

【シンポジウム】

MRMに関する調査報告

日本赤十字社医療センター

村 上 康 弘 技 師

シンポジウム

検査部のリスクマネジメント 実態調査報告

MRMに関する調査報告

日本赤十字社臨床衛生検査技師会

日本赤十字社医療センター 村上 康弘

お詫び

調査決定の後、配布までの時間がありませんでした。設問の不備、解答欄の不備、締め切り日の未記載などがありました。
この場を借りまして深くお詫び申し上げます。

MRMとはなにか

リスクマネジメントの重要性 4つの要素

- その定義の認識
- 危機管理の意識の欠落
- 現状認識→リスクの洗い出し
- 事業の安定的な継続

定義

- リスクがもたらす損失を予防するための対策
- もしも損失が発生した場合の事後処理対策



- 効果的、効率的にその対策を講じることによる事業の継続、安定的発展を確保する手法



Medical Risk Management
(M R M)

危機意識の欠落

- ・ 経営者、各部門管理者またはスタッフがリスクの存在を認識しない
- ・ 部門間の横のつながりが弱い(無い)
セクショナリズム、コミュニケーションの欠如
- ・ リスクをコストとして認識しない

現状認識→リスクの洗い出し

- ・ 現状の把握
洗い出しをする負担
- ・ リスクの洗い出し
どのような問題が発生(発覚)しているか
解析する負担

事業の安定的な継続

例

マニュアルや器械のマニュアルの存在と
予防策への対応(理解と訓練)
リスクマネージャーの養成

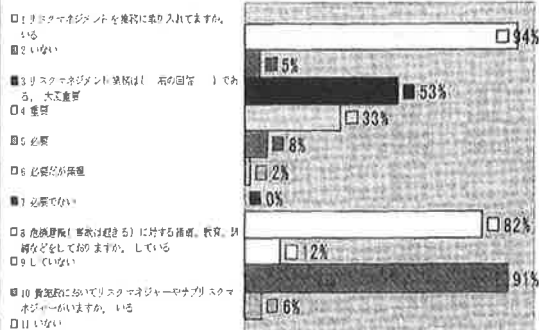


従事するスタッフの認識と理解が前提
(検査部→生き残り作戦として重要)

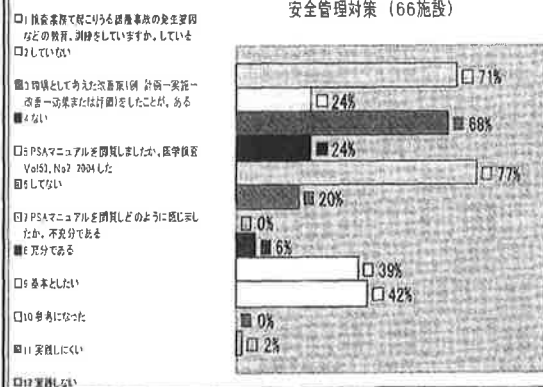
アンケート調査内容

回収率は66施設69.5%

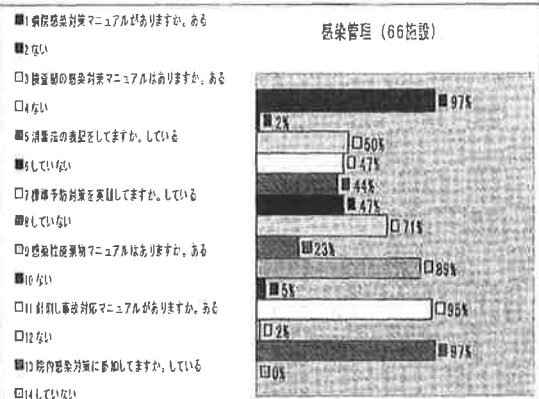
危機管理 (66施設)



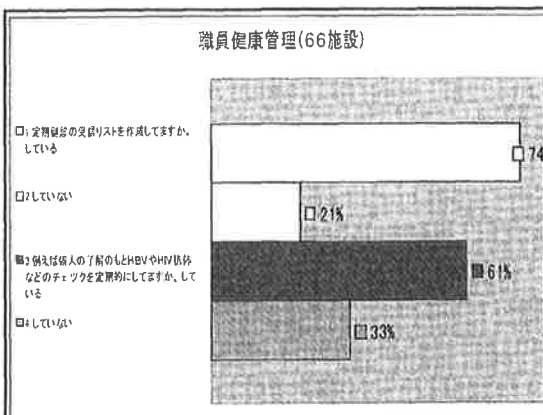
安全管理対策 (66施設)



感染管理 (66施設)

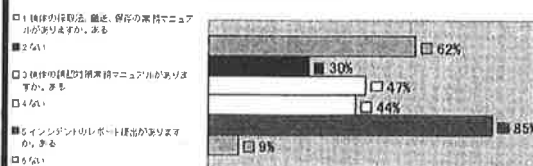


職員健康管理 (66施設)



検体検査部門

検体検査(66施設)



インシデントレポート



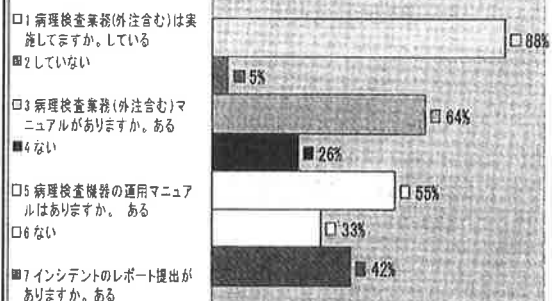
検体検査(1)

受付 結果 採入、転記ミス、入力ミス	25
レベルの貼り間違い(採血管含む)	19
患者の取り間違い(同姓同名含む)(採血管含む)	18
検体管理ミス(採管、管種)	8
検体の取り違い	7
検体の片欠、破損(遠心管含む)	7
採血後(時)のクレーム(痛み、腫れ、手汗の付着)	7
採血量の不足	4
採取容器の間違い	4
パニック時の搬送	4
確認ミス	3
検体提出方法の不備	3
採血(検査項目)の取り間違い	3
採血取り遅れ	3
結果の遅延(緊急検査含む)	2
ラベルの読み取り間違い	2
思い込みによる取り違い	1
検体搬送によるデータ不正確認 報告	1

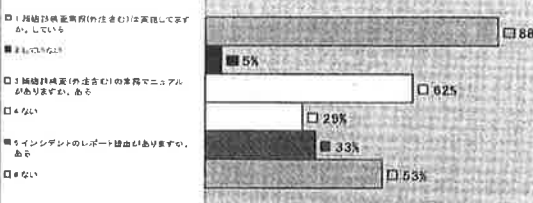
検体検査(2)

共有検体の廃棄	1
検査結果の貼り違い	1
結果のオーダー間違い	1
検体搬送の見落とし	1
検体不良による検査(見直し)	1
採血管内での患者転倒	1
採血直後の患者の異常	1
採血部位の消毒が不十分	1
システムトラブルによる結果の遅延	1
検体ミス	1
点検時から採取 抗凝固剤混入	1
検定法の不備	1
患者の採血	1
運送による検査結果の遅延	1
検体ミス	1

病理検査(66施設)



細胞診(66施設)

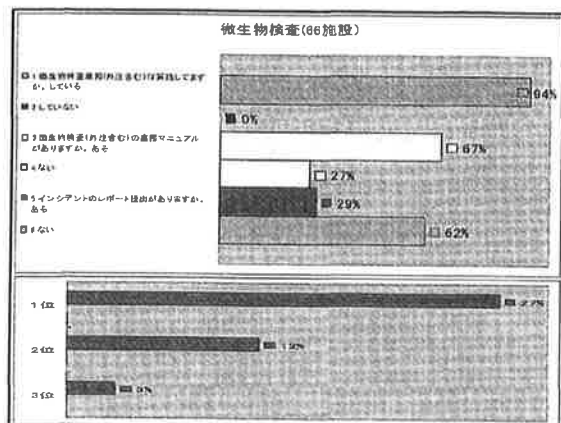


病理細胞診(1)

スライドグラフ、検体のラベル貼り間違い(転記ミス含む)	1
検体管理ミス	5
検体紛失	5
検体の取り違い(番号含む)	4
固定の不備	4
検体管理ミス	3
処理中のトラブルによる搬出、所属、転送になった	3
異常細胞の見落とし	2
受付時のID入力ミス	2
検体の処理ミス(搬出方法を含む)	2
採取量の不足	2
細胞診病理検査室共有検体の廃棄	2
検体を誤って廃棄	2
病理検査の搬入ミス	2

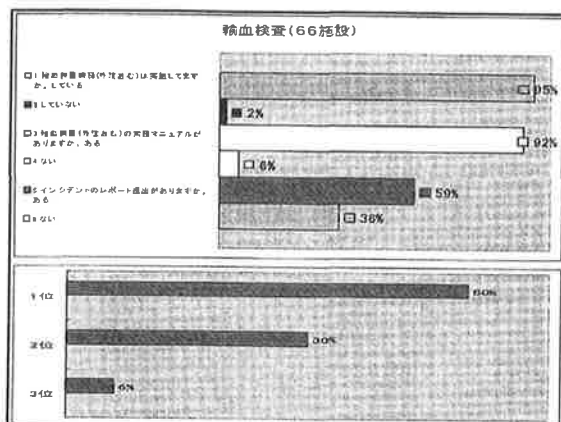
病理細胞診(2)

患者氏名の記載ミス	2
採取部位と伝票の不一致	1
細胞診検体のキャリーオーバー	1
細胞診の結果報告	1
検体の取り違い	1
染色のミス	1
細胞診検体の凍結	1
患者の取り違い、同姓同名患者含む	1
追加検体ミス	1
検査結果の誤認	1
必要な組織切片の廃棄	1
固定中に小さい材料が不明	1
ミスによる製備	1
検体紛失、目的の記載ミス	1



微生物検査

検査ミス、転記、記入ミス	9
患者名の記入ミス	4
オーダーミス(見間違い含む)	3
検査結果の解釈の誤り(迅速検査含む)	2
結果の誤報告	2
検査結果を患者様へ誤って伝えられた	1
結果の遅延	1
手技的ミス	1
培養箱との共有誤作動	1
検出検体の室温放置	1
検体の放置、廃棄忘れ	1
検体の取り違い	1
患者名と検体が合わない	1
検体とオーダーの間違い	1
電話報告での聞き違い	1
材料の乾燥	1
染色法のミスによる誤判定	1
感受性ディスクのオーダー見落とし	1

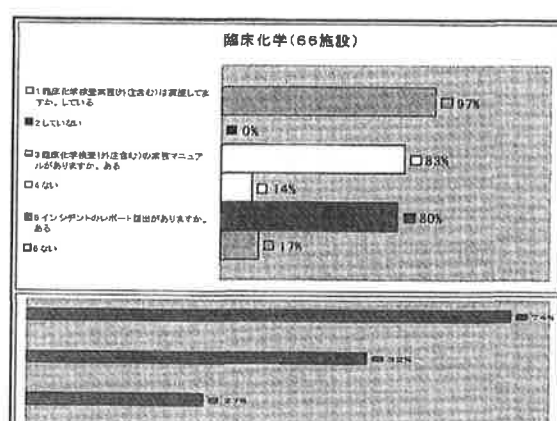
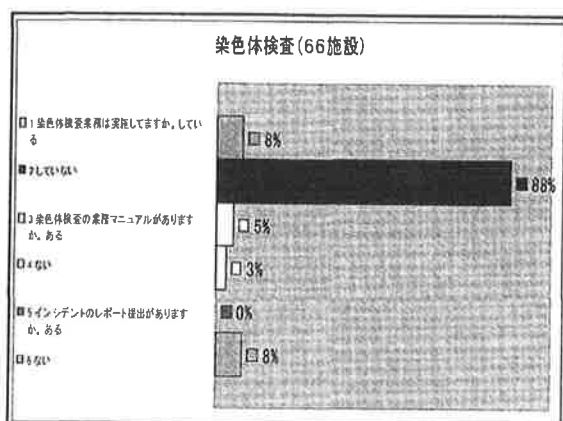
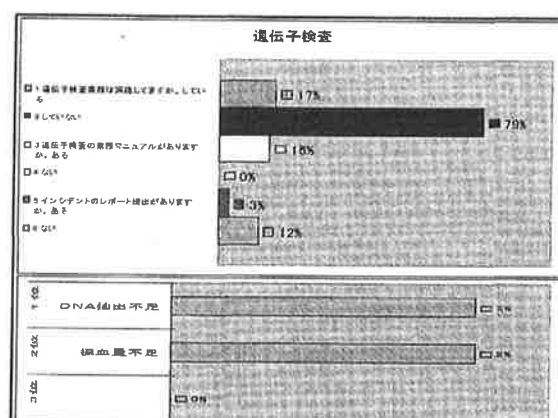


輸血検査(1)

血清型の入力ミス(誤報告含む)	8
血清型の誤記ミス	7
製剤の出庫後に保存状態悪く廃棄(出庫後含む)	4
製剤の誤送ミス(払い出し含む)	4
オーダーミス(事務的ミス)	2
血清型の誤記ミス(特定含む)	3
検査結果台帳の誤記入	3
検査結果の単位を間違えた	3
依頼書の記入ミス、結果入力ミス	2
血液型判定、交差適合試験誤作ミス	2
検体取り違い	2
製剤保存庫のドアの開け忘れ	2
表記、転記、入力ミス	2
薬剤部、病棟との連絡ミス	2
検査結果の返品	2
CPUソフト異常による血型表示異常	1
IR-MAPへの二重印刷	1

輸血検査(2)

> 経験者、たまに誤差で廃棄	1
異型輸血	1
簡便ラベルと簡便使用の簡便に誤差	1
簡便使用の簡便	1
血液一時的に共有検体を先に血液型から廃棄	1
検体貯蔵による検体の誤差	1
検査の簡便	1
自己血の管理誤差	1
チューブの誤差	1
適合薬の誤差	1
特殊血液検査のデータが突然にある	1
パイロットの入力	1
保管庫の誤差	1
夜間緊急時の在庫不足	1
検査バックアップミス	1
検査結果(検査部)の誤差不足含む	1
検査結果のバーコード管理異常	1
予定外在庫による再発注	1



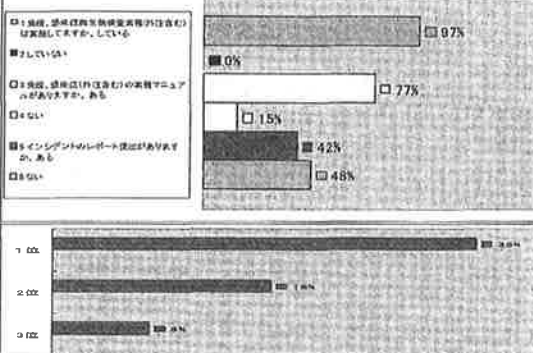
臨床化学(1)

入力ミス(受付、結果)	26
パニック値の見落とし	12
検体の取り違い(分注時含む)	10
ラベルの貼り間違い	7
検体のコンテナなど 送達不良	6
確認ミス	6
検体提出管理ミス	5
検査結果、緊急検査報告の遅れ	5
判定誤り	4
PCのソフト故障(誤報告、結果送達も含む)	3
到着確認せず分注箱に入れ間違えた	3
PCの取り間違いを認識せずミスした入力ミス	2
検体の取り違いミス	2
検体保存の不備	2
試薬メンテナンスミス	2

臨床化学(2)

手技的ミス(分析機の操作ミス含む)	2
パニック値の見過り	2
オーダーの見落とし	1
間違い込み	1
患者確認ラベル	1
検体破損	1
検体の位置	1
採血部位のミス	1
採血量不足	1
指示表と検体名が異なっている	1
処理ミス	1
追加検査のラベル貼り間違い	1
検定ミス	1
不注意	1
不適切検査を測定	1

免疫、感染症検査(66施設)



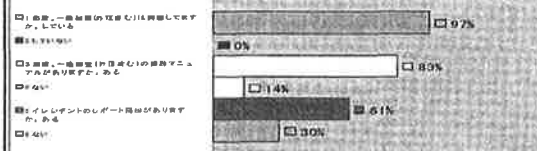
免疫、感染症検査(1)

入力ミス(受付、結果含む)	10
パニック値の見過り	5
検体の取り違い(容器など)	4
患者の間違い	2
検体の優先順位 誤検(送心中含む)	2
検体の取り違いミス	2
設備および試薬メンテナンスのミス	2
検定ミス	2
確認ミス	2
判定ミス	1
不注意	1
処理ミス	1
抗体陽性率を陰性と報告(データ確認の遅れによる)	1

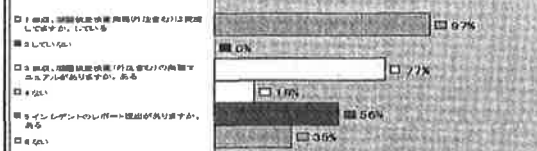
免疫、感染症検査(2)

報告の遅延	1
検体提出管理ミス	1
手技的ミス	1
高感度検査	1
コンタミによる誤結果報告	1
検体提出管理ミス	1
感染症患者を見逃す	1
追加検査のラベル貼り間違い	1
ラベルの貼り間違い	1
HIV入力値HIVコアに入力ミス	1
不適切検査を測定	1

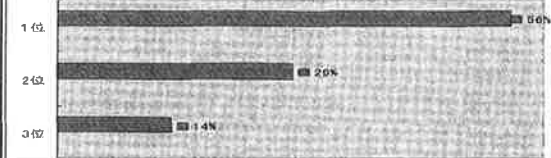
血液一般



血液、凝固



血液、凝固

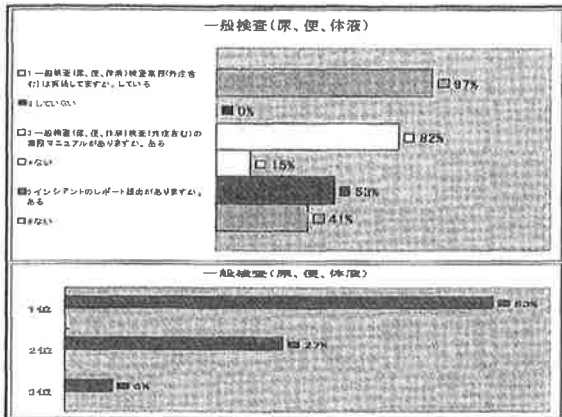


血液一般、凝固(1)

受付、結果、判定、入力ミス	12
検体提出管理ミス	10
手技的ミス	7
確認ミス	4
パニック値の見過り	3
患者の間違い(分注時含む)	3
到着確認せず分注箱に入れ間違えた	3
血液凝固検査に不要なラベル(容器など)	2
検査結果を誤った	2

血液一般、血液凝固検査(2)

ラベル貼り間違い(追加検査含む)	2
患者および試薬メンテナンスのミス	2
検体の優先順位 誤検(送心中含む)	1
検体の取り違い	1
検体の位置	1
採血部位のミス	1
採血量不足	1
指示表と検体名が異なっている	1
処理ミス	1
判定ミス	1
不注意	1
不適切検査を測定	1
結果の遅延	1
到着確認せず分注箱に入れ間違えた	1
到着確認せず分注箱に入れ間違えた	1
到着確認せず分注箱に入れ間違えた	1

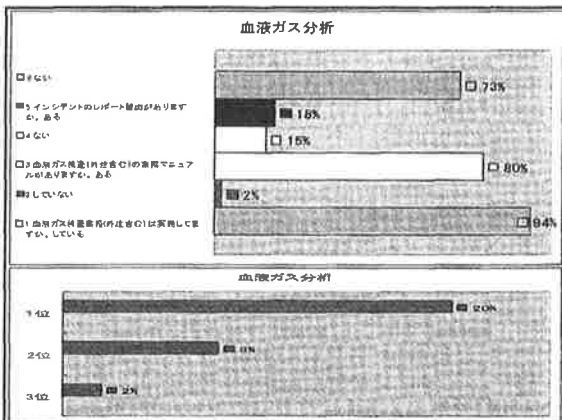
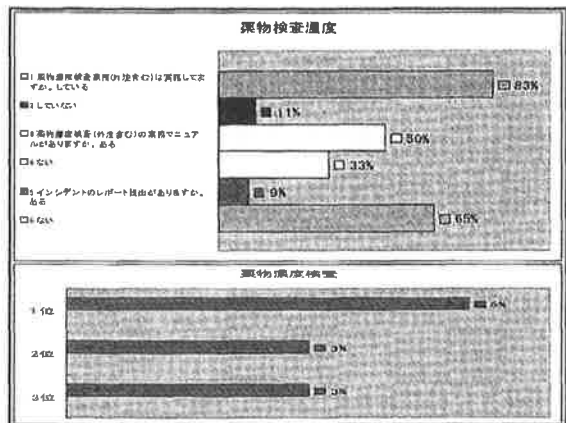


一般検査(1)

項目	割合
尿、尿、尿、尿、尿	14
尿の取り違え(氏名が異なる)	11
尿の取り違え	3
尿の取り違え	3
尿の取り違え	2
尿の取り違え	2
尿の取り違え	2
尿の取り違え	2
尿の取り違え	2
尿の取り違え	1

一般検査(2)

項目	割合
緊急検査がなくなった	1
測定機器の操作ミス	1
抽吸時の共有検査を廃棄	1
尿白濁の検査の不備	1
尿検査の系記帳	1
尿として検出された尿が水であった	1
尿の検出ミス	1
パニック時の常通り	1
尿検査の検出ミス	1
不向き	1
測定値の分岐異常	1
別患者の容積を測した	1

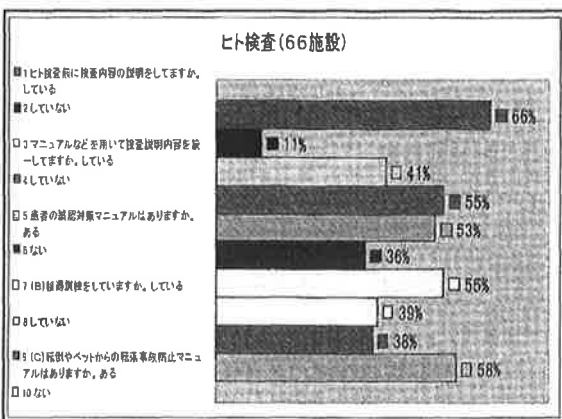


尿物検査温度

項目	割合
尿物検査温度	2
パニック時の常通り	1
尿の取り違え	1
尿の取り違え	1

血液ガス

項目	割合
尿物の放置	4
尿物の放置	2
測定値の不備	2
尿物検査による尿物の誤差	1
尿物検査を忘れた	1
尿物の氏名を誤認し出す	1
尿物検査の検出	1
尿物検査により尿物の誤差	1
尿物検査で検出ミス	1
尿物検査の検出ミス	1
尿物検査の検出ミス	1
尿物検査の検出ミス	1



検査内容	状況	率	マニュアルが有	マニュアルが有
(D)呼吸機能検査	していない	9%		
	している	89%	20%	12%
(E)基礎代謝検査	していない	56%		
	している	42%	14%	11%
(F)超音波検査	していない	2%		
	している	94%	21%	12%
(G)心電図検査	していない	2%		
	している	91%	21%	12%
(H)心電図検査	していない	47%		
	している	50%	14%	11%
(I)脳波検査	していない	8%		
	している	83%	15%	14%
(J)無呼吸睡眠呼吸検査	していない	50%		
	している	42%	16%	16%

検査内容	状況	年	マニュアルが有	無マニュアル有
(k)脈波検査	していない	24%		
(l)筋電図検査	している	70%	20%	11%
(m)筋電図検査	していない	24%		
(n)熱画像検査	していない	68%	21%	9%
(o)脳気共鳴画像検査	している	73%		
(p)重心動揺検査	していない	21%	12%	12%
(q)重心動揺検査	している	6%	14%	14%
(r)聴力検査	していない	68%		
(s)聴力検査	している	30%	14%	12%
(t)聴力検査	していない	33%		
(u)聴力検査	している	65%	16%	15%
(v)聴力検査(無聴覚)	していない	59%		
(w)聴力検査(無聴覚)	している	38%	17%	12%

ヒト検査インシデント	
1位	患者間違い(同姓、同名含む) 100%
2位	転倒 80%
3位	電線の付け間違い 20%
4位	電線の付け間違い 10%
5位	電線の付け間違い 5%

ヒト検査 (1)	
患者間違い(同姓、同名含む)	20
転倒	13
電線の付け間違い	8
記入、データ入力ミス(ID登録含む)	5
搬送トラブル	4

ヒト検査 (2)	
オクターと異なる生理検査を実施	3
患者名入力ミス	3
心電図結果の読み間違い	3
ホルター心電計の故障	3
設備の故障	2
心エコー患者の呼吸、心停止	2
説明不足	2
測定ミス	2
他の生理検査未終了ミス	2
入力ミスによる報告	2
報告ミス(患者の取り違い)	2
待ち時間が長い	2
TBの可能性ある患者の肺機能検査	1

ヒト検査 (3)	
アース不良のまま心電図検査実施	1
受けミスにより患者を長時間待たせた	1
結果の読み間違い	1
結果報告患者間違い(同姓、同名含む)	1
呼吸器機能センサーの消毒剤汚染不足	1
誤報告	1
スタッフ間の連絡ミス	1
電極での皮膚損傷	1
トレッドミル機器誤動作	1
針刺し	1
報告書紛失	1
予約時間に検査が出来なかった	1
負荷心電図の負荷量を誤る	1

まとめ

- ・回収率は95施設中66施設69. 5%
- ・小規模施設においてマネジメント活動能力が低い傾向に感じられた。
- ・インシデントレポートで入力操作、患者の間違い事例が強調されていた。
- ・各検査分野でより詳細な分析、対策の重要性を感じた。