

## 【5】共有すべき医療事故情報「電話による情報伝達間違い」(第10回報告書)について

### (1) 発生状況

第10回報告書分析対象期間(平成19年4月～6月)において、電話による情報伝達間違いに関連した事例が1件報告され、「共有すべき医療事故情報として」取り上げた。これまで、類似の事例は、平成19年に1件、平成21年に2件報告された。このうち、本報告書分析対象期間(平成21年10月～12月)に報告された事例は1件であった。

### (2) 事例概要

電話による情報伝達間違いに関連した事例3件の事例概要を以下に示す。

#### 事例1

手術室で、麻酔科医の口頭指示により、患者にフェンタニルの流量を6 mL/h から1 mL/h に変更した。その際、麻酔科医は指示の変更を記載せず、手術記録には、「6 mL/h 2日分」と記載されたままであった。病棟の看護師Aに申し送りをする際、手術部の看護師Bはフェンタニルの流量を6 mL/h と申し送り、また看護師Bもフェンタニルの流量が変更されていることを知らなかった。看護師Aは、帰室後、フェンタニルが6 mL/h ではなく1 mL/h であることに気付いた。帰室10分後、看護師Bは看護師Aにフェンタニルの流量を6 mL/h に変更する電話をした。病棟に送られた手術記録には訂正がなく、看護師Aはフェンタニルの流量を1 mL/h から6 mL/h に変更した。その後、フェンタニルの流量が麻酔科医が指示した量と違っていることが分かった。

麻酔科医は、指示変更をした後、その内容を記録に記載しなかった。看護師Bは「フェンタニルを6から1へ減量」と言ったつもりであり、看護師Aと看護師Bの間で確認が不十分であった。看護師Aは電話であり指示ではないと思い、口頭指示票を使用しなかった。

#### 事例2

担当医は患者に対し単純CT検査を行い、その結果を見たところ、血腫の有無を判断できなかったため、CT画像の読影をPHSで放射線科医に依頼した。放射線科の医師は、端末から患者の前日に撮影した造影CTの結果を読影し、担当医に報告した。2日後、MRI検査により広範囲の血腫を認めた。確認すると、担当医は単純CTの読影を依頼したが、放射線科医は前日の造影CTを読影していたことがわかった。担当医と放射線科医は、読影の依頼についてPHSでやり取りをしていた。患者名は確認したが、CT画像について、いつ撮影したものか等、読影すべきCTがどれであるかについての確認が不十分であった。

### 事例3

術中迅速細胞診の結果が検査室から電話連絡が入った。この電話を受けた担当医は、「P O S I T I V E」を「N E G A T I V E」と聞き間違え、手術後に患者と患者家族に説明した。翌日に報告用紙を見て間違い気付いた。電話での確認のみで、紙面上で確認できていなかった。

### (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手術部看護師と病棟看護師が輸液と指示票で指差し呼称確認する。
- ②看護記録は複写のため、変更が生じた場合は、病棟・手術部ともに赤字で変更し、変更点は直接手渡しで送る。
- ③診断に関わる重要な検討は、媒体を用いず当人同士直接会って行う。
- ④読影を依頼する際は、必ず患者名、撮影日、患者IDを確認する。
- ⑤紙面対応をするため早速ファックスを設置し、報告結果を複数確認した上で手術の進行を決める。

### (4) まとめ

電子カルテやP H S等の進歩により、同じ資料等を見ながら離れた場所で行うカンファレンスや離れた場所への情報伝達が診療現場で可能となっている。このような状況で情報伝達を間違いなく行うためには、

- ①情報を伝える側と受け取る側が持っている情報が同じであることを確認する(患者名、画像や検査結果・指示等の内容)こと、
  - ②最終的に伝達した内容を復唱するなどの方法で確認すること、
- 等が必要である。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例の発生の動向に注目していく。