

2 分析テーマ

【1】患者間違いに関連した事例

患者を確実に確認することは医療のあらゆる場面において必要であり、医療安全の基本とされている。日本では、1999年に患者取り違え手術の事例が発生したことを契機として、患者間違いを防止する取り組みが進められている。また、米国では、手術や侵襲的処置における患者間違いは、AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) のNever Eventsに定められている¹⁾。

本事業では、これまでに医療安全情報No.25「診察時の患者取り違え」(2008年12月提供)、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)、医療安全情報No.116「与薬時の患者取り違え」(2016年7月提供)など、様々な場面における患者の取り違えについて注意喚起を行ってきた。また、医療安全情報No.11「誤った患者への輸血」(2007年10月提供)および第2報No.110(2016年1月提供)では、他の患者の輸血用血液製剤を投与した事例を取り上げ、投与直前に患者と製剤の照合を行うことを示した。さらに、医療安全情報No.42「セントラルモニタの受信患者間違い」(2010年5月提供)や医療安全情報No.154「電子カルテ使用時の患者間違い」(2019年9月提供)では、モニタや電子カルテの画面上の患者間違いに関する事例を取り上げた。

今回、2021年7月～12月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「患者を間違えそうになったが、実施する前に発見した事例」を収集し、患者間違いに関連する医療事故情報と併せて分析を行うこととした。本報告書では、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の概要をまとめて示した。さらに、事例が発生した状況で分類し、診察室・検査室等に患者を呼び込む際の患者間違いを取り上げて分析を行った。

(1) 医療事故情報の概要

1) 報告状況

①対象事例

2019年1月～2021年12月に報告された医療事故情報の中から、キーワードに「患者間違い、患者誤認、患者取り違、患者取違、患者を間違、患者を誤、患者を取り違、患者を取違」のいずれかを含む事例、または「患者A」「患者B」を含み、かつ「誤、違」のいずれかを含む事例、もしくは「患者X」「患者Y」を含み、かつ「誤、違」のいずれかを含む事例を検索し、患者間違いに関連した事例を対象とした。そのうち、検体の取り違え等のモノ同士の取り違えの事例は除外した。

②報告件数

2019年1月～2021年12月に報告された事例のうち、対象とする事例は144件であった。

図表Ⅲ－1－1 報告件数

報告年	2019	2020	2021	合計
件数	51	46	47	144

2) 事例の概要

①患者区分（入院・外来）

患者区分は、入院が107件と多かった。

図表Ⅲ－1－2 患者区分（入院・外来）

患者区分	件数
入院	107
外来	37
合計	144

②発生場所

発生場所は、病室・病棟・スタッフステーションが最も多く、次いで外来診察室・処置室が多かった。

図表Ⅲ－1－3 発生場所

発生場所	件数
病室・病棟・スタッフステーション	76
外来診察室・処置室	19
手術室	12
ICU・CCU	9
救急外来・救命救急センター	7
検査室	7
放射線検査室・カテーテル検査室	6
放射線治療室	4
NICU	3
薬剤部	2
内視鏡室・内視鏡センター	2
リハビリテーション室	1
新生児室	1
その他	1

※発生場所は複数回答が可能である。

③関連診療科

関連診療科を示す。様々な診療科が報告されていた。

図表Ⅲ－１－４ 関連診療科

関連診療科	件数	関連診療科	件数
消化器科	18	呼吸器外科	3
内科	16	腎臓内科	3
小児科	14	乳腺外科、乳腺内分泌外科	3
整形外科	11	リハビリテーション科	3
心臓血管外科・循環器外科	10	高齢診療科	2
呼吸器内科	9	泌尿器科	2
眼科	7	肝胆膵外科	1
救急科	6	膠原病・感染内科	1
循環器内科	6	腫瘍科	1
産婦人科・産科	5	小児外科	1
耳鼻咽喉科	5	食道外科	1
放射線科	5	乳腺内科	1
血液内科・血液腫瘍科	4	皮膚科	1
精神科	4	リウマチ科	1
脳神経外科	4	歯科口腔外科	1
麻酔科	4	その他	5
外科	3		

※関連診療科は複数回答が可能である。

④当事者の数

事例で報告された当事者の数を示す。当事者が1人の事例が多いが、複数の事例も報告されていた。

図表Ⅲ－１－５ 当事者の数

当事者の数	件数
1人	114
2人	17
3人	10
4人	3
合計	144

⑤当事者職種と職種経験年数

当事者職種と職種経験年数を整理して示す。当事者職種は看護師が最も多く、職種経験年数は0～4年が多かった。

図表Ⅲ－１－６ 当事者職種と職種経験年数

当事者職種	職種経験年数					合計
	0～4年	5～9年	10～14年	15～20年	20年～	
看護師	59	16	24	6	13	118
医師	20	12	7	4	6	49
薬剤師	1	0	1	1	1	4
助産師	2	1	0	0	1	4
診療放射線技師	2	0	1	1	0	4
臨床検査技師	3	0	0	0	1	4
臨床工学技士	0	0	1	0	0	1
理学療法士	0	1	0	0	0	1
視能訓練士	0	1	0	0	0	1
准看護師	0	1	0	0	0	1
CRC	1	0	0	0	0	1
クレーク	1	0	0	0	0	1
看護助手	1	0	0	0	0	1

※当事者は複数回答が可能である。

⑥事例が発生した状況の分類

事例に記載された内容から、事例が発生した状況を分類して示す。患者にモノを投与する／使用する／渡す状況で発生した事例が最も多かった。

図表Ⅲ－１－７ 事例が発生した状況の分類

状況	内容	件数	
患者を呼び込む	検査	10	19
	治療・処置	6	
	診察	3	
患者のベッドサイドへ行く	検査	2	3
	診察	1	
患者氏名を伝える／受ける	患者搬送	4	5
	術式変更	1	
患者にモノを投与する／使用する／渡す	薬剤	56	93
	輸血	9	
	採血管	7	
	母乳等	6	
	眼内レンズ	3	
	書類	3	
	歯ブラシ等	3	
	その他	6	
画面や紙面上で患者氏名を選択する／設定する	電子カルテ	17	24
	モニタ	3	
	検査・治療機器等	2	
	紙面	2	
合計		144	

(2) ヒヤリ・ハット事例の概要

2021年7月～12月に、ヒヤリ・ハット事例の今期のテーマとして「患者を間違えそうになったが、実施する前に発見した事例」を収集した。

1) 報告状況

①発生件数情報

2021年7月～12月に報告されたヒヤリ・ハット事例の発生件数情報のうち、今期のテーマの報告件数を示す。

図表Ⅲ－1－8 ヒヤリ・ハット事例の「今期のテーマ」の発生件数情報の報告件数

報告期間	誤った医療の実施の有無			実施あり	合計
	実施なし				
	影響度（当該事例の内容が仮に実施された場合）				
	死亡もしくは重篤な状況に至ったと考えられる	濃厚な処置・治療が必要であると考えられる	軽微な処置・治療が必要もしくは処置・治療が不要と考えられる		
7月～9月	85	166	1,365	1,683	3,299
10月～12月	82	237	2,149	1,750	4,218
合計	167	403	3,514	3,433	7,517

②事例情報

2021年7月～12月に報告されたヒヤリ・ハット事例の事例情報の中から、医療事故情報と同じキーワードで検索し、そのうち、「患者を間違えそうになったが、実施する前に発見した事例」を対象とした。対象とする事例は、ある工程において患者を間違えそうになったが間違いには至らなかった事例や、ある工程で患者を間違えたが、その後に間違いが発見され患者には実施されなかった事例とした。対象とする事例は86件であった。

2) ヒヤリ・ハット事例の事例情報の概要

①患者区分（入院・外来）

患者区分は、医療事故情報と同様に入院が多かった。

図表Ⅲ－1－9 患者区分（入院・外来）

患者区分	件数
入院	71
外来	15
合計	86

②発生場所

発生場所は、医療事故情報と同様に病室・病棟・スタッフステーションが最も多かった。

図表Ⅲ－１－１０ 発生場所

発生場所	件数
病室・病棟・スタッフステーション	42
外来診察室・処置室・待合室	7
手術室	7
ICU・CCU	5
救急外来・救命救急センター	5
検査室	6
放射線検査室・カテーテル検査室	4
NICU	2
中央採血室	2
内視鏡室	1
透析室	1
外来化学療法室	1
新生児室	1
薬剤部	1
厨房	1

※発生場所は複数回答が可能である。

③当事者の数

事例で報告された当事者の数を示す。当事者が1人の事例が多かった。

図表Ⅲ－１－１１ 当事者の数

当事者の数	件数
1人	77
2人	8
3人	0
4人	1
合計	86

④当事者職種と職種経験年数

当事者職種と職種経験年数を整理して示す。医療事故情報と同様に、当事者職種は看護師が最も多く、職種経験年数は0～4年が多かった。

図表Ⅲ－１－１２ 当事者職種と職種経験年数

当事者職種	職種経験年数					合計
	0～4年	5～9年	10～14年	15～20年	20年～	
看護師	46	8	8	5	10	77
医師	3	2	1	0	1	7
薬剤師	1	1	1	0	0	3
助産師	3	0	0	0	0	3
診療放射線技師	0	1	0	1	0	2
歯科医師	1	0	0	0	0	1
臨床検査技師	0	0	1	0	0	1
看護助手	0	1	0	0	0	1
事務職員	1	0	0	0	0	1
栄養部職員	1	0	0	0	0	1

※当事者は複数回答が可能である。

⑤事例が発生した状況の分類

事例に記載された内容から、事例が発生した状況を分類して示す。患者にモノを投与する／使用する／渡す状況で発生した事例が最も多く、画面や紙面上で患者氏名を選択する／設定する状況が次いで多かった。

図表Ⅲ－１－１３ 事例が発生した状況の分類

状況	内容	件数	
患者を呼び込む	検査	4	7
	治療・処置	2	
	診察	1	
患者のベッドサイドへ行く	採血	2	4
	検温	1	
	患者搬送	1	
患者氏名を伝える／受ける	患者搬送	7	8
	X線撮影依頼	1	
患者にモノを投与する／使用する／渡す	薬剤	28	37
	食事	3	
	経管栄養剤	2	
	検体容器	2	
	書類等	2	
画面や紙面上で患者氏名を選択する／設定する	電子カルテ	19	30
	検査・治療機器等	3	
	紙面	8	
合計		86	

(3) 診察室・検査室等に患者を呼び込む際に発生した事例

本報告書では、事例が発生した状況の分類のうち、患者を呼び込む際の患者間違いを取り上げて分析を行った。

1) 医療事故情報

診察室・検査室等に患者を呼び込む際の患者間違いに関する医療事故情報19件について分析した。

①事例の種類

事例に記載された内容から、事例の種類を整理した。検査の事例が多く、そのうち気管支鏡・内視鏡検査の事例が4件であった。また、外来処置（注射）の事例も4件報告されていた。

図表Ⅲ－１－１４ 事例の種類

種類		件数	
検査	気管支鏡・内視鏡検査	4	10
	X線撮影	2	
	シンチグラフィ	1	
	心電図検査	1	
	穿刺吸引細胞診	1	
	超音波検査	1	
治療・処置	外来処置（注射）	4	6
	眼科処置	1	
	透視下処置	1	
診察			3
合計			19

②患者の年齢

患者の年齢は50歳代以上で、70～80歳代が多かった。

図表Ⅲ－１－１５ 患者の年齢

年齢	件数
50歳代	4
60歳代	2
70歳代	7
80歳代	7

※患者の数を複数と選択した事例では、患者の年齢が記載されていない事例がある。

③患者間違いに気付いたタイミング

診察室や検査室に患者を呼び込んだ後、患者間違いに気付いたタイミングを示す。入室後、診察や検査・処置を開始する前に患者間違いを発見できた事例が2件あったが、多くの事例では診察や検査・処置の開始後に患者間違いに気付いていた。

図表Ⅲ－１－１６ 患者間違いに気付いたタイミング

患者間違いに気付いたタイミング		件数	
開始前	入室後	2	
開始後	検査・処置の準備（末梢静脈確保、鎮静薬投与）の後	2	17
	検査・処置の実施中	1	
	診察や検査・処置が終了した後	14	
合計		19	

④開始前に間違いに気付いた事例の患者確認の状況

入室後、診察や検査・処置を開始する前に患者間違いを発見できた事例2件のうち1件は、患者に氏名を名乗ってもらい、検査予約票の氏名と異なっていたことから間違いに気付いていた。また、他の1件は、定期診察時に同姓同名の患者が間違っ入室したが、医師は患者の顔が違うことに気づき、診察券とカルテの生年月日を照合して間違いが判明した事例であった。

⑤開始前に間違いに気付かなかった事例の患者確認の状況

患者を呼び込んだ後、診察や検査・処置等を開始する前に患者間違いを発見できなかった事例の患者確認の状況を整理した。

図表Ⅲ－１－１７ 患者確認の状況

患者確認の状況		件数	
患者確認をしなかった		6	
患者名を呼んだ	別の患者の名字を呼び、患者は返事をした	3	5
	別の患者名*を呼び、患者は返事をした	1	
	別の患者名*を読み上げ、患者は返事をしなかった	1	
患者にフルネームで名乗ってもらった	画面等と照合しなかった	2	4
	画面等を見たが、間違いに気付かなかった	2	
指示実施記録と注射ラベルを確認したが、正しい患者か照合しなかった		1	
不明		1	

*氏名か名字かは事例に記載がないため不明である。

⑥事例の内容

主な事例と専門分析班の議論の内容を紹介する。

図表Ⅲ－１－１８ 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
1	<p>内視鏡検査の更衣室で、大腸内視鏡検査を受ける患者Xと気管支鏡検査を受ける患者Yが同時に更衣していた。患者Yの担当の外科外来看護師Aは、患者Xが更衣室から出てきた時に患者Yだと思い、患者Yの名前を呼んだ。すると患者Xが返事をしたため、気管支鏡検査室の看護師Bへ引き継いだ。気管支鏡担当の看護師は患者氏名の確認をしないまま患者Xを気管支鏡検査室へ案内した。検査室で医師は患者確認をしないまま気管支鏡検査の説明をした。前投</p>	<ul style="list-style-type: none"> 患者Xと患者Yは、身長、体形、風貌（白髪）が類似していた。 患者に名乗ってもらうという患者確認の手順が実施されていなかった。 内視鏡検査室では鎮静剤を投与する患者には「名前バンド」を装着しているが、患者Xは「名前バンド」を装着していなかった。 気管支鏡検査ではタイムアウトを行っていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者確認の手順を再周知する。 内視鏡検査室では患者全員に「名前バンド」を装着する。 内視鏡検査室の検査前に、全症例でタイムアウトを行う。 薬剤投与前は医師と看護師が共に確認する。 検査前の一連の確認事項のテンプレートを作成し、確認した内容をチェックする。
	<p>専門分析班の議論</p> <ul style="list-style-type: none"> ○看護師Bは患者氏名を確認しないまま患者を気管支鏡検査室に案内しているが、この時に患者氏名を照合できるものを持っているのか不明である。もし持っていなければ、仮に患者に名乗ってもらったとしても間違いが発見できないであろう。 ○鎮静剤を投与する患者に名前バンドを装着するルールであったが、実際には名前バンドを装着していない患者Xに鎮静剤を投与している。名前バンドを装着する目的や確認の手順をスタッフが理解して運用する必要がある。 		

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
2	<p>患者Xは腎性貧血のため、ミルセラ注シリンジ50μgの注射が開始されることになった。診察後、患者Xは医師より指示実施記録（注射指示等が入力されている指示書）を受け取り、「指示実施記録」「診察券」を入れたクリアファイルを処置室前のボックス（処置や注射を待つ患者が指示実施記録と診察券を置く所）に入れた。処置室担当看護師が、骨粗鬆症の皮下注射を待っていた患者Yを呼び込むため、処置室の待合室で「Yさんいらっしゃいますか」と呼んだところ、患者Xが「はい」と手を挙げたため、処置室へ案内した。処置室担当看護師は、患者Yの指示実施記録と注射ラベル、患者Yに指示されていたプラリア皮下注射シリンジをもとに6Rの確認を行い、患者Xに「先生より注射の指示が出ているので、腕に打ちますね」と言って皮下注射を行った。その後、患者Xが指示実施記録を見ると自分の名前でないことに気が付き、看護師に「私、Yじゃないわよ」と伝えた。患者誤認により誤った薬剤を投与したことが判明した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・処置室へ患者を呼び込んだ後、患者にフルネームを名乗ってもらい、診察券で氏名を確認することになっていたが、行っていなかった。 ・処置室担当看護師は、外来に配属される前は病棟に勤務していたが、病棟ではバーコード認証で患者確認を行っており、患者に氏名を名乗ってもらわないことがあった。 ・処置室担当看護師は、外来配属1ヶ月目であり、業務に不慣れであった。 ・患者に皮下注射を行う前に、指示実施記録をもとに指示の確認を患者と共にしていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の呼び出し時に別の患者が来る可能性があることを認識し、院内で取り決めされている患者確認マニュアルを遵守した確認を実施する。 ・6Rの確認を指差し呼称で行うことを徹底する。また、実施できているか、チームでモニタリングを行う。実施していないスタッフを見かけた場合は、互いに指導を行う。 ・注射実施時は患者と共に指示実施記録と薬剤を確認する。 ・ローテーション者、産後・病欠後の復職者へは、患者確認と薬剤6Rの確認が実践できるように現場で半日シミュレーション研修を実施する。 ・外来スタッフ全員に対して、患者確認が行えているか外来の医療安全推進部メンバーにより確認を行う。 ・「診察や処置を受ける際には氏名をフルネームで名乗って下さい」と患者へ協力を呼びかける放送を定期的に行う。
<p>専門分析班の議論</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ○患者を呼び込む際には、氏名を呼んで患者が入室した時、正しい患者であるか照合することが必要である。 ○外来の患者はリストバンドを付けておらず、診察券等を受付に出した後は氏名の情報を書いたものを持っていないため、患者に氏名を名乗ってもらい、手元の情報の患者氏名と合っているか照合する必要がある。 ○外来においてもバーコード等で患者を認証するシステムが構築できるとよいが、現状では患者にフルネームを名乗ってもらう方法でもよいだろう。 ○報告された事例の内容には「6Rの確認を行い」とあるが、実際には「正しい患者（Right Patient）」の確認はできていない。具体的に何を見て何を照合するのか意識することが重要である。 ○照合するという意味を理解することが基本であり、原則が理解できていればシミュレーション研修の必要はないと思われる。 			

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
3	<p>患者Xは腰椎腫瘍のため整形外科を受診した。外来担当医師は同日透視下での骨生検を予定した。外来診察後、患者Xは骨生検を受けるために息子と共にX線透視室の前の椅子で順番を待っていた。隣には、神経根ブロックを受ける患者Yが家族と共に座っていた。透視室担当医師が患者Yの名前を呼んだところ、患者Xが呼びかけに応じ透視室に入室した。医師は、患者Xに神経根ブロックを施行した。ブロック中は腹臥位のため患者の顔が見えなかったが、終了時に看護師が患者の顔を見て、骨生検予定の患者Xであることに気付いた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は、透視室に入って来た患者に氏名、生年月日等を言ってもらうことを怠った。 ・患者はオーダ確認票を透視室受付に出しており、患者確認の手持ち資料を持っていなかった。 ・医師が患者Yの名前を呼んだ際に患者Yとその家族から応答はなかった。 ・透視室担当の看護師は、患者を呼び入れた時には他の業務のため不在であった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に氏名、生年月日等を言ってもらって患者確認の原則を徹底する。 ・透視室で受付時にオーダ確認票に代わる手持ち資料を患者に渡すことを検討する。
専門分析班の議論			
<p>○患者名を呼んだ際、患者に家族が付き添っていても間違っ入って来る可能性を念頭に置いておく必要がある。</p> <p>○患者に名乗ってもらうルールがあるにもかかわらず、実施されていないという事例が多数報告されている。患者に名乗ってもらうことは難しいのか、なぜできないのか、現場の声を聴いてはどうか。</p> <p>○患者に名乗ってもらうことができないのであれば、氏名・IDを記載したカードを首に下げてもらい、患者氏名を手元の情報と照合するなど、何か別の方法を検討する必要があるのではないか。</p>			
4	<p>患者Xは右乳房に腫瘤病変があり穿刺吸引細胞診（以下、FNA）を行う予定で受診、患者Yは右乳房の腫瘤に対する精査目的に受診していた。臨床検査技師が患者Xをフルネームで呼んだ際、患者Yが検査室に入って来た。臨床検査技師は患者Yが名乗ったフルネームを超音波検査装置に表示される画面で確認したが、患者Xではないことに気付かなかった。また、臨床検査技師は患者Yに生年月日も言ってもらったが、患者Xではないことに気付かなかった。医師は、FNAを実施する際、患者Xに指摘されている病変がないことに違和感を覚えたが、病変と思しき部位を穿刺した。検査終了後、穿刺後の注意事項を患者に説明する際に臨床検査技師が診察券に記載されている氏名が患者Yであることに気が付いた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者を検査室に呼び入れてから患者の診察券で検査画面を開くことが標準手順であったが、臨床検査技師は遵守しなかった。 ・患者が検査室に入室後、患者にフルネームと生年月日を名乗ってもらい、臨床検査技師が診察券で開いた検査画面で本人確認することが標準手順であったが、臨床検査技師は遵守しなかった。 ・医師は処置前に自分で患者確認を行わず、技師が準備した状態のままFNAを行った。 ・処置前に医師が患者の取り違えがないことを確認することは標準手順となっていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院で規定する患者確認の手順が遵守されないことで起きた警鐘事例として医療安全の委員会で周知した。 ・乳腺外科には、侵襲的な治療を行う前は必ず医師も自分で患者確認を行うことを標準手順とすることを要請した。 ・超音波検査室には、技師は病院で規定する患者確認の手順を遵守し患者の診察券で検査画面を開くことなど、部内ルールも適切に遵守するように指導することを要請した。
専門分析班の議論			
<p>○臨床検査技師は「患者が名乗ったフルネームを画面で確認した」とあるが、実際には画面を見ただけで照合ができておらず、患者間違いに気付くことができなかった。名乗ってもらった氏名と画面を照合することを意識する必要がある。</p> <p>○ルールが守られていない場合は、なぜ守られないのかを検討することが必要であり、ルールを守れと言うだけでは改善は難しい。</p>			

⑦その他の背景・要因

その他の背景・要因を整理して示す。

図表Ⅲ－１－１９ その他の背景・要因

○手順に関すること

- ・気管支鏡検査ではタイムアウトを行っていなかった。
- ・整形外科外来には独自のルールがあり、診察終了後に案内票で患者確認を行っていた。
- ・マニュアルは存在していたが受付方法の記載だけになっており、患者誤認防止の具体的な記載はなかった。
- ・処置前に医師が患者の確認をすることは標準手順となっていなかった。

○照合に用いる情報に関すること

- ・患者はオーダ確認票を透視室受付に出しており、患者確認の手持ち資料を持っていなかった。
- ・外来受付票にはシンチグラムとしか表記されておらず検査の詳細が分からなかった。

○ルールの不遵守に関すること

- ・臨床検査技師は、患者を検査室に呼び入れてから患者の診察券で検査画面を開くことが標準手順であったが、遵守しなかった。
- ・受診票は1名ずつ預かることになっているが、2名同時に預かった。
- ・患者と共に指示実施記録の内容を確認して薬剤を投与するというルールがあったが、自分は間違えないという過信からルールを逸脱していた。

○認証システムのエラー時の対応

- ・内視鏡認証システムでエラーが2回出たにもかかわらず、名字だけを確認し、フルネームを確認しなかった。

○医療者に関すること

- ・看護師は外来に配属されて1ヶ月目であり、業務に不慣れであった。
- ・処置室が混雑していたため早く業務を進めたいと思っていた。
- ・時短勤務者が帰宅するまでに少しでも処置や注射を終わらせようと焦りが生じていた。

○患者に関すること

- ・患者に高度の難聴があり、フルネームで名乗ってもらわなかった。
- ・外来のマイクで患者Xを呼び込んだが、患者Yと家族が聞き間違えて診察室に入って来た。
- ・患者の名字が、「〇〇ヤマ」と「△△ヤマ」で似ていた。
- ・二人の患者は、身長、体形、風貌（白髪）が類似していた。

⑧医療機関から報告された改善策

医療機関から報告された主な改善策を整理して示す。

図表Ⅲ－１－２０ 医療機関から報告された改善策

○照合の徹底
<ul style="list-style-type: none"> ・患者に氏名を名乗ってもらい、画面の氏名と照らし合わせて確認する。 ・検査予約票や検査一覧の手元情報での患者確認、検査内容の確認を徹底して行う。
○照合に用いる情報の見直し
<ul style="list-style-type: none"> ・透視室で受付時にオーダー確認票に代わる手持ち資料を渡すことを検討する。 ・次期システム更新時には、外来受付票にも正しい検査名が表示されるよう検討する。
○ルール・手順の見直し
<ul style="list-style-type: none"> ・診療科、部門のスタッフで外来の眼科処置時のマニュアルを見直す。 ・処置時のタイムアウトにより、確実な患者確認と処置内容の確認を行うようにした。 ・侵襲的な治療を行う前は必ず医師も自分で患者確認を行うことを標準手順とする。 ・整形外科独自の患者確認方法をやめ、院内で決まっている方法で患者確認を行う。
○認証システムのエラー時の対応
<ul style="list-style-type: none"> ・内視鏡認証システムでエラーが出た場合、カルテのフルネームと患者情報が一致しているかを確認する。
○人員体制の強化
<ul style="list-style-type: none"> ・注射や処置をする患者の多い曜日・時間帯に当該外来へのリリーフ体制を整える。
○教育
<ul style="list-style-type: none"> ・外来への異動や産休明けの看護師へ、業務初日に行う外来医療安全オリエンテーションの中に患者確認の内容を追加し実施する。 ・患者確認が正確に実施できていない外来スタッフに正しい患者確認の方法を教育する。
○事例の周知
<ul style="list-style-type: none"> ・病院で規定する患者確認の手順が遵守されないことで起きた警鐘事例として医療安全の委員会で周知した。
○その他
<ul style="list-style-type: none"> ・患者呼び出し時に別の患者が来る可能性があることを認識する。 ・外来周辺的环境を調査し、呼び出しマイクの修繕または音量調整を行う。

2) ヒヤリ・ハット事例

診察室・検査室等に患者を呼び込む際の患者間違いに関するヒヤリ・ハット事例7件について分析した。

①事例の種類

事例に記載された内容から、事例の種類を整理した。

図表Ⅲ－１－２１ 事例の種類

種類		件数	
検査	血液検査	2	4
	心臓カテーテル検査	2	
治療・処置	外来化学療法	2	
診察		1	
合計		7	

②患者の年齢

患者の年齢は60～70歳代が多かった。

図表Ⅲ－１－２２ 患者の年齢

年齢	件数
60歳代	3
70歳代	3
80歳代	1
90歳代	1

※患者の数を複数と選択した事例では、患者の年齢が記載されていない事例がある。

③患者間違いに気付いたタイミング

診察室や検査室に患者を呼び込んだ後、患者間違いに気付いたタイミングを示す。

図表Ⅲ－１－２３ 患者間違いに気付いたタイミング

患者間違いに気付いたタイミング		件数
開始前	入室後	5
	検査・処置の準備中	2
合計		7

④患者間違いに気付いた契機

患者間違いに気付いた契機が記載された事例は4件あり、いずれも患者に名乗ってもらった氏名と伝票等の氏名を照合して間違いに気付いていた。

⑤事例の内容

主な事例と専門分析班の議論の内容を紹介する。

図表Ⅲ－１－２４ 事例の内容

事例の内容	事例の背景要因	改善策
外来治療センターで、抗がん剤の準備ができた患者をベッドに案内するため、看護師は看護助手に患者の基本カードを渡した。看護助手は、待合室で基本カードを見て患者Xの名前を呼び、返事をした患者Yを案内した。ベッドに案内した後、看護師が患者確認をした際、基本カードは患者X、案内した患者はYであり、患者が違うことに気付いた。	<ul style="list-style-type: none"> 看護助手は、患者Xの名前を呼んだ際、患者Yと目が合い、返事をされたので、患者をXだと思い込んだ。 患者氏名を確認しなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者を呼んだ後は、患者が持っている基本カードを提示してもらったうえで、必ず患者本人にも氏名を名乗ってもらう。
専門分析班の議論		
<p>○改善策に「基本カードを提示してもらい、氏名を名乗ってもらう」とあるが、それだけでは照合になっていない。呼び込む医療者が手元に患者氏名の情報を持ち、患者が名乗った氏名または患者が持っている情報の氏名と照合することが基本である。</p> <p>○患者の確認に関わる全ての職員が、患者氏名を照合することの意味を理解することが必要である。</p>		

(4) 診察室・検査室等に患者を搬送する際に発生した事例

診察室等に患者を呼び込む際だけでなく、病棟から診察室等に患者を搬送する際の患者間違いの事例も報告されている。主な事例と専門分析班の議論の内容を紹介する。

図表Ⅲ－１－２５ 事例の内容

No.	報告事例	事例の内容	事例の背景要因	改善策	
1	医療事故情報	<p>外来から病棟へ患者の呼び出しがあり、リーダー看護師Aは看護師Bに患者Xをリウマチ内科外来へ搬送するよう依頼した。看護師Bは、呼ばれたのは先ほどケアをした患者Yだと思い、患者Xと同室の患者Yに声を掛け、車椅子でリウマチ内科外来へ搬送した。外来でクラークが認証システムを使用して患者を確認した際、認証できなかった。このタイミングで、医師から患者を診察室に入れるよう言われ、認証をしないまま患者Yを入室させた。医師は患者の氏名を確認せず、診察した。診察が終了し病棟へ迎えに来よう連絡したところ、病棟では外来受診をしたのが患者Xではないことに気が付いた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 患者出棟時の病棟での患者確認方法が明確でない。 外来での患者認証時にアラートが出た場合の対処方法が周知されていなかった。 医師は、初診患者であるにもかかわらず、患者から氏名を名乗ってもらう院内ルールを実施しなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護部で、患者搬送時の患者確認手順を統一する。 患者のリストバンドによるバーコード認証を、搬送した看護師と搬送先の看護師またはクラークが実施する。 外来医師は、患者自身から氏名を名乗ってもらい診察する。 	
		<p>専門分析班の議論</p>			
		<ul style="list-style-type: none"> ○患者Xの氏名を聞いた看護師Bは、ケアをした患者Yのことが気になっており、頭の中で「患者Yを連れて行く」とすり替わったのではないかと。 ○事例から、記憶に頼るだけでは照合には役に立たないことがわかる。 ○患者の搬送を依頼する際は、患者氏名をメモに書いて渡すなど、照合ができるような工夫をするとよいだろう。 			
2	ヒヤリ・ハット事例	<p>看護師Aは、患者Xが中央放射線受付に呼ばれたというメモをクラークから受け取った。間違えて患者Yを中央放射線受付に連れて行く準備をしているところ、リーダー看護師Bから患者Xが中央放射線受付に呼ばれたと聞いた。患者Xと患者Yの2人が中央放射線受付に呼ばれたと勘違いし、患者Xだけを中央放射線受付に連れて行くべきところ、患者Xと患者Yを連れて行った。中央放射線受付で患者Yのバーコードを読み取った際、予約が入っていないことを知り、患者を間違えていたことに気が付いた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> メモを見た際、氏名の一文目だけを見て患者Yと思い込んでしまった。 リーダー看護師に患者Xが呼ばれたと聞いたときに、2人とも呼ばれたと勘違いした。 	<ul style="list-style-type: none"> メモを受け取った際、声出して氏名の確認を行う。 朝の情報収集時にその日の受け持ち患者の検査を確認し、朝の時点で入っていない検査で呼ばれた際はカルテで確認する。 	
		<p>専門分析班の議論</p>			
		<ul style="list-style-type: none"> ○患者氏名をメモに書いて伝達されたが、正しい患者であるかの照合ができていなかった事例である。 ○医療機関において、事例をもとに照合の重要性を学ぶことができるとよいだろう。 			

(5) 診察室・検査室等に患者を呼び込む際のポイント

専門分析班で議論した内容をもとに、診察室・検査室等に患者を呼び込む際のポイントをまとめた。

- 待合室にいる患者の氏名を呼び、患者が返事をするだけでは患者の照合はできていない。聞き間違いにより別の患者が返事をする可能性があることを認識する必要がある。
- 患者が名乗った氏名と医療者側の手元の情報の患者氏名を照らし合わせる必要がある。
- 医療機関から報告された事例には、「患者を確認する」と記載されていることが多いが、患者からの情報と医療者側の情報を「照合する」という意識が薄いように感じられる。漠然と「確認する」のではなく、どうやって患者氏名を照合するのか、具体的な手順を決めて遵守することが重要である。
- 多くの医療機関では、外来診察室や検査室において、患者は診察券や予約確認票などを受付に出した後に氏名を呼ばれて入室する。この時、患者は自分の氏名を示すものを持っていないため、口頭で氏名を確認することになる。外来患者に氏名・IDを記載したカードを首にかけてもらったり、診察券を携帯してもらったりして、書面を見て照合ができるような仕組みの構築が望まれる。
- コストの問題はあるが、外来でもバーコード認証が導入できると理想的である。
- 事例から、多くの医療機関で「患者に氏名を名乗ってもらう」がルールになっているにもかかわらず、患者に名乗ってもらうことができていない現状が伺われる。ルールが守られていない場合、ルールを守れと言うだけでは改善にはつながらない。なぜルールを守ることができないのか、患者に名乗ってもらうことは難しいことなのか、現場の声を聴いて実情を把握する必要がある。その上で、もし患者に名乗ってもらうことが困難な状況なのであれば、別の方法を検討することが望まれる。
- 同姓同名の患者間違いを防止するため、患者に氏名と生年月日の2つの情報を言ってもらい医療機関もある。同姓同名は患者確認の応用問題であり、まずは患者氏名の照合を確実に行う意味を理解することから始めることが重要である。
- 患者が自分で入室する際だけでなく、病棟から患者を搬送する際にも患者間違いが発生している。診察室・検査室等では、医療者が患者を連れてきた際にも、正しい患者であるか照合する必要がある。

(6) まとめ

本報告書では、患者間違いに関連した事例について、2019年1月～2021年12月に報告された医療事故情報と、2021年7月～12月に報告されたヒヤリ・ハット事例の概要をまとめた。医療事故情報、ヒヤリ・ハット事例ともに発生場所は病室・病棟・スタッフステーションが多く、当事者は看護師、職種経験年数は0～4年が多かった。さらに、事例を事例が発生した状況で分類し、診察室・検査室等に患者を呼び込む際の患者間違いを取り上げて分析を行った。

診察室・検査室等に患者を呼び込む際の患者間違いの分析では、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例について、事例の種類、患者の年齢、間違いに気付いたタイミングなどを整理した。医療事故情報

では、診察や検査・処置が終了した後に間違いに気付いた事例が多く、入室後に患者に氏名を名乗ってもらっていなかった事例や、名乗ってもらったが照合をしていなかった事例が報告されていた。ヒヤリ・ハット事例は、入室後に患者に氏名を名乗ってもらい、伝票等の患者氏名と照合することで間違いに気付いた事例が報告されていた。

診察室・検査室等に患者を呼び込む際には、間違った患者が応答する可能性があることを認識し、入室後に患者と手元の情報が一致しているか照合することが必要である。多くの医療機関では、外来患者はリストバンドを付けておらず、診察券等を受付に提出済みであるため、患者に名乗ってもらう方法をとっているが、書面やバーコードで照合できる仕組みが導入できればより確実である。いずれの方法にしても、患者を確認するとは照合することであるという意味を理解し、医療機関において具体的な手順を決めて遵守することが重要である。

(7) 参考文献

1. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). Never Events. 2019年9月. <https://psnet.ahrq.gov/primer/never-events> (参照2022-1-24).