

No.	発生段階	発生内容	事例の内容	背景要因・概要	改善策	意見・アドバイス	出典 (発生前)
160003	指示段階	製剤間違い	貧血のため、MAP2単位をオーダーするつもりであったが、FFP2単位をオーダーしていた。	確認不足。	確認。		日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 公開データ (2011)
160033	指示段階	その他	研修医が輸血のオーダーをする際、患者の苗字だけで患者選択をしIDや氏名を確認しなかった。 同じ苗字の違う患者に輸血のオーダーを入れた。 本人が気づき、輸血部にオーダー削除の依頼があったので、オーダー削除した。	指示した医師の確認不足。	輸血依頼する際は必ずIDやほかのものでも確認するように周知する。		日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 公開データ (2013)
160032	指示段階	その他	悪性リンパ腫、骨髄移植後の患者。急変に伴いGICU転科転棟となった際に移植によってカルテ上の血液型と実際に輸血する血液型が異なることを伝達していなかった。そのためGICU当直医が輸血を移植前の血液型でorderしてしまった。order後、輸血部でerrorが確認され実施には至らなかった。	主治医チームの伝達ミス。	現在、血液内科病棟では移植患者の輸血に対しては電子カルテの掲示板・カルテに記入、さらに病棟内の掲示板に掲示し、看護師は申し送り毎に確認、輸血をオーダーした際には医師・看護師間で確認を行い指示受けを行っている。今回、血液内科病棟で長年運営されているローカルルールが患者の転棟の際に申し送られなかったために起こった。本来、電子カルテ上の血液型でも確認する必要があり、今回のようなインシデント防止のために、移植患者の血液型が変更になる可能性がある場合や異型輸血を行わなければならない場合は電子カルテ上に記載されている血液型を一旦無記入にする必要があると病棟内で話合っている。病院内でも改善策を早急に行う必要がある。		日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 公開データ (2012)

No.	発生段階	発生内容	事例の内容	背景要因・概要	改善策	意見・アドバイス	出典 (発生前)
160030	指示段階	その他	研修医がホットラインで血液型不明の患者にO型FFPを10単位オーダーした。	依頼医は研修医であったため、血液型不明の場合のFFPはAB型を依頼するという知識が不足していた。	救命センターでは血液型不明で緊急輸血する場合も多いので、超緊急時にはO型赤血球、AB型FFPを使用することを再徹底してもらおう。		日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 公開データ (2012)
160031	指示段階	その他	血液型がB(+)と確定されている手術中の患者にA(+)の血小板20単位をオーダーしてきた。	不明	血液型が確定されている患者は、電子カルテ上の患者の血液型をきちんと確認しながらオーダーをしてもらう。		日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 公開データ (2012)