

【3】事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例

医療現場で働く職員は、医師や歯科医師、薬剤師、看護師などの医療スタッフや、介護や福祉、給食、施設管理などに関わる多くのスタッフがチームを構成して、患者に医療を提供している。

このようなチーム医療において、医療行為を行う医師や、診療の補助や看護を行う看護師は、医療事故の当事者となることが多い。本報告書分析対象期間（平成 26 年 1 月～3 月）に報告された医療事故事例の選択項目の「当事者職種」（前掲 51 頁 図表Ⅱ-2-11）の結果においても、医師は 417 件（47.1%）、看護師は 412 件（46.5%）となっている。そのため、本事業の報告書に掲載しているテーマ分析では、医師や看護師などが関わる場面の内容が多く取り上げられている。

一方で、医療事故の当事者となることの少ない職種についても、全国から収集した当該職種に関する事例を共有することは、日常業務に潜むリスクを理解し、医療事故の発生予防、再発防止に有用であると考え、テーマとして取り上げて事例の概要を整理し掲載している。例えばこれまでに「リハビリテーションに関連した医療事故」（平成 20 年年報 222-224 頁）、「放射線検査に関連した医療事故」（平成 21 年年報 290-301 頁、平成 22 年年報 219-225 頁）などを取り上げた。

今回、本報告書分析対象期間（平成 26 年 1 月 1 日～3 月 31 日）において、事務職員が、診察券を忘れた患者の対応を行う中で、患者の取り違えが生じた事例が報告された。このように医療職の業務以外の業務で生じたエラーによっても、誤った医療が提供され医療事故に繋がる可能性がある。事務職員は、受付や会計、カルテ管理、レセプト業務、クラークなど幅広い業務を行っている。そこで、本報告書では、事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例に着目し、分析を行った。

なお、本報告書では、「当事者職種」のコード情報を「その他」を選択した事例のうち、「事務」あるいは「医事」のキーワードで選択し、その中から、患者の転倒、施設管理、警備、清掃、盗難に関するものを除いた事例について分析を行った。

（1）発生状況

事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例は、本事業を開始した平成 16 年 10 月から本報告書分析対象期間（平成 26 年 1 月 1 日～3 月 31 日）において、21 件の報告があった。そのうち、本報告書分析対象期間への報告は 1 件であった（図表Ⅲ-2-18）。

Ⅲ

1
2-〔1〕
2-〔2〕
2-〔3〕
3-〔1〕
3-〔2〕
3-〔3〕

図表Ⅲ - 2 - 18 発生状況

発生年	平成 16年	平成 17年	平成 18年	平成 19年	平成 20年	平成 21年	平成 22年	平成 23年	平成 24年	平成 25年	平成 26年	合計
報告件数	0	0	0	0	0	1	4	1	6	8	1	21

※平成16年は、10月より事業開始

(2) 事例の分類

報告された21件を事例の内容から、①患者の受付、②情報管理、③患者データの取り込み、④患者の会計、⑤その他に大別し、①はさらに、患者取り違え、診察準備間違い、患者対応の不備、患者氏名の間違い、その他、に分類した。②はさらに、個人情報取り扱い間違い、書類管理の不備、マスタ入力の間違い、ファックスの誤送信、に分類した。③は患者の取り違え、左右取り違え、データの取り込み漏れに分類した(図表Ⅲ - 2 - 19)。

その結果、患者の受付に関する事例が9件と多く、そのうち患者の取り違えが4件であった。また、情報管理が6件、患者データの取り込みが4件であった。患者の会計1件は、支払いの際の患者の取り違えの事例であり、その他1件は、患者との電話対応に関する事例であった。

図表Ⅲ - 2 - 19 事例の分類

	件数
患者の受付	9
患者取り違え	4
診察準備の間違い	2
患者対応の不備	1
患者氏名の間違い	1
その他(患者によるなりすまし)	1
情報管理	6
個人情報の取り扱い間違い	2
書類管理の不備	2
マスタ入力の間違い	1
ファックスの誤送信	1
患者データの取り込み	4
患者取り違え	2
左右取り違え	1
データの取り込み漏れ	1
患者の会計	1
その他	1
合 計	21

(3) 事例概要

事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する主な事例の概要について、事例の分類ごとに主な報告事例を図表Ⅲ - 2 - 20 に示す。

図表Ⅲ - 2 - 20 事務職員の業務における医療安全に関連する主な事例の概要

No.	事故の程度	事故の内容	背景・要因	改善策
①患者の受付				
1	障害なし	整形外科の外来窓口で受付をする際、患者Aは診察券を持っていなかったため、事務職員は氏名を口頭で聞き取りコンピュータで患者検索を行った。名前のみで検索を行ったが、この時、画面に表示された同姓同名の候補の中から誤って生年月日の異なる患者Bで受け付け、患者BのIDで受付しエックス線撮影や診療が行われた。診療情報も誤った患者Bの電子カルテに登録され、保険請求も行った。同年、患者Bの保険者より生年月日が違うという理由で診療報酬明細書が戻され、診療の際に間違えて患者を受付けたことがわかった。	患者が診察券を忘れた場合、受付カウンターの事務職員が「患者検索」画面を開き、患者に口頭で「氏名」、「性別」、「生年月日」を聞く。これで複数の患者が検索された場合、住所を聞くことになっていたが、本事例の患者検索方法は違った。コンピュータで患者検索を行う際、患者氏名(フリガナ)と生年月日を入力して行うが、本事例では患者氏名(フリガナ)のみ入力し、画面に表示された複数の同姓同名の候補者の中から、見た目で患者の年齢で判断し、患者Bを選択した。同姓同名の患者Bの受診歴はあったが、現在当院に通院されていないため、診療情報を参照できなかった。保険者には患者Bの保険証番号で届き、その診療内容は同姓同名の患者Aの情報であった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者検索を行う際には、患者氏名だけではなく、必ず生年月日も入力した上で検索することを各外来受付に周知徹底した。(リスクマネジメントニュースで全職員にも注意喚起を行った) 患者氏名と生年月日で判別できない場合は、住所または保険情報を確認する。
2	障害なし	患者Aが救急で受診した際、事務職員は同一生年月日、同姓同名で性別違いの患者BのID番号で登録した。医師が登録された患者Bのカルテで診察し、エックス線撮影の指示を出した。エックス線撮影の際、診療放射線技師が性別が違うため患者誤認に気がついた。	氏名と生年月日が一致しているだけで、他の項目を確認せずに番号登録した。アルバイト職員の教育が不十分であった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者登録の手順を見直し、アルバイト職員が理解し行動できるように改善した。 手順にそってアルバイト職員の教育を行った。 定期的にモニタリングし正しく行動していることを確認した。

Ⅲ

1

2-[1]

2-[2]

2-[3]

3-[1]

3-[2]

3-[3]

事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例

No.	事故の程度	事故の内容	背景・要因	改善策
3	障害なし	<p>当院では、予防接種を希望する患者に対し、問診票、カルテ、母子手帳を、予防接種の種類毎に色別ファイルに入れて受け付け、薬剤準備、接種実施へ回す業務手順になっていた。受付で事務職員が、アクトヒブ用の緑ファイルに入れるべきところプレベナー用のオレンジファイルに誤って入れてしまった。患者はアクトヒブ（破傷風トキソイド）接種を希望して来院したが、薬剤を取り違えてプレベナー（小児用肺炎球菌ワクチン）を実施してしまった。接種後に空バイアルを見て誤りに気づいた。</p>	<p>薬剤を準備する看護師は、ファイルの色を見てプレベナーを準備し、医師に渡した。医師は、接種対象小児が怖がって泣くため、薬剤を自らの後ろに隠し、小児に見えないようにして素早く接種した。その際、手に持った薬剤の確認はしなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 色ファイルの使用は中止とした。 予防接種専用診療外来には、数十人の接種希望小児が受診し、予防接種の種類も様々であるため、誤認防止策の強化を行った。具体的には、『予防接種シール』を作成し、保護者に「接種対象小児名」「希望予防接種」「小児の年齢」を受付で記入してもらい、小児の大腿あたりに貼付する。 最終的に接種する場面で、保護者に小児の名前と年齢、希望の予防接種を言っていたいただき、保護者と医師で『予防接種シール』の内容の確認をし、接種することとした。 「お願い」として、以上の事を待合室に掲示した。
②情報管理				
4	障害なし	<p>患者は近親者・知人に入院を知られたくないために、個人情報保護の申請をしていた。見舞客が入退院窓口で患者の病室を問い合わせた。対応した事務職員が電子カルテ内で、個人情報保護患者リストを見間違え、病棟と病室を教えてしまい、直接病棟へ見舞客が行ってしまった。</p>	<p>電子カルテシステムの画面に、エクセルで個人情報保護患者リストを重ねて開き、スクロールして確認するという複雑な作業をしていることが要因である。また、連休前、面会時間終了間際の時間帯で窓口には見舞客以外にも患者や家族が入退院手続きで並んでおり、業務が繁忙であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテシステムを見直し、個人情報保護の患者がすぐわかるように表示を変更した。 個人情報の取り扱いについて、職員へ教育する。
5	障害残存の可能性なし	<p>患者に外注検査（DLST）を目的に採血を実施したが、年内の受付が終了していたため検査ができず、検査が中止となった。</p>	<p>中央臨床検査部の依頼に基づき、事務職員が外注検査の年内受付終了日のマスタ登録を行う際、当該検査に対する設定が漏れたまま登録を行ってしまったため、医師のオーダーができてしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> マスタ登録の際の確認を十分に行う。

No.	事故の程度	事故の内容	背景・要因	改善策
③患者データの取り込み				
6	障害なし	患者は、前医で胸部エックス線写真を 2 枚撮影され、フィルム 2 枚の裏側には、患者の日時・氏名がマジックで記載されていた。当院を受診し、エックス線フィルム 2 枚が電子カルテに裏表逆に (記載された日時・氏名が読める側を表にして)、放射線科事務職員によって取り込まれた。当院外来で初診診察した医師は、そのエックス線フィルムを見て左胸水貯留を右胸水貯留と取り違えてカルテに記載した。患者は胸水貯留のため同日、緊急入院となった。医師が患者に対して胸腔ドレーンの留置を開始した際、右胸水貯留であると判断し、右側胸部にエコーを当て肝臓を確認し、その一肋間上を穿刺部位としたが排液を認めなかった。医師はエコーで確認したところ明らかな胸水を確認できず、その後胸部 C T を撮影し、左胸水貯留を確認した。健側である右側の穿刺部に少量の肺出血と右気胸を認めた。	他院で撮影されたエックス線フィルムの、裏側に撮影日時・患者氏名が記載されており、左右を識別できる表示はなかった。当院での電子カルテへの取り込みの際には、上記の背景があり左大量胸水貯留による縦隔の圧排で心陰影からのエックス線フィルムの左右の判断が難しかったため、エックス線フィルムの表裏が逆のまま取り込まれた。穿刺前に聴診またエコーを用いていたが、右が健側であることに気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 他院で撮影されたエックス線フィルムを取り込む際には、左右確認を十分に行い慎重に取り込む。 エックス線フィルムは放射線科診断医に確認を行い取り込む。 処置前には、当院での画像撮影を行う。 エコー検査 (画像の保存) を含め十分に行い、身体所見を十分にとる。
7	不明	近医より卵巣腫瘍 (悪性疑い) で当科を受診した際、患者が持参した MR I フィルムの読影を当院放射線科へ、また C T その他検査を他院へ依頼した。その後、他院から送付された検査結果をカルテに取り込み依頼する際、クラークが誤って同姓同名の別患者のラベルを発行していた。患者が再診時に検査報告書の確認ができないまま、C T 画像を基に「変性子宮頸部筋腫」(MR I 画像読影で示唆) と判断し、症状が改善傾向であったことも考慮して外来での経過観察の方針とした。その後、2 度に渡り消炎鎮痛剤処方希望で来院、○月の定期検診で著変ないことを確認したため 3 カ月後を次回検診予定とした。その翌月頃から腹痛が増強、増悪したため 1 週間後に当科外来を受診、緊急入院となった。その後外来で依頼した C T 検査結果報告書が取り込まれていないことに気づき、探したところ他患者への取り込みが判明した。	取り込みオーダーを出す際、カナのみで患者検索を行った。同姓同名患者の検索画面で、スクロールバーで画面表示の切り替えを行わなかった。患者氏名及び診療科のみで判断し、思い込みから十分な確認を怠った。検査報告書の確認を行わないまま診断した。グループ診療での責任体制の不備があった。	<ul style="list-style-type: none"> カタカナではなく漢字入力による患者検索を行う。 生年月日や I D 等を加えた 2 項目以上での確認。 生年月日が記載されていないければ、診療記録による確認を行う。 初診担当医が、治療方針決定まで責任を持って診療する。 取り込み情報を外来医長が確認する。 診療録の取り込みをダブルチェックする。
④患者の会計				
8	障害なし	午前 11 時 40 分頃、入院中の患者 A の家族が○月分入院費の支払いのため、窓口に来られた。患者 A の収納画面を開くと○月分の入院中外来 (歯科) 料金が保留になっていたため、会計計算の担当者に確認しようと思い、しばらく椅子にかけて待ってもらっていた。確認が済み、窓口から「A さん」と呼んだ。来られた方に、患者 A の料金を伝え、現金を入金し、領収書も渡した。まだ椅子にかけて待っていた患者 A が窓口に来られ、先ほど入金処理したのが患者 A ではないことがわかった。直前に窓口に来られていた患者 B へ連絡を取り、領収書の名前を確認してもらったところ、患者 A と記載されていたため、患者間違いであったことが明らかとなった。	常時、窓口で患者の名乗り確認をしていたが、今回はこちらから呼び、来られた方を本人と思い込み、処理してしまった。名乗り確認ができていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の名乗り確認を徹底する。



- 1
- 2-(1)
- 2-(2)
- 2-(3)
- 3-(1)
- 3-(2)
- 3-(3)

事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例

(4) 事例の内容の分析

次に、報告事例が多かった患者の受付の事例 9 件、情報管理の事例 6 件、患者データの取り込みの事例 4 件のそれぞれについて事例の内容を分析した。

①患者の受付の事例について

i 事例の内容

患者の受付の事例の内容について図表Ⅲ - 2 - 2 1 に示す。患者取り違えは、患者が夜間や救急など時間外で受診した際に、本来 I D カードを使用して機械により自動的に行うところ、事務職員を介して行った受付を行い取り違えた事例の他に、時間内の診察ではあるが、患者が診察券を忘れたことにより、患者の氏名から患者の診察券の I D 番号を調べた際に、誤って他の患者を選択した事例であった。4 件すべてが患者と取り違えた患者とは同姓同名であり、中には生年月日と同じであった事例もあった。このように患者を同定する際 I D 番号がわからない場合は、氏名や生年月日だけではなく、住所など 3 点以上の確認方法を検討することの必要性が示唆された。

また患者の受付は正しくなされたが準備するファイルを間違えた、実施予定日ではない検査用紙を渡したなど、本来であれば患者の診察がスムーズに行われるための事務業務の介入が、患者に不適切な治療を行う契機となった事例もあった。

図表Ⅲ - 2 - 2 1 事例の内容 (患者の受付)

	件数
患者取り違え	4
・患者が診察券を忘れた際、患者の検索・選択をする際、同姓同名の他の患者と取り違えた	
診察準備の間違い	2
・受付の際、予防接種ごとに色分けされたファイルを準備するところ、誤った色のファイルを準備した	
・カルテに挟まれていた 3 ヶ月後に予定されていたエックス線検査用紙を患者に渡した	
患者対応の不備	1
・時間外患者の診察に対応できなかったため、他の医療機関に連絡をする間、医療職による患者の観察がなされなかった	
患者氏名の間違い	1
・救急隊員からの聞き取りの際に、漢字の読み方を誤った	
その他 (患者によるなりすまし)	1
合 計	9

ii 事例の主な背景・要因

患者の受付の事例の中の「患者取り違い」、および「診察準備の間違い」の主な背景・要因を図表Ⅲ - 2 - 2 に示す。患者の取り違いでは、複数の同姓同名の候補者の中から、見た目で見ただけで患者の年齢を判断した、氏名と生年月日が一致したことで他の項目を確認しなかった、と患者検索の手順を進めるうち、患者を「同定する作業中の状況」を「同定作業が終了した」と思い込んだと推測された。確認手順が確実に実施できるよう、院内で確認方法を決め、周知するとともに、職員が手順を遵守するように医療機関内で継続的に教育することの重要性が示唆された。

また、診察準備の間違いの事例についても、患者に検査票を渡す際に行うダブルチェックのルールが遵守できていれば防止できた可能性があることから、同様に教育の重要性が示唆された。

図表Ⅲ - 2 - 2 事例の主な背景・要因 (患者の受付)

患者取り違いの背景・要因
○確認手順はあったが遵守されなかった
・患者氏名(フリガナ)のみ入力し、画面に表示された複数の同姓同名の候補者の中から、患者の見た目で見ただけで年齢を判断し、選択した
・氏名と生年月日が一致しているだけで、他の項目を確認しなかった
・アルバイト職員の教育が不十分だった
○確認手順が明確でなかった
・患者と ID 番号とが一致していることを確認する手順が明確でなかった
診察準備の間違いの背景・要因
○マニュアルはあったが遵守されなかった
・検査票を患者に渡す際にダブルチェックを行わなかった

iii 事例が発生した医療機関の改善策

「患者取り違い」、および「診察準備の間違い」の事例が発生した医療機関の主な改善策を整理し、以下に示す。

1) 患者取り違いの事例の改善策

ア 患者の確認手順の明確化

- ・患者と番号を一致させる手順を行動レベルで作成する。
- ・患者氏名と生年月日で判別できない場合は、住所または保険情報を確認する。

イ 職員の教育

- ・手順にそってアルバイト職員の教育を行った。
- ・定期的にモニタリングし、職員が正しく行動していることを確認する。

2) 診察準備の間違いの事例の改善策

ア マニュアルの遵守

- ・マニュアルにそって業務を行う。

②情報管理の事例について

i 事例の内容

情報管理の事例の内容について図表Ⅲ - 2 - 2 3 に示す。平成 17 年に施行された個人情報の

保護に関する法律（個人情報保護法）に基づいて、医療機関内において患者情報の保護と活用は行われている。個人情報の管理の事例では、患者が病室番号などの情報を教えないように希望し意思表示していたが、医療機関内で、共有されておらず家族や見舞客に情報を伝えた事例であった。患者の意思は様々であり、対応する医療者も様々であるため、医療機関内で使用しやすいシステムで情報共有することが必要である。また、意思表示が曖昧であったり、その内容が変化している患者に対しては、医療機関の方針を説明しておくことが重要である。

書類管理の事例は、患者が記載した書類を他の患者に渡したり、紛失したりした事例であった。診断書や行政に提出する書類、生命保険の書類など患者から作成を依頼される書類の種類は多く、その取り扱いが煩雑である現状があるものと考えられる。

図表Ⅲ - 2 - 2 3 事例の内容（情報管理）

	件数
書類管理の不備	2
<ul style="list-style-type: none"> ・患者から作成を依頼された書類を他の患者に渡した ・患者から作成を依頼された書類を紛失した 	
個人情報の取り扱い間違い	2
<ul style="list-style-type: none"> ・患者が患者本人への連絡を希望していた入院予定日を家族に連絡した ・個人情報保護の申請をしていた患者の病室を見舞客に教えた 	
マスタ入力の間違い	1
<ul style="list-style-type: none"> ・臨床検査部の依頼に基づき、外注検査項目の年内受付終了日のマスタ登録を行う際、誤って当該検査項目の登録を行わなかった 	
ファックスの誤送信	1
<ul style="list-style-type: none"> ・紹介医に患者の情報をファックスするところ送信先を間違えた 	
合 計	6

ii 事例の主な背景・要因

情報管理の事例の中から、複数の報告がされた「書類管理の不備」、および「個人情報の取り扱い間違い」の主な背景・要因を図表Ⅲ - 2 - 2 4 に示す。

個人情報の管理では、医療機関で個人情報に関する患者の意思表示を適切に把握する仕組みはあるが、医療機関内で共有する仕組みがわかりにくかった、とあげており、誰でもわかりやすい画面表示の工夫の検討が必要である。

書類管理では、書類の所在を示すルールが無かった、書類の受け取りの確認が困難であった、など患者から作成を依頼される書類の管理について医療機関内でルールが明確でないまま対応している現状があることが推測できた。患者から記載される書類は種類も多く、医療機関へ依頼されるタイミングも様々であるため、患者からの依頼、医師の記載、事務手続き、患者への発出、といった流れについて、業務手順を明確にしておくことの重要性が示唆された。

図表Ⅲ - 2 - 2 4 事例の主な背景・要因 (情報管理)

書類管理の不備の背景・要因
<ul style="list-style-type: none"> 書類の所在を示すルールが存在しなかった
<ul style="list-style-type: none"> 患者が医師に直接書類の作成を依頼する実態があり、依頼書の控えを患者は持っておらず、受け取り時の確認が困難であった
<ul style="list-style-type: none"> 担当者が、I D 等や書類の種類や内容を確認しないまま患者に渡した
個人情報の取り扱い間違いの背景・要因
<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテシステムの画面に、エクセルで個人情報保護患者リストを重ねて開き、スクロールして確認するという作業画面が複雑でリストを見間違えた
<ul style="list-style-type: none"> 面会時間終了間際の時間帯で窓口には見舞客以外にも患者や家族が入退院手続きで並んでおり、業務が繁忙でありリストを間違えた

iii 事例が発生した医療機関の改善策

「個人情報の管理」、および「書類管理の不備」の事例が発生した医療機関の主な改善策を整理し、以下に示す。

1) 個人情報の管理事例の改善策

ア システムの改善

- 電子カルテシステムを見直し、個人情報保護の患者がすぐにわかるように表示を変更した。

イ 職員の教育

- 個人情報の取り扱いについて、職員への教育を行った。

2) 書類管理事例の改善策

ア 書類の管理方法の改善

- 医師は書類を直接受け取らないよう、医事で手続きをするように誘導する。
- 書類の係で受けとりと処理の確認システムを作り、責任の所在を明確にするために必ず捺印することとした。

イ 書類の受け渡し方法の改善

- 手渡しする際は書類を患者に見せて、I D、氏名、種類を確認する。

③患者データの取り込み事例について

i 事例の内容

患者データの取り込み事例の内容について図表Ⅲ - 2 - 2 5 に示す。

患者取り違えの事例は、他院や他施設で実施された検査のデータを取り込む際に、別の患者のカルテに取り込んだ事例であった。左右取り違えの事例は、他院での左右の記載の無い患者の胸部エックス線画像を取り込んだ際の左右取り違えであり、取り込み漏れの事例は、30枚のスクリーンが必要な検査報告書の一部が取り込まれていなかった事例であった。

図表Ⅲ - 2 - 25 事例の内容 (患者データの取り込み)

	件数
患者取り違い	2
<ul style="list-style-type: none"> ・ 他院から送付された検査結果をカルテに取り込み依頼をする際、クレークが誤って同姓同名の別患者のラベルを発行したため本人の結果として取り込まれなかった ・ 患者同意書をスキャナで取り込む際、別の患者のものとして取り込んだ 	
左右取り違い	1
<ul style="list-style-type: none"> ・ 前医で胸部エックス線撮影をし、フィルムの裏側に患者の氏名、撮影日時がマジックで記載されていたが、当院の事務職員は記載された日時・氏名が読める側を表にしてデータを取り込んだために、左右が逆になった 	
取り込み漏れ	1
<ul style="list-style-type: none"> ・ 血清蛋白分画報告書 30 枚のスキャンの依頼があったが、取り込みデータに漏れがあった 	
合 計	4

ii 事例の主な背景・要因

情報管理の事例の、「患者取り違い」、「左右取り違い」、「取り込み漏れ」の主な背景・要因を図表Ⅲ - 2 - 26 に示す。

患者取り違いでは、①患者の受付「患者取り違い」と同様に、医療機関に登録されている全患者情報から、当該患者を検索する際に、同姓同名患者と取り違った事例であった。背景・要因にはカナ検索のみで行い、漢字による表示画面に切り替えを行わなかった、患者氏名と診療科だけで判断した、ことが挙げられており、患者氏名、診療科のみの照合では必ずしも十分でないことがわかる。医療機関の中には、検索の際の患者取り違いを防止するために、患者検索画面に生年月日が表示されるようにシステム改修を行う、検索時はカタカナではなく、漢字入力による検索とする取り決めを行う、患者を特定する際は氏名だけではなく、生年月日や ID 番号等を加えた 2 項目以上で確認する、といった取り組みを行っている施設もある (参照 平成 22 年年報図表Ⅲ - 1 - 4 現地状況確認調査概要 事例概要 GE0220012 162 頁)。①患者の受付「患者取り違い」の事例では、氏名と生年月日が合致する患者との取り違いが生じていることから、漢字の氏名と生年月日が合致する場合も、住所や前回受診の状況などを患者や家族から聴取し、同定することの重要性が示唆された。

左右取り違いでは、他院からの情報が不明だったことが背景・要因に挙げられた。フィルムやデータなどを取り込む作業は、そのデータ等に基づいて診断や治療が行われることになるため、特に重要な過程であることを認識し、不明点が生じた場合は、速やかに情報の発信元に確認をすることが重要である。

図表Ⅲ - 2- 2 6 事例の主な背景・要因 (情報管理)

患者取り違えの背景・要因
<ul style="list-style-type: none"> ・取り込みオーダーを出す際、カナのみで患者検索を行い、同姓同名患者の検索画面で、漢字による画面表示に切り替えなかった ・患者氏名及び診療科のみで判断し思い込んだために十分に確認しなかった
左右取り違えの背景・要因
<ul style="list-style-type: none"> ・他院で撮影されたエックス線フィルムは、左右の識別ができる表示がなかった ・エックス線フィルムの画像からは左右の判断が難しかった
取り込み漏れの背景・要因
<ul style="list-style-type: none"> ・取り込んでいない文書束を取り込み済みの束に入れてしまった ・取り込まれた文書を 2 次チェックすることになっているが、1 ヶ月以上遅れており、早期発見ができなかった

iii 事例が発生した医療機関の改善策

「患者取り違え」、「左右取り違え」、「取り込み漏れ」の事例が発生した医療機関の主な改善策を整理し、以下に示す。

1) 患者取り違えの事例の改善策

ア 取り込み時の患者確認を徹底する

- ・カタカナではなく漢字入力による患者検索を行う。

イ 取り込みデータの確認を徹底する

- ・取り込みデータを外来医長が確認する。
- ・診療録の取り込み内容をダブルチェックする。

2) 左右取り違えの事例の改善策

- ・フィルムの左右が不明な時は、放射線科診断医に確認を行う。

3) 取り込み漏れの事例の改善策

ア 取り込み文書管理方法の改善

- ・取り込み直後に、取り込みされているかを確認したうえで、取り込み済みの束に入れるようルールを改定した。

(5) まとめ

本報告書では、ひとつの医療機関では当事者となることの少ない職種についても、他施設の事例を共有することは、日常業務に潜む事故の発生予防・再発防止に有用であると考え、事務職員の業務における医療安全や情報管理に関する事例をテーマとして取り上げた。報告された事例の内容から、①患者の受付、②情報管理、③患者データの取り込み、④患者の会計、⑤その他に大別し、①、②、③について、事例の内容、主な背景・要因、改善策を整理した。

①患者の受付、②情報管理の両方に報告された「患者の取り違え」では、複数の同姓同名の候補者の中から、患者検索システムを使用し手順を進めるうち、患者を「同定作業が終了した」と思い込んだと推測できる内容があり、院内で確認方法を決め、周知するとともに、職員が手順を遵守するよう医療機関内で継続的に教育することの重要性が示唆された。また、氏名と生年月日が合致する患者との取り違えが生じていることから、漢字の氏名と生年月日が合致する場合も、住所や前回受診の状況などを患者や家族から聴取し、同定することの重要性が示唆された。