

問い合わせ先：

公益財団法人日本医療機能評価機構

担当：坂口、今村、菅原

Tel 03 (5217) 0252

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

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 (No.109) の公表について

当機構医療事故防止事業部では、平成16年度より医療事故情報及びヒヤリ・ハット事例の収集・分析等を行う医療事故情報収集等事業を実施しております。

同事業において、平成18年12月より、事業参加医療機関等に対し、収集事例の中で特に周知すべき医療安全情報をファックス等により情報提供するとともに、本財団のホームページにも掲載しているところです。

この度、12月15日(火)に、医療安全情報 (No.109) を情報提供いたしましたので、別添のとおり送付致します。

以上



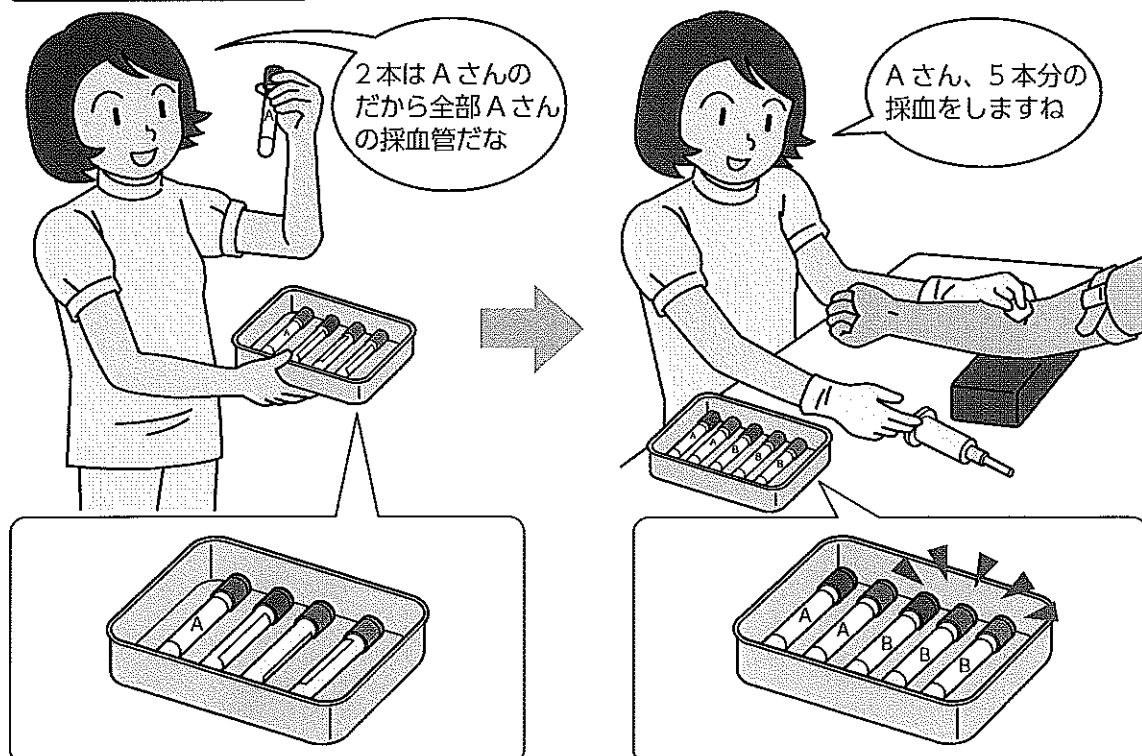
No.109 2015年12月

採血時の検体容器間違い

採血を行う際、他の患者の検体容器と取り違えた事例が9件報告されています(集計期間:2012年1月1日~2015年10月31日)。この情報は、第31回報告書「個別のテーマの検討状況」(P134)で取り上げた内容を基に作成しました。

報告された9件は、採血の直前に患者と検体容器のラベルの照合を行わなかった事例です。

事例1のイメージ



採血時の検体容器間違い

事例 1

リーダー看護師は、検査部から採血管が届いていなかったため、患者Aの採血管2本(血算・生化)と患者Bの採血管3本(血算・生化・凝固)を準備し、一つのトレイに入れた。患者Aの受け持ち看護師は、採血を行う際、トレイ内の採血管5本中2本の氏名が患者Aであることを確認し、残りの3本の氏名を確認しなかった。採血を実施し、採血管5本全てに患者Aの血液を分注し検査部に提出した。患者Bの主治医は、患者Bの採血管がなかったため準備し、採血後に検査部に提出した。その際、既に患者Bの検体が提出されていると指摘された。

事例 2

看護師は患者Aと患者Bの採血管をワゴンに乗せ、患者Aのベッドサイドへ行き、患者確認を行った。採血の直前に、排泄介助が必要な患者Cのナースコールが鳴ったため、採血管をワゴンに置いて患者Cのところへ向かった。すでに他の看護師が患者Cのトイレの介助をしていたので、患者Aのところに戻り採血を再開した。その際、ワゴンに一緒に置いていた患者Bの採血管を手に取り、照合を行わないまま採血を行った。検査科で前回値との比較を行い、病棟に疑義の問い合わせがあった。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・採血を行う直前に、患者のネームバンドと全ての採血管のラベルを照合する。
- ・採血業務を中断後に再開する場合は、最初の照合の手順に戻る。

総合評価部会の意見

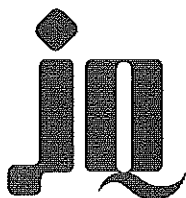
- ・検体容器を患者ごとに分けるよう工夫しましょう。

※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、当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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構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/>