発表No.	テーマ
203	電話による患者誤認リスクの低減

会社・事業所名（フリガナ）

シャカイフクシホウジン　セイレイフクシジギョウダン　ソウゴウビョウイン　セイレイハママツビョウイン
社会福祉法人　聖隷福祉事業団　総合病院　聖隷浜松病院

発表者名（フリガナ）

カトウ　フウマ　マツシタ　アキヨ
加藤　風馬　松下　明世

発表のセールスポイント

患者誤認リスクの高い病棟であるが、チームワークを活かした運用システムの統一により、患者誤認0件を継続している事例です。

ＱＣサークル紹介　　安全お守り隊サークル

本部登録番号	1182-13	サークル結成時期	２０２３　年　４月
構成人員	６名	月あたり会合回数	３回
平均年齢	３１歳	１回あたり会合時間	１　時間
最高年齢	５１歳	会合は	就業時間内・(就業時間外)・両方
最低年齢	２６歳	テーマ暦・社外発表	１件目　・　１回目

（所属部署）
社会福祉法人　聖隷福祉事業団　総合病院　聖隷浜松病院　C7病棟

テーマ　電話による患者誤認リスクの低減

安心 安全

～患者さんにより安全な医療・看護をお届けしたい～

聖隷浜松病院
安全お守り隊サークル
発表者：加藤　風馬
松下　明世
補助者：満井　萌菜

聖隷福祉事業団とは

1930年5月創立
静岡県浜松市を本拠地
1都8県で209施設・514事業を展開
（2024年９月現在）

●常勤職員数：16,290人
非常勤雇用含む（2024年7月現在）

病院紹介

聖隷浜松病院

●JCI認証取得

●日本医療機能評価機構認定病院

1日平均入院患者数	：	672人
1日平均外来患者数	：	1,635人

【病院理念】
私たちは、利用してくださる方ひとりひとりのために
最善を尽くすことに誇りをもつ

開 設　：1962年3月
院 長　：岡 俊明
病床数：750床　職員数：2,310人（2024年4月）
救命救急センター/地域医療支援病院/地域がん診療連携拠点病院総合周産期母子医療センター等

病院紹介

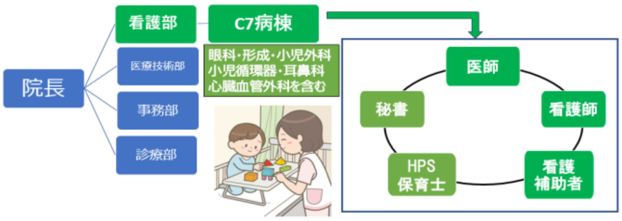
JCI認証の取得

JCI
（Joint Commission International）
国際的医療機能評価機関の認証
「医療の質」を追求する第三者評価

2012年11月17日付けで日本国内では5番目
関東地区以外では初めての認証取得
現在世界約1000施設、国内で27施設が認証（2024年11月現在）
3年に1回更新、静岡県内では当院のみ
2024年11月に5回目の認証

当院は、ＪＣＩや日本医療機能評価の基準に沿い、質改善を行い、
地域の皆様に安全・安心な医療の提供を行っています

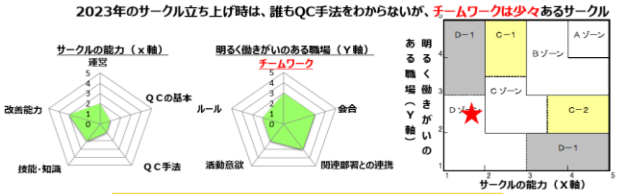
職場紹介：C7病棟（小児科）



【業務内容】 診察補助・食事介助・入浴介助・医療機器管理等
【外来来院数】 1日約150人

サークル紹介　サークル名：安全お守り隊サークル

【結成時期】 2023年4月
【構成人数】 ５名　【平均年齢】 31歳
【チーム名由来】その名の通りインシデント・アクシデントを分析して業務改善をする集団を示し仲間を増やして職場に波及させたい狙い
【サークルレベル】
2023年のサークル立ち上げ時は、誰もQC手法をわからないが、チームワークは少々あるサークル



チームワークを活かして全体のレベルを伸ばしたい

テーマ選定１ C7病棟（小児科）の特徴

・治療、検査、手術を受ける0～15歳の子供が入院しています。

・その中には「低年齢の患者」や「医療的ケア児」（人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経営栄養など医療的ケアが日常的に必要な子どものこと）という患者もいます。

・その子どもは、自分で氏名・生年月日を名乗ることが難しいです
※双子の兄弟が入院すると特に注意が必要です

入院患者の患者誤認リスクが高い病棟

テーマ選定２ リスクのウェイト付け

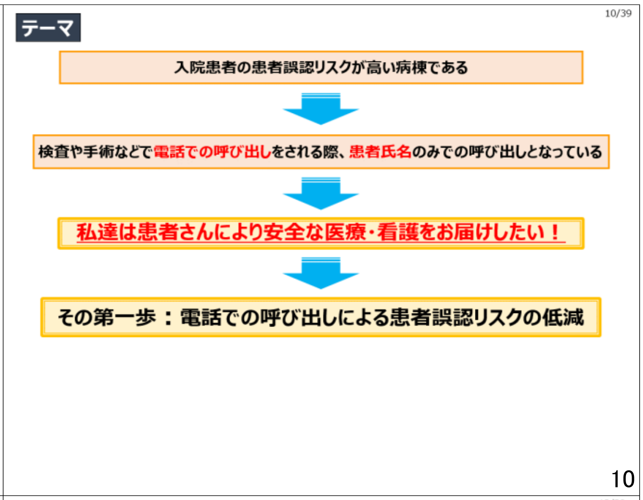
患者確認においてリスクが発生しやすいと思う場面

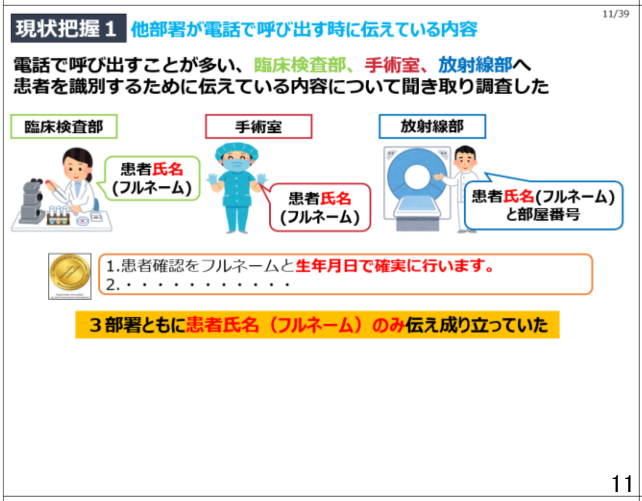
問題点	効果	緊急性	困り具合	上位方針	共通性	実現性	努力度	総合点
電話呼び出しを受ける時に名前のみの確認となっている	5	5	5	5	5	5	5	35
心電図モニター用紙に心電図を貼る時に名前のみの確認になっている	3	3	3	5	5	4	4	27
患者に書類を渡す時に名前のみの確認になっている	4	3	3	5	5	4	4	28

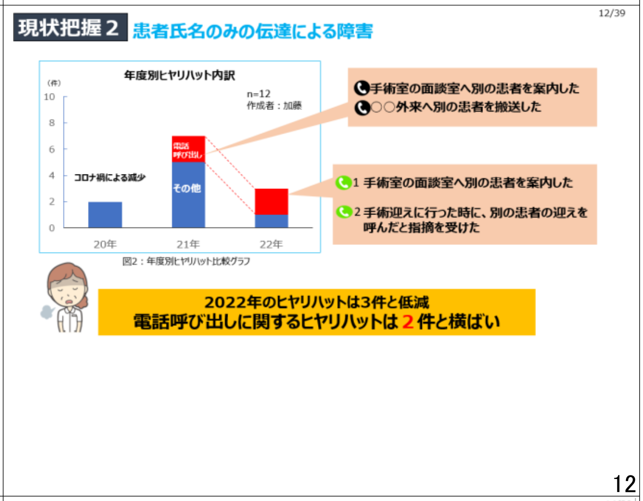
図１：リスクウェイト付けマトリックス図

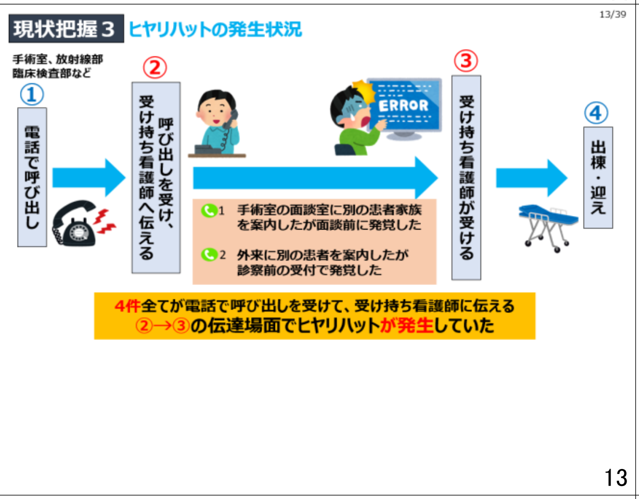
患者確認において特にリスクが発生しやすい場面は
電話を受ける時名前のみの確認となっている事

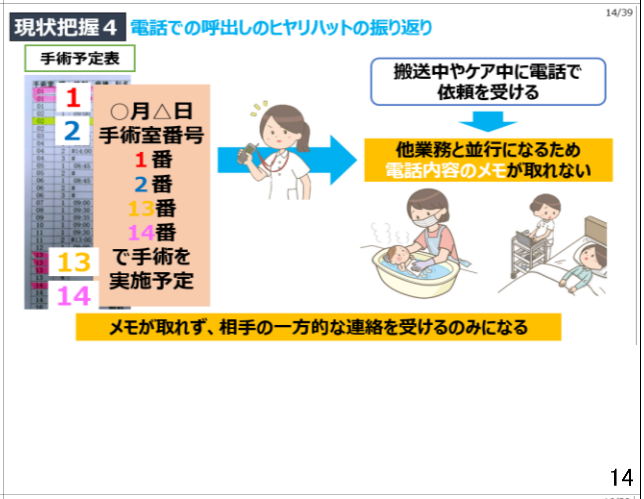
9/39
テーマ選定３ リスクに取り組む必要性
術　後
手術中
完
保護者の呼び出し
田中さん
田中さん
田中さーん
保護者の引率
では、行きましょうか
1.患者確認をフルネームと生年月日で確実に行います
誤った引率
手術後の説明
誤認保護者
いやー私、田中は田中でも・・
不利益が生じる
正式保護者
あってはならない事象なんです
リスクに取り組まない事で、患者に不利益が生じてしまう可能性がある
9

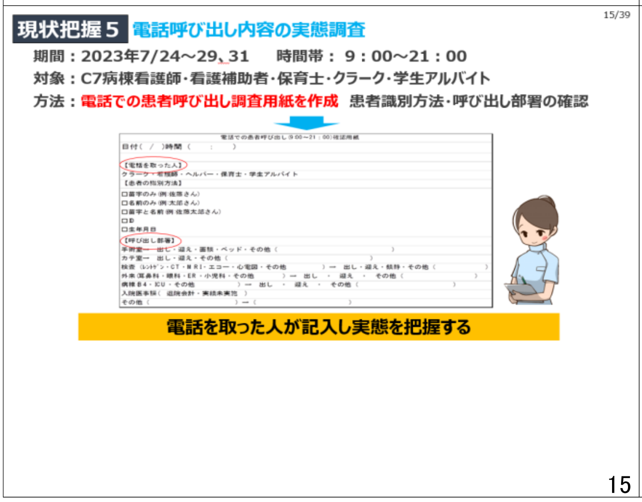

10/39
テーマ
入院患者の患者誤認リスクが高い病棟である
検査や手術などで電話での呼び出しをされる際、患者氏名のみでの呼び出しとなっている
私達は患者さんにより安全な医療・看護をお届けしたい！
その第一歩：電話での呼び出しによる患者誤認リスクの低減
10

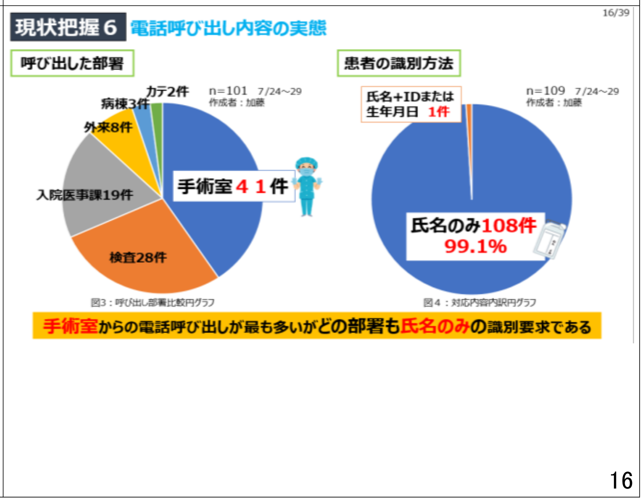

11/39
現状把握１ 他部署が電話で呼び出す時に伝えている内容
電話で呼び出すことが多い、臨床検査部、手術室、放射線部へ
患者を識別するために伝えている内容について聞き取り調査した
臨床検査部
手術室
放射線部
患者氏名（フルネーム）
患者氏名（フルネーム）
患者氏名(フルネーム)と部屋番号
1.患者確認をフルネームと生年月日で確実に行います。
2.・・・・・・・・・・・
３部署ともに患者氏名（フルネーム）のみ伝え成り立っていた
11

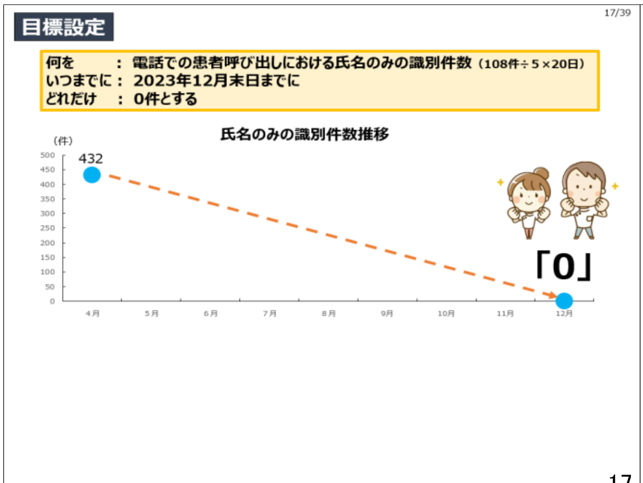

12/39
現状把握２ 患者氏名のみの伝達による障害
年度別ヒヤリハット内訳
(件)
n=12
作成者：加藤
10
8
6
4
2
0
コロナ禍による減少
電話呼び出し
その他
20年
21年
22年
図2：年度別ヒヤリハット比較グラフ
手術室の面談室へ別の患者を案内した
〇〇外来へ別の患者を搬送した
1 手術室の面談室へ別の患者を案内した
2 手術迎えに行った時に、別の患者の迎えを呼んだと指摘を受けた
2022年のヒヤリハットは3件と低減
電話呼び出しに関するヒヤリハットは２件と横ばい
12


13/39
現状把握３ ヒヤリハットの発生状況
手術室、放射線部
臨床検査部など
①
電話で呼び出し
②
呼び出しを受け、受け持ち看護師へ伝える
ERROR
③
受け持ち看護師が受ける
④
出棟・迎え
1 手術室の面談室に別の患者家族を案内したが面談前に発覚した
2 外来に別の患者を案内したが診察前の受付で発覚した
4件全てが電話で呼び出しを受けて、受け持ち看護師に伝える
②→③の伝達場面でヒヤリハットが発生していた
13


14/39
現状把握４ 電話での呼出しのヒヤリハットの振り返り
手術予定表
1
2
13
14
〇月△日
手術室番号
1番
2番
13番
14番
で手術を
実施予定
搬送中やケア中に電話で依頼を受ける
他業務と並行になるため
電話内容のメモが取れない
メモが取れず、相手の一方的な連絡を受けるのみになる
14

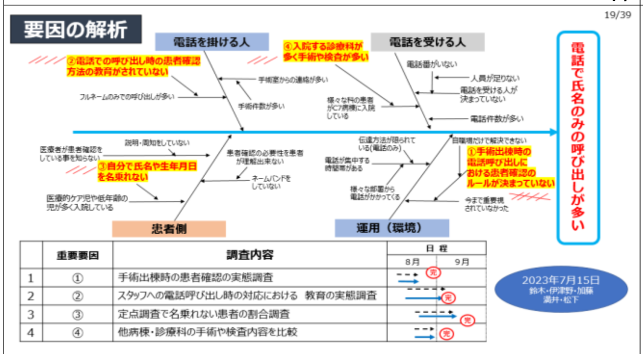

15/39
現状把握５ 電話呼び出し内容の実態調査
期間：2023年7/24～29、31　時間帯：9：00～21：00
対象：C7病棟看護師・看護補助者・保育士・クラーク・学生アルバイト
方法：電話での患者呼び出し調査用紙を作成　患者識別方法・呼び出し部署の確認
【電話を取った人】
【患者の特定方法】
【呼び出し部署】
電話を取った人が記入し実態を把握する
15


16/39
現状把握６ 電話呼び出し内容の実態
呼び出した部署
カテ2件
病棟3件
外来8件
入院医事課19件
手術室４１件
検査28件
n=101　7/24～29
作成者：加藤
図3：呼び出し部署比較円グラフ
患者の識別方法
氏名+IDまたは生年月日　1件
氏名のみ108件
99.1％
n=109　7/24～29
作成者：加藤
図4：対応内容内訳円グラフ
手術室からの電話呼び出しが最も多いがどの部署も氏名のみの識別要求である
16



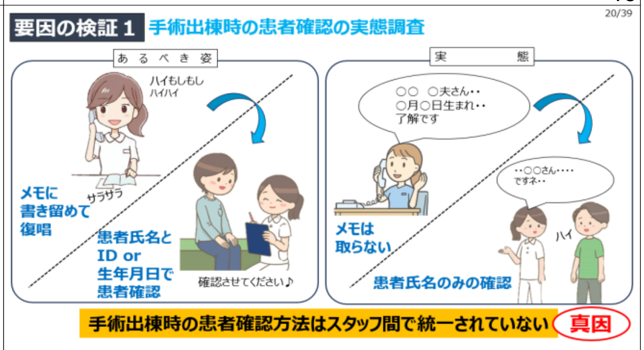
17

18

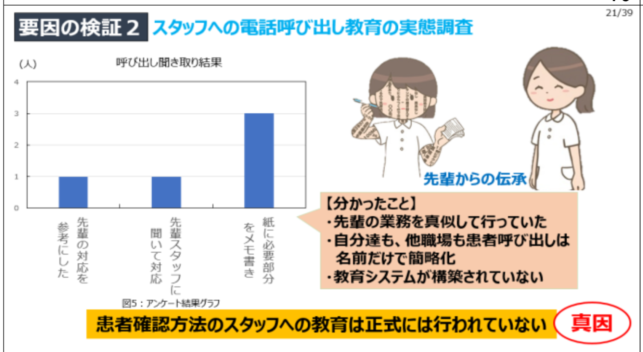


	重要要因	調査内容	日程 8月	日程 9月
1	①	手術出棟時の患者確認の実態調査	完	
2	②	スタッフへの電話呼び出し時の対応における　教育の実態調査		完
3	③	定点調査で名乗れない患者の割合調査		完
4	④	他病棟・診療科の手術や検査内容を比較		完

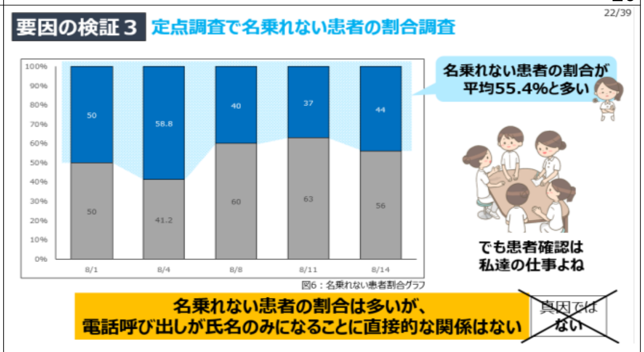
19



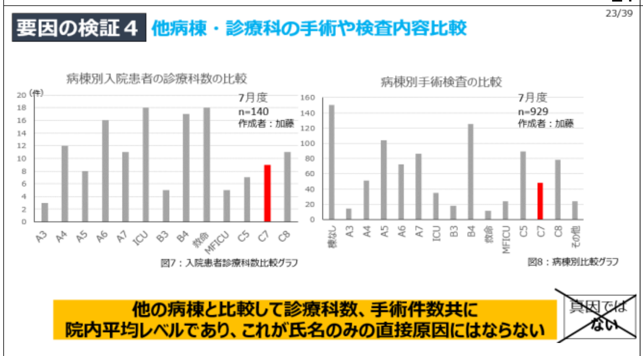
20



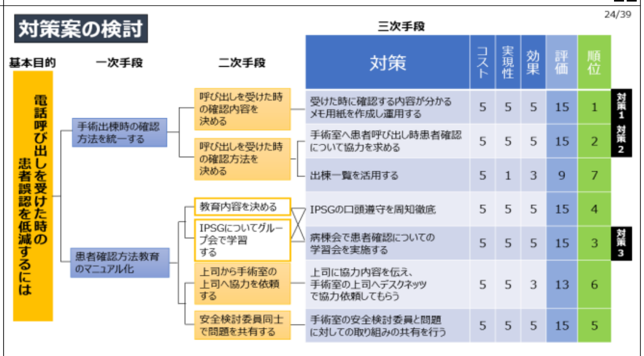
21



22

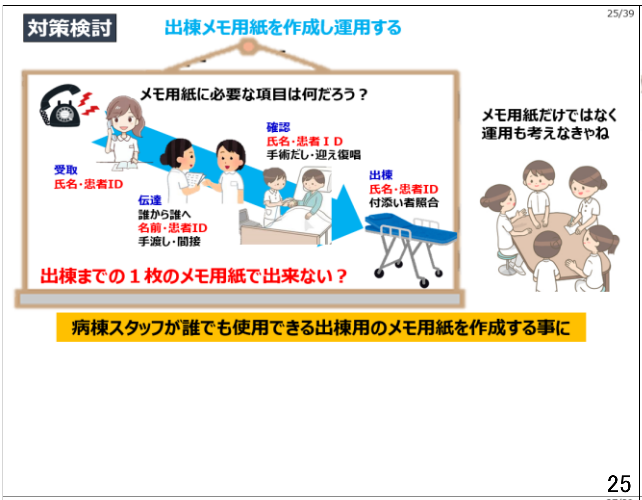


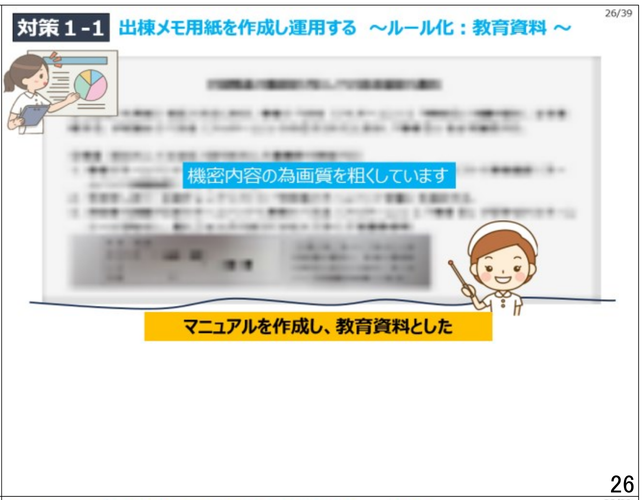
23

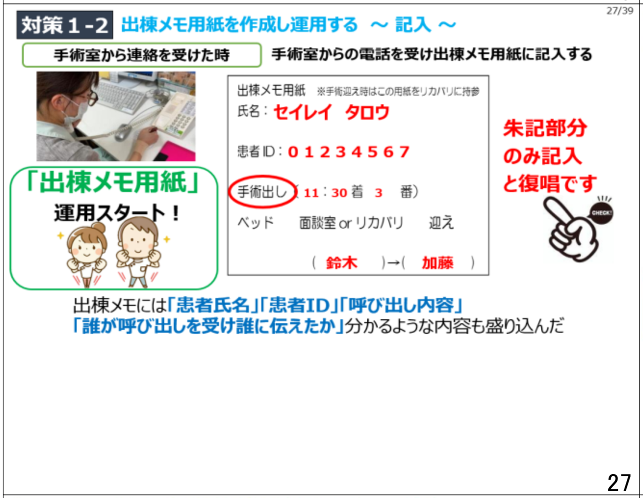


対策	コスト	実現性	効果	評価	順位
受けた時に確認する内容が分かるメモ用紙を作成し運用する	5	5	5	15	1
手術室へ患者呼び出し時患者確認について協力を求める	5	5	5	15	2
出棟一覧を活用する	5	1	3	9	7
IPSGの口頭遵守を周知徹底	5	5	5	15	4
病棟会で患者確認についての学習会を実施する	5	5	5	15	3
上司に協力内容を伝え、手術室の上司へデスクネッツで協力依頼してもらう	5	5	3	13	6
手術室の安全検討委員と問題に対しての取り組みの共有を行う	5	5	5	15	5

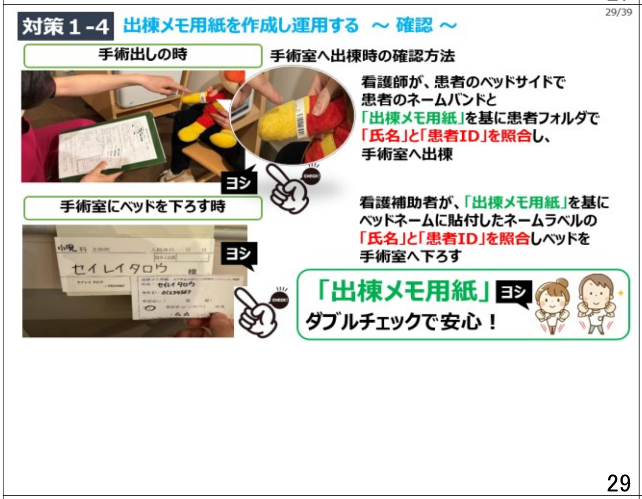
24

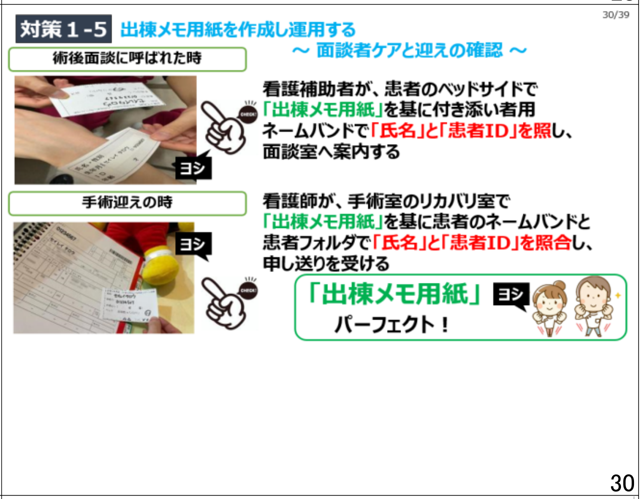

25/39
対策検討
出棟メモ用紙を作成し運用する
メモ用紙に必要な項目は何だろう？
確認
氏名・患者ＩＤ
手術だし・迎え復唱
受取
氏名・患者ID
伝達
誰から誰へ
名前・患者ID
手渡し・間接
出棟
氏名・患者ID
付添い者照合
出棟までの１枚のメモ用紙で出来ない？
メモ用紙だけではなく
運用も考えなきゃね
病棟スタッフが誰でも使用できる出棟用のメモ用紙を作成する事に
25

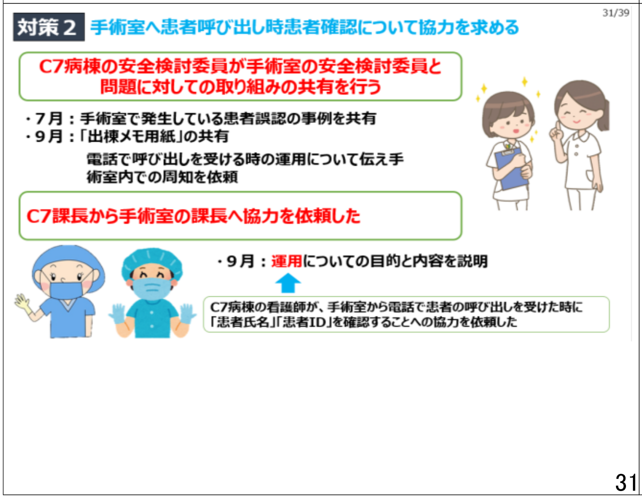

26/39
対策１-１
出棟メモ用紙を作成し運用する　～ルール化：教育資料～
機密内容の為画質を粗くしています
マニュアルを作成し、教育資料とした
26

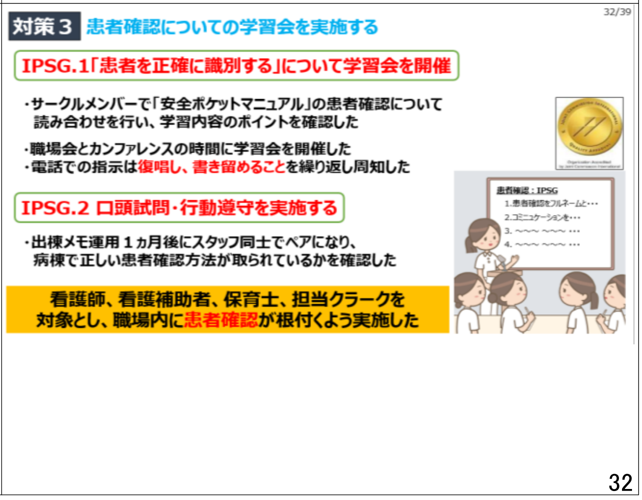

27/39
対策１-２
出棟メモ用紙を作成し運用する　～ 記入 ～
手術室から連絡を受けた時
手術室からの電話を受け出棟メモ用紙に記入する
出棟メモ用紙　※手術迎え時はこの用紙をリカバリに持参
氏名：セイレイ　タロウ
患者ID：０１２３４５６７
手術出し（11：30 着　3　番）
ベッド　面談室 or リカバリ　迎え
（ 鈴木 ）→（ 加藤 ）
朱記部分
のみ記入
と復唱です
「出棟メモ用紙」
運用スタート！
出棟メモには「患者氏名」「患者ID」「呼び出し内容」
「誰が呼び出しを受け誰に伝えたか」分かるような内容も盛り込んだ
27

28/39
対策１-３
出棟メモ用紙を作成し運用する　～ 活用 ～
手術室からの連絡を記入した時
手術室からの電話を受け出棟メモ用紙に記入する
記入した出棟メモ用紙を
直接担当者に渡します
すぐ渡せない場合は、
このBOXへ入れておくと
担当者が取りに来てくれるよ
出棟メモボックス
「出棟メモ用紙」
確実な伝達！
28


29/39
対策１-４
出棟メモ用紙を作成し運用する　～ 確認 ～
手術出しの時
手術室へ出棟時の確認方法
看護師が、患者のベッドサイドで
患者のネームバンドと
「出棟メモ用紙」を基に患者フォルダで
「氏名」と「患者ID」を照合し、
手術室へ出棟
ヨシ
手術室にベッドを下ろす時
看護補助者が、「出棟メモ用紙」を基に
ベッドネームに貼付したネームラベルの
「氏名」と「患者ID」を照合しベッドを
手術室へ下ろす
セイレイタロウ
ヨシ
「出棟メモ用紙」ヨシ
ダブルチェックで安心！
29

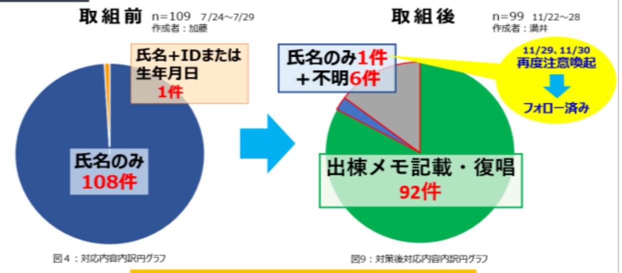

30/39
対策１-５
出棟メモ用紙を作成し運用する
～ 面談者ケアと迎えの確認 ～
術後面談に呼ばれた時
看護補助者が、患者のベッドサイドで
「出棟メモ用紙」を基に付き添い者用
ネームバンドで「氏名」と「患者ID」を照し、
面談室へ案内する
ヨシ
手術迎えの時
看護師が、手術室のリカバリ室で
「出棟メモ用紙」を基に患者のネームバンドと
患者フォルダで「氏名」と「患者ID」を照合し、
申し送りを受ける
ヨシ
「出棟メモ用紙」ヨシ
パーフェクト！
30


31/39
対策２
手術室へ患者呼び出し時患者確認について協力を求める
C7病棟の安全検討委員が手術室の安全検討委員と
問題に対しての取り組みの共有を行う
・７月：手術室で発生している患者誤認の事例を共有
・９月：「出棟メモ用紙」の共有
電話で呼び出しを受ける時の運用について伝え手
術室内での周知を依頼
C7課長から手術室の課長へ協力を依頼した
・９月：運用についての目的と内容を説明
C7病棟の看護師が、手術室から電話で患者の呼び出しを受けた時に
「患者氏名」「患者ID」を確認することへの協力を依頼した
31


32/39
対策３
患者確認についての学習会を実施する
IPSG.1「患者を正確に識別する」について学習会を開催
・サークルメンバーで「安全ポケットマニュアル」の患者確認について
読み合わせを行い、学習内容のポイントを確認した
・職場会とカンファレンスの時間に学習会を開催した
・電話での指示は復唱し、書き留めることを繰り返し周知した
患者確認：IPSG
1.患者確認をフルネームと・・・
2.コミニュケーションを・・・
3. ～～～ ～～～ ・・・
4. ～～～ ～～～ ・・・
IPSG.2 口頭試問・行動遵守を実施する
・出棟メモ運用１ヵ月後にスタッフ同士でペアになり、
病棟で正しい患者確認方法が取られているかを確認した
看護師、看護補助者、保育士、担当クラークを
対象とし、職場内に患者確認が根付くよう実施した
32

33/39

対策結果　患者の識別方法比較

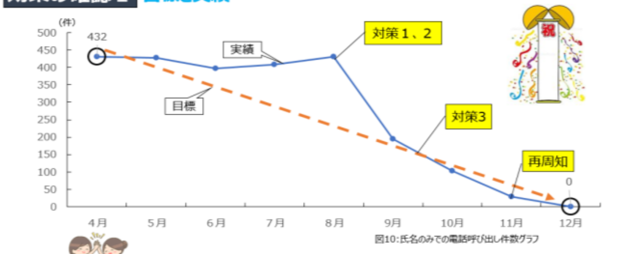


出棟メモ記載･復唱が根付いてきた

33

34/39

効果の確認１　目標と実績



目標が達成出来た！！

34

35/39

効果の確認２　取組前後の確認

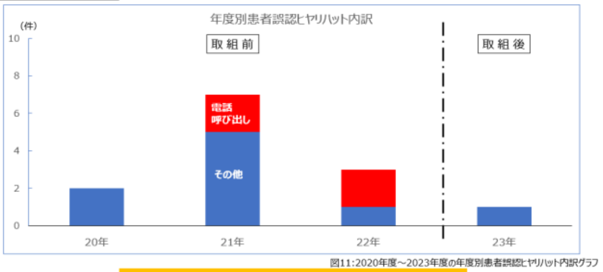


図11:2020年度～2023年度の年度別患者誤認ヒヤリハット内訳グラフ

電話呼び出しに関するヒヤリハット「０」

35

36/39

効果の確認３　無形効果

C７病棟スタッフ

患者確認を確実に行うことの意識が高まった！！
職場内に確実な患者確認と伝達方法が周知された！！

手術室スタッフ

患者確認に対する意識向上へ繋がった！！

子どもの名前を一緒に確認してくれるので、安心できました！

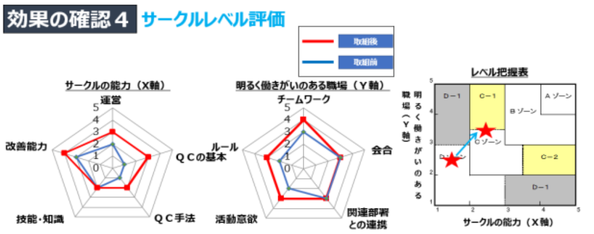
C7病棟入院患者の家族

～患者さんにより安全な医療・
看護をお届けしてると自負～

36

37/39

効果の確認４　サークルレベル評価



成長した言葉

サークル自体の成長、病棟、他職場を巻き込んだこと

チーム全体のランクアップだけでなく、個人としてもQC共有･協調性の素晴らしさに気づくことができた！
今後は更に別の病棟にもマニュアルを広めて行きたい

37

38/39

標準化と管理の定着

	何を	なぜ	誰が	いつ	どこで	どのように
標準化	出棟メモ用紙の見直し	正しい患者確認情報伝達を行う	安全検討委員	１回/半年	C7病棟	I/A内容の確認
	検査室から電話での呼び出しを受ける時	患者誤認を防止	課長 安全検討委員	6月までに	C7病棟 放射線部 臨床検査部	問題の共有 運用の協力依頼と周知
管理の定着	出棟メモ用紙運用状況の定点調査実施	ルール通り実施できているか確認	安全検討委員	１回/半年	C7病棟	使用した出棟メモ用紙を収集し記入内容を確認
	マニュアルの理解状況確認	正しい患者確認	安全検討委員	１回/半年	C7病棟	アンケートを実施
周知徹底	IPSG及び患者確認方法の学習会実施	IPSGの理解を深める患者確認の周知を行う	安全検討委員	１回/1年	C7病棟	病棟会 カンファレンスで学習会を企画する

取り組みの実施評価を行い、活動の継続と実施内容の見直し、修正、定着化を図っていく（SDCAサイクル）
放射線部･臨床検査部へ活動の水平展開をしていく

38

39/39

反省と今後の取り組み

ステップ	よかった点	悪かった点	今後の取り組み
テーマ選定 現状把握 目標設定	どの職場でも起こっているが解決が難しいテーマであったため、挑戦する気持ちで取り組んだ	現状把握でどのような内容や状況を抽出すればよいか整理するのに時間が掛かった	現状把握で見えたことを、他部署へも働きかけていく
要因解析	特性要因図を活用するのは初めてであったが、CQI推進委員に支援に入ってもらい進めることができた	特性要因図の解析が慣れておらず苦労した	なぜなぜを繰り返し真因の洗い出しができる、QC手法を今後も活用していきたい
対策の立案	５Ｗ１Ｈを明確にすることを意識して立案することができた	対策の優先順位を付けるのに迷った	感覚ではなく、コストや実現性、効果など客観的視点での評価をしながら立案していきたい
対策の実施 効果の確認	手術室スタッフにも周知をしたことで患者氏名(フルネーム)+患者IDを伝えてくれるようになった。患者･家族の安心感に繋がった	他部署に周知し定着するまで時間がかかった	手術室だけでなく、他部署への水平展開を行う
標準化と管理の定着	出棟メモの活用が定着した	ー	定点調査等、運用が定着しているかの確認を実施
運営面（総合）	運用方法が定まっていなかった業務についてマニュアルを制定することが出来た	業務改善の舵取りや集計はサークルメンバーが中心となるため、負担となった	手術室だけでなく、他部署への水平展開を行う

39

40