

ゼロにはできない確認エラー

～ 減らしていこう、…つもり…はず ～

平成 29 年 10 月発行

はじめに

医療現場において“確認”は様々な場面で行われています。“確認”の言葉の意味は、「はっきり認めること。またそうであることをはっきり確かめること。」となっています。医療現場においては、①対象物の確認②内容の確認が主です。

①対象物の確認

確認の対象となるものが一致しているかどうかを確認する
※患者名、注射箋の内容と薬剤、処方箋の内容と薬剤

②内容の確認

指示された内容そのものが正しいか確認する
※薬剤名、容量、用法、処置や手術時の部位など



この“確認”が上手くいかないことが、患者誤認、誤投与、部位間違い等が起き、重大事故の発生につながります。“確認”は、医療事故を防ぐための重要な行為と言えます。

この確認が上手くいかなかったいわゆる「確認不足」から発生する事例を減らすために、各医療機関においては様々な取り組みがおこなわれています。しかしながら、レポート報告集計結果の発生要因の多くが「確認不足」である現状を踏まえると、「確認不足」に対する有効な対策に各医療機関が苦慮していることが伺われます。

よく確認方法の手順を決めて院内で周知徹底する等の取り組みが行われますが、ダブルチェック、指差し呼称を行ったがエラーが起こってしまったという報告が後を絶たないのは、確認行為が単なる作業で終わってしまっているからかもしれません。ダブルチェックや指差し呼称が形だけで終わらないようにしていくためには、スタッフに本来の確認の目的を踏まえた上で確認の手順をしっかりと行うことを教育していくことが重要と言えます。

今回、「確認不足」が要因と考えられる事例の紹介と「確認不足」に対する施設の取り組みをご紹介します。自施設の取り組みのヒントにしていいただければと思います。

CONTENTS

はじめに	P1
I. 確認不足を原因とするエラーの実態「確認不足あるある」	P2
II. 各施設の取り組み紹介	
◆ 確認工程調査から感じた「処方箋デザイン」について 済生会横浜市東部病院	P3
◆ 侵襲的な検査（処置）時における患者誤認、 部位間違い予防に対するタイムアウト導入について 戸塚共立第1病院	P6
◆ 安全ラウンドで確認行為をチェックする 北里大学東病院	P8
おわりに	P8



確認不足
あるある!

I. 確認不足を原因とするエラーの実態

日常の業務の中で起きている「確認不足」の事例をいくつか挙げてみました。このように事例が発生した時、「確認を徹底する」と対策を立てるのですが同様のエラーは繰り返されていると思われまます。事例に共通する背景を知ることによって、対策立案時のポイントを考えることができるのではないかと思います。

Case 1

書類の取り込みまちがい

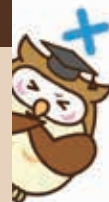
複数の患者さんの書類を担当事務員がスキャナーで取り込みをしていた。1人分ずつ処理をすると時間がかかるため、全員分のカルテを開き、順次処理をした。後日、医師から別な患者さんの書類が取り込まれていると指摘があり、取り込みエラーが発覚した。

Case 2 診療録記載まちがい

外来診察時に予約患者さんのカルテを開き、診療していた。患者さんを待たせることなくスムーズに診療を進めようと思っていた。患者さんと話しながら入力していたが、すでに終了した患者さんのカルテを閉じていなかったため、別患者のカルテに入力してしまった。

Case 3 検査への搬送まちがい

看護師は看護助手にAさんをレントゲン室に搬送するよう口頭で依頼した。看護助手は、その場で姓のみメモを取ったが復唱はしなかった。車いすを準備し患者さんに声をかけ搬送し撮影した。その後、医師からカルテにレントゲン画像がないことを指摘され、確認したところ同姓の別患者であったことが発覚した。



Case 4

退院薬の渡しまちがい

日曜日の午前中に退院する患者さん2名を受け持っていた。担当看護師は、薬剤は昨日確認していたため、お渡しするだけでよいと考えていた。2名分の退院薬をワゴンに載せAさんの元を訪室し、退院薬を渡す時には氏名確認をルール通り行った。同様にBさんにもお渡しした。午後になりAさんから薬袋は自分の名前だが薬が違っていると連絡があった。Bさんに連絡したところ同様に薬袋の氏名は合っているが、薬が違うとのことであった。薬袋と中の薬が交差していた。



Case 5

与薬まちがい

処置室で担当患者Aさんの食後薬を準備していたが、氏名を確認したところでBさんからナースコールがあり業務を中断した。対応後、引き続き薬剤の確認を行いBさんに与薬した。正しくはAさんの薬であったが、直前にBさんの対応をしたことからBさんの薬だと思い込んだ。処置室で患者氏名の確認が済んでいたため、ベッドサイドでは患者氏名と配薬ボックスの氏名を確認しなかった。



1～5のケースから、
リスクが高まるポイントが考えられます。



リスクが高まるポイント

- ◎同時に複数の作業を行っている
- ◎確認ルールを想定とは異なる状況下（まとめ作業）時に適応させている
- ◎作業中断
- ◎作業再開時の工程が不明確
- ◎同姓・類似氏名
- ◎口頭伝達

「確認不足」と、ひとくくりにしてしまうと、どのタイミングで何を確認することが必要だったかがぼやけてしまいます。
確認ポイントを洗い出し、必要によつては手順に反映させることを検討してもよいと思います。

II. 各施設の取り組み紹介

◆ 確認工程調査から感じた「処方箋デザイン」について

済生会横浜市東部病院

1. 事例

入院中の患児にプレドニンの内服が処方されました。この時、薬剤部で誤った用量が調剤され、調剤鑑査でも発見できないまま病棟へ払い出されました。病棟でも2名の看護師によってダブルチェックがなされましたが用量の間違いに気が付かないまま、配薬カートにセットされました。さらにその用量のまま服薬させてしまった。

〈事例〉 過量投与

患児への健康被害はありませんでしたが、病棟で事態を重く捉え、インシデントカンファレンスが開かれました。医療安全管理者として要請があり、そこへ参加しました。対象が小児であることから、日常的に繊細な体重計算のもとで指示される薬剤の用量について意識の高いスタッ

フが多いと感じましたが、残念ながら病棟でセットする前のダブルチェックでエラーの発見ができませんでした。セーフティ委員より「現場スタッフの意識調査をしたい」との相談がありました。委員の発案に賛成し、全面的にサポートしました。

2. 3つのステップ

【第1段階】 ダブルチェックについて講義

委員がスタッフ向けにダブルチェックについて講義を企画、実施しました。自身で行うにあたり、自己学習していました。

【第2段階】 模擬ダブルチェック

模擬処方箋と薬剤を準備し、別室で実際にダブルチェックをしてみました。スタッフが多数集まってそれを客観的に見ることで、自分との違いを発見することが出来ました。

【第3段階】ダブルチェックアンケート

ダブルチェックについてアンケートを取りました。第1段階で行った講義の理解度を確かめる目的もありました。そして確認行動をFMEA分析で行われる業務工程表ならぬ確認工程表を書いてもらうことにしました。「ダブルチェックをする時に処方箋のどこを見てどう読み上げているか？」といった具体的なところまで調査してみました。同時に困っていることも質問してみました。

大変興味深い結果が出ました



この3段階を経てアンケートを集計したところ、「処方箋の情報をどの順番で見ているのか？」という質問の回答が、なんと18種類にも及びました。

3. 処方箋の情報を見る順番で多かった回答

1位 ①患者氏名→②処方箋番号→③処方薬剤名→④投与量→⑤投与タイミング

2位 ①患者氏名→③処方薬剤名→④投与量→⑤投与タイミング→②処方箋番号

3位 ①患者氏名→⑥日付→③処方薬剤名→④投与量→⑤投与タイミング

と続き、その他様々な順番で処方箋の情報を見ていることが発覚しました。

アンケートを取ることで、処方箋の見方が18種類は存在すること、スタート地点は全員患者氏名から、ということも分かりました。この調査で、「処方箋から得る情報の順番」を統一させる試みがなされました。その後のアンケートでは②の処方箋番号が後になる、というズレはあっても、ほぼ同じ順番で見落としなく見ることができるようになりました。

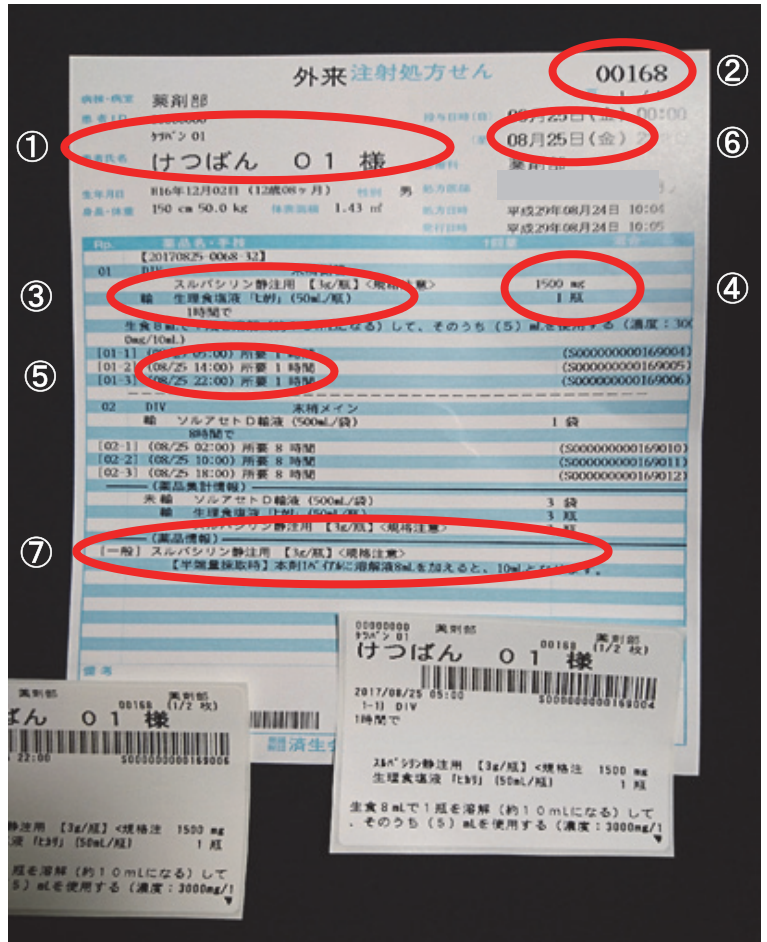
4. 処方箋のデザインについて

この調査から医療安全管理者として感じたのは、処方箋のデザインです。視線の移動にはパターンがあり、ゲーテンベルク・ダイヤグラムの定義^{※1}では以下の通りとなっています。

1. 上方左側を「最初の視覚領域」
2. 下方右側を「終着領域」
3. 上方右側を「強い休憩領域」
4. 下方左側を「弱い休憩領域」

ただし均等で同質な情報である（異質な要素がない）と定義されています。視線の自然な移動を考えると左上の「患者氏名」から見ていく行為は当然の結果でした。視線の流れは左上からアルファベットのZやFに似た動きをする『Zの法則』や『Fの法則』があります。〈画像1〉当初のアンケートでは不規則ながらほとんどがZやFの法則に従っていました。フォントサイズや色の工夫もそうですが、日常的に最も多く確認作業に用いられると思われる「処方箋」のデザインが人間の自然な視線移動に則っていれば、確認行為のエラーが僅かでも減少するのではないかと思います。

※1 「均等に配置された情報を見る時、視線は左上から右下に流れていく」というパターンのことで、活版印刷技術の発明者として活躍したヨハネス・ゲーテンベルグの名をもった視覚誘導です。（横書きが主流である欧米文書で主に使われています。）



〈画像1〉



みなさんの施設でも、紙や電子カルテの情報を画面・紙面のどこからどういった順番で得ているのか調査してみると、新しい対策が発見できるかもしれません。



◆ 侵襲的な検査（処置）時における患者誤認、部位間違い予防 に対するタイムアウト導入について

戸塚共立第1病院

手術室における患者誤認、手術部位間違いを予防するために「タイムアウト」を導入している施設は多いと思われます。しかし近年、検査（処置）時において、患者誤認、部位間違い等のアクシデント報告も多く聞かれています。そこで当院では、侵襲的な検査（処置）時においても「タイムアウト」を導入することとしました。

1. 侵襲的な検査（処置）タイムアウトについて

- (1) タイムアウトは、患者間違い・部位間違い・手技間違い・透視画面・内視鏡画面・電子カルテの誤入力を回避するための確認プロセスである。施行医師が検査・処置の直前に全員一旦手を止めて宣言し最終確認する。

施行医師 ⇒ 患者氏名・検査・処置・部位（左右含む）を宣言
「これからタイムアウトを行ないます。」
「患者氏名 ○○○○さん」
「検査・処置・部位（左右含む）××××××」
（医療技術部門・看護師の確認が終わったら）
「検査・処置を始めます。お願いします。」



医療技術部門

↓
医師が宣言した内容を**放射線画面・エコー画面**で患者氏名・検査・処置・部位（左右を含む）を確認する。（間違いなければ確認したことを発声する）

「確認しました」
※確認方法は、指差呼称にて行う

「お願いします」



看護師

↓
施行医師が宣言した内容を**内視鏡画面**で、患者氏名・検査・処置・部位（左右を含む）を確認する。（間違いなければ確認したことを発声する）

「確認しました」
※確認方法は、指差呼称にて行う

「お願いします」



- (2) タイムアウトにて患者氏名・検査・処置・部位（左右を含む）を3~4者による確認の後、検査・処置を開始する。

- (3) タイムアウト実施の有無は、電子カルテの看護記録にタイムアウト施行した時間を記録する。

侵襲的処置・検査におけるタイムアウト

「これからタイムアウトを行ないます」
「患者氏名 ○○○○さん」
「検査・処置・部位（左右含む）×××」

放射線画面・エコー画面
「患者氏名 ○○○○さん」
「検査・処置・部位（左右含む）×××」
「確認しました」

「検査・処置を始めます。お願いします。」

内視鏡画面
「患者氏名 ○○○○さん」
「検査・処置・部位（左右含む）×××」
「確認しました」

「お願いします」

医師

技師

放射線画面・エコー画面
「患者氏名 ○○○○さん」
「検査・処置・部位（左右含む）×××」
「確認しました」

「お願いします」

放射線技師

タイムアウトとは

患者間違い・部位間違い・手技間違い・透視画面・内視鏡画面・電子カルテの誤入力を回避するための確認プロセスである。施行医師が検査・処置の直前に全員一旦手を止めて宣言し最終確認する。

2. 「確認」行為の周知状況を把握するための取り組みについて

多くの施設において「確認」にかかわるルールを設定していると思われませんが、そのルールは現場で確実に実施されているでしょうか？現場で「確認」行為がどのようにされているかチェックしておくことも重要です。当院では、医療安全ラウンドにおいて、実際現場で行われている「確認」行為を確認しています。



患者確認行為について、医療安全ラウンドにおいて、実演で確認しています。具体的には、以下の必要物品の準備、事例を設定し、チェックシートに沿って点数をつけて評価しています。

(1) 準備物品 患者識別バンド、書類3枚（1枚のみ正しい書類）、封筒。

(2) 事例

〇〇 〇〇〇 00-11-222 （66才）が書類を取りに来ました。

依頼者は患者さん本人です。書類は開封したまま、患者さんに渡せる内容のものです。

どのように書類を渡しますか？

(3). チェックシート

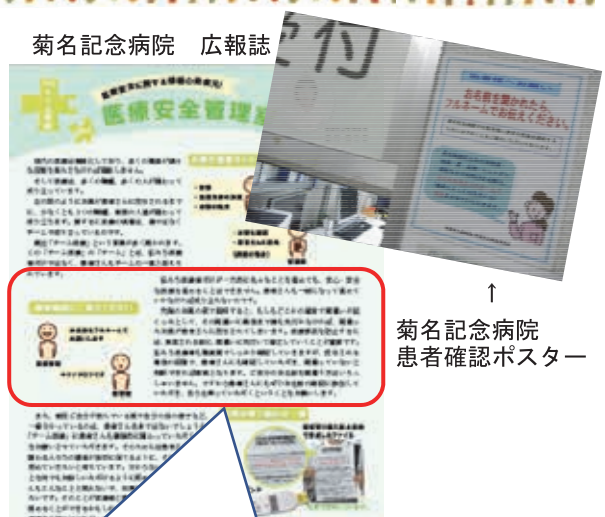
①から⑤事項に沿って、氏名読み上げ、ID読み上げ、指差し確認ができているかチェック

患者確認事項	氏名読み上げ 1点	ID読み上げ 1点	指差し確認 1点	合計点
①患者さんに名乗ってもらう	氏名を聞いたら1点			
②患者識別バンドの				
③書類の				
④患者さんと一緒に書類を確認した				
⑤（患者さんと一緒に）封筒の宛名を確認した				

おわりに

“確認”を確実に行うことで防げる医療事故もあります。私たちが安全な医療を提供する上で、確認不足を減らす努力を進めていく必要があると思います。そのためには、確認の手順を取り決めておくことや、そもそも日常業務の中で何のために“確認”を行うのか、その意味の重要性をスタッフに教育していくことも重要と言えます。そして院内で取り決められたことが周知されているか、多角的な目でチェックしながら、取り組みを進めていきましょう。

最後に医療事故は、多重業務、時間切迫の中で業務を行っている医療者だけの努力では防ぐことはできません。特に患者確認にかかわるところは、患者・家族を巻き込みながら取り組みを進めていくことも必要です。医療者からの一方通行の確認ではなく、患者・家族からお名前を名乗っていただくことで、患者名の確認の確実性が増します。様々な場面で、患者・家族とともに“確認”がなされるようにしていければと思います。（医療安全情報検討ワーキンググループ）



私たち医療者も職員間でしっかり確認していきますが、投与される最後の段階で、患者さんにも確認していただき、間違っていないと判断できれば確実となります。ご自分のお名前を間違う方はいらっしゃいません。ですから患者さんにもぜひお名前の確認に参加していただき、自ら名乗っていただくということをお願いします。（記載文一部抜粋）