

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 (発生年)
160040	指示受け・ 申し送り 段階	手技・ 手順	採血の結果ヘモグロビン7.7であり、4日後外泊の予定があった。外泊予定前日にMAP2単位の指示がでていたが、確認ファイルの輸血申込書の確認忘れ、申し送り板にも記載されていたが情報収集不足で輸血未実施。外泊後3日目に別の看護師が未実施を発見する。主治医へ報告し採血実施し結果でMAP2単位実施する。	患者数も少ない為、日勤看護師1人の勤務であった。輸血の指示が確認ファイルの中の所定の場所に入っており、毎朝ファイルを確認するのが業務の日課だが、一人の為必要度が下がり確認していなかった。毎日他看護師も確認ファイルを確認していたが気付かず、輸血指示日から4日後に遅れて発見となった。	看護師1人でも、普段の業務を怠らないように確認をしっかりと行う。		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(2013)
160059	準備 段階	手技・ 手順	ICUの患者に医師から輸血の払い出しの依頼があったが、通常ICUでは払い出し伝票が検査室に届いてから払い出すところを、準備ができたので通常の病棟と同じように払い出しを行ってしまった。	払い出し先がICUであることの確認不足。	ICUの運用とその他の病棟での運用が違うことを再度確認する。		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(2015)

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)
160049	準備段階	手技・手順	当事者は医師よりFFP4単位投与の指示を受け、先輩看護師と輸血内容をダブルチェックした。当事者はFFPをプライミングするためラインを選択する際に、血小板輸血用のラインと輸血用のラインの選択に迷ったが先輩看護師に確認せずにFFPに使用するラインは血小板用のラインを使用すると勘違いし、そのままプライミングして患者に投与した。FFP4単位投与終了後、先輩看護師が終了したラインを撤去する際に事象を発見した。	疑問を先輩看護師に尋ねる事を怠った。投与前に先輩看護師に確認してもらう。中央研修で学習した内容を確認することを怠った。	疑問点は先輩看護師に確認する。輸血投与前に先輩看護師に確認してもらうことをお願いする。中央研修で学習した内容を復習する。		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(2014)
160048	準備段階	手技・手順	輸血細胞療法部から届いた赤血球濃厚液のバッグに、付属のラインを接続した。接続前に輸血用ラインであることを確認しなかった。接続後、ラインを満たす際にクレンメにフィルターが付いていないことに気づいたが、輸血細胞療法部から届いたラインであるため正しいラインだと思い込み、クレンメを開放しライン内に血液を満たし始めた。その途中で見守っていた看護師がクレンメにフィルターが付いていないことに疑問を感じ、途中でクランプした。ラインが入っていた袋を確認すると血小板輸血用ラインであった。輸血用ラインに接続し直し患者に投与したが、血小板輸血用ライン内に入った分の赤血球濃厚液(約6ml分)が患者に投与できなかった。	ラインを開封する際に、印字されているラインの種類を見なかった。赤血球濃厚液バッグにラインを接続する前に、赤血球濃厚液の輸血なのでフィルターが付いているラインを選択するべきなのではないかという疑問に感じたが、「輸血の経験が少ない自分の勘違いだろう」「輸血細胞療法部から届いたラインだから間違いない」と思った。また、輸血製剤とラインの種類についての知識が曖昧で、間違ったラインが届いているという判断ができなかった。	ラインの袋を開封する前に、袋に印字されているラインの種類を見て、接続する輸血バッグに適切なラインであるか確認する。その後輸液バッグとラインを接続する。輸血に対する知識を確実に定着させ、その知識を生かした準備を行う。自分の考えと相違点が生じた時点で、自分の経験不足や勘違いと思い込まず先輩看護師に相談する。		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(2014)

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)
160046	準備段階	手技・手順	患者は腫瘍からの出血がみられ、輸血を施行した。医師とのダブルチェック済みの輸血と点滴ルートを看護師が準備したが、輸血を実施したのは他の看護師だった。準備されていた点滴ルートはポンプ用であったが、確認を怠ったためそのままポンプ用の点滴ルートで施行した。輸血開始5分後に点滴ルートが間違っていることに気付いた。	胃癌の患者。腫瘍からの出血がみられ輸血を施行した。その際、輸血用の点滴ルートではなくポンプ用の点滴ルートを使用し血液製剤を投与してしまった。	患者に医療行為を実施する際は本人確認、薬剤確認、投与方法確認など怠らないようにする必要がある。輸血準備と実施者は同一人物である必要がある。		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(2014)
160043	準備段階	手技・手順	入職5ヶ月の新人看護師。ダブルチェックしながら新鮮凍結血漿の輸血を行ったところ、血小板輸血セットで投与を行ったことが判明した。検査科に連絡し血銀確認したところ、融解が十分できており異物等がないことを確認して投与した場合は大きな問題はないが、推奨はしていないと回答あり。経過観察となる。	・新人看護師の思い込み、確認不足、知識不足。	・輸血投与、輸血セットの使用について知識をつけるため、輸血に関する新人教育を実施する。 ・思い込みをせず、不安に思えば、何度でも確認をする。また先輩看護師にも確認する。		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(2014)

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 (発生年)
160038	準備段階	手技・手順	胆管癌、肝外胆管切除＋肝内胆管空腸吻合手術予定の方。前日の時点で指示書のところの抗体スクリーニング検査・クロスマッチ検体検査のオーダーの部分が赤く表示されていた。実施されているかどうかの確認を1年目看護師とダブルチェックを行った。夜間帯でブラウザのページで実施したかの確認をした際に本来は輸血検査の項目のページを開いて確認しなくてはならないが、1年目看護師と一緒に採血検査の項目のページを開いて手術日の検査オーダーが全て実施済みになっていたため、すでに実施されているものだと勘違いし、そのままの状態にしていた。翌朝9時前に手術室より連絡あり、抗体スクリーニング検査・クロスマッチ検体検査が未実施になっていることが発覚する。日勤帯看護師にて採血が行われ、その後手術室へご案内した。	<ul style="list-style-type: none"> ・輸血オーダーと採血オーダーの違いが分からなかった。 ・1年目同士で確認をしてしまった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・抗体スクリーニング検査・クロスマッチ検体検査は輸血検査の項目のページを開いて確認する。 ・分からないことを確認する際は上の先輩と確認するようにする。 		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(2014)
160035	準備段階	手技・手順	カリウム値5.3に上昇しており、出血傾向もありヘモグロビン低下傾向にある患者に対し、MAP投与の指示がでた。リーダーに報告しカリウム除去フィルターの必要性について指示があった。その時はカリウム除去フィルターが必要であることを理解していたが、ルート装着時には必要性について考えておらず忘れてしまっていた。カリウム除去フィルターのない輸血ルートを装着し、患者に投与してしまった。2/3程度投与された時に別看護師からの指摘を受け忘れていたことに気付いた。準夜担当看護師にて血液ガス採取されカリウム値5.6に上昇していた。	カリウム値5.3に上昇している患者に対し、MAP投与指示がでた。リーダー看護師からカリウム除去フィルターの必要性を指示されていた。その時は必要性を理解していたがルート装着時には患者の状態を考えておらず、必要性についても忘れておりカリウム除去フィルターを使用することを忘れてしまった。	患者の状態を常に考え一つ一つの処置が適切かどうか、行動する前にしっかりと考えて行動に移す。		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)

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 (発生年)
160051	実施段階	手技・手順	食事摂取不良にて補液目的に入院した患者。輸液用に24G留置針で静脈留置していた。RCC2単位の指示が出て、留置していた24Gの留置針で輸血した。翌日他看護師に、24ゲージでは細く、輸血に適さないゲージの留置針で輸血したことを指摘された。臨床検査部に確認したところ、24Gでの投与だと溶血の危険性があるとのことであったが、輸血に関連した副作用は認めなかった。	新人であり、24G等の細いゲージでは溶血の危険性があることを知らなかった。	輸血時、18～23Gで行うルールについて新人に周知する。		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(2014)
160050	実施段階	手技・手順	新人看護師がフォロー看護師と共に輸血(FFP)投与準備、開始を行う。フォロー看護師は投与開始15分までそばにつきそい、副作用が認めなかったため新人看護師に輸液ポンプをセットしてもらい、投与速度を確認しそばを離れる。その後2時30分頃に新人看護師は休憩に入る。フォロー看護師が3時過ぎ患者の観察のために訪室した際にバック内に血液が混入していることに気づいた。投与を中止、検査室に確認、パックな内に凝血を認めたため、麻酔科当直医に報告し投与中止となりFFPは破棄となった。	新人看護師は輸血をフォロー下で実施中だったが、輸液ポンプは普段から一人で使用していたため、ポンプにつなぐ作業は一人でも実施可能だと思い、安易に輸液ポンプの動作を一人で実施してしまった。フォロー看護師は新人看護師は輸液ポンプの使用は行えていたために、輸液ポンプの動作は一人でできると思い、輸液ポンプのルートの設定、ポンプの動作確認は怠ってしまった。	新人看護師は初めて実施する技術に関しては一連の流れをフォロー下で実施し確実にできるようにする。輸液ポンプをセット開始したときにルート方向・滴下確認を再度認識しなおす。フォロー看護師は新人看護師は輸血投与が初めてであったため、過緊張により普段できていることができない状況であると考えられるため、新人看護師が技術の自立が得られるまでは、輸血投与の一連の行為と確認、管理はフォロー者が確実に行う。		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(2014)

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)
160010	実施段階	取り違え 手技・手順	<p>本日、輸血実施予定の患者。研修医に連絡し、実施のため来棟を依頼した。ルートキーブもまだだったため、研修医来棟後に製剤を取りに行った。事前に、処置台の上に外来カルテの輸血検査報告書・入院カルテの輸血同意書を準備。製剤が届き、研修医も待機していたため、急いで実施前のバイタルサイン測定に訪室した。測定後、輸血を開始するため、研修医と血液製剤をダブルチェックした。その際、血液製剤と輸血適合製剤報告書はダブルチェックしたが、開いて置いておいた外来カルテと同意書はチェックしなかった。その後、ベッドサイドで再度、血液製剤と輸血適合製剤報告書をダブルチェックし、輸血を開始した。輸血は有害事象なく終了した。</p> <p>輸血実施中、処置台に外来カルテが開いたまま置き忘れていたのを、他の看護師が発見。外来カルテの輸血検査報告書の1回目と2回目の患者名が違うことを指摘され発覚した。実施した看護師・研修医ともに気付かず、輸血を開始してしまった。</p>	<p>外来カルテの輸血検査報告書と入院カルテの輸血同意書を開いて準備しただけで、確認した気になっていた。そのため、研修医とのダブルチェック時、忘れてしまった。正しい血液型の製剤が投与されたが、違う製剤が投与されていたら生命に関わっていた。また、その他患者の外来カルテの輸血検査報告書の正しいものが保存されているか分からない(入れ替わっている可能性がある)ため、確認の必要がある。</p>	<p>実施前に確認しておく。輸血実施時の確認項目は守る。輸血を実施したことのある患者でも、思い込まない。</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(2012)</p>