

【4】「伝達されなかった指示変更」(医療安全情報No.20)について

(1) 発生状況

医療安全情報No.20(平成20年7月提供)では、「伝達されなかった指示変更」を取り上げた(医療安全情報掲載件数2件 集計期間:平成18年1月1日~平成20年4月30日)。関連する部署に指示変更が伝わらなかったため、変更前の指示が実施された事例は、平成18年に1件、平成19年に1件、平成20年に1件報告された。平成21年1月~6月では2件報告され、これらは、本報告書分析対象期間(平成21年4月~6月)に報告された事例であった(図表Ⅲ-3-6)。

図表Ⅲ-3-6 「伝達されなかった指示変更」の報告件数

	1~3月 (件)	4~6月 (件)	7~9月 (件)	10~12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	0	0	0	0	0
平成18年	0	0	0	1	1
平成19年	0	1	0	0	1
平成20年	0	1	0	0	1
平成21年	0	2	—	—	2

図表Ⅲ-3-7 医療安全情報No.20「伝達されなかった指示変更」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.20 2008年7月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報
No.20 2008年7月

「伝達されなかった指示変更」

関連する部署に指示変更が伝わらなかったため、変更前の指示が実施された事例が2件報告されています。(集計期間:2006年1月1日~2008年4月30日、第10回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部掲載。)

関連する部署に指示変更が伝わらなかったため、変更前の指示が実施された事例が報告されています。

変更前の指示	変更内容	変更すべきもの	実施の状況
腫瘍用薬の投与	投与の中止	注射指示 (画面入力) 診療録 注射箋	変更した (医師録に伝わった) 変更していない 変更していない
右眼の手術	左眼に訂正	病棟での術前点眼 手術申込み 診療録	変更した 変更していない 変更していない

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.20 2008年7月

「伝達されなかった指示変更」

事例

外来化学療法法の指示は、医師が事前に診療録と注射箋に記載し、コンピュータの画面入力を行い、診察の当日、診察後に注射箋を確認する流れになっていた。

診察の当日、患者の白血球が低下しており、医師は、その日の腫瘍用薬(点滴)投与を中止した。医師は、コンピュータの画面入力により腫瘍用薬投与の注射指示を削除したが、診療録には腫瘍用薬投与中止の指示を記載するのを忘れた。また、腫瘍用薬投与中止のための注射箋の変更を行うのを忘れた。実施前に外来化学療法室の看護師が確認した診療録と注射箋には腫瘍用薬投与中止の記載がなかったため、薬剤の投与を開始した。

**事例が発生した医療機関の取り組み
指示変更を確実に伝える仕組みを院内で構築する。**

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例を元に、当事業の一環として専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の進捗等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://jqa.or.jp/html/accident.htm#med-safe
※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。

財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三輪町1-4-17 東洋ビル10階
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)
http://jqa.or.jp/html/index.htm

（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。

（４）まとめ

平成20年7月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、指示変更を確実に伝える仕組みを院内で構築することを掲載した。

その後、平成21年では半年に2件の類似事例が報告され、その医療機関では、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ための具体的な改善策について検討が行われている。

本報告書分析対象期間内に報告された2事例とも、情報を発信する側と受け取る側での認識の違いや、情報を発信する側が1つの変更に対して複数の指示を行わなくてはならない点が背景となっている。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の動向に注目していく。