

★事例リスト (事例1～11)

各ケース (事例1～11) は、実際にアクシデントとして発生した事例であり、その後訴訟となり、判決が言い渡された後、判例として公表されたもの¹⁾、論文発表されたもの等を素材にして作成されたものである。しかし、教育・研修の見地から各事例の背景、時系列、患者基本情報、処方薬とその用法用量、関係者等は、アクシデントの本質や原因などの理解を損なわない範囲において、実例から大きく改変していることをことわっておく。

各ケースは以下のようなスキームで事例の内容を解説する。

<代表的事例の内容 (凡例)>

<アクシデントタイトル>

アクシデントの内容と患者の顛末

主たるカテゴリー

処方設計・チェック, 看護・薬剤業務, 指導・説明

<処方と患者基本情報>

処方内容と患者・医療従事者・医療機関等の背景 (情報)

<リスク (インシデント, アクシデントレベル) 分類>

<0-5>の6段階で表示

●インシデント●

<0>: 事前回避

・患者に薬剤を交付せず (インシデント事例)

<1>: 過誤発生

・患者に誤った薬剤を交付したが、患者は使用せず

<2>: 事故発生 (健康被害なし - 外来通院)

・患者は薬剤を使用した (患者に薬剤を投与した) が、特に健康被害なし (経過観察) または、軽度の健康被害あり。外来通院による観察, 検査, 治療が必要

●アクシデント●

<3>: 事故発生 (入院)

・患者は薬剤を使用し (患者に薬剤を投与し), 健康被害あり。入院治療が必要

<4>: 事故発生 (後遺症あり)

・患者は薬剤を使用し (患者に薬剤を投与し), 健康被害あり。後遺症あり

<5>: 事故発生 (死亡)

・患者は薬剤を使用し (患者に薬剤を投与し), 死亡

<何がどのような経緯で起こったか>

病棟, 外来診療所, 薬局, 患者宅等でのインシデント, アクシデントの内容とその背景・過程をまとめる。

<なぜ起こったか>

<何がどのような経緯で起こったか>に対応してその要因をまとめる。

<今後どう対応するか>

<なぜ起こったか>に対応して, 二度と起こさないための対応策を構築する。

<本事例の類型>

本事例と同じカテゴリー, 同じ項目の類例 (実際にインシデント, アクシデントとして起こったケース, トラブルが予測されるケースなど) を一覧表にまとめる。

<対応 (対策と実践) の標語>

医療従事者によって医療現場での確に注意喚起できる標語を作成する。

【文献】

1) 医療安全推進者ネットワーク (<http://www.medsafe.net/>), 医療事件判決紹介コーナー

事例 1

I 処方設計・チェック

薬名類似によるアルマール錠とアマリール錠の別物処方で低血糖昏睡

処方設計・チェック, 看護・薬剤業務, 指導・説明

<処方と患者基本情報>

<処方> 70歳代の女性. 病名: 本態性振戦.
病院の内科, オーダリング/印字出力

アマリール錠 (1mg) 2錠 1日2回 朝夕食後 30日分

<リスク (インシデント, アクシデントレベル) 分類>

レベル 3

<何がどのような経緯で起こったか>

- ・本態性振戦の診断に対して, β 遮断薬のアルマール錠<塩酸アロチノロール>を処方するところを, 誤って経口血糖降下剤のアマリール錠<グリメピリド>を処方してしまった.
- ・調剤薬局では, 患者にインタビューすることなく, そのままアマリール錠が投薬された (初めての来局であった).
- ・患者は, その夜と翌朝に1錠ずつ同剤を服用し, 低血糖により意識ははっきりしなくなり, 病院に緊急入院した.

<なぜ起こったか>

- ・アルマール錠とアマリール錠はともに頭文字が「ア」である. 1文字入力で薬名を検索したため, 処方薬を誤って選択してしまった可能性がある.
- ・両医薬品は, 語感がよく類似しており, 「ア・マ・ール」から構成されている (アルマール = 「ア〇マール」, アマリール = 「アマ〇ール」). このため, アルマール錠をアマリール錠と思いこんで処方入力してしまった可能性も考えられる.
- ・糖尿病治療薬が処方されているにもかかわらず, 調剤薬局における薬歴のチェック, 患者インタビュー, 医師への疑義照会が十分でなかった.
- ・院内の薬剤科では外来処方の院外発行時に事前に処方内容をチェックしていなかった.

<今後どう対応するか>

- 処方オーダシステム・電子カルテの場合
 - ・処方オーダ・電子カルテの薬名入力は, 少なくとも3文字入力を徹底する.
 - ・薬名が類似している医薬品をリストアップして, 日々注意を払っておく.
 - ・注意薬剤 (糖尿病薬や抗がん剤など) の処方時には, 処方オーダ・電子カルテの画面に, 処方内容の確認機能を付加する.
例: 「警告: 糖尿病薬が処方されました! よろしいでしょうか?」が画面に現れ, 本警告を確認 (承認) しない限り処方できない.
- 手書き処方の場合
 - ・事前に, 医師が使用する医薬品で, 類似した名前をもつ組み合わせとそれらの薬効をリストアップ (特に, 注意薬剤には目印をつけておく) して, 一覧表にして診察台の前に提示しておくとともに, 更にそれら組み合わせ全てを記憶する. また, 処方せんに薬名記載後, 必ず一覧表と照らしあわせてから, 処方する. これは処方オーダシステム・電子カルテであっても有用である.

●薬剤師・看護師との連携

- ・院内の薬剤師・薬剤科，院外保険薬局の薬剤師による薬歴チェック機能，患者インタビュー，医師への疑義照会の充実をはかる．具体的には，本患者のように初回処方された場合には，患者にインタビューして医師による診断結果等を再確認し，処方内容と乖離が認められたら必ず疑義照会することとする．あるいは処方医へ直接問い合わせることも必要である．
- ・処方作成時に看護師に注意医薬品についてチェックしてもらう．
- ・注意薬剤の処方件数が少ない場合には，ある患者にはじめて注意薬剤が処方された場合には，院内の薬剤師・薬剤科，院外保険薬局の薬剤師から，疑義の有無にかかわらず必ず確認の連絡をしてもらうよう取り決めることも有効である．

<本事例の類型>

- ・内服薬，外用剤で薬名（商品名）が類似していることによって起こったインシデント，アクシデント事例などを「[事例 1・類例](#)」にまとめた．
- また，[表 1 a](#)，[表 1 b](#)，[表 1 c](#)に，先発医薬品間，先発医薬品：後発医薬品間，後発医薬品間で薬名（商品名）類似の医薬品リストを，[表 1 d](#)，[表 1 e](#)に一般名間，商品名と一般名間が類似している医薬品リストを示した．

<対応（対策と実践）の標語>

- 処方オーダ・電子カルテの入力は少なくとも 3 文字入力方式とする．
- 処方オーダ・電子カルテ画面に糖尿病薬や抗がん剤処方時の処方確認の提示システムを早急に付加する．
- 手書き処方の場合は，医師自らが意識を改革し防止のための工夫を行う．
- 薬剤師・薬剤科，看護師による処方チェック機能・システムの充実を図る．