

【事例1】 検査時の患者間違えの事例

緊急CT撮影の際、同姓の他患者IDを押した伝票で撮影した。伝票とは異なる実際に撮影が必要な患者を撮影したため害はなかったが、患者確認をしていないことがわかった。

時間	事象の整理	直接原因	背後要因	対策
16:00	<p>医師Aが急変患者のCT検査を電話で「M」氏と言って技師Cに依頼した</p> <p>技師Cは「M」氏でCT検査依頼を受け、技師Dに伝えた</p> <p>医師Aは検査伝票に「M」氏と記載し、IDカードで「M.Su」とインプリントし、看護師Bに渡した</p>	<p>医師Aと技師Cが電話でフルネームを確認しなかった</p> <p>患者氏名記載欄にフルネームを記載しなかった</p>	<p>部門ごとに患者確認マニュアルはあるが、院内統一はされていない</p> <p>IDカードをインプリントするのでよいと思っている</p> <p>技師は医師に確認をためらった</p> <p>医師は患者フルネームを言う習慣がなかった</p>	<p>検査時の患者確認手順の作成 (ワーキンググループ立上げ)</p> <p>電話応対手順の作成 (ワーキンググループ立上げ)</p>
16:30	<p>看護師BはCT検査室に「M.Si」氏を伝票と共に搬送した</p>	<p>「M.Si」氏のIDカードを取り出そうとして、「M.Su」氏のカードを取り出した</p>	<p>医師は同姓患者がいることを知らなかった</p> <p>IDカードは整理されていなかった</p> <p>勤務終了時間に近かった</p>	<p>IDカード管理方法の見直し (同姓・同名患者対応含む)</p>
16:45	<p>放射線技師Dは患者の意識がなく、氏名を確認できなかったため、リストバンドおよび点滴ボトルを見たが、患者氏名が記載されていなかった</p> <p>放射線技師Dは看護師に「M」氏ですと確認した</p> <p>看護師Bが「そうです」と答えたので放射線技師Dは「M.Si」氏を「M.Su」氏の依頼伝票でCT検査を行った</p>	<p>検査伝票の患者氏名を確認しなかった</p> <p>リストバンド及び点滴ボトルに患者氏名の記載がなかった</p> <p>患者フルネームで問いかける習慣がない</p>	<p>緊急検査なので正しいと思った</p> <p>検査が少ない病棟なので検査伝票の患者氏名を確認する週間がない</p> <p>本人の確認ができなかった</p> <p>長期入院なので自分達がわかっていると思った</p>	<p>患者フルネーム活用を全職員に発信し、効果を確保する</p> <p>ネームバンド活用の目的を再度周知し、活用実態を調査する</p> <p>勤務引継ぎ時の業務調整を行う</p>
17:20	<p>医師Aは結果を見て同姓患者のIDカードをインプリントしたことに気付いた</p>	<p>とりあえず血管確保したので、ボトルに氏名の記載をしなかった</p>	<p>ボトル氏名を記載する習慣がない</p>	<p>師長業務指針を見直し、患者環境の安全チェックを行う</p>



分析を深めるためにはどのようにすればよいのでしょうか？

直接原因・背後要因

対策

現象には「電話」という言葉が出てきていますが、要因にはその点が分析されないで対策に電話対応手順の作成が出てきています。つながりが明らかになるように要因分析すると、電話対応の具体的なポイントは何なのか出てくるのではないのでしょうか。

対策には、「決まりを作ること」が中心であげられていますが、「決められたことを守ること」を徹底する対策も要因と関連してあがっているとよりよいものになるでしょう。