

患者取り違えに関連した医療事故の概要：輸血関連

この度、財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部(<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、個別テーマの一つとして「患者取り違えに関連した医療事故」が取り上げられ、59件の分析報告がされています。その内10件が「輸血」に関連するものでしたので、その一部を紹介します。

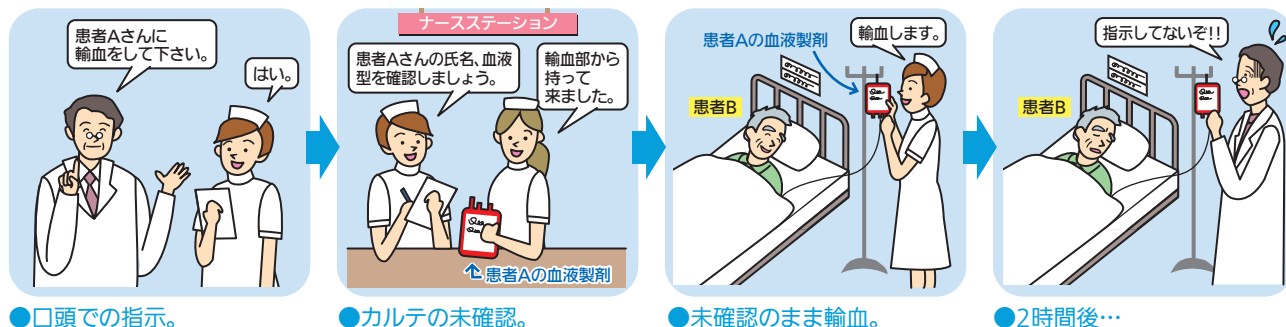
なお、日本医療機能評価機構は、本報告書の公表にあたって、次のように述べています。

『本報告書の内容を医療機関において、管理者、医療安全の担当者、医薬品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皆様の間で情報共有していただくことにより、病院内における医療安全推進にお役立て頂きたい。』

【ケースⅠ】 (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。



<背景・要因>

- 指示出し・指示受けの問題**：輸血予約を手術室で行い、指示記載がカルテにされていない。また準夜で手術帰室した患者のベッドサイドで別の患者の指示を口頭で行っている。ICUの看護師も指示受けをした者が明確になっていないため受け持ち看護師の思い込みが是正されなかった。
- 口頭指示の問題**：マニュアルでは口頭指示は極力避けることになっており、指示受けには、指示内容を復唱することになっているが、復唱されていなかった。フロアで複数の看護師がいる中での指示出しが曖昧であった。
- 輸血準備の問題**：輸血マニュアルでは、2名以上で輸血、伝票、患者カルテの血液型結果をみて声出し確認になっているが、今回の2名の看護師は患者カルテの確認を行わなかった。受け持ち看護師が思い込んでいる患者のカルテとの照合を行っていれば、氏名違い、血液型違いに気付くことができた。
- 輸血実施の問題**：受け持ち看護師は思い込みで当該患者への輸血を実施しており、ベッドサイドでベッドネーム、輸血、伝票との照合を行わないまま輸血を接続した。実施前確認の基本に沿ってベッドネーム、輸血、伝票の確認が行われれば最後に間違いに気付くことができた。

<改善策>



【ケースII】(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＞

患者A(O型)と患者B(A型)にMAPの指示があり、2人分の輸血製剤をほぼ同時刻に準備した。医師と看護師が確認し、注射準備台を別々にしてそれぞれの受け持ち看護師が50mLの注射器に準備した。2人の患者とも1本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、ほぼ同時刻に開始した。患者A(O型)の血液1本目が終了し、ポンプのアラームに気付いたリーダー看護師は、注射準備室に準備してあったシリンジに入った患者Bの輸血製剤(A型)を患者Aの輸血製剤と思い込み、受け持ち看護師に渡した。受け持ち看護師はそのシリンジが誰の製剤であるかを確認せずポンプに接続した。患者Bの受け持ち看護師は、患者Bの輸血の投与量が120mLであるはずが、ポンプの積算量が70mLしかないことに疑問を持ち、ごみ箱を確認したところ、患者B(A型)の輸血製剤が患者A(O型)に投与された可能性がわかった。その後、対応中に患者Aに血尿が見られたため、異型輸血が判明した。

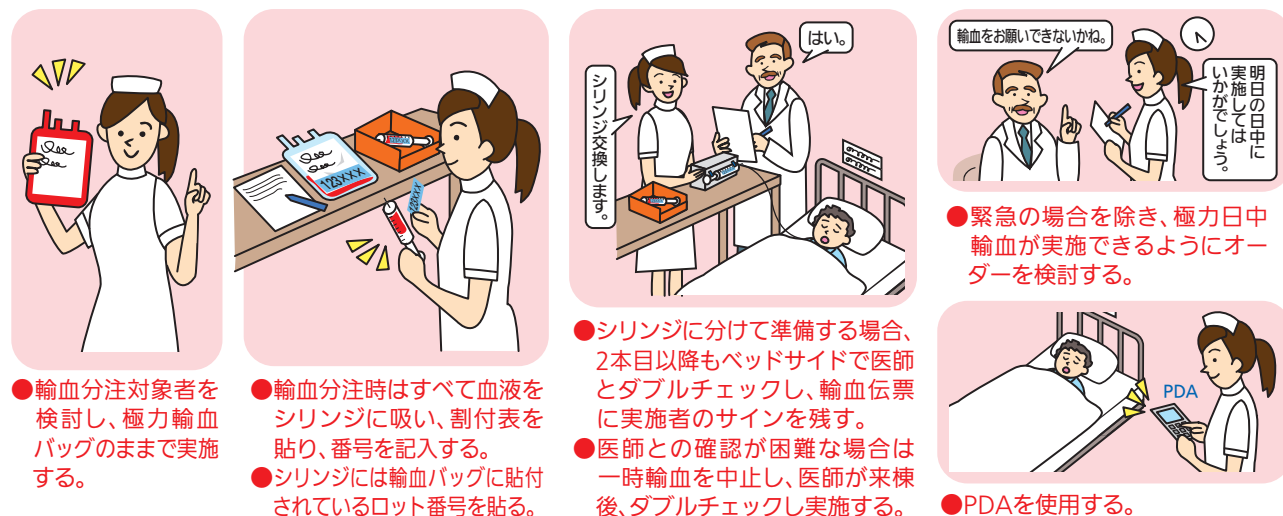


●患者Bもほぼ同時刻に輸血を行う。 ●未確認のまま輸血。

＜背景・要因＞

小児科では、CVラインから輸血することが多く、チューブが細く、自然滴下で滴下できないため、シリンジに分注してシリンジポンプで輸血をしている。最初の分注した1本目の輸血実施時は医師と看護師がベッドサイドでダブルチェックしているが2本目以降の交換時は看護師がひとりで確認し実施していた。医師が多忙という理由で、看護師とダブルチェックをしなければいけないという認識が医師も看護師も希薄であった。分注したシリンジに割付表を貼ってシリンジに準備した血液を区別しているが、数本に分けて準備をした場合、バーコードが記載されているのは1本目の割付表だけであるため、PDA(携帯情報端末)を使用している患者確認が出来ない(院内マニュアルでは医師、看護師2人でダブルチェック)。輸血を分注し投与する場合の輸血伝票への実施記載の取り決めが周知徹底していなかった。シリンジポンプの1回目残量アラームが鳴った事をリーダー看護師と受け持ち看護師が把握していないので、2回目アラームが鳴り、輸血ラインにエアが混入していたので慌てて患者確認が不十分になった。リーダー看護師が処置室に二人分の血液が準備されていることを知らなかったのが最初に目に付いた輸血シリンジを対象患者のものと思い込み、患者氏名・血液型を輸血伝票と照合せず、受け持ち看護師に手渡した。病棟全体でPDAの活用が徹底されていなかった。受け持ち看護師は分注したシリンジを渡されたリーダー看護師は信頼している先輩看護師だったのでシリンジの患者氏名、血液型を確認しなくても大丈夫だと思い確認が省略された。

＜改善策＞



《発行元》

日本赤十字社 血液事業本部 医薬情報課

〒105-8521 東京都港区芝大門一丁目1番3号

*お問い合わせは、最寄りの赤十字血液センター
医薬情報担当者へお願いいたします。

医療関係者向け製品情報サイト

URL <http://www.jrc.or.jp/mr/top.html>