

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

本事例においては、当事者に採取した血液の凝固に対する自覚があったか否かについては記載がないので不明である。このような、抗凝固剤添加採血管の血液凝固は日常頻繁に経験するトラブルであるので、インシデントレポートにこの点における採血者の記憶を明記することにより、次回より問題と思われる検体については検査技師に忘れず伝達することを意識づけられること、また、同様の事例を起ささないように広く周知徹底できるのではないかと考えられる。

■改善策に関するコメント

これは、2つのインシデントが重なり誤った検査結果が臨床医に報告されるというアクシデントに繋がった症例である。

●第一のインシデント：病棟採血時の問題

病棟採血時、看護師の手技の問題により、採血した血液に凝固が生じたことが考えられる。この際、採血した当事者に『採血時、長時間を要した』あるいは、『採血管の転倒混和が不十分であった』という血液凝固につながる問題に関する実態があれば、これは後の検査に多大な影響を及ぼすので、必ず検査技師に伝達されなければならない。しかし、当院における日常業務でも経験することではあるが、採血者（看護師）からこのような情報がもたらされることは非常に稀である。

【その対策】

血液を用いた検体検査は非常に頻繁に行われる検査であり、採血実施者に検体の取扱による血液凝固等の自覚があったか否かは、非常に重要な問題である。検体の取扱方法についての知識を身につけるとともに、問題と思われる検体については検査技師に忘れず伝達するよう周知徹底させることが望ましい。疑わしい検体について報告することは、血液凝固を未然に防止するうえでは役立たないが、凝固した検体を測定するという事故抑止には効果があると思われる。

●第二のインシデント：検査実施時の問題

検体を受け取った検査技師は、採血管に規定の血液量が採血されていることのみを確認し、凝固の有無の確認は行わなかった。本症例のようにプロトロンビン時間を測定するための採血管は抗凝固剤の量が血球算定用と比較して多く、それゆえ検体の凝固確認は注意深く行う必要がある。通常業務でも測定後のデータから気付かれることも多い。しかし今回の

症例ではパニック値(PT 活性値 20%)が見られたにもかかわらず、医師とのコンタクトを取ることが遅れ、結果として誤った数値がコメント無しで報告されるという事態を招いた。

【その対策】

検査に携わる技師は、試薬の劣化や機器の整備などハード面の確認を重視する傾向にあることが多く、採血部位や検体の状態などのソフト面に注目しない場合もある。しかしながら検査結果を左右するソフト面が確立されていなければ、ハード面が充実されていても、その検体のデータに対する臨床的意義を担保することはできない。そのため、検体を用いた検査の場合、その検体の状況をまず確認する習慣を付けておくことが重要であると考えられる。

◎ 総合評価

検査はその採取段階から検体の測定が始まっていると言える。従って血液検査であれば、採血のための静脈を選択する所から報告書を提出するところまでを一連の作業として一人の人間が行う、もしくは専門職として個々の役割は責任を持って行い、十分に連携していくことがインシデントを未然に防止する方策であると考えられる。

事例 6587: (患者確認不足による違う患者への検査の実施)

発生部署 (入院部門一般) キーワード(検査)

■事例の概要(全般コード化情報より)

発生月【 月】 発生曜日【水曜日】曜日区分【 平日 】発生時間帯【10時~11時台】	
発生場所【 検査室 】	
患者の性別【 】 患者の年齢【 歳】	
患者の心身状態【意識障害, 聴覚障害, 構音障害, 歩行障害 】	
発見者【 】	
当事者の職種【看護師, 診療放射線技師】	
当事者の職種経験年数【 年 ヶ月】	
当事者の部署配属年数【 年 ヶ月】	
発生場面	【 】
(薬剤・製剤の種類)	【 】
発生内容	【 】
発生要因-確認	【 】
発生要因-観察	【 】
発生要因-判断	【 】
発生要因-知識	【 】
発生要因-技術(手技)	【 】
発生要因-報告等	【 】
発生要因-身体的状況	【 】
発生要因-心理的状況	【 】
発生要因-システムの不備	【 】
発生要因-連携不適切	【 】
発生要因-勤務状態	【 】
発生要因-医療用具	【 】
発生要因-薬剤	【 】
発生要因-諸物品	【 】
発生要因-施設・設備	【 】
発生要因-教育・訓練	【 】
発生要因-患者・家族への説明	【 】
発生要因-その他	【 】
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【 】	
備考【 】	

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

看護師(1年)がA氏の介助を終えた所に、MRからB氏を出すよう連絡が入った。看護師はB氏のIDカードを持ち、B氏のためA氏を連れて検査室に行った。検査技師(29年)は患者に名前を名乗ってもらおうとしたが、看護師が「高度難聴と構音障害でコミュニケーションが取れません。」と言ったのでIDカードだけで患者確認を行い検査室へ誘導した。医師には「耳が聞こえない方です。」と伝えたため、患者確認しないまま検査が行われた。病棟に迎え出依頼の電話をした際に、患者を間違えて出したと伝えられた。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

患者はリストバンドをしていたが、看護師・技師・医師の誰もリストバンドで患者確認をしていない。

■実施したもしくは考えられる改善策

患者確認マニュアルの遵守(リストバンドで患者確認)。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

以下疑問あります。

- 1) 看護師がなぜB氏のIDカードを持ち、A氏をつれていったか、
- 2) なぜ検査技師は規則にないIDカードだけで患者確認をしようとしたのか
- 3) なぜ医師は「耳が聞こえない方」の患者確認しないのか

これらの疑問はセイフティーマネジャーが事例分析のときに、事情聴取する必要があります

■改善策に関するコメント

患者誤認は院内の様々な部署でおこりうる。レントゲン検査、血液、病理のサンプルでの遅れは誤診、不適切な治療をおこしうる。今回集積された事例のなかに、検査時の患者誤認が多数報告されていた。多くの施設では患者呼びかけによる確認法のみで対応しているためである。誤認による有害事象を減少させるため、JCAHO(米国医療機関評価認証合同委員会)では検査、投薬、輸血をする時に少なくとも2つの異なった、独立した方式による確認法を推奨している。患者呼びかけによる確認法に加えて、患者診察券、リストバンド等を利用している施設が多いと思われる。

本事例の場合は高度難聴と構音障害でコミュニケーションがとれない患者さんであるので、確認はリストバンドでする必要があった。リストバンドで確認する規則になっていたにもかかわらず、看護師・技師・医師の誰もリストバンドで患者確認を実行しなかった。改善策として、「患者確認マニュアルの遵守(リストバンドで患者確認)」と記載しているが、これでは掛け声だけに終わる。マニュアルが遵守されなかった原因を追究しなければ改善には結びつかない。その可能性として、1)リストバンドを利用した確認システムが複雑で誰も実施しなくなった、2)リストバンドの字が読みづらく実施しなくなった、3)リストバンド装着拒否する患者が多く実施しなくなった、等ありえると思われる。マニュアルを遵守できなくなった理由をつきとめることにより、適切な対策をたてることができる。

●食事・栄養

事例 1719: (検査前待食指示の患者に食事を摂取させた事例)

発生部署 (入院部門一般) キーワード(検査、遅食、スタッフ教育、情報共有システム)

■事例の概要(全般コード化情報より)

発生月【 6月】 発生曜日【月曜日】曜日区分【 平日 】発生時間帯【 10時～11時台】	
発生場所【ナースステーション】	
患者の性別【女性】 患者の年齢【83歳】	
患者の心身状態【 嚥下障害 】	
発見者【 他職種 】	
当事者の職種【医師, 看護師】	
当事者の職種経験年数【 14年 3ヶ月】	
当事者の部署配属年数【 0年 3ヶ月】	
発生場面 (薬剤・製剤の種類)	【その他の指示受け】
発生内容	【指示出し・情報伝達不十分】
発生要因-確認	【確認が不十分】
発生要因-観察	【 】
発生要因-判断	【判断に誤りがあった】
発生要因-知識	【知識が不足】
発生要因-技術(手技)	【 】
発生要因-報告等	【 】
発生要因-身体的状況	【 】
発生要因-心理的状況	【 】
発生要因-システムの不備	【 】
発生要因-連携不適切	【 】
発生要因-勤務状態	【 】
発生要因-医療用具	【 】
発生要因-薬剤	【 】
発生要因-諸物品	【 】
発生要因-施設・設備	【 】
発生要因-教育・訓練	【教育・訓練が不十分】
発生要因-患者・家族への説明	【説明が不十分】
発生要因-その他	【 】
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】	
備考【 】	

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

新任の医師が経食道エコー・朝遅食の指示を出した。経食道エコーの指示を伝える伝票は、心エコーの伝票で「TEE」と記載されていた。受け取った看護師は TEE の意味がわからないが、心エコーの伝票だったので心エコーと思い込み準備。食事も心エコーなので医師指示は遅食なのに食事摂取させた。翌日医師が巡視時に食事をしている患者をみて看護師に確認して発見

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

当院規定の略語集がない。(情報管理士は略語は禁止だとしているが実際的ではなくわからない略語が氾濫する)経食道エコーの伝票がないまま心エコーの伝票で現場が代用していた。看護師は不明な点をそのままにして自分で思い込んで指示を取り違えている。不明な指示は医師に聞くというルールが守られていない。

■実施したもしくは考えられる改善策

略語集の検討。伝票の作成。看護師の疑義照会の重要性喚起

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

以下のような情報があれば、エラーの発生を誘発した背景要因が明らかになり、より具体的で実効性のある対策の立案が可能だと考えます。

- * 当該チーム内で通常利用されている「経食道エコー」の略語
- * 検査指示用紙の様式
- * 検査による遅食などの指示が配膳担当者の伝達される実際の仕組み
- * 新任の医師や、新配属看護師に対する業務オリエンテーションの実際

■改善策に関するコメント

スタッフ教育・業務オリエンテーションの不徹底、略語の乱用、検査オーダー・システムの不備等、十分に整備されていない業務環境を背景として、検査前待食指示のあった患者に食事を摂取させてしまった事例だと考えられます。以下のように、多面的、総合的に対策を考えると良いと思います。

1. 検査オーダー・システムの整備

①原則としてアルファベットの頭文字だけの略語を使用しない

忙しい業務の中で、記録に要する時間を短縮できることもあって、略語を使用することが日常茶飯事になっています。しかし、同じ表記であっても、専門領域が違えば全く意味の異なる用語があったり、フル・スペルで理解していないことも多いため、思わぬ勘違いをしていたりすることもあります。自分の常識が常に通用するとは限らないことを前提に、コミュニケーションの手段としての「検査名の表記」を検討する必要があります。

②機能的で合理的な表記様式の検査指示書を作る

医療費の算出の点から見ても、その施設で実施されている全ての検査を網羅して検査指示ができることが、検査指示票の絶対要件です。例えば次のような方策が考えられます。

同一系統の検査毎に指示用紙を準備し、「エコー」検査指示用紙であれば、その中に、検査の部位（例えば「心臓」「腹部」「卵巣」など）、アプローチの方法（例えば「経食道的」「経膈」など）、検査前処置として食事（例えば「食事制限なし」「前日から絶食」「検査終了まで遅食」など）、検査後処置（例えば「床上安静〇〇時間」「絶食〇〇時間」「制限なし」など）の、必要項目を予め設けておき、関連箇所を○で囲むなどのルールにしておく方が良いでしょう。その際、検査によって用紙の色分けをしておくとも注意喚起にもなります。こうすれば、医師は手書きの煩わしさから開放されるだけでなく、無闇に略語を使う習慣を作らないという効果も期待できます。

2. 検査に関連した食事指示が食事業務担当者とも共有できるシステムを作る

検査に関する指示内容は、通常、指示を出した医師、指示を受けた看護師、検査を実施する検査技師、そして患者との間で共有されます。しかし、検査前の処置や検査後の処置の中で、食事については、栄養士、調理師、看護チームのメンバー、及び、その監督下で看護助手やボランティア、患者の家族などが直接関与することになります。特に「絶食や待食」を確実に行うには、食事提供サービスの最終行為者である配膳担当者がその情報を把握しておくことが、最も重要なポイントです。配膳表や食札など、配膳担当者が利用する情報媒体に「絶食や待食」の指示情報が表記されるような業務システムを具現化してください。

3. 患者の食事摂取時間に合わせて食事提供する体制を作る

たとえオリエンテーションを徹底していても、配膳してしまえば患者が食事を摂取するリスクは高くなります。臨時の絶食や待食については、食事が必要となるまでは配膳しないという選択肢もあります。患者の食事摂取時間に合わせて食事を提供する体制を作ることは、配食から摂取までの時間を適正に管理し、食中毒の防止や異物混入リスクを軽減させる点からも重要です。ただし、食事関連職種全体の業務管理に関わることでありますから、十分な議論と施設の実情を考慮した検討が必要であることは言うまでもありません。

4. 新任スタッフへの教育・業務オリエンテーションを通して環境リスクを発見し対処する文化の熟成

このインシデントは、不合理な業務環境下で、新任の医師と、ベテランではあるが部署配属間もない看護師が関与したことで発生しています。曖昧な仕事を実施してしまった医療人としての無責任さは追求されなければなりません。現場を構成するメンバーは多様であることを前提として、業務環境を整備しておくことが肝要です。新任スタッフへの業務に関するオリエンテーションを徹底する教育システムであれば、その過程で、検査用紙の内容や指示系統の不備が発見される確率は高まります。“分からないことは臆せず聞ける”チームの雰囲気やベースに、新任者の新鮮な感覚で業務を見直すという姿勢も大切にしたいところです。

事例 3565: (嚥下障害の患者に家族が持ち込みのパンを食べさせ

窒息しそうになった事例)

発生部署 (入院部門一般) キーワード(食事と栄養)

■事例の概要(全般コード化情報より)

発生月【月】 発生曜日【月曜日】曜日区分【平日】発生時間帯【18時～19時台】	
発生場所【病棟のその他の場所】	
患者の性別【】 患者の年齢【歳】	
患者の心身状態【構音障害, 痴呆・健忘】	
発見者【】	
当事者の職種【准看護師】	
当事者の職種経験年数【8年8ヶ月】	
当事者の部署配属年数【1年0ヶ月】	
発生場面	【】
(薬剤・製剤の種類)	【】
発生内容	【】
発生要因-確認	【】
発生要因-観察	【】
発生要因-判断	【】
発生要因-知識	【】
発生要因-技術(手技)	【】
発生要因-報告等	【】
発生要因-身体的状況	【】
発生要因-心理的状況	【】
発生要因-システムの不備	【】
発生要因-連携不適切	【】
発生要因-勤務状態	【】
発生要因-医療用具	【】
発生要因-薬剤	【】
発生要因-諸物品	【】
発生要因-施設・設備	【】
発生要因-教育・訓練	【】
発生要因-患者・家族への説明	【】
発生要因-その他	【】
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】	
備考【】	

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

- ・ 従来より家族の方が病院食以外の飲食物を持ち込み、患者に食べさせていた。・夕食後家族持ち込みのパンを喉に詰まらせる。・同室者よりナースコールがあり状態確認し、喉に詰まったパンの除去を行い、担当医の診察を受け異常のないことを確認した。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

・家族の飲食物の持ち込み確認が十分出来ていなかったため、看護師の対応が出来ていなかった。・主治医の事後情報では、当院入院前の他院で、病院食を食べずにゴミ箱に捨て、栄養失調状態に陥ったことが有るようで、その時の家族の対応が引き続いていたものと思われる。

■実施したもしくは考えられる改善策

・本人・家族と看護師が話し合った結果当院の病院食で特に問題ないとの納得が得られた。・一般的に、病院食で満足が得られない場合は、管理栄養士の指導と主治医の協力を得て対応することとした。・一方、食事療養箋を作成し、全入院患者を対象とした間食の実態を把握し、その可否を検討し対応するよう行動を開始した。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

構音障害があったとありますが、脳神経系の機能障害をもたらす病態が存在したと推測されます。窒息の危険のある患者に家族が食事介助を死していた理由など、出来事の背景を含め、嚥下障害など患者側の要因、医療側の要因について記載すると、有用な情報になるでしょう。

- * 患者の年齢、病態、嚥下障害の有無や程度
- * 患者の認知レベル、ADL
- * 病院食の内容(食材の大きさや硬さに配慮や工夫があったのか)
- * 医療スタッフは窒息の危険についてどのように認識していたか
- * 食事介助の要点が看護チームで共有されていたか
- * 三食の食介助は通常は誰が行っていたのか、看護師は行っていなかったのか
- * 看護師の勤務体制、夜勤帯の人員配置
- * 家族は窒息の危険を認識していたか
- * 家族に対して食事介助の教育はなされていたか

■改善策に関するコメント

全入院患者を対象とした間食の実態を把握することが対策として挙げられています。病院の規模が分かりませんが、全患者を対象とするのは、業務量の点からいって相当の努力が必要と思われます。しかし、残念ながら、間食の実態が分かったからといって、個々の患者の窒息を防ぐ有効な対策にはつながりません。発生要因に焦点を当てた合理的な対策を実践することが重要です。次のような対策を提案します。

1. 入院時に誤嚥・窒息のリスクを把握し、防止策を関係者で共有する。

大切なことは、まず、患者の誤嚥・窒息のリスクを把握することです。加齢による嚥下機能の低下や病態から誤嚥・窒息の可能性を予測し、医師と嚥下障害や「むせ」などの情報を共有したり、入院時の家族からのインタビューによって情報を得たりして、誤嚥リスクの評価を行い、注意が必要な患者を選定します。そうすれば、介助にあたる人が、個々の患者の誤嚥や窒息の危険度を把握して、その患者の危険度に応じて食事時の環境を整えていくことができます。その過程で、対応に必要な患者については、持ち込む食品を許可制にしたり、家族に食品・食材についてアドバイスをし理解してもらったり、といった工夫をしてみると良いと考えます。

誤嚥・窒息リスクのアセスメント、誤嚥を防ぐ食事介助、嚥下リハビリテーションなどの具体的方法については、先進的な取り組みをしている医療チームの知見を活用することをお勧めします。

《参考文献》

- ①聖隷三方原病院嚥下チーム「嚥下障害ポケットマニュアル第2版」医師薬出版
- ②兵庫県立総合リハビリテーションセンター中央病院摂食嚥下障害研究会「看護師のための摂食・嚥下障害アセスメントマニュアル」日総研

2. 誤嚥・窒息リスクの高い患者の食事介助は看護師が実施できる体制を作る

食事介助の必要な患者の情報が医療チームの中で情報共有されていると、介助者に対する業務の配慮などのサポート体制がとれて、看護師が食事介助に専念することがある程度可能になるのではないかと考えられます。例えば、食事介助をしている間は、ナースコールや電話に出なくてもよいようにバックアップすることや、食事以外の用件に関する声がけを行わないというようなことです。

食事介助という行為は一見誰にでもできそうに見えることと、看護師の手が回らないといった現実的な理由によって、食事介助を患者の家族が行っていることが多いのが現実の医療の姿です。しかし、本来、個々の患者の誤嚥や窒息などの危険を予測し、誰がその患者の食事介助を行うのが適切なかを判断し、安全で適切な方法で食事の援助をするのは、療養上の世話に責任を負う看護師が担うべき仕事です。誤嚥や窒息リスクの高い患者を識別し、その患者の食事介助を看護師が責任を持って行えるようにするには、看護要員の確保や、看護業務の整理による人員の捻出など、人的管理の基盤整備が重要な課題となります。

3. 誤嚥・窒息発生時の危機管理体制の整備

本事例では発生時に食塊を除去できたことで、事なきを得ていますが、除去に成功しなかった場合、救命処置の体制が十分に整備されていたかどうか疑問が残ります。高齢患者や脳神経疾患患者の多い病棟では、誤嚥や窒息のリスクが高いことを踏まえ、救命処置の体制を整えておくことが重要です。誤嚥・窒息した場合の処置や対応について、部署内で事例を共有し、対応の確認や器材の点検をしておくことも大切です。

事例 5342: (持ち込み食摂食後、アナフィラキシー・ショックを

起こした事例)

発生部署 (病棟) キーワード(食物アレルギー・持ち込み食・知識不足・情報共有システム)

■事例の概要(全般コード化情報より)

発生月【 月】 発生曜日【 木曜日】曜日区分【平日】発生時間帯【 12 時～13 時台】	
発生場所【 病室 】	
患者の性別【 】 患者の年齢【 歳】	
患者の心身状態【 呼吸困難 】	
発見者【 患者本人 】	
当事者の職種【 】	
当事者の職種経験年数【 年 ヶ月】	
当事者の部署配属年数【 年 ヶ月】	
発生場面	【 】
(薬剤・製剤の種類)	【 】
発生内容	【 】
発生要因-確認	【 】
発生要因-観察	【 】
発生要因-判断	【 】
発生要因-知識	【 】
発生要因-技術(手技)	【 】
発生要因-報告等	【 】
発生要因-身体的状況	【 】
発生要因-心理的状況	【 】
発生要因-システムの不備	【 】
発生要因-連携不適切	【 】
発生要因-勤務状態	【 】
発生要因-医療用具	【 】
発生要因-薬剤	【 】
発生要因-諸物品	【 】
発生要因-施設・設備	【 】
発生要因-教育・訓練	【 】
発生要因-患者・家族への説明	【 】
発生要因-その他	【 】
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】	
備考【 】	

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

甲殻類アレルギー疾患をもつ入院患者がアナフィラキシーショックによるものと思われる呼吸困難をおこした。病院食は甲殻類禁止食となっていたため、当初、呼吸困難の原因がわからなかった。病院食以外で患者が口にしたのは患者本人が近隣の弁当屋で購入したから揚げだけであることが判明。エビフライやイカフライがおかずとしてある弁当屋であったため、揚げ油が原因と思われる。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

アナフィラキシーショックは重篤な事態を招く可能性が高く栄養科への連絡が重要となるが、現在使用しているオーダーコードでは嗜好による禁止食なのかアレルギー疾患によるものかの判別ができない。また、患者本人も揚げ油などからもアナフィラキシーショックを起こす危険があることを認識していなかった。

■実施したもしくは考えられる改善策

・アレルギー疾患の患者が出現した場合は全スタッフが把握できるよう連絡を確実に行う必要があるため従来の禁止食のオーダーコードに加え、新たにアナフィラキシーショック専用のオーダーコードを作成。これを使用するのはアレルギー等重篤なもののみとしワーファリン投与中の納豆禁止など薬剤処方の関係で禁止している食材については従来の禁止食コードを使用することとした。またアレルギー疾患患者に対応する為、アレルゲンの含まれる食品について詳細に食材のチェックを行い、厨房内でアレルギー疾患対応食を準備する作業において、食器・調理器具等は他の調理作業と同時に行わず、使用する前の洗浄を義務付けた。・患者本人にもアナフィラキシーショックについて再度注意事項等を伝え理解していただいた。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

食物アレルギーの発生を防止するには、次のような情報について詳細な記述が必要と考えます。

- ・ 患者や家族の食物アレルギーについての認知能力や関心度。
- ・ 食物アレルギーに関して、患者や家族にどのような教育が実施されていたか。
- ・ 日頃から病院で提供する食事以外のものを食べていたかどうか。
- ・ 病院食以外のものを食べることを許可していたかどうか。
- ・ 医療チームのメンバーはこの患者のアレルギーについてどのように認識していたか。
- ・ 医療チームはこの情報をどのような形で共有していたのか

■改善策に関するコメント

この事例は、加工食品や調味料、調理器具などに付着したアレルゲン食品の摂取が命を脅かす危険を孕んでいることと、その危険についての知識を医療チームと患者や家族が共有しておく必要性について警鐘を与えてくれています。そこで、次のような対策を提案します。

1. 医療チーム内でアレルゲン情報を共有化し、アレルゲン食材の混入を防ぐ。
 - ①食事オーダーのシステム上でアレルギー食品と、禁止食品を区別する。
例)“卵禁止”卵をつなぎ程度は使用する。“卵アレルギー”一切使用しない。
 - ②栄養部門内での取り扱いマニュアルを作成し、加工食品の食材をチェックする。
 - ③ヒューマンエラー防止の観点から、できればコンピューターを利用し、献立管理のシステムで個人別にアレルギー食品を自動的にチェックできるソフトを導入する。
2. 患者や家族にアレルゲン食材の摂取を防ぐ具体策を教育する。
 - ① アレルゲンとなる食材が含まれる加工食品や調味料について周知徹底を図る。
 - ② 加工品や外食を摂取する際には、使用されている食材の確認を行うこと。
 - ③ アレルゲンとなる食材と他の食材を一緒に料理しない。
 - ④ 食器・調理器具は他の人と分けけて使用し、使用前は十分に洗浄する。
 - ⑤ 教育効果が得られるまでは、病院食以外の飲食物の摂取は原則禁止とする。やむなく摂取する場合は、医療者の点検を受ける。

食物によるアレルギーは卵や蕎麦など一般にも良く知られた物から、キウイフルーツなどのような思いも掛けない食品によるものも報告されています。入院時に主たる疾患に関連した情報だけでなく、患者の生活歴や食生活の情報から食物アレルギーのアセスメントをすることも、医師や看護師の重要な役割と考えます。

なお、食品衛生法施行規則および乳及び乳製品の成分規格等に関する省令において、食物アレルギーを起こす症例数が多いもの(卵・乳・小麦)と、症状が重篤であり生命に関わるため、特に留意が必要なもの(そば・落花生)の5品目については、アレルギー物質を含む食品として、平成13年4月からその表示が義務付けられています。また、あわび、いか、いくら、えび、オレンジ、かに、キウイフルーツ、牛肉、くるみ、さけ、さば、大豆、鶏肉、豚肉、まつたけ、もも、やまいも、りんご、ゼラチンの19品目についての表示は推奨とされています。

<参考>

*「アレルギー物質を含む食品に関する表示について」の情報は厚生労働省のホームページに掲載されています。

・アレルギー物質を含む食品に関する表示

(最終改正 平成16年12月27日付 食安基発第1227001号、食安監発大227004号)

・食品衛生法施行規則及び乳及び乳製品の成分規格等に関する省令の一部を改正する省令の施行について(別添1)

(平成13年3月21日付 食企発第4号、食監発第48号)

・アレルギー物質を含む食品に関する表示Q&A(別添2)

*「食物アレルギーの実態及び誘発物質の解明に関する研究」が厚生労働科学研究成果抄録データベースに年次報告されています。

事例 8807: (早出職員の手書きによる食札誤記載により、流動食の

患者に常食を誤配膳した事例)

発生部署 (栄養部)

キーワード(食事・栄養、その他)

■事例の概要(全般コード化情報より)

発生月【 6月】 発生曜日【日曜日】曜日区分【平日】発生時間帯【 6時～7時台】	
発生場所【配膳室】	
患者の性別【 】 患者の年齢【 歳】	
患者の心身状態【 】	
発見者【 他職種者 】	
当事者の職種【 調理師・調理従事者 】	
当事者の職種経験年数【 14年 ヶ月】	
当事者の部署配属年数【 14年 ヶ月】	
発生場面 (薬剤・製剤の種類)	【 誤配膳 】
発生内容	【 誤配膳 】
発生要因-確認	【 確認が不十分 】
発生要因-観察	【 】
発生要因-判断	【 】
発生要因-知識	【 】
発生要因-技術(手技)	【 】
発生要因-報告等	【 】
発生要因-身体的状況	【 】
発生要因-心理的状況	【 】
発生要因-システムの不備	【 】
発生要因-連携不適切	【 】
発生要因-勤務状態	【 】
発生要因-医療用具	【 】
発生要因-薬剤	【 】
発生要因-諸物品	【 】
発生要因-施設・設備	【 】
発生要因-教育・訓練	【 】
発生要因-患者・家族への説明	【 】
発生要因-その他	【 】
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】	
備考【 】	

■ヒヤリ・ハットの具体的内容

早出調理師による、誤配膳。(濃厚流動食喫食患者さんに、常食を配膳。)他に4~5枚程度
時間外食事箋があり、手書きによる患者名と食事の誤記載によるもの。

■ヒヤリ・ハットの発生した要因

名前と食事を十分確認しなかった。

■実施したもしくは考えられる改善策

食事箋の内容確認を十分行う。

専門家からのコメント

■記入方法に関するコメント

次の事項についての記載があれば、事例の背景がより理解でき、問題点の分析や改善策も具体的なものとなったのではないのでしょうか。

- ・栄養部門の栄養士・調理師・調理担当職員などの勤務体制と担当する業務内容
- ・配膳業務を担当する職員の種類
- ・当事者調理師の時間外における食事指示箋から食札作成に関する業務の経験年数
- ・食札作成業務に関する教育指導の実施状況
- ・時間外食事指示箋の平均的件数
- ・時間外変更の受け付けから配食までのプロセスとマニュアルの有無
- ・食事指示箋と食札との照合方法

■改善策に関するコメント

食事指示箋は、入院中、転棟・外泊・外出・退院時に出されます。また食種・主食・禁止事項・特別指示など食事指示箋の情報の内容も多種多様で毎食ごとに発行されるため栄養部門の情報処理量は膨大なものになります。通常、栄養部門では、食事指示箋で伝えられる情報を基に、実際に食事を作るための「業務指示書」を作成して調理作業を行います。

自動化された情報システムの下では、時間内であれば、食事指示がコンピュータ入力されると、その情報が栄養部門に伝えられるとともに、食札にも自動的に印字されるシステムとなっています。ところが、その自動化された部分にピットホールがあります。通常は、あらかじめ病院として決めたメニュー（約束食事箋）の範囲内で医師の食事指示がコンピュータにより具体的な食事を作る「業務指示書」に変換され、栄養士がこれを確認し、情報は調理プロセスの指示書である食札となります。

しかし、時間外や急な食事指示の変更時は、医師による手書きオーダーとなり、栄養部門の職員が手書きの食事指示箋をもとに、新たに手作業で「業務指示書」を作成することになります。特に時間外の食札作成は手書き作業となり、食事指示箋を見慣れていない調理員などの職員が、調理に必要な情報を取り出し、食札を作ることになります。専門職でない職員というリスクと、更に転記ミスというエラー発生を誘発させる要因が加わるわけです。