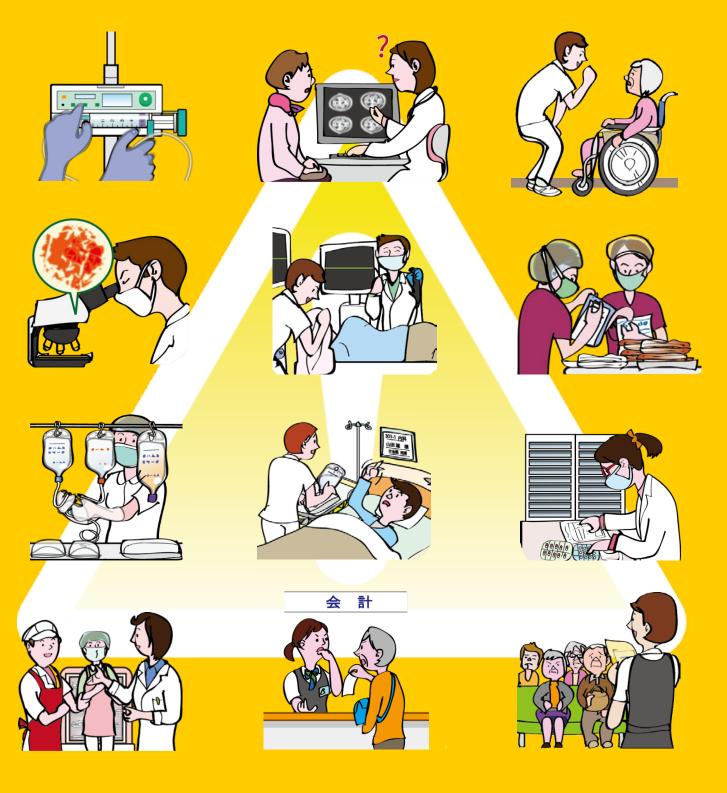
誤認あるある事例集







発刊にあたって



水戸赤十字病院 統括管理監 医療安全推進室長 脳神経内科部長

小原 克之

平成11年1月11日に、Y病院で肺を手術する予定の患者さんと心臓を手術する予定の患者さんとを取り違え、それぞれ本来の目的ではない手術が行われるという事故が発生し、大々的に報道されましたので、覚えている方も多いかと思います。

この医療事故は、患者を取り違えて手術をするという、起きてはいけないミスであり、多くの医師、看護師が関わっていながら誰一人として手術途中で患者誤認に気づかなかったことなどから、国民の関心を集めることになりました。

それから20年以上が経っていますが、未だに患者誤認はなくならず、 時には、生命に関わるような重大な医療事故に発展する場合もあります。

人間は間違いを起こす生き物であり、患者誤認はあらゆる場面で起こり得ます。初診での患者情報登録、診察室への呼び入れ、処方箋、診療情報提供書、診断書等の書類の受け渡し、採血・レントゲン・生理検査施行、会計、また、入院患者さんでは、配膳、与薬、点滴、輸血、手術室入室、申し送り時等々、すべての時点で細心の注意が必要です。

患者確認は患者さん自身にフルネーム、生年月日を名乗ってもらい、 医療者は診察券、電子カルテ、予約票、受付票等と照合し確認する。入 院患者さんではネームバンドで確認する。手術・手技・処置ではタイム アウトを行う等の決められたことができていない時に患者誤認が起こり ます。

本事例集は、患者誤認が起きるあらゆる場面を挙げており、さまざま な職種の方々にご覧いただいて、患者誤認が少しでも減るように活用さ れることを希望します。

事例集の活用について

山崎 美佐子 医療安全推進室 医療安全管理者 看護副部長 志賀 久美子 看護部 看護師長

患者誤認あるある事例集を作成に至った経緯は、患者誤認は発生すると治療・処置に直結することから重大事故に繋がる可能性があり、 医療安全対策として防止策に取り組むべき永遠の課題だからです。

1999年に患者取違え事故が発生してから20年以上が経過し、患者様一人ひとりにネームバンドの導入をはじめとして、様々な医療安全に関する取り組みが実施されてきました。当院でも、ネームバンド、認証システム、フルネームでの確認、6Rでの確認、ダブルチェックなど患者確認手順を取り決め実践しています。それでも、基本的確認動作が徹底・遵守されていないことで、患者誤認事故は発生しており、ゼロにすることはできません。医療安全対策の基本となる「患者誤認防止」に取り組む必要があると考えました。

本書で取り扱っている事例は、日常の臨床現場で発生したことのある場面を取り扱っています。組織の中で医療職だけでなく、全ての職員がそれぞれの場所で確認を徹底することで、安全な医療提供を実践し、患者誤認ゼロを目指すために役立てて頂ければと思います。

今回の事例集制作においては、公益財団法人 日本医療機能評価機構のご了解を頂き、「医療事故情報収拾事業報告書」より掲載事例を 抄出しています。

目次

テーマ	ページ	テーマ	ページ
1. 間違えるということ ・・・・・・・・	6	 8.病棟: 患者認証 ······· 与薬の準備 ······	
2. ヒューマンエラー ・・・・・・・・・	7	配薬 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	⋯ 31—32
3. 間違える、忘れるということ・・・	····· 8—11	検体 · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	34
4. 外来: 窓口	12—14	- マスク · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	36
5. 外来: 検査(受付)···· 検査········		9. 薬剤部	
6. 外来: 診察 ············ 診察(処置·処方)		10. 調理 · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	44
7. 手術室		11. 医療機器 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	
		12.事例集で使われている用語の解説	· 4/—49

令和3年 医療スタッフの詠む 安全川柳十二選

安全川柳について

安全川柳は医療業界に限らず製造業界などでも「安全標語」として取り入れ、具体的な行動や場面をイメージし、注意喚起を促しアクシデント防止に努めています。当院でも、職員の安全に対するリスク感性および意識向上のため、注意喚起を図る目的で取り入れています。



1. 間違えるということ

間違いは誰にでもあり、私達はそれを100%なくすことはできません。数多くある間違いのどれか一つを、 私達は一日一回、必ず体験します。

でも普通はアクシデントにはなりません。毎日の小さなミスを大きくしない、"皆さんの何か"が、それを防いでいます。それは職場のリーダーシップやコミュニケーション、設備やルール、そして教育訓練や、さまざまな改善活動の成果でしょう。

時には「私は何々をする前に必ずこれを・・」という知識と経験からくるマイルール(個人の意識)であることも。

「間違い」=真実と違うこと ※「デジタル大辞泉」(小学館) より引用

「間違う」=ある「正しい状態」があるのにそのようになっていないこと

「間違える」=ある2つのものについて「取り違える」こと

※・N H K 放送文化研究所ホームページ 最近気になる放送用語 2001.12.01 間違う? 間違える? (メディア研究部・放送用語 塩田雄大) より引用

言い間違える



右へ行くべきか左へ行くべきかそれが問題だ!

何々し間違える



目的が正しいが、行為が誤って 発生したエラー (アクションスリップ)

【事務部門】



診断書の渡し間違い

【外 来】



患者氏名の入力を間違える

【薬剤部】



処方日数や薬剤量を間違える

【医師】



患者カルテ入力を間違える (違う患者に指示入力)

【手術室】



左右を間違える

【栄養課】



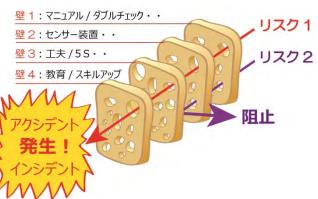
アレルギー食を間違える

2. ヒューマンエラ-

ヒューマンエラーは、よく「ハインリッヒの法則」や「スイスチーズモデル」で表されます。 小さなミスやヒヤリハットも、少しずつ積み重なったり、連鎖したりすれば、重大事故(アクシデント) につながるという考え方です。

なぜ?と問われても、結果的にそうだったとしか。でもあの時こうしておけば、と今でも思う。

スイスチーズモデル



物理的、組織的な「安全策(壁)」をいくら設けても、 事故(アクシデント)は、スイスチーズ(壁)の 大小 さまざまな穴(原因の一つ一つ)を、まっすぐに通り抜け て発生するという考え方。

ハインリッヒの法則



1件の重大事故(アクシデント)の背後には29件の軽 微な事故(アクシデント)があり、さらにその背後には300 件のヒヤリハット/インシデントが起きているという考え方。

スイスチーズモデル事例:「誤薬」はなぜ起こる?

アクシデント発生!

(3 b以上)

RMレベル (3a~1)

薬剤を間違えたが 簡単な処置で済んだ 壁b (···)

ジェネリックだった 薬剤名を確認しなかった

経験浅かった

壁a (···)

壁1 (マニュアル)

リストの更新なし イレギュラ対応記載なし

永続的 後遺症 患者を間違えたが 治療はしなかった

指示を間違えた 3文字検索で間違えた

包装が似ていた

初めて使った 禁忌とは知らなかった

深夜勤で1名訪室中 急がされて

認識と認証

【認識】

人は誰でも声をかけられる と何らかの行動をとります。 例えば顔を上げ相手の顔 や目を見ようとします。

声をかけた側はそれだけで 本人と認識(誤認)する ことがあります。



【認証】

患者さんにお名前を名乗 っていただくことは、<u>患者さ</u> ん本人が、患者さん自身 **を認証する**ことです。

・そして同姓同名の区別 の為に生年月日も言って いただきましょう。

【ダブルチェック】 自分の「記憶」「判断」そして 「行動」を、他者に指差し確 認(照合)してもらうこと



6 Rとダブルチェック

[6R]

- ・正しい患者〔 Right patient 〕
- ・正しい薬物〔 Right drug 〕
- ・正しい目的〔 Right purpose
- ・正しい用量 [Right dose]
- ・正しい方法〔 Right route 〕
- ・正しい時間〔Right time〕

【疑問(不安)】

- ・2 チャレンジルルール
- 疑義照会
- ・良好なコミュニケーション





事務部門



案内間違い(面会禁止患者に)



ファックスの送信間違い



予約日の変更間違い



診断書の渡し間違い



紹介先に診断情報提供の CDを入れ忘れた



連絡先を訊き忘れた



他施設からの連絡を忘れた



予約日の変更を忘れた

外来



患者氏名の入力を間違える



会計請求を間違える



患者送迎を間違える

外来



患者が待っているのを忘れる



検体を提出するのを忘れる



処置を忘れる



医師に報告するのを忘れる



検査説明を間違える



患者を間違える

薬剤部



薬剤の払い出しを忘れる



処方日数や薬剤量を間違える



複数の科から処方されている 薬剤がダブっていた



期限切れの薬剤を払いだした



AさんとBさんの薬剤を渡し 間違える



処方の入れ忘れや薬剤を しまい忘れる

医師



患者を間違える



患者の検査予約を忘れる



検査後の指示を出し忘れる



ICの時間を忘れる



患者カルテ入力を間違える (違う患者に指示入力)



他科からのコンサルテーションを 忘れる



検体処理を間違える



薬剤の量を間違える

栄養課



治療食を間違える



食事中止、変更の連絡を忘れる



アレルギー食を間違える



食札、名前を間違える(配膳)



異物混入

病 棟



患者氏名を間違える与薬(配薬) 点滴、食事(配膳)、検査、インスリン

4. 外来:窓口

1. 問診票が読めません



「問診票をお願いし ます」



「え〜えっ と、"●▲■ "っと 」



「えっ!"▼★■ "? |



「今日は・・・」 → 「はぁ?」

ポイント解説

患者・家族が記入された 情報を一度確認し、不明 確なところは診察までに確 認しておきましょう。

2. 外国語での問い合わせ



「お電話かわりました」→「 • ▼ ■ 」→ 「はいっ?」



「○△◇ 」 →「Mr.ユーリー ? 」 →「yes」



「だれ ? 」 →「ユーリーさんから」 →「先週の患者ね」



「えっ?ユーライさん?」 →「どうなっているの?」

病院も多様な国籍の患者への対応が求められます。 英語、中国語、韓国語、 ポルトガル語、スペイン語な ど、診療に必要な会話のマニュアル整備をしておきま しょう。

市販の翻訳機(ポケトーク)などの活用も検討して いきましょう。

3. 患者の出迎え



「緊急入院の山田さんを迎えに来ました」



「山田さんですね、 お迎えに来ました」



「よろしくお願いします」



「で、お腹が痛いんで すね」→「はいっ? 腰 が痛くて・・・」

待機している患者は、他の名前でも呼ばれても自分と錯覚する場合があります。例えば「本日入院する病棟から迎えに来た〇〇です」と自分を名乗り、ここでも患者をフルネームでお呼びし、患者自身にお名前を名乗って頂き確認すること。

4. 文書交付窓口



「父の診断書を受け 取りに」→「はい、お 待ちください」



「え~と、野村信二さんね」



「はい、どうぞ」→ 「ありがとうございます」



「あれぇ? これも野村 信次さん? 」→「あっ、 チョット待って・・・」

預かり書を受け取るときにも患者の氏名を確認する。 診断書など書類を渡す時にもID・生年月日・氏名をフルネームで確認し、書類の内容を一緒に確認して渡すこと。

* 氏名はもちろん、書類の内容がきちんと記載されているかの確認が大事です。

4. 外来:窓口

5. 郵便の誤発送(事務)



「うわぁ〜、終わるか しら I



「やばい! 6時に なっちゃう~」



「宅急便、間に合わないよぉ」



「お預かりしま~す」

ポイント解説

焦っているときほど確認を 怠ってしまいます。 書類は 大切な情報です。

重要な書類もあるので、 内容・宛先をダブルチェック して郵送しましょう。

6. 診察券を忘れて



「診察券を忘れて・・」



「お名前を」→「山田」 →「はい」→ 「ではこれで診察を・・・」



「お支払いは3,000円 です」→「はい」



「山田さんの生年 月日が違うの で・・・ | → 「えー? |

診察券を忘れた場合は 保険証などで氏名・生年 月日を確認しましょう。

患者検索を行う際には 患者氏名だけではなく、必ず生年月日も入力した上で、口頭での確認は間違いのもと。患者を確認するときはフルネーム・生年月日での確認を徹底する。

7. FAXの誤送信



転院患者情報のFAX を頼まれました



患者情報FAXが個人 宅に→ここは謝罪ある のみ



数日後、また送られ てきたと電話→電話 謝罪だけでは済まず



病院トップが誤送付 先と患者転院先で 謝罪になってしまい

患者情報は診療に関する重大な情報及び個人情報が含まれており、個人情報保護観点からも漏洩はあってはなりません。FAXで診療情報提供書など送信する場合には宛先のダイアル登録しておくか、ダブルチェックで送信先のダイアルを確認する。

8. 予防接種の誤接種



「破傷風ワクチンの接種で」→「問診票に書いて下さい」



緑色ファイルに入れる べきところ<mark>橙色</mark>ファイル になぜか綴じ



「これは**小児用肺炎** 球菌ワクチンで・・・」 →「えっ???」



「**破傷風ワクチン**で は???」

日本小児科学会が推奨する小児予防接種スケジュールがあり4種・3種・2種混合での投与となります。接種する回数・時期を一覧表で確認していきましょう。乳児であれば手帳での確認が必要です。

4. 外来: 窓口

9. 個人情報保護の申請



入院を知られたくない 患者。個人情報保護 の申請をし



知人がここかと探しに 来て・・



窓口は個人情報保護者リストを見間違え教えてしまい



知人は患者の元へ 行ってしまい

ポイント解説

個人情報の取り扱いは 厳重に行う必要があります。 患者・家族から面会制 限などの個人情報保護の 申請をしている場合、患者 リストの入力が間違ってい る場合もあります。入院病 棟に確認してからご案内し ましょう。

10. 会計支払い



患者家族が10月分 の支払いに→「お待 ちください」



「杉山道夫さんのご 家族の方」→「はい」



「これ領収書です」 →「はい」



「あのぅ、杉山の家族 ですが、まだでしょう か」→「ええっ!?」

診療の場面だけが患者を フルネームで確認するわけ ではありません。

患者・家族は呼ばれただけでも返事をします。 会計など、院内どこでも確認の原則フルネームで名乗ってもらい確認しましょう。

11. 同姓同名、同一生年月日・・・同一住所?



「えっ、同姓同名で すね |→「はぁ |



「生年月日も・・・同じですね」→「はい」



「それでは住所を」→ 「はい、茨城県奥茨 城村・・・」



「はい、やっと違った」 →「はぁ、よかった」

同姓同名は意外と大勢います。

電子カルテなどでは同姓 同名者ありと注意喚起を 促していますが、生年月日、 住所や電話番号などで最 終確認をしましょう。

5. 外来:検査(受付)

1. 診察番号では来てくれない



ピンポ〜ン「4番の方 診察室2番へお入り 下さい」



でも、だれも立ち上が ろうとしません



事務員が「お名前で 失礼します、鈴木太郎さ~ん」



「おぉ~、わしだ」→ 「お名前フルネームで 生年月日も・・・」

ポイント解説

番号で確認できない患 者もいます。難聴で聞こえ にくい方もいます。

お名前で呼ばせて頂きますと言って、フルネームで呼び出しましょう。

2. 先に採血を (求む / わかりやすい院内マップと案内を)



「採血室わかります?」 →「あ、いゃ」



「ここを行ってあちこち 曲がり、ずっと歩きエ レベータで上に下にし



「あ、いゃあ」→「わからなかったら近くの人 に聞いて下さい」



「どうしましたか?」→ 「いゃぁ、ここどこ?」

院内廊下などで戸惑って いる患者には、こちらから声 掛けをしましょう。

説明もしくは途中まで、あるいは目的地までご案内しましょう。

3. オーダーのキャンセル(人間ドック)



「CTじゃなくてMRIにしたい」→「わかりました」



「え〜と、山田昌利 さんのCTを削除」



「山田昌史ですが、 今日CTは?」→ 「確認します」



「あっ!消し間違えたぁ~|

キャンセルするときは口頭 での確認ではなく、予約票 で確認し、患者ID、生年 月日、フルネームで確認し、 新たな予約票控えを印刷 し患者に渡しましょう。

5. 外来:検査(受付)

5. 問診票は、正しくファイルへ(人間ドック)



「書きました」→ 「ありがとうございます」



今日の健診者は多い



「今の問診票は山田郁夫さん・・、これね」



「なにか、話がかみ合 わないなぁ」

ポイント解説

問診票など患者から預かる時に、必要事項が記入されているかどうかの確認と、患者を呼び入れた時も患者自身に名乗ってもらいましょう。

患者が多い場合には書類の順番を間違えることもあるので、フルネームで確認しましょう。

6. 苗字? こんなことってあるの?



患者さんを二度、 フルネームで呼び出 しました



点滴があることを伝え ました



処置室で看護師も マツシマトミコさんで すねと確認しました



でも、名前は一緒で も苗字が違うと言わ れました なぜ?

患者を呼び出しする時は フルネームで確認ですが、 患者自身にも名乗って頂く こと。生年月日も確認しま しょう。

点滴などはその時にバッグ、ボトルに記載してある氏名を一緒に確認しましょう。

5. 外来:検查

1. その装置正しいですか



「聴力検査を始め ますし



「ベッドフォンを付けて・ 赤が右、青が左」



「始めます」

Good



「あれ~ すみません、 ヘッドフォンが逆です」

ポイント解説

左右あるものは検査前に 正しく左右が装着できてい るか、確認してから始めま しょう。

患者の正しい確認方法



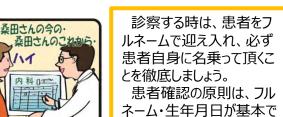
フルネームで患者を 迎え入れましょう



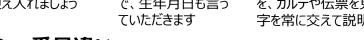
お名前をフルネーム で、生年月日も言っ



検査内容の説明や検査後の注意事項など を、カルテや伝票を見ながら、フルネームや苗 字を常に交えて説明していきます



す。



3. 番号違い



「351番の方、 検査室2へお入り くださいし



「お名前と生年月日 を」→「キムラヨウイチ、 80年9月1日1



「右ですね I→「イヤ、 左です」→「右で しょ?」→「左です」



「キムラヨウイチさん、 80年8月? |→ 「**9月**ですし

番号でお呼びしても検査 時に再度フルネーム・生年 月日で確認しましょう。

超音波検査など前の患 者の画面のままになってい る場合があるため、画面で 患者氏名の確認と左右あ るものに関しては、患者自 身に左右どちらかを確認し ましょう。

聞き間違え



薬用量を設定する 因子の1つに体重が あります



患者の声がよく聞き 取れません(発声に 障害あり?)



でもなんとか67kgと 聞き取れました



医師はこれを元に薬 用量を決めました

薬剤量を決定するのに体 重はとても重要です。

患者の声が聞き取りづら いときや不確かな場合には、 再度体重を測定してもらい ましょう。

抗がん剤など重要な薬剤 は当日の体重が重要です。

5. 外来:検查

5. 急患、意識不明です (MRI)



急患が搬送されて きました



ERよりMRIの撮影 指示があり



急遽撮影し、画像 を手術室へ転送し たのですが・・



その前の患者のデータに画像を貼り付け て送ってしまい・・・

ポイント解説

緊急時こそID・生年月 日・フルネームで確認をしないと危険です。

また、緊急時は画像結果で次の治療をどうするか決定するため、迅速な対応を求められます。画像を確認するときも本当にその患者なのか確認を行いましょう。

6. 再起動



エコーがフリーズして しまいました



一度、再起動したが



再起動時に前の患 者データであることを 忘れ、



そのまま新しい患者 の検査をしてしま い・・・

医療機器を再起動したときは、前の患者データが残っている可能性があります。

画面が今の患者の画面 に変わったことを確認してか ら検査を行いましょう。

7. この画像は、誰?・・どこで間違えた!?



患者さんをフルネーム で呼び



お名前をフルネーム と生年月日を言って もらい



前の患者情報のまま マンモグラフィー画像を 撮影し



画像を主治医の元 にデータを転送して しまいました

画像はその患者の治療 方針を決定する大事な データです。ここで患者誤 認があると、誤診など大変 な状況を招きます。

撮影するとき、どのように 患者を確認していますか。 データーを送信するときも もう一度患者のID・氏名・ 生年月日を確認しましょう。

8. 急がされたので



外科医から至急の レントゲン撮影の依 頼があり



「藤田さん、藤田光 子さん」→「はい」



「お名前と生年月日 を」→「藤田・、生年 月日は・」→「では」



「お待ちくださいね」 →「遅いわね、レント ゲン画像・・・」

「急いでいた」は理由になりません。基本的な確認を 省くのは事故のもとです。

どのような状況下であっても、患者にフルネームで名乗ってもらい、生年月日を確認することが重要です。

5. 外来:検査

9. なぜ?



「どちらですか」→ 「左肩です」と本人 にも口頭で確認し



R I Sでも「左肩」 を確認したのですが、



位置を「左肩」に 合わせたつもりが 「右肩」を撮影し



なぜ、反対の「右肩」を 撮影してしまったのか、 今でも不思議です

ポイント解説

左右あるものは撮り間違えると診断ができません。 撮影部位を確認する時は、患部が左右どちらか患者自身にも確認すると共にオーダも再度確認しましょう。

10. ファイリング



ホルター心電図解析 作業で



患者データを取り違 えてファイリングしてし まった



判読医も気がつかず



結局は半年後の 検査で取り違えに気 がついた

ホルタ―心電図を外す時、ID/生年月日・氏名が分るようにしておきましょう。 患者データファイリングを間違えると正しい診断ができません。ダブルチェックするなど慎重に行いましょう。

6. 外来:診察

1. 他人の名前に"ハイ"と



医師はフルネームで 呼び、患者を診察 室に入れた



診察が終わり



点滴をし、会計を 終えて



院外薬局で患者を 違えていることが判 明した

ポイント解説

診察室に呼び入れても 他の患者かもしれません。 最終確認は患者自身に 名乗って頂くことが原則で す。各部署で各々が基本 的確認動作を実施してい れば、防ぐことができます。

2. 勝手に入ってくる



診察待合で



患者さんが出てきま した



それを見ていた菅野 さんは慌てて立ち上 がり



「先生、今日は・・・」 →「あれ?す、菅野 さん?」

患者は次は自分だと思い 込んでいるケースがあります。 必ず、フルネーム・生年月 日を確認すること。

3. それは個人情報です



「渡辺さ〜ん、渡辺 直美さん、お入り下 さい」



「フルネームで、呼ぶ のは止めて!それって 個人情報でしょ!



「同性の方もおられる ので、フルネームでお 呼びしました I



「アナタが渡辺直美って言うから、みんなが見てるじゃない」

番号で呼ばれるシステム もあるが、番号に気づかな い患者もいるので、お断りを 入れてから呼び出しましょう。

6. 外来:診察

5. サイトーさん(斉藤、斎藤、齋藤、齋籐・・)



「先生、さっきの患者 さん「サイトー(斉藤) さん」ですが」





「それがどうしたの? | 「サイトーって読みで・|



さんが続きます」→ 「はい?」

ポイント解説

同姓者はかなりの人数存 在します。

患者の氏名はフルネーム で呼び出すとともに、患者 自身から生年月日と姓名 をフルネームで名乗って頂く ことが基本です。

6. 二人続けて



「あらっ!「鈴木正美 ♀」と「鈴木正美♂」 さん?」



「受付で間違えてい るのかしら? 1



「確認してください」



「同姓同名の夫婦 でした」

同姓同名という場合も性 別が異なる場合があります。 患者自身に生年月日・ 住所などで確認していきま しょう。

7. 発声困難な患者



「山名佐知子さん、 お入りください」







「違う? (あなた 誰?)」

発声困難な患者に対し てはカルテにそのことが分る ように掲示しておくこと。 また、患者自身にも目印 になるものを持ってもらうな ど工夫をしましょう。

中山さん? 山中さん?



「山中さ~ん、 山中均さん」



「またぁ~、オレ「中山 均」なんだよなぁ」



「山中さん、お座り くださいし



「中山です I → 「えっ!山中、中山 さん、あれぇ? 」

カタカナで記載されている と、思い込みで読み方をミ スしてしまう場合があります。 類似する名前もフルネー ムで確認を。

6. 外来:診察

9. パソコンには前の患者データが



「立川弘さん、3番 診察室にお入りくだ さいし



「お願いします」



「立川弘です」



「今日は?」と言う 医師のPCには、 「川田」名の情報が

ポイント解説

電子カルテは開いたまま にせず、患者を呼び入れる ときは、前の患者カルテを閉 じて、呼び入れた患者IDを 入力し、PCの患者氏名と 名乗ってもらった氏名を確 認してから診療をはじめま しょう。

難聴・聴力障害のある患者さん **10**.



「小沢さーん、お入り



「呼びます」→「小沢さ 下さい」→「来ないね」 んですね?」→「はい」



「小沢さん、今日は 1,000円です」 →「はい」



「小沢だけど、まだ呼 ばれないのか? | **→**「えっ? |

全ての患者が健常者とは 限りません。

難聴・聴力障害のある患 者情報は電子カルテなどの 掲示板に書き込み、情報 を共有し対応しましょう。

6. 外来:診察(処置·処方)

1. 言われても間違えちゃうし



「今日は、患者さん多いわね」



「取りあえず岩戸さんと関根さんお願いね」



「岩戸さんは包帯交換 関根さんは採血よ」



「看護師さん、私、 包帯交換って聞いた けど、採血なの?」

ポイント解説

様々な処置が重なる場合は優先順位を考え、業務を調整し、他のスタッフの協力を得ましょう。

1人で同時に処置はできません。安全に配慮して業務を行いましょう。

2. 「サイトウ」さんが「サトウ」さんに



「次は50番の方、 どうぞ」



「どうぞ、イスにお座り 下さい」



「ハイ、よろしくお願い します」→ (名前の 確認は?)



「少しチクッとしますよ」 → (しないままですか?)

サトウさん、サイトウさんのようにカタカナで記載されていると、間違い易いです。 患者はフルネームで確認します。

まず名乗って頂き、検体 スピッツのラベルの氏名を患 者と確認しましょう。

3. マーキング



「胸腔ドレーンの準備 を」→「はい」



と、先生は言うけれど →「センパイ、どこ?」



「あの先生、マーキング してくれないから準備 もできないわ」



「さて、やろうか、 あれっ?(マーキングは) どこ? |

胸腔穿刺・腹水穿刺など の処置はエコーなどで位置 を確認し、マーキングを行っ てから処置を行いましょう。

ドレナージの目的にもよりますが、空気を脱気するのか、胸水をドレナージするのかで穿刺する位置も異なります。

7. 手術室

1. 正しいマーキング (Line Good)





患者さんが運ばれ てきます



「野村菊江さん、今日 の手術はどちらの足で すか?」



「左足です」



「印を見せてください」

ポイント解説

過去に左右取違の事故 が発生しています。手術前 のマーキングは重要です。 左右ある場合には必ず 術前に医師に患側のマー キングを依頼しましょう。

2. あつ、あの家族



「いたいた、あの家族だ」



「胃の手術ですが、 成功しました」



「あのう、母は肝臓の 手術では?」



「いゃー、あのう(トホホ 間違えちゃった!)」

手術後の説明を行う時 は待合室に他の家族も待 機しています。

患者の氏名をフルネーム で確認し、家族にも名乗っ て頂き、確認してから説明 を行いましょう。

3. 次は私です



「オペ1順調ね」→ 「もう、終わりそう」→ 「次、連絡して」



手術室「次の山田さ んお願い」→ 病棟クラーク「はい」



「石川さん早く済み、 次をと」→「茂木さ hlimh? $|\rightarrow|$ (t)



「茂木さん、手術が 早まりました」 **→**[はい 1

電話で連絡を受ける時は、 病棟名と自分を名乗り、必 ずメモをとり、メモした内容を 復唱し確認しましょう。

4. タイムアウト



なぜか入室後すぐ 左こめかみにドレー プを



開始時のタイムアウト でも、誰も部位確認 せず



執刀医はすぐに執刀 を開始



本来の部位は右こめ かみ。誰かが顔を右 に向けてしまい

タイムアウトは何のために 実施しますか。

過去に患者取違いや左 右を間違えた事例が報告 されています。

患者入室時に患者氏名、 予定手術名など必要事項 を確認しましょう。

7. 手術室

5. 目視だけで



病理検体と指示表 を病理室へ渡し



病理医は検体を精査



画像を手術室へ転送



でも、手術室には別の患者のデータが映し出されて

ポイント解説

手術中の迅速病理結果 で、術式や切除範囲を決 定する重要な検体です。

検査依頼を出すときには 検体ラベルの氏名、どこの 部位なのかを、指示表と一 緒にダブルチェックで呼称し て確認しましょう。

6. 右肺下葉切除術



CT結果はがんの疑い 細胞診の結果もがん を認めた



右肺下葉切除術



切除肺葉の病理学的 検査の結果、悪性腫 瘍は認められず



当日の患者3名の 細胞診標本でラベル 貼り違えが判明し

ラベルを貼り間違えたでは済まされません。検体の取り扱いは厳重に注意しましょう。特に左右ある臓器の検体取違いは誤診を招き、本来手術が必要でなかったところを切除することになります。

また切除すべき臓器が切除されないなど、重大な医療事故となります。

7. 右乳房切除術



北野さんは乳がんの 疑いから穿刺生検 を行い



左乳房切除術施行 し退院。右乳房の検 査結果は異状なし



術後経過観察の超音波検査で右乳房 にがんが発見される



病理で左右の標本 が入れ違っていたこと に気づく

術前からのマーキングは 行っていましたか。

患者にも手術する側を確認してマーキングを主治医が行いましょう。

7. 手術室

1. 思い込みトライ(・・・に間違いない)



A型の"人全血液-LR「日赤」"を保 冷庫から取り出し・



帳票タックル、指差呼 称タックルなどを次々 とかわし



ダブルチェック、バーコ ードなどのタックルも、 容易にすり抜け



ついにトライ成功! (B型患者へ輸血 開始) **ええっ!?**

ポイント解説

輸血は臓器を移植する ことと同じです。慎重な取り 扱いが要求されます。

異型輸血は患者の生命 に関わる重大事故です。

輸血伝票、患者の血液型、輸血付易をといるでは、 型、輸血する製剤の確認を医師と行い、確実に投与しましょう。

2. ローカルルール



電カル導入後もERはローカルルールで運用され



輸血は独自のマニュ アルを使い・・・



ただマニュアルに **細かい記載なく・・** 例えば?→



Wチェック実施者、 実施タイミング等、 具体的な記載なく・

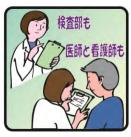
異型輸血は患者の生命 に直結する重大事故です。

ローカルルールは、あってはならないことです。誰が見ても理解できるマニュアルの作成は必須です。緊急輸血指示の場合、血液型が確定してから交差採血を実施する、同時に採血しない、時間差で実施しましょう。

3. 使い慣れた輸血伝票



<u>**O型輸血</u>で輸血伝票を、検査技師、看護師でWチェックし**</u>



検査部も病棟も輸血 伝票でWチェックし



患者が「私はA型」と 言うのを聞いても輸血 を施行



電力ル導入済みでも 使い慣れた輸血伝 票で・

電子カルテを導入しても 従来の方法で実施しているなど、システムの移行期に は起こりやすい状況です。 患者の血液型は、どこで

患者の血液型は、どこで確認するのでしょうか。指示した伝票が間違っていれば、ダブルチェックしても、意味がありません。

8. 病棟:患者認証

1. アナタは、誰?



同僚とのWチェック も終了し、トレーに 点滴セットを入れ



でも、担当患者のベッドにいたのは・・・



別の病室の患者さん



まったく、油断も隙もないわね・・・

ポイント解説

巡視をする時は、患者が ベッドに寝ていることの確認 をしましょう。ベッドに不在の 場合は、その所在を確認 すること。

認知症の患者で徘徊する方もいるので、点滴交換など、必ずフルネームで確認しましょう。

2. いちいち、うるさいなぁ



朝の点滴をします。 お名前をフルネーム で、生年月日も・・



昼の点滴をします。 お名前をフルネーム で、生年月日も・・



夜の点滴をします。 お名前をフルネーム で、生年月日も・・



何度もめんどくせぇ なぁ!そんなの覚え ろよー、ったくぅ!

患者誤認防止の観点から、入院時に安全管理の ために、何度も氏名・生年 月日を問われることを説明 し、協力をお願いしましょう。

3.返事が、無い ― その1



薬剤師が何度患者 さんに話しかけても 無視されます



左に同じ



左に同じ



隣のベッドの患者さ んが教えてくれました

何度もお呼びしても反応 がないのはどうしてですか? 患者の基本的な情報を共 有しましょう。

耳が聞こえない難聴なのか、言葉が出せない患者なのか、入院時必要な情報を共有してスタッフに周知し、対応を検討しておきましょう。

4. 返事が、無い — その2



薬剤師が何度患 者さんに話しかけて も無視されます



左に同じ



左に同じ



隣のベッドの患者さんが教えてくれました

8. 病棟:患者認証

1. 落ち着いてもう一度、正しい患者認証 (上Good)





患者認証のルール ①病室を確認



②ベッドネームを確認



③リストバンドを確認



④お名前をフルネー ムで、⑤生年月日も 言っていただきます

病室に入る前に、患者 氏名確認、病室でベッド ネーム確認、患者をリスト バンドで確認し、患者自身 に名乗ってもらい、生年月 日も確認する。

アナタは、誰? 2.



点滴の準備をし



病室へ入り



リストバンド「あれぇ? リストバンドない! 」→ 「切れちゃった」



「切れたら切れたで 早く言ってくださいね」 $\rightarrow \Gamma(t)$

3点認証を使用する場合、 リストバンドは重要です。 リストバンドが外れたり、切 れたり、紛失した場合は速 やかに再発行しましょう。

3. ママのお名前



NICUの赤ちゃん



母親のお名前を足 裏に書きますが、消 えかかっていたので



お名前「デグチルリコ」 を「**ルミコ**」と書いてしま (1...



母親が授乳時に 「名前が違います」 **→**「えっ?」

名前を書きかえる時は、 母親と確認、もしくは看護 師が2名でダブルチェックで 記入する。

母親と同じネームバンドを 装着しましょう。

4. 同姓でも、読みが違います



「私、大曽根です」→ 「私、大曽根です」



看護師は、どっちとも とれる言い方で検査 の指示をしました



さて、どちらの患者 だったのでしょうか



何を、どう間違えたの かもわからなくなり・・

患者の氏名が呼び名が 異なる場合があります。例 えば「大曾根:オオゾネトと いう場合と「大曽根:オオ ソネ」と呼ぶなど異なるケー スがあります。

名前を間違えられること が不愉快な患者もいます。 間違いやすい場合はフリガ ナをつけておきましょう。

8. 病棟:与薬の準備

1. 準備の中断と再開



与薬の準備中です



ナースコールで一時 中断→さて、**あなた の中断手順は?**



ナースコールに対応し ました



準備を再開→さて、 **あなたの再開手順** は正しい?

ポイント解説

業務を中断することはできるだけ避けましょう。 もし、中断する場合は、中断カードなどを置き、業務の途中であることが他のスタッフに分かるようにしておきましょう。

中断業務を再開する場合は、始めから実施することが基本です。中断してしまった場合は、もう一度違うスタッフと、ダブルチェックを行いましょう。

2. ダブルチェックの中断



与薬の準備中です



同僚と2人でWチェックをしていると内線が、



1 人は外来へ行って しまいました



Wチェックの中断、さあ あなたならどうする?

3. 生食が、無い!



担当患者用に与薬の準備中です



内線があり、外来へ 行きました



別の看護師が別の 患者の生食を取りに 「あっ、あった」?



外来から戻った看護師が「私の生食がない!! いゃだぁ」

急いでいても他の人が準備したものを使用しない。 もし、使用する場合は準備 した人に声掛けをすること。

4. 返事は、「ハイ」ではありません



与薬の準備中です



センパイ看護師とW チェック中です



つい返事を「はい」と 言ってしまう新人で すが、復唱は・・?



同じように読み上げ、そして指差呼称します

ダブルチェックは 6 Rで確認すること。一緒に指差し呼称しましょう。

8. 病棟:与薬の準備

5. センパイなら間違えない



与薬の準備中です



センパイ看護師の与 薬準備をWチェック 中です



次々とチェックを進め ていきます



途中つまずいても、 「センパイだから間違 いありません」

ポイント解説

人は間違える、先輩でも 関係ありません、先輩だから絶対に大丈夫はありません。

ダブルチェックを確実に行いましょう。

8. 病棟:配薬

1. 薬が、無い! — その1



与薬の準備中にナー スコールが鳴りました



急ぎ病室へ向かいました



「青い薬もらってないの」 →「青い?」 →「いつも飲んで・・・・」



「青木さん、さっき飲み ましたよ」→「そうお?」 →「はい」

ポイント解説

認知症の患者は、薬を 内服したことも忘れてしまう 場合があります。

内服していないと言われてもすぐに薬を渡すのではなく、薬剤の残数の確認をしてください。

2.薬が、無い! — その2



与薬の準備中にナー スコールが鳴りました



急ぎ病室へ向かいま した



「青い薬もらってないの」 →「青い?」

→「いつも飲んで・・・」



「忘れてました」 →「チェックを・・」 →「は、はい」

認知症の患者でも、短 期記憶が可能な場合もあ ります。

内服薬を飲んでないと言 われた時には、薬剤の残数 を確認してから渡しましょう。

3. 正しい持参薬報告書の入力



入院患者の元へ持参 薬の確認に行きました



お薬手帳や持参薬、 そしてアレルギーや、 体調なども



その入力正しいですか?チェックしてもらいましたか?



看護師等にチェック してもらいましょう

病棟薬剤師が持参薬 報告書を作成するときに、 看護師と情報交換を行い、 アレルギーや既往歴など、 必要事項の確認をする。

また持参薬がすべて継続 内服なのか確認し、作成し た持参薬報告書を看護師 にチェックしてもらいましょう。

4. どうして?



同僚から721号室の村山さんに与薬を頼まれました



途中「村山さん」「村山さん」「村山さん」「村山さん」と言いながら歩き



カーテンを開け「村 山さん、お薬ですよ」 と声を掛け



が、お薬を渡したの は、<mark>隣ベッドの山田</mark> さんでした!

患者は看護師が持ってきたものは内服しなければと思い、今まで内服がなくても疑問を持たずに内服してしまう状況があります。

思い込みは間違いのもと、 必ず患者に名乗ってもらい、 一緒に確認して与薬しま しょう。

8. 病棟:配薬

5. もう、もらったよ



配薬の時間です



でも、今日は入退院が 多く、時間がありません



次々と患者さんを 確認しながら(?) お薬を渡していきます



途中で患者さんから 「もう、もらったよ」と 言われてしまい

ポイント解説

忙しいときには、実施した 毎に、チェックをしていきま しょう。

業務が煩雑な時は、ス タッフ間のコミュニケーション を円滑にし、依頼されたス タッフは、患者を確認しなが らお薬を渡していきましょう。

8. 病棟:配膳

1. 両手で配膳



昼の配膳が始まります



トレーを二つ持ち、 次々と患者に名前を 聞いて配膳し



でも、普通食の患者 に刻み食を渡してし まいました



案の定、刻み食の患者に普通食が渡り、 誤嚥して

ポイント解説

配膳する時は、一人一膳づつ、患者の名前を名乗ってもらい、確認しながら配膳する。

食事介助する時は、配膳された食札を確認して、 介助する。

2. 欠食・延食中の食事



午後の検査終わってから食事です」 →「はい」



配膳が始まり、次々と 配膳が進みます



訪室すると、食事を 全量摂取している姿 を発見!!



望月さんは「ご飯がき たから食べてもいいと 思った」と

検査・手術の時の遅食・ 禁食カードは置いてません か、配膳前のタイムアウトを どのようにしていますか。

配膳する前に遅食の膳を 保管場所に置きましょう。 患者は持って来られたら食 べてしまいます。

8. 病棟: 検体

1. 患者を/ラベルを貼り間違える



右乳がん・左乳腺腫 のため手術となる



右乳房は部分切除 で、術中迅速病理 診断を行う



左乳腺腫は良性腫 瘍で腫瘍のみ切除 し検体提出したが・



病理検査に出した 検体ラベルが左右 違っていた

ポイント解説

術中病理診断は重要で す。この結果で切除範囲の 決定及び術式を変更する など治療方針を決定するた めの判断材料です。左右 あるものは勿論、術後提 出する病理組織のリンパ節 など番号で術後診断が異 なってきます。組織の取り 扱いは慎重に行いましょう。

2. スピッツのラベル貼り忘れ



「検査のために採血 しますね」→ 「はい、痛い!」



「あれ、失敗」→ 「スピッツあるけどラベル は後で貼り替えて」



→「はい、痛い!」



「すみません。もう1回」「あれっ、これラベルが ない」→「これじゃ検査 ができないし

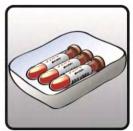
採血など失敗した場合、 元のスピッツから取り直した スピッツにラベルを貼り替え なければなりません。検査 室に提出する前に必ず、 検体スピッツに患者名が貼 付してあることを確認してく ださい。

ラベルのないものを検査 室では検査できません。

容器を/ラベルを貼り間違える



至急でスズキハジメ様 に採血指示が出た



病棟で検体スピッツを 作成し、採血し検体 を提出したが、



検査結果が異常値 のため、医師に問い 合わせがあり・



スズキ**カズオ**様の検体 をとっていた

採取する時は、検体ラベ ルをもう一度ベッドサイドで 確認しましょう。

検査データは患者の治療 を決定する重要なものです。 データ値によって、緊急で処 置が必要な場合もあります。

8. 病棟: 医師の指示

1. 先生、何を入力しましたか?



「では、お薬を・・」 →「はい」



「山田さん、痛みがあるから鎮痛剤をオー ダーしとくから」



「センセー、オーダー 入ってません」



「どこに入れました? さっきの・」→「ゴメン」

ポイント解説

口頭指示は間違えのもと。 危険です。緊急時以外は、 指示を入力してもらってから 実施しましょう。

いつも口頭指示を出す医師にも、オーダを入力してから実施することがルールであることを伝えましょう。

患者によっては禁忌の薬 剤もあります。思い込みを 防ぐのも確認です。疑問に 思った時は、医師へ再度 確認しましょう。

2. 先生の指示はいつも口頭(だからといって)



医師は看護師に病室を言わず、<u>オ</u>オキさんにと口答指示



看護師は<u>ア</u>オキさん と聞こえ、同僚とW チェックしていたら



係長から**ア**オキさんは アスピリン喘息で、ボ ルタレンは禁忌と



再確認したら「<u>ア</u>オキ」 さんではなく「<u>オ</u>オキ」さ んでした

8. 病棟:マスク

1. 「鈴木さ~ん」「ハイ」—(看護師は)





よく似たマスク姿の患者さんと多くすれ違います。 確かめるように「す、すずきさん?」→「はい」→ 「午後から検査が・・・」→「はいっ?」



「そういうことで・・・」 **→**「はぁっ?」



「あらっ、鈴木さんが いる・・」→ 「さっきの・・エッ!?」

ポイント解説

思い込みはダメ。私たち は思い込みで行動してしま う場合があります。思い込 みは非常に危険です。

廊下で患者の名前も確 認せずに、説明を行うこと はやめましょう。患者に名 乗ってもらうことが基本です。 患者の顔をうろ覚えで話 しかけないこと。病室で患 者を確認してから説明を行 いましょう。

「鈴木さ~ん」「ハイ」—(患者は)





よく似たマスク姿の患者さんと多くすれ違います。 「え? あ・・・」→ 確かめるように「す、すずきさん?」→「はい」→ 「午後から検査が・・・」→「はいっ?」



「そういうことで・・・」



「あのう、ぼく・・山・・ 本・・ |→ 「あれぇ、行っちゃうし」

1. 動作確認をしてから



容態急変でBVMが 必要となり



救急カートとBVMを急いで病室へ持ち込み



でもなぜかうまく働きません(逆止弁が逆!)



動作確認をおろそか にしていて、急変時 に使えないなんて!

ポイント解説

救急カートは緊急時に備えて定期的に必要物品を 点検しておくこと。その時に、 ただ物品があることだけでな く、必ず使用できることを確 認しておくこと。特に蘇生に 必要なBVMは空気が送 気できることを確認しておく。 使用後に滅菌し組み立 て、作動を確認しましょう。

2.膀胱留置カテーテル



看護師は、14Frの 膀胱留置カテーテル を根元まで挿入



抵抗なく根元まで挿入できたため、入っていると判断し・・



尿の流出なかったが、 排尿直後等で尿が溜 まっていないと思い



滅菌蒸留水を注入 した直後に出血あり、 カテーテルを抜去

膀胱留置カテーテル挿入 は、尿の流出をみてカフを 膨らませる。

尿の流出がないのにカフ を膨らませると、尿道損傷 を起こす危険があります。

3. 経鼻経管栄養チューブ



経鼻栄養チューブ を挿入し



気泡音で留置位置 を確認したが



その後、患者が呼吸困難を訴え



胸部レントゲン撮影 で確認すると、チュー ブが気管に迷入して

栄養チューブの挿入時の確認は、空気注入音が聞こえても内容液が吸引できない時は、栄養剤を注入しない。

必ずX線で確認後に栄養剤を注入する。

4. 深夜の点滴交換



深夜の点滴交換



当然、患者は熟睡中



リストバンドの確認な んて無理ですが、



間違いないはず、として点滴を交換します

深夜の点滴交換時は、 患者を起こしてしまうからな どと、躊躇してしまいがちで すが、安全のためには確認 を省かず確実に実施しま しょう。

24時間持続点滴の交換時間など、0時切り替えでなく、時間をずらすことも検討しましょう。

5. 患者が寝たきり/意識レベル低下



患者によっては気切 し人工呼吸器の接 続であったり



酸素マスク接続で あったり



名前を名乗ることも 生年月日も・・無理



間違いないはず、とし て点滴を交換します

ポイント解説

意識のない患者だからこ そ、ベッドサイドネーム、ネー ムバンドなどと認証システム を活用して交換しましょう。

6. 施行中断の後も



「<mark>点滴交換しますね</mark>」 →ピピピ(本当は ブブッ・ブブッ)



「はい、そうです」→ 「チョット待ってください」



「はい、そうです」→ 「はい、お願いします」



「ごめんなさいね、点滴 しますね」??? 患者認証は?

業務を中断し、再開する 時は、もう一度初めから行 うこと。

何か処置をしている時や 電話をしながらなど、<u>ながら</u> 業務を行わない。

点滴交換時は患者に名乗って頂き、ネームバンドを確認し、電子カルテリコーダーで3点認証を忘れずに実施しましょう。

7. 入力漏れ



夜のラウンドで患者が 急変



アナフィラキシーショック として急ぎスタッフコール



懸命の蘇生処置



紹介状のカルテには アレルギーの記載が なかった

入院時の情報としてアレルギーは大事な情報です。 食物・薬剤などのアレルギー情報を必ずカルテに入力し情報共有を図りましょう。

8. 採血の多い朝



なぜか採血の多い朝



次々と採血を、こな します



もうひとり



採血管がたくさん溜まり(当然ラベルは貼られていますが)

検体を取り違えると患者 に正しい治療を行うことが できません。

検体スピッツは、1患者1 トレイに準備し、患者氏名 をフルネームで、ラベルを確 認しながら確実に採取しま しょう。

9. 期限切れ — その1



SPDが保管の2種 混合ワクチンの期限 切れに気づき



直ちに使用状況を 確認したところ



2名の患者に、当該薬剤の投与が判明



2種混合ワクチンは 消化払い方式で誰 も管理していなかった

ポイント解説

薬剤の在庫棚卸を定期 的に実施していますか。 その方法はシングルチェッ クですか、ダブルチェックです か。 期限切れが近いものか ら使用しましょう。

10. 期限切れ — その2



院内安全委員会の ラウンドで、冷暗所 (冷蔵庫)内に



有効期限切れの2種 混合ワクチンがあるこ とに気づき



当該部署は先入れ 先出しが徹底されて おらず



数量中心で有効期限 の確認が、ルーティンに なっていなかった

常備薬の管理は誰が 行っていますか。部署での 定数を少なくして在庫を減 らしましょう。

11. 三方活栓は1バータイプです



点滴の追加があり



もう一台輸液ポンプを追加接続しました



三方活栓を3バータイプのつもりでコック/ バーを操作



ところが 1 バータイプ で、輸液ポンプの閉 塞アラームが

三方活栓の開放や閉めを忘れたことによるインシデントの報告があります。 接続したときは、三方活栓のコックの向きと流路を

確認しましょう。

* 三方活栓の構造を理解して使用すること。

12. 二槽輸液バッグ (ダブルバッグ)



看護師が「ビーフリード 輸液」の準備中です



患者認証を行い、点滴 を開始します



点滴終了のコールが 来て・・



そうなんです。 潰し忘 れていました

二槽輸液バックは上室が アミノ酸製剤になっており、 点滴を開始する前に混合 させてから使用しなければ なりません。

準備の段階で、ダブル チェックを行い、混合してお きましょう。

13. 滴下速度



患者を見るとボトルが空で、逆血していたので・・



次の点滴を慌てて追加し、滴下することを確認し、



ベッドに戻ってから 滴下調整のつもり だったのだが・・・



忘れて、1時間後 訪室すると500mL が全て空に

ポイント解説

点滴の滴下調整を行う 場合は、患者の歩行中な どは避けましょう。

また、刺入部の確認を行い、屈曲・閉塞・漏出などないか確認して、滴下を調整しましょう。

14. インスリン単位の誤解 — 〔2007年〕



看護師は点滴の準備 に指示書を見て



4単位を確認したが、 4単位=4mLと思い



5mL用の注射器で、 インスリン 4mLを、輸 液にミキシングした



でも <u>1 単位 = 0.01mL</u> なのです

インスリン1単位は 0.01mLであることを周知 しておらず、1mL(100倍 量) を患者に投与してし まった事例が、いまだに報 告されています。

インスリンは量を間違える と重篤な状況を引き起こし ます。

インスリン専用のシリンジ (マイジェクター)がありま すので使用することを徹底 し、一般の注射器使用を 禁止しましょう。

- *マイジェクターは、混注用と皮下注射用の2種類あります。
- *薬剤の単位には、U、 mg、mL、µg、mEq 等 の単位があります。

15. インスリン単位の誤解 — 〔2017年〕



スライディングスケール の指示で4単位の指 示が



看護師はマイジェク ターを知っていたが

誤:バンコマイシン 1Vを

生食 10mL で溶解し

うち5mL使用

と書いてしまい



インスリンの4単位は 4mLであると思って いたため



5mLの注射器に 4mL(400単位) を準備した

16. 2段階希釈



他医師、薬剤部チェックも深夜で行われず、 電カルと重症患者情報管理システムが連動 しないため、溶解時の確認ができず・・



看護師もコメントだけ で希釈し・・



結果、10倍量のバン コマイシン250mgが、 小児に投与された

小児に用いる薬剤の量は体重と身長で決まります。 抗菌剤など基本的には添付文書に体重1キログラム当たりの投与量が記載されています、指示や希釈の確認はダブルチェックで慎重に実施しましょう。

17. 単位を最後まで言わない



看護師は医師から 口頭で「2.5ミリ」 と言われたので



「<mark>塩酸モルヒネ</mark>2.5ミリ グラムですね」と言うと



医師は「それでいいよ」 と言ったのだが



先輩看護師から「それ はミリリットルですね」と 指摘

ポイント解説

塩酸モルヒネなど使用する場合、薬剤の単位を間違えると重大な事故になります。mgかmLか医師の指示が分かりずらい時は必ず再確認しましょう。

* 過去に、2.5mgと 2.5mLで、間違えた事例 報告があります。

18. "実行"キーを押した?



医師の指示により 注射の準備



病室へ移動し、患者に投与したのですが、



薬品も減っており、 投与は事実でも、 記録がなく



もしかすると処置後、電カルパソコンの「確定」キー押した?

臨時で出された医師の指示を受け、注射などを行った場合は、必ず記録をして実施入力を行いましょう。 記録がないと実施済なのかどうか分からず、二重投

与などの危険性があります。

19. 化学療法時の指示



医師は化学療法の 指示を前回入院時 の体重で入力した



薬剤師は入力されていた抗がん剤の調剤を実施した



入院前なのに「抗がん 剤の作成終了」と薬 剤部から連絡が



抗がん剤は実施当日の体重で投与量決定なのに・・・

抗がん剤は当日の体重や採血の結果で使用する量を決定するため、検査データや体重測定は重要です。

化学療法の実施決定は 主治医が判断するので、 指示がでるまで薬剤のミキ シングを行わないで下さい。 お互いにルールに基づいて 実施しましょう。

9. 薬剤部

1. ノルバスクがノルバデックスに



医師は退院後の治療薬にノルバスクを処方



薬剤師はCa拮抗薬のノルバスクではなく



抗乳癌剤の**ノルバ** <u>デックス</u>を準備して しまい



服用後、患者は救急 車で救急病院に搬送 された

ポイント解説

薬剤名を確認するときは 指差し呼称を行い、基本 的確認動作を、徹底しま しよう。

薬剤を棚から取り出すとき、薬剤を手にした時、薬剤を薬袋に入れる時、患者に渡すとき、処方箋で確認して渡しましょう。

2. 疑義照会



患者が風邪で内科 を受診し、クラリス錠 200が処方され



薬剤師は患者が以前精神科のベルソムラ錠処方を覚えており



クラリス錠200は併用 禁忌で、処方医に疑 義照会を行った結果



クラリス錠200からジェ ニナック錠200mgへ 処方が変更と

複数の科を受診している場合、医師の目が行き届かない場合があります。薬剤師はお薬手帳を預かり薬剤を管理するようにしましょう。医師は薬剤のプロではありません。

医師への疑義照会は勇 気を要することですが、安 全のために行いましょう。

3. 過去にもあったから



薬剤師は鑑査で抗がん剤の処方を監査し



この抗がん剤は本来 240mg/日/回なのに



「1日3回等の用法 用量もあるしなぁ」と 鑑査終了



看護師は別の医師に 相談し、オーダ精査 で過剰投与判明

抗がん剤の用量ミスは患者の生死に関わるものであり、過去にも過剰投与に伴う死亡事例などの報告があります。

薬剤師として、量用・用法に疑問を持った場合は、 疑義照会を行ってください。 看護師の意見にも傾聴していきましょう。

4. 私は"めぐみ"で、"恵"とも、"愛"でも



本当は「鈴木恵」です



鈴木愛さん名のお薬 が鈴木恵さんに渡さ れました



お薬手帳と処方箋 の患者名が違うこと に気づいて



疑義照会を

読み方は一緒でも漢字は異なる場合があります。 フルネーム、生年月日での確認を徹底しましょう。

9. 薬剤部

5. 販売名の類似





薬剤メーカーから書類 が来ています



2 社から販売されている販売名が紛らわしい?



確かに、頭3文字が一緒だし、事故事例 もあったんだ



こういうのが減ると調剤 もやりやすいよね

ポイント解説

サクシン・サクシリンは全く薬効の異なる製剤で、過去に重大な医療事故が報告されています。

*サクシンは筋弛緩薬で、 サクシゾンはヒドロコルチゾン 製剤です、現在は<u>サクシン</u> は<u>スキサメトニウム</u>という薬 品名になりました。

6.柴胡桂枝湯と柴胡桂枝乾姜湯(サイコケイシトウ と サイコケイシカンキョウトウ)



①入力者は、名称類 似で誤入力し



②調剤者は、誤入力 された調剤支援表 に基づき調剤



③鑑査者は、本体と 調剤支援表だけで 照合し鑑査を終了



④交付者は、処方箋 を見ずに薬をみて薬 効の確認と説明を

漢方薬は類似する薬剤 名があるので、誤入力しな いように薬剤名をフルネー ムで確認しましょう。

特に電子カルテ入力時に 類似名称が出てくるので、 注意が必要です。

7. 化学療法と妊孕性 (ニンヨウセイ) の考慮



妊娠・出産希望する 乳がん患者の化学 療法で医師は



「妊孕性の考慮」は電 カル患者情報共有欄 に記載されず



がん薬物療法認定薬 剤師が不在で不慣れ な薬剤師は



2回目投与8日後 ドセタキセル投与が判 明し緊急入院となる

化学療法のレジメンから 逸脱する場合、電子カルテ 患者情報共有欄に記載し、 医師・薬剤師・看護師が 確認できるようにする。

化学療法担当薬剤師を 固定せず、誰でも同じ対 応ができるように調整しま しょう。

*過去、誤薬事例のあった類似名称例

薬効	薬剤名		薬効
糖尿病用剤	アマリール	アルマール	抗不整脈剤
筋弛緩剤(スキサメトニウムに改名)	サクシン	サクシゾン	ヒドロコルチゾン製剤
抗癌剤 パクリタキセル	タキソール	タキソテール	抗癌剤 ドセタキセル
降圧剤	ノルバスク	ノルバデックス	抗エストエロゲン剤 抗癌剤(乳癌)
気管支拡張剤	アロテック	アレロック	抗ヒスタミン剤
切迫流産・早産に対する子宮収縮剤	ウテメリン	メテナリン	子宮収縮止血剤
気管支拡張剤	テオドール	テグレトール	抗てんかん薬
副腎皮質ホルモン剤	プレドニン	プルゼニド	便秘薬

10. 調理

1. 食札



医師から伊藤美紀 さんの食事変更の 指示が



看護師は急ぎ調理部 へ変更内容を、FAX



調理部は伊藤美誠 さんと勘違いで食事 内容を変更したが



結局、伊藤美紀さん の食事は変更されず

ポイント解説

食事変更の締め切り時間を過ぎた場合、栄養課への変更の連絡とともに、 FAXで変更内容を送信すること。

調理部ではFAXで確認 時、フルネームで変更内容 を確認しましょう。

2. 下処理



入院時、食物アレル ギー (卵、小麦等) があり



当日は厚焼玉子のためカレー味に炒めた肉に変更したが



下処理で肉に小麦 粉を付けて調理して しまった



卵アレルギーだけに 注目してしまい

食物アレルギーは要注意です、食材の下処理でも、 禁忌なものを排除しなければなりません。

情報を全員が共有できるようにしましょう。

3. 手袋



調理師は、アレルギー 食の調理・盛り付け 作業後



その手袋のまま手を洗い、別の患者の調理・ 盛り付けを



その患者は「瓜など」 禁止の患者で「味が変で息が苦しい」と



手袋に少量の胡瓜 が付着したままの可 能性が

アレルギーがある場合、 調理から盛り付け、配膳な ど全ての段階での注意を怠 らないようにしましょう。

4.締め切り後に



12時前となり配膳車 への積み込みが始ま りました



病棟では、医師から 伊藤美紀さんの急遽、 禁食指示がでました



電カル、内線電話、 そしてFAXと、大急 ぎで連絡しましたが



結局間に合わず、おいしく食べられてしまいました

患者は禁食と言われていても、看護師が配膳したものは、食べていいと思い、 摂取します。

看護師も変更指示を受けた看護師と、配膳する看護師が異なる場合があるので、変更内容を配膳するスタッフへ伝えましょう。

11. 医療機器

○ (医療者)

1. 誰かが対応 —〔2007年〕



患者は人工呼吸器を装着し



セントラルモニターに アラームが



深夜勤は患者対応 に出払い、アラーム 音が聞こえず



日勤は**責任の分散から**アラーム音に注意を向けず

ポイント解説

アラームには迅速な対応 が必要です。過去の事例 でもアラーム音に気づけず、 心肺停止の発見が遅れ死 亡した報告があります。

モニターのアラーム設定 を確認すること。アラーム音 に慣れ過ぎず、誰かが対応 するだろうなどと思わず、迅 速に対応しましょう。

第一発見者が患者を見 に行く、又は担当者に伝え るなど迅速に対応しましょう。

2. 誰かが対応 — 〔2019年〕



患者は生体情報 モニターを装着し



セントラルモニターに アラームが



夜勤は各々患者対応に出払って、アラーム音が聞こえず



日勤はアラームに<u>誰</u> かが対応していると 思い込んでいた

3. 先生が(看護師が)解除したはず



医師と看護師で人工 呼吸器をスタンバイの 状態にし



気管吸引を行った後



人工呼吸器を再度 装着したが



医師も看護師も作動を確認しなかった

人工呼吸器をつけても回路の不具合やリークなど誤作動がある可能性がありますので、設定通りに作動することを確認し、ベッドサイドを離れることが重要です。

4. シリンジポンプの薬剤量や溶液量の設定間違い



シリンジポンプによる 投与で・



アルチバを溶解し、 シリンジポンプにセット 後、設定したが・・・



投与開始直後に血圧 低下を認めたため確認 すると・・



溶液量を**5**mLと誤り、 5 倍の換算流量で 投与してしまった

シリンジポンプなどでのインシデント報告は、過去には押し子などシリンジセットミスによる急速投与などの報告がありました。

現在はセットを確実に行わないと開始できないように改良されています。投与量をセットするときは看護師のダブルチェックが重要です。

11. 医療機器

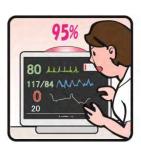
5. 電池切れ



患者はS_PO₂モニター を装着し



S_PO₂モニター送信機 の<mark>電池が既に切れて</mark> いたが



セントラルモニタの警報 表示が他患者のものと 思ってしまい



別の看護師が「**電池** 切れ」絵文字とS_PO₂ 値「**0**」を見つけ

ポイント解説

セントラルモニターは定期 的に観察する。アラーム音 には迅速に対応しましょう。

*アラーム対応の遅れで患者の急変に対応できず、 蘇生できなかった事例の報告があります。

6. サイフォニング現象



麻薬性鎮痛薬投与 でシリンジポンプを使 うこととなり



ポンプの準備をし、 シリンジをセットした のが・・・



押し子がキチンと、はまっておらず・・・



サイフォニング現象で 落差から過剰送液に

サイフォニング現象とは、 シリンジポンプが患者より高 い位置に設置されているこ とで高低差によって、あるい はシリンジの装着ミスなどで 薬剤が急速に注入されて しまうことです。

元来微量な薬剤注入を 確実に行うためにものなの で、重大な事故につながる ため危険です。

事例集で使われている用語の解説(1)

2種・3種・4種混合ワクチン

- ・複数のワクチン成分がひとつの薬液に入って、1回の注射で複数のワクチン接種と同じ効果があるものをいう。 ・4種混合:ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ混合【DPT-IPV】 ・3種混合:ジフテリア・百日せき・破傷風混合【DPT】

- ・2種混合:ジフテリア・破傷風【DT】

(bag valve mask バッグバルブマスク)

・鼻口腔に空気を送り込む人工呼吸器具で、商品名のアンビューバッグ (ambu bag) で呼ばれることもある。

CT (Computed Tomography コンピュータ断層診断装置)
・X線を利用して体内の状態を断面像として描写する検査のことで、欠点は放射線被曝がある。

(emergency room 救命救急室)

・救急患者を受け入れて治療するための設備がある施設・部門のこと。

HIS (Hospital Information System 病院情報システム)

・病院内における情報を管理するためのシステムのこと。

MRI (magnetic resonance imaging **磁気共鳴画像法)** ・核磁気共鳴現象を利用して生体内の内部の情報を画像にする方法のこと。

(Picture Archiving and Communication Systems 画像保存通信システム)

・医療機器から画像データを受け取って活用するためのシステム。

(Radiology Information System 放射線科情報システム)

・放射線科に特化した情報管理のシステムのこと。

SPD (Supply Processing and Distribution 物流管理機能構築支援)

ここでは医薬品商社等が管理することをいっている。

Team STEPPS (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety)

・アメリカで開発された医療の成果と患者の安全を高めるチーム戦略と方法のこと。

·SBAR

・S: Situation「状況」、B: Background「背景」、A: Assessment「評価」および R: Recommendation「提案」の頭文字から なり、「状況を説明し」→「背景状況を伝え」→「自分の評価(判断)を伝え」→「して欲しいことの提案(要求)をはっきり伝え ることし。

・2チャレンジルール (2 CHALLENGE RULE)

・安全に関する重要な義務の違反や誤りなどを発見したり感じた場合に、ひとまず活動を中断させるためにアピールを繰り返すこと で、例えば、疑問を感じ主張し一度は否定されても、諦めずに再度主張すること。

・I am Concerned→「気になります」、I am Uncomfortable→「不安です」そしてThis is a Safety issue →「これは安全の問 題です」の3つの頭文字で、自分が感じていることを率直に声を上げるために行われる。

アスピリン喘息 (AIA : aspirin induced asthma)・アスピリンおよびアスピリンと同様な作用がある解熱鎮痛剤(解熱剤、鎮痛剤、風邪薬、坐薬、湿布など)などにより誘発される喘息のこと。

アナフィラキシーショック (anaphylaxis)

・アレルゲンなどが入り、臓器や全身にアレルギー症状を起こし、命に危険が及ぶほどの過敏な反応が出ること。

一般名と販売名

・一般名はくすりの主成分のことで、商品名・販売名は製薬企業がつけた名前のこと。

インスリン

・血糖を下げる働きのあるホルモンのこと。

エコー (検査)

・超音波を使用して体内を簡便に調べる検査のこと。

化学療法

- ・抗がん剤を用いて癌を治療することを言う。
- ・当該事例(43ページ「7.化学療法と妊孕性の考慮」)は外来化学療法のことで、通院で抗がん剤治療を行った事例。

・ガラス板の上で抗原と血清を反応させて沈降を顕微鏡でみて判定すること。

(監査)

・処方箋に基づき準備(調製)された医薬品の分量等が間違っていないか確認すること。

・薬剤師が処方箋記載に疑問点や不明点を感じた場合など、作成者に対して内容の確認を行うこと。

拮抗薬 (きっこうやく)

・生体内タンパク質に作用して内在性物質に対する拮抗作用や機能阻害作用を発揮する薬物を指す。

事例集で使われている用語の解説(2)

救急カート

・急変対応時に必要最低限な救急物品、薬品をまとめて収納してある移動可能な台車のこと。

(きょうくうドレーン)

- ・肺と胸壁の間には胸腔【きょうくう】と呼ばれる空間があり、肺が破れたり、胸壁の膜に炎症が起きると、胸腔に空気や液体(胸水【きょう すい】)が溜まってしまう
- ・胸腔ドレナージは、胸腔にチューブを挿れ、溜まった液体や空気を抜く処置で、胸腔内に挿入するチューブを胸腔ドレーンと呼ぶ。

筋弛緩薬

・筋肉の動きを弱める医薬品のこと。

クラリス錠

・抗生物質。

クロスマッチ (交差適合試験)

・交差適合試験(クロスマッチ)を参照。

経鼻栄養チューブ

・鼻に挿入した経鼻胃管(チューブ)を通じて、直接胃などに栄養剤等を注入するチューブのこと。

(クロスマッチ)

・輸血用血液製剤と患者血液との間に血液型抗体に起因する抗原抗体反応が起こるかをあらかじめ試験管内で検査し、血液型不適合による副作 用を未然に防止する試験のこと。

骨シンチ (こつしんち)

・がんの転移を放射線を発する物質(アイソトープ)によって全身にわたって調べる検査のこと。

サイコケイシカンキョウトウ (柴胡桂枝乾姜湯)

・更年期障害や神経症、不眠症などに用いられる漢方薬のこと。

サイコケイシトウ (柴胡桂枝湯)

・こじれた呼吸器の病気や、消化器の病気に用いる漢方薬のこと。

サイフォニング

・シリンジがシリンジポンプから外れると、シリンジポンプと患者の高低差から薬剤が急速に注入されること。

細胞診

・体から採取された細胞材料について標本を作製し、顕微鏡で観察して行う検体検査のこと。

三方活栓

・輸液セットやカテーテル・チューブなどに取り付けて薬剤の混入を行う器具のこと。

消化払い方式

・医薬品倉庫から払出された分のみを医薬品卸商社等が月末に請求する仕組みのこと。

シリンジポンプ

・輸液ポンプより少量で、より正確な輸注を必要とする際に使用される。

人全血液 – LR「日赤」

・ヒト血液に血液保存液(CPD液)を混和した血液のことで、有効期間は採血後21日間。

(処方箋を意味するドイツ語のRezeptからきている) 診療報酬明細書

・レセプト、単にレセと言われ、医療機関が健保組合に請求する処置や使用薬剤等を記載した明細書のこと。

スピッツ

・血液検査や尿検査などで、採った血液や尿を入れる試験管のこと。

スライディングスケール

・患者ごとに症状、血糖値変動パターン、体重あたりのインスリン必要量等を加味し、あらかじめ血糖値に応じたインスリン量を決めておく表。

スリップ (slip)・目的は正しいが行為が誤っていて発生したエラーのこと。

(normal saline (NS) 生理食塩水 せいしょく)

・0.9w/v%食塩水のこと(蒸留水100mLに9gの塩化ナトリウムを加えたもの)で、浸透圧は人間の血清と同程度。 ※ w/v%とは、weight/volume%のこと。

(せんし)

・体外から血管・体腔内や内臓に注射針を刺すこと。

浩影剤

・画像診断時、画像にコントラストを付けたり特定の組織を強調撮影するために投与される医薬品のこと。

タイムアウト

・手術室で患者入室後、主治医・麻酔科医・看護師全員が一度手を止め患者名や手術部位の確認を行うこと。

・医療機関が連携し、患者が急性期~回復期~自宅に戻るまで、切れ目のない医療を行うネットワークのこと。

事例集で使われている用語の解説(3)

ドセタキセル

タキソイド系抗悪性腫瘍剤。

ドレープ (Drap)

・手術などの際、患者の体を覆うカバーのこと。

妊孕性 (にんようせい)

・女性にも男性にも関わることで、「妊娠する力」のこと。

高血圧治療薬および狭心症治療薬。

ノルバデックス

· 抗悪性腫瘍剤。

ハーセプチン (トラスツズマブ)

・抗HER2抗体という分子標的薬の一種。

パージェタ (ペルツズマブ)

・乳がんの細胞表面のHER2をターゲットとしたヒト化モノクローナル抗体医薬品。

発熱性好中球減少症 (febrile neutropenia (FN) はつねつせいこうちゅうきゅうげんしょうしょう) ・抗がん剤治療により好中球が500/μl未満に減少時に、体温が37.5度以上に発熱した状態のこと。 ・なお好中球は、白血球の約 5 割を占め、体内に侵入してきた細菌、病原菌や異物を貪食(どんしょく/体内の細胞が不必要なものを取り込み、 消化し、分解すること)して感染を防いでいる。

バンコマイシン

・グリコペプチド系抗生物質製剤。

ビーフリード輸液 (二槽輸液バッグ)

・糖質・電解質・アミノ酸などを配合した輸液のこと。隔壁を開通し上下室液を混合して使用する。

・病気の診断や原因の究明を目的として、手術または検査の目的で採取された臓器、組織、細胞などを対象に顕微鏡等を用いて詳しい診断を行 うこと。

ベルソムラ錠

· 不眠症治療薬。

ベンゾジアゼピン

抗不安薬や睡眠薬。

膀胱留置カテーテル

・膀胱内に留置されたカテーテルによって持続的に、かつ安全に尿を誘導、排出させるチューブのこと。

・携帯用の小型心電計を用い、長時間(24時間)にわたり心電図を記録する検査のこと。

ボルタレン

鎮痛・抗炎症剤。

・針管を注射筒に接着させたタイプの針付注射筒であり、インスリンを皮下投与するために用いられる。

マンモグラフィー (mammography)

・乳癌の早期発見のために乳房をX線撮影する手法、またそのための乳房X線撮影装置のこと。

ミキシング

・注射剤や輸液などの薬剤を混合すること。

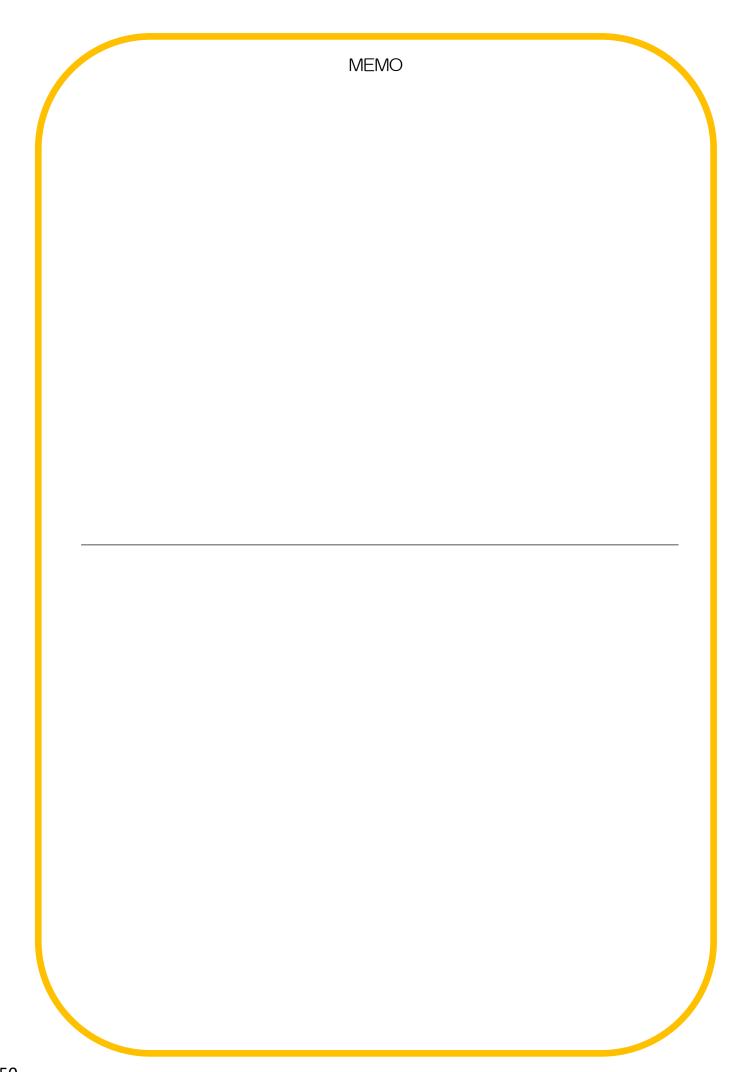
・薬液につながる輸液ラインをしごいて注入を行う装置。

用手法 (ようしゅほう)

・検査機器を使わず、文字通り手作業で検査と判定をすること。

レジメン

・がん治療で、投与薬剤の種類や量、期間、手順などを時系列で示した計画書のこと。



編集·制作

水戸赤十字病院

山﨑 美佐子 看護部 医療安全推進室 医療安全管理者 看護副部長

志賀 久美子 看護部 看護師長 大貫 信也 放射線科部 技師長 長谷川 久美 薬剤部 薬剤課長

薄井 成美 (元 水戸赤十字病院 看護部 看護師長) 長谷川 信子 (元 水戸赤十字病院 医療社会事業部 社会課長)

(協力) 釧路赤十字病院

出口 るり子 看護部 医療安全管理者 看護師長



大貫技師長 長谷川課長 山﨑副部長 志賀師長

株式会社 ケアコム 石川 富雄 環境整備支援ユニット 株式会社 ケアコム 山田 昌利 製造グループ 製造チーム 担当部長 株式会社 ケア環境研究所 永松 英示

事例について

※掲載している事例は、公益財団法人日本医療機能評価機構様のご了解をいただき、 「医療事故情報収集等事業 報告書」より抄出しています。

利用上の注意

- ※一部を除きマスクや手袋をしていないイラストがありますが、これは表現上のためで、マスクや 手袋の非着用を推奨しているわけではありません。
- ※イラスト中の姓名は架空で、実際の人物とは何ら関係がありません。

患者安全 あるあるシリーズ 5

誤認あるある事例集

編集 水戸赤十字病院 編集・制作 株式会社 ケアコム/株式会社 ケア環境研究所

2022年3月

第1版第1刷 発行

この事例集の著作権は、水戸赤十字病院、株式会社ケアコムと株式会社ケア環境研究所にあります。よって、この事例集のイラスト、文言、写真、印刷などの全部又は一部を権利者の許諾なく複製、複製の配布、無許可の使用や、インターネット等を通じて閲覧できる状態にすることは、法律で固く禁じられています。