

【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16年10月1日から平成18年3月31日の間に報告された医療事故事例のうち「事故の概要」の中から「患者取り違え」、「部位間違い」のコードで選択されていたもの、及びそれ以外のコードが選択されていたものの中から、その報告内容が、患者取り違え、手術・処置部位の間違いに関連するものは33件であった。この33件のうち、事例の内容が明らかに手技の誤りや薬剤の取り違えによる事例15件を分析対象から除き、18件について分析を行った。

(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

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概要と背景・要因を図表Ⅲ-9に整理した。ま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つに分類し横軸に、発生場面を「検査」、「手術」、「治療・処置」、「その他」の4つに分類し縦軸としたマトリックス表として整理した(図表Ⅲ-10)。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-11)。

① 検査の場面

検査の場面での医療事故事例は5件であり、すべてが患者取り違えであった。

そのうち3件は採血に関連するものであり、いずれも違う患者の血液データが報告され、再採血や不要な治療の実施を行っている。また、病理標本に関連する事例が2件報告されていた。

② 手術の場面

手術の場面で医療事故事例は9件であった。そのうち患者取り違え事例は、他の患者の手術のために用意した眼内レンズを使用した1件であった。部位の間違いは5件であり、その内4件が除圧椎間の誤認など椎間部位に関連するものであった。また、手術部位の左右の間違いが3件報告されている。部位や左右の間違いを予防するために、手術部位をマーキングするルールを決めている取り組みがあった。

③ 治療・処置の場面

治療・処置の場面での医療事故事例は2件であった。注射液の患者取り違えが1件、ドレーンチューブ挿入処置の左右の間違いが1件である。

④ その他の場面

その他、輸血の場面での事例が2件報告されている。いずれも血液型の違う他の患者の輸血と取り違えて実施した事例であった。

(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17回ヒヤリ・ハット事例収集^(注1)において報告され、分析対象として選定された事例および、第4回報告書において掲載対象外であった第16回報告事例のうち分析対象として選定された事例256件の分析を行った。

医療事故と同様に取り違えの種類で「患者取り違え」、「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、また取り違えの発生場面を「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-12)。

事例の内容では、検査の場面でのヒヤリ・ハット事例が最も多く、149件であった。その他として、受付や診察の案内や配膳(ミルクを含む)での場面での患者取り違え、IDカードに関連した患者取り違えなどが報告されている。

本報告書では第16回、第17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のうち主な事例121件を図表Ⅲ-13に示す。

(注1) 第1回～16回ヒヤリ・ハット事例収集に関しては5～6頁参照。

図表Ⅲ - 9 患者取り違え、手術・処置部位に関連した医療事故事例の背景・要因

番号	発生場面	事例概要	背景・要因
【患者取り違え 9件】			
1	検査	氏名ラベルの貼り間違いにより、別の患者の病理標本を検査した事例	病理標本作成の業務における手順が明確にされておらず、確認する機会も逸した。
2	検査	氏名ラベルの貼り間違いにより、別の患者の病理標本を検査した事例	異なる10か所の部位より検体を採取する際に、数が多いため採取部位を間違えないように注意していたが、一方で患者確認が不十分となった。
3	検査	別の患者の血液を検査しその結果により不適切な抗がん剤投与がなされた事例	別の患者の血液を検査した背景・要因は不明。
4	検査	患者の名前確認をせず、別の患者のスピッツを取り、その患者から採血した事例	検体採取時のマニュアルに沿わずに検査を行った。チーム医療についての理解が乏しかった。
5	検査	検体採取時に患者を取り違えて別の患者から採血した事例	検体採取時の準備・取り扱い機器の問題。検体の患者確認の不徹底。
6	手術	別の患者の眼内レンズが使用された事例	不明。
7	治療・処置	氏名の確認をしないまま別の患者に注射を実施した事例	患者確認の不徹底。インシデントとアクシデントの認識が低かった。
8	その他	別の患者に輸血を実施した事例	マニュアルに沿った確認作業をする意識が欠けていた。医師の欠員が続いており、他の業務を抱え多忙で急いでいた。
9	その他	別の患者に輸血を実施した事例	確認の機会があったが、思い込みにより漫然と業務を行った。
【部位間違い 5件】			
10	手術	緊急手術時に、手術室で病変部位を間違い、別の部位を穿頭した事例	緊急手術であったため、通常行われる病変部位のチェックが出来なかった。
11	手術	事前に手術する椎間を確認し、マーキングもしていたが、実際は別の椎間を手術した事例	腰椎の形態の特徴と腰部脊柱間狭窄のため椎弓間隙がほとんどなかったことから、手術操作中に部位がずれたと考えられた。
12	手術	事前に手術椎間を確認し、マーキングもしていたが、実際は別の椎間を手術し術後一度は正しい椎間を手術したと誤解した事例	患者の加齢による椎間関節の変形、肥厚が強かったため、マーキングを行ったにも関わらず部位がずれた。術後のX線写真による確認を1人で行った。病棟における再度のX線写真撮影と複数医師の確認により部位間違いを発見した。
13	手術	事前にマーキングをしていたが椎間のずれがあった事例	侵襲を最小限に留めるために、狭い不明瞭な術野となり、間違いやすい条件であった。マーキングも腰椎の境界を間違いやすい条件であった。
14	手術	椎間高位の誤認の事例	不明。
【左右間違い 4件】			
15	手術	手掌にマーキングをしていたが、左右の眼を取り違えた事例	手術が遅れ気味で焦りがあった。疲労と判断力の低下があった可能性がある（前日当直勤務）。
16	手術	頭部手術の左右間違いの事例	部位の確認をしていなかった。数日前のシミュレーションにおいて、患者が他の病院で撮って持ってきたCTを使用した。これは「頭側から見た」CT画像であり、当施設のCTは「足元から見た画像」であるため、左右を間違えていた。
17	手術	眼内レンズを注文する際に左右を間違えて注文した事例	思い込みと確認不足。
18	治療・処置	緊急入院でレントゲン写真を左右逆に見てしまい、反対側に胸腔ドレーンを挿入した事例	焦っていた。理学的所見の診察を怠った。スケジュールに人的余裕がなかった。

図表Ⅲ - 10 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

	患者取り違い	部位間違い	左右間違い	合計
検査	5	0	0	5
手術	1	5	3	9
治療・処置	1	0	1	2
その他	2	0	0	2
合計	9	5	4	18

図表Ⅲ - 11 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1)	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	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 - 1 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・ハット事例の発生状況

	患者取り違い	部位間違い	左右間違い	合 計
検 査	131	6	12	149
手 術	8	0	22	30
治療・処置	7	2	3	12
その他	64	0	1	65
合 計	210	8	38	256

図表Ⅲ - 13 ヒヤリ・ハット事例 記述情報（患者の取り違い、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 64件】 他類似事例 67件		
1	腹部エックス線撮影で同姓の患者間違いをした。医師が写真を見て間違いに気がついた。	・患者確認は患者に名乗ってもらうができていない。
2	患者が心電図検査を終え、検査用カードの中に、心電図の記録用紙が挟まれて、記録室前で看護師に手渡された。患者から、「中身の名前が違っているのは、気にしないでいいんですか？」と言われた。確認してみると、記録用紙に記載されているID、氏名が全く別の患者のものであった。ただちに、検査室に確認して、担当者より、「それを持ってもう一度患者に来てもらって下さい。」とのことであった。患者に事情を説明し、了承のうえ、再検させていただいた。	・検査室での確認の徹底を行う。
3	内科外来で診察前のレントゲン撮影と採血の方をお呼びしていたら、別の方が来られたので、名前を見せて確認しても「そうだ」と言うため、レントゲンまでご案内し、レントゲン受付でも名前を受付の方と確認したが、うなずいた為受付してもらう。内科へ戻ったらお呼びした本人が「まだ呼ばれていない」と看護師に声をかけていたので別の方をレントゲンに案内したことがわかり、本人をレントゲンに案内したところ、既にレントゲンの撮影後であった。レントゲンの受付に本人であることを話し、別の方はCTの受付をしていたことがわかり内科でファイルを渡し、本人にレントゲンではなくCTであることを説明した。	・本人に名前を確認する際、おかしいと思ったら名前を名乗ってもらうべきだった。各部署で名前とファイルの確認を行うことが必要である。
4	検査科より、A氏の採血が溶血していると連絡あり、連絡を受けた看護師は、「B氏ですね」と検査科と確認をすると、「B氏です」と返答あり、A氏ではなくB氏の採血をしてしまった。	・情報伝達の際、確認が不十分、又、言葉と耳だけの情報だった。患者の姓名が類似していた。伝票との照合がなかった。
5	胸部レントゲン写真を撮影後、説明を受けながら現像していて別の患者と名前が入れ替わってしまった。病棟に送達し、医師がフィルムを見て間違いに気付いた。	・新人が指導を受けながら現像していたが、指導者も説明に気を取られて名前が入れ替わったことに気付かなかった。

No.	具体的内容	背景・要因
6	胸部レントゲン写真をポータブルで撮影の依頼があり、ICUに行くと、看護師が「この患者です」指示したため、その患者の撮影を行ったが、別人であった。依頼は男性で実際に撮影したのは女性だった。医師が写真を見て、写真は女性の胸部であることから間違いに気付いた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ ICUではこの時同時に2人の患者の胸部写真の依頼が出ていた。診療科が別で、関わった看護師も別であった。検査技師は先の依頼をみてICUに来ていた。しかし、ICUで「この患者」と指示した看護師は別の患者の撮影を待っていた。看護師も技師も思いこんでおり、全く患者の確認をしなかった。
7	類似した依頼項目検査A氏・B氏2名分の検査結果を報告した。翌日、A氏のデータの变化に気づき、再度前日の検体を再検査し取り違えに気付いた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ ワークシート後の伝票整理が出来ていない。測定前後における伝票と検体との確認不足。データ（前回値）との比較忘れ。
8	朝の採血、類似名の患者の採血を実施した。検査データ値のCRPが上昇していたため、間違いに気づいた。検査結果で退院の予定であったため、退院が1日延期となった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者確認方法のマニュアルが守られていない。フルネーム確認、患者自身に氏名を名乗ってもらう。
9	A氏は静脈注射1A予定であり、B氏は採血とエコー検査予定となっていた。A氏とB氏は同じ姓で、A氏とB氏と入れ替わった状態でそれぞれの検査と静脈注射を施行した。確認を患者自身から取らず、「〇〇さんですか」と誤った確認の仕方をしたため、伝票が入れ替わり、起こってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 確認は患者本人に行うことがルールとしていたが、業務に追われ確認を怠ったために起こった。
10	レントゲン室より撮影のため患者2名が呼ばれ2名ともフルネームで対応しメモをした。一人は看護助手が車椅子で移動し、もう一人は全介助にて車椅子で移動した。ベッドネームを確認したが氏名が1字違いの他の患者を移動しなければならなかった。レントゲン室で技師より名前が違う患者と気づき事故にはならなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の状態が脳梗塞のため患者から名前を聞くことができず、ベットネームでの確認をしたが氏名確認を怠ってしまった。
11	本来○病棟の患者A氏の心電図をとるところ、同姓同名の△病棟に入院している患者B氏の心電図を取ってしまった。A氏は前日まで△病棟に入院していた。オーダーは△病棟より出されていた。午前にも検体が出されていたが検体についてはIDにより確認できた。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 臨床における論理的な患者確認方法の確立 ・ 臨床の現場においては医師から出たオーダー判別する方法は、年齢、性別、オーダー医師、部屋番号等で曖昧である。
12	患者の採血をしようとして、処置室に呼んで採血をし、本来採血の必要がない方を施行してしまい、受付で待っておられる所を事務員が採血が必要ない方だと気づき、患者間違いに気付く。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の顔と名前が一致しない事が多い為、呼んで確認するだけでなく、患者本人に名前をいってもらう必要があるにも関わらず怠った為に起きた。

No.	具体的内容	背景・要因
13	A氏の肩のレントゲン指示を出す際に担当医がB氏と誤って入力する。看護師は技師がA氏をポータブルで撮影するのを確認した。看護師はテーブルの上にあった指示カードがB氏であることに気づき、フィルムを確認するとB氏の名前が入った肩のレントゲンフィルムが入っていた。レントゲン室に確認したが担当技師は帰宅後だった。当直技師に事情説明後、医師に報告、指示入力確認し、間違えて入力していたことが判明する。確認のため再度A氏の胸部写真の指示だしをしてもらい骨の形状からA氏の肩の写真であったことが確認された。	<ul style="list-style-type: none"> 似た名前の患者がいた。指示カードを直接看護師が受け取らず指示内容を確認しなかった。ポータブル撮影時に看護師が介助せず、技師からの声かけもなかった。患者本人は名前が言えない為、口頭での確認が不可能であった。
14	胸部放射線撮影をする時、同病棟に同姓の患者がおられ、いつものように、患者本人から名前、生年月日を言っていたが、確認の甘さで別患者を登録し、撮影してしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 病棟内の同姓（同姓同名）患者の確認の問題点。
15	P T G B D（percutaneous transhepatic gallbladder drainage、経皮経肝胆嚢ドレナージ）の患者を待っていた。隣室ではE R C P（endoscopic retrograde cholangio-pancreatography、内視鏡的逆行性胆管膵管造影）の患者を待っていた。先にE R C Pの患者が到着したがP T G B D用の部屋に誘導され内視鏡用の前処置が行なわれてしまった。患者氏名の確認は受付でのみ行なわれ入室する際は確認なし。看護師間の引継ぎ（口頭によるもの）では患者氏名を確認したが、受手側の看護師は検査する患者名を把握していなかった。引継ぎ後患者カルテがないため探しているうちに、実は隣室にいるのがP T G B D予定の患者でカルテも隣室にあることがわかり、患者取り違えに気付いた。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の確認方法に問題があった。入院患者はネームバンドを装着しているが、患者確認時に使用するというルールが確立していない。
16	同姓同名患者のいる病棟からM R I 検査の依頼があり、カルテ等は検査予定患者のものが届き、放射線技師が検査開始時、生年月日を検査患者に確認したが、患者から生年月日を言って頂く形ではなかったので、患者の間違いに気付かず、M R I 検査を行ってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 同姓同名患者の検査等における患者確認の問題点。 同病棟内の同姓同名患者確認の問題点。
17	〇〇様をC T 撮影室に呼び入れたところ、△△様（全く名前の類似性がない別の患者）が入室する。撮影室での患者再確認を怠り、そのまま〇〇様だと思い込み撮影した。	<ul style="list-style-type: none"> 撮影室に入室後、患者からフルネームで名前を名乗ってもらうというルールが徹底されていない。

No.	具体的内容	背景・要因
18	看護師が採血時A氏をB氏と思いこみ、A氏に対して「Bさん」と呼んだとき「はい」と返事あり。ベッドネームを確認せずに採血を行った。検温時にB氏より「採血はまだですか」といわれ患者を間違えたことがわかった。	<ul style="list-style-type: none"> 採血の患者を他患者と思い込んでしまった。 ベッドネーム、スピッツの確認不足、患者への確認不足。
19	医師からの口答指示で、患者の名前の確認を怠った為、別の患者に検査をしてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 思い込みによる、確認不足。
20	呼吸機能予約票を見ると、一文字違いの別の患者の名前で予約されていた。	<ul style="list-style-type: none"> 確認不足。
21	OMR (optic mark reader) 検査用紙の患者氏名と、インプリンターされていた患者バーコードが別の患者のもので、もう一度、やり直して、結果を発信した。	<ul style="list-style-type: none"> 確認不足。
22	採血を行うため、他患児を呼びに行ったところ、採血が始まっていた為慌てて介助に付いた。医師より検体を受取り、名前を確認することなく、用意されていた検体容器に検体を入れた。検査データを見た医師に指摘され気が付いた。	<ul style="list-style-type: none"> 患者本人名前の確認不足。 慌てていたこと。
23	多忙時、患者（児）の採血の指示が出て、施行したが、結果がないことから患者（児）の間違いが発覚。	<ul style="list-style-type: none"> 情報の伝達・確認の問題点
24	エンボスミスにより検体の名前記入間違いが発生したが、不要な患者名で検査結果が返ってきたことで気付いた。	<ul style="list-style-type: none"> 業務手順・チェックの仕組みの問題点。
25	迅速標本に名前を間違えて記入し、検査室で気づいてくれ、未然に防げた。	<ul style="list-style-type: none"> 患者の名前をカルテ、伝票で確認せず、記入してしまった。 委員会へ参加しようと思っていた。
26	類似した名前の入院患者の患者番号を入力してから撮影を行い、フィルムに別の患者の名前が印字されてしまった。撮影そのものは予定していた患者に対して行われたが、間違いに気付かなければ、そのまま他人のフィルムを読影することになってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> 同姓患者・類似患者は病棟サイドでは注意しているが、各部署への情報は徹底されていない。同姓患者には注意が払われるが、始めの漢字が同じ類似患者は視覚的な判断からかえって間違いが生じてしまうため特に注意が必要と思われる。

No.	具体的内容	背景・要因
27	<p>入院患者のCT撮影で、病棟から患者を搬送する際、看護助手が同姓の別の患者を連れていってしまい、撮影する放射線技師もネームバンドで患者確認をせずカルテの名字だけ撮影してしまった。この患者はもう一つ胸部撮影がありそこで間違いが発覚した。患者への影響はない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 病棟で看護師は当該患者のカルテ、レントゲン、IDカードなど一式を準備し、行き先のメモを貼り看護助手に依頼した。メモを見た看護助手は同姓の違う患者のところへ行き、名前を呼んだところ患者が「ハイ」と返事をしたので連れていってしまった。その際、看護師は連れて行く患者を確認していない。レントゲンでは「〇〇さん」を連れて来ましたと云ってカルテ一式を置き助手は戻った。レントゲン技師は「〇〇さんですね」と名字のみで呼び、撮影した。連れて行った看護助手の思いこみ、先入観が起因であるが、放射線技師はネームバンドの確認をしていないのが間違いを防げなかった要因でもある。ネームバンド使用開始後1年近くたつが患者搬送間違いは起きておらず、慢心していたことがある。
28	<p>髄液検査施行後、検査室に結果の問い合わせをしていて、患者間違いに気付く。すぐに、正しい患者名で再入力した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医師は、オーダーリングでクリックする時に、一つ下の欄にずれたことに気付かなかった。 看護師は、ラベルを貼る時に、患者名を確認していなかった。
29	<p>名字が同じ患者に対し名前をフルネームでお呼びしたが、間違っただけで返事をされ入室される。検査開始前にも名前を確認したが、返事をされる。お呼びした時、本当に検査のある患者はトイレに行かれ不在。間違っただけで返事をされた患者は心電図検査があり、同僚の検査技師が探しており、患者取り間違いが発覚。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 患者の呼び出し時と検査開始時の2回フルネームで名前を確認するも、2度とも別の患者が返事をした。返事をされる。 検査する側は患者を自己申告以外確認できる方法がない。
30	<p>先輩看護師より、デイルームにいるA氏をレントゲン室へ誘導するよう依頼を受けた。A氏はデイルームには居ず、病室へ行きレントゲン撮影に呼ばれたことを伝え撮影に行ってもらった。後になってB氏のオーダーであったことが医師から伝えられ、患者様を間違えて誘導したことに気づいた。A氏とB氏の名前が一音違いで似ていた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 先輩看護師から依頼を受けた時に、フルネームでの確認をしていなかった。間違いやすい名前の患者がいる場合もあるので、フルネームでの確認の徹底が必要。平日はレントゲンオーダー一覧を出力しチェックしているが、休日はしていなかった。

No.	具体的内容	背景・要因
31	<p>同室にポータブルにてレントゲンを撮影するA児と放射線科で撮影するB児が隣合って入院していた。放射線科にB児を搬送する際、C看護師はナースステーションにあるA児のIDカードをもち、B児を連れて放射線科に行った。放射線科の受付でA児の撮影はポータブルで指示されていることを指摘され、医師に確認したところ、違う児のIDカードを持ってきていることが判明した。すぐにB児のIDカードをとりよせ、指示通り撮影することができた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • IDカードはベット順に並べてあり、取り違えた。 • B児は夜間の入院であったため、顔と名前が一致していなかった。 • B児にA児の名前を呼んでいたが、障害があり認識できる状態ではなかった。 • 皮膚かぶれする児が続いていたため、リストバンドは着用していなかった。
32	<p>病棟よりA氏の尿定性の結果が入力されているが、検体は出していないとの連絡が入った。検体を確認すると、B氏の検体にA氏のラベルが貼付されていることが判明した。A氏のデータは消去し、B氏の検体を再度検査しなおして、結果入力した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • オーダリング締め切り時間に間に合わなかった検体は、病棟にて手書きの氏名ラベルを貼付しなければならない。 • 上記のような検体は、検査室で受領した時に、バーコードラベルを出力して貼付しなおさなければならない。 • バーコードラベルを貼付する時の、氏名の確認が不十分であった。
33	<p>A児の臍帯血を採取して、検体を提出した。検査結果を確認しようと、確認画面を開くと未熟児室に入院しているB児の名前が表示されたため、検体に貼付した氏名ラベル(IDカードのインプリント)を間違っって作成していたことが判明した。検体の提出はA児のみだったため、氏名の間違いを報告し、処理してもらった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 氏名ラベルを作成するときの、氏名の確認が不十分であった。 • 検体準備、採取を同一助産師が行っていたため、確認がおろそかになってしまった。(間違いないという思い込み) • A児とB児は類似した名字であった。 • 産科は、ほとんど臨時の指示であるため、病棟で検体等を準備しなければならない。(検査室ではオーダーに基づいた検体ラベルが出力されるが、産科では病棟での手による作成である。)
34	<p>A氏に採血の指示が追加された。指示を受けた助産師は、A氏のIDカードをとりラベルを2枚作成して検体を2本準備した。その後、カーデックスとオーダーリング内容を確認するともう1本検体が必要なのことがわかり、再度IDカードを取り出してラベルを作成して検体に貼付した。採血終了し、検査室に提出したが、検査室より3本届いた検体のうち、1本氏名が違っていると指摘をうけIDカードを取り間違えて準備していたことが判明した。検体はA氏の分しか提出していなかったため、A氏のものであることを伝え、処理してもらった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 指示を確認する前に検体の準備をしたため、結果的に作業が中断してしまった。 • 指示受けから準備、施行まで、同一看護師が行っており名前の確認がおろそかになってしまった。 • 採血時のルール(患者と共に検体を確認する)を怠った。 • 産科は、ほとんど臨時の指示であるため、病棟で検体等を準備しなければならない。(検査室ではオーダーに基づいた検体ラベルが出力されるが、産科では病棟での手による作成である。)

No.	具体的内容	背景・要因
35	救急外来の患者の検査依頼あり。心電図をとりに行ったときにA患者の血液検査の伝票と感染症、凝固検査の検体、さらにB患者のC B Cの検体を同時に落とされる。C B Cの検体をA患者のものと思い込み、その検体で血液検査をし報告してしまった。(C B Cの検査はバーコードで結果が送られる為、問題はなかったが、伝票運用の血液型はB患者の検体でA患者の結果になっていた。)	<ul style="list-style-type: none"> ・検体の名前と伝票を確認しなかった。 ・複数の患者の検体と伝票を同時に落とされた。 ・C B C検査での残り血液型検査の依頼がでていた。(クモ膜下出血のためできるだけ刺激を少なくする。)
36	整形外科がA患者のフィルムを読影する際、鎖骨、肋骨の骨折有無、肺の形状が違うことに疑問に思い、この日撮影された他のフィルムを探した所、婦人科B患者のフィルムがA患者のものである事に気づいた。B患者の過去のフィルムで大動脈弓部の石灰化の形状、数、肺の形からA患者の名前で出力されたフィルムがB患者のものであると判断した。名前を訂正しフィルムを出力し直した。	<ul style="list-style-type: none"> ・B患者の依頼伝票には1 Pプレートの通し番号を記載したが、A患者には記載しなかった。(2名のみ画像処理のためあえてしなかった。) ・同室(I C U)にいた医師から撮影の追加があり4枚のフィルムを同時処理。この際、プレートの通し番号と伝票に記載した番号より名前確認を行うが今回はしなかった。
37	A患者(肝造影)の姓のみ呼んだところ、B患者(腎・腹部造影)が検査室へ入室。不必要な肝ダイナミック造影を行い、本来の検査を実施しなかった。患者自身に氏名を名乗ってもらうことをしなかった。料金計算の時点で気づき、患者間違いが判明した。再度、全身の単純撮影の施行となった。	<ul style="list-style-type: none"> ・検査時のフルネームでの患者確認、患者に名乗ってもらうことを実施していなかった。
38	I C U術後の患者がおおり検体採血を行ったが、実際には転棟された他患の検体スピッツで、その患者には採血オーダーがなかった。患者取り違え。転棟された患者は、採血検体が病棟に転送されておらず、採血は実施されなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者と検体ラベルのチェック不十分・思い込みがあった。検体を患者サイド(机)に置いた者と、採血者の二重の確認ミス。検体と患者との確認ミス。
39	深夜業務中、ターゲスを2名行っていた。一方は17:30、20:00、21:00。一方は17:30、20:00、24:00であった。前者の患者は名前、スピッツのラベルと患者と共に確認して全て終了した。後者の20:00までのも同様に行っていたが、24:00の採血を前者の患者で行ってしまった。他の看護師に患者が正しいのかと指摘を受け、正しいと答えてしまったが、実施の表で確認すると誤っていることがわかった。どうすればいいかわからなくなってしまい、一番近くにいた深夜に「取り間ちがえた」としか報告せず、ラベルを貼り替えることを言われ、何も考えずにそれを行ってしまった。他の看護師にラベルを貼り替える意味を言ってもらい、ラベルを貼り替えても本来採取しなければならない患者のものでないと気づき、24:30の時点で正しい患者で採取した。	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の思いこみによって患者の所に行く前に最終確認を行わなかったこと、ラベルを確認しなかったこと、採血してからスピッツに移すときもラベルを確認しなかった。報告を行ったのが深夜で、報告の方法も正しくなく、内容も不十分だったために、間違った対処の方法をとってしまった。間違った対処の方法に疑問を持たず、相勤に声をかけてもらうまで気づけなかった。

No.	具体的内容	背景・要因
40	<p>頭部CTの患者を呼び込み撮影して、終了後チェックシートを渡して次へ案内した。少しして「名前が違います」と戻ってこられた。同姓の方で胸部レントゲンで待たれている方だった。自分としては、呼び込んだ時にチェックシートを見せ、名前を確認したつもりであったが、年齢も高齢で耳も補聴器をいれていたため、聞き間違えられたと思われる。高齢の方は特に気をつけて、チェックシートを見せるだけでなく、生年月日なども確認すべきだったと思う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・チェックシートの確認をしたつもりが、確認になっていない。
41	<p>医師より患者Aのレントゲンオーダーを午前中に入れているが撮られていないとの報告あり、同姓の患者Bへレントゲンを撮りに行ってもらうよう声掛けてしまった。レントゲン室より患者Bのレントゲンオーダーは入っていないとの連絡があり発覚した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師から患者のレントゲンを依頼された際、患者の氏名確認が不十分であった。また、その時間帯に他の業務も重複、早くレントゲンに降りてもらわないといけないという焦りも誘因となったと思われる。
42	<p>遅出で出勤し、患者情報を十分取る前に患者搬送等を行っていた。CT（単純）検査の連絡があり患者を放射線科へ搬送し、検査終了後病室へ戻ったが病室の氏名は検査を実施した患者名ではなかった。検査に出る前に清潔援助を行っていたが、患者に検査予定の患者名を呼んで確認した時に、返事があったため本人であると思い込んだ。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院が激しく、患者の氏名と顔が一致しない状況だった。遅出勤務で担当患者の情報が充分把握できていなかった。患者氏名を呼んで確認したが、患者が返事をしたことでの思い込みが生じた。
43	<p>病室での午前中の撮影で病室に行くとき撮影依頼のあった患者A氏が不在。看護師に患者A氏の所在を確認すると「リハビリに行っている」看護師が当事者へ。当事者は腹だたい気分になった。「他には？」と看護師に聞かれたので「Bさんです」と返答。この時点で当事者は撮影すべき患者をA氏からB氏であると思い込みリストバンドで確認し同室患者のB氏を誤まって撮影。カセットを抜く際にベットネームの主治医が違うことに気付き、放射線撮影リストで確認すると患者間違いであることが発覚した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師と放射線技師との連絡不足（看護師はリハビリがあることを放射線部へ連絡せず）。看護師と当事者とのコミュニケーションのとり方の問題。当事者が放射線撮影リストで確認しなかったルール違反。看護師が病室撮影患者の把握をしていなかった。
44	<p>大腸ファイバー生検に際し、当該患者ではなく直前に検査を受けた患者のIDを病理伝票にプリントし、提出した。検体を受け付けた検査科からの指摘で気づいた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・伝票にプリントする時と、検体提出する時に、患者名の確認を怠った。 ・検体の数と部位の確認だけに集中してしまった。 ・検査伝票を記載する際に患者名を確認せずに記載した。

No.	具体的内容	背景・要因
45	A氏をCTに搬送する時に、B氏を搬送してしまった。電話を受けたほかチーム看護師が、フルネームで病棟全体に伝達し、チームメンバーが返答をした。担当看護師2人は「B」と聞き間違い、思い込み、B氏をベッドでCT室へ搬送してしまった。CT室で氏名を確認し患者違いに気づき、CTは施行されずに済んだ。病棟でも担当看護師がパソコン上検査オーダーを確認し、患者違いに気づきCT室に連絡した。患者は事故なく帰棟した。病棟には一度に色々な検査の連絡が届いており、違いに気づける看護師もいなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 氏名の発音が似ている患者がいた。一度に色々な検査に呼ばれた。臨時で入った検査だった。
46	手術中に事前に患者の名前、病棟名を書いて貼っていた腎生検の標本ビンを冷蔵庫に取りに行った。無記名の標本ビンが1個残っていたが、患者用に準備した標本ビンがなかった。午前中に行なわれたもう1件の腎生検に使用したのではないかと思い、担当者に確認した。「そのまま患者名を確認せず標本ビンを使い、病理検査部に提出してしまった」との返答があった。直ぐに、病理検査室に連絡、間違いを訂正した。	<ul style="list-style-type: none"> 患者確認マニュアル不徹底、手術時の標準ラベルの不備（手書き、バーコードシステムから除外されていた）。
47	A患者の採血スピッツ4本に、A型の血液とAB型の血液型の物が混入していることが、検査科で判明。夜間救急入院した患者の採血指示により、スピッツの準備をするときに、A患者のラベルが無く、再発行し準備した。B患者の採血スピッツにA患者のラベルが添付された採血スピッツが、輪ゴムでひとまとめにされており、採血時に気付かずそのまま採血した。従ってA患者の採血スピッツが4本提出されており、間違いが分かった。	<ul style="list-style-type: none"> B患者の採血時に、4本あるスピッツの声だし確認を怠った。患者に氏名を見せて確認して頂く手順になっている。採血準備時の確認が不十分だった。
48	医師より口頭で患者の採血指示を伝達された。他の患者の血糖測定を行っているときであり、同じ患者だと思い、同時に採血した。採血後にラベルを出し、スピッツに添付し検査科に提出。医師の検査結果確認で違う患者であったことが判明。	<ul style="list-style-type: none"> 集中治療室で、作業中に指示を伝達され、血糖測定中の患者の指示と思いこんだ。医師が指示を入力しており、ラベルが出力されていたが、思いこみのため、確認を怠った。
49	A看護師から院内PHSで患者B氏を心電図検査におろすよう依頼があった。しかし、患者A氏（看護師と同姓）をつれて検査室に行き、検査室の受付で間違っただけの患者を搬送したことが判明した。	<ul style="list-style-type: none"> PHSによる口頭指示であり、メモにとらず行動した。 Aという名前が頭に残り、同じ名字の患者もいたため、患者A氏と思い込んだ。 就職間もない状態で、緊張していた。

No.	具体的内容	背景・要因
50	<p>A氏の採血指示が出ていた。A氏のスピッツを確認し、B氏の下に行って「Aさんですね」と患者確認をした。B氏が「はい」と返事したため、採血の準備をし、穿刺前にもスピッツに貼付されているラベルの患者名を読み上げながら「Aさんですね」と確認して採血をした。その後、A氏の他のケアをするため再度A氏のもとに行ったとき、先ほど採血した患者がA氏ではなくB氏であったことに気がついた。検体はまだ未提出であったため、すぐに回収してA氏の採血をし直し、B氏に謝罪した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • B氏をA氏だと思い込んでいた。 • 患者確認のルール（患者に名乗ってもらう、リストバンドと照合する等）を守っていなかった。（習慣化されていなかった。） • B氏は意識レベルのしっかりした患者であったため、患者の返事を頼りに確認したつもりになっていた。 • しかし、B氏は高齢でもあり、違う名前を呼ばれていることに気がつかなかった。
51	<p>ポータブルレントゲン撮影のため、放射線技師が病棟に来棟した。A氏の撮影指示であったが、同姓のB氏の病室に放射線技師を案内し、B氏の撮影を行った。撮影後、放射線技師が名前をみて、違う患者であったことが判明した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 同姓患者がおり、技師に患者氏名を伝えられたが、最後まで復唱確認せずに同姓の別患者だと思い込んだ。 • 撮影直前に、看護師、技師とも氏名の確認をしていなかった。 • 意識レベルの低下していた患者であり、患者自身が検査の有無について理解していることはできなかった。
52	<p>双胎の出産で、臍帯血の検査をする必要があった。A氏のために準備しておいた記録用紙等の横においてあったカルテからIDカードを取り出してインプリントし、検体を提出した。次の勤務者へ引継ぎを行う際、まだ分娩に至っていない産婦の氏名で検査結果が出ていることに気がつき、確認するとIDカードを取り違えて検体を提出していたことが発覚した。双胎の検査であったこと、間違った産婦はまだ分娩に至っていなかったことから、IDカードの取り違いは間違いなかったため、氏名を訂正して結果を扱うこととした。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A氏の記録類の隣にあるカルテは、A氏のものであると思い込んでいた。 • 記録台の上が、煩雑であった。 • 氏名の確認が不十分であった。
53	<p>検尿の指示があった患者とは別の患者に、検尿を取ってもらってしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 最初から自分が受け持っていた患者ではなかったため、患者の状態や病状を詳しく知らない状態での指示受けであった。 • 患者の氏名確認忘れ。 • 本来検尿を採る患者は、点滴が抜針されており、帰宅予定であったため検査は出ないであろうという思い込み。

No.	具体的内容	背景・要因
54	内科（消化器、呼吸、血液等）、循環器、神経内科を含む8科の外来は、採血・点滴等の処置をブロック処置室で一括して行っている。採血指示があった。処置室に入ってみえた患者に名前・生年月日を名乗っていただき、会計伝票で本人であることを確認したが、試験管とアリバイシールの名前を確認しなかった為、A患者の検体（血液）をB患者の試験管に入れてしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・オーダーされた採血内容は、カードリーダーで確定すると、患者名や採血内容のシールが試験管に貼付されBCロボ（検体ラベル自動貼付装置）からケース（8×12×2cm）に出される。それを会計伝票と一緒にし、所定の机に並べるが異なった患者の会計伝票に準備した。採血時、試験管のシール確認（患者名、内容）を怠った。ケースの中のアリバイシール（試験管に貼付されている同じもので採血したら責任印を捺印）も確認しなかった。
55	血糖測定患者間違い。処置の準備をしている時に、患者の名前を書き間違える。そのまま、血糖測定し、担当の看護師から、患者の反応がおかしいと言うことで、処置板を再確認、間違いに気づく。	<ul style="list-style-type: none"> ・処置のひろい間違い。準夜処置が多いので、処置をひろうのに時間がかかる。処置をひろう事で、時間を取られて再確認が、おろそかになった。
56	医師が検査を施行したため、伝票にIDを印刷した、そのIDが別に受け持っていた患者の物だった為、違う患者の名前で、伝票を出してしまった。指摘を受け、作り直した。	<ul style="list-style-type: none"> ・伝票を出す前に、確認ができていなかった。
57	心電図検査名前入力ミス。A氏トレッドミル、心エコーの検査、B氏心電図エコー、ホルターの検査あり。B氏的心電図を記録する時A氏の名前を入力。外来よりB氏的心電図がないと問合せがあり、B氏は「心電図をとった」と言われ実施済みになっていた。実施時間などから調べると検査オーダーのないA氏的心電図があり名前を同じ時間帯に2人を検査していたため入力間違いをしたと思われる。もう一度B氏に心電図を取らせていただいた。	<ul style="list-style-type: none"> ・検査時の確認不足。
58	電気生理室から電話で「A氏（名字のみ）の心エコーをするので正午頃連れてきて欲しい」と連絡があった。当日、同姓であるB氏が、胸部レントゲンの結果により循環器内科受診となっていたため、循環器内科からの指示と思い込み、B氏に検査の説明を行った。正午、検査室から電話があり患者B氏を連れて行くと、同姓のA氏と患者間違いをしていたことが判明した。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の名字のみで指示を受けたため、フルネームでの確認を忘れてしまった。
59	外来患者A氏がX線撮影を受ける際、基本箋とマンモグラフィー伝票の氏名が異なっていることをX線技師が発見した。確認すると、基本箋は本人のものであったが、マンモグラフィー伝票が他患者B氏（他科受診患者、本日来院なし）のものであった。その後、すぐに伝票を入れなおしX線室へ送った。	<ul style="list-style-type: none"> ・基本箋のバーコードの当て方が悪かったため、IDの最初の3桁を感知せずに、残りの4桁の番号のみでオーダーリングされた。その結果、残り4桁の番号と一致するIDであるB氏の伝票が発行された。

No.	具体的内容	背景・要因
60	出棟時における患者取り違え。カルテと患者の不一致。	・看護係長に確認したところ、外出しの補佐が1名体制であり出棟が重なった時間帯であった。また該当患者を呼んだにも関わらず他患者が返事をしてしまい患者誤認につながったとのこと。
61	知能検査でのこと。(日程は、事前に患者へ検査案内を郵送し時間の希望を記入し返信してもらい、こちらで日時を調整後、再度日時決定通知を郵送している。)8時30分、患者A氏と患者B氏(共に同姓類似名)が検査のため来院。患者A氏は検査の予定であったが、患者B氏は予定になかった。同時に2人の検査はできないため、患者B氏は15時からの予定に変更してもらい、検査を実施した。	・〇月と△月の知能検査の日程調整を同時に行っており、そのリストの中に2人(患者A、B)の名前が入っていた。患者A氏に郵送する分の日時決定通知を、名前を取り違えて患者B氏(同姓類似名)に郵送した。後日、患者A氏の母親から日時についての問い合わせがあったが、そのときには名前の取り違えに気付かず「〇月×日の9時からです」と返答したため、2人同時での予約となった。
62	補佐が患者名を呼び返答があったため、採血と採尿の準備と説明を行い処置室に入ってもらい看護師と交代した。受診カードの提示と受診料の確認を行ったところ患者間違いであることが発覚した。	・採尿説明に気をとられ、常に行っている受診カードでの患者確認を怠った。採尿説明についての教育が補佐に対して不足していた可能性がある。しまつてある受診カードを毎回出させて確認している方法の煩雑さも影響している可能性がある。患者名が類似していた。
63	G F(胃内視鏡)検査に、同姓の方が2名いた。ソレミオ(内視鏡業務支援システム)で部屋にオーダーを飛ばす際に別の患者情報を飛ばして検査を施行し、終了レポート記入まで行った。	・パニック障害、うつ病の記載があった為、緊張して意識がその点に集中してしまった。普段とは異なる対処を行い、オーダーを部屋に送信するのも、医師に情報を伝達しながら行ってしまった。
64	胃カメラ予定のA氏の所見用紙を見て病棟に「Aさんを出して下さい」と電話した。(病棟は「Bさん出して下さい」と言われたと言っている)。病棟看護師からカメラの前にエコーがあるとわれ、「エコー終了後内視鏡においで下さい」と説明した。その後、看護助手がB氏を搬送して来たので名前を確認しないまま前処置(咽頭麻酔)しベッドに臥床させ、患者氏名を入力する際、患者に名前を名乗って貰ったらBと言われ間違いに気づいた。(病棟の報告は間違いに気づいて追っかけたが間に合わなかった。)	・思い込み。確認不足。手順の不履行。
【検査での部位間違い 4件】 他類似事例 2件		
65	レントゲン撮影部位間違い。翌日医師が、レントゲンを見たときに間違いに気づく。レントゲン技師の部位撮り間違い。	・看護師は、レントゲン撮影がある事は、把握していたが、部位までは、把握できていなかった。

No.	具体的内容	背景・要因
66	学童の患者の一般撮影で痛みのある部位（前腕部）を撮影したが、依頼は肘で肘関節手術後フォローの検査依頼だった。	<ul style="list-style-type: none"> ・技師の依頼情報誤認。 ・患者が子供であった。 ・検査依頼箋の確認不十分。
67	呼吸器外来受診患者の頭部CT単純撮影指示を胸部CT単純だと思い込み撮影した。その後依頼医師が撮影部位間違いに気付いた。患者に謝罪し、再度頭部CTを撮影した。	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器科の指示であった為、胸部単純CTだと思い込んでしまった。 ・CT検査照射録の内容を詳しく確認しないで撮影してしまった。
68	レスピレーター装着中で低圧持続吸引施行中の患者に、胸部X-P撮影後、トロッカー抜針予定であった。朝、放射線技師がポータブルでレントゲンを撮影した。抜針の適否を医師が確認したところ、胸部ではなく腹部であり、間違えて撮影されたことを発見した。指示箋は「胸部」と記入されていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・放射線技師が指示箋を確認していない。 ・介助した看護師の確認不足。
【検査での左右取り違い 8件】 他類似事例 4件		
69	泌尿器科で腎癌による左腎摘出標本の、病理報告書に間違えて右腎と記載して提出。その後患者が他院にてその間違いを指摘された。	<ul style="list-style-type: none"> ・数年前の事で詳細な記憶に乏しいが、単純な確認、観察不足と考える。
70	股関節のレントゲン撮影の際、左右を間違えて撮影した。	<ul style="list-style-type: none"> ・指示をコンピューターの画面で確認したが、左右の確認があいまいだった。
71	泌尿器科手術後数年目の来院時に発生。今後近医を受診する為手術時の病理所見をPC末端から印刷し本人に渡したが、所見内容の部位に左右の誤りがあり不信感を与えた。後日、抗議の手紙を受け取った。	<ul style="list-style-type: none"> ・病理所見の内容の確認不足。（手術直後と院外へ発行する際の2度、誤入力が見過ごされていた。）
72	右乳房MRIの依頼を左乳房MRIで施行	<ul style="list-style-type: none"> ・MRIコイルのコネクターの切り替え間違い。
73	医師のレントゲンオーダー時の胸部側面撮影方向間違い（本来L→RのところR→Lで依頼がきた）。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の観察不十分。オーダーの入力間違いと思われる。
74	左大腿の撮影オーダーを誤まって右大腿で撮影した。	<ul style="list-style-type: none"> ・当事者は右大腿に湿布が貼ってあったので右大腿であると思い込んだ。 ・当事者はオーダー確認をきちんと行わなかった。 ・痛い場所がどこか、当事者は患者に撮影部位を確認しなかった。
75	整形外科からのMRIのオーダーがあり、左に○がついていたが、実際は右が正しかった。検査伝票が右とも左とも読める指示であり、実際は患者の痛い部位が右で、予約電話の依頼も右であることから伝票の指示で不明瞭な部分があったため、担当の診療科に問い合わせ、右だけということが判明した。判明するまでに時間がかかってしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・指示を出したものの不明瞭な書き方の問題。

No.	具体的内容	背景・要因
76	右膝4方向のレントゲン撮影を依頼され、立位正面像のみ左膝を撮影してしまい、整形外科外来より指摘され気づく。確認ミス。	・思い込みによる確認ミス。
【手術での患者取り違え 5件】 他類似事例 3件		
77	翌日、全麻下にて手術予定の患者に夜間絶飲絶食の必要性について説明する際、誤って同日局麻下で手術予定の他患者に説明を行った。説明したときは学童の患者本人のみで家人はいなかった。1時間後に家人がベッドサイドに掛かっている絶食板を見て名前が違う事に気づき、間違いが発覚する。	
78	手術室入室のため患者と共に入室。入室前に承諾書の確認は施行したが、IDカードは名前の確認をしなかった。手術室入室後、手術室看護師から電話あり、患者氏名とIDカードの氏名が違うことが知らされた。病棟に同姓患者がおり、カードの準備の際、間違ったことに気付く。正しい患者のカードを手術室に届けた。	<ul style="list-style-type: none"> ・IDカードは前日、スタッフが準備しているが、入室前に確認するという基本マニュアルの通りにしなかった。 ・同姓患者が入院している時には、ホワイトボードに記入すること。
79	手術のため、カルテ、レントゲン等を持って行き、手術室へ渡す（この時フィルムの中身未確認）手術室より、レントゲンが違うと連絡があり間違いがわかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・他の患者の処置中に、手術室より出棟するように呼ばれた。その状況下において、その患者の持っていく物の最終確認ができず、思い込みで、持っていく。 ・カルテを渡す際にも、手術室の看護師と、相互確認不足。
80	手術後、患者の名前を確認せず、他の患者のベッドに間違っ乗せた。病棟看護師が来たときに、名前が違う事に指摘された。	<ul style="list-style-type: none"> ・リストバンドを確認せずに、違う患者のベッドを用意した。 ・他のスタッフも一緒に居たが、誰も確認をしない。
81	呼ばれていない患者を誤って手術へ出棟。他のスタッフから、担当患者が呼ばれたと聞き、自分は、他の処置中だったので、代わりに、連れて行ってもらう様依頼。処置後、頼んだにもかかわらず、まだ行ってなかったので、自分で出棟させたが、手術室より「まだ呼んでない」と言われ戻ってきた。電話の聞き違いだった事が判明。	<ul style="list-style-type: none"> ・電話を受けた者の聞き間違い。 ・他のスタッフに依頼したが、未出棟だったので、理由も聞かずに、慌てて、自分で処理した事 ・手術表で、チェック付けが、なされていない。
【手術での左右間違い 10件】 他類似事例 12件		
82	患者が手術室に入室した際、患肢を確認すると、手術申込書と違い右であった。医師とともにカルテで確認したところ、手術申込書と実際に手術する部位が逆であることが手術前にわかった。	・申込みの際の思い込みによるもの。

No.	具体的内容	背景・要因
83	<p>眼窩腫瘍の手術で、左右を誤認し切開してしまった。約1時間半程経過し、腫瘍が見つからないことで左右の誤認に気付く。手術室入室時には、間接介助の看護師が患者と「左眼の手術」と確認を交わしていた。患者が手術台に移って、術者が覆布をかける瞬間は誰も関わっておらず右眼にかけたことに気付かなかった。しかし、手術が進むうち皆それぞれに「あれっ」と思うことはあったが、「何か考えがあるのだろう」「この先生のすることに間違いはない」等と考え誰も疑問を口にしなかった。ミスに気付きすぐに患者の家族に説明と謝罪をし左眼の手術を続行する許可をいただいてから、左眼の手術に入る。手術は滞り無く終了し、後遺症も出現せず予定通り退院された。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・手術部位のマーキングを手術室に入ってから術者だけで行っていた。 ・術者は手術前から右眼の手術と思いこんでしまっていた。 ・手術直前にカルテは見なかったが、CTは確認しているが思いこんでいるため右としか認識されなかった。 ・手術を開始するときに、手術に関わる者全員で手術法や部位の確認をしていなかった。 ・疑問を感じても自分で勝手に合点して誰も確認しなかった。
84	<p>手術申し込みの際、左右逆にオーダーを出した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・申し込みの際、左右の確認をしなかった。
85	<p>白内障の手術の際、外回りをしていた。5番目の患者に入れ替え、手術眼をプレボタインにて消毒する際、手術眼は右目なのに左目を消毒してしまった。医師に間違いを指摘され気が付いた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者は難聴が強く、左耳に補聴器を先に入れたが、「難聴がひどいな」と考えていながら補聴器に気をとられ、そのまま左目を消毒してしまった。 ・通常、消毒する前「Aさん、今日は○眼です」と確認をするが名前と手術眼の確認を怠ってしまい、手術眼の間違いに気がつかなかった。
86	<p>医師の指示書と手術伝票には、左眼となっていた。患者に確認するも不明。前回の手術記録を確認すると、左眼の手術記録あり。医師に伝達して2人で再度確認の結果、今回は右眼の手術と確定する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・手術伝票記載時には、カルテで再三確認して記載後は、ダブルチェックの実施を行うよう、マニュアルには記載されているが、実施していなかった。
87	<p>術前訪問時、患者本人に手術部位の左右確認をしたところ、「左」と答え、手術管理予定表と手術個票は右、麻酔依頼紙は左になっていた。執刀医に確認したところ、左であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・確認不足。
88	<p>白内障の手術予定の患者が来た。同意書には「左」と記載されていた。手術伝票には「右」と記載され消毒が始まろうとしていた。患者より指摘を受け予定どおり「左」眼の手術を行った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・同意書に書かれている情報を基本にするという決め事が守られず他の伝票からの情報で行動を起こした。

No.	具体的内容	背景・要因
89	<p>左下肢骨腫瘍摘出術を実施するために腰椎麻酔（高比重）を実施した。本来、左側臥位で腰椎麻酔を行わなければならないところを右側臥位で実施した。麻酔科医が、「手術する足はどちらか」と確認をした時に、体位が反対であることに気づき、麻酔導入後に体位を左側臥位に変更した。体位の変換後、患者は、気分不良を訴えたが、すぐに消失した。手術部位間違いになった可能性と麻酔が十分効きにくくなる可能性があった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 手術室に入室する時点で、病棟看護師と手術室看護師による手術部位の確認は行われていた。 手術前医師指示記録には、手術体位は「仰臥位」、術中体位変換「無し」と記録してあったが、麻酔指示表は、腰椎麻酔、高比重0.5パーセントマーカインの指示はあったが、「() 側臥位にて () 分固定」の欄が空白であったため左右の側臥位の別と固定時間の情報が記載されていなかったことになる。 ルール違反と情報の伝達・連携と情報共有のあり方に問題があった。
90	<p>手術予定表に書かれていた術側は右であったが実際には左の手術であった。麻酔科の研修医が術前訪問で気づき、オーダーをした主治医に連絡。主治医がオーダーを変更。手術室はすでに締切時間を過ぎていたので変更オーダーに気づかなかった。看護師は、術前訪問時の術側の確認と搬入ホールでの術側の確認を怠り、搬入後手術前に他のスタッフによりセッティングの違い、アンシルク（弾性ストッキング）装着側の違いにより指摘を受け間違いに気づいた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 手術申し込み時のオーダーミス。 術前訪問時のカルテによる術側の確認、搬入時の病棟看護師との術側の確認の認識がかけていた。 麻酔科医は予定表の術側記入のまちがいに気づいていたが看護師に伝えていなかった。
91	<p>手術申込書の左右の記入を誤った。右変形性股関節症、右THA（人工股関節置換術）を左に○印を付けた。手術室の看護師が気がついた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 主治医指示書を書くときに再確認していない。 回診時主治医が患肢にマーキングをしていたため、患側の手にマーキングをする際申込書の確認を怠った。 看護師は病名で判断した。術前処置、チェックの際左右の間違いに気がつかなかった（注意していない）。
【治療・処置での患者取り違い 4件】 他類似事例 3件		
92	<p>A児に眼のレーザー治療を実施した。実施したら家族に報告する約束をしており、終了後に家族へ電話連絡した。翌日B児の母親が来院し、レーザー治療のことについて聞かれて、間違っていて電話していたことが判明した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 電話連絡する際、A児の名前をB児だと思い込んでいた。 緊張していた。 A児もB児も双胎で、これまでの経過も類似しており、混同してしまった。
93	<p>同室のA氏、B氏、C氏の担当をしていた。A、B氏の観察が終了後にC氏の検温、観察をした。C氏と話をしていると、内容がかみ合わないと感じたがそのまま観察を続け終了した。昼休憩の交代者に簡単な状態報告をしている時、C氏と違って観察していた患者が同室のD氏であったことに気がついた。すぐに、C氏のもとに行き、フルネームで患者確認をして観察しなおした。患者の状態に異常はなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 同室患者を順番に観察していく中で、流れ作業的になり、患者確認を怠った。 話の途中で話がかみ合わないと感じながらも、そのまま確認せずに観察を続けた。 患者の状態を把握した観察ができていない。 情報収集が不十分であった。

No.	具体的内容	背景・要因
94	A氏に赤血球MA P血投与の指示がでた。時間外の血液供給体制に則り、薬剤部より血液を受領し、緊急検査室にクロスマッチを依頼して、病棟で結果が出るのを待っていた。緊急検査室より、クロスマッチが終了したとの連絡が入った。B看護師はC看護師に、「A氏のクロスマッチが済んだので、血液をもらってきて」と依頼した。C看護師は、血液伝票が収められている場所からD氏の伝票を手を持ち、薬剤部へ行った。当直薬剤師は、伝票に記載されている血液型の赤血球MA P血を払い出した。C看護師はその血液を持って病棟に戻り、投与準備を始めるためにB看護師を呼んだ。2人で氏名の確認をして間違った患者の血液を受領してきたことが判明した。また、間違っ払い出された血液は、3日後の投与指示のものであり、まだ輸血部に予約もされていないものであった。すぐに薬剤部に連絡し、返納するとともに、緊急検査室よりクロスマッチの済んだA氏の血液を受領しなおして、投与した。	<ul style="list-style-type: none"> ・輸血伝票をD氏のものを取り間違えた。 ・看護師Bは、時間外、休日の血液供給体制について理解していなかった。 ・当直薬剤師は、時間外に連絡のない血液をそのまま払い出した。 ・血液を受領する際、看護師、薬剤師共に投与日の確認をしていなかった。
95	メモの書き間違いによる患者間違い。医師より血糖測定の指示あり、交代の時間なので、メモに書いて申し送りしたが、翌日、メモが間違っていると指摘された。	<ul style="list-style-type: none"> ・名前が似ていた。医師からは口頭で指示をうける。メモの書き違い、思い込みをした。
【治療・処置での部位間違い 2件】		
96	手術室でドレーン挿入部の名称は記入しなかったため、術後ICU入室時に主治医に確認しながらドレーンバッグにドレーン挿入部名を記入した。翌日、3本の腹腔内ドレーンが挿入されていたため、ビニールテープを使用し色分けをした。術後3日目にドレーンバッグを交換した際も、挿入部名が違っていることに気がつかず、色と名称で確認し、ドレーンバッグを交換した。病棟に退室した後の術後7日目、ドレーン抜去時、ドレーンバッグに記入してある挿入部名が違っていることを指摘された。	<ul style="list-style-type: none"> ・ドレーン挿入部の知識が十分でなく、ドレーンの挿入部とドレーンバッグの名称との確認が十分でなかった。
97	肺癌肋骨転移の患者の放射線治療の際、位置決めを行う場所と治療の場所が異なっていた。その後誤照射に気づき、所定の位置に修正して照射、照射不足を生じた部分に対しては、補正をして翌日に照射、正常に治療ができた。	<ul style="list-style-type: none"> ・十分な確認不足
【治療・処置での左右間違い 3件】		
98	右ソケイヘルニアの患者の術前準備の剃毛で左側を念入りにしていた。点滴は手術の邪魔にならないようにと左上肢に挿入し本人にも「右ソケイヘルニアですね。」と確認していたにもかかわらず、右のつもりで左を念入りに剃毛してしまっていた。	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医もマーキングをしていなかった（主治医より、リスクマネージャーにPHS連絡時、マーキングをしていなかったとの弁あり）。

No.	具体的内容	背景・要因
99	星状神経節ブロックの左右を間違えた	・事前の確認に不徹底。
100	術前診察時、医師より散瞳してある眼が左右逆であると指摘された。散瞳時看護師の術前オリエンテーションを患者が受けていたため、患者本人に術眼を尋ねたところ、「右眼です。」と答えたため散瞳した。ベッドネームにかかれていた日付が左右逆になっていたため、患者本人は今回右眼の手術であると思い込んでいた。	・手術伝票の記載が左右逆であった。その手術伝票を見てベッドネームが作成されており、患者はベッドネームを見て右眼の手術であると思い込んでしまった。
【その他での患者取り違え 20件】 他類似事例 44件		
101	患者A、Bの順番で呼び出し予定であったが、AがいなくてBを呼ぼうと思ったらAが診察室に入られた。診察室ではBのカルテが用意されており、そのまま医師がBに話す内容の事をAに話し始めてしまった。	・医師が診察前には患者を確認する。
102	当科初診患者が、すぐ他科紹介となる。患者名を呼び、返事をした患者に院内紹介状を渡し説明する。数分後、医師が再診患者を診察室へ呼びいれようとして、患者不在がわかり、別患者が他科外来に紹介状を持参し向かったという患者誤認に気づく。すぐ他科に行き、その患者に当科診察のため戻ってもらう。他科へ紹介予定の患者は、当科の待合で待っていたため、他科受診を説明し、紹介状持参した。	・思い込み。患者家族への説明・指導・教育が不適切・不十分。 ・患者確認が不十分。
103	次回外来予約を取るときに、診療サービス課で誤って違う患者で予約を取ってしまった。患者は同姓同名で生年月日も同じだった。カルテ画面上は「同姓同名者あり」の警告表示があった。診察時に看護師がカルテ記録と患者の話が異なることで疑問に思い発見。	・予約入力するときは、このようなミスを防ぐために、電子カルテ上、使用するアイコンを決めているが、手技を誤ってしまいミスにつながってしまった。
104	外来受診のため患者が来院。診察券を出されたため、番号札を渡した。予約外であり、連絡表・カルテが届くのを待っていた。カルテ等の搬送が無いため、画面で患者を確認したが受診手続きがされていなかった。外来係へ連絡し、当該科は初診であるとの回答があった。患者へ確認すると渡された診察券と患者の氏名が異なっていることが判明。当日、内科の受診をしており、内科受付へ連絡し、診察券を渡す際に患者を間違えたことが判明	・外来での診察券授受時の患者確認が不十分であった。
105	患者I Dの押し間違いにより、外来受診予定ではない患者が受診した。	・確認不足。

No.	具体的内容	背景・要因
106	申し送りをしている患者とは別の患者の情報を誤って、申し送った。申し送られた看護師が、看護記録にその事実がなかったため、間違っていることがわかった。患者には変化はなかった。	・不注意。
107	入院中のA氏をカルテを見ながらフルネームで電話で呼び出しを依頼。外来に家族と一緒に見え「Aです。」と話され、診察室に案内した。医師が診察中に話がかみ合わないことに気が付き名前を確認したところ、同姓の別の患者と判明。確認不十分で患者を間違えてしまったことを謝罪し帰室してもらった。患者によると、デイルームで家族と面会していたところ、「『Aさん泌尿器科受診です。』といわれて降りてきた。」と話されていた。	・病棟にフルネームで患者名を伝えたあとすぐに、患者が見え、フルネームで確認をしていなかった。
108	同姓の別の患者を車椅子で産婦人科外来に搬送し、外来看護師との患者氏名確認の際、間違っていることが判明。搬送前、病室にて患者や同室者から疑問の声があり、自分もおかしいと思いながら確認せずに、そのまま外来に搬送した。	・新人等の院内事故防止教育の問題点・業務手順・ルール、チェックの仕組みの問題点・疑問点の徹底確認。
109	外来待合室にて、予約券で次の患者の確認をする為、名前を呼んだ。患者が返事をしたので、近寄り予約券を見せて、名前と生年月日の確認をしたら患者はうなずいた。順番が来たので、診察室へ名前を告げ通したが、2分程して医師が患者間違えに気付いた。	・患者確認。

No.	具体的内容	背景・要因
110	<p>腰痛が改善しないため、看護師が併診用紙にIDプリントし外来へ提出した。この時IDカード入れの中に既に他病棟から退院していた同姓患者のカードが紛れ込んでおり、とり間違えていたが気づかなかった。医事課でも入退院チェックを行うシステムとしていたが、チェックされることなく間違った同姓者の整形外来カルテが準備された。外来から病棟へ電話呼び出し時、フルネームで呼び出すが、病棟側は、診療中の雑音が大きく聞こえにくく、また当日診察予定にあがっていた患者の姓だったので、姓の復唱をし出棟した。認知症があったが、外来に患者を移送してきたことを伝え、病棟業務が気になり（療養型病棟で、自分が抜けると看護師が1名になる）一旦病棟へ戻った。医師より2回フルネームで患者呼び出しを行ったが、本患者は否定されなかった。診察医は、以前の入院時にも本患者の診療に当たっていたが、患者とカルテが異なることに気づかず、レントゲン撮影の指示を出す。撮影には病棟看護師が移送し、病棟から本患者のレントゲン袋を持参した。この時レントゲン袋のIDと撮影依頼票のIDの数字が違うような違和感を覚えるが、確認は実施しなかった。放射線科では、依頼を受けとり確認し、袋と依頼票の患者が違うことに気づくが、指示が出たばかりの依頼票の方が正しいと思い、袋を依頼票の患者のものに取替える。撮影時には、患者に名乗ってもらうようにしていたが、看護師が連れてきているのであえて実施されなかった。撮影後医師により、コルセット作成依頼が理学療法士に出される。理学療法士は、退院した同姓患者の受持ちであったので、退院したのではないかと医師に確認したが、医師は特に確認することなく再入院したらしいと伝える。理学療法士は、病棟に出向きカルテを確認し、患者間違いであることが発覚した。間違っていた患者が退院患者であったため、被害が患者にいたることはなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・業務手順・ルール、チェックの仕組みの問題点（フルネーム確認、患者に名乗ってもらう、医事課：入退院チェック実施）。 ・他病棟退院患者のIDが本病棟の本患者のIDカード入れに入っていたのは、以前眼科の診療を受けており、返信用紙、IDを各部署ボックスに入れ返納するが、この時病棟間違いをしたのではないかと。 ・また病棟も間違っただけで帰って来ていたが、名前の確認がされずそのまま本患者のカード入れに収納された可能性が高い。
111	<p>患者が持ち帰った書類の中に、他の患者の検査データ及び他の書類が紛れこんでいた。書類類の名前が違うとの患者よりの申告で発覚。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・当事者の確認不足。ダブルチェックをして書類等を渡すルールを怠った。
112	<p>入院中の患者Aを診察する予定であったが、同姓である患者Bが看護師の付き添いのもと病棟より外来へきて、患者確認が不十分であったため、BをAと間違えて診察を行った。病棟より外来へ連絡があり間違いに気づいた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外来看護師は患者が病棟看護師とともに外来へ来たためAであると思い込んだ。 ・病棟看護師が患者名を言ったがそのとき外来看護師は処置中だったため注意力に欠けていた。 ・診察券で患者確認するようになっているがその確認をしていなかった。 ・医師はAの名を言ったがBは、「はい」と返事したためAであると思い診察した。 ・診察介助をした看護師もAであると思い込んでしまい患者確認が不十分であった。

No.	具体的内容	背景・要因
113	<p>深夜業務の看護師が整形外科再診予定の患者Aの受診票を作成する際、間違えて違う患者Bの診察券を押して受診票を作成し、提出してしまった。朝、整形外科外来から、患者Bの診察呼び出しの連絡があり、他チームの深夜看護師が電話連絡を受け、日勤の受け持ちに伝えた。日勤の受け持ち看護師は、患者Bが一昨日受診し「症状増悪時再診」というコメントがあったことは把握していたが、受診になっていたかな、と疑問に思いながらも患者Bが、「レントゲンを撮ったからそれでまたみてもらうのかな」という言葉もあり、確認しないまま外来受診の案内をした。日勤看護師は、患者Bを案内した後、気になって深夜看護師に、患者Bは整形外科受診になっていないことを確認し、整形外科外来に問い合わせ、受診票が患者Bになっていることが判明。患者の診察券の押し間違えで、患者取り違えが起きたことに気付いた。患者Bは診察前であったため、謝罪し診察は中止。患者Aの受診手続きをとり、患者Aが受診した。カルテは患者のものであり、治療が間違えて行われる危険はなかったが、受診が必要な患者が受診できなくなり、治療がスムーズにできなくなる恐れがあった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本来受診の患者Aと、間違えた患者Bの診察券は、上下でカードケースに収納されており、取る時に間違えて取り出し、押してしまった。 ・診察券を取ったとき、押した後、提出時の確認が不十分であった。 ・日勤の担当看護師は、担当患者の情報収集が不十分であった。 ・日勤の担当看護師は、他の患者の転院手続き見送りなどで情報収集や、点滴準備・処置などが遅れており、慌てていた。 ・日勤の受け持ち看護師は、業務が中断された。 ・日勤の受け持ち看護師は、「患者Aは、一昨日整形外科受診をしているのに、再診はおかしい」と思いながらも、申し送り簿や検査のホワイトボードを確認することを怠った。 ・日勤の受け持ち看護師は、患者が「レントゲンを撮ったからかな？」という言葉があり、「症状悪化時再診」とカルテに記載されていたことも思いだし、「患者Aも整形外科受診だったが、Aではなく患者Bだったのか」と思い込んで、患者Bを案内してしまった。 ・患者Bは認知症があり、整形外科受診の説明は受けていなかったが、日勤担当看護師の言葉を聞いて、疑いもなく受診に応じた。
114	<p>授乳室で双子の第1子と第2子が順に直母を行っていた。先に第1子をコット（新生児用ベッド）に戻そうとするが第2子と思い込んでおり第2子のコットに戻してしまった。その時、足にネームバンドがなく確認ができないと認識しつつもそのままにしてしまった。第2子にはネームバンドがついていることを知っていたが、その時にネームバンドの確認を怠ってしまった。母親が第2子の名前を呼んで気が付いた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・コット移床したらつけるはずのネームバンドがついていなかった。双子であることは認識していたが、患児の取り違えに対する意識が薄かった。 ・双子が同時に授乳室にいてどちらがどちらであるか分かりにくかった。
115	<p>ミルクをレビン管より注入予定で、受け持ち患者のミルクを持ってきたつもりが、双子の姉のミルクを注入してしまった。しかし、内容は同様の物だった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者本人確認不足。
116	<p>同じ疾患の患者二人の食事を間違えて（入れ替えて）あげてしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・確認が不十分だった。

No.	具体的内容	背景・要因
117	授乳の時間にA児が激しく泣いているため、早く授乳しようと思い母乳+ミルクの準備をした。母乳に添付している札に「A」と書いてあるものをつとつつもりで、ミルクと混合しA児のもとに行った。その途中、CV挿入をしている医師より声をかけられた。介助につかなければならなくなり、急いでA児の母乳+ミルク注入のセッティングをして介助についた。その後B児の母乳がないと他の助産師が探しており、残っている母乳を確認したところ、授乳中のA児の母乳が残っており、取り違えて注入していたことが判明した。	<ul style="list-style-type: none"> ・A児が激しく泣いており、焦っていた。 ・A児とB児は類似した名字であった。 ・注入直前に割り込み業務があり、さらに焦った。 ・注入直前の氏名の確認をしなかった。 ・数名の児の母乳が、一つの容器の中で湯煎にかけられていた。 ・ミルクのみ、ミルク+母乳、母乳のみ、母乳がないときはミルクなどと、児一人ひとりによって、また時間によって授乳内容が様々である。
118	選択メニューの配膳間違い。配膳時、調理師が渡した食事と、受けた看護助手との、A・B選択食の渡し間違えで、患者に違ったメニューが出てしまった。	<ul style="list-style-type: none"> ・食器が、A食・B食ともに同一食器を使用していたため、間違えやすい状況となっていた。
119	患者を他患者と思い込み、名前を呼びながら、治療食を配膳したが、患者も「はい。」と答え受け取った。食事を半分程食べた頃患者間違いに気付いた。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者氏名と、食事に付いている札の確認不足。思い込み。
120	他の部署より授乳の手伝いに来てもらっていた。A児の授乳を依頼するとき、B児をA児と思い込み、B児を示して「A児の授乳をお願いします。」と依頼した。依頼された助産師は、依頼されるままB児にA児の母乳を授乳した。授乳前の母乳は、A児のものであると2人で確認したが、その児がA児であるかどうかの確認は2人ともしていなかった。間違えて与えた母乳の母親には、感染症等なく児にも特に変化はなかった。	<ul style="list-style-type: none"> ・A児をB児と思い込んでいた。 ・手伝いに来た助産師に依頼する際も、思い込みのまま児の名前を伝えていた。 ・母乳と児本人の名前（ネームプレート、リストバンド）の確認を怠った。 ・ネームプレートが記録版にさえぎられて、見えなかった。 ・授乳時間に緊急入院があり、その対応にも追われ焦っていた。 ・緊急入院の対応に不慣れであった。
【その他での左右取り違い 1件】		
121	病名の入力間違い。部位を左で入力したが右であった。	<ul style="list-style-type: none"> ・左腎腫瘍の病名を、右腎腫瘍と入力した。確認不足。