

医政安発 1227 第 1 号
薬生安発 1227 第 1 号
平成 30 年 12 月 27 日

各

| |
|--------|
| 都道府県 |
| 保健所設置市 |
| 特別区 |

 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長
（公印省略）

厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課長
（公印省略）

医療事故情報収集等事業第 55 回報告書の公表について

医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

医療事故情報収集等事業につきましては、平成 16 年 10 月から、医療機関から報告された医療事故情報等を収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的として実施しているところです。今般、公益財団法人日本医療機能評価機構より、第 55 回報告書が公表されましたのでお知らせします。

本報告書における報告の現況等は、別添 1 のとおりです。また、別添 2 のとおり、再発・類似事例の発生状況等が報告されています。

貴職におかれましては、同様の事例の再発防止及び発生の未然防止のため、本報告書の内容を御確認の上、別添の内容について留意されますとともに、貴管下の医療機関等に対する周知をお願いいたします。

なお、本報告書につきましては、別途公益財団法人日本医療機能評価機構から各都道府県知事、各保健所設置市長及び各特別区長宛に送付されており、同機構のホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) にも掲載されていますことを申し添えます。

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>（留意事項） 本通知の内容については、貴管内医療機関の医療に係る安全管理のための委員会の関係者、医療安全管理者、医薬品及び医療機器の安全使用のための責任者等に対しても、周知されるよう御配慮願います。</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

医療事故情報収集等事業 第55回報告書のご案内

1. 集計報告

(1) 医療事故情報収集・分析・提供事業（対象：2018年7月～9月に報告された事例）

表1 報告件数及び報告医療機関数

| | 2018年 | | | 合計 |
|-------------------|-------|-----|-----|-------|
| | 7月 | 8月 | 9月 | |
| 報告義務対象医療機関による報告件数 | 371 | 386 | 336 | 1,093 |
| 参加登録申請医療機関による報告件数 | 81 | 32 | 37 | 150 |
| 報告義務対象医療機関数 | 274 | 274 | 274 | — |
| 参加登録申請医療機関数 | 784 | 787 | 788 | — |

(第55回報告書 14頁参照)

表2 事故の概要

| 事故の概要 | 2018年7月～9月 | |
|-----------|------------|-------|
| | 件数 | % |
| 薬剤 | 90 | 8.2 |
| 輸血 | 3 | 0.3 |
| 治療・処置 | 317 | 29.0 |
| 医療機器等 | 25 | 2.3 |
| ドレーン・チューブ | 86 | 7.9 |
| 検査 | 76 | 7.0 |
| 療養上の世話 | 352 | 32.2 |
| その他 | 144 | 13.2 |
| 合計 | 1,093 | 100.0 |

(第55回報告書 15頁参照)

(2) ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業（対象：2018年7月～9月に報告された事例）

1) 参加医療機関数 1,225（事例情報報告参加医療機関数 652施設を含む）

2) 報告件数（第55回報告書 18頁参照）

①発生件数情報報告件数：241,443件

②事例情報報告件数：7,654件

2. 事例の分析（第55回報告書 21～60頁参照）

今回、「分析テーマ」で取り上げたテーマは下記の通りです。

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| (1) 小児へ投与する薬剤に関連した事例 | 【第55回報告書 22～42頁参照】 |
| (2) 院内で調製している薬品の管理に関連した事例 | 【第55回報告書 43～50頁参照】 |
| (3) 検査や治療・処置時の左右の取り違えに関連した事例 | 【第55回報告書 51～60頁参照】 |

3. 再発・類似事例の分析（第55回報告書 61～81頁参照）

これまでに、「分析テーマ」や「医療安全情報」として取り上げた内容の中から再発・類似事例が報告されたテーマを取りまとめています。今回取り上げた再発・類似事例のテーマは下記の通りです。

- | | |
|---------------------------------------|--------------------|
| (1) 「病理診断報告書の確認忘れ」 (医療安全情報 No. 71) | 【第55回報告書 63～74頁参照】 |
| (2) 「口頭指示の解釈間違い」 (医療安全情報 No. 102) | 【第55回報告書 75～81頁参照】 |

*詳細につきましては、本事業ホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) をご覧ください。

3 再発・類似事例の分析

本事業では、第3回～第17回報告書において「共有すべき医療事故情報」として、医療事故情報を分析班等で個別に検討し、広く共有すべきであると考えられた事例の概要を公表してきた。また、第1回～本報告書において分析対象となるテーマを設定し、そのテーマに関連する事例をまとめて分析、検討を行っている。さらに、これまでに報告書で分析テーマとして取り上げた事例の中から、特に周知すべき情報を提供するため「医療安全情報」を公表している。

ここでは、「医療安全情報」として提供したタイトルの再発・類似事例の報告件数について取りまとめた（図表Ⅲ-3-1）。なお、報告書で取り上げた分析テーマの再発・類似事例の報告件数については、年報に掲載する。

本報告書分析対象期間に報告された「医療安全情報」の再発・類似事例のタイトルは32であり、件数は64件であった。このうち、類似の事例が複数報告されたものは、「No. 63：画像診断報告書の確認不足およびNo. 138：画像診断報告書の確認不足（第2報）」が11件、「No. 71：病理診断報告書の確認忘れ」が8件、「No. 7：小児の輸液の血管外漏出」、「No. 10：MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込みおよびNo. 94：MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（第2報）」がそれぞれ4件、「No. 39：持参薬の不十分な確認」が3件などであった。

図表Ⅲ-3-1 2018年7月から9月に報告された「医療安全情報」の再発・類似事例の件数

| No. | タイトル | 件数 | 提供年月 |
|--------|-------------------------------|----|----------|
| No. 1 | インスリン含量の誤認 | 1 | 2006年12月 |
| No. 66 | インスリン含量の誤認（第2報） | | 2012年5月 |
| No. 7 | 小児の輸液の血管外漏出 | 4 | 2007年6月 |
| No. 10 | MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み | 4 | 2007年9月 |
| No. 94 | MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み（第2報） | | 2014年9月 |
| No. 15 | 注射器に準備された薬剤の取り違え | 1 | 2008年2月 |
| No. 23 | 処方入力の際の単位間違い | 1 | 2008年10月 |
| No. 30 | アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与 | 1 | 2009年5月 |
| No. 33 | ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出 | 2 | 2009年8月 |
| No. 77 | ガベキサートメシル酸塩使用時の血管炎（第2報） | | 2013年4月 |
| No. 37 | 「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ | 1 | 2009年12月 |
| No.135 | 「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ（第2報） | | 2018年2月 |
| No. 39 | 持参薬の不十分な確認 | 3 | 2010年2月 |
| No. 53 | 病理診断時の検体取り違え | 1 | 2011年4月 |
| No. 54 | 体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去 | 2 | 2011年5月 |
| No. 59 | 電気メスペンシルの誤った取り扱いによる熱傷 | 2 | 2011年10月 |
| No. 62 | 患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認 | 1 | 2012年1月 |
| No. 63 | 画像診断報告書の確認不足 | 11 | 2012年2月 |
| No.138 | 画像診断報告書の確認不足（第2報） | | 2018年5月 |
| No. 65 | 救急カートに配置された薬剤の取り違え | 1 | 2012年4月 |
| No. 69 | アレルギーのある食物の提供 | 1 | 2012年8月 |

【1】病理診断報告書の確認忘れ (医療安全情報 No. 71)

(1) 発生状況

第21回～第24回報告書「個別のテーマの検討状況」で、病理に関連した医療事故を取り上げ、そのうち第24回報告書では「検体混入」「判定間違い」「検査結果見忘れ/見落とし」に関する医療事故について分析を行った。その後、医療安全情報 No. 71 (2012年10月提供、集計期間: 2008年1月～2012年8月) では、「病理診断報告書の確認忘れ」として、病理検査を行った際、検査結果の報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例について注意喚起を行った。

今回、本報告書分析対象期間 (2018年7月～9月) においても、類似の事例が8件報告されたため、再び取り上げることとした。医療安全情報 No. 71 の集計期間後の2012年9月以降に報告された再発・類似事例は35件であった (図表Ⅲ-3-2)。

図表Ⅲ-3-2 「病理診断報告書の確認忘れ」の報告件数

| | 1～3月 (件) | 4～6月 (件) | 7～9月 (件) | 10～12月 (件) | 合計 (件) |
|-------|-------------|-------------|-------------|---------------|-----------|
| 2012年 | | | 0 | 0 | 0 |
| 2013年 | 3 | 1 | 1 | 2 | 7 |
| 2014年 | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 |
| 2015年 | 2 | 2 | 0 | 1 | 5 |
| 2016年 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| 2017年 | 1 | 0 | 1 | 3 | 5 |
| 2018年 | 0 | 3 | 8 | — | 11 |

図表Ⅲ-3-3 医療安全情報 No. 71 「病理診断報告書の確認忘れ」

公益財団法人 日本医療機能評価機構
医療安全情報 No.71 2012年10月

病理診断報告書の確認忘れ

病理検査を行った際、検査結果の報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例が報告されています。

| 検査 | 確認しなかった病理診断の内容 | 結果に反映していた期間 |
|----------------|----------------------|--------------|
| 子宮頸部細胞診 | クラスV、異上皮がん | 1年半後 |
| | Group5の胃がん | 6年後 |
| 上部消化管内視鏡検査の組織診 | 胃の「悪性」所見 胃の癌分化型がん | 2年半後 2年後 |
| 新地製薬止血剤の胃内腫瘍切除 | 高腫がん 癌がん細胞 | 1年後 1ヶ月以内 |

医療安全情報 No.71 2012年10月

【病理診断報告書の確認忘れ】

事例1
胃がん患者の経腸的CT検査で子宮頸部腫瘍を認め、腫瘍切除を要した。腫瘍切除後の病理検査で子宮頸部腫瘍の存在が確認された。しかし、腫瘍切除後の病理検査の結果が確認されなかった。結果として、腫瘍切除後の経過観察が行われ、腫瘍が再発した。結果として、腫瘍切除後の経過観察が行われ、腫瘍が再発した。

事例2
胃がん患者の経腸的CT検査で子宮頸部腫瘍を認め、腫瘍切除を要した。腫瘍切除後の病理検査で子宮頸部腫瘍の存在が確認された。しかし、腫瘍切除後の病理検査の結果が確認されなかった。結果として、腫瘍切除後の経過観察が行われ、腫瘍が再発した。結果として、腫瘍切除後の経過観察が行われ、腫瘍が再発した。

事例が発生した医療機関の取り組み
・病理診断結果の内容の確認ができる仕組みと、患者への説明が徹底になされる仕組みを構築する。

社会評価団体の意見
・重大な結果については、直接医師に連絡する仕組みを検討しましょう。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止本部
TEL: 03-5477-0254 FAX: 03-5477-0255
http://www.isher.or.jp

③ 実施した病理検査

実施した病理検査の内容を整理して示す。上部消化管内視鏡検査の生検組織診断が26件と多かった。

図表Ⅲ-3-6 実施した病理検査

| 検査 | 件数 |
|-------------------|----|
| 内視鏡検査の生検組織診断 | 27 |
| 上部消化管内視鏡検査 | 26 |
| 下部消化管内視鏡検査 | 1 |
| 手術検体の病理診断 | 6 |
| S状結腸部分切除術・膀胱部分切除術 | 2 |
| 結腸全摘術 | 1 |
| 鼓室形成術・乳突削開術 | 1 |
| 頸部膿瘍手術 | 1 |
| 歯根嚢胞摘出術 | 1 |
| その他 | 2 |
| 舌の組織診 | 1 |
| 尿細胞診 | 1 |
| 合計 | 35 |

(3) 上部消化管内視鏡検査の生検組織診断事例の分析

本報告書では、病理診断報告書の確認忘れの事例のうち最も多かった上部消化管内視鏡検査の生検組織診断を取り上げて、分析を行うこととした。

参考として、上部消化管内視鏡検査の生検組織診断の流れの一例を示す。各診療科の主治医は、患者に上部消化管内視鏡検査が必要と判断した場合、内視鏡検査担当医に依頼する。内視鏡検査担当医は上部消化管内視鏡検査を行い、食道・胃・十二指腸を観察し、必要時は生検を行って病理検査を依頼する。病理部では病理検査を行い、専門の医師が病理診断報告書を作成する。病理診断報告書は電子カルテの所定の場所に表示され、主治医や内視鏡検査担当医が検査結果を確認し、主治医は検査結果を患者に説明してその後の治療について検討する。患者に検査結果を説明する医師は、医療機関によって異なる可能性があり、本報告書では一例を示している。また、医療機関によっては、病理診断報告書が作成された時や病理診断報告書が未読の場合に、電子カルテのシステムで病理検査を依頼した医師（内視鏡検査担当医）に通知されるところもある。

② 確認していなかった病理診断の内容

報告された事例の記載から、確認していなかった病理診断の内容を整理した。胃癌および胃の病変が合わせて18件と多かった。

図表Ⅲ-3-9 確認していなかった病理診断の内容

| 確認していなかった病理診断の内容 | | 件数 |
|------------------|---------------------------------|----|
| 胃 | 癌 | 17 |
| | Group 4 | 1 |
| 食道 | 癌 | 4 |
| | 高異型度上皮内腫瘍（severe dysplasia～CIS） | 1 |
| 十二指腸 | 癌 | 2 |
| 不明 | 癌 | 1 |
| 合計 | | 26 |

③ 気付いた時期

病理検査の後、病理診断報告書を確認していなかったことに気付いた時期をまとめて示す。最も早い事例では2ヶ月後、最も遅い事例では5年後に病理診断報告書を確認していなかったことに気付いていた。

図表Ⅲ-3-10 気付いた時期

| 気付いた時期 | 件数 |
|----------|----|
| 6ヶ月未満 | 4 |
| 6ヶ月～1年未満 | 4 |
| 1年～2年未満 | 8 |
| 2年以上 | 10 |
| 合計 | 26 |

④ 発見者

事例に記載されていた内容から、病理診断報告書を確認していなかったことに気付いた者を整理した。同職種者である医師によって発見された事例が15件と最も多く、当事者本人が発見した事例は8件であった。他職種者によって発見された事例は、診療情報管理士が2件、看護師が1件であった。

図表Ⅲ-3-11 発見者

| 発見者 | 件数 |
|-------|----|
| 同職種者 | 15 |
| 当事者本人 | 8 |
| 他職種者 | 3 |
| 合計 | 26 |

⑦ 事例の内容

主な事例を図表Ⅲ - 3 - 15 に示す。

図表Ⅲ - 3 - 15 事例の内容

| No. | 事故の内容 | 事故の背景要因 | 改善策 |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 消化器疾患・症状の精査 | | | |
| 1 | 4年前に黒色便の訴えがあり本院消化器内科を受診した。上部消化管内視鏡検査を施行したが新たな出血は指摘できず、膵酵素の上昇も認められたため、仮性脾動脈瘤からの再出血と判断し、プレタールを中止して経過観察する方針とした。この際、食道の切歯より30cmの部分に3mm大の浅い陥凹を認めたため、1ヶ所生検を施行した。再診時、出血症状のないこと、血液検査でも貧血の進行がないことを確認したが、生検結果の確認や説明はせず帰宅とした。以後も半年から1年に1回程度、外来で経過観察をしていたが、生検結果は確認されることがなく経過した。嚥下時のつまり感が出たことと近医からの紹介で本院を受診した。今回、上部消化管内視鏡検査を施行し、切歯より27～30cmの部分に癌を強く疑う所見を認め、生検を施行した。この際に4年前の内視鏡所見を確認し、同時に行われていた生検で扁平上皮癌が検出されていたことが判明した。精査加療目的で入院となった。 | カルテには内視鏡検査時に食道より生検1ヶ所、次回受診時にCBC・病理の説明と記載されているが失念した。検査の主目的は出血源の検索であったが、それとは関連のないものとして見つかったものであったため、強く意識されなかった。当該診療科においては、病理結果の未確認防止のための手順作成や過去の未確認事例の調査を実施していなかった。病理結果や画像診断結果の未確認防止のための仕組みを作り、安全で安心できる体制を構築していなかった。 | <ul style="list-style-type: none"> 検査結果の伝達についての認識を患者と共有するために、内視鏡検査実施時の患者への説明文書に検査結果についての注意喚起をする文言を記載する。 重要な診断結果が出た場合は、病理部より依頼医に対してメールを送信する。 1ヶ月に1回、今回の事例が発生した診療科内において、内視鏡検査時に病理組織検査を依頼した全症例についてカンファレンスを開催し、すべての病理検査の結果について確認し、治療経過について情報共有する。 |
| スクリーニング | | | |
| 2 | 泌尿器科医師が術前の胃潰瘍スクリーニング目的で消化器内科に対診依頼を行った。消化器内科にて上部内視鏡検査を施行し、隆起病変を認めたため、生検を行った。2週間後、泌尿器科外来時に検査結果を確認したところ病理結果の所見が出ていなかった。5ヶ月後、検査医が検査結果の確認を失念していたことに気づき主治医に連絡した。十二指腸癌を認め、患者への説明が行われた。 | 所属3年目の消化器内科医師が、本来病理検査結果が報告され次第、内視鏡結果報告書に記載すべきところ記載することを失念していた。生検結果の説明予定日に病理結果が出ておらず、主治医である泌尿器科医師は、次回受診時に生検結果の有無の確認をすべきところ、確認が抜けた。消化器内科の医師は、読影結果を記載予定日にカルテに記載していなかったことを5ヶ月後まで認識していなかった。 | <ul style="list-style-type: none"> 病理所見について、放射線読影結果と同様に、電子カルテ上で関係者に通知するアラート機能を次年度導入予定である。 本事例を、安全管理部会、RM会議で報告し、各医師に確認の励行を伝達した。 消化器内科では、結果記入手順の確認と周知徹底を行った。 |

⑧ 病理診断報告書を確認しなかった背景・要因

1) 病理診断報告書の確認に関するシステム

事例が発生した時点で、病理診断報告書の確認に関する何らかのシステムがあったことが記載されている事例について、システムで通知する内容、通知方法、病理診断報告書を確認しなかった要因を整理した。病理診断報告書が作成されたことが通知されるシステムがあったが、病理検査を依頼した医師（内視鏡検査担当医）に通知され、内視鏡検査を依頼した医師（主治医）には通知されなかった事例が複数報告されていた。また、病理診断報告書の未確認や腫瘍の診断を通知するシステムがあったが、何らかの要因で通知が行われなかった事例も報告されており、システム導入後は漏れなく運用することが重要である。

図表Ⅲ - 3 - 16 病理診断報告書の確認に関するシステム

| 通知する内容 | 通知方法 | 病理診断報告書を確認しなかった要因 |
|-------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 病理診断報告書の作成 | 電子カルテに顕微鏡マークのアイコンが表示される | <ul style="list-style-type: none"> 病理検査を依頼した医師がカルテを開けた際、患者を選択する前にアイコンが表示され、各患者のカルテには表示されない。 アイコンの表示は病理診断確定日のみで、翌日以降は新たな病理検査の確定診断日まででは表示されない。 病理検査を依頼した医師のみにアイコンが表示され、内視鏡検査を依頼した医師へは表示されない。 |
| | メール配信される | <ul style="list-style-type: none"> 病理検査を依頼した消化器内科医師へ通知され、皮膚科主治医へは伝わらなかった。 |
| | 電子カルテを通してメッセージが出る | <ul style="list-style-type: none"> 病理検査を依頼した内視鏡施行医にメッセージが出され、内視鏡検査を依頼した主治医にはメッセージは出されないシステムであった。 |
| 病理診断報告書の未確認 | 担当医に文書が配布される | <ul style="list-style-type: none"> 文書を配布する担当者の異動に伴う引き継ぎが不十分で機能していない時期があり、担当医に文書が届いていなかった。 |
| 腫瘍の診断 | 報告書に蟹マークが付く | <ul style="list-style-type: none"> 病理医が手作業で蟹マークを入力していたが、入力するのを忘れた。 |

2) その他の背景・要因

その他の背景・要因のうち、主なものを整理して紹介する。

図表Ⅲ - 3 - 17 その他の背景・要因

| ⑨ 連携・情報共有 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>【診療科内】</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院中に施行され結果が未着の病理検査の確認については、外来の主治医に申し送りを行うべきであったが、申し送りをしていなかった。 主治医からの申し送りとサマリーに記載がなく、外来担当医は生検したことを認識できなかった。 後任の医師へ交代する時に胃潰瘍で申し継がれ、後任の医師も検査結果を確認していなかった。 術前カンファレンスでは病理診断報告書の内容の確認は行われず、担当医一人で確認を行っていた。 |

⑨ 事例が発生した医療機関の改善策

事例が発生した医療機関の主な改善策をまとめて図表Ⅲ-3-18に示す。

図表Ⅲ-3-18 事例が発生した医療機関の改善策

○病理診断報告書の確実な確認

- ・病理診断結果を各診療科で漏れなくチェックする体制の整備を行った。
- ・病理結果未確認のアイコンは複数医師への表示は不可能なため、内視鏡等の検査を依頼した医師にも検査結果を確認することを改めて徹底するよう指導した。
- ・内視鏡検査を実施した医師が検査結果を確認する。
- ・術前カンファレンスなどを利用して、複数人による検査レポートの確認を行うことを検討する。
- ・診療科は悪性腫瘍のチェックシートを作成する。
- ・現場の医師は異常所見マークに注目してしまう傾向があり、異常所見マークを付け始めた経緯・意味や、マークの有無にかかわらず記載内容を十分注意して確認することを再度周知することとした。

○重大な所見の通知

- ・特に重大な結果については、直接医師に連絡する仕組みを検討する。
- ・病理検査で悪性所見があったものについては、全例、担当科の部長へファイルを送り、主治医が適切な処置をしているかチェックする運用に変更した。

○未読を防止するシステムの導入

- ・電子カルテに検査結果レポートを見たことがチェックできる機能を構築する。
- ・電子カルテのシステムで、内視鏡を依頼した診療科の主治医にも病理診断結果が出たことを知らせるメッセージを送る。
- ・病理結果のリストに未確認が1件でもある限りアイコンが継続表示されるよう設定を変更した。
- ・病理診断レポートのチェック機能である「未読者への確認依頼」のルールをマニュアル化し、確認漏れがないよう徹底する。

○外来受診日の設定

- ・検査後に外来受診日を設定する。
- ・病理検査や内視鏡検査をオーダーする際には、医師は結果を説明する日も予約する。
- ・消化器内視鏡センターでは、他科依頼のオーダーで生検を施行した症例は、病理結果説明のため、全例消化器科の外来予約もとるようにした。

○患者への説明

- ・内視鏡検査時に使用する検査指示書及び患者用の検査説明用紙に、「後日検査結果の説明がある」旨を記載し、患者に説明する。
- ・消化管内視鏡の説明書に「検査結果の説明を聞くこと」などの文言を追加することにより、患者に検査結果を確認する意識の向上を図る。
- ・検査結果について担当医に直接確認することを患者自身に促す。

○情報共有

- ・内視鏡センターにおいて内科が行っているカンファレンスに外科も参加して情報を共有する等、チェック体制を強化する。
- ・今後チームで情報を共有することを目的としたフローを診療科内で検討して実施することとなった。

○その他

- ・本事例を、安全管理部会、リスクマネージャー会議で報告し、各医師に確認の励行を伝達した。
- ・当該科内での業務量を平準化する。
- ・がん登録漏れのチェックを3ヶ月毎に行う。

【2】口頭指示の解釈間違い (医療安全情報 No. 102)

(1) 発生状況

第40回報告書(2015年3月公表)の「個別のテーマの検討状況」において、「口頭による情報の解釈の誤りに関連した事例」を取り上げ、特に薬剤に関する事例について発生場面や口頭で伝達した内容と間違っ て解釈した内容を紹介し、背景・要因や医療機関の改善策などをまとめて示した。さらに、医療安全情報 No. 102 (2015年5月提供、集計期間:2011年1月~2015年3月)では、口頭で指示や依頼をした際、送り手の意図した内容が伝わらず、受け手が間違っ て解釈した事例を取り上げた。

今回、本報告書分析対象期間(2018年7月~9月)において、医師が注射薬の終了を意図して「タケプロンは終了です」と伝えたが、看護師はタケプロンの一般名はランソプラゾールのため、処方されていたランソプラゾールOD錠が中止と解釈した事例や、手術後に、婦人科医師が輸血部に血液製剤を返却することを意図して「返して」と言ったところ、麻酔科医師は患者に輸血すると解釈した事例が報告されたため、再び取り上げることにした。医療安全情報 No. 102の集計期間後の2015年4月以降に報告された再発・類似事例は8件であった(図表Ⅲ-3-19)。

図表Ⅲ-3-19 「口頭指示の解釈間違い」の報告件数

| | 1~3月 (件) | 4~6月 (件) | 7~9月 (件) | 10~12月 (件) | 合計 (件) |
|-------|-------------|-------------|-------------|---------------|-----------|
| 2015年 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2016年 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 2017年 | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| 2018年 | 1 | 2 | — | — | 3 |

図表Ⅲ-3-20 医療安全情報 No. 102 「口頭指示の解釈間違い」

③口頭で指示した内容と間違っ解釈し実施した内容

報告された事例について、情報を伝える側が口頭で指示した内容と、情報を受け取る側が間違っ解釈した内容と誤って実施した内容を整理した。いずれの事例も、情報を伝えた側の言葉が足りず、情報を受け取る側が解釈を間違えて実施に至っている。

図表Ⅲ - 3 - 23 口頭で指示した内容と間違っ解釈し実施した内容

| 事例の概要 | 情報を伝える側 | | 情報を受け取る側 | | |
|-------|---------|-----------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| | | 口頭で指示した内容 | | 間違っ解釈した内容 | 誤って実施した内容 |
| 薬剤 | 医師 | ラシックス (20mg) ってください | 看護師 | ラシックス (100mg) ってください | ラシックス注 100mg を投与 |
| | 医師 | (希釈した) ドルミカム 2mL を IV | 看護師 | (原液の) ドルミカム 2mL を IV | ドルミカム注射液の原液 2mL を投与 |
| | 医師 | ヘパリン (ヘパフラッシュ 100単位/mL) 5mL を生理食塩液 5mL で希釈し、3mL を投与 | 看護師 | ヘパリン (ヘパリン Na 注 5千単位 / 5mL) 5mL を生理食塩液 5mL で希釈し、3mL を投与 | ヘパリン Na 注 5千単位 / 5mL + 生理食塩液 5mL を 3mL 投与 |
| | 医師 | タケプロン (静注用) は終了 | 看護師 | (タケプロンの一般名はランソプラゾールなので) ランソプラゾール (内服薬) は終了 | ランソプラゾール OD 錠を中止 |
| | 医師 | 30 (mL/h) で投与 | 看護師 | 30 (分) で投与 | KCL 調製液を 140mL/h で投与 |
| 治療・処置 | 指導医 | (カテーテルの内筒を抜いて、胸腔内に外筒のみ) そのまま進めて | 実施医 | (カテーテルの外筒に内筒を入れた状態で) そのまま進めて | カテーテルの外筒に内筒を入れたまま、胸腔内に挿入 |
| | 医師 | (右内頸 IVC フィルターのサイドポートへ) ヘパフラッシュを注入して | 看護師 | (左内頸 CV カテーテルに) ヘパフラッシュを注入して | 左内頸 CV カテーテルにヘパフラッシュを注入 |
| 輸血 | 婦人科医 | 輸血を (輸血部に) 返して | 麻酔科医 | 輸血を (患者に) 返して | 患者に輸血を実施 |

| No. | 事故の内容 | 事故の背景要因 | 改善策 |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | <p>患者の腓骨部痛に対して腓頭十二指腸切除術が施行された。術後4日目に、看護師からの「点滴タケブロンは続きなし」とのメッセージがT o D oリストにあったため、リーダー看護師に「タケブロンは終了です」と口頭で伝えた。その際、静注用であることを明確にしなかった。リーダー看護師は、タケブロン的一般名がランソプラゾールであるため、タケブロン静注用とランソプラゾールOD錠の両方が中止だと認識し、処方の一覧に「○月○日～ ランソプラゾール中止」と記載して中止処理をした。術後12日目の未明、患者に下血が見られ、造影CT及び上下部消化管内視鏡検査を実施した結果、胃～空腸吻合部からの出血が疑われた。医師は、継続処方する際にランソプラゾールOD錠が処方されていないことに気付かなかった。アスピリンの内服や経腸チューブの留置による影響も考えられるが、ランソプラゾールOD錠の中止が要因となった可能性もある。</p> | <p>腓頭十二指腸切除術のクリニカルパスはなく、術後投与する薬剤は、処方期間が終了するタイミングに応じてその都度新たにオーダーされていたため、投薬スケジュールの全体を把握しにくい状況にあった。通常、術後吻合部潰瘍、胃潰瘍の予防投与のため2日間タケブロンを静注、3日目からはランソプラゾールOD錠を経腸投与することになっている。そのことをオーダーする医師は認識していたが、指示を受ける看護師は認識していなかった。当該病棟では、看護師が医師の指示切れ等の連絡をする際にはT o D oリストを使用しており、今回も2日間のタケブロン静注用の投与が指示どおり終了したことからメッセージを入力していた。医師は、術後4日目に電子カルテを開いた際、看護師からT o D oリストに前日付で「点滴タケブロンは続きなし」とメッセージがあったため、リーダー看護師に「タケブロンは中止です」と伝えた。</p> | <ul style="list-style-type: none"> 口頭指示をした際には、必ず継続指示を修正する。 点滴の指示か、処方の指示かを明言して指示を行う。 医師は継続処方の際、投与すべき薬剤が全て処方されているかを確認する。 本事例の発生後、クリニカルパスを新たに作成し、現在はタケブロン静注やランソプラゾールOD錠の投与について明示したものを使用している。 |
| 治療・処置の事例 | | | |
| 3 | <p>右胸水貯留があり、胸水排液のためのカテーテルを留置する方針とした。DICの徴候があり血液製剤で凝固能を改善した後であったため、出血のリスクを下げするために、あえて細い径のカテーテルを用いた。超音波エコーにて胸水貯留を確認し、胸腔内にカテーテルを挿入した。外筒を進める際、内筒を抜かずに進めたため、横隔膜を穿刺し横隔膜下血腫となった。その後、止血処置、緊急輸血を行い、患者の容態は安定した。</p> | <p>実施した医師は、カテーテルを挿入した際、指導医の「そのまま進めて」という言葉に従い、内筒を入れたまま、外筒を進めた。指導医は、内筒を抜き、外筒のみ進めることを意図して指示したつもりであった。実施した医師は、胸腔穿刺の経験はあったが、今回のカテーテルを使用するのは初めてであった。</p> | <ul style="list-style-type: none"> 経験の浅い医師が行う施術については、事前に指導医とともに手順等を確認して実施することを徹底する。 |
| 輸血の事例 | | | |
| 4 | <p>卵巣腫瘍に対する腹腔鏡下子宮付属器摘出術施行時に輸血を用意していた。患者は不規則抗体陽性のため、T & Sオーダーが出来ず、RBCが払い出されていた。手術中の出血量が少なく、輸血は不要であったが、GICU入室後に患者に不要な輸血が施行された。</p> | <p>通常は、輸血に関して「返して」「戻して」という言葉は使われていないが、今回は「返して」「戻して」という言葉が使われた。婦人科医師は、RBCを輸血部に返却する意図で「返して」「戻して」と伝えたが、麻酔科医師は患者に輸血すると解釈した可能性があった。</p> | <ul style="list-style-type: none"> 診療科と麻酔科の連携方法を確立し、医師間での口頭のやり取りを止め、カルテ上に記載を残す。 輸血を実施する際には、採血データを確認し、必要性を確認する。 手術後、GICU入室の際の血液製剤持ち込みについて、システムを見直す。 手術時、不規則抗体陽性患者の血液製剤オーダー方法を見直す。 |

（5）事例が発生した医療機関の改善策

事例が発生した医療機関の主な改善策を整理して示す。

図表Ⅲ - 3 - 27 事例が発生した医療機関の改善策

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○情報を伝える側 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・口頭で指示した場合、必ず指示入力を行う。（複数報告あり） ・院内では、口頭指示について1）口頭指示は原則禁止、2）口頭指示を行う場合、医師は事前に指示の入力を行う、3）事前入力できない場合、医師・看護師は口頭指示メモで薬剤名・量等を確認すると決められており、今回は、特に3）を遵守する。 ・口頭で指示する場合は、点滴の指示か、内服薬の指示かを明言してから指示する。 |
| ○情報を受け取る側 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・医師が口頭で指示を出した場合、看護師は必ず復唱し、単位などを明確に言っていない場合は、速度なのか時間なのか、言葉の意味を確認する。 ・口頭指示を受ける際は、「mg」と「mL」に○をつけるよう改訂した用紙を使用する。 ・経験の浅い医師は、処置を行う前に指導医とともに手順等を確認したうえで実施する。 |
| ○教育 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・投与する薬剤について知識を持つ。 ・各方面から出ているカリウム製剤に関する安全情報について、再度、職場安全管理者会議を通じ院内で情報共有し周知していく。 ・新しい医療機器を使用する場合には、事前に医師・看護師で勉強会を行ってから使用する。 |
| ○その他 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ドルミカム注射液は原液での投与を原則禁止する。 ・輸血を実施する際は、患者の採血データを確認し、輸血の必要性を検討してから実施する。 |

（6）まとめ

本報告書では、「口頭指示の解釈間違い」（医療安全情報 No. 102）の再発・類似事例8件を分析した。事例の概要では、薬剤が5件と多かった。また、情報を伝える側が指示した内容と、情報を受け取る側が間違っ て解釈した内容と誤って実施した内容を整理して示し、主な事例や背景・要因、医療機関の改善策をまとめた。

口頭でのやり取りはできる限り行わないとしている医療機関もあるが、緊急時など状況によっては口頭による指示や依頼が発生する可能性がある。報告された事例の中にも、指示した医師が清潔野で処置をしていた事例があった。しかし、口頭で指示や依頼をする場合、情報を簡便に伝えようとした結果、伝えるべき内容が不足してしまうことがある。また、情報を受け取る側も、周囲の環境や状況によっては聞き取りにくい、指示や依頼を視覚で確認できないなどの要因から、相手が意図した内容とは異なった解釈をしてしまう可能性がある。

情報を伝える側は正確に伝わる言葉を選択することや、情報を受け取る側は受け取った内容の解釈を復唱して、双方の意思疎通ができていないか確認する必要がある。また、可能な限り、情報を伝える側は口頭での指示や依頼だけでなく指示を入力したり、情報を受け取る側はメモに記載したりするなど、記憶に頼らない工夫をすることが必要である。