

輸血療法における患者確認の重要性と実践



北里大学病院 看護部
EQSO（エキスパート質安全責任者）
箱田 美知恵

本日はお話しすること

1. 医療安全と患者確認
2. 輸血療法におけるインシデントの実際
3. 患者誤認防止のための取り組み
4. 輸血療法における患者確認
5. まとめ

医療安全管理のきっかけ

- 1999年（平成11月1月）
大学病院において、手術患者取り違い
- 1999年（平成11月2月）
都内の病院で、血管内に消毒薬を誤注入
- 2000年（平成12年2月）
京大病院で人工呼吸器の加湿器へのエタノール注水
- 2000年（平成12年4月）
東海大学病院での静脈内への内服誤注入

横浜市立大学医学部附属病院の医療事故

- 概要

手術室にて、外科病棟に入院中患者A氏、B氏の手術を行う際、心臓手術予定のA氏と肺手術予定のB氏を取り違え、A氏に肺の手術、B氏に心臓の手術を施行した。

事故原因の分析

- 患者確認の手順、方法が決められていなかった
- 患者識別は、主治医、麻酔科医、看護婦(士)による顔、体型等の確認、呼びかけと返事でしかなかった
- 手術室移送時、麻酔導入時、体位変換時、手術開始時など、それぞれのステップで患者確認を誰が、どのような方式で行うのか、一定の方式が決められていなかった

再発防止策

1. 入院患者は、入院時に手首等に氏名、年齢などが記入された患者識別バンドをつける
2. 入院患者の手術等の際には、病棟看護婦(士)立会いのもとに患者の足底にマジックで氏名を書く。
3. 手術室交換ホールにおいて、手術室看護婦(士)が行う病棟看護婦(士)からの患者引き受け時の確認は、次のとおりとする。
 - 1) 患者の氏名を患者の言葉で確認する。
 - 2) 患者識別バンドのID番号、氏名、年齢、性別、入院月日をカルテと照合し確認する。
 - 3) 足底に書かれた患者の氏名をカルテと照合し確認する

4. 麻酔科医は患者を術前訪問し，当日はハッチウェイで出迎え，手術室の看護婦(士)とともに患者確認を行う。
5. 手術室内では，麻酔科医は主治医とともにカルテの血液型検査結果の I D 番号，氏名を患者識別バンドと照合・確認し，患者識別バンドに血液型を記入する。
6. 麻酔科医は，主治医とともに患者確認を行った後において麻酔を開始する

患者誤認事故防止方策に関する検討報告書内アンケート結果 (厚生労働省)

- 患者氏名の確認

「名前を本人応答させることにより、患者の確認を行う」

事故以前から実施	23施設（30.3%）
事故後に実施	29施設（38.2%）
これから実施予定	9施設（11.8%）

患者本人に名前を名乗ってもらう方法は、患者の名前を単に呼びかける方法よりは、患者誤認の可能性を低くできることから、実施が望ましい。

あくまでも患者確認のための補助的な手段であることを十分に認識し、この方法のみにより患者確認をすることは避けるべきである

- 患者識別バンドの装着
「患者を識別するためのバンド等をつける」

事故以前から実施	14施設（18.4%）
事故後に実施	19施設（25.0%）
これから実施予定	19施設（25.0%）

患者を識別する手段を増やすという意味で有効

患者誤認事故予防のための院内管理体制の 確立方策に関する研究

- 手術患者誤認事故発生を機に、特定機能病院における類似事故防止方策の取り組み（回収率は92.7%）

（結果）

手術患者誤認事故防止方策について

今回の事故を教訓として半数の施設が、「識別バンドの装着」と「患者本人から名前を応答」の両方策を取り入れることになった。

医療安全対策の推進について

- 平成11年5月厚生省健康政局より

「各医療施設における医療事故防止推進」について発出

→横浜市立大学医学部附属病院患者取り違え再発防止策

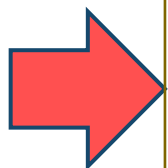
- 平成12年3月31日厚生省健康政策局長・医療安全局長より

「医療施設における医療事故防止対策の強化について」

→特定機能病院の安全管理体制強化（指針整備、院内報告制度整備、委員会開催、職員研修など）

- 平成12年厚生労働大臣より

→医薬品取り違え対策、国立病院、療養所向けの事故防止マニュアル作成、調査研究によるインシデント事例分析



医療安全の幕開け
患者確認は医療安全の「一丁目一番地」

輸血の管理体制のあり方

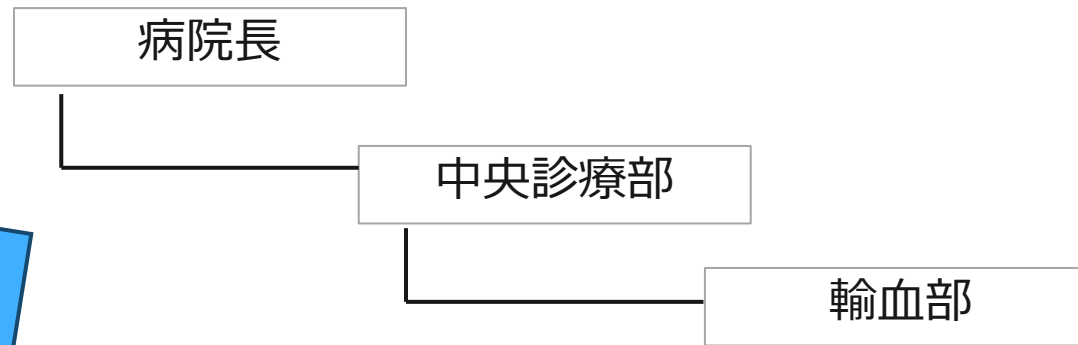
輸血療法を行う場合は、各医療機関の在り方に沿った管理体制を構築する必要があるが、医療機関内の**複数の部署が関わる**ので、以下のような一貫した業務体制をとることが推奨される。

- ・ 輸血療法委員会の設置
- ・ 責任医師の任命
- ・ 輸血部門の設置
- ・ 担当技師の配置

輸血療法委員会の設置

- 病院管理者及び輸血療法に携わる各職種から構成される，輸血療法についての委員会を医療機関内に設ける。この委員会を定期的に開催し，輸血療法の適応，血液製剤（血漿分画製剤を含む）の選択，輸血用血液の検査項目・検査術式の選択と精度管理，輸血実施時の手続き，血液の使用状況調査，症例検討を含む適正使用推進の方法，**輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策**，輸血関連情報の伝達方法や院内採血の基準や自己血輸血の実施方法についても検討するとともに、改善状況について定期的に検証する。また，上記に関する議事録を作成・保管し，院内に周知する。

当院の医療安全概念図



- ・ 輸血療法委員会
委員長：病院長
委員：輸血療法に関わる診療部員、看護部、医療安全推進室、診療情報管理士、医事課 など
開催頻度：月1回
内容
 - ・ 前月におけるインシデント共有、対策検討
 - ・ 輸血の適正使用など

輸血部技師と医療安全管理者で、委員会前にインシデントを分析、対策の検討

「誤った患者への輸血」 報告件数 計15件

	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	合計
2019年				3	3
2020年	0	1	0	2	3
2021年	1	0	0	0	1
2022年	0	1	0	1	2
2023年	0	0	0	0	0
2024年	1	0	3	1	5
2025年	1	—	—	—	1

患者への影響

事故の程度	件数
死亡	2
障害残存の可能性がある（高い）	1
障害残存の可能性がある（低い）	6
障害残存の可能性なし	3
障害なし	3
合計	15

治療の程度	件数
濃厚な治療	10
軽微な治療	2
治療なし	3
合計	15

事例の分類

分類	件数
血液製剤間違い※	12
患者間違い	3
合計	15

1件を除き別の患者に別の患者の製剤を投与している

※自己血の事例を含む。

血液製剤間違い

本来輸血を予定されていた患者の血液製剤のクロス例) 患者Aに投与すべきF F Pを患者Bへ投与した

患者間違い

本来輸血を予定していない患者へ輸血を投与した。

例) 患者Aに投与すべきF F PをF F P投与の予定がない患者Bへ投与した



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

No.11 2007年10月

「誤った患者への輸血」

輸血療法施行時に患者を誤った事例が8件報告されています。(集計期間:2004年10月1日~2007年6月30日。第9回報告書「共有すべき医療事故情報」に一部を掲載)。

報告事例のうち6件は、輸血用血液製剤を接続する際に、患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行わなかった事例です。

〈事例1のイメージ図〉



ナースステーション

患者Bの病室

◆報告された事例6件のうち5件は、ナースステーションなどで輸血伝票やカルテなどで輸血用血液製剤の照合を行っていましたが、患者と製剤の照合を行わなかった事例です。



「誤った患者への輸血」

事例1

主治医は、患者Aの輸血用血液製剤実施の指示を出した。看護師は、輸血部から患者Aの輸血用血液製剤を持ってきた他の看護師とともに、ナースステーションで輸血用血液製剤と伝票の患者氏名、血液型の照合を行った。その後、看護師は、患者Bのベッドサイドに行き、その患者が患者Aであるかを照合せずに接続した。2時間後、主治医が患者Bのベッドサイドに行き、指示していない輸血用血液製剤が接続されていることに気付いた。

事例2

主治医は、患者CとDの2人分の輸血用血液製剤の準備を行ったところで他の処置に呼ばれた。30分後、主治医は患者Cに輸血を行おうと、患者Dの輸血用血液製剤をトレイに入れ、患者Cの病室に行き、輸血用血液製剤が患者Cのものであるかを照合せずに接続した。その後、主治医は患者Cの輸血用血液製剤が投与されずに残っていたため、患者Cに患者Dの輸血用血液製剤を接続したことに気付いた。

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際は、
患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行う。**

※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://jqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

※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。



財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止センター
医療事故防止事業部

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-11 三井住友海上駿河台別館ビル7階

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

<http://jqhc.or.jp/html/index.htm>

**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、患者と使用する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はベッパ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」であると看護師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って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。

輸血を投与するまでの流れ

医師の判断

血液検査

製剤申し込み

製剤準備

製剤払い出し

投与準備

投与

名古屋大学医学部附属病院 エキスパート質安全責任者（EQSO） 養成事業受講

Advanced Quality & patient Safety Officer

養成事業

募集案内

第 1 期 2022 年度)



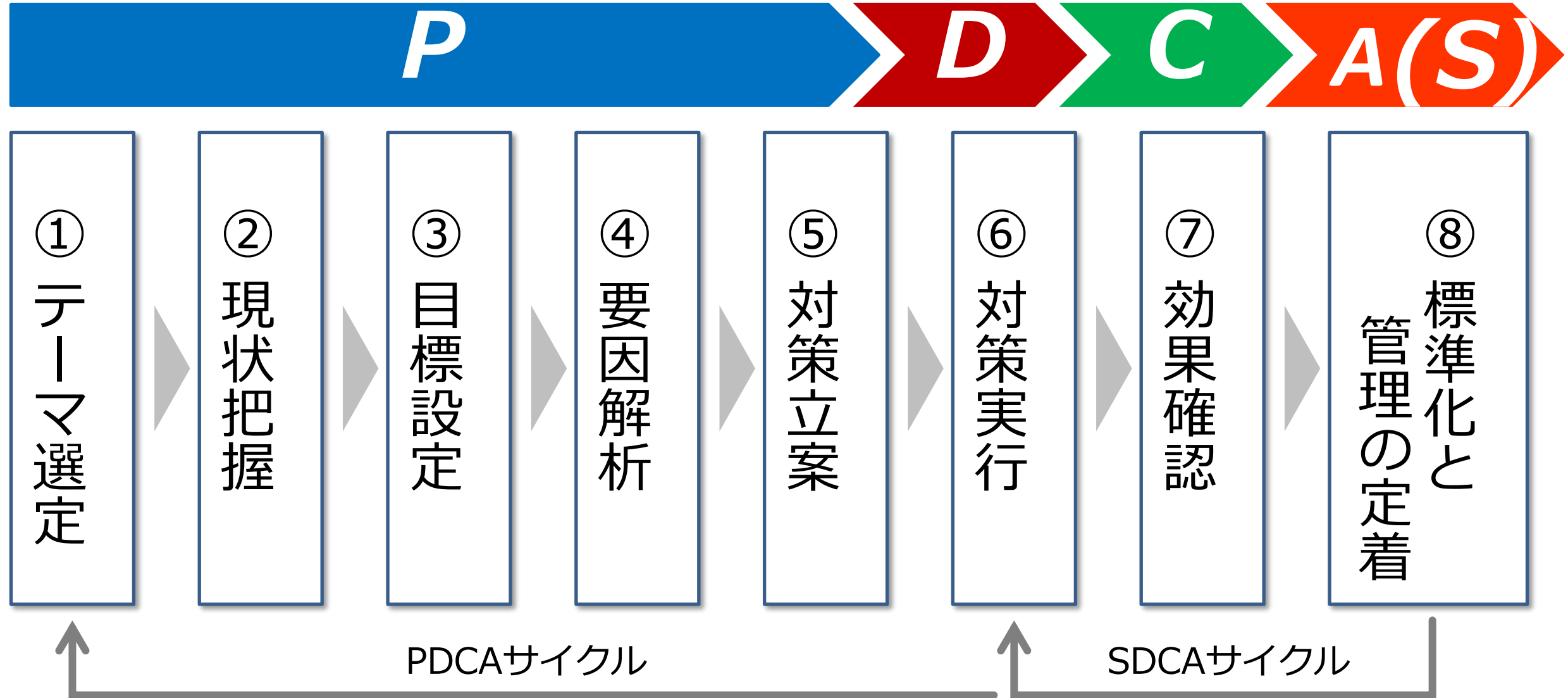
国立大学法人東海国立大学機構
名古屋大学医学部附属病院

基礎となる知識の習得
有事対応
平時の対応
問題解決コース

総計 1 2 0 時間
全て名古屋大学医学部附属病院で受講

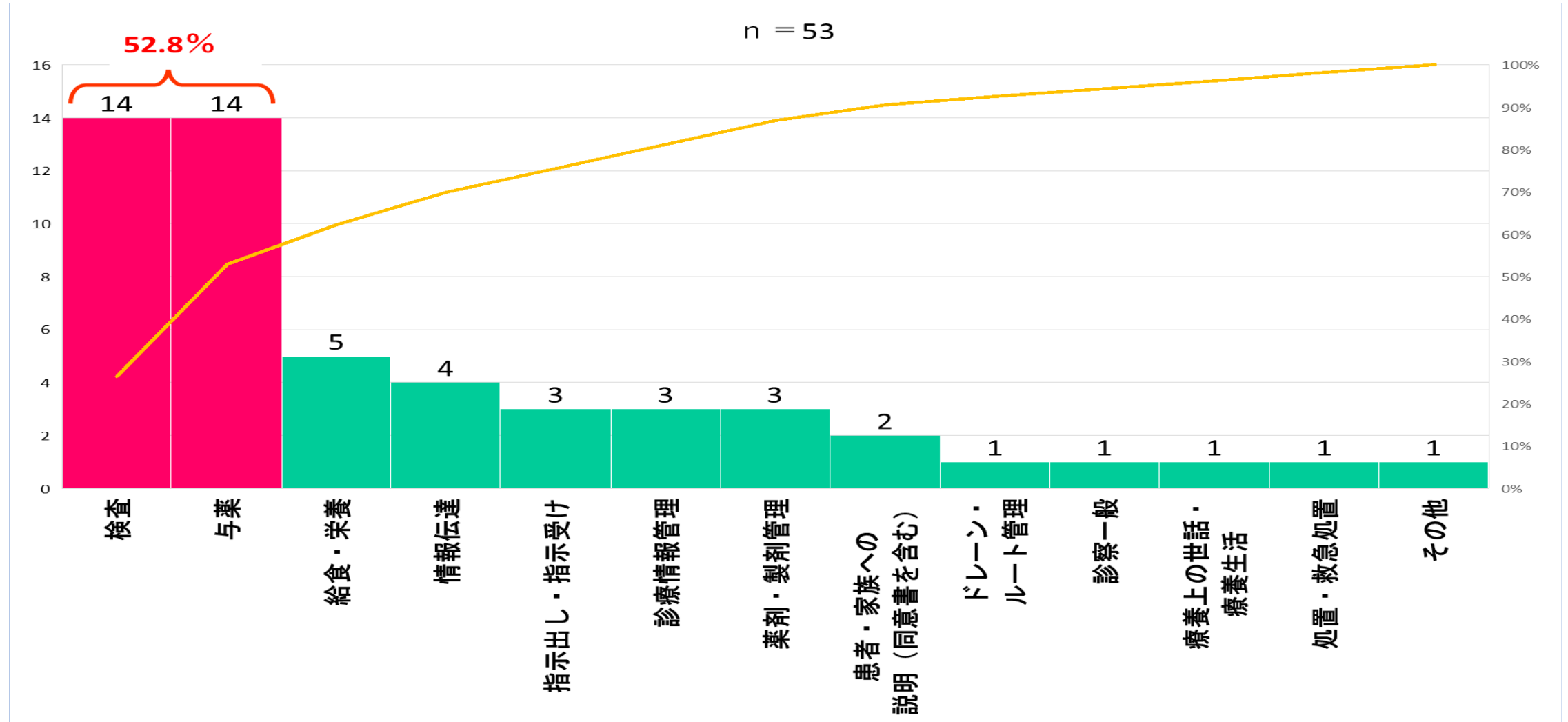


問題解決ステップ(QCストーリー)



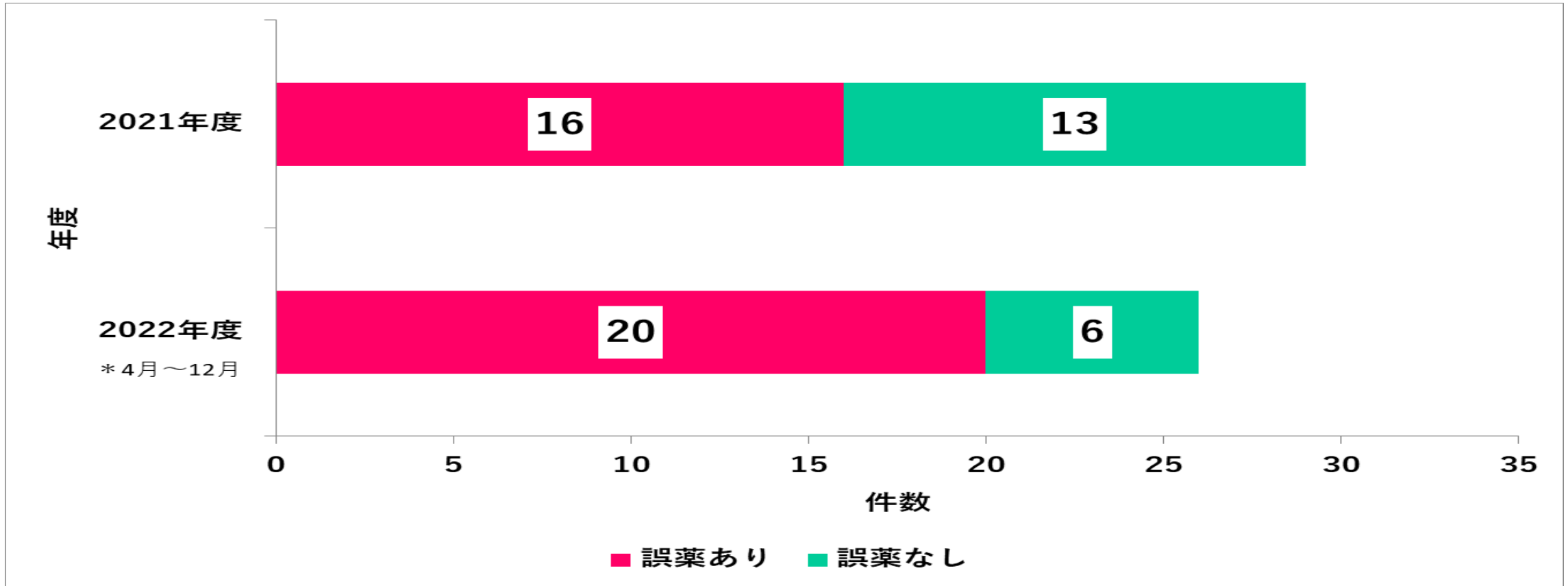
患者誤認防止における当院の取り組み

インシデントレベル2以上の患者誤認誤薬「0」化



2022年度インシデント報告患者誤認有（470件）レベル2以上の概要詳細

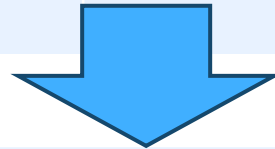
2021年度～2022年度 患者誤認「有」「与薬」で報告された詳細



1か月あたりの誤認誤薬件数が、2021年度1.3件、2022年度1.9件
0.6件上昇！

シャドーイングにおける 患者確認マニュアル遵守状況（2022年度）

手順通りできた	手順通り 出来なかった
7場面（41%）	16場面（59%）



N = 23場面

	した	していない	NA
患者に名乗らせた	15	3	5
患者のネームバンドの名前・ IDと医療者の手元情報の名前 とIDを照合した	13	10 (43.4%)	—

看護師の患者確認における意識調査

アンケートは、3部署で実施

アンケート配布数：69枚 回収数：66枚 回収率：96%

マニュアルを知っている	患者確認遵守状況 (VAS 中央値)	マニュアルを意識している	患者確認は困難ではない
77%	8.7	48%	78%

シャドーイング調査の結果と比較すると患者確認の実際と患者確認における看護師の意識に大きな乖離が見られた

当院の患者確認マニュアル（2022年度）

患者確認で用いられる患者側情報と表示されている識別子

	①氏名称	②診察券	③患者識別バンド	④新生児コットネーム	診療行為前に患者との一致を確認する媒体
外来患者	○(氏名)	○(氏名・ID)			端末画面・帳票類 ラベル類など (氏名・ID)
入院患者	○(氏名)	○(氏名・ID)	患者識別バンド ○(氏名・ID)		
手術患者	○(氏名)	○(氏名・ID)	患者識別バンド ○(氏名・ID)		
入院新生児 (NICU・GCU)		○(氏名・ID)	小児・新生児患者識別バンド ^{※1} ○(氏名・ID)		
入院患者 (産科病棟)	○(氏名)	○(氏名・ID)	母子一体型リストバンド 母親用 ○(氏名・ID)		
入院新生児 (産科病棟)		○(氏名・ID)	小児・新生児患者識別バンド ○(氏名・ID)		端末画面 (氏名・出生月日)
健常新生児 (産科病棟)			母子一体型リストバンド 健常新生児用 ○(氏名)	○(氏名・出生月日)	

患者側情報

患者名
患者ID

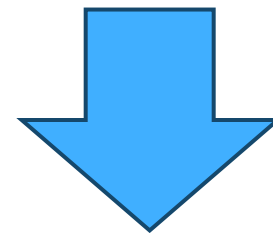
患者との一致を確認する媒体

診療行為前に患者との一致を確認する媒体

端末画面・帳票類
ラベル類など
(氏名・ID)

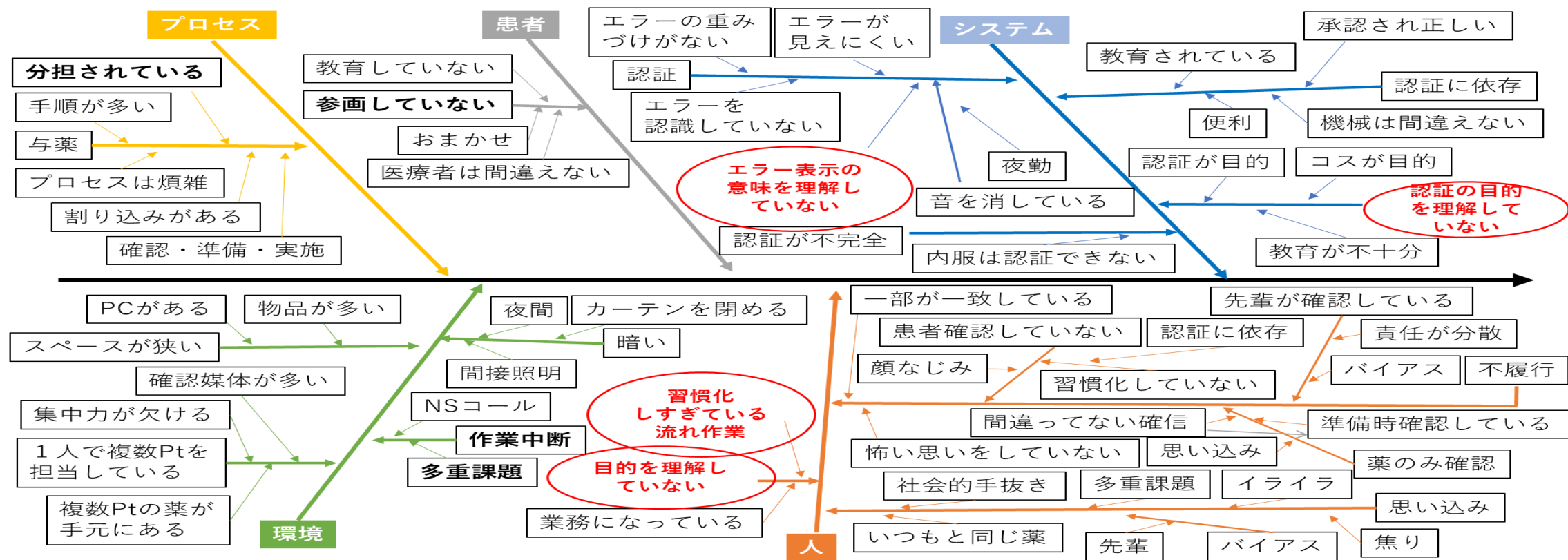
端末画面
(氏名・出生月日)

- ・ 患者識別バンドの複数存在
- ・ 患者識別バンドの種類によって表示されている識別子の違い。
- ・ 医療行為、サービス場面において何と何を照合することが妥当であるのかが分かりにくい



標準化されていない

特定要因解析



①患者確認手順を実行することに重きが置かれ行動の意味や目的を理解していない

②患者確認の目的、意義を職員に教える機会を設けていなかった

③認証器の目的を理解していない

対策

現行の「患者確認マニュアル」を目的、手順が分かりやすいように図式し改定する

リスクマネジメントニュースと動画で新「患者確認マニュアル」の周知を行う

研修会で患者確認の目的及び患者認証機の講習をする

研修会で患者確認の目的、意義のワークをする
(新人看護師オリエンテーションでは寸劇をもとにワークをする)

ラウンド、シャドーイングで患者確認が遵守出来ているか評価する

現行の「患者確認マニュアル」を目的、手順が 分かりやすいように改訂（概念化と標準化）

患者確認マニュアル

本人確認

（医療行為・サービスを行う対象であることの確認）

2識別子（要素）で**確認**する

フルネーム＋生年月日
患者ID番号 } のいずれか

名乗ることができる

名乗ることができない

患者自身に診察券または
識別バンドを提示してもら
い、フルネームと生年月日
または患者ID番号を言っ
てもらい照合する

・家族へ確認
・診察券または識別バン
ドでフルネームと患者ID
番号を確認する

行為確認

（医療行為・サービス等が患者自身と一致しているか
全ての行為実施前に照合する）

「手元情報」と「識別バンド」または
「診察券」を照合する

2識別子（要素）で**照合**する
フルネーム ＋ 患者ID番号

※手元情報：（医療）行為に直結する最終情報
例）指示書、検体ラベル、注射ラベル、食札 等

患者識別バンド装着部位
原則、手首または足首に装着する。不可能な場合は、「専
用カードホルダー」を職員が確認出来るような位置で、患
者の身体にクリップで装着する。「専用カードホルダー」は
医療の質・安全推進室より取り寄せる

2023年2月リスクマネジメント委員会承認

患者確認は、何を確認するのか
確認の目的は何か？

リスクマネジメントニュースで 新「患者確認マニュアル」の周知を行う

職場に掲示し情報を共有してください 2023年2月22日 北里大学病院 no.343



患者確認で「ひやり」とした経験はありませんか？
患者確認したつもりになっていませんか？
ポイントを理解して、患者誤認を回避しましょう！

医療安全
管理責任者の
内山です！
ここを押さえ
れば完璧！

患者誤認の背景には、以下のような要因があるかもしれません。

- ・患者に名乗ってもらいが、名乗ってもらった名前と識別バンドを照合していない
 - ・患者識別バンドを確認しているが、手元情報と識別バンドを照合していない
- 患者確認には、「本人確認」と「行為確認」の2つの確認が含まれるため、患者誤認を防ぐ重要なポイントを理解する必要があります。
そこで、患者確認の重要なポイントをより明確に示しました。

患者確認マニュアル

マニュアル改訂しました！
近日中にイントラネット掲載予定です。

本人確認

(医療行為・サービスを行う対象であることの確認)

2識別子(要素)で確認する

フルネーム + 生年月日
患者ID番号

名乗ることができる 名乗ることができない

患者自身に診察券または
識別バンドを提示してもらい、フルネームと生年月日
または患者ID番号を覚えて
もらい照合する

・家族へ確認
・診察券または識別バンド
でフルネームと患者ID
番号を確認する

行為確認

(医療行為・サービス等が患者自身と一致しているか
全ての行為実施前に実施する)

「手元情報」と「識別バンド」または

「診察券」を照合する

2識別子(要素)で照合する

フルネーム + 患者ID番号

※手元情報：(医療)行為に直結する最終情報
(例)指示書、検体ラベル、注射ラベル、食札 等

患者識別バンド装着部位について

原則、手首または足首に装着する。
不可能な場合は、「専用カードホルダー」を職員が確認出来るような位置で、患者の身体にクリップで装着する。「専用カードホルダー」は医療の質・安全推進室より取り寄せる

専用
カード
ホルダー



①「お名前(フルネーム)」と
「生年月日」をお願いします

本人確認

②「フルネーム」と「生年月日」
が合ってる！よし！

本人確認

③「注射ラベル」
「指示書」

(手元情報)と

「識別バンド」の

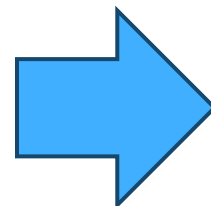
「フルネーム」と

「患者ID番号」が

合ってる！よし！

行為確認

言葉だけでなくイラストでわかりやすく
何と何を照合するのか

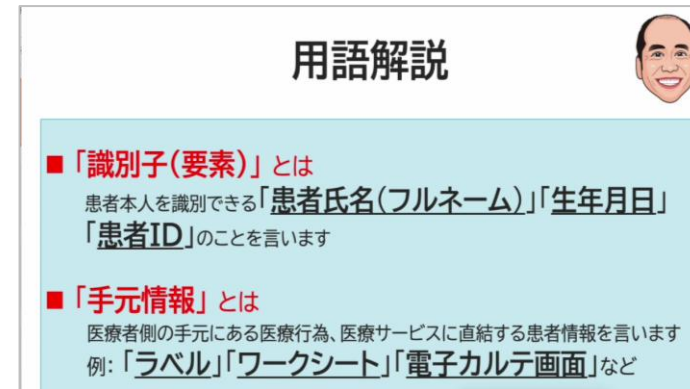


よくわからない・・・
言葉が難しい・・・
とのご意見があった

全職員配布・読了

動画で 新「患者確認マニュアル」の周知を行う

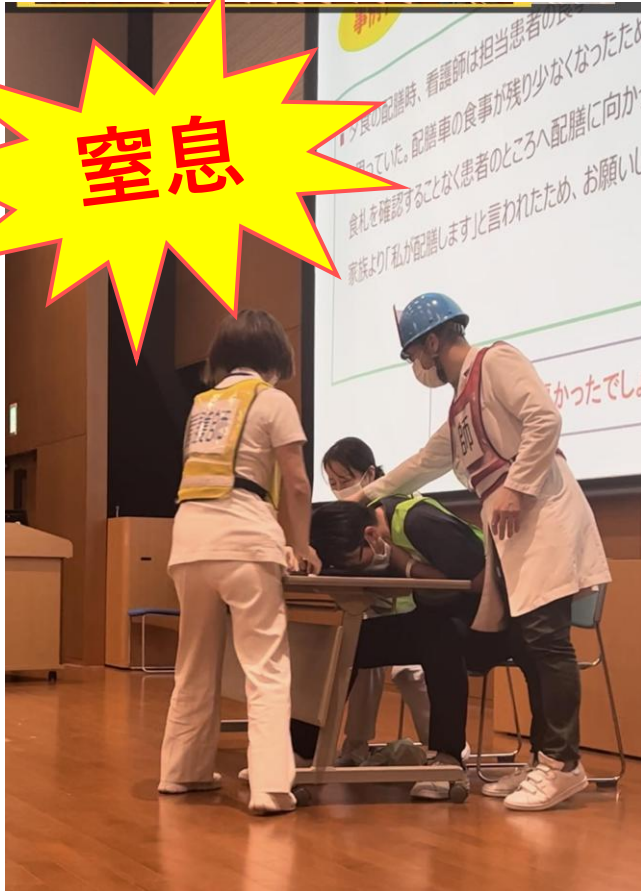
動画作成



研修会で患者確認の目的及び患者認証機の講習をする

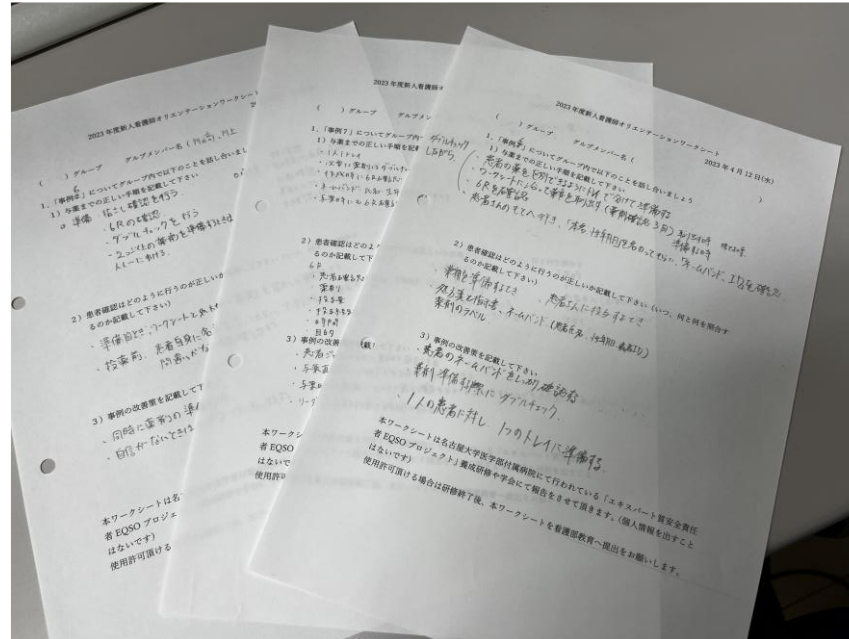
研修会で患者確認の目的、意義のワークをする

窒息



患者誤認誤配膳、誤薬事例
再現寸劇

4月新人看護師オリエンテーション



患者誤認誤配膳事例 再現寸劇を見た後
にワーク

- ・ 配膳までの正しい手順
- ・ 患者確認はどのように行うのが正しいのか

4月新人看護師オリエンテーション



患者確認模擬演習（輸血部と協働）
4月研修医オリエンテーション

ラウンド、シャドーイングで患者確認が 遵守出来ているか評価する 1

1. 医療安全推進室室員によるヒアリング調査

実施日：2023年4月6日（木）、7日（金）、13日（木）、14日（金）、20日（木）、21日（金）、24日（月） 計7日

ヒアリング対象者：医師、看護師、薬剤師、他 全職員

ヒアリング内容：患者確認手順

確認件数：48部署、122人

正しく答えられた割合：**71%**

2. リスクマネジャーによる医療安全ラウンド

実施日：2023年6月21日（水）、22日（木）、26日（月） 計3日

ヒアリング対象者：医師、看護師、薬剤師、他 全職員

ヒアリング内容：患者確認の場面を確認後、その場면을イメージしながら模擬で実施

確認人数：160人

正しく答えられた割合：**56.9%**



3. リスクマネジャーによる医療安全ラウンド

実施日：2023年11月13日（月）、15日（水）、17日（金） 計3日

ヒアリング対象者：医師、看護師、薬剤師、他 全職員

確認人数：83人

正しく答えられた割合：**52%**

ラウンド、シャドーイングで患者確認が 遵守出来ているか評価する 2

4. 医療安全推進室室員によるシャドーイング調査 1回目

実施日：2023年7月6日（木）、7日（金）、10日（月）、11日（火）、12日（水）、13日（木）、14日（金）、18日（火）、20日（木）、21日（金）、24日（月）、25日（火）、26日（水）、27日（木）、28日（金）、31日（月）、8月1日（火） 計17日

シャドーイング対象者：看護師

シャドーイング目的：レベル2以上の患者誤認誤薬インシデントを「0」にするため、実際に患者確認が正しく実施できているか確認をし、適宜患者確認の目的及び手順のフィードバックを行う

確認件数：66部署（66人）

正しく実施できた割合：69.2%

5. 医療安全推進室室員によるシャドーイング調査 2回目

実施日：2024年3月7日（木）、8日（金）、11日（月）、12日（火）、13日（水）、14日（木）、15日（金）、18日（月）、19日（火）、21日（木）、22日（金）、25日（月）、26日（火）、27日（水）、28日（木）、29日（金）計16日

シャドーイング対象者、目的：1回目同様

確認件数：69部署（76人）

正しく実施できた割合：93%

ラウンド、シャドーイングで患者確認が 遵守出来ているか評価する 3

6. 医療安全推進室室員によるシャドーイング調査 3回目

実施日： 2024年8月7日（水）、8日（木）、13日（火）、14日（水）、15日（木）、16日（金）、
19日（月）、20日（火）、21日（水）、22日（木）、23日（金）、26日（月）、27日
（火）、28日（水）、30日（金） 計15日

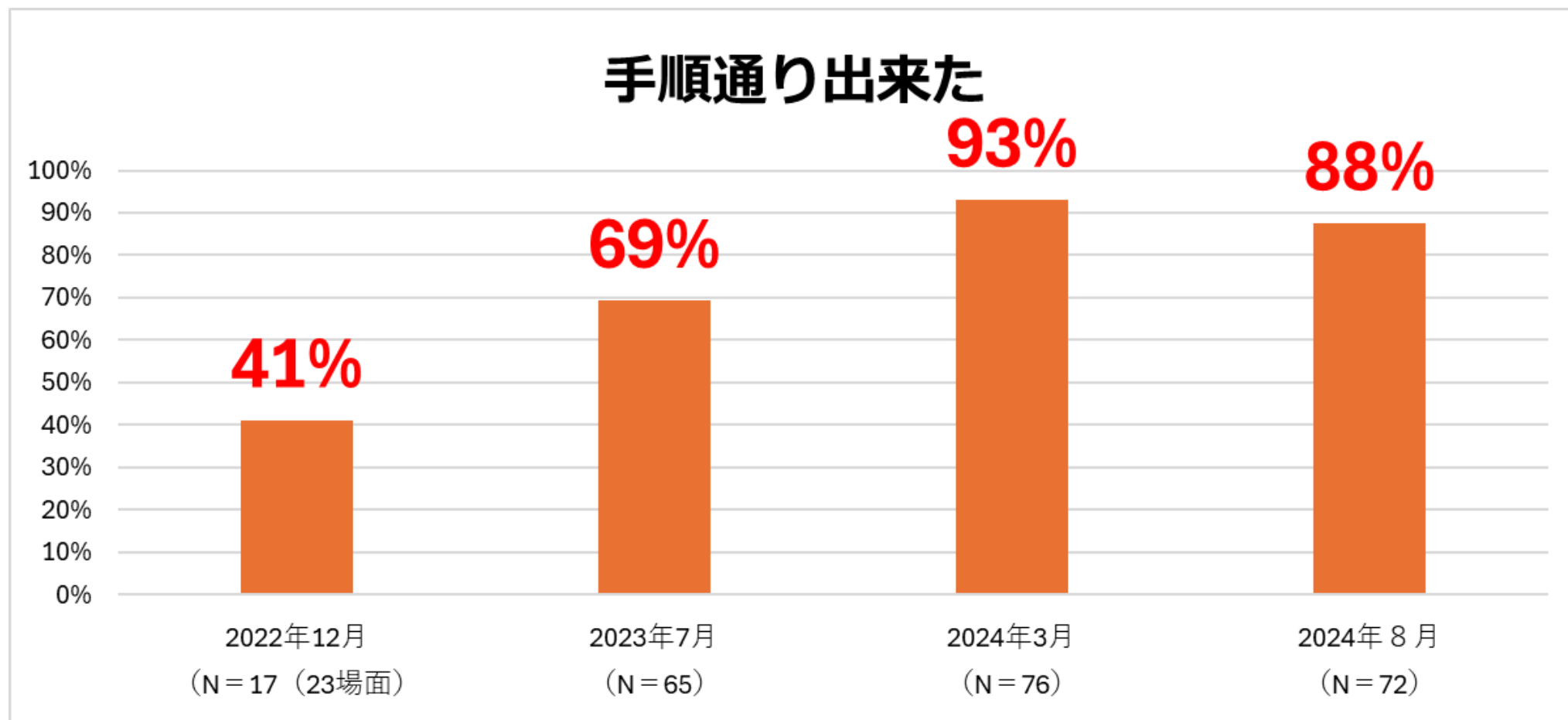
シャドーイング対象者、目的： 1回目同様

確認件数：56部署（72人）

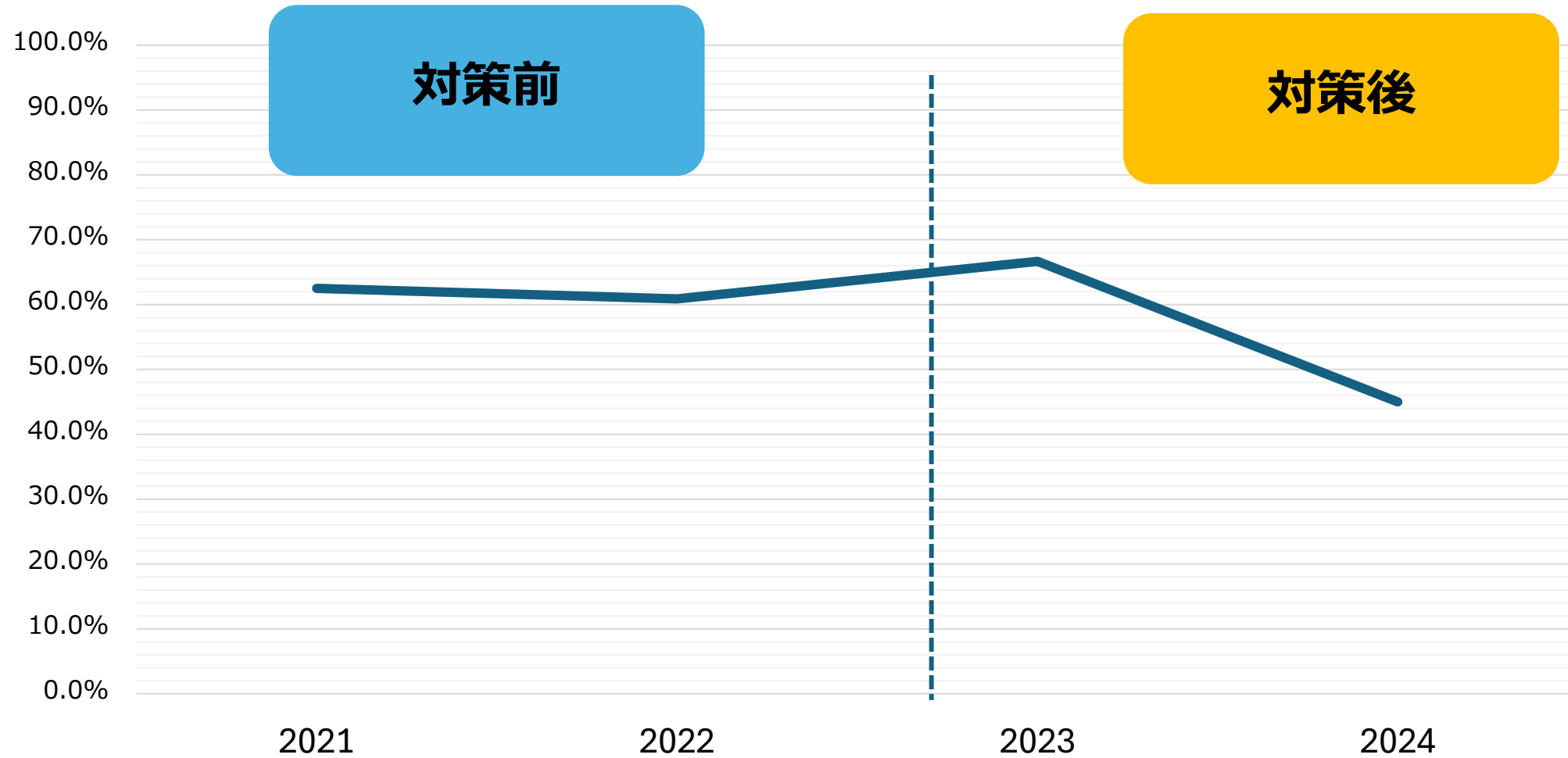
正しく実施できた割合： **87.5%**



結果1 シャドーイングにおける患者確認遵守率

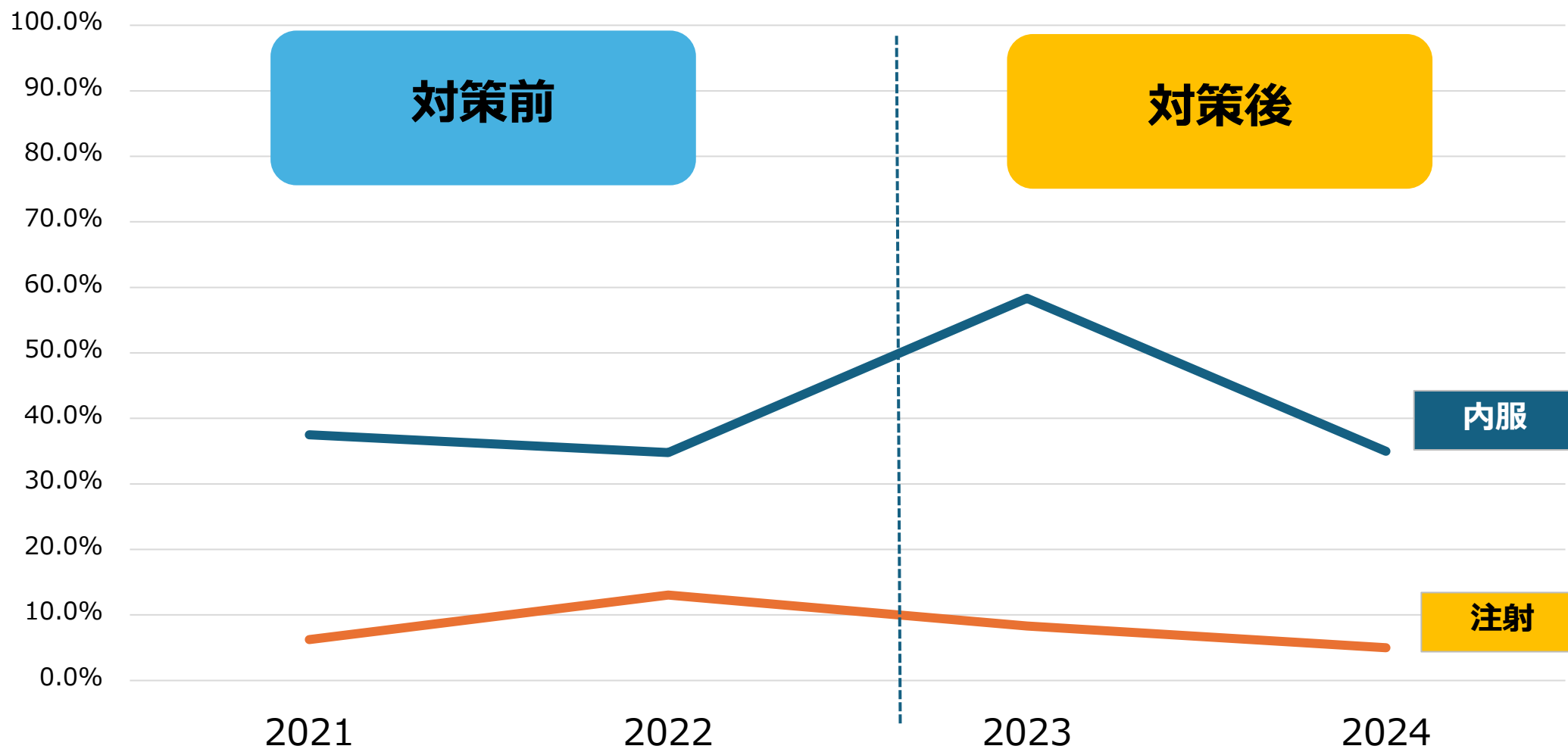


結果 2 レベル2以上患者誤認誤薬事例発生割合



分母：誤認誤薬件数 分子：レベル2以上誤認誤薬件数にて算出

結果3 レベル2以上患者誤認誤薬投与経路割合



分母：誤認誤薬件数 分子：レベル2以上誤認誤薬件数を経路別にて算出

輸血時の認証100%実施を目指す！ (認証を確実にを行い患者誤認輸血0化)

- 背景は何か

- 輸血認証率が低い、それ故に患者に不利益となっていることは何か。

- 要因

- マニュアル認識不足

- 認証の必要性を感じない

- 手順遵守意識が低い

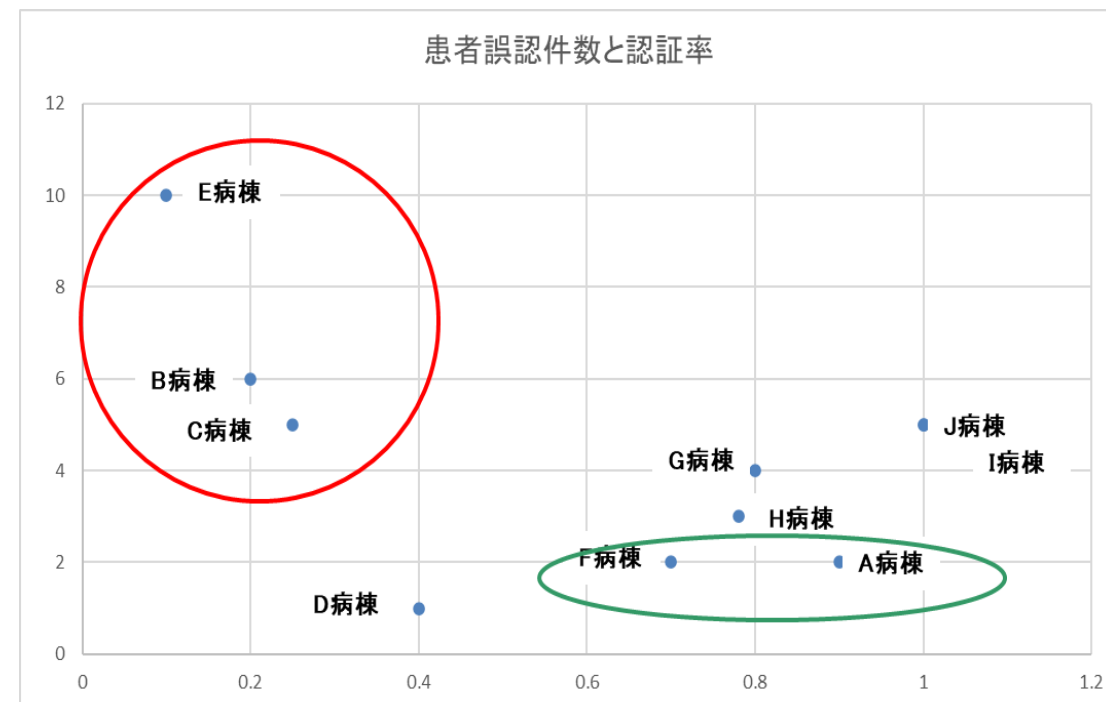
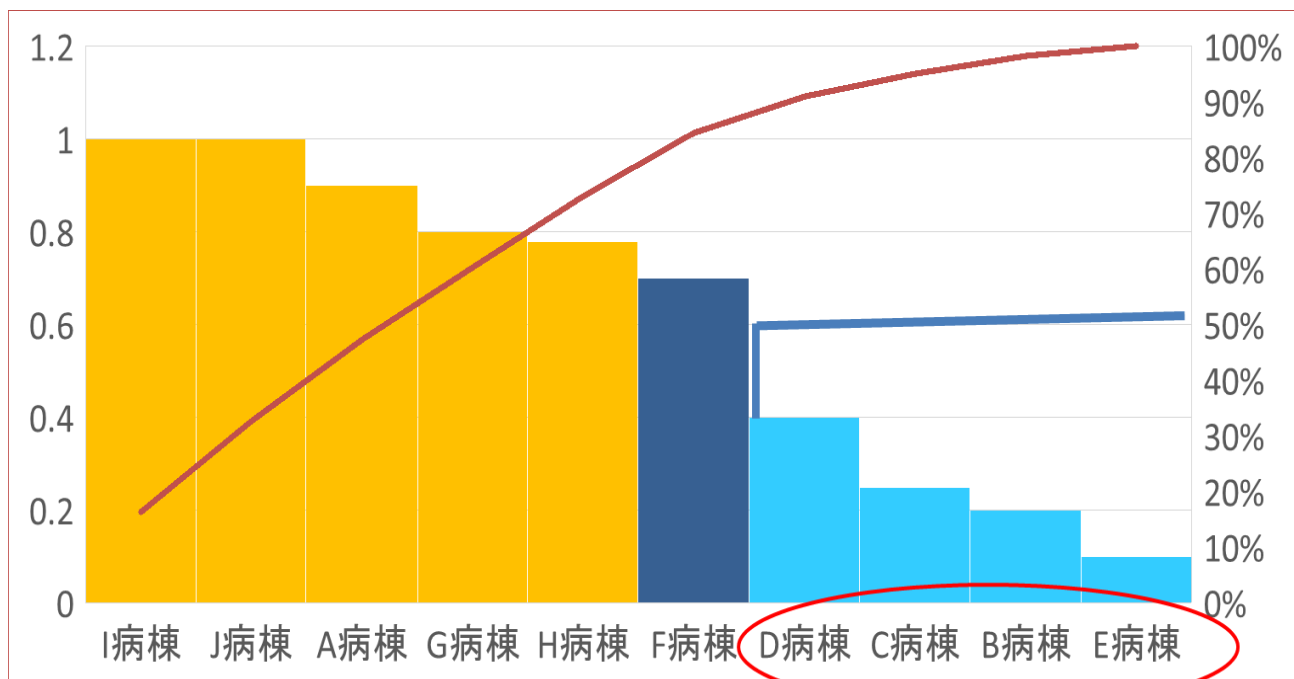
- 電子システムの使用方法の理解不足

- 忙しい
 - 人手が少ない
 - うっかりミス

現状把握

- ・ 輸血製剤に関わるインシデント数
その内、認証不履行により発生したインシデント数と内容
- ・ 認証実施率（病棟別）
パレート図で出すと良い
- ・ 認証実施行程の確認
工程の中でのpitfallの有無 認証不履行となりうる煩雑か所の有無
- ・ 輸血投与マニュアルの確認
- ・ 認証実施に関する意識アンケート
- ・ 血液製剤投与に関する教育
- ・ 現地現物の確認（認証実施している場面、実際の認証機器など）

認証実施率を出した際に、パレート図を出す
認証不履行部署50%ラインの部署に着眼して手当を行う
なぜ不履行となるのか？インシデントとの相関性は？



現地現物確認

- ・ 輸血を投与するまでをシャドーイング
シャドーイングの際は、Nsの動きを一つ一つメモする
- ・ 認証器の置き場と数の確認

意識調査（アンケート、ヒアリングなど）

- ・ 全部署、認証率高い、低い病棟で実施し比較
認証すること知っている？ 認証している？（V A S 値）

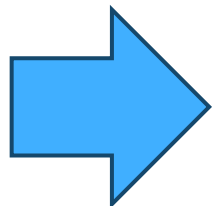
認証までの流れを工程図として描く
輸血投与マニュアルの確認

目標選定

- ・ 認証率を〇月までに全部署80%にする
- ・ 認証率を〇月までに全部署100%にする
- ・ 輸血に関わる患者誤認インシデントを〇月までに「0」にする

特定要因解析図の作成

- ・ プロセス
- ・ 看護師
- ・ 認証器
- ・ 環境
- ・ マニュアル
- ・ 教育



真因を特定！

- ・ 認証器が少なく、輸血の時間が重なり使用することができない
- ・ 認証の目的を教育していなかったため、必要性の理解に至らなかった
- ・ 認証をしなければならないことが明確に示されていなかった

対策

- ・ 認証率とインシデント数の相関性について、認証実施率低い病棟責任者（スタッフ）へ伝え対策について一緒に検討する。
- ・ 輸血投与における認証の目的について職員教育を行う
- ・ 輸血の払い出し時間などを調整し、認証器を順番で使用できるような運用を検討する
- ・ 必要力所へ認証器を補充する
- ・ 認証を確実に実施することをマニュアルへ記載する
認証について目立つようにマニュアルに掲載する

輸血療法において患者間違いが起こると

1. 輸血行為

⇒異型輸血につながる。

2. 検体検査の採血など

⇒誤診断・誤治療につながる。

当院におけるルール（採血時）

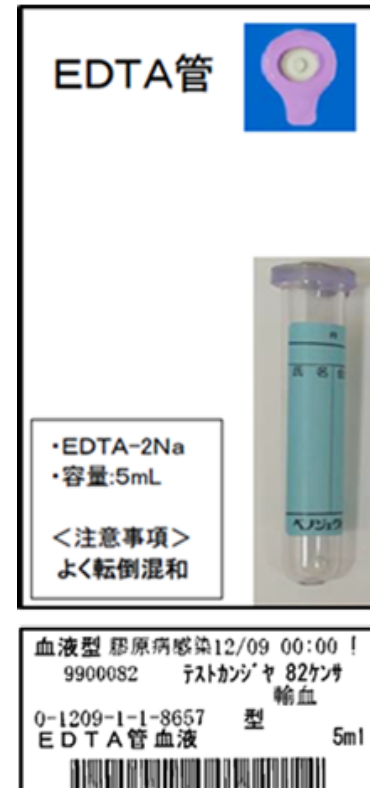
血液型検査と輸血検査は別々に採取

★血液型検査と輸血検査 同時採血できない理由

・血液型検査用検体の採血間違いが血液型の誤判定につながる可能性があるため、血液型の判定は2回の異なる時点での検体で実施するように定められています。

（厚生労働省医薬・生活衛生局血液対策課の「輸血療法の実施に関する指針」より）

①血液型検査



②輸血検査

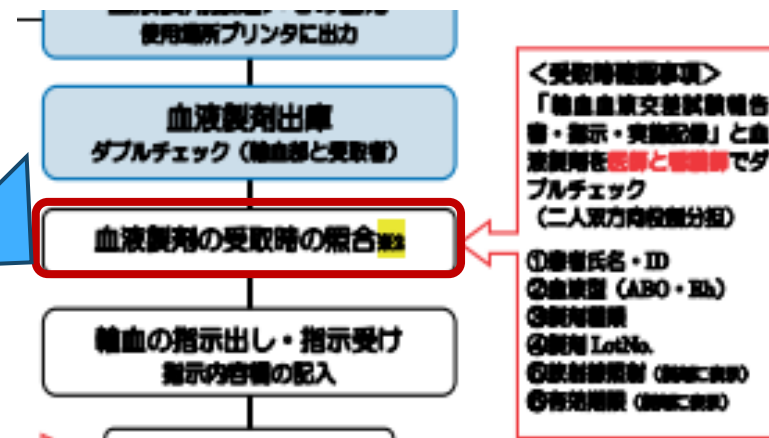
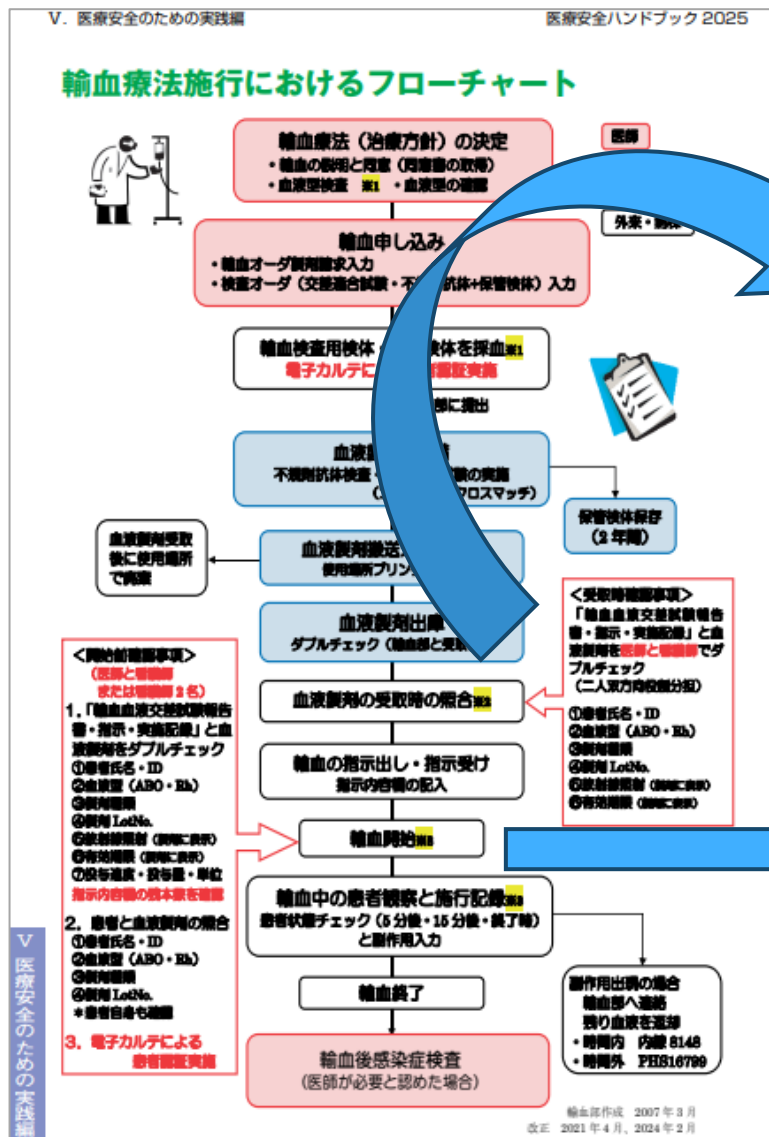
不規則抗体検査
交差適合試験を実施



①血液型検査
②輸血検査
同時採血禁止

①と②を同時に
提出する場合、
別採血であることを伝えるため
に、別採血に○
をしましょう！

当院におけるルール（輸血投与時）



血液製剤の受取時の照合

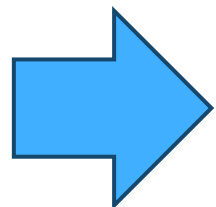
「輸血血液交差試験報告書・指示実施記録」と血液製剤を**医師と看護師でダブルチェック（二人双方向役割分担）**

実施前確認事項

- 医師と看護師または看護師2名）
- 1 「輸血血液交差試験報告書・指示実施記録」と血液製剤を**ダブルチェック（二人双方向役割分担）**
 - 2 **患者と血液製剤の照合**
 - 3 電子カルテによる**患者認証実施**

患者確認とは

1. 医療者が医療行為（診断、治療等）・医療サービス等に先立ち、対象者が患者本人であることを識別（本人確認）すること
2. その患者に実施しようとしている医療行為・医療サービス等が、患者自身と一致しているかどうかをすべての行為の前に照合をすること



患者誤認による医療事故防止につながる

緊急輸血の時はどうする？

- ・ 3次救急を担う当院の場合

身元不明患者がくる
血液型もわからない
すぐに輸血が必要な状況

患者確認はどうしたらいい？



三次救急患者における診療時の患者確認フロー

三次救急患者における診療時の患者確認フロー

三次救急患者の患者確認における注意事項

1. 来院までの患者情報は性別・年齢・主訴が主であり患者名は不確実である
2. 患者が意識障害を呈しており、かつ、家族の来院がない場合がある
3. 患者自身が、身元不明または、身元確認のできる媒体の所持がない場合がある
4. 同時到着にて複数名が同時に各蘇生室へ搬入される可能性がある
5. 同じ病態（外傷）で、多数の傷病者搬送の可能性がある

ホットラインにて入電

医師は受け入れ予定の各蘇生室前の
ホワイトボードに情報を記載する

患者来院

【患者確認または確認できる要素】

1と2～4の方法のいずれか2点で確認する

1. 身元確認のできる媒体（生年月日・名前の記載があるもの）。
 2. 患者に名乗ってもらう。
 3. 同乗の家族・または同乗者に患者名を確認する。
 4. 救急隊より主訴（病態）、搬送経緯について確認する。
- * 搬送してきた救急隊名（身元不明の患者が同時到着の場合のみ）

受け入れ予定の蘇生室へ搬入

【担当看護師またはリーダー看護師】

- ・受け入れる蘇生室の部屋番号を事務員と共有する。

【担当医師・救急隊】

- ・救急隊は救急隊の搬送メモまたは、搬送記録の患者名・生年月日を読み上げ、担当医師は受け入れ先の蘇生室のPCにて、患者名・生年月日を確認の上、HISオーダーリングシステムを展開し、診療を開始する。

【事務員】

- ・受付後、受け入れ先の蘇生室へリストバンド・身元確認をした媒体を持っていく
- ・担当看護師へリストバンドに記載された患者名をフルネームで読み上げ、手渡す。

【担当看護師含む病院職員複数名・救急隊】

- ・担当看護師はリストバンド、病院職員（医師または事務員または看護師）はHIS画面、救急隊は搬送記録をもとに患者確認し、担当看護師は患者へリストバンドを装着する。

患者来院時

【患者確認または確認できる要素】

1と2～4の方法のいずれか2点で確認する

1. 身元確認のできる媒体（生年月日・名前の記載があるもの）。
 2. 患者に名乗ってもらう。
 3. 同乗の家族・または同乗者に患者名を確認する。
 4. 救急隊より主訴（病態）、搬送経緯について確認する。
- * 搬送してきた救急隊名（身元不明の患者が同時到着の場合のみ）

2点で確認！

患者識別バンドの確実な発行と引き渡し

【事務員】

- ・受付後、受け入れ先の蘇生室へリストバンド・身元確認をした媒体を持っていく
- ・担当看護師へリストバンドに記載された患者名をフルネームで読み上げ、手渡す。

身元確認した
媒体と一緒に

患者識別バンドを装着する時

患者の状況を把握している職員など2名でダブルチェックして装着

蘇生室前に表示されている

- ・ 患者名身元不明〇〇〇〇
- ・ 患者ID



患者識別バンド

- ・ 患者名
- ・ 患者ID

輸血を投与する時

患者識別バンド

- ・ 患者名
- ・ 患者ID



血液製剤

- ・ 患者名
- ・ 患者ID

患者誤認を防止するためにできること

- 自施設における患者誤認が発生する背景と現状を把握する
- 患者誤認が発生する現状は、インシデント内容、自施設のマニュアルなどを確認しつつ、現場責任者や輸血部職員、医療安全管理者などが、実際の現場を確認する
(実際の現場とヒアリング内容は大きく乖離があることもあり、現場を確認することで盲点に気が付くこともある)
- 現状を把握したら、特定要因解析を実施し、自施設における患者誤認が発生する真因を明確にする
- 真因が明確になったら、真因への対策を行い期限を決めて評価する

輸血療法で患者誤認しないために

- 患者確認とは何かを職員へ教育をする
 - 確認：輸血を実施する患者が正しいか患者自身に名乗ってもらう
 - 照合：名乗ってもらった患者と医療者の手元情報にある患者が正しいか**突き合わせる（突合）**
- 患者確認における**照合**を確実に実施する
 - 採血時
 - 患者の識別バンドと検体ラベル（患者名、患者ID）
 - 輸血投与時
 - 患者の識別バンドと血液製剤（患者名、患者ID）

引用・参考文献

- ・横浜市立大学医学部附属病院の医療事故に関する事故調査委員会報告書（最終）

<https://www.yokohama-cu.ac.jp/kaikaku/bk2/bk21.html>

- ・横浜市立大学医学部附属病院の医療事故に関する中間とりまとめ平成11年3月24日

<https://www.yokohama-cu.ac.jp/kaikaku/BK3/bk3.html>

- ・患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書 厚生労働省 平成11年2月

https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1105/h0512-2_10.html

- ・輸血療法の実施に関する指針（改定版）平成17年9月（令和2年3月一部改正）
厚生労働省医薬・生活衛生局血液対策課

- ・厚生労働省科学研究成果データベース

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/2152>

- ・公益財団法人日本医療機能評価機構 医療事故情報収集事業 第81 回報告書

- ・輸血療法の実施に関する指針（改定版）平成17年9月（令和2年3月一部改正） 厚生労働省医薬・生活衛生局血液対策課

<https://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/iyaku/kenketsugo/5tekisei3a.html>

- ・日本赤十字社 輸血の実施 輸血手順 <https://www.jrc.or.jp/mr/transfusion/procedure/plasma/>