

事 故 防 止 9 6 号
2 0 2 6 年 8 月 1 7 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
医療事故情報収集等事業
執行理事 後 信
(公印省略)

医療事故情報収集等事業 「医療安全情報 No.237」の提供について

平素より本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、8月17日に「医療安全情報 No.237」を本事業ホームページ (<https://www.med-safe.jp/>) で提供しましたのでお知らせいたします。

なお、この医療安全情報の他、報告書、年報も、本事業ホームページに掲載しておりますので、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。

誤った患者への輸血（第3報）

輸血用血液製剤を投与する直前に患者と製剤を照合せず、別の患者の製剤を投与した事例が報告されています。

医療安全情報 No.11（2007年10月）および医療安全情報 No.110（2016年1月）で、「誤った患者への輸血」について情報提供しました。その後、2020年1月1日～2026年6月30日に17件の事例が再び報告されています。この情報は、第81回報告書「再発・類似事例の分析」で取り上げた内容をもとに作成しました。

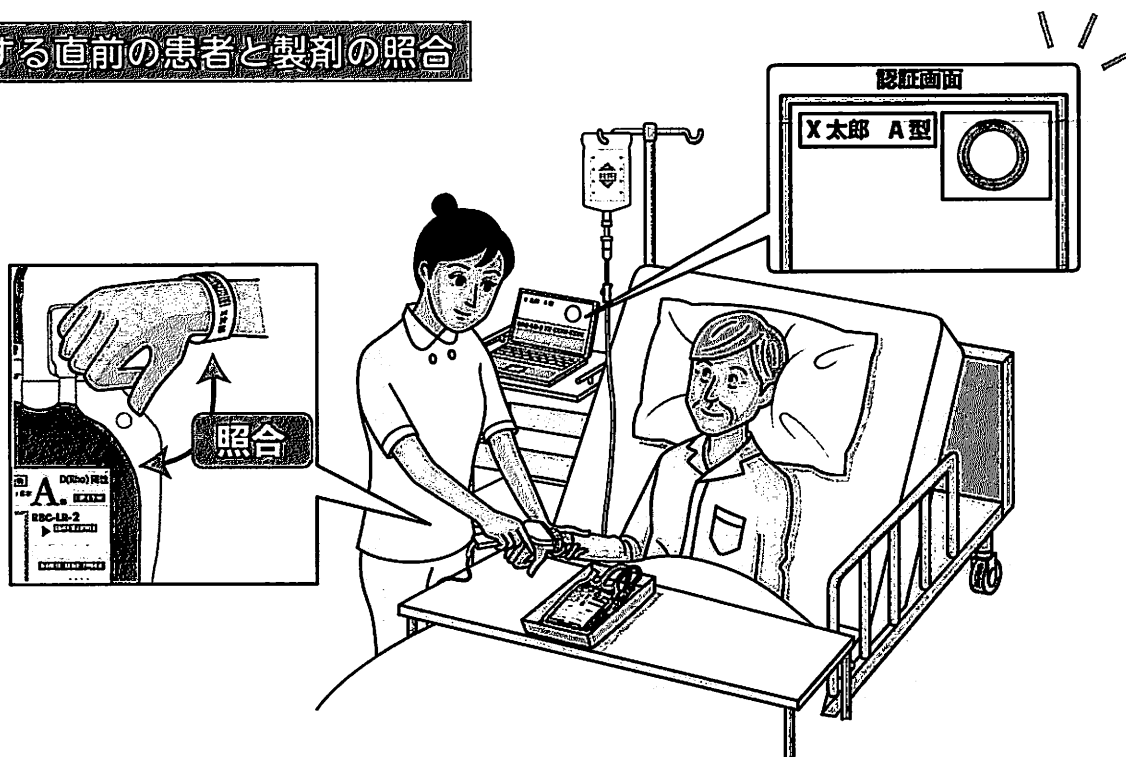
投与する直前に患者と製剤を照合しなかった主な背景

- ・輸血用血液製剤専用保冷庫には当該患者の製剤しかないと思い込んだ。※複数事例で報告あり。
- ・スタッフステーションで患者のIDを手入力したことで、患者と製剤を照合したつもりになった。
- ・患者と製剤の照合は他の看護師が済ませているため不要と考えた。



投与する直前にベッドサイドで、実施者が必ず患者と製剤を照合しましょう。

投与する直前の患者と製剤の照合



誤った患者への輸血 (第3報)

事例1

ICUに患者X(B型)の赤血球製剤が4単位(2バッグ)届き、担当看護師と医師は、輸血伝票と製剤を照合した。担当看護師は、1バッグ目を患者Xと照合して投与を開始し、2バッグ目は専用保冷庫に入れた。休憩に入る際にリーダー看護師へ「医師との確認が済んでいる」と伝えた。リーダー看護師は、2バッグ目を投与する際、専用保冷庫には患者Xの製剤しかないと思い込み、患者Y(O型)の赤血球製剤を取り出した後、患者氏名を確認しなかった。リーダー看護師は、担当看護師が患者と製剤の照合を済ませていると思い込み、照合せずに患者Yの赤血球製剤を患者Xへ投与した。

事例2

病棟に患者X(O型)の血小板製剤が届き、看護師Aが輸血伝票と製剤を照合した。看護師Aが、担当看護師Bに代わって患者Xと血小板製剤を照合し、投与を開始しようとしたところ、未投与の抗菌薬に気付いた。看護師Aは、先に抗菌薬の投与を開始して血小板製剤をスタッフステーションに持ち帰り、担当看護師Bに患者と製剤の照合が済んでいることを伝えた。その際、担当看護師Bは、患者Y(A型)に血小板製剤を投与すると思い込んだ。担当看護師Bは、患者と製剤の照合は看護師Aが済ませているため不要と考え、照合せずに患者Xの血小板製剤を患者Yへ投与した。

事例が発生した医療機関の取り組み

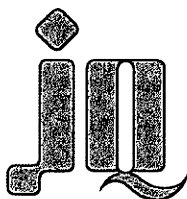
●投与する直前に実施者が必ず患者と製剤を照合する。

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

※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委員の意見に基づき、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をご覧ください。 <https://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す目的で作成された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 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252 (直通)

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



トップページ



No.237