

【4】患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関連した医療事故

平成18年4月1日から平成18年6月30日の間に報告された医療事故事例のうち、患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関連した事例は9件であった。

(1) 患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関連した医療事故の現状

本報告書において分析対象とした医療事故の概要は図表Ⅲ-14の通りである。

患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関連した医療事故の発生状況を、取り違えの種類で「患者取り違え」、「部位間違い」、「左右間違い」の3つに分類し縦軸に、発生場面を「検査」、「手術」、「治療・処置」、「その他」の4つに分類し横軸としたマトリックス表として整理した(図表Ⅲ-15)。さらに取り違えの種類を、報告様式の「発生要因」のコード選択により整理した(図表Ⅲ-16)。

① 検査の場面

検査の場面での事例は0件であった。

② 手術の場面

手術の場面での医療事故事例は3件であった。

そのうち患者取り違えは、隣の患者の輸血を間違えて手術室へ搬送し、結果的に異型輸血をした事例1件であった。部位の間違いは、椎間の部位間違い1件であった。左右間違いは、手術部位のマーキングの左右間違いが1件であった。

③ 治療・処置の場面

治療・処置の場面での事例は6件であった。そのうち患者取り違えは4件であり、これらはすべて薬剤投与に関する事例であった。そのうち2件は複数の患者の薬剤が同じトレイに置かれていたことから、他の患者の薬剤を投与してしまった事例であった。部位間違いは、複数のチューブの位置と記載された名称の部位間違い1件、処置部位の左右間違い1件が報告された。

④ その他の場面

その他の場面での医療事故事例は0件であった。

(2) 患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第18回ヒヤリ・ハット事例収集^(注1)において報告された患者取り違え、手術・処置部位の間違い報告事例455件の分析を行った。

(注1) 第1回～17回 ヒヤリ・ハット事例収集に関しては5～6頁参照。

医療事故と同様の分類を行いマトリックス表として整理した（図表Ⅲ - 17）。

取り違えの種類は、患者取り違えが最も多く401件であった。

発生場面では、検査の場面でのヒヤリ・ハット事例が197件、治療・処置の場面が167件、手術の場面が22件、その他の場面が69件であった。

本報告書では第18回ヒヤリ・ハット事例収集において報告された患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関連した記述情報455件のうち主な事例133件を図表Ⅲ - 18に示す。

図表Ⅲ - 1 4 患者取り違え、手術・処置部位に関連した医療事故の事例概要^(注)

番号	発生場面	事故の程度	事例概要
【患者取り違え 5件】			
1	手術	障害残存 (高い)	隣の患者の輸血を間違えて手術室へ搬送し、ダブルチェックをしないまま受け渡し輸血をした。他の患者に対する血液指示の明示がなく当該患者の血液とってしまった。
2	治療・処置	障害残存 (低い)	化学療法中の患者のトレイに紛れ込んだ他の患者の薬剤を注入。禁忌薬剤であった。マニュアルに従って患者氏名のついた専用トレイを使用しベッドサイドで確認していた。他の患者のトレイを確認した際にシリンジを誤って当該患者のトレイに置いてしまったことに気付かないままであった。
3	治療・処置	障害残存 (低い)	昼の内服薬を胃管から注入しようとした際、同じトレイに置いてあった他患者の内服薬を誤って注入。薬杯に移した際に他の患者と区別して置かなかった事が取り違いの原因と考える。
4	治療・処置	障害残存 (低い)	点滴液の患者間違い。
5	治療・処置	障害残存 (低い)	救急外来で同じような症状の患者 A,B が同時に収容され、同じ医師が診察し指示を出した。看護師は発行された注射指示箋を B に実施したが、A の注射指示箋であった。看護師の役割分担が明確でなく他の業務と同時に進行していた。注射指示箋の確認不足。
【部位間違い 2件】			
6	手術	不明	分離すべり症で手術を受けた患者。本来手術する予定でなかった部位（1椎間下位）を開けて手術を行った。1椎間の手術予定が2椎間となった。当院勤務の経験が浅かった。確認不足、情報共有化不足、患者状態把握不足。
7	治療・処置	障害残存 (低い)	手術後、3箇所へ各1本ずつドレーンを挿入していた。後日2本のドレーンを抜いたが、レントゲンで患者の体内に抜くべきドレーンが残っていた。エバキュエースへの部位の記載間違い。エバキュエースの記載方法やドレーンチューブの記載を誰がどこで行うかのルールが不備であった。
【左右間違い 2件】			
8	手術	障害残存 (高い)	脳室腹腔シャント術で手術室で右側をマーキングし開頭した。脳所見で左右の間違いに気付いた。
9	治療・処置	障害残存 (低い)	外来にて胸部 X-P で左側胸水を確認したが、右側より穿刺を開始した。様子を見にやってきた他医が穿刺部位が反対側（右側）であることに気づき、ただちに手技を中止させた。まったくの勘違いでエコー検査・穿刺を行った。

(注)「事故概要」は、記述情報として報告された「事故の内容」及び「事故の背景・要因」を要約したものである。

図表Ⅲ - 15 患者取り違え、手術・部位の間違いに関連した医療事故事例の発生状況

	患者取り違え	部位間違い	左右間違い	合計
検査	0	0	0	0
手術	1	1	1	3
治療・処置	4	1	1	6
その他	0	0	0	0
合計	5	2	2	9

図表Ⅲ - 16 患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関連した「発生要因」

※報告様式(注)の「発生要因」のコード選択より分析

発生要因 ^(注)	取り違えの種類		
	患者取り違え	部位間違い	左右間違い
確認を怠った	8	2	4
観察を怠った	1	0	1
判断を誤った	0	4	1
知識が不足していた	0	0	0
技術・手技が未熟だった	0	0	0
報告が遅れた	1	0	0
通常とは異なる身体的条件下にあった	0	0	0
通常とは異なる心理的条件下にあった	0	0	1
システムに問題があった	1	0	0
連携が出来ていなかった	1	1	1
記録などの不備	0	0	0
患者の外見・姓名が似ていた	0	0	0
勤務状況が繁忙だった	1	0	1
環境に問題があった	0	0	0
医薬品の問題	0	0	0
医療機器の問題	1	0	0
諸物品の問題	0	0	0
施設・設備の問題	0	0	0
教育・訓練に問題があった	1	0	1
説明不足	0	0	0
その他	3	1	1
合計	18	8	11

(注)「発生要因」複数回答が可能である。

図表Ⅲ - 17 患者取り違え、手術・部位の間違いに関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

	患者取り違え	部位間違い	左右間違い	合計
検査	166	11	20	197
手術	11	1	10	22
治療・処置	155	2	10	167
その他	69	0	0	69
合計	401	14	40	455

図表Ⅲ - 18 ヒヤリ・ハット事例 記述情報 (患者取り違い、手術・処置部位の間違い)

No.	具体的内容	背景・要因
【検査での患者取り違い 40件】 他類似事例 126件		
1	ポータブル撮影のため未熟児室へ入った。同じ部屋で2人の撮影があり、名前が入れ違った。未熟児室から名前と写真が違うと連絡が入った。名前を直して、写真をプリントし、未熟児室へ送った。	電子カルテで初めてのポータブル撮影で、操作に慣れていなかった。どの患児も、みんな同じに見える。訓練が足りていなかった。確認を十分に行わなかった。
2	病室撮影で似た名前の患者が隣同士となっており、両患者を撮影した時に氏名の登録間違いが起こった。患者氏名の登録間違いに気付かず現像処理し、フィルムを提出した。撮影翌日に、患者氏名の登録間違いを主治医より指摘された。過去に撮影したフィルムを参照、比較し、氏名登録間違いが発生したことを確認後、正しい氏名に訂正した。	思い込み。不注意。スタッフ間の意思疎通、連絡が不十分であった。
3	胃癌検診に母娘が同日に来院し、続けて検査を実施した。検査所見を記載中、母と娘を間違えて記載していることに気づき、新しい所見用紙に記載したがこの時も母と娘とを間違えていた。結果送付で指摘され判明した。	確認のルール確立（レントゲン技師が横で一緒に確認する）。
4	看護師が、入院患者を検査のため搬送しようと病室に行ったところ不在であった。廊下で会った同室の患者を本人と勘違いし、放射線検査に誘導し、検査室でも氏名確認を怠り、別人に対してレントゲン撮影を実施した。	看護師が確認をしっかりとしないまま、同室患者を勘違いして誘導した。また、放射線検査室でも病棟看護師が連れて来たことで信用し、本人確認を怠った。
5	ホルター心電図のオーダー用紙を記載する時に、生理検査室で直接記入した。診察券、カルテがその場になく主治医がパソコン画面の漢字記載氏名とIDを見て記入した。オーダー用紙の記載は、カナ記載であったため本来の読みと違う読みの名前で記載してしまった。IDと名前が違うことにより発見された。	記載の際に診察券（エンボスカード）を使用しなかった。ルールを守らなかった。
6	外来診察時、A患者の診察終了後、トレッドミル検査が入力されていないことに外来看護師が気付いた。次の患者の診察終了後に医師に伝え、医師は同姓のB患者で入力していた。看護師は事務に力を依頼したが、その際、患者名を確認しなかった。入力後、看護師は患者と共に検査予約用紙を見ながら検査の説明をしたが、患者名が違うことに気付かなかった。検査当日、A患者が生理検査室にて受付すると、予約が入っておらず、予約票のID番号と氏名がB患者であると気付いた。	医師が姓だけの確認しか行わなかった。看護師も名前まで確認しないで予約票を渡してしまった。

No.	具体的内容	背景・要因
7	放射線科医師が形成外科A患者のCTレポートを作成した後、画面上終了せずに再びA患者の画面にB患者のCT所見を入力し、出力、印刷してしまった。B患者のCTフィルムにこの所見用紙をつけCT袋と一緒に入れて形成外科に返却した。形成外科受付にてB患者のCT袋内にA患者のCT報告書を発見した。A患者のCT袋内にA患者のCT報告書が入っており、内容が違う為どちらかが間違ったレポートであると考え、医師に報告した。	A患者の読影終了時に、画面終了をしなかったこと。
8	心臓カテーテル検査後、データ保存(CD)をして診療科医師に提出を行っているが、CDラベル印刷時に他の患者の名前を印刷し渡してしまった。医師が検査結果を確認しようとしたところ、名前がデータの中にある名前と違っているのに気が付いた。	業務手順、ルール、チェックの仕組みの問題点。
9	頭部CT造影検査のある患者を検査室に連れて来てほしいとの連絡を受けた看護師は、看護助手に「本日あなたの検査」(その患者の検査の予定)とカルテを渡し、輸送を依頼した。看護助手は、同姓患者があることを知らず、本来CTを受ける患者ではない人を輸送。CT室の看護師は、姓のみを確認し、造影剤の点滴を開始。放射線技師も姓のみしか確認せず、頭部CT造影を終了した。病室に戻り患者誤認であることが発覚した。間違ってCT造影を受けた人は透析患者であった。	確認不足。珍しい姓なので同姓の人がいるとは思わなかった。他にもCT造影を待つ患者があり、焦っていた。放射線(CT室)担当は、1週間で不慣れ、業務がスムーズに進まなかった。検査の説明がしっかりとできていない。
10	A氏のMRI検査実施。同日14時頃B氏のMRI検査実施。時刻不明であるが、A氏のフィルムを現像、確認したと思い込み、B氏のフィルムをA氏のフィルム袋に入れて放射線科読影に配信した。B氏のフィルムをもう一度現像して、B氏の袋に入れて読影分として配信した。放射線科読影所見をつけて依頼元医院へ郵送(この時、フィルムの名前を確認していなかった。A氏の所見はB氏のフィルムを見て行われていた。)。A氏が再来院した時、整形外科来で、A氏を診察時に、B氏のフィルムであることが発覚した。整形外科より連絡を受け、フィルムを現像し、診察を行った。地域医療室を通じて依頼元医院へ確認した。翌日、依頼元医院から、B氏のフィルムがB氏の袋に入っていることを確認し、全体像が把握できた。	単純な思い込みによるチェックミス。

No.	具体的内容	背景・要因
11	交通外傷で頭部CTを撮影するため、放射線技師1名と看護師2名が患者をストレッチャーにてCT室に搬入。患者の意識がはっきりしていないため、看護師に名前を確認し通常どおり撮影を開始した。撮影後、看護師は患者を連れて救急室に戻った。その後、患者名が一文字間違っており、その間違っただ名前が実在する患者名であることが分かった。	医師が、CTオーダ時に患者A、Bともに同科受診であったため誤ってオーダした。看護師は、意識がはっきりしない患者だったため、一緒に連れてきた別の看護師のみに名前の確認を行った。放射線技師は、看護師が患者を連れてきたため、「看護師が言う名前は間違っていないだろう」という思い込みがあった。
12	放射線受付から、「患者Aがレントゲン撮影に来たが、基本箋が患者Bになっている」と連絡がある。調べたところ、患者Bのカルテに患者Aの基本箋が入っていたので、基本箋を元どおり入れ替えた。	2日前にカルテを準備した際、患者Bの基本箋に患者Aのレントゲンの伝票を入れたと考えられる。
13	心電図終了後、名前を記入する際に名字を間違えて記載したがそのまま提出してしまった。数日後、病棟より連絡があり間違いに気付いた。	確認が疎かになっていた。思い込みがあった。
14	救急外来にて頭部CTの撮影依頼が出たため、待合室に患者を呼びに行ったところいなかった。その時患者の名前のみしか覚えていなかったため、処置室ベッドに寝ていた患者に名前を尋ねたところ「はい」との返事であったため撮影を行った。撮影した患者は別の患者で、診察時に医師より頭部CTを撮りましょうと言われたとき、すでに撮影したとの返事であった。疑問に思い医師が技師に問い合わせたところ間違いに気付いた。	患者確認時、名前を名乗ってもらわなかった。
15	救急放射線CT検査の患者氏名入力時、誤って次の患者の氏名を入力したまま撮影を行ってしまい、そのまま医師にフィルムが渡ってしまった。CT画像の患者氏名が誤っていたことを医師が指摘して発見された。	CT検査が病棟と外来で3件ほど重なり、同時に患者受付を行った。サーバーの情報から患者選択する際に、患者IDを上3桁まで確認して登録。偶然上3桁が同じ番号の患者が存在していたため誤って入力され、フィルムも誤ったまま医師に届けられた。
16	レントゲン撮影時に同姓者の別の患者IDカードを持って行った。窓口は気付かず撮影後に技師が気付いた。	急いでいたため、確認が不足していた。

No.	具体的内容	背景・要因
17	リーダーであった私は、受け持ち看護師よりA氏が38度発熱していることの報告を受けた。報告された時、他の記録をしながら聞いており、患者名を確認したりメモを取らなかった。医師に報告すべきか記録を確認していたが、B氏が発熱したと思い込み、B氏の主治医に電話で報告した。電話で指示「レントゲン、採血、検尿」を受けた。その際、当直医が病棟にいたので、電話で主治医と当直医と話し、当直医より指示伝票を受け取った。B氏に検査の指示が出たことを話したが何故検査が出たのかは説明せず実施した。その後、受け持ち看護師に検査の指示があり、実施したことを伝え患者間違いであることがわかる。	報告を受けたとき、他の記録をしながら指示を受け、メモをとらなかった。患者に検査の説明をする時、何故検査が必要になったのかを説明をしなかった。受け持ち看護師への指示が検査後になってしまった。
18	採血時に2名の患者を取り違えて採血をしてしまい、2人目で間違いに気付き、正しく対応した。患者にはお詫びをして正規の採血を実施し、もう一方の患者には採血者が直接外来へ出向き、本人確認をしてバーコードラベルを貼付し直した。	思い込み。不注意。
19	同姓同名の患者が来院していた。片方の患者を知っていたので、名前のみ確認し採血を実施した。生年月日の確認もしなければならぬが実施しなかった。採血終了後、次に採血の患者を呼んだところ、同姓同名のため、受付票とオーダー票を確認、間違いに気が付いた。ラベルを貼り換え、検体の取り換えは防がれた。	同姓同名の患者がいることは受付票で表示されているが、顔見知りの患者ということで確認を怠ってしまった。また、経験が10ヶ月を過ぎたところで、気の弛みもあったと思われる。
20	早朝の採血時、患者の名前を確認したら「ハイ」と返事をしたので採血を施行した。採血の途中、患者は男性だがスピッツの名前が女性らしかったので再度フルネームで確認したところ、今度も「ハイ」との返事だったので問題ないと確信し採血を行った。終了後病棟より連絡があり、スピッツを渡す時に患者を間違えたとのことで、結果的に採血も取り違えて行ってしまったことが判明した。病棟主任より患者に説明し、再度採血を行った。	名前をこちらから聞いたが、患者から名乗ってもらうべきだった。
21	検査室より、検体溶血あり2名分採り直しの連絡があった。電話連絡で「A患者、B患者の2名」と言われたが、メモを「C患者、B患者」と記載して担当看護師に伝えた。「C患者、B患者」の採血がされて検査室に提出。検査室より連絡した患者とは名前が違うことを指摘されて患者間違いに気付いた。改めてA患者の採血をして提出した。C患者、家族へは説明と謝罪をする。	メモをとって電話連絡を受けたのだが、内容を聞きながら、「溶血したのは、採血方法はどようだったのか・・・」など余分な事を考えてしまって、名前に集中できなかった。復唱をしていなかった。

No.	具体的内容	背景・要因
22	<p>深夜勤帯での採血で採血指示の出していないA患者(男性)に採血指示のあるB患者(女性)の検体スピッツで採血をした。6日後、B患者の手首につけたネームバンドを見てB患者が自分とは違う血液型であることに気づき、採血が人違いであったことが明らかになった。</p>	<p>深夜勤時、自分のワゴンに用意された採血ラベルの名前を見た。そして1つ尿カップがあり、その中に入っていたスピッツの名前も見つめた。その尿カップと中に入っている検体はB患者のものであったのに、A患者だと思い込み、明け方その尿カップと検体を持ってA患者の部屋に行った。採血時に名前を確認せず患者にも名乗ってもらわなかった。「Aさん採血しますね。」と言い採血した。そして、採尿カップを渡した際もカップのシールの名前を見なかった。その後に深夜勤帯の他の看護師がA患者に渡したカップを持ってきて「これA患者のじゃなくB患者のだよ。A患者が違うって渡してくれたよ。」と言われたが、この時に初めてカップの名前を見て急いでB患者に渡しに行った。しかし採血患者を間違えた事には、この時全然気が付いていなかった。</p>
23	<p>深夜勤務にて、患者の採血検査を行った。この時、本来採血すべき患者ではなく、同姓である別の患者の採血を行った。午後になり、本来採血すべき患者より「今日、採血検査をしてもらっていない。」との情報が入り間違いに気付く。</p>	<p>その日の検査、処置予定が記載されたワークシートと採血者の氏名、検体容器を確認した後、さらに採血時にわかり易いように採血者の部屋番号と氏名を自分のメモとして、別紙に転記した。転記の際に患者の氏名を間違え記載した。採血時には、フルネームで可能な限り患者から名乗ってもらい確認することになっているが、このルールを守らなかった。</p>
24	<p>午前の診療が終わらないうちに午後の予約患者が受け付けに来られた。午前の事務担当者は好意で午後の受付も行った。予約患者カルテは、時間毎に籠に準備してあった所から出した。IDカードが出ていなかったの確認しなかった。患者は当日検査予定だった為、前もって採血室に誘導した。採血室の看護師は診療前に結果を揃えようと、患者を呼び込んだ。フルネームで呼んだが間違った名前でも気付かず患者は入って来られ、他患者の検査を行った。診察時間になり患者呼び出しをするが患者は不在で、間違えた患者が「診察はまだか」の問い合わせで患者間違いに気付く。</p>	<p>予約患者のカルテを時間ごとに籠に準備してあった(習慣)。同じ時間枠に類似名の患者がいた。予約時類似名患者に気付かなかった。IDカードでの照合をしなかった。午前、午後の受付区切りがはっきりしていない。親切心でお互い業務を手伝う慣習がある。患者呼び出しはフルネームで行っているが確認が曖昧である。予定されている検査によっては診療前に行っている。</p>
25	<p>内視鏡検査を行い組織を採取した検体に、先に行った患者の氏名を書いてしまった。</p>	<p>氏名の確認不足。</p>

No.	具体的内容	背景・要因
26	子宮内膜ガン術後の患者。膣部細胞診で(adenosquamous carcinoma: 腺扁平上皮癌)と診断。その結果を基に婦人科医師は患者に再発の旨を説明した。しかし肉眼的所見、他の血液等の検査データから納得がいかない医師は、再度検査指示を出しその再検査で「再発の徴候なし」とした。そのため検査課は標本の取り違えの可能性を含め再検討の依頼を受けた。調べた結果、同姓患者との標本取り違えに気付く。すぐ、来院された患者へ病理医同席のもと主治医より説明と謝罪をした。取り違えた他の患者には、まだ検査結果の報告がなされていなかった。	スライドの名前とラベルの名前の確認不十分。業務が不明確。細胞診断者、薄切り者、検体処理者、電話応対、標本探しや標本整理。検体置き場の整理整頓。
27	術前検査のためのラベルを発行して、患者のファイルに入れて手渡した。検査室で違う患者のラベルを持っていることが発覚して連絡があった。	患者に渡す時に確認しなかった。
28	患者の処置表に、朝の血糖チェックを記入していたが、欄を見間違えて違う患者の血糖チェックをしてしまった。直後にもう一度処置表を確認して気付いた。	ルールが守られなかった。自分の記録がわかりにくかった。寝不足のためうっかりした。
29	患者Aから「採血はまだか」と申し出があり、見ると採尿コップが机の上にあった。コップの名前を確認すると、前日に入院された同姓患者Bのものであった。既に、患者Bについては採血を終えていたので、別患者の検査であったことを説明し謝罪する。その後、患者Aの採血を実施し、患者Bの採尿を行った。	前日に同姓患者Bが入院してきたが、助産師が名前を間違えて説明し尿コップを渡していた。該当患者への説明はなかった。
30	「患者Bのデータがおかしい」と検査室から連絡があった。指摘を受け確認したところ患者を間違えて採血していたことに気付いた。患者Aの採血時、1ケースに、輪ゴムでまとめられたスピッツが3本とバラのスピッツ3本が一緒に入っていた。まとめられた3本はゴムをはずしながら患者Aの名前を確認し採血した。バラで入っていた3本についても患者Aのものだと思い込み、名前を確認せずそのまま採血してしまった。その後、バラで入った3本については、患者Bのスピッツであったことが判明し、未実施の患者Bの採血を行った。	確認不足(採血直前)。1ケースに2人分のスピッツが入っていた(普段は1人1ケースで採血)。

No.	具体的内容	背景・要因
31	<p>透析開始時、採血係が血液を採取してスピッツのみ患者氏名を確認して入れた。検体を検査部に提出した後、カルテに実施印を押そうとしたところ、血液培養の指示が出ていないことに気付いた。医師に確認したところ、指示を出していないとのことだった。他の患者のカルテに血液培養指示があったため、検査部に問い合わせをしたところ、指示のあった患者の氏名で検体が届いていることがわかった。提出した検査は血液培養のみ誤りであるため中止してもらい、医師の許可を得て、本来取るべき患者から検体を採取し、検査部に再提出した。</p>	<p>透析開始時、採血係が準備した検体容器を、他のスピッツのラベル（患者氏名）のみ確認し、血液培養ボトルのラベル（患者氏名）を確認しなかった。採血係が他のスピッツの患者と血液培養ボトルの患者を同一と思い込み、スピッツとボトルの両方を1人の患者のベッドサイドオーバーテーブルに置いたこと。</p>
32	<p>患者来院時、名字を名乗られる。姓名を声掛けしながら案内票を手渡した。同日、同名字の女性3名来院予約あり、姓名が類似していた為、患者本人も自分と誤認し返事をし受け取る。採血時、発見者看護師が案内票記載の姓名を呼んだ所、患者本人より「私の名前間違いではないか？」と声を掛けられ、発覚した。</p>	<p>来院時、名乗ってもらい、声掛けしながら案内票を手渡ししている。本人でなく家族が取りに来る場合もあり、口頭のみではお互い聞き間違いの危険がある。</p>
33	<p>血液培養が陽性になったものが3本あり、その検体は2本が同一患者でもう1本が別の患者だった。陽性のものをシリンジで抜いて採血管に抜き遠心器にかけるのだが、その先を当事者が引き継ぎ仕事を進める際に、名前の確認が疎かになり入れ違えて検査を進めてしまった。もう一本の方の検査を担当した副技師長に指摘され気が付いた。塗抹結果を主治医に報告をしてしまっていたが、直ぐに電話で謝罪し、了解を得た。気付くまでの経過時間が短かったので患者への治療は行なわれていなかった。</p>	<p>血液培養の結果を早く報告すべく確認が不十分になった。</p>
34	<p>病理医から病理診断時に番号と名前が違うことを指摘されたため、調査したところ、内視鏡検体で、カセット記載の受付番号の8と3を見間違えた為、ラベルに違う患者名が印刷された。違う人がチェックをしているが、そのまま数が合っていたので、病理医に提出したことが判明した。</p>	<p>照明不足と、太いペンを使用していたため、字が読みにくかった。</p>
35	<p>血液像を判読する際、カウンター画面に誤った検体受付番号を入力し、そのことに気が付かないまま血液像を算定し結果を報告した。判読終了後、報告結果を確認した際、検体を取り違えていたことに気が付いた。そのため正しい検体で血液像を判読し結果を訂正した。主治医には電話にて検体の取り違えがあった事と、結果を訂正した事を説明し謝罪した。</p>	<p>血液像を判読する際は、オーダー番号読み取り装置を使用し、カウンター画面に表示された患者情報に算定結果を入力することとしていたが、該当検体ではそれを行わず、検体受付番号を直接手入力し、患者情報を表示させたために起きてしまった。また、表示させた患者情報を確認する作業も充分でなかったため間違いに気が付かなかった。</p>

No.	具体的内容	背景・要因
36	病理部の検体受付時には気付かなかったが、検体作製時に病理依頼書の患者氏名と検体ラベルの氏名が異なっていることに気付いた。依頼した担当医へ連絡し、間違いであることを確認。検査室で前日検査を行ったB患者の氏名を添付した検体容器が残っており、当日検査をしたA患者の組織を入れ、病理部へ提出していたことが判明した。	前日の検査終了後の検体容器処理などの環境整備の不徹底。検査時の検体容器記載や氏名の確認不十分。検体提出時の病理依頼書と検体容器の患者氏名の未確認。
37	生理検査室から、患者の姓名と心電図の検査があるので検査室に来て下さいとの電話を受けた。姓のみメモを取り、同姓の他患者へ「心電図の検査があるので2階の検査室へ来てください。」と伝えた。患者は「はいわかりました。」と答え、検査室へ行った。患者が、生理検査室で検査技師に「以前にもこの検査室には来たことがある。」と話した為、確認すると検査予定と違う同姓の患者が間違えて来ており、病棟に確認の電話をして間違いが判明した。	検査室より電話を受けた時、処置が重なっており、慌てていた。メモを姓しか取らなかった。自分のチームと違う患者であり、検査の進行状況などがわからなかった。
38	視力検査の為、眼科外来より病棟に連絡が入ったが、受けた看護師が栄養指導中だったため、他の看護師に依頼した。該当患者を外来に連れて行く際に同姓の患者を連れて行ってしまった。	患者より「検査は明日の予定だ。」という声が聞かれたが、確認せず連れて行った。看護師間の確認不足。
39	医師が、新生児マススクリーニング検査の提出用紙に患者名を誤って記載した。検査提出前に、看護師が気づき訂正した。	命名されてまもなく、主治医が患者の姓に続いて、自分が受け持っていた他患者の名前を記載したこと。
40	外国人の肺生検患者の取り違えがあったが、検査前に医師が気づき、本来実施すべき患者に施行された。	C T室から、外国人の肺生検患者の呼び出しの電話を受ける。聞き取りにくく、2回名前を聞き返し、検査表を見たが、記入されておらず、必要物品を聞き一旦電話を切った。相手チームのリーダーへ伝え(私が2人相手チームに外国人の患者がいることを把握していなかった)、あやふやなためC T室へ確認後、検査に行ってもらよう伝える。確認がうまくいかず、検査室へ行くが、検査前に医師が気づき、本来実施すべき患者に施行された。
【検査での部位間違い 5件】 他類似事例 6件		
41	整形外科にて腰痛主訴の患者が、MRI撮影時順路案内表などを持参しMRI撮影に来院した。担当の放射線技師が腰椎撮影のところ、頸椎を撮影してしまった。頸椎も撮影予定であったため患者にお詫びし御理解いただき、次回腰椎の撮影を行なうこととした。	決まりごとの確認ミス。伝票を確認した上で、患者に部位を確認することになっているが、担当の放射線技師はその作業を省いてしまった。
42	外来患者の腹部CT検査依頼、順番を入れかえたことによって頭部と思ひ込み部位を間違い撮影した。	検査技師2人で確認したため大丈夫だと思ひ込んだ。

No.	具体的内容	背景・要因
43	放射線技師が研修医とともにCT検査を行う。造影剤副作用（嘔吐）ありの患者であったので、ステロイドを処置しながら造影検査を行った。検査部位は、「胸から腹部まで」であったが、間違っ「腹から骨盤部まで」を撮影し、終了した。その後、検査部位の間違いに気づき、再度胸部CT検査を行った（造影なし）。	副作用への対応に集中し、検査部位の確認が疎かになったこと。検査前、検査後に検査部位をダブルチェックする。
44	照射録に記載された部位が読みづらいので患者に確認を行う予定であったが、患者からの「コルセットを外すのか？」の問いに、勝手に部位を決めつけて撮影をした。撮影部位は頸椎と胸椎であったが読みづらかったので頸椎と腰椎を撮影した。担当者の指摘で胸椎の撮影を追加した。	照射録の確認をしなくてはならないような字であったこと。患者の質問に勝手に撮影部位を決めつけてしまったこと。
45	細胞診検査において、患者の子宮腔部と子宮内膜のラベルを貼り間違えた。一次スクリーニング者が気が付いたがラベルだけを訂正し、伝票は間違のままスクリーニングを終えた。二次スクリーニング者がその間違いに気が付かず子宮腔部の伝票に内膜の結果を、子宮内膜に腔部の結果を記入し報告してしまった。翌朝、産婦人科外来にて看護師より連絡有り、間違った報告書を持ち帰った。標本と確認後、結果を訂正し、謝罪後再報告した。	ラベルを貼った者、一次スクリーニング者、二次スクリーニング者、結果報告者と4箇所を確認ミスが起きている。ラベルを貼った者は誰かわからず原因はわからないが、その日の検体は多量であったため、確認にミスが起きたと思われる。一次スクリーニング者は間違いに気が付いたが伝票の訂正をせず、ラベルだけを訂正している。二次スクリーニング者と結果報告者は同一者であったが、スクリーニング時は氏名と年齢だけを確認し、結果報告時は結果と報告日時のみを取られ、まったく間違いに気が付かなかった。各人が決められた確認を少しづつ落としていたため起こったと思われる。
【検査での左右間違い 6件】 他類似事例 14件		
46	右胸心患者の胸部レントゲンを実施し、写真を診療科に送付する際に、担当事務職員が、写真が左右反転していると思い込み、放射線技師等に確認せず写真の裏表を入れ替えて氏名ラベルを貼り送付した。担当医師は右胸心であることを承知していたので間違いに気付いた。	心臓は左胸にあるという思い込みがあった。当人は気を効かせたつもりであったが確認をせず、結果として間違ってしまった。
47	患者は立つことが困難なため車椅子に座った状態で撮影を実施した。左肩2方向の撮影オーダーに対し、座した状態であることに気を取られ、左マークを入れて右肩を撮影した。	車椅子に乗ったままで身体の安定が悪く、患者の身体が傾いたりして撮影しづらく、その事に気を取られ左肩を撮るところ、右肩を撮影した。
48	患者の左膝を撮影したフィルムに、左右を間違えて記入してしまった。整形外科からの指摘で間違いに気が付いた。	業務が多忙であったこと、及び患者への確認不備。

No.	具体的内容	背景・要因
49	レントゲン写真の右左を間違えて伝票に書き、レントゲン技師の確認で、撮る前に間違いに気付いた。	記載ミス。確認不十分。
50	医師がオーダー時に右環指と左環指を間違えて入力した。撮影時に患者の訴えと異なり、放射線技師が医師に確認しオーダー変更し、撮影した。	医師の入力ミス。
51	救急外来受診患者の右肘、右膝レントゲン指示を左肘、左膝を撮影した。読影時に気付かず、異常のないことを説明し帰宅させる。翌日、左右間違いがわかり、患者宅へ連絡、謝罪し再度撮影を行い異常のないことを確認した。患者は学童であった。	指示の確認不足。学童期の患者であり、放射線技師の説明がわからず「はい」と答えた。
【手術での患者取り違い 4件】 他類似事例 7件		
52	病棟から手術室への申し送りの際、手術同意書にて術式と乳房の手術だったので左右を確認した。申し送りを終えて手術室に入室したところ同意書の患者名が違っていた。	術式、左右の間違ひだけを確認し、カルテの名前が合っていたので同意書の名前を確認しなかった。
53	手術申込みに際し、同姓同名患者がいることに気付かず、別の患者に関する手術申込みをオーダーしてしまった。術場におけるID確認と患者本人に生年月日を確認して患者は手術を受けるべき患者であったが、IDが違うことに気が付いた。	年齢が近い同姓同名患者が、患者氏名検索で検索できた為、IDを確認せずに、手術申込みをしてしまった。
54	手術が終わった患者を迎えに手術室へ行ったところ、1人の患者がストレッチャーに乗っていた。隣りに手術室の看護師がいたので、「Aさんですよ？」と確認を行った。その看護師の反応は曖昧な感じはあったが、認めたように感じた。その日の部屋もちの看護師はすでに申し送りを聞きに行っており、私が1人で手術室から運び始めた。手術室を出た所で、運び出した患者が他の病棟の患者であることに、部屋持ちの看護師に呼び止められたことで気付く、患者の間違ひが発覚した。私はその患者を見たことはあったが、顔の特徴などはっきり覚えていなかった。	確認行動はしていたものの、曖昧な情報のままの確認であり、不十分であった。手術室での移送であり、危険に対する認識も低かったことも考えられる。
55	緊急手術を行う患者で手術室で準備していると、別の患者の名前、年齢が入力されていた。また、レントゲンも違う患者の名前で入力間違いされていた。当レントゲンは手術患者のものだったので主治医の判断により、手術を開始した。	患者間違いに手術直前まで気付かなかった。名前、年齢、日付等の確認をしていなかった。
【手術での部位間違ひ 1件】		
56	医師より、手術部受付へ手術部位の入力が間違っていると連絡を受けた。口頭で看護師に伝えたが、手術個票の訂正を怠った。	手術個票の重要性の認識不足。

No.	具体的内容	背景・要因
【手術での左右間違い 7件】 他類似事例 3件		
57	手術患者の部位を確認すると、手の左右間違いが、事前にわかった。	医師の手術箋記載間違い。看護師の部位申し送り間違い。
58	整形外科の緊急手術患者、右上腕骨遠位端粉碎骨折にて緊急手術に入る際、オーダー確認ミスで左右を間違え、ベットをセッティングしていたことに患者入室後気が付いた。	情報伝達経路と確認の問題。
59	手術の為患者が入室し、引継ぎのとき病棟看護師から「右の申し込みになっていたが、左です。医師から連絡は無かったですか。」と言われた。申し込み用紙を見ると、右のままで、医師からの連絡は来ていなかった。患者に確認したところ、左ということでマーキングも左だった。医師が入室し、カルテと照らしあわせ、手術部位が確かに左であることを確認した上で手術開始となった。	手術部位入力時の確認不足。手術個票のみの確認。
60	患者入室し、外来カルテに基づき確認すると、患者本人から右耳ではなく左耳であるという情報を得て耳鼻科医師に確認したところ、入力間違いであることがわかった。	確認不足。
61	右顔面痙攣に対する手術を行う患者に、本人の確認をした。その後手術室看護師と患者と病棟看護師で同意書の確認を行った。同意書には「左顔面痙攣に対する」となっていた。患者と病棟看護師に部位の確認をすると間違いである事がわかった。	手術の説明時に左右を取り違えて記入した。
62	右陰のう水腫根治術の患者の手術を受け持った。患者入室時に手術同意書を確認した。「右陰のう水腫根治術」と記載されていた。しかしカルテ内には「左陰のう水腫根治術」と記載されていた。	外来で打ち込む時に誤った。
63	手術室前室で患者認証後、手術室に入室、医師による部位確認後手術台へ移動した。術者（部位確認医師とは別）が、レントゲン写真を確認して局所麻酔を実施した。左の穿頭予定患者の右を剃毛し局所麻酔を行った。	バーコードによる患者認証及び部位認証はなされていたが、術者以外の医師が行っており、局所麻酔時に、認証した医師がいなかった。意識下の手術であったが術者が患者への確認を怠った。
【治療・処置での患者取り換え 36件】 他類似事例 119件		
64	朝食後薬を配薬時、患者A氏の薬袋はワゴンの上に準備していたが、与薬車から同姓のB氏の薬袋を取り出しベッドサイドへ持参した。薬を取り出す際、袋の名前が違うことに気付いた。すぐにA氏の薬袋と交換し与薬した。	確認不足。

No.	具体的内容	背景・要因
65	患者より「今日した注射で便がゆるくなって何度もトイレに行くから、その注射は止めてもらえないか」と訴えあり。主治医に連絡すると「そんな薬は処方していない」と返事があった。実際処方したのは主治医になっている。日勤帯で他患者にその薬の指示があったが、処方がなかった。	主治医が処方する患者を間違えた。日勤帯で他患者の処方が無い為、主治医に確認せずその場にいた医師に処方をしてもらった為、間違いに気付かなかった。
66	患者を間違えて処方指示を出した。患者に渡す前に、看護師が気づき、患者に支障はなかった。	オーダーの入力ミス、過労。
67	看護師が水薬を間違えて同姓の患者に配ってしまった。食事介助をしていた看護師が間違いに気づき、患者が間違った薬を服用することはなかった。	患者確認の問題。決まり事の無視。患者の名前はフルネームで確認する決まりになっているが今回は姓のみの確認で終了してしまい、結果として間違えてしまった。
68	処方薬を自己管理している患者へ与薬するとき、他患者の吸入薬を渡した。患者は、自分のものだと思い1回使用したが、薬袋の名前が違うことに気づき、指摘した。過敏症や咽頭不快、嘔気などの副作用が発生する可能性があったが、その後異常はなかった。	薬袋の患者名を十分確認せず、症状が似通っていた患者を受け持っていた為、思い込んで渡してしまっていた。患者への手渡し時、薬袋名の確認からはじめることを怠っていた。
69	内服の指示シール名が、他の患者の名前でオーダーされていた。確認のときに看護師が気づき、医師に正しくオーダーし直してもらった。	医師が他の患者のIDでオーダーを発行した。
70	他の看護師がセットした薬をワゴンに乗せ配薬した。患者を間違えて渡し服用した。	患者確認の未実施。処方箋を持参するルールであるが、できていなかった。
71	処方箋へ患者のIDをプリントする際に、他患者のIDをプリントしてしまった。そのまま調剤され病棟に上がってきたが、確認不足により患者に内服させてしまった。	確認不足。思い込み。
72	内服整理中、外袋と分包の袋の患者氏名が違っていた。薬局に確認すると外袋の患者間違いであった。	ミス。
73	救急外来を受診された患者の処方をするとき、医師が他の患者の画面で処方投薬した。看護師が、患者の氏名が異なる事に気づき医師に伝え中止とした。薬剤部にも中止の連絡をした為、患者には名前間違いの薬は渡らなかった。	救急外来は受診患者が多く混雑していた。忙しさもあり、カルテ確認（患者確認）を十分にしていなかった。
74	患者の同姓者の処方箋を（処方内容も同一）取り違えて、患者に渡してしまった。患者をフルネームで呼んだが間違いが起きた。	ルール、チェックの仕組みの問題点。患者はフルネームで呼んでも、名字を聞いた時点で自分であると認識することがあることを、解っていなかった。患者確認をマニュアル通りに行っていない。

No.	具体的内容	背景・要因
75	注射薬セット時、同じ名字で別の患者の注射箋を綴じてセットを行った。第一監査、最終監査を通過してしまい事故が発生した。病棟看護師が気づき、患者への投与を未然に防いだ。	第三者が他患者の注射箋のない事に気付いた時に、他のスタッフに確認せず再発行をかけたしまった事。
76	医師からのカルテへ指示記載を看護師2名にて1名は伝票、1名は薬局へ薬品受け点滴を用意し病室へ行った。病室にて医師より患者名の違いを指摘される。	業務の手順、ルール、チェックの仕組みの問題。カルテ指示を2名にて別々に行動し、両者の確認、照らし合せがされていない。
77	同姓の患者の同じ内容の輸液をつないでしまった。患者の指摘により気付く。	同姓の患者が存在。
78	外科外来から点滴2本を、指示された患者に指示された輸液（ボトル2本）を実施したが、ボトルに記載した氏名が別の名前であった。	同時刻に患者2名を掛け持ちしており、点滴をしたあとに、もう1人の患者のバイタル測定をしなければと思いながら、点滴を行ったため、その患者の名前を記入してしまった。
79	9時の手術の患者に、抗生剤の点滴を深夜勤務者がチェックし、手術に持って行くよう準備してあった。日勤の看護師が患者と共に点滴を持って手術室へ入室した。手術室看護師と共に点滴を確認した際、患者名が違っていることを発見した。内容は同じものであった。	確認不足。
80	採血のみの患者Bにネオファージェンを投与した。患者Aを呼名し、処置室内に誘導し、再度呼名と診察券で確認をしたが、患者Bであった。他の看護師が患者Bを呼名したことで発覚となる。	思い込み。患者が返事をした。診察券での確認不十分（他患者の診察券だったが、患者、看護師共に確認不十分）。
81	夕方の抗生剤の点滴を準備し、病室の前までワゴンに載せ、運んだ。A氏とB氏は同室（2人部屋）だったため2人分の注射箋とボトルを確認したあと、一度に2人分をもち室内に運んでボトルと名前を確認し点滴を実施した。15分後B氏の家人が来院され、点滴の名前が違うことを指摘され、すぐに訪室して確認すると間違っていることが判明した。	点滴施行時の確認の繰り返しができていなかった。2人分を一緒に持ち込んでしまった。
82	抗ウイルス剤の注射指示の出た患者へ、注射をしようと、待合室へ名前を呼んだ。母親が「はい。」と返事した為、処置室へ案内し、実施前に姓を再度確認したところ、「はい。」と答えた為、医師を呼び実施してもらった。注射後、患者の身体から催眠剤のトリクロリールのおいがしたため不審に思い、主治医へ検査の予定があるのか確認したところ予定は無く、その時、母親が「何の注射ですか？」と尋ね、再度名前を聞いたところ違う患者であることがわかった。医師より、注射の間違いと副作用は無いことを説明し、謝罪した。	患者確認は、聞くのではなく、相手に言っていたかのように指導を受けていたが、業務に追われ、看護師も医師も怠っていた。

No.	具体的内容	背景・要因
83	<p>ナースステーションでインスリンを準備し、患者名、薬剤名、指示量をダブルチェックした。受持ち患者4人分の経管栄養と内服薬、インスリン注射を準備し、一台のワゴンに載せて各病室へ向かった。インスリン指示のない患者に、伝票と患者名の確認をせず、血糖測定をし、インスリン注射を実施した。注射直後、伝票を見て患者間違いをしたことに気が付いた。すぐに代謝科の医師に指示を受け処置をした。</p>	<p>患者確認、指示確認を手順通りに行わなかった。慣れや思い込み、忙しさを理由に手順を省略しながら業務を行っていた。インスリンという危険な薬剤を扱っているという意識が低かった。</p>
84	<p>ナースコールが鳴ったので訪室すると、他患者の輸液ポンプ完了アラームが鳴っていた。新しい輸液をつなごうと、ナースコールを鳴らした患者の輸液を持って行き、ネームバンドを確認せず、他患者につないだが、開始する前に受け持ち看護師が間違いに気付いた。</p>	<p>ネームバンドでの患者確認を怠った。思い込み。</p>
85	<p>グリセオールの指示をよく似た疾患の別患者に実施した（1週間前まで使用していた同じ女性で脳梗塞患者）。注射液を確認して病室に向かう途中でトイレコールがあり、その患者に実施した。実施時、この患者と思い込んでいたため、患者確認をせずに実施した。</p>	<p>スタッフ室を出る時、別看護師と点滴内容を確認したが、伝票はもたず点滴だけを持って訪室した。患者確認のルールも実施していない（ルール違反）。</p>
86	<p>他のスタッフ数人で注射箋と注射薬を確認、準備をし、ワゴンで各患者に一齐に注射処置を行っていた。「A氏」と記入してある点滴ボトル（マキシピーム1g + 生食100ml）を、B氏の末消ライン三方活栓に接続した。次の点滴をしようと移動し廊下の名札を見て、残りの点滴ボトル（ファンガード50mg + 生食50ml）に「B氏」と書いてあり、実施する患者を間違えたことに気付いた。</p>	<p>取り違えた患者は、同じ名字の患者だった（同姓異名）。</p>
87	<p>医師からイノバンの変更が口頭指示であり、患者Aの指示書に記入した。輸液指示シールが添えられ、オーダが出された。担当看護師が他患児の授乳中のため、急ぎの指示だと思い代わりに作成し、他の看護師とともに輸液の確認をしたが患者氏名の確認をしていなかった。この輸液を患者Aに開始30分後に、担当看護師が指示確認したところ、患者Bに出された指示であることがわかり、即刻中止し、患者Aの輸液に変更した。本来のイノバンが2倍速で30分間投与されたが、バイタルサインの著変なし、尿流出状態も変化なく経過した。循環動態への影響が考えられるので経過観察を密に行った。</p>	<p>当事者は、作業中、患者Aの昨日からのことを他の看護師や医師と話していたため、変更指示を患者Aの指示と思い込んだ。また、他の看護師とともに確認した際には、輸液の内容の確認をしていたが、2人とも患者氏名の確認はしていなかった。</p>

No.	具体的内容	背景・要因
88	2人部屋で患者に抗生剤の点滴と循環薬の点滴があり、ワゴンにのせて訪室した。A患者をB患者と思い込んでおり、A患者に「Bさん」と名前で呼びかけたところA患者は「はい」と返事をした。患者確認をした後、点滴を開始しようとクレンメを開放した直後に、点滴に記載されていた患者氏名が異なることを面会に来ていたA患者の家族より指摘され、間違いに気付いた。すぐに点滴をはずし、医師に報告したが、患者の状態に変化は認めなかった。	業務手順の不徹底の問題。
89	輸液交換時、注射処方箋と輸液、患者氏名の確認を怠ったため、同姓の患者の輸液を交換してしまった。次回交換予定の他の患者（同姓）の輸液が注射台に準備されていたが、交換の際に確認を怠り、準備されていたものをそのまま交換してしまった。交換後、注射指示票を確認した際、注射指示と違っていることに気付き、医師に報告した。	輸液を準備する際の確認、輸液交換時の注射指示、患者に名乗ってもらおうといった確認を怠った。
90	違う患者のコールの後に他の仕事を頼まれていたところ、緊急で手術を終えた患者が病室に戻ってきた。手術後の点滴を持って行かなければと思い、準備して部屋に行った。丁度チームの先輩がみえたので「点滴をもってきました。」と渡そうとしたところ、「もう点滴が薬局からあがってきたの？」と聞かれ、ベッドネームと点滴の名前を見たところ違うことに気付いた。	自分のしようとしていた仕事を中断し、手術から帰ってきた患者の方が大事だと思い、点滴本体と注射伝票の確認をしていたのにも関わらず、違う部屋の人の点滴を詰めていた。
91	3人分の点滴をワゴンに乗せ点滴交換に回った。交換する前に点滴の本体に貼ってある券を取ってポケットに入れた。1人は別の部屋だったが2人は同室の患者であった。同室の2人の点滴をそれぞれ違う人に接続してしまった。	点滴の本体についている券を接続直前にとらなかつた。点滴に書いてある名前と患者を確認していなかつた。マニュアルが遵守できていなかつた。
92	末梢持続点滴を行っている患者より、点滴が終わるといふナースコールがあったことを他ナースより報告された。点滴のボトルを持っていき、ボトルの交換を行った。そのとき患者の家族より名前が違っていると指摘されて、間違いに気付いた。本来の指示であるヘパリンロックの点滴を行った。間違っつなげてしまったボトルはソリタT3であった。また、すぐに外したため患者の体内には入っていないことを説明し謝罪した。	自分の担当外の患者の点滴がそろそろ終わり、交換の時間であることを気にしていたため、ナースコールがあったと聞いた時に気にしていた患者だと思い込んでしまった。また、とても忙しい時間帯であったため、本人に名前の確認を怠ってしまった。
93	2人分の白内障患者の術後点眼セットを行った際、同室であったため、点眼を間違えて渡していた。夜勤者が朝の点眼時に、点眼が入れ替わり、間違えてセットされていることに気付いた。内容は同じであった。	同室患者でありベットの位置のこともあり、勘違いして渡していたようである。

No.	具体的内容	背景・要因
94	違う患者にキシロカインテストをしてしまった。	外来患者が多く、昼休憩の交代時間に口答で看護師から受けた指示が、認識した患者と違っていた。
95	朝、情報収集をした時点では経鼻栄養チューブ交換患者は、同室の違う患者Aだと把握していたにも関わらず、交換時他のスタッフに聞かれ患者Bと言ってしまった。交換は他のスタッフが行なってしまった。最後に記録をされていて事故に気付いた。	当事者は他チームからの応援で、この部屋の患者については熟知しているとは言えなかった。
96	硬膜外カテーテル挿入処置の患者が2名いた。先に来られた患者に名前と手術部位を聞き、外来カルテと一致していたため処置開始となった。しばらくして入院カルテとフィルム袋は他患者のものであるのに気付いた。直ちに施行医に報告し、本人の外来カルテに基づいた処置内容であり続行した。	思い込み、不注意、スタッフ間の意思疎通、連絡が不十分であった。
97	病名及び姓が同一の患者が2人入院しており、一方に1日3回のネブライザー吸入指示が出ていた。氏名の確認を行ったにもかかわらず、ネブライザー吸入の指示が出ていない患者に対しネブライザー吸入を行った。この時、患者から治療効果についての質問があったが、患者間違いには気付いていなかった。2回目のネブライザー吸入を実施しようとした時、他看護師から処置実施確認があり、患者誤認に気付いた。痰の喀出を容易にするために行われる処置であり、このときは患者への影響は認められなかった。	情報収集不足。カルテによる指示の未確認。業務手順では、同姓患者に対し、「○○号室の○○様」と言うように病室まで確認するとしているが、今回はこの手順が遵守されていなかった。
98	A氏の食後薬とB氏のフランドルテープを同時に持っていた。A氏の所に行ったとき内服薬を渡し、フランドルテープも貼付してしまった。	確認の原則が遵守できなかった。持っているうちにA氏の薬と思い込んでしまった。
99	病棟ヘリハビリ施行予定の患者に予定を伝えに行く際、名字の同じ患者が同室にいることに気付かず、声掛けをしてしまい、違う患者にリハビリ室まで来てもらってしまった。リハビリ受付にて氏名確認し、該当患者ではないことがわかり、病室に戻っていただいた。	名字が同じ患者が同室に入っていた。氏名をフルネームでの確認をせずに、指示してしまった。
【治療・処置での部位間違い 2件】		
100	歯科口腔外科のオーダーで、撮影部位の2番と3番に○がしてあり、3番にチェックがしてあったので、2番と3番の部位を撮影した。しかし、撮影部位は、3番だけであった。	他科は、きちんとどこの部位を撮影してほしいかほとんど手書きをしてくれているが、歯科はほとんど番号に○をつけるのみであった。

No.	具体的内容	背景・要因
101	爪部腫瘍疑いのため、外来診療時右第3指の爪内側部を除去する処置を行おうとした際に、右第3指内側指間に1%キシロカイン液を局注するところ、誤って右第4指内側指間に局注した。局所麻酔薬は、数時間で効力がなくなるため、特別な処置は行わず、様子観察し特に異常は認めなかった。	処置部位の確認の問題点。外来が遅延気味であったため、患者を待たせることを少しでも少なくしようと2人の患者の処置を別室で時間をずらしながら行っていたため、混乱が生じ、間違いに至ったと考えられる。
【治療・処置での左右間違い 6件】 他類似事例 4件		
102	聴覚障害の患者。右眼白内障手術予定あり。手術1時間前から30分毎の散瞳を開始した。「右眼ですね。」と確認し、右眼に点眼しようとした際、患者の病衣に気を取られ、誤って左眼に点眼薬を落としてしまった。	病衣の下にトレーナーを着ていることに気が付き、それに気をとられた。さらに、医師がルート確保をする時間であったため気を取られた。
103	手術予定眼（右）に点眼をするところ、ベッドの足側に頭があった為、左右勘違いをして、左に点眼してしまった。	確認を怠った。
104	右腰椎ブロック予定の患者に、左腰椎ブロック施行してしまった。	実施医師による確認不足。
105	眼科で入院中のA氏。手術後1日目の朝の点眼後、透明ヘス（眼筋機能精密検査）をする際に、オペをした眼の反対側の眼にヘスを当ててしまった。	不明。確認不足。
106	糖尿病性網膜症の患者は、左眼シリコンオイル眼術後で、右眼も視力低下があり点眼を行っていた。術眼である左に点眼するはずのクラビット点眼薬とマキシデックス点眼を処方箋で確認したにもかかわらず誤って右眼に点眼した。	両眼点眼のあるときの問題点。業務手順の問題点。
107	仙骨硬膜外ブロック実施時に、腰部レントゲン及びMRIで部位を確認、マーキング後施行した。患者へ声をかけながら部位を確認し、左のところを右にマーキングして、実際のブロックを右に行った。	患者が検査台に乗った状態で腹臥位になっており、声をかけ確認を行ったが左右を取り間違えた。検査後の画像確認の際も右に実施したことに気付かなかった。検査後の症状が軽快しており間違いを見過ごした。
【その他での患者取り違え 26件】 他類似事例 33件		
108	A氏の術後の申し送りの際、手術室看護師より当患者の血型用紙以外に、別の患者B氏の血型用紙が挟まれていることを指摘された。両患者とも輸血は施行されていなかった。カルテ等の書類も確認して間違いがないか確認した。	不適切な管理。
109	大腸ファイバーに来院した患者のカルテ袋に、別の患者の同意書が入っていた（同意書は既に終了した検査のものである）。	前日行なったCTの同意書が残ったままの袋に、今日の患者のカルテを入れたと思われる。

No.	具体的内容	背景・要因
110	A氏の他院フィルムをB氏に返却するように渡した。B氏は他院の医師より違う方のフィルムであると指摘され外来に確かめに来た。患者の名前と他院フィルムの名前を確認せずに渡してしまったことをB氏に説明、B氏への返却フィルムはなかったことを伝えお詫びした。	思い込み。不注意。
111	退院患者の指示簿をカルテに閉じる際に、別の患者の指示書を取り出し、挟み込んでしまった。深夜の読み合わせの際に、退院した患者の指示が残っており、他患者の指示書がなく、探したところ、間違っ て挟まっていたことが発見された。	思い込み。不注意。診療録の記載が不十分。
112	患者のカルテに別の患者の検査データが挟まれていたため、そのデータをもとに診察がされていた。	確認不足。カルテ管理が煩雑であった。
113	2人の患者の入院費請求書と退院証明書の中身を入れ間違えて郵送してしまい、患者から後日電話があり間違いに気付いた。患者に「個人情報に係ることなので気をつけて下さい」と言われた。	封筒に書類を入れる際に、再度の確認が出来てなかった。
114	A氏よりナースコールあり。訪室すると検査データの患者氏名が違うということであった。確認すると、医師が患者に説明するために出力したデータが、誤って別の患者のデータであったことが判明した。	検査結果を出力する際、患者名の確認が不十分であった。自分で出力したデータであるため、他の患者のものとは思っておらず、説明の際も、患者名の確認を怠った。前回値と大きな違いがなかったため、気が付きにくかった。
115	事務職員より、患者A氏の家族からの電話を引き継いだ。A氏が他病院へ入院したので、処方内容を入院先の病院へファックスしてほしいとの内容で、主治医に報告した。主治医は診療情報提供書を書き、入院先の病院へファックスした。後日、「入院先の病院より、当院に患者A氏は入院していません。同姓のB氏は入院されています。」と連絡を受けた。その時、患者違いの診療情報提供書を誤送信したことに気が付いた。	電話を引き継いだ時、事務職員より、患者名をフルネームで言われたので、再度確認せずにご家族と話をした。そのまま、主治医に報告し、診療情報提供書を書いてもらい、入院先の病院へ確認せずにファックスした。
116	午後のR P（逆流性腎盂造影）の検査が終わった患者の袋の中に、別の整形外科の患者の膝の写真（当日の午前中撮影）が入っていた。泌尿器科の看護師の指摘により判明した。	確認不十分。整形外科で写真を一枚取り忘れ、その袋（無地）をR Pの検査の袋に使用したことが考えられる。
117	内科指示のC Tフィルムを、間違っ て外科レントゲン袋に収納して気付かず にいた。外科転科後、手術前の検討会にて間違っ ていたことが発見された。また他の患者の胸腹レントゲンも入っていた。	よく確認せずに整理した。他科のレントゲン袋は別コーナーにあるが、当患者のレントゲン袋が内科の主治医のコーナーに入っていた。

No.	具体的内容	背景・要因
118	外来より患者の呼び出し（電話）があり、フルネームで2回確認したところ「はい、そうです」と返答があったため、入室してもらったが、違う患者であった。姓名とも似ている入院患者であり、出棟一覧への出力もなかった。	2度フルネームで確認したが、電話確認の限界もある。検査、受診表に他科受診欄があるのに、オーダーリング上チェックされないため、確認できなかった。
119	A患者を循環器外来へ車椅子で連れて行くよう、助手は依頼を受けた。患者名は復唱せず、同室のB患者を車椅子に乗せ循環器外来へ搬送した。循環器外来看護師より、名前を呼ばれた際、間違いに気が付いた。	早番業務で、遅番が出勤するまでの多忙な時間帯であった。患者本人に、受診することを確認しなかった。
120	他科（産婦人科）受診のため患者（患者のものと思っ込んでいた）にIDカードを渡した。帰棟時に他患者のカードであったと患者より報告があった。姓の一字が同じ音であり、カードを取り違えた。患者に謝罪した。受診には支障はなかった。	不注意。
121	循環器科からきた患者が自分の予約表と違う患者の診察券を持ってきた。前回受診したときに次回持ってくるよう、渡されていた。	外来の職員が次回受診票を渡す際に、違う患者の診察券を渡したと考えられる。
122	同姓の患者が同じ検査予約時刻に入っていた。該当患者をフルネームで呼んだ時、その患者は待合室には居らず、もう一人の患者から名前の読み間違いを指摘され、慌ててしまい検査室に入室させた。改めて患者確認をしたところ、患者間違いがわかった。	同姓の内1名は当日緊急での検査依頼であり、脳波検査ができる技師を調達してヘルプに入ったため当事者が予約状況を充分把握していなかった。また、ヘルプを頼まれた技師が今日の担当業務にできるだけ早く戻りたいという焦りもあった。
123	外来で患者Aを看護師が呼んだところ、患者Bが返事して診察室に入った。呼ばれた患者Aは、Bが返事して入ったので自分ではないと思い申し出なかった。診察室に入ってきた患者Bに、医師が氏名を確認する際に「Aさんですね」といったところ「はい、そうです。」と答えたので、インフルエンザの予防接種を行い、問診票にサインをしてもらった。その後、問診票のサインを確認したところ、名前を呼んだ患者Aとは違っていることに気付いた。患者Bは2回目の予防接種となり、経過観察となった。	患者Bは難聴があり、氏名も似ていた。また、氏名を確認した医師が、患者に名前を言うてもらう方法で確認しなかった。
124	患者番号を入力する際、よく似た番号を間違えて入力してしまい、その際、すぐに直して登録をしたつもりだったが、実際は、間違った名前そのまま登録されていた。そのまま、報告されてしまった。	婦人科外来から、結果の問い合わせがあり、当日の結果を調べたところ、名前が訂正されていないことがわかった。

No.	具体的内容	背景・要因
125	未熟児の面会にきた祖父母に違う未熟児を面会させた。インターフォンで氏名を聞き、聞き間違えて未熟児の面会を行った。祖父母の「意外に大きいですね」という反応に看護師がおかしいと思い、再度氏名を確認して間違いに気付いた。	声が聞き取りにくい。母親の確認を行っていない。
126	経管栄養の患者3名分の注入物を準備して病室に行った。A患者の注入物をB患者に注入した。B患者に注入しようとしたところ、A患者の注入物が残っていたことで間違いに気付いた。A患者には、すでに50ml注入物が入っていた。A患者とB患者の注入物は同じで、白湯での希釈量が違っていた。調整し直して注入し、その後、患者は特に問題なく経過した。	3人分の注入物を載せたワゴンから、A患者の物を取る時に、イリゲーターの名前を確認せず、A患者のものだと思い込んで取った。
127	同姓の患者が2名同室にいた。当該患者は絶飲食であったが、食事を摂取させてしまった。家人より報告を受け確認したところ絶飲食であったことが判明した。医師に報告し指示を確認した。軽度の食事が摂れるなら問題なし。昼より流動食を開始した。	配膳時の確認不足。同姓患者が同室にいた。絶飲食の表示がなかった。担当看護師が確認しなかった。
128	ナースコーナーで預かっていた生後4日目の新生児3人のうち2人が泣き出したので、2人のうちの1人を母子同室の母親に返しに行った。母親A氏は就眠中だったが、「Aさん、Aさん」と声をかけ、「赤ちゃんが目を覚ましたので授乳して下さい」と言って授乳させた。しばらくしてA氏が、「向かいのベッドの赤ちゃんの泣き声が自分の子の泣き声に似ていた。顔を見たら自分の子そっくりだ。自分の子ではないか。」とナースセンターに言いに来た。その時点で、A氏に返すべき児を別の母親（B氏）に返したことに気付いた。B氏の子供はNICU（新生児集中治療室）に収容されており、おかしいとは思っていたが、つい授乳させてしまった。	確認不十分（ネームバンド、ベッドの氏名）。預かった看護師と返しに行った看護師が別であった。
129	手術予定の患者に血液型リストバンドをしてもらう際、血型が違っていると指摘された。オーダー画面の基本情報はO型、リストバンドもO型、患者はAB型だと言う。カルテの検査データはAB型であった。	リストバンドの血型は患者基本情報を見て行なうが、以前基本情報がどこのパソコン端末からでも操作出来た時期があり、その頃に誤操作で入力されたと考えられる。
130	A氏のカンファレンス時に、担当看護師より看護記録の血型用紙がB氏の血型用紙との指摘があった。A氏の血型用紙の上にB氏の用紙が貼られていた。両者とも輸血歴はなかった。B氏の血型用紙をB氏のカルテへ貼りかえた。	不注意。名前が似ていた（1字違い）。

No.	具体的内容	背景・要因
131	午前中に輸血の依頼が2件重なっていた。患者Aの血液型はO型(+)であった。もう一方の患者Bは、A型(+)で備蓄在庫がなかったため、当日照射後に納品予定となっていた。他のスタッフが患者Bの血液型抗体スクリーニングを実施中であったため、自分が患者Aの血液製剤を誤ってA型を発注した。	血液製剤発注書を記入中、他のスタッフが患者Bの血液型をA(+)と言っているのを聞いて、患者Aの血液型のことと勘違いし、伝票を確認せずに患者Aの血液型をA(+)として発注してしまった。
132	病棟からの申し送りを受けた際、入院カルテ以外のもの(外来カルテ、レントゲンジャケット)が違う患者のものであった。医師が、カルテから確認しようとした際に発見した。	申し送り時の氏名確認が、全ての物に対して行われていなかった(手術室及び病棟看護師)。
133	沐浴をすませた赤ちゃんをベッドに戻す際に、ネームバンドを確認しなかったため、間違ったベッドに寝かせてしまった。授乳の際、母親が気が付く。	ベッドが順番になっていると思い込んでいた。ベッドネームと赤ちゃんのネームバンドをきちんと確認しなかった。