

GE0240007 採血した採血管を取り違え別の患者の血液で検査結果が測定された事例	
訪問調査の目的	<ul style="list-style-type: none"> ・事実の確認 ・背景・要因の確認 ・改善策について 等
主な対応者	病院長、医療安全管理部部長、医療安全管理部副部長、医療安全管理部副看護部長、医療安全管理部看護師長補佐、病棟師長、外来採血室師長、薬剤部長、薬剤部副部長

【報告された実施した医療行為の目的】	
病状変化の確認のための採血	
【報告された事故の内容】	
<p>患者Aの採血の照合をワークシートの確認をせず照合した。患者Aは具合が悪かったため、他の人の採血の実施を先にしてから最後にしようと元の採血管立てに戻す。</p> <p>7時10分頃、患者Bの採血時、照合したがワークシートと確認はしなかった。採取後もワークシートとの確認はしていない。</p> <p>7時20分頃、患者Aの採血に戻ったが一度照合したので大丈夫だと思い、照合せず、インターで採血した血液を採血管に分注した。患者Bの生化学のデータが昨日のデータとあまりにも違っていたため担当医からデータがおかしいと指摘あり、採血管とリストバンドの照合率を師長が電算室に確認し、患者Bの採血管は3番、9番、10番の3本しか照合していないことが分かった。5番が照合されていなかった。当日担当していた3人の採血データを比べてところ患者Aのデータとほぼ一致しており、恐らく患者Bのとっていない5番の採血管に患者Aの血液を間違えて分注してしまったことが発覚する。</p>	
【事故の背景要因の概要】	
報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見
<ul style="list-style-type: none"> ・患者と検体を照合する際ワークシートとの確認をしなかった。 ・検体を採血管たてに戻すときにもワークシートとの確認をしていない。 ・検体の数が多かった採血管立てに準備する際、列を同じにしてしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・採血管は、外来採血室の自動採血管準備システム（BC・ROBO-787）により、患者ごとにラベルが貼られた採血管（特殊な採血管は、ラベルだけ排出され手張りに対応）が準備され、1患者1トレイにまとめて発行される。 ・発行された採血管を、外来採血室で各病棟用の採血ラックに部屋順に、1患者を同じ列にして並べる。採血管の数が多い場合は、次の列の後から並べるが、同じ列に違う患者の採血管が並ぶことはない。その後、採血管出力リストと採血管のダブルチェックを経て、リストと共にラックをビニール袋に入れ、病棟に搬送する（ここで採血管がラックから外れる可能性あり）。 ・病棟に搬送された採血管は、看護師が採血管と一覧表の確認を行う。その後、夜勤看護師が、検体ワークシートを基に、採血管をラックから取り、検査種類、患者名を確認したうえで、採血管を各看護師の担当患者ごとに採血管立てに並べ替えている。ここでも違う患者の採血管が同じ列に並ぶことはない。 ・ワークシートは、部屋番号、患者氏名、検査内容、採血管の種類などが記載してあるが、採血管の合計数などは書いていない。

Ⅲ

1 【1】
 1 【2】
 1 【3】
 1 【4】
 1 【5】
1 【6】
 2 【1】
 2 【2】
 2 【3】
 2 【4】
 2 【5】
 2 【6】
 2 【7】
 2 【8】
 2 【9】
 2 【10】
 2 【11】
 2 【12】
 3 【1】
 3 【2】
 3 【3】
 3 【4】
 3 【5】
 3 【6】
 3 【7】
 3 【8】
 3 【9】
 3 【10】
 3 【11】

- ・この医療機関では、夜勤看護師が朝6～8時にベッドサイドで採血を行っている。
- ・本来、看護師は、担当患者全てをワゴンに載せて移動し、病室の前でワークシートを確認しながら採血管を小トレイに入れ、患者の所へ行き採血を行う。採血後、提出用の採血管立てに入れる際に再度ワークシートを確認して提出することになっている。
- ・採血時は、照合端末で1. 採血する看護師のバーコード、2. 患者のリストバンドのバーコード、3. 各検体ラベルのバーコードを読み取る。
- ・照合端末を使用時は、患者間違いがあれば「ブー」という音が鳴り、その他は「照合OK」「この患者の検体ではありません」「先にリストバンドを読み込んでください」「採取日が違います」「照合対象ではありません」「オーダーが中止されています」というメッセージが出ることになっている。照合端末は採血管と患者が合っているかどうかの確認であり、すべての採血管を照合したかなど採血管の数の違いを止める機能はない。また、照合端末を使用しなくても採血し、検査することは可能である。
- ・当日、夜勤看護師Xが各担当者の採血管立てに準備した。患者Aと患者Bの担当である夜勤看護師Yはワークシートとの確認をしなかった。
- ・看護師Yの担当は4名で、部屋の順番は患者A（重症患者）→患者C→患者D→患者Bであり、患者Aは6本の採血予定で採血管立ての2列を使って採血管が立ててあった。また、患者Bは4本の採血の予定であった。
- ・6：30頃、看護師Yは患者Aの採血をする際、ワークシートを確認しないまま患者の所へ行き、照合端末で照合を行った。しかし、患者Aの調子が悪く、他の患者の採血をしようと採血管を持って部屋を出た。ここで採血管をどのように戻したか記憶が曖昧である。
- ・患者Bの採血の際、採血管の照合後、採血を行った。この時、採血管4本中3本の真空採血管採血を行った。患者Bの時も、採血前後にワークシートは確認していない。
- ・再度、患者Aの採血をするため患者の所へ行ったが、既に照合を行っていたので改めて照合は行わなかった。患者Aの採血は、注射器で採血のうえ、各採血管に分注した。その際、患者Aの採血管6本+未採血の患者Bの採血管（生化学）1本の計7本に患者Aの血液を入れた。そのため、生化学検査の採血管は2本あった。
- ・患者Bの生化学検査結果（患者Aの血液による結果）が悪化していたため、患者Bの退院が延期となった。その後、主治医が患者Bの生化学検査のデータが前回と違うことに気付いた。
- ・病棟師長は電算室に連絡し、患者Bのリストバンドと採血管が照合されていたか確認したところ、4本中3

	<p>本は照合されていたが、生化学検査の採血管は照合されていないことが分かった。</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者Bを担当していた看護師Yの他の担当患者の採血データを比べたところ、患者Aの生化学検査データとほぼ一致しており、患者Aの血液を患者Bの採血管に分注したことが分かった。 患者Bの採血管が患者Aの採血管に、どの時点でどのように混入したかは不明であった。 この医療機関では、作業の中断時には、初めに戻って作業をやり直すことになっていたが、明文化されたものはなかった。 照合端末を使用して照合を行うが、電子カルテシステムで照合が済んでいるかどうか見ることはできず、電算室に問い合わせ確認する必要がある。 事例発生後、病棟で確認したところ、ワークシートと採血管の確認をしていないスタッフが数人いた。 臨床検査部では、検査過誤の防止目的のため、生化学検査のクレアチニン（腎疾患患者以外）と血液検査の平均赤血球容積の前回値チェックを行っている。
--	--

【改善策】

<ul style="list-style-type: none"> 照合をする前に採血管立てから容器を取るときにワークシートで確認しその後ハンディで照合し、採血管立てに戻すときにもう一度ワークシートで確認することを徹底する。 採血管の数が多い場合は必ず列をずらすようにする。 採血を採取したものとしていない採血管を別々に置くようにする。 患者認証しても一度採血管立てに戻したものは、再度認証することを徹底する。 現在、採血管立てに採血管が準備されて、病棟に払いだされるが、病棟で再度並び替えをしており、その際に採血管が混ざってしまう可能性がある。そのため、袋詰めでの払出等を検討する。 検査室の受付時に、認証がされていない検体であることがわかるシステムにならないかを検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> 事例の内容をセイフティマネージャー会議等で伝達し、セイフティマネージャーから病棟のスタッフに伝達した。 今回の事例をうけ、病棟では採血の運用を改訂し、ワークシートの確認段階やチェックの方法を明確にした。 病棟では、ワークシートに採血管の本数を確認したらレ点を入れ、最終的に師長またはリーダーがチェックすることにし、ワークシートの確認を意識付けることにした。 院内のスタッフが照合端末を使用しているか照合率を発表した。 採血業務を夜勤で行うのではなく、日勤帯に検査部から担当者が病棟に行き、患者の採血を行うことも検討している。 採血業務の作業工程の見直しのため、採血管理する部の医療安全担当が他医療機関の現状を見学に行き、各患者の採血管を透明袋に入れて排出する自動採血準備システムの導入も検討している。
---	---

訪問での主な意見等

<ul style="list-style-type: none"> 照合端末での照合や、複数あるワークシートの確認など作業が煩雑であることにより、確認作業を行わなくなっていないか。 照合端末があることで、照合の作業が形骸化してしまい、自分の目で見るとの確認作業がなくなっているのではないか。 照合作業やワークシートの確認をしなくても検査結果が出る仕組みのため、どこかで線を引き、ここができていないと結果が出ない仕組みも必要であろう。 検討中の改善策のように、患者ごとに袋に入れるなど、違う患者の採血管が混ざらない環境が必要であろう。 	
---	--

1 [1]
1 [2]
1 [3]
1 [4]
1 [5]
1 [6]
2 [1]
2 [2]
2 [3]
2 [4]
2 [5]
2 [6]
2 [7]
2 [8]
2 [9]
2 [10]
2 [11]
2 [12]
3 [1]
3 [2]
3 [3]
3 [4]
3 [5]
3 [6]
3 [7]
3 [8]
3 [9]
3 [10]
3 [11]