

### 【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」(医療安全情報掲載件数6件 集計期間:平成16年10月1日~平成19年6月30日)を取り上げた。誤った患者への輸血に関連した事例は、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件報告された。平成21年1月~6月では1件報告され、これは、本報告書分析対象期間(平成21年4月~6月)に報告された事例であった(図表III-3-4)。

図表III-3-4 「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	—	—	1

図表III-3-5 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8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」に一部を掲載)。

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のイメージ図)

ナースステーション 患者Aの病室

◆報告された事例8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。

医療事故情報収集等事業 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の輸血用血液製剤実施の指示を出した。看護師は、輸血部から患者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、指示していない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で他の処置に呼ばれた。30分後、主治医は患者Cに輸血を行おうと、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の輸血用血液製剤を投与されずに残っていたため、患者Cに患者Dの輸血用血液製剤を接続したこと気に気付いた。

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(厚生労働省補助事業)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。当事業の趣旨等の詳細については、当機関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://jchq.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※この情報の作成にあたり、作成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、医療従事者の教訓を制限したり、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。

J Q 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 C 医療事故防止事業部  
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階  
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)  
<http://jchq.or.jp/html/index.htm>

## (2) 事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

### 事例1

外来処置室で自己の血液細胞を使った細胞製剤の100mL投与を予定している患者が2名いた。患者Aは来院後に点滴を開始した。スタッフが患者Aと患者Bの細胞製剤を外来処置室に届けた。看護師Cは、そのスタッフと共に、連絡伝票と細胞製剤を照合し、外来処置室の処置台に2名分の細胞製剤を置いた。この時、外来処置室には患者Bは来ていなかった。看護師Cが、細胞製剤を取り出しているところに、患者Aの担当看護師Dが来たため、引き継いだ。看護師Dは処置台に置いてあった細胞製剤の2つとも患者Aに使用するものと思い、細胞製剤に輸血用ラインを付け、患者Aに名前を名乗ってもらい、輸血ラインを接続した。2分後、患者Aから細胞製剤に記載されている名前が違うと指摘され、患者Aに患者Bの細胞製剤を接続したことに気付いた。

細胞製剤は、100mLの生理食塩水の点滴バックに詰め替えており、内容物が白濁しているため生理食塩水ではないことは明らかだが、外見は100mLの生理食塩水のバッグで、患者名を記載したラベルが貼付されているが、潜在的に見逃される可能性があった。細胞製剤の払い出しや受け渡しについては、マニュアルがなく、細胞製剤を1人ずつ届けるシステムになっていた。また、臨床試験では、通常準備される点滴ラベルや指示書の発行がなかった。更に、外来通常業務量が比較的ピークに達する時間帯に臨床試験の治療が重なっていた。

## (3) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

- ① 患者確認の手順を再度確認し毎回遵守する。
- ② 携帯端末機を活用した患者認識、製剤照合のシステムの導入を検討する。
- ③ 看護師などの入れ替えに配慮した定期的に勉強会を開催し、臨床試験の概要や実施、リスクについての理解や知識を深める。
- ④ 外来処置室での投与を中止し、輸血部の指導、管理下で細胞製剤療法を行うことを検討する。

## (4) まとめ

平成19年10月に提供した医療安全情報では、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、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行うことを掲載した。

本報告書分析対象期間内に報告を行った医療機関では、照合の手順の整備などを行うことや治療を行う医療従事者に対し、治療内容を適切に伝達・教育する必要性を改善策としてあげている。

今後も、引き続き類似事例発生の動向に注目していく。