

# 医療安全トピックス TOPICS

Vol.111

慶越 真由美

日本看護協会看護開発部看護業務・医療安全課

## 「物」を活用した安全対策を確実に実行するために ～バーコードリーダーによる照合システムが活用されなかった事例から考える～

2019年8・11月号では、複雑多様化する医療・看護提供の場において、今後の医療安全は、「人」の注意力や知識だけに依拠した対策ではなく、「物」を活用した安全対策が重要になることをお伝えしました。

しかし、「物」を導入しただけでは安全は担保されません。今回は、バーコードリーダーによる照合システムが有効に活用されなかった事例を挙げて、「物」を活用した安全対策が確実に実行されるためには、何が必要かを考えます。

### ●バーコードリーダーによる照合システムが有効に活用されなかった事例

救命救急センターの夜勤で、FFP<sup>\*</sup>；A型Rh+を投与している患者Aを日勤者から引き継ぎ担当する。

2本目に投与するFFPを準備する際、冷凍庫から患者A（A型）のFFPを取り出すつもりで、別の患者BのFFP；O型Rh+を取り出した。同時間に重症患者が搬送されたこともあり、患者Aの輸血製剤を確認をしないまま、患者BのFFPを解凍器にセットした。その後も多忙によりダブルチェックが実施できなかったため、先にバーコードによる輸血照合を行おうとしたが、何度試してもエラーが出る。その間に急患の入室連絡を受けたことから照合を中断した。このとき、実際には血液型が異なることによ

るエラー（アラーム）が照合システムの画面上に表示されたが、エラーが機械の故障によるものと思い込んでしまった。照合作業を中断し、繁多な業務をこなした後、当該患者の輸血製剤がなくなっているのに気づき、早く交換しなければという焦りから、実施時の確認をせず、解凍していた患者BのFFP；O型Rh+に急いでつなぎ替えた。その後、伝票処理をしようと確認したところ、血液型ごとに決められているシールの色が異なっていることに気づき、異型輸血が発覚した。

\*日本医療機能評価機構医療事故情報収集等事業ホームページ 事例検索 事例ID：A1438BD614375F129を筆者が要約

本事例が発生した要因はさまざま考えられますが、ここでは、照合システムが活用されなかったことに着目して考えていきます。

安全に医薬品や輸血製剤を投与するためには、「誤薬防止のための6R」〔正しい患者、正しい薬、正しい目的、正しい用量、正しい用法（経路）、正しい投与時間〕の確認が必要です。実際に投与する際は、処方オーダー⇔医薬品（輸血製剤）、処方オーダー⇔対象患者、医薬品（輸血製剤）⇔対象患者（血液型も含む）の照合を行います（図表1）。これら人の注意力で行っていた確認作業を、照合システムでは、バーコードを使って照合させ、人の負担を減らしつ

★ 新鮮凍結血漿