

【4】患者取り違い、手術・処置部位の間違いに関連した医療事故

平成18年7月1日から平成18年9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い、手術・処置部位の間違いに関連するものは12件であった。

（1）患者取り違い、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事例の概要は図表Ⅲ-18の通りである。

患者取り違い、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、取り違いの種類で「患者取り違い」、「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-19）。さらに、取り違いの種類を、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-20）。

① 検査の場面

検査の場面での医療事故事例は1件であり、救急外来で患者のCT撮影を行い、現像の際に、慌てたため他の患者の画像データを現像した事例であった。

② 手術の場面

手術の場面での医療事故事例は4件であり、ほとんどが左右間違いであった。

マーキングはしていたが手術前に消えていた、という事例に関しては「1. 手術前日までに術者が患者とともに確認し、皮膚にマジックなどで部位のマーキングを行う。2. 手術室で術者、麻酔医、患者の三者でマーキングなどされているか確認した後、麻酔を導入する。3. 手術執刀医は手術内容を宣言し、麻酔医、看護師は確認し麻酔記録に記載する。4. 執刀前に必ず画像を確認する」という改善策が報告されている。

③ 治療・処置の場面

治療・処置の場面での医療事故事例は6件であった。そのうち患者取り違い3件は薬剤投与の場面であり、1件は検体の取り違いであった。また、部位間違いは2件であった。

④ その他の場面

その他の場面での医療事故事例は、誤って違う患者のIDカードを使用した紹介状を作成した事例1件であった。

（2）患者取り違い、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19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い、手術・処置部位の間違い報告事例379件の分析を行った。

(注1) 第1回～18回 ヒヤリ・ハット事例収集に関しては5～6頁参照

医療事故と同様に間違いの種類で「患者間違い」、「部位の間違い」、「左右の間違い」の3つに分類したものを縦軸に、また間違いの発生場面を「検査」、「手術」、「治療・処置」、「その他」の4つに分類したものを横軸としたマトリックス表として整理した（図表Ⅲ - 2 1）。

本報告書では第19回ヒヤリ・ハット事例収集において報告された患者間違い、手術・処置部位のうち主な事例65件を図表Ⅲ - 2 2に示す。

図表Ⅲ - 18 患者取り違い、手術・処置部位に関連した医療事故事例の概要

番号	発生場面	事故の程度	事例概要
【患者取り違い 6件】			
1	検査	不明	患者は救急外来でC Tを撮影した。同時刻他の患者のレントゲン撮影があったため、慌てて他の患者のデータでフィルムを現像した。放射線医師の読影の際にカルテとフィルムの名前が違うことで発見。
2	治療・処置	障害残存（低い）	患者に処方されたユベラNを、当事者の思い込みで違う患者のI Dカードで処方箋に打ち二日間間違えて投与された。
3	治療・処置	不明	同室にいる同姓の患者A、Bの両方の薬剤を回診時Aに静脈注射した。
4	治療・処置	障害残存（低い）	人工授精のドナー精子を準備した際、検体を取り違い、精子O型で授精すべきところ精子A型で授精が行われた。
5	治療・処置	不明	3人分の内服薬を照らし合わせ、ひとつのトレーに乗せた。名前の確認を怠り、A氏にB氏のハイセレニン細粒（抗けいれん剤）を飲ませたことに気付いた。
6	その他	不明	歯科への紹介状を電子カルテ上で作成し印刷後、誤って違う患者のI Dカードを押し、患者を歯科外来へ案内した。診察は行ったが、治療の必要なく帰室した。
【部位間違い 2件】			
7	治療・処置	障害残存（低い）	C Vラインから投与するはずだったセレネース点滴を間違えてP T C Dラインから注入した。両方のラインともガーゼにくるまれている。
8	治療・処置	不明	排泄後、全身痛のためボルタレン坐薬挿入する際に、患者の希望でトイレで立位のまま挿入し、誤って膣に入れたため出血した抗凝固剤内服中であった。
【左右間違い 4件】			
9	手術	障害残存（低い）	左第5肋間骨腫瘍で前日に病室でマーキングしたが、手術は延期となった。1週間後手術の際、マーキングは消えていた。透視下で右第5肋間を見ていたが、陰影が確認されたと判断され手術開始された。途中のC Tで確認し左右間違いに気付いた。
10	手術	障害残存（低い）	関節リウマチの手術で右膝に左用の人工関節が挿入されていた。術後のレントゲンで発見した再手術となった。
11	手術	障害残存（低い）	緊急搬入後、左慢性硬膜下血腫の手術で右穿頭術を行い、病変がないことで左右を取り違えたことに気付いた。手術部位マーキング実施手順が明確でなかった。
12	手術	障害残存（低い）	左眼の白内障で、右眼の度数の眼内レンズを左眼に挿入した。このため予定と異なり遠視になった。手術室で医師、看護師と一緒に「眼内レンズ説明表」を使用し、眼内レンズの種類、サイズを把握しているが確認には異常がなく医師が記入の際、間違えた。

図表Ⅲ - 19 患者取り違い、手術・部位の間違いに関連した医療事故事例の発生状況

	患者取り違い	部位間違い	左右間違い	合 計
検 査	1	0	0	1
手 術	0	0	4	4
治療・処置	4	2	0	6
その他	1	0	0	1
合 計	6	2	4	12

図表Ⅲ - 20 患者取り違い、手術・処置部位の間違いに関連した医療事故の「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）	取り違いの種類		
	患者取り違い	部位間違い	左右間違い
確認を怠った	6	2	4
観察を怠った	0	1	1
判断を誤った	0	1	2
知識が不足していた	0	1	0
技術・手技が未熟だった	0	1	0
報告が遅れた	0	0	0
通常とは異なる身体的条件下にあった	0	1	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	3	0	1
連携が出来ていなかった	1	0	0
記録などの不備	0	0	0
患者の外見・姓名が似ていた	1	0	1
勤務状況が繁忙だった	1	0	0
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	0	0	0
諸物品の問題	0	0	1
施設・設備の問題	0	0	0
教育・訓練に問題があった	0	1	0
説明不足	0	0	0
その他	0	0	0
合 計	12	8	11

（注）「発生要因」複数回答が可能である。

図表Ⅲ - 21 患者取り違い、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

	患者取り違い	部位間違い	左右間違い	合 計
検 査	119	10	7	136
手 術	5	3	14	22
治療・処置	161	2	4	167
その他	54	0	0	54
合 計	339	15	25	379

図表Ⅲ - 2 2 ヒヤリ・ハット事例 記述情報 (患者取り違い、手術・処置の間違い)

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【検査での患者取り違い 28件】 他類似事例 91件			
1	A氏、B氏、C氏の3名がレントゲンに呼び出された。3名とも車椅子移動の患者であり、C氏は安静度を確保する必要があった。そのためA氏、B氏の移送をフリー業務の看護師へ依頼した。その際「A氏ともう1名をレントゲン室へ」と声を掛けた。受け持ち看護師は処置中であった。2名をレントゲン室へ案内し受付で名前を告げた。放射線技師がC氏を呼び出し看護師に「C氏ですね」と聞くと看護師が「ハイ」と返答したため撮影した。その後C氏の安静度がポータブル撮影であったことを確認した受け持ち看護師が、放射線部にポータブル撮影を依頼したところ、すでに撮影済みになっていたことから、B氏とC氏の取り違いが発覚した。	情報の伝達が確実になされていない。フリー業務の看護師は主に処置などにつくため、患者の情報収集が正確になされていなかった。依頼されるままに患者移送を行ったことがインシデントにつながった。又、入院患者はネームバンドの着用を行っているにも関わらず、看護師・放射線技師共に活用していなかった。	・業務を依頼する場合は、患者情報を申し送る。 ・患者氏名の確認を確実に行う。 ・特に検査部門においては、患者確認の仕方についてネームバンドの確認や、外来患者においては氏名を名乗ってもらう、生年月日を言ってもらうなどのルールを決める。
2	救急外来の医師から時間外検査室に「緊急結果が出ていない」と連絡があったため確認すると、同姓の患者の検査が検査済みになっていた。医師が氏名を確認し、ラベルが間違っていたことがわかった。	同姓の患者名のため、間違っラベルを貼り付けてあった。患者名だけの確認で、患者IDの確認がなされていなかった。	・検体提出時、患者氏名の再確認を確実に（多数同時検体提出時は不可）。 ・オーダーリングシステム上における運用でも、発生源入力間違いであれば、システムの効果は希薄である。
3	児のビリルビン再検時血液検査を施行。結果をパスへ記載する際、週末の時間外に出生した児で、血液検査されていなかった他の患児のパスへO(+)と記載してしまった。転記する際に伝票を確認したはずであったが、正しい児であると思い込んでしまい疑わなかった。O(+)と記載してしまった児の母親から退院時、看護師に血液型がおかしいと指摘があり血液検査を施行してなかったことが判明し報告を受ける。血液検査施行しB(+)であることが判明した。	血液結果をパスへ転記する際、血液伝票の名前とパスの名前を確認していなかった。休日であると、血型、血液像は検査出来ない等。検査項目、検査出来る日が複雑である。	・血液型結果をパスへ転記する際、血液検査伝票の名前とパス、カルテの名前を確認する。 ・血液検査の施行日を日齢1日目か5日目と決める。 ・血液検査を施行した場合は必ず施行日をパスに記載し皆が判るようにしておく。 ・結果伝票は必ずその日に取りに行く。 ・日齢1日目休日になる場合は、血算、血型、ビリルビンのみ緊急にして、1日目に必ず血型が判明するようにする。 ・複雑な検査システムを統一に向けて検討をする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
4	D I C (胆のう造影) 検査のために来院。朝、外来窓口で患者から声をかけられたA看護師は「トイレを済ませて待って欲しい」旨説明し、他の仕事のため外来を離れた。B看護師は時間になったので、外来待合室で氏名を呼び、来た患者を処置室に案内しベッドに横になってもらった。ピリスコピン(胆のう胆管造影剤)の点滴をベッドサイドに準備して、注射担当のC医師を電話で呼んだ。C医師は「胆道の検査のために注射しますね」とベッドに横になっている患者に声をかけて、準備されている薬剤を注射した。その際氏名確認は行わなかった。15分位して、副作用の有無を確認しにベッドサイドに行ったA看護師が、患者取り違えに気が付き、点滴を抜去した。	患者が返事をしたので該当患者と思い込んでしまった。患者に名前を名乗ってもらわなかった。検査予約表をチェックしなかった。外来患者の対応や処置の担当が場面によって変わること。自分が担当する場面での事前準備はすべて間違いなく行われていると思い込んでいるため、「何の注射をするのか」と患者が聞いたにもかかわらず疑問を感じることなく実施してしまった。確認がおろそかになっていた。行われた処置情報の確認が行われていない。	- 患者に名乗ってもらうルールが守られていないため、各種会議で事例を提示して情報共有する。 - 検査目的を確認するため予約表をチェックする。 - 点滴が終了するまでカルテを患者のベッドサイドに置いて、処置前にカルテを確認する。 - 外来業務の見直しをしていく。
5	予約外で薬のみ希望の患者Aのフォルダが診察室に回ってきた。診察の順番としては予約で来院していた患者Bだった。2人とも中待合で待っている状態で、医師は薬のみ希望で来院した患者Aを先にフルネームで呼び入れ、IDカードを受け取りフォルダに収めた。しかし、実際診察室に入ってきたのはB氏であった。医師はその患者がA氏であると思い込んでいたため、A氏のカルテを開いていた。そして「今日は薬だけです」と患者に問うと、「前回診察のとき、今度はレントゲンを撮りましょうといわれました。」と答えた為、カルテ上の所見からレントゲンのオーダーを出した。担当の看護師も患者がA氏であると思い込んでいたため、IDカードを確認しないままフォルダ内に放射線科へ案内する札を入れ患者に渡しレントゲンを撮ってくるよう説明した。次に医師がB氏の名前を呼び入れたがいなかったため他の患者の診察を始めた。レントゲン受付より電話にて「患者B氏が受付に来ているが、オーダーが入力されておらず、フォルダ内の受診票がA氏のものである」と連絡があり、事故の発生に気が付いた。	診察室のドアが閉められた状態で医師が名前を呼んでいるので、待合室での患者同士の会話や雑音によっては呼ばれた名前が聞こえにくい。患者からIDカードを受け取った時、医師も看護師も患者がA氏であると思い込んでいたため、IDカードの名前を確認しなかった。患者B氏自身も次に自分が呼ばれる番だと思い込んでいたと思われる。レントゲンのオーダーが出て患者をレントゲンへ案内するときも担当看護師は患者がA氏だと思い込んだままであったため、本人確認をしなかった。電子カルテ上、2人の患者の所見が似ていたため、別人だと気付かなかった。	- 医師が患者を呼び入れる際、担当の看護師は診察室のドアを開け、「〇〇様」と呼び入れる。 - 患者から、IDカードを受け取るのは本人であることを確認する為の基本的なマニュアルであるため、必ず実施する。 - 検査の指示が出て、他の部署に案内する場合は、「では、〇〇様ご案内します」というように声に出して名前を言い確認をする。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
6	血糖とヘモグロビンA1cの検査中に再検チェックに引っかかっていた為データの確認をした所、前回数とかなり違った値だったので、再検をしようとしたところ受付にてその患者の採血管がなくなってしまった。ラベルを再発行して、当該患者より採血し検査した所、前回数とよく似たデータであった。前回数と大きく外れた検体は（既に検査済みで再検チェックとなった検体）は、他の患者の採血管に紛れて他の患者より採血されたものと思われる。	時間により、検査業務をしながら採血もしている。また、昼休みの交替時間でもあったため、職員が不足していた。できればBCロボ（採血管準備システム）を利用し、1患者様1トレイを徹底すれば防げたと思われる。	・1患者1トレイの徹底。 ・採血時に患者の確認、および採血管、採血ラベル（氏名を含めて）を徹底する。
7	○病棟のA氏に腹部エコー（超音波検査）の予約が入っていた。当日のエコー担当医が、A氏を電話で呼び出す際に、誤って△病棟へ電話しクラークへ「Aさんを腹部エコーへ」と告げた。△病棟へは同姓のB氏が入院中であったため、クラークはB氏の担当看護師へその旨伝えた。担当看護師は、B氏が腹部エコーの予定でないことに気付いたが、嘔吐を繰り返していることから「主治医が臨時で予約を入れたのだろう」と思い主治医へ確認しないままB氏を腹部エコーへ案内した。検査を実施した研修医は「Aさんですか」と確認したものもののフルネームでの確認及び、ネームバンドの確認を行わなかった。検査後○病棟のA氏の検査呼び出しがないことから検査室へ問い合わせ、B氏の腹部エコーが終了していることが分かり、詳細を調べた結果、患者取り違えが判明した。	業務手順、ルール、チェックの仕組みの問題点。スタッフの患者確認が姓のみで行われている。ネームバンドが活用されていない。検査予約の確認を行っていない。	・全職種において患者確認をフルネームで行うよう徹底する。 ・入院患者においてはネームバンドを活用する。 ・検査予約を確実に行う。
8	同室の患者Aと患者Bの採血を行うため、各患者名の印字された採血スピッツを持って病室に行った。そして患者Aの血液を患者B用の採血スピッツに採取し、患者Bの血液を患者A用の採血スピッツに採取し、検査室に提出した。その後、検査結果の異常値を見て取り違えたことに気付いた。患者に対し取り違えた事を説明し、再度採血を行った。	患者への氏名の確認が不十分だった。他患者の検体スピッツをベッドサイドに持っていったこと。検体スピッツに印字されている氏名の確認が不十分だった。	・ベッドサイドには採血する患者の検体スピッツのみ持参すること。 ・採血前に採血スピッツに印字されている氏名を呼称し、患者自身に間違いがないか確認してもらうか、患者自身に名前を名乗ってもらう。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
9	オーダーリングにて発行された検査伝票のバーコードをセンサーにかけ、コンピューターによりラベルが貼付された試験管を吐き出す機器を使用している。外来看護師が通常通りラベルの貼付された試験管を準備し、採血した。このとき、同姓の患者が続き、検体を次の患者の試験管で採血してしまった。検査室より、前回データと全く異なることを指摘された。また、医師からも指摘あり発覚。検査結果は両方の患者共に入力せず（確実にその間違いなのかははっきりしない）。再度採血実施。患者へ謝罪した。	外来では流れ作業で採血を実施しているため、バーコードをセンサーにかけける看護師と、採血する看護師が異なる。採血する看護師は「伝票」、「試験管」を確認、患者に生年月日と名前を名乗っていただき、採血実施のサインをすることになっているが、確認が不十分であった。また、医師のオーダーの立て方で、試験管が1人の患者に2つのトレイで出てきたりする。確認作業が不十分であった。	・時間がかかっても、バーコードをセンサーにかけ試験管を発行した看護師が責任を持って採血する手順にする。
10	緊急CT検査室で同姓の女性の名前を間違えて検査を行った。頭部撮影を行うべきところ、鼻部の撮影を行った。30分後診療科外来から画像が見れないと連絡が入り、間違いに気が付いた。	患者確認をする際にフルネームで確認しなかった。患者から名乗ってもらうようにしなかった。検査伝票とリストバンド（ネームバンド）を照合、確認しなかった。	・フルネーム確認を徹底する。患者から名前を名乗ってもらうよう職員患者に説明→検査場所にポスターを掲示した。 ・リストバンドと検査伝票の照合、確認をする。
11	婦人科外来において、患者Aの病理採取の介助を行い、1時間後に患者Bの病理の採取の介助についた。診察台は同じ場所であった。医師に患者の名前を確認し、ラベルとスライドガラスにそれぞれ名前を記載した。4日後、病理の検査部が、検体と検査依頼の伝票に食い違いがあることから、検体を取り違えたのではないかと指摘があった。通常とは違って特殊な検体がでていたので、医師がよく記憶しており、取り違えではないかということが発覚した。	患者や医師とのダブルチェックをしていなかった。院内のルールとしてはダブルチェックを行うようにしている。病理等に関しての検体については婦人科外来においては1伝票1検体ではなく、固定液に数人の検体を保管して病理に提出する仕組みになっている。	・改善策については院内で問題視しており、改善策を検討中であるが、まずは各診療科で検体の提出等については患者にご協力いただき、スライド等の名前を確認してもらうことの徹底。 ・各部署で運用上の取り決めをしてもらう。 ・検討している事項については1検体、1処理。 ・1伝票1検体を遵守できるような体制を検討している。 ・数人まとめて保管する固定液の入れ物については廃止したい。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
12	A患者のカルテは医学生が持っていた（予診聴取中）ため、研修医はカナ検索により患者のID番号を特定し（同姓同名、同漢字、同年齢のB患者のID番号だった）、マンモグラフィー（乳房X線検査）のオーダーを行った。検査部受付でA患者のIDカードをカードリーダーで確認したところ、オーダーが入力されていなかった。しかし、A患者が持参したB患者のオーダー控えがあった為検査室へ行かせた。検査室では、IDカードとフルネームで名乗ってもらって確認したが同姓同名のため、患者間違いに気付かなかった。その後、計算窓口でIDで画面を開いたところ、オーダーがないことで間違いが発見された。	カナ検索をして患者を特定した場合、実際の患者を生年月日で確認するというマニュアルが守られなかった（研修医はカナ検索のルールを周知していなかった）。検査部受付で、患者のIDを読み込ませて患者確認を行ったが、検査を急いだため、オーダーが入力されていないのにオーダー控えがあることに疑問を持たず、患者を機械的に検査室に行かせた。	・カナ検索の方法、危険性を周知徹底する。 ・患者の持参したIDカードをバーコードリーダーで読み込んで、必ず、そのID番号で検査の確認をする。
13	リーダーが指示受けをほぼ1人で行っていた。当日の女性入院患者は1名であったため、臨時で発行されている女性の名前の採血ラベルは当日入院した患者のラベルだと思い込み、IDカードとラベルを用意した。受け持ち看護師に検査へ行ってもらおうよう依頼し、入院時の検査（採血・心電図・胸部レントゲン）へIDカードと採血ラベルを持って女性入院患者Aに1で行ってもらった。生体検査室にて採血時に検査技師がラベルと本人の名前の違いに気づき、間違いが発見された。間違っって持っていったラベルは、同じ病棟の女性患者Bの翌日採血分ラベルであった。	採血ラベルを手にとった時に、患者氏名をきちんと確認していなかった。受け持ち看護師に依頼したときに二人でIDカードとラベルの氏名を確認していなかった。患者本人にラベルとIDの氏名を見せて確認してもらわなかった。指示を出した医師はそれぞれ別だが、採血ラベルを出しっぱなしにしていた。前もって入院時検査（採血・心電図など）指示が出されており、採血スピッツは前日に入院患者と一緒に検査室から送られていたが、分かりにくい場所に置いてあり、申し送りがなかった。翌日は休日であり、検査翌日に必要な採血の指示以外に臨時採血の指示は出ないと思い込んでいた。	・採血ラベルを持ったときは患者氏名を声を出して確認する。 ・依頼するときは依頼する側とされる側で氏名を確認する。 ・患者本人にラベルとIDの氏名を見せて本人の物と確認してもらう。 ・採血指示を出すときは、採血ラベルも指示簿にはさんでもらうように依頼していく。 ・翌日入院患者の採血スピッツや採血ラベルは、入院患者の予約票もしくはカルテと一緒に置くようにする。
14	他の技師がA患者を撮影しており、その技師の操作台にあったB患者の伝票をみて、A患者をB患者と勘違いし、通常の撮影終了後、本来撮るべきでない（B患者指示の）CTを撮影してしまった。撮影後、付き添いの家族に伝票を渡して間違いに気付いた。間違いを謝罪し、主治医に報告した。患者および家族は「撮ってもらったのなら、結果を教えて欲しい」と言われたため、主治医より「説明する」とのことで、フィルムを出力した。	「B患者がCTに来る」ということが頭にあり、A患者が撮影している場所にあったB患者の伝票を見て、撮影中のA患者がB患者であると勘違いし、患者本人に名前を名乗ってもらルールを忘れた。	・担当技師の思い込みと確認方法を怠ったことによるミスであり、本人に厳しく指導したとともにスタッフ全員に再度周知徹底を図った。 ・伝票確認と呼びかけによる確認だけでなく、必ず検査入室前と直前に、フルネームで患者自身に名乗ってもらう。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
15	患者の血液培養をとった後、ラベルを出して検体に貼り、検査に提出した。提出した後に、カルテ控のシール患者名を見て、違う患者の名前のラベルを検体に貼ってしまったことに気付いた。	採血後、ラベルを出す時にカードックスを開き、患者名、検査の項目、日付を確認していなかった。ラベルを出した後も日付、患者名をもう一度確認せず、ラベルを貼ってしまったことが要因である。又、患者の名前と疾患名をはっきりと覚えていなかった。	・採血前、採血時、採血後、検体提出時に、必ず指示簿を手元に置き、患者名、日付、検査項目を確認する。 ・ラベルを出した後も指示簿を見て、間違いがないかを確認する。 ・5つのライト（Right Drug、Right Dose、Right Time、Right Route、Right Patient）を守る。
16	外来受診患者の感染症（膿培養）のパソコン入力時、パソコン画面に違う患者が出ていたのを確認せず、カードを通しカード番号と氏名を確認せずそのままオーダーしてしまった。ラベルを貼る際、カルテと違う名前だと他スタッフに指摘され誤りに気付いた。再度、本人の名前でオーダーし検査を終了させた。間違いに気付いた時、すぐオーダーキャンセルの電話をした。	全患者の診療支援システムが開いたままになっており、患者名を確認せず当該患者と思ってオーダーしてしまった。	・一人一人が診療支援システム使用終了時に必ず終了させる。 ・氏名をよく確認してから入力する。 ・ID番号と氏名を画面上とカルテで確認する。
17	手術中に腹水を検査室に提出することになった。オーダーしてあった術中病理組織のラベルを出力しラベルプリンターに取りに行った。プリンターの下に置かれているパックの中には何枚かラベルが入っていてその中から患者の名前が書いてある二枚を取り出してそのうちの一枚を検体のスピッツに貼って検査室に提出した。検査室からラベルが検体を依頼したものと名前が一致していないと連絡を受け、間違いに気付いた。	検体ラベル出力の箱に、同時に多くの患者のラベルが出力されている。検体ラベルを確認する際に、声出し指差し確認をしていなかった。ラベルを確認するときに姓を確認し、フルネーム確認を怠った。	・検体ラベルの確認は声出し指差し確認を行う。 ・患者のカルテとラベルを照合する。 ・検体ラベルの出力時、枚数を確認しておき、ラベルの持ち出し時に枚数を確認する。
18	妊娠反応検査の実施時に、同姓同名（漢字は一字違い）の患者の検体で検査を行い、患者に妊娠反応陰性のところを陽性と説明した。不正出血の訴えであり、子宮外妊娠を診断するために翌日に再度検査を実施。結果陰性であり、前日の採尿コップを確認すると一字違いの患者であった。	尿検査時は、患者がコップに氏名を記載して採尿していた。妊娠反応検査後に追加の指示が出て、検査用ラベルを電子カルテより出力し、検体に貼付するときに、ラベルの氏名と検体の氏名が異なっているのに気付かなかった。検尿コップは同じテーブル上に、当日の患者分全てが置かれており、検査終了後のコップか未検査のコップか区別が付きにくい状況であった。患者が帰宅した後もコップは廃棄されず、業務終了時にまとめて廃棄していた。患者に氏名を記載してもらう際に、カタカナ名の記載があり、同姓同名患者の区別がしにくい。	・検体（コップ）置き場を整理する。検査済みと検査後を区分する。 ・診察終了患者の速やかに廃棄する。 ・妊娠反応検査時は、患者に記載した氏名を確認して頂き、医師が検査結果を見て説明する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
19	C T室で患者Aと患者B（A・Bは同姓）の頸部C T検査を行った。その後フィルム整理の際、患者Aのフィルム袋に患者Bのフィルムを、同様に患者Bのフィルム袋に患者Aのフィルムを、交互に入れ間違えたまま配布してしまった。患者Bが外来受診した際、担当医が氏名の間違いに気づきカルテ室に連絡した。カルテ室より患者Aの入院病棟を経由しC T室に連絡あり。C T室ではそれぞれのフィルム袋を回収し、フィルムの入れ間違いを確認の上、正しく入れ直し再配布した。	常々同姓には注意するよう心掛けてはいるが、手の空いている者が短時間にフィルムを袋へ入れる作業を行うため、ミスをゼロにする事が難しい。人による手作業のため、どうしてもケアレスミスが発生してしまう。	このようなミスを避ける意味もありPACS（医療画像情報システム）化を進めている。現在は初期段階でありフィルム撮影を行っているが、次の段階ではフィルムレス化に移行する予定である。こうなればフィルムを袋に入れる作業そのものが発生せず、今回のようなミスは起こり得ない。それまでは尚一層の注意を喚起しミスを最小限に留めたい。
20	翌日、A氏と同じ病室にB氏という同姓の患者が入院する予定になっていた。翌日の検査の説明をする際、B氏に出されていたレントゲン、心電図について、A氏に説明していた。検査当日、A氏から検査について質問され、前日に間違えて説明していたことが判明した。	翌日、同姓の患者が入院することについて把握していなかった。苗字だけで、A氏の検査だと思い込んだ（フルネームの確認をしていなかった）。同姓の患者を、同室に入院させざるを得ない状況であった。患者が入院する前にオーダーされた検査についても、ワークシートに出力される。	- フルネームの確認を遵守する。 - 可能な限り、同姓の患者は、同室に入院させない。 - 同姓、同名、類似名の患者の入院がある場合は、早めにインフォメーションし、注意を促す。 - 入院時は、ナースコールボード、カルテ等、患者名を記載するところをマーキングし、注意喚起する。 - 患者にも同姓患者がいることを説明し、協力を得る。
21	病棟の患者AにD I P（静脈性腎盂尿管撮影）検査をするところ、患者Bに施行してしまった。病棟に患者Aに来るよう電話連絡を入れた。受けた事務員は看護師にメモ（名字のみ）を渡した。病棟には同姓の患者が2名いた。看護師が看護助手へ患者を搬送依頼。看護助手は同姓の患者が2名いることを認識しておらず患者Bを搬送。カルテは患者Aのものであった。放射線科でもバーコード確認をカルテにて行い本人とカルテが違っていることに気付かなかった。	同姓患者の存在を病棟全ての職員が把握していなかった。バーコード確認を本人の手首につけているリストバンドで行わずに、カルテで行ってしまった。	- 患者取り違えの可能性を常に念頭におく。 - 病棟管理では入院時より病室等に配慮する。 - 申し送り等の毎日の報告時に当該患者の存在を医師、看護師、看護助手、クラークに伝え全員で病棟内の危険因子として情報を共有する。 - 患者確認はフルネームで確認。姓のみは禁止。 - 受け持ち看護師が出棟準備が整ってから、看護助手に搬送依頼する。 - 検査室では患者確認のために患者氏名を名乗ってもらう。 - 検査前に患者のリストバンドを用いて患者確認を行い検査を実施する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
22	患者に発熱があった。夜間帯だったが消化器内科の医師たちは、症例カンファレンスだった為、当直医及び主治医もおり報告した。カルテにはインフルエンザ A B と手書きで指示があり、サインはなかった。当直の医師は、発熱患者の咽頭検査をスワブ（滅菌済検体採取用製品）で行った。伝票について当直医は触れず、看護師は検体スワブと伝票を持って緊急検査室に提出した。そこで伝票にチェックがなかったため検査技師より「Aさんの検査伝票にチェックがない」と病棟に電話が入り、検体は発熱患者のものであったが、伝票が他患者のものであることが発覚した。	この時間帯のインフルエンザの伝票は手書きであり、インプリンターをしなければいけない。誤認した患者名は診察券カードが並んでいるところの隣の患者のものであった。たまたまチェックがなく検査技師から連絡が入ったが、伝票にチェックが入っていれば誤認された患者の検査結果として出てきていた。検査には3名の医師が関わっていた。当直医は看護師から報告を受け、スワブにて咽頭検査を行ったが、看護師が見ていたところ主治医は伝票にインプリンターをしていたため、主治医に確認したが「ああそんなことありましたね？インプリンターは覚えていない」という返事であった。看護師は検体採取された報告を受け氏名を確認せず検査室に提出しており、検体には患者名のラベルが貼られていなかった。	・原則を振り返り、検体にも氏名がついていること、その氏名に基づいて患者に氏名を名乗ってもらい確認する。 ・伝票と検体の氏名を合わせ確認する。以上を厳守する。
23	I Dカードの氏名の確認をせず、待合の椅子に座っていた患者に、内視鏡の検査前の胃粘膜保護剤を内服させた。キシロカインビスカス（表面麻酔剤）の麻酔前に I Dカードの氏名の確認をし、患者間違いを発見した。副作用のないことを患者に説明した。	患者の氏名確認の手順を守らなかった。病棟側が患者に対して受診の説明を理解出来るように説明していなかった。	・ I Dカードの氏名確認をダブルチェックで行う。 ・コンピューターでの受付後、処置を開始する。 ・病棟側でも患者に対して口頭説明だけではなく、場所などを含む詳しい説明を行う。
24	術前準備として用意した輸血のクロスマッチの採血スピッツに、別の患者のラベルを貼って提出してしまった。血液の違いを検査部から指摘され術前に再度採血した。	本来の患者とは別に術後の患者がおり、同様の採血を行っていたためスピッツを取り違えた。	・ 検体提出時の再確認。 ・ 1 患者 1 トレイの原則を守る。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
25	患者Aが緊急入院となり、医事課で事務職員が入院登録を行った際、誤って同姓同名患者Bとして入力してしまった。間違いに気がきすぐに修正したが、この間2分と短く、カルテは発行されていなかった。誤った患者Bのデータが既にオーダーリングシステム上に流れていたため、医師は患者Aの採血とCTの検査オーダーを患者Bのデータ上で行っていた。（ただし、カルテは本来の患者Aのものであった）一方、CT室の放射線技師は、患者Aの容態が思わしくなく、また看護師が搬送してきたということもあり、氏名のみを確認で生年月日の確認を行わなかった。その結果、患者BとしてCT撮影が行われてしまった。その後、患者Aは入院した。翌日医事課に伝票が送付され、患者名が違うことに気付いた。	（事務職員は）2分間と短い間にオーダーリング画面で医師が間違えた患者名で入力すると思わなかったもので、間違っ入力し修正したことを救急外来に連絡しなかった。（事務職員は）誤った登録データは途中で処理を中断した（カルテ発行していない）ため、オーダーリングシステム上に登録されていないものと思い込んだ。看護師、放射線技師は、救急の患者に対して生年月日の確認をしていない。	・処理を途中で中断した場合、それが誤った情報であったり確認が不十分であったりしたときは、必ず関係部署に連絡を入れ、オーダー入力を待ってもらようようにする。 ・カルテが出来上がった時点で生年月日で確認する。
26	次の患者の名前を確認している時に、前の患者を間違っ採血していることがわかった。待合室へ行き、本人に説明し再度採血を行った。	採血時に患者が一人で、スピッツも患者のものと思い込み名前を確認しないで採血した。	・患者が一人の時でも確認しなければ違う時があることを頭に入れ、必ず氏名で呼び、スピッツのラベルを本人にみせて確認する。 ・患者に名前を言ってもらい確認してから採血する。
27	電話で放射線科よりレントゲン撮影のための連絡を受けた。電話を受けた当事者は、患者氏名をメモしたが、そのメモは持参せずに、患者の説明に行った。患者氏名は正しく記憶していたが、違う患者を検査に呼ばれた患者と思いこみ、患者氏名を確認しないまま、放射線科に行くようにと説明した。患者が放射線科で検査に来た旨を伝えたところ、検査室の事務が本日検査が予定されていないことに気付き病棟に確認後、発覚した。	電話で患者の呼び出しなどを受けた場合は、必ずメモをして、そのメモを元にして、患者本人に氏名を確認または患者のIDカードで患者氏名を確認してから、患者に説明をするようになっているマニュアルを厳守しなかった。患者を思い込みで、患者の名前を確認をしなかった。患者にどのような検査が予定されているか、確認せずに説明をした。	・必ず患者に名前を名乗ってもらう。 ・ベッドネームでの確認。IDカードでの患者氏名の確認を行なう。 ・電話での連絡は必ず、メモを持参して患者を確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
28	患者の心エコーを行うため、病棟に電話で連絡し、看護師が患者を心エコー室に引率した。患者の名前をフルネームで呼び確認後検査実施し終了した。併せて患者は肺機能検査依頼もあったが、心エコーの検査結果より肺機能検査が難しいと思い、担当スタッフに申し送りをした。午後、患者の肺機能検査を担当スタッフが実施したところ、肺機能検査が困難な患者とは思われず、患者に午前中に心エコー検査を受けたか確認したところ未実施であった。直ちに病棟に確認に行き患者の取り違えが判明した。	通常は、患者にも名乗ってもらっているが、今回は病状により、受け答えができないと勝手に判断し術者からの確認だけで検査を行った。	・今後必ず、患者に名乗ってもらう事を再度徹底する。 ・入院患者には、名前入りのリストバンドを装着してもらえると患者確認する。
【検査での部位間違い 1件】 他類似事例 9件			
29	急性肺炎の可能性があり、他科より胸腹部CTの依頼があった。担当医は単純検査の指示を出したのみで、部位の変更の指示はしていなかったが、胸腹部を腹骨盤部と判断し検査してしまった。検査後読影を行う際に、依頼内容・依頼部位と実際の検査部位が異なっていることに気付く、検査室、担当医に確認、撮影部位を間違えていることに気付いた。	胸腹部と書いてあるのを腹骨盤部と判断してしまった。	・造影剤を使用しない場合は、技師のみで部位の確認をしていることもあるため、再度検査実施前の確認と、立会いの医師、看護師にも確認を依頼する。 ・依頼内容が実際の撮影部位と異なった内容のことがあるため、内容で判断すると撮影部位を間違える可能性もあり、依頼側にも正確な内容を記載してもらうよう要請することが必要。
【検査での左右間違い 2件】 他類似事例 5件			
30	左右ドレーンからアミラーゼを採取し、検査に出した。採取後、検体ラベルに「右、左」と手書きで記載したが、検体提出をしてから、記載を間違ったことに気付いた。すぐに検査室に連絡して修正した。	検査室から準備されてきた検体容器のラベルには、左右の区別がなかった。オーダーでは、コメントに左右を入力していたが、コメントは検体ラベルには反映されない。オーダー画面で、左右を指定することができない（コメント入力のみ）。検体採取後に、左右を記載した。	・システム上、左右の区別ができるようにしてもらうよう要請した。 ・左右の記載は、検体採取前に行う。
31	撮影オーダーは、頸椎（正・側）、右肩（正・軸）、左鎖骨（正・20度）、左手（正・斜）であったが、頸椎（正・側）、右肩（正・軸）、右鎖骨（正・20度）、右手（正・斜）を撮影した。撮影後、フィルム枚数を書類に記載する際左右の間違いに気付いた。又、患者が撮影室に入ってきたとき右肩を押さえ「痛いー」と声を上げて右側を痛がっていたので、オーダー間違いではないか医師に指示確認をするが指示通りであった。	確認不足。右肩を押さえ「痛いー」と声を上げて右側を痛がっていたので、右側の撮影と思った。	・患者の協力を得る。 ・撮影部位の確認するとき声を出し患者にも知らせる。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【手術での患者取り違い 2件】 他類似事例 3件			
32	入院前の患者の手術申し込みをした際に、事前に情報がなかったために名前からオーダー画面に入り、同姓同名患者がいることに気付かずに入力してしまった。手術前日まで訂正されなかった。	同姓同名患者、患者誤認、氏名検索から入力。	- 入院していない患者の手術入力の際には必ずIDを確認する。 - 名前以外の情報を必ず確保し、できるだけ外来カルテを参照の上入力する。
33	昼休憩後、業務に戻り、次の患者の眼内レンズが使用されていると報告を受けた。確認すると同姓の他の患者に使用していたことが判明した。	患者の外見（容貌・年齢）と姓名が類似していた。慌てていた。執刀医が記録台の上に出していた眼内レンズを、その患者のだと思い込んだ。その為に姓名の確認が不十分で苗字だけしか確認しなかった。	- 患者番号、姓名、レンズの種類の確認を徹底する。 - 使用直前にも執刀医に確認してもらう。 - 外回り看護師同士のダブルチェック、出す直前の手洗い看護師とレンズの一覧表、カルテ、レンズを確実にチェックする。
【手術での部位間違い 2件】 他類似事例 1件			
34	腰部脊椎管狭窄症によるL（腰椎）4／5の開窓手術を施行。術前マーキング、術中レントゲン等で部位を確認しながら実施したが、術後のレントゲンによりL3／4の開窓術と判明。再手術となる。	大変太った患者のため部位間違いが起きないように慎重に確認しながら手術を施行した。狭窄症状が予想より軽度であったが、不安定性があったため予定通り手術を行った。	透視での正面像だけではなく、椎弓部を確認後2方向からのレントゲンにより確認することとした。
35	手術室入室時チェックリストにより部位確認の際、病棟看護師が中手骨を中指と思い込み誤って手術室看護師に伝えた。手術室看護師も情報提供書を確認せずそのままチェックリストに中指と記載した。	チェックリストの重要性の認識不足。病棟看護師の申し送りの認識不足。情報提供書の重要性の希薄化。	- この事例をスタッフ全員に周知徹底し、確認行為の重要性、必要性を再認識させた。 - チェックリスト確認時重要性を高める為、申し送る側送られる側の双方にサインを義務化した。
【手術での左右間違い 3件】 他類似事例 11件			
36	整形外科の手術申し込みの際、左右を間違えてオーダーした。手術前日、担当医が病室を訪問し、患者より指摘され気付いた。気付いた時点で変更した。	類似の事例が続き、医師の思い込みがあった。	- 今回の事例への対策ではないが、手術オーダーシステムの「右」「左」「両側」の位置を変更した。 - 右と左を離して配置した。
37	脳神経外科と耳鼻咽喉科の共同手術。手術前情報提供書記載時に耳鼻咽喉科医師が左右を間違えて記載した。情報提供書に右と記載されていたため、右でベッドを準備したが、体位をとる直前に脳神経外科医師に間違いを指摘された。脳神経外科からは情報提供書はなかったが耳鼻咽喉科から出ていたため問題としなかった。	以前から情報提供書に左右の記載ミスがあった。もしくは記載漏れもあった。情報提供書がひとつの科しか出ていなかったが問題視しなかった。マーキングをしていなかった。	- 医局会で情報提供書記載について左右間違い、記載漏れ、マーキングについてアピールする。 - 手術室に情報提供書確認を義務化する。 - 患者入室時にチェックリストを使用し確認を行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
38	手術室準備のため脳外科手術の術野と麻酔器配置の確認のために、主治医へ電話にて連絡。伝票には術野が左と記載されていたが、主治医は右と言った。再度伝票を確認し病棟へも手術部位確認したところ、右と確認することができた。伝票の記載が左右逆であったことが判明した。	院内システムが変更されたばかり。システム上の問題。手術申込伝票が医師による直接入力のため左右を間違えて入力してしまった場合、すべての伝票に反映されてしまい看護師の再確認ができない。術前訪問に行く余裕がなく、看護師が術前に左右のチェックができない。	・ 前日、リーダーが電話で入室時間の確認を行う際に、左右の確認をも同時に行い病棟看護師もカルテ等で再度左右の間違いが無いことを確認してもらう。 ・ 術前訪問に確実にに行けるようにする。
【治療・処置での患者取り違え 21件】		他類似事例 140件	
39	C F（大腸内視鏡）予定患者に前処置としてテルミンソフト挿入の処置予定があった。深夜帯勤務・処置係が患者の病室を確認後訪室し、処置の説明をして納得されたので、処置を行う。処置後リーダーに報告する。リーダーがC F 予定患者に処置の確認をしたところ、肛門に挿入されていないと言われる。リーダーが処置係に確認したところ、同室の耳鼻咽喉手術目的の患者に挿入されていたことがわかった。挿入された患者への影響はなかった。	患者との情報共有不足と患者の名前確認不足であった。	・ 患者とパスを活用して情報を共有すること。 ・ 処置を行う際には患者に名前を名乗ってもらうこと。 ・ ベッドネームで名前の確認を行うこと徹底する。
40	水分出納のバランスの状況により、点滴の負荷があった。受け持ち看護師より、計算と指示の確認を求められ、負荷が必要であることを確認した。薬剤を準備し、患者のもとへ投与に行こうとしたが、患者認証をするための移動式パソコンが全て使用中の状態であった。一人のスタッフに作業を中断してもらい、その場で手入力認証をさせた後、患者のもとにいて投与した。直後、受け持ち看護師より、負荷をする患者が違うといわれて、患者を取り違えていたことに気がついた。患者の状態に変化はなかった。	初めて関わる患者が多かった（患者情報が不足していた）。勤務交代の時間が重なり、電子カルテのパソコンが全て使われていた（台数不足）。バーコードによる患者認証をしなかった。投与時の患者確認の原則を怠った。先に認証させているため、安心した。	・ パソコン台数の追加について、検討してもらう。 ・ 原則として、投与直前のベットサイドバーコード認証を実施する。 ・ バーコード認証に関わらず、投与直前の患者確認の原則を遵守する。
41	透析開始後、血糖を測定し低かった患者に指示の50%ブドウ糖を20ml投与するために準備をしていた。この時他の仕事を頼まれた為、別の職員に名前をフルネームで伝え依頼した。次に見たとき同姓の向かい側の患者に注射しようとしている所を発見した。1mlほど入っていた。患者への影響は血糖上昇の可能性あり。	業務手順の問題。患者は同姓で2名とも糖尿病であった。またベッド位置も向かい合わせであり近い場所であった。注入前に患者に「糖が低いので入れますね」というと「あーそう」と答えた。依頼をした側と受けた側の内容にズレがあり、正しく伝えたのか聞いたのが不明である。業務の中断、依頼時の問題。	・ 同姓患者のベッド位置を変更した。 ・ 業務の優先順位、依頼時は紙に書く、またはシリンジに氏名を書くことにした。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
42	清拭後にワゴンにフランドルテープが置かれてあり、1人で数人分のフランドルテープを貼付しに行った。しかし、名字のみ記入されており、本来の循環器内科の患者に貼付すべきフランドルテープを神経内科の患者に貼付してしまった。その後準夜勤の看護師により発見された。	受け持ち看護師がフランドルテープを責任を持って貼付していないシステムがある。受持ちではない看護師がフランドルテープの外袋に名前を直接記入しそれを他の看護師が貼付するシステムがある。看護師個人で、記入の仕方がばらばらであり、名字しか記入しない看護師もいた。日頃から誰が責任をもって、与薬するシステムになっているか決まっていない。フランドルテープに関して、処方箋で確認するシステムがあるにも関わらず行われている。本来受け持ち制をとっているにも関わらずスタッフが少ない日は、検温担当、清拭など担当と機能別に簡単にしている現状がある。	・処方箋で確認のうえ、貼付する。 ・もし、名前を記入する場合はフルネームで受け持ち看護師が記入をする。 ・簡単に機能別のシステムに変更する事をやめる。 ・与薬作業の見直し。
43	入院患者の定期内服薬を、退院された患者の退院処方内服薬とともに間違えて退院患者に渡した。定期内服薬を患者とダブルチェックし手渡そうとしたが、内服薬が見当たらなかった。薬剤部での定期受取りのサインはあり、更に、病棟での受取りサインもあった。手渡した入院患者の定期内服薬を再確認したがなかった。当日退院された患者に確認の電話をしたところ、入院患者の定期内服薬が紛れ込んでおり、内服していないという確認が取れた。謝罪後自宅まで受取りに行き、入院患者に手渡した。手渡す時にワゴン車に数人の内服薬を乗せていた。退院患者には、担当看護師が一つ一つ取り出して内服方法を確認しながら説明した。その後にアミノレバン作成方法を実際に患者と共にいった。病室に戻り、内服薬をまとめた時に他の患者の内服薬が紛れ込んだ可能性が高い。	患者誤認、数人分をワゴン車にのせていた。	・1患者1内服薬の持参とする。 ・業務を中断したときは、最初から5R（Right Drug、Right Dose、Right Time、Right Route、Right Patient）とリストバンド確認を行う。
44	準夜勤務開始時に食後薬を準備したが、病棟ラウンド時に、患者から薬（フロモックス・ワソラン）がきていないと言われた。新たに準備して渡したが、同室の患者から「今日から薬が増量になっていた」と言われた。確認すると未投薬であった患者の薬が、1回分不足していたため間違いに気が付いた。	薬袋から薬を出す時に、狭いワゴンの上で仕事をしていた。薬の準備時に、先の患者の準備をして、その手で次の患者の分を用意したため、同一配薬となってしまう。薬を準備する時はどの薬を出すかチェックするが、出した後の再チェックをしていなかった。	・狭いところでの作業は行わず、広いところで行う。 ・1人づつ確認をしながら行い、別患者の分と分けて行う。 ・準備前・準備後の再確認を実施する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
45	経験年数10ヶ月の看護師がその日のリーダーから生後10ヶ月のA氏にグリセリン浣腸20mlを施行するよう指示を受けた。その直後に再びリーダーから隣室の5歳のB氏の点滴変更をするように指示された。最初にA氏のグリセリン浣腸20mlを施行しようと温めていたら、リーダーからB氏の点滴を先に交換するように指示された。点滴はすでにリーダーがB氏の部屋に持って行き、後は患者確認のバーコードチェックを行うようになっていた。そこで、指示された看護師は、温めたグリセリン浣腸20mlとバーコード確認器を一緒のトレイの中に入れて、B氏の部屋に行った。点滴のバーコード確認をし点滴を交換した後、トレイにグリセリン浣腸があるのを見て「浣腸しなければ」と思い、本来指示のなかったB氏にA氏の浣腸を施行してしまった。	違う指示を、ほぼ同時にリーダーから口頭にて受けた。最初にグリセリン浣腸20mlから施行しようと思っていたが、点滴を先にするように言われて、同じトレイにグリセリン浣腸とバーコード確認器を入れてしまった。グリセリン浣腸には患者氏名が記入されていない。患者確認をしていない。	- 指示伝達を口頭で行わず、指示メモを使用する。 - 指示遂行後、リーダーにメモを返し終了した事を確認する。 1患者1トレイを再度、周知徹底する。
46	外来で入院患者の診察を行いオーダーリングで処方する際、前に診察していた患者の画面で処方した。病棟で薬剤がこないのを確認すると処方プリントの氏名が違う患者のものであった。医師に連絡して処方し直してもらった。間違った患者は、入力時すでに会計終了し帰宅していたので、オーダーリング上の操作で会計上の間違いも起きなかった。	医師がまだ慣れていない状況にあった。医師が診察終了した患者の画面を閉じていなかった。診察・処方開始時に必ず患者確認を行うことになっているがその確認ができていなかった。	- 診察終了したら患者の画面を閉じる。 - 診察開始時には必ず患者氏名ID番号を確認する。 - できるだけ患者と一緒に確認する。
47	看護師が2人の患者の点滴を同時に作成した。2人の患者の氏名及び点滴の内容を確認し、それぞれの患者の薬液ボトルに氏名を書き、同じ台車の上に置いた。点滴を切り替える際に患者名と点滴内容を確認せず、両患者のメインの点滴を間違えて反対に接続してしまった。2時間後、医師が診察する際にメインの点滴内容の違いに気付いた。メインの点滴内容は、一方の患者には50%ブドウ糖液500ml1袋で、もう一方の患者には50%ブドウ糖液500ml1袋+10%ブドウ糖液500ml1袋であった。	1台の台車に2人の点滴を置いたことが間違いの要因と考える。	- 作った点滴は1患者1トレイとしてそれぞれの患者専用のトレイに入れること。 - 接続する際にはベッドサイドで必ず患者氏名及び点滴内容を確認すること。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
48	A氏とB氏、A氏はリハビリと耳鼻科、エコーの受診予定であった。またB氏はリハビリ受診だけであったが、急遽受診することになった。B氏は気管切開しており、A氏は本日気管切開予定であった。B氏の耳鼻科依頼が後から出たため助手に耳鼻科の依頼箋をもってリハビリから耳鼻科に回してもらおう事を頼んだら、間違えてA氏のカルテに依頼箋をはさんで耳鼻科にもって行ってしまった。それを耳鼻科の看護師が発見した。	同姓で2人ともリハビリと耳鼻科の受診があったため間違ってしまった。	・姓だけの確認ではなく氏名で確認する。 ・1患者1カルテであるため複科受診が当日決まった場合、助手に持って行ってもらうなければならない。 ・電子カルテにすれば改善されると思う。
49	リハビリを進めたい患者A氏のベッドサイド心電図モニター（超小型送信機）をテレメーターに変更するため、テレメーターを探していた。ほとんどの患者がテレメーターを使用していたため、残っているものが1台のみであった。残っているテレメーターを取り出し、A氏の名前を登録してA氏に付け替えた。スタッフは交代で休憩をとっており、少ない人数で仕事をしていたため、電話やナースコールの対応が多く急いでいた。午後、他病棟から転棟してきた患者B氏もテレメーターを使用していた。その後、準夜でA氏のテレメーターがリードオフになっており、テレメーターを付け替えにいくが、波形が出てこないため調べた結果、B氏のテレメーターと入れ替わっていたことが分かった。医師に報告し、経過観察となった。	残りが1台のみであったため、テレメーターの番号をきちんと確認していなかった。いつもやってることであり、流れ作業になっていた。流れ作業でテレメーターを準備していたため、テレメーターの番号を確認したつもりでいた。同日に転棟してきた患者を受け持った看護師もテレメーターの番号を確認したつもりでいた。多忙であった。自分と他のスタッフが2人とも間違いに気付くことができなかった。テレメーターに交換してから間違いに気付くまでにスタッフ3人関わっているが、誰も気付かなかった。テレメーターの番号が小さくて見にくかった。	・テレメーターの番号の確認を確実にする。急いでいるときは必ず一人で確認せず、他のスタッフに確認してもらい2重にチェックをする。 ・スタッフの人数が少なかったり多忙などときは優先順位を考え行動する。テレメーターの番号が小さいため、番号を大きく表示する。 ・今回のインシデントをカンファレンスで発表し、同じ間違いをしないよう、他のスタッフにも伝える。 ・カンファレンスで検討し、画面登録の4桁番号を大きく表示し、モニターには、通し番号を貼るようにした。
50	配薬しようとした患者が数日前にベッドを移動していたが、名前を確認せず、前のベッドの床頭台に薬をおいて退室した。その後、ベッドを移動していた患者から、薬が配られていないとの訴えがあり、他看護師が移動前のベッドの床頭台にあることに気付いた。	患者確認ミス。ベッドサイドのネームの位置がベッドの形によりばらばらで見づらい。病棟内、病室内の患者の移動が多い。	・患者確認を確実にする。 ・患者本人に渡す。1日分と薬を行う。 ・ベッドサイドネームプレートの位置の統一。
51	処方された患者とは違う患者の所へ点滴を持っていくとケア中であったため、ケアしている看護師に「点滴が出たよ」と伝票と点滴をトレイに入れて渡した。その看護師はケア後そのまま点滴を施行してしまった。	同じチーム内に化学療法後で食欲不振で点滴を要する患者と、胸腔内ピシバニール（抗がん剤）注入後で食欲不振の患者がいた。後の患者に処方された点滴であったにも関わらず、ピシバニール注入後の患者が頭にあり名前を確認したが間違えて持って行ってしまった。	・点滴と伝票の確認を行う。 ・患者のところへ持っていったら患者に名前を名乗ってもらい再度確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
52	抗生剤（スルペラゾン 1g）を、術直後の患者に投与するために部屋を訪室した。同室の別の患者に患者名を確認しないで思い込みで無意識に投与した。患者の家族が点滴のラベルの名称が違うことに気付き、患者誤認が発覚した。抗生剤は約半量が投与された。患者誤認で抗生剤が投与された患者は同日同じ抗生剤が投与されていたため、1.5gが投与されたことになった。	注射伝票を病室に持参せず、注射伝票と患者氏名を確認しなかった。患者が睡眠中であったために、患者自身に名前を名乗ってもらうことができず、また患者家族にも名前の確認をしなかった。薬液投与前に患者氏名（ベッドネーム、患者カード）と注射伝票、点滴ラベルの確認をしなかった。注射施行後に注射伝票の実施者サインを行なうことになっているが、施行前に行なってしまった。	- 薬剤を投与する前は、患者の名前を患者に名乗ってもらうか、患者カードやベッドネームと注射伝票、点滴ラベルを必ず確認する。 - 患者に直接確認できない場合は家族に確認する。 - 注射伝票は必ずベッドサイドに持参し、最終的な確認を行ない、施行直後に再度確認して実施者サインを行なう。
53	深夜の申し送り終了後、朝食後の内服薬を患者ごとの入れ物に準備しておいた。朝食時、救急外来からの入院患者の点滴準備をしていたため他の職員が食事介助をし、朝の内服薬も投与した。昼過ぎに他の職員がカルテを見て、脳出血で入院しているこの患者には処方されていないバファリン（抗凝固剤）が準備されていて内服させたことに気付いた。日勤の担当者から電話連絡をもらい、本来、別の心筋梗塞で入院している患者に投与されるバファリンを患者に準備してしまっていたことがわかった。	薬袋から患者ごとの入れ物に準備した後の確認をしていなかった。準備してから投薬するまでに時間があつたが、投薬直前に確認をしていなかった。	- 担当患者の処方薬の準備を数人分同時に行う場合、現在分包している患者、次に行う患者、終了したものはよせるなど、確実に分けながら指差しで確認することを徹底する。 - 中断の場合、初めからやり直すことが必要である。
54	ベットサイドでA氏の観察をしていた。そこへ、点滴当番の医師と看護師Bが訪室した。看護師Bから投与する薬剤（シリンジに吸って準備されていた）を受け取り、そのまま医師に渡して投与してもらった。投与後、実施サインをするために注射指示書を確認すると、投与した薬剤の指示はなく、別の患者の薬剤を投与していたことに気が付いた。患者の状態に、変化はなかった。	薬剤のみ受け取り、注射指示書は、看護師Bが持って他の患者の所に行ってしまった。医師、看護師共に、自分で薬剤の確認をしなかった。患者の情報が不足していた。特に点滴当番の医師は、休日の機能的な役割のみであり、患者の情報が乏しいまま実施せざるを得ない。	- 半月後の電子カルテ導入に伴い、バーコード認証システムを導入する。 - 薬剤と注射指示書は、投与終了まで必ずセットにして、離さない。
55	外来輸血をする患者の予約血液を、輸血部に取りに行った。輸血部についた時点で、患者名を忘れており、内科外来の患者であることを告げた。輸血部では、該当患者のものとされる血液を払い出した。患者に投与する際、バーコード認証を行うと合致しなかった。確認すると、受領した血液は、他の患者のものであったことが判明した。すぐに当該患者の血液を受領しなおし、患者に影響を及ぼすことはなかった。	電子カルテシステムになってから、輸血伝票控えのような確認、血液と引き換えするものがなくなった。血液を受領に行く際、患者名、血液製剤の種類等をメモせずに行った。受領時、患者名が不明なまま、内科外来という不十分な情報だけで、血液を払い出した。	- 血液を受領する際は、患者名、血液製剤の種類等をメモ書きして持っていく。 - 輸血伝票控えにかわるもののツールを検討する（オーダー発行時に、紙ベースで出力されるもの）。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
56	術後の点滴を投与するために訪室した。消灯後であったため、バーコードによる患者認証は行わずに、投与した。約10分後、他の看護師に、別の患者に投与する予定の薬剤が見当たらないということで声をかけられ、間違って投与していたことに気が付いた。患者の状態に変化はなかった。	投与する薬剤は、同じであった。消灯後で、患者は入眠しているため認証のために起こしてはいけなと思って、認証作業を省いた。認証以外の患者確認手順が、不十分であった。	・原則として、夜間でもバーコードによる患者認証を実施する。 ・実施できない場合は、患者確認の原則を遵守する。
57	薬剤部にて病棟の注射オーダーの調剤をしていた。同姓同名で、70代と30代の患者に、同じ内容のオーダーが出ていた。オーダー医も同じであったため不審に思いオーダー医に疑義照会すると、電子カルテでの患者選択を誤り、同姓同名の違う患者にもオーダーしていたことが判明した。	外来受診後の即日入院患者であったが、病棟への入院登録がされる前にオーダーを出した。その際、カナ検索で患者名からカルテを選択した。このとき別の患者のカルテを開いた（同姓同名患者は数人いた）。入院後、オーダーが出ていないと看護師に言われ、出したはずなのと思いながらも、再度オーダーを出した。このときのカルテは、病棟に入院登録された患者名から開いた。電子カルテ導入直後であり、操作及び運用に不慣れであった。以前のオーダーリングシステムでは、入院登録されていない患者の入院モードのオーダーは、薬剤部では受け付けることができなかったが、電子カルテでは、どんな状況でも自由にオーダーでき、受付もされてしまう。	・入院患者のオーダーは、必ず入院登録された病棟マップからカルテを開くことを徹底する。 ・オーダーの制限について、電子カルテ業者と検討していく。
58	吸入をしてもらうために訪室すると、投与中の点滴が終了していた。同じ点滴スタンドに輸液ボトルがかけられていたので、指を差して名前を確認して、そのまま投与した。その後、受け持ち看護師が訪室して、患者名が違う点滴が投与されていることに気が付いた。患者の状態に変化はなかった。	吸入の目的で訪室したため、点滴交換に必要なパソコン等の準備をしていなかった（バーコードによる患者認証がすぐにできなかった）。同じ点滴スタンドに輸液ボトルがかけられていたため、本人のものと思い込み、氏名の確認はしたが正しい確認ができていなかった。準備した薬剤を患者に配薬する際に、氏名の確認が不十分であった（間違っ配薬していた）。電子カルテになり、情報は全て電子カルテ上になってしまうため、パソコンがないとスムーズに内容の確認もできない（以前は、ベットサイドに注射指示書を置いていた）。	・パソコンの台数について、検討してもらう。 ・紙ベースで確認できるものの利用を検討する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
59	患者A（パンスボリン1g）と患者B（モダシン1g）の抗生物質を各ボックスに準備し、ワゴンに乗せて患者Bの部屋に行った。その時、患者BにERCP（内視鏡的逆行性胆管膵管造影）検査の呼び出しがあり慌ててしまい、ボトルの名前と患者名を確認せずに患者A用の点滴を患者Bに実施してしまった。	受け持ち患者の移送・搬入が3例続き、点滴と重なり慌てていた。	・マニュアルを遵守する。 ・検査と点滴との重複業務となった場合は、どちらかを他のスタッフに依頼する。 ・抗生剤の投与後は患者の観察が必要であり、観察できる検査後に点滴を行う。
【治療・処置での部位間違い 1件】 他類似事例 1件			
60	子宮鏡下子宮筋腫摘出をされる患者であったが、当事者がパソコンオーダー画面で術式を腹腔鏡下子宮筋腫摘出と誤認し、陰毛を上半分剃毛した。夜勤で出勤した際に準夜勤務者に術式が違うことを指摘され、術式の間違いと剃毛部位の間違いに気付いた。	患者の術式に対する理解が十分ではなかった。担当医師の術式は腹腔鏡下が多く、思い込みと確認不足があった。	・患者の手術内容の理解度が不十分な場合は、再度説明を医師に行ってもらい、承諾書が整ってから処置を開始する。 ・また確認は1度ではなく、処置を行う際にも確認するようにする。
【治療・処置での左右間違い 1件】 他類似事例 3件			
61	患者の下肢の魚の目にスピール膏を貼るよう指示が出て、依頼をされ、指示簿を参照しながら処置を行った。指示簿の図を見て右下肢と思い込み、骨突出部位の軽度の発赤の部分に貼ってしまった。本来は左下肢に貼るという指示であったが指示簿には左右の記載がなかった。先輩看護師が翌日の処置で指示とは違った部位に貼られているのに気づき、指摘されわかった。	指示簿を見て右下肢と思い込んでしまい、左右の指示を確認していなかった。使用する薬剤の効能を知らなかったために、皮膚状態を観察し、この薬剤が必要であるかの判断ができなかった。	・指示を受けた際に指示の内容を正確に理解しているか確認をするようにする。 ・特に左右の指示があるときは指示を確認した上で、左右を比較し間違いがないことを確認する。 ・また薬剤を使用する際は、効能を理解し、どのような目的で使用するのかを理解して使用する。
【その他での患者取り違え 4件】 他類似事例 50件			
62	受診者成績表を郵送したが、他人の成績が間違えて同封されていた。	成績表は郵送用と保存用を看護師が作成し、その後2人の看護師が確認し郵送用のみを事務員に渡し、事務員が郵送用を確認後封印して郵送するが、これらの作業を電話対応や窓口対応をしながら行なっている。	・センター長報告後、看護部、事務部で話し合い、受診者に陳謝した。 ・改善策として、看護師2人で確認後、同封する書類はクリップをし、名前の類似するものは再確認後、事務部に渡す。 ・事務部は確認後、封印し郵送する。 ・確認作業時は集中して作業する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
63	針生検で入院の患者。入院時のアナムネ聴取で検査が終わるまで昼食が延食になることを説明した。12時に患者の部屋訪問した際、患者は、昼食を食べ終わっていた。食札を見ると別の患者の名前だった。患者の食事箋は送っておらず、ベッドネームも入れていなかった。	患者の食事箋を送っておらず、食事があがってこないから大丈夫だろうと安易に判断してしまった。また、延食の札も置いておかなかった。患者は高齢でありながら、説明時の返事で理解力は充分だろうと安易に判断してしまった。患者が入院したときに、すぐにベッドネームを入れなかった。自分以外のスタッフに延食であることを伝えなかった。	- 入院したら必ずベッドネームを入れる。 - 患者に延食の説明をして理解したといわれても禁食札を置くというマニュアル通りの行動を行なう。 - 自分以外のスタッフにも情報を伝達することを徹底する。
64	患者Aを泌尿器科外来に出したが、泌尿器科医が診察前に依頼票の氏名「患者B」（姓の読みが患者Aと同一）と違うことに気づき、患者間違いが発覚。泌尿器科外来看護師より報告を受けた。その後、患者Bを泌尿器科外来に出し、戻った患者Aには間違えて依頼伝票を出したことを謝罪、特に訴えはなかった。なお、依頼ノート・依頼伝言ノートには「患者B」とフルネームで記載されていた。	依頼伝言ノートの患者氏名の姓だけ見た。フルネームで声出し・指差し確認を怠った。依頼ノートの他科依頼欄の確認をしなかった。依頼ノートを持参するカルテで氏名を照合しなかった。患者Aに当日診察予定があるか、聞いているか等の確認をしなかった。朝、患者Aをレントゲンに搬送していたため思い込みがあった。	- 依頼を受けた時は、依頼ノート、依頼伝言ノート、依頼票（患者No.・生年月日・日付等含む）をフルネームで声出し、指差し確認する。 - 患者に「〇〇の診察（検査）を聞いていますか」と予定の確認を行い、聞いていない時は看護師・医師に確認する。 - 患者と依頼票の確認行動の再確認を徹底する。 - スタッフ全員に依頼ノート記載時、依頼時、必ずフルネームで記載、依頼するよう再確認する。
65	救命救急受付で患者Aの受付をした。小児科外来でカルテを索引する際、同姓同名ではあるが生年月日、氏名の漢字が異なる患者Bのカルテを出しそれに基づいて救命救急外来のカルテを作成した。診察室に運ばれた患者Bのカルテで小児科医は診察を開始、救命救急外来カルテに症状等を記載しながらコンピュータ処方（オーダーリング）を行う。救命救急受付で会計を行い領収書を発行したところ、患者の家族より年齢が異なる事を指摘され患者カルテが間違っていたことに気付いた。	救急臨番日で外来は多忙であった。外来で受付を行うとき同姓同名者がいることから必ず、生年月日、姓名（姓が変更している場合がある）、住所を確認することになっているが怠った。IDカードの提示をしてもらいながら名前で検索した。	患者登録情報を氏名だけで確認するのではなくルールを遵守する。