

今 看護の現場で最も求められている事故防止教育 教材ビデオ 完成!!

文部科学省選定

臨床看護シリーズ 医療・看護における安全性

優秀映像教材選奨優秀賞

VHS
各巻¥26,000

VIDEO

第2巻 「誤薬注射事故はなぜ起きたのか」 (25分)

第3巻 「新人の注射・輸液事故を防ぐ」 (25分)

《対象》看護系大学、短大、看護専門学校・病院内新人教育・卒後教育、医師・薬剤師など

監修・指導：健和会臨床看護学研究所 所長 川島みどり



第2巻・誤薬注射事故はなぜ起きたのか



第3巻・新人の注射・輸液事故を防ぐ

企画意図

1999年2月、東京都内のある総合病院で起きた薬剤誤注入による死亡事故を例に取り上げ事故の調査報告書等を基にその経緯を再構成した上でドラマとして再現、事故はどうして起きたのかを考える作品です。

準備の段階と実施の段階に分け、そのどこに問題があったのか、ビデオを止めて考え互いに話し合っただけで学習すると言う、ユニークな構成を取っています。

企画意図

医療の現場に配属されて2～3年の新人看護師は、知識も経験も不足しており、そのためミスをすることが多いと言われています。中でも最も多いのが注射や輸液に関するもので、事故に至る例も少なくありません。

この作品では、新人が犯し易い注射・輸液事故を防ぐポイントは何か、様々な事例を提示しながら考えて行くと共に、新人が間違い易い様々な薬剤についても、分かり易く解説して行きます。

企画・制作・発売

東京シネ・ビデオ株式会社

〒103-0022 東京都中央区日本橋室町 1-8-8

TEL 03-3242-3151 FAX 03-3242-3182

<http://www.tokyocine-video.co.jp/>

E-mail: info@tokyocine-video.co.jp

代理店

作品の内容

「誤薬注射事故はなぜ起きたのか」

〈プロローグ〉

ある調査によると、看護師のヒヤリ・ハット体験の内、注射・輸液に関するものは全体の31.4%に及んでいる。小さなミスを見逃し放置しておく、やがて大きな事故へと繋がっていく。

〈事故の経過〉

夜勤明けのA看護師は、患者Tさんのために、抗生剤の点滴とヘパリンロック用の薬剤の準備を始めた。続いてYさん用の消毒剤を、ヘパ生と同型の注射器で吸い上げて、二本の注射器を並べて処置台に置いた。間違えないようにと消毒剤の入った注射器には、メモを貼っていた。

Tさんの病室を訪れたA看護師は、抗生剤の点滴を行ない、ヘパ生の注射器は床頭台に置いて部屋を出た。

9:00頃、Tさんからのコールを受けたB看護師は、病室を訪れ床頭台の注射器を取ってヘパリンロックの処置を行なった。

およそ5分後、A看護師が部屋を訪れると、Tさんは突然苦しみ出す、急いで当直医が駆けつけて救命処置を行なったが、10:25 Tさんの死亡が確認された。

原因は、ヘパ生の注射器と消毒剤の注射器を取り違えたものと考えられている。

〈準備段階の問題点について考える〉

一旦ここでビデオを止め、皆で準備段階の問題点について考え、話し合う。

〈準備段階の問題点は…〉

注射や輸液の準備の際に必ず行なうべき、三回チェック、ダブルチェックが全く行なわれていなかった。

二人の患者の異なる処置を同時に行なった。同型の注射器で、無色透明の薬剤と消毒薬を準備したために、メモを貼る際に取り違えた。

患者の安全よりも効率を優先した、薬剤の準備が行なわれていた。

〈実施段階の問題点について考える〉

一旦ここでビデオを止め、皆で実施段階の問題点について考え、話し合う。

〈実施段階の問題点は…〉

A、B両看護師とも、注射、点滴の実施前の薬剤チェックを怠った。

B看護師は、A看護師からの引継ぎが無いのに、確認もせず漫然と注射器の薬剤をTさんに注入した。

誤薬事故を防ぐためには、もう一度薬剤投与の基本に返ることが必要、それは三回確認のルールと、六つのRightである。

〈川島先生が語る〉

Tさんのご遺族の話を通して看護師の責任について、そして事故の調査は犯人探しではない、事故の教訓から学ぶ事が何よりも大切である。

〔撮影協力〕 健和会 柳原病院 看護技術指導 宮城恵里子

制作スタッフ	製	作	横川 元彦
	プロデューサー		川尾 俊昭
	脚本・演出		福井 久彦
	撮	影	岩淵 弘
	照	明	澤田 実
	制	作	主任 伊藤秀似智
	解	説	湯浅真由美

「新人の注射・輸液事故を防ぐ」

〈プロローグ〉

ひとたび人間の体内に入った薬剤は、決して戻す事は出来ない。就職して2年以内の新人看護師は、注射や輸液のミスやエラーを犯す場合が多い。

〈間違いやすい薬剤 インスリン〉

新人が最もミスを犯し易いインスリン製剤を例に、事故を防ぐポイントについて考えて行く。

新人の渡辺看護師はインスリン製剤のNとRの違いを患者に指摘される。

整形外科でインスリンの注射をするとは思ってもいなかったので、インスリンにNとRがある事も忘れていた。インスリンはどの診療科でも必ず扱う薬剤で、その知識は必ず身につけておかなければならない。

速攻型、中間型、混合型、持続型、4つのタイプのインスリン製剤の解説。

〈間違いやすい薬剤とその確認は…〉

間違いやすいのはインスリンだけではなく、外観が似ている、色も形もそっくり、薬品名が似ている、同名だが用法が違うなど、誤りを犯し易い薬剤の例を具体的に紹介する。

もし全く薬効が違う薬剤を間違えて投与した場合、患者の生命に重大な影響を与える事となる、こうしたミスを防ぐためには、薬剤を準備する際の3回チェックとダブルチェックは欠かせない。

〈患者の誤認を防ぐ〉

単純な確認ミスから患者を誤認する例が多いのも、新人の特徴である。

必ず本人にフルネームで名乗ってもらうと共に、リストバンドやネームプレートの確認など、複数の方法で確認する。

〈口頭指示と看護婦の注意義務〉

小児科勤務の山田看護師は、医師から口頭で指示を受け、2mgを2mlだと思いこみ危うく10倍量を投与するところだった。

間違いを指摘した先輩から、医師の指示を忠実に実施するだけが看護師の役割ではない事、そして看護師の注意義務などについても教えられる。

〈輸液ラインの確保と継続的な観察〉

複数の輸液を混注する患者や、IVH療法を受けている患者には、継続的な観察が欠かせない。

又複数のラインの混同を避け、正しいラインを確保する事が大切である。

〈医療のIT化と看護師の役割〉

今、医療の現場では急速にIT化が進み、患者の確認や薬剤の管理など次々と新しいシステムが導入されている。

新しいシステムを積極的に生かすと共に、事故を防ぐポイントを理解し、確実な技術で患者に接する事が何よりも大切である。

〔第3巻原案提供〕 東京都立保健科学大学 横井郁子

医療・看護における安全性 第1巻

「看護過程と事故防止」

好評発売中

医療・看護における安全性 第4巻

「ベッドサイドからのリスクマネジメント」

現在制作中・販売予約受付中