

**GE0240012 救急外来の患者のエックス線撮影を行う際、患者を取り違えて実施し他の患者のエックス線画像で異常なしと診断されたが、後日骨折があったことが判明した事例**

<p>訪問調査の目的</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事実の確認</li> <li>・背景・要因の確認</li> <li>・改善策について</li> <li>・救急外来で、同時に複数の患者への指示がある場合の安全に業務を遂行する仕組みの現状</li> <li>・事例の再発防止に対する組織的な取組み 等</li> </ul>
<p>主な対応者</p>	<p>薬剤部・副薬剤部長（医療安全管理者）、高度救急看護師長、救急外来看護師長</p>

**【報告された実施した医療行為の目的】**

転倒時の打撲に対する画像診断目的

**【報告された事故の内容】**

患者Aは、自宅前で転倒し右下腿、腰部、肘の痛みを訴えて救急車で来院。総合診療科を受診予定であったが、救急外来診察室が混雑していたため、総合診療科B医師の許可の下、トリアージを救急外来前の廊下で行い、待機郡であったことからその場で待ってもらった。20分後にB医師により診察開始。問診によって事前にオーダしていたエックス線撮影の指示をトリアージナースに伝えた。同じ時間帯に老年内科を受診していた患者Cにもエックス線撮影の指示が出され、トリアージナースはその2件の護送を当事者に依頼した。患者Aの患者スケジュールをもとに、5番ベッドに待機していた患者Cを患者Aとその時点で誤認。患者Cに対し、「患者Aですか？」と声かけを行い、患者Cも「はい」と返答したことから、患者Cを患者Aと思い込みエックス線撮影に向かった。エックス線所見上痛みを訴えている部位に異常所見はなかったが、右股関節に人工骨頭が置換されており、総合診療科D医師が患者Aに「手術はいつしましたか？」と尋ねたところ、「ここでやってもらいました」と返答があり、そのまま診察は痛みを訴えている部位に異常所見がなかったため、鎮痛剤が処方され帰宅となった。その後、今度は患者Cのエックス線画像の取り込みができないと当事者に老年内科E医師から話があったが、当事者は患者Cを患者Aと誤認し、1度エックス線撮影を行なっていることから、撮影は終了していると老年内科E医師に伝えた。しかし、カルテ内に画像は反映されておらず、機器のトラブルの可能性もあるとの理由で、再度撮影をするよう老年内科E医師より指示が出され、当事者は患者Cを二度目の護送でエックス線撮影に向かった。本来、救外師長の指示の中で護送や処置の介助を行なうこととなっているが、救外師長は入院患者対応を行なっていたため、その時点でスタッフ同士が護送などの担当を決めて行なう状態となっていた。その結果、患者の治療の進捗などを把握しないままスタッフが護送を行なう結果となってしまった。2日後、患者Aは右肩胛部、腰部の痛みが軽減せず、歩行困難となったことから、総合診療科を受診。痛みの精査のため、再度エックス線の撮影を行なったところ、患者Aには人工骨頭はなく、前回のエックス線は別の患者のものであることが発覚、患者を取り違えたことが明らかになった。再撮影にて右大腿骨の頸部骨折が発見され、緊急入院となった。

Ⅲ

- 1 [1]
- 1 [2]
- 1 [3]
- 1 [4]
- 1 [5]
- 1 [6]
- 2 [1]
- 2 [2]
- 2 [3]
- 2 [4]
- 2 [5]
- 2 [6]
- 2 [7]
- 2 [8]
- 2 [9]
- 2 [10]
- 2 [11]
- 2 [12]
- 3 [1]
- 3 [2]
- 3 [3]
- 3 [4]
- 3 [5]
- 3 [6]
- 3 [7]
- 3 [8]
- 3 [9]
- 3 [10]
- 3 [11]

【事故の背景要因の概要】	
報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見
<p>救外師長が入院患者対応のために、護送の指示を出せておらず、その結果として患者の状態把握ができていないままスタッフが護送を行う状況を作ってしまった。本人確認の際、患者氏名を当事者が呼び、間違いないかどうかの返事だけを患者にしてもらっており、患者スケジュールによる氏名の確認を患者とともに行っていない。</p>	<p>○救急外来の看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・トリアージナーズは救急外来の専任であり、トリアージに専念するのではなく、患者への指示受けや診察介助、ケアの実施も行う。</li> <li>・救急外来師長は専任ではなく、他の部門の各師長が交代で勤務している。他にスタッフが2名勤務しているが、救急外来の専任ではない。</li> <li>・救急外来に眼科、耳鼻科の専門ユニットが装備されていないため、違う場所にスタッフが行き、診察を行う環境である。また救急外来のスタッフが心臓カテーテルやアンギオの介助の業務も担っており業務範囲が広い。</li> </ul> <p>○救急外来の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・夜間の救急外来は20程度の診療科に対応しており、四方八方から指示が出る状況である。夜間は30名程度/1日の患者の来院がある。</li> <li>・事例発生時は日勤と夜勤が重なる時間帯であった。また混雑して引継ぎや申し送りが出来る状況ではなかった。</li> <li>・救急外来のフロアは廊下を挟んで観察室（ストレッチャー4台）と救急外来（診察台、処置台、ストレッチャー4台）に分かれていた。患者Aは観察室におり、患者Cは救急外来にいた。</li> <li>・事例発生時、看護師は日勤スタッフ、夜勤スタッフ合わせて7、8名くらいがいた。救急外来は満床で処置中の患者もいた。診察待ちの患者はいなかった。</li> <li>・観察室、救急外来ともに複数のPCがあるが、1台のストレッチャー等に1台のPCというように紐付けされた使用はなされていないため、複数の患者の指示が同じプリンターで出力され、同じ机の上にあるということはある。</li> </ul> <p>○救急外来の業務の流れ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師からの指示は救急外来師長または、トリアージナーズが受け、看護師へ伝達する。看護師は受け持ち制ではなく業務分担性。患者の治療の進行状況や指示の内容の全体像を把握しているのは、救急外来師長である。共通認識できるボードがあるがタイムリーに活用できていない。</li> <li>・医師の指示は処方、エックス線撮影、採血などオーダ入力されたものが自動的にプリンターから出てくる仕組みである。医師の指示出しはプリンターから出力された用紙（患者スケジュール）を、ストレッチャーの足元に置くというマニュアルになっているが、プリンターに置いたままにしている医師と、看護師に持って</li> </ul>

1 [1]  
1 [2]  
1 [3]  
1 [4]  
1 [5]  
**1 [6]**  
2 [1]  
2 [2]  
2 [3]  
2 [4]  
2 [5]  
2 [6]  
2 [7]  
2 [8]  
2 [9]  
2 [10]  
2 [11]  
2 [12]  
3 [1]  
3 [2]  
3 [3]  
3 [4]  
3 [5]  
3 [6]  
3 [7]  
3 [8]  
3 [9]  
3 [10]  
3 [11]

Ⅲ

1 【1】  
 1 【2】  
 1 【3】  
 1 【4】  
 1 【5】  
**1 【6】**  
 2 【1】  
 2 【2】  
 2 【3】  
 2 【4】  
 2 【5】  
 2 【6】  
 2 【7】  
 2 【8】  
 2 【9】  
 2 【10】  
 2 【11】  
 2 【12】  
 3 【1】  
 3 【2】  
 3 【3】  
 3 【4】  
 3 【5】  
 3 【6】  
 3 【7】  
 3 【8】  
 3 【9】  
 3 【10】  
 3 【11】

くる医師と、両者の場合がある。

- ・患者スケジュールは医師が指示を入力すると出力されるバーコードと指示内容が記載された用紙である。
- ・当該事例の患者スケジュールは観察室のPCから患者Aのものを1枚、救急外来のPCから患者Cのものを1枚、2枚発行されている。トリアージナースが当事者看護師に検査への護送を依頼した時、当事者看護師は救急外来にいたため、指示を受けた近くにいた患者Cの指示と思い込んだ可能性はある。また、トリアージナースは患者スケジュールを渡し忘れた可能性もある。トリアージナースから当事者看護師へどのような言葉で指示が出され、どのように患者スケジュールが確認されて受け渡されたか不明であった。
- ・当該事例の医師→トリアージナース→当事者看護師の流れについて、患者Aの指示受けおよび患者Cの指示受けがどのようになされたか、記憶があいまいで不明である。
- ・当該事例で、当事者看護師に指示を伝達したトリアージナースは患者Aと患者Cの患者スケジュールを2枚渡したか、その時点で患者Aの患者スケジュールだけであったか、不明である。その後もその時出力されたはずの患者Cの患者スケジュールの所在は不明であった。

○患者の状況

- ・患者Aは大腿骨頸部骨折であり、患者Cは肺炎の疑いの患者であった。
- ・患者Aと患者Cは同性であり年齢は80代、背格好は同じくらいではあったが、氏名は類似していない。

○救急外来での患者同定

- ・患者を同定する方法は氏名、ベッド番号の2つであった。
- ・救急外来では患者はベッド番号でやりとりされる。「どの患者ですか？」と聞いた場合患者氏名ではなく「No○の患者」というように答える。患者スケジュールは患者の氏名のみであり、ベッド番号は記載されていない。
- ・ストレッチャー等にはベッドネームやリストバンドなど患者を同定するものは何もなかった。医療機関内では患者認証は患者に名乗ってもらうという取り決めがあるが、患者Cは熱もあり、看護師から「Aさんですね？」という問いかけをしたところ、「はい」と答えがあったため、患者Aとってしまった。

○放射線検査時の状況

- ・放射線検査技師の当直は2,3名であり、ER、ICU、病棟などの一般のポータブル、CT、アンギオ、MRIなどに対応しており、担当が決まっているわけではない。患者Aは2度エックス線を撮影しているが1回

	<p>目に担当した技師と、2回目に担当した技師は別の人物である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ I Dカードは診察台においてあった。エックス線検査の際に、放射線技師は I Dカードでの認証は行わない。本来は検査前室で受付票にて氏名確認し、フルネームで名乗ってもらうことになっているが、当該事例のエックス線検査室でも間違いに気がつかなかった。どのように患者認証したか不明である。</li> </ul> <p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者 A は総合診療科、患者 C は老年内科と科が違うが、当該看護師は何科の患者をエックス線撮影に連れて行ったのか認識していなかった。</li> <li>・ 患者 C のカルテに画像が反映されていないことを機器のトラブルと考えた背景は特にない。画像機器のトラブルがあるという現状はない。</li> <li>・ 医師は患者 C の画像の取り込みがなかったため、医師が再度エックス線検査を出そうとした際に C T 検査を追加したそのためオーダ表が 2 枚になったために最初のエックス線検査の「未実施」に気がつかなかった。</li> <li>・ 救急隊の方々にはよく理解し、協力してくださっている。連携が取れていると思う。患者が救急車で来院した場合、リストバンドの作成まで 5 分程度時間がかかるが、救急搬送するとすぐ救急隊員がアームバンド型名札に氏名を記載して下さる。</li> <li>・ 救急でのリストバンドの運用は、すべての患者に作成できている。</li> </ul>
<b>【改善策】</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 護送、処置介助等は救外リーダーの指示のもと行っていく。</li> <li>・ 患者スケジュールをもとに、患者氏名を患者と共に指差し呼称し確認する。</li> <li>・ 救急外来日誌の患者氏名欄にベッド番号を記載する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救急外来受患者にリストバンドを導入した。</li> <li>・ 救急車で来院患者は、救急隊員に名札カードに氏名を記載してもらい、リストバンド発行までアームバンド型名札フォルダに入れ患者に装着することにした。</li> <li>・ 患者ごとにファイルを作成し、患者のストレッチャーの足元に置くことにし、患者スケジュールなどの情報が散乱しないようにした。</li> <li>・ 夜勤の看護師のスタッフを 2 名から 4 名に増員した。</li> </ul>

訪問での主な意見等

- ・救急外来でのリストバンド導入は有用だろう。アームバンド作成に関して救急隊との連携はいかがか。
- ・実際に患者認証にどの程度、活用されているのかを今後活用に関しての調査を検討してはいかがか。
- ・リストバンドに記載されている情報はなにか。患者認証システムに連動するものでないと、採血のように患者、患者オーダ、オーダを確認するもの（例えば採血管）と3つの確認が必要な場合の取り違えが起こりうるのではないか。患者の氏名とIDが離れないようにして、オーダと確認できるようにするといいいのではないか。しかし、システムで連動できないとオーダの取り違えの可能性は残る。
- ・救急外来のように多重業務の中で、個人の注意力に頼るのは難しい。ハードで防ぐ、と考えるほうが現実的だろう。
- ・煩雑な中で、看護師のみではなく医師の指示出しや他部門の協力も必要なのではないか。
- ・患者スケジュールなどが、どこにあるのかわかるように、色付きクリアファイルを工夫して患者ひとりにひとつのファイルを作り患者がどこにいるのかわかるようにしているが、このファイルにバーコードを張って、バーコード認証に活用してはいかがか。
- ・放射線検査室などとシステムを連動できるよう工夫をすると、どこかで防護壁が出来るのではないか。
- ・放射線検査室でのR I S等の放射線オーダ表を確認して実施未患者リストの確認をすれば、患者照合が出来、患者間違い気がついたのではないか。また撮影オーダ部位と本人の症状で誤りに気づけたのではないか。
- ・救急外来ではベッド番号で患者を呼ぶということであったが、それを貫徹すれば当該事例は起きなかった可能性があるのではないか。救急外来は処置や検査などでベッドの位置が移動することが考えられるが、ベッドNoは移動せずに患者に紐付けられているのか。
- ・ストレッチャーに番号をつけて、患者が場所を移動しても変わらないように工夫されてはいかがか。流動性があることを前提に患者が移動しても必ず同定できる仕組みが必要だろう。
- ・今回の事例を検討し、救急外来での患者リストバンド導入を決めた際に、事例発生から実施までスムーズに早く行うことができたことは、日ごろから医療安全へ取り組まれていることの現われだろう。

- 1 【1】
- 1 【2】
- 1 【3】
- 1 【4】
- 1 【5】
- 1 【6】
- 2 【1】
- 2 【2】
- 2 【3】
- 2 【4】
- 2 【5】
- 2 【6】
- 2 【7】
- 2 【8】
- 2 【9】
- 2 【10】
- 2 【11】
- 2 【12】
- 3 【1】
- 3 【2】
- 3 【3】
- 3 【4】
- 3 【5】
- 3 【6】
- 3 【7】
- 3 【8】
- 3 【9】
- 3 【10】
- 3 【11】