

福岡医発第2925号 (地三井医師会)
平成28年2月8日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

医療事故情報収集等事業「医療安全情報No.110」の提供について

今般、公益財団法人日本医療機能評価機構より福岡県保健医療介護部医療指導課を通じて別添のとおり「誤った患者への輸血（第2報）」に関する通知がありましたのでお知らせいたします。

本通知ならびに医療安全情報、日本医療機能評価機構の報告書、年報は同機構のホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) に掲載されておりますので、貴会会員の医療安全対策の推進にご活用いただきますよう周知方よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

医療安全管理担当理事 吉武靖博
会長 廣瀬真恵

公印省略

27医指第361号-10

平成28年1月21日

各関係団体の長 殿

福岡県保健医療介護部長

(医療指導課)

医療事故情報収集等事業「医療安全情報 No.110」の提供について

本県の保健医療行政につきましては、平素から格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

今般、公益財団法人日本医療機能評価機構から別添（写）のとおり情報提供がありましたのでお知らせします。

なお、上記医療安全情報を含め公益財団法人日本医療機能評価機構の報告書、年報は同機構のホームページ (<http://www.med-safe.jp/>) に掲載されておりますので、ご活用くださるとともに、貴会会員に対し周知していただきますようお願いいたします。

【担当】 医療指導係
長田

TEL 092-643-3274

FAX 092-643-3277



各医師会通知



事故防止 275 号
平成28年1月15日

各都道府県知事
各保健所設置市長 殿
各特別区長

公益財団法人日本医療機能評価機構
特命理事（医療事故防止事業部担当）野本亀久雄
（公印省略）

医療事故情報収集等事業 「医療安全情報 No. 110」の提供について

平素より当事業部の実施する事業に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、医療事故情報収集等事業において収集した情報のうち、特に周知すべき情報を取りまとめ、1月15日に「医療安全情報 No. 110」を当事業参加登録医療機関並びに当事業参加医療機関以外で希望する病院に提供いたしましたのでお知らせいたします。

なお、この医療安全情報を含め報告書、年報は、当機構のホームページ（<http://www.med-safe.jp/>）にも掲載いたしておりますので、貴管下医療機関等に周知いただきご活用いただければ大変幸いに存じます。

今後とも有用な情報提供となるよう医療安全情報の内容の充実に努めてまいりますので、何卒ご理解、ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。





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

医療
安全情報

誤った患者への輸血 (第2報)

No.110 2016年1月

「誤った患者への輸血」を医療安全情報No.11(2007年10月)で情報提供致しました。その後、8年5ヶ月の間に17件の類似事例が報告されています(集計期間:2007年7月1日~2015年11月30日)。この情報は、第34回報告書「再発・類似事例の発生状況」(P191)で取り上げた内容を基に作成しました。

輸血用血液製剤を接続する直前に、患者と使用すべき製剤の照合を行わなかった事例が再び報告されています。そのうち13件は、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です。

認証システムの 使用状況	件数	使用が適切でなかった内容	件数
使用しなかった	5	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
使用した	8	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

[誤った患者への輸血(第2報)]

事例 1

医師は、輸血部から患者AのRCC-LR(A型)が届いた際、伝票と製剤の照合に続いて開始入力(患者と製剤の照合)を行った。しかし、FFPを輸血中であったため、看護師XにRCC-LRを保冷庫に保管するよう伝えた。看護師Xはベッド番号を記入したトレイにRCC-LRを入れて保冷庫に保管し、「開始入力済」と看護師Yに申し送った。看護師Yは、患者AのRCC-LRを準備する際、トレイの番号を見誤り、患者BのRCC-LR(AB型)を取り出し、点滴棒にかけた。その後、看護師Yは看護ケア中にFFPが終了することに気づき、点滴棒にかけていた患者BのRCC-LRを、照合しないまま接続した。患者Bの輸血がないと報告があったため確認したところ、患者Aに患者BのRCC-LRを投与したことがわかった。

事例 2

患者(A型)にFFPが投与されていた。看護師は次に投与するFFPを準備をする際、冷凍庫から患者A(A型)のFFPを取り出すつもりで、引き出しが上下に隣接しており残数も同じO型のFFPを取り出し、確認しないまま解凍器にセットした。その後、バーコードによる輸血認証をしたところ、血液型が異なるというエラーが認証システムの画面上に表示されたが、看護師はエラーは機械の故障によるものと思い込み、そのまま接続した。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を投与したことが分かった。

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直前に、患者と投与する製剤の照合を行う。

総合評価部会の意見

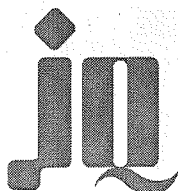
- ・患者と製剤の照合は、投与直前に患者のそばで行いましょう。
- ・認証システムにエラーやアラートが出た際は、手を止めて原因を確認しましょう。

※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、本事業の一環として総合評価部会の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。本事業の趣旨等の詳細については、本事業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://www.med-safe.jp/>

※この情報の作成にあたり、作成時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、医療従事者の裁量を制限したり、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。



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

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)

<http://www.med-safe.jp/>