

2 個別のテーマの検討状況

【1】薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故

医療を提供する過程では、医療施設や診療部門・部署、医療者同士等がそれぞれの機能を分担したり、補完したりしながら業務を行っている。また、その間に勤務交代が行われ、新たな勤務者がそれまでの業務を正確に引き継いで行く。具体的には、患者の現在の病状、過去の病状、現在受けている治療、治療の変更の内容や変更の可能性などの情報が伝達され、適時適切な施設や部門・部署等で診療が行われている。さらに、医療の高度化に伴い、それらの情報は必然的に複雑なものになってきている。

このように、継続性を保ち、正確で安全な医療の提供に欠かすことのできない情報伝達という機能について、例えば情報伝達の途絶や、情報を受け取る医療者による誤解が生じれば、その時点まで提供されてきた医療の途絶や不適切な治療を生じ、患者安全が不確かなものになりかねない。したがって情報伝達は、国内外の医療界における、医療安全を推進する上での重要なテーマである。

そこで本事業では、情報伝達に関する医療事故やヒヤリ・ハットを個別のテーマとして取り上げ、その中でも特に薬剤に過程において施設間等に生じた情報伝達に関する医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を継続的に収集し、分析を進めている。

本報告書では、特に「施設間の情報伝達の間違い」について集計、分析した。

(1) 薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故の現状

①発生状況

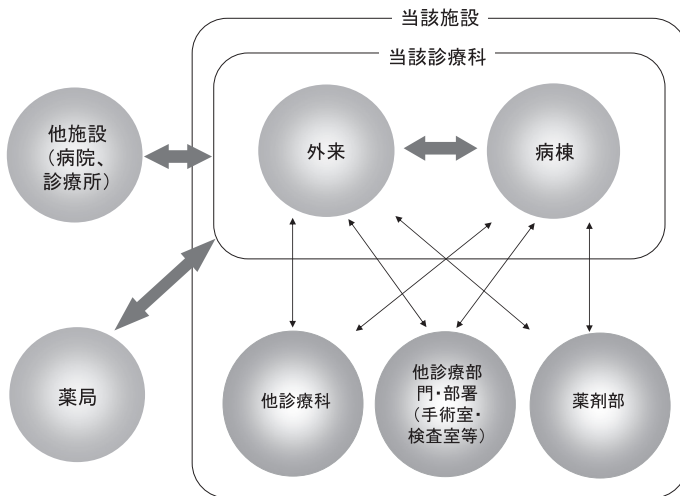
平成23年1月から12月まで、ヒヤリ・ハット事例のテーマとして「複数の施設間・診療科間・部署間において、患者の薬剤の情報伝達が不十分であったことによるヒヤリ・ハット事例」を取り上げ、事例収集を行っている。

本報告書では、第25回報告書で取り上げた、本事業において報告の受付を開始した平成16年10月から平成23年3月31日の間に報告された薬剤の施設間等情報伝達に関する医療事故32件に、4～6月に報告があった5件を加えた37件について分析を行った。

②薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故の内容や施設等

薬剤に関連する情報伝達は、図表Ⅲ-2-1のように、様々な主体間を通じて行われている。

図表Ⅲ-2-1 報告事例から見た情報伝達の流れ



そこで、報告された事例を「施設間の情報伝達間違い」「部門・部署間の情報伝達間違い」「診療科間の情報伝達間違い」「診療科一部署間の情報伝達間違い」に分類し、具体的な施設、部門・部署、診療科等及び報告件数を示した(図表Ⅲ-2-2)。

なお、図表Ⅲ-2-2の「外来→病棟」とは同一診療科の外来・病棟間の事例であることを示す。診療科が異なる外来・病棟間の事例や病棟・病棟間の事例は「診療科間の情報伝達間違い」として整理し、報告された情報から分かる限り診療科名を掲載した。

図表Ⅲ-2-2 情報伝達の内容・情報の流れ(医療事故)

情報伝達の内容・情報の流れ	件数
施設間の情報伝達の間違い	20
他施設→当該施設	18
当該施設→薬局	2
部門・部署間の情報伝達の間違い	10
外来→病棟	5
外来→薬剤部	1
病棟→薬剤部	1
手術室→病棟	2
救命救急センター→HCU	1
診療科間の情報伝達間違い	5
精神科→皮膚科	1
放射線科→血液内科	1
内科→皮膚科	1
内科→整形外科	1
循環器内科→血液内科	1
診療科一部署間の情報伝達間違い	2
内科→内視鏡室	1
救命救急センター→放射線科	1
計	37

※矢印は情報の流れを示す。

(2) 施設間の情報伝達の間違に関する医療事故の分析

①発生状況

本報告書では、特に他院→当該施設、当該施設→薬局などの、施設間の情報伝達について集計、分析した。図表Ⅲ-2-2に示すように、平成16年10月から平成22年6月30日の間に報告された薬剤の施設間の情報伝達に関する医療事故事例は20件であった。

②薬剤の施設間情報伝達に関連した医療事故の具体事例の紹介

報告された事例のうち「施設間の情報伝達間違い」、さらに具体的な主体間の情報を加えて、主な報告事例を図表Ⅲ-2-3に示した。

また、それらの事例の中で、医療事分析班及び総合評価部会で特に議論された内容を以下に示す。

ア) 他施設→当該施設

No. 2 「前医の紹介状の処方表記中の有効成分量と製剤量とを誤解して調剤した事例」(第25回報告書の再掲)

- 処方表記の誤解の事例については、オーダーリング入力の場合であれば、そのシステムで制御をかけることが考えられる。具体的には、入力値が有効成分量と製剤の総量のいずれであるかに関わらず、画面上、入力値に加えて「有効成分量として〇〇mg」、といった表示がなされることにより、有効成分量と製剤の総量との誤解を防ぐ取り組みになると考えられる。
- 薬剤師の疑義照会に対して、耳を貸さなかったことが背景要因として挙げられている。文字通りであれば疑義照会に対応すべきであるが、その他に疑義照会という表現で報告された内容が、本当に疑義照会の機能を果たしていたのか考えてみることは有意義である。
- 疑義照会の会話の中で使用された具体的な表現までは報告されていないので一般論になるが、薬剤師から医師に対して、回答できる質問、回答しやすい質問がなされることが重要である。例えば「1800mgですか?」という質問の仕方と「本来〇〇mgであるべきですが、この処方の通りの1800mgでよろしいですか?」という質問の仕方では、照会を受ける側の受け止め方や回答の仕方が異なると考えられる。そのような疑義照会の技術が疑義照会の有効性に影響し、誤った処方などを防ぐことにつながる可能性がある。
- 適切な疑義照会の技術を身につけることは、薬学実習や薬剤師の実務における重要な課題である。具体的には、共通の言葉遣いにより質問や返答をすることによって、コミュニケーションの断絶を防ぐことが望まれる。
- 処方の表記については、それを統一的なものにするため、厚生労働省の「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書」の内容が周知され運用されていくことが望ましいが、強制力が働くわけではないなど、実現に向けては課題もある。

No. 4 「紹介状に記載されていたアレルギー情報の伝達が行われなかった事例」(第25回報告書の再掲)

- 診療端末のアレルギー情報が、見づらい表示になっていたことは重要な背景・要因である。
- 一般に、いわゆる「アレルギー情報」の確度には問題があることに留意が必要である。具体的には、情報の確度が低ければ、アレルギー情報を認識していても処方、投薬することはありうる。

そのような重要な情報である確度は、通常アレルギー情報には添えられていないのが現実。

- 「アレルギーがある」ことを入力するだけでなく、「アレルギーがないことを確認済みである」ことを入力し、表示できる診療情報システムになることが、今後の再発防止につながるのではないか。

No. 1 1 「前医の処方がいわゆる倍量処方であったことに気づかなかった事例」(第25回報告書の再掲)

- 長期投与が可能である薬剤であるにもかかわらず、本来不適切とされている8倍量処方となっていることは不適切である。お薬手帳の記載で確認しようと思っても、処方では8倍量であるが、服用方法は別途調節していることが記載されているとは考えられず、そうなると同種事例の発生防止は困難である。いわゆる倍量処方のリスクを示している。
- 当該施設の医療者が、患者が普段内服する際の用法・用量を、本人や家族等に尋ねていないことは重要な背景・要因である。他には前医への確認も考えられるが連絡が取れない可能性も考慮すると、本人や家族に確認することは重要である。
- 夕方の多忙な時間帯に持参薬を確認することになったことも、確認が不十分になった要因ではないかと推測される。

No. 1 3 「紹介状等の内服薬の情報がなかったこと等により入院前に服用していた薬を継続できていなかった事例」(第25回報告書の再掲)

- 他院からの紹介状がない、また患者が内服薬を持参していない等、医療機関が内服薬を正確に把握することが困難な事例である。まずは他院から診療情報提供書による処方内容が提供されるべきであるし、また、患者本人や家族によってもそれらの情報提供がなされることが望ましい。
- 本事例のような情報確認が困難な状況で内服薬の内容を正確に把握するためには、患者や家族から受診している全ての医療機関や投薬を受けている全ての薬局を把握して、それぞれに確認することで処方内容が確認できる可能性は高いが、一般にそれを入院先の医療機関が十分に行うことができると考えることは、必ずしも現実的とはいえない。したがって、当該事例については、その予防可能性は高くないと考えられる。

No. 1 7 「持参薬作成表作成時に規格の記載がなく規格間違いを生じた事例」

- 他科が専門として処方していた抗てんかん薬が、その取り扱いに慣れていない整形外科に持参されたことも背景・要因として考えられる。
- 専門外の薬剤で、仮に処方内容に不明な点があれば、地域連携室などの機能により、前医に確認することが重要である。
- 本事例は、現地状況確認調査時に、持参薬確認の際に、前医の処方した「トレリーフ25mg」に対し、「同エクセグラン」と記載されていたことが分かっている。主治医は、この記載の意味を、規格も含めて持参薬の「トレリーフ25mg」は当該施設採用の「エクセグラン」であると思込んでいる。このように、持参薬を確認し、持参薬表を作成した薬剤師の記載と主治医の解釈とが異なっている点に問題がある。

No. 18 「5か月前の検査予約時には服用していなかった抗凝固剤服用に気づかずに検査を行った事例」

- 根本的には、検査直前に、検査にとって支障となる薬剤服用の有無を確認することが必要である。
- 検査が直前に中止となり、検査室の運用の効率が低下することを避けるために、検査日の一定期間前に、最終的な実施の確認がなされるものと思われる。この期間の間に、検査の支障になる薬剤の服用等の要因が生じないことが重要であるが、本事例は5か月の期間があったためにそのような要因が発生している。最終確認と検査日の間隔が長すぎると、そのような要因が発生しうることを認識しておくことが重要である。
- 検査予約時にも、検査の支障となる薬剤について注意することが必要である。

イ) 当該施設→薬局**No. 19 「処方せんの製剤量と有効成分量とを誤解した事例」(第25回報告書の再掲)**

- 疑義照会が行われなかった点が問題である。それは、製剤量と有効成分量とを誤解したので疑義が生じなかったことによるものと思われるが、薬剤師にとって処方せん上は両者の表記がなされうることを認識しておくことが重要であることを示す事例である。
- No. 1の事例でも指摘したように、同じ用語を使用することにより、情報伝達のエラーを防いで行くことを考えなければならない。
- 処方せんの製剤量と有効成分量を誤解するエラーは何度も報告があるため、本事業でも今後も周知が必要であろう。
- 調剤の場では、一般に多くの情報を取り扱い、また、いくつかの業務を同時並行して行っていることも背景・要因となっているのではないかと推測される。
- ある日の調剤業務を散剤の調剤のみ、水剤の調剤のみ、などと、限定する取り組みもある。そのような取り組みができれば予防可能性が高まるのではないか。

No. 20 「薬局の誤調剤の事例」(第25回報告書の再掲)

- 分包された後、患者により内服されている最中の散剤を、入院時に改めて一律に成分まで鑑査することは現実的ではない。その意味で、本事例は当該施設による予防可能性は低いと考えざるを得ない。そこで、薬局における誤調剤防止の取り組みが期待される。
- 本事例では報告されていないが、処方せんの書き方の情報が報告されていれば、薬局が誤調剤をした背景・要因を分析することができる。

図表Ⅲ-2-3 薬剤の施設間等情報伝達に関する医療事故の概要

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
1	障害残存の可能性(低い)	他施設→当該施設	前医処方量が秤量にて記載されていたが、力価と思ひ込み(当院の取り決めは力価での処方)処方したために、過剰投与となった。	紹介状を十分に確認していなかった。 当院での取り決めの周知ができていなかった。	・医師への教育。
2	障害残存の可能性(低い)	他施設→当該施設	前医の紹介状にてアレピアチン 10%散 1.8g と記載があったため、そのまま 1800mg として処方。	力価と秤量の処方の違いを理解できていなかった。 薬剤師の問い合わせに対して、耳を貸さなかった。	・初めての処方は添付文書をよく読む。力価と秤量の違いについての教育を行う。
3	不明	他施設→当該施設	当院へ転院当日、内服薬は前医からの継続となるが、医師は免疫抑制剤であるリウマトレックス 2mg 分 2 朝・夕：週 1 回の指示を、間違えて連日投与と処方せんに記載した。 薬剤師は特殊投与方法である薬剤で、連日投与できないことを見落とし病棟に払い出し、看護師も間違いに気が付かず過剰投与された。	薬剤に関する知識不足。 持参薬に薬剤師が関与する事例が限られていた。	・薬剤情報の周知徹底。 ・薬剤に関する知識の習得。 ・持参薬に関する薬剤師の積極的関与の再構築。
4	障害残存の可能性(低い)	他施設→当該施設	入院中に 39℃ 台の発熱を認め、諸精査の結果胆管炎と診断された。診療科内のカンファレンスで症例を検討し、抗生剤の投与が必要と判断された。担当医がスルペラゾンを選択し、看護師に点滴の指示を出した。看護師はヘパロックにて維持していた末梢静脈ラインからスルペラゾン 1g + 生理食塩水 100mL の点滴を開始し、他の患者の看護業務のためその場を離れた。 患者が点滴開始直後から上肢の痺れに続き腹痛も生じ、ナースコールを押した。駆けつけた看護師は症状を聞き、直ちにスルペラゾンの点滴を中止し、医師に報告した。 医師が駆けつけた時は、意識は清明であり、会話可能であった。患者から前医で抗生剤投与時に同様の症状があったことを聞き、確認したところ、前医でスルペラゾンのアレルギーがあったことが判明した。 看護師も他の患者への業務のため病室を離れた間に患者が自力でトイレへ行こうとして途中転倒した。看護師と医師が駆けつけたところ、意識清明、会話は可能であったが、多量の発汗を認め全身がやや紅潮していた。血圧は 66/30mmHg、脈拍 130 回/分であり、後頭部に約 2cm の挫創を認めたが、出血は少量であり、縫合処置等の必要性は認めなかった。四肢の運動や感覚に問題はなく、その他明らかな神経学的所見は認めなかった。 アレルギーに対しハイドロコトンを静注し、経過を観察したところ、徐々に状態は改善した。	前医入院中に使用された抗生剤に対しアレルギー反応が認められており、紹介状に当該抗生剤の記載があった。 前回入院時の担当医が診療端末に入力したが、カルテの所定欄には記載しなかった。 前回の入院、外来、今回の入院での担当医が異なっていたことも要因として考えられる。 診療端末や温度板でアレルギー警告が表示される状態であったが、表示がわかりづらく確認されなかった。 カンファレンスでも検討されたが、アレルギーの存在に関して十分な注意喚起がされなかった。また、看護師とも情報共有がされていなかった。	・診療端末のアレルギー警告表示について、科内での周知徹底を図る。 ・今後アレルギー警告表示を目立つようにすることも検討する。 ・アレルギー発症時にバイタルサインを確認し、医療スタッフが側を離れず患者の容態を観察していれば、転倒を避け得た可能性がある。
5	不明	他施設→当該施設	他院から転入し担当看護師 A が持参薬の整理を実施し本日の昼分の準備を行い、休憩に入った。引き継いだ看護師 B は患者の食事の終了を確認し準備されていた昼の薬を与薬した。 看護師 A が休憩から戻り持参薬の残数を確認したところ数が合わなかった。そこで転入前の病院の内服薬の用紙を確認すると、本日の昼分はすでに内服させてきた旨が記入されており過剰投与がわかった。	十分な引継ぎが出来ていなかった。 投薬時に処方せんの確認を怠った。	・確認作業の徹底・ルールに沿った投薬方法。

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
6	障害なし	他施設→当該施設	<p>他院より紹介状を持って入院の患者であった。医師が紹介状を確認し、持参薬継続となる。患者本人と確認を行い説明書とともに持参薬を薬剤課に鑑別に出して以後は看護師の管理となる。入院の翌日、「血圧の薬は飲まなくていいのか?」と患者から別の持参薬を出され、継続指示の出た薬を一部飲んでいなかったことが判明する。本人と確認したのみで、紹介状と情報の確認を行っていなかった。</p>	<p>患者本人と一緒に確認作業を行い、紹介状との確認を行っていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 患者がはっきりしている場合であっても、紹介状との確認を行う。
7	障害なし	他施設→当該施設	<p>患者が B 群溶連菌陽性は紹介状に記載されており、診療録所定欄にも記載されていた。ペニシリンアレルギーについても紹介状と外来予診カードに記入されていたにもかかわらず、診療録には記載されていなかった。</p> <p>午前 2 時頃腹部緊満が増強してきたため当院産科病棟に電話連絡。対応した C 助産師は、周期的な子宮収縮となるまで自宅待機し再度電話連絡するように指示。午前 8 時過ぎ連絡なく直接来棟。既に 2 名の分娩進行者があり、うち 1 名は速やかに分娩に至りそうであったために、日勤担当助産師でなく、深夜勤務の C 助産師が対応。午前 9 時に C 助産師が既往歴など入院時の問診を行った。この時点で患者からペニシリンアレルギーがあることを聴取し入院診療録中の産科データベース・サマリーに記載。</p> <p>通常 8 時 30 分より勤務交代のための引継が行われているが、本患者の処置等はこの時間と重なっていた。医師も集まり当直医から昨晩の状況報告を受け、その日の治療方針を決めるミーティングを行っているが、入院時間がミーティングと重なっていたため医師への情報伝達はできなかった。9 時 30 分頃 C 助産師から D 助産師に引継が行われた。患者にペニシリンアレルギーがあることは分娩室日勤担当 D 助産師に伝達したが、他の作業をしながら、口頭のみで行われた。受け持ち患者の手術まで病棟担当であった E 医師を呼んだ。患者が受付を通らず直接来棟したため入院手続きが遅れ 9 時 40 分に外来診療録が分娩室に到着。E 医師は診療録より B 群溶連菌保菌陽性の記載を認めた（紹介状を確認することはなかった）。D 助産師は電子カルテにて膣分泌物培養検査の結果を確認したが、当院での検査結果は陰性であったため、外来での担当医 A 医師（E 医師の上級医）に電話連絡。A 医師は手元に診療録はなく、また、患者についての記憶が曖昧であったため、一般論として診療録に B 群溶連菌保菌陽性の記載があるなら、産道感染予防のためペニシリンを点滴静注すべきであると回答。10 時 E 医師は施行。投与直前に新生児 GBS 感染症発症予防のため抗菌薬の必要性について説明したが、ペニシリンとは説明せず、また、薬剤アレルギーの既往について再度の問診をおこなわなかった。分娩より 3 日後腹部に皮疹が出現。この時点で E 医師はアレルギー反応による皮疹を疑い問診をおこなった所、ペニシリンアレルギーがあることを知った。</p>	<p>初診担当医が紹介状、問診票の薬剤アレルギーをカルテに記載しなかった。次の担当医は上級医がみているからと確認しなかった。当事者はカルテからのみ判断し、投与直前の問診を怠った。助産師においても勤務交代と重なり、かつ慌ただしい状況であったため情報伝達が不十分であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 診療録の改善、外来と病棟担当医は必ずしも同じでないため、伝達すべき情報をより分かり易く正確に行えるように改善。 診療録に診療上の注意事項記載欄があるので活用することの徹底。 薬剤投与直前に必ず患者本人にアレルギーの有無を確認。 医師、看護師間の情報共有を図る。

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
8	障害残存の可能性 (低い)	他施設→当該施設	<p>耳鼻咽喉科で慢性副鼻腔炎に対し、鼻内視鏡手術が全身麻酔下に行われた患者で、手術終了後全身麻酔覚醒前に術後鎮痛目的でフルルビプロフェンアキシセチルを 50mg 静脈内投与した。</p> <p>その後、麻酔からの覚醒は良好で抜管、循環・呼吸状態が安定していることを確認し、手術部内回復室へ移動した。そこで更に 15 分間状態を観察し、再び循環・呼吸状態が安定していることを確認し、病棟へ帰室となった。</p> <p>しかし、手術部から退出後病棟のエレベーターホールでエレベーターを待っている間に徐々に呼吸困難感が出現し、同時にモニターしていた SPO₂ も 90% 程度に低下した。直ちに付き添って帰室していた耳鼻咽喉科医師が喘息様発作と判断し、酸素投与を行いつつ帰室した。帰室直後より酸素投与、ハイドロコトロン 300mg 投与、サルタール吸入により速やかに改善した。術後第一日目にも呼吸困難が出現したため、ステロイド、ネオフィリン内服、ツロブテロールテープ貼付、サルブタモール吸入を行い軽快した。以後は、呼吸系の問題はなく、後遺症、新たな合併症は認められず経過した。</p> <p>本患者は、以前にバファリン内服時に軽い呼吸困難が出現していた既往があり、耳鼻咽喉科への前医からの紹介状にはアスピリン喘息の疑いが指摘されていた。しかし、麻酔科医の術前診断時には、外来カルテに貼付されていた紹介状を読んでいなかったため、本人からの既往歴聴取では、バファリン内服と呼吸困難の関連性が明確でなかったため、術後鎮痛の目的でフルルビプロフェンアキシセチルを投与した。投与後 20 分以上経過してから、その投与に起因すると思われる喘息様発作が発症したと考えられた。しかし、モニター装着下でもあり、直ちに気づき、迅速に対処できたことから重篤とはならず、治療により軽快したものである。軽快後、患者及び家族に対し、経過及びアスピリン喘息という診断、素因であることが強く疑われるので、今後は鎮痛薬等の必要時には注意を要すること、医療機関には必ず伝えることを説明した。</p>	<p>本患者のアスピリン喘息素因疑いについては、前医より紹介状に記載があったが、外来カルテに貼付されていたのみで、入院時に情報伝達が不十分であった。そのため、術後鎮痛を優先して考慮したため、鎮痛薬を投与した。</p>	<p>・患者の既往、素因等の情報は確実に伝達される様に考慮する。そのため、何らかの重要な情報がある場合は、カルテの表紙に注意を必要とするマークを表すこととする。</p>

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
9	障害残存の可能性なし	他施設→当該施設	肺炎治療の目的で入院中の患児に、抗生剤メロペンを4日間点滴治療した。 その後病状が軽快し退院されたが、翌日強い不穏症状が現れ別の病院で診察を受けた。 別の病院の医師から、抗てんかん薬を服用中にメロペンの治療を受けたので、バルプロ酸ナトリウムの血中濃度が下がり不穏症状が生じた可能性がある、と説明を受けた。 家族から診療経過の報告を受け当院で調査すると、患児が入院中に持参薬の抗てんかん薬を内服していたことが分った。入院時に抗てんかん薬を内服中であるとカルテに記載されていたが、担当医が服薬状況を把握していなかった。	直接的原因：バルプロ酸ナトリウムと併用禁忌であるメロペン(ペネム系の薬剤)をバルプロ酸ナトリウム内服中であることに気付かず投与した。 根本的な問題：バルプロ酸ナトリウム内服中の患者にペネム系薬剤が投与可能と考えた。 背景因子：患児は通常は近くの施設に通院し抗てんかん薬を処方されていたが、自宅が当院に近くその施設では夜間の救急対応が出来ないので、急変時には当院に受診することになっていた。 入院中、患児は当院で処方されたことがない持参薬を母親の管理のもとに内服していた。施設からの紹介状やカルテの現病歴・現症欄にはバルプロ酸ナトリウムを内服中であると記載されていたが、担当医はこれを把握していなかった。また当院では、持参薬を薬剤部が管理する体制や電子カルテ上で併用禁忌をチェックする体制が整っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 脳性麻痺やてんかんの患者はバルプロ酸ナトリウムを内服している可能性があり、抗生剤使用時には必ずバルプロ酸ナトリウム内服の有無を確認する。 現在バルプロ酸ナトリウムを内服していなくても将来使用することもあるので、ペネム系薬剤の使用は原則控える。 入院時持参薬の服用を規制するかチェック体制を確立する。例えば、病棟での持参薬使用を禁止する。あるいは、持参薬を内服する場合は薬剤部がこれを電子カルテで管理し、併用禁忌のチェックが可能となる体制を検討し確立する。
10	障害残存の可能性(高い)	他施設→当該施設	アミオダロン肺炎のために他院に転院し、改善の後再度当院に転院してきた際にステロイド投与の指示が漏れていた。	転院の時の処方漏れ、他の医師もそれをチェックできなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 指示を複数の医師で確認する体制の整備。 オーダーリングシステムの整備。

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
11	障害なし	他施設→ 当該施設	<p>入院0日目、日勤看護師Aがアナムネの際、内科処方持参していたが、精神科の内服している薬が家にあることを聞き、精神科の処方薬を夕方に家族に届けてもらうことにした。</p> <p>日勤担当看護師Bは、内科持参薬を薬局へ薬品検索に提出したが、薬がバラバラであり、お薬手帳などの情報がないため、薬剤師は薬品検索を断った。看護師Bは家族に連絡し、精神科の薬と合わせてお薬手帳を持参するように伝えた。看護師Bは夜勤看護師Cに家族が薬を持ってくることを申し送った。</p> <p>看護師Cは家族から精神科の薬を預かったが、お薬手帳を家族が忘れたので、中身を確認せず、机の上に薬を置いていた。</p> <p>入院1日目手術当日、看護師Cは、家族がお薬手帳を持ってきたら薬品検索に提出するように日勤看護師Dに申し送った。看護師Dと看護師Eは、リスパダールとデパス錠が散らばっているのを見た。看護師Eは看護師Fに薬品検索を提出するように依頼した。</p> <p>薬剤師Gは、精神科の処方の用法について、調剤薬局の薬袋に、「1日4回、毎食後・就寝前1回に リスパダール錠1mg 2錠ずつ、デパス錠0.5mg 2錠ずつ 合計2種 お飲みください」と印刷されているのを確認した。お薬手帳には、別の調剤薬局で精神科処方の内容は記入されていたが、用法までは記入されていなかった。</p> <p>薬剤師Gは、そのままの用法でヒートから薬を一包化し直し、薬剤師Hが鑑査し病棟に出した。</p> <p>入院2日目手術翌日、看護師Iが朝・昼とリスパダール・デパスを与薬した。夜勤看護師Jが、患者に傾眠があり、嚥下が困難な状況で食事や内服ができないことに気付いた。手の震えがあったため、薬剤師Kに相談した。薬剤師Kは、向精神薬を急に止めると悪性症候群の発生の可能性があることを伝えた。主治医に報告し、看護師Jは夕・眠前の内服を中止した。</p> <p>入院3日目、看護師Jは、朝患者は内服可能であったため与薬した。日勤看護師Iは、昼に与薬した。その後、傾眠についてナースステーションでカンファレンスをしていたところ、偶然居合わせた医療安全管理者（薬剤師L）に相談した。</p> <p>医療安全管理者は過量投与の可能性を疑い、薬剤師Mに処方病院や調剤薬局に看護師Iに家族に問い合わせるように指示した。</p> <p>その結果、実際の用法は、「リスパダール・デパスは1日1回寝る前に1錠ずつ服用」で、処方精神科医師が8倍処方をし、8ヶ月分の処方をしていただけが分かった。</p>	<p>他院の精神科医師が、処方日数制限のない薬を8倍処方し、調剤薬局では処方せん通りの用法で薬袋に印刷してあった。</p> <p>お薬手帳に全ての調剤薬局の処方が記入されていない、薬の情報が一元管理されていない。</p> <p>持参薬を受け取る際、薬を受け取るだけで、中身について家人と確認したり、聴き取ったりすることが行われていなかった。</p> <p>薬剤師は薬品検索時、精神科は向精神薬の量は多いという先入観があり、疑問を持たなかった。</p> <p>看護師が、向精神薬の副作用について薬剤師に問い合わせた時に十分な患者状態を伝達したり把握しないまま薬剤師がアセスメントを行ったため、悪性症候群の疑いとなり、服薬継続が行われた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬を預かる際には、患者・家人への質問内容を定め、質問用チェックリストを作成し、その通りに質問を行うことを徹底する（現在服用中の薬、中止している薬、薬袋どおりに服用していない薬など）。 薬剤師の病棟配置時間の延長（持参薬管理の病棟での徹底、タイムリーな指導や病棟カンファレンスへの参加など） 持参薬の預かり時、ケースを利用して薬を整理しやすくする工夫。
12	障害なし	他施設→ 当該施設	<p>当院に入院しながら、他院で外来透析をしている患者である。</p> <p>持参薬であるリズムック服用日が、透析日（週3日）のみであったのを、4日間、毎日服用させてしまった。</p>	<p>「持参薬報告」には、透析日服用のコメントがあった。</p> <p>しかし、「持参薬処方せん」にはそのコメントがなく（医師の記載忘れ）、それに気付かずそのまま配薬してしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「持参薬報告」と「持参薬処方せん」の相違点の確認を徹底する。 「持参薬処方せん」へのコメントを忘れないように医師に伝える。

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
13	障害残存の可能性(高い)	他施設→当該施設	<p>入院当日、持参薬を主治医と看護師と両者でダブルチェックをした。前院からの紹介状はなかった。お薬手帳等、現在内服中の薬を記した書面はなかった。主治医は、確認した持参薬を継続内服するように指示した。主治医は、既往にステント留置術をしていること、バイアスピリン(抗血小板剤)を内服していたこと、外来受診中に薬疹により中止したことは把握していた。しかし、前院処方プラビックス(抗血小板剤)セロクラール(循環器官用薬)を内服していることは知らなかった。入院当日に確認した持参薬にその薬はなかった。入院前まで内服していたプラビックス・セロクラールは4日間投与されなかった。入院5日目、早朝より発語が少なかった。10時前に呼吸器内科当番医師が診察し低酸素状態と診断した。酸素吸入調整をした。家族が昼食時と夕食時に面会し、患者の様子がおかしいと感じた。17時頃に日勤担当看護師に、異常を感じることに医師への報告を希望した。日勤担当看護師は、いつもと違うことは感じていたが午前中にすでに診察を受け対処していること、その時と大きな変化はないため妻ほどの緊急性を感じなかったことから、妻には「休日のため明日主治医に診てもらおう。」と答えた。準夜看護師は意識レベルの変動を感じ生体モニターを装着した。左共同偏視、左上下肢麻痺を認め当直医師に報告した。当直医は救急外来対応のため血管確保の指示をし、診察した。頭部MRIの結果、多発性脳塞栓症が判明した。家族から心臓の薬を返されて内服していなかったと話が合った。</p>	<p>前院からの紹介状は発行されていないため、前院の処方内容が明確ではなかった。(前院の紹介による当院受診ではなかった)持参薬が前院の処方と合致しているのか確認ができない状況であった。</p> <p>その状況で、家族が届けた内服薬の現物のみを主治医と看護師とで確認した。見落としや間違える危険性もある。</p> <p>薬剤師のマンパワー不足により、入院時の薬剤指導を実施できない状態である。持参薬の薬剤師によるチェック体制がない。</p> <p>患者は肺炎を併発しており、反応の鈍さ(新たな合併症徴候:多発性脳塞栓症)を血液ガスの結果から低酸素状態によるものと判断した。</p> <p>多発性脳塞栓症:シャワーエンボリズムのために、現れた症状は典型的な脳梗塞症状とは異なったため、今回の反応の鈍さを脳梗塞と推測することは難しかった。</p> <p>プラビックス・セロクラールは、動脈の血栓を予防するもので、心臓内の血栓防止には効果を期待できない。その薬を内服していたとしても心臓内からの脳塞栓症は、防止できなかったかもしれない。これらの薬を内服しなかったことと脳塞栓症発症との因果関係は低い。</p> <p>家族が日勤担当看護師に異常を感じることに、医師の診察依頼を複数回したが取りあってももらえなかったことが、妻の病院への不審を募らせる要因となった。</p> <p>日勤担当看護師は、午前中に診察を依頼し対処していること、その時と大きな変化はないことから緊急性がないと判断した。そのため、家族の訴えを受け止められなかった。また、他の看護師にも相談しなかったため、助言や家族へのフォローがなされなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師も含む持参薬の確認体制の構築(確実に持参薬の確認ができる方法を検討する。処方せん・紹介状・お薬手帳等の書面との照合を原則とする、薬剤師の介入、など薬剤科とも協力し確認方法をルール化する)。 ・患者を常に見ていた家族からの「おかしい」の言葉は、貴重な情報と受け止める認識をもつ。医療はチームで行うため、報告・相談・連絡が重要である。よって、医師への報告や看護師間の相談を躊躇しないように医療安全情報として職員へ発信していく。

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
14	障害なし	他施設→当該施設	デパケン 800mg + アレビアチン 150mg の内服によりコントロールしていた。 入院時、デパケン 800mg と白い粉薬を持参。薬剤師は、薬剤鑑定時に患者の「白い粉薬はすっぱい」という言葉からハイシーと思い鑑定した。医師は、薬剤鑑定書と家族からの情報でデパケン 800mg とハイシーを院内処方へ切り替えた。 2 時 10 分、トイレで転倒している患者を発見。意識は清明であった。右上肢に震えを認めた。3 時 20 分頃には運動機能は完全に回復した。患者はけいれんであったと報告。緊急 CT 検査では以前の脳挫傷の所見であった。症候性てんかんの既往、速やかに麻痺が改善したことからてんかん発作と考えられた。 かかりつけ病院に確認したところ、白い粉薬はデパケン R800mg とアレビアチン 150mg (ハイシーに混合) 処方であった。入院時薬剤鑑定で、デパケン R800mg とハイシー 2 包であったため主治医はデパケン R とハイシーを院内処方へ切り替えていたため入院後 3 日間アレビアチンが処方されていなかった。	前医処方抗てんかん薬の情報薬剤を管理している母親や施設のスタッフに適切に伝わっていなかった。 患者は高次脳機能障害であり、本人の服薬内容に関して認識力は低下していると思われるが、薬剤師は患者のみに確認した。 粉薬は鑑定が難しいことから、情報提供や処方先への確認をすることになっているが省略した。 持参薬を院内処方へ切り替えた際のリスクがある。	<ul style="list-style-type: none"> 紹介状の投薬内容と本人の認識や実際の処方薬などに相違がないか確認をし疑問があれば必ず問い合わせを行う。 持参薬を院内処方へ切り替える際に特に抗けいれん剤については慎重に行う。また、入院目的を考慮して、コントロールされている場合は持参薬を利用することも考える。
15	障害なし	他施設→当該施設	黄疸のために検査入院当日であり、翌日より精査予定だった。 入院当日。他院より紹介のため持参薬あり。薬局にて鑑別を依頼した。 当事者の看護師は夜勤で出勤。日勤者より「薬品は鑑別依頼中である」と申し送りを受けた。薬局からは鑑別後の処方薬が病棟にあがってきており、配薬車に準備されていた。 配薬車には患者名が入っていたが、準備されていないと思い込み、確認しないまま夕食薬も眠前薬も患者には投与しなかった。夜中に再度配薬車を確認した際に服用させていないことがわかった。	配薬車へ薬の準備をした際、夜勤者に伝えていなかった。 夜勤者は配薬車に名前がはいっているにもかかわらず、確認をしなかった。 薬はまだ上がってきていない、という思い込みがあった。	<ul style="list-style-type: none"> 配薬車の確認の徹底。
16	障害なし	他施設→当該施設	他院からの転院の患者で前医から持参薬があった。主治医に持参薬続行の指示をもらい、薬局持参薬担当に連絡し昼食後の内服は間に合わないため取っておくよう言われ、他看護師と一緒に薬を確認した。前医から薬情や診療情報提供書の持参はなく、診療情報提供書は後日郵送しますとのことであったため内服を確認する書類がなく、薬袋で確認しマグミット 1 錠、プレドニゾロン 5mg3 錠を与薬した。 持参薬を確認した薬剤師からプレドニゾロン 5mg3 錠は翌月の日付で 3 日間投与分であったことを電話連絡を受けた。 薬袋を確認すると、薬袋の左下に「○月△日 - ×日 (翌月の日付で 3 日間) に内服」と書いてあった。主治医に報告し、不足分の 3 錠は追加処方するとのことで経過観察となる。	昼食前で忙しい時間帯に確認をした。 確認する書類がなかった (薬情・診療情報提供書)。薬袋の「昼食後」のところしか確認しなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 薬袋を隅々まで確認する。 2 人で声を出して確認する。 何のために内服しているのか確認する。 出来れば確認出来る書類を一緒に持ってきてもらう (前医から)。

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
17	障害なし	他施設→当該施設	<p>入院時持参薬を薬剤部で確認。てんかん薬 25mg が 1 錠服用されており、本人が内服している薬は、当院採用薬の中では「エクセグラン」(ゾニサミド製剤、抗てんかん剤)と同一薬であった。医師はそのことを確認し、エクセグラン 1 錠を処方した。</p> <p>2 週間後に再度処方しようとした際、病棟薬剤師より、「当院のエクセグランは規格が 100mg である」と言われ、2 週間過剰投与していることがわかった。</p>	<p>当該事例では、患者が入院した際、看護師は患者から持参薬を受け取り、他院の紹介状にある内服薬の処方せんを見て数を確認、院内規定の持参薬鑑別依頼書に記入し、病棟から薬剤部へ持参薬の確認を依頼した。薬剤師は持参薬を確認した「持参薬一覧表・指示表」を作成した。</p> <p>持参薬のうち、「トレリーフ」は当院非採用だったため「持参薬一覧表・指示表」の当院採用の有無の欄に「×」とし、同一成分(ゾニサミド)の薬剤を「ポケット医薬品集」で調べた。トレリーフのところに、矢印で「同エクセグラン」と記載があるのを見て、「持参薬一覧表・指示表」の薬剤師コメント欄に「同エクセグラン」と転記し病棟に送った。</p> <p>医師は「持参薬一覧表・指示表」をもとに処方入力する際、エクセグランの規格 100mg が表示されたが、トレリーフは 1 回 1 錠と記載されていたのでエクセグランも 1 錠でいいと思った。</p> <p>薬剤師による服薬指導は初回処方時、土曜日であったため行われなかった。3 回目の処方時に持参薬を鑑別した薬剤師が間違いに気付いた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 規格を記載するよう「入院時持参薬取扱いマニュアル」を変更する。 専門外の薬が持参薬にある場合は必要時専門の診療科に依頼する。 処方入力時の規格の確認の徹底。 初回処方の際、看護師は持参薬と処方せんを確認する。 持参薬から院内で薬剤が処方された場合は素早く薬剤師が介入するようマニュアルを変更する。
18	障害なし	他施設→当該施設	<p>5 ヶ月後の上部消化管内視鏡検査を予約。その当時は抗凝固剤の内服なし。昨年年末に急性心筋梗塞のため他院入院。以後、バイアスピリン内服開始。予約外で来院。胃の調子が悪いので上部消化管内視鏡の予約を早めることを希望し、予約日を変更。その際、オンライン上で予約日時を修正することで対応したため、内服薬についての詳細も含めた同意書を取り直さなかった。その結果、検査担当医にはバイアスピリン内服中であることが伝わらなかった。また、看護師間の申し送りもきちんとなされていなかった。内視鏡検査中にマロリーワイス症候群を発症し出血がなかなか止まらなかったため、入院となった。</p>	<p>内視鏡検査の予約日を変更する際の手続きに関する取り決めが明文化されていなかった。</p> <p>バイアスピリン内服時には、生検は禁忌だが、内視鏡自体は禁忌ではない。バイアスピリン内服していることがきちんと伝わっていたとしても、内視鏡を施行する方針に変更はなかった。したがって、今回の抗凝固剤の内服に関する情報伝達の不備と、内視鏡施行中にマロリーワイス症候群を発症し入院が必要になったこととの間には、因果関係はないと考えられる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 予約日を変更する際には、改めて同意書を取り直す。 内視鏡を行う場合は、バイアスピリンを含めた抗凝固剤の内服の有無に関して、指示書に記載する。

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
19	不明	当該施設 →薬局	患者はA病院で脳動脈瘤(前脈絡叢動脈)に対するクリッピング術を受け、翌朝に左片麻痺出現しリハビリ目的にB病院転院、以後通院加療していた。B病院からC病院へ紹介、C病院から当院糖尿病内科へ紹介あり来院した。 所見はADLは左麻痺軽度残存、杖使用にて散歩練習している、外来へは家人とともに車いすで来院、両上肢挙上保持可能。C病院からの情報提供には内服薬セレニカR1.25g分2朝夕 その他の薬剤処方が記載されていた。医師は同内容、同量のつもりで当院のオーダー画面よりセレニカR顆粒 400mg/g 1250mg 分2 朝・夕食後14日分と入力し、院外処方せんを発行した。その結果、調剤薬局ではバルプロ酸として1250mg＝セレニカR顆粒 3.125gを秤量・調剤した。その結果、診療情報提供書に記載されたバルプロ酸(500mg)の2.5倍量が投与された。家族より電話での連絡あり。セレニカRの副作用で嘔吐、ふらつき、歩行困難が出現していたとのこと。処方歴・カルテ内容より紹介状の処方量の2.5倍服用されていたことが考えられた。	散薬の指示の際の成分量、実重量表示の統一がされていない。	<ul style="list-style-type: none"> 今回の事例を情報として職員に広報し、他院からの紹介状の薬剤処方にはこのような例があることの注意喚起を行う。 注意すべき薬剤をリストアップし職員に広報する
20	障害残存の可能性(低い)	当該施設 →薬局	外来にてテグレトール、アレビアチン、フェノバルなどの抗てんかん薬を処方していた。約2週間後、てんかんの悪化もしくは抗てんかん薬の副作用が疑われ、緊急入院となった。入院後は、持参した外来で処方された薬を続行した。入院翌日の血中濃度検査でフェノバルが高値であり、入院2日目の日勤帯にアレビアチン散を中止した。しかし、アレビアチン濃度の高値は続いた。そのため、外来処方薬をチェックしたところ、抗パーキンソン薬のアキネトンの代わりに、アレビアチンが入っていた。 そこで、実際に誤薬があるか医師、看護師、薬剤師で確認を行った。その後、薬剤師を経由して院外薬局に問合せを行い、誤調剤を確認した。	<p>応需薬局での処方間違いがあった。</p> <p>持参薬のチェックシステムがなかった。</p> <p>持参薬の継続処理が適切でなかった。</p> <p>薬の量が多く医師の指示を確認するのに手間と時間を要した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 持参薬の鑑査システムを院内に構築する(全ての持参薬を薬剤部で確認する)。

③薬剤の施設間等情報伝達において伝達される情報の媒体や内容

図表Ⅲ-2-3に示した事例の中には、1)他施設が情報伝達し忘れた、2)他施設は情報伝達したが当該施設で情報が途絶した、または誤解した、事例があった。それぞれについて、伝達されなかった情報の内容や、他施設ー当該施設間で伝達された情報媒体や情報の内容を分析し、以下に示す。

i) 他施設ー当該施設間における情報伝達

ア) 他施設から伝達されなかった情報

事例の中には、紹介状を発行しなかったため内服薬(プラビックスとセロクラール)を伝えなかった、診療情報提供書、薬剤情報提供書なし(診療情報提供書は後日郵送する旨連絡)、といった、本来施設間の情報伝達に基本的に使用される文書を作成していない事例があった。また、薬剤を「8倍量」処方していることを記載していなかった事例もあった。他施設が伝達し忘れた情報を図Ⅲ-2-4に示す。

図表Ⅲ-2-4 他施設から伝達されなかった情報(医療事故)

他施設から伝達されなかった情報

- ・ 紹介状を発行せず、そのため内服薬(プラビックスとセロクラー
ル)を伝えず
- ・ 診療情報提供書、薬剤情報提供書なし(診療情報提供書は後日
郵送する旨連絡)、そのためプレドニゾロンの用法を伝えず
- ・ 持参薬処方せんに「透析日服用」と記載せず
- ・ 薬剤を「8倍量」処方していることを記載せず
- ・ 転院時処方忘れにより内服薬(ステロイド剤)を持参せず

イ) 他施設—当該施設で伝達された情報媒体や情報の内容

他施設—当該施設間における情報伝達の媒体としては紹介状が多かった。他に患者が持参した内服薬そのものが情報伝達の役割を果たしていた事例もあった。これらの情報のうちいくつかは、当該施設に伝達され、ある程度施設内でも正しく伝達されたが、その後、伝達の途絶あるいは誤解が生じ、最終的に情報伝達されなかった事例であった。また、他施設から情報伝達されているが、他施設が診療情報提供書を発行していないなど、十分とはいえない情報伝達もあった。

これら他施設—当該施設間における情報伝達において伝達された情報媒体や間違った情報を図Ⅲ-2-5に示す。なお、先述した、他施設から情報伝達されているが診療情報提供書は発行されていない、などの事例では、他施設からの不十分な情報伝達が、当該施設内の情報伝達を困難にしているとも考えられる。そこでそのような事例については、備考欄に不十分な情報伝達であった内容を記載した。

図表Ⅲ-2-5 伝達される情報の媒体や内容(医療事故)

他院が伝達した情報媒体や内容	当該施設内(医療機関、薬局)における情報伝達	備考
1. 紹介状		
紹介状に記載された処方内容		
紹介状に記載された薬剤アレルギー情報		
紹介状に記載された患者の感染(B群溶血性連鎖球菌陽性)に関する情報	外来予診カードに記載 患者からアレルギー情報を聴取し、入院診療録のデータベースサマリーに記載 担当看護師に口頭で申し送り	
紹介状に記載された内服薬(バルプロ酸)の内容	カルテの現病歴・現症欄にはバルプロ酸を内服中であることを記載	
2. 薬袋		
薬袋に記載されたプレドニゾロンの用法(再掲)		診療情報提供書、薬剤情報提供書なし(診療情報提供書は後日郵送する旨連絡)、そのためプレドニゾロンの用法を伝えず(再掲)
3. その他の文書		
他施設が作成した文書中に記載されていた「昼分の内服薬を内服済みである」という情報		
「持参薬報告」に記載した「透析日服用」という情報(再掲)		持参薬処方せんに「透析日服用」と記載せず(再掲)
4. 持参薬		
持参薬	持参薬鑑別を行い薬を配薬車に準備	
持参薬	持参薬一覧表を作成し、院内未採用薬は院内採用薬のブランド名を記載	
持参薬	持参薬があることは認識	

ii) 当該施設-薬局間における情報伝達

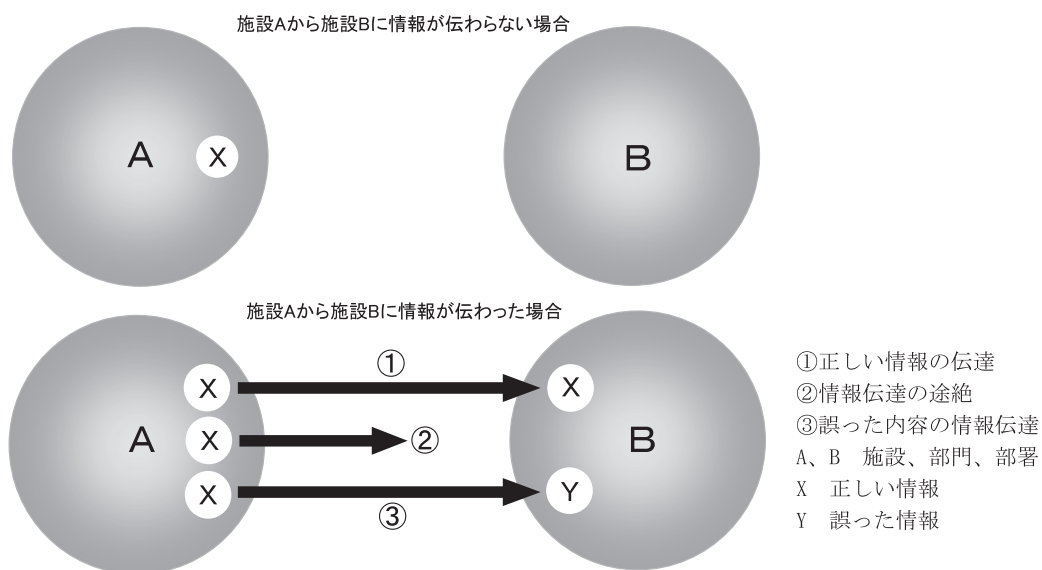
当該施設-薬局間における情報伝達の媒体や内容は、当該施設が発行した処方せんであった。

④情報伝達を阻害する要因

情報伝達が行われなかったという事象には、大別して、1) 他施設から当該施設に情報が伝わらなかった事例と、2) 他施設から当該施設に情報が伝わった事例とがあり、2)にはさらに、①施設内で情報が途絶した、②施設内で情報を誤解した、事例があった(図表Ⅲ-2-6)。実際には、報告される情報量には限りがあるため、①、②を厳密には分類できないが、報告された情報より、主に情報が途絶した事例、主に情報が誤解された事例、及びその両者が考えられる事例に分けて、それらの件数や途絶、誤解した理由を図表Ⅲ-2-7及び図表Ⅲ-2-8に示した。

情報が途絶した理由を見ると、アレルギー情報の記録やその確認、診療情報提供書や薬袋の確認などがあった。また、情報が誤解された理由を見ると、処方表記の誤解や知識不足などがあった。何れも、業務の中で改善の余地のある理由であり、報告された医療事故になお予防可能性のあることが示唆された。

図表Ⅲ-2-6 報告事例から見た情報伝達の流れ



図表Ⅲ-2-7 情報伝達がなされなかった要因(医療事故)

情報伝達の内容・情報の流れ	他施設から当該施設に情報が伝わらなかった	他施設から当該施設に情報が伝わった		計
		主に情報の途絶が要因	主に情報の誤解が要因	
他施設→当該施設	3	9	6	18
情報伝達の内容・情報の流れ	当該施設からに薬局に情報が伝わらなかった	当該施設から薬局に情報が伝わった		計
		主に情報の途絶が要因	主に情報の誤解が要因	
当該施設→薬局	0	0	2	2

図表Ⅲ-2-8 情報伝達されなかった理由(医療事故)

情報伝達の内容・情報の流れ	他施設から当該施設・薬局に情報が伝わらなかった	他施設から当該施設・薬局に情報が伝わった	
	情報が伝わらなかった理由	情報伝達が途絶した理由	情報が誤解された理由
他施設→当該施設	<ul style="list-style-type: none"> 紹介状を発行しなかった 転院時に処方し忘れた 	<p>〈アレルギー情報の確認〉</p> <ul style="list-style-type: none"> カルテの所定欄にアレルギー情報を記入せず 診療端末や温度板のアレルギー情報を確認せず アレルギー情報を医師に報告せず アレルギー情報を診療録に記載せず 患者にアレルギー歴を問診せず <p>〈文書の確認〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 他院の内服薬用紙(特に直近の服用記録)を確認せず 診療情報提供書を確認せず 持参薬処方せんは確認したが、持参薬報告のコメントを確認せず <p>〈文書の作成〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 検査予約以降に抗凝固剤が開始されたことを検査日変更の際に把握したが日程変更のみ処理して内服薬追加を記録せず <p>〈薬袋〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 薬袋を確認せず <p>〈その他〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の服薬状況を把握せず 	<p>〈記載の解釈における誤解〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 処方の表記の誤解(原薬量と製剤量の誤解) 持参薬の一覧表に規格の記載がなく当該施設採用薬の規格は持参薬と同じと思い込んだ <p>〈知識不足による誤解〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 用法の知識不足 <p>〈患者の意見のみで判断したことによる誤解〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 薬剤鑑定時、患者の言葉で判断し、白色の散剤(アレビアチンとハイシー)を「ハイシー」のみと誤解 <p>〈その他〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 配薬車に準備された薬剤を準備されていないと思い込んだ
情報伝達の内容・情報の流れ	当該施設から薬局に情報が伝わらなかった	当該施設から薬局に情報が伝わった	
	情報が伝わらなかった理由	情報伝達が途絶した理由	情報が誤解された理由
当該施設→薬局	—	—	<p>〈記載の解釈における誤解〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 処方せんの表記の誤解(有効成分の量と製剤量の誤解)

※矢印は情報の流れを示す。

⑤改善策

報告された改善案を整理して以下に示す

ア) 薬剤情報の知識向上

- 初めての処方添付文書をよく読む。力価と秤量の違いについての教育を行う。
- 薬剤に関する知識の習得と周知徹底。
- 何のために内服しているのか、薬効と内服の目的を確認する。

イ) 持参薬確認の手順や体制

(i) 持参薬の確認体制

- 確実に持参薬を確認するために、薬剤師も含む持参薬の確認体制の構築。

- 持参薬の鑑査システムを院内に構築する(全ての持参薬を薬剤部で確認する)。

(ii) 持参薬の確認方法

- 持参薬を預かるときには、患者・家人への質問内容を定め、質問用チェックリストを作成し、その通りに質問を行うことを徹底する(現在服用中の薬、中止している薬、薬袋どおりに服用していない薬など)。
- 患者の示す持参薬を確認するだけでなく、紹介状に記載された処方内容を必ず確認する。
- 持参薬の預かり時、ケースを利用して薬を整理しやすくする工夫。
- 持参薬一覧表への記載内容の改善。
- 持参薬を継続して内服する場合は薬剤部が電子カルテで管理し、併用禁忌のチェックが可能となる体制を検討し確立する。

(iii) 持参薬の継続に関する判断

- 入院時持参薬の服用の規制を判断する体制を確立する。それにより、病棟で使用を禁止する持参薬も生じる可能性もある。

ウ) 診療情報システムの改善

(i) アレルギー情報の確実な把握

- アレルギー警告表示を目立つようにすることも検討する。
- 診療端末のアレルギー警告表示について、科内での周知徹底を図る。

(ii) 持参薬の併用禁忌の確認

- 持参薬を継続して内服する場合は薬剤部が電子カルテで管理し、併用禁忌のチェックが可能となる体制を検討し確立する(再掲)。

エ) 診療録、診療情報提供書の活用や確認

(i) 処方内容の確認

- 患者の示す持参薬を確認するだけでなく、紹介状に記載された処方内容を必ず確認する(再掲)。

(ii) アレルギー情報の確認

- 患者の既往、素因等の情報は確実に伝達される様に考慮する。そのため、何らかの重要な情報がある場合は、カルテの表紙に注意を必要とするマークを表すこととする。
- 診療録を改善し、外来と病棟の担当医は必ずしも同じ医師ではないため、伝達すべきアレルギー情報をより分かり易く正確に伝えられるようにする。
- 診療録の「診療上の注意事項記載欄」の活用を徹底する。

オ) 確認作業の具体的な内容

(i) 確認ルールの確立と徹底

- 処方せん・紹介状・お薬手帳等の書面との照合を原則とする、薬剤師の介入など、薬剤科とも協力し確認方法をルール化する。
- 規格の確認の徹底。
- 薬袋を隅々まで確認する。
- 注意すべき薬剤をリストアップし職員に周知する

- 紹介状の投薬内容と本人の認識や実際の処方薬などに相違がないか確認し疑問があれば必ず問い合わせを行う。

(ii) 確認体制の整備

- 指示を複数の医師で確認する体制の整備。
- 2人で声に出して確認する。

(iii) 特定の薬効、薬剤の確認

- 脳性麻痺やてんかんの患者はバルプロ酸を内服している可能性があり、抗生剤使用時には必ずバルプロ酸内服の有無を確認する。
- また現在バルプロ酸を内服していなくても将来使用することもあるので、ペネム系抗生剤の使用は原則として控える。
- 持参薬を院内処方に切り替える際、特に一包化された散剤の抗けいれん剤については、成分の確認が容易でないことがあるので慎重に確認を行う。また入院目的を考えて、持参薬で病状がよくコントロールされている場合は、持参薬を利用することも考える
- 内視鏡検査の場合は、バイアスピリンを含めた抗凝固剤の内服の有無を検査指示書に記載する。

(iv) 患者、家族に求める確認や協力

- 出来れば内服薬が確認出来る書類を前医から持参薬とともに持ってきてもらう。
- 薬剤投与直前に必ず患者本人にアレルギーの有無を確認。

オ) スタッフ間の情報共有

- 医師、看護師間の情報共有を図る。
- 診療録の改善、外来と病棟担当医は必ずしも同じでないため、伝達すべき情報をより分かり易く正確に行えるように改善(再掲)
- 患者を常に見ていた家族からの「おかしい」の言葉は、貴重な情報として受け止める。医療はチームで行うため、報告・相談・連絡が重要である。よって、医師への報告や看護師間の相談を躊躇しないようにすることを職員に周知する。

カ) 勤務体制の改善

- 薬剤師の病棟配置時間の延長(持参薬管理の病棟での徹底、タイムリーな指導や病棟カンファレンスへの参加など)

キ) その他

- 「持参薬報告」と「持参薬処方せん」の相違点の確認を徹底する。
- 「持参薬処方せん」へのコメントを忘れないように医師に伝える。
- 他院からの紹介状の薬剤処方には倍量処方が行われている現状があることを職員に注意喚起する。

(3) 薬剤の施設間等情報伝達に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第25回報告書で取り上げた、平成23年1月1日から3月31日の間に報告された薬剤の施設間等情報伝達に関するヒヤリ・ハット事例22件に、4-6月に報告があった40件を加えた62件について医療事故と同様に分析を行った。

①発生状況

報告された事例を、医療事故情報と同様に、「施設間の情報伝達間違い」「部門・部署間の情報伝達間違い」「診療科間の情報伝達間違い」「診療科一部署間の情報伝達間違い」に分類し、具体的な施設、部門・部署、診療科等及び報告件数を示した(図表Ⅲ-2-9)。

なお、図表Ⅲ-2-9の「外来→病棟」とは同一診療科の外来・病棟間の事例であることを示す。診療科が異なる外来・病棟間の事例や病棟・病棟間の事例は「診療科間の情報伝達間違い」として整理し、報告された情報から分かる限り診療科名を掲載した。第25回報告書では、診療科名が不明な病棟・病棟間の事例を「部門・部署間の情報伝達の間違い、病棟→病棟」として整理し掲載したが、本報告書以降はこれを「診療科間の間違い、〇〇科→〇〇科(診療科名不明)」として整理することとした。

図表Ⅲ-2-9 情報伝達の内容・情報の流れ(ヒヤリ・ハット事例)

情報伝達の内容・情報の流れ	件数
施設間の情報伝達の間違い	17
他施設→当該施設	13
当該施設→他施設	3
当該施設→薬局	1
部門・部署間の情報伝達の間違い	19
外来→病棟	3
病棟→薬剤部	3
薬剤部→病棟	2
病棟→I C U	1
I C U→病棟	2
病棟→透析室	1
病棟→H C U→病棟(帰棟)	1
病棟→核医学検査室	1
病棟→カテーテル検査室	1
病棟→手術室	1
手術室→病棟	1
病棟→検査室	1
救急部→病棟	1
診療科間の情報伝達間違い	26
内科→外科	1
内科→〇〇科	1
腎・透析科→心臓外科	1
腎臓内科→〇〇科	1
内分泌科→脳外科、麻酔科	1
内分泌代謝科→〇〇科	1
循環器内科→〇〇科	2
精神科→皮膚科	1
耳鼻科→循環器内科	1
泌尿器科→胸部外科	1
婦人科→〇〇科	1
麻酔科→眼科	1
化学療法科→〇〇科	1
〇〇科→循環器内科	1
〇〇科→〇〇科	11
計	62

※矢印は情報の流れを示す。

（４）施設間の情報伝達の間違ひに関するヒヤリ・ハット事例の分析

①発生状況

本報告書では、特に他院→当該施設、当該施設→薬局などの、施設間の情報伝達について集計、分析する。図表Ⅲ-2-9に示すように、平成23年1月から平成23年6月30日の間に報告された薬剤の施設間の情報伝達に関するヒヤリ・ハット事例は17件であった。

②薬剤の施設間等情報伝達において伝達される情報の媒体や内容

報告された事例の中には、1) 他施設または当該施設が情報伝達し忘れた、2) 他施設は情報伝達したが当該施設で情報が途絶した、または誤解した、事例があった。それぞれについて、伝達されなかった情報の内容や、他施設－当該施設間で伝達された情報媒体や情報の内容を分析し、以下に示す。

i) 他施設から伝達されなかった情報

事例の中には、紹介状にバイアスピリン内服の事実を記載していない、薬剤情報用紙にワーファリンを記載していない、といった、転院時に送付されるべき文書に記載しなかった事例があった。その他に、薬袋に記載された内服薬の処方内容がいわゆる「3倍量」処方であることを記載していなかった事例もあった。このような他施設から伝達されなかった情報を図Ⅲ-2-10に示す。

図表Ⅲ-2-10 他施設から伝達されなかった情報（ヒヤリ・ハット事例）

他施設から伝達されなかった情報

- ・紹介状にバイアスピリンの内服を記載せず
- ・薬袋に記載されたレキソタン（5mg、3錠/日）の内容がいわゆる「3倍量」処方であることを記載せず
- ・他院に持参させた薬剤に定期内服薬を入れ忘れた
- ・持参薬であるモヒ水の残量を記載せず
- ・薬剤情報用紙にワーファリンを記載せず
- ・内視鏡検査前にワーファリンを休薬させた事実を伝えず

ii) 他施設－当該施設間で伝達された情報媒体や情報の内容

ア) 他施設－当該施設間における情報伝達

当該施設－薬局間における情報伝達の媒体や内容は、紹介状等に記載された処方内容、薬袋に記載された処方内容があった。他に、患者が当該施設に入院する際に持参した薬そのものが情報伝達の役割を果たしていた事例もあった。

イ) 当該施設－他施設間における情報伝達

当該施設－薬局間における情報伝達の媒体や内容は、患者が他施設に入院する際に持参した薬そのものであった。

ウ) 当該施設－薬局間における情報伝達

当該施設－薬局間における情報伝達の媒体や内容としては、当該施設が発行した処方せんであった。なお、報告されている事例は、処方せんの内容に対する薬局による疑義照会がなされた事例で

あった。このように、媒体により情報が伝達されることにより新たに情報のやり取りが発生することがある。

ア)～ウ)の情報を整理して図Ⅲ-2-11に示す。

図表Ⅲ-2-11 伝達される情報の媒体や内容(ヒヤリ・ハット事例)

他院または当該施設が伝達した情報媒体や内容	当該施設内(医療機関、薬局)における情報伝達
他施設⇔当該施設	
1. 紹介状 紹介状に記載されていた処方内容	
2. 薬袋 薬袋に記載されていた処方内容	
3. 持参薬 持参薬 持参薬	持参薬確認票を作成
当該施設→薬局	
1. 処方せん	

※矢印は情報の流れを示す。

③医療事故に至らずに済んだ理由

ヒヤリ・ハット事例は、何らかの理由で、患者への影響がなかったり、軽微な影響で済んだりした事例であるため、その理由は再発防止策を検討するにあたって有用である。そこで、ヒヤリ・ハット事例の内容、背景・要因から、医療事故に至らずに済んだ理由を分析した。

その結果、入院時の持参薬確認時やその後の処方オーダーの処理中に気付いた事例、入院時に持参薬を忘れたが入院後の持参薬確認で気付いた事例、他院の発行した文書と患者が持参した文書と持参薬を照合していて気付いた事例、などがあった。入院時や入院時になかった情報が後日持ち込まれた場合に、入手している全ての情報により照合を行うことが重要と考えられた。

また、誤りに気付いたものの、転院時のサマリー作成時に気付いた事例、転院時に内服薬の残数を確認時に気付いた事例、転院後に他施設が気付いた事例のように、入院期間の最後に気付いた事例などがあった。このような事例より、入院時の持参薬確認などの節目となる機会の確認が十分行われず誤りを発見できなければ、その後の入院期間中には誤りを発見する機会があまりないのではないかと考えられた。

その他に、手術前の診察で麻酔科医が気付いた事例や患者が薬剤が不足していることを申し出て気付いた事例などがあった。

④改善策

ア) 持参薬確認の手順や体制

(i) 持参薬の確認体制

- 地域連携室の協力体制を検討する。
- 入院時の持参薬確認のあとでも新たに持参薬の申請があればその時点で確認する。

- 高齢の手術患者は、日程に余裕を持って入院させて内服状況を確認し、術前準備にあたる。

(ii) 持参薬の確認方法

- 前医の紹介状の記載に全て依存することなく、実際の薬を持参してもらって、実物をチェックする。
- 入院時は、本人・家族へ持参薬の有無の確認と、医師指示の確認を徹底する。
- 薬袋のみの確認で済まらず、指示票と照合する。
- 持参薬確認票に薬剤名はあるが残数の記載がない場合は、薬剤部に確認する。
- 持参薬をダブルチェックする。

(iii) 持参薬の継続に関する判断

- 当院規定で他院持参薬継続時は当院で処方出来る内容であれば再度処方し直し、又他院処方薬継続の場合は指示簿へ処方内容の記載を主治医へ依頼する。
- 持参薬確認後、薬剤部から払い出された時に、持参数と処方数を正確に確認、把握する。

イ) 診療情報システムの改善

- 初回継続処方時に、システムに入力された他院の処方歴をコピーして処方する場合、他院の処方薬が当院で採用されている薬、規格と一致する、あるいは同等であることを十分確認する。

ウ) 診療録、診療情報提供書の活用や確認

(i) 処方内容の確認

- 退院時指導書と内服薬処方をしっかり確認する。
- 口頭指示のときはカルテに記載してもらう。

エ) お薬手帳

- お薬手帳の活用。

オ) 確認作業の具体的な内容

(i) 確認ルールの確立と徹底

- 紹介状の処方内容を鵜呑みにせず、不明な点があれば患者や前医に確認するなどして処方する。
- 退院前に、退院時のチェックシートを活用し、退院処方以外に内服薬が残っていないか再確認する。
- 検査説明時に、注意を要する薬剤の一覧表を見せて確認する。

(ii) 特定の薬効、薬剤の確認

- 転院時や退院時は、麻薬の書類の処理、麻薬自体の処理に関して、必ず薬局に確認し、薬剤師の指示を受ける。

(iii) 患者、家族に求める確認や協力

- 見当識が保たれているならば、処方時に患者に処方内容を確認する。

カ) 勤務体制の改善

- 繁忙な外来業務中に、紹介状に記載のない薬剤の内服を見つけることには限界があるため、外

来業務を担当する医師の増員が必要。

キ) その他

- 処方の変更内容、調剤薬局名、処方せん修正依頼をきちんと薬剤科に伝え、調剤薬局へ確認してから本人へ連絡する。

(5) 薬剤の施設間等情報伝達に関連した医療事故と医療安全情報

今回紹介した事例には、その事例の報告が直接的な契機となって本事業の医療安全情報を作成、提供した事例があり、他の事例も医療安全情報と関連のある事例がある。

例えば、No. 2「前医の紹介状の処方表記中の有効成分量と製剤量とを誤解して調剤した事例」及びNo. 19「処方せんの製剤量と有効成分量を誤解した事例」は、医療安全情報No. 18及びNo. 41「[処方表記の解釈の違いによる薬剤量間違い](初報及び第2報)」に、No. 4「紹介状に記載されていたアレルギー情報の伝達がなされなかった事例」は、医療安全情報No. 30「アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与」に、No. 17「持参薬作成表作成時に規格の記載がなく規格間違えを生じた事例」は、医療安全情報No. 39「持参薬の不十分な確認」に、No. 18「5ヶ月前の検査予約時には服用していなかった抗凝固剤に気づかずに検査を行った事例」は、医療安全情報No. 51「ワルファリンカリウムの内服状況や凝固機能の把握不足」にそれぞれ関連している。

このように、薬剤の施設間等情報伝達が発生した場合には、薬剤の領域における様々な種類の医療事故につながる可能性がある。したがって、本事業の成果物である医療安全情報を施設内の教育・研修の場などで是非繰り返しご活用頂きたい。

(6) まとめ

薬剤の施設間等情報伝達の事例のうち、他院—当該施設などの施設間情報伝達に関連した医療事故を概観した。診療情報提供書を交付しなかった、アレルギー情報の伝達忘れ、原薬量と製剤量の誤解、患者の意見のみで持参した散剤の内容を判断した事例などの事例があった。また、医療事故には至らなかったものの、ヒヤリ・ハット事例の発生も報告されていた。

本報告書で示したように、他院—当該施設間で伝達される情報媒体とそのリスク、当該施設内における情報伝達の途絶や誤解のリスクを医療施設内で共有し、報告された改善策を参考にして医療事故の発生防止に努めることが重要であると考えられた。

今後も継続して事例の収集を続け、具体的ないくつかの主体間の事例に焦点をあてて、分析班において検討することとしている。