



京大病院 リスクマネージャーのみなさま、こんにちは。

今回は、警鐘事例として「患者誤認」を取り上げます。

項目：

## 1. 患者誤認事故の発生機序

## 2. クリティカルな場面での確認とは

### 1. 患者誤認事故の発生機序

病気については、その発症機序を考えますね。それと同じように事故にも発生機序があります。患者誤認事故とは、「ある患者の診療計画を別の患者さんに適用し、それによって患者に不利益が生じること」と定義します。以下の例は、患者誤認です。①は事故といえます。②が、事故かどうかについては、患者の害の有無によって決まります。

例①: 組織検体を取り違えた結果、がんの患者さんを正常と判断し手術を行わず、がんでない患者さんに手術が実施された。

例②: カルテ記載時に別の患者のカルテに誤って記載したが、気づいたため、正しい患者のカルテに記載した。ところが、誤った記載が残っており、誤りに気付かずその記録に基づいて治療計画が立てられた。

①は、他院で発生し、報道された事例です。②のカルテ記載誤りは、本院でもときに発生しています。気づいた時点で、誤りの記載であることをカルテに明記し、誤った判断に使用されないようにしていますが、もし、誤りが修正されなければ上記の事故につながりかねません。

### 2. クリティカルな場面での確認とは

発生の機序は、「クリティカルなタイミング」での確認が漏れることです。

クリティカルなタイミングとは、

- ①の場合は、検体容器のラベルの患者氏名が正しいものであるか確認する場面、
- ②の場合は、カルテの氏名が意図した患者さん氏名と一致しているか確認する場面です。

クリティカルとは、生死を分ける場面のことを表現する言葉ですが、きわめて重要なタイミングのこともクリティカルなタイミングと言います。

さて、②のカルテ選択誤りについては、2011年以來、毎年発生している場面は、救急外来での診療場面です。救急を受診される患者さんは、本院の受診歴がない方もおられます。電話で受診の連絡を受けた段階で、いち早く診療計画を立てようとして、患者検索すると誤認が発生します。

患者誤りに共通するのは、患者の氏名を聞いて、電子カルテでカナ検索して、別患者を、受診患者と思いこんでしまうプロセスです。救急外来は、通常は予約制ではないので、患者さんが到着されてから、患者確認を行い、事務が受付登録し、救急外来患者一覧にリストされます。

事務は、必ず、患者氏名と生年月日で確認します(受診歴があれば、IDも含めて確認します)。新たにカルテを作る場合には、氏名と生年月日が一致する別患者に誤って紐づけしないために、第3の識別子(しきべつし)として、「実母の名」を確認します。

ちなみに、医療安全管理室長の私は、医学生時代に本院受診歴がありますが、就職後に受診した際、初診受付した際、実母の名と生年月日を伝えたところ、事務の方に「旧姓は●●さんですか？」と言われて、びっくりしました。実母の名と生年月日が一致し、姓名の名が同じであるため、同一人物ではないかということでした。学生時代に1回限り使用したIDがそのまま残っていたのですね。たしかに氏名は改姓によって変わります。ですので、実母の名と生年月日は、重要な識別子になり得ます。

これだけの確認手順を経て、救急外来では、患者誤認が起こらないように気を付けています。それでも、毎年、1例以上は、救急外来で別の患者のカルテに誤って記載する事例が発生しています。多くはすぐに気付いて、適切な修正が図られていますが、画像をすでに撮影していると、一度登録した記録は消去できないため、誤った記録が残ったままとなります。

また、ほとんどの誤認事例は、救急外来にローテーション勤務する研修医の方の確認不足によって発生しています。

「患者誤認」の発生機序は、「(多くは研修医による)救急外来での患者の氏名検索」です。この機序を理解し、正しい方法をとることで、患者誤認を防ぎたいと考えています。

※ 研修医の方が第一線で働いておられ、患者カルテを最初に開く機会があること、が背景ですので、研修医の先生を非難する意図はありません。

正しい方法は、「事務が受付し、救急外来受診患者一覧に表示された患者を選択すること」です。

\*\*\* 今回は、「患者誤認」について、お伝えしました\*\*\*