

「誤った患者への輸血」に関連した医療事故の概要

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より、医療事故情報収集等事業として医療機関から収集した医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例等の集計・分析結果が公表されています。特に周知すべき事例については、「医療安全情報」が作成されており、輸血については、平成19年と平成28年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ことによる「誤った患者への輸血」が取り上げられました。

今回、これまでに報告されました「誤った患者への輸血」事例の一部をご紹介します。

ケース1

(医療事故情報収集等事業 第34回報告書で取り上げられた事例をもとに作成)

〈事故の内容〉



1 2

患者X(A型)に輸血するPC(濃厚血小板)、RBC(赤血球液)が輸血部から届き、医師は全ての輸血製剤に対して到着時照合(伝票との照合)に続いて開始入力(患者のリストバンドとの照合)を行った。



3

患者XはFFP(新鮮凍結血漿)投与中であり、終了後はPCを輸血する予定であったため、医師は看護師AにRBCを輸血用血液製剤保冷庫(以下、保冷庫)に保管するよう指示した。

4

看護師AはRBCを入れたトレイにベッド番号を貼付し、保冷庫に保管した。



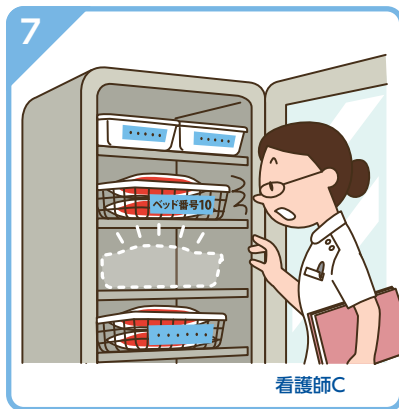
5

休憩から戻った看護師Bは、医師からPCより先にRBCを輸血する指示を受け、保冷庫に保管している**患者Y(AB型)のRBCを誤って取り出した。**

6

看護師Bは点滴棒にかけた患者Y(AB型)のRBCの名前を確認しないまま患者Xに輸血を開始した。

ケース1



78

看護師Cから患者Y (AB型) のRBCがないとの報告があり、患者X (A型) に患者Y (AB型) のRBCが輸血されていることに気が付いた。

〈背景・要因〉



医師

- ・複数の輸血製剤が届いた際、全てを輸血する予定であったため、「到着時照合」と同時に医療情報システムの輸血開始画面を開き、本来であれば輸血直前に行う「患者のリストバンド」と「輸血製剤」のバーコードを読み取る「開始入力」を全ての製剤に行った。
- ・患者XのRBC輸血には立ち会っていなかった。



看護師
A

- ・休憩に入った看護師Bに代わって患者Xを担当していた。
- ・医師からRBCを保管するよう指示されたため、ベッド番号「10」をトレーに貼って保管し、休憩が終了した看護師Bに申し送った。



看護師
B

- ・RBCを保冷庫から取り出す際、トレーに貼っていたベッド番号10番と20番を見誤った。
- ・投与していたFFPがなくなること気づいて慌て、医療情報システムにて既に「開始入力」が登録してあったことから、点滴棒にかけていた患者YのRBC (AB型) の名前を確認しないまま患者Xに接続し、輸血を開始した。
- ・輸血開始後の5分、15分の副作用の確認が不十分で、出現した症状をCOPD症状と誤判断し処置をした。

〈医療機関が実施した改善策〉

1. 院内輸血マニュアルを見直し、以下を追加した。
 - ・輸血部からの血液製剤の払い出しは一製剤ずつとする。
 - ・「開始登録」後、「直ちに」輸血を開始する。
 - ・「開始登録」後に輸血が開始できない場合は、登録を抹消し、保冷庫で保管する。保冷庫が設置されていない病棟では、返品入力後に一旦輸血部に返品する。
 - ・医師の責任の下、医師が輸血製剤をつなぐ。
2. 複数輸血の際、輸血製剤の払い出しは、輸血を行う直前に1バッグずつとする。
3. 輸血開始5分後、15分後の観察の実施入力を医師と看護師で行う。
4. 保冷庫の中を整備し、ベッド番号のシールを貼付したトレーを各段に番号順に置き、ベッド番号の棚の位置を固定した。

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。

(発行元) 日本赤十字社 血液事業本部 技術部 学術情報課
〒105-0011 東京都港区芝公園1丁目2番1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。

日本赤十字社 医薬品情報ウェブサイト
製品情報・輸血情報等についてはこちら

日本赤十字社 医薬品情報

検索



ケース2

(医療安全情報No.110「誤った患者への輸血(第2報)」の事例2をもとに作成)

〈事故の内容〉

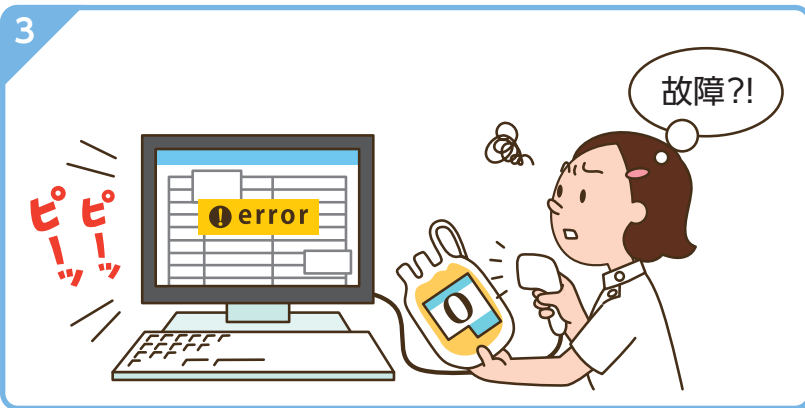


1

FFP×3バッグを投与する予定の患者(A型)に1バッグ目のFFPが投与されていた。

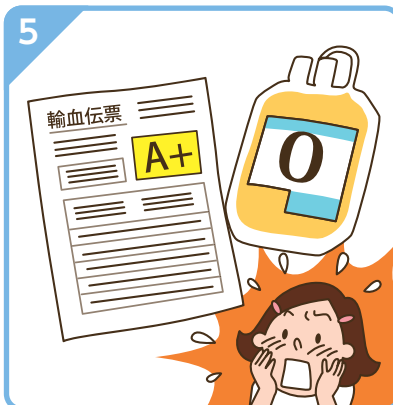
2

看護師は次に投与するFFPを準備するため、冷凍庫よりFFPを取り出したが、引出しが隣接しており、残数も同じであった他の患者用(O型)のFFPを間違っ取り出し、確認しないまま解凍器にセットした。



3

他看護師がおらずダブルチェックできなかったため、先に認証システム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画面上に表示された。看護師は血液型が異なることによるエラーであることを確認したが、**機械の故障**と思い込んでしまった。



4

1バッグ目のFFPの投与が終了していることに気づき、解凍したFFP(O型)に急いで繋ぎ替えた。

5

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を投与したことがわかった。

〈背景・要因〉

輸血用血液製剤の準備

- ・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。
- ・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であったため、混同し、誤った患者名、血液型のものを手に取った。
- ・業務が多忙なため、他スタッフとのダブルチェックが出来なかった。

業務中断からの再開

- ・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。
- ・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が表示されたが、機械の故障によるものと思い込んだ。

投与直前の確認

- ・急病の患者の入院の手伝い等、繁多な業務をこなした後、当該患者に投与していたFFPがなくなっていることに気づき、早く交換しなければと焦り、実施時の確認を怠った。

ケース2

〈医療機関が実施した改善策〉

バーコード認証システムの改善

- ・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、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。
- ・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、各部署へ配付し、操作方法の再周知を行った。

輸血業務に関する意識の共有

- ・当該部署において、事故の内容を共有した後、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。

院内輸血マニュアルの見直し・周知

総合評価部会の意見

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。

参考

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行わなかった事例において、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が13件報告されています。

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

医療安全情報No.110
「誤った患者への輸血(第2報)」より抜粋

今回紹介した事例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。

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ウェブサイト
(<http://www.med-safe.jp/>)には、今回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、ご覧になって頂き、医療安全推進にお役立てください。