

| GE0270005 血液製剤の依頼を受けた際、画面に表示された同姓類似名の違う患者の血液製剤を払い出した事例 | |
|--|--|
| 訪問調査の目的 | 1. 事実の確認 2. 背景・要因の詳細確認 3. 改善策と周知について |
| 主な対応者 | 医療安全管理室室長（医師）、医療安全管理室副室長（医師、看護師）、医療安全管理室専従看護師2名、医療安全管理室 専従薬剤師、医療安全管理室 専従事務職員、放射線部看護師長、輸血部部长、輸血部 臨床検査技師、中央臨床検査部 臨床検査技師2名、事務職員 |

【報告された実施した医療行為の目的】

輸血

【報告された事故の内容】

患者はP C I（経皮経管冠動脈形成術）目的に血管内治療センターへ入室した。右上腕穿刺により血腫出現、シース抜き徒手圧迫を行ったが止血困難であった。血腫が増強し、上腕動脈損傷が疑われたため、輸血4単位がオーダーされた。依頼を受けた当直の中央臨床検査部技師は、患者Aのクロス検体を受付けたが、本来行うべき血液製剤依頼確定を行わず、製剤一覧画面で依頼確認を行おうとした。しかし、当該画面には依頼確定操作を行ったもののみ表示されているため、本事例の患者Aの氏名は表示されていなかった。当直者は同姓類似名の患者Bを患者Aと勘違いした。患者Bの画面を開いたところ、依頼単位が4ではなく0となっていたため、残業で残っていた輸血部技師へ相談した。輸血部技師は、提示された画面（患者Bの情報）を確認した。Type & Screenとなっていたため、0でもよい（当院ではT & Sでは依頼単位は0となる）と回答したが、T & Sは通常手術室の請求であるため、なぜ血管内治療センターからの依頼であるのか疑問を持ち、手術予定一覧表を確認すると患者Bは手術終了のチェックが入っていた。血管内治療センターの依頼医に患者Bの姓名を告げ、「術後、血管内治療センターへ行ったのですか。」と尋ねた。依頼医は、告げられた患者の名前が間違っていることに気が付かず、「本日カテ予定の患者であり、現在出血している」と回答した。輸血部技師は電話で上司に相談したが、互いに患者が手術室から血管内治療センターへ移動し治療を続けているにもかかわらず、誤って輸血部の手術予定表に手術終了のチェックがされたと思い込んだ。輸血部技師は患者Bの輸血4単位をT & Sとして未クロスで払い出した。血管内治療センターの看護師は払い出された製剤を確認したが、患者間違いに気が付かなかった。撮影室内の電子カルテにバーコードリーダーが設置されていなかったため、センター内の別の場所で製剤の認証を行おうとした。バーコードリーダーによる患者リストバンドの認証は患者が別室にいるため行えないことから、製剤に印字されている患者IDを手入力し患者画面を呼び出し、製剤のバーコードをリーダーに読ませて認証した。その際に、T & Sとして未クロスにて払い出された製剤であるため、未クロスであることを警告する「！」マークが表示された。再度確認して、患者間違いに気が付いた。

Ⅲ

- 1 [1]
- 1 [2]
- 1 [3]
- 1 [4]
- 1 [5]
- 1 [6]
- 1 [7]
- 2 [1]
- 2 [2]
- 3 [1]
- 3 [2]

| 【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"> 当直の中央臨床検査部技師は、日勤帯は別の部署で業務しており、輸血部の業務に詳しくなかった。 当直の中央臨床検査部技師は製剤依頼を受けた際のルールを遵守しなかった。 同姓で名前が似た患者と誤認した。 輸血部技師は数々の疑問を持って行動したが、患者誤認に気が付かなかった。 予定一覧表は手術終了となっており、疑問を持ったが確認を怠った。 血管内治療センターにおいて、届いた製剤の血液型は確認したが、患者名の確認は行なわなかった。 血管内治療センターでは撮影室内の電子カルテにバーコードリーダーが無かったため、患者のリストバンドを読み込まず、操作室で製剤品に印字されていた患者BのIDを使用した。 | <p>○輸血に関すること</p> <p>< Type & Screen のオーダー ></p> <ul style="list-style-type: none"> 手術中に輸血する可能性が少なく、輸血療法マニュアルの条件に当てはまる場合は、手術前にRBCを準備せず、Type & Screen（以下、T & Sとする）で申し込む。輸血が必要になった場合、手術室へABO同型でRhD陽性のRBCを未クロスで緊急出庫することとしている（ただし、事前の不規則抗体スクリーニング検査が陰性の患者のみ申し込み可）。 T & Sは、電子カルテ上で手術終了が入力されると解除され、術後は新たな製剤の申込が必要になる。 <p>< 輸血依頼の受付手順（事例発生当時） ></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 依頼医は電話で輸血部の当直者に製剤依頼の連絡を行う。 2) 当直者は、患者名、ID、依頼元、製剤名、必要単位数などをメモし、「未クロス（同型血）」「緊急O型血」などの状況を確認する。 3) 到着したクロス検体の患者IDを電子カルテに手入力し、血液製剤依頼を確定させる。 4) 引き続き立ち上がるクロス検体受付画面で、クロス検体のバーコードを読み込み、検体を受け付け、適合試験を行う。 <p>< 投与前の患者認証業務 ></p> <ul style="list-style-type: none"> 製剤を投与する前は、電子カルテの患者認証業務において、患者のリストバンドと製剤ラベルのバーコードを読み取る。 バーコードを読み取ると、認証成功であれば「○」と出て投与可、認証失敗は「×」と出て投与不可となる。「！」が出るワーニングは、未クロス輸血、T & Sでの輸血、異型適合輸血などの場合に表示され、確認のうえ投与が可能である。 <p>○輸血部</p> <p>< 当直の臨床検査技師（中央臨床検査部所属） ></p> <ul style="list-style-type: none"> 当直の臨床検査技師は、30年弱の経験があった。 7ヶ月前に新病院に移転した際に輸血依頼の受け付け手順が変更されていたが、当直の臨床検査技師は、新病院での手順内容の理解が曖昧であった。 輸血依頼があった場合、通常はクロス検体のラベルに記載されたIDを手入力して依頼確定を行う。当該事例において、当直の臨床検査技師はクロス検体の到着後すぐに検体を遠心分離機にかけてしまい、IDが不明であったため「製剤一覧画面」で患者名を探した。「製剤一覧画面」から検索する方法も正しいと思っていた。 「製剤一覧画面」は、当日輸血のオーダー（T & S含む）が入っている患者名が表示されるため、依頼確定を行っていない患者Aの名前は表示されない。 当日の「製剤一覧画面」には、依頼の連絡を受けた患者Aと同姓類似名の患者Bが存在し、当直の臨床検査技師は患者A、Bの姓は多くないため、患者Bを患者Aと思い込んだ。 |

| | <ul style="list-style-type: none"> ・通常であれば、輸血依頼を受けた単位数が表示されるどころ、患者BはT & Sのオーダーであったため、依頼数が「0単位」になっていたことに臨床検査技師は疑問を持ち、残業していた輸血部の当直の臨床検査技師に相談した。 ＜残業中の臨床検査技師（輸血部所属）＞ ・当直の臨床検査技師に相談された輸血部の臨床検査技師は、当直の臨床検査技師が示した患者Bの依頼を確認すると、確かにT & Sにチェックが入っていること、手術終了になっていることを確認した。T & Sから払い出しに変更する場合は単位を変更してもら手順となっており、「後はこちらで行う」と引き継いだ。 ・輸血部の臨床検査技師は、血管内治療センターの医師に電話で患者Bのフルネームを告げ、術後に血管内治療センターに移動したのか確認したが、「治療中で出血している」という回答であった。その際、患者IDの確認はしなかった。 ・輸血部の臨床検査技師は、電話で上司に経緯を相談し、両者共に患者Bが手術終了後に血管内治療センターに移動し、治療を続けているのだらうと思ひ込み、T & Sでよいと判断した。 ・輸血部の臨床検査技師は、T & Sの払い出し手順（未クロス）で患者BのR B C 4単位を血管内治療センターに払い出した。 |
|--|--|
| 【改善策】 | |
| 報告された事故の改善策 | 訪問で得られた知見 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・輸血部当直者は製剤依頼一覧画面から検索ではなく、患者IDで検索するようルールを徹底した。 ・併せて、以下の輸血部門システムの改善を行った。 ・製剤依頼一覧画面は通常は開いていない仕様にした。 ・一覧画面より依頼確定画面を開けないようにした。 ・部門システムトップ画面のID検索からのみ依頼確定画面が開くようにした。その後さらに改善し、部門システムにもバーコードを設置し、依頼検体のバーコードを読み込むことで依頼確定画面を開くことができるようにした。 ・患者のリストバンドのバーコードを読み込むルールを徹底した。 ・血管内治療センターの電子カルテにバーコードリーダーを増設し、撮影室にて患者リストバンドの読み込み、製剤の認証ができるように改善した。 | <ul style="list-style-type: none"> ・クロス検体のラベルをバーコード付きに変更し、輸血部到着時にバーコード認証で依頼確定することにした。 ・当該事例について、関係部門で共有した。 ・輸血依頼の受付手順について、関係各部門の臨床検査技師に通知した。 ・臨床検査技師のトレーニングプログラムで、輸血依頼を受けた際の手順をチェックしている。 ・必要時、患者の上肢に付けられたネームバンドを切って、認証に使用することになった。 |

1 【1】
 1 【2】
 1 【3】
 1 【4】
 1 【5】
 1 【6】
 1 【7】
 2 【1】
 2 【2】
 3 【1】
 3 【2】

訪問での主な意見等

- 最初の受付の間違いにより、患者Aを患者Bと思い込んで業務が進んでしまっている。今回は、未クロスであったためのワーニングにより投与に至らなかったが、他にも患者間違いに気付いて止められる所がいくつか存在していると思われる。
- 輸血部以外の臨床検査技師が輸血部の当直を行っている病院は多いだろう。当直の臨床検査技師は臨床検査技師としてはベテランであったが、業務手順書を遵守しないまま不確実な経験に基づいて作業していた。経験の豊富な技師への再教育や、手順変更時の周知等を考えていく必要がある。
- 今回の事例は、看護師が患者誤認をバーコード認証で発見したわけではなく、「！」の表示から再確認を行ったことにより防ぐことが出来た事象である。「！」表示が出たときは行為を中断し再確認するという重要性を、院内で情報共有すると良い。