

### 【3】「誤った患者への輸血」(医療安全情報 No. 11) について

#### (1) 発生状況

医療安全情報 No. 11 (平成19年10月提供) では、「誤った患者への輸血」とし、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を取り上げた(医療安全情報掲載件数6件 集計期間:平成16年10月~平成19年6月)。誤った患者への輸血の事例は、平成17年に1件、平成18年に3件、平成19年に2件、平成20年に1件、平成21年に2件、平成22年に2件、であった。また、本報告書分析対象期間(平成23年1月~3月)に報告された事例は1件であった(図表Ⅲ-3-5)。

図表Ⅲ-3-5 「誤った患者への輸血」の報告件数

	1~3月 (件)	4~6月 (件)	7~9月 (件)	10~12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	0	1	0	0	1
平成18年	1	1	0	1	3
平成19年	2	0	0	0	2
平成20年	0	1	0	0	1
平成21年	0	1	0	1	2
平成22年	0	2	0	0	2
平成23年	1	—	—	—	1

図表Ⅲ-3-6 医療安全情報 No. 11 「誤った患者への輸血」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.11 2007年10月

財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報  
No.11 2007年10月

### 「誤った患者への輸血」

輸血療法施行時に患者を誤った事例が6件報告されています。(集計期間:2004年10月1日~2007年6月30日。第9回報告書「共有すべき医療事故情報」の一部を掲載。)

**報告事例のうち6件は、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です。**

〈事例1のイメージ〉

照合したつもり  
A型 O型  
血液製剤 XXXXXXXX

照合なし  
この患者は  
A型に決まっています

患者Aの  
血液製剤

患者Bの病室

ナースステーション

◆報告された事例6件のうち5件は、ナースステーションなどで輸血伝票やカルテなどと輸血用血液製剤の照合を行っていましたが、患者と製剤の照合を行わなかった事例です。

医療安全情報 No.11 2007年10月

### 「誤った患者への輸血」

**事例1**

主治医は、患者Aの輸血用血液製剤異種の指示を出した。看護師は、輸血器から患者Aの輸血用血液製剤を持ってきた他の看護師とともに、ナースステーションで輸血用血液製剤と伝票の患者氏名、血液型の照合を行った。その後、看護師は、患者Bのベッドサイドに行き、その患者が患者Aであるかを照合せずに接続した。2時間後、主治医が患者Bのベッドサイドに行き、指示している輸血用血液製剤が接続されていることに気付いた。

**事例2**

主治医は、患者CとDの2人分の輸血用血液製剤の準備を行ったところ他の処置に呼ばれた。30分後、主治医は患者Cに輸血を行うと、患者Dの輸血用血液製剤をトレイに入れ、患者Cの病室に行き、輸血用血液製剤が患者Cのものであるかを照合せずに接続した。その後、主治医は患者Cの輸血用血液製剤が持ちずりに持っていたため、患者Cに患者Dの輸血用血液製剤を接続したことに気付いた。

**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際は、  
患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行う。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(医療事故情報収集等事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として専門家による意見に基づき、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。当事業の医療事故情報収集については、医療安全ホームページ(医療事故情報収集等事業)をご覧ください。  
<http://johp.or.jp/izumi/academic.htm#news4-14>

※この情報の作成にあたり、作成時に限り不足等については万全を期してありますが、その内容が事実とは必ずしも一致するものではありません。

※この情報は、医療従事者の教育に利用し、医療従事者に事故予防意識を高めるためのものではありません。

J C 財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター  
H Q 医療事故防止事業部  
Y101-0062 東京都千代田区千代田3-11 三井住友海上ビル7階  
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)  
<http://johp.or.jp/mim/index.htm>

## (2) 事例概要

本報告書対象期間内に報告された事例の概要を以下に示す。

### 事例

#### 【内容】

広範囲熱傷のため入院の患者に対し、大量輸液をしながらCHDFを行った。当日、担当看護師は患者に対しFFP（A型Rh（+））1-2単位目が投与された状態で日勤者より引き継がれた。当該患者に対してはFFP 6単位を輸血する予定であり、その後の業務が忙しくなることが予想されたため、早めに3-4単位目を準備しておこうと保管用の冷凍庫からFFPを取り出した。その際、A型Rh（+）を取り出したつもりが、実際に手に取ったのは当事者が受け持っていた他患者のFFP（O型Rh（+））であった。保管用の冷凍庫内は一患者につき一段を使用することになっていたが、引き出しが上下に隣接しており残数も同じであったことから混同した。また、同時間に重症患者が搬送され、多忙であったため確認を怠り、誤った輸血をそのまま解凍器にセットした。

その後も多忙により他のスタッフが周囲におらずダブルチェックが実施できなかったため、先にバーコードによる輸血認証を行おうとしたが、何度試してもエラーが出た。その間に急患の入室連絡を受けたことからサポートに入るため認証を中断した。この時、実際には血液型が異なることによるエラー（アラーム）が認証システムの画面上に表示され、当事者もそれを確認していたが、エラーは機械の故障によるものと思いついた。

急患入院の手伝い等の後、当該患者の輸血がなくなっているのに気づき、解凍していたFFP（O型Rh（+））に急いで繋ぎ替えた。早く交換しなければという焦りから、実施時の確認を怠った。

実施5分後、15分後の観察では、患者に変化は見られなかった。

その後、輸血伝票の処理などを行っていないことを思い出し、伝票処理の際、血液型ごとに決められているシールの色が異なっていることに気づき、異型輸血がわかった。

## (3) 事例の背景・要因について

事例の背景・要因について、業務の流れに沿って1) 輸血用血液製剤の準備、2) 業務中断からの再開、3) 投与直前の確認、と輸血用血液製剤を患者に投与するまでの業務を大きく3つの場面で整理した。

### 1) 輸血用血液製剤の準備

- ① 保管用の冷凍庫内は一患者につき一段を使用することになっていたが、引き出しが上下に隣接しており残数も同じであった。
- ② 冷凍庫に保管されていたA型、O型のFFPがどちらも当事者の受持ち患者のものであったため混同し、冷凍庫から取り出す時点で誤った患者名、血液型のものを手にとった。
- ③ 業務が多忙なため、他のスタッフとのダブルチェックが出来なかった。

### 2) 業務中断からの再開

- ① 輸血用血液製剤の準備を行っている途中で、重症患者の搬送により業務を中断した。

- ② 認証システムの画面上に血液型が異なることによるエラー（アラーム）が表示されたが、エラーは機械の故障によるものと思い込んだ。

3) 投与直前の確認

- ① 当該患者の輸血がなくなっているのに気づき、早く交換しなければと焦り、実施時の確認を怠った。

(4) 事例が発生した医療機関の改善策について

1) バーコード認証システムの改善

- ① ITセンターにおいて、バーコードによる認証について、リーダーによる読取りの範囲を調整することで誤反応の確率を下げ、また、読取りの速度についても調整を行い認証が確かに行われたことがより分かりやすくなるようシステムの改善を行った。
- ② システムの改善点を併せ使用方法に関するマニュアルを作成し、各部署へ配布し操作方法の再周知を行った。

2) スタッフ教育

- ① 当該部署においては、事故の内容とともに輸血について日頃どう感じているかをスタッフ内でブレインストーミングし、日々の輸血業務に関する意識を共有した。
- ② リスク係を中心にマニュアルの見直しを行い、改善策を周知することにした。

(5) 誤った患者への輸血に関連する注意喚起

日本赤十字社は、平成21年10月輸血情報「患者取り違えに関連した医療事故の概要：輸血関連」において、本事業第17回報告書をもちいて、輸血に関連した事例をわかりやすいイラストをつけて、注意喚起している。

### + 輸血情報 0910-122

#### 患者取り違えに関連した医療事故の概要：輸血関連

この稿、財団法人日本医療従事者協会の「医療事故防止事業」(http://www.med-safe.jp/)から、医療事故情報収集等事業第17回報告書が公表されました。

本報告書には、医師Aのオーダーとして「患者Bの輸血」に関連した医療事故が取り上げられ、59件の分析報告がなされています。その内10件が「患者B」に関連するものでしたので、その一部を紹介します。

なお、日本医療従事者協会の「医療事故防止事業」は、本報告書の公表にあたって、次のように定めています。

「本報告書の内容を医療従事者に対して、管理職、医療安全の担当者、医療安全の安全使用のための責任者、医療機器の安全使用のための責任者及びその他の職員の間で共有していただくことにより、院内に於ける医療安全意識を醸成してまいります。」

#### 【ケース1】 (医療事故情報収集等事業 第17回報告書 p.151より抜粋)

##### ＜事故の内容＞

医師は、患者Aの血液製剤実施の指示を出した。看護師は、輸血部から患者Aの血液製剤を持ってきた他の看護師とともに、ナースステーションで血液製剤と伝票の患者氏名、血液型の照合を行った。その後、看護師は、患者Bのベッドサイドに行き、その患者が患者Aであるかを照合せずに接続した。2時間後医師が患者Bのベッドサイドに行き、指示していない血液製剤が接続されていることに気付いた。

#### 【ケース2】 (医療事故情報収集等事業 第17回報告書 p.154より抜粋)

##### ＜事故の内容＞

看護師Aは、患者B(A型)にMAPの指示があり、2人分の輸血製剤を血液型確認済とした。医師と看護師が確認し、医師と看護師がそれぞれ別のベッドで輸血製剤が50mlの輸血製剤に確認した。2人の患者とも1人目は医師と看護師がベッドサイドで確認し、シリンジポンプを使用して、医師が確認した。患者A(B型)の輸血製剤は1人目をポンプのアラームに繋がれたリーダーを接続し、医師が確認した。患者Bの輸血製剤は50mlの輸血製剤(50ml)を患者Aの輸血製剤に入れ込み、患者Bのベッドに接続した。患者Bの輸血製剤はシリンジポンプが接続されているにもかかわらず、患者Aの輸血製剤が接続されたまま、患者Bのベッドに接続された。患者Aの輸血製剤は50mlの輸血製剤が接続された。患者Aの輸血製剤は50mlの輸血製剤が接続された。患者Aの輸血製剤は50mlの輸血製剤が接続された。

#### 【ケース3】 (医療事故情報収集等事業 第17回報告書 p.155より抜粋)

##### ＜事故の内容＞

看護師Aは、患者B(A型)にMAPの指示があり、2人分の輸血製剤を血液型確認済とした。医師と看護師が確認し、医師と看護師がそれぞれ別のベッドで輸血製剤が50mlの輸血製剤に確認した。2人の患者とも1人目は医師と看護師がベッドサイドで確認し、シリンジポンプを使用して、医師が確認した。患者A(B型)の輸血製剤は1人目をポンプのアラームに繋がれたリーダーを接続し、医師が確認した。患者Bの輸血製剤は50mlの輸血製剤(50ml)を患者Aの輸血製剤に入れ込み、患者Bのベッドに接続した。患者Bの輸血製剤はシリンジポンプが接続されているにもかかわらず、患者Aの輸血製剤が接続されたまま、患者Bのベッドに接続された。患者Aの輸血製剤は50mlの輸血製剤が接続された。患者Aの輸血製剤は50mlの輸血製剤が接続された。

### 【ケース1】 (医療事故情報収集等事業 第17回報告書 p.151より抜粋)

#### ＜事故の内容＞

医師は、患者Aの血液製剤実施の指示を出した。看護師は、輸血部から患者Aの血液製剤を持ってきた他の看護師とともに、ナースステーションで血液製剤と伝票の患者氏名、血液型の照合を行った。その後、看護師は、患者Bのベッドサイドに行き、その患者が患者Aであるかを照合せずに接続した。2時間後医師が患者Bのベッドサイドに行き、指示していない血液製剤が接続されていることに気付いた。



● 口頭での指示。



● カルテの未確認。



● 未確認のまま輸血。



● 2時間後…

### (6) まとめ

平成19年10月に医療安全情報 No. 11 「誤った患者への輸血」を提供した。その中で事例が発生した医療機関の取り組みとして、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際は、患者と使用するべき製剤の照合を最終的に行う、という取り組みを紹介した。

しかし、再度同種事例の報告があったことから、事例や改善策の紹介に加え、本事業の事例を活用した他団体の注意喚起の資料も紹介した。患者認証が行われたことを一層分かりやすく認識するためには、人による確認の精度を上げるだけでなく、システムの改善も重要であることが示唆された。

今後も引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生動向に注目していく。

(7) 参考文献

1. 日本赤十字社. 輸血情報. 0910-122「患者取り違えに関連した医療事故の概要:輸血関連」(online), available from <[http://www.jrc.or.jp/vcms\\_lf/iyakuhin\\_yuketuj0910-122\\_091015.pdf](http://www.jrc.or.jp/vcms_lf/iyakuhin_yuketuj0910-122_091015.pdf)> (last accessed 2011-03-29)