

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「診療科間及び診療科一部門・部署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

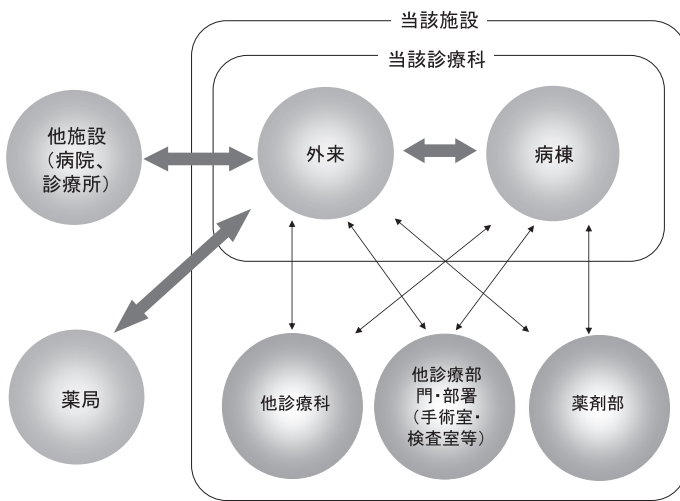
平成23年1月から12月まで、ヒヤリ・ハット事例のテーマとして「複数の施設間・診療科間・部署間において、患者の薬剤の情報伝達が不十分であったことによるヒヤリ・ハット事例」を取り上げ、事例収集を行った。

本報告書では、第27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9月30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45件に、10-12月に報告があった8件を加えた53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—部門・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。診療科と部門・部署の間の情報伝達に関する事例で、診療科名が分かる事例は「診療科—部門・部署間の情報伝達間違い」として整理し、診療科名が記載されておらず「外来」または「病棟」という情報のみ記載されている事例は、「部門・部署間の情報伝達間違い」として整理した。

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	24
他施設→当該施設	22
当該施設→薬局	2
部門・部署間の情報伝達の間違い	18
外来→病棟	5
病棟→外来	1
外来→薬剤部	1
病棟→薬剤部	2
薬剤部→病棟	1
手術室→病棟	3
救命救急センター→HCU	1
救急外来→造影検査室	1
病棟→放射線撮影室	1
病棟→ICU	1
ICU→薬剤部	1
診療科間の情報伝達間違い	8
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
腎臓内科→脳神経外科	1
麻酔科→心臓血管外科	1
循環器外科→麻酔科	1
診療科一部門・部署間の情報伝達間違い	3
内科→内視鏡室	1
救命救急センター→放射線科	1
放射線科→救急外来	1
計	53

※矢印は情報の流れを示す。

(2) 診療科間及び診療科一部門・部署間の情報伝達の間違いに関する医療事故の分析

①発生状況

本報告書では、特に「○○科→○○科」「内科→内視鏡室」などの、「診療科間」及び「診療科一部門・部署間」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12月31日の間に報告された薬剤の診療科間の情報伝達に関する医療事故は8件、部門・部署間の情報伝達に関する医療事故事例は3件であった。

②薬剤の診療科間及び診療科一部門・部署間の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「診療科間」及び「診療科一部門・部署間」の情報伝達に関する事例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、医療事故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) 内科→皮膚科

No. 3 「ワーファリン投与中の患者の血液凝固能の確認が不十分であった事例」

- 内科と皮膚科とではワーファリン投与中の患者の凝固能に対する関心が異なるのではないかと考えられる。そうであれば、処置を依頼する内科から、凝固能の情報を提供することが、再発防止策として適当なのではないか。
- 事例が、他院の患者に生じた褥瘡で治療のために当該施設に紹介されたのか、入院中の患者に発生した褥瘡の治療なのか不明であるが、いずれであるかによって、凝固能の把握について当該施設が行うべき対応が異なってくると考えられる。
- 病院勤務の皮膚科医は、最近非常勤の場合も多くなっているように感じるため、出勤している限られた時間内にすべき処置を済ませる思いが強いのではないかと考えられる。そうすると、凝固能の確認がおろそかになりがちになるリスクもある。
- 医療安全情報 No. 5 1「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」で紹介した「循環器病の診断と治療に関するガイドライン」の「循環器疾患における抗凝固・抗血小板療法に関するガイドライン(2009年改訂版)」(<http://www.j-circ.or.jp/guideline/index.htm>)の、「IV補足 2 抜歯や手術時の対応」は参考になる。

イ) 内科→整形外科

No. 5 「ヘパリンの投与量の記載を誤解した事例」

- 「ヘパリン 15000 単位 1 日 2 回投与」という指示や表記の解釈が、当該施設の内科と整形外科の間で異なっている可能性がある。
- 改善策として、「処方の記載方法について統一した。」とあり、改善策のひとつであると考えられるが、投与する薬剤には内服薬や注射薬があり、それぞれ一般には 1 日量、1 回量で表記することが多いと考えられることから、表記の方法とその方法が対象とする薬剤の範囲をどのように定め、また、それが実践可能であるか興味深い。

ウ) 麻酔科→心臓血管外科

No. 7 「薬剤アレルギー情報が伝達されなかった事例」

- ヨードアレルギー情報の確かさに疑問が残る事例である。麻酔科医が、患者から「昔、一度痒くなったがその後は問題なし」という情報を聴取し、実際に過去 2 回問題がなかったと事例から読み取れることから、このようなアレルギー情報の取り扱いが難しい。
- 結局、このような情報があってもヨードアレルギーの程度と、イオメロンのような非イオン性ヨード造影剤を使用することの利益との比較考量により、使用の可否を決定することとなるので、その決定の明確化とスタッフ間の情報共有、そしてアレルギー反応は生じた際の対応の準備を十分にしておくことが重要である。
- 第 26 回報告書にも掲載されている議論であるが、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。(第 26 回報告書、86-87 ページ)

工) 循環器外科→麻酔科

No. 8 「手術前のワーファリン中止を指示し忘れた事例」

- 結果論ではなく、心臓血管外科の術前患者にワーファリンの投与を中止し忘れた事例であるので、報告された情報からみると、手術の延期を決断するべきではなかったかと考えられる。
- 手術を実施した背景・要因として、当日や翌日以降の手術室のスケジュールなどの要因はないだろうか。そのような、医学的ではない観点からヒューマンエラーの要因を検索して、手術室の運営システムの改善につなげることが重要である。
- 改善策として記載されている、「術前中止薬（抗凝固薬、抗血小板薬など）は常用薬とは別の薬袋を作成し、薬袋に手術日を示すようにする。」という対策は参考になる。実際に、術前中止薬も含めて一包化調剤をしていると、術前中止の確認が煩雑になり、患者にとっても困難な服用方法になりうる。

図表Ⅲ-2-3 薬剤の診療科間及び診療科一部門・部署間の情報伝達に関連した医療事故の概要

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
1	障害なし	精神科 → 皮膚科	<p>複数回の入院および合併症として慢性滑膜炎のある統合失調症の患者が、発熱のための全身管理および精神状態のフォローを兼ねて入院となった。入院時より、バンコマイシン投与を開始して軽快していたが、静脈ルートの確保が困難なこともあり、バンコマイシンから他薬への変更を考え、ICT にコンサルトを行った。その結果「ペニシリン系抗生剤の投与を可とする」との判断がなされた。また、前回入院時のサマリーにはアレルギーの記載がなかったため、サワシリンの投与を開始した。</p> <p>翌日より頸部を中心に発赤・発熱を認めたため、皮膚科にコンサルトを行ったが、薬疹には否定的な印象であったため継続したが、状況は改善しなかった。</p> <p>その後、過去のサマリーの患者情報欄にペニシリンアレルギーが確認され、ニューキノロン系への変更を行った。</p>	<p>ペニシリンアレルギーについては患者情報欄に記載があったが、特定薬剤名でなく一般名のフリー入力であり、今回使用したサワシリンはオーダー時にチェックされなかった。</p> <p>そのため、発生後よりペニシリン系の薬剤名を追加入力したがそれでも当院採用のペニシリンの全てはカバーできていない状態である。</p>	<p>・フリー入力されているアレルギー情報を薬剤オーダー時にチェックがかかるように、各診療科へ再登録を依頼した。</p>

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
2	障害なし	放射線科 → 血液内科	<p>6 年前にセフェム系抗生剤で薬疹と考えられる既往があることを確認し放射線科カルテ及び新患紹介用紙のアレルギー欄に記載していた。オーダー画面のアレルギー薬剤の入力は方法を知らず、また今まで記載したことがなく行っていなかった。</p> <p>第 3 世代セフェム系抗生剤投与の指示を受け、セフトジジム 2g2 × をオーダーした。血液内科での主治医に電話で報告。体幹部皮疹と軽度の膨疹をセフトジジムによるものかと考えている旨相談したところ、第 4 世代への変更を指示されファーストシン 2g2 × をオーダーした。</p> <p>2 日後皮膚科紹介し、体幹部融合傾向のある紅班を認め中毒疹を疑う原因として、複数の薬剤が開始されているため、特定は困難との返事があった。さらに 2 日後皮膚科再来、顔面から体幹・四肢に紅班を認め増悪傾向にあり、他系統の抗生剤への変更と強ミノ C を I V の返事を受け、ミノサイクリン 100mg1 × に変更。喉の腫れた感じなどの所見がありオキシコンチンの薬剤は変更、中止できる内服薬及びミノサイクリンは中止した。その後皮疹は改善し皮膚科再来時は鱗屑を残すのみとなった。</p>	<p>抗生剤投与後の骨髄抑制に伴う感染症に対する抗生剤投与に関して、入院時、6 年前にセフェム系抗生剤で薬疹と考えられる既往があることを確認し、放射線科カルテ及び新患紹介用紙のアレルギー欄に記載していた。</p> <p>しかし、血液内科に薬剤アレルギーを伝えることなく、また、オーダーリングシステムの薬剤アレルギーの記載方法も知らず記載していなかった。指導医もこれに気付かず、看護師・病棟担当薬剤師もそれぞれ入院時にアレルギー歴を確認し、看護日誌や薬剤師の患者情報用紙に記入していたが、セフェム系抗生剤が指示されたと気付かなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は、薬剤投与指示の際はアレルギー歴をダブルチェックする。 ・確認したアレルギー歴は必ずオーダーリングシステムに記載する。 ・看護師・担当薬剤師はオーダーリング画面アレルギー入力を確認する。 ・診療録・看護記録の決められた場所の記載を確認する。 ・担当薬剤師はアレルギー薬剤の指示を確認する。 ・研修医の指導医は指示・記録をチェックする。また、確認時はサインする。
3	障害残存の可能性 (低い)	内科 → 皮膚科	<p>仙骨褥瘡壊死部の切除。ワーファリン内服中であり、PT (INR) がコントロール不良になっている患者に、そのことの把握不足のまま褥瘡デブリードマン処置を実施し、出血によるプレショックに至った。</p>	<p>主治医と皮膚科医師の間で、患者の状態や治療内容が共有できていない。</p> <p>一処置に複数の看護師が、分担して関わり、患者の全身状態の把握とアセスメントができていない。</p> <p>看護師間の連携、情報伝達が不十分である。薬剤についての知識不足である。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚科受診依頼時、主治医は使用薬剤を皮膚科医師に申し送る。 ・皮膚科医師は、診察前にカルテで患者の状況や検査データを確認する。 ・皮膚科処置に付いた看護師は、受け持ち看護師に申し送るまで、対応に責任を持つ。

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
4	障害残存の可能性 (低い)	循環器内科 → 血液内科	患者は全身性エリテマトーデスのため血液内科に入院しており、病勢増悪し妊娠の継続が困難と判断、人工妊娠中絶施行していた。術後一時DICを生じ、レミナロン投与にて対応していた。診察時、胸痛、呼吸困難を認めたため、造影CT施行で肺血栓塞栓症と診断し、循環器科へコンサルト、ヘパリンによる抗凝固療法開始となった。レミナロン投与中止し、ヘパリン2千単位のところ誤って2万単位オーダーし口頭指示でIVを指示、患者へ過剰投与した。	持続静注を25000単位/5A/日でオーダーし、そのまま始めの静注を2千単位で指示するところを間違えて2万単位で指示した。患者の呼吸困難が強く、原因が肺血栓塞栓症と判明したため、治療を急ぐばかりに投与量ミスに気付かなかった。外来業務と入院患者の重症化、他科からの転科と非常に多忙であった。午後の外来中に造影CT結果を確認、循環器科にコンサルトし、外来終了後に病棟に戻りヘパリンを投与しようとした。	<ul style="list-style-type: none"> 多忙である時は入院担当の診療医に応援を頼み、複数のスタッフで患者の診療に対処する。 診療科内の医師の連携を強め、外来担当医は外来診療に専念し、病棟患者の対処は病棟担当医に任せるようにする。 ヘパリン投与に関してはワンショット静注オーダーと持続点滴オーダーを分けて行う。 今回のように通常の用量を超えた指示があり、薬剤部からの疑義照会がある場合は、一人の医師で判断するのではなく複数の医師により検討するよう心掛ける。
5	障害なし	内科 → 整形外科	変形性膝関節症のため手術目的で入院した患者に、術前にヘパリンを用いた抗凝固療法を開始するために、内科の医師の指示通りに整形主治医がヘパリン15000単位1日2回、処方した。2日後に内科の医師がカルテを確認して、本来はトータル15000単位の指示が、30000単位として処方され、実施されていることが判明した。	医師間の連絡不足。ヘパリン15000単位1日2回投与が1日何単位の投与だったのか曖昧であった。	<ul style="list-style-type: none"> ヘパリンの使用方法について知識を深める。 処方の記載方法について統一した。(1回量、投与回数を表示)
6	障害残存の可能性 (低い)	腎臓内科 → 脳神経外科	外傷性クモ膜下出血で脳神経外科に入院中の患者。既往に関節リウマチがあり、過去にリウマトレックスを内服していたが現在は中止中であった。患者の状態も安定したためリウマチでかかりつけだった腎臓内科に受診し、主治医よりメソトレキサート(2)の処方を指示された。その際カルテに『MTX(2)3tab(2-0-1)/週』と記載されていた。脳外科医師は、この指示を基にメソトレキサート(2.5)だと思い込み、3錠(2-0-1)4日分と3日分のつなぎ処方をした。合計7日間、連日投与された。採血データにて汎血球減少が認められ、メソトレキサート(2.5)の投与中止し、輸血やG-CSF製剤投与を行った。汎血球減少は改善みられたが、誤嚥による肺炎が出現し抗生剤投与を開始した。肺炎による低酸素状態から不整脈(VT)出現し心室細動となりCPR開始後6分で心拍再開した。現在ICUにて加療中である。	腎臓内科の指示「3tab(2-0-1)/週」の指示が外科領域ではほとんど使われない指示であり、担当医は1日投与量と勘違いした。担当医は『MTX(2)3tab(2-0-1)/週』の指示に疑問を抱いたが確認を怠った。メソトレキサート(2)は、オーダーできる診療科が限定されているため脳外科医師はオーダーできないが、メソトレキサート錠2.5mgは科限定にされていないためオーダーできてしまった。薬剤師数名での鑑査体制となっているが、その機能が作用しなかった。また、病棟薬剤師のチェックも通り抜けてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 内容が不明な時は、思い込みはせず、周囲や指示を出した本人に確認することを徹底する。 薬剤部において処方鑑査でハイアラート薬については全件、病名の確認を行い何に対して処方されているのかを確認することとする。 メソトレキサート(2.5)は血液内科以外は処方できないように診療科限定とする。 メソトレキサート(2)の薬剤を登録上削除することとした。

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
7	障害残存の可能性なし	麻酔科 → 心臓血管外科	<p>胸部大動脈瘤に対してステントグラフト内挿術を施行した。右大腿動脈よりデバイスを挿入し、内挿する部位まで進め、ステントグラフトを展開する前に留置位置決定を目的とした動脈造影検査を施行し11時59分、イオメロン300を25mL投与した。</p> <p>12時00分には心電図モニター検査にて房室ブロックとなり脈拍40回/分の徐脈を呈した。アトロピン0.5mgを静注して徐脈は改善したが、血圧60mmHgに低下。エフェドリン・ノルアドレナリン投与したが反応乏しく、この時点(12時05分)でアナフィラキシーショックと診断し、ボスミンを投与して血圧回復。サクシゾン300mgを投与し、12時08分には血圧132mmHgまで回復した。</p>	<p>緊急入院時看護師はアナムネ用紙で把握したが、「疑い」の時は電子カルテのアレルギー登録を入力しなくてよいと思い登録しなかった。</p> <p>主治医は前医の2回の造影CTで問題なかったため、患者には確認しなかった。</p> <p>病棟看護師は前回の入院時看護サマリーで、既往歴にヨード造影剤アレルギー「あり」になっていたが、その後の造影CT2回で副作用出現していなかったため患者と夫からも、アレルギーは無いと言われ手術連絡票と看護サマリーに薬剤アレルギー「無し」と記載した。主治医に報告せず、アレルギー無しと判断した。</p> <p>麻酔医は術前診察でヨードアレルギーを患者から聴取しプログレスに記載はしたが(昔、一度痒くなったがその後は問題なし)登録を忘れた。</p> <p>タイムアウト時に主治医はヨード造影を実施すると言ったが、麻酔医は過去2回発症しなかったため大丈夫だと思った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・現在、造影剤や抗生剤の皮内テストなどは実施しないため、アレルギーの予測は不可能であり、十分な問診を徹底する。 ・造影剤アレルギー発症時対応策の熟知を徹底。酸素投与、輸液、昇圧剤投与。 ・電子カルテを利用した「アレルギー」項目の登録(疑い例も含めた)の徹底。(医療安全対策委員会、医療安全ニュースで周知) ・電子カルテにおいて、過去に検査で異常が発症した時に、次に検査を行う時には過去の情報が閲覧できるシステムを検討。

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)	循環器外科→麻酔科	<p>患者は、僧帽弁狭窄症、三尖弁閉鎖不全症の手術ため、手術予定日の 1 週間前に入院した。しかし、入院日に患者の手術は、他患者の手術状況から、当初の予定日より 3 日後に行われることが決まった。</p> <p>患者は、朝食後にワーファリン 4 mg を服用していた。当該部署では、通常ワーファリンを服用している心臓手術患者は、手術予定の 1 週間程前に入院し、入院日に薬の停止が指示され、ヘパリンが投与されていた。</p> <p>患者の担当医は、入院時に手術が延期になったため、ワーファリン内服は指示があるまで継続すると指示した。</p> <p>そのため看護師は、中止の際は指示が出ると思い、与薬時に指示を確認し、他の薬と一緒に一包化されたワーファリンを与薬していた。麻酔科医師は、変更された患者の手術は月曜日だったため、手術 3 日前の金曜日に患者を訪問した。麻酔科医師は、患者のカルテをチェックした際、カルテ上でワーファリンが中止されていないことを認識した。</p> <p>しかし、麻酔科医師は、心臓手術の際は抗凝固剤を停止するのは常識であり、カルテ未記載だけの問題で、中止されているだろうと思い、担当医に薬の停止を確認しなかった。</p> <p>手術当日の朝、カルテを再確認した麻酔科医師は、薬が中止された様子がなかったため、手術室看護師に病棟への確認を依頼した。</p> <p>手術室看護師は、8 時 30 分ごろ、患者を手術室へ案内した病棟看護師と担当医に、ワーファリン停止を確認した。</p> <p>担当医が病棟リーダー看護師に確認したところ、入院 3 日目に指示すべき薬剤停止指示が出ておらず、ワーファリンは手術前日の朝まで服用されていた事が判明した。</p>	<p>手術延期により、通常入院日に停止する薬剤を継続使用したため、停止指示のきっかけがなくなり、担当医はうっかり停止指示を出し忘れた。</p> <p>看護師は、通常、術前中止薬は担当医から指示があり、看護師から薬剤中止について確認することが少なかつたため、担当医から薬の停止の指示が出ると思ひこんだ。</p> <p>看護師の与薬行為が機械的になっていたため、ワーファリン停止の必要性が認識されず、担当医師に確認が行われなかった。</p> <p>麻酔科医師は、通常ワーファリンは中止されて手術室に搬入されるため、中止されているであろうと思ひこみ、担当医に確認しなかった。</p> <p>部署でワーファリンは、単剤のヒートで薬袋に入っていることが多く、患者の場合、他の朝食後薬と一緒に一包化されていたため、看護師のワーファリンに対する認識が低くなった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 担当医は患者の手術日が再決定した日に、中止薬剤を確認する。 担当医は、患者にも術前中止薬があることを説明し、患者からの注意喚起も利用する。 麻酔科医師は、術前訪問時に術前中止薬の停止を確認する。 看護師は、患者の処方薬の薬理作用を理解して配薬する。 看護師は術前に中止が必要な内服薬を把握し、医師に確認する。 当該部署は、術前に抗凝固薬や抗血小板薬の中止がチェック出来るようにチェックリストを改定する。 術前中止薬 (抗凝固剤・抗血小板薬など) は常用薬とは別の薬袋を作成し、薬袋に手術日を示すようにする。
9	障害残存の可能性なし	内科→内視鏡室	<p>前処置の抗コリン剤の注射を施行するため、問診票を確認。全ての項目に「いいえ」とチェックしていたので、依頼書、カルテ、本人に確認をせずブスコパンを静注した。</p> <p>静注後に依頼書に抗コリン剤不可と記載している事に気付いた。患者と確認したところ眼科にて緑内障の診断はうけていないが眼が見えにくいと返答あり。ブスコパン静注後、眼痛、視力低下見られず。</p>	<p>問診票のみの確認しか行わなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医師と看護師で確認を行う。 予約時に問診票のチェックを患者と共にを行う。 依頼書のチェックを必ず行う。

No.	事故の程度	情報の流れ	事故の内容	背景・要因	改善策
10	障害なし	救命救急センター → 病棟・放射線科	硬膜脳動静脈瘻の患者で放射線科で血管内手術が予定され、病棟より搬出時麻薬が準備されず、患者の入室が20分遅れた。 主治医の指示で麻薬が救命救急センターで準備され、放射線科へ持参することになっていたが、病棟や放射線科に連絡されず、そのまま救命救急センターに持ち帰り、置いていたことが発覚する。	普段は救命救急センターから入室し、病棟には手順書がなかった。手術室、救命センターへの指示は口頭指示であった。	<ul style="list-style-type: none"> • どの部署からも搬出することがあり、マニュアルの整備、チェックリストの整備をする。 • 麻薬等の持参薬の準備は搬出部署で準備する。 • 血管内手術の申し込みから準備、システムを再度検討する。
11	障害なし	放射線科 → 救急外来	<p>整復術を行うための鎮静目的。放射線科より救急外来看護師へ電話で、「ソセアタ1A筋注の準備とソルアセットFでルートの準備をして持ってきて欲しい」とA看護師が依頼された。</p> <p>A看護師は指示内容を復唱しB看護師へその内容を伝言し、B看護師は救急カートから薬剤を取り出しA看護師へ渡す。</p> <p>放射線科で筋注するよう口頭指示を受け、アンプルを確認せず注射を施行した。</p> <p>患者はその後帰宅し、使用した薬剤の処方箋を医師より受け取り、薬剤科に提出後薬剤を受領した。救急外来に帰り、救急カートに薬剤を保管しようとしたときに、アタラックスPの不足がなく、硫酸アトロピンが1A不足していることで、間違えて使用したことが判明した。</p>	<p>薬剤準備時、使用前・使用後の薬剤確認を怠った。</p> <p>準備者、実施者の連携・ダブルチェックがされなかった。</p> <p>声だし、指差し確認を怠った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 薬剤使用時の5Rの徹底。 • 口頭指示での復唱の徹底とダブルチェックの確実な実施。 • 注射準備時、実施前、実施後の薬剤の確認の徹底。

③薬剤の診療科間及び診療科一部門・部署間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) 診療科が情報伝達を忘れた、2) 診療科は正しい情報を伝達したが当該診療科等で情報が途絶した、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、診療科間及び診療科一部門・部署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) 診療科間及び診療科一部門・部署間における情報伝達

ア) 診療科が伝達しなかった情報

5事例の報告があり、過去のサマリーの患者情報欄にアレルギー情報を記載していたが、前回入院時サマリーにアレルギー情報がないため伝達しなかった事例と、手術延期が決まった日に、ワーファリン内服は中止指示があるまで継続することを指示したが、実際は中止を指示しなかった事例などがあった。診療科が伝達しなかった情報を図表Ⅲ-2-4に示す。

図Ⅲ-2-4 診療科が伝達しなかった情報 (医療事故)

診療科が伝達しなかった情報	
1)	精神科→皮膚科 ・過去のサマリーの患者情報欄にアレルギー情報を記載していたが、前回入院時サマリーにアレルギー情報がないため、皮膚科に伝達せず。
2)	放射線科→血液内科 ・放射線科カルテ及び新患紹介用紙のアレルギー欄にアレルギー情報を記載、また、看護日誌や薬剤師の患者情報用紙に記載していたが、血液内科に伝えず。
3)	循環器外科→麻酔科 ・手術延期が決まった日に、ワーファリン内服は中止指示があるまで継続することを指示し、実際は中止を指示せず。
4)	救命救急センター→放射線科 ・医師は麻薬の準備を口頭で指示し、放射線科へ持参することとした。 ・放射線科病棟に、準備した麻薬の持参を連絡せず。
5)	麻酔科→心臓血管外科 ・ヨードアレルギーの情報を患者から聴取。 ・術前診察でヨードアレルギーを患者から聴取し電子カルテに記載はしたが、アレルギー情報の登録をせず。

※矢印は情報の流れを示す

イ) 診療科間及び診療科一部門・部署間で伝達された情報媒体や情報の内容

診療科間及び診療科一部門・部署間で正しい情報伝達が行われなかった事例を詳細に分析すると、診療科が正しい情報を発信したのち、1) 情報の受け手である診療科や部門・部署内でも正しく情報伝達されたのち情報が途絶した・誤解された事例と、2) 受け手である診療科や部門・部署で情報を受けたのち正しく伝達されることなく情報が途絶した・誤解された事例とがあった。そこで、伝達された情報やその媒体と、情報が伝達された過程を分析した。

情報伝達の内容や媒体としては、診療科による投薬の指示が多かった。記載された指示と口頭指示とがあった。他に、禁忌薬剤の情報が記載された検査依頼書があった。これらの情報のうち「放射線科→救急外来」の事例は、受け手である救急外来に正しく伝達されたが、その後、伝達の誤解が生じ、最終的に正しく情報伝達されなかった事例であった。

これら診療科間及び診療科一部門・部署間における情報伝達において伝達された情報媒体やその内容及び情報の流れを図表Ⅲ-2-5に示す。

図Ⅲ-2-5 伝達された情報の媒体や内容（医療事故）

前診療科が伝達した情報	当該診療科及び部門・部署における情報伝達
1 診療科間	
【内科】 患者にワーファリンを処方。	
【循環器内科医】 ヘパリンによる抗凝固療法（ヘパリン持続静注射と最初の 2 千単位静注）を指示。	
【内科医師】 ヘパリンによる抗凝固療法（15000 単位／日）を指示。	
【腎臓内科】 抗リウマチ剤（メトトレキサート（2））の投与を意図して「MTX（2）3tab（2-0-1）／週」と記載。	
2 診療科—部門・部署間	
【内科】 検査依頼書に抗コリン剤不可と記載あり。 患者は、問診表記載時に、全て「いいえ」にチェックした。	
【放射線科】 「ソセアタ 1 A 筋注の準備とソルアセット F でルートの準備と放射線科への持参」を救急外来看護師に電話で指示。	【救急外来】 → 看護師 A が受け、看護師 B に指示内容を情報伝達。

※矢印は事例から確認できた正しい情報伝達の流れを示す。

④情報伝達を阻害する要因

第 27 回報告書で提示した分類を参考にすると、情報伝達が行われなかった事象には大別して、1) 前診療科等から当該診療科等に正しい情報が伝わらなかった事例と、2) 前診療科等から当該診療科等に正しい情報が伝わった事例とがあり、1) にはさらに、①前診療科等が情報を伝達しなかった事例と、②前診療科等が誤った情報を伝達した事例があり、また、2) にはさらに、③当該診療科等で情報が途絶した、④当該診療科等で情報を誤解した、事例がありうる（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、ワーファリンの処方を入力したが、PT-INR の値がコントロール不良であることを十分伝達しなかったことなどがあった。

また、情報が誤解された理由を見ると、処方表記の誤解、検査依頼書と問診票が伝達されている中で問診票のみ使用して判断したこと、名称類似などによる薬剤の取り違い、などがあった。

特に、腎臓内科→脳外科間の情報伝達の間違えの事例では、葉酸代謝拮抗剤である methotrexate（一般名）が、臨床的に抗リウマチと抗悪性腫瘍という二つの目的で使用されており、製品としてそれぞれに対応したものが製造、販売されていることや、目的によって用法や用量が異なることなどが、医療事故の発生要因となっている。そこで、第 27 回報告書では、この事例を特にテーマとして取り上げて、詳細に分析するとともに、あるべき処方の表記方法を提示することや、methotrexate 製剤の包装シートのデザイン変更の情報などを紹介している（第 27 回報告書、152-158 ページ）。

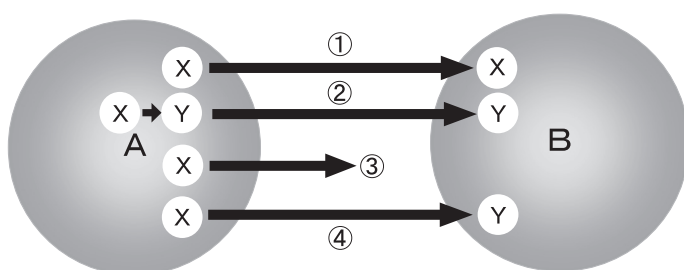
これらの情報伝達を阻害する理由には、業務の中で改善の余地のある理由が多いことから、報告された医療事故になお予防可能性のあることが示唆された。

図表Ⅲ-2-6 報告事例から見た情報伝達の流れ

前診療科・部門・部署Aから当該診療科・部門・部署Bに情報が伝わらない場合



前診療科・部門・部署Aから当該診療科・部門・部署Bに情報が伝わった場合



- ①正しい情報の伝達
 - ②誤った情報の伝達
 - ③情報伝達の途絶
 - ④伝達された情報の誤解
- A, B 部門、部署
X 正しい情報
Y 誤った情報

図表Ⅲ-2-7 情報伝達がなされなかった要因(医療事故)

前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に正しい情報が伝わらず		前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に正しい情報が伝わった			計
情報が伝わらなかった	誤った情報が伝わった	主に情報の途絶が要因	主に情報の誤解が要因	情報の途絶・誤解が要因	
件数	件数	件数	件数	件数	
5	0	1	4	1	11

図表Ⅲ-2-8 情報伝達されなかった理由 (医療事故)

診療科、部門・部署	前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に情報が伝わらなかった	→	前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に情報が伝わった	
	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
精神科 →皮膚科	【精神科】 ・過去のサマリーの患者情報欄にアレルギー情報が記載されていたが、前回の入院時サマリーにアレルギー情報がなかったため皮膚科に伝達せず。	【情報を伝達せず】		
放射線科 →血液内科	【放射線科】 ・オーダーリング画面にアレルギー情報を入力する方法を知らず入力せず。	【情報を伝達せず】		
麻酔科 →心臓血管外科	【麻酔科】 ・術前診察でヨードアレルギーを患者から聴取しプログレスに記載はしたが登録を忘れた。 ・造影CTを2回実施し副作用がなかったため登録を忘れた。	【情報を伝達せず】		
循環器外科 →麻酔科	【循環器外科】 ・手術延期が決まった日に、ワーファリン内服は中止指示があるまで継続することを指示し、実際は中止を指示せず。	【情報を伝達せず】		
救命救急センター →放射線科	【救命救急センター】 ・医師は麻薬の準備を口頭で指示し、放射線科へ持参することとしたが、放射線科病棟には、準備した麻薬が持参されることが連絡されず。	【情報を伝達せず】		
内科 →皮膚科		→	【内科】 ・ワーファリンの処方を入力したが、PT-INR がコントロール不良であることを十分伝達せず。 【皮膚科】 ・カルテで患者の内服薬の処方や検査データを確認せず。	
循環器内科 →血液内科		→		【血液内科医】 ・多忙であった。
内科 →整形外科		→		【整形外科医】 ・「ヘパリン 15000 単位、1 日 2 回投与」の指示の表記では一日量の解釈が曖昧になった。

診療科、部門・部署	前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に情報が伝わらなかった	→	前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に情報が伝わった	
	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
腎臓内科 →脳神経外科		→		【脳神経外科】 ・腎臓内科の指示「3tab (2-0-1) / 週」の指示が外科領域ではほとんど使われない指示であり、1 日量と勘違いした。 ・担当医は『MTX (2) 3tab (2-0-1) / 週』の指示に疑問を抱いたが確認せず。 ・メソトレキサート (2) は、オーダーできる診療科が限定されているため脳外科医師はオーダーできないが、メソトレキサート錠 2.5 mg は限定されていないためオーダーできた。 ・カルテに記載された「MTX (2) 3tab (2-0-1) / 週とは、メソトレキサート (2.5) (抗がん剤) だ」と思い込んだ。
内科 →内視鏡室		→	【内視鏡室】 検査依頼書を見なかったため「抗コリン剤不可」の記載に気付かず。	【内視鏡室】 ・問診票は全て「いいえ」がチェックされていたため禁忌なしと判断。
放射線科 →救急外来		→		【救急外来】 ・救急カートの薬剤を取り間違えた、または、「ソセアタ」「ソルアセト」と「アトロピン」が名称類似であったことによる取り違えの可能性あり。

※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。本項目内に複数回掲載している改善策には（再掲）と記載した。

ア) 薬剤や医療機器に関する知識向上

- ヘパリンの使用方法について知識を深める。

イ) 処方薬確認の手順や体制

(i) 処方薬の確認体制

- 外来が多忙である時は、入院担当の診療医に応援を頼み、複数のスタッフで患者の診療に対処する。
- 診療科内の医師の連携を強め、外来担当医は外来診療に専念し、病棟患者の対処は病棟担当医に任せるようにする。
- 今回のように通常の用量を超えた指示があり、薬剤部からの疑義照会がある場合は、一人の医師で判断するのではなく複数の医師により検討するよう心掛ける。

- 内容が不明な時は、思い込みはせず、周囲や指示を出した本人に確認することを徹底する。
- 薬剤部において、処方鑑査で、ハイアラート薬については全件、病名の確認を行い、何に対して処方されているのかを確認する。

(ii) 処方薬の確認方法

- 皮膚科受診依頼時、主治医は使用薬剤を皮膚科医師に申し送る。
- 皮膚科医師は、診察前にカルテで患者の状況や検査データを確認する。
- 皮膚科処置に付いた看護師は、受け持ち看護師に申し送るまで、対応に責任を持つ。
- 術前に抗凝固薬や抗血小板薬の中止がチェック出来るようにチェックリストを改定する。

(iii) 術前に薬剤を中止する手順

- 担当医は患者の手術日が再決定した日に、中止薬剤を確認する。
- 担当医は、患者にも術前中止薬があることを説明し、患者からの注意喚起も利用する。
- 麻酔科医師は、術前訪問時に術前中止薬の停止を確認する。
- 看護師は、患者の処方薬の薬理作用を理解して配薬する。
- 看護師は術前に中止が必要な内服薬を把握し、医師に確認する。
- 術前に抗凝固薬や抗血小板薬の中止がチェック出来るようにチェックリストを改定する(再掲)。
- 術前中止薬(抗凝固剤・抗血小板薬など)は常用薬とは別の薬袋を作成し、薬袋に手術日を示すようにする。

ウ) 診療情報システムの活用や改善

(i) アレルギー情報の確実な把握

- 電子カルテを利用した「アレルギー」項目の登録(疑い例も含めた)の徹底を医療安全対策委員会、医療安全ニュースで周知する。
- 電子カルテにおいて、過去に検査で異常が発症した時に、次に検査を行う時には過去の情報が閲覧できるシステムを検討。
- 医師は、薬剤投与指示の際はアレルギー歴をダブルチェックする。
- 確認したアレルギー歴は必ずオーダーリングシステムに記載する。
- 看護師、担当薬剤師はオーダーリング画面アレルギー入力を確認する。
- 診療録、看護記録の、決められたアレルギー歴を記載する場所を確認する。
- 担当薬剤師はアレルギー薬剤の指示の有無を確認する。
- 研修医の指導医は、指示や記録をチェックする。また確認時はサインをする。

(ii) アラートの設定

- フリー入力されているアレルギー情報を薬剤オーダー時にチェックがかかるように、各診療科へ再登録を依頼した。

(iii) 処方の入力方法の改善

- ヘパリン投与に関しては、ワンショット静注オーダーと持続点滴オーダーを分けて行う。
- ヘパリンの処方の記載方法について統一した。(1回量、投与回数の表示)

(iv) 処方できる診療科の制限

- メソトレキセート(2.5)は、血液内科以外は処方できないように診療科限定とする。

(v) 薬剤登録の変更

- メソトレキセート(2)の薬剤を登録上削除することとした。

エ) 診療情報システムに依らないアレルギーの有無の確認方法

- 現在、造影剤や抗生剤の皮内テストなどは実施しないため、アレルギーの予測は不可能であり、十分な問診を徹底する。
- 内視鏡検査依頼書と問診票を医師と看護師とで確認を行う。
- 内視鏡検査予約時に問診票のチェックを患者と共に行う。
- 内視鏡検査依頼書のチェックを必ず行う。

オ) アレルギー反応への対応

- 造影剤アレルギー発症時の対応策の熟知を徹底。酸素投与、輸液、昇圧剤投与。

カ) 緊急手術時の薬剤の準備

- 血管内手術の際に、患者はどこの部署からも搬出することがあるため、マニュアルの整備、チェックリストの整備をする。
- 血管内手術の際に、麻薬等の持参薬の準備は搬出部署で準備する。
- 血管内手術の申し込みから準備、システムを再度検討する。

キ) 患者に求める協力

- 担当医は、患者にも術前中止薬があることを説明し、患者からの注意喚起も利用する(再掲)。
- 内視鏡検査予約時に問診票のチェックを患者と共に行う(再掲)。

(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27回報告書で取り上げた、平成23年1月1日から9月30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103件に、10-12月に報告があった23件を加えた126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」「診療科一部門・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、第26回報告書以降はこれを「診療科間の間違い、○科→○科(診療科名不明)」として整理している。診療科と部門・部署の間の情報伝達に関する事例で、診療科名が分かる事例は「診療科一部門・部署間の情報伝達間違い」として整理し、診療科名が記載されておらず「外来」または「病棟」という情報のみ記載されている事例は、「部門・部署間の情報伝達間違い」として整理した。

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	37
他施設→当該施設	28
当該施設→他施設	6
当該施設→薬局	3
部門・部署間の情報伝達の間違い	42
外来→病棟	5
病棟→薬剤部	5
薬剤部→病棟	11
外来→薬剤部	1
外来→中央処置室	1
病棟→I C U	2
I C U→病棟	5
病棟→外来化学療法室	1
病棟→透析室	1
透析室→病棟	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	2
病棟→検査室	1
救急部→病棟	1
初療室→病棟	1
診療科間の情報伝達間違い	46
内科→外科	1
内科→整形外科	1
内科→○科	1
腎・透析科→心臓外科	1
腎臓内科→○科	1
内分泌科→脳外科、麻酔科	1
内分泌代謝科→○科	1
糖尿病内科→歯科口腔外科	1
糖代謝内科→○科	1
循環器内科→整形外科	1
循環器内科→腎臓内科	1

情報伝達の内容・情報の流れ	件数
循環器内科→○科	3
血液内科→泌尿器科	1
眼科→整形外科	1
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→○科	1
皮膚科→高齢科	1
放射線科→○科	1
麻酔科→眼科	1
化学療法科→○科	1
○科→循環器内科	1
○科→○科	21
診療科・部門・部署間の情報伝達間違い	1
循環器内科→血管造影室	1
計	126

※矢印は情報の流れを示す。

(4) 診療科間及び診療科一部門・部署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「内科→外科」「眼科→整形外科」などの診療科間の情報伝達について集計、分析した。図表Ⅲ-2-9に示すように、平成23年1月から12月31日の間に報告された薬剤の診療科間の情報伝達に関するヒヤリ・ハット事例は46件、診療科・部門・部署間の情報伝達に関するヒヤリは1件で47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

情報伝達が行われなかった事例には、大別して、1)前診療科から当該診療科に正しい情報が伝わらなかった事例と、2)前診療科から当該診療科に正しい情報が伝わった事例とがあり、1)にはさらに、①前診療科が情報を伝達しなかった事例と、②前診療科が誤った情報を伝達した事例があり、また、2)にはさらに、③当該診療科内で情報が途絶した、④当該診療科内で情報を誤解した、事例があった。伝達されなかった情報の内容や、前診療科一当該診療科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) 前診療科から当該部門・部署に正しい情報が伝達されなかった情報

前診療科から伝達されなかった事例の中には、内服薬があることを申し送らなかった、申し送り時に処方内容を確認しなかった、という事例や、前診療科内で、内服薬の指示をしなかった、指示を受けたのち処理しなかった、といった事例があった。

前診療科が誤って伝達した情報事例の中には、継続処方されている内服薬を含めて内服薬は中止と申し送った事例や、同一薬について異なる2つの指示を伝達した事例などがあった。

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 前診療科・部門・部署から伝達されなかった情報(ヒヤリ・ハット事例)

前診療科・部門・部署から伝達されなかった情報	
1 前診療科・部門・部署が情報伝達を忘れた情報	
1) 他科→当該科	・医師がアムロジン内服中止を指示し、看護師が指示簿指示を受けたが処理せず。
2) 他科→当該科	・転出の際に、オメプラゾンの内服について薬を渡さず申し送りもせず。
3) 他科→当該科	・他科の医師が指示を看護師に伝えず。
4) 他科→当該科	・持参薬の申し送りをせず。
5) 他科→当該科	・アスパラカリウムを増量して内服することを指示し投薬管理票に記載したが、申し送り時に確認せず。
2 前診療科・部門・部署が誤って伝達した情報	
1) 他科→当該科	・指示簿に「他院薬服薬中止、当院新規処方継続」と指示したが、「処方されている内服薬は全て中止」と申し送り。
2) 循環器科→当該科	・非常勤の外来医師が、ワーファリンの処方を重複して指示し、かつその指示がそれぞれ異なっていた(処方1:ワーファリン錠 1mg 1錠 1×〈朝食後〉 3日、処方2:ワーファリン錠 1mg 3錠 1×〈朝食後〉 5日)。
3) 他科→当該科	・大建中湯を1日6包内服(1回2包)のところ、1日3包でセットし申し送り。
4) 放射線科→当該科	・放射線治療中に食道炎を認めた別の患者に処方するアルロイドGを誤って当該患者に処方。

※矢印は情報の流れを示す

ii) 前診療科から当該診療科に伝達された情報媒体や情報の内容

前診療科から当該診療科に伝達され、ヒヤリ・ハット事例を生じた情報媒体や情報には次に示す媒体があった。また、それらが伝達した情報の内容を示す。

ア) 処方・指示

内服薬や注射薬の処方や指示が伝達されなかった事例が多かった。通常の入院中の投薬に関する事例が多かったが、術前指示や周術期の指示もあった。また、医薬品には抗悪性腫瘍剤も含まれていた。

イ) 処方・指示の変更

内服薬や注射の指示変更が行われその情報が伝達されなかった事例が多かった。薬剤の減量の指示の他に、薬剤の中止の指示も多く報告されていた。

ウ) 内服薬

内服薬自体が手渡されることで、情報伝達が行われていた事例があった。

エ) 禁忌薬情報

フロモックス禁忌の情報を患者掲示板の禁忌薬欄に入力した事例があった。

オ) 他科への依頼

電子カルテの掲示板に循環器科「担当医宛て」としてワーファリンがなくなった旨記載した事例、退院時処方や退院後の外来処方薬の調節の依頼を行った事例、薬剤の溶解方法を示し溶解の依頼を行った事例などがあった。

ア) ーオ) の情報を整理して図Ⅲ-2-11 に示す。

図表Ⅲ-2-11 伝達された情報の媒体や内容 (ヒヤリ・ハット事例)

前診療科・部門・部署が伝達した情報	当該診療科・部門・部署における情報伝達
1. 処方・指示	
【麻酔科医師】術前指示として、「ドルミカム 3 mg + 生食 5 mL 注腸」を指示。	
【腎・透析科】オーダーリングで透析中のグリセレブと透析終了後のエボジンを処方。	
【内分泌代謝科】医師は、予約定数注の指示でネスプ持続皮下注をオーダーした。	
【他科】入院指示書中に「ロピオン+生食 50mL」の指示を記載し当該科に伝達。	
【精神科】不穏時の内服薬 (セロクエル) 投与の指示。	
【他科】帯状疱疹疑いにてバルトレックス (500)、6 錠、1 日 3 回を指示。	
【他科】エルプラットとレボホリナートを 2 時間同時に投与するレジメンを指示。	→ 【当該科】点滴処方箋のエルプラットのコメント欄に「レボホリナートと 2 時間同時投与」と記載。同様に、レボホリナートのコメント欄に「エルプラットと 2 時間同時投与」と記載。
【他科】マイランの内服を内服処方欄に記載。	
【他科】患者管理でプレドニン 1 日 1 錠を与薬。	
【他科】外来処方継続を指示。	
【他科】ワーファリンの内服を開始。ワーファリン指示表を院内統一マニュアル通り、グレー欄の前に挟んだ。	
【糖尿病内科】周術期の血糖管理のために「ヒューマログ (6-4-4) ランタス眠前 (16)」と指示。	
【眼科】上眼瞼腫瘍に対し、ティーエスワンカプセル 2 8 日投与後 1 4 日休業、を指示。	
【皮膚科】皮膚科受診時、皮膚炎の診断にて、「プロパデルム軟膏」の処方とそれまで塗布していた「ニゾラール軟膏」の中止を指示。	
【内科】アルファロールを処方。	
【他科】内服薬の情報を申し送り。	→ 【当該科】内服薬を継続投与。
【循環器内科】プレドニン 5 mg 1 錠 / 朝食後とブレディニン 50mg 2 錠 / 朝、夕食後を 6 日分処方。	→ 【腎臓内科】 ・循環器内科と同じ内服薬を継続するため処方。
2 処方・指示変更	
【他科】内服薬 (アマリール・メデット) は中止し、インスリンによる血糖コントロールの開始を指示。	

前診療科・部門・部署が伝達した情報	当該診療科・部門・部署における情報伝達
【内分泌医師】 前日までコートリルを処方し、当日は「サクシゾン注射施行」とカルテに指示を記載。	
【循環器内科】 ノルモナールの中止とアムロジンの処方を指示。カルテ表紙に返事コメントを記載。	
【内科】 チラージンの処方量を 75 μ g/day に増量するよう指示。	
【内科】 入院後、内服薬「ミコンピ」の中止を電子カルテ内に指示。	
【他科】 ラシックス・アルダクトンを処方。一度中止し、用量を変更して再度処方。	
【婦人科外来】 術前2週間前よりプラビックス錠の内服を中止することを患者に説明。	
【循環器内科】 ワーファリンを1錠に減量することを指示。	→ 【当該科】 循環器内科医師が指示書に指示を記載したという情報を看護師から声掛けされた。
【糖代謝内科】 アマリールの減量を指示。	
【他科】 内服外用薬実施記録(20mg 8錠/日・5mg 4錠/日)1枚と、「20mg 4錠、5mg 2錠」と手書きした記録を作成。指示コメントに前日からの増量を記録。	
【他科】 タナドーパの中止を指示。	
【循環器内科】 電話連絡によりアムロジピン5mgを2.5mgへ減量するように指示。同じ指示を一時指示に入力。	
3 内服薬・注射薬	
【泌尿器科】 前立腺癌の治療のためにカゾデックスとハルナールを処方。胸部外科転科時に内服薬を申し送り。	→ 【当該科】 内服薬を継続投与。
【他科】 内服薬の袋の中にパキシル2T メイラックス2Tを入れて当該科に渡した。	
【他科】 ルゴールの内服は1日1mL×3回で行っていることを申し送り。薬液瓶のラベルに「1回1mL」と記載。内服用ルゴールについて、1日2.7mL分3の指示で水で薄めたもの(A)と1日3mL分3の指示で水で薄めたもの(B)を当該科に渡した。	
【循環器内科】 グルトパを溶解したシリンジを血管造影室に渡した。グルトパを、1時間でシリンジポンプで入れる指示と、シリンジポンプを持ってくることを、口頭で申し送った。その後、MEセンターから借りたシリンジポンプをアンギオ室の看護師に手渡した。	
4 禁忌薬情報	
【血液内科】 フロモックス禁忌の情報を患者掲示板の禁忌薬欄に入力。	
5 他科への依頼	
【耳鼻科】 ワーファリンの処方を依頼するために、電子カルテの掲示板に循環器科「担当医宛て」としてワーファリンがなくなった旨記載。	
【腎臓内科】 退院後の外来処方薬を調節した報告書を作成。	
【他科】 退院時処方薬の処方を当該科に依頼。	
【他科】 患者が受診した際の返信文の中に、「アレビアチンの投与方法の指示として、アレビアチンは糖液との投与で混濁するので単独投与、前後で生食フラッシュすればルートは同一でも構いません」というコメントを記載。	

③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) 前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に正しい情報が伝わらなかった事例と、2) 前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に正しい情報が伝わった事例とがあり、1) にはさらに、①前診療科・部門・部署が情報を伝達しなかった事例と、②前診療科・部門・部署が誤った情報を伝達した事例とがあり、また、2) にはさらに、③当該診療科・部門・部署内で情報が途絶した、④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-2-1 2 及び図表Ⅲ-2-1 3に示した。

情報が途絶した理由を見ると、電子カルテと紙の指示票との併用に起因する確認忘れ、主治医と担当医との連携不足、不穩に対する複数科による複数の指示、一時中止する薬剤の記録の不備、処方薬剤に関する知識不足、指示の記載・入力忘れ、指示の確認忘れ、確認しにくい電子カルテ内の記載や通常使用する欄と異なる欄に記載された指示、申し送りや申し送り時の確認忘れ、内服薬の持参忘れ、指示表を挟み込む定位置の誤り、指示に気付かなかった、などがあった。

また、情報を誤解した理由を見ると、投薬量の指示の誤り、部署によって異なる入院指示書の取り扱い、複数の診療科が出した異なる指示、ワーファリンの処方担当科の不明確さ、電子カルテの分かりづらい表示、薬剤の投与量の確認不足、スタッフ間のコミュニケーション不足、土日のため医師に対する確認を躊躇したことによる確認不足、主治医の不在、患者の誤った説明のみによる判断、分かりにくい投与時間の表記、誤った処方箋の作成、名称類似の薬剤の取り違え、処方薬剤に関する知識不足、指示の確認不足、患者掲示板の禁忌薬剤情報の確認忘れ、申し送り時の指示を記録した書類の手交忘れ、分かりにくい表記による指示、指示の誤入力、不明確な服用開始日の指示、などがあった。

これらには、業務の中でなお改善の余地のある理由が多いことから、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-2-1 2 情報伝達がなされなかった要因 (ヒヤリ・ハット事例)

前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に正しい情報が伝わらず		前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に正しい情報が伝わった			計
情報が伝わらなかった	誤った情報が伝わった	主に情報の途絶が要因	主に情報の誤解が要因	情報の途絶・誤解が要因	
件数	件数	件数	件数	件数	
5	4	21	17	0	47

図表Ⅲ-2-13 情報伝達されなかった理由(ヒヤリ・ハット事例)

部門・部署	前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に情報が伝わらなかった	→	前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に情報が伝わった	
	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
麻酔科 →眼科		→		【眼科】 ・ドルミカムの量を間違えて処方。
腎・透析科 →心臓外科		→	【腎・透析科】 ・指示医以外の同科医師が透析を実施。 ・同科(腎・透析科)が出した指示を確認せず。 【心臓外科】 ・腎・透析科の医師の指示は指示書に記載するよう依頼。 ・オーダーリングシステムに入力された腎・透析科の指示を確認せず。	
内分泌代謝科 →当該科		→	【当該科】 ・看護師は、ワークシートを確認する際にネスプの指示に気付かず。	
他科(病棟・HCU) →当該科		→	【当該科】 ・主治医と担当医の連携が悪かった。	
他科 →当該科		→		【当該科】 ・入院指示書の取り扱いが部署で違っていた。
他科 →当該科	【他科】 ・アムロジン内服中止を指示。看護師が指示簿指示を受けたが処理せず。	情報伝達せず		
内分泌科 →脳外科・麻酔科		→		【麻酔科医】 ・内分泌科より、前日まで「コートリル」投薬し手術当日は「サクシゾン」の指示があったが、手術当日は「コートリルとチラーゼンを内服」と指示。 【脳外科医】 ・手術当日は麻酔科医の指示通り「コートリルとチラーゼン内服」と指示。
耳鼻科 →循環器内科		→		【耳鼻科】 ・ワーファリンがなくなる前に循環器内科再診があるのでワーファリンが処方されるものと理解。 【循環器内科医】 ・ワーファリンがなくなった日に循環器科の再診はなし。 ・耳鼻科に転棟後のワーファリンは、耳鼻科が処方すると理解。 ・電子カルテ掲示板のワーファリン投薬を依頼した記載のあて先である「担当医」とは耳鼻科の医師を指していると理解。

部門・部署	前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に情報が伝わらなかった	→	前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に情報が伝わった	
	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
精神科 →皮膚科		→	【皮膚科】 ・不穏時の指示が、(1) 皮膚科の汎用指示、と (2) 精神科の指示の 2 つあり、(1) の皮膚科の汎用指示のみを確認し、(2) 精神科の指示に気付かず。	
泌尿器科 →胸部外科 (ハートセンター)		→	【胸部外科 (ハートセンター)】 ・持参薬のカソデックスとハルナールを看護ワークシートに入力。 ・術後にカソデックスとハルナールを含め内服薬が全て中止となった後は、看護ワークシートに表示されないシステム。	
他科 →循環器内科		→	【循環器内科】 ・バルトレックスは腎排泄薬剤であり、腎機能低下患者には減量が必要であることに気付かず。	
循環器内科 →当該科		→	【循環器内科】 ・連絡伝票には内服中止を記載せず。 【当該科】 ・カルテ表紙の医師へ返事コメントをチェックせず。 ・紹介当日の返事が遅くなることにより指示確認が遅れた。	
腎臓内科 →当該科		→	【当該科】 ・報告書に気付かず。 ・退院後、1ヶ月が経過した。	
内科 →当該科		→		【当該科】 ・スーテントの処方の際に内科の「チラーヂンの処方量を 75 μg/day に変更」が頭にあり、スーテントを 75 μg/day で処方し、チラーヂンは増量せず。
内科→外科		→	【外科】 ・電子カルテ内の「薬剤鑑別報告書」は入院時の情報であり、入院後に中止や変更などの情報が追加されていない。 ・電子カルテ内の変更指示は他科の医師が確認しにくい。 ・患者に対し、直接薬を手元に出して手術当日の朝の内服薬の説明をせず。	

部門・部署	前診療科・部門・部署から 当該診療科・部門・部署に 情報が伝わらなかった	→	前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に 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
他科 →当該科		→		【当該科】 <ul style="list-style-type: none"> ・転入後、別の薬の中止指示が出た際に、以前ラシックス・アルダクトンが一旦中止となり用量変更して再開となった指示が再度表示され、「中止薬」と「ラシックス、アルダクトン」を見て、それら全てが中止と思い処理をした。 ・別の薬の中止指示が出た際に、同時に表示された「ラシックスとアルダクトン」の用量が現在の用量と異なることに気付かず。 ・「ラシックス」と「アルダクトン」の薬袋がなかった。 ・スタッフ間のコミュニケーションが不十分。 ・土日であったので医師に対する確認を躊躇。
他科 →当該科		→		【当該科】 <ul style="list-style-type: none"> ・他科の主治医が不在で確認できず。 ・退院時に必要な薬という認識がスタッフになかった(他科の処方意図を理解せず)。 ・患者が「こんな薬は飲んでいないからいらぬ」と言った、誤った説明を信じた。
婦人科 →当該科		→	【婦人科外来】 <ul style="list-style-type: none"> ・プラビックスを「血圧の薬」と表現して患者に伝えていた。 【患者】 <ul style="list-style-type: none"> ・プラビックスを中止していなかったが、近医の医師に、大丈夫だろうと言われ、当院・当科に連絡せず。 	
他科 →当該科	【他科】 <ul style="list-style-type: none"> ・指示簿に「他院薬服薬中止、当院新規処方継続」と指示。 ・処方されている内服薬は全て中止と申し送り。 	誤った情報伝達		
他科 →当該科		→		【当該科】 <ul style="list-style-type: none"> ・エルプラットとレボホリナートとのそれぞれのコメントにある「2時間同時投与」という記載は、いずれも「同じ2時間かけて投与する」という意味と解釈。
他科 →当該科		→	【当該科】 <ul style="list-style-type: none"> ・看護師は他科の処方医のコメントに気付かず。 	

部門・部署	前診療科・部門・部署から 当該診療科・部門・部署に 情報が伝わらなかった	→	前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に 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
他科 →当該科		→	【他科】 ・処方箋と PDA にパキシルとメイラックスの入力をせず。カルテにもパキシルとメイラックスの情報を記入せず。	
他科 →当該科		→	【他科】 ・転出の際に、マイランの内服について申し送らず。 【当該科】 ・転入後に内服処方箋を確認せず。	
他科 →当該科		→		【当該科】 ・もともと当該科が発行した処方箋に誤ってプレドニン 1 日 3 錠と入力。 ・お薬手帳には、プレドニン 1 錠と書かれているが活用しておらず。 【他科】 ・当該科からの持参薬処方箋を修正せず、しかし実際は 1 週間分のプレドニンを 1 日 1 錠の用量で配薬。 ・転棟時、本人が薬を管理していたので内容を確認せず。 ・配薬時、持参薬処方箋と照合していない可能性あり。 ・内服後の空袋が回収されていないか、回収していても気付いていない。
循環器内科 →当該科		→	【循環器内科】 ・指示を指示書の最新ページではないページに減量の指示を記載。 【患者】 ・医師から薬の変更はない、と看護師に返答。 【当該科】 ・コンピューター上には指示はないことを確認。 ・カルテ 2 号用紙の記載の中には指示は書かれていないことを確認。 ・指示書は最新ページのみを確認し指示はないと思った。 ・患者に対しても薬の変更がないことを確認。	
他科 →当該科		→	【当該科】 ・患者が他科の薬を持参していなかったため他科の投薬に気付かず。 【患者】 ・他科の処方薬を持参せず。	

部門・部署	前診療科・部門・部署から 当該診療科・部門・部署に 情報が伝わらなかった	→	前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に 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
他科 →当該科	【他科】 ・転出の際に、オメプラゾンの内服について薬を渡さず申し送りがせず。	情報伝達せず		
他科 →当該科	【他科】 ・他科の医師が指示を看護師に伝えず。	情報伝達せず		
糖代謝内科 →当該科		→	【当該科】 ・アマリールの減量の指示を見落とした。 ・ダブルチェックを怠った。 ・当該科入院中は内服薬が切れることがなかったのでチェックが甘くなった。 ・他の患者の内服薬処方が多い日であった。	
循環器科 →当該科	【循環器科】 ・非常勤の外来医師が、ワーファリンの処方を重複して指示し、かつその指示がそれぞれ異なっていた(処方1:ワーファリン錠 1mg 1錠 1×<朝食後> 3日、処方2:ワーファリン錠 1mg 3錠 1×<朝食後> 5日)。	誤った情報伝達		
他科 →当該科		→	【当該科】 ・当該科病棟では、ワーファリンの指示は、忘れないように指示表を内服欄に挟むことにしていたため、転入時にワーファリンの指示表があることに気付かず。	
他科 →当該科	【他科】 ・持参薬の申し送りをせず。患者に院内処方の内服薬を持たせて転棟させた。	情報伝達せず		
他科 →当該科	【他科】 ・大建中湯を1日6包内服(1回2包)のところ、1日3包でセットし申し送り。	誤った情報伝達		
糖尿病内科 →歯科口腔外科		→		【歯科口腔外科】 ・歯科口腔外科医師は糖尿病内科の指示を「ヒューマログミックス50(6-4-4)ランタス眠前(16)」と誤解。 ・患者は、入院前ヒューマログミックス50を自己注射していた。 ・糖尿病内科医が、医薬品名を正確に「ヒューマログミリオペン300単位/3mL、ランタス注ソロスター300単位/3mL」と記載しなかった。

部門・部署	前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に情報が伝わらなかった	→	前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に情報が伝わった	
	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
眼科 →整形外科		→		【整形外科】 ・ティーエスワンが休業期間を要することを知らず。 ・内服がなくなる時に眼科の担当医へ指示を仰がず。 ・持参薬鑑別報告書に「当院眼科より処方」と記載されず。 【患者】 ・高齢であり、内服方法を理解しておらず。
皮膚科 →高齢科		→		【高齢科】 ・皮膚科受診の際、塗布する部位の記録を確認せず。 ・ニゾラル軟膏とプロパデルム軟膏の作用の知識不足。
血液内科 →泌尿器科		→		【泌尿器科】 ・患者掲示板の禁忌薬欄を確認せず。 ・外来が混雑していた。
他科 →当該科		→		【他科】 ・患者情報の提供が不十分。 【当該科】 ・前日の麻薬施行票がなく、処方箋も見つけられず。 ・指示コメントをさかのぼって見ず。
他科 →当該科		→	【当該科】 ・転棟の際に残薬といつまでの処方であるかの確認をせず。	
他科 →当該科	【他科】 ・アスパラカリウムを増量して内服することを指示し投薬管理票に記載。申し送り時に確認せず。	情報伝達せず		
他科 →当該科		→		【当該科】 ・指示簿に 1 日量を 3.6mL と記載されていたが、3.0mL と記載されていると誤解。 ・薬液瓶が似ていた。 ・申し送り時に、目盛り通りの内服でないことを確認せず。
他科 →当該科		→	【当該科】 ・転棟 1 週間前からの中止指示であったが、指示を見ておらず。	
内科 →整形外科		→	【整形外科医】 ・内科からの処方を確認せず。	

部門・部署	前診療科・部門・部署から 当該診療科・部門・部署に 情報が伝わらなかった	→	前診療科・部門・部署から当該診療科・部門・部署に 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
循環器内科 →整形外科		→		【循環器内科】 ・アムロジピンの減量の指示を一時指示に入力したが、「夕」を「朝内服分」と誤入力。 【整形外科】 ・減量後のアムロジピンを朝食後に内服する指示を「朝の降圧剤を抜く」と思い込み。 ・医師からの一時指示を見直すことなく内服をセットし、アムロジピンを減量するところディオパンを減量。 ・長日勤の看護師は、中止されなかった「夕」のアムロジピンを与薬。 ・中止薬の看護オーダーを削除せず。 ・翌日担当の看護師もワークシートの「アムロジピン中止」の記載に気付かず。
放射線科 →当該科	【放射線科】 ・食道炎を認める別の患者に対するアルロイドG内服を誤って当該患者に処方。	誤った情報伝達		
循環器内科 →腎臓内科		→		【腎臓内科】 ・循環器医師の処方最終日より開始予定で上記の内服を同量処方したため1日重複。 ・処方医が外勤で連絡が取れず。
循環器内科 →血管造影室		→	【血管造影室】 ・グルドパの使用方法を確認しなかった。	

④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、患者に投薬する前に気が付いてヒヤリ・ハットでとどまった事例、患者に実施したが影響がなかった、または軽微な影響で済んだ事例が多く報告され、その他に投薬の未実施に気付いた事例も報告されていた。

投薬前に気付いた理由としては、①薬剤の確認や服用状況の確認をしていて気付いた、②服薬指導時に確認して気付いた、③他科の医師が気付いた、④患者による情報提供が契機となって気付いた、などがあった。投薬後に気付いた理由としては、①薬剤の確認や服用状況の確認をしていて気付いた、②他科の医師が気付いた、③医師に指示を確認して気付いた、④患者に症状が出現して気付いた、などがあった。未実施に気付いた理由は、指示後の診療の際に投薬の確認をしたことから気付いたものであった。

これらをみると、通常業務における薬剤の内容や数の確認、薬剤が届く業務工程を理解していることなどが、医療事故防止のために重要であると考えられた。投薬の前後に誤りに気付いた理由、未実施に気付いた理由を整理して図Ⅲ-2-14に示す。

図Ⅲ-2-14 誤りに気付いた理由(ヒヤリ・ハット)

1. 投薬前に誤りに気付いた理由
1) 薬剤の確認、服用状況の確認
看護師が内服薬確認の際に気付いた。
薬剤の量が少ないことに気付いて確認したことで気付いた。
点滴ルート内に結晶が析出したので気付いた。
注射薬の実施確認をしていて気付いた。
投薬した看護師とは別の看護師が電子カルテを確認して気付いた。
適切に記録がなされていないことに気付いたため気付いた。
用法を再確認して気付いた。
2) 服薬指導時の確認
薬剤師が服薬指導時に気付いた。
3) 他科による確認
他科受診時に他科の医師が気付いた。
4) 患者による情報提供
患者からの情報により気付いた。
2. 投薬後に誤りに気付いた理由
1) 薬剤の確認、服用状況の確認
内服薬が不足することに気付いたため気付いた。
内服薬が余っていたことに気付いたため気付いた。
内服薬の外観の違いに気付いたことが契機となって気付いた。
指示表にサインがないことを確認して気付いた。
2) 他科による確認
転倒先の他科の指摘で気付いた。
3) 指示の確認
医師に指示を確認したことで気付いた。
4) 症状の出現
患者に低血圧や高血糖などの症状が生じたことにより気付いた。
3. 未実施に気付いた理由
1) 指示後の診療時の確認
循環器内科医師が指示後に患者を診察しグルトパの未実施に気付いた。

⑤改善策

報告された改善案を整理して以下に示す。本項目内に複数回掲載している改善策には(再掲)と記載した。

ア) 処方時の確認

- 処方においては確実に処方対象になった患者名、処方薬の種類と量など5Rを確実に行う。

イ) 指示出しのルール確立

- 薬剤指示を出す場合は何 mg、何 mL という指示の出し方を統一していく。
- 内分泌代謝科の医師に対して、今後は予約定数注射ではなく、払い出し注射の指示とするように依頼した。
- 医師に、指示を出した際には声をかけてもらえるように働きかける。
- 臨時の指示は指示書を発行し、看護師に手渡す。

ウ) 指示の確認、指示受けの方法

- 他科の指示があるときはワークシートを見る。
- 前日の勤務者、当日の勤務者がワークシートの確認を徹底する。
- 指示受けされていたが処理されていない件を他病棟に連絡し検討を依頼する。
- 内服薬の変更に他科が関与している場合、他科医師のカルテ内容を再確認し、主治医に伝える。主治医確認後、必要時、内服薬を変更した医師に直接確認する。
- 不穏時の汎用指示に関して、リーダー看護師は、指示受けの際に、汎用指示以外の指示がないかしっかり確認する。メンバー看護師も、日々の中で同一の指示があることを発見した場合、リーダー看護師へ報告し、不要な汎用指示は削除してもらう。
- いったん作成した薬剤鑑別報告書の中止や変更時のルール作り。指示受けをしたら速やかに薬剤そのものを確認し、患者が十分理解できるように説明、指導を行う。
- 中止指示と薬袋が合っているか確認する。
- 転棟時に指示内容の申し送りがあっても、再度自分の目で指示簿指示の確認をしっかりと行う。
- 持参薬の入力は間違えることがあるため、入力後もお薬手帳などと照合して、転科時に持ち込まれた薬を確認する。持参薬を準備した場合は、ダブルチェックを行った上で、本人へ配薬をする。自己管理の患者は、自己の薬の量に関心をもって管理していけるよう指導していく。
- 自部署では、指示の受け方に統一はあるが、チームでも方法が異なっていたりするため、各科での統一ではなく、病院全体として指示の受け方を統一していく必要がある。
- 指示が混在していること(カルテの前のページなどにも指示の記載がないか等)も想定して、指示受けを確実にしていく必要がある。
- 転科時に内服薬を持参して来ない場合があるので、お薬手帳でチェックを行う。
- 電子カルテでの内服薬確認を行い、当院処方以外の薬もないか確認を行う。体温表の持参薬項目作成と実施のサインを忘れないように実施する。
- 出された指示は、確実にマニュアル通りのやり方で指示受けをする。
- 医療安全で行われているダブルチェック方法を再度確認し、全員でシュミレーションする。
- 処方が普段と違うときにはマーカーで線を引く。
- 転棟時の処方切れと処方忘れの防止に関し、①転入時のチェックリストに現在の内服薬の内容および残薬の確認と、いつまでの処方であるのかを確認することを盛り込む。②処方切れのチェック日や、いつ誰がチェックするのか決める。→日勤リーダーがネット内のオーダーも見ながら薬を確認し、処方切れ2日前までの分は、追加処方してもらうように医師オーダー表に記載する。③処方切れが起こらないように定期薬、臨時薬、持参薬のセット時にはオー

ダー状況照会画面で確認してセットすることを徹底する。

- 服用開始日を確認し、服薬確認の記録用紙上の枠取りを間違えないようにする。
- 転入時、転出元の看護師と一緒に指示簿を見て 5R に沿って内服薬を確認する。またその際に薬液が 2 つある時は処方薬と処方箋を照合して確認をする。
- 中止薬があった際は看護オーダーの修正を徹底する。中止薬を抜く際は、処方箋と指示、薬を照合して行う。
- 内服薬の変更がある際は、他スタッフとダブルチェックする。
- 患者の病態・治療と薬剤の必要性を理解し指示を実行する。不明の指示はそのままにせず確認する。

エ) 薬剤の確認

- 処方箋を必ず見て配薬する。
- 配薬のセットを行うときは、処方箋で確認する。また処方箋がない場合は作成する。
- いったん作成した薬剤鑑別報告書の中止や変更時のルール作り。指示受けをしたら速やかに薬剤そのものを確認し、患者が十分理解できるように説明、指導を行う。(再掲)
- カルテを確認(他科受診の返事等)して、処方意図が不明な薬剤がどのような経緯で処方された薬なのか確認する。それでも不明な時は、主治医、他スタッフ、患者に確認を行う。
- 内服薬の内容・効果をしっかり理解した上で取り扱うようにする。
- 転棟時、転棟後の内服薬がすでにセットされていても、もう一度方箋を見て確認する。
- 転入時、転出元の看護師と一緒に指示簿を見て 5R に沿って内服薬を確認する。またその際に薬液が 2 つある時は処方薬と処方箋を照合して確認をする。(再掲)
- 中止薬があった際は看護オーダーの修正を徹底する。中止薬を抜く際は、処方箋と指示、薬を照合して行う。(再掲)

オ) 指示に関する文書の取り扱い

- 入院指示書の使用ルールの統一を図る。
- 他科受診後の他科の医師からの返事を必ず確認する。外来からの情報提供内容の確認はポイントを押さえて確実にを行う。日勤担当者は、他科受診当日の返事の確認を責任もって確認する。返事が遅い場合は、外来に確認する。
- 他科の医師が作成した退院後の処方内容の変更依頼のための文書について、医師同士連絡をする。(再掲)
- いったん作成した薬剤鑑別報告書の中止や変更時のルール作り。指示受けをしたら速やかに薬剤そのものを確認し、患者が十分理解できるように説明、指導を行う。(再掲)

カ) 禁忌薬情報の確認

- 必ず、禁忌薬欄を確認するようにする。同欄に問題点にも記載するようにする。禁忌薬を登録したら処方出来ないようにするシステムも有効かもしれない。

キ) 投薬・配薬方法

- 処方箋を必ず見て配薬する。(再掲)
- 配薬のセットを行うときは、処方箋で確認する。また処方箋がない場合は作成する。(再掲)
- 内服薬自己管理中でも手術や検査などイベント時には、一時的に看護師管理にするか、確実に内服状況の把握に努める。

ク) 個別薬剤に関する確認

1) 術前の抗凝固剤中止の確認

- 家族も同席してもらい、術前の中止の予定を説明する。確実に理解できたか確認する。

2) 抗悪性腫瘍薬

- 再度誤薬防止マニュアルと化学療法実施時記録の中の確認事項に関して、スタッフへ注意喚起した。慣れない他科のレジユメの抗がん剤を投与することもあるので改めて注意喚起した。
- 入院時に抗がん剤の内服方法について家族から十分に情報収集を行う。内服がなくなった時は、当院で処方された抗がん剤であれば、処方した科の医師から指示をもらう。

3) インスリン製剤

- 当該科や病棟(歯科口腔外科医師や病棟看護師)スタッフに対するインスリン製剤の種類や販売名教育。院内に本事例(「ヒューマログ」と「ヒューマログミックス50」の取り違い)を周知する。可能であれば糖尿病内科医師が直接指示できるシステムを構築する。

ケ) スタッフ間の意思疎通や連携

- 主治医と担当医との連携をとる。
- 他科の医師が作成した退院後の処方内容の変更依頼のための文書について、医師同士連絡をする。(再掲)

コ) 診療情報システムの改善

- 同一処方薬を別々に中止すると、電子カルテの画面上指示が上書きされることについて、メーカーに改善を求めた。
- 医師指示の最新記載をわかりやすく表示する必要がある。
- 同じ薬や同じ効能の薬に関しては、以前に処方がある場合、処方する際に警告を表示する方法等のシステム上の対策が必要と考える。

サ) 人員の充実

- 薬剤師の病棟滞在時間の拡充(当該薬剤師は、2病棟を半日で兼務している)。

シ) 患者指導、患者に求める協力

- 自己管理の患者は、自己の薬の量に関心をもって管理していけるよう指導していく。(再掲)

(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、事例 1、事例 2、事例 7、事例 9 は、薬剤アレルギー情報や禁忌薬剤の情報が伝達されなかった事例であり、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、事例 3 は、ワーファリン投与中の患者の PT-INR 値等を十分伝達していなかった事例であり、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、事例 6 は、methotrexate の製剤に関する事例であり、No. 2 : [抗リウマチ剤 (メトトレキサート) の過剰投与に伴う骨髄抑制] 及び No. 45 : [抗リウマチ剤 (メトトレキサート) の過剰投与に伴う骨髄抑制 (第 2 報)] に、それぞれ関連している。

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。上記のように、本事業では、それらに関連した本事業の成果物である医療安全情報を作成、公表している。そこで、医療安全情報や報告書、年報などを、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実例のうち、診療科間および診療科一部門・部署間の情報伝達に関連した医療事故を分析した。前診療科が情報伝達を忘れた情報、誤った情報を伝達した事例、伝達された情報がその後途絶した事例、誤解された事例などがあった。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おり、誤りに気付いてヒヤリ・ハットでとどまった理由も分析した。

第 25 回報告書から掲載してきた薬剤の施設間等情報伝達に関する事例の分析は、本報告書が最後となる。4 回にわたり報告書で示してきたように、施設間や部門・部署間、診療科間等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。