

【3】電子カルテ使用時の患者間違いに関連した事例

電子カルテは、患者の情報を電子情報として一括して管理し、データベースに記録するシステムである。400床以上の一般病院の電子カルテやオーダーリングシステムの導入率は、2014年には77.5%に達している¹⁾。膨大な情報を一括で管理でき、複数の場所からアクセスが可能であり便利であるが、患者の選択を誤ると、他患者にオーダーしたり、他患者の情報を登録したりする可能性がある。

今回、本報告書分析対象期間（2018年10月～12月）に、輸血のオーダーをする際に他患者の画面でオーダーした事例や、他患者の病理診断報告書の内容を電子カルテに入力したため、誤った治療を行った事例など5件の事例が報告された。そこで、本報告書では、事例を遡って検索し、電子カルテ使用時の患者間違いに関連した事例について分析することとした。

（1）発生状況

1) 対象とする事例

2014年1月～2018年12月に報告された医療事故情報の中から、キーワードに「カルテ」を含み「違、誤、別、他患者、他の患者、患者A、患者B、患者X、患者Y」のいずれかを含む事例を検索した。そのうち、電子カルテ使用時の患者間違いに関連した事例を対象とした。

2) 報告件数

2014年1月～2018年12月までに報告された医療事故情報のうち、対象とする事例は20件であった。

図表Ⅲ - 2 - 26 報告件数

報告年	2014	2015	2016	2017	2018	合計
件数	1	2	3	7	7	20

（2）事例の分類

報告された事例の内容を分類した。

図表Ⅲ - 2 - 27 事例の分類

事例の分類	件数
患者Aにオーダーする際、患者Bの電子カルテでオーダーした	8
患者Aの情報を参照する際、患者Bの電子カルテを参照した	7
患者Aの電子カルテに患者Bの情報を入力した	5

(3) 患者Aにオーダーする際、患者Bの電子カルテでオーダーした事例の分析

1) 発生場所

事例の発生場所を示す。I C Uや救命救急センターのような患者のベッドがカーテン等で区切られたエリアの中や手術室の室内など、患者のそばに電子カルテが設置されている場所で複数の事例が報告されている。エリア内や室内にある電子カルテは、当該患者用に使用されることが多い。画面の患者氏名の確認が不十分になったことにより、開かれていた電子カルテが当該患者の画面だと思い込んでいた事例が複数報告されている。

図表Ⅲ - 2 - 28 発生場所

発生場所	件数
I C U	2
救命救急センター、救急病棟	2
手術室	2
病棟	1
外来	1
合計	8

2) オーダーした内容

患者Aにオーダーする際、患者Bの電子カルテでオーダーした事例8件について、オーダーした内容を示す。処方や輸血など治療に関する事例や、検査に関する事例が報告されていた。

図表Ⅲ - 2 - 29 オーダーした内容

オーダーした内容	件数
処方	2
輸血	2
血液検査	2
放射線検査	2
合計	8

3) 患者Aにオーダする際、患者Bの電子カルテを用いた背景・要因

患者Aにオーダする際、患者Bの電子カルテを用いた背景・要因について、事例に記載された内容を整理して示す。手術室やICUなどで他患者の画面が開いていることに気付かないまま入力を行ったことや、同時に2名の患者のオーダを行ったことなどが背景・要因となっていた。

図表Ⅲ - 2 - 30 患者Aにオーダする際、患者Bの電子カルテを用いた背景・要因

オーダした内容	背景・要因
処方	患者Bの手術時、患者Aの持参薬処方を依頼された。手術室の2台の電子カルテのうち1台で患者Aの持参薬鑑別書を見ながら、もう1台で処方を入力した。しかし、処方を入力した電子カルテは患者Bの画面が開いていた 同日夜間帯に2人の患者が入院し、同時に2人の患者の指示を入力した
輸血	手術室で患者Aにオーダする際、一件前に手術をした患者Bの電子カルテが開いていたことに気付かなかった 同時時間帯に救命救急センターに搬送された2名の患者は新患で氏名が不明なため、仮の氏名を「NEW CASE A」と「NEW CASE B」としたことにより混乱した
血液検査	ICU入室中であり、患者Aの近くにある電子カルテの画面は患者Bであったが、患者Aの画面だと思い込んだ
放射線検査	氏名をカナ検索した際、同姓同名の患者が1名表示されたため患者Aと思い込んだ オーダした医師は、患者Aを「ベッド3の患者」とだけ認識しており、救命病棟内の患者一覧を見ながらベッド3の患者に入力したが、ベッド移動が行われており、ベッド3は患者Bであった

4) 気付いたきっかけ

患者Aにオーダする際、患者Bの電子カルテでオーダしたことに気付いたきっかけについて、事例に記載があった内容を示す。報告された事例のうち、放射線検査の事例2件は、実施前の患者確認でオーダと患者が違うことに気づき、未然に防止した事例であった。

図表Ⅲ - 2 - 31 気付いたきっかけ

患者Bにオーダした内容	気付いたきっかけ
処方	患者Aに処方する予定であった薬剤を患者Bが内服し、低血圧、低血糖になった 誤って患者Bに処方後、患者Aの担当看護師から薬剤が届かないと連絡があり、患者Aのカルテで再度処方を入力したところ、年齢の違う2人の小児患者に同じ薬剤が同量で処方されたことが気になった薬剤師が医師に確認した
血液検査	患者Bの担当医が患者の電子カルテを見て、覚えのない時間に検査が行われており、検査結果がこれまでと全く違うことで気付いた
放射線検査	患者Aが検査を受けに来た際、氏名の漢字と生年月日がオーダと異なっていた 診療放射線技師が、オーダコメントの「気管挿管後の位置確認」の記載と、撮影しようとした患者Bの状況が異なっていることで気付いた

5) 事例の内容

主な事例の内容を紹介する。

図表Ⅲ - 2 - 3 2 患者Aにオーダする際、患者Bの電子カルテでオーダした事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
	処方		
1	<p>18時、患者B（0歳）は発熱のため救急外来を受診した。19時42分に医師が診察し、20時40分に小児科病棟に入院した。患者A（2歳）は同日20時6分に痙攣重積にて救急搬送された。同じ医師が診察し、22時45分に救命病棟に入院した。医師は患者Aのホストイン静注を入力する際、誤って患者Bの電子カルテに入力した。しばらくして救命病棟の看護師からホストイン静注のオーダが入力されていないと再入力の依頼があったため、医師は1回目の入力が登録されなかったと考え、今度は正しく患者Aの電子カルテでホストイン静注をオーダした。しかし、1回目のオーダで患者Bにホストイン静注が処方されていたため、薬剤部より小児科病棟へホストイン静注が払い出された。薬剤師は、ホストイン静注は開始量と維持量が違うため先に早見表にて速度の確認をした。体重、年齢は確認したが投与量の監査が疎かになってしまった。小児科病棟の看護師は疑問を感じたため、リーダー看護師に相談した。2人で電子カルテや薬剤情報を確認したが、医師には確認しなかった。患者Bは2日前にも発熱にて入院していたため痙攣の予防目的の投与と判断し投与した。小児科病棟の看護師2人は患者Aが救命病棟に入院していることは知らなかった。薬剤師はホストイン静注が続けて2人の患者にオーダされたことが気になっていたが、忙しくて医師に確認できなかった。0時50分、薬剤師が医師に確認したところ、オーダが間違っていたことが分かった。薬剤師は小児科病棟に連絡し、患者Bに投与したホストイン静注は患者Aのオーダであったことを伝えた。</p>	<p>医師は赴任1ヶ月目であった。同日夜間帯に2人の患者が入院し、業務は煩雑だった。同時帯に2人の患者の入院指示を入力していた。ホストイン静注のオーダの際に電子カルテの患者氏名の確認が十分ではなかった。1回目の入力が患者Aにオーダされていなかったのは「登録」ボタンを押さなかったためと思っていた。薬剤師は、当直を1人でしており、救急外来患者の対応に追われていた。ホストイン静注の対象年齢などを知らなかった。年齢・体重による投与量の監査が疎かになってしまった。病棟の看護師とリーダー看護師は疑問を感じたが、痙攣予防のためのオーダと解釈し、医師には確認しなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師はオーダの際に患者氏名、IDを十分に確認する。 ・2人の患者の電子カルテを同時に開かないようにする。 ・薬剤師は処方監査の基本として、年齢・体重・投与量を実際に監査する。不審な点や気付きな点は早急に確認する。 ・看護師は疑問や不明な指示について、医師に必ず確認する。

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
輸血			
2	手術室で患者Aに輸血をオーダーする際、一件前に手術をした患者Bのカルテ画面が開いていた。気付かずそのまま血液製剤をオーダーし、異型の血液製剤が手術室に運ばれた。	輸血オーダーをする際に患者氏名の確認をしなかった。輸血伝票が出された際、患者氏名の確認も行っていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテは手術が終了したら、必ずログオフする（長時間開いたままの場合は自動ログオフになる設定とした）。 手術時は麻酔がかかった後は、手首に巻いているネームバンドを切って、カルテに貼り、麻酔科管理とする。 輸血伝票がでたら、ネームバンドで確認する。 術前タイムアウトで外科医に血液型を呼称してもらい、血液型カードを外回り看護師が点滴棒にかける。 輸血前は医師・看護師で輸血伝票・電子カルテ・血液製剤・ネームバンドを用いてダブルチェックをする。
血液検査			
3	患者A：80歳代女性（心臓血管外科） 患者B：80歳代女性（循環器内科） 医師Xは、心臓外科手術後の患者AがICUに入室する前に、術後のオーダーを入力しバーコードラベルを出し、ICUのベッドサイドの台の上に置いた。17時、手術が終了し患者AがICUに入室した。研修医は動脈ラインから血ガス用シリンジと生化学用シリンジに採血を行い、生化学用シリンジを看護師に渡し血ガスを測定しに行った。看護師は血液を容器に入れ、準備されていたラベルを貼付して検体を提出した。20時30分、医師Yは患者Aの検査結果が出ていないことに気づき、再度血液検査をオーダーし、採血を行い提出した。翌日、医師Zが、患者Bに覚えのない時間に採血がされていること、結果がこれまでと全く違っていたことから、患者を間違えてオーダーし検査していたことに気付いた。	医師Xがオーダーをする際、隣のベッドに入室している患者Bの電子カルテを開いていた。なぜ間違えて開いたのか覚えていない。準備した医師や容器に血液を入れた看護師は、患者の名前とラベルの名前を確認していない。採血から検体提出まで複数の医師、看護師が関与している。ベッドサイドにあるものはその患者のものと思っており、患者を確認していなかった。受け持ち患者が限定されるため、患者を確認する必要がないという思いがあった。鎮静剤の投与中で名前を名乗ってもらえない患者も多いが、名乗れる患者にも名乗ってもらっていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 以前にも同様の事例が発生していることから、さらに予防対策を強化した。 病棟において患者確認の必要性の再教育と注意喚起の表示を行った（電子カルテ、ラベルプリンター、検体入れ）。 1つの作業は原則1人で最後まで行う。人を介するときは患者確認をする。 検体ラベルの字体を明朝体からゴシック体に変更した。

6) 事例が発生した医療機関の改善策

事例が発生した医療機関の改善策の中から、患者Aにオーダする際、患者Bの電子カルテでオーダした事例に関する改善策を整理して示す。

図表Ⅲ - 2 - 3 3 事例が発生した医療機関の改善策

○電子カルテの使用方法
<ul style="list-style-type: none"> ・ 2台の電子カルテで2人の患者を同時に開かない。 ・ 患者のベッドサイドにある電子カルテは、当該患者しか開かない。 ・ 手術が終了したら、必ず電子カルテはログオフする。
○電子カルテの使用時の確認
<ul style="list-style-type: none"> ・ オーダ入力する際、カルテ画面上の患者氏名を確認する。(複数報告あり) ・ 電子カルテが開いているときは、当該患者の画面であるか名前を見て確認する。 ・ 氏名をカナや漢字で検索した場合、生年月日やカルテの内容を確認し、患者を特定する。
○システム
<ul style="list-style-type: none"> ・ 電子カルテは、一定の時間で自動的にログオフになる設定に変更した。
○その他
<ul style="list-style-type: none"> ・ 救命救急センターに搬送された患者の名前が不明な場合、仮の名前で「NEW CASE○」としていたが、表記の変更を検討する。

(4) 患者Aの情報を参照する際、患者Bの電子カルテを参照した事例の分析

1) 参照した情報と患者への影響

患者Aの情報を参照する際、患者Bの電子カルテを参照した事例7件について、参照した情報と患者への影響を整理して示す。いずれも違う患者の情報を参照したことで、誤った治療が実施されている。

図表Ⅲ - 2 - 3 4 参照した情報と患者への影響

参照した情報	当事者職種	患者への影響	件数
眼内レンズの度数を計算するためのデータ	医師 視能訓練士 看護師	度数の違う眼内レンズを挿入したため、再手術となった	5
診療録	医師	必要のない膝関節腔への注射を行い、人工関節置換術後であったため抗菌薬を投与した	1
インスリンの注射指示	看護師	必要のないインスリンを投与した	1
合計			7

2) 事例の内容

患者Aの情報を参照する際、患者Bの電子カルテを参照した事例について、主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ - 2 - 3 5 患者Aの情報を参照する際、患者Bの電子カルテを参照した事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
1	手術前の検査にて眼軸長と角膜曲率半径の測定を実施した。4日後、医師がレンズを決定するためにレンズ度数を確認したところ計算がされていなかったため、視能訓練士に計算を依頼した。視能訓練士は電子カルテで患者Aを検索した際に、同姓の患者Bを選び、患者Bのデータで計算した。医師はそのデータを元に眼内レンズを注文し、手術を実施した。術後4日目、退院時の測定をした際にレフエラーがあり確認したところ、眼内レンズの計算時に他患者のデータで眼内レンズを注文したことが分かった。その5日後（術後9日目）に緊急で再手術を実施し、正しい眼内レンズを挿入した。	眼内レンズの計算のためデータを検索した際に、患者のフルネームやID番号を確認しなかった。データはアルファベット表記で分かりづらかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・検査データを検索する際は、患者の氏名・ID番号・眼軸長・角膜曲率半径・前房深度の検査数値を確認する。 ・他の検査結果との整合性を見る。 ・電子カルテ使用时、必ず自分のIDカードで立ち上げ、検査担当責任者の所在を明確にする。
2	患者Aは両側人工膝関節置換術後問題なく経過していた。外来診察時、誤って変形性膝関節症の患者Bの電子カルテを見ながら診察し、左膝関節腔に不要な注射（サイビスクディスボ関節注2mL）を施行した。その後、患者Bの診察時、カルテを取り違えて患者Aを診察し、誤って注射してしまったことに気付いた。発生後、上級医、医療安全管理者へ報告した。患者Aの家族に患者を取り違えたことを報告し謝罪した。人工関節置換術の術後で感染の可能性が高いことを考慮し、予防的に抗菌薬を投与することや状況を説明し、処方を受け取りのために来院を依頼した。その後、外来にて、患者Aに再度説明した。	患者に名前を名乗ってもらい患者確認することを怠った。患者と電子カルテの名前の照合を怠った。人工関節置換術後に対し、ヒアルロン酸注射は通常不要であり違和感があった。薬剤の適応について知識があいまいなまま使用してしまった。当院での再診に不慣れな状態であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に名乗ってもらい、患者氏名とカルテの照合確認をする。 ・診療に疑問を覚えた時点で他の医師を含めスタッフに相談をする。

(5) 患者Aの電子カルテに、患者Bの情報を入力した事例の分析

1) 誤って入力した情報と患者への影響

患者Aの電子カルテに、患者Bの情報を入力した事例5件について、誤って入力した情報と当事者職種、患者への影響を整理して示す。検査結果の入力を間違えた事例が多く、当事者職種は様々であった。また、報告された5件の事例のうち、患者Aと患者Bの情報を逆に入力した事例が2件あり、血中濃度の測定値を誤って入力した事例では、両方の患者に影響があった。

図表Ⅲ - 2 - 36 誤って入力した情報と患者への影響

誤って入力した患者の情報		当事者職種	患者への影響
検査の結果	病理診断報告書の内容	医師	患者Aに効果のない抗がん剤を投与した
	血中濃度の測定値 (患者Aと患者Bの値を 逆に入力)	薬剤師	・患者Aに患者Bの処方量の免疫抑制剤を投与した ・患者Bに患者Aの処方量の免疫抑制剤を投与した
	C T画像 (患者Aと患者Bの画像を 逆に入力)	診療放射線 技師	・患者BのC T画像で脳の萎縮の所見があり、患者Aに 不要なM R I 検査を実施した ・患者Bへの影響は記載なし
	眼内レンズを決定するための 測定値	視能訓練士	患者Aに度数の違う眼内レンズを挿入した
診療情報提供書		事務職員	影響なし

2) 事例の内容

患者Aの電子カルテに、患者Bの情報を入力した事例について、主な事例の内容を示す。

図表Ⅲ - 2 - 37 他患者の情報を電子カルテに入力した事例の内容

事故の内容	事故の背景要因	改善策
担当医師は本日の外来受診患者のカルテを確認していた。患者Aのカルテを確認していた際に、病理診断結果と電子カルテの記載を照らし合わせたところ、記載していた内容が違っていたことに気が付いた。患者Aの病理診断結果は、「TN（トリプルネガティブ）ホルモン剤の効かないタイプ」であったが、電子カルテには患者Bの「TNホルモン剤の効くタイプ」と記載されていた。患者Aに対して、効果のないアリミデックス錠を1年2ヶ月間投与していたことが分かった。	1年2ヶ月前、主治医は病理診断報告書の内容を電子カルテに記載する際に、最初に乳がん術後の患者Bのカルテを開いて報告書を読み、カルテに内容をコピー＆ペーストした。この時、電子カルテの機能のみを使用していれば問題なかったが、キーボードの機能を使って「Ctrl + C（コピー）」→「Ctrl + V（ペースト）」とした。その後、患者Bのカルテを閉じ、患者Aのカルテを開き、病理診断報告書を読んだ。同じ方法で患者Aの結果をコピーしたつもりだったができておらず、患者Aのカルテにペーストした際に患者Bの内容がペーストされた。主治医は内容を確認せずに電子カルテを閉じた。	<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテのコピー＆ペースト機能は、1患者のカルテでのみ行えるようシステムを変更した（カルテを閉じたらコピーした履歴が消える）。 電子カルテの使い方と注意について説明会を開催した。 院内で事例を共有した。

(6) まとめ

電子カルテ使用時の患者間違いに関連した事例について、他患者の電子カルテでオーダした事例、他患者の情報を参照した事例、他患者の情報を入力した事例に分類し、分析を行った。患者Aにオーダする際、患者Bの電子カルテでオーダした事例8件は、発生場所やオーダした内容を分類し、他患者の電子カルテを用いた背景・要因と気付いたきっかけを整理して示した。また、患者Aの情報を参照する際、患者Bの電子カルテを参照した事例と、患者Aの電子カルテに、患者Bの情報を入力した事例の内容をまとめ、主な事例を掲載した。

電子カルテの使用時に患者を間違えると、誤ったオーダをしたり、誤った情報を登録したりする。電子カルテ内に誤った情報が入ってしまうと訂正することは難しく、患者に対して誤った治療や不要な治療を実施することになる。システム化された電子カルテは簡便に業務ができるよう設計されているが、電子カルテを使用する際に患者を誤って選択することや、誤った情報を登録することを防止する機能をつけることは難しい。治療・処置、検査や看護を行う際、患者取り違えを防止するために氏名や生年月日など、患者を特定するための確認は多くの医療機関で実施されているが、電子カルテ使用時の確認は不十分となることがある。医療機関内において、電子カルテ使用時の患者間違いの事例が発生していることを参考にしていきたい。

(7) 参考文献

1. 厚生労働省. 平成29年版厚生労働白書—社会保障と経済成長—. 第3章 成長という視点から見た社会保障. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/17/dl/1-03.pdf> (参照 2019-1-15).