

患者の誤認防止

■ 患者誤認防止

患者誤認は、間違った検査・治療に繋がる可能性があります。職員は患者氏名をフルネームで確認することを基本としています。

入院中はすべての患者さんにリストバンド（腕）の装着をお願いしています。また、照合端末での照合による患者誤認防止に取り組んでいます。

外来では診察室や検査室入室時に、フルネームでの名乗らせ確認を行っています。

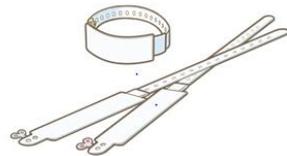
■ これまでの主な取り組み

- ◆ 2011年 患者誤認インシデント事例について、医療安全情報の発行開始
- ◆ 2015年 安全管理マニュアル「安全確認行動の手順」を作成し、患者誤認防止について明記
- ◆ 2016年 種類別にみた患者誤認レベル2以上事例の発生件数の集計開始
- ◆ 2017年 患者誤認インシデント分析結果について、リスクマネージャー会議・看護部医療安全管理委員会で毎年報告開始
- ◆ 2021年 患者誤認の細分類を日本医療機能評価機構の医療安全情報の項目分類を参考に再振り分け

病院全体での患者誤認防止の取り組み



名乗らせによる患者照合



リストバンド装着



端末照合による患者照合

医療安全管理部の誤認防止の取り組み



医療安全情報の発行



患者誤認インシデント分析結果を、複数の会議で報告



院内ラウンドの実施

過去の医療安全情報はコチラ

https://safety.kuhp.kyoto-u.ac.jp/medical_news/?news_cat=news_cat1

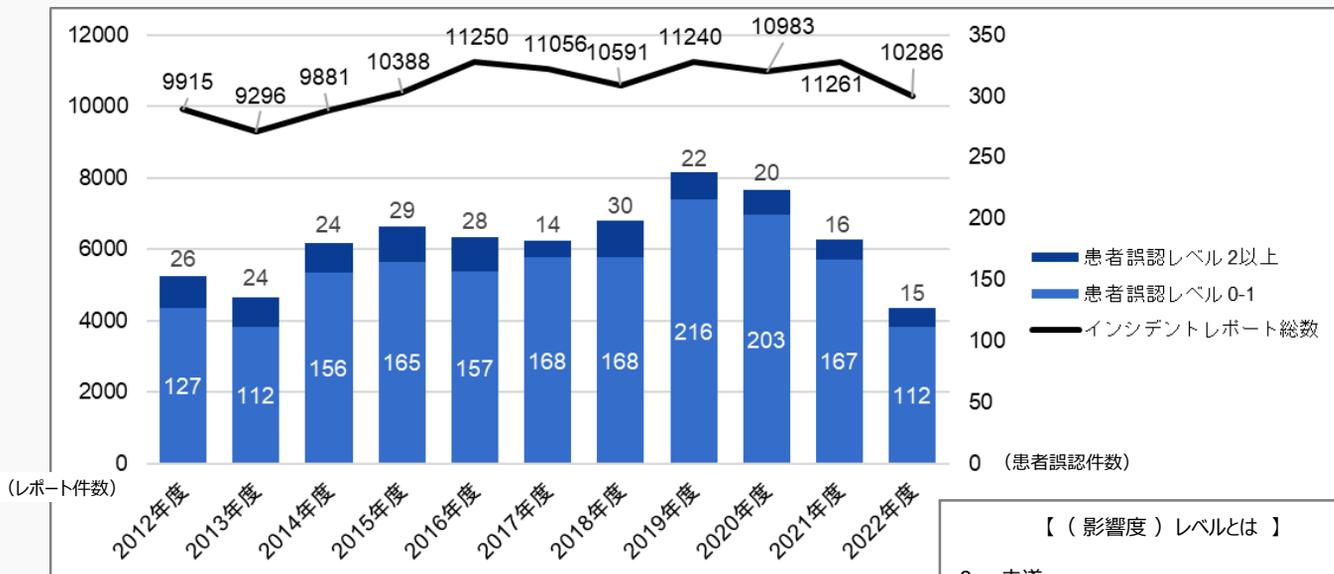
■ インシデントレポートとは？

医療現場では、誤った医療行為を実施してしまったり、実施しそうになるといったミスが発生することがあります。私たちは、このような出来事を「インシデント」と呼び、ミスが発生したとき、あるいはミスを起こしそうになったときには、インシデントレポートを提出します。

提出されたインシデントレポートは医療安全管理部で項目別に分類しており、その項目の中には患者誤認も含まれます。患者誤認のレベル2以上の報告では、未然に発見された事例・患者に影響がなかった事例も含まれており、報告者はレベル2以上と判断したものの、実際は全て実害がないものでした。

患者誤認報告件数推移とインシデントレポートの総数

※レベル分類は報告者の申告による
※重複報告を含む



患者誤認レベル2以上事例を項目分類

※重複報告を除く

【（影響度）レベルとは】

- 0 未遂
- 1 患者に実害はなかった
- 2 処置・治療は全く要せず
- 3a 簡単な処置・治療を要した
- ・
- 5 死亡



内訳

	内服	注射	外用薬
2017年度	6	2	0
2018年度	7	3	2
2019年度	2	2	1
2020年度	4	1	0
2021年度	2	1	0
2022年度	2	0	0

当院ではこれまで患者誤認防止の細分類について独自分類していましたが、日本医療機能評価機構の医療安全情報の項目分類を参考とし、2021年度に再振り分けしています。検査における患者誤認は毎年採血が、療養上の世話における患者誤認は毎年配膳間違いが大半です。

2022年度 薬剤における患者誤認レベル2以上の内容

医療安全管理室は薬剤に関する患者誤認対策に重点をおいて取り組んでいます。2022年度は2件とも、看護師経験1年目、発生時間帯が同じ、内服薬の事例でした。

患者間違いの事例

看護師1年目
発生時間帯：8～9時台

【頓服薬】

患者Aから鎮痛薬がほしいとナースコールあり。患者Aのカルテで、看護師2人でダブルチェックを行った。その後鎮痛剤を持って行く際に、疼痛コントロール中の患者Bの薬だと思い込み、患者Bの病室へ行き与薬した。

【背景要因】

- 患者Bのカルテを見ている途中で、ナースコールが鳴り患者Aのカルテを開くことになった。
- 内服薬の現物のみ持って行ったため、ベッドサイドで患者と手元情報（薬剤）を照合できなかった。

【気づいたタイミング】

- 経管栄養チューブから与薬後、疑問に思いパートナーに問い合わせて発覚（当該患者は絶飲食中であった）。

薬剤間違いの事例

看護師1年目
発生時間帯：8～9時台

【本日開始、内服薬】

自己管理の患者に薬袋を渡す際に、他患者の薬袋を下に重ねて渡した。

【背景要因】

- 薬袋を渡す際に、1袋ずつ患者の名前を照合しなかった。

【気づいたタイミング】

- 内服したことを確認した際に気がついた。

わしの薬？
本当に？



2022年度 ファインプレー

昨年度は、救急外来での患者誤認が複数発生しました。そのうち、エラー拡大防止につながった事例を紹介します。

ありがとう
ございます



診療放射線技師が発見

救急外来で出張検査依頼あり。放射線部門システムで受付後現場へ向かった。患者リストバンドのバーコードをバーコードリーダーで機械照合しようとするが読み取れず。（原因）部門システムで受付した患者ID番号と救急外来患者ID番号が違った。（背景）事務での受付前、同姓同名・生年月日が一致する患者をカルテ検索で見つけた医師はX線検査をオーダーした。しかしその患者は当院受診歴のある別患者であった。正しい患者は新患であり、事務での受付前に患者ID番号がなかった。

医師が発見

救急外来より「血液内科かかりつけの患者の救急搬送依頼があったが受け入れてもいいか」との問い合わせがあり、血液内科医師は対応可能と答えた。患者到着後診察時に「化学療法を血液内科で受けていますね？」と尋ねると、患者から「いや受けていない。それは別の人だと思う」と返答があったものの、発熱のためトイレ前で動けない状況もあり、やや意識が混濁していると考え診察を継続。診察終了後、当該患者の診察券IDを確認し、患者誤認が発覚した。

■ 課題

患者さんへの名乗らせ確認を行う、照合端末を推奨する、職員への注意喚起など対策はしていますが、思わぬところですり抜けて患者誤認は発生しており、患者誤認をゼロにすることは難しいというのが現状です。患者誤認を早期に発見できるような対策に取り組むこと、誤認しないための確認方法を工夫しながら、今後もデータ収集と分析を行い、患者誤認対策を行っていきます。