

【4】患者取り違えに関連した医療事故

患者取り違えに関連した医療事故について、平成 16 年 10 月から平成 21 年 3 月 31 日まで、85 件の報告があった。その内訳を図表Ⅲ-2-20 に示す。このうち平成 16 年 10 月から平成 18 年 9 月 30 日までに報告された事例については、第 5 回報告書から第 7 回報告書において個別テーマとして取りあげた。

その後の報告を、本報告書分析対象期間（平成 18 年 10 月 1 日から平成 21 年 3 月 31 日まで）とし、患者取り違えに関連した医療事故 59 件の分析を行った。本報告書分析対象期間に報告された患者取り違えに関連した医療事故の概要を図表Ⅲ-2-21 に示す。

本報告書の「患者取り違え」は、i 患者 A を患者 B と誤認し、患者 A に患者 B の処置等を実施した（以下「患者同定の間違い」とする）、ii 患者 A の同定は正しいが、患者 B の処置等を患者 A に実施した（以下「処置等の取り違え」とする）の 2 つの分類をあわせたものを示すこととする。

なお、第 5 回報告書から第 7 回報告書における個別テーマは「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」としたが、今回は「患者取り違えに関連した医療事故」とした。「手術・部位の間違いに関連した医療事故」については追って報告する。

（1）患者取り違えに関連した医療事故の現状

① 患者取り違えの発生状況

本報告書分析対象期間に報告された 59 事例において、患者取り違えの発生状況を、「薬剤」、「輸血」、「手術」、「治療・処置」、「検査」、「栄養」、「療養上の世話」、「その他」を縦軸に、医療従事者の業務段階を横軸として整理した。件数の多かった上位 3 つは、薬剤の患者取り違えの実施段階が 21 件、輸血の患者取り違えの準備段階が 6 件、検査の患者取り違えの実施段階が 5 件、であった（図表Ⅲ-2-22）。

② 患者取り違えが発生した背景・要因

患者へ処置等を実施する際に、まず第一段階として患者を同定しているかを確認し、第二段階として薬や処置の内容がその患者のものであるのかを確認する。本報告書分析対象期間に報告された 59 事例において、i 患者同定の間違い、ii 処置等の取り違え、の 2 つに分類し、患者の取り違えが発生した主な背景・要因を分析した。

i 患者同定の間違い

患者同定の間違いに関するものは 12 件あり、ひとつの医療事故から複数の背景・要因について報告された。その中で多かったのは、ルール違反に関すること、取り違えを誘発しやすい環境に関することであった。

ルール違反は、患者確認（名前を声に出す、患者に名乗ってもらう、ベッドネーム、リストバンドなどを見る）を怠った、復唱のルールを守らなかった、食札と処方箋・内服薬は確認したので大丈夫だと思い、患者と食札の確認を怠った、などがあつた。

確認の工程の第一段階は患者同定、第二段階は処置等の内容がその患者のものであるのかの確認

であるが、勘違いや思い込み、あるいは焦りなどにより、確認の工程の第一段階である患者同定を怠り、「〇〇さんである」という前提で確認の工程の第二段階を行っていることが伺える。事故発生後に確認の工程を振り返り、「確認しているつもりでしていなかった」ということに気付いている。

取り違えを誘発しやすい環境は、同室に同姓同名の患者がいたことや同じ処置が必要な患者がいたこと、患者の前で別の患者の指示が出されたため、患者を間違えたことがあった。

この他、患者に難聴があり違う名まえを呼ばれても「はい」と返事をしたなど、患者側の要因もあった。

ii 処置等の取り違え

処置等の取り違えに関するものは47件あり、ひとつの医療事故から複数の背景・要因について報告された。その中で多かったのは、ルール違反に関すること、取り違えを誘発しやすい環境に関することであった。

ルール違反は、確認の工程の第一段階の患者同定の確認後、第二段階の薬や処置の内容がその患者のものであるのかの確認が守れなかったということである。患者同定の確認をすることで、第二段階の確認への意識が薄くなってしまう現状が伺える。また、業務の中断後、どこから業務を再開するのかが明確でないものや、確認の具体的方法が明確でないものなどがあった。

取り違えを誘発しやすい環境は、ものの配置が背景・要因となるものが多かった。処置台が乱雑で、整理・整頓されていなかった、患者の注射箋と薬剤とを別の場所に置くようになっていた、など作業環境の整理整頓の重要性を伺うことができるものがあった。また、複数患者の注射器をまとめて1つのトレイに入れてワゴンで運んでいた、1人で同時に3人の患者の処置の準備をした、など作業効率の向上と安全の確保を両立することの難しさを伺うことができる背景・要因もあった。

③ 患者取り違えの発見の契機

本報告書分析対象期間に報告された59事例において患者取り違えを発見した契機は、「実施後、後片付けをしていて自分で気付いた」、「他のスタッフが気付いた」といった実施後の発見や経過観察の過程での発見や、「前回の検査結果と比べて同一患者と思えない結果だった」という患者の状態を評価したことによる発見もあった。また、「患者あるいは家族から指摘を受けて発見した」と、患者や家族も事故の防止や発見に関わっていることが報告された。

④ 患者取り違えを防ぐ取り組みの現況から見えること

本報告書分析対象期間に報告された59事例において、患者取り違えの報告の中で、確認のルールはあるが、「確認がされなかった」、「不十分な確認であった」と事例を振り返っている。次に、取り違えにおける不十分な確認の内容と患者の取り違えを防ぐ取り組みである「確認」に対する医療機関の取り組みの現況を分析した。

i 取り違えにおける不十分な確認の内容

指示出しや患者に実施する直前に、何らかの「確認」をしたが、結果的に患者が同定されなかったことや患者と処置等が照合されなかったということが「不十分な確認」として報告されている。

「不十分な確認」の内容は、オーダーリング画面に表示された患者氏名の最後の文字で判断した、ホッチキスで止めてあった複数の薬袋のうち、1番上の薬袋の氏名で確認した、マニュアルでは輸血と伝票と患者カルテで確認することになっているが、カルテを使用しなかった、などがあった。また、緊急における確認の役割分担が明確でなかった、ルールがなく確認の方法がスタッフ個人に任されていた、忙しい状況で患者を待たせており焦りがあった、準備段階での確認で「確認は済んでいる」という意識があった、などがあった。

医療現場は複数の業務が同時に進行し、さらにその業務は患者の状況に応じた変更や修正が必要となり、最初に計画した業務は刻々と変化する可能性がある。そのためひとつの業務に集中できず、また業務の変化に対応できず、不十分な確認となる現状がある。

ii 医療事故後の医療機関の取り組み

患者取り違えを起こさないために、医療機関の中には「目で確認、指差し確認、声だし確認する」といった確認の取り組みや、PDAを導入し、機械的に患者認証ができる仕組みを構築しているところもある。また、「患者に名乗ってもらうことを外来案内で表示し、患者に協力を得る」ことや、「薬袋や点滴ラベルに記載されている患者氏名を患者自身にも目視で確認してもらう」といった患者参加の取り組みや、「患者に名乗ってもらうだけでなく、さらにベッドネーム、リストバンドで確認する」という対策をとっているところもある。

(2) 患者取り違えに関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第29回および第30回ヒヤリ・ハット収集事業において、記述情報のテーマにあげられた患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関連した事例の中から患者取り違えに関連した事例について分析を行った。患者取り違えに関連した事例の発生状況について、「薬剤」、「輸血」、「手術」、「治療・処置」、「検査」、「栄養」、「療養上の世話」、「その他」と事例の概要を縦軸に、「指示出し」、「指示受け・申し送り」、「準備」、「実施」、「実施後の観察及び管理」、「その他」と医療従事者の業務段階を横軸とし図表Ⅲ-2-23に示す。報告された事例の中から53件の事例概要を図表Ⅲ-2-24に示す。

(3) 患者取り違えに関連した医療安全情報の提供とその後の報告の現状

患者取り違えに関連した医療安全情報として、平成19年10月医療安全情報No. 11「誤った患者への輸血」および平成20年12月医療安全情報No. 25「診察時の患者取り違え」を提供した。

① 医療安全情報No. 11「誤った患者への輸血」

輸血に関連した医療事故の中から、輸血用血液製剤を接続する際に、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行わなかったために誤った患者に輸血を投与した事例6件について、情報提供を行った(集計期間:平成16年10月から平成19年6月30日まで)。平成19年10月の情報提供後、平成21年3月31日現在まで、同様の事例は1件(本報告書図表Ⅲ-2-1No.33)であった。

② 医療安全情報No. 25「診察時の患者取り違え」

患者取り違えに関連した医療事故の中から、診察時、口頭で患者氏名を確認したにもかかわらず

ず患者を取り違えた事例3件について、情報提供を行った（集計期間：平成16年10月から平成20年8月31日まで）。平成20年12月の情報提供後、平成21年3月31日現在まで、同様の事例の報告はなかった。

図表Ⅲ - 2 - 20 患者取り違えに関連した医療事故の発生件数

	平成16年10月～ 12月31日	平成17年1月1日 ～12月31日	平成18年1月1日 ～12月31日	平成19年1月1日 ～12月31日	平成20年1月1日 ～12月31日	平成21年1月1日 ～3月31日	合 計
	件数	件数	件数	件数	件数	件数	
患者取り違え	0	10	20	21	27	7	85

図表Ⅲ - 2 - 2 1 患者取り違えに関連した医療事故の概要

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
【薬剤 26 件】					
1	障害 なし	指示 段階	患者 A の次に患者 B を診察した。患者 B にバルトレックス 6T 3 × 2 日分、ベシカム軟膏をオーダーリング画面により処方入力を行った。その後、医事課より、患者 B に薬が処方されていないことを指摘され、再度、医師は入力した。翌日、患者 A からの問い合わせにより、最初に行った処方入力を患者 A の画面で行っていたことがわかった。	処方をする際、パソコン画面が本人になっているか確認していなかった。 どのような薬を何種類処方しているか、患者への説明を十分に行っていなかった。 次の患者の処方を出していたが、医事課より処方されていないことを指摘された際に、誤って別の患者へ発行していないか確認していなかった。 薬剤師からの説明が不足していた可能性がある。	・ 処方する際は必ず、患者確認を行う。 ・ 患者へ処方薬について十分に説明する。 ・ 処方発行した患者へ、処方されていないことを指摘された場合は、別の患者に誤って処方していないか確認する。 ・ 薬剤師から、薬の説明を確実に行う。
2	障害 なし	指示 段階	経管栄養を行っている患者 A の内服薬準備中、プレドニゾロン散の処方があるのを見つけた。疑問に思いカルテの指示欄で確認、処方指示の記載は無かったが、すでに 1 回分は患者に与薬されていた。	医師が処方箋記載する際、定期でプレドニゾロン内服薬服用中の患者 A と、患者 B の氏名を間違いエンボスカードを押してしまった。指示受けした看護師も確認時、患者氏名を見落とした。	・ 指示受け時にカルテの患者氏名と処方箋の ID 番号、処方内容（薬剤名、量、与薬開始日）を、確認方法の 3 原則（目で確認、指差し確認、声出し確認）で実施する。 ・ 処方箋と薬の照合の際はカルテの指示欄にて確認する。
3	障害 なし	準備 段階	担当看護師 A は、看護師 B と看護師 C に、患者 D の「水溶性プレドニン 5 mg と生理食塩水 20 mL の注射」を 4 時に投与するよう伝え休憩に入った。看護師 B は患者 D の注射を準備する際、患者 E の注射箋を見ながら「サクシゾン 1 / 2 量詰めたよ」とそばにいた看護師 C に声をかけた。看護師 B はこの声かけで、ダブルチェックできたと思い、準備した患者 E の「サクシゾン」の注射器を持って患者 D に投与した。患者 D の薬剤「水溶性プレドニンと生理食塩水」と患者 E の薬剤「サクシゾンと生理食塩水」がトレイに入れて並べて置かれていた。	患者情報の共有不足。カルテ、処方箋、薬品の照合確認未実施。処置台の上が乱雑で整理・整頓されていない。2 人の患者の薬品がトレイに入れて、並べて置かれていた。サクシゾンを注射する患者の注射箋が、薬剤とは別の場所に置かれていた。患者の注射箋がトレイの外側に立てかけて置かれていたが、注射を詰める時、サクシゾンの入ったトレイの上に倒れていた。複写の注射箋は記入内容が薄く、分かりづらい。	・ 注射を実施（確認）の手順を決める。 ・ 注射は、担当看護師が責任をもって実施する。 ・ 処方箋の文字が分かりにくい、文字が薄い時は、医師に分かりやすく記入してもらう。 ・ 処置台の整理・整頓をする。 ・ 薬品の保管場所は、チーム別に分けて整理・整頓する。 ・ 深夜帯等の集中力の欠ける時間帯は、特に慎重に実施する。
4	不明	実施 段階	処置室に準備されていたシリンジを確認後、誤って別の患者のシリンジを持って病室に行き、本来別の患者に投与される利尿剤を誤って投与した。	処置室に準備されていたシリンジを確認した際に、誤って別の患者のシリンジを持って病室へ行き、ベッドサイドでの確認を怠ったため、取り違いに気付かず投与した。	・ 処置の際にはひとり分の処置のみを持ち、必ずベッドサイドでの確認を行う。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
5	障害の 可能性 (低い)	実施 段階	患者に名前の似ている別の患者の内服薬を間違えて内服させた。	名前が類似していた。患者が高齢、認知症で本人に氏名確認ができなかった。	- 患者確認のマニュアルに応じて 1. ベッドネーム、2. リストバンド 3. 患者に名乗ってもらう 4. フルネームで確認する - ということを実施する。
6	不明	実施 段階	患者Aにシリンジポンプで注入するフェンタネスト0.4 mg + 生理食塩水40 mL と患者Bに施行予定のガスター1 A + 生理食塩水20 mL を準備し、それぞれトレーに入れて同じワゴンに載せた。患者Bのガスター投与時間に他の処置で遅れたため、注射器に貼ったシール（患者名等が記載）をはがした。患者Bの部屋に入る時、誤って患者Aの注射器を手に取りそのまま実施した。	麻薬は「患者に薬品名がわかり不安を与えることがあるので、薬品名はシリンジに書かない」という病棟の決まりを作っていた。そのため、薬剤と一緒に来るシール（患者名・薬品名・投与時間が記載されているもの）を使用していなかった。ベッドサイドに、薬剤を確認できるもの（処方箋・カルテ等）を何も持参していなかった。実施直前の確認をしていなかった。 麻薬についての知識不足。	- マニュアルの遵守と与薬時の患者確認の徹底を指導。 - 病棟での麻薬についての学習。
7	不明	実施 段階	患者Aを患者Bだと思い込み、食事介助を実施し、主食上に載っていた内服薬を誤薬させた。	保育士が配置換え後約1週間であり、患者の顔と名前が一致していなかった事に加え、実施すべき食札とベッドネームでの確認を怠った。配置換え後間もない保育士に対し、看護師の安全配慮が欠けていた（患者がわかるか確認する・食事開始まで見守る等）。食事介助と与薬は同時となるため、食事介助に関わる職員に薬の作用・誤薬時の影響等のオリエンテーションが必要である。オリエンテーションは、看護師長より口頭でなされていたが、確認行動の実施に至っていない。	- 薬は、あらかじめ主食上に載せるのではなく、食事介助直前に確認し準備する。 - 保育士・看護助手が食事介助する場合は、看護師が与薬のみ実施後交替する。 - 看護師が介助を中断できない場合は、食膳・薬を看護師の元に運んでもらい確認とし、看護師は患者誤認がないか目視する。 - 患者誤認防止のため顔写真のファイル作成及びベッドにも顔写真を貼付する（家族承諾後）。 - 保育士・看護助手に対し、薬の作用・誤薬時の影響等の教育を用紙を作成し実施する。 - 与薬業務に関する看護師の責任について勉強会を実施する。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
8	不明	実施 段階	朝の食事介助時、患者 A の食膳と内服を確認し、「患者 A さん」と言いながら隣の患者 B のベッドに行ってしまう誤薬させてしまった。	同様の患者間違いの医療事故が同病棟で同月に発生したばかりであるが、事故の共有・検討した対策の申し送りが不十分であり、事故の重大性がスタッフに伝わっていなかった。食札と処方箋・内服薬は確認したので大丈夫という意識で患者と食札の確認を怠った。深夜勤であり疲労、寝不足のため集中力も欠いていた。自分の行動を他スタッフに知らせるための声かけ・処置時の指差し呼称の行動が病棟内で徹底されていなかった。	・当日夕方、病棟会を開催し対策を検討し、翌日より以下の内容で開始となった。 1. 与薬確認は、配薬車にセットする時、当日配薬車から取り出す時、主食等に載せる直前とする。 2. 看護師を含む 2 人以上がお互いに見えるところで患者名を声に出し、確認後、与薬及び食事介助を行う。 3. 看護師以外の職員が食事介助する場合は、看護師が与薬を行い交替する。 ・その後、対策実施状況について、看護部長・副看護部長・医療安全管理者で各食事時チェックを行い、与薬直前の確認方法等の不備(具体的な確認方法が曖昧である・ベッドサイドでの処方箋・内服薬・患者確認とすべきである等)を指摘した。 ・対策の追加・修正について現在検討中である。
9	不明	実施 段階	患児 A の与薬実施伝票と内服薬を病室廊下まで持参した。直前の確認をせず、同室の別な患児 B に患児 A の薬を内服させた。	同室に同年齢・同疾患の患児が入院していた。確認行為が習慣化されていない。	・確認作業の徹底。
10	障害の 可能性 なし	実施 段階	患者に栄養チューブから夕方の内服薬を注入する際に、他の患者の内服薬を注入した。注入用の注射器が数名分、同じトレイに入れてあった。	確認作業の不備（注入前のベッドネームあるいはネームバンド）。注入用の注射器が数名分同じトレイの中に入れてあった。夜勤 2 回目で緊張状態にあった。	・栄養剤とともに 1 患者 1 トレイで注入薬も準備を行なう。 ・患者確認の徹底。 ・中途入職者への安全教育の整備。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
11	障害 なし	実施 段階	看護師Aは化学療法について主治医と共に確認し、看護師Aは休憩に入るため看護師Bに抗癌剤接続を依頼した。看護師Bは抗癌剤（生食500mL＋パクリタキセル300mg（商品名タキソール））を接続するところを、別の患者の抗癌剤（5%ブドウ糖液250mL＋イリノテカン106mg（商品名カンプト））を当該患者の薬剤と思いこみ「注射指示及び実施記録」と点滴の氏名を確認せず接続した。患者は抗癌剤投与の際、疑問に思い2回ほど看護師Bに質問をしたが、看護師Bは確認をしなかった。看護師Aが休憩から戻り、確認すると別の患者の点滴が接続されていた。	抗癌剤を持参する際・接続する際、マニュアルに添って「注射指示及び実施記録」・リストバンド・ベッドネーム・本人への名前の確認をしなかった。看護師Bが患者から薬の名前が違うと言われた時にカンプトとパクリタキセルは同じ薬剤で商品名と一般名の違いと思いこみ「注射指示及び実施記録」で確認しなかった。	・輸液交換時、マニュアルを遵守し必ず「注射指示及び実施記録」での治療内容確認・リストバンド・ベッドネーム・本人に名前を名乗ってもらうなど本人の確認を行う。 ・抗癌剤接続時には、複数の医療者でダブルチェックを必ず行う。 ・患者から薬剤について問われた場合「注射指示及び実施記録」や担当医に確認する。 ・病棟勉強会を早急に実施する。 ・プロトコルを患者に提示し配布する。この際「注射指示及び実施記録」、プロトコルとも抗癌剤を商品名一般名両者の名称で記載する。
12	不明	実施 段階	看護師は患者Aの輸液（ネオフィリン1A＋生食100mL）を50mLのシリンジ2本に準備した。準備したシリンジには患者氏名・病室番号・投与日・薬剤名を記入したシールを貼った。同様に、別の看護師は患者Bの輸液（ドルミカム5A＋生食90mL）を50mLのシリンジ2本に準備し、準備したシリンジには患者氏名・薬剤名・投与日を記載したシールを貼った。患者A、患者Bのシリンジに準備された輸液は薬品保冷庫に保管してあった。看護師は患者Aの輸液を交換する際、薬品保冷庫から誤って患者Bの50mLシリンジを取り出し施行した。看護師は、シリンジに貼付してある患者氏名等を記載したラベルの確認をしなかった。	薬剤のつくり置きをしていた。当該病棟では肺高血圧症の治療薬であるフローランを使用することが多く、この薬剤は半減期が短時間で交換を速やかに行わないと患者の病状に大きく影響する危険性がある為、つくり置きをして低温管理する必要があった。この事が他の薬剤のつくり置きに拡大し、習慣化していた。薬剤の処方方法がシリンジ2本に分けることを誘発する内容であった。薬剤と処方せんが離れて保管されていた。薬剤の交換時間が12:00過ぎで人が少ない状況で焦っていた。確認時の「指差し」「声出し」が徹底していない。薬剤の交換時間が決まっていなかった。薬剤・患者・伝票を照合し確認するシステムが不完全。看護チームに新人看護師が多く配置された勤務表であった。	・薬剤のつくり置きはしない（特殊薬剤を除く）。 ・医師はつくり置きできない注射指示を検討しオーダーする。 ・注射準備・実施時の確認方法を検討する。PDAシステムの改善。 ・輸液ポンプ（シリンジポンプ）のチェックリストの活用の見直し。輸液ポンプのスタートボタンを押す時、全てのチェック項目にそってチェックする。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
13	障害 なし	実施 段階	昼食時、看護師は患者Aの薬を注入しようと与薬車から患者Aの名前を確認して取り出した。しかしその部屋に入室した時、患者Bの経管栄養が目にとまり、先に接続しようと思った。経管栄養を注入する前に内服を注入しようと思い、手に持っていた患者Aの薬を患者Bに注入した。別の看護師が患者Aの薬を注入しようとして内服が無かったため、患者間違いに気付いた。患者Bは昼の内服はなく、患者Aは塩酸モルヒネを内服していた。	与薬業務の責任が明確になっておらず、流れ作業になってしまっていた。麻薬を金庫から出す者、与薬する者、記録する者が異なっていた。麻薬の準備は朝出勤して直ぐにリーダーが取り出して与薬車に準備しておくことになっていた。与薬時間まで与薬車に施錠しておくことになっていた。麻薬の内服の手順が曖昧であった。内服で麻薬を取り扱っているという意識が薄かった。	・麻薬の与薬手順の見直し（事故防止マニュアルの見直しを行った）。 ・職員への啓蒙（薬剤科による麻薬の取り扱いの研修を計画する）。
14	障害の 可能性 なし	実施 段階	他の勤務者から患者Aへ眠前薬を与薬するよう依頼された。居室へ行き「寝前の薬3錠ですね」といい、その場で服用させた。同勤務者からの報告により、誤って患者Bに患者Aの内服薬を服用させたことに気付いた。	氏名確認不足。 業務連携の不備。	・氏名確認の徹底教育。 ・休憩に伴う業務の引継ぎの見直し。
15	障害 なし	実施 段階	看護師Aと看護師Bが処方箋と照合し各患者のトレイに置かれている内服薬を確認した。その際患者Cの内服薬を看護師Bが注入し、その後、看護師Aが患者D氏のトレイを見て内服薬がないことに気付く、捜すと患者Dの空の薬袋がゴミ箱から発見された。看護師Bが患者Dの内服薬を患者Cに注入したと考えられた。	病棟の取り決め通りの作業を実施しているが、誤薬となった。確認作業は済んだという意識からか薬杯へあける作業・与薬ケースを片づける作業を無意識に実施していると考えられる。現状の与薬手順を再確認し、特に与薬直前の確認作業が徹底できるよう検討する必要がある。	・空薬袋は、薬注入後までトレイ内に置き、注入時、患者・処方箋・薬杯又はシリンジ・空薬袋の患者名が一致しているか指差し呼称する。 ・与薬に関わる手順を再確認し、確認方法・作業時間を検討する。 ・懸濁法・1包化を早期に導入する。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
16	障害 なし	実施 段階	患者Aと患者Bの2名の内服薬3包（患者Aは2包、患者Bは1包）をテーブルの上に準備した。薬包には全て患者氏名が印字してあった。看護師は、患者Aをテーブルまで車椅子で移動させ、薬包2包を取り、その内の1包の印字で患者Aの氏名を確認した後、2包とも開けて与薬させた。その後、他の患者が看護師に患者Aの内服薬があると知らせた。知らせを聞いた看護師は患者Aに患者Bの薬を与薬したことに気付いた。	1包ずつ全て確認することを怠った。 過信がある。	リスク感性の教育。 実施手順の周知徹底。
17	障害の 可能性 なし	実施 段階	19時にオキシコンチン（麻）5mgの指示が出ていたが、与薬時間が過ぎて、焦っており、同室の別の患者へ与薬してしまった。	患者確認（名前を声に出して確認、患者に名乗ってもらって確認、ベッドネームにて確認、リストバンドでの確認）が不足していた。	RCA分析を実施。麻薬に関する研修会の実施。当事者への指導。
18	障害 なし	実施 段階	同じ時刻に2名の患者にラシックスを静脈注射する指示があった。患者Aは「ラシックス1A（2mL）＋生食2mL計4mLのうち0.4mLを投与」、患者Bは「ラシックス0.5mLを投与」する指示であった。患者Aにラシックスを静脈注射するため、ラベル確認すると「ラシックス0.5」と書いてあったため準備した看護師に「ラシックス1A、生食2mL計4mLのうちの0.5mLですか」と確認したところ、「そうだ」とのことだったので余分にすってくれたのかと思い、そのうちの0.4mLを静脈注射した。次に患者Bにラシックスを静脈注射しようとしたところ、患者Aの名前が書いてあったため準備した看護師に再確認し、患者Aにラシックス（生食で希釈していないもの）0.4mLを投与したことに気付いた。	準備段階でのダブルチェックがされていなかった。準備した看護師と実施看護師が違った。注射シールを使用していない。この時は、ラシックスを準備した注射器に直接患者名だけを書いていた。準備した人が患者毎のトレイに入れる時の確認不足。実施時の最終確認不足。同時に患者の組成の違うラシックスのIVがあった。	・IVするものには必ず患者名・薬品名・mgの記載をする。 ・小児の場合は、同時間帯に同薬剤の投与を避けるようにする。 ・ラシックスやソルダクトンなど小児に施行する時は、残を残さず、IV毎に新しく準備する。

No.	事故の程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
19	障害の可能性(低い)	実施段階	患者 A と廊下ですれ違い、点滴が終了したと言われた。次の点滴があるため、ナースステーションから、確認せずに点滴 1 本を手にとり、患者 A であることを確認をしないまま、点滴を患者 B に接続した。その後、看護師は、患者 A の点滴を隣の患者に接続していることに気付いた。	日勤の人数が 1 人減っている体制であり、昼の忙しい状況だがスタッフが少なくなってしまう状況であり、患者確認を個人に任せてしまっていた。	- 患者確認の徹底、バーコードシステムの導入検討。 - 昼休憩が早くから取れるように、食堂開始時間交渉。 - 抗がん剤の上がってくる時間の調整。 - 点滴切り替えが 1 2 時に集中しないように院内の点滴の閉めの時間を検証する。 - 時間に関係なく抗がん剤が開始できるように、患者によってポート造設を検討する。 - 昼の申し送りの仕方を検討する。
20	障害の可能性なし	実施段階	母体血液型不適合妊娠（母体血液型 Rh-）した母親は、自然経膈分娩により、出産した。出生児の血液型が Rh+ であったため、抗 D グロブリン製剤を母体へ投与する予定であった。医師は、母体に投与すべき抗 D グロブリン製剤を出生児の臀部に 1 mL ずつ計 2 mL 筋肉内投与した。	グロブリン製剤の投与の必要性と投与の必要な対象者（患者の母）を日頃は十分理解していたはずが、今回は完全に失念してしまい、患児自身に投与することのみに集中してしまった。 処置をスムーズに終了させることだけを考えてしまった。 1 週間前に、他の患児に H B グロブリンを注射したことが記憶に残っており、今回の誤認につながった可能性がある。	- 患者確認を落ち着いた状態で行うこと、投与前に複数人で確認し合う（注射マニュアルの徹底）。 - 指差し呼称の推進。
21	障害なし	実施段階	看護師は、栄養チューブから内服薬をシリンジで注入する際、他の患者のシリンジと取り違え、氏名確認をせずに注入した。別の看護師が、他の患者の薬剤が入ったシリンジがないことに気付いた。	脳外科病棟では、内服薬の注入がある患者が多く、複数患者のシリンジをまとめてひとつのトレイに入れてワゴンで運んでいた。シリンジにビニールテープで氏名を記入したものを貼っているが、シリンジが重なり合ったり、方向がバラバラで氏名が一目で見えにくい状況であった。	- 点滴と同様、経腸栄養・注入用のシリンジは 1 患者 1 トレイで実施する。 - 氏名確認強化月間でポスターを行い、再度職員の氏名確認の意識付けを行う。 - シリンジ立てを利用し、氏名が全て上向きになるように置き、氏名を見やすくする。 - 人員が少ない時間帯であるため、2 回は氏名を確認できるような作業手順にする。氏名確認しながら注入薬を対象患者のベッドサイドに配布し、再度注入する際に氏名を確認しながら注入していく（注入直前にシリンジをトレイの中から探すことを防ぐ）。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
22	障害の 可能性 なし	実施 段階	新人の看護師が、薬品冷蔵庫に保管されているヘパリン生食を取り出す際に、他の患者用のネブライザー用に準備されていたビソルボン液（吸入用原液）を誤って取り出し、ヘパリン生食と思い込み、患者の末梢静脈のルートより静注した。静注の際、先輩看護師がビソルボンと薬品名が注射器に記載してあることに気付き注入を中止したが、すでに1.6mL注入していた。病棟では、注射用薬剤と外用の薬剤が同じ冷蔵庫に保管されていた。	ヘパロックはIVの領域の処置であるという認識が病棟看護師全体に欠けていた。専用のシリンジが無い時はビニールテープで代用できる病棟内ルールが出来ていた。注射用薬剤と外用の薬剤が同じ冷蔵庫に保管されている管理状態であった。吸入用ビソルボン液の専用シリンジの在庫が不足がちだった。	・ヘパロックはIVとして認識してその処置に携わる。 ・薬品冷蔵庫の中に注射用薬剤と外用薬剤を混同しないように管理状況を区別する。 ・専用カラーシリンジ等の院内ルールを厳守する。 ・物品が無い時に代用する病棟内ルールは安易な手段となるため作らない。 ・新人の指導に当たる看護師は、薬剤や患者間違いが無いように指導内容を細かく指示し、もうできると思い込んで監視を安易にしない。 ・病棟内の物品管理について不足時の報告ルートを指導する。
23	障害の 可能性 (低い)	実施 段階	看護師は、患者の内服薬と思い込み他の患者の薬を取り出して準備をした。患者のものと思い込んでいたため、与薬の際、ワークシートの薬剤名と準備した薬剤の照合と投与する患者本人であるかの確認を怠り、患者に与薬した。	思いこみで準備し与薬までの確認すべて行っていない。患者に必要な薬なのか考えられていない。	・与薬のフローチャートを遵守する（確認の徹底）。
24	障害の 可能性 なし	実施 段階	患者A氏に朝薬の声かけをし、薬包（抗精神科薬とダオニール錠1.25mg2錠）を名前の部分から切り離し開封をしたが、本人がコップを持っていなかったために、床頭台からコップを取るよう声かけした。開封した状態の薬包を配薬車の上に乗せて置いた。そこへ薬を要求してきたB氏に与薬をした。次にA氏に与薬をしようとした際に、B氏の薬が残っていたことで、B氏にA氏の薬を飲ませたことに気付いた。当直医に報告した。	薬包紙の名前の部分を切り離したことで、名前の確認が出来ない。その場で与薬が出来ていなかったが、開封した薬を本人の与薬ボックスに戻さず、与薬車の上に置いた。配置換え後の深夜勤務リーダー2回目、観察室対応や申し送りに間に合わせるために焦りがあった。残り2名で与薬が終了することへの油断があった。	・薬包紙を開封する際には名前の部分は残す。 ・その場で服薬できないときは本人の与薬ボックス内に戻す。 ・ダブルチェックを確実にこなす。与薬時本人へ名前の確認をしてもらう。 ・患者が内服できる状況が整ってから薬包を開封する。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
25	障害 なし	実施 段階	看護師は担当患者の内服薬を薬杯に準備した。その際、無記名の薬杯の中に患者Aの内服薬（アマリール3mg 1錠）を入れた後に重ねて患者Bの内服薬を入れてしまい、患者Bにアマリール錠を与薬した。直ちに医師に報告し、低血糖を予防する処置をし、低血糖症状なく経過した。	与薬車から患者用容器に薬を準備する際、容器には予め患者名を明記しておかなければならないが、準備後に患者名を書いた。患者用容器を複数分準備してしまい、間違っ入れてしまった。与薬直前の照合を怠った。	・与薬マニュアル手順の徹底。 1. 薬剤準備場所の整理整頓 2. 薬袋と処方箋・ワークシートとの照合 3. 与薬容器は1患者ずつ準備する 4. 与薬容器には予めフルネームで患者名を明記しておく 5. 与薬直前にワークシートで5R（患者名、薬剤名、投与量、投与方法、投与時間）を確認する。
26	障害の 可能性 なし	その他	看護師が配薬中にナースコールがあり、対応した患者のテーブルの上に別の患者の内服薬を置いた。その患者は、別の看護師にその内服薬を服用するか尋ね、その看護師は、指示を確認せず服薬を介助した。1時間後に家族が別の患者名の内服薬の空袋に気付いた。	看護師が繁忙だった。	・一時的にせよ患者の専用テーブルに他の患者のものを置かない。 ・与薬のルール（患者名と内容を照合する）を守る。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
【輸血 10 件】					
27	不明	指示受 け段階	医師は、患者 A の血液製剤実施の指示を出した。看護師は、輸血部から患者 A の血液製剤を持ってきた他の看護師とともに、ナースステーションで血液製剤と伝票の患者氏名、血液型の照合を行った。その後、看護師は、患者 B のベッドサイドに行き、その患者が患者 A であるかを照合せずに接続した。2 時間後、医師が患者 B のベッドサイドに行き、指示していない血液製剤が接続されていることに気付いた。	指示出し・指示受けの問題：輸血予約を手術室で行い、指示記載がカルテにされていない。また準夜で手術帰室した患者のベッドサイドで別の患者の指示を口頭で行っている。I C U の看護師も指示受けをした者が明確になっていないため受け持ち看護師の思い込みが是正されなかった。口頭指示の問題：マニュアルでは口頭指示は極力避けることになっており、指示受けには、指示内容を復唱することになっているが、復唱されていなかった。フローで複数の看護師がいる中での指示出しが曖昧であった。輸血準備の問題：輸血マニュアルでは、2 名以上で輸血、伝票、患者カルテの血液型結果をみて声出し確認になっているが、今回の 2 名の看護師は患者カルテの確認を行わなかった。受け持ち看護師が思い込んでいる患者のカルテとの照合を行っていれば、氏名違い、血液型違いに気付くことができた。輸血実施の問題：受け持ち看護師は思い込みで当該患者への輸血を実施しており、ベッドサイドでベッドネーム、輸血、伝票との照合を行わないまま輸血を接続した。実施前確認の基本に沿ってベッドネーム、輸血、伝票の確認が行われれば最後に間違いに気付くことができた。	・口頭指示はできる限り避ける。 ・口頭指示になった時には、患者名、指示内容の復唱確認を行う。 ・輸血マニュアルの確認事項を各部署で再度読み合わせ確認するように医療安全推進室、輸血療法委員会にて緊急文書にて知らせた。 ・実施前の 3 点（患者、伝票、輸血）確認を指差し・声出し確認するように安全便りにて知らせた。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
28	障害の 可能性 (低い)	準備 段階	患者は、前回入院の際、血液型 B 型と判定されていた。今回、輸血のため、患者に交差血の血液型の確認検査を実施したところ、O 型の判定となった。今回の検査の際、看護師は採血前にスピッツと伝票を合わせ、間違いがないか確認を行った。患者別にスピッツを輪ゴムで止め、一人ずつカップに入れる作業をしていた。その際、看護師は、患者のスピッツに巻かれた「交差血依頼用紙」を外し、名前を確認後、スピッツにその用紙を巻き、スピッツの名前が見えていない状態で別の患者のスピッツが立ててあるカップに入れた。医師は、採血する際、患者名の確認をせずに採血した。新しく採血し直した交差血の血液型確認検査は B 型と判定された。	採血する際のルールとして、採血時のスピッツの確認と患者とのダブルチェックを行い実施することになっていたが、医師がそれを守らなかった。交差血の用紙がスピッツに巻かれ氏名が見えなくなっていた。	・医師側と患者側のダブルチェックの徹底。 ・交差血の用紙はスピッツに巻かず、スピッツと用紙をテープで留める。 ・中央で交差血採血時は携帯端末で確認出来ないかを検討する。
29	障害の 可能性 (低い)	準備 段階	O 型の患者に輸血を行う際、4 ヶ月前に行っていた輸血療法において患者に B 型の血液を輸血するという異型輸血が発生していた事が判明した。その原因としては、4 ヶ月前の血液生化学検査結果から類推すると「採血実施患者の取違え」と考えられた。	事故発生より時間が経過しているため詳細はわからない部分もある。	・血液型と血液交差試験は同一検体では実施しない。 ・I C U 患者についてはすべてリストバンドを装着する。 ・血液型及び血液交差試験の採血時は看護師 2 人で患者のもとで確認する。
30	障害の 可能性 なし	準備 段階	患者 A (AB 型) の新鮮凍結血漿 LR 6 単位の依頼があり、病棟から患者 A (B 型) と記載された輸血申込書と患者 B の交差血が提出された。病棟に患者 B の輸血予定を確認したが、予定がなかった。患者 B のラベルが貼られた交差血の血液型を検査したところ、ラベルには患者 B (B 型) と記載されていたが、提出された交差血の検体は AB 型であり、血液型が異なっていた。新しく採血し直した交差血のラベルは患者 A (AB 型) で交差血も AB 型と判定された。	ベッドサイドでの P D A 認証と患者確認を行っていなかった。急変時の対応で混乱した中で仕事をしていた。ラベルを出す際、同室者に類似した名前があり、ラベルシールを間違えた。	・直ちに病棟カンファレンスを行うと同時にその情報を院内看護職員に配信した。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
31	障害の 可能性 なし	準備 段階	出血性ショックに対して、輸血を開始することとなり、看護師 A が FFP を急速・大量に溶解するために初療室内の恒温槽と病室の恒温槽の 2 箇所を使用した。病室の恒温槽には他の患者の FFP も入っていた。看護師 B が病室の恒温槽から FFP を取り出した。この時に、血液支給票と製剤の照合、患者と製剤との照合作業を行わず、点滴台に製剤をかけた。看護師 A は点滴台にかけてある製剤を確認せず、輸血ルートに接続し滴下した。70 mL ほど入ったところで異型輸血に気付いた。	患者の状態が急変し、緊急で大量な輸血が必要な状態であった。口頭指示を復唱しながら実施することが徹底していなかった。救急患者を受け入れ時の役割分担が明確でなかった。リストバンドの装着がされていなかった。	・入院決定後速やかにリストバンド装着し、患者確認を確実にする。 ・初療室に恒温槽を 2 台配置し、急速溶解事例に備える。 ・業務分担を明確にし、緊急処置時の輸血の担当者を決める。 ・輸血パックに患者名・実施番号を記載する。 ・実施時に声出し確認を行う。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
32	障害の 可能性 なし	準備 段階	患者A（O型）と患者B（A型）にMAPの指示があり、2人分の輸血製剤をほぼ同時刻に準備した。医師と看護師が確認し、注射準備台を別々にしてそれぞれの受け持ち看護師が50mLの注射器に準備した。2人の患者とも1本目は医師と看護師がベッドサイドで確認し、シリンジポンプを使用して、ほぼ同時刻に開始した。患者A（O型）の血液1本目が終了し、ポンプのアラームに気付いたリーダー看護師は、注射準備室に準備してあったシリンジに入った患者Bの輸血製剤（A型）を患者Aの輸血製剤と思い込み、受け持ち看護師に渡した。受け持ち看護師はそのシリンジが誰の製剤であるかを確認せずポンプに接続した。患者Bの受け持ち看護師は、患者Bの輸血の投与量が120mLであるはずが、ポンプの積算量が70mLしかないことに疑問を持ち、ごみ箱を確認したところ、患者B（A型）の輸血製剤が患者A（O型）に投与された可能性がわかった。その後、対応中に患者Aに血尿が見られたため、異型輸血が判明した。	小児科では、CVラインから輸血することが多く、チューブが細く、自然滴下で滴下できないため、シリンジに分注してシリンジポンプで輸血をしている。最初の分注した1本目の輸血実施時は医師と看護師がベッドサイドでダブルチェックしているが2本目以降の交換時は看護師がひとりで確認し実施していた。医師が多忙という理由で、看護師とダブルチェックをしなければいけないという認識が医師も看護師も希薄であった。分注したシリンジに割付表を貼ってシリンジに準備した血液を区別しているが、数本に分けて準備をした場合、バーコードが記載されているのは1本目の割付表だけである為、PDA（携帯情報端末）を使用しての患者確認が出来ない（院内マニュアルでは医師、看護師2人でダブルチェック）。輸血を分注し投与する場合の輸血伝票への実施記載の取り決めが周知徹底していなかった。シリンジポンプの1回目残量アラームが鳴った事をリーダー看護師と受け持ち看護師が把握していないので、2回目アラームが鳴り、輸血ラインにエアが混入していたので慌てて患者確認が不十分になった。 リーダー看護師が処置室に2人分の血液が準備されていることを知らなかったので最初に目に付いた輸血シリンジを対象患者のものと思い込み、患者氏名・血液型を輸血伝票と照合せず、受け持ち看護師に手渡した。病棟全体でPDA（患者患者照合システム）の活用が徹底されていなかった。受け持ち看護師は分注したシリンジを渡されたリーダー看護師は信頼している先輩看護師だったのでシリンジの患者氏名、血液型を確認しなくても大丈夫だと思い確認が省略された。	・輸血分注対象者を検討し、極力輸血パックのままで実施する。 ・輸血分注時はすべて血液をシリンジに吸い、割付表を貼り、番号を記入する。 ・シリンジには輸血パックに貼付されているロット番号を貼る。 ・シリンジに分けて準備する場合、2本目以降もベッドサイドで医師とダブルチェックし、輸血伝票に実施者のサインを残す。 ・医師との確認が困難な場合は一時輸血を中止し、医師が来棟後、ダブルチェックし実施する。 ・緊急の場合を除き、極力日中輸血が実施できるようにオーダーを検討する。 ・PDAを使用する。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
33	障害 なし	準備 段階	日勤担当看護師が血液型検査の採血を実施する為に患者のベッドサイドへ向かった。採血に適した血管が見つからずに採血出来ずにいたところへ夜勤担当看護師が来て代わりに採血を実施した。翌日、報告書にB型+と記入され病棟に報告された。2週間後に赤血球濃厚液2単位の輸血指示が出された。医師が患者に血液型を確認すると「A型です」と返答した。しかし血液型報告書がB+であり、医師は輸血伝票にB+と記入し請求した。輸血部より連絡があり、交差血はA+だが伝票にはB+となっていると報告され、血液型報告書の血型が違うことがわかった。	検体ラベルと本人の氏名の指差し呼称が実施されていないまま、採血を実施していた。採血時に看護師が検体ラベルを確認せずに採血した。	・ 検体ラベルと患者氏名の確認をし、採血をするルールを遵守するよう情報の共有化を行った。手順の再確認を行った。
34	障害の 可能性 (低い)	実施 段階	手術中に自己血輸血を実施する予定であった。看護師は、保管場所から患者の自己血を取り出し、医師とともに血液製剤のIDと伝票IDを照合した。その後、医師は患者に自己血輸血を開始したが、血液製剤に記載されている名前が患者のものではなかったため、直ちに輸血を中止した。看護師と照合した自己血は、その日に行われる別の患者のものであった。	輸血伝票と輸血パックのみの確認しかせず、カルテで行うべき本人の確認を怠った。	・ 輸血伝票、輸血パック、カルテ（本人確認）での確認。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
35	障害の 可能性 (低い)	実施 段階	輸血保冷庫には当該患者 A の A B 型 Rh + の濃厚赤血球と、他科の患者 B (患者 A と異姓同名) A 型 Rh + の濃厚赤血球が保存されていた。指示により看護師は保冷庫よりシリンジを取り出し施行した。リーダーの看護師が保冷庫の中の輸血を確認したところ、患者 B の A 型のシリンジが 1 本なくなっていることに気が付き、患者 A に患者 B の濃厚赤血球を施行したことがわかった。	施行前の確認が不十分であった。患者の名前が同じであり、ともに氏名の記載がカタカナであった。小児の輸血はシリンジで行うとの思い込みがあった。	・ I C U 内の保冷庫は撤去した。 ・ 輸血施行時は「輸血安全対策」を遵守する。 ・ 小児の輸血は基本的に分割パックで請求し、シリンジへの分注は行わない。 ・ 患者移送の際の輸血 (回収血含む) は患者ルートと接続されたもののみを使用可とし、更に必要な場合は新たにその部署から請求する。 ・ 小児心臓外科など、移送時に大量輸血が必要となる可能性のある場合は、通常のパックを輸血専用ポンプに通し患者と接続する。 ・ 他施設からの移送の場合、患者に接続されているもののみを使用可能とし、直ちに患者の血液検査を行う。但し、緊急を要する場合は、O 型 Rh + 放射線照射血を請求する。
36	障害 なし	実施 段階	外来患者 A から、当院で行った血液型の結果が本人の認識と違うことを指摘された。検査科へ問い合わせところ、この時の患者 A の血液型検査台帳には A 型 Rh + となっていたが、検査科で患者 A の検査を行った検体で血液型を再検査したところ、A B 型 Rh + の判定となり、最初に行った報告の A 型 Rh + は誤りであることが判明した。また、同日に行われた患者 A 以外の血液型検査について再検査を行ったところ、他科を受診した患者 B の血液型が A 型 Rh + であったが、患者 B の血液型を A B 型 Rh + と報告していた。当該事象発見日から遡って輸血歴を調べたところ、血液型間違いのあった日に患者 B に A B 型 Rh + の輸血をしている事がわかった。	血液型判定を 2 名分同時に行い、血液型判定装置の上に 2 名分の検体を置いて判定したため検体受付番号をとり間違えた。2 回目の血液型確認時、検体番号の末尾の数字と検体受付番号の数字を取り違えた。患者 B の交差適合試験時、血液型の検査を実施していなかった。	・ 血液型判定装置の上には、複数人分の検体を置かない。 ・ 血液型検査は、検体番号の小さい順に行う。 ・ 血液型台帳の形式を変更した。 ・ 交差適合試験時は、輸血マニュアルの手順を遵守する。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
【手術 3件】					
37	障害の 可能性 なし	指示 段階	1 例目の患者の白内障手術の眼内レンズ（11.5D）と2 例目の患者の白内障手術の眼内レンズ（26D）を取り違えた。	主治医が1人で同時に3人の患者の眼内レンズを用意し、眼内レンズ指示表に氏名等を記入する際、1 例目の患者と2 例目の患者の氏名を書き間違えたことがインシデント発生の直接的な原因である。また、眼内レンズ使用時に、確認操作が不十分であった（入院カルテと眼内レンズ指示表の照合をしていない）。さらに、眼内レンズが病棟管理になっていることが大きな問題であると考えられる。眼内レンズが病棟管理になっていることの問題点は、眼内レンズは手術室のみで使用する材料であるにもかかわらず、病棟管理になっているため、 1. 余計な事務手続き（前日に眼内レンズ指示表を作成すること、眼内レンズ指示表と氏名レンズの内容を確認し、X線袋に入れておくことなど）が発生する、 2. 本事例で見られるように複雑な受け渡しが必要になってしまうため、インシデント発生の危険性がある、 3. 手術中に不慮のことがあり眼内レンズの度数や種類を変更しなければならぬことは少なくないが、その場合、手術を中断して、病棟まで連絡して届けてもらうまで待たねばならない事態になり、手術の合併症の危険性が増加する、などである。本事例の場合、同時に3人のレンズを用意しないといけないのは、眼内レンズが病棟にあり、術前に病棟で用意しないとイケないことからであった。術場で眼内レンズが取り出せるようになっていれば、一例ごとにレンズが用意することが可能で、取り違える可能性は皆無であると思われる。	・眼内レンズを手術室管理にすることを要望し、現在その方向で調整している段階である。 ・眼内挿入時のレンズの確認操作をシステム化する。 ・カルテに挿入予定レンズを書き込み、レンズを出すときは外回り看護師が、カルテの該当ページを開き、外回り医師と看護師でレンズ度数をダブルチェックで確認し、術野に出すようにする。下に、眼内レンズが手術室管理になるまでは今後の眼内レンズの取扱いの一連の流れは次のようにする。1) 主治医により、入院カルテに眼内レンズ挿入予定のレンズ種類と度数を記載し、赤ペンで囲う。2) 主治医により、眼内レンズ準備し看護師長室のノートに持ち出すレンズを記載する。3) 主治医により、眼内レンズ指示表に、病室、ID、患者氏名、レンズ名/屈折率、主治医氏名を記載し眼内レンズを束ねて、所定の机の上に置く。挿入予定のレンズに赤丸をする。4) 担当の病棟看護師は、眼内レンズ指示表の名前、屈折率と準備されているレンズに違いがないことを確認し、レントゲンの袋にいれ手術室に移動する。間違いを発見した時には病棟責任医に連絡を取り、レンズを変更してもらう。5) 病棟、手術室看護師による引き継ぎ時に、眼内レンズに記載されている名前と度数を確認する。6) 主治医の眼内レンズ取り出しの合図で、外回り医師と外回り看護師によるレンズ度数の確認を行い、レンズを術野に出す。外回り医師は必ずレンズの箱の記載を目視して確認する。7) 外回り看護師により、入院カルテ、外来カルテに度数を記載したシールを貼る。8) 病棟看護師は、使用された眼内レンズの箱と、使用されなかった眼内レンズを手術室より持ち帰り、主治医のボックスに戻す。9) 主治医により、使用されなかった眼内レンズを婦長室に戻し、使用した眼内レンズを使用ノートに記載する。10) 術翌日、レフ、視力測定を必ず行い、挿入レンズの確認を行う。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
38	障害の 可能性 (低い)	実施 段階	白内障手術時に本来予定されていた度数と異なった眼内レンズ（次の白内障手術予定患者のレンズ）を挿入して手術を終了した。 その直後の次の患者の白内障手術の眼内レンズ挿入前に、本症例のレンズ度数の誤りに気付いた。術後に患者本人に説明し、同意を得た上で、同日眼内レンズの交換手術を施行した。挿入されていた眼内レンズを摘出し、本来予定していた度数の眼内レンズを挿入した。	今回の白内障手術の後に予定していた患者に使用すべき眼内レンズを、同じ場所に重ねて置いておいた。外回り看護師が術中に眼内レンズを開封して準備する際に、眼内レンズの箱に貼ってあった氏名を見落とした。眼内レンズを清潔台に出す時に、外回り看護師が眼内レンズのパワーを読み上げたが、執刀医、介助医がその誤りに気付かなかった。	・検査用紙の中の使用予定の眼内レンズ度数に分かりやすく印をつける。 ・執刀医、主治医は使用予定の眼内レンズの度数を正確に把握する。 ・患者到着時に、名前、ID 確認とともにレンズ度数確認を行い、手術開始前に眼内レンズの箱を開封して、清潔台の上に用意しておく。レンズ確認は執刀医、主治医、外回り看護師及び清潔看護師の3名以上でカルテ内の眼内レンズ度数の検査用紙を見ながら、眼内レンズの種類、度数を確認する。
39	障害の 可能性 なし	実施 段階	白内障手術時、患者の眼内レンズは、26.5の度数のレンズの予定であったが、他の患者に用意されていた21.0の眼内レンズを挿入した。	持ち込まれた複数の眼内レンズを、患者氏名を確認せず挿入した。術者が外来患者を待たせていたことなどで、焦りがあった。	・眼内レンズを準備・開封する際に、外回り看護師、助手・術者で患者名、眼内レンズの種類・度数を復唱確認する。 ・伝票（レンズシート）を確認しやすいよう変更する。
【治療・処置 7件】					
40	障害の 可能性 なし	実施 段階	患者Aは、朝ノボリンNフレックスペン5単位、患者Bは、朝ペンフィル30R10単位を注射していた。担当看護師は、早朝、患者Aの血糖測定後、他の患者の対応をした。その後、カルテでインスリンの量を確認し、患者AにノボリンNフレックスペン10単位を注射した。40分後、患者Bに、朝食前のインスリン注射を行うため、カルテを確認したところ、注射の実施サインがしてあり、患者Aに注射を実施する際、患者Bのカルテを見て、5単位すべきところを10単位実施したことに気付いた。	インスリン注射実施直前に別の患者のケアを実施した。業務再開後、カルテの患者氏名と注射伝票、薬品、患者のベッドネーム、顔等の照合確認をしなかった。	・カルテの患者氏名とベッドネームを指さし・声出し確認する。 ・早朝の暗がりでも見やすいように、患者名を大きくした。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
41	障害 なし	実施 段階	医師は病棟で指示出しを行っていたところ、看護師から担当患者以外の点滴を挿入するように依頼された。名前を聞いて、点滴を持ち病室に行った。多人数部屋であったので、病室に入ったところで、名前を呼んだ。カーテン越しに返事があったため患者の前に行き、もう一度名前を呼んでベットサイドへ行った。患者の点滴漏れを確認して、新たに点滴を挿入した。点滴の滴下を確認し、廊下にいた看護師に点滴挿入の報告をした。すぐに看護師が確認に行ったところ、本来その点滴をするはずではない患者に点滴挿入されていることが分かった。	同じ病棟の同じ部屋で二人の患者の点滴が漏れており、いずれも差し替えが必要であった。 本来その点滴をするはずの患者は部屋におらず、誤って点滴を挿入してしまった患者は軽度の難聴があった。 担当医以外の医師が点滴を刺しに行った。 医師は他の業務している最中に依頼された仕事で、少し急いでいた。	・ネームバンドによる名前の確認を必ず行う。 ・医療者から名前を呼ぶだけではなく、患者に名乗ってもらい名前の確認を行う。 ・名前と顔が一致しない初めて会う患者に対する医療行為であることを認識しながら上記行動を遵守する。
42	障害の 可能性 なし	実施 段階	採卵・受精後3日目に患者Bの培養液交換に続き、患者Aの培養液交換を行った。患者Aの培養液を交換し、新しいシャーレをインキュベータに入れた後、ベンチシート上を見ると、患者Bの古い培養液の入ったシャーレと患者Aの古い培養液の入ったシャーレの2つがあった。廃棄する前にシャーレを見ると受精卵が1個残っていたので、後に作業した患者Aのものだと思い、インキュベータから患者Aのシャーレを取り出し入れた。患者Aの受精卵は胚盤胞になり、移植した。患者Aは妊娠したが、患者Aの受精卵の状態は良好ではなく、妊娠の可能性は低いと考えていたため不審に思い検証した。その結果、最後に患者Aのシャーレに入れた受精卵は患者Bのものであった可能性が高いと判断した。	1人で作業することが常習化しており、作業におけるチェック体制ができていなかった。シャーレの蓋には個人を識別するシールを貼っていたが、本体にはシールは貼っていなかった。	・必ず医師と胚培養士、胚培養士と胚培養士の2人でチェックする。 ・シャーレのフタと本体の両方に患者を特定するシールを貼る。 安全にかかるマニュアルを整備し、マニュアルを遵守する。 ・ベンチシート上には患者1人のシャーレしか置かないことを徹底する。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
43	障害の 可能性 なし	観察・ 管理 段階	患者Aは入院後、心電図モニターを装着した。患者Aの心電図は、送信機1を使用してセントラルモニターC（8人用）に表示されていた。3日後、患者Bが入院し、患者Bにも心電図モニターを装着することとなった。送信機1はメモリー機能が付いており、また両方のモニターのチャンネル選択が可能であったことから、患者Bの心電図は患者Aが使用していた送信機1を使用してセントラルモニターD（3人用）で表示し、患者Aの心電図は送信機2を使用してセントラルモニターC（8人用）で表示することとした。この時、看護師はセントラルモニターCに受信するためのチャンネルを1から2に変更するのを忘れた。その2日後、セントラルモニターC（8人用）に表示された患者Aの心電図波形（実際には患者Bの心電図波形）から、患者Aに一時ペースングを行った。終了後、患者Aに使用した送信機2を別の患者に使おうとしたところ、セントラルモニターC（8人用）に既に波形が表示されており、その波形がセントラルモニターD（3人用）に表示された患者Bのものと同じであった。セントラルモニターC（8人用）のチャンネルを確認すると、送信機1に設定されており、患者Bの心電図波形が両方のモニターに表示されていたことがわかった。	利便性や故障時の対応等のため、送信機は複数の受信機に送信が可能であった。病棟内に電波が受信しやすい場所と受信し難い場所があり、病棟に複数あるモニターが1箇所に配置されていなかったため、セントラルモニターCとDがナースステーションの別々の入口に配置れ、間違いに気付かなかった。医療機器類の請求やメンテナンスは病棟ごとに師長が行っていた。モニター管理について、新人や異動者へ指導を口頭で行っており、成文化されたマニュアルがなかった。	- 各部署の心電図モニターの送信機の設定状況を確認し、送信機は1台の受信機にしか送信できないよう設定した。 - 機器類の管理は、中央管理とした。 - 病棟内の電波の受信状況を調査した。 - 心電図モニターの取扱説明書をメーカーから取り寄せ、機器に配置した。 - 今後、当該部署に16画面のモニターを新規購入することを検討する。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
44	障害 なし	その他	外来で医師は患者Aのカルテを見て患者受付番号で患者Aを診察室に呼びいれた。医師は患者Aをフルネームで確認したところ患者は「はい」と答えたため、患者Aとして診察を終了したが、その患者はBであった。患者受付番号で患者Bを呼び出したところ、同じ患者が入ってきた為間違いに気付いた。	患者Bは難聴があった。	患者自身に氏名を名乗ってもらう事を徹底する。
45	障害 なし	その他	救急外来で休日外来注射の際、看護師は患者Aの名前をフルネームで呼んだところ患者Bが返事をして診察室に入ってきた。医師も、注射を実施した看護師も患者間違いに気付かず注射を実施した。	予約治療の休日注射は救急外来診察室で担当科医師と救急部看護師が行っている。通常は患者が診察室に入ってから患者に名乗ってもらい、本人であることを確認しているが、今回は名乗ってもらわなかった。患者の氏名は似ていない。	- 今回の注射内容は患者に実害がないものであったが、薬剤によっては大きな影響が出た可能性がある。再発防止のため、救急外来での診察及び注射施行について下記の手順で患者・薬剤の確認を行うことを救急部と担当科で申し合わせた。 1. 患者の名前を呼んで診察室に誘導する。 2. 患者が診察室に入ったら、医師がカルテの患者氏名を見ながら、患者に名前を名乗ってもらう。 3. 看護師と医師で患者の名前と投与する薬剤を確認し、処方箋に医師・看護師のサインをする。 4. 看護師が患者に名乗ってもらい確認後、注射を施行する。
46	障害の 可能性 なし	その他	生検のため、患者Aの苗字を呼んだところ、当該疾患外来を初めて受診した患者Bが「はい」と返事をした。医師Cは患者Bに名乗ってもらわず診察室に誘導し、医師Dも患者Bに名乗ってもらわず生検の説明をし、同意を得た。生検後、看護師が基本カードを渡すため患者の氏名の確認をし、間違いに気付いた。	患者Bは、初めての当該疾患外来への受診で緊張していた。当該疾患外来は、2つの科を受診する予定があった。苗字のみで呼び出し、「はい」と返事されたため、当該患者と思い込んだ。診察室入室後、患者に名乗ってもらわなかった。処置に対する同意書を取らなかった。一般疾患患者と当該疾患患者はルートが異なり番号が別であった。生検前に、再確認を行わなかった。	- 必ず患者本人に名乗ってもらう。 - 診療記録を処置前に再度確認する。 - 処置を行う前に同意書に署名してもらう。 - 生検術前にタイムアウトを行う

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
【検査 10 件】					
47	障害の 可能性 (低い)	指示 段階	患者 A の出生時、担当医はオーダーリング入力により「〇〇シンセイジ」で検索し、新生児と同姓同名の誤った患者（男性）で臍帯血検査を行った。後日、患者の母が母子手帳に貼付された検査結果の患者名と性別、ID、生年月日を見て誤りに気付いた。	ID 番号と氏名で検索することの決まりがあったが、そのことを当該医師が行わなかった。受持ち看護師も検査結果用紙を確認せず、母子手帳に貼付した。母子手帳を退院時手渡す際、看護師が内容を確認せずに手渡した。	・当該病棟においてカンファレンスを行った。
48	障害の 可能性 なし	準備 段階	血液型検査で A 型 R h + であったが今回は B 型 R h + と異なる結果であったため、確認したところ、検体は患者 X で検体ラベルは患者 Y のものであることがわかった。医師が患者 Y のオーダーリング画面を開いたまま患者 X の検査を依頼した。	医師が患者 X のオーダーリング画面を開いたまま患者 Y の依頼を入力したことによる。当該患者と別の患者の名前の末文字が同一であり間違いがないと錯覚していた。採血手技以外の検体の取り扱いをすべて医師の手で行っていたため、相互確認をしていなかった。	・情報の共有化。 ・相互確認を必ず行うよう話し合った。
49	障害 なし	準備 段階	血液培養検査において、検体受付時に名前の確認が不十分であった為、ワークシートと違う番号がついていた。同定検査を実施しようとした時、名前間違いが判明した。	検体と受付番号が ID ではなく、検査室での番号であったため、検査技師が記入間違いをすると直ちにエラーを起こすような状況であった。検査室の受付は狭く検体と伝票を添えておく習慣がなかった。	・直接培養検査室に看護助手が検体と伝票を持って来ることとなった。
50	障害 なし	準備 段階	患者 A と患者 B の細胞診検査を依頼され、結果を報告した。手術予定の担当医から、患者 A の細胞診の標本を病理部の病理医に再検してほしいという連絡があった。病理部の細胞検査士が標本を確認したところ、患者 A の標本と患者 B の標本を取り違えてラベルを貼った間違いに気付いた。すぐに病理医に両者の確認をし、その結果、患者 A と患者 B の細胞診の結果を反対に報告してしまったことがわかった。直ちに病理医が担当医に連絡し、訂正した報告書を送付した。	ラベルをガラス標本に貼る際に確認を怠り、別の患者のラベルを貼りつけた。	・受付した検体はワークシートを発行し、染色後、受付番号順に染色標本をマップに並べておく。 ・別の人がワークシートを見ながら染色標本の名前とラベルを照合し、ラベルを貼る。間違いがないことを確認したらワークシートにチェックする。 ・チェックしたワークシートは、作業者の名前を記入の上 3 ヶ月間保管しておく。 ・鏡頭時もしくは診断が確定したら、細胞診専門医に提出する前に再度標本とラベルの名前を確認する（標本を裏返してみる）。 以上の手順を細胞診手順書に追加し、改定する。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
51	障害の 可能性 (低い)	実施 段階	患者 A と患者 B の 2 人を外来に連れて行った。患者 A はレントゲン（胸部）撮影の指示が出ていた。外来に行ったついでにレントゲン室に寄り、患者 B のレントゲン撮影をしてしまった。病棟に戻ってホワイトボードを見て、間違いに気が付き、本来指示が出ていた患者 A のレントゲンを撮り直した。	患者 B がレントゲンを撮るものと思い込んでいた。その為確認をしなかった。	・指示簿を必ず確認し、他のスタッフにも一緒に確認してもらう。 ・思い込みを持たず、数回確認をする。 ・検査指示を分かり易く表示する。
52	障害の 可能性 (低い)	実施 段階	点滴ラインを挿入する患者を受け持っていた日勤看護師が、遅出看護師へ点滴ライン挿入依頼した。この時もう 1 名点滴ライン挿入介助をして欲しい患者がいる事を伝えると、遅出看護師より「名前を書いておいて」と言われたため、挿入部品と一緒に「○号室患者 A、○号室患者 B」と書いたメモをトレーに入れ処置台に準備した。遅出看護師は当直医が来棟した為メモに書かれた患者 B に点滴ライン挿入してもらいへパロックした。この時患者 B へ「点滴をすることになっていますね」と尋ねたところ、患者は「はい」と答え左腕を出した。点滴ライン挿入 30 分後、患者 B の主治医が訪室した際、患者より「何故点滴をやるのか」と聞かれ、点滴施行予定ではない患者 B へライン挿入したことに気付いた。	点滴挿入予定患者の氏名と点滴セットを一人ずつ分けしていなかった。点滴を挿入する際に患者を部屋番号とフルネームで確認していなかった。	・院内ルールを守るよう情報を流した。
53	障害の 可能性 (低い)	実施 段階	看護師は検査予定患者一覧を見たが、スピッツと患者を確認せず患者 A の分を患者 B と思い込んで採血した。A 患者の採血データが今までの値とあまりに違うため医師が間違いに気付いた。	経験年数が少ない看護師であった。ルールを守らずに行った。	・当事者本人を入れて事象の分析をした。 ・各科にエラーについて情報を流した。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
54	障害の 可能性 (低い)	実施 段階	外来患者Aの検体を他の患者の検体と共に自動分注器用ラックにセットし、分注したところ、患者Aの検体にフィブリンの析出を検知し、器械は操作を停止した。そのため手作業で患者Aの検体の血清を小分けした際、誤って同一ラックにセットされている患者Bの検体を患者Aの検体に小分けした。その結果、誤った結果が報告され、治療が実施された。再来時の検査結果が前回の結果とかけ離れた値であったことから検体の取り違いが判明した。	検体を取りだす際別のポジションの検体を取り出し、その後の照合の確認が不足していた。	・照合操作にコンピューターを使用する。 ・小分けする際、患者検体のバーコードと小分け分注用試験管のバーコードをバーコードリーダーで確認し、適合していたら○（患者検体と小分け分注用試験管が同じであることを照合）、違っていたら間違いのメッセージを発するシステムを作成した。 ・その操作には職員番号バーコードにて担当者が明らかになるシステムである。 ・手作業の部分は、必ず声出し確認をする。
55	障害 なし	実施 段階	救急救命センターのポータブルのレントゲンのオーダーを確認後、伝票出力し、撮影に行った。患者Aを撮影する予定が同じセンターにいた同姓異名患者Bを撮影した。患者BのリストバンドをPDAで読み込んだが、レントゲンのオーダーはR I S 上外来表示となり他の技師がポータブル担当者の知らない間に未実施項目に入れていた。	PDAを導入する際、放射線技師に対する教育が徹底されておらず、正しい使用方法を知らなかった。	・放射線技師を対象に正しい使用方法の学習を行った。 ・情報の共有化。
56	障害 なし	観察・ 管理 段階	ホルター心電図解析作業で、解析データ取り違いが起きた。患者Aと書かれた表紙に患者Bの解析データを挟み込み製本した。判読医も気付かず、主治医は患者Bの判読結果を患者Aに説明した。約半年後、臨床検査技師の指摘で取り違いがわかった。	解析後のデータの患者氏名と、表紙、報告書の患者氏名の確認がされていなかった。ホルター心電図検査の作業手順が明確に決められていなかった。製本者と解析者が違っていた。解析、製本までを患者数人分まとめて行っていた。	・解析データ患者氏名と表紙、報告書患者氏名の確認を2名以上で行う。 ・解析、製本までを患者1名分ごとに行う。 ・検査の手順書を作成する。

No.	事故の 程度	段階	事故の内容	背景・要因	改善策
【栄養 1 件】					
57	障害 なし	準備 段階	日勤看護師は母乳パックから患者 A の経管栄養をシリンジに指示票を見ながら作成をした。シリンジに名前を記入する際、同室の患者 B の名前を記入した。記入の際、指示票は見なかった。準夜看護師は準備されていた患者 B の名前のシリンジを患者 B に経管投与した。この際シリンジに記載してあった氏名とベッドネームは確認したが指示票は見なかった。深夜看護師が経管栄養の準備をする際に、患者 B のシリンジの容量が指示量より多いことに気づき、シリンジを作成した看護師に確認をし、間違いに気付いた。	母乳を吸ったシリンジに氏名を記入する際、指示票と母乳パックで氏名を確認しなかったため、思い込みの他の患者の氏名を記入した。その後の勤務者も指示票での投与時確認せず、量が違うことに気付かなかった（シリンジに記入してある氏名と本人の確認だけで、指示票で内容、量の確認をしなかった）。	・経管栄養を作成する時は、指示票の氏名、内容、量、回数、時間を確認しながら作成し、作成後も再度照合する。 ・母乳のシリンジを作成する時は、指示票と母乳パックに記入してある氏名を確認し、作成後、母乳パックを廃棄する前に再度確認をする。 ・作成者と使用者を同一人物にする（実施者が自分の使用する分だけ作成する）。
【その他 2 件】					
58	障害 なし	実施 段階	患者 A に退院時に請求書、退院証明書、書類があった。請求書等を確認をし、ベッドサイドでは、患者と妻に氏名を確認しながら手渡したが、文書の氏名を指差し呼称せずに渡した。後日、役所の福祉課より病棟に電話があり、「患者 A の身体障害診断書ではなく、患者 B の名前で書類が提出されている」との連絡があり、書類を誤って渡してしまったことがわかった。患者 A は身体障害者の申請を必要とする治療はしていなかった。役所の福祉課へ他者の書類を間違えて渡してしまったことを伝え、封を閉じてもらい、直接受け取りに行った。また患者 A、患者 B へ間違いを謝罪した。	退院する患者が同時刻に 2 人おり、慌てて確認不足と思いきみが起こった。	・指差し呼称の徹底。
59	障害 なし	その他	患者の同意書をスキャナで取り込む際に氏名・番号を見落として取り込んだ。	忙しい。	・氏名・カルテ番号の再度確認後に取り込む。

図表Ⅲ - 2 - 2 患者取り違えに関連した医療事故の発生状況

	指示出し	指示受け・ 申し送り	準備	実施	実施後の観察 及び管理	その他	合 計
	平成 18 年 10 月 1 日 ～ 平成 21 年 3 月 31 日	平成 18 年 10 月 1 日 ～ 平成 21 年 3 月 31 日	平成 18 年 10 月 1 日 ～ 平成 21 年 3 月 31 日	平成 18 年 10 月 1 日 ～ 平成 21 年 3 月 31 日	平成 18 年 10 月 1 日 ～ 平成 21 年 3 月 31 日	平成 18 年 10 月 1 日 ～ 平成 21 年 3 月 31 日	平成 18 年 10 月 1 日 ～ 平成 21 年 3 月 31 日
薬剤	2	0	2	21	0	1	26
輸血	0	1	6	3	0	0	10
手術	1	0	0	2	0	0	3
治療・処置	0	0	0	3	1	3	7
検査	1	0	3	5	1	0	10
栄養	0	0	1	0	0	0	1
療養上の世話	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	1	0	1	2
合 計	4	1	12	35	2	5	59

図表Ⅲ - 2 - 3 ヒヤリ・ハット 患者取り違えの発生状況

	指示出し	指示受け・ 申し送り	準備	実施	実施後の観 察及び管理	不明	その他	合 計
薬剤※	3	0	82	28	0	0	49	162
輸血	2	0	3	1	0	0	0	6
手術	5	5	19	5	1	0	0	35
治療・処置	18	7	44	97	6	2	3	177
検査	26	13	83	123	31	2	4	282
栄養	5	0	6	43	0	0	0	54
療養上の世話	0	0	0	4	0	0	1	5
その他	1	0	4	9	0	0	1	15
合 計	60	25	241	310	38	4	58	736

※薬剤については第 17 回報告書薬剤に関連した医療事故 9 2 頁図表Ⅲ - 2 - 3 および第 16 回報告書 76 頁図表Ⅲ - 2 - 3 の「対象者間違い」を再掲した。

図表Ⅲ - 2 - 24 ヒヤリ・ハット事例 記述情報（患者取り違い）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【薬剤 ^(注) 】			
【輸血 3件】 他類似事例 3件			
1	交差適合試験時の血液型確認試験の際、血液型カードに患者名を間違えて記載し、それに気付かず検査終了後、輸血血液パックを払い出した。後日、病棟より指摘を受け間違いに気が付き、交差適合試験、血液型検査など患者本人の結果である事を確認した後、名前を訂正し報告した。	間違った思い込みにより起こったミスであり、ダブルチェックをした技師も気付かなかった。	・交差適合試験時の血液型確認検査の血液型カードに関しては、未だに患者ID、依頼元、氏名を手書きで記載しているため、今後手書きではなく印字する方向で検討中している。
2	他の患者用に準備されたRCCを、手術直後の患者用と誤認し血液型表示のみ確認し繋いだ。投与開始直後に、他の患者の担当看護師が準備したRCCがないことにより間違いに気付いた。患者には影響はなかった。	患者名表示や輸血シート添付等マニュアル通り実施されていたが、共通の作業台にRCCがあり取り違いが起こりうる状況があった。手術室看護師から病棟・ICU看護師への、血液製剤の引継ぎが曖昧だった。看護師の指示確認及び医師の口頭指示が不明確だった。投与直前の患者確認がひとりの看護師に任されていた。	・RCAを実施し、事例の要因が明らかになった。 1. 手術用に準備した血液製剤の管理方法を変更する。 2. ICUでの血液製剤管理方法を変更する。 3. 投与直前の患者確認を2人で行う。 4. 口頭指示出し・受けの約束事項徹底を救急室・手術室・ICUで強化する。 5. 血液製剤加温装置の管理方法変更を実施した。
3	患者Aの引換券を持って輸血センターに血小板を取りに行った。引き換え券を渡し、提示された患者Bの輸血と患者Bの輸血血液交叉試験報告書・指示・実施記録のダブルチェックを、輸血センター職員と行ったが、病棟から持参した患者Aの引換券と異なる輸血であったことに気付かずもらってきた。看護師が、患者Bの引換券が余っており、患者Aの引換券がないことに気付いた。輸血センターに電話し、確認したところ、輸血センターで患者Aとは違う患者Bの輸血を出庫したことに気付いた。投与間違いは起こらなかった。	輸血センターに連絡し、引換券の確認を行ったところ、出庫すべき患者Aの引換券が輸血センターにあった。	・誰の輸血を取りに行ったのか、しっかり認識し、引き換え券とともに声を出して確認していく。

(注) 薬剤の事例については本報告書93頁図表Ⅲ - 2 - 4 ヒヤリハット事例記述情報（薬剤）「対象者間違い」参照。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【手術 4件】 他類似事例 31件			
4	手術室入室の連絡を受け、スキャナ台紙ファイルに手術同意書・麻酔同意書があることを確認し、出棟したが、同意書の患者氏名が違っていることに気付かなかった。手術より帰室後、当患者の手術を出棟させた看護師が麻酔同意書が無いことに気付いたところ、他の患者のスキャナ台紙ファイルに入っていたと指摘された。他の患者の麻酔同意書を探したが見つからず確認したところ、麻酔の説明後、同意書は渡したが未回収であったかもしれないとのことだった。	患者に同意書を渡す時、スキャナ台紙に保管する時の確認、手術室へ出棟する時、手術室の看護師への引継ぎ時の確認が不十分だった。	- それぞれのタイミングで指差呼称をし、患者と手術室の看護師と一緒に確認する。 - 麻酔科医師は説明後に必ず看護師に麻酔同意書を直接渡してもらう。 - 術前日の受け持ち看護師は、手術同意書、麻酔同意書の有無を電子カルテの伝言板に入力する。
5	手術室より「患者Aの家族を術後の医師からの説明があるので、待機室に案内するように」と電話連絡があった。面会食堂に待機していた家族に向って「患者Aのご家族の方」と名前を呼んだところ、「はい」と返事したため、家族を案内した。その後医師から「患者B」の家族がきているとの連絡が入り、患者家族の違いが発見された。患者への影響はない。	患者家族の確認を名前を呼び「はい」と返事することだけの確認方法が問題であった。	患者家族を呼んだ時、家族にも患者の名前をフルネームで言ってもらい確認をする。
6	椎間板ヘルニア手術予定患者2名のマーキング施行後、確認のレントゲン撮影の際、2名の名前が逆になった。出来上がった写真の確認時に気づき、再撮影を行った。	同じ病棟、同じ手術部位、同じ撮影部位であった。2名の患者の名前が似ていた。PC画面上で名前を選択するとき上下で名前があり間違っして選択した。	- 確認の徹底。 - バーコードリーダーなどの導入。
7	外来手術2件目の患者。同日手術申し込みや処置が重なっており看護師は焦って処置をしていた。患者をフルネームで2回呼ぶと「私です」と看護師のところまでこられた。看護師が再度「Aさんですね。」と確認すると「はい」と返答されたので、処置室へ誘導した。バイタルサイン測定、末梢ライン確保を行い、最終確認時リストバンドを明示すると患者から「名前は一緒ですが、苗字が違います」と返答され、患者間違いであった事が判明し、直ぐに点滴を抜去した。	業務重複によるタイムプレッシャー。呼び出し確認のみでの間違い。患者確認マニュアルの遵守が出来ていなかった。確認段階の間違い（最終でなく、処置前に確認する）があった。患者は、やや難聴があり、看護師の呼び出し時、自分が呼ばれたと思い込んだ。夫も患者の事を呼んでいると思っていた。看護師が呼び出した下の名前だけで自分だと思ってしまったとのことだった。	- 手術、処置等の場合の業務分担をする。 - 処置前に患者自身に姓名を名乗ってもらい、リストバンドと確認する（従来実施していた事を遵守する）。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【治療・処置 17件】 他類似事例 160件			
8	2人用の心電図モニターが2台あり各1名ずつが使用していた。他の患者の処置のためモニターが必要となり、詰所で観察できる患者2人を1台にまとめて見られるよう、患者Aについている送信機を変えた。その際にモニター画面の波形表示に間違えて他の患者の名前を記した。患者Aの心拍数が低下し、徐脈になっている際、他の患者のモニターに表示されていたため、患者Aの波形に気付かなかった。	モニターを変えた時、モニターの波形が誰のものか確認しなかった。元々つけていた患者の波形表示位置が変わるとは思っていなかった。	・モニターの使用法を調べ、使用時には間違えないように注意する。 ・波形と患者が使用している送信機がどちらなのかを見てから使用し、表示を間違えないようにする。
9	入院中の患者Aの診察終了後に「診察終了」ボタンをクリックし、次の患者Bのカルテ表紙のバーコードをバーコードリーダーで読み取った。立ち上がった画面を患者Bのものと思い込み紹介状の返事を入力し本人に手渡ししてしまった。	バーコードリーダーで読み取った患者と別の患者画面が立ち上がることが根本的な問題である。立ち上がった画面の患者確認の不注意があった。オーダーリングシステムの不備（システムエラー）があった。	・入力時の毎回の患者確認。 ・「診察終了」ボタンをクリックし、次の外来患者のカルテ表紙のバーコードをバーコードリーダーで読み取った場合には、バーコードリーダーで読み取った患者の画面が立ち上がるようにするか、どちらも立ち上がらないようにするか、変更がヒューマンエラーを防ぐ最も確実な方法で改善が必要と考える。
10	救急患者対応時に、診察が終わった医師に患者に基本ファイルを渡すように依頼された。外待ちに出て「〇〇様」と声かけると椅子に座っていた女性が「はい」と返事されたので患者の家族と思い、処方が出ているので、救急の受付に行き基本ファイルを見せ案内してもらうように説明した。女性が会計に行きフルネームで呼ばれて苗字が同じで名前が違う患者の基本ファイルであったことが判明した。	患者の氏名をフルネームで呼ばなかった。患者の家族だと思い込み基本ファイルを渡した。看護師は、患者の情報を知らずに患者探しをした。	・患者または患者の家族に基本ファイルを渡す時は、患者または患者の家族に名前を名乗ってもらい、基本ファイルの確認をする。 ・救急外来での診察終了後、患者と基本ファイルの流れを検討する。 ・マニュアルの確認と意識の啓発を繰り返す。
11	他の看護師が、ベッドコントロールする時、ダブルチェックをした。その際、氏名・年齢・IDを確認せず、患者の名字しか確認しなかった。結果、入院予定の患者Aではなく、他科の同姓患者Bを入院させてしまった。情報システム部へ連絡し、患者Aの入院を取り消し、患者Bの入院確定を行った。	ダブルチェックの基本を行わなかったため、誤った患者を入院させてしまった。他の仕事をしている最中に声をかけられ、動揺していた。	・ダブルチェックは、患者フルネーム・IDをカルテで確認し、ベッドコントロールを行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
12	救急車で来院した患者Aのカルテを作成した時、履歴を検索し、同姓同名の別の患者BのIDを検索し、カルテを準備してしまった。その後入院して、患者Aの意識が正常になった時、患者Aから、リストバンドの生年月日の違うことの申し出があり、カルテの違いがわかった。救命センターでは入院時の検査データで処置を行ったため、患者への影響はなかった。	患者Aの氏のふりがな読みを間違えて検索し、該当者が一人しかいなかったため、患者Aと思い込みカルテを準備した。生年月日、住所・電話番号を確認することになっていたがそれを怠った。本来なら救命センター処置室でも、患者家族から情報を得、患者とカルテがあっているか確認をすることになっているが、救急車で来院した身寄りのない患者だったためしなかった。	基本的な患者検索作業を徹底する。
13	医師も家族も記入済みである同意書を、インプリンターを押す際、誤って違う患者のインプリンターを押してしまい、すぐに気付いた。他の患者のIDが記入したものは、家族に渡せないため、再度医師に記入しなおしてもらい、ご家族にもサインを再度いただいた。	不明	同意書などの書類は、インプリンターを先に押してから家族のサインをもらうことを、医師も看護師も徹底する。
14	医師は表示板から患者Aを呼び込んだが、患者Bが診察室に入室した。医師は電子カルテでは患者Aを表示したまま、患者Bを診察・終了した（診察室で検査同意書にサインをもらっていた）。患者Bは医師の指示により検査室に行った。受付事務が診療予定票が入ったファイルを受け取り、検査同意書をコピーしたうえで、コピーとファイルを準備廊下の所定の位置に置き、看護師に検査説明を依頼した。看護師は電子カルテ上患者Bはまだ診察されていないこと、検査同意書の名前（患者A）とサインの名前（患者B）が違っていることに気づき、患者間違いがわかった。患者Bに説明し、再度診察室に入ってもらい検査予約を取り直し、新たな説明・同意書にサインをもらい、診察終了となった。患者Aに対しては、その後、通常通り診察を行った。	医師は表示盤でカルテを開いていたということだが、患者は表示盤の番号を見て入ってきたという。患者が間違えて入室したのか、実際のところは確認できないが、患者は名前も名乗ったと言っていることから、医師がカルテの名前との確認をしていないことが推測される。	カルテ上の患者間違いを防ぐには、医師が診察直前に患者確認することが必要である。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
15	透析室で、他の患者の穿刺の準備をしている際、患者Aの穿刺を1人でしていた医師から呼ばれ介助についた。患者Aのオーバーテーブルに、患者B用の採血管とシリンジが間違えて用意されていた。それを患者Aのものと思い込み、ラベルの名前を確認せずに血液を採血した。患者Bは採血予定であったが採血管がなく、担当看護師が新たにラベルを発行し採血後提出していた。検査室より、患者Bの採血管が2本提出されていると連絡があり、取り違えがわかった。	入院患者の透析室での採血管は、患者ごとではなく、まとめて1人の看護師が病棟から持ってきている。	・マニュアル通り、ラベルの氏名と患者を確認することを徹底する。 ・入院患者も、患者と一緒に採血管を持ってきてもらうことを検討する。
16	外来受け付けに診察医宛の紹介状を持参した患者から声がかかり紹介状を預かった。姓名をよく確認せず、当日予約の同じ苗字の患者と思い、その患者のカルテに紹介状をつけてカルテ準備をした。その後、診察医よりカルテと紹介状の名前が違うことの指摘を受け、別の患者のものだとわかった。紹介状の患者は初診であり、1時間以上も手続きをせずに待たせてしまった。	マニュアルとおりの患者確認が出来ていなかった。事故防止教育の問題点である。	・診察券、番号札、さらに患者に名前を名乗ってもらう等患者確認事故防止を周知徹底する。
17	日勤帯、入院患者の受付や他のチームの応援業務を行っていた。やることを三つほど考えている時、先輩より患者Aと患者BのNST（胎児監視）モニターをしばらく外してほしいと依頼され、引き受けた。患者Aは滞りなくモニターを外したが、患者Bのモニターを外そうと看護室にあるモニターの監視する画面を見たところ、3人同時にモニターしておりその一番上に表示されていた患者Cが目についた。先輩から頼まれた時、患者Bの名前を手にもモしていた為、それを見ながら患者Cのところへ行きモニターを外した。先輩から「患者Bのモニターを外したか？」と聞かれその時に患者の名前を間違ったことに気付いた。	同時に考え事をしていたこと、周囲の状況に緊張しておりボーとしていた。患者の確認をしなかった。	・自分の仕事の優先順位を考える。出来ない時は先輩や同僚に助けを求める。 ・1度確認しても実施時に再度確認する。 ・患者にも名前を名乗ってもらう。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
18	日々の排泄状況が記載されている排泄一覧表に浣腸が必要な患者はマーキングをしていた。看護師は勤務開始時、情報収集を行い、排泄一覧表から浣腸が必要な患者が5名いることを確認した。浣腸の準備は排泄一覧表を基に行ったが、患者Aと患者Bを見間違えた。排泄一覧表はスタッフ間で共有しているので、持ち歩けないため、暗記し、5名の浣腸を行った。排泄一覧表に浣腸実施サインをしていると、患者Aではなく、患者Bに浣腸してしまったことがわかった。患者Bは、排泄状況により、翌日浣腸の予定（マーキングはされていない）であった。	重症心身障害病棟は、患者の移動がほとんど無いため、患者の顔を覚え患者確認を行っている。また浣腸は殆どの患者に共通しているため、準備時は指示を確認するが、ベッドサイドでは記載されたものと患者を突合する習慣がない。排泄一覧表は、スタッフ間で共有しているため、処置の都度持ち運ぶことはできない。	・浣腸準備時は、排泄一覧表と指示表で患者名、内容を確認し、患者名を記載したメモをトレイに入れ、1患者1トレイで準備する。 ・浣腸を行う際は、患者名を記載したメモと患者のベッドネームを確認する。
19	医師は診察室の入口に出て、患者名をフルネームで呼び、患者を診察室に入れた。患者Aを呼ぶと患者Bが診察室に入って来た。医師は2ヶ月前から当院の担当となり、患者の名前と顔は一致していなかった。医師は患者Bが入っていることに気付かず診察を終え、患者Bは会計を行った。会計でも患者Bに対し、患者Aの名前をフルネーム言い確認しているが、患者も違っていることに気付かなかった。院外薬局で患者間違いに気づき、外来に連絡が入った。患者には戻って診察を受け直してもらった。	患者Aの名前をフルネームで確認しても、患者Bが思い込んでいたため、間違いに気付かなかった。診療介助の看護師は他の診察室を見ていたため、患者が間違っ入っていることに気付かなかった。患者Aは診察室から離れた場所にいたため、呼ばれたことに気付かなかった。	・患者の確認は、患者に名乗ってもらいカルテと照合する。 ・リスクマネージャーの医師は、医局会で患者確認の方法を伝え、医師間の統一を図る。 ・患者にも名前確認の協力を得るため、診察室入口に患者確認方法のポスターを掲示する。
20	患者Aに他科依頼があり、病棟に他科の医師が診察のため来棟した時に、看護師が患者Bだと思い込み、医師を誘導した。患者Bも同様の症状があり、外用薬が処方された。患者Aより「診察はまだか」という問い合わせがあり、患者間違いに気付いた。	他科依頼があった場合の患者確認方法の不備（看護師誘導をそのまま信じた）。診察時に医師が患者確認を行っていない。診療録記載時にも患者の確認を行っていない。	・診察前の患者確認の徹底を全医師に注意喚起する。 ・看護師が非常勤医師に患者を紹介する時は、特に注意して患者を同定し、紹介するよう徹底する。
21	外来で採血時、患者番号と姓で患者を呼んだ。患者が来たので、採血前に再度フルネームで確認したところその患者は「はい」と答えたので採血を行った。その後、他のスタッフがいつまでも採血されない他の患者に気づき確認したところ、同姓で名前が違う患者を採血していたことがわかった。	手順では、患者確認は患者に名乗ってもらうことになっていたが実施していなかった。間違えた患者は同姓で、年齢も近似していた。	・名前の確認は、本人に名乗ってもらう。 ・患者確認時には、採血伝票または診察券を見せて、氏名の確認を行う。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
22	輸液ポンプ、シリンジポンプで門注（門脈注射）・動注（動脈注射）をしている患者のポンプ点検表に、他の患者の名前がインプリントされていた。その後5日間に渡り各勤務の受け持ち看護師が確認流量や残量の確認をしていたが、名前の間違いに気付かなかった。	同じ疾患の術後患者（同性、同じ年頃である）が隣室にいた。ポンプ点検表に患者名をプリントする時に、患者確認が不十分であった。各受け持ち看護師は、其処にある点検表はその人のものであるという思い込みが働き、名前の確認をできていなかった。	点検表に点検項目を載せているので、指差しや声に出して確認を徹底する。
23	検査後の患者に医師より、1週間前に行われた別の検査結果も併せて説明された。その説明内容が「自分が受けた処置と違う」と患者から指摘された。カルテを確認すると1週間前の検査オーダーの控えは、患者本人のものであったが、報告書が別の患者のものであった。医師は別の患者の報告書を当事者の結果と思い込み次の検査を行った。	1週間前の検査は5件あった。検査後カルテ整理のため30分以上常に要している。そのため待ち時間を短縮するよう、焦ってカルテ整理をした。1患者1トレイで処理していたが、検査オーダーの控えと報告書の名前を確認して貼っていなかった。	- 指差し、声出し確認を徹底的に行う。 - 検査後のカルテの処理は、今までどおり1患者1トレイとし、検査データや報告書の確認を確実に行う。
24	患者Aに入院手続きのために入院係を案内しようと、内科の窓口から、待合室に向って患者Aの名前を呼んだ。ひとりの患者が返事をしたため、患者Aだと思った。患者Aは難聴であったため、スケジュール表の名前を見せて、「Aさんですね」と確認した。その患者は「はい」と返事した。入院手続きのために担当場所へ案内した。入院担当者は手続き後、病棟へ案内した。病棟看護師より患者が違っていると連絡があり患者間違いがわかった。	患者に名乗ってもらわなかった。患者Aと年齢、容姿が似ていた。名前を呼んで返事をされた後、「名乗ってください」と言えず、名乗ってもらうことが習慣づいていなかった。入院担当者も患者に名乗ってもらわなかった。	「患者に名乗ってもらうポスター」を改善し、患者の目につくところに掲示。 「患者に名乗ってもらうポスター」を全部署に配布・情報共有、名乗ってもらうことを月間目標とした。
【検査 21件】他類似事例 261件			
25	医師より患者Aのレントゲン検査のポータブル撮影の依頼があり、病棟で患者IDとリストバンドの確認をせず撮影した。放射線部に戻り年齢を確認したところ依頼患者の年齢と異なるため主治医に確認し、患者Bの撮影依頼と間違えていたことがわかった。	指示された〇〇号室には患者Aは居らず、ナースステーションに訪ねたところ××号室とのことであった。××号室に行ったところ、患者Bの採血をしていた医師がおり、そのまま撮影を依頼されたため撮影した。患者IDとリストバンドの確認をしなかった。患者Bの撮影依頼のオーダーもあった。フィルム上の登録IDの違う患者を撮影した。	患者撮影時に依頼用紙を持参しリストバンドと確実に確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
26	ナンバー〇〇〇の患者の採血呼び込みをしたが、間違って×××の患者が自分の番号と思い込んだ。試験管確認の際、PDA でエラーが出たが患者名が違うことには気付かなかった。オーダー内容を検査システムで確認したが、その際にも名前は確認しなかったのもそのまま採血をしてしまった。採血患者の呼び込みで、呼び込もうとした時に、患者本人よりすでに採血済みであることを聞き間違いに気付いた。	採血時に PDA で試験管の名前と本人確認をするという基本がなされていなかった。何らかの原因で PDA にエラーが出たら、気をつけなければならないのに、確認がおざなりであった。	- 患者呼び込み時に呼んだ番号とファイル番号が同じことを確認する。 - 持っているファイルと本人、試験管を名前を PDA で確認することを徹底する。 - PDA でエラーが出たら、試験管の名前と本人が間違っていないことを目視で確認する。
27	R I S (Radiology Information System) から患者データを撮影装置に転送する際、間違えたため、実際に撮影すべき患者とは別の患者の名前で撮影を行ってしまった。名前間違いの発見後、すぐに先輩技師に報告し、正しい名前に修正した。	不明	撮影装置上の患者情報と撮影する患者名の指差呼称を徹底し、今まで以上に注意して確認する。
28	培養検査検体の医師オーダーを確認しないまま伝票を添えずに、検査部に送った。患者を間違えて患者ラベルを貼ってしまった。回診時に採取した培養検体を先輩看護師に相談しないで患者のラベルを貼って検体のみを検査部にダムウエイターで送った。検査部よりラベルの患者には培養検査指示が入っていないこと、ラベルの下に指示が出されている患者の名前が書いてあること、伝票がないことの指摘を受けたため、医師オーダーのない別の患者ラベルを貼り提出したことがわかった。検体は戻され、再度オーダーを確認して ID、指示患者のラベルを貼って提出した。	培養検査検体と伝票を一緒に送ることを知らなかった（教えてもらっていたかもしれないが忘れていた）。患者の名前を確認せずにカルテから患者ラベルを貼り、ダブルチェックも行わずそのまま送ってしまった。	検査部に送る前に名前・検体・伝票をダブルチェックしてから送る。
29	患者 A に採血指示があり採血をして検査に提出した。患者 A のデータがおかしいということで主治医は再検の指示を出した。その結果、検査提出していたのは患者 B から採血をしていたものだったことがわかった。採血用検体を合わせていた時、中止かもしれないとのことだったので、他の場所へ移したつもりが患者 B の採血トレイの中に入れていたため、患者 B から採血した。	中止かもしれないとの情報で他の場所に移す時、トレイごと別に保管せず、採血容器のみ他の場所に移したつもりが他の患者のトレイの中であった。採血時 PDA を施行していなかった。	- 採血の中止等の指示で容器を他の場所へ移動させる時はトレイに入れたまま移動し、中止又は指示待ちなどの表示しておく。 - 採血時 PDA を使用する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
30	患者Aの試験管をオートラベラーで発行した。続いて同様に患者Bの試験管をオートラベラーで出した。採血ラベルと試験管が出た後、患者別に箱に入れた。患者から預かったIDカードを試験管の箱に入れる際、患者AのIDカードを患者Bの箱に、患者BのIDカードを患者Aの箱に入れ間違えた。採血する看護師も気付かず、1名は誤って採血してしまった。他の看護師が、もう1人に実施する際、間違いに気付き、検体提出前に訂正した。	確認が不十分。観察が不十分。慌てていた。イライラしていた。他のことに気をとられていた。無意識だった。作業が中断した。	- 試験管を入れる箱にIDカードを入れる際は、十分にラベルの名称と試験管の本数を確認してから並べる。 - 患者氏名とIDカードと試験管を確認して採血する。
31	患者Aの細胞診の結果を患者Bの病理番号に入力した。別の技師が患者Aの細胞診を担当し、未報告であったため、間違いに気付き正しく訂正された。	通常の手順として、報告すべき症例は診断報告画面に表示され、その症例をクリックする。今回は診断すべき対象が2名の少数であったため、十分な確認を怠り思い込みでクリックした。診断すべき症例は、標本作製済みの入力が行われず、まだその画面上には出ていなかった（通常は、標本作製済みの入力が行われている状態であり、ほかの細胞診担当技師の担当分2名を含め、4名分の症例が診断報告画面に現れている）。	初歩的であるが重大な結果を招くミスであることを認識し、診断すべき症例がわずかな数のときも気を抜かず、正しい確認を行う。
32	退院患者のレントゲンフィルムを外来に戻すために整理していたところ、フィルム袋（患者A）と同姓である別の患者（患者B）のフィルムが入っていた。患者Aのフィルムは外来にあり、患者Bは他の病棟に入院中であった。	フィルム袋は、袋作成リストを作り、まとめて作成し、その後フィルムをみて撮影部位と撮影日を袋に記載している、袋に入れる際に、同姓の別患者のフィルムが入ってしまった。入院時のフィルム確認がされていなかった。手術前検査確認時にも名称の確認が出来ていなかった。外来看護師、助手、助産師、医師、麻酔科医共に気付かなかった。	- フィルム袋を作成する時はフィルムで名称を確認し、袋の名称を記載する。 - 患者の術前のフィルムは必ずフルネームで確認する。
33	心負荷検査に来院した患者の心電図の名称、ID入力を医師が間違えて入力した。看護師は、検査室に心電図検査用紙を技師に渡す時名称、IDの確認はしなかった。技師が検査のデータ入力の際に間違いに気付き入力し直した。	不明	- 医師が入力した後、心電図の名称、ID、年齢を看護師も確認し検査室に検査用紙を渡すようにする。 - 入力の間違いがあった場合、その場で訂正する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
34	医師よりラベル付きの検体を受け取り、医師と確認後検査部へ搬送機で送った。検査結果が出たことを電話にて受けた際、手術中の患者とは違う名前だったので、そのことを伝えたが、医師が違う患者で検査のオーダーをしたために、ラベルの名前が違っていたことがわかった。検体提出時にダブルチェックを行うことは決まっているが、ダブルチェックの方法がしっかりできていなかった。	確認が不十分であった。心理的状況。医師が違う患者の名前でオーダーした検体を、名前が間違っていることに気付かず、検査室へ送った。検査室からかえてきた返答で名前の間違いに気付いた。	・ダブルチェックの方法を再度確認し、確実に言い、間違いのないようにする。
35	レントゲン撮影のため患者3名を放射線科に出すように電話連絡を受けた。患者氏名を復唱し口頭メモ用紙に氏名を記入し看護助手に伝えた。看護助手は患者を放射線科に移送した。放射線科での患者確認の際、撮影予定の患者と違う患者が移送されていたことに気付いた。撮影をする前に発見できたので、患者への影響はなかった。	電話連絡を受けた時、復唱はしたが、レントゲン撮影を行う人は術後1日目の人という思い込みをしていて、患者Aと言われたのを患者Bと思い込み、口頭メモ用紙に違う名前を記載してしまった。	・電話を受けた時は、必ず復唱しながらメモ用紙に記入する。
36	2人の患者の胸部、腹部のレントゲンを撮影後、主治医より腹部のレントゲンが間違っているとの連絡があった。フィルムに記録されているカセット（遮光箱）番号と、撮影時にネームカードに記入したカセット番号を照合して正否を確認したところ、カセットを取り違えて別の人の名前で腹部の写真を現像していたことが分かり、名前などの情報を修正してフィルムを作成し入れ換えた。	撮影を終了して戻り、ポータブル装置からカセットを移動する際に、2人の患者の胸部、腹部の組み合わせがバラバラとなった。また、現像する際にもカセット番号の確認を怠った。	・撮影時にカセットナンバーをしっかりと控える。 ・現像する際、ポータブルからカセットを移動させる時に患者ごとの撮影部位をバラバラにしない。 ・現像時に注意深くカセットナンバーを確認する。
37	患者を検査室に呼び入れる際、まず患者の名前、生年月日を確認したが、患者の声が聞き取りにくく確認が十分にできなかった。検査担当者が替わって患者確認を行ったが間違いに気付くことができなかった。その後、検査のデータと紹介状のデータが乖離していたが、この時実施した確認方法では患者の間違いに気付かず眼科検査の前処置（散瞳）を実施した。看護師から、紹介状を持参した患者の検査が実施されていないことを指摘され、患者の間違いに気付いた。	患者誤認を防止するためのルールを守れていなかった。	・患者確認のルールの徹底。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
38	内視鏡検査時、2件目の患者カルテに3件目の患者の説明用紙を入れ、3件目の患者カルテに2件目の患者の説明用紙を確認せずに入れてしまった。2件目の患者を部屋に呼び入れる際に、受け持ちは3件目の患者カルテを2件目の患者カルテだと思い込み、施行医に渡し「次の患者様をお入れします」と言った。2件目の患者にはフルネームで確認し、部屋に呼び入れたが施行医は聞こえておらず、また検査終了まで施行医は患者確認をしていなかったため、施行医と受け持ちが認識している患者が違っていることに気付かなかった。検査終了後、施行医と患者の会話がかみ合わないところがあり、カルテが間違っていたことに気付いた。	カルテと説明用紙の氏名を確認せずに、カルテに挟んでしまった。施行医と受け持ちとのコミュニケーション不足があった。	- 説明用紙をカルテに挟む際は氏名の確認を怠らない（基本的行為の厳守）。 - 施行医に次の検査患者を呼び入れる確認をする時はフルネームで確認する。 - 患者が部屋に入ってきたら、施行医からも患者確認をする。
39	本来採血すべき患者ではなく、同室の患者と取り違い採血を行った。氏名確認を怠ったことと思ひ込みによる間違い。検査部より採血データが悪すぎると指摘を受け、再度確認を行い取り違えたことがわかった。検査データの内容で、他科の受診や内服中止になるなど治療上影響が出たことと患者に不安を与えてしまった。	朝の多忙な時間帯であり、他にも採血する患者が多く精神的に焦っていた。	- 患者のもとへ行く前に採血指示とスピッツが合っているか確認をする。 - 焦っている時こそ、ミスを起こさないという意識を持って行う。
40	採血患者2名のうち、1人目の採血を終えたところで、その患者のバイタルサインに変動があり対応したため、2人目の採血までに時間の間隔があいた。2人目の採血の準備を別の患者のオーバーテーブルの上に置いていたため、2人目の患者の採血に行く時、本来採取すべき患者ではない患者を採血する患者と思い込んで採血をしてしまった。	採血の前に別の患者の処置が入り、本来採取すべき人ではないところ（処置をしていた隣の患者のオーバーテーブル）に検体を置き、患者のもとでスピッツの名前とリストバンドの照合を行うのを忘れていた。	患者本人のもとへ行った時にリストバンドとの照合を徹底する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
41	緊急検体の採血が2人あった。1人目の採血に行く際、氏名と検体の照合をリストを用いて行った。その後、クロス血の検体採取日であることに気づき、検体を2人分準備をしてそれぞれ用意していたトレイに入れた。採血の際、緊急検体の照合をしていたのでクロス血の照合もしたものと思い、確認せず採血したところ、もう1人の患者のクロス血を採取していた。採取した検体を冷中に保管する際、ラベルの名称が間違っていることに他の看護師が気づき、ラベルを貼り直した。	あとから準備したクロス血をそれぞれの検体に入れる際に名前をきちんと確認していなかった。	・採血時は検体容器を確認し、採血時血液を分注入する時に、リストバンドあるいは患者名を声に出し確認する。
42	3人分の朝の採血の内容を指示簿で確認し、血算と生化学と血糖の試験管が離れないよう輪ゴムでひとまとめにした。その後、各患者の注射と共にトレイごとに採血試験管の準備をして実施した。検体提出後、検査室から確認があり、患者Aは血液疾患の患者であり、血液像検査で患者Bにはないはずの細胞が出たため、患者Aと患者Bの血算が入れ替わっていることがわかった。患者各々に間違った処置が施される危険性があった。	輪ゴムでまとめた際、患者Aと患者Bの血算の検体が入れ替わったものと考えられる採血前の確認が不十分だった。思い込んでいた。無意識だった。夜勤だった。教育訓練が不十分だった。	・検体採取前には、必ず患者とともに検体スピッツを確認して採血を行う。 ・自分の準備を過信しない。
43	主治医から12誘導心電図の指示があり、病室で心電図検査をおこなった。患者のベッドサイドデスクの引き出しに入っていたリストバンドでIDを読み取りし、操作は測定機に付随しているマニュアルに従い行なった。後日IDを読み取ったリストバンドが他の患者のものであることがわかった。	退院患者のリストバンドを適切に廃棄していなかった。患者確認手順不遵守。思い込み。	・5S（整理、整頓、清潔、清掃、正しい習慣）の推進。 ・リストバンド装着手順の徹底。 ・フルネームを患者に名乗ってもらうという患者確認手順の徹底。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
44	写真プリント時の際の患者氏名を間違えた。	撮影を終了した患者の I D カードと、これから撮影する患者の I D カードが同じ撮影台の上で同時にあった。撮影フィルムにカードリーダーを通し情報を入れる作業が技師によりまちまちである。	・カードリーダーからフィルムに情報を入れる一連の流れについて、他の患者の I D と交差しない手順を検討する。 ・患者確認後に撮影機械のカードリーダーをとおす。 ・カードリーダーをとおしてから撮影し、患者に I D カードを返却する。 ・写真は I D カードを提示してもらい患者に渡す。 ・名前の確認を徹底し、写真出力の時と、写真を本人に渡す際時にも間違った名前になっていないかを確認する。
45	同姓の患者 が 2 人おり、患者 A はカプセル内視鏡、患者 B は G T F の予定であった。患者 A をフルネームで呼んだところ、患者 B が「オレだ」と名乗り出た。再度フルネームを確認したところ「いつまで待たせるのか、オレだと言ってるだろ」と怒り出した。伝票類を患者 B へ見せても「オレだ」と言い、カプセル内視鏡を実施した。外来看護師が「G T F の患者 B が見当たらない」と検査室に報告してきたため間違いに気付いた。	書類を見せ、フルネームで確認を行なっても、患者自身が自分と思い込む事で間違いが生じた。	・患者からフルネームを名乗ってもらう手順を追加した。
【栄養 4 件】他類似事例 5 0 件			
46	患者より食事が配膳されていないことを指摘された。確認すると、食事は上がってきていなかったが、食事チェック板のチェックが漏れていることに気付いておらず、そのままになっていた。コンピューター入力上は食止めにはなっていなかったため、状況を確認すると、他の患者の外出入力に誤って当該患者にされており、一時外出のための食止めとなっていた。別の看護師が、昼前に外出患者を間違え入力したことに気付き、外出をキャンセルしたが、その際、食止めになっていたことには気付かず、食止めの解除がされていなかった。	食事チェック板のチェック作業が途中で中断し、集中できていなかった。また、チェックの途中であることを他のスタッフに伝えずにナースコール対応をしたために、配膳が始まっており、残りを慌ててチェックしてしまった。再確認の際にも、思い込みで、見たつもりになっていた。外出泊オーダー変更時に食事オーダーの変更の確認がなされていなかった。	・確実に食事チェック板のチェックを終えてから配膳できるように、チェックが途中の時は、途中であることをメンバーに伝える事を徹底する。 ・最終確認を 2 人以上で行なう。 ・昼食は、特に確認が多いため、チェックできる人数を確保できるような業務改善を検討する。 ・外出泊のオーダー変更時にも、必ず食事の指示を確認する必要があることを、病棟内で共有する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
47	哺乳の際、ミルクを準備してダブルチェック後、患児の元へ行くが、ベッドネームと患者の足輪とミルクに貼られている名前を確認せず哺乳をした。哺乳し終わった後の患者の再確認も怠った。その後、他のスタッフがミルクを持ってその患児の元に行き、そこで違う患児のミルクを飲ませてしまっていたことに気付いた。	忙しい時間帯であり、ミルクのダブルチェックをしたが、哺乳に向かった患児がミルクをチェックした患児だと思いこんでいた。ベッドサイドでの患児確認も忘れてしまっていた。	- 患児のベッドサイドで、患児の足輪とベッドネーム、ミルクの名前を声に出して確認する。 - ミルクを飲ませた後も再度、患児の確認をする。
48	受け持ち患者に、経管栄養を注入する予定の患者が2人いた。昼食時、忙しく、なかなか経管栄養を繋げずにいた。13時頃、栄養注入しようと経管栄養のボトルを取りに行った際、準備されていたボトルが2つ残っており、それぞれ栄養量を確認し注入を開始した。患者Aはジェビディー200mLを注入する予定だったが、実際繋げたのは患者Bのリーナレン200mLであった。栄養注入後に同職種者により発見された。	残っていた栄養は受け持ち患者のものと思い込み、注入前にボトルに貼られている名前をきちんと確認していなかった。	経管栄養を繋げる前に、必ず患者の名前、栄養の種類を確認し注入する。
49	配膳時、食事を間違え常食の患者Aに、糖尿病食を摂取している患者Bの食事を渡してしまった。そのまま気付かず配膳を進めていたが、他のナースが途中で患者Aの食事が配膳車に残っていることに気付き、発見となる。	頻回のナースコールに慌てていたため、食札と患者の確認が疎かになっていた。	食札とベッドネーム、患者の確認を徹底して行う。
【療養上の世話 1件】 他類似事例 4件			
50	母親の入院病棟へ時間授乳に行っていた患児3人を、移動用ワゴンからコットへ移した。その後、母親の入院病棟へ時間授乳に行く準備中に、患児2人が間違ったコットに、入れ代わって寝ているのに看護師が気付いた。	母親の入院病棟から帰室時の体重測定時はネームを確認したが、移動用ワゴンからコットへの移動時はネーム確認が不十分であり、思い込みもあり、患児が入れ代わってしまったと考えられる。	患児をコットに移す際、直前に必ず足とコットのネームを確認する。
【その他 3件】 他類似事例 12件			
51	免疫加算を行うため院内メールにて誤った患者情報を伝達した。患者氏名ならびにIDを患者Aを患者Bと誤り、さらに外来請求を入院会計に誤って請求した。	免疫依頼表は病理医が手書きで記載している。一部の文字がわかりにくかったが、推定してメールを作成した。	- 患者情報は必ずコンピューター画面から確認して、メールを送信する。 - メールを入れた人の名前を入力するように改善した。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
52	内科医師診察後、複数の郵送するための返書がおいてあった。〇〇クリニックに郵送する患者Aの返書一式に、△△内科病院に郵送する患者Bの返書が紛れていることが気付かず、〇〇クリニックにそのまま郵送してしまった。	当院医師は紹介患者が多く、内視鏡の検査結果など返書に同封する資料も多い。今回は4人分の患者の返書を郵送する時に紛れていた別の患者の返書に気付かず郵送してしまった確認不足である。	・連絡会でスタッフに返書を郵送する時は中身を再度確認して間違いがおこらないように気をつけてほしいと伝えた。
53	会計窓口で、外来診療費領収時、間違っ別患者に支払を済ませてしまった。患者Aを氏名を呼び出した時、患者Bが窓口に来たため、氏名確認を十分にせず、支払金額を告げ、領収したしまった。院外処方箋コーナーで、患者間違いであることに気付いた。	業務手順・ルール、チェックの仕組みの問題点があった。	・患者確認方法（フルネームで患者に名乗ってもらう）を徹底する。 ・院内で、患者に名乗ってもらうことを統一し、患者に案内する。

