

日臨技医療安全ニュース

令和3年7月号 NO.8

「心電図電極付け間違い事例が繰り返し発生」さらに「インシデント報告が提出されない」某施設の対応

日臨技 医療安全委員会

医療安全ニュースNO.8刊行にあたって

委員長 根本 誠一

今回は「心電図電極付け間違い事例が2か月間に繰り返し4件発生」さらに「インシデント報告がなかなか提出されない」このような問題を抱える某病院 生理検査部門の実例をもとに考えていきます。これまでは要因を挙げ、それに対し対策を提示し、プロセスへ落とし込む。そのように構成していましたが、今回は某病院で取り組まれた実内容を含めてニュースが構成されていることをご承知おきください。事例の再発あるいは類似例が繰り返し発生する。つまり、原因に対する対策あるいは、これまで運用してきたシステムが機能していないこととなります。「AとBを取り間違えた」対策は「確認を徹底します」「ダブルチェックを行います」といった決意表明をインシデント報告に記載されている例を多く目にします。「確認を徹底する」それができていないからエラーが発生しています。「何故、確認できなかったのか?」「できていたことが、何故できなかったのか?」「やるべきことなのに、何故できなかったのか?」「やったはずなのに、何故できていなかったのか?」ここを突き詰める必要があります。そのためには、前号で述べた“マニュアル”が必須です。マニュアルは物事の組み立て、成果を得るための計画、目標達成のためのプロセス、目標達成のためのコミュニケーションなど「できていなければならないこと」が纏められています。マニュアルどおり実施されていた?照合手順は遵守されていた?前工程・本工程・後工程は正しく行われていた?ここの把握ができなければ「事例発生の原因」には辿り着けません。また、インシデント報告書も必須です。これには「出来事」が記載されます。どこの手順で発生し、マニュアルは遵守されていたのか、システムの欠陥を認識することができます。たくさんの項目をシステムティックに入力していくことは苦です。しかし、ここは堪えていただき入力をお願いします。インシデント報告は「犯人さがし」「咎める」「罰則」を目的とするものではありません(故意を除く)。皆さんの施設では再発、類似例の発生はありませんか。インシデント報告はなされているでしょうか。このニュースのコンセプトは「事例から学ぶ」「事例から気付く」「事例から築く」です。この施設では「インシデント報告」をもっと身近に感じられるよう「リスク簡単報告書」を導入しました。いつでも、だれでも、自分たちの周りで発生しているエラーに気付ける仕組みの構築です。導入後、驚くほどの成果を得ているそうです。成功例の提示ですから、ぜひ参考にしてください。当事者の心情、判断、就業状況・当時の場面・立場をインシデント、ヒヤリハット報告からは得ることができます。正しい判断・正しい行動の可否はこのようなシチュエーションによって左右されます。マニュアルはもちろんのこと、正しい判断、行動ができるシチュエーションは整っていますか。サウナでは

「水分を取る」「サウナに入る」「水風呂に入る」「休憩する」この一連を「整う」と呼ぶそうです。この一連を手順どおり行うだけでは真の“整う”を得ることはできない。手順の遵守は当たり前のことで、「手順×ルール×マナー」となったの“整う”!これこそが「サ道(サウナ道)」の極みとのこと。「検・サ道」も一緒だと思いませんか。次回は病理の事例となります。

1. 事例の概要

1)心電図電極付け間違い

- ・心電図の電極付け間違いが2か月で4件と何度も繰り返し発生
- ・スタッフ間ミーティングにおいて指差呼称、注意喚起の張り紙、検査後の波形確認の徹底を周知したが改善を認めず

2)インシデント報告が提出されない

- ・上司への報告はあるが、インシデント報告の提出がない。
- ・問題1のインシデント内容「事例:心電図の電極を付け間違えた、対策:確認をしっかりと行う
- ・インシデント報告の提出はあるが、概略が掴めず、何度も書き直しが必要であった。

2. 背景

- ・心電図電極確認法

胸部電極:「ア(赤)キ(黄)ミ(緑)チャ(茶)ンクロ(黒)ムラサキ(紫)」と指差呼称



四肢電極:「ア(赤)キ(黄)ヨシク(黒)ミ(緑)コ」と指差呼称

波形確認:特にaVR誘導波形反転の有無

- ・胸部電極は黒と紫、四肢電極は赤と黄色、黒と緑の付け間違いであった
- ・予約患者が多い火曜日の午前中に発生
- ・中待合で検査待ちしている多くの予約患者(すぐ近くに次の患者がいる)
- ・火曜日午前中は通常より焦った状態で検査を実施している



3. 考えられる事例の発生の要因

- ・中待合にいる検査待ちの患者の存在→検査担当者に“焦り”を生じさせた
- ・予約患者の検査待ちが多く「予約時間を守る」「ノルマ達成」を優先した
- ・「電極装着時の指差呼称」「記録前・後の波形確認」「電極脱着時の指差呼称」が正しく実施されていない(電極・波形を見るだけ→照合ではない)
- ・波形確認は不整脈、ST変化、病的変化の発見に意識を向けていた

4. 発生要因への対応

- ・生理検査室内の中待合を廃止、外待合とした→検査担当者が目の前の患者へ注力できる環境
- ・「電極を装着・脱着時の正しい電極位置」「記録前後の反転波形の有無」の照合手順(指差呼称)の再評価、照合手順の有効性評価、再評価照合手順の導入・実行
電極→「赤ヨシツ」「黄ヨシツ」「緑ヨシツ」「茶ヨシツ」「黒ヨシツ」「紫ヨシツ」
波形→aVR誘導「波形反転なし。ヨシツ」
- ・「電極は正しい装着」「aVR・他誘導の波形は正しい」を照合(認証)できなければ測定(次の工程)へ進めてはいけない運用とした

5. プロセスの検証

心電図の電極付け間違いはどこの施設でも起こりうる事例です。この施設のスタッフは正しい電極の装着、正しい波形を判断する知識はありました。それでも再発、類似例が発生してしまう。これまでの対策では防止できない。本来の原因に辿り着いていない。このことに気付く必要があります。中待合で検査を待つ多くの患者の存在によって“焦り”が“これまで(いつも)できていたこと”を妨げ”電極付け間違い”へと導いたようです。“焦り”が一要因であることに、なかなか気づくことが出来ず、電極の付け間違いが繰り返し発生しました。心電図検査マニュアルに電極装着時の照合、測定前の波形の照合の不備も要因となります。何故、この要因に気付けなかったのでしょうか。

「提出されないインシデント報告」への取り組み

この施設の臨床検査部門では「提出されないインシデント報告」この問題を抱えていました。「怒られそう」「また書いている」「書き方が分からない」「時間がかかるため後回しにする」と提出されない理由は様々です。そんな時、スタッフの一人が日臨技医療安全管理者養成講習会に参加しました。そこで学んだことを基に「日時(いつ)、事例(どんなこと)、経過(どうした、どうなった(結果)、気付き、記入者名)」を記載する「リスク簡単報告書」を作成しました。多様な業務の合間に誰でも手軽に記載できるように、すぐに手の届く壁へ掲示しています。「簡単、気楽、書きやすい」をインシデント報告の3Kとしてスタッフ間に浸透させインシデントをはじめ今まで見過ごされてきた多くのヒヤリハットを拾い上げることに成功しました。リスク簡単報告書を導入してから2年が経過、「電極取り違い」の再発は認められていません。インシデント報告件数はリスク簡単報告書導入前、年間9件、導入後は年間30件と約3倍に増加しました。「3Kリスク簡単報告書」の導入により、インシデント報告に対する負のイメージを取り除くことができたと思われれます。中待合から外待合に運用を変更することによって

- ・「これまでできていたこと」「やるべきこと」を“焦ることなく”実践できている
- ・「焦っている時こそ、いつもどおりのことを！」照合の抜けが無くなった
- ・照合時の「赤ヨシツ」「黄ヨシツ」「紫ヨオ～シ」を恥ずかしくなく発声できる
- ・「やるべきこと」が明確となった

これらの成果を得られたと報告を受けました。

リスク簡単報告書					
いつ	どんなこと	どうした・どうなった	気付いたこと	報告者	確認

* 本事例の「リスク簡単報告書」は平成26年度医療安全管理者養成研修会 岡本由美先生のご講演を参考に作成したものです。