

異型輸血事故に関する報告

2011.8.19

1. はじめに

平成23年8月12日に起こりました異型輸血事故は、当院看護師が「患者確認」を怠ったという初歩的なミスによるものです。幸いにして大事に至ることなく経過しましたが、場合によっては人命に関わる、あってはならない重大な過失であり、ご本人ならびにご家族に対し心からお詫びを申し上げます。

医療への信頼を損なう結果となり深く反省しており、今後一層、再発防止に、また、医療安全確保に全職員全力を尽くして取り組んでまいります。

2. 事故の概要

- (1) 事故発生日時 平成23年8月12日（金）午後2時30分
- (2) 事故発生場所 市立根室病院
- (3) 患者 入院治療中の患者様（血液型 AB型）
- (4) 当院看護師による異型輸血が行われた。

気付いて中止するまでに、約7分間AB型の患者様にO型血液約5mlの、異型輸血が行われた。

- (5) 対処に関するマニュアルに準じて

①点滴を開始 ②血圧等を15分毎にチェック ③院長以下関係部署に状況報告

3. 事故発生の原因（医療事故調査委員会）

今回の医療事故は、輸血マニュアルや「確認10か条」に基づきダブルチェックによる確認作業を行っていたが、輸血実施時に行うべき患者様氏名の確認行為を怠ったり、輸血患者様の取り違いにより起きた初歩的なミスであり、当院職員の対応に重大な過失があったものと判断した。

4. 事故後の症状経過

48時間経過後も即時型異型輸血反応としての副作用を示す症状はなく、以後注意深い経過観察とする。

5. 院内対応

ご家族に対して、担当医師が8月12日（金）ご家族に謝罪するとともに、状況の説明を行い、他の患者様に行う予定の輸血を誤って実施したことを伝えた。

8月15日（月）午後4時にご家族に、同日午後4時30分頃、患者様ご本人にも病院長から正式に謝罪するとともに医療事故の原因並びに今後の治療方針等について説明を行った。

医療事故調査委員会において、医療事故の原因究明（3.「事故発生の原因」のとおり）を行うとともに全会一致で本事案を個別的に公表する事を決定、患者様・ご家族に個別的公表について院長より説明し同意を得た。

6. 再発防止対策

医療事故調査委員会の調査結果を踏まえ、医療事故防止対策委員会を中心に点検活動を行い、医療事故防止の徹底を図る。

（1） 組織上の取り組み

- ① 危機管理対策（リスクマネジメント）の徹底
- ② 医療事故防止対策マニュアルに基づく確認行為の徹底
- ③ 看護部門における指導管理体制の改善
- ④ 輸血マニュアル等「確認10か条」に基づく確認行為の徹底
- ⑤ 平成22年から「医療安全管理者」を設置し医療事故等の防止に努めてきたが、医療安全管理者によるさらなる指導管理体制の強化
- ⑥ 入院患者様へ氏名を記載したリストバンドの装着を新に実施

（2） 教育研修の充実

- ① 院内研修会の開催の充実
- ② 医療事故防止対策委員会による職場教育の徹底
- ③ リスクマネージャーによる点検、分析、指導体制の徹底

市立根室病院
院長 東浦勝浩