

【５】共有すべき医療事故情報「電話による情報伝達間違い」（第１０回報告書）について

（１）発生状況

第１０回報告書分析対象期間（平成１９年４月～６月）において、電話による情報伝達間違いに関連した事例が１件報告され、「共有すべき医療事故情報として」取り上げた。これまで、類似の事例は、平成１９年に１件、平成２１年に２件報告された。このうち、本報告書分析対象期間（平成２１年１０月～１２月）に報告された事例は１件であった。

（２）事例概要

電話による情報伝達間違いに関連した事例３件の事例概要を以下に示す。

事例１

手術室で、麻酔科医の口頭指示により、患者にフェンタニルの流量を６ｍＬ/ｈから１ｍＬ/ｈに変更した。その際、麻酔科医は指示の変更を記載せず、手術記録には、「６ｍＬ/ｈ ２日分」と記載されたままであった。病棟の看護師Ａに申し送りをする際、手術部の看護師Ｂはフェンタニルの流量を６ｍＬ/ｈと申し送り、また看護師Ｂもフェンタニルの流量が変更されていることを知らなかった。看護師Ａは、帰室後、フェンタニルが６ｍＬ/ｈではなく１ｍＬ/ｈであることに気付いた。帰室１０分後、看護師Ｂは看護師Ａにフェンタニルの流量を６ｍＬ/ｈに変更する電話をした。病棟に送られた手術記録には訂正がなく、看護師Ａはフェンタニルの流量を１ｍＬ/ｈから６ｍＬ/ｈに変更した。その後、フェンタニルの流量が麻酔科医が指示した量と違っていることが分かった。

麻酔科医は、指示変更をした後、その内容を記録に記載しなかった。看護師Ｂは「フェンタニルを６から１へ減量」と言ったつもりであり、看護師Ａと看護師Ｂの間で確認が不十分であった。看護師Ａは電話であり指示ではないと思い、口頭指示票を使用しなかった。

事例２

担当医は患者に対し単純ＣＴ検査を行い、その結果を見たところ、血腫の有無を判断できなかったため、ＣＴ画像の読影をＰＨＳで放射線科医に依頼した。放射線科の医師は、端末から患者の前日に撮影した造影ＣＴの結果を読影し、担当医に報告した。２日後、ＭＲＩ検査により広範囲の血腫を認めた。確認すると、担当医は単純ＣＴの読影を依頼したが、放射線科医は前日の造影ＣＴを読影していたことがわかった。担当医と放射線科医は、読影の依頼についてＰＨＳでやり取りをしていた。患者名は確認したが、ＣＴ画像について、いつ撮影したものか等、読影すべきＣＴがどれであるかについての確認が不十分であった。