

## 医療事故、輸血用血液の取扱いに関する報告の概要

財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部では、医療機関からの医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例の収集等を行い、医療事故等の情報やその集計・分析の結果を報告書として取りまとめて公表しています。

この度、第27回報告書が公表されましたので、平成20年から平成23年の報告書からいくつかの事例と併せ、紹介いたします。ここに挙げた事例の他にも様々な事例が掲載されていますので、財団法人日本医療機能評価機構のホームページ(<http://www.med-safe.jp/>)をご覧になり、医療安全推進にお役立てください。

### 【ケース】(医療事故情報収集等事業 第17回報告書 p.153より抜粋)

#### 〈事故の内容〉



出血性ショックに対して、輸血を開始することとなり、看護師AがFFPを急速・大量に溶解するために初療室内の恒温槽と病室の恒温槽の2箇所を使用した。

病室の恒温槽には他の患者のFFPも入っていた。看護師Bが病室の恒温槽からFFPを取り出した。

この時に、血液支給票と製剤の照合、患者と製剤との照合作業を行わず、点滴台に製剤をかけた。

看護師Aは点滴台にかけてある製剤を確認せず、輸血ルートに接続し滴下した。70mLほど入ったところで異型輸血に気付いた。

### 【ケース】

#### 〈背景・要因〉

患者の状態が急変し、緊急で大量な輸血が必要な状態であった。

口頭指示を復唱しながら実施することが徹底していなかった。

救急患者を受け入れ時の役割分担が明確でなかった。

リストバンドの装着がされていなかった。

#### 〈医療機関が実施した改善策〉



●入院決定後速やかにリストバンド装着し、患者確認を確実にする。



●初療室に恒温槽を2台配置し、急速溶解事例に備える。



●業務分担を明確にし、緊急処置時の輸血の担当者を決める。



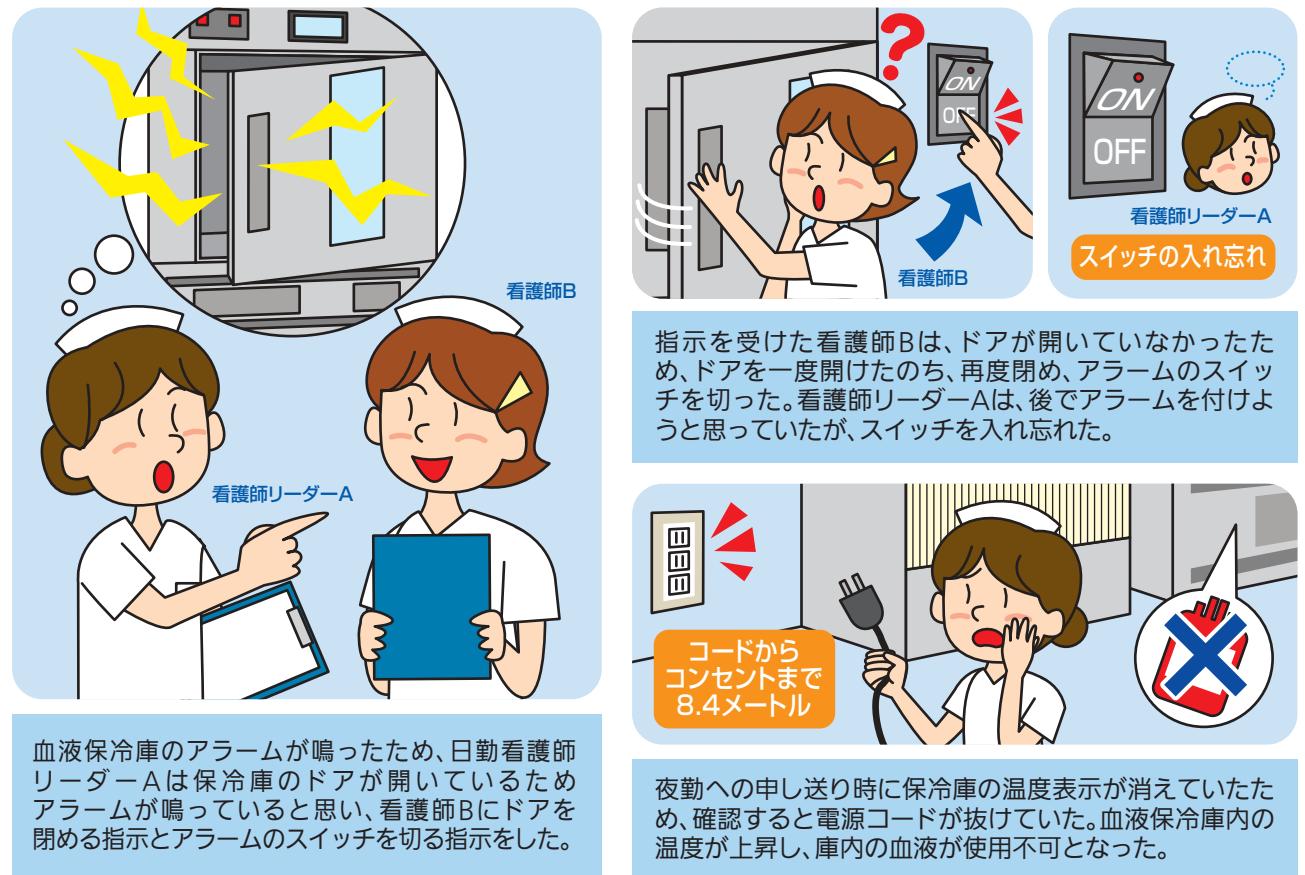
●輸血パックに患者名・実施番号を記載する。



●実施時に声出し確認を行う。

## 【ケースII】(医療事故情報収集等事業 第27回報告書 p.166より抜粋)

### 〈事故の内容〉



### 〈背景・要因〉

ドアの開放がアラームの原因であると思い込み、電源コードが抜けていることを確認しなかった。本来アラームが鳴っているときはアラームの原因を特定する必要があるが、当該事例においては、アラームに対する意識の低さから原因究明を怠り、アラームのスイッチを切ったことや入れ忘れたことが冷蔵庫の温度上昇を招いた要因といえる。

電源コードからコンセントまで8.4メートルと長く延長コードで接続していたこと、その間にレンタゲンラックなどが煩雑に置かれていたことにより、電源が抜けていることに気がつきにくい状況であった。

### 〈医療機関が実施した改善策〉



## 【ケースIII】(医療事故情報収集等事業 第15回報告書 p.116より抜粋)

### 〈事故の内容〉



### 〈背景・要因〉

検査室から届いたら30分以内に施行という理解がなかった。

15分間フックに掛け、血液バックに凝塊がないことを確認してから実施していたが、看護師は長時間常温にしなければ良いと思っていた。

### 〈医療機関が実施した改善策〉



ケースIからケースIIIの改善策は、当該事例の医療機関が実施したものです。各医療機関の状況や実情に合わせた対策をご検討ください。