

臨床検査技術科の患者誤認事例の現状と取り組み

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 臨床検査技術科)

井上 歩 山田 雅 古市 佳也 林 彰彦
北田 久美子 村上 典子 松浦 真人

(株式会社 LSI メディエンス)

澤田 夏美 後藤 佳南 益田 美紀

要 旨

臨床検査に関連した患者誤認事例は、不必要な治療等の重大な患者不利益につながる可能性がある。

今回、2017年1月から12月までに臨床検査に関連した患者誤認事例のインシデント報告116件のうち、最も多く発生した病棟実施済み心電図検査患者ID入力間違い・未入力事例104件について分析を行い、患者誤認防止の取り組みを行った。

その防止対策として、2017年度よりインシデントレポートシステムを用いて、病棟実施済み心電図検査患者誤認事例を関連部署に報告し、注意喚起を行った。また、2018年度には医療安全推進室と連携して5月医療安全ニュースによる啓発活動や病棟心電計マニュアルの見直し、関連部署への心電図操作研修会の開催の取り組みを行った。これらの取り組みにより、2018年病棟実施済み心電図検査患者ID入力間違い・未入力件数が47件と前年の104件から減少した。

今後も「Plan：計画」、「Do：実行」、「Check：評価」、「Action：改善」のPDCAサイクルを効果的に運用することで患者誤認件数の減少を目指し、医療の質向上に取り組むたいと考える。

(京市病紀 2019；39(1)：8-11)

Key words：患者誤認、心電図検査、医療安全、PDCAサイクル、医療の質

はじめに

2017年に臨床検査技術科内で発生した患者誤認事例の現状を分析し、業務改善に向けた取り組みを行ったので報告する。

現状分析結果

2017年に医療安全レポートシステムに登録された臨床検査に関連した患者誤認事例を抽出し、集計を行った結果、患者誤認事例は116件発生していた。その内訳は、採血患者間違い4件、検体ラベル貼り間違い1件、尿コップ渡し間違い1件、咽頭ぬぐい液採取間違い2件、超音

波検査患者ID入力間違い1件、病棟実施済み心電図検査患者ID入力間違い・未入力104件であった(図1)。

臨床検査に関連した患者誤認事例のうち最も多く発生していた病棟実施済み心電図検査患者ID入力間違い・未入力事例を科内インシデント会議にて分析した結果、心電図検査実施時の患者ID入力確認不足や機器操作の知識不足が主な要因と考えられた。

防止対策の取り組み

2017年度よりインシデントレポートシステムを用いて、心電図検査患者誤認事例の報告を行い、関連部署に対して注意喚起を行った。また、2018年度には医療安全推進

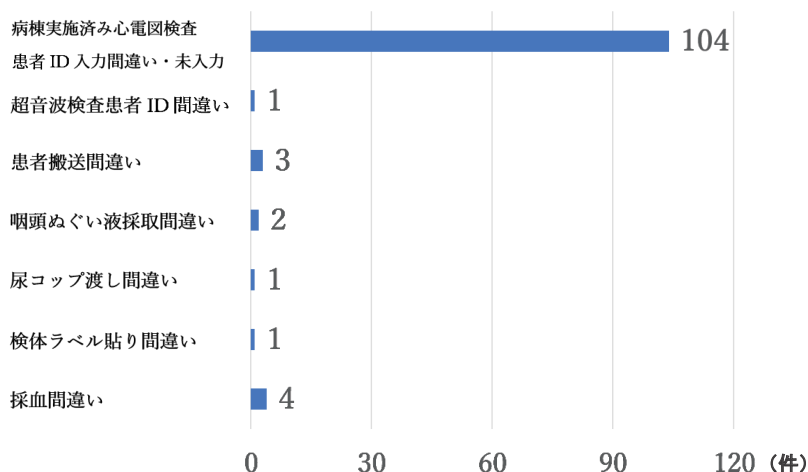


図1 患者誤認事例の内訳

室と連携して5月医療安全ニュース（図2）による啓発活動を行った。さらに病棟心電計操作マニュアルの見直し（図3），関連部署への計18回の心電計操作研修会（図4）を実施した。



図2 医療安全ニュース



図3 病棟心電計操作マニュアル



図4 心電図操作研修会の風景

取り組みによる効果

2018年の病棟実施済み心電図検査患者ID入力間違い・未入力件数は、47件（総検査数6,794件）と前年の104件（総検査数6,718件）から減少した（図5）。また、関連部署からのインシデントレポート提出は47件中22件（46.8%）と前年104件中15件（14.4%）と比較して増加した（図6）。

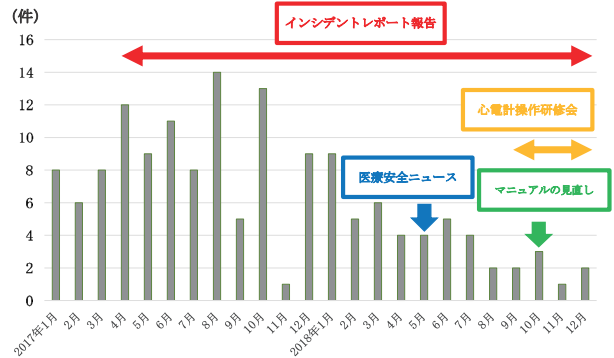


図5 病棟実施済み心電図検査患者ID入力間違い・未入力事例の推移

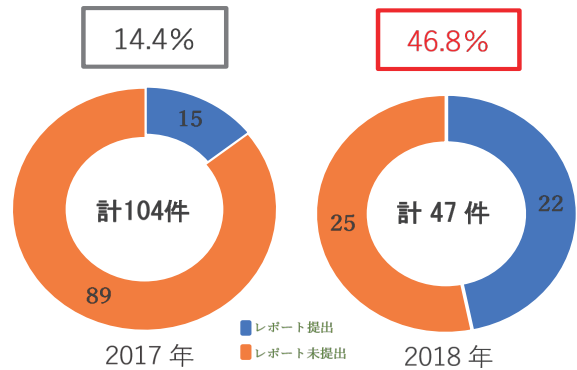


図6 関連部署からのレポート提出状況

考 察

インシデントレポートは、医療安全インシデントレポートシステムを用いて各部署から医療安全推進室へ報告される。提出されたインシデントレポートは関連部署へ転送され、インシデント内容の情報が共有される。インシデントレポート内容に基づき再発防止対策を行うことで、より安全で質の高い医療を提供することが可能となる。臨床検査に関連した患者誤認事例では、不必要な治療等の重大な患者不利益につながる可能性があり、医療安全の観点から医療の質に大きく影響を及ぼすと考える。

臨床検査技術科では、科内インシデント会議を月2回開催してインシデント事例の内容や要因などの分析を行い、患者誤認防止対策等の取り組みを行っている。

2017年から継続して行っているインシデントレポートシステムを用いた心電図検査患者誤認事例の報告に加え、図2に示したように5月医療安全ニュースにて2017年に発生した心電図検査患者ID入力間違い・未入力事例の件数、考えられるインシデントの要因、心電計クイック

マニュアルの掲載を行い、インシデントの現状と要因および心電計操作についての周知を行った。また、病棟心電計操作マニュアルを見直し、検査時の手順がわかる画像の掲載や各工程の注意点となる心電図電極の装着位置・電極の色を記載して視覚的に分かるように変更を行った(図3)。病棟心電計操作マニュアル見直し後には、病棟・救急室・手術室・血液浄化センター・外来にて計18回の心電計操作研修会を実施し、のべ175名の看護師が参加した(図4)。

今回の取り組みにより2018年の病棟実施済み心電図検査患者ID入力間違い・未入力件数は47件と前年104件から減少した(図5)。また、関連部署からのインシデントレポート提出は47件中22件(46.8%)と前年104件中15件(14.4%)と比較して増加した(図6)。この結果は、今回の取り組みにより心電図検査患者誤認への意識がより高まったためと考える。

しかし、図7に示したとおり病棟実施済み心電図検査において、電極付け間違い事例13件と2017年の6件と比較して増加傾向を示した。今回の取り組みでは、機器操作について重点を置いていたため、電極付け間違いの確認ができていなかったと考える。今後の課題として実技講習も取り入れた心電図研修会を継続して行い、心電図検査の精度向上に取り組む必要があると考える。

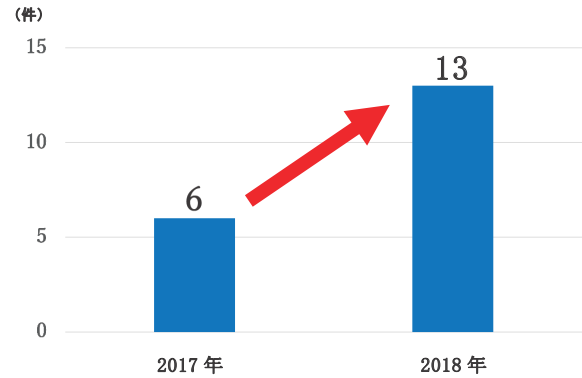


図7 心電図検査電極付け間違い件数

おわりに

2017年度からの継続した取り組みにより心電図検査患者誤認への意識がより高まったことで、心電図検査患者ID入力間違いや未入力件数が減少し、関連部署からのインシデントレポート提出率は増加した。患者誤認は不必要な治療等の重大な患者不利益につながる可能性がある。今後も患者誤認減少に向けて、PDCAサイクルを効果的に運用することで、医療の質向上に取り組むと考えている。

Abstract

Incidence of Mistaken Patients at the Department of Clinical Testing Technology
—Current Situation and Initiatives

Ayumu Inoue, Masashi Yamada, Kaya Koichi, Akihiko Hayashi,
Kumiko Kitada, Noriko Murakami and Masato Matsuura
Department of Clinical Laboratory Technology, Kyoto City Hospital
Natsumi Sawada, Kana Goto and Miki Masuda
LSI Medience Ltd

By mistaking a patient at the time of clinical testing, the patient may suffer serious disadvantages such as unnecessary treatment. From January to December, 2017, 116 incidences of mistaken identification of patients were reported. In order to prevent such mistakes, we analyzed 104 of these incidences which were of the patients who had had electrocardiography(ECG) at the ward (ward-ECG) but whose ID had been mistaken or was not input.

Using the incidence report system we have been reporting the incidences of mistaken input of the ward-ECG patient's ID since 2017, to alert the relevant wards. In 2018, in cooperation with the Medical Safety Promotion Room we started a campaign to prevent the incidence of mistakes in the May issue of the Medical Safety News, revised the ECG manual used at the ward, and had held meetings for ECG operation training at the related wards.

By these actions, the incidence of mistaken patient's ID input of the ward-ECG was reduced to 47 from 104 in the preceding year. We intend to use the Plan-Do-Check-Action (PDCA) cycle effectively to reduce the number of mistaken patients, and to improve the quality of medical treatment.

(J Kyoto City Hosp 2019; 39(1):8-11)

Key words: Mistaken patient, Electrocardiogram, Medical safety, PDCA cycle, Quality of medical treatment