

技術等)である。

特に、④の指導用パンフレットは、患者の認知を促進し実行を促すツールであるが、それらは患者に渡されたり、説明資料や情報収集ツールとして日常的に使用されるため、実行上のマニュアルとして利用価値が高い。そのために、それらに盛り込まれた内容は、患者にわかりやすく、医療者自身が十分納得して説明できるものでなければならない。そこで作成・運用に当たっては、文献を活用したり、研究データを活用した院内教育活動が実施されている。また、マニュアルの評価は、インシデント発生件数の推移によって量的に評価される他、発生事例毎に、患者要因と看護要因の双方から原因分析を行ない、改善策を検討する必要がある。

### 3. 物品管理の標準化

救急カートや与薬管理、輸血管理など、物を対象とする安全管理においては、複雑な状況の中で、物をどのようなよう使用しているかという使用者の行動に注目し、物品の内容や配置、確認行動を目的別に分類・区分し、単純化したシステムを構築する必要がある。

そのうち、救急カートは、必要不可欠な物品・薬品を搭載し、しかも要求された物品を短時間に的確に選び出す必要がある。そのためには、使用者の知識（イメージ）と実際（実物）のズレがなく、選択・確認行為が合理的に実行されるシステムが必要である。その意味では、病院内で同じ仕様の物品管理システムを構築することは、作業の効率性を上げるだけでなく、事故防止に有効な活動と言える。

以上、主な3つの開発方法を整理してみたが、マニュアルを作成するためには、対象とする人や物、情報の特性を理解し、最も効率的な開発方法が検討される必要がある。

例えば、事故防止マニュアルには、標準化したルールを遵守することで患者の安全を図るように機能するものと、患者個々の条件から危険度を評価し、そのリスク要因に対応した標準計画（仮説）を適用することで患者の安全を図るものがある。事故やインシデントの発生は、前者の場合には、ルール無視やルール違反などの医療者の行動が原因となるため、事故を防止するためには、そうした行動を引き起こす環境要因あるいは認知傾向を分析し対応策を検討する必要がある。そうした評価のためには、状況に即して実行可能な行動基準としてのマニュアルの設定と運用が不可欠である。

後者においては、同じように患者要因に起因するリスクであっても、DVTのように対象患者が限定的・短期的である場合と、随時発生し多様な患者条件を対象とする転倒・転落事故防止では、最適なマニュアル作成方法には違いがあると予測される。クリティカルパスは、標準計画の代表的なものであるが、入院中の治療・ケアの標準化が安全対策の中心となる急性期パスと、患者の自己管理が中心となる外来患者用パスでは、開発プロセスや開発したツールには大きな違いがあると想定される。このように、マニュアルの開発においては、テーマに従って、目的や対象の特性などを様々な側面から比較検討し、差違と共

通性を見出すことができれば、信頼性、妥当性の高い、標準化の視点が、さらに明確になると思われる。

現段階において、私たちは、インシデントの原因を推論し、そこから得られた要因から、行動の原理を用いて対応策を標準化し、マニュアルとして運用し始めた段階である、そのため今回は、その有用性や有効性を感じているものの、確認できるデータ収集・分析による評価までには至っていなかった。また、精度の高いマニュアルを作成するためには、専門的な分析手法やアプローチ手法の応用も必要である。今後は、データ収集—分析—評価・修正というプロセスを繰り返し、EBMに基づいた、効率的な対策を標準化し、ユニバーサルなものとして創出することが必要と考える。

#### (4) 開発したツール

今回、提供頂いたツールは、

- ① 標準化したマニュアルや手順書・標準計画
- ② 医療者の行動を評価するチェックリスト
- ③ 患者のリスクを評価するアセスメントツール（リスク・スコアシート）
- ④ 患者指導用パンフレット、患者説明用ポスター、患者用チェックリスト
- ⑤ 職員教育用教材（PPT）や図説ポスター、解説書などである。

また、マニュアルは、行動の根拠や要点が理解しやすいように、写真やイラストを用いて解説したり、プロセスに従って行動のポイントを明確にしているものが多く、それぞれ、職員の行動を促す工夫がなされていた。

#### まとめ

今回、本研究は、業務システム標準化の取組みが有効に機能している「事例」を収集し、医療事故予防や安全確保に関する管理組織、オーダーから実施に至る業務プロセスのなかで有効に作用する確認行動、ルールを統一し実行するためのマニュアルの有効性、品質維持と改善に必要な評価機構の必要性について検討してきた。

しかし、取組んだ施設の状況や安全管理体制、マニュアルに取組む発端となった出来事、マニュアルのテーマは多様であり、共通性を抽出するには至らなかった。しかし、その医療事故防止に対する視点の多様さや発想の豊かさは、逆に言えば、多くの可能性を示唆している。さらに、提供して頂いたマニュアルは、ルール遵守に向けてスタッフの理解を促す教育的なアプローチや表現も工夫され、読んで楽しく印象的である。

全体的に言えば、各施設において、インシデントやヒヤリハット報告が定着しつつあり、その報告数や内容から出来事の重大性を認識し、その解決策の一つとして業務の流れや内容そのものに注目し、業務の標準化やマニュアル作成に取組み始めた状況であると言える。

作成されたマニュアルも、従来のような個人の姿勢や責任を問う手順中心の教科書的なマニュアルから、事故防止に不可欠な確認行動を、業務の一部として設定した行動中心型のマニュアルに変化しつつある。

また、マニュアル作成にあたっては、関連する全ての職種が参加して協議し、業務のフローを基軸として情報や物の流れを確認し、最も合理的で無駄のない、実行可能な業務内容を、標準プロセスとして設定する院内活動が定着しつつある。

では、マニュアルの作成が、なぜ事故防止策として有用なのか、マニュアル作成のもつ意味や目的、組織に及ぼす影響について、提供頂いたマニュアルや作成の経緯から考察してみたい。

目的の一つは、組織として定着しつつあるインシデントやヒヤリハットに対する感性や事故防止への気運を空洞化させないためには、インシデントやヒヤリハットに潜在する問題点を明らかにし、形あるものとして創出する活動が必要であるということである。現在、そうした事故報告を収集し、その原因分析に取り組んでいる組織は多い。しかし、その対策が検討されなければ、そうした報告の気運さえ失うことになるであろう。必要なことは、行動の結果である。自分たちの気づきや事故防止への取り組みが、形となって認められ、実際に事故の減少につながれば、本当にうれしいことである。その意味で、事故防止マニュアル作成過程は、ある出来事を契機として、参加したメンバー全員が目的を共有し、当事者として、その状況を分析し、改善点や必要な確認行動を検討しあうプロセスそのものである。そして、マニュアル（行動）が組織の中に定着するためには、その発端となった出来事や経緯を関係する全職員が理解し、当事者と同じ視点で状況を判断し、同じ行動がとられる必要がある。

目的の二つ目は、チーム医療の推進である。前述したように、インシデントやヒヤリハットの多くは多職種間や医療者－患者間での情報伝達や物の授受を介して発生している。そのため、事故防止にあたっては、全ての職員が標準的な業務の流れを理解し、確認した内容に疑問がある場合には、その流れのどこからでも、誰からでも確認できるフィードバックシステムが不可欠である。そうしたシステムを構築するためには、関係する全ての職種が当事者意識をもち、平等な立場で自由に意見交換し協働して作り上げることが必要であるが、マニュアル作成は、メンバー参画の手段として、特に有用な手段といえる。

三番目は、リスク予防のための標準化が、患者サービスを向上させ、医療の質の向上につながるということである。その例が、クリティカルパスの取り組みである。特に治療の中断や再入院は、その原因が患者個々の要因にあると考えられがちであるが、HOTパスやTS-1のパスの取り組みにみられるように、必要な治療や指導内容を標準計画としてパッケージ化することで、全ての患者が高いレベルの指導や援助を効率よく受けることが可能になる。その結果、再入院率を低下させ、患者の意欲や満足につながったと考えられる。

四番目は、患者自身を事故防止の参画者・協力者として積極的に働きかける活動が行われていることである。特に、患者取違えや誤薬事故防止のためには、リストバンドの装着

や名前の確認などで対応する施設は増えている。そうした活動の際、最も重要なことは、患者に、目的や組織としての医療安全対策への取組みを説明し、治療や検査に対する関心を高め、具体的な事故防止策に積極的に参画してもらう具体的アプローチが必要である。また、転倒・転落事故防止においても、不慣れな入院環境、薬物使用、治療に伴う安静、病気の心配や医療者との人間関係が過度の緊張を生み出し転倒・転落の危険性を助長している。転倒・転落事故を100%防止することは難しいかもしれないが、患者の行動や認知傾向に着目し、患者・家族への積極的な説明やパンフレットの提示、筋力低下防止運動の実施は、患者自身の意識や行動を変化させ、事故防止に成果を上げるものと期待される。

以上のように、マニュアルそのものは、業務内容を標準化した最終的な産物に過ぎないが、作成プロセスにおける検討こそが、「安全」や「事故防止」に対する意識を変えるのみならず、業務改善を推進し、患者サービスの向上や医療の質そのものを変化させていく原動力となる。そのことは、マニュアルの表現・工夫一つにも表れており、そうしたこだわりは、全てのスタッフが根拠を理解して行動して欲しいという作成者の意図を伝えるものである。

しかし、現在は、マニュアルの作成段階である場合が多く、評価するだけのデータを収集している施設は現状では多いとは言えない。一方、マニュアルに盛り込んだ確認行動を定着（習慣化）させ、持続させるためには、確かな手応え（効力感）と共に、定着化がもたらす形骸化を防止する手段が必要である。マニュアルの有効性を持続するためには、取組みの意味を理解し、例外的な出来事への感受性を高め、評価・改善を繰り返し、活きたマニュアルとして活用することが必要である。そのためには、他の施設の例に学び、その良さを積極的に取り入れる柔軟性も重要な要素である。

## 結論

今回の、この「マニュアル事例収集」の取組みは、事例を集め紹介した初歩的なものであるが、これらの事例やマニュアル開発のプロセスを一つの基盤として、多くの施設での取組みを期待するものである。

そこには、施設としての状況の違いはあるが、マニュアル作成は、安全管理の見直しのみならず、チーム医療のあり方や医療の質そのものを変える原動力となる。従って、どのようなテーマで、どのような単位（部署・部門・組織全体）で、どのようなメンバーでも取組むことは可能であり、何をテーマとして取り上げるかは当事者自身が決定することである。

今回、この事例集をまとめた立場から特に感じていることは、一つ一つのマニュアルに対し、その組織やメンバーが、動機となった出来事を起点として、何を目標とし、どこに働きかけ、どのような活動を通してマニュアルという形あるものとして完成させたかを理

解して欲しいということである。そこには、事故やインシデントといったマイナス状況から、患者の安全性や満足、積極性といった新たな価値創造の挑戦がある。そうした、マニュアルの背景にある職員の変革意識を、是非汲み取っていただきたいと考える。そうした中から、自部署の課題を見つけたり、問題の突破口を見出す知恵を借りることも可能であろう。

事故防止には完全というものは存在しない。それだけに、今後は、標準化に向けて、多くの施設の取り組みが公開され、活発な交流や意見交換が望まれるところである。さらに、他の専門職がもつ知識の活用や専門的な分析ツールの活用により、より精度の高い、科学的な根拠に基づいたマニュアル作成（スーパーモデル）にむけた活動が必要となろう。

標準化のメリットと今後の課題をまとめると、次の4点に集約される。

1. マニュアル開発は、医療安全に対する感受性と行動力を向上させる。
2. マニュアル開発は、施設全体の協働と教育的機能を向上させる。
3. マニュアル開発のためには、多様な施設が参加し自由に討論出来る場が必要である。
4. 科学的根拠に基づいた精度の高い事故防止マニュアル開発のためには、専門的な分析ツールの活用を含めたマニュアル開発の研究活動が必要である。

今回、多忙にも関わらず、事例を提供し、快く協力して下さった施設の皆様に感謝すると共に、今後の取組みに期待するものである。

## 参考文献

- 1 医療事故防止対策委員会マニュアル作成専門委員会  
医療事故防止対策マニュアル 東北大学医学部附属病院 2001.7 発行 第2版
- 2 東北大学医学部附属病院看護部感染対策委員会 感染対策マニュアル 東北大学医学部附属病院  
看護部 平成11年8月発行 第2版
- 3 セイフティマネジメント委員会 セイフティマニュアル 東北大学医学部附属病院セイフティマ  
ネジメント委員会 平成15年3月
- 4 石井政次：当院でのTHAにおける深部静脈血栓症の予防対策 整形外科看護  
Vol7 No1 28-32 2002
- 5 富重佐智子・有田秀子：下肢手術後の深部静脈血栓症の発症要因と看護 整形外科看護 Vol6  
No12 85-91 2001
- 6 藤田悟：静脈血栓症 日経メディカル 2月号 115-118 2001
- 7 米倉徹：整形外科手術における血栓症の危険因子 整形外科看護 Vol7 No1 2002
- 8 木下佳子：深部静脈血栓症 予防と早期発見へのナースのかかわり エキスパートナース Vol18  
48-53 2002
- 9 富士武史・藤田悟：整形外科における深部静脈血栓症、肺塞栓症 整形外科看護 Vol7 No1  
19-22 2002
- 10 土屋正光：肥満患者の術後管理 整形外科看護 Vol6 No11 32-36 2001
- 11 松尾汎：深部静脈血栓症および肺塞栓症の病態 整形外科看護 Vol7 No1 12-18 2002
- 12 厚生労働省：医療の安全確保のための対策事例 2001
- 13 日本看護協会協会ニュース付録：医療・看護安全管理情報
- 14 濃沼信夫監修・斎田トキ子：クリティカルパスQ&A 日総研出版 1999
- 15 日本看護協会：組織でとりくむ医療事故防止、医療事故発生時の対応
- 16 埼玉県医師会医事相談部：2001年度版「医事紛争を防ぐために」
- 17 安田火災海上保険株式会社：医事紛争防止のために
- 18 小谷津孝明：「認知心理学」放送大学教育振興会 136-153 1996
- 19 全国病院経営管理学会看護業務委員会、平成12年度看護業務委員会報告「適正な看護記録のあ  
り方」
- 20 池上直己、J. C. キャンベル：日本の医療 中公新書 45-83、179-207  
池上直己：医療問題 日経文庫 24-32
- 21 日米医療フォーラム 「米国病院に学ぶ医療事故防止」、講師：ジョンズ・ホプキンス大学病院及  
び関連病院グループ統括リスクマネジメント部長：リチャード・キヅウエル氏講演記録
- 22 ケリー・グリーンソン、楡井浩一訳：なぜか仕事がうまくいく人の習慣 PHP

# 「マニュアル事例集」

## (1)患者の安全管理

- ① 患者誤認防止策
- ② 転倒・転落防止策
- ③ 各種チューブ類の管理
- ④ 人工呼吸器の安全管理
- ⑤ 薬剤誤注入防止策

開発の概要

(1) 患者の安全管理—①患者誤認防止—A 病院  
「患者取り違い防止対策」

項目	内容		要素		適用	具体的内容			
発端 (動機)	①インシデント分析		①報告数の推移						
			②報告内容分析						
			③重大事故の発生		●	H10, 手術患肢左右取り違い			
			④その他						
	②他施設の事故報道		①マスコミ報道						
			②専門誌の記事						
	③システム変更改善								
④行政指導				●	リストバンドの導入				
⑤研究的取り組み									
⑥患者の声・投書									
⑦その他									
作成組織	管理組織		①安全委員会主導						
			②実行部門主導型		●	病棟			
			③リスクマネージャー主導						
作成メンバー	医師	看護師	薬剤師	ME	検査	事務	その他		
		●							
作成方法	①問題の把握		①業務フロー分析		●	リストバンド発行、マーキング			
			②発生因子分析						
			③文献検討・学習						
			④現場聞き取り						
			⑤アンケートなど						
	②標準化		①業務フロー過程		●	① リストバンド発行プロセス 予定入院・緊急入院, 外泊時, 破損時			
			②確認原則行動		●	② 手術患者のマーキング手順			
			③リスクアセスメントツール			③ 手術時のリストバンド装着手順			
			④標準計画			いつ, 誰が, どのように			
			⑤患者説明内容		●	リストバンド説明内容			
		⑥行動評価表							
③マニュアル表示		①文章説明		●	マニュアル				
		②図式化		●	フローチャート				
開発 ツール	①業務マニュアル		①業務マニュアル		●	リストバンド装着 手術部位マーキング			
			②アセスメントツール						
			③標準計画						
	②患者説明		④患者説明パンフ						
	③職員教育		⑤教育資料						
評価	①評価方法		①インシデント報告		●	患者誤認の発生事例はない			
			②行動巡視		●	100%の装着率			
			③アンケート(自己評価)						
			④その他		●	リストバンド運搬ルート確立			
課題									



マニュアル説明 (1) 患者の安全管理—①患者誤認防止—A 病院

1. マニュアル名称	「患者取り違い防止対策」	要素
2. マニュアルの達成目標	① 確実な「リストバンドの使用」 ② 確実な「手術前の患肢へのマーキング」 ◆病棟における「リストバンドの使用」・「手術前の患肢へのマーキング」の実施手順を説明した写真を用いる ◆時系列に具体的に表記する 以上により、スタッフ間の認識の差が無くなり、確実に運用できる。	① リストバンド装着 ② 手術肢マーキング ③ 写真の使用 ④ 時系列の表記
3. 作成経緯	行政指導：上司の指示の元。 経過 ①当病棟では平成 10 年、手術患肢の左右取違い事故を経験した。その経験を踏まえ、同様の事故を起さないように、対策の一つとして手術・検査前に患肢へのマーキングを導入した。 ②本院では、平成 13 年 4 月より医療事故防止対策のひとつとして「患者識別リストバンド」を導入した。 方向性 ①二つのシステム導入を機に、スタッフ間の認識の差を無くし、システムがより確実に運用できるマニュアルを作成する	① 行政指導 ② 左右取り違い ③ 患肢マーキング ④ 事故再発防止 ⑤ スタッフ間の認識差を無くす
4. 作成組織	構成メンバー 西6階病棟 看護師2名	
5. 開発の実際	① 病棟における「リストバンドの使用」・「手術前の患肢へのマーキング」を実施している写真を用いる。 ② 時系列に具体的に表記して、マニュアルとして作成した。	① 写真提示 ② 時系列に整理
6. 開発したツール	「患者取り違い防止対策」として施行されている ① 「リストバンドの使用」の運用マニュアル ② 「手術前の患肢へのマーキング」の運用マニュアル	
7. 運用段階	①リストバンド運用マニュアル ◆ リストバンドは行政指導のもとに採用・実施。 ◆ 採用にあたっては、リストバンドの概念・必要性を広報活動した上で、実施・導入に至った。 ②手術前の患肢へのマーキング運用マニュアル ◆ 患者様個々に誤認防止の目的でマーキングをしていることを説明した上でマーキングを実施している。 ③ マニュアルの内容が、現状と違ってきていないか等、定期的に評価・修正していく必要がある。	① 必要性の広報活動 ② 患者への説明 ③ マニュアルの評価・修正
8. 評価	①直接効果 ◆ マニュアル作成後、手術患肢の左右取り違い事故はない。 ◆ 患肢へのマーキングを拒否される患者様も居らず 100%マーキング施行できている。 ◆ リストバンドは、導入当初、装着率が 90%前後であった ◆ 現在では、ほぼ 100%の状態にあり、患者様側の認識度も確実にアップしている。 ②波及効果 ◆ これまで、病棟では、スタッフ間の“リストバンドの請求・搬送経路の認識”にバラつきがあったため、搬送業務が看護助手の負担になりがちであった。 ◆ マニュアルに“リストバンドの請求・搬送経路”を明記したことで、殆どをメッセージャー搬送に切り替えることが出来た。	①事故発生件数 ②患者の反応 ③業務改善効果

## 患者取り違い防止対策

大学医学部附属病院 西6階病棟

平成 15 年 1 月

### I リストバンド装着について

- リストバンドとは・・・本院では、平成13年4月より医療事故防止対策のひとつとして「患者識別リストバンド」を導入した。  
リストバンドは、手術・検査・与薬・輸血などの際に、患者様を誤らないよう確認する手段のひとつとして使用するものである。

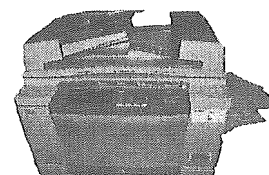
- 病棟での発行依頼の実際

リストバンドは入院時1枚しか発行されない。

手術・外泊・破損してしまった等で必要になった際、再発行を入院掛に依頼する。

#### 方法《通常》

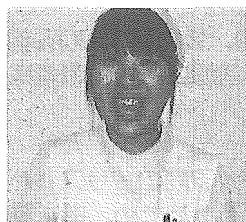
- 1-① リストバンド発行依頼書にIDカードをプリントして、余白にリストバンドの必要本数を明記。
- 1-② ①を医事課 内線7116 にFAX送付。



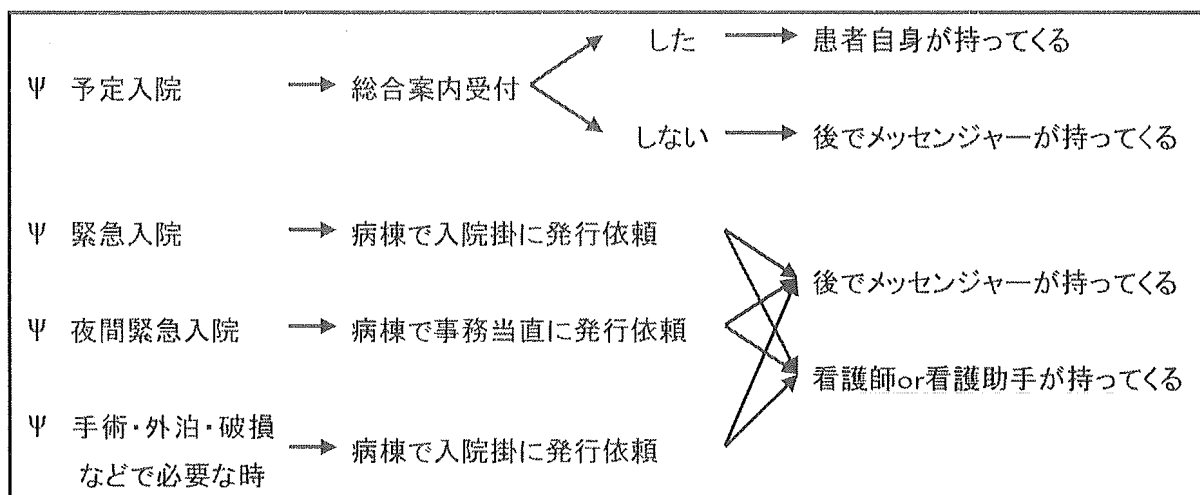
- 1-③ リストバンドは後でメッセンジャーが取ってくる。

#### 《急ぎの場合》

- 2-① 医事課 内線7116 直接電話で発行依頼。
- 2-② リストバンドは看護師or病棟助手が取ってくる。



【 リストバンド発行・搬送の実際 】



\* → FAXで発行依頼した場合の流れ

・リストバンド装着の実際

- \* 患者様にリストバンド装着の意義・必要性・装着しない場合の危険性などについて説明し、装着の意思確認を行った上で装着する。
- \* 説明をうけた上でリストバンドの装着を患者様が拒否した場合は、その旨をカルテ・看護記録に明記する。



・外出・外泊 ・一時退院の時

- \* 患者様が外泊や一時退院に出られる際はリストバンドを外す(バンドは鋏でカットして破棄)。
- \* 新たにリストバンドの発行を入院掛に依頼し、外泊からの帰ってきた際に装着する(装着の手順は入院時と同様)。

## II Ope時のマーキングについて

- ・ マーキングの必要性について…当病棟では、平成〇年〇月より医療事故防止対策のひとつとして手術・検査前に患部へのマーキングを導入した。マーキングは、手術の際に、患側を誤らないよう確認する手段のひとつである。

### ・ マーキングの実際

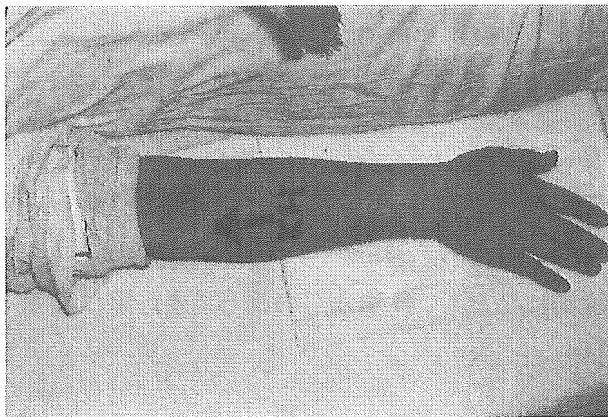
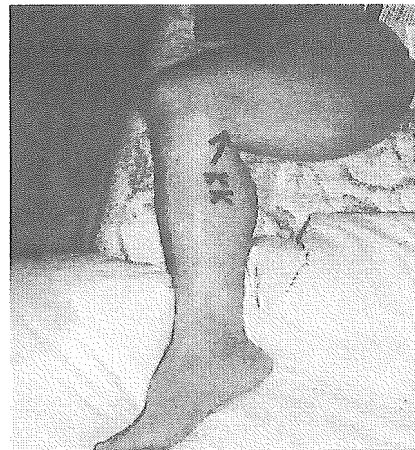
マーキングの必要な疾患  
いつマーキングするか  
誰がマーキングするか

四肢に発症した疾患  
Ope前日 回診時

マーキングは私  
たちが自主的に  
行っているもの  
です



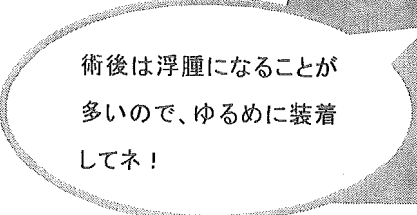
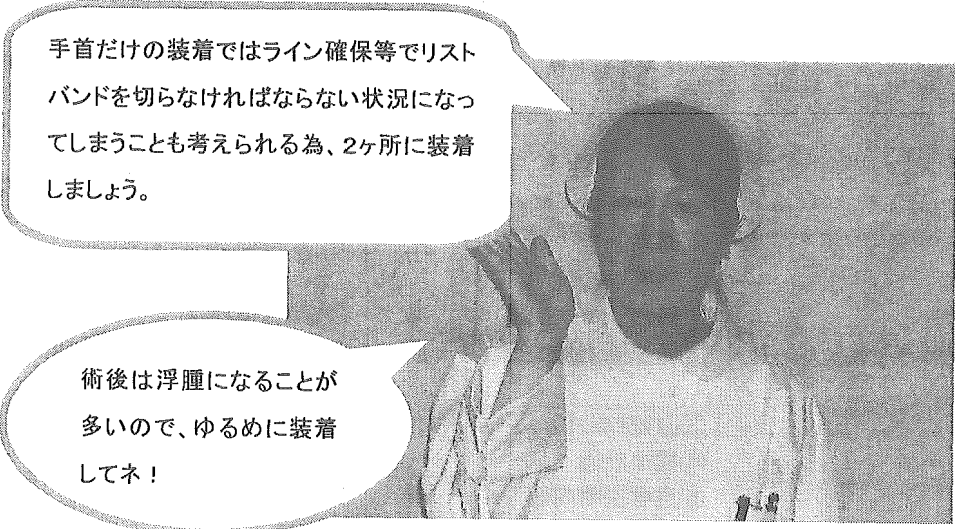
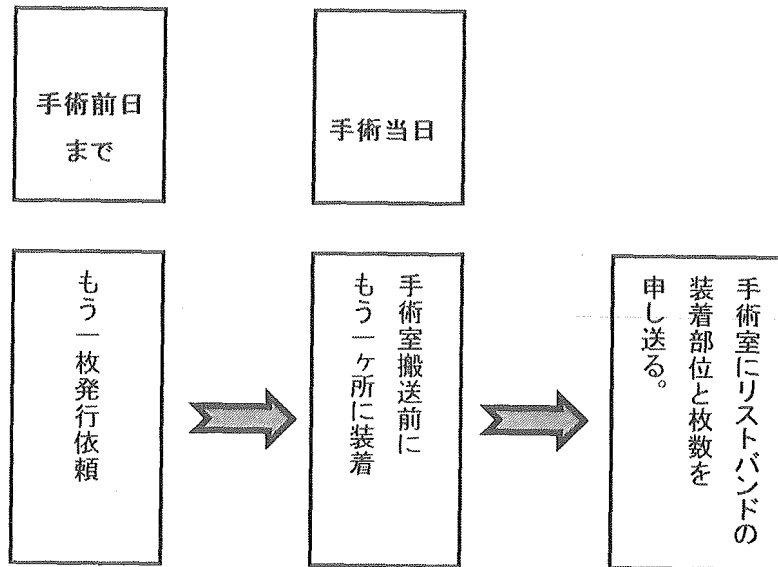
私のイニシャルは  
K・K



前日回診した医師 or 主治医

マニュアル：(1) 患者安全管理—①患者誤認防止—A病院

・手術の時



開発の概要

(1) 患者の安全管理—①患者誤認防止—B病院

「患者誤認に関する事項：検査時の患者確認基準」

項目	内容		要素		適用	具体的内容		
発端 (動機)	①インシデント分析		①報告数の推移		●	① 検査室で患者を取り違え心電図をとった		
			②報告内容分析					
			③重大事故の発生					
			④その他					
	②他施設の事故報道		①マスコミ報道					
			②専門誌の記事					
	③システム変更改善							
④行政指導								
⑤研究的取り組み								
⑥患者の声・投書								
⑦その他								
作成組織	管理組織		①安全委員会主導		●	MRM委員会		
			②実行部門主導型					
③リスクマネージャー主導								
作成メンバー	医師	看護師	薬剤師	ME	検査	事務	その他	
	●	●			●			
作成方法	①問題の把握		①業務フロー分析		●	検査患者の確認方法 ① フルネームで呼んでいる ② 患者が聞き違えたが、年齢まで考慮して確認しなかった ③ リストバンドは輸血患者のみでこの患者は使用していなかった		
			②発生因子分析					
			③文献検討・学習					
			④現場聞き取り					
			⑤アンケートなど					
	②標準化		①業務フロー過程		●	検査患者の流れを確認 患者に名札を使用、あるいは持参させて確認する  名札使用の説明内容		
			②確認原則行動		●			
			③リスクアセスメントツール					
			④標準計画					
			⑤患者説明内容		●			
		⑥行動評価表						
③マニュアル表示		①文章説明		●	マニュアル			
		②図式化						
開発 ツール	①業務マニュアル		①業務マニュアル		●	患者誤認に関する事項		
			②アセスメントツール					
			③標準計画					
	②患者説明 ③職員教育		④患者説明パンフ					
			⑤教育資料					
評価	①評価方法		①インシデント報告		●	患者誤認の発生事例はない		
			②行動巡視					
			③アンケート（自己評価）					
			④その他					
課題								

マニュアル説明 (1) 患者安全管理—①患者誤認防止—B病院

1 マニュアル名	「事故対策マニュアル」 (患者誤認に関する事項：検査時の患者確認基準)	要素
2 達成目標	安全な医療の提供の基本である患者間違いを起こさず、患者が安心して医療を受けられる	①患者間違い ②患者の安心
3 作成経緯	事例 ①生理学検査室で心電図検査を違う患者に行ってしまった。 ◆検査技師はフルネームで患者を呼び入れているが、年齢は頭に入っていた。 ◆患者は「田中〇〇さん」を自分の名前である「田中△△さん」だと聞き間違えて返事をしてしまった。 ◆当院では、患者確認コンピューターシステムは導入していない ◆リストバンドも入院患者全員には使用していない	①検査科での患者確認 ②フルネームでの呼出し ③患者の聞き違い ④確実な患者確認方法 ⑤リストバンド
4 作成組織	① MRM委員会 コメディカル部門 ② MRMコメディカルメンバー ③ 院長承認のもとに院内決定事項として実施	
5 作成方法	検討内容 ① コンピューターシステムでは患者確認までは導入できないとのことでリストバンドの全員装着を検討した ◆コスト面 ◆患者が拒否する可能性があるのではないかと 以上から、リストバンドの全員装着は意見統一出来なかった。  ② 当面は可能な対策を検討する。 ◆患者が病棟から検査を受けるまでの流れをフローシートにする ◆どこで誤認が防げるかを検討する。 ◆検討結果を実際に一カ所の病棟で実施し、必要となる物品、問題点を洗い出し再検討する  ③問題点と方向性 ◆患者によって、名札着用は嫌がる場合もある。 ◆名札は、着用しなくても持参するようにし、名札の保管ケース等を準備した	①リストバンドの装着検討 ②コスト ③患者の反応 ④実施可能な対策  ⑤患者のフロー分析 ⑥モデル病棟による試行 ⑦患者の名札準備 ⑧ケースによる対策
5 開発したツール	事故対策マニュアル	
6 運用	会議で全職員に周知し一斉に実施	①全職員周知
7 評価	その後（平成14年10月以降）、患者間違いは発生していない	

開発の概要

(1) 患者の安全管理—①患者誤認防止—B病院  
「リストバンド使用基準・手順」

項目	内容		要素		適用	具体的内容		
発端 (動機)	①インシデント分析		①報告数の推移 ②報告内容分析 ③重大事故の発生 ④その他		●	緊急輸血に対応した医師から、リストバンドが装着されておらず、患者の意識状態も悪く本人確認に責任がもてないと異議が出された		
	②他施設の事故報道		①マスコミ報道 ②専門誌の記事					
	③システム変更改善							
	④行政指導							
	⑤研究的取り組み							
	⑥患者の声・投書							
	⑦その他							
作成組織	管理組織		①安全委員会主導 ②実行部門主導型 ③リスクネーザー主導		●	MRM委員会		
	作成メンバー	医師	看護師	薬剤師	ME	検査	事務	その他
作成方法	①問題の把握		①業務フロー分析 ②発生因子分析 ③文献検討・学習 ④現場聞き取り ⑤アンケートなど		●	リストバンドの着用		
	②標準化		①業務フロー過程 ②確認原則行動 ③リスクアセスメントツール ④標準計画 ⑤患者説明内容 ⑥行動評価表		●	リストバンドの装着手順 ① 血液型の確認（2名以上）記載 ② 装着部位 ③ 装着時の患者確認方法 ④ 切断した場合の処置		
	③マニュアル表示		①文章説明 ②図式化		●	リストバンド説明内容 マニュアル		
	①業務マニュアル		①業務マニュアル ②アセスメントツール ③標準計画		●	リストバンド装着手順		
	②患者説明		④患者説明パンフ					
	③職員教育		⑤教育資料					
	①評価方法		①インシデント報告 ②行動巡視 ③アンケート（自己評価） ④その他		●	患者誤認の発生事例はない		
					●	H15、4月から全員装着予定		



マニュアル説明 (1) 患者安全管理—①患者誤認防止—B病院

1 マニュアル名	「事故対策マニュアル」 (患者誤認に関する事項：リストバンド使用基準・手順)	要素
2 達成目標	①安全な医療の提供の基本である患者間違いを起こさない ②患者が安心して医療を受けられる	①患者間違い ②患者の安心
3 作成経緯	①管理の現状 ◆輸血時は、リストバンドを医師が確認するルールになっていた。  ②事例 ◆脳外科の患者が、夜間、輸血が必要になった。 ◆輸血予定でなかったため、この患者はリストバンドを着用していなかった。 ◆患者は意識レベルも悪く、患者本人に確認できなかった ◆当直医師から、ベッドネームでの本人確認だけでは責任が持てないとクレームが出された	①輸血患者にリストバンド装着 ②緊急輸血発生の患者確認 ③意識レベルの悪い患者の本人確認 ④ベッドネームでの確認限界 ⑤当直医師からの問題指摘
4 作成組織	① MRM委員会 医師部門 ② MRM委員会医師メンバー、看護部長 ③ 院長承認のもと院内決定事項として実施	
5 作成方法	① リストバンド着用者の対象の検討 ② 現状調査から、リストバンド着用方法も部署毎に違いがあることがわかった ③ 着用手順も含めたマニュアルを作成した	①リストバンドの装着対象患者 ②装着方法 ③着用手順マニュアル
6 開発したツール	事故対策マニュアル：患者誤認に関する事項	
7 運用段階	① 会議で周知徹底	
8 評価	① クレームや患者間違いは発生していない ② 全員の患者に着用すべきという方向で検討中 ③ H15年4月から全員に装着予定	

## 患者誤認に関する事項

- (1) 検査を受ける時、入院患者に名札をつけて頂く
  - ・ 患者が拒否する場合は強要せず、持参してもらうようにする
  - ・ 患者間違いを起こさないための、名札の必要性を説明する
  - ・ 検査実施時は、必ずフルネームで、患者を呼び入れる時と実施前に確認する
  
- (2) リストバンド使用対象者について
  - ・ 手術患者、血管カテーテル検査を受ける患者、輸血を実施する患者には必ず使用する
  - ・ その他、意志疎通の問題等で医師及び看護師が必要と考える場合にも使用してよい
  - ・ 平成15年4月1日からは、入院患者全員にリストバンドを使用する。  
ただし、患者本人が説明後も納得できない場合は、強要はしない。  
また、SASの患者には使用しなくてもよい。
  
- 3) リストバンドを着用する時の手順
  - ① 検査伝票で血液型を医療従事者2人以上で確認し、該当する血液型のリストバンドを準備し、2人で確認しながら、カタカナで氏名、生年月日、年齢、Rh（+・-）を記載
  - ② 装着部位は、治療の妨げとなる部位もあるので、医師に確認し装着部位は決める
  - ③ 患者本人と記載したリストバンドを声を出し読み合わせ、確認し装着する
  - ④ 患者本人と確認できない場合は、患者家族と実施するが、無理な場合は、医療従事者2名以上で、患者サイドで確認し装着する
  - ⑤ 手術や何らかの理由で切断した場合は、医師と相談し再装着の必要性の有無を確認し、再度、上記手順で実施する

開発の概要

(1) 患者の安全管理—①患者誤認防止—C 病院  
「患者誤認防止のバーコードシステム」

項目	内容		要素		適用	具体的内容		
発端 (動機)	①インシデント分析		①報告数の推移		●			
			②報告内容分析		●			看護師の注射時などの患者誤認
			③重大事故の発生					
			④その他					
	②他施設の事故報道		①マスコミ報道					
			②専門誌の記事					
	③システム変更改善							
④行政指導								
⑤研究的取り組み								
⑥患者の声・投書								
⑦その他					●		他業種からの共同開発提案	
作成組織	管理組織		①安全委員会主導		○			コンピューター委員会
			②実行部門主導型		●			患者誤認防止委員会
			③リスクマネージャー主導					
作成メンバー	医師	看護師	薬剤師	ME	検査	事務	その他 業者	
作成方法	①問題の把握		①業務フロー分析					
			②発生因子分析		●			
			③文献検討・学習					
			④現場聞き取り					
			⑤アンケートなど					
	②標準化		①業務フロー過程		●			運用方法 ① ラベル発行 ② 患者装着, ベッドネーム ③ 看護師装着 ④ 照合方法
			②確認原則行動		●			注射時の照合方法
			③リスクアセスメントツール					
			④標準計画					
			⑤患者説明内容		●			リストバンド説明内容
		⑥行動評価表						
③マニュアル表示		①文章説明		●			マニュアル	
		②図式化		●			装着, 照合方法	
開発 ツール	①業務マニュアル		①業務マニュアル		●			リストバンド装着
			②アセスメントツール					
			③標準計画					
②患者説明 ③職員教育		④患者説明パンフ		●			リストバンド装着についてのお願い	
		⑤教育資料		●			装着, 照合方法	
評価	①評価方法		①インシデント報告		●			患者誤認の発生事例はない
			②行動巡視					
			③アンケート(自己評価)		●			看護業務負担, 安心への認識
			④その他		●			患者さまへのアンケート調査
課題								

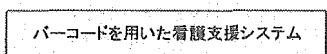
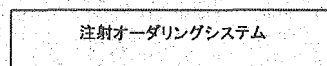
## 「患者誤認防止のバーコードシステム」

1. マニュアル名：「患者誤認防止のバーコードシステム」
2. 達成目標：注射実施の際、患者誤認ミスが防止できる。
3. 作成経緯

- ① 注射箋の読み違いによる事故の防止のために、注射オーダーリングシステムを使用していた。
- ② 医師の指示についての読み間違いなど、情報の伝達の際の誤りが解消されたものの、看護師が行う際の患者誤認があり、注射に関する事故防止の課題となっていた。
- ③ 今回、食品会社のドレッシング製造過程のバーコードシステムを、医療現場で使用できないかと提案があり、共同で患者誤認ミス防止のシステムを開発することとなった。

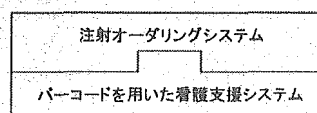
### ● 背景

従来の手書き注射箋の読み違い防止  
1996年より独自開発の注射オーダーリングシステム稼働

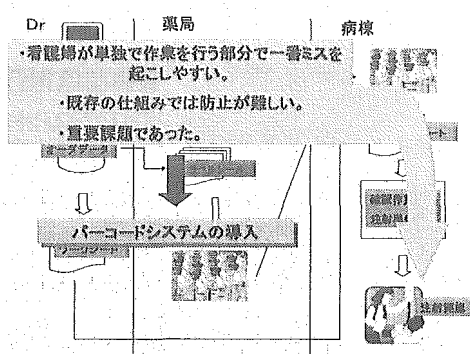
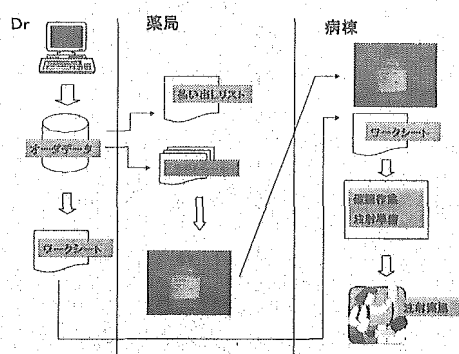


### ● 背景

従来の手書き注射箋の読み違い防止  
1996年より独自開発の注射オーダーリングシステム稼働



2000年7月よりメーカーと共同開発で既存システムと  
ジョイントしたバーコードを用いた看護支援を開発



### 4. 参加メンバー

- ①開発の組織・・・「患者誤認防止委員会」
- ②構成メンバー・・・キユーピー株式会社・徳島総合病院看護部・同情報処理課
- ③活動組織の院内の位置付け・・・コンピュータ委員会下部組織

### 5. 開発の実際

- ① 注射オーダーリングシステムで注射ボトルに患者名と部屋番号の印字されたラベルに、患者 ID によるバーコードを印字させて、システムを連動させる。