

★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 8

II 看護・薬剤業務

蕁麻疹治療に保険適用のない塩化カルシウム注投与の指示を見過ごし、さらに間違
って塩化カリウム（コンクライト-K）を静脈内に急速投与

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> 8歳男児. 病名: 蕁麻疹.
病院の内科, 手書き (注射指示票)

塩化カルシウム注 20m/ 静注 (5分かけてゆっくり)

<リスク (インシデント, アクシデントレベル) 分類>

レベル 4

<何がどのような経緯で起こったか>

- ・患者は前日から全身に発疹が出て、かゆみを訴えて病院を受診した。
- ・担当医は蕁麻疹との診断に基づき、上記処方を設計し、看護師Aに投与を指示した。処方意図は大塚塩カル注2%<塩化カルシウム>であった（なお、現在、塩化カルシウムは蕁麻疹に対する保険適用はない）。
- ・看護師Aは、看護師B（看護師Aの部下にあたる）に上記処方の投与を申し送った。看護師Bは、処置室に塩化カルシウムの在庫があるかわからなかったため、看護師Aに尋ねたが、看護師Aは薬局で尋ねるよう回答した。
- ・看護師Bは当該病院の薬局へ行き、薬剤師に対し「塩化カリウムって商品名は何ですか?」と尋ねた。薬剤師は「カリウムですか? カルシウムですか?」と聞き返したところ看護師Bは「塩化カリウムです」と答えた。そこで薬剤師は「塩化カリウムであればコンクライト-Kです」と回答した。これを受けて看護師Bは「コンクライトか」と納得して、それを持って外来処置室へ戻った。なお、当該病院においては2%の塩化カルシウム注射剤は採用されておらず、在庫はなかった。
- ・看護師Bは、患者にコンクライト-K<1 mEq/ml塩化カリウム>20m/を原液のまま静脈注射した。このとき担当医は注射に立ち合っておらず、他の患者の診察中であった。
- ・看護師Bは以前にも、コンクライト-Kやコンクライト-Ca<1 mEq/ml 塩化カルシウム>を点滴した経験はあったが、原液のまま注射したことはなく、コンクライト-Caやコンクライト-Kが一般的には希釈して用いられるものであることを認識していた。しかし、看護師Bは担当医や薬剤師等に希釈の必要性等について確認しなかった。
- ・患者は左手を口元にあてて「うっ」とえづいたが看護師Bはそのまま注射を続けた。その後患者は痛みから悲鳴をあげ、2,3秒後にはぐったりした状態となった。注入された塩化カリウム液は、約15m/であった。
- ・患者は顔面蒼白、意識喪失に至り、救急処置室へ運ばれ、人工呼吸、心臓マッサージ等の心肺蘇生措置がとられたのちに、他院に転院となった。
- ・患者は、心停止による低酸素脳症のため両上下肢機能全廃、体幹機能障害の後遺障害に至った（身体障害1級）。

<なぜ起こったか>

- ・担当医が作成した処方せん（注射指示）に不備（規格、すなわち濃度が記されていない）があり、投与すべき製剤（商品）を特定できなかった。すなわち、医師の処方意図は2%塩化カルシウム

であったが、当該指示からはその意図は読み取りにくかった。事実、当該病院には2%製剤の在庫はなく、1 mEq/ml (=5.5%) の製剤しかなかった。

当該医師の処方意図通りの処方せんを正しく記すと以下ようになる。

2%大塚塩カル注 (400mg20ml) 1 アンプル
静注 (5分かけてゆっくり)

ただし、上記医薬品は採用されていなかったことを考慮すると、同じ処方内容とするためには以下ようになる。

{コンクライト-Ca (1 mEq/ml) 7.2ml
{注射用蒸留水 12.8ml
静注 (5分かけてゆっくり)

- ・看護師Aは、不備な注射指示（規格が明記されておらず、当該医療機関で唯一採用となっている塩化カルシウム製剤である5.5%製剤であれば、希釈して静注しなければならない）に対して医師に処方意図を確認することを怠った。
- ・看護師Bがカリウムとカルシウムを混同し、医師の処方意図をコンクライト-Kと誤認した。
- ・看護師Bは、コンクライト-K、コンクライト-Caともに一般的には希釈して用いられることを知っていたにもかかわらず、医師の（希釈せずに）静注するという指示に関して確認することを怠った。
- ・医師や上司の指示内容をコ・メディカル（看護師）や部下が気軽に確認できるような職場の雰囲気、組織風土が醸成されていなかった可能性も否定できない。すなわち、看護師Aは、担当医に対して、「このような事を聞いたらうるさがられる」、「怒鳴られる」等と考えて確認できなかった可能性がある。また、看護師Aと看護師Bとの間にも同様の関係が生じていた可能性は高い。
- ・看護師Bは、塩化カリウムを急速静注すれば心停止に至る可能性が高く極めて危険であるという基本的な薬学的知識が欠如していた。
- ・薬剤師も、看護師Bに対して、処方せんを確認する等して使用目的や使用法を確認し、助言するなどの専門家としての職務を怠った。
- ・1 mEq/ml の塩化カリウム及び塩化カルシウム製剤として、同じ商品名であるコンクライトが採用されていた。このため、両者の混同が生じる危険性があったことは十分に予測できたはずである。両者の間違いが起こる可能性を予測して事前に注意喚起をしていなかった。

<今後どう対応するか>

- ・医師が処方、注射指示等を作成、記載する際には、商品名等を省略せず正確を期する。
- ・看護師は、不明確な指示を受けた場合や、不明な点、疑問点等は、積極的に質問・確認する。
- ・些細なことでも上司、上席者に気軽に質問・確認できるような職場の雰囲気、組織風土を醸成するようつとめる。
- ・看護師に関して、平素より使用している医薬品について、その適用法、禁忌症、禁忌投与経路、投与方法等の基本的な情報について研鑽を積む機会を設け、薬学的知識レベルの向上に努める。
- ・医薬品の処方、注射指示等に対して、薬剤師による処方チェックを必ず行う体制を確立する。
- ・取り違えが生ずると危険な薬剤については、可能な限り異なる商品名・商標名の製品を採用する。
- ・取り違えが生ずると危険な薬剤（薬名、製剤形態が類似している薬剤）については、一覧表を作成して、病棟カンファランス等において注意を喚起する。

<本事例の類型>

- ・過去に、注射剤で医薬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、アクシデント事例を「[事例8・類似](#)」にまとめた。また、注射剤で医薬品名が類似している医薬品を[表8](#)にリストアップした。

<対応（対策と実践）の標語>

- 処方，注射指示の記載は省略せず正確に行う。
- 看護師は，どんなに些細なことでも，疑問点や不明確な点は確認してから行動する。
- 医師，コ・メディカルともに気軽に「確認」「質問」ができる職場の雰囲気を作る。
- 注射薬についても，薬剤師による処方チェックが必ず行われる体制とする。
- 同一商標名で内容の異なる製品の採用はなるべく控える。
- 類似した名前，製剤形態の注射薬をリストアップして注意を喚起する。