいいかもしれません。

薬剤の効用や必要な使用量に関して知識があやふやであるにもかかわらず、自己判断で薬剤を取り扱うことは絶対に避けるべきです。指示内容に関する確認は、指示を出した当事者（上級医師）に行うべきですが、何故当事者に確認できなかったのか、疑義照会のシステムは明確になっているかなど、院内の指示の流れ方を多方面から見直してみる必要があると思われれます。

又、投薬ミスを防ぐためには、ダブルチェックが有効に行われるシステムの確立が必要です。オーダリングシステムの導入も検討してみてもいいかもしれません。

いずれにせよ、一瞬の記憶は一瞬にして消え去るということを忘れてはいけません。

事例 84 患者間違い

病院から報告された事故の概要

棟から同姓同名の別患者が MR 検査室に来て、気が付かずに MR 検査を実施。今回の患者様の検査中に、病棟から別の患者様を MR 検査室へ下ろしてしまったと連絡がはいる。その時点で MR 検査を中断したが、ほぼ造影前の頭部検査は終了していた。

要因

1. 病棟での確認に誤りがあった。
2. 患者様は、ID バンドを手に装着していなかった。
3. カルテ表表紙に「同姓同名あり」のシールが貼ってあったが小さい（確か 2×5 cm 程度）。
4. 入職してから現在まで、同姓同名の確認方法についてその手段として説明を受けていなかった。
5. 日頃、検査時に氏名の他は確認していなかった。

病院で実施した改善策

1. 病棟での確認徹底。
2. 病棟での確認方法の検討。
3. 検査依頼表に同姓同名ありの記載をする。
4. MR 検査室における確認方法の検討。
5. 現在、氏名に加えて生年月日も合わせてご本人に確認している。

評価委員会からのコメント

同姓同名というだけで誤認のリスクは高くなります。

病棟ではリスクを認識しながら、ID バンド未装着や、周知の不備など十分な対策がとられなかったのはなぜでしょうか。

「気をつけましょう」と言うだけでは事故は防げません。同姓同名患者が入院してきた際のスタッフへの周知方法、患者確認方法、他部門への周知方法など、いつ、誰が、どのようにするのか具体的に検討してください。患者自身にも同姓同名患者がいることをつげ自衛してもらうのもひとつの手段と思います。

事例 85 移動時の骨折

病院から報告された事故の概要

子宮癌で骨転移のある患者様の入浴介助のため、ベッドからストレッチャーへいつものように看護師二名で、移動を実施したところ、ストレッチャーとベッドの隙間のくぼみに左足がズリ入った。その直後より痛みを強く訴えたため、主治医に報告しレントゲンを撮ったところ、左大腿骨転子部にヒビが確認された。

要因

子宮癌による骨転移がある

病院で実施した改善策

今後は移動時に注意深く人数を増やしてから移動を行っていく。

評価委員会からのコメント

要因は、「骨転移がある」ことでしょうか。この患者の移動・移送にかかわる看護・介助技術の未熟や移動時の環境整備の不備はなかったかなど検討する必要があります。このまま、ただ、介助の人数を増やすことが、賢明な対策なのか、要因から考え直してみる必要があります。

骨転移のある患者の体位変換や移動動作は、細心の注意が必要であることは言うまでもありません。看護計画の中で、何処を、どのように支持するのか、何人の職員が必要になるのか、必要人員を確保できる時間帯はいつなのか等患者の状況に応じた対策を検討してください。

複数で介助に当たる場合は、かえってケアの責任があいまいになる事があります。患者のリスクを把握した上で、それぞれの役割と責任を確認しておきましょう。

事例 86 留置針の誤使用

病院から報告された事故の概要

救急外来にて、片手でサーフローを持ち他方の手で患者抑制を行って穿刺。逆流を確かめ外筒のないことに気づき、抜針。

要因

未開封のものか否かの確認をしなかったこと

病院で実施した改善策

確認の再認識

評価委員会からのコメント

対策に「確認の再認識」とありますが、人間の意識にはたらしかけることよりも、実際に行動に移せるようなシステムを具体的にとりいれることが大切です。

日頃、使用後の針はどのように処理されていたのでしょうか。使用した人が責任を持って針の廃棄処理までを実施すればこのような事故は防げと思いますが、救急外来などでは状況により片づけが後回しになってしまうことも多々あります。処置台に使用前のものと使用後のものを一緒に置かないように区別することや、後処理がすぐできない場合は、トレイに「使用済み」カードを入れておくなど工夫してみてもいいかもしれません。

今回の事例の要因として重要なのは、未開封か否かの確認をしなかったことよりも、使用後の針がそのまま放置されていたことです。医療廃棄物を日頃どのように処理していたか、十分に見直す必要があります。使用後の針を他の患者に再度使用するなどあってはならないことです。また、この事例の患者に対してはどのような対応がされたのでしょうか。感染症検査など、患者への説明と十分なフォローアップを行う必要があります。

事例 87 術前処置の部位間違い

病院から報告された事故の概要

一度キャンセルになった白内障の手術患者が、再度手術を希望し手術することになった。もともとの指示と新しい指示が混乱し、左右間違えて前処置を行なってしまった。手術室の連絡と違ったが、処置をした側から手術することになった。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

外来でネームバンドをつけてくる際手術側にバンドをする。指示簿の再確認、声だし確認

評価委員会からのコメント

再手術をする際、前回予定していた部位が、左右逆になってしまったのはなぜでしょうか。
この場合、再手術キャンセル時の処理方法の取り決めとその実施があいまいになっていたと考えます。キャンセルになった時点でいったん指示を中止し、改めて出すべきであったのでしょうか。
また、左右がある器官の手術については、その確認方法は施設全体で具体的に取り決めをし、例外を認めないような厳しさが重要です。

事例 88 手術器械の紛失

病院から報告された事故の概要

手術終了後、器械全部あると確認して中材に渡したが、翌日の朝 2 双こうが 1 本不足と指摘された。

要因

中材に渡すときその場で確認し合わなかった。

病院で実施した改善策

確認の声かけをする。

評価委員会からのコメント

手術で使用する器材は、どの時点で確認するようになっているのでしょうか。少なくとも手術前、手術終了時、洗浄時に確認していれば、もともと入っていなかったのか手術によってなくなったのかわかります。

「声かけ」は責任のある確認方法とはいえません。いつ、だれが、どのように確認するか、チェックリストなどを用い具体的な確認方法を検討してみてもいいでしょうか。

事例 89 ガーゼカウント

病院から報告された事故の概要

TKA 閉創時のガーゼカウントで 2 枚不足。医師に報告し再度ガーゼカウントを行うが 2 枚不足であり、医師に報告するが閉創して終了しレントゲン撮影を行った。創部に入っていないことで良いとした。

要因

医師がガーゼ受け以外へすてた。

病院で実施した改善策

ゴミ入れ全部探すべきであった。

評価委員会からのコメント

手術時に使用したガーゼなどの体内への遺残は、生命に直結はしないものの、長期にわたる不安・不調や、内臓や組織の一部切除など患者に与える苦痛はきわめて大きいと言えます。また、こういった事故があとをたたない現実をふまえ、病院として手術室における医療安全について組織的取り組みをすべきことはいうまでもありません。

本事例は、ガーゼが不足していることを医師に報告し再カウントしていますが、対策への記載から、十分探しきれなかったように読み取れます。前述したように遺残による苦痛を考えると、徹底的に探す必要があると考えます。遺残事故を防ぐためには、医師を含めてガーゼや器具の具体的確認方法を検討することが必要と考えます。

手術中にカウントがあわない事実があるにもかかわらず、発見できなくてもよいとした点に関して、医療従事者としての倫理にたちもどって、どうあるべきか検討をお願いします。

事例 90 輸血実施後のトラブル

病院から報告された事故の概要

平成 16 年 6 月 6 日子宮筋腫分娩による出血多量で緊急手術をした。術後主治医は輸血不要と判断し帰宅。当直医は輸血必要と判断し輸血の指示を出しカルテに記載。翌日以降主治医はそれに気付かず入院サマリーにも輸血なしと記載。3 ヶ月後患者は輸血後の検査を希望して外来受診。主治医はサマリー、手術記録の「輸血なし」をみて輸血はしなかったはずだから検診は不要と説明した。翌日家族から輸血はしたはずだと問い合わせがあり対応した当直医が入院カルテを確認したところ確かに輸血を行っていた。当直医より家族に謝罪し後日外来を受診していただいた。

要因

輸血を実施した当直医が非常勤医師で直接主治医に連絡しなかったこと。輸血の要否につき当直医、主治医間で隔たりがあったこと。主治医がカルテの記載をきちんと確認しなかったこと。以上が重なったためと考えられる。

病院で実施した改善策

ごく基本的なことではあるが、診療上重要な処置を主治医以外の医師が指示実施した際には直接主治医に報告すること。あるいは緊急性を要しない輸血については余裕があれば主治医に事前に相談すること。主治医以外のカルテの記載を主治医はきちんとチェックすること。

評価委員会からのコメント

主治医と当直医の引き継ぎはどのように行われているか、院内の実際の状況を把握し、引き継ぎの内容や方法を明確にする必要があります。

輸血したことを主治医が知らないことは、病院の信用にかかわり治療への影響もあると思われます。当直医から主治医に報告がなされなかったと言うことですが、主治医に連絡が付かないような状況や、緊急時で切迫した状況であれば別ですが、当直医が主治医へ連絡し治療方針を確認する必要があったのではないのでしょうか。

また、血液型製造番号のシールをカルテ等に貼るなど、治療内容についての情報の共有手段を具体的に決めておく必要があります。

輸血は臓器移植であり、その影響は長く残ります。平成 15 年 7 月の薬事法の改正により、特定生物由来製品(輸血用血液製剤、人血漿分画製剤等)に関しては、使用に関する記録を少なくとも 20 年保存する必要があり、常に書面での記録確認ができる状態にする必要があると定められています。輸血実施記録について院内での取り決めを見直してみたいかがでしょうか。

事例 91 薬剤調剤ミス

病院から報告された事故の概要

プレドニゾン錠 1mg 4錠分 2 のところ、プレドニゾン錠 5mg を調剤した。患者様は 1 回分の 5mg2 錠を服用してしまった。

要因

調剤を始めたときに、腎センターの患者様の薬の受け渡し作業により調剤を中断し、その後規格の確認を怠ったため。

病院で実施した改善策

1. 複数の規格が存在する場合は商品名の前に規格を入れる。
2. 商品名をプレドニゾン錠 5 mg からプレドニン錠 5 mg に変更する。

評価委員会からのコメント

調剤時の割り込みによる作業中断がミスを誘発させてしまったと思われます。作業の中断、再開は事故発生の大きな要因ですので「ひとつの作業は一度に完結させること」が望ましいと考えます。調剤中は、「患者対応をしなくても良い」など作業専念のルール化を検討してはいかがでしょうか。

しかし、いかなる場合も最終的な処方箋との照合は必須です。作業中断があった場合は、特に危険性を認識し、薬剤監査が機能するような仕組みを考える必要があると考えます。

事例 92 書類紛失

病院から報告された事故の概要

非常勤勤務の当直医師作成の死亡診断書は提出できないと言われ、確認せず、紛失し、翌日常勤医師に記入してもらった。

要因

マニュアルを忘れ、確認せず、言われた通りに行動した。

病院で実施した改善策

正しいマニュアルを身につけ、確認をする。

評価委員会からのコメント

死亡診断書は、臨終に立ち会った医師が書くものです。法的制約(基準)を受けているものは、院内での独自のマニュアルは認められません。法的制約にのっとって実施するほかありません。

「確認せず、紛失し」とありますが、何を確認せず、何を紛失したのでしょうか。事例を振替って分析するためには、事実をありのままに記述することが重要です。

このような事例は病院の信頼にもかかわることなので取り扱いについて、非常勤勤務医を含めて周知しておく必要があります。

頻繁な出来事ではないため誰が見てもわかるようにしておく必要があるでしょう。

事例 93 点滴ポンプ設定間違い

病院から報告された事故の概要

CCU でイノバン、ドブポン、セデーションのルート交換を行っていた。ルート交換の準備中にアラームがなりあせって 2 名で交換をしたが確認をせず準備状態の 10 倍量でセットしてしまった。2 分後に気付き血圧が 130 から 160 に上昇した。医師に報告し様子観察になった。

要因

ルート交換の途中でアラームがなりあせっていた。2 名で行っていたが別々に行動したために、ダブルチェックをする規則だったが別々に行った。

病院で実施した改善策

焦らないで行えるように時間配分を考えて準備をする。優先順位を考えて行動する。

評価委員会からのコメント

イノバンとドブポンの昇圧剤とセデーションのルートを同時に交換することは大変危険です。ひとつの薬剤ごとに交換し、薬剤交換後、循環動態が不安定でないことを確認して次の薬剤を交換してください。

昇圧剤などの重要薬剤のルート交換の場合、それによる薬剤の中断がないように、交換時の手順と役割を明確にし、瞬時に交換できるような準備と確実な技術習得が必要です。

このような重要薬剤を複数使用している場合は、間違えた際のリスクも高いため、指示量や濃度に間違いがないか細心の注意を払う必要があります。さらに、確認方法も基本に忠実におこない、確認の際はポンプの表示だけではなく点滴の挿入部からボトル（シリンジ）までラインを指でたどって確認してください。

今回の事例において、ダブルチェックを行うというルールが守られなかったのはなぜでしょうか。どのようにダブルチェックすることが定められていたのでしょうか。2 名が 2 名ともルールを守らなかったとしたら、そこは安全な医療を提供する上では重大問題と思われるます。

事例 94 人工呼吸器加湿器の異常

病院から報告された事故の概要

16:00 に挿管し人工呼吸器を着装した。看護師がアラームが鳴ったので行ってみると、加湿器の温度が 40 以上になっていた。加湿器を off にして、温度が低下するのを待ち、再びスイッチを入れたが、再度 40 以上になってしまった。臨床工学士に連絡し来院してもらった。センサーの断線が考えられるので、メーカーに連絡し代替え器をたのんだが、部品が不足しており、人工鼻を取り付けた。

要因

リークテストは実施したが、加湿器のテストはしていない。水を入れてしまうと、長期保存が出来ず、難しい面もある。加湿器のアラームが鳴って発見できたが、アラームが鳴らなければ熱傷の危険性があった。

病院で実施した改善策

別の回路（加湿器のみ）を使用して、加湿器のセンサーテストを行なうこととした。

評価委員会からのコメント

人工呼吸器のように、使用上のトラブルが生命の危険に直結するものは、異状を発見したら使用中止するのが原則です。加温加湿器は適応範囲も広く加湿効果も高いが、感電・高体温・起動熱傷などのリスクがあることも認識しておかなければなりません。

本事例の病院には臨床工学技師がいるようですので、人工呼吸器の日常点検と一緒に加温加湿器の温度点検も組み込んでもらってはいかがでしょうか。

看護の視点としては、使用中は以下の観察を行い異常の早期発見に努めてください。

- 温度モニタ値：設定温度との違い、口元気道温度が 37 を超えていないか。
- 実際に回路を触知する体温とかけ離れていないか
- 結露の状態：呼気側回路で気道入り口部付近に、霧状の結露がある程度が望ましい
- 痰の性状：量・性状・粘調度
- 加湿専用水の状態：専用水の残量の把握、加湿器が設定されている水位を保持しているか

参考文献：道又元裕監修）やっではない人口呼吸管理 50，日本看護協会出版会，2002

事例 95 熱傷

病院から報告された事故の概要

シャワー浴中の患者より、浴室が寒いとナースコールあり。事前に浴室ヒーターを入れ暖めていたが不十分だったため、浴槽に高温の湯を入れ暖めた。患者には熱いので入らないよう伝え退室したが、しばらくしてナースコールあり、浴槽に足を入れ熱傷をしたと訴えた。水泡形成なく発赤のみ。クーリングで軽快した。

要因

浴室で起こる事故の認識が甘い。
他に浴室を暖める手段が考えられなかった。

病院で実施した改善策

患者が入浴する前に浴室の温度を確認する。
浴槽には高温の湯をためない（浴槽に入らなくても湯をためる時は適温にする）。

評価委員会からのコメント

熱傷の事故を防ぐためには、患者が使用する浴室では、あらかじめ熱傷を起こすような高温の湯が出ないように調整できれば安全と考えます。

入浴中に高温の湯を出すことは禁忌です。

浴室が温まっていなかったことが事故の発端ですので、ヒーター何分をつければ何度になるかを調べ、室温を確認した上で使用するようになして下さい。

事例 96 その他（感染対策）

病院から報告された事故の概要

ハウスキーパー（清掃員）が、疥癬感染患者様の個室であることを知らずに、手袋・予防着の着用をしないまま、清掃業をしてしまった。

要因

情報伝達不足。

病院で実施した改善策

何らかの方法で、予防措置が必要な場合、ちゃんと伝える様にしてもらいたい。
感染の種類、危険性等、知識、情報の少ない職員に対してきちんと伝達し、安全で安心な職場となることが大切。感染拡大防止の為に重要と思う。

評価委員会からのコメント

特に他職種や委託業者等が関与する場合、関係者に必要な情報がタイムリーに伝達されるようなシステムの構築が必要と考えます。

たとえ1人でも不適切な対応をすることで、院内感染の発生や拡大が起こります。適切な対処ができるように教育や研修も必要ではないでしょうか。

事例 97 その他（麻酔）

病院から報告された事故の概要

鼓膜麻酔を口頭で指示を受け、準備し施行した。医師の指示どおりに行ったが、患者が眩暈を訴えた。鼓膜裂孔のある患者に点耳した為に起こったと考えられる。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

記載なし

評価委員会からのコメント

鼓膜裂孔のある患者に鼓膜麻酔をしたためにめまいが生じてしまったと解釈します。手術する前に患者の情報を十分に把握せず実施したことが考えられます。

鼓膜麻酔は、耳鼻科医師による鼓膜裂孔の存在の有無の確認を得てから行うべきです。医師の指示通りに行っても、看護師が必要な確認を怠ることは専門職としての責任を問われることにもなります。

口頭指示は十分な確認ができないため大変危険です。緊急時や切迫した状況でない限り、指示簿に記載してもらいましょう。耳鼻科や眼科など2つの器官を取り扱う科の場合左右誤認のリスクもあります。それを防ぐためにも口頭指示を受けることはやめましょう。

レポートに、要因と対策が記載されていないのはどうしてでしょうか。

医師も交えて、事例検討を行うべき事例、治療行為にかかわる重要な事例だと考えられます。病院として、インシデント・アクシデントを分析し、医療の改善を図っていく努力をお願いします。

事例 98 その他（電動ベッド）

病院から報告された事故の概要

電動ベッドのリモコンが右上肢の側に置いてあり、自ら動かした様子で、下肢が挙上され、右下肢がベッドと柵の間に挟まっていた。右下肢は発赤著明でうっ血も認められる。

要因

右手は不自由であるため、自らリモコンを操作するとは思わず、リモコンを手の届くところに置いていた。

病院で実施した改善策

リモコンなどは患者様の手の届かないところに設置する。また、予測できないことも十分に検討する。

評価委員会からのコメント

ベッド柵の隙間に身体の一部が挟まれると、生命にかかわる事故を引き起こす可能性もあります。患者によっては予測のつかない行動を取ったり、思うように動けない患者もいますので挟まれないような対策が必要と考えます。

患者の右下肢が発赤著明でうっ血も認められるということから、長時間圧迫をうけつづけていたことが推測されます。

患者の観察は、どの程度の時間ごとにどのように実施することになっていたのか、振り返る必要があります。

リモコンを取り上げてしまえばベッドの間に挟まれることはなくなるかもしれませんが、患者の生活の質の低下も予測されますので検討が必要です。

ベッド販売の会社によっては、このような事故を防止するためにベッド柵の隙間をなくすスペーサーを無償提供していますので、活用してみてもいかがでしょうか。

事例 99 手術体位による皮膚損傷

病院から報告された事故の概要

頸髄症の手術を、4点フレームを使い腹臥位で施行。

約4時間後、仰臥位に戻した際、両腸骨部に1×1.5cmの中心に圧迫痕を伴う皮膚損傷を認めた。

要因

- 確認不足。
- 4点フレームの枕が横向きになっていて、板状の硬い部分が角に出ていたが、上からスポンジ、綿包帯、不織布で包まれていた為気づかなかった。（左腸骨に当たっていた部分）
- スポンジ等は枕による圧迫を軽減するために使用しているが、手術の都度・新に巻き直していなかった。そのため、枕の向きが確認しにくい状況であった。
- 使っているスポンジが老朽化しており、徐圧の目的が十分達せられていなかった。

病院で実施した改善策

- フレームを準備する時、看護師は、枕が上向きであること、スポンジが適切に当たっている事を確認する。
- 腹臥位をとる前に医師にフレームの枕の位置と向きを確認してもらう。
- スポンジ等は、適宜交換する。
- 徐圧方法・徐圧用品を検討する。

評価委員会からのコメント

要因の分析に関しては、人的要因とともに、物理的要因や環境的要因など多くの観点からの検討がされており感心しました。対策に関しては、要因に対して考えられている点はよいのですが、「適宜交換」の「適宜」とはどの程度のことか。「徐圧方法・徐圧用品を検討する」の「検討」とは、何を意味するのか疑問が残ります。

手術に入ると体位を変えることができにくくなるため、術前の十分な確認が必要と思われます。本事例のように、除圧に関しては目視だけでは十分な確認とはいえないようです。実際に患者が触れる場所を手で触り確かめる必要があります。

手術室内の整備点検は定期的に行われていますか。その際、手術台については何を確認していますか。動かせる所は一通り操作して安全性を確認するとともに、除圧目的に使われているスポンジの状態も点検してください。用具の交換時期を明確にしておくことも必要です。すべての手術台を総点検し、老朽化が進んでいる用具については新規購入も含めて検討しましょう。

事例 100 血液型転記ミス

病院から報告された事故の概要

Rh 式血液型検査を実施し、ろ紙報告（証拠として残して置くろ紙）には Rh(+) と記入したが、仮報告書に転記するさい間違えて Rh 式(-) と記入してしまった。

要因

同時にクームス試験を実施していた。実施した血液型をろ紙に吸い取るろ紙報告には Rh(+) と書いているが、仮報告用紙に記入するさいクームス(-) が頭の中を占めていてしたとおもわれ、Rh 式欄に(-) と記入した。

病院で実施した改善策

転記した後、声を出して何度も復唱する。

評価委員会からのコメント

転記はミスを誘発させるためできるだけ行いたくない行為です。しかし、本事例の場合、ろ紙から仮報告書への記入であるため、転記は仕方ない状況と言えます。

転記した際には内容を自分以外の人とダブルチェックしてみてもいいでしょうか。

転記ミスをなくす為に、ろ紙報告をコピーするなど仮報告書の作成を止める方法を検討しましょう。

特に輸血は、異型輸血してしまうと取り返しの付かないことになりますので慎重な対応が必要です。

事例 35 手術（インフォームドコンセント）

病院から報告された事故の概要

患者の強い希望により、巨大大腸癌に対して内視鏡的切除術（EMR）施行。EMR は成功したが、第 3 病日に発熱、腹痛出現。炎症所見が強かったため、開腹にて追加腸切除施行。EMR の限界であり、開腹手術を勧めていたが、緊急開腹を前提とした EMR であった。ある意味、予定手術とも考えられる。術後経過良好にて退院。

要因

患者希望。

病院で実施した改善策

開腹手術前に必要な検査をある程度行っておく必要がある。

評価委員会からのコメント

患者は専門的な知識や治療によるリスクを充分理解しないまま、治療方法を選ぶ場合があります。今回のようにいくら患者の希望であっても、その危険性を医師から十分説明し、患者にとって最も適した治療法を選択できるように勧めることも医師の役割です。開腹手術は予定通りと言うのであれば最初からそうすべきだったのではないのでしょうか。患者が希望したことが事故の要因とはいえません。インフォームドコンセントについてその真の意味を見直すべき事例であるといえます。

事例 36 熱傷（機械浴）

病院から報告された事故の概要

機械浴にて入浴介助の際、浴槽につかる時に湯加減を確認せず操作を行い、高温による熱傷を受傷させてしまった。両肩、両肘、臀部、右側背部に2度の熱傷。すぐ冷水をかけ、主治医に報告。その後、皮膚科受診し処置施行している。

要因

当日介助を行ったのは深夜明けのSTだった。（勤務終了時間まで時間があつたため入浴介助に入っていた。）夜勤明けでの判断ミスが考えられる。また、水温計を使用していなかった。

病院で実施した改善策

入浴前と入浴中時間を決めて水温計にて温度を確認。確認した温度をホワイトボードに記入することにし、温度確認を徹底。

評価委員会からのコメント

湯の温度を確認せずに患者を浴槽に入れてしまうということは、介助者の勤務による疲労だけが要因とはいえません。患者を浴槽に入れる前には必ず湯温を確認するのは当然の行動であり、その行動がとれないのは、日頃から湯の温度確認が習慣化されていないということではないでしょうか。あらかじめ浴室の湯栓は45℃以上にならないように設定しておくなど、人為的ミスをハード面で防げるような設備を設ける必要があります。

事例 101 薬液誤投与

病院から報告された事故の概要

処置板に『右背部 IVH ルート留置中』と記載しており、毎日挿入部を確認することになっていた。胸腔内に留置していると思わず、IVH ルートということで誤ってヘパリン Na 薬液を約 2~3ml 注入してしまう。その直後間違いに気づく。呼吸状態、バイタルサインに異常なし。当直医師へ報告。呼吸状態の経過観察をするよう指示を受ける。

要因

IVH ルートは中心静脈に入っているものと思い込んでしまった。なぜこのルートが背部から挿入されているのかと疑問に思った時点で、カルテの確認をするべきであった。

病院で実施した改善策

1. 全身を観察し、どの部分に何が留置されているのかをきちんと確認する。
2. カルテや看護記録を確認する。
3. 医師と話し合い、IVH ルートを使用しない方法を考える。危険予知についてチームで話し合う。(始めに使用する時点で点滴と間違える危険性を考えられるようにする)

評価委員会からのコメント

体内に留置されたドレーンの種類及び留置部位は、明確に把握し、看護記録に明記する必要があります。〔右背部 IVH ルート留置中〕という表記は理解しにくく間違いを生じやすいものです。正確な情報を職員が共有できるように、処置板には誰もがわかる表現で記載したほうがよいでしょう。また、薬剤を注入する際は、注入口だけではなく、ルートすべてを手でたどり触って確認する必要があります。

本来、血管内に留置する目的で使用される IVH ルートを、胸腔内に挿入するという目的外使用していたことに問題があると思います。この事例を踏まえて、目的外使用が重大な事故に繋がることを職員間で共通認識し、事故防止のための具体的な対策を検討することが必要です。

事例 102 CT 撮影時の造影剤アレルギー発生

病院から報告された事故の概要

CT スキャンの検査のため、看護師 A が生理食塩水で血管を確保した。その後診療放射線技師 A が造影剤を点滴静注したところ、アレルギーによる気分不快と嘔気嘔吐が起こった。診療放射線技師 A は周囲に助けを求めたが、診療放射線技師 B が検査室に来てくれ、看護師と医師を呼ぶことができ、必要な対応を行った。

要因

CT 造影検査では、アレルギーによる副作用が発現する可能性があるため、予約の時点で事前に詳しく書面を用いて説明を行った。書面での同意は得ていない。放射線科で、緊急時対応マニュアルが作成されていたが、不十分だった。放射線科には、救急カート、DC、ストレッチャー等の備品が備えられていない。造影検査時、医師・看護師が立ち会っていない。

病院で実施した改善策

1. CT 造影検査では、アレルギーによる副作用が発現する可能性があるため、予約の時点で事前に詳しく書面を用いて説明を行い、書面で同意を得る。
2. 放射線科における、緊急時対応マニュアルを充実させる。
3. 放射線科に、救急カート、DC、ストレッチャー等の備品を備える。
4. 造影検査時、医師または看護師が立ち会う。

評価委員会からのコメント

造影 CT は、実は大変危険なことであることが少なくありません。造影アレルギーの初期対応は迅速且つ的確でなければなりません。

この施設では造影剤テストをせず、投与が行われていると解釈します。副作用防止のための造影剤テストは、中等度以上の副作用の出現率は予想できない、テストが陽性でも異常がみられないことが多い、テストでも死亡する例があるなどによって、最近は行われていないことが多いようです。

副作用は通常約 70% が造影剤注入後 5 分以内に発現するといわれていることを考えると、造影剤のテストをしないのであれば、開始後 5 分間は必ず医師・看護師が投与後の観察を行うこと、異常が生じた場合の体制を決めておく必要があります。緊急時にとるべき行動を日ごろより訓練を行うことや緊急時に対応できるような薬品・備品の整備も重要です。また、事前の問診時にはアレルギー既往の確認をおこない、その情報が関与するスタッフ全員に周知できるようなシステムを考える必要があると考えます。

「放射線技師が造影剤を点滴静注した」とありますが、造影剤の注入や点滴静注については、医師の医学的判断および技術をもってするのでなければ、患者に危害を及ぼす行為であると考えられているため、医師の指示の下であっても診療放射線技師が行ってはならない行為です。診療放射線技師の資格で行える業務を遵守すべきです。

事例 103 薬剤重複投与

病院から報告された事故の概要

精神科定時薬で既にゼスランを服用しているにもかかわらず、月1回パートの皮膚科医が服用薬を確認せずにゼスランを処方、精神科で処方されていることに気がつかなかった。薬局でも入力の際重複投与を見逃した。薬局次回の精神科定時薬を調剤している時に重複投与が薬歴で確認されたため病棟に連絡。

要因

1. 処方医が他の薬を服用していることを気にしていない。(カルテを読んだ処方を行っておらず、自分が行った医療行為のみを書き込むだけである。連携ができていない。)
2. 看護職が治療内容を把握していない。確認不足であった。
3. 薬剤師が薬歴入力の際に重複投与がパソコン上表示されるにもかかわらず見逃した。

病院で実施した改善策

皮膚科受診時は現在の服用薬の処方箋(指示簿)を持っていき、皮膚科医に服用薬を把握してもらおう。

評価委員会からのコメント

他科に受診するときに、医師がコンサルテーションシートに内服薬を記載していないのでしょうか。また、なぜ薬剤師が重複投与を見逃したのでしょうか。電子カルテの薬剤入力システムでチェック機能が働いていないのは、システムの問題か扱う人の問題かを明らかにして対策を立てる必要があると考えます。

また、処方のオーダリングシステムを導入するのも1つの方法です。手書き処方をやめて処方をコンピュータに入れ、その画面を見ながら、ダブルチェックで処方する。処方を入力する時に重複投与や過剰投与などがチェックできるシステムや副作用チェックが可能となるような機能を備えておくことで、患者の安全が守られます。

薬剤の処方から患者に投与されるまでに何段階のチェック機能が働くか、そのチェック機能を十分に活用できるような体制作りを検討しましょう。

事例 104 診断書の作成

病院から報告された事故の概要

身体障害者診断の際、事務職員・看護師が医師の所に連れてきた患者と別人のカルテを医師に渡してしまい、医師もそれに気付かず、患者を取り違えたまま診断書を作成してしまった。

要因

身障診断予定者の日付と曜日と患者名を取り違い、事務職員・看護師・医師のダブルチェックが出来なかった。

病院で実施した改善策

複数者でカルテと患者の一致を確認する必要あり。患者の取り違いは重要なミスであり、医療事故に繋がる。

評価委員会からのコメント

患者ご本人にお名前を確認することができない事例と解釈いたします。

このような患者との本人確認ができない場合は、家族や一番身近な人（今回は本人のことを知っている事務職員）と確認するしか方法はありません。患者さんにかかわる双方が氏名や生年月日で患者確認をすることが必要です。

また、バーコードチェックも患者誤認を防ぐ1つの方法です。

対策にあげている「複数者での確認」について、いつ、誰が、何を、どのように行うのかを具体的に決めておく必要があります。

事例 105 処方ミス

病院から報告された事故の概要

当日、内科の診察は午前中一診だけだったので、内科受診希望の患者様はすべて一人の医師で診察しなければならない状況だった。

担当した医師は、カルテに処方を書くが処方箋には殆ど書かない。当日、担当看護師が患者をマイクで呼び、診察の介助をしながらその間に終了した患者様のカルテに書いてある処方を書き写していた。内服すべき処方が足りなかった。

要因

診察中は常に緊張し、神経がピリピリしている。ミスをしないようにと思い記載してある指示を全部確認し、書き写したはずだったが見落としてしまい、内服すべき処方が足りなかった。常に、他の仕事をしながらの仕事となっていて、一つのことに集中できない。

病院で実施した改善策

患者様が混んでいても処方箋は医師が書くことが間違いをなくすことだと思う。それを看護師が再確認する。担当看護師が席をはずしても、次の患者様を呼ぶ等協力してほしい。

評価委員会からのコメント

「カルテに処方を書くが処方箋は書かないで看護師に転記させる」ということを一般的に行っているのは信じ難ことです。

医師法施行規則 第21条には「医師は、患者に交付する処方せんに、患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、容量、発行の年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称及び所在地又は医師の住所を記載し、記名押印又は署名しなければならない。」となっています。

忙しい状況は良くわかりますが、転記に際しこのようなエラーは必ず発生します。本来処方箋は医師が記載するものです。

事例 106 手術関連（記録の間違い）

病院から報告された事故の概要

ATH・BSO 実施の患者にペンローズドレーンが挿入されていないのに、カルテにペンローズありと記載し病棟看護師に申し送った。

ATHでは殆どの症例に膣断端にペンローズドレーンを挿入するため、今回も挿入すると思い事前にペンローズありと記載した。手洗い看護師から何も入っていませんと報告されたが、ペンローズドレーン以外は何も入っていないと思い記録は直さなかった。翌日、診察時ペンローズがなく、執刀医に確認し実際は挿入されていない事がわかり、報告された。

以前から一部の看護師間でペンローズドレーンは殆ど挿入されるため、ペンローズ挿入時は報告せずその他のものが挿入されたときのみ報告するという勝手なルールがあった。

要因

- 思い込み
- 勝手なルールを一部の看護師間で決めていた

病院で実施した改善策

1. どんな場合でも体内異物が挿入されたときは、名前を付けて報告しあう
2. 記録は確認をとってから記載する

評価委員会からのコメント

手洗い看護師と外回り看護師のコミュニケーションエラーがあったようです。エラーを生じにくいコミュニケーションのとり方を検討し、ローカルルールが存在しているものは見直す必要があります。

手術室から病棟への情報提供は、正確な情報が解りやすく申し送られることが大切です。術創の部位や大きさ、体内に挿入されているドレーン・チューブ類などは図示し、医師・直接介助者・間接介助者が必ず確認するという方法も効果的です。手術経過の詳細をしっかりと記載できるように、書式の見直しや記載時のルールも検討してみましょう。

事例 107 化学療法

病院から報告された事故の概要

化学療法実施中、医師実施の時間注射 5FU750mg(15ml)をトレイに準備。検体ラベルシールに氏名・薬品名・量を記載。2人分のトレイのうち別の患者様のトレイ 5FU800ng(16ml)を医師に渡してしまう。医師は氏名を確認せず側管注開始した。開始後まもなく看護師が気づき医師に報告し指示量の 15ml を実施。

要因

1. 多種類の化学療法を行っている現状の中、1人の看護師が責任を持って管理するよう努力しているが、準備から実施までのすべてを1人の看護師が行うのは困難である。
2. すべてダブルチェックで実施していたが、医師にトレイを渡す時確認を怠った。
3. 看護師はすべてダブルチェックしているため、医師は側管注時に氏名・薬品名・量を確認していない。

病院で実施した改善策

1. 現在、化学療法を行っている外科外来の業務内容は煩雑となり、薬剤の準備・混注・管理が余裕なく行われているため、状況に応じたスタッフの応援体制・薬剤部との業務調整が必要である。
2. 準備から実施までのすべての段階での確認の徹底。
3. 医師にも基本ルールに基づき確認を行うよう働きかける。

評価委員会からのコメント

同時に2名の患者さんの薬剤を準備したと推測できます。準備から実施までのすべての段階で確認するのは看護師も医師も同様です。

このように同じ薬剤名で量の大差がない場合見た目で見間違えてしまう危険度は高いと考えられます。対策に挙げているように照合方法や手順を複雑にするのはあまり効果的ではありません。重要なのは最後の実施段階での確認です。その方法を具体的に行動レベルで決めておくことが必要でしょう。「医師がシリンジの名前とリストバンド、声を出して照合」など。

事例 108 経管栄養チューブの自己抜去

病院から報告された事故の概要

経鼻経管栄養を行っている患者に、昼の経管栄養を準備し、栄養剤を滴下し始めた。途中 20 分経過した頃に様子を見に行くと、経鼻チューブが抜去されていた。すぐにバイタルを測定すると、血圧 162 / 107mmHg、SPO2 97%、脈拍 88、呼吸音は弱めであるも、肺雑音は聴かれなかった。栄養剤は残 200ml 程度であり、患者には 100ml 注入されている状態であった。

要因

患者は右上肢を抑制して自己抜去を予防しているが、抑制紐の長さをよく確認していなかった。抜去された後に、抑制紐の長さを見ると、患者が経鼻チューブをひっぱれる長さになっていた。

病院で実施した改善策

抑制紐は自己抜去予防であり、栄養剤注入時に抜去されると気管に入り誤嚥性肺炎や窒息の恐れにもつながるため、抜けたり、手の届かない位置に必ず固定し、抜去される恐れがないかも一度確認してから、患者の元を離れるようにする。

評価委員会からのコメント

自己抜去の危険がありながら栄養剤を投与する際は観察が重要になってくると思います。今回、誤嚥はなかったようですが投与中に自己抜去すると誤嚥性肺炎を併発しやすく危険です。

自己抜去を予防するために、看護する人は食事が終わるまで患者のそばに付添っているのが理想です。抑制は最終手段となります。

また、経管栄養が必要なのか、経口栄養への移行が可能か。また経管栄養が離脱できにくいのであれば胃ろうや腸ろうへの移行も視野に入れ医師と共に栄養評価をしてみてもいいかがでしょうか。

事例 109 患者間違い

病院から報告された事故の概要

10時10分、患者が病棟内において所在が確認出来ない事に気づく。10時頃、車椅子の自走をしていたため、離棟の可能性もあると判断し、スタッフに呼びかけ院内、院外を探すも見つからず。10時30分、ほかの患者に間違われて、一般浴に入浴介助にて入浴していたことに気づき、所在が確認された。

要因

入浴を新人に依頼。トイレの前にバスタオルを持っている患者がいたので、名前を確認したら「はい」と言っていたので入浴させてしまった。患者は失語症であった。看護師はADLの説明をしていたが、新人はADLが説明と違い「おかしいなー」と思いながらも、入浴させてしまった。新人は入職5日目で、その部屋の担当は2日目であり患者の名前、顔は一致していなかったのに確認が不十分。依頼した看護師と一緒に行動していない。指導、配慮が足りない。他のスタッフが浴室にいたと連絡を受けるも、その時間は他の患者の入浴時間であったため確認していなかった。

病院で実施した改善策

1. 失語症の患者のため、リストバンドを着用する。
2. 新人に対し、配慮、適切な指導を行っていく。
3. 思いこみにより確認が不十分であったため、おかしいなと思ったら他のスタッフ、指導者に確認していく。

評価委員会からのコメント

患者間違いは多いミスです。対策に書いてあるとおり、適切な患者確認の方法を決め、実施するとよいでしょう。リストバンド着用も1つの方法です。入職間もない職員への業務指導体制も整備しておくともよいでしょう。また、入浴介助は入職間もない職員だけで行っていたのでしょうか。入浴介助の方法も検討してみてもいいでしょうか。

事例 110 指示連携ミス

病院から報告された事故の概要

看護師 A が切迫早産の患者 B の観察に行ったところ、子宮収縮抑制剤の持続点滴の流量が、30ml/h の指示であるはずが 40 ml/h になっているのを発見。ただちに指示簿やカルテの確認をしたが、変更の記載がなかったため、30ml/h の設定にもどした。翌朝、主治医に報告したところ、医師自身が夕方の回診時に変更したことがわかった。

要因

医師が回診時に流量の設定を変更したときは、看護師に伝えてくれることになっているが、その日は回診が多く忘れられてしまった。医師のカルテにも記載がなかった。

病院で実施した改善策

医師の回診のあったあとは、指示の変更がないかを確認する。各勤務帯で輸液ポンプの残量・流量の確認を続行する。

評価委員会からのコメント

指示を変更した際にはカルテに記載し、同時に看護師にも変更したことを伝える必要があります。このルールを守らなかったのであればまずはそれを徹底することが必要です。どういう方法が良いのか、医師と話し合ったらいかがでしょうか。

翌朝主治医に報告していることから、発見したのが準夜から深夜にかけてと推測されますが、疑義が生じたときは、主治医等に確認する必要があります。

事例 111 硬膜外ドレーン自己抜去

病院から報告された事故の概要

前日両側慢性硬膜下血腫のため頭部両側ドレナージを行った。理解力がないこともあり左上肢をミトンで抑制していた。右上肢は麻痺があるため抑制はしていない。朝食のため抑制をはずし、自力で摂取していたが、左側のガーゼをはずしドレーンも自己抜去していたところを発見した。

要因

ミトン抑制をはずしたまま、看護師は不在にしていた

病院で実施した改善策

抑制について再度検討する事例

評価委員会からのコメント

朝食時は看護師の引継ぎと重なり繁忙のピーク時間と考えられます。申し送りだけではなく検査や処置、食事介助と看護師の人数が不足しています。

今回は詳しい状況が書いていませんが、看護師が不在にしていたのもこのような状況があったのではないかと推測されます。脳外科手術後のドレーンは重要なものです。不在にする場合他の看護師に頼むか、それが無理ならば対応できる時間に食事をずらすなど対策を考えてはいかがでしょうか。

事例 112 誤飲

病院から報告された事故の概要

ナースステーション前にて車椅子乗車中、カウンター上にあったアクリノール液を飲んでいるところを発見する。

要因

精神障害のある患者の周囲に薬品びんが置いたままであった。

病院で実施した改善策

環境整備に努め、特に精神障害のある患者には特に注意する。

評価委員会からのコメント

精神障害のある患者さんは思いもよらない行動を取ることはしばしばみられます。管理者が管理出来ないところに危険なものをおかないことが原則です。環境整備に努め、危険物や薬剤は患者の手の触れない所定の場所に保管することが必要です。

事例 113 人工呼吸器

病院から報告された事故の概要

前日の日勤で 14 時から PEEP5、準夜で SP02 の上がりが悪く他設定とともに PEEP10 に変更したと申し送られた。深夜勤で 1 時に SP02 90%に低下し、吸引時さらに低下。レスピレーターをつけて 95%台だったが準夜帯と同様の状態であり、また、準夜に医師の診察があったため様子観察とした。2 時に訪室時、SP02 80%台、自発呼吸 48(努力性)あるが、PEEP 目盛りが 10 になっているのに、内圧が 10 から開始しないことに気づく。リークなし。当直医コールするが「自発呼吸が多いので、マイナスに振れる回数が多く、内圧が 10 にならないのだろう」と。2 時 30 分頃 SP02 同様で、テストバック装着しても内圧が 10 にならないことに気づく。他の看護師と状態を確認するが、「内圧が上がらないのは機械の問題。呼吸が不安定なままレスピレーターの機械を代えるのは危険」と看護師が判断し、Dr コールせず。回路の点検もせず朝まで様子観察とした。8 時に当直医が訪室したので状況を報告し、医師が設定を変更した(PEEP ダイアル最大にし内圧 8~となる)。8 時 30 分に日勤リーダーから工学課に T E L。技士が訪室し、呼気弁が丸ごと着いていないことが発見される。呼気弁のチューブを装着すると PEEP はダイアル通りにかかり、SP02 は 100%になった。

機械は前日準夜帯に工学課が点検しており、PEEP がかからないのが機器の不良とは疑わなかった。酸素化が悪いことで早目に Dr コールすべきだった。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

記載なし

評価委員会からのコメント

要因と対策の記載がありませんので、病院としての取り組みが見えてきません。

本事例では、24 時間関わる看護が安全、安心に対応できるように臨床工学課が設置され、専門的に管理できるシステムになっています。ところが、今回のようにチェックができず、看護師が夜間機器の不具合に対応せざるを得ない状況になったのは残念です。

今回のように患者の反応と結び付けて考えるとエラーが発見できないことがあります。基本の手順に沿って確認すること、回路の組み立て時は複数での確認が必要と考えます。取り扱い説明書やエラー発生時の対応マニュアルはすぐ見ることができるよう人工呼吸器の傍に定位置を決めとくとよいでしょう。

人工呼吸器の場合不備があると生命の危機に直結します。看護師だけで判断せず医師や臨床工学士へコンサルテーションすることが必要です。

事例 114 情報の流出

病院から報告された事故の概要

外来にて診察後、他院へ紹介となる。紹介先病院より、紹介状を FAX するよう希望があり、FAX を送信した。送信時に誤操作にて個人宅へ FAX が送信されてしまう。送信後まもなく、受け取った個人宅より連絡があり、誤操作に気づく。誤送信された FAX についてはその個人宅より当院へ郵送返却してもらう。

要因

記載なし

病院で実施した改善策

記載なし

評価委員会からのコメント

このような事故は案外多いものです。紹介状の内容はもっともプライバシーに関するものですから慎重に取り扱う必要があります。本来ならば手渡ししか郵送による送付がなされると思いますが、本例の場合緊急性が高かったものと考えます。このような場合は誤操作がないよう番号を複数で確認する、送信後の確認をするなど、個人情報の保護には十分な配慮が必要です。

病院として個人情報の取り扱いに関する規定を整備しておきましょう。

事例 115 中止薬の実施

病院から報告された事故の概要

1日2回(9時、21時)フェノバルビタール100mg 0.5A筋肉注射の指示があり、21時に他のスタッフと指示簿と薬剤を確認し施行した。実施入力をするためオーダーリング画面を確認すると、21時の分から中止になっていた。

要因

医師は、マニュアルを知っていたが忘れてと言う

病院で実施した改善策

医師に運用マニュアル通りにするよう申し入れた

評価委員会からのコメント

オーダーリングシステムの詳しい状況がわかりませんが、本来中止となるべき薬剤をその連絡がなく投与してしまった事例と解釈します。

オーダーリング上での指示変更を含む手順内容を見直し、投薬開始から終了までのルールを明確にする。また、それを徹底するために職員への周知方法を工夫することが大切です。

事例 25 転倒

病院から報告された事故の概要

「オーイ、オーイ」と何度か呼んだ後、ガタンと音がしたため部屋に駆けつけた。抑制してあるベッド柵ごと床に滑り落ちた形で点滴ラインがはずれ、胃チューブも自己抜去していた。左眉部分に切創あり。「誰も来てくれない」と言う。

要因

ひとりになると不安感があり、不穏行動を行なう患者さんであったが、両上肢のみの抑制であった。さっきまでおとなしかったからと、点滴開始後上肢のみの抑制にしていた。

病院で実施した改善策

臨機応変に対処する。

評価委員会からのコメント

「臨機応変に対処する」何の対策にもなっていません。

患者の声が聞こえたときにすぐに対応しなかったことが悔やまれます。常日頃、「寂しくなると大声を出す患者」という認識が今回の事故を防げなかったものと思われます。転倒転落に関してアセスメントを行い、観察の頻度、抑制帯の種類・使用方法を検討することが必要です。

このケースはベッド柵ごと転落してしまっています。患者の状態にあったベッド柵を使用していたか、どのような抑制方法であったのかなどについて、具体的な情報をもとに詳しく分析していく必要があります。患者の行動を「またいつものこと・・・」と決め付けることは危険です。