

【2】口頭指示の解釈間違い（医療安全情報 No. 102）

（1）発生状況

第40回報告書（2015年3月公表）の「個別のテーマの検討状況」において、「口頭による情報の解釈の誤りに関連した事例」を取り上げ、特に薬剤に関する事例について発生場面や口頭で伝達した内容と間違っ て解釈した内容を紹介し、背景・要因や医療機関の改善策などをまとめて示した。さらに、医療安全情報 No. 102（2015年5月提供、集計期間：2011年1月～2015年3月）では、口頭で指示や依頼をした際、送り手の意図した内容が伝わらず、受け手が間違っ て解釈した事例を取り上げた。

今回、本報告書分析対象期間（2018年7月～9月）において、医師が注射薬の終了を意図して「タケプロンは終了です」と伝えたが、看護師はタケプロンの一般名はランソプラゾールのため、処方されていたランソプラゾールOD錠が中止と解釈した事例や、手術後に、婦人科医師が輸血部に血液製剤を返却することを意図して「返して」と言ったところ、麻酔科医師は患者に輸血すると解釈した事例が報告されたため、再び取り上げることとした。医療安全情報 No. 102の集計期間後の2015年4月以降に報告された再発・類似事例は8件であった（図表Ⅲ-3-19）。

図表Ⅲ-3-19 「口頭指示の解釈間違い」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
2015年	0	0	0	0	0
2016年	0	0	0	1	1
2017年	0	1	2	1	4
2018年	1	2	—	—	3

図表Ⅲ-3-20 医療安全情報 No. 102 「口頭指示の解釈間違い」

（２）事例の概要

①事例の概要

報告された事例の概要を示す。薬剤の事例が5件と多かった。

図表Ⅲ - 3 - 2 1 事例の概要

事例の概要	件数
薬剤	5
治療・処置	2
輸血	1
合計	8

②発生場所と口頭で指示した場面

報告された事例について、発生場所と口頭で指示した場面を整理して示す。発生場所が手術室やカテーテル検査室の事例3件は、指示した医師は清潔野で処置中であり、口頭による指示にならざるを得ない状況であった。

図表Ⅲ - 3 - 2 2 発生場所と口頭で指示した場面

発生場所	場面	件数
手術室	C Vポート造設術中	1
	胸腔内にカテーテル留置中	1
カテーテル検査室	I V Cフィルター留置中	1
透析室	透析開始時	1
救命救急センター	末梢静脈ラインのヘパリンロック時	1
I C U	手術後、集中治療室に入室時	1
病室	詳細不明	2
合計		8

③口頭で指示した内容と間違っ解釈し実施した内容

報告された事例について、情報を伝える側が口頭で指示した内容と、情報を受け取る側が間違っ解釈した内容と誤って実施した内容を整理した。いずれの事例も、情報を伝えた側の言葉が足りず、情報を受け取る側が解釈を間違えて実施に至っている。

図表Ⅲ - 3 - 2 3 口頭で指示した内容と間違っ解釈し実施した内容

事例の概要	情報を伝える側		情報を受け取る側		
		口頭で指示した内容		間違っ解釈した内容	誤って実施した内容
薬剤	医師	ラシックス（20mg） いってください	看護師	ラシックス（100mg） いってください	ラシックス注100mg を投与
	医師	（希釈した）ドルミカム 2mLをIV	看護師	（原液の）ドルミカム 2mLをIV	ドルミカム注射液の原液 2mLを投与
	医師	ヘパリン（ヘパフラッシュ 100単位/mL）5mL を生理食塩液5mLで希釈 し、3mLを投与	看護師	ヘパリン（ヘパリンNa 注5千単位/5mL） 5mLを生理食塩液5mL で希釈し、3mLを投与	ヘパリンNa注5千単位 / 5mL + 生理食塩液 5mLを3mL投与
	医師	タケプロン（静注用）は 終了	看護師	（タケプロンの一般名は ランソプラゾールなの で）ランソプラゾール （内服薬）は終了	ランソプラゾールOD錠 を中止
	医師	30（mL/h）で投与	看護師	30（分）で投与	KCL調製液を140mL /hで投与
治療・ 処置	指導医	（カテーテルの内筒を抜い て、胸腔内に外筒のみ） そのまま進めて	実施医	（カテーテルの外筒に 内筒を入れた状態で） そのまま進めて	カテーテルの外筒に内筒 を入れたまま、胸腔内に 挿入
	医師	（右内頸IVCフィルターの サイドポートへ）ヘパ フラッシュを注入して	看護師	（左内頸CVカテーテルに） ヘパフラッシュを注入し て	左内頸CVカテーテルに ヘパフラッシュを注入
輸血	婦人科医	輸血を（輸血部に）返して	麻酔科医	輸血を（患者に）返して	患者に輸血を実施

④患者への影響と行った治療・処置

報告された事例に記載された内容から、患者への影響と行った治療・処置について整理した。

図表Ⅲ - 3 - 24 患者への影響と行った治療・処置

事例の概要	誤って実施した内容	患者への影響	行った治療・処置
薬剤	ラシックス注の過量投与	a f 出現、カリウム値の低下	点滴に K C L を追加、脱水改善のためのアルブミン製剤の投与
	ドルミカム注射液の過量投与	呼吸状態の悪化	マスク換気、拮抗剤の投与
	ヘパリン製剤の過量投与	鼻出血	プロタミン硫酸塩の投与
	ランソプラゾール O D 錠の中止	胃～空腸吻合部からの出血	記載なし
	K C L 調製液の投与速度速すぎ	影響なし	記載なし
治療・処置	カテーテルの内筒を入れたまま外筒を胸腔内に進めた	横隔膜下血腫	止血処置、緊急輸血
	I V C フィルターにヘパフラッシュせず	I V C のフィルター部分に血栓ができ、フィルター除去不可	記載なし
輸血	輸血部へ返却する R B C を投与	不明（本来は必要のない輸血を実施）	記載なし

(3) 事例の内容

主な事例の内容を以下に示す。

図表Ⅲ - 3 - 25 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
薬剤の事例			
1	救命救急センター治療室に入室中の患者の末梢静脈ラインをヘパリンロックする際に、医師がヘパフラッシュ 100 単位 / m L シリンジを使用する意図で「ヘパリン 5 m L を生食 5 m L で希釈し、3 m L を投与」と看護師に口頭で指示した。指示を受けた看護師は、定数薬であるヘパリン N a 注 5 千単位 / 5 m L (1000 単位 / m L) を通常の手順に沿って準備し、投与した。上記内容の口頭指示が継続され、当日夜から翌日早朝までの間に、左上肢から 2 回、右下肢末梢から 1 回薬剤を投与する指示があり、計 3 回投与した。翌日、患者に鼻出血を認め、ヘパリンの過量投与が判明した。患者にプロタミン硫酸塩を投与し、ヘパリンを中和する処置を行った。	口頭指示であった。電子カルテに指示が入力されていなかった。当該部署で通常投与するヘパリンは、ヘパリン N a 注 5000 単位 / m L であり、ヘパフラッシュ 100 単位 / m L を使用することは少なかった。ヘパリンを 3 回投与した際、いずれの場面も投与時に医師は現場にいなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 投与する薬剤は電子カルテで指示を入力する。 口頭指示で完結せず、指示内容を医師と看護師で確認する。 当院では口頭指示手順を以下の通り定めている。 <ol style="list-style-type: none"> 口頭指示は原則禁止する。 口頭指示を行う場合、医師は事前に指示の入力を行う。 事前に入力できない場合、医師・看護師は口頭指示メモで薬剤名・投与量等を確認する。 <p>今回の改善策は上記 3) の遵守であり、特に当該病棟では、小児患者の経験が少ないため、現物の薬剤を医師に見せて確認することとした。</p> <ul style="list-style-type: none"> 小児患者に限らず、指示に疑問が生じた場合は同様に対応する。

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
2	<p>患者の腓体部癌に対して腓頭十二指腸切除術が施行された。術後4日目に、看護師からの「点滴タケブロンが続きなし」とのメッセージがT o D oリストにあったため、リーダー看護師に「タケブロンは終了です」と口頭で伝えた。その際、静注用であることを明確にしなかった。リーダー看護師は、タケブロン的一般名がランソプラゾールであるため、タケブロン静注用とランソプラゾールOD錠の両方が中止だと認識し、処方の一覧に「○月○日～ ランソプラゾール中止」と記載して中止処理をした。術後12日目の未明、患者に下血が見られ、造影CT及び上下部消化管内視鏡検査を実施した結果、胃～空腸吻合部からの出血が疑われた。医師は、継続処方する際にランソプラゾールOD錠が処方されていないことに気付かなかった。アスピリンの内服や経腸チューブの留置による影響も考えられるが、ランソプラゾールOD錠の中止が要因となった可能性もある。</p>	<p>腓頭十二指腸切除術のクリニカルパスはなく、術後投与する薬剤は、処方期間が終了するタイミングに応じてその都度新たにオーダーされていたため、投薬スケジュールの全体を把握しにくい状況にあった。通常、術後吻合部潰瘍、胃潰瘍の予防投与のため2日間タケブロンを静注、3日目からはランソプラゾールOD錠を経腸投与することになっている。そのことをオーダーする医師は認識していたが、指示を受ける看護師は認識していなかった。当該病棟では、看護師が医師の指示切れ等の連絡をする際にはT o D oリストを使用しており、今回も2日間のタケブロン静注用の投与が指示どおり終了したことからメッセージを入力していた。医師は、術後4日目に電子カルテを開いた際、看護師からT o D oリストに前日付で「点滴タケブロンの続きなし」とメッセージがあったため、リーダー看護師に「タケブロンは中止です」と伝えた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 口頭指示をした際には、必ず継続指示を修正する。 点滴の指示か、処方の指示かを明言して指示を行う。 医師は継続処方の際、投与すべき薬剤が全て処方されているかを確認する。 本事例の発生後、クリニカルパスを新たに作成し、現在はタケブロン静注やランソプラゾールOD錠の投与について明示したものを使用している。
治療・処置の事例			
3	<p>右胸水貯留があり、胸水排液のためのカテーテルを留置する方針とした。DICの徴候があり血液製剤で凝固能を改善した後であったため、出血のリスクを下げするために、あえて細い径のカテーテルを用いた。超音波エコーにて胸水貯留を確認し、胸腔内にカテーテルを挿入した。外筒を進める際、内筒を抜かずに進めたため、横隔膜を穿孔し横隔膜下血腫となった。その後、止血処置、緊急輸血を行い、患者の容態は安定した。</p>	<p>実施した医師は、カテーテルを挿入した際、指導医の「そのまま進めて」という言葉に従い、内筒を入れたまま、外筒を進めた。指導医は、内筒を抜き、外筒のみ進めることを意図して指示したつもりであった。実施した医師は、胸腔穿刺の経験はあったが、今回のカテーテルを使用するのは初めてであった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 経験の浅い医師が行う施術については、事前に指導医とともに手順等を確認して実施することを徹底する。
輸血の事例			
4	<p>卵巣腫瘍に対する腹腔鏡下子宮付属器摘出術施行時に輸血を用意していた。患者は不規則抗体陽性のため、T & Sオーダーが出来ず、RBCが払い出されていた。手術中の出血量が多くなく、輸血は不要であったが、GICU入室後に患者に不要な輸血が施行された。</p>	<p>通常は、輸血に関して「返して」「戻して」という言葉は使われていないが、今回は「返して」「戻して」という言葉が使われた。婦人科医師は、RBCを輸血部に返却する意図で「返して」「戻して」と伝えたが、麻酔科医師は患者に輸血すると解釈した可能性があった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 診療科と麻酔科の連携方法を確立し、医師間での口頭のやり取りを止め、カルテ上に記載を残す。 輸血を実施する際には、採血データを確認し、必要性を確認する。 手術後、GICU入室の際の血液製剤持ち込みについて、システムを見直す。 手術時、不規則抗体陽性患者の血液製剤オーダー方法を見直す。

（４）事例の背景・要因

主な背景・要因を整理して示す。

図表Ⅲ - 3 - 26 事例の背景・要因

○情報を伝える側の言葉の不足
<ul style="list-style-type: none">・ 当院のルールとして、口頭指示は緊急時のみとし、口頭指示をする際の注意点（単位や速度等を明確に伝え、略さない、復唱する等）が決められていたが、略して伝えた。・ 婦人科医師は輸血部へ血液製剤を返却することを意図して「返して」「戻して」という言葉を使った。・ 指導医は、カテーテルの内筒を抜いて外筒のみ進めることを意図したつもりで「そのまま進めて」と言った。
○情報を受け取る側の確認の不足
<ul style="list-style-type: none">・ ラシックス注の指示があった際、口頭指示の内容をメモしたが詳しく記載できず、主治医への再確認もしなかった。・ 流量30mL/hを意図した「30で」という医師の言葉を「30分」と思い込み、確認しなかった。・ 看護師は医師よりヘパリンフラッシュの口頭指示を受けた後、医師にどの部分から注入するか再確認をしなかった。・ 通常は、「患者に輸血する」ことを「返す」「戻す」という言葉は使っていないが、麻酔科医師は、患者に輸血すると解釈した可能性があった。
○知識・経験の不足
<ul style="list-style-type: none">・ 指示を受けた看護師はカリウム製剤の知識不足があった。・ 指示を受けた看護師のドルミカム注射液の薬理作用について認識や理解不足があった。また、ドルミカム注射液は、静脈注射認定看護師であっても看護師がIVしてはいけない薬剤であることの認識がなかった。・ 実施した医師は、胸腔穿刺の経験はあったが、今回のカテーテルの使用は初めてであった。・ 看護師は、IVCフィルターは初めて使用する医療機器であったため使用方法を知らず、IVCフィルターにヘパリンの投与が必要という知識がなかった。
○その他
<ul style="list-style-type: none">・ 指示は口頭のみで、電子カルテに指示入力されていなかった。・ 当該部署で通常投与するヘパリンはヘパリンNa注5000単位/mLであり、ヘパフラッシュ100単位/mLを使用することは少なかった。

（５）事例が発生した医療機関の改善策

事例が発生した医療機関の主な改善策を整理して示す。

図表Ⅲ - 3 - 27 事例が発生した医療機関の改善策

○情報を伝える側
<ul style="list-style-type: none"> ・口頭で指示した場合、必ず指示入力を行う。（複数報告あり） ・院内では、口頭指示について 1）口頭指示は原則禁止、2）口頭指示を行う場合、医師は事前に指示の入力を行う、3）事前入力できない場合、医師・看護師は口頭指示メモで薬剤名・量等を確認すると決められており、今回は、特に3）を遵守する。 ・口頭で指示する場合は、点滴の指示か、内服薬の指示かを明言してから指示する。
○情報を受け取る側
<ul style="list-style-type: none"> ・医師が口頭で指示を出した場合、看護師は必ず復唱し、単位などを明確に言っていない場合は、速度なのか時間なのか、言葉の意味を確認する。 ・口頭指示を受け取る際は、「mg」と「mL」に○をつけるよう改訂した用紙を使用する。 ・経験の浅い医師は、処置を行う前に指導医とともに手順等を確認したうえで実施する。
○教育
<ul style="list-style-type: none"> ・投与する薬剤について知識を持つ。 ・各方面から出ているカリウム製剤に関する安全情報について、再度、職場安全管理者会議を通じ院内で情報共有し周知していく。 ・新しい医療機器を使用する場合には、事前に医師・看護師で勉強会を行ってから使用する。
○その他
<ul style="list-style-type: none"> ・ドルミカム注射液は原液での投与を原則禁止する。 ・輸血を実施する際は、患者の採血データを確認し、輸血の必要性を検討してから実施する。

（６）まとめ

本報告書では、「口頭指示の解釈間違い」（医療安全情報 No. 102）の再発・類似事例8件を分析した。事例の概要では、薬剤が5件と多かった。また、情報を伝える側が指示した内容と、情報を受け取る側が間違っ解釈した内容と誤って実施した内容を整理して示し、主な事例や背景・要因、医療機関の改善策をまとめた。

口頭でのやり取りはできる限り行わないとしている医療機関もあるが、緊急時など状況によっては口頭による指示や依頼が発生する可能性がある。報告された事例の中にも、指示した医師が清潔野で処置をしていた事例があった。しかし、口頭で指示や依頼をする場合、情報を簡便に伝えようとした結果、伝えるべき内容が不足してしまうことがある。また、情報を受け取る側も、周囲の環境や状況によっては聞き取りにくい、指示や依頼を視覚で確認できないなどの要因から、相手が意図した内容とは異なった解釈をしてしまう可能性がある。

情報を伝える側は正確に伝わる言葉を選択することや、情報を受け取る側は受け取った内容の解釈を復唱して、双方の意思疎通ができているか確認する必要がある。また、可能な限り、情報を伝える側は口頭での指示や依頼だけでなく指示を入力したり、情報を受け取る側はメモに記載したりするなど、記憶に頼らない工夫をすることが必要である。