



誤った患者への輸血 (第2報)

No.110 2016年1月

「誤った患者への輸血」を医療安全情報No.11(2007年10月)で情報提供致しました。その後、8年5ヶ月の間に17件の類似事例が報告されています(集計期間:2007年7月1日~2015年11月30日)。この情報は、第34回報告書「再発・類似事例の発生状況」(P191)で取り上げた内容を基に作成しました。

輸血用血液製剤を接続する直前に、患者と使用すべき製剤の照合を行わなかった事例が再び報告されています。そのうち13件は、照合に用いる認証システムがあったにもかかわらず、使用しなかった、または使用したが適切でなかった事例です。

認証システムの使用状況	件数
使用しなかった	5
使用した	8

使用が適切でなかった内容	件数
患者から離れた場所で認証システムを使用し、別の患者のところに製剤を持っていった	3
認証システム使用後に製剤を保冷庫に保管し、投与する際に別の患者の製剤を取り出した	2
認証システムに血液型が異なるというエラー表示が出たが、機械の故障と判断した	1
認証システムの画面が進まない理由を、医師の指示に問題があると判断した	1
投与開始後に認証システムを使用した	1

「誤った患者への輸血(第2報)」

事例 1

医師は、輸血部から患者AのRCC-LR(A型)が届いた際、伝票と製剤の照合に続いて開始入力(患者と製剤の照合)を行った。しかし、FFPを輸血中であったため、看護師XにRCC-LRを保冷庫に保管するよう伝えた。看護師Xはベッド番号を記入したトレイにRCC-LRを入れて保冷庫に保管し、「開始入力済」として看護師Yに申し送った。看護師Yは、患者AのRCC-LRを準備する際、トレイの番号を見誤り、患者BのRCC-LR(AB型)を取り出し、点滴棒にかけた。その後、看護師Yは看護ケア中にFFPが終了することに気づき、点滴棒にかけていた患者BのRCC-LRを、照合しないまま接続した。患者Bの輸血がないと報告があったため確認したところ、患者Aに患者BのRCC-LRを投与したことがわかった。

事例 2

患者(A型)にFFPが投与されていた。看護師は次に投与するFFPを準備をする際、冷凍庫から患者A(A型)のFFPを取り出すつもりで、引き出しが上下に隣接しており残数も同じO型のFFPを取り出し、確認しないまま解凍器にセットした。その後、バーコードによる輸血認証をしたところ、血液型が異なるというエラーが認証システムの画面上に表示されたが、看護師はエラーは機械の故障によるものと思い込み、そのまま接続した。輸血伝票の処理を行っていた際、輸血バッグに付いているシールの色が違うことに気づき、誤ったFFPを投与したことが分かった。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・院内の輸血マニュアルを遵守し、輸血用血液製剤を接続する直前に、患者と投与する製剤の照合を行う。

総合評価部会の意見

- ・患者と製剤の照合は、投与直前に患者のそばで行いましょう。
- ・認証システムにエラーやアラートが出た際は、手を止めて原因を確認しましょう。

※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。本事業の趣旨等の詳細については、本事業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.med-safe.jp/>