

## (2) 事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

### 事例 1

腎機能障害の患者に対し、プレドニゾロン 15mg 内服を開始した。その後、加療目的で当院内科に入院し、ステロイドパルス療法を 2 日間行った。パルス療法の間、プレドニゾロン内服を中止していた。パルス療法終了後、プレドニゾロン内服を再開する指示をしていたが、医師、看護師、薬剤師間の連携が悪く再開されていなかった。パルス療法の 2 日後、腎機能の悪化が進行し、肺炎を合併した。その後、血液透析を週 3 回行ない、肺炎に対し抗生剤治療も行ったが、呼吸状態や X 線写真上の改善にも関わらず炎症反応が続いた。パルス療法終了 10 日後、薬を改めて見直したところプレドニゾロンを内服していないことに気付いた。医師は、入院時に患者が残薬を相当量持参したと思い込んでおり、内服を再開する指示をしていたが、処方をしなかった。薬剤師は患者から直接得た情報を医師や看護師に伝えなかった。看護師間では、日勤と準夜勤との間での指示受けのルールが守られず、医師と看護師間での残薬確認に関するルールも守られていなかった。

### 事例 2

研修医 A は主治医 B の監督下で、患者に対し生食にフェンタニルを混ぜたものを、シリンジポンプにより 6 mL/h で持続静注投与し、看護師が 8 時間ごとにシリンジを更新していた。これを 1 日ごとの更新にするため、研修医 A はフェンタニルの濃度を 3 倍に流速を 2 mL/h に変更し翌日から投与する注射指示を当日に入力した。この時、研修医 A は、注射指示簿の更新を行わず、注射濃度・流速が変更となっていることを看護師にも報告しなかった。当日のリーダーであった看護師 C は、患者にフェンタニルの指示があることを確認したが、組成と流量が変更されていることを確認しなかった。翌日の早朝、フェンタニルの輸液を更新する際、研修医 D は注射指示通りに調製した。看護師 E と看護師 F は、ラベルと注射指示簿でダブルチェックを行った。流量を確認する段階で看護師 E と看護師 F は、これまで 6 mL/h で持続投与されており、流量・組成変更の申し送りがないため、ラベルに 2 mL/h と記載されていたが 6 mL/h と書き直した上で患者に投与した。

## (3) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

- ① 医療者間の連携及び相互に注意を喚起するシステムを構築する。
- ② 重要薬剤をシリンジポンプで投与する場合、注射オーダー及び指示を主治医と病棟スタッフで確認する。
- ③ 指示受け看護師は、流量・投与量の変更を含めた確認を行う。