

【2】電話での呼び出し時に職員間で患者を取り違えた事例

入院中の患者に放射線検査や外来診察室での処置などを行う際、患者を呼び出すために病棟などに電話で連絡することがある。電話でのやり取りは音声だけの情報となるため、電話をかけた側が別の患者の情報を誤って伝えたり、電話を受けた側が聞き間違えて別の患者だと誤認したりする可能性がある。

本事業には、患者取り違えの事例が多数報告されており、その多くは様々な場面において患者を特定する確認が不十分であったことから発生していた。その結果、患者を取り違えて必要のない診察や検査などを行った事例について、以下の医療安全情報で注意喚起を行っている。

〈参考〉患者氏名の確認が不十分であった事例に関する医療安全情報^{1)～4)}

No.	タイトル	提供年月	取り上げた内容
25	診察時の患者取り違え	2008年12月	外来診察の際、口頭で行った患者氏名の確認が不十分であったため、患者を取り違えた事例
73	放射線検査での患者取り違え	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、患者を取り違えて検査が行われた事例
116	与薬時の患者取り違え	2016年7月	与薬時、患者氏名の確認が不十分であったため、患者を取り違えた事例
195	照合の未実施による 誤った患者への検査・処置	2023年2月	患者を呼び込んだ際に、患者に氏名等を言ってもらったにもかかわらず、医療者が手元の情報と照合しなかったため、誤った患者に検査や治療・処置を実施した事例

また、報告書の分析テーマでは、第68回報告書（2022年3月公表）～第71回報告書（2022年12月公表）の4回に渡り、「患者間違いに関連した事例」を取り上げ、医療事故情報とヒヤリ・ハット事例を統合して多岐にわたる場面での患者間違いの事例について分析を行った。このうち第68回報告書では、診察室・検査室に患者を呼び込む際に発生した事例を取り上げた。

今回、本報告書の分析対象期間（2025年1月～6月）に、医師が電話で、入院中の患者Xの内診の指示を看護師に伝えたところ、看護師が患者Yであると誤認して準備し、医師が患者間違いに気付かず診察した事例が報告された。そこで、電話での呼び出し時に職員間で患者を取り違えた事例を過去に遡って検索し、分析を行った。本分析では、呼び出した患者を患者X、取り違えた患者を患者Yとして記載する。

(1) 報告状況

1) 対象とする事例

2019年1月～2025年6月に報告された医療事故情報の中から、①キーワードに「患者A、患者B」を含み「電話、呼び出し、呼出し、連絡」のいずれかを含む事例、②キーワードに「患者X、患者Y」を含み「電話、呼び出し、呼出し、連絡」のいずれかを含む事例、③「患者間違、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」のいずれかを含み「電話、呼び出し、呼出し、連絡」のいずれかを含む事例を検索し、電話での呼び出し時に職員間で患者を取り違えた事例を対象とした。

2) 報告件数

2019年1月～2025年6月に報告された事例のうち、対象とする事例は7件であった。

図表Ⅲ－２－１ 報告件数

報告年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 (1月～6月)	合計
件数	1	0	1	1	0	3	1	7

(2) 事例の概要

1) 電話の内容

電話の内容として、呼び出した場所や目的、電話をかけた人と受けた人を整理して示す。報告された事例7件の患者の区分は、入院が6件、外来が1件であった。

図表Ⅲ－２－２ 電話の内容

呼び出した場所	呼び出した目的	電話をかけた人	電話を受けた人
手術室	手術	手術室看護師	病棟看護師
口腔外科外来	術前の周術期口腔ケア	歯科衛生士	
耳鼻科外来	嚥下機能評価検査	外来看護師	
産婦人科病棟処置室	内診	患者Xの受け持ち医師	
リハビリテーションセンター	リハビリテーション	リハビリテーションセンター看護師	
放射線部	MRI検査	診療放射線技師	外来急患室看護師
	造影CT検査		

2) 呼び出した患者Xと取り違えた患者Yの情報

報告された事例の記載内容から把握できた患者Xと患者Yの情報を整理した。患者Xと患者Yの氏名が類似していたと記載のあった事例は4件あった。

図表Ⅲ－２－３ 呼び出した患者Xと取り違えた患者Yの情報

呼び出した目的	呼び出した患者X		取り違えた患者Y		患者Xと患者Yの 氏名の類似
	年齢	性別	年齢	性別	
手術	60歳代	男性	10歳代	女性	同姓
術前の周術期口腔ケア	—	—	60歳代	女性	姓が一文字違いで 名が同じ
嚥下機能評価検査	—	—	70歳代	男性	同姓
内診	—	女性	50歳代	女性	—
リハビリテーション	80歳代	男性	90歳代	男性	漢字違いの同姓同名
MRI検査	100歳代	男性	90歳代	男性	—
造影CT検査	—	—	80歳代	男性	—

※報告された事例から把握できた情報をまとめた。

(3) 事例の分析

1) 電話をかけた側と電話を受けた側の対応

詳細不明の1件を除き、電話をかけた側と電話を受けた側の対応を整理し、報告された内容を実際のやり取りのように改変して示す。電話をかけた側が患者を間違えて呼び出した事例はなく、全て電話を受けた側が別の患者だと誤認した事例であった。電話を受けた際、復唱したが確認になっていなかった事例が3件、復唱しなかった事例が2件であった。また、電話を受けた際に「メモを取った」と記載された事例はなかった。

図表Ⅲ－２－４ 電話をかけた側と電話を受けた側の対応

電話をかけた側の対応	電話を受けた側の対応
復唱したが確認になっていなかった事例	
歯科衛生士	病棟看護師
患者Xさん、口腔外科外来に来てください。	→ 姓が一字違いで名前が同じ患者Yだと認識した。
酷似した名前の患者がいることを知らなかった。	← 患者Yさんですね。
はい。	
リハビリテーションセンターの看護師	病棟看護師
患者Xさん、リハビリテーションセンターに来てください。	→ 以前からリハビリテーションを受けている患者Yと思った。同姓同名の患者がいるためID番号を確認しようと思った。
同姓同名の患者がいることを知らなかった。 フルネームが合っていたので、ID番号は確認しなかった。	← 患者Yさん、ID番号〇〇の方ですね。
そうです。	
医師	病棟看護師
患者Xさんの内診を行います。	→ 患者Xの氏名を復唱したつもりで…
返事をしなかった。	← 患者Yさんですね。
	→ 患者Yで正しいと思った。
復唱しなかった事例	
手術室看護師	病棟看護師
患者Xさん、手術室に来てください。	→ 同じ日に手術の予定がある同姓の患者Yと聞き間違えた。
	電話の内容をメモに取らず、復唱もしなかった。
診療放射線技師	病棟看護師
患者XさんをMRI検査室に搬送してください。	→ 患者Yだと思い込んだ。
	患者氏名や検査内容などをメモに取らず、復唱もしなかった。
復唱について記載がない事例	
外来看護師	A病棟の看護師
患者XがB病棟に転棟したことを知らず、A病棟に いると思っていた。	
患者Xさん、耳鼻科外来に来てください。	→ A病棟に入院している同姓の患者Yだと思った。

2) 取り違えた患者への検査・処置の実施の有無

誤って呼び出した場所に行った患者Yに患者Xの検査・処置を実施したかどうかを整理した。患者Xではないことに気付かず、患者Yに患者Xの検査や処置を行った事例が5件あった。

図表Ⅲ－２－５ 取り違えた患者への検査・処置の実施の有無

取り違えた患者への検査・処置の実施の有無	件数
患者Yに患者Xの検査・処置を行った	5
患者Yに患者Xの検査・処置を行う前に、患者が違うことに気付いた	2
合計	7

次に、患者Yに患者Xの検査・処置を行った事例5件について分析した。

①患者確認を行わなかった状況

呼び出した場所で患者確認を行わなかった状況を整理した。病棟・外来の看護師または看護補助者が患者を搬送または案内した事例が4件あった。また、本来行うことになっていた患者確認の手順があっても実施されていなかった事例が多かった。電話をかけた先の病棟や外来から患者が来室したことから、患者確認が疎かになった可能性がある。

図表Ⅲ－２－６ 患者確認を行わなかった状況

呼び出した場所	呼び出した場所への移動および到着時の状況	本来行うことになっていた患者確認の手順	患者確認を行わなかった状況
口腔外科外来	- 患者Yは、一人で外来に行った。 - 患者Yは、受付で自分の名前を伝えた。	2種以上の情報（氏名、生年月日、リストバンド）で患者確認をする。	歯科衛生士は、2種の情報で確認しなかった。（詳細記載なし）
耳鼻科外来	病棟の看護補助者が、患者Yを車椅子で搬送した。	患者が名乗ったフルネームや、リストバンドを用いて確認する。	外来看護師や医師は、患者Yの意識が不明瞭でフルネームの確認ができなかったが、リストバンドを用いた確認もしなかった。（詳細記載なし）
病棟処置室	- 患者Yの担当看護師は、内診を行う病棟処置室に案内した。 - 看護師は、医師に患者Yの内診準備ができたことを伝えた。	内診前に医師と看護師で患者確認を行う。	医師は看護師が患者を確認しているはずだと思っており、診察前に患者確認を行う認識がなかった。
MRI検査室	- 患者Yの担当看護師と看護補助者は、患者Yをベッドで搬送した。 - 担当看護師は、MRI検査室の診療放射線技師に「Yさんです」と伝え、MRI検査室内でのベッド移乗時も「Yさん」と声をかけた。	- 患者に氏名を名乗ってもらう。 - 名乗れない場合はリストバンドで確認する。	患者は意思疎通が図れなかったため、診療放射線技師はリストバンドで確認しようとしたが、リストバンドが患者のベッドの足元に貼ってあることに気付かず、確認しなかった。
CT検査室	外来看護師は、患者YをCT検査室に案内した。	検査前に患者に名乗ってもらうと患者の氏名を確認する。	診療放射線技師は患者Yを患者Xだと思い込んでいたため、患者Yに名乗ってもらわなかった。

②患者を取り違えたことに気付いた契機

患者Yに患者Xの検査・処置を行った事例5件のうち、患者を取り違えたことに気付いた契機が記載されていた4件の内容を示す。

図表Ⅲ－２－７ 患者を取り違えたことに気付いた契機

気付いた場所	患者を取り違えたことに気付いた契機
病棟	・病棟看護師が、口腔外科外来受診の予約がある患者Xの呼び出しがないことから確認し、誤って患者Yを受診させたことに気付いた。
病棟	・A病棟の患者Yに対し、誤ってB病棟の患者Xの嚥下機能評価の検査を行った後、画像の登録は、患者Yのリストバンドを使用して読み込んだため、患者Yの主治医がオーダーしていない耳鼻科の画像が画像検査一覧に登録されていることに気付いた。 ・B病棟の患者Xに嚥下機能評価の検査を行ったと思っていた耳鼻科医師は、検査結果をもとに患者Xの電子カルテに「経口摂取可能、ソフトゼリーから開始、翌朝からとろみ水、内服再開」の指示を入力した。翌朝、患者Xが経口摂取した際にむせがあり、その後、前日の嚥下機能評価の検査結果が患者Xの結果ではないことがわかった。
病棟処置室	・医師は誤って患者Yに内診した後、患者Xだと思って「明日から放射線治療ですね」と声をかけたところ、内診した患者が首をかしげたため、氏名を確認した。
CT検査室	・誤って患者Yに患者Xの造影CT検査を実施した30分後、外来急患室から「患者XのCT検査はまだか」と問い合わせがあり、診療放射線技師が30分前に撮影した画像を確認した。

(4) 事例の内容

主な事例を紹介する。

図表Ⅲ－２－８ 事例の内容

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
1	手術を受ける患者Xと、抗がん剤治療を予定している患者Yが同じ病棟に入院していた。両者は姓が一文字違いで名前が同じであった。術前の周術期口腔ケアのため、歯科衛生士は電話で、患者Xに口腔外科外来に来てもらうよう病棟の看護師Aに伝えた。看護師Aが患者Yの名前を言って確認したところ、歯科衛生士から「はい」と返答があった。看護師Aは患者Yを病室まで呼びに行こうとしたところ、廊下で患者Yに出会い、口腔外科外来に行くように伝えた。患者Yは一人で外来に行き、受付で自身の名前を伝えた。しばらくして診察室から呼ばれ、患者Yは周術期口腔ケアを受け、病棟に戻った。1時間後、看護師Bが患者Xの口腔外科外来の予約の呼び出しがないことに気づき、病棟内で確認したところ患者誤認が判明した。	- 患者氏名が酷似していた。 - 病棟の看護師は氏名が酷似している2名の患者が入院していることは知っていた。 - 口腔外科外来からの電話を受けた看護師Aは、患者Yのスケジュールを把握していなかった。 - 診察・検査などの予定がある患者のベッドサイドには予定を掲示しているが、病室に行く前に患者Yに出会ったことから、看護師Aは予定を確認せず患者Yに口腔外科外来に行くよう伝えた。 - 外来の歯科衛生士は、病棟内に氏名が酷似した2名の患者がいることを知らなかった。 - 院内ルールとして2種以上の情報による患者確認（氏名、生年月日、リストバンド）を推奨しているが、歯科衛生士は2種で確認しなかった。 - 患者Yは局所麻酔による手術の予定があり、口腔外科医師からの周術期口腔ケアの説明に疑問を持たず、処置を受けた。	- 電話連絡の際は、患者の氏名だけでなくID番号、生年月日も伝える。 - 電話連絡の際は、復唱して確認する。 - 電話を受けた際は、患者のスケジュールを確認する。 - 患者確認は、氏名・生年月日・リストバンドなど2種以上で行う。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
2	患者Xの受け持ち医師は、リーダー看護師Aに電話で患者Xの内診の指示をした。リーダー看護師Aは患者Xの氏名を復唱したつもりで患者Yの氏名を唱えた際、医師から返答はなかった。リーダー看護師Aは患者Yの担当看護師へ患者Yの内診があることと、準備をすることを指示した。担当看護師Bは患者Yを内診室に案内し、患者Xの受け持ち医師へ患者Yの診察準備ができたことを伝えた。同時に患者Xの主治医も到着した。受け持ち医師、主治医ともに患者確認は行わなかった。内診後に主治医が「明日から放射線治療ですよ」と声をかけたところ患者Yが首をかしげたため、患者に氏名を確認すると、患者Xでなく患者Yであることがわかった。	・リーダー看護師Aは医師から患者Xの内診指示を電話で受けた際に、ケアの最中で口頭指示受けメモを使用できなかった。 ・リーダー看護師Aは誤って患者Yの氏名を復唱したが、受け持ち医師の返答がなく、一方通行のコミュニケーションとなった。 ・担当看護師Bは、患者の内診準備ができた際に患者Xの受け持ち医師へ患者Yの氏名を伝えたが、医師は看護師Bが伝えた患者氏名を聞いていなかった。 ・病棟ルールでは、内診前に医師と看護師とで患者確認を行うとなっていたが、医師が内診台をすぐに上昇させたため、そのタイミングがなく患者確認ができなかった。 ・内診の指示は、夕方突然出ることが多く、医師・看護師ともに多重業務の中、焦りなどから、患者確認を省くことが日常的にあり、ルールが徹底されていなかった。 ・医師は、看護師が内診台に患者を案内する際に患者確認を行っていると思っていたため、診察前に患者を確認するという認識がなかった。 ・医師は、内診の目的を内診前に患者、看護師へ伝えていなかった。	・内診に関する「指示出し・指示受け」時は、【口頭による指示出し・指示受け手順】に則った運用を行い、情報伝達エラーを防止する。 1) 医師は、内診する患者をリストアップして処置シートに記載し、リーダー看護師に渡して共有する。 2) 看護師は、医師より内診の指示が出た際は、口頭指示受けメモに記載して指示受けをする。その際、処置などの目的も併せて確認し、メモ欄に記載する。 3) 口頭指示受けメモに記載できないような状況では、電話による指示は受けない。 ・内診前の患者確認において、医師・看護師双方がそれぞれ何を確認するのか役割を明確にした手順を作成し、その手順を遵守する。 1) [本人確認] では、医師が患者にフルネームと生年月日を名乗ってもらう。 2) [行為確認] では、医師が内診の目的を患者に伝え、看護師が「口頭指示受けメモ」の患者氏名と患者識別バンドで照合する。 3) 上記の確認終了後、内診ができるよう診察準備する。 ・医師は診察前に患者に内診の目的を説明し、了承を得ることで、患者自身も内診を行う目的が理解できるよう関わる。
3	診療放射線技師は、患者XのMRI検査を行うため、病棟に搬送依頼の電話をかけた。電話対応した看護師Aは、患者Yの呼び出しだと誤認し、看護補助者Bへ「患者Yを担当看護師Cとベッドで搬送してほしい」と依頼した。看護補助者Bは、担当看護師Cとともに患者YをMRI室へベッドで搬送し、「Yさん」と名前を呼びながらMRI専用ベッドに移乗した。患者を搬送した看護師Cは、「Yさんです」と診療放射線技師へ伝えた。診療放射線技師は、患者本人に氏名を聞いたが、意思疎通が図れず、リストバンドで確認しようとしたが患者に装着されていなかったため、そのままMRI検査を実施した。	・診療放射線技師から検査呼び出しの連絡が来た際に、患者氏名、検査の種類などのチェックバックができていなかった。 ・電話対応時に紙にメモを取っていなかった。 ・検査室搬送の依頼を受けた担当看護師Cは、患者Yに検査の予定があるか検査一覧表で確認しなかった。 ・MRI検査室では、患者に氏名を名乗ってもらう、または名乗れない患者はリストバンドで確認するという院内ルールが遵守できていなかった。 ・患者Yのリストバンドは、ベッドの足元にテープで貼り付けてあったが、診療放射線技師は気付かなかった。	・患者誤認防止のルールを徹底する。 1) リストバンドは必ず患者の身体に装着することとし、基本は手首、難しい場合は足首とする。 2) 検査呼び出しの電話を受けた際、対象患者のフルネーム、検査の種類をメモし、必ず復唱する。その後、チェックバックして再確認する。 3) 検査室に案内する際、患者にフルネームを名乗ってもらい、確認する。 4) 検査室へ到着後、検査スタッフとともに患者のフルネームと検査部位を確認する。

(5) その他の背景・要因

その他の背景・要因について示す。

図表Ⅲ－２－９ 事例の背景・要因

○電話を受けた際の確認不足
【復唱の未実施】
・電話連絡を受けた際は、内容を復唱することになっていたが、実施していなかった。（複数報告あり） ・電話をかけた側は、先方が復唱した内容をヒアバックするというルールがあったが、復唱がなかったため実施しなかった。
【メモの未使用】
・電話連絡時はメモを取るルールがあったが、メモを取らなかった。（複数報告あり） ・電話を受けた際に口頭指示受けメモを使用することになっていたが、リーダー看護師は受け持ち医師から患者Xの内診の指示を電話で受けた際に別の患者のケア中であったため、口頭指示受けメモを使用できなかった。
【患者のスケジュールの把握不足】
・外来受診などの患者のスケジュールを把握していない看護師が、電話を受けた。 ・電話を受けた看護師は、患者Yに廊下で会ったため、ベッドサイドに掲示している診察や検査などの予定を確認せず、外来に行くよう伝えた。
○氏名が類似した患者の存在
・病棟看護師は復唱の際に、病棟内に同姓同名の患者がいることを告げずに患者Yの氏名を伝えた。 ・外来では、病棟内に酷似した名前の患者がいることを知らなかった。 ・リハビリテーションセンターの理学療法士や受付の事務職員は、同じ病棟に同姓同名の患者がいることを知っていたが、病棟に連絡する看護師に伝えていなかった。
○搬送を依頼された際の確認不足
【患者確認】
・患者Xの呼び出しの電話を受けた看護師Aは、患者Xと同姓の患者Yが呼ばれたと思い込み、その後、搬送をした担当看護師Bと患者氏名をフルネームで確認しなかった。
【スケジュール確認】
・搬送を依頼された看護師は、患者Yの予定を検査一覧表で確認しなかった。 ・患者Yの担当看護師は、患者Yが外来に呼ばれたと聞いた際に、朝は外来受診のオーダーが入っていなかったため疑問に感じたが、業務が繁忙でオーダーを再確認できなかった。
○その他
・病棟内で、同姓の患者が同日に手術が予定されていることで発生するリスクを認識しておらず、注意喚起できていなかった。 ・CT検査室は3室あり、誤って患者Yに造影CT検査を行った部屋は、患者のネームバンドのバーコードの読み取り機器が設置されておらず、バーコードを使用した患者確認ができなかった。 ・患者Yは局所麻酔による手術の予定があったため、口腔外科医師から術前の周術期口腔ケアの説明を受けた際に疑問を持たず処置を受けた。

(6) 医療機関から報告された再発防止策

医療機関から報告された再発防止策を示す。

図表Ⅲ－２－１０ 医療機関から報告された再発防止策

○電話をかける際の患者確認
・電話で呼び出しなどの連絡をする際、患者氏名だけではなくID番号や生年月日などの情報により、患者を特定してから目的を伝える。(複数報告あり) ・電話をかけた際、先方が復唱した場合はヒアバックを確実に行う。
○電話を受けた際の患者確認
【復唱の実施】
・呼び出しの連絡があった際は、患者の名前をフルネームで復唱する。(複数報告あり) ・検査依頼の電話を受けた時、対象患者のフルネーム、検査の種類を復唱してチェックバックする。
【メモの実施】
・電話での呼び出し時は、患者氏名や行先をメモに記載する。(複数報告あり) ・医師から電話で指示があった際、看護師は口頭指示受けメモを使用して指示受けをし、処置などの目的も併せて記載する。 ・口頭指示受けメモに記載できないような状況では、電話による医師の指示は受けない。
○類似した患者氏名の共有
・電話を受けた際、同じ病棟に同姓同名の患者がいることを伝達してから患者情報を共有する。 ・リハビリテーションセンター内で把握している同一病棟の同姓同名の患者の情報をセンター内で共有する。
○搬送前の確認
・外来や検査の呼び出しを受けた際、電話を受けた看護師は患者のスケジュールやオーダを確認する。
○到着した患者の確認
・検査室に案内した際、受付で患者にフルネームを名乗ってもらい、その後、リストバンドのバーコードを読み取り、照合する。 ・患者の確認は、氏名以外に生年月日・リストバンドなどの2種の情報で行う。 ・検査室へ到着後、病棟看護師は検査スタッフとともに患者のフルネームと検査部位を確認する。 ・内診前の〔行為確認〕では、医師が内診の目的を患者に伝え、看護師が「口頭指示受けメモ」の患者氏名と患者識別バンドで照合する。
○その他
・同日に同姓の患者それぞれに手術の予定がある場合は、病棟内で共有する。 ・医師は内診する患者をリストアップして処置シートに記載し、リーダー看護師に渡して共有する。 ・ワイヤレスのバーコードリーダーを取り入れ、バーコードリーダーが設置されていないCT検査室でも使えるようにする。 ・MRI検査室でもバーコード認証システムの運用ができるシステムを構築することを検討する。

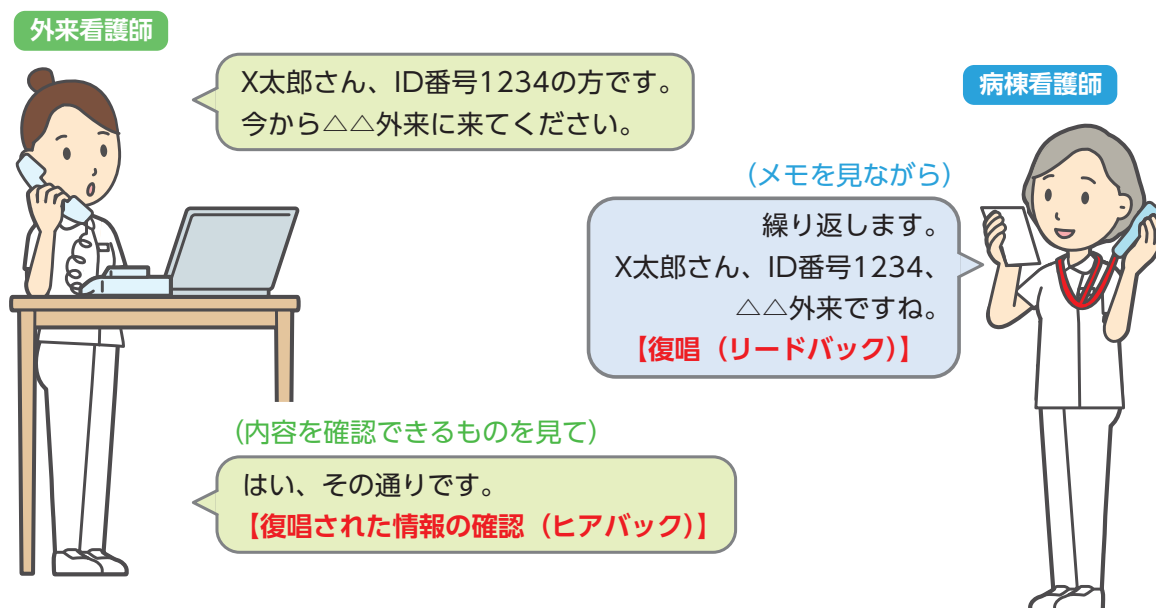
(7) 電話でのチェックバック

医療現場でのチームワークとコミュニケーションを強化するために開発されたトレーニングプログラムであるTeamSTEPPS (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety) では、コミュニケーション方法の一つとして「チェックバック (Check Back)」を推奨している。ATCコミュニケーションハンドブック【改訂版】⁵⁾においても、音声による ATC (航空交通管制) コミュニケーションでは、「聞き間違い」や「聞き洩らし」を防ぐためにパイロットがリードバックを行う仕組みが確立されており、リードバックは、それを聞き取って送信内容と比較し、正確であることを確認するヒアバックが実行されて、はじめて効果を発揮するもの、と記載されている。

そこで、電話でのチェックバックの例を示す。

- ①患者を呼び出す際は、電話を受けた側が認識を誤らないよう「患者の氏名」だけでなく「ID番号」や「生年月日」などの2つ以上の情報を使用する。
- ②電話を受けた側はメモを取り、そのメモを見ながら、相手が言った患者とこちらが認識した患者が合っているか確認するため、同じく2つ以上の患者情報とともに復唱（リードバック）する。
- ③電話をかけた側は、情報が確認できるものを見て復唱された内容に相違がないことを確認（ヒアバック）する。

〈参考〉電話でのチェックバックのイメージ



(8) まとめ

本テーマでは、電話での呼び出し時に職員間で患者を取り違えた事例7件について分析を行った。事例の概要では、電話の内容や呼び出した患者Xと取り違えた患者Yの情報を示した。事例の分析では、電話をかけた側と電話を受けた側の対応について整理し、復唱したが確認になっていなかった状況や、復唱しなかった状況を示した。また、取り違えた患者への検査・処置の実施の有無を整理して、患者Yに患者Xの検査・処置を行った事例については、患者確認を行わなかった状況と患者を取り違えたことに気付いた契機を示した。さらに、主な事例を紹介し、医療機関から報告された背景・要因と再発防止策を整理した。

電話でのやり取りは音声だけの情報になり、聞き間違いが発生することがある。特に氏名が類似した患者がいる場合や、同日に同じ検査・処置の予定がある患者がいる場合は注意が必要である。また、呼び出した側は、何らかの情報を見ながら電話をかけているが、電話を受けた側は手元に確認できる情報がない場合があり、特に忙しい業務の合間での電話対応は記憶が曖昧になる可能性がある。電話でのやり取りの中で、職員間で患者を取り違えないために、以下の工夫が考えられる。

- 患者を特定する際、氏名だけのやり取りは不確かな方法であることを認識し、患者氏名とIDや患者氏名と生年月日など2つ以上の情報で確認する。
- 「電話でのチェックバック」を参考に、呼び出した側が何を伝え、電話を受けた側がどのように復唱し、さらに呼び出した側が復唱された情報をどのように確認するのかを医療機関内で取り決めておくといよい。
- 「メモを取って、チェックバックする」ということを院内で周知しておき、電話をかけた側、電話を受けた側ともに、「復唱」や「復唱確認」がない場合には、互いにその実施を促すことをルールにしておくといよい。また、会話中に話がかみ合わない場合は、互いに立ち止まって確認する。
- 電話を受けた側が音声だけの情報にならないように、固定電話の周辺はメモができる環境にし、設置しておくメモは、院内共通の書式としておくといよい。例えば、搬送用のメモ（患者の氏名、生年月日、何時にどこに搬送するか、電話を受けた時間、電話をかけてきた人、電話を受けた人を記載できる様式）を用意して活用している医療機関もある。また、手術室や血管造影室への搬送連絡時に患者を誤認しないようにするため「手術・血管造影確認連絡票」という用紙を作成している医療機関もある。
- 呼び出しの連絡を当日の日勤リーダー看護師の業務用携帯電話にするなど、病棟内の患者のスケジュールを把握している人に電話をかけることにしておく。

いずれにしても、音声だけのやり取りには限界があるため、スマートフォンを導入している医療機関であれば、テンプレートを決めてテキストメッセージでやり取りする方法も今後有用となる可能性がある。

また、本報告書で分析した事例には、呼び出した場所での患者確認が不十分であったため、別の患者が来ていることに気付かず、誤って検査や処置を行った事例が含まれていた。電話で連絡した病棟などから来た患者であることから、確認が疎かになっている可能性があるため、基本的な患者確認のルールの遵守も重要である。

(9) 参考文献

1. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 医療事故情報収集等事業. 医療安全情報No.25「診察時の患者取り違い」. 2008年12月.
https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_25.pdf (参照2025-07-02).
2. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 医療事故情報収集等事業. 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.
https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_73.pdf (参照2025-07-02).
3. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 医療事故情報収集等事業. 医療安全情報No.116「与薬時の患者取り違い」. 2016年7月.
https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_116.pdf (参照2025-07-02).
4. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 医療事故情報収集等事業. 医療安全情報No.195「照合の未実施による誤った患者への検査・処置」. 2023年2月.
https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_195.pdf (参照2025-07-02).
5. 国土交通省、公益社団法人 日本航空機操縦士協会、一般社団法人 航空交通管制協会. ATCコミュニケーションハンドブック 滑走路誤侵入を防止するために【改訂版】. 2025年6月.
<https://www.mlit.go.jp/koku/content/001897634.pdf> (参照2025-07-02).