
財団法人甲南病院 六甲アイランド病院

大西アイ子（医療安全対策室看護師長）

佐藤元秀（薬剤部次長）

西脇正美（診療部長）

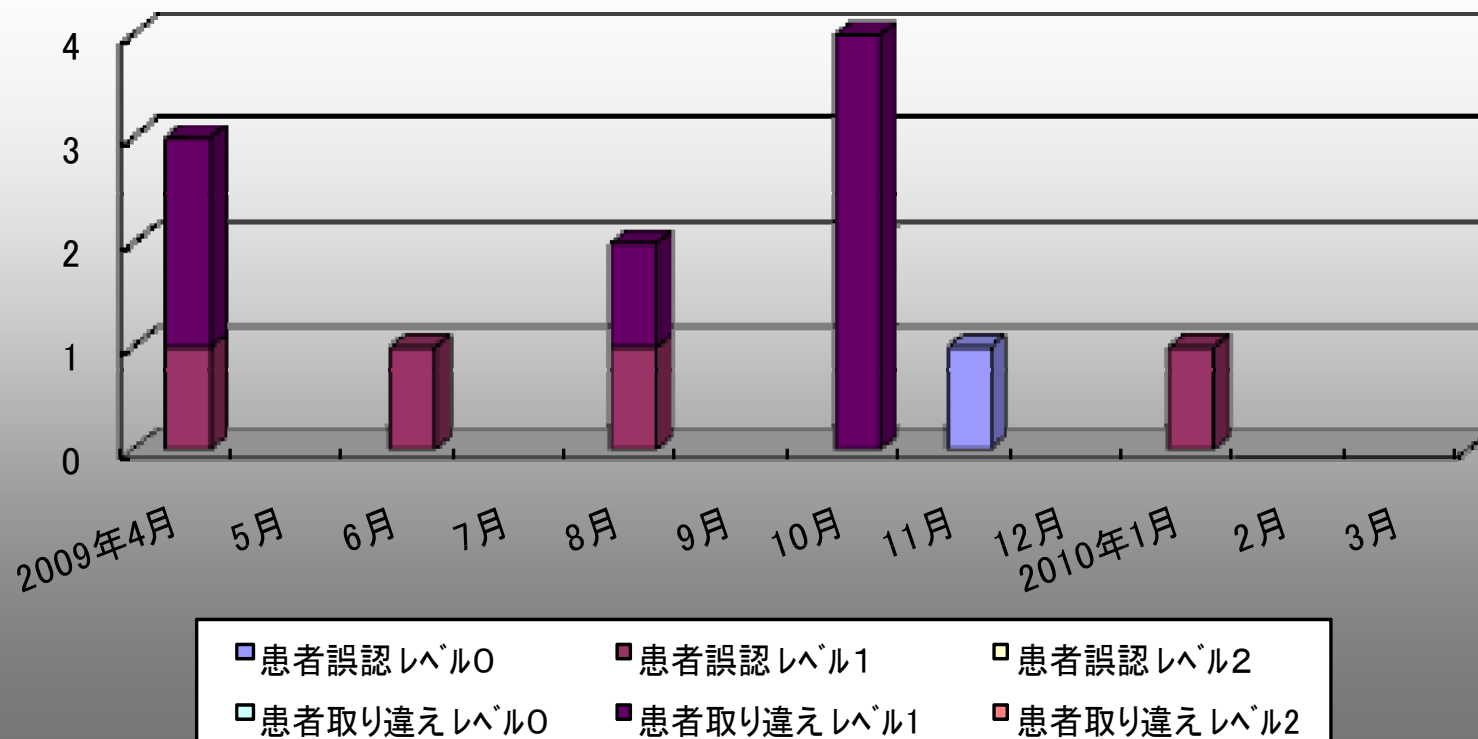
井上智夫（副院長・医療安全対策室長）

院内統一の患者確認方法の作成と その評価

はじめに

© 六甲アイランド病院

患者誤認・取り違いインシデント件数 平成21年度



患者誤認・取り違いのインシデントは、すべての診療科・診療・看護・検査の場面で起こりうることで、場合によっては、大きな事故につながりかねない。

全インシデントの約2%であるが、インシデントレベルに関係なく重要・検討必要事例であると考え、医療安全対策室でRCA分析を行った。

RCA分析①

© 六甲アイランド病院

事象

レントゲン撮影室で股関節撮影予定の入院患者Aを胸部撮影予定の入院患者Bであると患者誤認し、患者Aに胸部撮影を行った。

根本原因の因果連鎖

マニュアルには全ての職員・部署が共通して行う患者確認の手順・方法や具体的な患者確認の手順が示されておらず、各部署の運用に委ねられている。



職種・部署が異なれば複数の職員がその場においても他者が確実に患者確認を行っているかが認識できない。職務経験の豊富な職員がいる部署では、患者確認の方法・手順・簡明なマニュアルがあっても経験と状況判断に基づき行うという職場風土がある。

対策

全ての職員・部署が共通して行う入院患者・外来患者ごとの患者確認の具体的な手順方法を構築しマニュアルに記載する。

患者確認手順(マニュアル記載内容)

© 六甲アイランド病院

(目的)

すべての職員・職種が正確に患者を確認する手順・方法を認識し、患者誤認を防止する。

(患者確認手順・方法)

各職種・部署の特性を考慮し、この手順書に記されている手順・方法に加えてより患者誤認を発生させない工夫や手順・方法を用いてもよい。

ただし、この手順書に記されている手順・方法の一部を省いてはならない。

患者誤認防止リストバンドを装着していない場合

患者に姓名を名乗ってもらう

(尋ね方)

→「お名前を確認させていただきます」
→「お名前をフルネームでお願いします」

「患者が名乗った姓名」と「患者本人と確認できるもの」を照合する

「患者本人と確認できるもの」

- | | |
|------------|---------|
| ① 診察券 | ⑤ 点滴ラベル |
| ② 診療録(カルテ) | ⑥ 検査依頼書 |
| ③ 処方せん | ⑦ 検体ラベル |
| ④ 薬袋 | |

「患者本人と確認できるもの」を患者本人に提示し、医療者と患者本人で相違ないことを確認する

患者誤認防止リストバンドを装着している場合

患者に姓名を名乗ってもらう

(尋ね方)

→「お名前を確認させていただきます」
→「お名前をフルネームでお願いします」

「患者が名乗った姓名」と「患者本人と確認できるもの」「患者誤認防止リストバンド」を照合する

「患者本人と確認できるもの」

- ① 診察券
- ② 診療録(カルテ)
- ③ 処方せん
- ④ 薬袋
- ⑤ 点滴ラベル
- ⑥ 検査依頼書
- ⑦ 検体ラベル

「患者誤認防止リストバンド」印字内容

- ① ID
- ② 患者姓名(漢字)
- ③ 生年月日

「患者本人と確認できるもの」を患者本人に提示し、医療者と患者本人で相違ないことを確認する

(留意事項)

- 意識障害・認知症・発声できない患者の場合は、付添い者・家族に代弁・確認を依頼する。
- 小児患者の場合は、付き添っている者・家族に代弁・確認を依頼する。
- 意識障害・認知症・小児患者に付添い者・家族がいない場合は、二人以上の医療者で確認を行う。
- 患者本人であることの確認ができない場合は医療行為・処置・検査・事務的処理等を行わない。

ポスター掲示

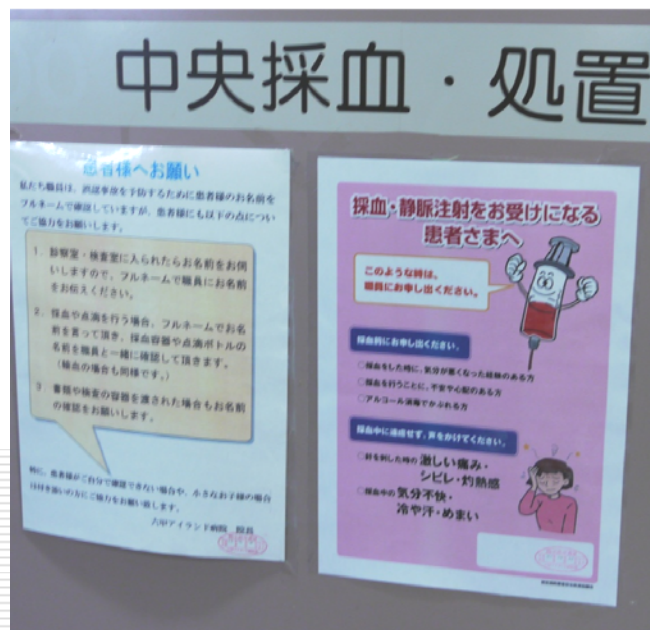
© 六甲アイランド病院



放射線部掲示板



病棟エレベーターホール



外来採血室

RCA分析②

© 六甲アイランド病院

事象

ICUにおいてポータブルX線撮影検査の際に、患者Aの照射録を見て、患者Bを撮影した。
結果的に両者とも撮影が必要な患者であったが、患者Bには追加で腹部を撮影した。

根本原因の因果連鎖

発生日はICUカンファレンスがある日で通常日勤帯で行う検査を当直時間帯に行った。
患者急変も重なり、通常の予定検査とは、様相が違った。



患者確認の必要性や重要性、手順は理解していたが、互いに作業を止めて確認を行わなかった。
患者確認の不確かさやきちんと確認できなかった時の対策が明確でなかった。

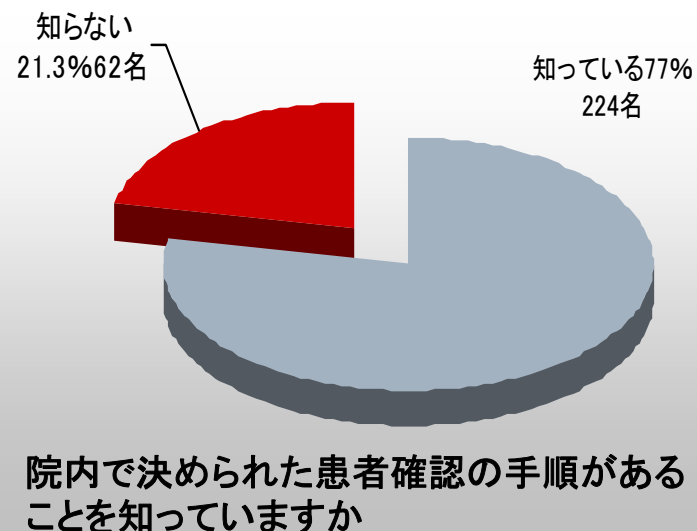
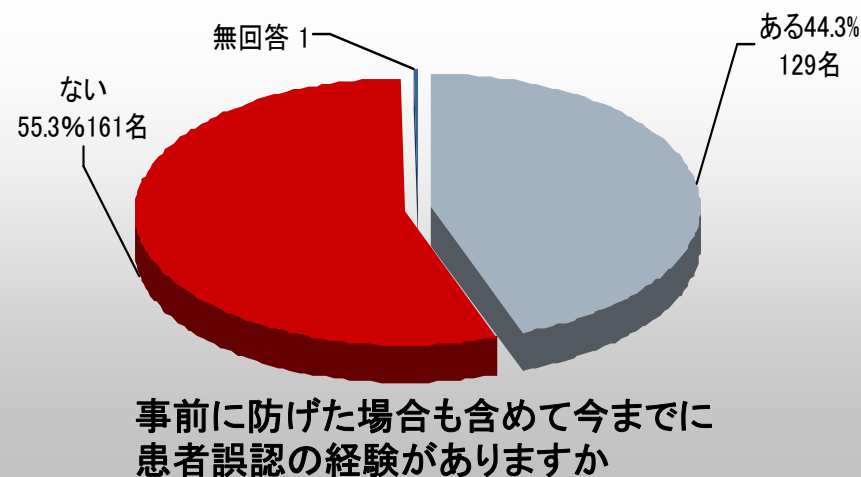
対策

患者確認の手順の遵守状況を把握し、対策の評価を行う必要性が明らかになった。

患者確認の方法の意識調査

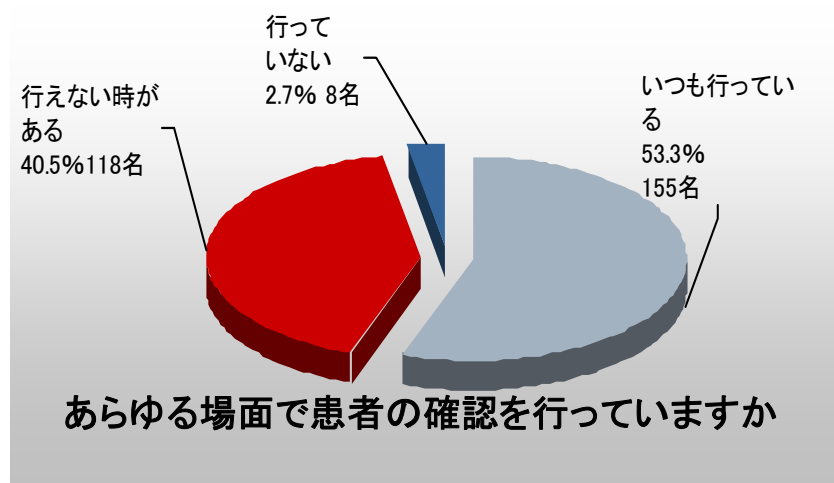
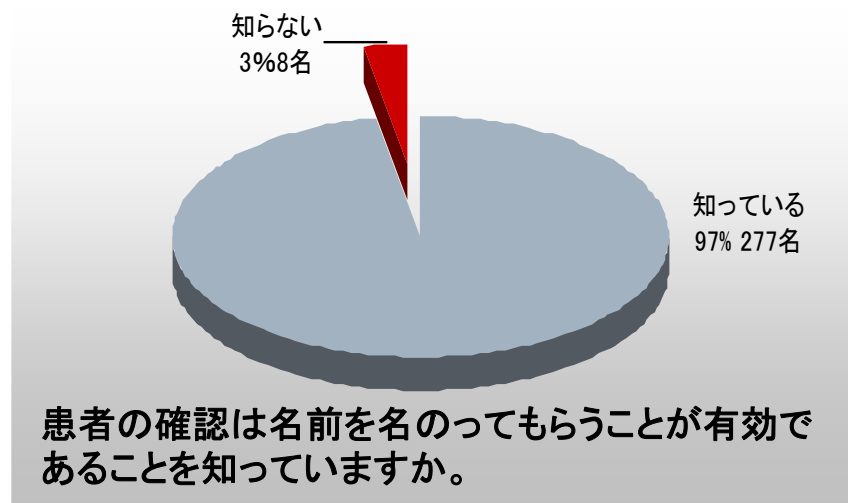
© 六甲アイランド病院

- 対象：患者と接する業務を行う全職員（非常勤・委託職員を含む） 計435名
- 方法：自記式アンケート方式
- 倫理的配慮：自由意志の参加とし無記名での回答とし個人が特定できないようにした。
- 回収数：291枚
- 回収率：66.9%



患者確認の方法の意識調査

© 六甲アイランド病院



行えない時がある理由（複数回答）

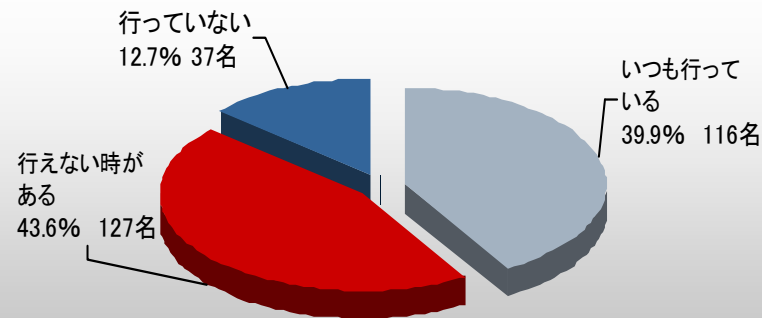
患者と顔見知りのとき	69名	58.5%
忙しいとき	46名	39%
救急・緊急のとき	38名	32.5%

行っていない理由（複数回答）

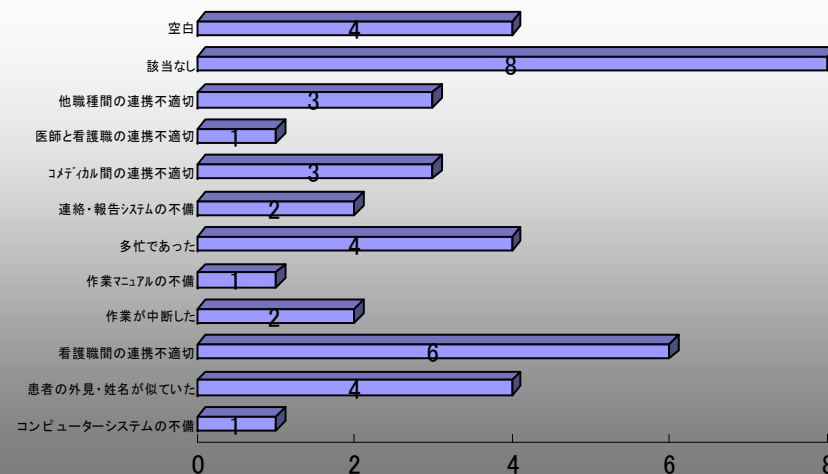
仕事自体は手順通り行っているから	6名
患者のことはよく知っているから	5名
他の職員が患者を確認しているから	4名

患者確認の方法の意識調査

© 六甲アイランド病院



複数の職員で患者に関わるとき、その場の職員全員で患者確認を行っていますか



行えないときがある理由（複数回答）

患者と顔見知りのとき 50名

救急・緊急のとき 39名

忙しいとき 38名

行えない理由（複数回答）

他の職員が確認しているから 19名

仕事自体は手順通り行っているから 11名

患者のことはよく知っているから 6名

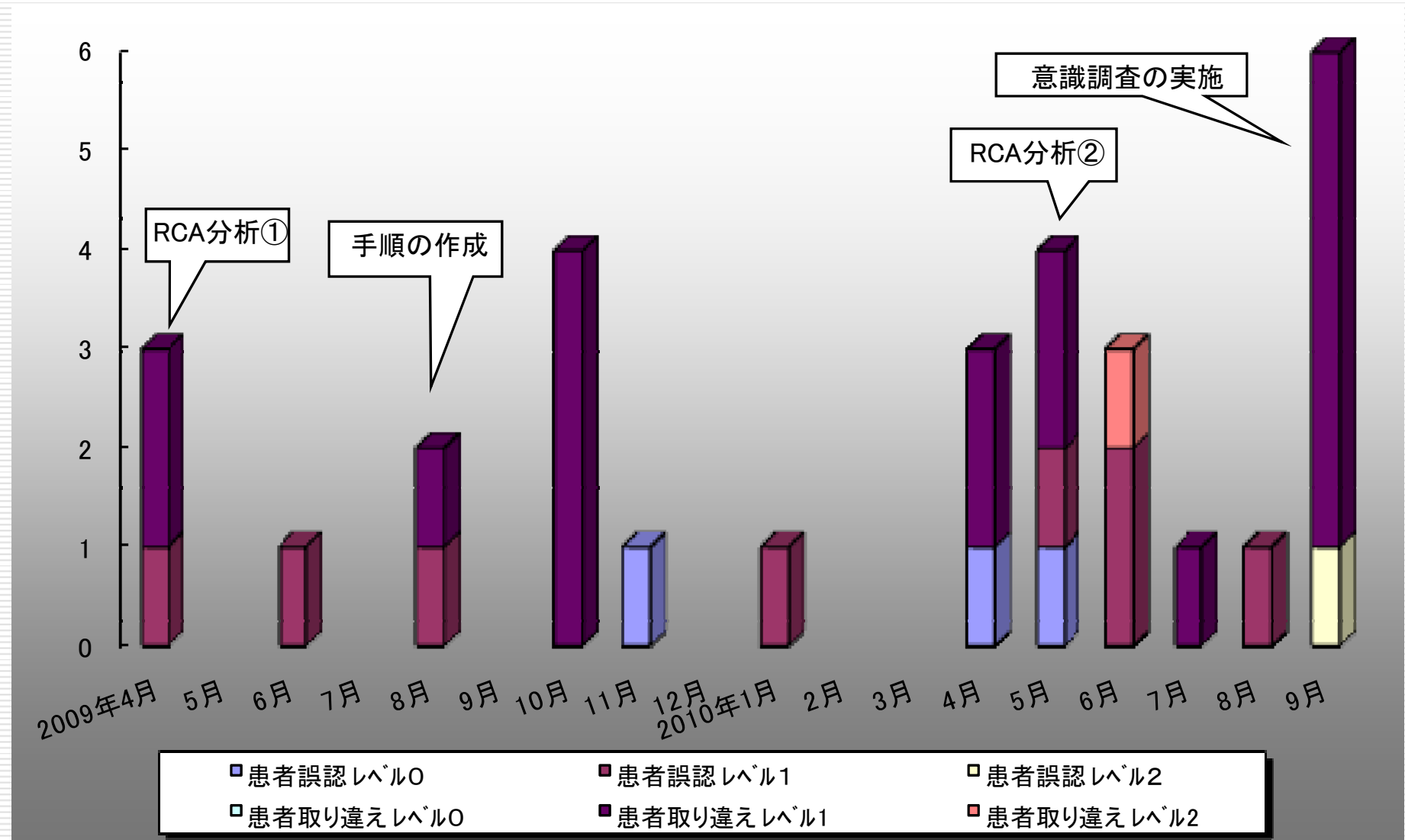
看護職者間はじめ他職種との連携不足 12件

多忙であった。 4件

患者の外見・姓名が似ていた 4件

患者誤認・患者取り違いインシデント件数の変化

© 六甲アイランド病院

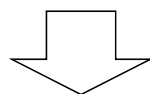


まとめ

© 六甲アイランド病院

患者確認の方法を院内で統一した手順として作成し、医療安全全国共同行動目標8を活用して職員及び患者への周知に努めた。

- ・ 職員は8割近くが手順を知っていた。
- ・ 97%の職員が、患者に名乗ってもらうことが有効であると理解していた。
- ・ 実際の場面では、必ず患者の確認を行っている職員が50%であった。
- ・ 行えない理由は、患者のことを知っているとき、緊急・救急のとき、忙しいときであった。
- ・ 複数の職員で関わる時、全員で患者の確認を行っている職員は、40%であった。
- ・ 行えない理由は、必ず患者の確認を行えない理由と同じであった。
- ・ 実際のインシデントでは、多忙も要因ではあるが、職種間の連携が不適切と報告されていた。
- ・ 実際には、インシデント件数は減少しなかった。



真に患者参加の医療をすすめていくためには、
患者からの評価を受け、患者とともにシステムをつくっていくこと、
そのためには、部門を越えた連携と情報の共有が必要である。