患者誤認・誤投薬防止

出水郡医師会立阿久根市民病院
医療安全管理室
木山淳子、中原和美
松原由紀、田辺　元

自院において患者誤認による誤投薬が、２００９年７月に続けて発生した。

そこで、院長から諮問を受け、患者誤認・誤投薬防止対策委員会を設置した。目的は、真因究明と再発防止である。開催期間は、約３週間を要し、５回の委員会を行った。構成員は医師２名、事務・薬剤師各１名、看護師４名と安全室職員２名、外部委員（特定機能病院のジェネラルリスクマネージャー）に入っていただいた。

患者誤認・誤投薬が与薬工程のどこで生じたかを見ると、内服薬の配薬時にフルネームでの患者確認が出来ていなかったケース、処方箋と注射薬の照合時に電子カルテ上での認証業務がされず誤投薬に至ったケースなど、患者確認マニュアルが徹底されていなかった事実が判明した。決められた手順の不徹底や患者に協力を得る働きかけが不足していたことが浮き彫りになった。

次にインシデント発生時の報告が迅速かつ正確にされなかったケースがあった。患者誤認・誤投薬が起こった際、発生１時間後に一部が報告され、主治医への全ての報告は３時間後であった。大事には至らなかったが、二重三重の過ちが起こってしまった。これを重く受け止め倫理教育が足りていないことを痛感した。

そこで検証した結果見えてきた問題点は、①マニュアル遵守の教育が不十分、②患者教育が不十分、③倫理教育の不徹底が浮き彫りとなった。

改善案としてマニュアル遵守の教育が不十分であったことに対し反復教育、外部委員の助言を受け、マニュアル周知徹底確認書の導入をした。また、患者確認を患者に協力を得ながら徹底した。報告が速やかにできなかったことについては、倫理教育が不徹底であったことから、職業倫理教育を当事者には個別教育を行い、全職員に対して集合教育を強化した。その一方で、チェックリストでのマニュアル遵守状況の確認を繰り返し行うことや名前確認を行っているか患者にインタビューするなどの取り組みを行った。同時に、電子カルテ上で患者確認業務での監査を行い、現場へのフィードバックを繰り返している。現時点での結果として、点滴施行時の電子カルテ上での認証業務の欠落は激減した。また、患者さんにフルネームで名乗っていただくことについてもほぼ 100%の状況になっている。

特に外来においては、医療安全共同行動の目標８に関するポスターを活用し、患者さんに名前確認の協力を得、受付票を発行し、患者さんに提示してもらうなどの工夫をすることで、患者確認業務が定着しつつある。

倫理教育については集合研修を行い、少人数で事例検討をしてもらった。当事者への教育は、安全室でマンツーマン教育をした。

今後の課題として様々な取り組みの評価を行いながら、職員への医療安全に関する反復教育を行うこと。「安全は名前から」の意識を医療者から患者へ広げ、協同によるフルネーム確認の啓蒙を続けることにした。

医療安全に関する取り組みを継続することの難しさを実感したので皆様のご意見を伺いたくお話させていただいた。