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.91　2014年6月

2006年から2012年に提供した医療安全情報

2013年にも類似事例が発生しています

番号[1]	タイトル　～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.2	**抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制** ～抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴い骨髄抑制をきたした事例～	2件

患者は精神症状の加療目的で、精神科に入院した。他院にて慢性関節リウマチに対しメソトレキセート2.5mgが処方されていた。薬剤師は入院時の持参薬チェックを行ったが、患者面談は行わなかった。また、診療情報提供書やお薬手帳の持参がなかったため、他院の医師に連絡したが、週一回の勤務であり、診療情報提供書の作成が遅れた。研修医が患者にメソトレキセートの用法を確認すると「朝1錠服用している」と返答があったので、入院後、メソトレキセート2.5mgを連日投与、患者の持参薬を継続と指示した。後日FAXで診療情報提供書が送られてきたが、研修医は処方歴を確認しなかった。入院13日目、看護師が休薬期間のないことに疑問をもち医師に確認したところ、12日間メソトレキセート2.5mgを連日投与していたことが分かった。（他1件、医療安全情報No.45（2010年8月:第2報提供済み））

No.3	**グリセリン浣腸実施に伴う直腸穿孔** ～グリセリン浣腸に伴い直腸穿孔などをきたした事例～	1件

排便がみられず下腹部痛も出現していたため、当直医の指示で看護師はグリセリン浣腸60mLを施行した。排便後、腹痛は改善したが、発熱があり、血液検査ではCRPが上昇していた。疼痛部位は下腹部であり、下部消化管の感染症などを疑い絶食･輸液管理と抗菌薬の投与を開始した。翌日、発熱が持続するため造影CTを施行したが、この時点ではfree airに気付かなかった。発熱は膵嚢胞の感染増悪によるものと疑い、ENPDチューブを挿入した。その後、放射線科医師の読影レポートでfree airの存在が判明し、緊急手術を行ったところ、直腸が穿孔していた。

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.91　2014年6月

2006年から2012年に提供した医療安全情報

番号[1]	タイトル　～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.7	**小児の輸液の血管外漏出** ～薬剤添付文書上、輸液の血管外漏出に関する危険性の言及の有無にかかわらず、小児に対する点滴実施の際、輸液の血管外漏出により、治療を要した事例～	4件

0歳の患児にシリンジポンプを使用してメイロンを持続投与していた。夜間のため暗く、十分に刺入部の観察ができていなかった。朝、メイロン投与中の末梢ルートが漏れ、テープ固定範囲から外れた部分に広範囲に水疱を形成しているのを発見した。皮膚科を受診し、ルート固定テープを剥がしたところびらんが見られ、プロペトを塗布し経過観察となった。（他3件）

No.8	**手術部位の左右の取り違え** ～手術部位の左右を取り違えた事例～	2件

右下肢閉塞性動脈硬化症に対する手術の際、腹臥位であったため、医師は患者の左右を間違えて左下肢を切開して手術を開始した。そのまま気付かず手術を継続し、ヘパリンを投与後、左膝窩動脈を切開しようとしていた。その際、麻酔科医より、「申込書は右下肢だが、左下肢に手術を行っている」と指摘を受け、間違いに気付いた。（他1件、医療安全情報No.50（2011年1月:第2報提供済み））

No.9	**製剤の総量と有効成分の量の間違い** ～製剤の総量と有効成分の量との誤認による事例～	4件

主治医は「フロセミド細粒4%　0.25g　分1　朝食後」を処方する際、0.25g=250mgと換算し、「フロセミド細粒4% 250mg 分1 朝食後」と処方した。院内では「mg」の処方は力価（有効成分の量）、「g」の処方は調剤量（製剤の総量）としていたが、医師はそのことを知らなかった。薬剤師は250mgは“量が多い”と思いカルテの指示を確認したが、「フロセミド細粒250mg開始」と記載があったので、医師へは直接確認せず薬剤を交付した。その後、薬剤科より別患者のフロセミド細粒4%の処方について問い合わせがあり、主治医は当患者の処方を間違えていたことに気付いた。（他3件）

No.10	**MRI検査室への磁性体（金属製品など）の持ち込み** ～MRI検査室内への磁性体（金属製品など）の持ち込みに伴う事例～	4件

頭部MRIの検査の際、患者は術後で創部ドレナージチューブが留置されており、持続吸引型のサクションリザーバーが接続されていた。MRI検査台へ患者を移乗する際に、診療放射線技師はドレーンの存在に気が付いたが、サクションリザーバーがMRI非対応のものとは知らず、検査の妨げにならないように足元へ置いた。検査のため、ベッドをガントリ内へ移動したところ、サクションリザーバーがガントリに吸着した。ガントリの吸着部位が創部と近かったため、ドレーンチューブの伸展や位置がずれることはなかった。（他3件）

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.91　2014年6月

2006年から2012年に提供した医療安全情報

番号[1]	タイトル　～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.11	**誤った患者への輸血** ～輸血用血液製剤を接続する際に、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行わなかった事例～	3件
患者Aは出血傾向が強く、赤血球濃厚液を投与していた。看護師は輸血庫より患者Aの赤血球濃厚液を取り出す際、血液型が同じ患者Bの赤血球濃厚液を取り出して投与した。10分後にバーコード認証を行った際に、患者間違いに気付いた。投与前、看護師はパソコンの指示画面で患者氏名は確認したが輸血票の患者氏名の確認が抜けていた。また、投与前にバーコード認証を行わなかったため患者間違いに気付かなかった。（他2件）		
No.14	**間違ったカテーテル・ドレーンへの接続** ～複数のカテーテル・ドレーンが留置されている患者において、輸液等を間違って接続した事例～	1件
患者は、腹痛、腹水の貯留があり、腹膜炎を疑い、緊急開腹手術を施行した。腸瘻チューブが腹膜炎の原因と判断し、腸瘻をボタン式のものに変更した。また、右側腹部に腹腔内ドレーン（プリーツドレーン）を留置した。術後、ICUに入室して、翌日病棟に帰室した。日勤の受け持ち看護師は、ICUからの申し送りで、腸瘻チューブがボタン式に変更になったことを知っていたが、夜勤の看護師は腸瘻の変更、腹腔ドレーンの留置を認識していなかった。免疫抑制剤を投与する際、腸瘻はボタン式のため体外にチューブがなく、プリーツドレーンを腸瘻チューブと思い込み、ドレーンに経管栄養用の三方活栓を接続して注入した。主治医が免疫抑制剤投与により腹痛が増強するという患者の訴えを家族に聞いた際、誤って注入していることに気付いた。		
No.15	**注射器に準備された薬剤の取り違え** ～手術・処置等の際、複数の注射器にそれぞれ薬剤名を表示して準備していたにもかかわらず、確認を怠ったことにより、取り違えた事例～	5件
麻酔導入時、麻酔科医は筋弛緩薬のロクロニウムを投与しようとして、昇圧剤のエフェドリン32mgを静脈内投与した。その後、挿管を試みたが挿管チューブが進まず一旦中止した。軽度の咳嗽反射があり、その直後の収縮期血圧が241mmHgとなり、ニカルジピンを1mg投与して降圧した。再度、筋弛緩薬と思い込んでいたエフェドリンを8mg誤投与したが、その後は著明な血圧上昇を認めず挿管した。再び軽度の咳嗽反射を認めるため、投与した薬剤を確認したところ、筋弛緩薬ではないことに気付いた。（他4件）		

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.91　2014年6月

2006年から2012年に提供した医療安全情報

番号[1]	タイトル　～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.17	**湯たんぽ使用時の熱傷** ～湯たんぽを使用した際、熱傷をきたした事例～	4件
患者は右片麻痺があり、四肢冷感のため、湯たんぽを2つ使用し温罨法を行っていた。患者は左手を使用して湯たんぽを動かすことは可能であり、麻痺側の冷感のため湯たんぽに足を乗せている時もあった。看護師が清拭、更衣を行った際に、右踝に4cm大の水疱が2つ形成されているのを発見した。（他3件）		
No.19	**未滅菌の医療材料の使用** ～誤って未滅菌の医療材料を準備･使用した事例～	3件
看護師Aは業者から創外固定ピンを受け取った際、ピンの器械確認書に滅菌依頼の内容が記載されていたが、滅菌済みの器械であると思い込んだ。手術当日、骨折にて創外固定術施行の患者に対し、創外固定ピン3本を未滅菌のまま挿入し、手術を終了した。手術終了後の片付けの際、間接介助看護師Bが、挿入した創外固定ピンが未滅菌であることに気付いた。（他2件）		
No.20	**伝達されなかった指示変更** ～関連する部署に指示変更が伝わらなかったため、変更前の指示が実施された事例～	1件
担当医師から診療放射線技師へ口頭で放射線治療の中止を伝えた。技師は放射線治療科の医師に中止を伝えたつもりであったが、実際には伝わっていなかった。そのため、中止したはずの放射線治療が3回実施された。担当医師は技師への口頭指示のみで、中止の指示オーダを出していなかった。		
No.22	**化学療法の治療計画の処方間違い** ～化学療法の際、治療計画の実施を間違えて投与した事例～	1件
フルダラは5日間連続投与後、23日間休薬を行う薬であるため、医師はフルダラの投与を行う際、1週間後に来院してもらう予定でフルダラ以外の薬を7日分、フルダラを5日分処方した。その際、患者に1週間後に来院できないと言われたため、2週間分の処方に変更し、処方箋を患者に手渡した。2週間後、患者が来院した際に、フルダラが5日分×2（週間）となり10日分処方されていたことに気が付いた。		
No.23	**処方入力の際の単位間違い** ～処方入力の際、薬剤の単位を間違えたことにより過量投与した事例～	6件
研修医はリスパダールを処方する際、単位を「g」から「mg」に変更する必要があったが変更しなかった。そのため、リスパダールを1.5mg処方のところを1.5gと処方した。薬剤部からの疑義照会はなく、患者に交付された。翌朝になっても患者が覚醒しないため、指導医が処方を確認し、誤りに気付いた。		

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.91　2014年6月

2006年から2012年に提供した医療安全情報

番号[1]	タイトル　～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.29	**小児への薬剤10倍量間違い** ～小児に対する処方の際、薬剤量を10倍間違え、過量投与した事例～	11件

医師はバンコマイシンをオーダする際、「バンコマイシン25mg投与」のコメントとして、「バンコマイシン1Vを生理食塩液4mLに溶解、2mL使用」と誤って記載した。看護師は、指示通りバンコマイシン1V(0.5g)を生理食塩液4mLで溶解し、そのうち2mLを投与した。バンコマイシン25mgの予定に対して、10倍量の250mgの投与となった。(他10件)

No.30	**アレルギーの既往がわかっている薬剤の投与** ～診療録の決められた場所に薬物アレルギー情報の記載がなかったため、禁忌薬剤を投与した事例～	1件

患者は造影剤使用により、気分不快や血圧低下等アレルギーの既往があった。ICUのシステムにはオイパロミン(ヨード系造影剤)は禁忌薬剤に入力されていたが、診療支援システムにはアレルギー情報は入力されていなかった。その後、造影剤を使用したCTを実施したところ、患者はアナフィラキシーショックを発症した。

No.33	**ガベキサートメシル酸塩使用時の血管外漏出**※1 ～ガベキサートメシル酸塩を投与する際、添付文書の「用法･用量に関する使用上の注意」に記載されている濃度を超えて使用し、輸液が血管外へ漏出した事例～	1件

患者の左前腕の末梢静脈血管ルートから、メインはビーフリード500mL、その側管からガベキサートメシル酸塩注射用100mg 6V+5%ブドウ糖液500mLが投与されていた※2。夕方、看護師が刺入部観察のため訪室すると軽度の発赤があるように見えた。その後、血液の逆流も確認できなかったため、点滴を一旦中止し当直医師へ報告した。その後、医師は1%キシロカインとデキサートを発赤部へ皮下注射し、デルモベート軟膏塗布後ガーゼ保護を行い冷却を続行した。(医療安全情報No.77(2013年4月:第2報提供済み))

※1　第2報(No.77)では、血管外漏出やそれに関連する血管炎も対象とした「ガベキサートメシル酸塩使用時の血管炎」にタイトルを変更しました。
※2　ガベキサートメシル酸塩の添付文書には「末梢血管から投与する場合、輸液の濃度を0.2%以下で点滴静注することが望ましい」と記載されています。

No.34	**電気メスによる薬剤の引火** ～電気メスの使用により薬剤に引火し、患者に熱傷をきたした事例～	2件

硬膜下水腫の手術に対し、医師はエタノールを含む消毒薬を使用し皮膚の消毒を行った後、滅菌シーツで覆い、創部をイソジン入り被覆フィルムでシールし、左側の頭皮を4cm程切開した。その後、皮膚の出血を電気メスで止血中、突然後頭部付近から火が上がり、直ちに覆布を外したところ、後頭部に敷いた紙オムツと毛髪が燃え上がった。執刀医と助手の医師2名が両手で火をたたきながら、生理食塩液で消火した。高濃度のエタノールを含んだ消毒薬が紙オムツ･毛髪から気化し、滅菌シーツ内で溜まった状態で電気メスを使用したため引火したと判断した。(他1件)

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.91　2014年6月

2006年から2012年に提供した医療安全情報

番号[1]	タイトル　～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.39	**持参薬の不十分な確認** ～入院の際、持参薬の確認が不十分であったため、患者の治療に影響があった事例～	2件

患者は川崎病冠動脈瘤の既往があり、入院前よりバイアスピリンを継続内服していた。PCI目的で入院した際、患者は外来で処方されたバイアスピリンを持参していなかったが、医師はバイアスピリンを持参して継続内服しているものと思い込んでいた。入院翌日、PCIを施行し問題なく終了した。術後6日目に運動負荷心筋シンチを施行し、PCI前にみられた心筋虚血は改善していた。シンチが終了し、病室に帰室した際に胸痛を自覚し、検査を実施したところ、急性心筋梗塞と診断され緊急PCIを施行した。その際、入院後はアスピリンを内服していないことが分かった。（他1件）

No.46	**清拭用タオルによる熱傷** ～清拭の際、ビニール袋に準備した清拭用タオルが患者の身体にあたり、熱傷をきたした事例～	1件

患者の病衣が汚染したため清拭し更衣をする際、看護師は清拭タオルをビニール袋に入れたものを患者のベッド足元の布団の上に置いた。更衣と体位変換を行い、患者の足元を見ると左足の上に清拭タオルが載っており、発赤、皮膚剥離を認めた。

No.47	**抜歯部位の取り違え** ～歯科において、抜歯部位を取り違えた事例～	7件

患者は矯正歯科クリニックにて歯科矯正治療中であり、矯正の障害になっていた両側下顎埋伏智歯の抜歯のため当院を紹介され受診した。右下8番の智歯を抜歯し、抜歯後異常なく経過していた。20日後、創部の経過観察のためエックス線撮影をしたところ、右下8番の智歯ではなく右下7番を誤抜歯していたことを発見した。患者の右下8番の智歯は完全に埋伏し、右下7番の歯冠の一部が口腔内に露出している状態であったため、右下7番を右下8番の智歯と誤認した。（他6件）

No.53	**病理診断時の検体取り違え** ～病理診断において、別の患者の検体と取り違えた事例～	4件

患者Aと患者Bの生検材料を薄切した際、複数人の検体を水槽の一つの区切りの中に浮かべた。そのため、薄切をスライドグラスに貼り付ける際に、患者Aの検体を患者Bのスライドグラスに、患者Bの検体を患者Aのスライドグラスに貼り付けた。病理診断部医師は、担当医から聞いている情報と検査結果が合わないことから取り違えに気付いた。（他3件）

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.91　2014年6月

2006年から2012年に提供した医療安全情報

番号[1]	タイトル　～内容～	2013年に報告された件数
	【事例】	
No.54	**体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去** ～人工呼吸器を装着した患者の体位変換を行った際に、気管チューブまたは気管切開チューブが抜けた事例～	7件
	気管チューブの固定テープの貼り替えを行った後、看護師3人（役割分担は決めず、A看護師は患者の右側頭付近、Bは右側足元、Cは左側中央）でおむつ交換と仙骨の処置をするために右側臥位にしようと試みた。気管チューブは呼吸器回路に接続されており、アームから外した回路を保持しなかった。右側臥位にしたときに仙骨のハイドロサイトの汚染があったため一旦仰臥位にした。看護師Aが患者の処置物品を取るために患者から目を離し後ろ向きになった後、看護師Bが「あぶない」と言った。看護師Aが振り返ると気管チューブが10cmほど抜けていた。（他6件）	
No.57	**PTPシートの誤飲** ～患者が薬剤を内服する際に、誤ってPTPシートから出さずに薬剤を服用した事例～	12件
	PTPシートの誤飲を防止するため、内服薬を投与する際には看護師がPTPシートから錠剤を出し、内服薬専用のケースに配布することになっていた。4人部屋の患者に配薬する際、看護師は4人中3人の患者にPTPシートから取り出した眠前薬を配ったが、最後の患者にはシートのまま薬剤3錠を薬ケースに入れてしまった。患者はそのまま3錠を一度に内服し、その後、喉の違和感を訴えた。主治医に報告後、食道に引っかかっていた3錠を内視鏡にて除去した。食道粘膜が軽度損傷していることが分かった。（他11件、医療安全情報No.82（2013年9月:第2報提供済み））	
No.58	**皮下用ポート及びカテーテルの断裂** ～皮下用ポートが埋め込まれている患者において、カテーテルの断裂が起きた事例～	13件
	患者は化学療法12クール目の施行予定であった。ポートに穿刺後、前投薬滴下時に患者よりポート上部から鎖骨付近までの前胸部の腫脹・違和感、上肢の腫脹・疼痛の訴えがあり、投与を中止した。胸部エックス線を撮影したところ、中心静脈カテーテルが断裂し、心臓内へ迷入していることが確認された。（他12件）	
No.59	**電気メスペンシルの誤った取り扱いによる熱傷** ～電気メス等の使用の際に、電気メスペンシルを収納ケースに収納していなかったことにより、熱傷をきたした事例～	2件
	膵腫瘍切除術の際、患者の体の上に置いてあった電気メスペンシルの手元スイッチ部に介助医の手が当たった。通電した電気メスの先端が患者の右下腹部に接触していたため、5×2mm大の熱傷をきたした。熱傷部は縫合閉鎖した。（他1件）	

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.91　2014年6月

2006年から2012年に提供した医療安全情報

番号[1]	タイトル　～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.61	**併用禁忌の薬剤の投与** ～医療用医薬品の添付文書上、併用禁忌（併用しないこと）として記載のある薬剤を併用した事例～	1件
全身性エリテマトーデスで当院に通院中の患者に、医師は免疫抑制剤のイムラン50mg　2錠／日を処方していた。定期検査で尿酸値が高く、治療のためフェブリク錠をオーダリングで処方し、患者は院外薬局で薬を受け取り内服を開始した。翌月の定期受診時、血液検査は問題なかったため、継続でフェブリク錠を処方した。その後、患者はめまい、ふらつき、労作時の息切れ等の症状が出現した。外来の血液検査の結果、貧血であることが分かり治療のため緊急入院となった。入院後、イムラン投与中にフェブリク錠を併用したことによる骨髄抑制のための貧血症状であることが分かった。		
No.62	**患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認** ～患者の体内に植込まれた医療機器の確認が不十分なまま、MRI検査を実施した事例～	1件
患者は、20年前に完全房室ブロックにて永久ペースメーカの植込み術を受けていた。担当医は患者にMRIの指示を出したが、オーダ時に金属類の有無はチェックしなかった。看護師はペースメーカを挿入している患者はMRI検査が受けられないことを知っていたが、患者が該当するとは気付かなかった。朝、放射線科から連絡があり、担当看護師は患者をMRI室に搬送した。診療放射線技師より金属の有無について聞かれ、担当看護師は「ない」と答えた。検査終了後、チームリーダー看護師は患者がペースメーカを挿入していることに気付いた。		
No.63	**画像診断報告書の確認不足** ～画像検査を行った際、画像診断報告書を確認しなかったため、想定していなかった診断に気付かず、治療の遅れを生じた可能性のある事例～	4件
2年前、深部静脈血栓症と診断されて入院した患者に、血管外科医師AがCT撮影を依頼した。放射線科の読影で「RCC（腎細胞癌）の可能性ありダイナミックCTの推奨」と記載があったが、入院中は誰も所見を確認しなかった。その後、患者は退院し、医師Bのもとで外来通院となった。1年半後、医師Bが異動のため、外来担当医が医師Cに代わった。医師Cが依頼したCT撮影の放射線科読影で再度「RCC」と書かれていたが、外来を代診した医師Dは撮影したCTの血管だけ確認し、読影結果を十分に確認しなかった。その5ヵ月後、老年病内科医師EがCTの読影結果に気付き、泌尿器科に連絡した。（他3件）		

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.91　2014年6月

2006年から2012年に提供した医療安全情報

番号[1]	タイトル　～内容～	2013年に報告された件数
	【事例】	
No.69	**アレルギーのある食物の提供** ～患者の食物アレルギーの情報が伝わっているにもかかわらず、栄養部から誤ってアレルギーのある食物を提供した事例～	5件
	入院時、医師はアレルギー食「牛乳禁、乳製品禁」の食事オーダを入力した。翌朝、パンが配膳されたため、母親から「食パンの牛乳は大丈夫か」と確認があった。看護師が委託栄養士に「牛乳アレルギーの患児は、食パンを食べても大丈夫か」と確認すると、「牛乳は入っていないから大丈夫」と返事があった。その後、委託栄養士は病院栄養士に電話で確認した。20分後、委託栄養士から「牛乳は入っていないが脱脂粉乳が入っていた」と病棟へ電話連絡があったが、すでに患児は食パンを8割摂取した後であった。患児は蕁麻疹、呼吸困難が出現し、内服と吸入を行い、15分後に症状は消失した。（他4件）	
No.70	**手術中の光源コードの先端による熱傷** ～手術中、電源が入ったままの光源コードの先端を患者のサージカルドレープの上に置いたことにより、熱傷を生じた事例～	1件
	医師は、尿管結石に対し鏡視下で手術を行った際、電源の入った光源を患者の腹部に置いた。清潔シーツが焦げているのを麻酔科医師が発見し確認したところ、患者は5mm大のⅢ度の熱傷を生じていた。器械出しの看護師は医師が光源を外したことに気付いたが、次の手順の準備を行っていたため余裕がなく、またルール通りに医師が外回り看護師に光源をスタンバイの状態にするよう声をかけると思っていた。	
No.71	**病理診断報告書の確認忘れ** ～病理検査の結果報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例～	7件
	呼吸器科受診時、気管支炎は改善しているものの「体重が戻らない」と患者より訴えがあり、消化器内視鏡センターに上部消化管内視鏡を依頼し、同日実施した。内視鏡の所見は「胃癌」であり、生検が行われた。その際、2年半前にも内視鏡検査を施行していることが分かり、その時の結果が「腺癌」と病理診断されていたことが分かった。当時内視鏡検査を依頼した主治医が病理診断結果を確認することを忘れていた。（他6件）	
No.72	**硬膜外腔に持続注入する薬剤の誤った接続** ～硬膜外腔に持続注入すべき薬剤を、誤って静脈カテーテルに接続して投与した事例～	1件
	患者より「点滴の先端が外れている」とナースコールがあり看護師は訪室した。確認すると、PCAポンプのルートの先端が外れていることが分かった。看護師は、外れた先端の付近に末梢静脈点滴の三方活栓があり、清拭後であったことから、末梢から投与している点滴の側管のPCAポンプの接続が外れたのだと思い込み、アルコール綿で消毒し、そのまま接続した。 翌日、別の看護師が硬膜外からのPCAポンプが末梢静脈点滴ルート側管に接続され、硬膜外チューブの先端が開放された状態であることに気付き、接続間違いが分かった。	

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
No.91　2014年6月

2006年から2012年に提供した医療安全情報

番号[1]	タイトル　～内容～	2013年に報告された件数
【事例】		
No.73	**放射線検査での患者取り違え** ～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～	1件

患者Aは、頭部MRI検査の予定で検査室に向かっていた。患者Bは放射線科で受付を行い、CT室の前で待つよう言われた。CT検査に呼び込む際、診療放射線技師Xは同じ時間帯に受付を行い検査室に向かっていた患者Aに「Bさんですか?」と声をかけた。患者Aが「はい」と応答したため、技師Xは患者Bだと誤認し、点滴ルート確保の場所へ案内した。その後、看護師は、技師Xが患者を連れてきたため患者確認を行わず、点滴ルートを確保した。点滴ルート確保後、技師Yが患者AをCT室内に案内し、技師Xと技師Zが検査のセッティングを行った。その際、技師Yも患者Bであると思い込んでおり、改めて患者確認を行わなかった。セッティングを行う際、患者Bの名前で何回か声かけをしたが、その際に患者Aは名前が違うと言わなかった。CT検査実施後、消化器内科に行くように案内したところ、患者Aから脳外科を受診していると言われ、患者間違いに気付いた。

1)の番号は、医療安全情報の提供番号を示しています。

◆上記タイトルの未掲載事例につきましては、平成25年年報に掲載いたします。

※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もとに、当事業の一環として総合評価部会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覧ください。
http://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したりする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.jcqhc.or.jp/html/index.htm