



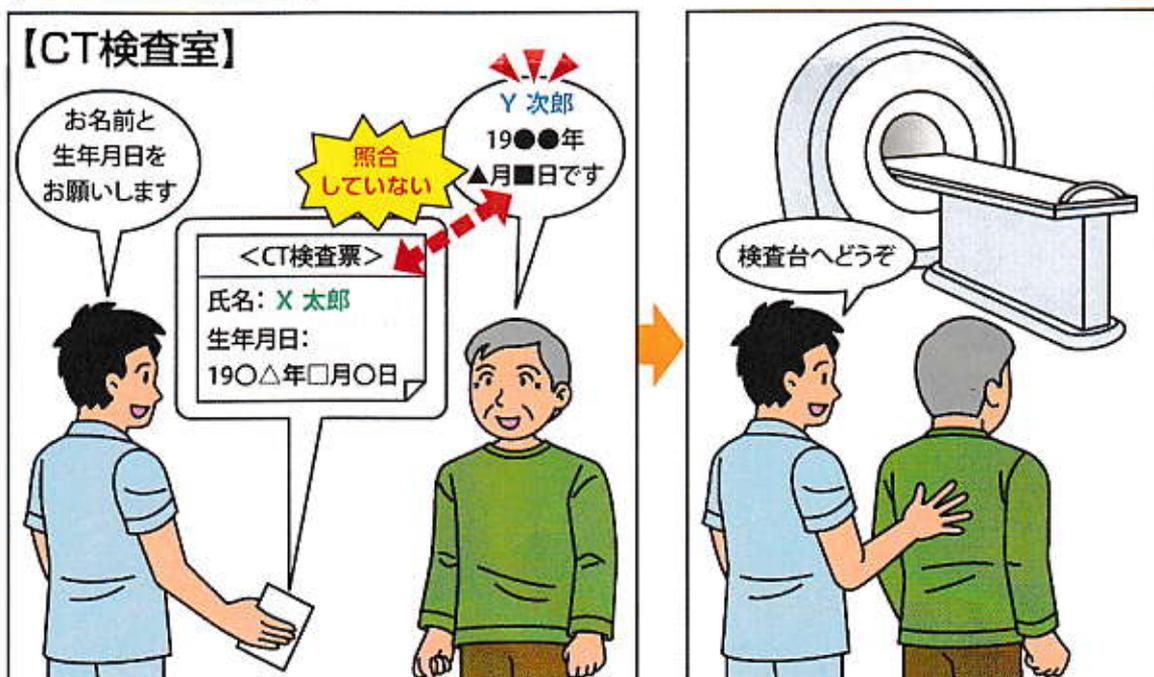
## 照合の未実施による 誤った患者への検査・処置

No.195 2023年2月

「診察時の患者取り違え」を医療安全情報No.25で、「放射線検査での患者取り違え」を医療安全情報No.73で取り上げ、患者自身に氏名を名乗ってもらうよう注意喚起を行いました。その後、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が5件報告されています(集計期間:2019年1月1日～2022年12月31日)。この情報は、第68回報告書「分析テーマ」で取り上げた内容をもとに作成しました。

**検査や治療・処置の際、患者に氏名等を言ってもらったが、医療者が手元の情報と照合しなかったため、誤った患者に実施した事例が報告されています。**

### 事例のイメージ



## 照合の未実施による誤った患者への検査・処置

## 事例 1

患者Xと患者Yは、CT検査室の待合室で検査を待っていた。診療放射線技師Aが、CT検査票を見て患者Xをフルネームで呼んだところ、患者Yが返事をした。技師Aは入室した患者Yに氏名と生年月日を言ってもらったが、患者XのCT検査票と照合せず、そのまま検査を実施した。診療放射線技師Bが、患者Xから「検査はまだか?」と聞かれ確認したところ、患者Yに患者Xの検査をしていたことが判明した。

## 事例 2

患者Xは9時開始の骨シンチグラフィ、患者Yは10時開始の胆道シンチグラフィを予定していた。診療放射線技師は、9時に来院していた患者Yを骨シンチグラフィを行う患者Xであると思い込み、検査室に入ってもらった。患者の入室時は、検査予定一覧を手元の情報として患者照合を行うルールであった。技師は患者Yに氏名と生年月日を言ってもらったが、検査予定一覧と照合しなかった。担当の医師も患者Xであるか確認せず、患者Yに骨シンチグラフィ用の放射性医薬品を投与した。その後、撮影時間などを説明した際に、患者氏名が違うことが分かり、患者Yに患者Xの放射性医薬品を投与したことが判明した。

## 事例が発生した医療機関の取り組み

・患者に氏名と生年月日など2つの情報を言ってもらい、医療者側の情報(電子カルテの画面など)と照合する。

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

※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もとに、本事業の一環として総合評価部会委員の意見に基づき、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。

本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。 <https://www.med-safe.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おりますが、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成され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

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<https://www.med-safe.jp/>