

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年に患者取り違い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い」(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い」(2012年12月提供)、医療安全情報No.116「与薬時の患者取り違い」(2016年7月提供)など、様々な場面における患者の取り違い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。第68回報告書では、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例の概要を示した。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した。次に、患者にモノを投与する／使用する／渡す際に発生した事例を取り上げ、第69回報告書では薬剤に関する事例、第70回報告書では輸血に関する事例について分析した。本報告書では、画面や紙面上で患者氏名を選択する／設定する際に発生した事例について分析する。

(1) 報告状況

1) 医療事故情報

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。対象とする事例は144件であった。

2) ヒヤリ・ハット事例

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。対象とする事例は86件であった。

(2) 事例の概要

1) 事例が発生した状況の分類

医療事故情報とヒヤリ・ハット事例が発生した状況の分類を示す。本報告書では、患者にモノを投与する／使用する／渡す際に発生した事例を取り上げることとする。

図表Ⅲ－１－１ 事例が発生した状況の分類

状況	件数	
	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例
患者を呼び込む	19	7
患者のベッドサイドへ行く	3	4
患者氏名を伝える／受ける	5	8
患者にモノを投与する／使用する／渡す	93	37
画面や紙面上で患者氏名を選択する／設定する	24	30
合計	144	86

2) 画面や紙面上で患者氏名を選択する／設定する際に発生した事例

画面や紙面上で患者氏名を選択する／設定する際に発生した事例の種類を示す。

図表Ⅲ－１－２ 事例の種類

種類	件数	
	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例
電子カルテ	17	19
モニタ	3	0
検査・治療機器等	2	3
紙面	2	8
合計	24	30

(3) 電子カルテで患者氏名を選択する／設定する際に発生した事例

電子カルテで患者氏名を選択する／設定する際に発生した医療事故情報17件、ヒヤリ・ハット事例19件について分析を行った。なお、分析対象にはPDAに関連した事例も含まれている。

1) 医療事故情報

①発生場所

発生場所は救急外来・救命救急センターが最も多く、次いでICUや手術室が多かった。

図表Ⅲ－１－３ 発生場所

発生場所	件数
救急外来・救命救急センター	5
ICU	4
手術室	3
外来処置室	1
検査室	1
病室	1
放射線撮影室	1
リハビリテーション室	1
合計	17

②関連診療科

関連診療科は救急科・救命救急科が最も多く、次いで心臓血管外科・循環器外科が多かった。

図表Ⅲ－１－４ 関連診療科

関連診療科	件数
救急科・救命救急科	4
心臓血管外科・循環器外科	2
外科、小児外科、整形外科、乳腺外科、眼科、泌尿器科、皮膚科、内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器科	各1

③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。職種経験年数0～4年の医師が8件と多かった。

図表Ⅲ－１－５ 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	15～19年	20年～	
医師	8	3	3	1	0	15
看護師	1	3	1	2	2	9
理学療法士	0	1	0	0	0	1
臨床検査技師	1	0	0	0	0	1

※当事者職種は複数回答が可能である。

④事例の分類

報告された事例を以下のように分類した。患者Xにオーダする際、患者Yの電子カルテでオーダした事例が最も多かった。

図表Ⅲ－１－６ 事例の分類

分類	件数
患者Xにオーダする際、患者Yの電子カルテでオーダした	10
患者Xの情報を患者Yの電子カルテに入力した	5
患者Xの情報を参照する際、患者Yの電子カルテを参照した	2
合計	17

i. 患者Xにオーダする際、患者Yの電子カルテでオーダした事例

患者Xにオーダする際、患者Yの電子カルテでオーダした内容を整理して示す。当事者職種はすべて医師であった。また、報告された事例には、複数の処方・検査のオーダを入力した事例が含まれていた。複数の処方や検査をまとめてオーダする場合、より影響が大きくなる可能性がある。

図表Ⅲ－１－７ オーダした内容

オーダした内容		件数	
処方	注射薬	6	7
	内服薬	1	
検査	血液検査	3	7
	放射線検査	2	
	便培養検査	1	
	PCR検査	1	

※複数の処方・検査のオーダを入力した事例がある。

次に、患者Xにオーダする際、患者Yの電子カルテでオーダしたことによる影響が記載されていた事例について、内容をまとめて示す。

図表Ⅲ－１－８ 患者への影響

オーダした内容		患者への影響
処方	KCL	患者Xのカリウム補正が遅れ、ECUM（限外濾過）による治療を追加した。患者Yは不要なKCLが投与されたが、透析中でカリウム値の上昇はなかった。
		患者Yは不要なKCLを投与され、血清カリウム値が4.0mEq/Lから6.3mEq/Lに上昇したため、GI療法を行った。
検査	PCR検査	患者Xの検体が患者Yのオーダで提出され、患者YはCOVID-19陽性者として他院に入院となった。

ii. 患者Xの情報を患者Yの電子カルテに入力した事例

患者Xの情報を患者Yの電子カルテに入力した事例について、主な事例の概要を整理して示す。

図表Ⅲ－１－９ 事例の概要

入力した情報	当事者職種	内容
写真	看護師	PDAで撮影した患者Xの術野の写真を患者Yのカルテに取り込んだ。
記録	理学療法士	患者Xのリハビリテーション記録を患者Yのカルテに記載した。

iii. 患者Xの情報を参照する際、患者Yの電子カルテを参照した事例

患者Xの情報を参照する際、患者Yの情報を参照した事例について、概要を整理して示す。

図表Ⅲ－１－１０ 事例の概要

参照した情報	当事者職種	内容
検査・処置の内容	医師	患者Xは逆行性尿路造影の予定であったが、患者Yに予定していた尿管ステントを留置した。
眼内レンズの種類	医師	患者Xに、患者Y用に準備した眼内レンズを挿入した。

⑤事例の内容

主な事例の内容と専門分析班の議論を紹介する。

図表Ⅲ－１－１１ 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
患者Xにオーダーする際、患者Yの電子カルテでオーダーした			
1	透析中の患者Xに対し、透析前に血液ガス検査を実施した結果、KCLを投与して補正することになった。投与2時間後、誤って患者YにKCLをオーダーして投与されていたことが判明した。患者Yは透析中のためカリウム値の上昇は見られず、症状やバイタルサインの変化もなかった。また、患者Xへのカリウム補正が遅れ、ECUM（限外濾過）を追加してカリウム補正をすることとなった。	<ul style="list-style-type: none"> ・2名の人工透析患者をICUで治療していた。 ・患者Xの血液検査でカリウム値が低かったため、医師Aは患者Xのベッドサイドの電子カルテ端末で患者Xの電子カルテの検査値を示しながら、隣にいる研修医Bに状態を説明し、KCLをオーダーするように伝えた。 ・研修医Bは患者Xのベッドサイドの別の端末で患者Yのカルテを開いていたが、それに気が付かないままオーダーした。 ・医師Aは研修医Bがオーダーする場面を見ていたが、開いている画面が患者Xのものであることの確認を怠った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・オーダー時には電子カルテ画面の患者氏名を確認する。 ・カリウム補正の実施前にはカリウム値を確認する。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ○研修医のオーダーを上級医が確認するルールがある医療機関もあるが、処方の内容を確認しても、患者氏名までは確認していないことが多い。 ○研修医は、忘れないうちに早く入力しなければいけないという焦りがあったかもしれない。 ○研修医にとっては、薬剤を正確に入力することが重要で、患者氏名の確認まで気が回らなかった可能性がある。 			
2	担当医師は、患者Xに投与するカリウム製剤を、患者Yの氏名でオーダーした。患者Xのカリウム値は2.8mEq/Lであり、合計80mEqの補正オーダーを出したつもりであった。患者Yのカリウム値は4.0mEq/Lであった。担当医師は、カリウム補正の注射処方箋と補正後の検査指示をリーダー看護師に渡した。オーダーを受けたリーダー看護師は、患者Yのカリウム値が4.0mEq/Lであることを確認していたが、連日電解質補正を行っていたと思い込み、予防的に80mEq投与するものと解釈して、指示された電解質補正の順番だけを確認した。指示を受けたリーダー看護師は受け持ち看護師に指示内容を伝えた。受け持ち看護師もカリウム値が4.0mEq/Lであることはわかっていたが、リーダー看護師が担当医師と話をしている様子を見ており、指示は既に確認済みと思い、投与した。担当医師が患者Xの補正後の検査データが出ていないことに気づき、患者間違いが判明した。患者Yのカリウム値は6.3mEq/Lと上昇し、心電図上T波が見られた。GI療法を行い、カリウム値は低下した。	<ul style="list-style-type: none"> ・複数の患者の電子カルテを同時に開いている状況でオーダーしており、間違えやすかった。 ・医師は電子カルテの患者氏名を確認していなかった。 ・オーダーを受けたリーダー看護師は患者Yに投与すると思い込みをしていた。 ・看護師は電解質補正後の予測値が理解できていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・複数の患者のカルテを同時に開いて指示を出さない。 ・カリウム補正に関しては、処方箋のフリーコメントに現在の患者のカリウム値を記載する。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ○改善策に「複数の患者のカルテを同時に開いて指示を出さない」とあるが、複数の患者のカルテを開かないと仕事が回らないという現場の意見もある。 ○複数の患者のカルテを同時に開いていても、オーダー時にはまず患者氏名を確認することで間違いを防ぐことは可能である。 			

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
3	<p>救命センター初療室に搬送された患者Xに対応していた。看護師は、交差血のオーダーと医師のサインが入ったラベルを受け取り、交差血スピッツに患者Xの血液を入れ、ラベルを貼付した。その際、ラベルの名前は「センター〇〇」であったが、初療室には他に患者はいないため、看護師はIDまでは確認せずサインをして輸血室へ提出した。その後、初療室の電子カルテを使用しようとしたところ、現在患者は1人しかいないのに別の患者Yのカルテが開いていた。患者Yは1時間前に死亡しており、氏名は不明のままであったことに気付いた。交差血のオーダーを確認すると患者YのIDになっており、検査の中止を依頼した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 氏名が不明の患者の場合、氏名の表記が「センター〇〇」となり、氏名では確認できない。 初療室にいる患者が1人の場合、ラベルや電子カルテなどはその患者のもので間違いのないと思いついてしまう。 	<ul style="list-style-type: none"> 初療室では、ラベルの氏名が「センター〇〇」と表記されていると、オーダー入力間違いや患者間違いの可能性があることから、IDの確認をすべての状況（オーダー時、採血時、ラベル貼付時、輸血室提出時）で実施する。 初療室に患者が1人のみであっても、そこにあったラベルが本人のものと思いついてしまわない。
	<p>専門分析班の議論</p> <p>○初療室に患者が1人しかいないので、その患者の電子カルテが開かれていると思いついてオーダー入力した事例である。輸血の事例でも同様に、手術を1件しか行っていないのでその患者の輸血用血液製剤と思いついてしまった事例が報告されていた。患者が1人しかいない時に患者の照合を省略してよいわけではなく、その患者のモノであるか確認することはどんな状況においても必要である。</p> <p>○救急外来では、検査一式をオーダーしてラベルを発行しても、実際には提出しない検査があり、使用しなかったラベルが残っていることがあるため、そこにあったラベルが当該患者のものであるとは限らないことを認識する必要がある。</p>		
<p>患者Xの情報を患者Yの電子カルテに入力した</p>			
4	<p>患者Xの手術中、医師は外回り看護師にPDAによる術野の撮影を依頼した。外回り看護師は、撮影前にPDAに患者IDを入力する際に別の患者YのIDを手入力した。そのため、撮影した画像が患者Yのカルテに取り込まれた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 外回り看護師は、同室で予定されている2例目の手術の担当でもあり、1例目の患者Xの手術中に2例目の患者Yのカルテを開いて情報収集等を行っていた。 PDAへの患者ID入力には患者バーコードを読み取るルールであるが、カルテを展開していた2例目の患者IDを手入力した。 	<ul style="list-style-type: none"> 同時に複数の患者カルテを開かない。 PDAへの患者ID入力はバーコード読み取りというルールを厳守する。
	<p>専門分析班の議論</p> <p>○PDAで患者を選択する際、ルールではバーコードを読み取ることになっていても、IDを手入力することもできるので、実際にはルールが守られていないのではないか。どの方法で行っているのか院内の実態を把握する必要がある。</p> <p>○手術中は、患者のリストバンドのバーコードを読み取ることが困難な場合がある。バーコードを読み取ることがルールとされていると、バーコード読み取りのマニュアルはあるが、それができない時のためのマニュアルや手順は考えられていないのではないか。</p>		

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
患者Xの情報を参照する際、患者Yの電子カルテを参照した			
5	患者Xは左腎盂形成術の術前評価として、外来で逆行性尿路造影が予定されていた。医師Aは、検査実施前に透視室の外にある電子カルテで検査内容を確認した。その際、電子カルテの画面は医師Bが開いた患者Yのものであった。医師Aは、患者Yの電子カルテを参照して尿管ステント挿入術を行うと認識し、患者Xに尿管ステントを挿入した。検査終了後、電子カルテに記録する際に、別の患者のカルテを参照していたことに気付いた。患者Xに尿管ステントを誤って留置したことを説明し、膀胱検査室で不要な尿管ステントを抜去した。	<ul style="list-style-type: none"> ・医師Aは別の医師Bが開いた電子カルテを使用しており、かつ、電子カルテにおける患者確認が不十分であった。 ・逆行性尿路造影の際は、検査結果によりステントの挿入を決定することがあり、画一的なタイムアウトでは今回のような事例は防ぐことが困難である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・電子カルテの患者氏名の確認を徹底する。 ・タイムアウトを見直し、実施可能性のある手技を含めて確認する。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ○電子カルテを見終わったら閉じることを徹底する必要がある。電子カルテを一定時間操作せずに経過すると、パスワードを入れないと再開できないように設定している医療機関もある。 ○手術以外の検査・処置でもタイムアウトを導入されている点はよいが、検査結果により処置の内容が決まる場合、実施する処置等の内容をどのように確認するかが課題である。 			

⑥事例の背景・要因

事例に記載された内容から、主な背景・要因を示す。「別の患者の電子カルテが開かれていることに気付かなかった」が6件と最も多かった。

図表Ⅲ－１－１２ 事例の背景・要因

要因	件数
別の患者の電子カルテが開かれていることに気付かなかった	6
複数の患者の電子カルテを同時に開いていた	3
電子カルテ上の患者リストの中から別の患者を選択した	2
電子カルテに別の患者のIDを入力して患者を選択した	2
電子カルテ上の部屋番号で患者を選択し、氏名・IDを確認しなかった	1
不明	3
合計	17

⑦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－１－１３ 医療機関から報告された改善策

○電子カルテ使用時のルールに関すること
<ul style="list-style-type: none"> ・複数の患者のカルテは同時に開かない。(複数報告あり) ・患者に装着されているリストバンドのバーコードを読み取って電子カルテを開く。(複数報告あり) ・ICUのベッドサイドの端末ではそのベッドの患者以外の電子カルテは開かないというルールを徹底する。 ・使用後のログアウト操作を徹底する。 ・自分のIDでログインする。
○確認に関すること
<ul style="list-style-type: none"> ・電子カルテの患者氏名を確認してから入力する。 ・医師は、検査オーダー入力前、入力後、帳票の出力時や看護師へ手渡す前に患者氏名が正しいか確認する。 ・看護師は、検査用紙を受け取る時に、患者氏名と検査内容を医師と確認する。
○その他
<ul style="list-style-type: none"> ・初療室の患者が1人のみであっても、そこにあったラベルがその患者のものと思えない。 ・誤ったデータを送信した場合の対応手順を見直す。

参考として、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)²⁾ではオーダー入力する際の患者間違いの事例を取り上げ、事例が発生した医療機関の取り組みとして、「オーダー入力する際は、その都度電子カルテの患者氏名を確認する。」「電子カルテは、一定の時間で自動的にログオフになる設定にする。」を紹介している。

2) ヒヤリ・ハット事例

①発生場所

発生場所は、救急外来・救命救急センター、手術室が多かった。

図表Ⅲ－１－１４ 発生場所

発生場所	件数
救急外来・救命救急センター	4
手術室	4
ナースステーション	3
外来処置室・外来診察室	2
検査室	2
ICU	1
新生児室	1
中央採血室	1
病室	1
合計	19

②事例の分類

報告された事例を以下のように分類した。患者Xにオーダする際、患者Yの電子カルテでオーダした事例が最も多かった。また、医療事故情報では報告がなかった「患者Xの書類を発行する際、患者Yの電子カルテで発行した事例」が3件あった。

図表Ⅲ－１－１５ 事例の分類

分類	件数
患者Xにオーダする際、患者Yの電子カルテでオーダした	10
患者Xの情報を患者Yの電子カルテに入力した	7
患者Xの情報を参照する際、患者Yの電子カルテを参照した	0
患者Xの書類を発行する際、患者Yの電子カルテで発行した	3

※オーダと情報の入力を行った事例がある。

i. 患者Xにオーダする際、患者Yの電子カルテでオーダした事例

オーダした内容は検査が6件と最も多く、次いで処方が多かった。

図表Ⅲ－１－１６ オーダした内容

オーダした内容	件数
検査	6
処方	3
ICU入室指示	1
手術申込	1
他科受診予約	1

※複数の種類のオーダを入力した事例がある。

ii. 患者Xの情報を患者Yの電子カルテに入力した事例

入力した情報の内容を整理して示す。

図表Ⅲ－１－１７ 入力した情報の内容

入力した情報	内容	件数	
診療記録等	診療記録	2	5
	処置記録	1	
	出生記録	1	
	看護師から医師への依頼	1	
データ	体重	1	2
	血糖値	1	

iii. 患者Xの書類を発行する際、患者Yの電子カルテで発行した事例

発行した書類は、術中麻薬指示書が2件、麻酔・手術申込票が1件であった。

③発見者

発見者は、オーダの事例では他職種者、情報の入力事例では当事者が多かった。

図表Ⅲ－１－１８ 発見者

分類	発見者				合計
	当事者	同職種者	他職種者	患者	
オーダ	1	0	8	1	10
情報の入力	4	1	1	0	6
書類の発行	0	1	2	0	3

※オーダと情報の入力の両方を行った事例は、オーダを確認したことにより間違いを発見した。

④間違いを発見した契機

間違いを発見した契機を、事例の分類ごとに整理して示す。

図表Ⅲ－１－１９ 間違いを発見した契機

分類	発見者	間違いを発見した契機
オーダ	当事者	・医師がオーダ入力直後に間違いに気付いた。
	他職種者	・臨床検査技師が検体ラベルの患者名が違うことに気付いた。(複数報告あり) ・医師事務作業補助者が処方オーダの患者氏名が違うことに気付いた。 ・ICU看護師がICU入室指示の患者氏名が違うことに気付いた。 ・看護師が2つの識別子で確認し、別の患者の電子カルテでオーダされたことに気付いた。 ・手術室のリーダー看護師が、手術予定に入力された患者の電子カルテの記載内容を確認し、手術の予定がない別の患者であることに気付いた。
	患者	・患者が他科受診について聞いていないと言った。
情報の入力	当事者	・看護師は、血糖値を入力した直後に別の患者の電子カルテであることに気付いた。 ・医師は、診察中に別の患者の電子カルテを開いていたことに気付いた。 ・助産師は、電子カルテを閉じた時、別の患者の電子カルテに出生記録を登録したことに気付いた。 ・看護師が医師に指示を依頼する記載を入力し、その後医師から指示が出たのを見て、看護師は別の患者の電子カルテに依頼を記載していたことに気付いた。
	同職種者	・他の看護師が、患者の体重が前日より12.6kg減っていることに気付いた。
	他職種者	・看護師が処置の記録を入力して保存した後、医師から別の患者の電子カルテであると指摘された。
書類の発行	同職種者	・看護師が麻酔・手術申込票を印刷し、別の看護師に渡した際に患者氏名が違うと指摘された。
	他職種者	・薬剤師が術中麻薬指示書を印刷し、看護師が麻薬処方箋と照合したところ、患者氏名が違うことに気付いた。

⑤事例の内容

主なヒヤリ・ハット事例の内容と専門分析班の議論を紹介する。

図表Ⅲ－１－２０ 事例の内容

No.	事例の内容	事例の背景要因	改善策
患者Xにオーダーする際、患者Yの電子カルテでオーダーした			
1	発熱とSpO ₂ 低下で救急搬送された患者Xに尿検査の指示が出た。患者Xは膀胱留置カテーテル挿入中であり、看護師は尿を採取し提出した。その後、検査科より、検査しようとしたが何度やっても検査ができないと連絡があり、検体には患者Yのラベルが貼られていたことがわかった。研修医に確認すると、誤って患者Yに尿検査をオーダー入力したが、すぐに取り消したことがわかった。患者間違いであったことを検査科に説明し、患者Xのオーダーで検査が実施された。	<ul style="list-style-type: none"> 患者Yのラベルが発行された時、深夜勤務の看護師Aは、患者Yは尿検査ができるような状態でなかったため、患者Xのオーダーだと思い込み、ラベルの氏名を確認せずに検査準備のトレイに入れた。 超過勤務していた準夜勤務の看護師Bも、氏名を確認せずに患者Yのラベルを検体に貼り、そのまま提出した。 研修医は、間違っただけで患者Yの氏名でオーダーしたが、すぐに取り消したので、ラベルは発行されていないと思っていた。 患者Yの状態が悪く、救急外来は煩雑な状況であった。 	<ul style="list-style-type: none"> 忙しい時こそ、思い込みで動かさず、準備の際、検体を採取する際、提出する際にしっかりラベルの氏名を確認するよう指導した。 研修医に、誤って入力するとラベルが発行されてしまうことを教えて、間違っただけの場合は、スタッフに報告するよう指導する。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ○誤った患者のオーダーを取り消したが、オーダーを入力した時点でラベルが発行されていたため、別の患者名で検体が提出された事例である。 ○患者から離れた場所で検体にラベルを貼る場合は、ラベルがその検体と合っているか照合することは難しい。 			
2	コロナ当番の救急外来に、10歳の患者Xが本人のみ来院した。医師は、診察を開始した際に、救急患者一覧に受診患者の表示がないため、氏名をかなで検索した。同姓同名の9歳の患者Yが1名のみ検索されたため、受診患者Xと勘違いし、カルテ記載、検査オーダーを行った。看護師が指示を確認しようとして、2つの識別子による患者認証を行ったところオーダーがなかったため、別の患者に指示を入力した可能性があると考え、再度、2つの識別子を用いて確認したところ、間違いが判明した。検査オーダーを修正し、患者Xの検体を提出した。	<ul style="list-style-type: none"> 【患者X】○○□□10歳、【患者Y】○○△△9歳であり、同姓で、名は漢字が違うが読みが同じなため、かな表記では同じ氏名となっていた。 患者Xの氏名をかな検索した結果、1名のみ該当して表示され、年齢も近いことから、思い込みで診察を開始し、患者Yのカルテでオーダーを発行した。 患者確認の基本である、2つの識別子による確認をしていなかった。 医師は日常的に患者の氏名だけで確認をしている可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 救急患者においては、患者氏名だけでなく、生年月日も確認し、診療を開始することが必要である。 基本ルールである2つの識別子での患者確認を実施する。またその習慣を持つことが大切である。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ○救急外来では、患者のみが診察室や処置室に入り、家族は手続き等を行っているため患者の近くにいないことはよくある。 ○同姓同名の患者間違いを防ぐことは、救急の場面では特に難しいが、本事例では2つの識別子を確認することにより早期に間違いに気付くことができた。 			

No.	事例の内容	事例の背景要因	改善策
患者Xの情報を患者Yの電子カルテに入力した			
3	看護師は、スマートデバイスを使って患者Xの体重を患者Yのカルテに入力した。翌日、他の看護師が、患者Yの体重が12.6kg減っていることに気付き、入力間違いが判明した。その後、カルテの入力を修正した。誤って入力した体重による医師からの指示はなかった。	・スマートデバイスで患者Yのカルテを開いていたが、患者Xのカルテを開いていると思い込み、患者氏名を確認せず、体重を入力した。	・スマートデバイスから患者の情報を入力した後は、患者のカルテを開いたままにしない。 ・スマートデバイスでバーコード認証による実施入力を行った後に観察項目を入力する。
専門分析班の議論			
○患者の情報を入力する際は、その患者の画面を開いているか確認する必要がある。 ○スマートデバイス、PDA等を使用する際は、電子カルテと同様に患者間違いが起こり得ることに注意が必要である。			

3) 電子カルテで患者氏名を選択する／設定する際のポイント

専門分析班で議論した内容をもとに、電子カルテで患者氏名を選択する／設定する際のポイントをまとめた。

- 電子カルテやPDAなどで患者を選択する方法には、バーコードを読み取る、患者リストから選ぶ、IDを手入力するなど、様々な方法がある。部署や場面によって、どの方法で行うかルールが定められている医療機関もあるが、報告された事例から、現場では必ずしもその通りの方法で行われていない現状が伺われる。医療機関内で実際にはどの方法で行われているのか把握する必要がある。
- 電子カルテやPDAなどで患者を選択する際、ルールで決められた方法についてはマニュアルや手順が整備されているが、ルール通りの方法でできない場合の手順は示されていないことが多く、間違いが発生する背景・要因となっている可能性がある。
- 電子カルテ使用時は、どんな方法で患者を選択しても、電子カルテを開いたら患者氏名を見て、意図した患者のカルテであるか確認することが必要である。
- 複数の患者の電子カルテを同時に開かないことを改善策に挙げている事例が報告されている。しかし、1つのカルテしか開けないシステムであっても、別の患者のカルテが開かれていることに気付かなかった事例が報告されていることから、オーダーを入力をする前に患者氏名を確認することは必要である。
- ICUなどでベッド毎に電子カルテ端末が配置されている場合は、その患者以外のカルテは開かないというルールにしている医療機関もある。しかし、他の患者のカルテを開くこともシステム上は可能であり、ベッドサイドで開いているカルテが必ずしもその患者のものではない可能性があることを認識する必要がある。
- 電子カルテ使用後はログオフすることが重要である。電子カルテを開いたまま一定時間操作せずに経過すると、パスワードを入れないと再開できないように設定している医療機関もある。
- ヒヤリ・ハット事例では、オーダーの事例は他職種者、情報の入力の事例は当事者が発見した事例の報告が多かった。オーダーに疑問がある場合は医師に確認すること、電子カルテに入力する際は

登録する前に患者氏名を確認することも、間違った患者に実施することを防ぐために有用である。

(4) その他の事例

その他の主な事例を紹介する。

1) 医療事故情報

図表Ⅲ－1－21 事例の内容（医療事故情報）

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
検査・治療機器等			
1	眼科外来で、黄斑円孔の患者Xを診察し、IOLマスターで眼内レンズの度数を計算した。その後、硝子体白内障手術を施行した。術後の再診時に、屈折が予定よりもかなり遠視になっていたため調査したところ、外来で眼内レンズを計算する際に、同日に受診した別の患者Yのデータを用いて作成していたことが判明した。黄斑円孔のため術後視力は数ヶ月経過観察を要するが、今後の経過によっては再手術を行う予定である。	<ul style="list-style-type: none"> 計算機器のタッチパネルの患者リストから患者Xを選択する際、同日受診した患者Yを誤ってタップして選択した。 	<ul style="list-style-type: none"> 測定・レンズ計算時の患者選択は、バーコードリーダーを使用する。 手順書を整備する。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ○バーコードリーダーによる患者選択は、患者がその場にいれば可能だが、診察終了後などで患者がいない場面では難しいのではないか。 ○バーコードリーダーを使用するルールがあっても、バーコードの読み取りがうまくいかない場合は、タッチパネルやIDの手入力など、別の方法で患者の画面を開く状況が発生し得る。 ○どの方法で患者を選択しても、画面を開いたら氏名を確認することが基本である。 			
モニタ			
2	看護師は、患者Xに心電図モニタの送信機を装着した。セントラルモニタに入床入力する際、誤って中断中の患者Yの画面に患者Xの氏名を入力した。その後、患者Yも送信機を再装着した。患者Xの送信機装着から約6時間後、セントラルモニタ上の患者Xの氏名が表示されている画面のモニタリング波形は患者Yのものであることに気付いた。	<ul style="list-style-type: none"> ・セントラルモニタに入床入力する際、中断中の画面に患者Xの氏名を入力した。 ・入床入力後、セントラルモニタ上の波形が患者Xの波形であるか確認しなかった。 ・入床入力後、モニタ上に表示される送信機の番号と一致しているか確認しなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・セントラルモニタに入床入力する際は、退床中の画面に入力する。 ・入床入力後は、入力内容に間違いがないか、画面を見ながらダブルチェックする。
専門分析班の議論			
<ul style="list-style-type: none"> ○病室にいる患者の波形がスタッフステーションのセントラルモニタに正しく出ているか、モニタ画面の波形を見て確認することは手間がかかり、看護師1名で行うのは難しい。 ○入床入力の際、送信機の番号をセントラルモニタに正しく入力したか確認することが必要である。 			

2) ヒヤリ・ハット事例

図表Ⅲ－1－22 事例の内容（ヒヤリ・ハット事例）

No.	事例の内容	事例の背景要因	改善策
検査・治療機器等			
1	看護師Aは、救急外来を受診した患者Xの12誘導心電図検査を行う際、前に検査した患者YのIDのまま施行した。確定前に看護師Bが患者の氏名が違うことに気づき、データ送信はされなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 患者Xの12誘導心電図検査をする際、患者IDの読み取りが正しくできていなかった。 心電図検査機器に前の患者YのIDが残ったままになっていた。 看護師Aは、心電図検査機器に表示された患者の氏名やIDなどに間違いがないか、検査開始前に確認ができていなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 12誘導心電図検査を行う際は、必ず検査開始前に患者にフルネームで名乗ってもらい、診療予定表などとも照らし合わせて画面に表示されている患者名やIDに間違いがないか確認する。
専門分析班の議論			
○患者IDの読み取りがうまくいかない場合、検査機器に残っている前の患者のIDが表示されたままになるシステムは、データの患者間違いにつながりやすい。読み取りができないとIDが表示されない等の仕組みがあるとよいのではないか。			
その他			
2	薬剤師は、病棟看護師より、「うがい薬の内容は合っているが、ラベルの患者氏名が違う。」と電話を受けた。すぐに病棟に行き確認したところ、水剤ボトルに貼っているラベルの患者ID及び患者氏名が間違っていた。薬剤師2名で確認後、正しいラベルのものに交換し、当該病棟へ搬送した。	<ul style="list-style-type: none"> ラベルを作成する際、ラベル発行プリンタに入力する患者IDを誤った。 作成したラベルの確認を怠った。 鑑査者も間違いに気付かず、そのまま病棟に払い出した。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者ID入力時は、慎重に確認する。 入力後は指差し確認等をして再確認することとした。
専門分析班の議論			
<p>○調製者と鑑査者による薬剤師同士の確認で間違いが発見できず、他職種である看護師により発見されることもある。</p> <p>○薬剤師は、薬剤の内容や用法・用量など、確認する項目が多数ある中で、ラベルの患者氏名の確認が抜けてしまったようである。</p>			

(5) まとめ

本報告書では、患者間違いに関連した事例のうち、画面や紙面上で患者氏名を選択する／設定する際に発生した事例を取り上げ、そのうち電子カルテ使用時に発生した事例について分析し、その他の主な事例を紹介した。医療事故情報については、事例の発生場所や関連診療科などの概要を整理した。さらに、患者Xにオーダする際、患者Yの電子カルテでオーダした事例、患者Xの情報を患者Yの電子カルテに入力した事例、患者Xの情報を参照する際、患者Yの電子カルテを参照した事例に分類し、主な事例を紹介した。ヒヤリ・ハット事例については、発見者、発見した契機などを整理して示し、事例を分類して主な事例を紹介した。

医療事故情報では、発生場所は救急外来・救命救急センターやICUが多かった。これらの部署では患者のベッドサイドで電子カルテを開いていることが多いため、画面上の患者氏名の確認が疎かになることがあるが、ベッドサイドで開いている電子カルテがその患者のものではない可能性があることを認識する必要がある。また、事例の分類ではオーダする際に発生した事例が多く、当事者は職種経験年数0～4年の医師が多かったことから、研修医などの教育が重要である。電子カルテを開いた際や、オーダや情報を入力する際は、患者氏名を見て、意図した患者のカルテであるか確認することが必要である。

ヒヤリ・ハット事例では、オーダの事例は他職種者、情報の入力の実例は当事者が発見した事例の報告が多かった。オーダに疑問がある場合は医師に確認すること、電子カルテに入力する際は登録する前に患者氏名を確認することも、間違っただま実施することを防ぐために有用である。

第68回報告書から4回の報告書にわたり患者間違いに関連した事例を取り上げ、事例が発生した状況ごとに分析し、専門分析班の議論をもとにポイントを示した。患者間違いの防止は医療に関わる全ての職種に求められており、患者氏名を照合することが重要である。これらの分析を医療機関における教育やマニュアル作成などにご活用いただきたい。

(6) 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2022-10-02).
2. 公益財団法人 日本医療機能評価機構. 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. https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_154.pdf (参照2022-10-02).