

| 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) |
|--------|-------------|-------|--|--|---|----------|--|
| 160002 | 指示受け・申し送り段階 | 製剤間違い | 血小板輸血10単位を施行当日に指示受けたものの、医師が、指示したものは、FFPであり、違う血液製剤であったが、確認を怠り、指示を受けてしまった。 | 医師が指示したものはFFPであり、違う血液製剤であったが、確認を怠った。 | 指示確認を確実に行うように、確認する。 略語など分からない、指示は確認する。 | | 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 (2011) |
| 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) |