

【6】共有すべき医療事故情報「口頭での情報伝達の間違いが生じた事例」（第13回報告書）について

（1）発生状況

第13回報告書分析対象期間（平成20年1月～3月）において、口頭での情報伝達の間違いが生じた事例が報告され、「共有すべき医療事故情報として」取り上げた。本報告書分析対象期間（平成22年4月～6月）に報告された事例のうち、薬剤量間違い（医療安全情報No.27）以外の口頭での情報伝達の間違いが生じた事例は1件であった。

（2）事例概要

事例

裂孔原性網膜剥離に対し硝子体手術と白内障手術が行われた。

術後、疼痛の訴えあり、翌朝より吐き気を認めた。診察すると前房消失・眼圧上昇・疼痛・気分不良の所見あり。眼圧が80mmHg以上とかなり高く、手術手技について確認したところ、手術開始直後、A看護師に対し、B医師よりガスの準備の指示があった。その際、ガスの配合についてC医師に聞いたところC医師は「50mlのシリンジにガスを3回吸引し捨ててガス10：空気40」と口頭で指示したが、聞き間違いにより「ガスを3回吸引し捨ててガス40：空気10」で配合したため、濃度20%で行うところ80%で眼内に注入されたことがわかった。

口頭での指示について、院内のマニュアルが遵守されていなかった。さらに、網膜剥離手術におけるSF6ガスを注入する手順が明確になっておらず、医師と看護師間の連携（役割分担）もできていなかった。また、SF6ガスの注入濃度については100%と20%の二通りあることや、それぞれの機序等が看護師に十分教育・周知ができていなかった。そのうえ、今回は顕微鏡下での手術であり、看護師が術者に対し確認を行うタイミングがつかめない環境でもあり、医師もガス注入前に濃度を含め内容の確認を行わなかった。

（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ガス配合の工程について詳細なマニュアルを作成する。
- ②ガスは2種類あるので、取り違えのないよう配置場所を分けてそれぞれの取扱い方法を明記し手術室内に置く。
- ③眼科手術用パスの修正を行う。（注入ガスに関する記載を変更）
- ④指示出し・指示受け時の復唱、メモ書き、ダブルチェックの徹底を行う。
- ⑤ガス配合については、手術前、タイムアウトの項目に入れてチェックを行う。
- ⑥医師・看護師間の連携を強化し、協働作業という意識を持ち相互にコミュニケーションのとりやすい状況をつくる。
- ⑦手術や術式に関する知識、技術についての教育方法を再検討し、医師の協力を得て勉強会を企画・実施する等、看護師の手術や術式に対する知識、技術を研鑽する。

(4) まとめ

口頭での情報伝達は、事例のような手術の場面での S F 6 ガスの配合など、口頭での情報伝達が必要な場面で、患者の状況によって配合が変わりうる場合もある。確認手段を明確にするには、事例が発生した医療機関の改善策のように、タイムアウトの項目に入れるなど相互チェックが機能する体制作りが重要であることが示唆された。

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。