



公益財団法人 日本医療機能評価機構

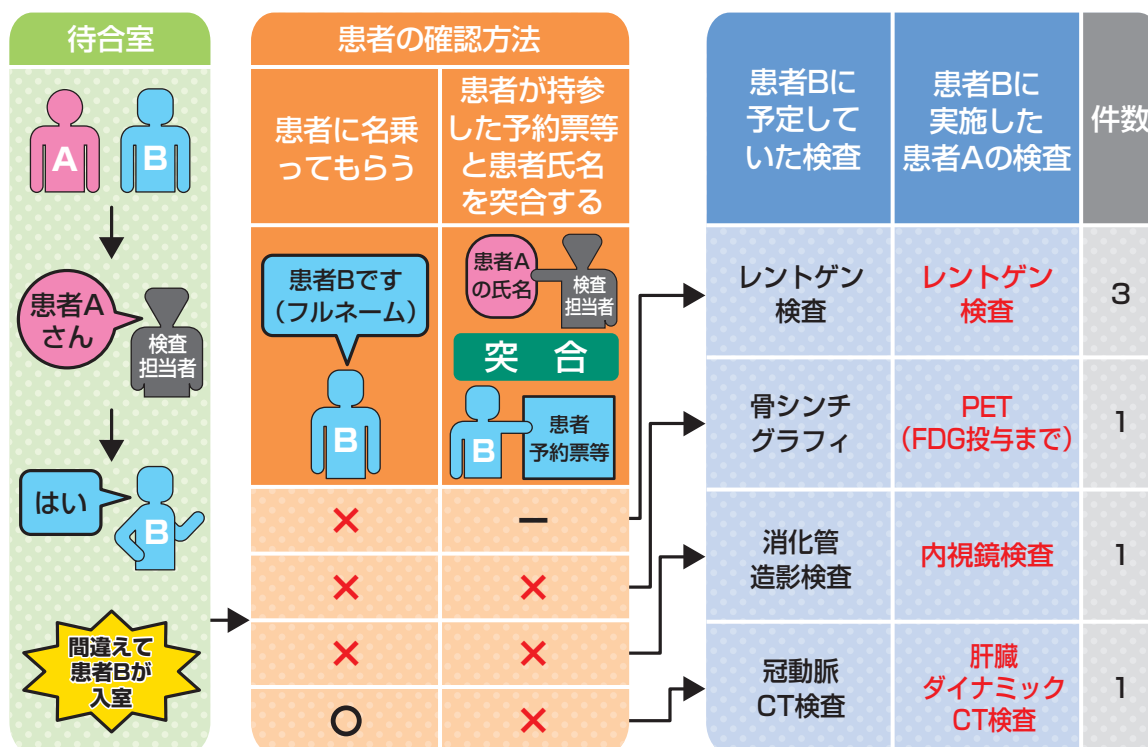
医療事故情報収集等事業

医療
安全情報放射線検査での
患者取り違い

No.73 2012年12月

放射線検査での患者氏名の確認が不十分であったため、患者を取り違えて検査が行われた事例が6件報告されています(集計期間:2008年1月1日～2012年10月31日、第19回報告書「個別のテーマの検討状況」(P131)に一部を掲載)。

放射線検査での患者氏名の確認が不十分であったため、違う患者が入室したにもかかわらず、そのまま検査が行われた事例が報告されています。



※「○」は、行う取り決めがあり、守ったもの
「×」は、行う取り決めがあったが、守らなかったもの
「—」は、行うと取り決めていなかったもの

放射線検査での患者取り違い

事例 1

レントゲン撮影を行うため、診療放射線技師は患者を名字のみで呼び入れた。その際、患者自身に氏名を名乗ってもらうことになっているが、確認しなかった。そのため、患者Aと患者Bを取り違えて、胸部レントゲンを撮影した。

事例 2

PET検査のFDGを投与するため、研修医が患者Aの氏名を呼んだところ、骨シンチ後に廊下で待機していた患者Bが注射室に入室した。注射室に呼び入れた際は、患者が持参する予約票、問診票を確認したうえで、患者に氏名を名乗ってもらうことになっているが、研修医はその手順を踏まずに患者Aの氏名を口頭で呼び、患者Bが肯いたので準備を始めた。指導医は研修医が決められた手順で確認した患者Aだと思い、患者BにFDGを投与した。FDG投与後に患者Bに問診票の提示を求めたところ、違う患者であることがわかった。

◆FDG:放射性医薬品基準フルデオキシグルコース注射液

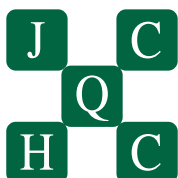
事例が発生した医療機関の取り組み

- ・必ず患者自身に氏名を名乗ってもらう。
 - ・院内で取り決めた放射線検査時の患者の確認方法を徹底する。
- 例) ・患者が持参した予約票や問診票などを確認する。
・検査種別ごとの色分けカードを作成し、患者に渡す。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
<http://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.jcqhc.or.jp/>