

【3】「放射線検査での患者取り違え」(医療安全情報 No. 73) について

(1) 発生状況

医療安全情報 No. 73 「放射線検査での患者取り違え」(2012年12月提供)では、放射線検査での患者氏名の確認が不十分であったため、違う患者が入室したにもかかわらず、そのまま検査が行われた事例を取り上げ、情報を提供した(医療安全情報掲載件数6件、集計期間:2008年1月~2012年10月)。


本報告書分析対象期間(2016年4月~6月)においても類似の事例が1件報告されたため、再び取り上げることにした。

医療安全情報 No. 73 の集計期間以降(2012年11月~2016年6月)に報告された「放射線検査での患者取り違え」の類似事例の報告件数を図表Ⅲ-3-16に示す。

図表Ⅲ-3-16 「放射線検査での患者取り違え」の報告件数

	1~3月 (件)	4~6月 (件)	7~9月 (件)	10~12月 (件)	合計
2012年				0	0
2013年	0	1	0	0	1
2014年	1	0	0	1	2
2015年	0	2	0	0	2
2016年	0	1	—	—	1

図表Ⅲ-3-17 医療安全情報 No. 73 「放射線検査での患者取り違え」



医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.73 2012年12月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

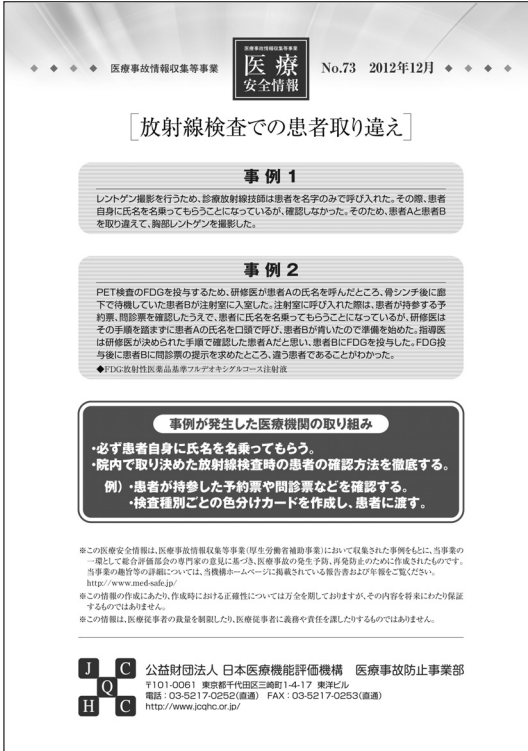
医療安全情報 No.73 2012年12月

放射線検査での患者氏名の確認が不十分であったため、違う患者が入室したにもかかわらず、そのまま検査が行われた事例が6件報告されています(集計期間:2008年1月1日~2012年10月31日、第19回報告書「個別のテーマの検討状況」(P131)に一部を掲載)。

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

患者の確認方法	患者Bに予定していた検査	患者Bに突如した患者Aの検査	件数
患者に名乗ってもらう	レントゲン検査	レントゲン検査	3
患者Bですか(フルネーム)	骨シンチグラフィ	PET (FDG投与まで)	1
患者Bですか(フルネーム)	消化管造影検査	内視鏡検査	1
患者Bですか(フルネーム)	運動器CT検査	肝臓ダイナミックCT検査	1

○ は、行方不明の発生がなかったもの
 × は、行方不明の発生があったが、尋ねなかったもの
 — は、行方不明の発生がなかったもの



医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.73 2012年12月

放射線検査での患者取り違え

事例1

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

事例2

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

◆FDG-放射性医薬品基準アルテミスナコース注射液

事例が発生した医療機関の取り組み

- 必ず患者自身に氏名を名乗ってもらう。
- 院内で取り決めた放射線検査時の患者の確認方法を徹底する。

例) 患者が持参した予約票や問診票などを確認する。
 ・検査種別ごとの色分けカードを作成し、患者に渡す。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例を元に、当事業の一環として総合評価部の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書および年報をご確認ください。
<http://www.medic.or.jp/>
 ※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期してはおりますが、その内容を保証するものではありません。
 ※この情報は、医療従事者の裁量で制限したり、医療従事者に義務や責任を課したものではありません。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
 〒110-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル
 電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)
<http://www.jognc.or.jp/>

Ⅲ
1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

「放射線検査での患者取り違え」(医療安全情報 No.73) について

（2）事例の分類

事例を患者取り違えのきっかけで分類した（図表Ⅲ - 3 - 1 8）。医療スタッフが患者Bを呼び出した際に、別の患者Aが「はい」と返事をした事例、医療スタッフが患者Aを患者Bと思い込んだ事例はそれぞれ3件であった。取り違えのきっかけは患者の聞き間違いや思い込みだけでなく、医療スタッフの思い込みによって発生する場合もある。

図表Ⅲ - 3 - 1 8 患者取り違えのきっかけ

患者取り違えのきっかけ	件数
患者Bを呼び出した際に患者Aから返答があった	3
医療スタッフは患者Aを患者Bと思い込んだ	3
合 計	6

（3）事例の内容

医療安全情報 No. 73 の集計期間後の2012年11月以降に報告された再発・類似事例6件を図表Ⅲ - 3 - 1 9に示す。

図表Ⅲ - 3 - 1 9 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
患者Bを呼び出した際に患者Aから返答があった			
1	9時45分頃、10時実施の骨シンチ検査目的で患者Aが受付をした。9時50分頃、撮影補助の職員が10時10分実施予定のFDG-PET検査のため、患者Bの名前を呼んだところ、患者Aが返事をしたため、PET検査の説明を行った。10時5分頃、医師はPET検査室で患者AにFDG-PET検査の注射を行い、陽電子待機室で待機するよう説明した。10時15分、受付の事務員は骨シンチの待合室に患者Aがいないことに気づき、陽電子待機室にいた患者の名前を確認したところ、FDG-PET検査の注射をしたのは患者Bでなく患者Aであることが分かった。	実施前に患者から氏名と生年月日を言うてもらうことになっていたが、遵守できていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者に氏名と生年月日を名乗ってもらう運用を遵守する。 検査ごとに検査カードを配布して、検査前の確認に用いる。
2	医師は11時30分診察予約の患者Bに投与するタイロゲン筋注用を準備し、患者Bの名前を呼んだところ、廊下を歩いていた患者Aが返事をしたので診察室に入ってもらった。患者Aは、10時30分より核医学検査室でPET検査を受けた別の患者であった。診察時に、患者名を呼びながらヨード制限などの質問をしたが、その都度「はい」と返事をしたのでタイロゲン筋注用を筋注した。その後、「明日も来てください」と説明した際、患者は次は金曜日のはずだと言ったため、診察券を確認したところ間違っ患者Aに注射したことがわかった。患者Aには健康被害がほとんどないことを説明して一旦帰宅してもらったが、翌日、検査等のため入院となった。	患者が診察室に入った後、患者の再確認を行わなかった。患者は軽度の難聴があるようで、患者名を呼びながら本来の患者に対する説明をしたが、その都度「はい」と返事をしていていた。	<ul style="list-style-type: none"> 診察室に入った後、診察券で患者名を確認する。

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
3	CT検査の際、診療放射線技師が患者Bの名前を呼んだところ名前の類似(姓は同じで名前の一文字が違う)した患者Aが来て、そのまま違う部位のCT撮影を実施した。その後、患者Aの名前が呼ばれた際に、患者Bの母親が診療放射線技師に報告し、取り違えが判明した。	類似する氏名の患者が同時刻に存在する可能性があるという意識が薄かった。氏名を名乗ってもらい本人を確認することができていなかった。待合室は雑音も多く、患者自身の思い込みも考えられた。	・患者の本人確認を徹底する(患者に名乗ってもらう、生年月日など)。
医療スタッフは患者Aを患者Bと思い込んだ			
4	患者Aは頭部MRI実施予定で、患者Bは造影CTを予定していた。放射線科受付で、患者Bの受付を行い、受付担当者はCT室の前で待つように伝えた。診療放射線技師Xは受付で患者Bを見ていたが、CT室に呼び込む際、同時時間帯に受付後、CT室に向かっていた患者Aに対して「患者Bさんですか?」と声をかけると、患者Aは「はい」と答えた。診療放射線技師Xは患者Aを患者Bと誤認し、点滴ルート確保の場所へ案内した。その後、診療放射線技師Xが患者Aを案内をしてきたため、看護師も患者確認を行わずに点滴ルートの確保を行った。点滴ルートの確保後、診療放射線技師Yは患者Aを案内した。診療放射線技師XとZが検査のセッティングを行った。その際も、患者Aを患者Bと思い込んでおり患者確認を行わなかった。患者Aが「この検査は初めてだ」と言ったため、患者Bの検査履歴を確認したところ、初めて行う検査であり、疑問に思わなかった。検査のセッティングを行う際に患者Bの名前で何回か声掛けをしたが、そのときに患者Aから指摘はなかった。CT検査実施後、消化器内科に行くように案内したときに患者Aが「脳外科である」と言ったため、間違いに気が付いた。	待合所からの呼び出しの際と点滴ルート確保の際、CT室に入室し検査実施前の3回名前を名乗ってもらい確認するタイミングがあったが、確認を怠った。複数の職員が関わる検査においては、他の者に依存し、決められた手順より逸脱する甘さがあった。	・患者確認の徹底、特に検査直前の検査内容の説明と患者自身が名乗ることを必須とする。その際、複数の技師が検査準備に対応したとしても主にセッティングを行う技師が患者確認を行うこととし、責任者を明確にする。 ・部門システムより放射線検査票を出力できることとなり、患者名と詳細検査内容を患者の目の前で確認することが可能となるため、これを用いて患者確認を行う。

III

1
2-(1)
2-(2)
2-(3)
3-(1)
3-(2)
3-(3)

「放射線検査での患者取り違え」(医療安全情報No.73)について

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
5	<p>朝、主治医は、次週予定していた患者Bの胸部CT検査を、本日中に実施して欲しいと放射線科へ依頼した。その後、CT検査日を変更した事をリーダー看護師に伝えた。9時30分頃、放射線撮影室から患者BのX線検査とCT検査の呼び出しがあった。リーダー看護師は、看護補助員に患者Bを検査室へ移送するよう依頼した。看護補助員は、リーダー看護師から胸部CT検査の予約票を受け取り、患者Bと思い込んで患者Aのもとを訪床した。そして「Bさん、検査の呼び出しがありました」と伝えると、患者Aから「はい」と返答があり、看護補助員が持参した車椅子に座った。看護補助員は患者Aの病室で事前に渡しているはずのX線予約票を探したが、見当たらなかったため、リーダー看護師にX線予約票の再印刷を依頼した。リーダー看護師は、X線予約票を渡し忘れていたのだと考え、再印刷した。看護補助員に渡す準備をしていたが、ナースコールが鳴ったため、X線予約票をテーブルの上に置き、ナースコールに対応した。ナーステーションには誰もいない状態だったが、看護補助員はテーブルのX線予約票を見つけ、それを持って患者Aを検査室へ移送した。X線検査室では診療放射線技師Xが患者Bの到着を待っていた。診療放射線技師Xが「Bさんですか」と確認すると、看護補助員から「はい」と返答があったため、患者Aを患者Bだと思い込んだ。次に患者Aのリストバンドを用いてバーコード認証した。その時エラーが生じたが、診療放射線技師Xはその原因をバーコードの不調だと思い込み、持参した患者BのX線予約票を用いて認証を行い、X線検査を実施した。次に胸部CT検査予定であったため、患者Aと看護補助員はCT室へ移動した。CT室でも診療放射線技師Yは看護補助員と共にきた患者Aを患者Bだと思い込み、磁性体の除去物の確認のみ行って検査を実施した。検査終了後、患者Aのリストバンドを見て氏名が異なる事に気づいた。</p>	<p>今まで看護補助員は、患者に氏名を呼びかけ、患者からの返事により患者確認をしていた。当院の「患者誤認防止マニュアル」に明記している「患者自身に氏名を名乗ってもらう、患者のリストバンドやベッドネームを確認する」という患者確認を行っていなかった。放射線科ではデータ処理に際し、CT検査の方がX線検査よりも上位データとして取り扱われる事となっていた。X線検査室では、CT検査室で患者データが展開されている事を確認していた。上位であるCT検査室で患者データを展開しているため、X線検査室では患者データを展開できず、バーコード認証もできないのだと判断した。更に看護補助員と共にやってきた患者が間違っているはずが無いという思い込みも重なり、バーコード認証ができないのは機械の不調だと思い、患者自身に氏名を確認することなく検査を実施した。CT検査は、検査自体が予約制で検査室や時間が決まっていることから、バーコード認証は元々患者確認のためのものではなく、多くの検査予約の中から患者画面を展開させるために用いられていた。X線検査室の診療放射線技師Xと同じように、看護補助員が同伴している患者が間違っているはずはないという認識で、患者確認をすることなく検査を行った。皆が「まさか違うはずが無い」という前提で対応し、全てをすり抜けてしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「患者誤認防止マニュアル」には「患者自身に氏名を名乗ってもらう、患者のリストバンドやベッドネームを確認する」という事を明記しており、マニュアルの再確認とともに事例の周知を行った。 ・医療安全管理委員会で事例紹介を行い、周知した。

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
6	<p>診療放射線技師は患者BのPET検査の際に、誤って患者Aへ氏名を名乗ってもらったが、患者Bと聞き間違えた。名前をはっきりと聞き取れなかったため、再度「PETを受けられる方ですね」と問い直したところ、患者Aより「はい」と返答を受け、本来副甲状腺シンチ予定の患者AをPET-CT予定の患者Bと取り違えた。診療放射線技師は患者AへPET-CT検査の説明を行い、PET処置室へ案内した。医師と看護師は処置室入室時に患者の氏名を再確認するルールであったが、案内された患者Aが患者Bであると思い込み、氏名の確認を行わなかった。患者Aへの問診の後、PET-CT用の検査薬18F-FDGを投与した。その後、副甲状腺シンチ待合室に患者Aがいないため、患者の取り違えに気付いた。</p>	<p>検査開始時に「患者に姓名を名乗ってもらう」という当院の基本ルールが実施されていなかった。患者に氏名を名乗ってもらった際、診療放射線技師は確信が持てなかったが、再度氏名の確認を行わなかった。患者が持参している指示書等の名前表記との照合が一度も行われなかった。診療放射線技師は不安に思い検査名を患者に確認し再確認を行っているが、検査の個別名称で確認が行われたため、患者には正誤の判断はつかなかったと推察される。医師と看護師はすでに患者確認が診療放射線技師によって行われていると思い込んだため、氏名確認を行わなかった。処置、問診時にも患者氏名の確認が行われなかった。</p>	<p>・放射線検査における患者確認手順を改訂し、運用を徹底する。 <患者確認項目> 1. 待合い ・診療放射線技師は受付番号にて患者を呼び、患者より検査予約票を受け取る。 ・患者に姓名を名乗ってもらい、表記を確認し検査予約票にチェックする。 ・患者と共に指示書を用いて予定検査の確認を行い、検査予約票にチェックする。 ・診療放射線技師は処置室内の医師や看護師へ患者名・検査名・検査時間を申し送る。 2. 処置室 ・看護師は患者から検査予約票を受け取り、氏名を名乗ってもらい指示書ならびに部門システムにて確認し、検査予約票にチェックする。 ・患者と共に検査予約票を用いて予定検査を確認しチェックする。 3. 検査薬投与時(必要時) ・医師、看護師は投与前に準備された薬剤のラベルに記載されている患者名、検査名を確認する。</p>

(4) 事例の分析

2012年11月以降に報告された事例6件について、下記の通り分析した。

①患者の背景

報告された事例のほとんどが外来患者であり、10代から80代と幅広い年齢層であった(図表Ⅲ-3-20、21)。また、「直前の患者の状態」の報告項目では、患者の意識障害、視覚障害、聴覚障害、認知症・健忘、薬剤の影響下などを選択できるようになっているが、報告された事例の「直前の患者の状態」の項目の選択では、患者が入院している1事例が「床上安静」を選択しているのみであった。医療スタッフが患者を取り違えて思い込む可能性や、判断能力に問題がないと考えられる患者でも、誤った名前を呼ばれた際には「はい」と返事をする可能性がある。

図表Ⅲ - 3- 2 0 患者区分

患者区分	件数
外来	5
入院	1
合 計	6

図表Ⅲ - 3- 2 1 患者の年齢

年代	件数
10代	1
50代	1
60代	1
70代	2
80代	1
合 計	6

②当事者職種

当事者は、診療放射線技師が多いほか、医師や看護師、看護助手、撮影補助者等、多職種の医療スタッフが選択されていた（図表Ⅲ - 3- 2 2）。

図表Ⅲ - 3- 2 2 当事者職種

当事者職種	件数
診療放射線技師	7
医師	3
看護師	2
看護助手	1
その他（撮影補助者）	1
合 計	14

※当事者職種は複数回答が可能である

③予定していた検査と誤って実施した検査や処置

患者に予定していた検査と、誤って患者に実施した他の患者の検査を、図表Ⅲ - 3- 2 3に示す。放射線検査の患者取り違えにより誤った診断がなされ、患者に適切な治療が実施できなくなる可能性があることを認識しておくことが重要である。

図表Ⅲ - 3- 2 3 予定していた検査と誤って実施した検査や処置

予定していた患者Aの検査	誤って患者Aに実施した患者Bの検査や処置
骨シンチ検査	P E T 検査用放射性医薬品（F D G）の静脈注射
P E T 検査	シンチグラフィーのための診断補助薬（タイロゲン）の筋肉注射
C T 検査	C T 検査（違う部位）
頭部MR I 検査	造影C T 検査
なし	胸部X線検査、胸部C T 検査
副甲状腺シンチ検査	P E T - C T 検査用放射性医薬品（1 8 F - F D G）を静脈注射

④患者確認の状況

医療安全情報 No. 73 「放射線検査での患者取り違え」における事例が発生した医療機関の取り組みには、患者自身に氏名を名乗ってもらうことや院内で取り決めた放射線検査時の患者の確認方法を徹底することが挙げられている。報告された事例の内容から、患者確認のルールの有無及び遵守の状況について図表Ⅲ-3-24に示す。患者に名乗ってもらった1件は、医療スタッフが名前を聞き取れず、検査名で確認した事例であった。ほとんどの事例で患者に名乗ってもらうルールはあったが、多くの事例で遵守されていなかった。また、医療スタッフが持っている検査伝票等と患者が持参した診察券や検査予約票など患者が持っている情報で患者氏名を照合するルールがあったが、遵守されなかった事例が2件あった。医療スタッフの情報と患者が持っている情報の患者氏名を照合するルールが不明な事例は4件であったが、そのうち3件は改善策に放射線検査票などを使って医療スタッフの情報と照合することを挙げていた。院内で決められた放射線検査時の患者を確認する方法について、ルールを周知したり、ルールの遵守状況を確認する重要性が示唆された。

図表Ⅲ-3-24 患者確認の状況

	患者確認の状況	
	患者に名乗ってもらう	医療スタッフの情報と患者が持っている情報の患者氏名を照合する
ルールあり	5	2
遵守した	1	0
遵守しなかった	4	2
不明	1	4

⑤医療スタッフに関わった場面

患者取り違えのきっかけ(既出、図表Ⅲ-3-18)から患者を取り違えて検査等を実施するまでに、複数人の医療スタッフに関わり、誤りに気付く機会があったが誤りに気付かなかった事例が多かった。そこで事例の内容から、患者確認を行う医療スタッフに関わった場面を整理した(図表Ⅲ-3-25)。患者を呼び出す際に、患者確認のルールである「患者に名乗ってもらう」「モノ(診察券、検査予約票など)で照合する」を実施してないが(既出、図表Ⅲ-3-24)、患者が検査室に入った際には患者確認はすでに終わっているとされ、その後の患者確認は省略されている。複数の医療スタッフに関わる日常の検査の中で、患者確認が曖昧になっている現状が伺われた。

図表Ⅲ - 3- 25 医療スタッフが関わった場面

患者Bを呼び出した際に患者Aから返答があった			
事例1	撮影補助者	医師	
	<ul style="list-style-type: none"> • PET検査の説明をする際、患者Bの名前を呼んだところ患者Aが返事をした 	<ul style="list-style-type: none"> • PET検査室内にいた患者Aを患者Bと思った 	
事例2	医師		
	<ul style="list-style-type: none"> • 診察室に呼び込む際、患者Bの名前を呼んだところ患者Aが来た 	<ul style="list-style-type: none"> • 患者Bの名前を呼びながら問診を行ったが、患者Aから「はい」と返事があった 	
事例3	診療放射線検査技師		
	<ul style="list-style-type: none"> • CT室に呼び込む際、患者Bの名前を呼んだところ患者Aが来た 		
医療スタッフは患者Aを患者Bと思い込んだ			
事例4	診療放射線技師X	看護師	診療放射線技師Y・Z
	<ul style="list-style-type: none"> • CT室に呼び込む際、患者Aを患者Bと思い、検査室に向かって患者Aに「Bさんですか?」と声をかけると、患者Aから「はい」と返事があった 	<ul style="list-style-type: none"> • 点滴ルートを確認する際、その場所へ技師Xが案内したため、患者Bと思った 	<ul style="list-style-type: none"> • CT検査を実施する際、検査室に案内された患者Aを患者Bと思った
事例5	看護補助員	診療放射線技師X	診療放射線技師Y
	<ul style="list-style-type: none"> • 検査室に誘導する際、患者Aを患者Bと思い込み、患者Aの病室へ行き「Bさん、検査です」と声をかけると、「はい」と返事があった 	<ul style="list-style-type: none"> • X線検査の際、「Bさんですか?」と声をかけたところ、看護補助員が「はい」と返事をした • リストバンドでバーコード照合を行ったところ、エラーになったが、機械の不具合と思い込んだ 	<ul style="list-style-type: none"> • CT検査の際、看護補助員と一緒に来た患者Aを患者Bであると思い込んだ
事例6	診療放射線技師		医師・看護師
	<ul style="list-style-type: none"> • PET-CT検査の説明をする際、患者Aに名乗ってもらったが聞き取れず「PETを受ける方ですよ」と聞いたところ、「はい」と返事があった 		<ul style="list-style-type: none"> • PET処置室に案内された患者Aを患者Bと思い込んだ

⑥取り違えに気付いたきっかけ

患者取り違えに気付いた場面ときっかけを図表Ⅲ-3-26に示す。いずれも違う患者に検査や検査に関係する処置を実施していた。検査に関係する処置を実施後に患者の発言から検査についての確認を行い、誤りに気付いた事例のように、患者や家族の発言が確認のきっかけになった事例があった。

図表Ⅲ-3-26 患者取り違えに気付いた場面ときっかけ

気付いた場面	取り違えに気付いたきっかけ
検査に関係する処置を誤って実施した後	・筋肉注射後、「明日も来て下さい」と説明すると、患者Aより「次は金曜日のはずだが」と指摘があった。
検査を誤って実施した後	・CT検査後、消化器内科に行くように案内したところ、患者Aが「脳外科である」と言った ・検査終了後、患者Aのリストバンドを見た
患者Aの呼出し時	・患者Aの検査の呼出し時、誤って患者Bの検査を行っていたため副甲状腺シンチ待合室に患者Aがいなかった ・待合室に骨シンチ検査予定の患者Aがいなかったため、受付事務員が陽電子待合室にいた患者Aに名前を聞いた ・患者Bの検査後、患者Aの名前を呼んだところ、患者Bの家族から問合せがあった

(5) 事例の背景・要因

事例が発生した医療機関から報告された主な背景・要因を整理して次に示す。

○ルール違反に関すること

- ・検査開始前に、患者から氏名と生年月日を言ってもらうルールになっていたが、遵守できていなかった。(複数報告あり)
- ・患者のリストバンドやベッドネームを確認するというルールを遵守できていなかった。
- ・処置、問診時にも患者氏名の確認を行わなかった。
- ・患者が診察室に入った後、患者の再確認を行わなかった。
- ・患者が持参している指示書等の名前表記との照合が一度も行われなかった。

○確認の方法やタイミングに関すること

- ・診療放射線技師は不安に思い検査名を患者に確認したが、検査の名称で確認が行われたため、患者は判断できなかった。
- ・患者に氏名を名乗ってもらった際、診療放射線技師ははっきり聞き取れなかったが、再度氏名の確認を行わなかった。
- ・待合室からの呼び出しの際と点滴ルートを確認する際、CT検査室に入室し検査実施前の3回名前を名乗っていただき確認するタイミングがあったが、確認を怠った。

○医療スタッフの関わり

- ・複数の医療スタッフがかかわる検査においては、他の医療スタッフに依存し、決められた手順より逸脱する甘さがあった。
- ・看護補助員が同伴している患者が間違っているはずはないという認識があった。
- ・医師と看護師はすでに患者確認が診療放射線技師によって行われていると思い込んだ。

○バーコード認証に関すること

- ・CT検査室で患者データを展開しているため、X線検査室では患者データを展開できず、バーコード認証もできないと判断した。
- ・バーコード認証ができないのは機械の不調だと思い、患者自身に氏名を確認しなかった。
- ・CT検査は、検査自体が予約制で検査室や時間が決まっていることから、バーコード認証は患者確認のためではなく、多くの検査予約の中から患者画面を展開させるために用いられていた。

○患者側の要因

- ・患者は軽度の難聴があるようで、患者の氏名を呼びながら説明をしたが、患者はその都度「はい」と返事をしていった。
- ・患者自身の思い込みも考えられた。

○環境

- ・待合室は雑音が多かった。

(6) 事例が発生した医療機関の改善策について

放射線検査での患者取り違えの事例に挙げられていた主な改善策を整理して示す。患者を確認する際、いつ、誰が、どのように確認するのかを明らかにした改善策が多かった。

①患者の確認方法に関すること

○患者に名乗ってもらう

- ・患者確認を徹底するため、特に検査直前の検査内容の説明と患者自身に名乗ってもらうことを必須とする。

○医療スタッフの情報と患者が持参したモノの情報を照合する

- ・検査ごとに患者に検査カードを配布して、検査前の確認に用いる。
- ・診察室に入った後、診察券で患者氏名を確認する。
- ・部門システムより放射線検査票を出力できることとなり、患者氏名と詳細な検査内容を患者の目の前で確認することが可能となり、これを用いて患者確認を行う。

○その他

- ・複数の診療放射線技師が検査準備に対応したとしても主にセッティングを行う診療放射線技師が患者確認を行い、責任者を明確にする。
- ・放射線検査における患者確認手順を改訂し、運用を徹底する。

②その他

- ・医療安全管理委員会で事例紹介を行い、周知した。

また、医療機関の改善策には、具体的なマニュアルの内容が記載されたものがあったため、一例として次に紹介する。

＜患者確認項目＞

1. 待合い

- ・診療放射線技師は受付番号にて患者を呼び、患者より検査予約票を受け取る。
- ・患者に姓名を名乗ってもらい、表記を確認し検査予約票にチェックする。
- ・患者と共に指示書を用いて予定検査の確認を行い、検査予約票にチェックする。
- ・診療放射線技師は処置室内の医師や看護師へ患者名・検査名・検査時間を申し送る。

2. 処置室

- ・看護師は患者から検査予約票を受け取り、氏名を名乗ってもらい指示書ならびに部門システムにて確認し、検査予約票にチェックする。
- ・患者と共に検査予約票を用いて予定検査を確認しチェックする。

3. 検査薬投与時（必要時）

- ・医師、看護師は投与前に準備された薬剤のラベルに記載されている患者名、検査名を確認する。

(7) まとめ

本報告書では、医療安全情報 No. 73 「放射線検査での患者取り違い」について、医療安全情報 No. 73 の集計期間後の2012年11月から本報告書の分析対象期間(2016年4月～6月)に報告された再発・類似事例6件を紹介した。事例を患者取り違いのきっかけで分類したところ、患者Bを呼び出した際に患者Aから返答があった事例、医療スタッフが患者Aを患者Bと思い込んだ事例がそれぞれ3件であった。それらの事例の患者を取り違えた場面や取り違いに気付いたきっかけなどを整理し、医療機関の改善策を掲載した。放射線検査の患者取り違いにより別の患者の検査結果を基に診断がなされることで、患者に適切な治療が実施できなくなる可能性があることを認識しておくことが重要である。

複数の医療スタッフが関わる日常の放射線検査の中で、患者確認について、いつ、誰が、どのように行うかが曖昧になっている現状が伺われた。院内で決められた放射線検査時の確認方法について、ルールを周知したり、遵守状況を確認するとともに、具体的な確認の手順についてルールが明らかになっているかを見直すことも必要であろう。

今後も引き続き類似事例の発生について注意喚起するとともに、その推移に注目していく。