

福県医発 485 第号（地）

令和元年 5 月 16 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

（公 印 省 略）

医療事故情報収集等事業第 55・56 回報告書の公表について

今般、公益財団法人日本医療機能評価機構から標記報告書が公表された旨、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長並びに同省医薬・生活衛生局医薬安全対策課長より日本医師会を通じて別添のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。

本報告書においては、医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例情報についての分析が行われているとともに、再発・類似事例の発生状況が報告されております。

つきましては、同様の事例の再発防止及び発生の未然防止のためにご活用いただくよう、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

なお、本報告書は日本医療機能評価機構のホームページにおいて掲載されておりますことを申し添えます。

記

日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 報告書 URL

<http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>

小郡三井医師会より

医療安全管理担当理事 吉武靖博

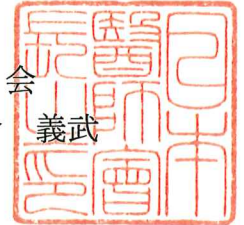
会長 島田昇二郎

日医発第 117 号 (法安 12)

平成 31 年 4 月 17 日

都道府県医師会長 殿

日 本 医 師 会
会長 横倉 義武



医療事故情報収集等事業第 55・56 回報告書の送付について

今般、公益財団法人日本医療機能評価機構より医療事故情報収集等事業第 55・56 回報告書が公表された旨、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長並びに医薬・生活衛生局医薬安全対策課長より本会宛連絡がありました。

つきましては同機構より送付された当該報告書をお送りいたします。報告書につきましては下記の同機構ホームページからダウンロードできますので、貴管下会員へご周知方宜しくお願い申し上げます。

記

・ 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 報告書の URL
<http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>

以上





医政安発 1227 第 2 号
薬生安発 1227 第 2 号
平成 30 年 12 月 27 日

公益社団法人日本医師会会長 殿

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長
(公 印 省 略)

厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課長
(公 印 省 略)

医療事故情報収集等事業第 55 回報告書の公表について

医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

医療事故情報収集等事業につきましては、平成 16 年 10 月から、医療機関から報告された医療事故情報等を収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的として実施しているところです。今般、公益財団法人日本医療機能評価機構より、第 55 回報告書が公表されましたのでお知らせします。

本報告書における報告の現況等は、別添 1 のとおりです。また、別添 2 のとおり、再発・類似事例の発生状況等が報告されています。

貴職におかれましては、同様の事例の再発防止及び発生の未然防止のため、本報告書の内容を御確認の上、別添の内容について留意されますとともに、貴会会員に対する周知をお願いいたします。

なお、本報告書につきましては、別途公益財団法人日本医療機能評価機構から各都道府県知事、各保健所設置市長及び各特別区長宛に送付されており、同機構のホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) にも掲載されていますことを申し添えます。

医療事故情報収集等事業 第 55 回報告書のご案内

1. 集計報告

(1) 医療事故情報収集・分析・提供事業 (対象: 2018 年 7 月～9 月に報告された事例)

表 1 報告件数及び報告医療機関数

	2018 年			合計
	7 月	8 月	9 月	
報告義務対象医療機関による報告件数	371	386	336	1,093
参加登録申請医療機関による報告件数	81	32	37	150
報告義務対象医療機関数	274	274	274	—
参加登録申請医療機関数	784	787	788	—

(第 55 回報告書 14 頁参照)

表 2 事故の概要

事故の概要	2018 年 7 月～9 月	
	件数	%
薬剤	90	8.2
輸血	3	0.3
治療・処置	317	29.0
医療機器等	25	2.3
ドレーン・チューブ	86	7.9
検査	76	7.0
療養上の世話	352	32.2
その他	144	13.2
合計	1,093	100.0

(第 55 回報告書 15 頁参照)

(2) ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業 (対象: 2018 年 7 月～9 月に報告された事例)

1) 参加医療機関数 1,225 (事例情報報告参加医療機関数 652 施設を含む)

2) 報告件数 (第 55 回報告書 18 頁参照)

①発生件数情報報告件数: 241,443 件

②事例情報報告件数: 7,654 件

2. 事例の分析 (第 55 回報告書 21～60 頁参照)

今回、「分析テーマ」で取り上げたテーマは下記の通りです。

(1) 小児へ投与する薬剤に関連した事例

【第 55 回報告書 22～42 頁参照】

(2) 院内で調製している薬品の管理に関連した事例

【第 55 回報告書 43～50 頁参照】

(3) 検査や治療・処置時の左右の取り違えに関連した事例

【第 55 回報告書 51～60 頁参照】

3. 再発・類似事例の分析 (第 55 回報告書 61～81 頁参照)

これまでに、「分析テーマ」や「医療安全情報」として取り上げた内容の中から再発・類似事例が報告されたテーマを取りまとめています。今回取り上げた再発・類似事例のテーマは下記の通りです。

(1) 「病理診断報告書の確認忘れ」

【第 55 回報告書 63～74 頁参照】

(医療安全情報 No. 71)

(2) 「口頭指示の解釈間違い」

【第 55 回報告書 75～81 頁参照】

(医療安全情報 No. 102)

*詳細につきましては、本事業ホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) をご覧ください。

3 再発・類似事例の分析

本事業では、第3回～第17回報告書において「共有すべき医療事故情報」として、医療事故情報を分析班等で個別に検討し、広く共有すべきであると考えられた事例の概要を公表してきた。また、第1回～本報告書において分析対象となるテーマを設定し、そのテーマに関連する事例をまとめて分析、検討を行っている。さらに、これまでに報告書で分析テーマとして取り上げた事例の中から、特に周知すべき情報を提供するため「医療安全情報」を公表している。

ここでは、「医療安全情報」として提供したタイトルの再発・類似事例の報告件数について取りまとめた(図表Ⅲ-3-1)。なお、報告書で取り上げた分析テーマの再発・類似事例の報告件数については、年報に掲載する。

本報告書分析対象期間に報告された「医療安全情報」の再発・類似事例のタイトルは32であり、件数は64件であった。このうち、類似の事例が複数報告されたものは、「No. 63：画像診断報告書の確認不足および No. 138：画像診断報告書の確認不足(第2報)」が11件、「No. 71：病理診断報告書の確認忘れ」が8件、「No. 7：小児の輸液の血管外漏出」、「No. 10：MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込みおよび No. 94：MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み(第2報)」がそれぞれ4件、「No. 39：持参薬の不十分な確認」が3件などであった。

図表Ⅲ-3-1 2018年7月から9月に報告された「医療安全情報」の再発・類似事例の件数

No.	タイトル	件数	提供年月
No. 1 No. 66	インスリン含量の誤認 インスリン含量の誤認(第2報)	1	2006年12月 2012年5月
No. 7	小児の輸液の血管外漏出	4	2007年6月
No. 10 No. 94	MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み MRI検査室への磁性体(金属製品など)の持ち込み(第2報)	4	2007年9月 2014年9月
No. 15	注射器に準備された薬剤の取り違い	1	2008年2月
No. 23	処方入力の際の単位間違い	1	2008年10月
No. 30	アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与	1	2009年5月
No. 33 No. 77	ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出 ガベキサートメシル酸塩使用時の血管炎(第2報)	2	2009年8月 2013年4月
No. 37 No.135	「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ 「スタンバイ」にした人工呼吸器の開始忘れ(第2報)	1	2009年12月 2018年2月
No. 39	持参薬の不十分な確認	3	2010年2月
No. 53	病理診断時の検体取り違い	1	2011年4月
No. 54	体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去	2	2011年5月
No. 59	電気メスペンシルの誤った取り扱いによる熱傷	2	2011年10月
No. 62	患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認	1	2012年1月
No. 63 No.138	画像診断報告書の確認不足 画像診断報告書の確認不足(第2報)	11	2012年2月 2018年5月
No. 65	救急カートに配置された薬剤の取り違い	1	2012年4月
No. 69	アレルギーのある食物の提供	1	2012年8月

No.	タイトル	件数	提供年月
No. 71	病理診断報告書の確認忘れ	8	2012 年 10 月
No. 80	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷	1	2013 年 7 月
No.142	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷（第2報）		2018 年 9 月
No. 83	脳脊髄液ドレナージ回路を開放する際の誤り	1	2013 年 10 月
No. 85	移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去	1	2013 年 12 月
No. 86	禁忌薬剤の投与	1	2014 年 1 月
No. 90	はさみによるカテーテル・チューブの誤った切断	1	2014 年 5 月
No. 99	胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い	1	2015 年 2 月
No.101	薬剤の投与経路間違い	1	2015 年 4 月
No.102	口頭指示の解釈間違い	2	2015 年 5 月
No.109	採血時の検体容器間違い	1	2015 年 12 月
No.113	中心静脈カテーテル抜去後の空気塞栓症	1	2016 年 4 月
No.114	抗凝固剤・抗血小板剤の再開忘れ	2	2016 年 5 月
No.117	他施設からの食種情報の確認不足	1	2016 年 8 月
No.122	透析前の体重測定の誤り	1	2017 年 1 月
No.132	オーバーテーブルを支えにした患者の転倒	2	2017 年 11 月
No.137	ホットパックによる熱傷	2	2018 年 4 月

本報告書では、分析対象期間に報告された再発・類似事例のうち、医療安全情報として取り上げた「No. 71：病理診断報告書の確認忘れ」、「No. 102：口頭指示の解釈間違い」について事例の詳細を紹介する。

【1】病理診断報告書の確認忘れ（医療安全情報 No. 7 1）

（1）発生状況

第21回～第24回報告書「個別のテーマの検討状況」で、病理に関連した医療事故を取り上げ、そのうち第24回報告書では「検体混入」「判定間違い」「検査結果見忘れ／見落とし」に関する医療事故について分析を行った。その後、医療安全情報 No. 7 1（2012年10月提供、集計期間：2008年1月～2012年8月）では、「病理診断報告書の確認忘れ」として、病理検査を行った際、検査結果の報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例について注意喚起を行った。

今回、本報告書分析対象期間（2018年7月～9月）においても、類似の事例が8件報告されたため、再び取り上げることとした。医療安全情報 No. 7 1の集計期間後の2012年9月以降に報告された再発・類似事例は35件であった（図表Ⅲ-3-2）。

図表Ⅲ-3-2 「病理診断報告書の確認忘れ」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
2012年			0	0	0
2013年	3	1	1	2	7
2014年	0	0	2	2	4
2015年	2	2	0	1	5
2016年	0	0	3	0	3
2017年	1	0	1	3	5
2018年	0	3	8	—	11

図表Ⅲ-3-3 医療安全情報 No. 7 1 「病理診断報告書の確認忘れ」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.71 2012年10月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報

No.71 2012年10月

「病理診断報告書の確認忘れ」

病理検査を行った際、検査結果の報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例が8件報告されています（集計期間：2008年1月1日～2012年8月31日、第24回報告書「個別のテーマの検討状況」(P98)に一部を掲載）。

病理検査を行った際、検査結果の報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例が報告されています。

検査	確認しなかった病理診断の内容	結果に気付いた時期
子宮頸部細胞診	クラスV、扁平上皮がん	1年半後
上部消化管内視鏡検査の組織診	Group5の胃がん	6年後
		2年半後
	2年半後	
	胃の「悪性」所見	2年後
	胃の低分化型腺がん	1年後
	食道がん	半年後
緊急開腹止血術時の術中腹水細胞診	腺がん細胞	1ヶ月以内

医療事故情報収集等事業 **医療安全情報** No.71 2012年10月

「病理診断報告書の確認忘れ」

事例 1

患者は他疾患の経過観察のCT検査で子宮・卵巣病変を疑われ、産婦人科を受診した。産婦人科医師の診察では超音波検査で卵巣腫瘍を認め、卵巣がんを診断した。子宮頸部細胞診を施行し、異常が認められ、産婦人科を受診した。1年半後、PET-CTで骨転移を認め、再度産婦人科を受診し、産婦人科の組織診を施行した。患者の診察終了後、医師は1年半前に施行した子宮頸部細胞診で異常（クラスV、扁平上皮がん）の病理診断報告書を確認していないことに気付いた。

事例 2

通院中の患者が、胃検査で悪性腫瘍の通知を受けた。医師は内視鏡検査を行い、病変部を生検し、次回の予約を入れた。その後、病理診断報告書が出ていたが、患者が来院しなかったため、カルテを一度も開くことがなく経過した。2年後、患者は胃検査の結果が再度悪性腫瘍であったため、受診した。その後、医師は2年前の病理診断報告書で「悪性」の所見が出ていたことに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

・病理診断結果の内容の確認ができる仕組みと、患者への説明が確実になされる仕組みを構築する。

総合評価部会の意見

・重大な結果については、直接医師に連絡する仕組みを検討しよう。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例を元に、当事者の同意を経て総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事者の同意等の経緯については、当該機関ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://www.medinfo.jp/

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたって保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の教育を補助し、医療従事者に教養や責任を課したものではありません。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0081 東京都千代田区三崎1-4-17 東洋ビル
電話：03-5217-0255(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
http://www.jcoho.or.jp/

（２） 事例の概要

① 病理診断報告書を確認していなかった診療科

病理診断報告書を確認していなかった診療科を図表Ⅲ - 3 - 4 にまとめた。

図表Ⅲ - 3 - 4 確認していなかった診療科

診療科	件数
消化器科・消化器内科	18
耳鼻咽喉科・頭頸部外科	6
外科・消化器一般外科	5
内科	4
泌尿器科	2
歯科口腔外科	2
血液内科	1
呼吸器内科	1
内分泌代謝内科	1
腎代謝内科	1
神経内科	1
皮膚科	1
呼吸器外科	1

※複数の診療科が病理診断報告書を確認していなかった事例がある。

② 当事者の職種経験年数

報告された事例の当事者は医師または歯科医師であった。当事者の職種経験年数を集計し、図表Ⅲ - 3 - 5 に示す。

図表Ⅲ - 3 - 5 職種経験年数

職種経験年数	件数
0～5年	11
6～10年	10
11～15年	8
16～20年	6
21～25年	3
26年以上	6

※当事者は、複数回答が可能である。

③ 実施した病理検査

実施した病理検査の内容を整理して示す。上部消化管内視鏡検査の生検組織診断が26件と多かった。

図表Ⅲ - 3 - 6 実施した病理検査

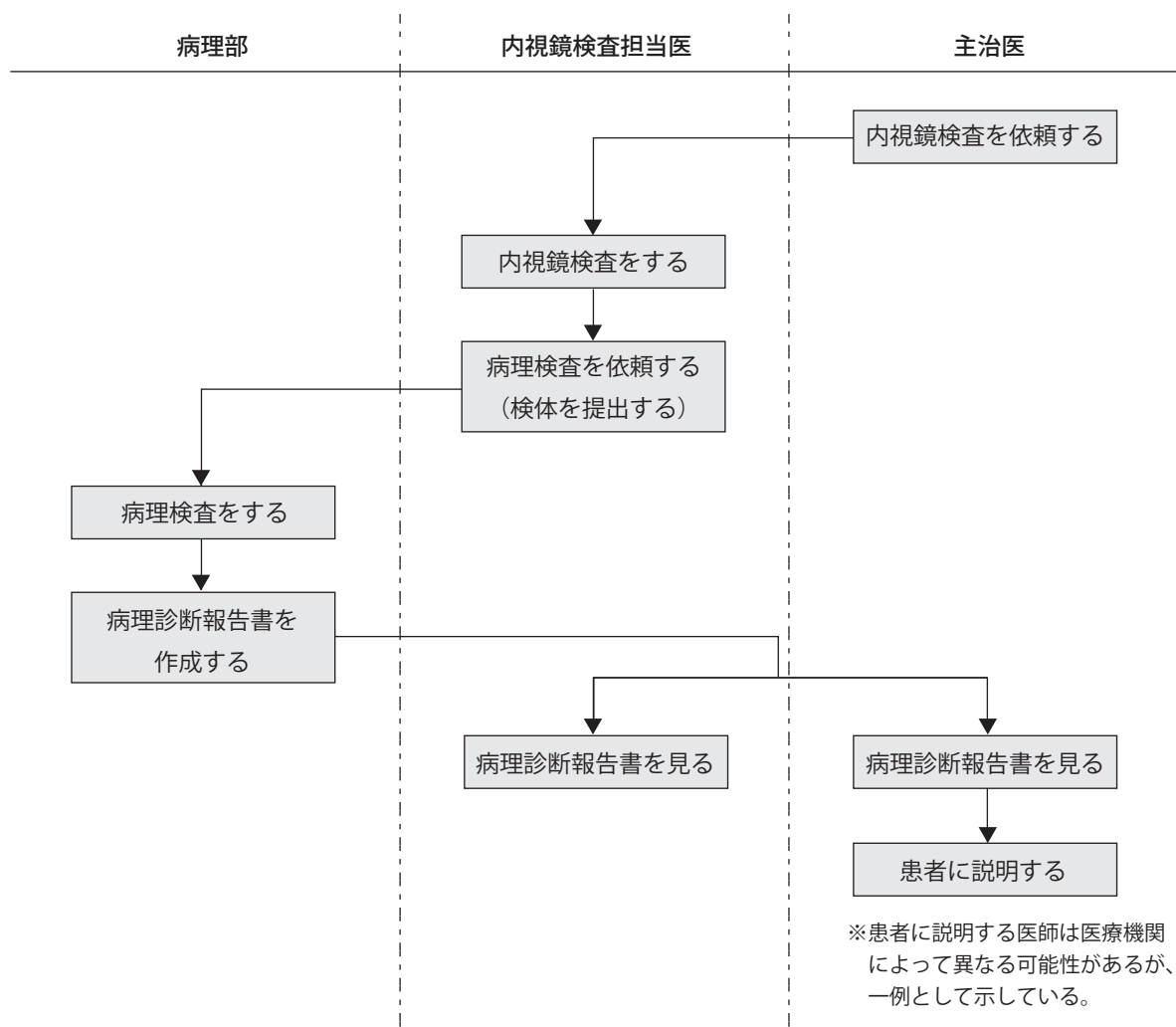
検査	件数
内視鏡検査の生検組織診断	27
上部消化管内視鏡検査	26
下部消化管内視鏡検査	1
手術検体の病理診断	6
S状結腸部分切除術・膀胱部分切除術	2
結腸垂全摘術	1
鼓室形成術・乳突削開術	1
頸部膿瘍手術	1
歯根嚢胞摘出術	1
その他	2
舌の組織診	1
尿細胞診	1
合計	35

（3）上部消化管内視鏡検査の生検組織診断事例の分析

本報告書では、病理診断報告書の確認忘れの事例のうち最も多かった上部消化管内視鏡検査の生検組織診断を取り上げて、分析を行うこととした。

参考として、上部消化管内視鏡検査の生検組織診断の流れの一例を示す。各診療科の主治医は、患者に上部消化管内視鏡検査が必要と判断した場合、内視鏡検査担当医に依頼する。内視鏡検査担当医は上部消化管内視鏡検査を行い、食道・胃・十二指腸を観察し、必要時は生検を行って病理検査を依頼する。病理部では病理検査を行い、専門の医師が病理診断報告書を作成する。病理診断報告書は電子カルテの所定の場所に表示され、主治医や内視鏡検査担当医が検査結果を確認し、主治医は検査結果を患者に説明してその後の治療について検討する。患者に検査結果を説明する医師は、医療機関によって異なる可能性があり、本報告書では一例を示している。また、医療機関によっては、病理診断報告書が作成された時や病理診断報告書が未読の場合に、電子カルテのシステムで病理検査を依頼した医師（内視鏡検査担当医）に通知されるところもある。

図表Ⅲ - 3 - 7 上部消化管内視鏡検査の生検組織診断の流れ（一例）



① 上部消化管内視鏡検査の目的

報告された事例の上部消化管内視鏡検査を行った目的を整理して示す。

図表Ⅲ - 3 - 8 上部消化管内視鏡検査の目的

目的	件数
消化器疾患・症状の精査	6
スクリーニング	5
頭頸部癌の精査	5
貧血の精査	4
消化器疾患の経過観察	3
詳細不明	3
合計	26

② 確認していなかった病理診断の内容

報告された事例の記載から、確認していなかった病理診断の内容を整理した。胃癌および胃の病変が合わせて18件と多かった。

図表Ⅲ - 3 - 9 確認していなかった病理診断の内容

確認していなかった病理診断の内容		件数
胃	癌	17
	Group 4	1
食道	癌	4
	高異型度上皮内腫瘍（severe dysplasia ～ CIS）	1
十二指腸	癌	2
不明	癌	1
合計		26

③ 気付いた時期

病理検査の後、病理診断報告書を確認していなかったことに気付いた時期をまとめて示す。最も早い事例では2ヶ月後、最も遅い事例では5年後に病理診断報告書を確認していなかったことに気付いていた。

図表Ⅲ - 3 - 10 気付いた時期

気付いた時期	件数
6ヶ月未満	4
6ヶ月～1年未満	4
1年～2年未満	8
2年以上	10
合計	26

④ 発見者

事例に記載されていた内容から、病理診断報告書を確認していなかったことに気付いた者を整理した。同職種者である医師によって発見された事例が15件と最も多く、当事者本人が発見した事例は8件であった。他職種者によって発見された事例は、診療情報管理士が2件、看護師が1件であった。

図表Ⅲ - 3 - 11 発見者

発見者	件数
同職種者	15
当事者本人	8
他職種者	3
合計	26

⑤ 気付いたきっかけ

病理診断報告書を確認していなかったことに気付いたきっかけについてまとめた。患者に症状が出現し、精査・治療を行う際に過去の検査結果を確認したところ、病理診断報告書を確認していなかったことに気付いた事例が12件と最も多かった。

図表Ⅲ - 3- 1 2 気付いたきっかけ

気付いたきっかけ	件数
患者に症状が出現し、精査・治療を行う際に過去の検査結果を確認した	12
上部消化管内視鏡検査を行った際に過去の検査結果を確認した	4
がん登録の際に病理診断報告書を見た	3
院内で検査結果の追跡調査を行った	3
外来診察時に病理診断報告書を見た	1
他科受診時に他科の医師が病理診断報告書を見た	1
詳細不明	2
合計	26

⑥ 患者への影響

事故の程度と治療の程度について示す。事故の程度では、因果関係は不明であるが、「死亡」が1件、「障害残存の可能性がある（高い）」を選択した事例が3件あった。また、治療の程度では、「濃厚な治療」を選択した事例が13件あった。悪性の所見を確認しなかったことにより治療の開始が遅れたことが患者に影響している可能性がある。

図表Ⅲ - 3- 1 3 事故の程度

事故の程度	件数
死亡	1
障害残存の可能性ある（高い）	3
障害残存の可能性ある（低い）	9
障害残存の可能性なし	3
障害なし	5
不明	5
合計	26

図表Ⅲ - 3- 1 4 治療の程度

治療の程度	件数
濃厚な治療	13
軽微な治療	3
治療なし	4
不明	1
合計	21

※「医療の実施あり」の21件の内訳を示す。

⑦ 事例の内容

主な事例を図表Ⅲ - 3 - 1 5 に示す。

図表Ⅲ - 3 - 1 5 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
消化器疾患・症状の精査			
1	4 年前に黒色便の訴えがあり本院消化器内科を受診した。上部消化管内視鏡検査を施行したが新たな出血は指摘できず、膵酵素の上昇も認められたため、仮性脾動脈瘤からの再出血と判断し、プレタールを中止して経過観察する方針とした。この際、食道の切歯より 3 0 c m の部分に 3 m m 大の浅い陥凹を認めたため、1 ヶ所生検を施行した。再診時、出血症状のないこと、血液検査でも貧血の進行がないことを確認したが、生検結果の確認や説明はせず帰宅とした。以後も半年から 1 年に 1 回程度、外来で経過観察をしていたが、生検結果は確認されることなく経過した。嚥下時のつまり感が出現したとのことで近医からの紹介で本院を受診した。今回、上部消化管内視鏡検査を施行し、切歯より 2 7 ～ 3 0 c m の部分に癌を強く疑う所見を認め、生検を施行した。この際に 4 年前の内視鏡所見を確認し、同時に行われていた生検で扁平上皮癌が検出されていたことが判明した。精査加療目的で入院となった。	カルテには内視鏡検査時に食道より生検 1 ヶ所、次回受診時に C B C ・病理の説明と記載されているが失念した。検査の主目的は出血源の検索であったが、それとは関連のないものとして見つかったものであったため、強く意識されなかった。当該診療科においては、病理結果の未確認防止のための手順作成や過去の未確認事例の調査を実施していなかった。病理結果や画像診断結果の未確認防止のための仕組みを作り、安全で安心できる体制を構築していなかった。	・検査結果の伝達についての認識を患者と共有するために、内視鏡検査実施時の患者への説明文書に検査結果についての注意喚起をする文言を記載する。 ・重要な診断結果が出た場合は、病理部より依頼医に対してメールを送信する。 ・1 ヶ月に 1 回、今回の事例が発生した診療科内において、内視鏡検査時に病理組織検査を依頼した全症例についてカンファレンスを開催し、すべての病理検査の結果について確認し、治療経過について情報共有する。
スクリーニング			
2	泌尿器科医師が術前の胃潰瘍スクリーニング目的で消化器内科に対診依頼を行った。消化器内科にて上部内視鏡検査を施行し、隆起病変を認めたため、生検を行った。2 週間後、泌尿器科外来時に検査結果を確認したところ病理結果の所見が出ていなかった。5 ヶ月後、検査医が検査結果の確認を失念していたことに気づき主治医に連絡した。十二指腸癌を認め、患者への説明が行われた。	所属 3 年目の消化器内科医師が、本来病理検査結果が報告され次第、内視鏡結果報告書に記載すべきところ記載することを失念していた。生検結果の説明予定日に病理結果が出ておらず、主治医である泌尿器科医師は、次回受診時に生検結果の有無の確認をすべきところ、確認が抜けた。消化器内科の医師は、読影結果を記載予定日にカルテに記載していなかったことを 5 ヶ月後まで認識していなかった。	・病理所見について、放射線読影結果と同様に、電子カルテ上で関係者に通知するアラート機能を次年度導入予定である。 ・本事例を、安全管理部会、RM 会議で報告し、各医師に確認の励行を伝達した。 ・消化器内科では、結果記入手順の確認と周知徹底を行った。

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
頭頸部癌の精査			
3	喉頭癌で放射線化学療法を施行した患者に、重複癌の検査目的で同時期に実施した上部消化管内視鏡検査での食道癌の病理診断結果を確認していなかった。4年後、患者から、物が飲み込みにくいという訴えがあり上部消化管内視鏡検査を行い、その結果を確認した際に4年前の病理結果に気が付いた。	喉頭癌に関しては病変部位、進行度の同定、浸潤やリンパ節転移の有無などを行っているが、その過程の中で、消化管内視鏡の病理結果を確認することを失念した。内視鏡の依頼は直接診療科から行う。内視鏡検査時の病理検査依頼は内視鏡施行医が行う。病理検査が出た段階で病理部から電子カルテを通してメッセージを出す、そのメッセージは病理検査を依頼した内視鏡施行医に対して出る。内視鏡検査を依頼した主治医にはメッセージが届かないシステムである。そのため、主治医は意図的に病理診断結果を確認しなければ、見落としが起る状況にある。	- 診療科は腫瘍カンファレンスで症例確認の必須項目を明確にして確認できるようにする。 - 診療科は悪性腫瘍のチェックシートを作成する。そのシートには重複癌の検索結果の記載を含める。 - 電子カルテのシステムとして、内視鏡検査実施後に依頼があった病理検査に関しては、結果が出たことを通知するメッセージを内視鏡を依頼した診療科の主治医にも知らせる。 - 内視鏡検査レポートは所見と病名が一目でわかるレイアウトにする。 - 内視鏡検査後の患者には、生検の結果を主治医に確認する旨の注意書きを手渡し、患者からも結果確認の行動が取れるようにする。
貧血の精査			
4	腎代謝内科受診時に貧血を認めたため、血液検査と上部消化管内視鏡検査を実施した。生検を実施し、結果が報告されていたが、担当医は気付かず、鉄欠乏性貧血と胃潰瘍との診断で内服治療を行った。7ヶ月後に通過障害が出現し、上部消化管内視鏡検査を実施したところ、胃がん疑いで入院となった。この時、7ヶ月前の生検結果の存在を確認し、治療開始が約7ヶ月遅れたことが判明した。入院後に幽門側胃切除術を施行し、以後、抗がん剤治療等を行った。	腎代謝内科の担当医が内視鏡検査を依頼し、消化器内科医師が施行したが、カルテには胃潰瘍と記載されていた。そのため、担当医は経過観察とした。また、担当医も、内視鏡検査を施行した消化器内科医師も、生検結果（病理組織診検査報告書）の確認を怠った。さらに、生検した1ヶ月後に腎代謝内科の担当医の退職により後任医師へ交代する時も、胃潰瘍で申し継がれ、後任の医師も検査結果等の確認をしていなかった。	- 病理組織診検査結果の患者説明：本事例以降、基本的に2週間後、内視鏡検査を施行した消化器内科の外来で患者に結果を説明する運用に変更した。 - 病理組織診検査報告書の確認・ダブルチェック：当院のオーダーリングシステムは、検査結果を誰が、いつ確認したかを表示できないため、病理検査で悪性所見があったものについては、全例、担当科の部長へファイルを送り、主治医が適切な処置をしているかチェックする運用に変更した。 - 担当医交代時の申し送り：交代時に、患者カルテや病理検査を含む検査結果を遡って確認すれば、がん情報を発見できた可能性がある。本事例を院内周知し、交代時のカルテ、検査結果等の確認の徹底を図った。

⑧ 病理診断報告書を確認しなかった背景・要因

1) 病理診断報告書の確認に関するシステム

事例が発生した時点で、病理診断報告書の確認に関する何らかのシステムがあったことが記載されている事例について、システムで通知する内容、通知方法、病理診断報告書を確認しなかった要因を整理した。病理診断報告書が作成されたことが通知されるシステムがあったが、病理検査を依頼した医師（内視鏡検査担当医）に通知され、内視鏡検査を依頼した医師（主治医）には通知されなかった事例が複数報告されていた。また、病理診断報告書の未確認や腫瘍の診断を通知するシステムがあったが、何らかの要因で通知が行われなかった事例も報告されており、システム導入後は漏れなく運用することが重要である。

図表Ⅲ - 3 - 1 6 病理診断報告書の確認に関するシステム

通知する内容	通知方法	病理診断報告書を確認しなかった要因
病理診断報告書の作成	電子カルテに顕微鏡マークのアイコンが表示される	・病理検査を依頼した医師がカルテを開けた際、患者を選択する前にアイコンが表示され、各患者のカルテには表示されない。 ・アイコンの表示は病理診断確定日のみで、翌日以降は新たな病理検査の確定診断日までは表示されない。 ・病理検査を依頼した医師のみにアイコンが表示され、内視鏡検査を依頼した医師へは表示されない。
	メール配信される	・病理検査を依頼した消化器内科医師へ通知され、皮膚科主治医へは伝わらなかった。
	電子カルテを通してメッセージが出る	・病理検査を依頼した内視鏡施行医にメッセージが出され、内視鏡検査を依頼した主治医にはメッセージは出されないシステムであった。
病理診断報告書の未確認	担当医に文書が配布される	・文書を配布する担当者の異動に伴う引き継ぎが不十分で機能していない時期があり、担当医に文書が届いていなかった。
腫瘍の診断	報告書に蟹マークが付く	・病理医が手作業で蟹マークを入力していたが、入力するのを忘れた。

2) その他の背景・要因

その他の背景・要因のうち、主なものを整理して紹介する。

図表Ⅲ - 3 - 1 7 その他の背景・要因

○連携・情報共有
【診療科内】
・入院中に施行され結果が未着の病理検査の確認については、外来の主治医に申し送りを行うべきであったが、申し送りをしていなかった。 ・主治医からの申し送りとサマリーに記載がなく、外来担当医は生検したことを認識できなかった。 ・後任の医師へ交代する時に胃潰瘍で申し継がれ、後任の医師も検査結果を確認していなかった。 ・術前カンファレンスでは病理診断報告書の内容の確認は行われず、担当医一人で確認を行っていた。

【診療科間】

- ・消化器内科医師が外科に大腸癌の手術を依頼した際に術前検査の一環として上部消化管内視鏡検査が行われたが、その結果の確認や患者への説明について両診療科間で明確な取り決めがなかった。
- ・検査を実施した医師と主治医のどちらが病理検査結果を確認するかの取り決めがなかった。
- ・主治医は内視鏡検査施行者が病理結果を知らせてくれると思っていた。
- ・内視鏡検査を施行した消化器科医は、消化器科対診ではなく主治医が内視鏡検査をオーダーしており、主治医側で確認、説明するものと思っていた。

【職種間】

- ・結果説明の機会の有無を多職種間で共有する仕組みが十分でなかった。
- ・診療情報管理士が未説明の事実気付、同僚、上司等に報告したが、その時点では担当医には伝わらなかった。

○患者の疾患・病態

- ・以前に行った胃切除の経過観察のために上部消化管内視鏡検査を実施したが、慢性膵炎等の治療に注力していた。
- ・胆管癌の大動脈リンパ節再発を認め、この治療を優先しており、病理検査の診断結果を見落とした。
- ・検査の主目的は出血源の検索であったが、それとは関連のないものとして見つかったものであったため、強く意識しなかった。

○カルテの記載

- ・主治医は診療録や次回受診の予定に「病理結果説明あり」等のコメントを記載していなかった。
- ・腎代謝内科の担当医が内視鏡検査を依頼し、消化器内科医師が施行したが、カルテには胃潰瘍と記載されていた。そのため、担当医は経過観察とした。
- ・内視鏡レポートでは生検の有無は無となっていたため、内視鏡診断の説明で終了した。

○報告書の作成時期

- ・生検結果の説明予定日に結果が出ておらず、主治医である泌尿器科医は、次回受診時に生検結果の確認をすべきところ、確認が抜けた。
- ・外科に転科してから手術予定日まで短期間であったため、術前カンファレンス時に内視鏡の病理検査結果が報告されておらず、カンファレンスでも確認が行われなかった。

○確認体制・仕組み

- ・病理診断結果を主治医（内視鏡依頼医）と内視鏡実施医（病理検査依頼医）のどちらに知らせるかルールがはっきりしていない。
- ・医師が検査結果を見たかどうかの確認ができないシステムである。
- ・病理結果未確認防止のための手順を作成していなかった。
- ・過去の未確認事例の調査を実施していなかった。

○患者

- ・内視鏡検査当日、施行医師は胃癌の可能性が高いと患者に説明し、詳細結果の説明のために来院するよう伝えたが、その後患者は来院しなかった。
- ・患者及び家族から検査結果を尋ねられなかったため、気が付かなかった。

⑨ 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まとめて図表Ⅲ - 3 - 18に示す。

図表Ⅲ - 3 - 18 事例が発生した医療機関の改善策

○病理診断報告書の確実な確認
・病理診断結果を各診療科で漏れなくチェックする体制の整備を行った。 ・病理結果未確認のアイコンは複数医師への表示は不可能なため、内視鏡等の検査を依頼した医師にも検査結果を確認することを改めて徹底するよう指導した。 ・内視鏡検査を実施した医師が検査結果を確認する。 ・術前カンファレンスなどを利用して、複数人による検査レポートの確認を行うことを検討する。 ・診療科は悪性腫瘍のチェックシートを作成する。 ・現場の医師は異常所見マークに注目してしまう傾向があり、異常所見マークを付け始めた経緯・意味や、マークの有無にかかわらず記載内容を十分注意して確認することを再度周知することとした。
○重大な所見の通知
・特に重大な結果については、直接医師に連絡する仕組みを検討する。 ・病理検査で悪性所見があったものについては、全例、担当科の部長へファイルを送り、主治医が適切な処置をしているかチェックする運用に変更した。
○未読を防止するシステムの導入
・電子カルテに検査結果レポートを見たことがチェックできる機能を構築する。 ・電子カルテのシステムで、内視鏡を依頼した診療科の主治医にも病理診断結果が出たことを知らせるメッセージを送る。 ・病理結果のリストに未確認が1件でもある限りアイコンが継続表示されるよう設定を変更した。 ・病理診断レポートのチェック機能である「未読者への確認依頼」のルールをマニュアル化し、確認漏れがないよう徹底する。
○外来受診日の設定
・検査後に外来受診日を設定する。 ・病理検査や内視鏡検査をオーダーする際には、医師は結果を説明する日も予約する。 ・消化器内視鏡センターでは、他科依頼のオーダーで生検を施行した症例は、病理結果説明のため、全例消化器科の外来予約もとるようにした。
○患者への説明
・内視鏡検査時に使用する検査指示書及び患者用の検査説明用紙に、「後日検査結果の説明がある」旨を記載し、患者に説明する。 ・消化管内視鏡の説明書に「検査結果の説明を聞くこと」などの文言を追加することにより、患者に検査結果を確認する意識の向上を図る。 ・検査結果について担当医に直接確認することを患者自身に促す。
○情報共有
・内視鏡センターにおいて内科が行っているカンファレンスに外科も参加して情報を共有する等、チェック体制を強化する。 ・今後チームで情報を共有することを目的としたフローを診療科内で検討して実施することとなった。
○その他
・本事例を、安全管理部会、リスクマネージャー会議で報告し、各医師に確認の励行を伝達した。 ・当該科内での業務量を平準化する。 ・がん登録漏れのチェックを3ヶ月毎に行う。

（４）まとめ

本報告書では、「病理診断報告書の確認忘れ」（医療安全情報 No. 71）について、医療安全情報 No. 71 の集計期間後の2012年9月以降に報告された再発・類似事例を集計した。さらに、そのうち最も多かった上部消化管内視鏡検査の生検組織診断の事例26件について分析を行った。

各診療科の主治医が内視鏡検査担当医に依頼して上部消化管内視鏡検査が行われ、さらに内視鏡検査担当医が病理医に依頼して病理診断が行われる複雑な流れの中で、病理診断報告書が確認されず長期間が経過した事例が報告されていた。また、病理診断報告書が作成されたことや一定期間未読であることを知らせるシステムがある医療機関においても確認忘れの事例が発生していた。

病理診断は患者の治療方針を決定する上で重要な検査であり、病理診断の結果を、いつ、誰が患者に説明するのかを明確にして、病理診断報告書の内容を確実に確認することが必要である。そのためには、医療機関において「内視鏡検査～病理検査～病理診断報告書の確認～患者への説明」の流れを整理し、業務工程を確立することが重要である。また、病理診断報告書の作成や未確認を知らせるシステムを活用する場合は、通知先を適切に設定し、漏れがないように運用することが望まれる。

【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
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」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.102 2015年5月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 口頭指示の解釈間違い

No.102 2015年5月

口頭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 て解釈した事例が4件報告されています（集計期間2011年1月1日～2015年3月31日）。この情報は、第40回報告書「個別のテーマの検討状況」（P162）で取り上げた内容を基に作成しました。

口頭指示や依頼をした際、意図した内容が受け手に伝わらず、間違っ て解釈した事例が報告されています。

意図した内容	間違っ て解釈した内容
執刀医（胃管を）抜いてください	麻酔医（胃の空気を）抜いてください
医師（尿まで挿入したが、上部消化管の検査をしていない）	看護師 検査をしていない（ため、内視鏡は使用しなかった）
医師 検査当日、薬（アスピリン）を飲ませてください	看護師 検査当日、（前投）薬を飲ませてください
看護師 塩化ナトリウム注10%を（薬末に）打ってください	研修医 塩化ナトリウム注10%を（患者に）打ってください

◆本医療安全情報は、口頭指示の際、薬の単位や量、薬剤の条件を明確に伝えなかった「医療安全情報No.27」に類似した事例（薬の単位や量、薬剤の条件を明確に伝えなかった「医療安全情報No.84」に類似した事例）以外の事例が対象です。

医療安全情報 No.102 2015年5月

「口頭指示の解釈間違い」

事例 1

医師は患者に上部消化管内視鏡検査を開始したところ嚥下反射が強く、尿まで挿入したところで検査終了となった。医師は、内視鏡室に入ってきた看護師に「検査していい」と伝え、内視鏡を検査台にかけた。看護師は医師の言葉を「内視鏡を使用していない」と解釈した。医師と看護師の会話を見た内視鏡室担当の看護助手も、内視鏡は使用していないと解釈し、洗浄・消毒し、別の患者に使用した。

事例 2

看護師は前日に使用した塩化ナトリウム注10% 20mLの実施済み入力を依頼するため、研修医に「打って下さい」と伝えた。研修医は、静止するという意味の「打つ」と解釈し、塩化ナトリウム注10%を患者に静注した。

事例が発生した医療機関の取り組み

・口頭による指示や依頼をする際、送り手は相手に意図が伝わる言葉を使用する。

総合評価部会の意見

・口頭による指示や依頼を受ける際は、対象物を復唱して確認しましょう。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として報告された医療機関の医師・看護師・薬剤師・検査技師・看護助手・事務・その他関係者の協力によるものです。当事業の報告等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://www.med-sai.jp/

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を基に作成された報告書は、医療従事者の業務を補助し、医療従事者に責任を押し付けるものではありません。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三越町1-4-17 東洋ビル
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
http://www.med-sai.jp/

（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って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って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 - 23 口頭で指示した内容と間違っって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		間違っって解釈した内容		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- 2 4 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- 2 5 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 / mL シリンジを使用する意図で「ヘパリン 5 mL を生食 5 mL で希釈し、3 mL 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 mL (1000 単位 / mL) 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 / 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。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。	- 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。 - 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。 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。 - 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	患者の膵体部癌に対して膵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。	膵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「点滴タケブロンが続きなし」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。	- 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	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、横隔膜を穿刺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。	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。	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	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、R B C 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、G I C U 入室後に患者に不要な輸血が施行された。	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、R B C 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。	- 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、G I C U 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

- ・ 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

- ・ 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

- ・ 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I V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、I V C 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、I V C 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

- ・ 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

- ・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

- ・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

- ・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

- ・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て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。



医 政 安 発 0329 第 2 号
薬 生 安 発 0329 第 2 号
平 成 31 年 3 月 29 日

公益社団法人日本医師会会長 殿

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長
(公 印 省 略)

厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課長
(公 印 省 略)

医療事故情報収集等事業第 56 回報告書の公表について

医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

医療事故情報収集等事業につきましては、平成 16 年 10 月から、医療機関から報告された医療事故情報等を収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的として実施しているところです。今般、公益財団法人日本医療機能評価機構より、第 56 回報告書が公表されましたのでお知らせします。

本報告書における報告の現況等は、別添 1 のとおりです。また、別添 2 のとおり、再発・類似事例の発生状況等が報告されています。

貴職におかれましては、同様の事例の再発防止及び発生の未然防止のため、本報告書の内容を御確認の上、別添の内容について留意されますとともに、貴会会員に対する周知をお願いいたします。

なお、本報告書につきましては、別途公益財団法人日本医療機能評価機構から各都道府県知事、各保健所設置市長及び各特別区長宛に送付されており、同機構のホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) にも掲載されていますことを申し添えます。

医療事故情報収集等事業 第56回報告書のご案内

1. 集計報告

(1) 医療事故情報収集・分析・提供事業(対象:2018年10月～12月に報告された事例)

表1 報告件数及び報告医療機関数

	2018年			合計
	10月	11月	12月	
報告義務対象医療機関による報告件数	355	364	308	1,027
参加登録申請医療機関による報告件数	48	22	36	106
報告義務対象医療機関数	274	274	274	—
参加登録申請医療機関数	790	793	797	—

(第56回報告書 14頁参照)

表2 事故の概要

事故の概要	2018年10月～12月	
	件数	%
薬剤	79	7.7
輸血	2	0.2
治療・処置	273	26.6
医療機器等	29	2.8
ドレーン・チューブ	68	6.6
検査	73	7.1
療養上の世話	366	35.6
その他	137	13.3
合計	1,027	100.0

(第56回報告書 15頁参照)

(2) ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業(対象:2018年10月～12月に報告された事例)

1) 参加医療機関数 1,233 (事例情報報告参加医療機関数 654施設を含む)

2) 報告件数 (第56回報告書 18頁参照)

①発生件数情報報告件数:231,689件

②事例情報報告件数:8,048件

2. 事例の分析 (第56回報告書 21～52頁参照)

今回、「分析テーマ」で取り上げたテーマは下記の通りです。

- (1) 他施設や在宅で使用していた医療機器等の持ち込みに
関連した事例
- (2) G-C-S-F製剤の誤った投与に関連した事例
- (3) 電子カルテ使用時の患者間違いに関連した事例

【第56回報告書 22～36頁参照】

【第56回報告書 37～43頁参照】

【第56回報告書 44～52頁参照】

3. 再発・類似事例の分析 (第56回報告書 53～72頁参照)

これまでに、「分析テーマ」や「医療安全情報」として取り上げた内容の中から再発・類似事例が報告されたテーマを取りまとめています。今回取り上げた再発・類似事例のテーマは下記の通りです。

- (1) 「持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い」
(医療安全情報 No. 78)

【第56回報告書 55～61頁参照】

- (2) 「ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例」
—移動時に転落した事例— (第13回報告書)

【第56回報告書 62～72頁参照】

*詳細につきましては、本事業ホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) をご覧ください。

3 再発・類似事例の分析

本事業では、第3回～第17回報告書において「共有すべき医療事故情報」として、医療事故情報を分析班等で個別に検討し、広く共有すべきであると考えられた事例の概要を公表してきた。また、第1回～本報告書において分析対象となるテーマを設定し、そのテーマに関連する事例をまとめて分析、検討を行っている。さらに、これまでに報告書で分析テーマとして取り上げた事例の中から、特に周知すべき情報を提供するため「医療安全情報」を提供している。

ここでは、「医療安全情報」として提供したタイトルの再発・類似事例の報告件数について取りまとめた（図表Ⅲ-3-1）。また、ホームページの「医療安全情報」のページには、医療安全情報の再発・類似事例の年別報告件数の一覧表を掲載している。なお、報告書で取り上げた分析テーマの再発・類似事例の報告件数については、年報に掲載する。

本報告書分析対象期間に報告された「医療安全情報」の再発・類似事例のタイトルは31あり、件数は55件であった。このうち、類似の事例が複数報告されたのは、「No. 63：画像診断報告書の確認不足および No. 138：画像診断報告書の確認不足（第2報）」が13件、「No. 7：小児の輸液の血管外漏出」、「No. 80：膀胱留置カテーテルによる尿道損傷および No. 142：膀胱留置カテーテルによる尿道損傷（第2報）」がそれぞれ3件などであった。

図表Ⅲ-3-1 2018年10月から12月に報告された「医療安全情報」の再発・類似事例の件数

No.	タイトル	件数	提供年月
No. 3	グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔	1	2007年 2月
No. 4	薬剤の取り違い	1	2007年 3月
No. 68	薬剤の取り違い（第2報）		2012年 7月
No. 7	小児の輸液の血管外漏出	3	2007年 6月
No. 8	手術部位の左右の取り違い	2	2007年 7月
No. 50	手術部位の左右の取り違い（第2報）		2011年 1月
No. 11	誤った患者への輸血	1	2007年 10月
No. 110	誤った患者への輸血（第2報）		2016年 1月
No. 13	輸液ポンプ等の流量の確認忘れ	1	2007年 12月
No. 15	注射器に準備された薬剤の取り違い	1	2008年 2月
No. 23	処方入力の際の単位間違い	2	2008年 10月
No. 38	清潔野における注射器に準備された薬剤の取り違い	1	2010年 1月
No. 39	持参薬の不十分な確認	1	2010年 2月
No. 53	病理診断時の検体取り違い	1	2011年 4月
No. 54	体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去	1	2011年 5月
No. 57	PTPシートの誤飲	2	2011年 8月
No. 82	PTPシートの誤飲（第2報）		2013年 9月
No. 58	皮下用ポート及びカテーテルの断裂	2	2011年 9月
No. 59	電気メスペンシルの誤った取り扱いによる熱傷	2	2011年 10月
No. 61	併用禁忌の薬剤の投与	1	2011年 12月
No. 129	併用禁忌の薬剤の投与（第2報）		2017年 8月

No.	タイトル	件数	提供年月
No. 63 No.138	画像診断報告書の確認不足 画像診断報告書の確認不足（第2報）	13	2012年 2月 2018年 5月
No. 78	持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い	2	2013年 5月
No. 80 No.142	膀胱留置カテーテルによる尿道損傷 膀胱留置カテーテルによる尿道損傷（第2報）	3	2013年 7月 2018年 9月
No. 84	誤った処方の不十分な確認	1	2013年 11月
No. 85	移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去	2	2013年 12月
No. 95	セントラルモニタの送信機の電池切れ	1	2014年 10月
No.105	三方活栓の開閉忘れ	2	2015年 8月
No.111	パニック値の緊急連絡の遅れ	1	2016年 2月
No.114	抗凝固剤・抗血小板剤の再開忘れ	1	2016年 5月
No.120	薬剤名の表示がない注射器に入った薬剤の誤投与	1	2016年 11月
No.121	経鼻栄養チューブの誤挿入	1	2016年 12月
No.130	中心静脈ラインの開放による空気塞栓症	1	2017年 9月
No.132	オーバーテーブルを支えにした患者の転倒	1	2017年 11月
No.134	清潔野における消毒剤の誤った投与	1	2018年 1月
No.144	病理検体の未提出	1	2018年 11月

本報告書では、分析対象期間に報告された再発・類似事例のうち、医療安全情報 No. 78 で取り上げた「持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い」と第13回報告書で取り上げた「ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例」について事例の詳細を紹介する。

【1】持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い（医療安全情報 No. 78）

（1）発生状況

医療安全情報 No. 78（2013年5月提供：集計期間2009年1月～2013年3月）では、持参薬を院内の処方に切り替える際、処方量を間違えた事例を取り上げた。今回、本報告書分析対象期間（2018年10月～12月）において、持参薬のクエチアピン錠25mgを院内で採用されているセロクエル100mg錠に変更して処方する際、処方量を間違えた事例など、類似の事例が2件報告されたため、再び取り上げることとした。医療安全情報 No. 78の集計期間後の2013年4月以降に報告された再発・類似事例は10件であった（図表Ⅲ-3-2）。

図表Ⅲ-3-2 「持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
2013年		1	0	0	1
2014年	0	1	0	0	1
2015年	1	1	0	2	4
2016年	0	0	1	1	2
2017年	0	0	0	0	0
2018年	0	0	0	2	2

図表Ⅲ-3-3 医療安全情報 No. 78 「持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.78 2013年5月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報
No.78 2013年5月

持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い

持参薬を院内の処方に切り替える際、処方量を間違えた事例が4件報告されています（集計期間2009年1月1日～2013年3月31日、第9回報告書「個別のテーマの検討状況」(P74)に一部を掲載）。

持参薬を院内の処方に切り替える際、処方量を間違えた事例が報告されています。

持参した薬剤	院内で処方した薬剤	間違えた量	処方量間違いの背景
ハルシオン錠0.125mg 1錠	ハルシオン錠0.25mg 1錠	2倍	
アスベリンカプセル10mg 4カプセル	アスベリンカプセル20mg 4カプセル	2倍	持参薬と同じ規格がなかった
ヒダントールF配合錠® 6錠	ヒダントール錠100mg® 6錠	4倍	
アスベリン錠10mg 6錠	アスベリン錠100mg/g 6錠	10倍	持参薬と同じ剤形がなかった

※ヒダントールF配合錠とヒダントール錠100mgの有効成分量：ヒダントールF配合錠は、1錠中にフェニトイン300mg、フェニバルビタール100mgなどが含まれる。ヒダントール錠100mgは、1錠中にフェニトイン100mgが含まれる。

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.78 2013年5月

持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違い

事例1

入院後、患者は持参薬を内服していたが、量が足りなくなったため、医師は院内処方薬に切り替えた。その際、処方状に「アスベリンカプセル10 4錠 分2 軽食後」と記載してあるのを確認した。そこで、コンピュータに「アスベリン」と入力したところ、院内では10mgの規格は採用されておらず、アスベリンカプセル20mgのみが表示された。アスベリンカプセル20mgで処方し、4カプセルを分2で処方することになった。用量が間違えたと気付かず、4カプセルを分2で処方した。患者は入院から5日後の朝に自宅へ退院を過ごし、他院に緊急搬送された。

事例2

入院後、患者は他院で処方されたヒダントールF配合錠 6錠を分2で内服していた。院内処方薬に切り替える際、医師はヒダントールF配合錠とヒダントール錠に含まれるフェニトインの量や有効成分の両方に注意することを知り、院内処方薬にヒダントール錠100mg 6錠を分2で4日分処方した。薬剤師は誤りに気付かず、処方通りに調剤した。次の処方を見直し、薬剤師がフェニトインの量が1日量の上限を超えることを確認し、医師は誤りに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・持参薬から院内の処方に切り替える際の処方時は、規格、剤形、成分量に注意して入力する。
- ・持参薬から院内の処方に切り替える際は、可能な限り薬剤師が介入する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合的な医療安全の向上を図るため、医療安全の改善を目的として提供されるものであり、当事業の報告等に関する詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://www.med-safe.jp/

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期してありますが、その内容を厳密に検証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の職業を保護し、医療安全を向上させることを目的として提供されるものではありません。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三越町1-4-17 東京ビル
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
http://www.jogho.or.jp/

（２）事例の概要

１）関連診療科

事例の関連診療科を整理して示す。

図表Ⅲ - 3 - 4 関連診療科

関連診療科	件数
呼吸器内科	2
外科	2
循環器外科・心臓血管外科	2
循環器内科	1
消化器科	1
消化器外科	1
精神科	1
整形外科	1
乳腺・内分泌外科	1

※関連診療科は複数選択が可能である。

２）当事者職種

報告された事例の当事者職種を示す。薬剤を処方した医師のほか、調剤した薬剤師、与薬に関わった看護師が当事者として報告されていた。

図表Ⅲ - 3 - 5 当事者職種

当事者職種	件数
医師	10
薬剤師	6
看護師	5

※当事者は複数選択が可能である。

３）患者への影響

対象事例10件のうち、何らかの治療が必要となった事例が8件と多く含まれていた。治療の程度は、軽微な治療が7件と多く、濃厚な治療が選択された事例は1件であった。濃厚な治療が選択された事例は、持参薬のリーマス100mgから院内で採用されているリーマス200mgに切り替えた際、持参薬と同様に1日2錠処方したため、処方量が2倍になった事例であった。

図表Ⅲ - 3 - 6 治療の程度

治療の程度	件数
濃厚な治療	1
軽微な治療	7
治療なし	2
合計	10

4) 気付いたきっかけ

処方量間違いに気付いたきっかけを整理した。処方量が過量であったことから患者に症状が出現し、処方を確認した事例が複数報告されていた。また、患者が退院後も、誤った処方量の薬剤を自宅で継続して内服していた事例も報告されていた。誤った内容で処方されると、その後も同じ内容で処方が継続されることにつながるため、最初に院内の処方に切り替える際の確認が重要である。

図表Ⅲ - 3 - 7 気付いたきっかけ

気付いたきっかけ
・患者に症状が出現し、処方を確認した。（複数報告あり） ・患者に症状が出現し、血中濃度を測定した。 ・看護師が持参薬鑑別書を見た。 ・6回目の処方の際、薬剤師が用量が過量であることに気付いた。 ・退院後、外来で継続して処方したところ、保険薬局から疑義照会があった。 ・退院時処方を自宅で内服したところ、症状が出現し、患者が処方量間違いに気付いた。

5) 事例の分類

事例に記載された内容から、以下のように事例を分類した。

図表Ⅲ - 3 - 8 事例の分類

事例の分類		件数	
持参薬と同じ規格がなく、規格を変更した際に数量を変更しなかった		5	
選択・入力間違い	持参薬と同じ規格があったが、規格の選択を間違えた	2	4
	持参薬と同じ錠剤があったが、数量の入力を間違えた	1	
	持参薬と同じ散剤があったが、単位を間違えた	1	
持参薬の配合薬の成分量を誤認して、代替薬の処方量を計算した		1	
合計		10	

（３）規格を変更した際に数量を変更しなかった事例

持参薬から院内の処方に切り替える際の処方量間違いの事例のうち、持参薬と同じ規格がなく、規格を変更した際に数量を変更しなかった事例が５件と最も報告が多かった。そこで、これらの事例について分析を行った。

１）事例の内容

主な事例を図表Ⅲ - 3 - 9 に示す。

図表Ⅲ - 3 - 9 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
1	他院からクエチアピン錠 25mg「サンド」3錠分3を処方されていた患者が、乳がんの加療目的で当院に入院となった。入院当日、薬剤師は持参薬を鑑別した。当院にクエチアピン錠 25mg の採用はなく、規格の異なるセロクエル 100mg 錠が採用されていた。薬剤師は「成分量違い・剤型一致」として、セロクエル 100mg 錠：クエチアピン錠 25mg「サンド」の1錠はセロクエル 100mg 錠の0.25錠に相当します、と持参薬鑑別書に代替薬を入力した。医師は持参薬から院内採用の代替薬に切り替え翌日開始の内服を処方した。その際、医師は代替薬のセロクエル 100mg 錠を3錠分3で処方した。入院翌日、薬剤部からセロクエルが払い出された。看護師は処方通り配薬した。患者はセロクエル 100mg 錠を朝昼食後服用し、傾眠となった。夕方、看護師が持参薬鑑別書に「クエチアピン錠 25mg 1錠はセロクエル 100mg 錠0.25錠分に相当する」と記載されているのを見て、4倍量処方に気付いた。麻痺などではなくCTでも頭蓋内病変はなかった。患者は夜間薬剤性傾眠のため無呼吸や酸素化の低下、低血圧を認めた。翌朝患者は覚醒した。	当院では持参薬を院内処方へ切り替える場合、代替薬があるものは選択して指示することができる。薬剤規格の確認が不足した。患者が傾眠傾向であったが、治療のためロラゼパムも服用しておりセロクエルが過量投与されているとは気付きにくかった。	- 処方薬の数が多くても、ひとつひとつ規格を確認して処方する。 - 連続でEnterを押すとリスト上部の規格のものが勝手に選択されてしまうことがあるため、電子カルテの操作時の確認が必要である。 - 持参薬から院内処方へ切り替えがある際は、持参薬鑑別書と処方内容を照らし合わせ、変更の有無を確認し患者へ投与する。
2	持参薬のプロプレス錠 2mg 1錠を退院時処方する際、誤ってプロプレス錠 4mg 1錠を処方した。患者は自宅で4mgを内服後、低血圧であること、処方薬の用量が異なることに気付く、内服を自己中断した。	患者の退院当日の午前、退院直前に行った処方であり、確認を行う時間的・心理的余裕がなかった。プロプレス錠 2mg は院内採用がなく、4mg を0.5錠で処方しなければならなかったが、医師が誤って1錠で処方した。薬袋を渡す際は、使用していた薬袋との照合を行うルールであったが、焦りがあり確認を行わなかった。	- 処方時の確認を徹底する。 - それまでの処方薬や持参薬と異なった処方にした時は注意喚起する。 - 持参薬が院内採用薬に切り替わる際は、薬剤名や用量を慎重に確認する。 - 患者に薬袋を渡す際、6Rに沿って確認を行う。

2) 処方量間違いの内容

事例に関連した薬剤と間違えた量を整理して示す。持参薬と同じ規格の薬剤が院内で採用されておらず、規格を変更する場合には、数量を調整して同じ処方量にする必要があるが、持参薬と同じ数量を処方したため処方量間違いとなっていた。

図表Ⅲ - 3 - 1 0 処方量間違いの内容（規格を変更した際に数量を変更しなかった事例）

持参した薬剤		院内で処方した薬剤		間違えた量
クエチアピン錠 25 mg	3錠分3	セロクエル 100 mg 錠	3錠分3	4倍
シベノール錠 50 mg	4錠分2	シベンゾリンコハク酸塩錠 100 mg	4錠分2	2倍
プロプレス錠 2 mg	1錠分1	プロプレス錠 4 mg	1錠分1	2倍
リーマス錠 100 mg	4錠分2	リーマス錠 200 mg	4錠分2	2倍
	2錠分2		2錠分2	2倍

※屋号は除いて記載した。

3) 事例の背景・要因

事例の主な背景・要因を整理して示す。

図表Ⅲ - 3 - 1 1 主な背景・要因

○処方時の確認不足
・持参薬から院内で採用されている薬剤に切り替える際の確認が不十分であった。 ・当院では持参薬を院内処方へ切り替える場合、代替薬があるものは選択して指示することができるが、規格が持参薬と異なることの確認が不足した。 ・患者の退院当日の午前、退院直前に行った処方であり、確認を行う時間的、心理的余裕がなかった。
○患者に渡す際の確認不足
・薬袋を渡す際は、使用していた薬袋との照合を行うルールであったが、焦りがあり確認を行わなかった。

4) 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改善策の主な改善策を整理して示す。

図表Ⅲ - 3 - 1 2 事例が発生した医療機関の改善策

○処方時の確認
・処方時は、必ず用量を確認する。 ・処方と持参薬鑑別書を照らし合わせて確認する。 ・処方薬の数が多くても、ひとつひとつ規格を確認して処方する。
○病棟での確認
・病棟での確認をマニュアルに準じて確実にを行う。 ・病棟薬剤師による処方内容の確認を確実にを行う。
○薬剤の採用
・リーマス錠 100 mg を当院で処方可能とし、処方時に電子カルテの検索画面で2規格あることを注意喚起するように変更した。
○その他
・医療安全に関する会議で検討し、関係部署に対する注意喚起を行った。

（４）処方時に選択・入力を間違えた事例

処方時に選択・入力を間違えた事例について、概要を整理して示す。

１）持参薬と同じ規格があったが、規格の選択を間違えた事例

持参薬と同じ規格があったが、規格の選択を間違えた事例は２件あり、持参薬から院内で採用されている薬剤に変更する際に規格の選択を間違えた事例と、持参薬と同じ薬剤を処方する際に規格の選択を間違えた事例であった。

図表Ⅲ - 3- 1 3 処方量間違いの内容
(持参薬と同じ規格があったが、規格の選択を間違えた事例)

持参した薬剤	院内で処方した薬剤	間違えた量
メインテート錠 0.625 mg	ビソプロロールフマル酸塩錠 5 mg	8 倍
オキシコンチン錠 5 mg	オキシコンチン錠 20 mg	4 倍

※屋号は除いて記載した。

２）持参薬と同じ薬剤があったが、数量・単位を間違えた事例

持参薬と同じ薬剤があったが、数量・単位を間違えた事例の内容を整理して示す。錠剤の数量の入力間違いは、持参薬からの処方の切り替えの際に限らず起こり得る間違いであり、処方時の基本的な確認が必要である。散剤は、製剤量と成分量が異なること、医療機関によって単位の初期設定が異なる場合があることから、同じ薬剤であっても持参薬から院内の処方に切り替える際に間違いが起こりやすいと考えられる。

図表Ⅲ - 3- 1 4 処方量間違いの内容
(持参薬と同じ薬剤があったが、数量・単位を間違えた事例)

分類		薬剤名	持参薬の処方量	誤って処方した量	間違えた量
錠剤	数量の入力 間違い	フロセミド錠 4 0 m g	1 錠	4 錠	4 倍
散剤	単位間違い	リスペリドン細粒 1 %	5 m g	5 g（製剤量） （成分量として 5 0 m g）	1 0 倍

※屋号は除いて記載した。

（５）持参薬の配合薬の成分量を誤認して、代替薬の処方量を計算した事例

配合薬の成分量を誤認した事例は１件あり、ヒダントールF 配合錠をヒダントールD 配合錠に切り替えた事例であった。この事例では、添付文書の組成に記載されている有効成分の量が１２錠中であることに薬剤師が気付かず、１錠中の含有量であると誤って解釈したことにより、フェニトインを７５ｍｇ追加するところ９００ｍｇ追加する間違いが起きていた。

図表Ⅲ - 3 - 15 処方量間違いの内容
(持参薬の配合薬の成分量を誤認して、代替薬の処方量を計算した事例)

持参した薬剤		院内で処方した薬剤		間違えた量
処方内容	有効成分	処方内容	有効成分	
ヒダントールF 配合錠 9錠	フェニトイン 225mg	ヒダントールD 配合錠 9錠	フェニトイン 150mg	フェニトイン 約 4.7 倍
	フェノバルビタール 75mg		フェノバルビタール 75mg	
	安息香酸ナトリウム カフェイン 150mg	アレビアチン錠 100mg 9錠	安息香酸ナトリウム カフェイン 150mg	
			フェニトイン 900mg	

（６）まとめ

本報告書では、持参薬を院内の処方に切り替える際の処方量間違いについて、医療安全情報 No. 78 の提供後に報告された 10 件の事例を分析した。事例の概要では、関連診療科、当事者職種、患者への影響、気付いたきっかけをまとめた。報告された事例のうち、持参薬と同じ規格がなく、規格を変更した際に数量を変更しなかった事例が多かった。これらの事例について、処方量間違いの内容をまとめ、主な背景・要因や事例が発生した医療機関の改善策を紹介した。また、その他の事例の処方量間違いの内容を整理して示した。

持参薬を院内の処方に切り替える際、規格が変更になる場合は特に処方量に注意して確認する必要がある。また、持参薬を院内の処方に切り替える際に処方量を間違えると、患者はその後長期に渡り誤った処方量で服用を続けるおそれがある。初回の処方時に処方内容を持参薬鑑別書と照合することや、病棟薬剤師が介入して確認を行うことが重要である。

【2】ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例（第13回報告書）

－移動時に転落した事例－

（1）発生状況

第13回報告書（2008年6月公表）では、ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例を「共有すべき医療事故情報」として紹介した。その後、第23回報告書（2010年12月公表）、第31回報告書（2012年12月公表）、第34回報告書（2013年9月公表）の「再発・類似事例の発生状況」において、事例の内容、背景・要因や医療機関からの改善策等を紹介した。2013年12月には、医療安全情報No. 85「移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去」を提供し、ドレーン・チューブ類の位置の確認が不十分であり、移動の際に患者に挿入されていたドレーン・チューブ類が抜けた事例を取り上げた。なお、本テーマや医療安全情報No. 85には、移動の際にストレッチャーを使用した事例も含まれている。

その後も継続して事例が報告されており、本報告書分析対象期間（2018年10月～12月）にベッドからストレッチャーへの移動中に患者が転落した事例など5件の事例が報告されたため、再び取り上げることとした。第34回報告書の集計期間後の2013年7月以降に報告された再発・類似事例は77件であった（図表Ⅲ-3-16）。

図表Ⅲ-3-16 「ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
2013年			4	3	7
2014年	2	2	3	2	9
2015年	4	6	6	4	20
2016年	7	4	2	5	18
2017年	2	0	7	0	9
2018年	2	2	5	5	14

（２）事例の概要

ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例77件の概要を整理した。

１）移動の目的

移動の目的を整理して示す。入浴が33件と多く、次いで手術が20件であった。

図表Ⅲ - 3 - 17 移動の目的

移動の目的	件数
入浴	33
手術	20
検査	8
処置	6
体重測定	6
外来受診	1
転棟	1
透析	1
不明	1
合計	77

２）事故の内容

事故の内容を整理して示す。ドレーン・チューブ類の抜去や破損・切断が29件、四肢の巻き込み・引っかかり等が28件、転落が10件であった。

図表Ⅲ - 3 - 18 事故の内容

事故の内容	件数
ドレーン・チューブ類	29
抜去	25
破損・切断	4
四肢の巻き込み・引っかかり等	28
転落	10
詳細不明	10
合計	77

（３）転落した事例の分析

ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例のうち、ベッドからストレッチャーへの移動中に患者が転落した事例が本報告書分析対象期間に報告された。そこで、本報告書では患者が転落した事例１０件について分析を行った。

１）移動の目的と発生場所

移動の目的と発生場所を整理した。入浴が５件であり、次いで検査、体重測定がそれぞれ２件であった。

図表Ⅲ - 3 - 19 移動の目的と発生場所

移動の目的	発生場所	件数
入浴	浴室	5
検査	放射線撮影室	2
	MRI 検査室	
体重測定	病室	2
	透析室	
腸瘻カテーテルの交換	病室	1
合計		10

２）移動に関わった職種および人数

移動に関わった職種を図表Ⅲ - 3 - 20、移動に関わった人数を図表Ⅲ - 3 - 21に整理した。

移動に関わった職種は、看護師が１２名と多く、次いで診療放射線技師が４名であった。また、移動に関わった人数は、１名の事例が２件あった。いずれも移動先のストレッチャー側には誰もいない状態で、患者をスライダー（移乗補助器具）に乗せて押した際に移動先のストレッチャーが動いて転落した事例であった。

図表Ⅲ - 3 - 20 移動に関わった職種

移動に関わった職種	人数
看護師	12
診療放射線技師	4
看護助手	2
療養介助員・介助員	2
医師	1
介助者（職種不明）	1
合計	22

図表Ⅲ - 3 - 21 移動に関わった人数

移動に関わった人数	件数
1名	2
2名	5
3名	2
4名	1
合計	10

3) 患者の状態

事例の報告項目にある「直前の患者の状態」では、歩行障害や意識障害などが選択されている事例があり、患者の状態として図表Ⅲ-3-22に整理した。また、患者の疾患名や状態として、脳性麻痺で随意運動不可、脊髄小脳変性症で寝たきり、前頭葉悪性グリオーマで全介助と記載されていた事例もあり、患者は重症で移動時に介助が必要であった。

図表Ⅲ-3-22 患者の状態

患者の状態	件数
歩行障害	7
意識障害	6
下肢障害	4
上肢障害	4
床上安静	3

※患者の状態は、複数回答が可能である。

4) 患者への影響と対応

転落による患者への影響とその後の対応について記載がある事例の内容を整理した。脳挫傷など頭部に外傷をきたした事例は6件あり、救命処置や人工呼吸器の装着、開頭血腫除去術の実施など患者へ与えた影響が大きい事例が報告されていた。

図表Ⅲ-3-23 患者への影響と対応

影響		対応
頭部外傷	脳挫傷	経過観察中に心停止し救命処置、人工呼吸器装着
	急性硬膜下血腫	開頭血腫除去術
	両側硬膜下血腫、外傷性くも膜下出血	転院して治療
	外傷性硬膜下血腫	保存的治療
	後頭部皮下出血、外傷性くも膜下出血	経過観察
	両側硬膜下血腫	経過観察
骨折	肋骨骨折	保存的治療、バストバンド使用
	肩鎖関節亜脱臼、鎖骨遠位部骨折	記載なし
	脛骨内果骨折	記載なし

5) 事例の内容

患者が転落した事例のうち、主な事例を以下に示す。

図表Ⅲ - 3 - 2 4 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
1	患者は脳性麻痺のため随意運動ができず、両下肢は伸展した形で拘縮している。また、意思表示はできず、コミュニケーションは困難である。16時、腸瘻交換のために準備をしていた。看護師1人でおむつ交換を行い、スライダーを使用してストレッチャーに移乗させようと、ストレッチャーをベッドの右隣に付け、ベッドの左側から患者の左肩と腸骨を支えてストレッチャー側へスライドするように力を加えた。その時、ストレッチャーがベッドから離れるように移動して、スライダーと共に体が沈み込むように転落した。転落直後、主治医が診察した。心肺に異常なく、右足趾上部から出血していた。下肢CT撮影を行い、明らかな骨折は確認できなかった。時間経過とともに患部に骨折後の内出血が出現し、右脛骨内果骨折をしていた。	通常は2人で移乗介助を行っているが、時間がないと焦っていたので1人で実施した。ロックがかかった状態でストレッチャーを押すと車輪自体は動かないが、キャスター（車輪を設置している支点となる部分）が回転し、車輪も回転する。そのため、ロックがかかっていたが、キャスターの遊びの範囲内でストレッチャーが動いた。スライダーの使用手順が熟知できていなかった。患者の背部にスライダーを敷き込み、その後ストレッチャーをベッドの右隣につけた。その際、スライダーの端がストレッチャーにどの程度かぶさっていたかは確認できていない。ストレッチャーをベッドの右隣に付けた際にベッドとストレッチャーの間に隙間がないことを確認した。病棟では、週に2回、使用前に点検を行っている。	・移乗介助の方法を検討し、2人での介助が必要な患者を選出してスタッフ全員で情報を共有して実施する。全員ができているか看護師長が実施状況をチェック表にて評価する。 ・ストレッチャーの修理保全・使用時の注意を表示し、周知する。 ・移乗や入浴など患者に負担のかかる行為の時には、必ず誰かに声をかけ、安全の確保ができるまで実施しないことを周知する。 ・スライダーを使用して移乗介助の体験学習を行い、使用方法を周知する。
2	看護師Aはベッド側、看護師Bは患者の頭側、看護師Cはストレッチャー側に位置していた。看護師Cは、患者の足がスライダーからはみ出ていたため直そうと足元へ移動した。その時、ベッド側にいた看護師Aは患者の移動を開始してスライダーの上の患者を押した。そのはずみでストレッチャーが動き、ベッドとストレッチャーの隙間から患者が臀部から転落し、頭部も打撲した。看護師Bは患者の肩を支えたが、患者を支えきれなかった。CT検査の結果、外傷性硬膜下血腫と診断された。	機械浴用ストレッチャーは毎日使用されているため定期的な点検は実施されていなかった。また、4年前に購入してからメーカーによる点検も実施されていなかった。事故後メーカーで点検した結果、タイヤの摩耗があり4輪とも交換となった。タイヤの摩耗でストレッチャーが横滑りしたようであった。一部の看護師は、時々ストレッチャーのロックのかかりが悪く動いてしまうことを認識していたが、何度かやり直すと正常になるためロックのかけ方（手技）の問題と思っていた。移動時に誰も声掛けをしていないため、看護師Aと看護師Cの意思統一が図れておらず各自の思いで行動してしまった。	・患者は大柄で、看護師3名では人数が足りなかった可能性もあり、今後は4名で対応して声を掛け合いながら実施する。また、実施手順を作成した。 ・患者移動に関するシミュレーション学習会を全スタッフが参加できるように計画した。 ・異常時の点検依頼は迅速に行うよう指導した。 ・ストレッチャー、車椅子等の点検手順については業務委員会で検討する。 ・メーカーによる院内のストレッチャーの点検も視野に入れ企画課にて見積もり中である。

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
3	特殊浴槽に入浴するために介助者2名で、移動用ストレッチャーから入浴用ストレッチャーにスライドシートを使用して移動した。ストレッチャーの間を通過する時に、移動用ストレッチャーが動いて隙間が広がり、体が入り込んでマットごと滑るように床へ転落した（高さ約75cm）。右頭部側から滑り、右後頭部、右肩を打撲した。右後頭部に6×9cmの皮下血腫、右肩に疼痛と腫脹が出現した。意識レベルは変化なく、バイタルサインも昨日と著変はない状態だった。翌日朝、主治医の指示で頭部、頸部、胸部、腹部、下腹部のCT撮影、胸部、両肩、両上腕のX線撮影を行った。その結果、右肩鎖関節亜脱臼、右鎖骨遠位部骨折と診断された。頭蓋内の外傷性変化はなかった。	日曜日であったため、職員の数も少なく、入浴介助は4名（平日は6名）で行っていた。移動用ストレッチャー側に1名、入浴用ストレッチャー側に1名が立ち、右方向に移動した。移動用ストレッチャーと入浴用ストレッチャーの間に隙間があった。移動用ストレッチャーのロックが出来ておらず、体幹の移動時にストレッチャーが動いて広がった隙間に体が入り込んだ。入浴用ストレッチャーのロックはかかっていた。	・移乗介助を行う際は、ロックの確認を十分に行い、送り手側2名、受け手側2名で行う。 ・送り手側のストレッチャー柵を受け手側のストレッチャーに寄せ、橋渡しとする。
4	9時30分、入浴のためにベッドからストレッチャーへ移乗介助をする際、看護師は体重を測る目的でストレッチャー式体重計を準備した。ストレッチャー式体重計のロックは以前から不具合があったため、通常は使用を控えていた。また、型番が古く修理対象ではなかったことは他の看護師も知っていた。9時44分、看護師3名でロールボードを用いてベッドからストレッチャーへ患者を移動しようとした時に、ストレッチャーが動いてベッドとの間からロールボードと共に床に転落した（高さ約80cm）。直ちに医師、看護師長へ報告した。患者の意識レベルは入院時と同様であり、一般状態の悪化はなかった。10時に頭部CT検査を実施、10時20分に頭部、頸椎、胸骨～骨盤、両下肢のX線撮影を行った。12時、肋骨骨折に対してバストバンドを装着した。	ストレッチャーの選択を誤り、ロックがかからないストレッチャーを用いて移乗を介助した。体重測定と入浴をするのに、他の患者の介助も控えており急いでいた。点検・整備等、施設管理上の不備があった。	・安全なストレッチャーを用いて移乗介助を行うことを周知した。 ・多忙や焦る状況に対しての業務改善として、体重測定と入浴の実施日を分けて行う。 ・点検を実施し、整備が必要な医療用具等を把握した。関係者で協議し早急に対応する。

6) 転落時の移動の状況

転落時の移動の状況について記載がある事例の内容を整理した。ベッドとストレッチャーやストレッチャー同士など両方が動く可能性がある組み合わせが7件あり、検査台とストレッチャーなど一方のみが動く可能性がある組み合わせは2件であった。

図表Ⅲ - 3 - 2 5 転落時の移動の状況

移動の目的	移動元	移動先	件数
入浴	ベッド・ストレッチャー	入浴用ストレッチャー	3
	入浴用ストレッチャー	ベッド・ストレッチャー	2
検査	X線検査台	ストレッチャー	1
	MR I 室ストレッチャー	MR I 検査台	1
体重測定	ベッド	ストレッチャー式体重計	1
腸瘻カテーテルの交換	ベッド	ストレッチャー	1

7) 転落時のベッド・ストレッチャーとロックの状況

転落時のベッド・ストレッチャーとロックの状況について記載がある事例の内容を整理した。動いたベッドやストレッチャーのロックをしていなかった、またはロックが不十分であった事例が5件あった。患者を移動する前には、移動先と移動元のベッドやストレッチャーのロックを確実に実施することや、ロックがされていることを確認することが必要である。

また、移動先のベッドやストレッチャーが動いた事例7件のうち、ロックをしていた事例は2件あった。ロックをしていてもベッドやストレッチャーは動く可能性があるという認識を持ち使用することが重要である。

図表Ⅲ - 3 - 2 6 転落時のベッド・ストレッチャーとロックの状況

ベッド・ストレッチャーの状況	ロックの状況	件数	
移動先のベッド・ストレッチャーが動いた	ロックしていない・ロックが不十分	4	7
	ロックしていた	2	
	不明	1	
移動元のストレッチャーが動いた	ロックしていない	1	

8) 移乗補助器具の使用状況

ベッドからベッドへ患者を移動する際には、介助者や患者の負担の軽減やスムーズな移乗のためにスライダーなどの移乗補助器具を使用することが多く、すべての事例で使用されていた。移乗補助器具の種類や材質、使用方法は様々であり、ローリングシートで芯材が覆われ、そのローリングシートが動くことで患者をスライドさせるものもある。

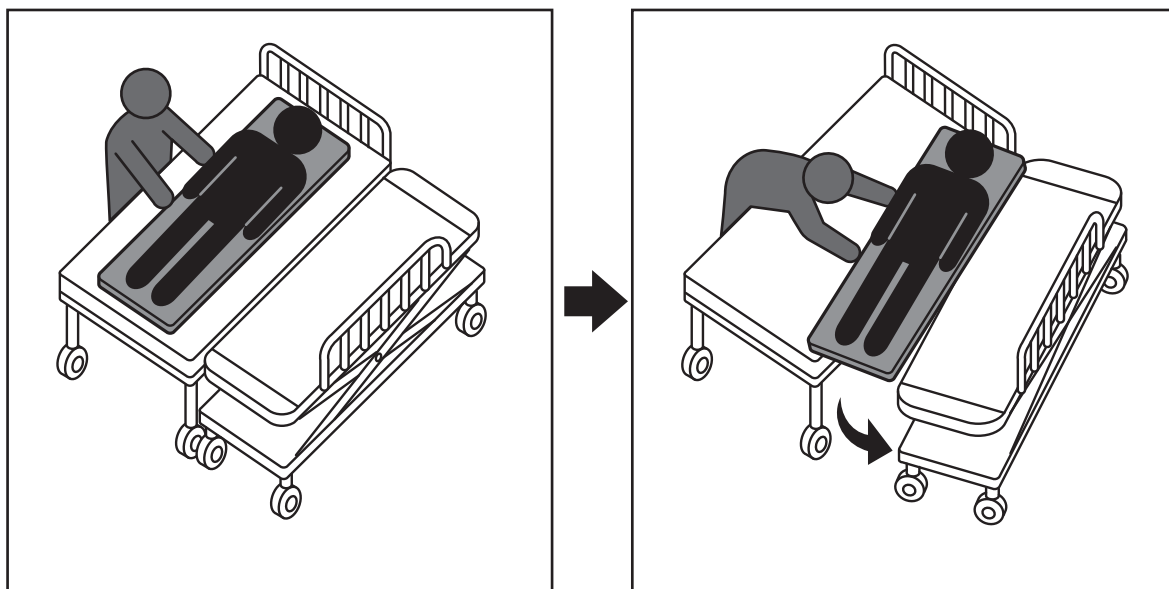
事例の背景要因には、移乗補助器具を押したはずみでストレッチャーが動いたこと、移乗補助器具を押す側と引く側に分かれて介助する態勢が整わない状態で移乗補助器具を押したこと、2名で使用するようになっていたが1名で使用したことなどが要因として挙げられていた。移乗補助器具の説明書の注意事項には、安全な移乗を行うために移乗側に人を配置し2人以上で使用するものと記載されているものもある。移乗補助器具を適切に使用することや、移乗補助器具を押したはずみでベッドやストレッチャーが動くことがあるという認識を持ち介助することが必要である。

9) 転落時のイメージ

参考のため、患者が転落した事例のイメージを以下に示す。

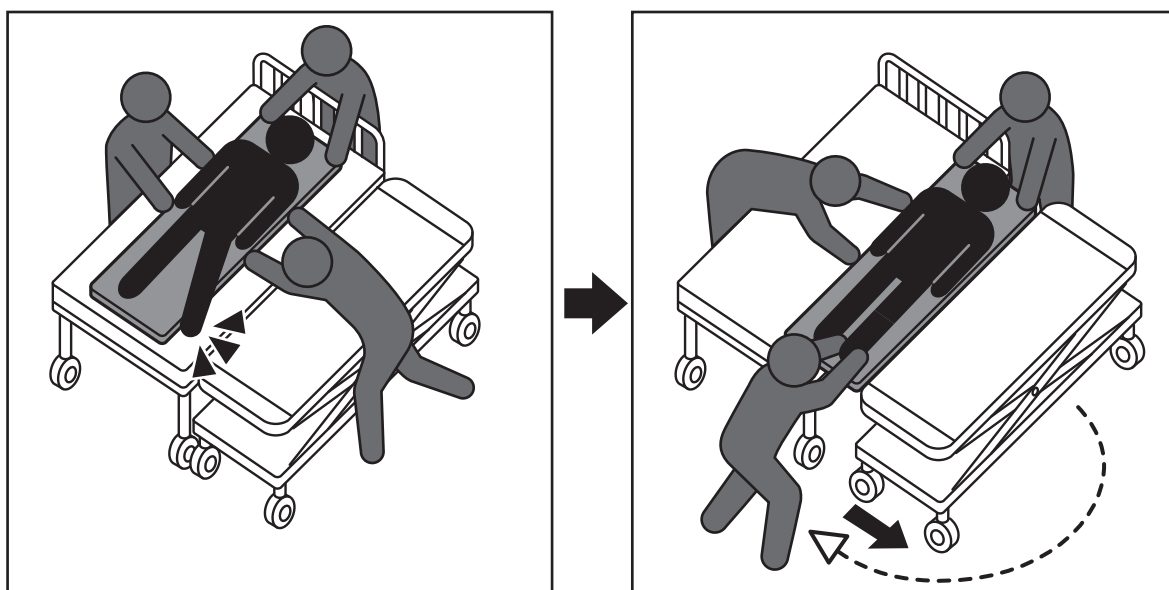
① 1名で介助中に移動先のストレッチャーが動き転落した事例

介助者1名で移動した際に移乗補助器具を押したはずみで移動先のストレッチャーが動き、ベッドとストレッチャーの間から患者が転落した。



② 3名で介助中に移動先のストレッチャーが動き転落した事例

介助者3名のうち、移動先のストレッチャー側にいた1名が患者の下肢を移乗補助器具に乗せようと足元に移動した時に、ベッド側の介助者が移乗補助器具を押したことで、移動先のストレッチャーが動き、ベッドとストレッチャーの間から患者が転落した。



10) 事例の背景・要因

事例の主な背景・要因について、介助者、ストレッチャー・移乗補助器具に分けて以下に整理した。

図表Ⅲ - 3 - 27 主な背景・要因

介助者
○1名での介助
・通常は2人で移乗介助を行っているが、時間がないと焦っていたので1人で実施した。 ・休憩時間帯で人員が不足していたが、1人で入浴介助を開始した。 ・介助浴（ストレッチャー浴）を2で行う手順を守っていなかった。
○介助者の配置
・介助する医療者4名の配置が頭側、検査台側、足側であり、ストレッチャー側に人がいないままストレッチャーに向かって患者をマットごと押すように移動させた。 ・移動先のストレッチャー側の看護師が頭側にいた。
○その他
・移動時に声掛けを行わず、看護師2名の意思統一が図れていないまま各自の思いで行動した。 ・Aチームの看護師と介助員で、Bチームの患者の入浴介助をした。患者は体格がよく四肢の拘縮があるため、ベッド上でも背部を中心に転がりやすいことを知らなかった。 ・体重測定と入浴があり、他の患者の介助も控えており急いでいた。
ストレッチャー・移乗補助器具
○ストレッチャーの選択
・ロックがかかった状態でストレッチャーを押すと車輪自体は動かないが、キャスター（車輪を設置している支点となる部分）が回転し、車輪も回転する。そのため、ロックがかかっているにもかかわらずキャスターの遊びの範囲内でストレッチャーが動いた。 ・以前からストレッチャー式体重計のロックの不具合があり使用を控えていたが、ストレッチャーの選択を誤り、ロックがかからないストレッチャーを用いて移乗介助をした。
○ストレッチャーのロックの確認
・ロックがかかっていると思い込んでいた。 ・介助者同士でロック確認のための声掛けをしなかった。 ・移動先の入浴用ストレッチャーのロックはかかっていたが、移動元のストレッチャーのロックが出来ていなかった。
○移乗補助器具の使用方法
・スライダーの使用手順が熟知できていなかった。 ・ロールボードの使用 방법이教育されていなかった。 ・スライダーを使用した移乗方法の研修を受けたが、必ず2人で使用するという認識がなかった。 ・介助者が向かい合う形でスライダーを押す側と引く側に分かれたが、態勢が十分に整わない状態でスライダーを押した。
○ストレッチャーの保守・点検
・機械浴用ストレッチャーは毎日使用されているため定期点検は実施されていなかった。また、メーカーによる点検も4年前に購入してから実施されていなかった。事故後メーカーにて点検した結果、タイヤの摩耗でストレッチャーが横滑りした可能性があった。 ・ストレッチャー式体重計の型番が古く修理対象ではなかった。 ・MRI室ストレッチャーの保守点検が不十分だった。

○その他

- ・移動用ストレッチャーと入浴用のストレッチャーの間に隙間があった。
- ・ミスト浴用のストレッチャーに載っているウレタンシートが天板から外れていたため、移動中にウレタンシートのゆがみにスライドボードがぶつかった。
- ・一部の看護師はストレッチャーのロックのかかりが時々悪く動いてしまうことを認識していたが、何度かやり直すと正常になるためロックのかけ方の問題だと思っていた。

11) 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以下に示す。

図表Ⅲ - 3 - 28 事例が発生した医療機関の主な改善策

介助者
○複数名での介助
・移乗や入浴などの際には、必ず誰かに声をかけ、安全の確保ができるまで実施しないことを周知する。 ・入浴介助は、患者のことが分かるチームの看護師が1名入り、2名以上で担当する。 ・ストレッチャー浴でスライダーを使用して移乗する時は、1名ではなく必ず介助者2名で実施する。
○介助者の配置
・患者移動時の医療者の位置を確認する。 ・移乗介助を行う際は、送り手側2名、受け手側2名で行う。 ・スライディングボードでの患者の移動は、患者の両サイドに立って実施する。
○業務の調整
・落ち着いて実施できるように、体重測定と入浴の実施日を分ける。 ・入浴リーダーを配置する。入浴リーダーは、患者の状態によって3名での入浴介助が必要かどうか判断し、入浴担当者の役割を適切に指示する。 ・入浴担当者間で患者の状態、開始時間、順番を確認する。
○その他
・患者や職員の安全が確保できるマニュアルを作成する。 ・患者移動に関するシミュレーション学習会を計画する。
ストレッチャー・移乗補助器具
○ストレッチャーのロックの確認
・ストレッチャーのロックペダルを十分に踏み込んで固定する。 ・電動式ストレッチャーのロックが4ヶ所かかっていることを、頭側から「1・2・3・4ロック確認」と声に出して他の介助者に報告する。 ・ベッドとストレッチャーのロックは指さし呼称で確認する。 ・移動直前にもロックの確認を行う。 ・ストレッチャーの移乗と移送の際、ロックがかかっているか、柵を下ろすタイミングなど、お互いに声を掛け合い、安全に留意した行動をとる。
○ストレッチャー・移乗補助器具の使用方法
・安全なストレッチャーを用いて移乗介助を行うことを周知した。 ・電動式ストレッチャーやスライダーの操作や注意事項について勉強会を実施する。 ・スライダーの使用手順を作成する。 ・スライダーを使用した移乗介助の体験学習を行い、使用方法を周知する。

○ストレッチャーの保守・点検

- ・ストレッチャーの保守点検を実施する。
- ・ストレッチャーの修理・保全・使用時の注意を表示する。
- ・メーカーによる院内のストレッチャーの点検を企画課で検討している。
- ・点検を行い、整備が必要な医療用具等を把握して関係者で協議し早急に対応する。
- ・異常時の点検依頼は迅速に行うよう指導した。

（４）まとめ

本報告書では、ベッドからベッドへの患者移動に関連した事例について、第34回報告書の集計期間後の2013年7月以降に報告された再発・類似事例を集計した。そのうち患者が転落した事例10件について分析を行った。

患者が転落した事例について、移動の状況、転落時のベッド・ストレッチャーとロックの状況や移乗補助器具の使用状況などを整理し、参考として転落時のイメージのイラストを掲載した。転落時の移動の状況として、ベッドとストレッチャーやストレッチャー同士など、移動元と移動先の両方が動く可能性がある組み合わせが多かった。また、ベッドやストレッチャーのロックをしていなかったことや、移動先に人がいないまま移乗補助器具を押したはずみでストレッチャーが動いたことなどが要因として挙げられていた。さらに、ロックをしていてもベッドやストレッチャーが動いた事例があり、ベッドやストレッチャーは動く可能性があるという認識を持ち使用することが重要である。移動の際には、適切な介助者の人数・配置や移乗補助器具を適切に使用することも重要である。