

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)
160052	準備段階	保存・保管	自分が経験した中では今まで保冷パックの中にカバーが入っていた。しかし、今回は入っていなかったため、カバーをしなくてはならないことは知っていたが、このようにカバーがない場合もあるのかなと思ってしまい、そのままカバーをせずに入れてしまった。血液に直接保冷剤が当たることで血液がどうなるかは知識として知っていたが、認識が甘かった。また、FFPIに保冷剤がいらぬこともわかっていなかった。	食道がんの術後の患者ICUに延泊中のため血液の処理を看護師で行う必要があった。受け持ち看護師から血液(RCCとFFP)処理を依頼された。RCCとFFPそれぞれを保冷パックの中に入れて、保冷剤をどちらにも入れて、RCCとFFPどちらにもカバーをせずに直接保冷剤の上に置いてしまった。それを輸血部の人に指摘され、RCC6単位破棄することとなった。RCCは返却処理のため再オーダーしなかった。	いつもと違うときはマニュアルを見直すか、先輩に確認する。血液が直接保冷剤に当たるとどうなるのかについて再確認する。FFPIについては知識不足のため、マニュアルを見直す。		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 (2014)
160045	準備段階	保存・保管	いつもと違うところで保管した。手術中で急いでいた。	呼吸器外科の手術の外回りについていて麻酔科DrにRCC2単位あげといわれていたので輸血オーダーした。部屋に届き麻酔科Drとダブルチェックし冷蔵庫に保管した。その時急いでいて輸血専用の冷蔵庫に保管したのではなく一般の冷蔵庫に保管し部屋に戻った。交代の先輩が来て輸血の保存方法が違うことに気がついた。	忙しい時でも常に確認しながら行動すること。		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 (2014)
160034	準備段階	保存・保管	輸血2単位を準備していた時、冷えていたのを温めようと40度くらいのお湯の中に入れてしまい、使用不可能となってしまった。患者には使用していない。	輸血2単位を準備していた時、冷えていたのを温めようとのお湯の中に入れてしまった。	輸血管理、実施について再度勉強し、少しでも自信のないことは1人でやらずに上席者とする。		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)

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)
160037	実施段階	保存・保管	<p>医師からMAP2単位とFFP8単位を輸血すると指示を受けたため、FFP4単位を2パック同時に融解した。FFP融解中にまずMAP2単位を中心静脈カテーテルの末梢扱いのルートから輸血した。ほかの薬剤も投与していたため、滴下速度が緩慢であった。そのため、中心静脈カテーテルの圧ラインに変更し輸血した。MAPは約2時間後に終了し、その後FFPを輸血したため、2つめのFFPが融解後3時間以内に投与できなかった。</p>	<p>食道癌で入院中の患者。左右胸腔ドレーン、左頸部に中心静脈カテーテル、右鼠径部にブラッドアクセスカテーテルを留置しており、CHDFを施行中である。右胸腔ドレーンから120mL/hの血性排液がみられたため、MAPとFFPの輸血を行うことになった。医師に輸血の投与順序を確認せず、FFP4単位を2パック同時に融解してしまった。</p>	<p>輸血に要する時間や患者の状態をアセスメントすると共に、医師に確認し、融解後すぐに使用できるようにする。輸血製剤の取り扱いについて復習し、輸血の効果が十分得られるように準備を行うようにする。</p>		<p>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)</p>
160005	実施段階	保存・保管	<p>交換輸血の為、合成血を検査室から3パック払い出してもらったが、パック内容量が予定より多く、1パック未使用となる。その後、未使用の合成血を冷蔵庫で保管してしまい、検査室に返却し忘れる。</p>	<p>輸血を3パック検査部から払い出してもらったが、そのうち1パックを使用せず、病棟の冷蔵庫で保管してしまった。</p>	<p>冷蔵庫管理をしないことを徹底する。必要量を確認して、必要量以上を受けないようにする。指示変更で未使用となった場合は、すぐに検査室へ返却する。</p>		<p>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)</p>

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)
160014	自己血関連	保存・保管	間もなくICUへ入室する予定の患者Xの自己血が、手術室看護師によって搬送されてきた。看護師Aは、受領して保冷庫に保管する準備の途中で、目の前の電話が鳴ったため電話に出ていたところ、別の看護師Bが準備を手伝ってくれたが、直前にICUに入室した患者Yの名前を書いて保冷庫に入れた。間もなく患者Xが入室し、術中出血1400ml、Hb9.4 血圧70台にて、看護師C自己血を輸血しようとしたが、保冷庫の自己血には別の患者Yの名前で表示されていたために、血液が見つけれずに困った。	ICUでは、複数の患者の準備血液を同じ保冷庫に保管している。見分けがつきやすいように血液型のカードや患者の名前と種類(RCCか自己血か)を紙に書いて、トレーにまとめている。保冷庫の窓から見える様にしている)今回のインシデントは、一つの作業を一人の看護師が完結せず他者にリレーしたことから発生している。またその際、作業の途中で電話が入っているが、本来なら電話対応を他者に依頼すべきところであった。どちらの看護師にも「今ICUに入室した患者の血液だろう」「手術室看護師が持ってきたところを見ていて、次の患者の血液であると知っているだろう」という思い込みが発生しており、血液の受け渡しの際にも互いに患者の名前を確認していない。	一つの作業は完結する。他者に依頼してよいものと、自分ですべきものの選択を冷静にする。		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 (2011)