

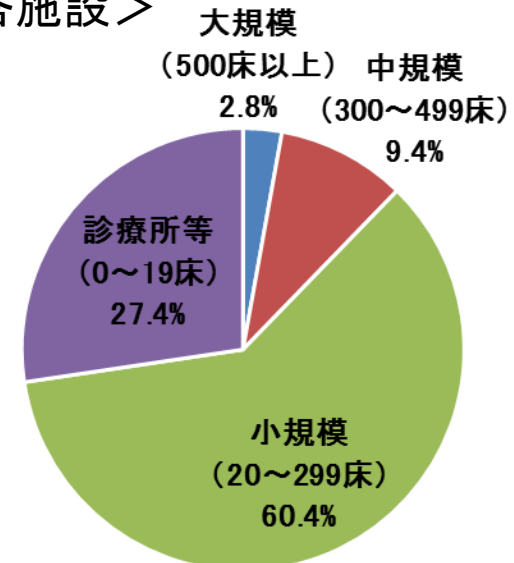
血液製剤使用実態の動向と適正使用の推進に係る アンケート調査の結果について

調査概要

- 調査時期: 2016年9月下旬～10月21日
- 調査対象期間: 2015年1月1日～12月31日
- 調査対象施設: 2015年1月1日～12月31日に輸血用血液製剤の供給があった県内医療機関147施設
- 回答状況: アンケート回収率は72.1%(106施設/147施設)で、群馬県赤十字血液センターが供給した赤血球製剤の92.4%、血漿製剤の96.6%、血小板製剤の98.8%、全製剤の96.2%に相当する。

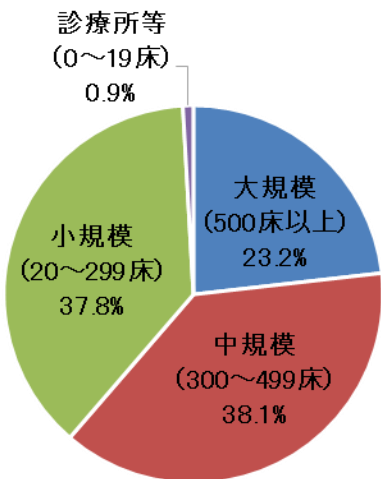
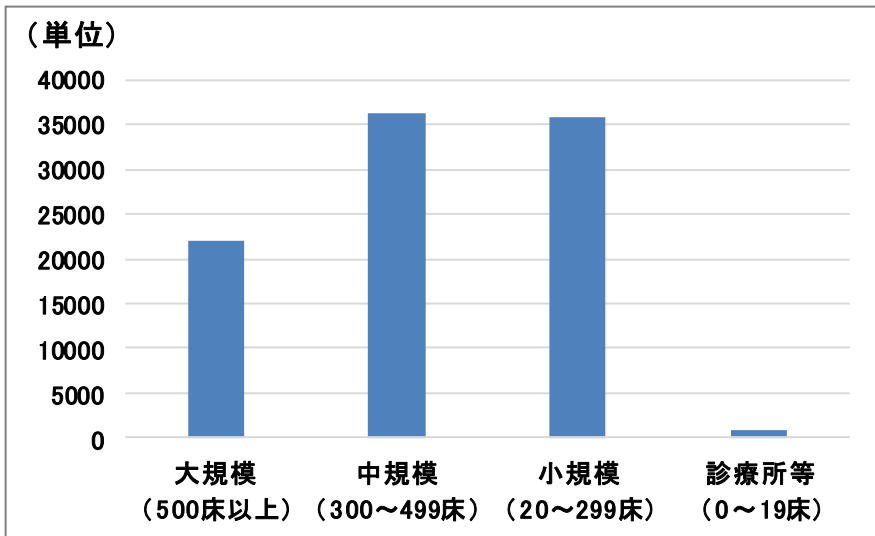
	対象施設数	回答施設数	回収率
大規模 (500床以上)	3	3	100%
中規模 (300～499床)	10	10	100%
小規模 (20～299床)	81	64	79.0%
診療所等 (0～19床)	53	29	54.7%
合計	147	106	72.1%

<回答施設>

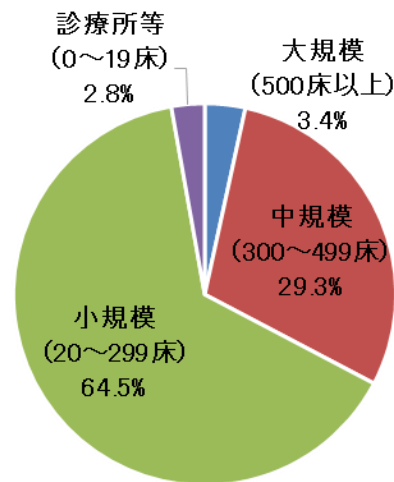
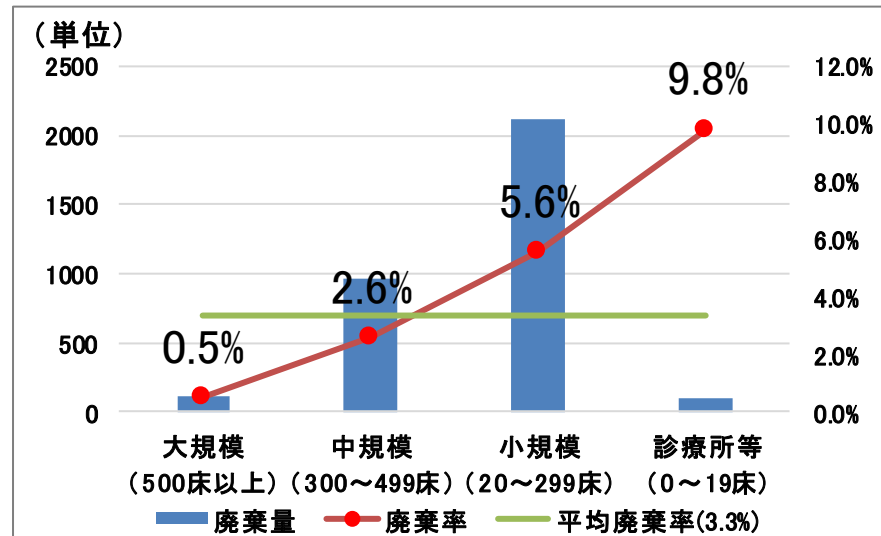


赤血球製剤 使用量・廃棄量

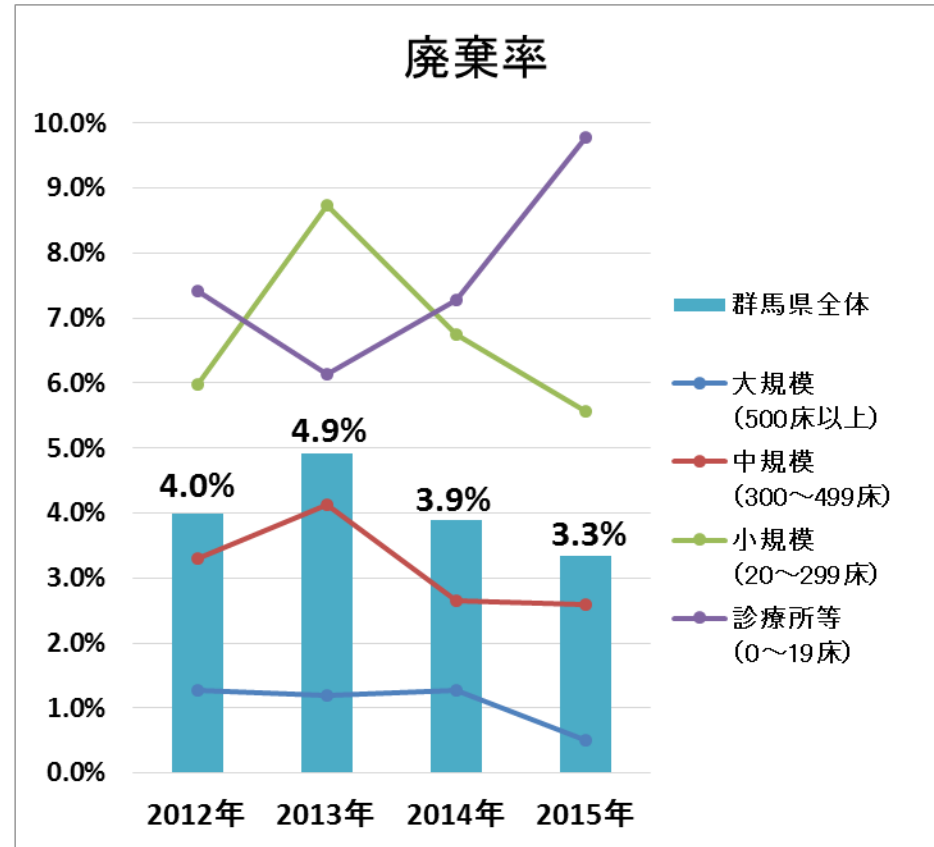
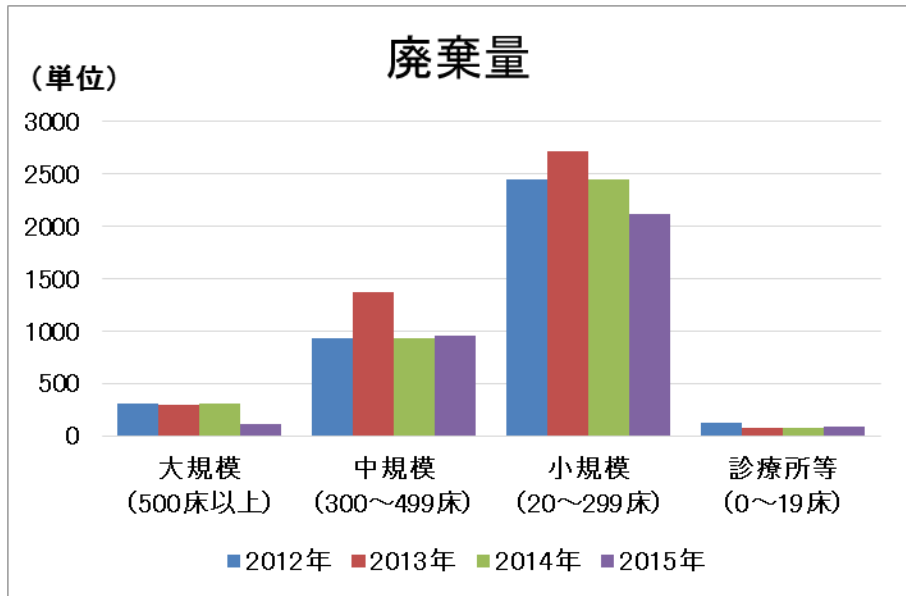
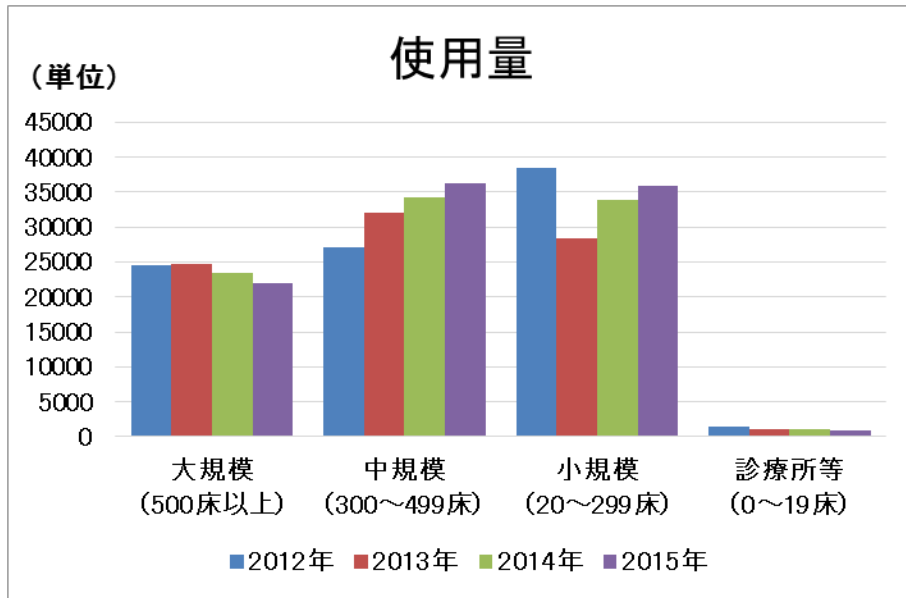
年間使用量：95,004単位
(月平均：7,917単位)



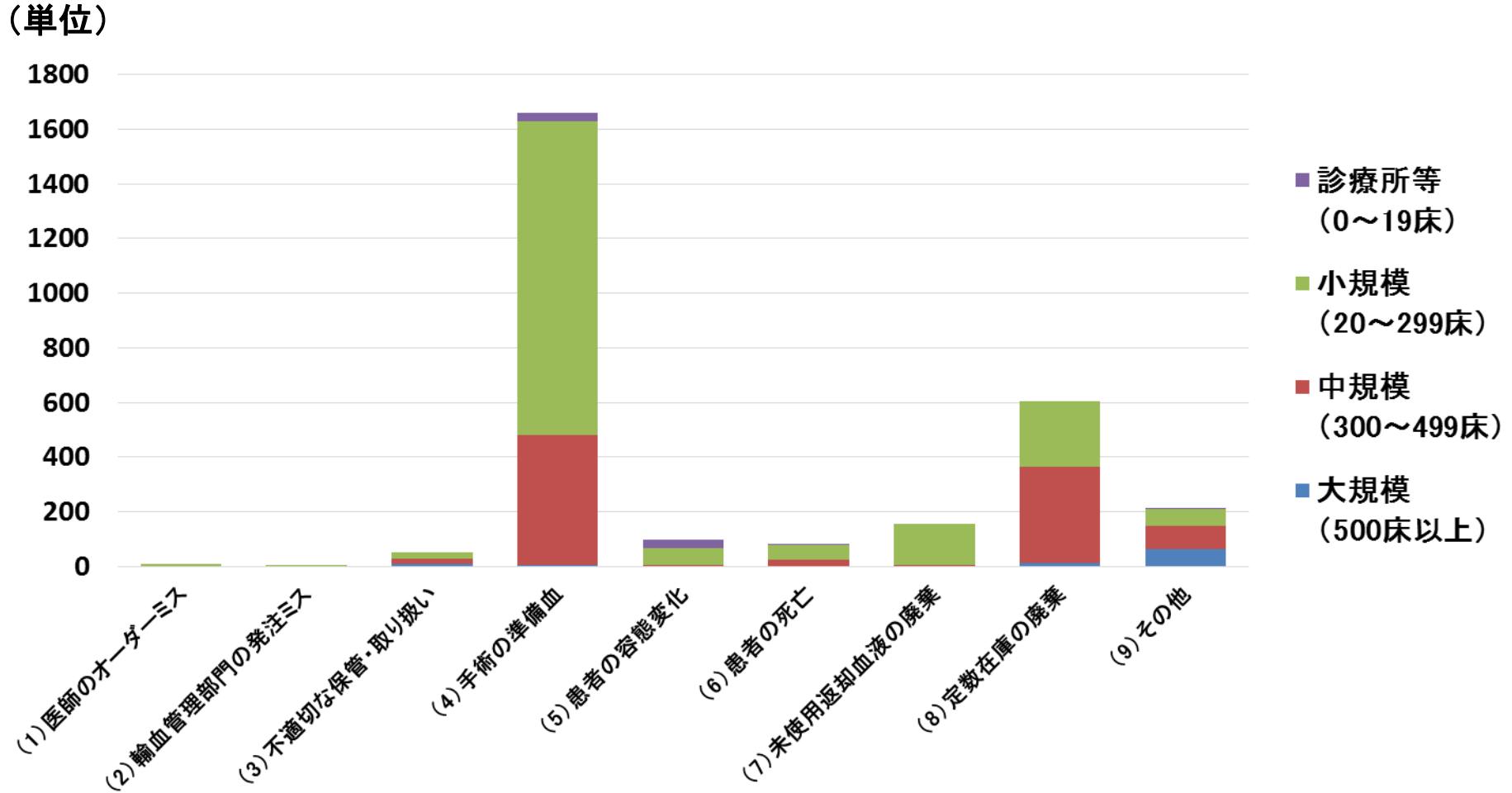
年間廃棄量：3,278単位
(月平均：273単位) 廃棄率：3.3%



過去4年間の使用量・廃棄量



赤血球製剤 理由別廃棄量

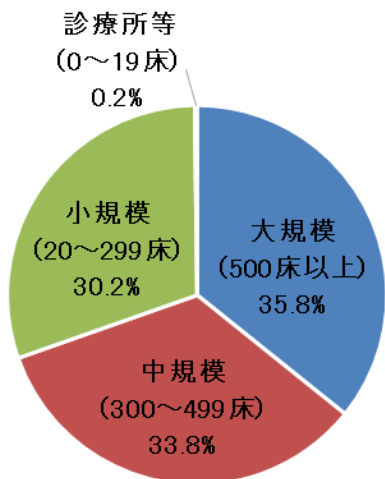
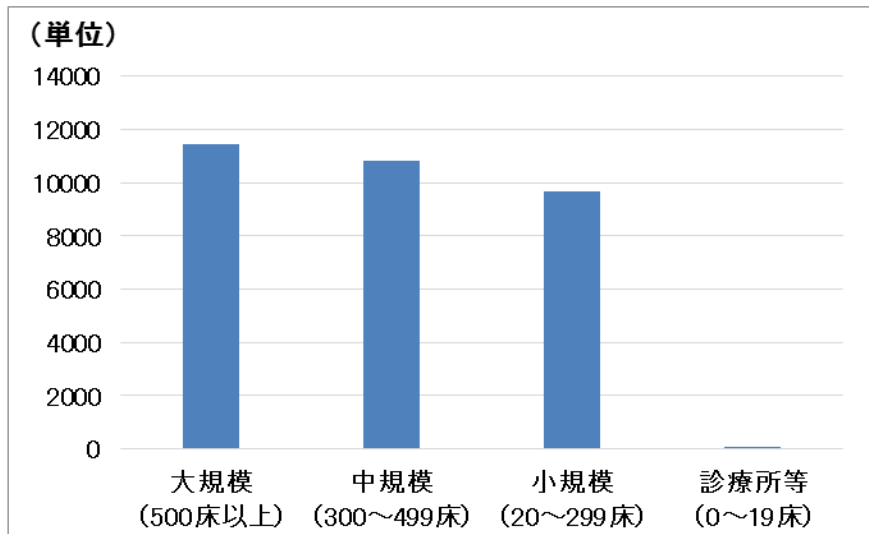


<その他>

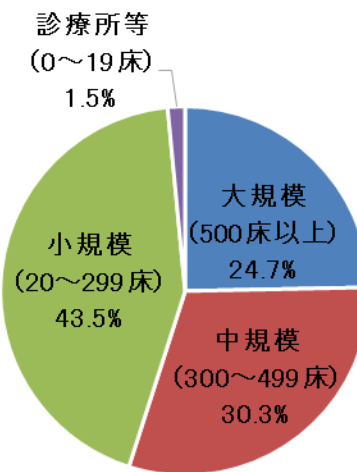
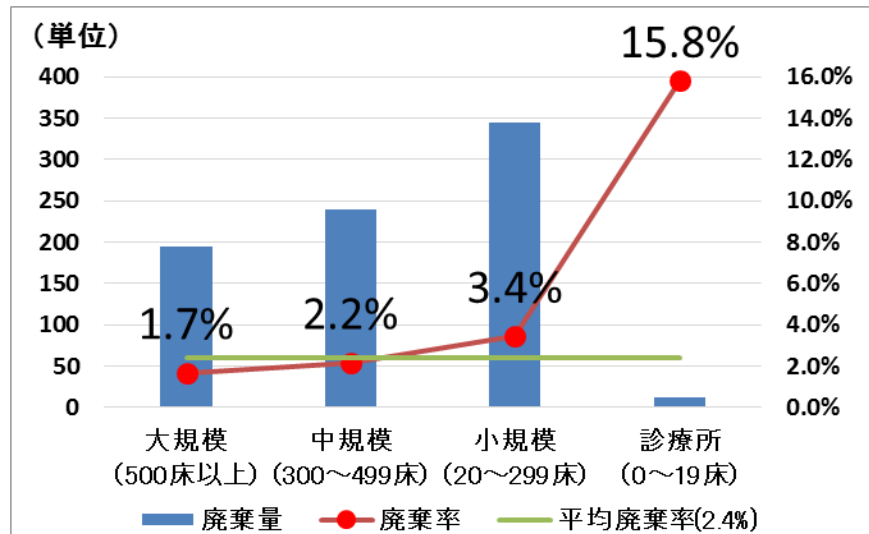
- 主治医が変わり不要と判断された
- 患者が一度承諾したが施行時に拒否した
- 患者症状回復による不使用
- クロスマッチで不適合となり、他の患者にも使用できず廃棄
- 定数在庫または手術の準備血として確保したが使用しないまま期限切れとなった

血漿製劑 使用量・廃棄量

年間使用量：32,056単位
(月平均：2,671単位)



年間廃棄量：790単位
(月平均：66単位) 廃棄率：2.4%



血漿製剤 理由別廃棄量

(単位)

250

200

150

100

50

0

(1) 医師のオーダーミス

(2) 輸血管理部門の発注ミス

(3) 不適切な保管・取り扱い

(4) 手術の準備血

(5) 患者の容態変化

(6) 患者の死亡

(7) 未使用返却血液の廃棄

(8) 定数在庫の廃棄

(9) その他

- 診療所等 (0~19床)
- 小規模 (20~299床)
- 中規模 (300~499床)
- 大規模 (500床以上)

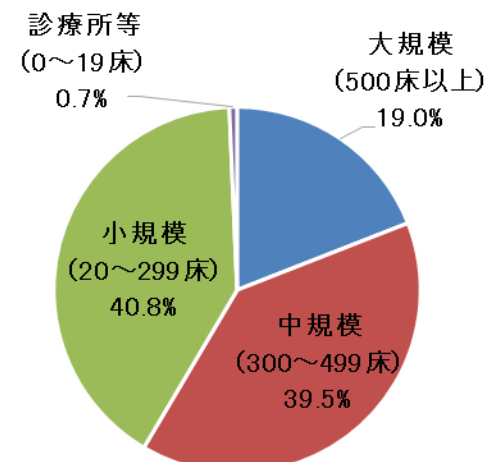
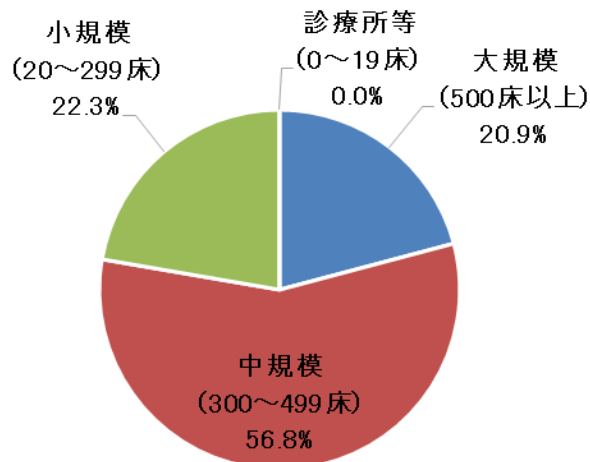
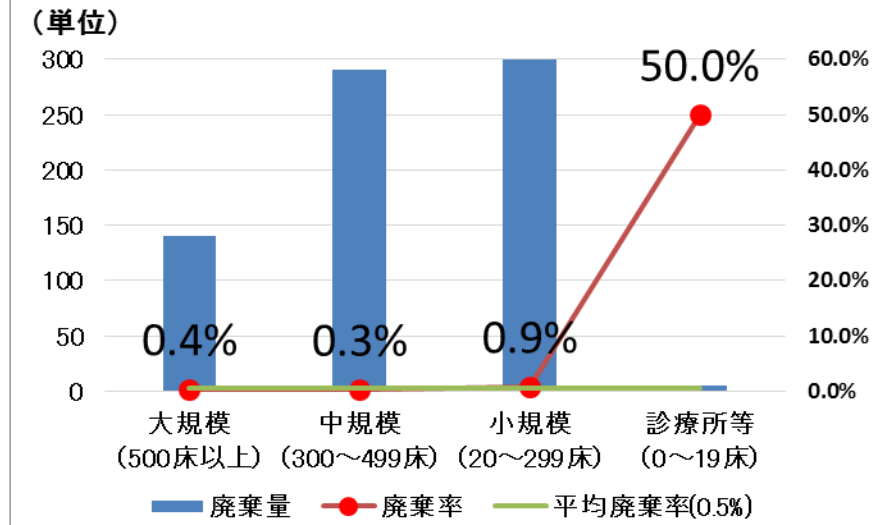
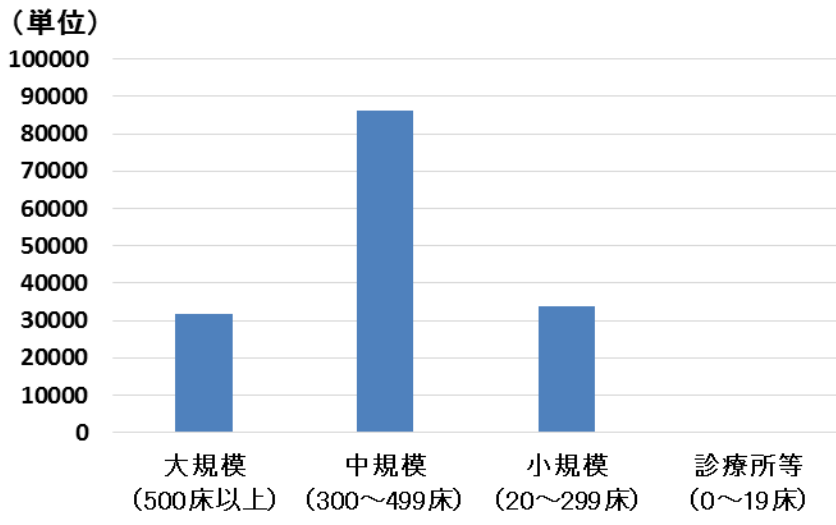
<その他>

- 当直帯に検査技師の思い違いで廃棄となった
- FFP融解後、Ptが転院し未使用、廃棄となった
- 溶かしたらフィブリン様物質がみられた
- 溶解後、投与中にアレルギー症状が出て投与中止した
- 定数在庫または手術の準備血として確保したが使用しないまま期限切れとなった

血小板製劑 使用量・廃棄量

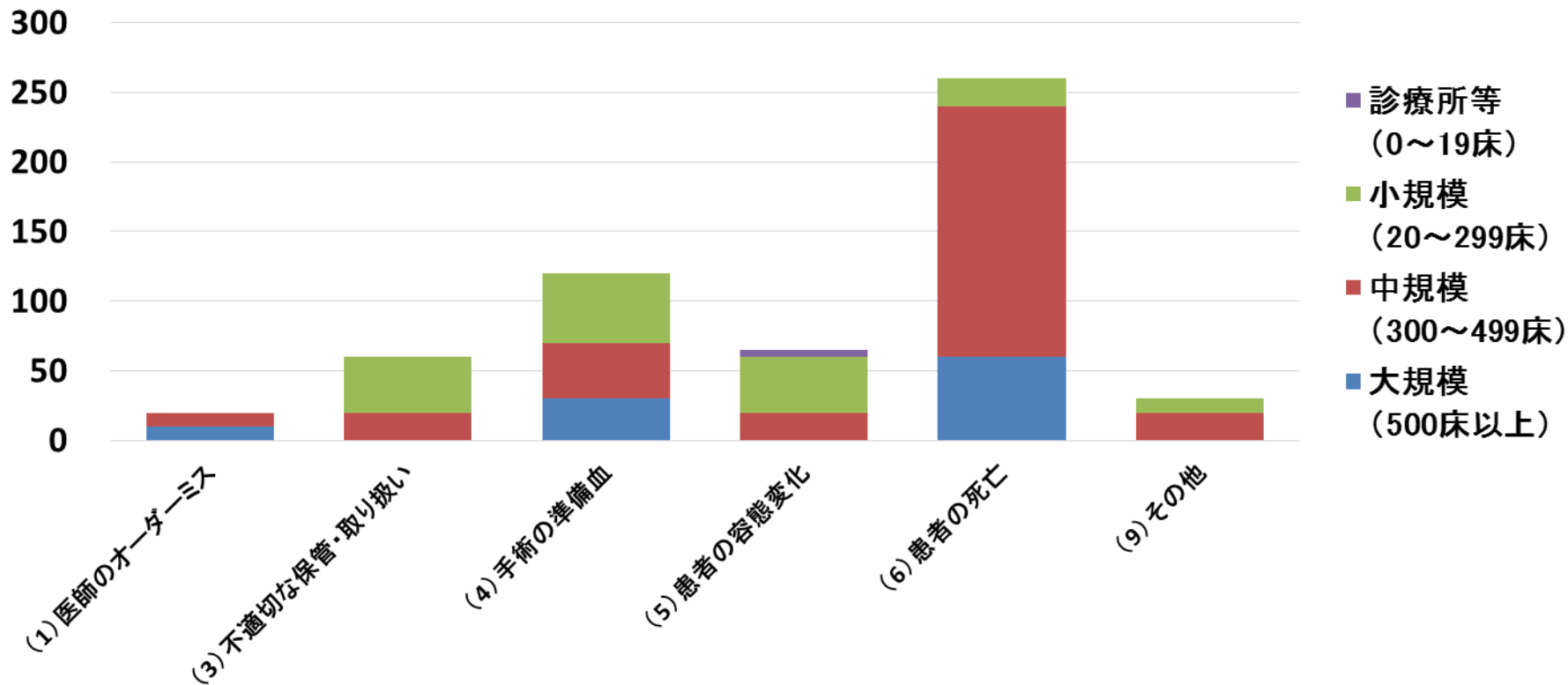
年間使用量：151,673単位
 (月平均：12,639単位)

年間廃棄量：735単位
 (月平均：61単位) 廃棄率：0.5%



血小板製剤 理由別廃棄量

(単位)



<その他>

● 主治医が変わり不要と判断された

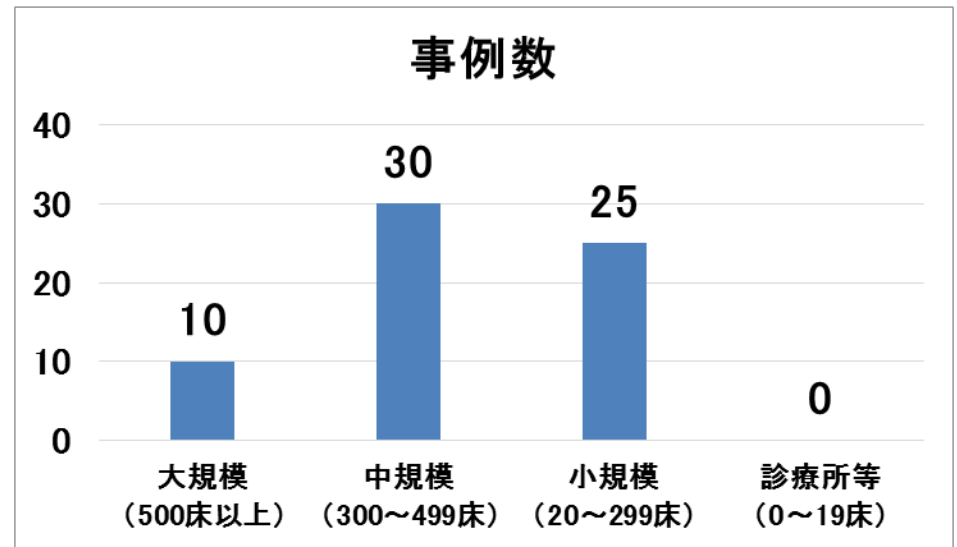
● 患者症状回復による不使用

インシデント・アクシデント事例

事例あり施設: 21施設

事例数: 65件

	アンケート 回答施設	事例あり 施設	事例数
大規模 (500床以上)	3	1	10
中規模 (300~499床)	10	8	30
小規模 (20~299床)	64	12	25
診療所等 (0~19床)	29	0	0
合計	106	21	65



<施設規模ごとの発生頻度>

	事例数	総輸血単位数	発生頻度
大規模 (500床以上)	10	65,156	1/6,516単位
中規模 (300~499床)	30	133,277	1/4,443単位
小規模 (20~299床)	25	79,383	1/3,175単位
診療所等 (0~19床)	0	917	0
合計	65	278,733	1/4,288単位

インシデント・アクシデント事例 ～発生内容～

n=65

検体の 取り違え	製剤の 取り違え	患者の 取り違え	製剤種類 の違い	製剤量の 違い	輸血速度 の違い	不適切な 保管	手技・手順 の誤り	血液型判定 ミス・転記ミス	その他
1	1	1	0	4	1	13	25	1	18

<手技・手順の誤り>

➤ 指示の誤り・指示不遵守

RBC 4単位の指示。2単位実施後電子カルテの指示画面が実施済になっていたので生食を点滴し終了した。後日輸血管理室より残り2単位の使用の有無の問い合わせがあり投与し忘れたことに気付いた。

➤ 血液漏れ・破損

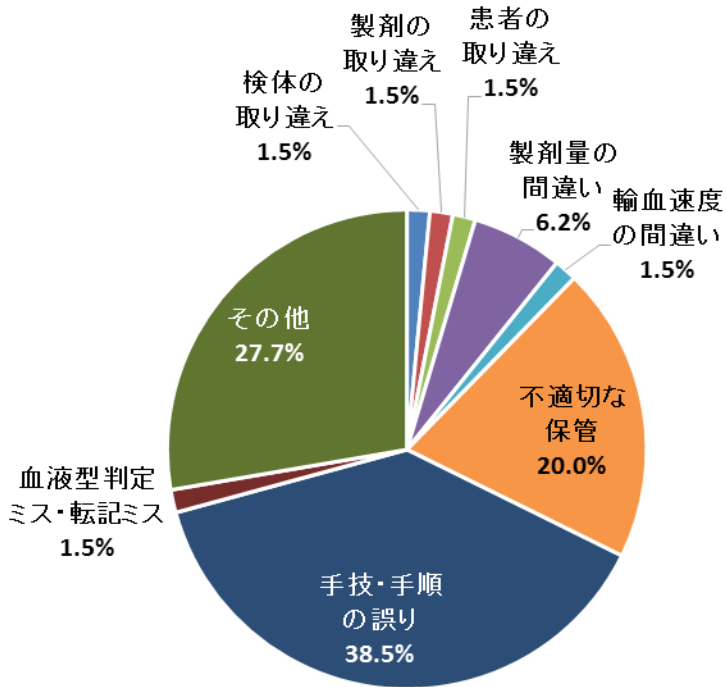
血小板製剤に輸血セットのプラスチック針を刺す際貫通させてしまい血小板が漏れてしまった。

輸血パックを下げたまま接続を行ったことによる不十分な接続により血液の漏れが生じた

➤ 照合・認証忘れ

血小板輸血時に患者認証を行わず、血小板輸血を実施終了後処理を行う際、輸血前の処理がされていなかった事に気付いた。

間違いは起らなかったが、輸血実施にダブルチェックしなかった。



<不適切な保管>

➤ 赤血球製剤

〔 赤血球液を製剤搬送用のバッグから取り出さずに3時間以上放置した。製剤は廃棄処分となった。 〕

〔 検査終了後輸血の指示であったので終了時間を予測してRBCを受け取った。実際にはまだ帰室せず、受領から1時間半以上病棟でRBCを放置した。 〕

➤ 血漿製剤

〔 FFPを冷蔵庫で保管したため廃棄となった。 〕

➤ 血小板製剤

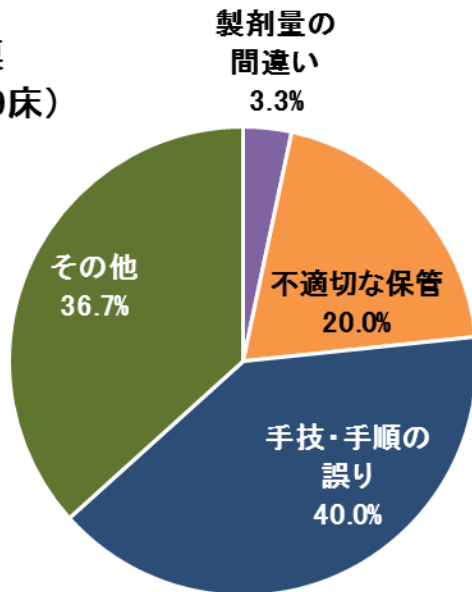
〔 血液センターより血小板製剤を受け取った後、冷蔵庫保管をしても使用不可能となった。 〕

インシデント・アクシデント事例 ～発生内容～

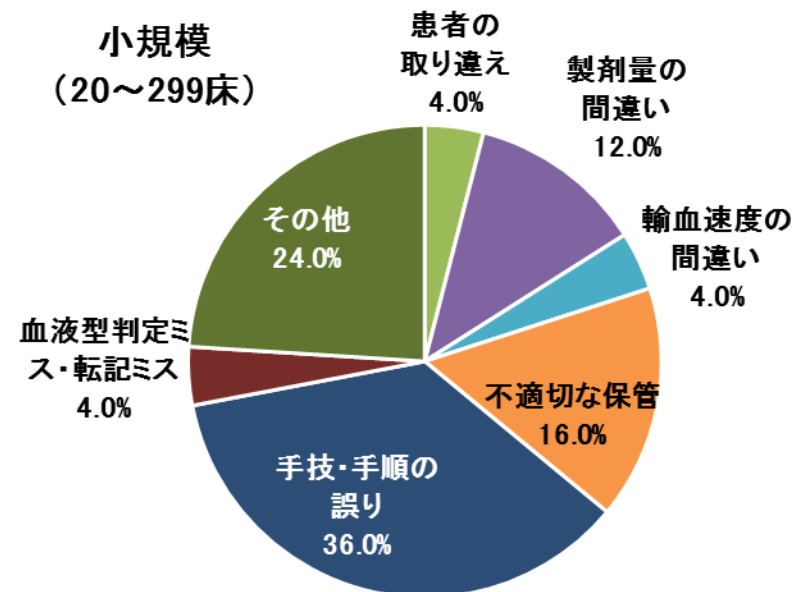
＜施設規模ごとの発生内容＞

	検体の 取り違い	製剤の 取り違い	患者の 取り違い	製剤量の 間違い	輸血速度の 間違い	不適切な 保管	手技・手順 の誤り	血液型判定 ミス・転記ミス	その他	合計
大規模 (500床以上)	1	1				3	4		1	10
中規模 (300～499床)				1		6	12		11	30
小規模 (20～299床)			1	3	1	4	9	1	6	25
診療所 (0～19床)										0
合計	1	1	1	4	1	13	25	1	18	65

中規模
(300～499床)



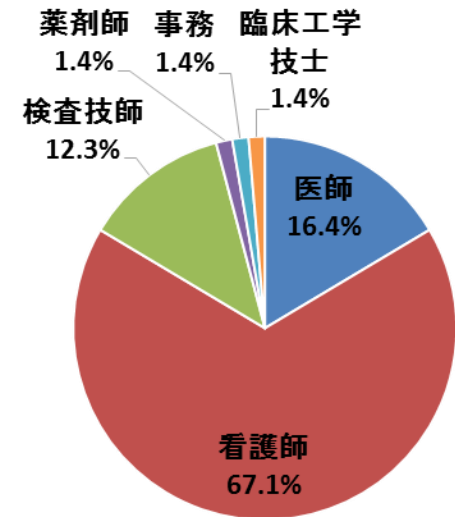
小規模
(20～299床)



インシデント・アクシデント事例 ～当事者職種～

n=73

医師	看護師	検査技師	薬剤師	事務	臨床工学技士
12	49	9	1	1	1



<看護師が関わった事例の内容>

n=49

検体の取り違い	患者の取り違い	製剤量の間違い	輸血速度の間違い	不適切な保管	手技・手順の誤り	その他
1	1	3	1	11	20	12

