

## (2) 事例概要

本報告書分析対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

### 事例 1

外来処置室で自己の血液細胞を使った細胞製剤の100mL投与を予定している患者が2名いた。患者Aは来院後に点滴を開始した。スタッフが患者Aと患者Bの細胞製剤を外来処置室に届けた。看護師Cは、そのスタッフと共に、連絡伝票と細胞製剤を照合し、外来処置室の処置台に2名分の細胞製剤を置いた。この時、外来処置室には患者Bは来ていなかった。看護師Cが、細胞製剤を取り出しているところに、患者Aの担当看護師Dが来たため、引き継いだ。看護師Dは処置台に置いてあった細胞製剤の2つとも患者Aに使用するものと思い、細胞製剤に輸血用ラインを付け、患者Aに名前を名乗ってもらい、輸血ラインを接続した。2分後、患者Aから細胞製剤に記載されている名前が違っていると指摘され、患者Aに患者Bの細胞製剤を接続したことに気付いた。

細胞製剤は、100mLの生理食塩水の点滴バックに詰め替えており、内容物が白濁しているため生理食塩水ではないことは明らかだが、外見は100mLの生理食塩水のバッグで、患者名を記載したラベルが貼付されているが、潜在的に見逃される可能性があった。細胞製剤の払出しや受け渡しについては、マニュアルがなく、細胞製剤を1人ずつ届けるシステムになっていなかった。また、臨床試験では、通常準備される点滴ラベルや指示書の発行がなかった。更に、外来通常業務量が比較的ピークに達する時間帯に臨床試験の治療が重なっていた。

## (3) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

- ① 患者確認の手順を再度確認し毎回遵守する。
- ② 携帯端末機を活用した患者認識、製剤照合のシステムの導入を検討する。
- ③ 看護師などの入れ替えに配慮した定期的に勉強会を開催し、臨床試験の概要や実施、リスクについての理解や知識を深める。
- ④ 外来処置室での投与を中止し、輸血部の指導、管理下で細胞製剤療法を行うことを検討する。

## (4) まとめ

平成19年10月に提供した医療安全情報では、事例が発生した医療機関の取り組みとして、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とを掲載した。

本報告書分析対象期間内に報告を行った医療機関では、照合の手順の整備などを行うことや治療を行う医療従事者に対し、治療内容を適切に伝達・教育する必要性を改善策としてあげている。

今後も、引き続き類似事例発生の動向に注目していく。