

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)
160053	準備段階	取り違え	<p>患者A:術後9日目で貧血があり、緊急輸血の指示が出た。患者B:手術のため入室が済んでいた。2名はBチームが担当していた患者で、同性者病棟にて患者Aは、当日緊急輸血の指示が出た。BチームリーダーNsが検査技師に「どのくらいで輸血の準備ができますか?」と問合せたところ「30分前後」と回答が返ってきた。(業務調整をするため時間確認をした)</p> <p>検査室では、患者Aのクロスマッチ中に手術室にいる患者Bの輸血の用意ができたので、検査技師は病棟へ連絡した。(手術患者の準備連絡は手術室に行うルールになっている)</p> <p>AチームリーダーNsが電話を取ったので検査技師は患者Bの輸血製剤が出来たことを伝えたが、AチームリーダーNsは患者Bの名前を聞きながら患者Aのことだと思い違いをした。BチームリーダーNs、受け持ちNsを探したが見つからなかったため、自分の担当外であるBチームの患者の血液製剤を検査部へ取りにいった。</p> <p>検査技師は、AチームリーダーNsは患者Bの輸血製剤を取りに来ていると思い対応した。AチームリーダーNsは「〇病棟です。患者Bさん(苗字のみ伝え)の輸血を取りに来ました」といった。AチームリーダーNsは患者の苗字の“S”しか覚えていなかったが、そのまま検査技師とチェックを行い、“間違いはない”と判断して病棟へ搬送した。AチームリーダーNsはBチームリーダーNsに輸血を渡した。</p> <p>患者Aの主治医である医師は手術中であったため、BチームリーダーNsは、主治医ではない医師と輸血製剤を照合し、間違っていないことを確認した。BチームリーダーNsは受持ちNsに「照合は終わっているのをお願いします」と血液製剤を渡した。受持ちNsは、確認済みの製剤ということで、名前を十分確認せず(苗字のみ確認した)輸血セットを付け準備をした。</p> <p>輸血実施するために、受持ちNsと主任看護師は患者Aの部屋へ行った。患者のリストバンドを読み取り、PCに患者画面を反映させ、更に患者Aよりフルネームの呼称をもらった時に、製剤に記された名前が違っていることが発覚した。輸血はすぐに検査室へ返却された。同時刻くらいに患者Aのクロスマッチが終わったため、チェックを済ませ、正しい輸血投与を行った。</p>	<p>検査部から輸血が払い出される場面では、検査技師が連絡する部署を間違えたことが問題であり、その原因は運用ルールを逸脱したことであった。自己の記憶や経験で判断し、マニュアルや第三者への確認をする行為がとられていなかった。また、払い出し時に患者のフルネームを確認する習慣ができていなかった。病棟看護師は、患者情報が不確実な状態で輸血を受け取りに行かざるを得ない状況であったものの、患者のフルネームを控えずに検査部へ輸血を取りに行ってしまった。検査技師と病棟看護師の間で患者の苗字のみで照合をしたことが問題であるが、この手順についての見直しが今までできていなかったことが原因と思われる。</p> <p>しかし、輸血投与直前でのルールを遵守した患者確認により重大事故を防ぐことができた。</p>	<p>1、輸血部からの連絡については、輸血オーダーにある「使用場所」に連絡するルールの徹底と患者名は必ずフルネームで確認する</p> <p>2、患者の担当看護師または同じチームのリーダー看護師が病棟でオーダー用紙の印刷したものを持って輸血部に向かう(電子カルテシステムのため、病棟用の輸血控え伝票がなかったため、輸血受け取り時に口頭で運用していた)</p> <p>3、同姓、同姓同名、同名など、間違いやすい患者については注意喚起する(ホワイトボードに表示する)</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 (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)
160017	準備段階	取り違い	MAPが4単位できたと検査部よりTELがあったと他看護師より申し送りがあった。MAP2単位の指示だった為、医師へ確認。MAPは2単位投与予定であると指示を受けた。ヘルパーへ受け取りの依頼をし、患者名と2単位であることを伝えた。受け取りに行った、ヘルパーより、4単位中の2単位でよいのか、患者の名前について確認の電話があった。患者名とMAP2単位であることを伝えたが、できあがっていたMAPは、別の患者のMAP4単位であった。その際、該当患者のMAPはできあがっていなかった。	同じような患者が同時期にMAP投与となり、今回の事象が発生してしまった。また、ヘルパーも異変に気づいたことにより、MAP出頭前に気がつくことができた。	同じような患者もいるため、しっかりとフルネームで確認を行う。異変に気がついたら、再度検査部へ電話し、確認を行う。		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 (2012)
160016	準備段階	取り違い	患者Aに輸血実施の指示であったが、患者Bの輸血を準備していた。実施時に患者認証を行い、照合が「×」で表示されたことで、間違いに気が付いた	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者Aの輸血指示であることは看護師は把握していた</li> <li>他患者の処置等で血液受領までに2時間程度要した</li> <li>交差試験済みの場合、出庫票は検査室に保管されているので、今回検査室に血液を受け取りに行くときには伝票はなかった</li> <li>看護師は検査室に行く前に、手術中の患者Bの事を話していた</li> <li>看護師は検査技師に口頭で「患者Bの血液…」と伝えた</li> <li>患者Bの血液を受領して、医師を待つ間、血液は病棟の冷蔵庫に保管した</li> <li>医師が来院して実施するときに、患者Aの病室で医師と看護師で読み合わせた</li> <li>看護師が出庫票を読み上げて医師は製剤を確認した</li> <li>血液型、製剤名、製剤番号を読み上げながら、電子カルテと出庫票のバーコードを認証した</li> <li>照合が「×」となり、患者氏名を読み上げた時に、患者Bの血液を準備していることに気が付いた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>交差試験後の伝票の運用</li> <li>輸血実施時の患者認証、製剤認証</li> </ul>		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)
160013	準備段階	取り違え	凍結血漿4単位を出庫作業時に、別患者の依頼より出庫してしまったことに気付かず、OP室での読み合わせ作業時に患者氏名違うことで発覚した。	患者と同型血の別患者(心外のOP中)の輸血依頼があった。よく氏名や科名を確認せずに、別患者の輸血依頼画面を開き、出庫作業を行ってしまった。	輸血出庫時の氏名と科名の確認を徹底する。		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)
160007	準備段階	取り違え	2日間予定の輸血準備の際、割り当てた製剤と違う日付のラベルを張り付けていた。出庫時に、進捗管理を他の技師が見て気付く、ラベルを張り替えて再度出庫作業を行った。	2人の輸血割当てを同時に行った。輸血予定で至急になっていたため、焦っていた。通常行う、ラベルのチェックを行っていなかった。	一人ずつ行う事を、徹底する。ラベルと製剤との確認を怠らない。		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)
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、今回は入っていませんでしたので、カバーをしなければならないことは知っていましたが、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ましたが、認識が甘かった。また、FFPIに保冷剤がいない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、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。FFP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)

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)
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で行う。		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、間違っただけ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)
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)



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)
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)
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。	・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なかった。	・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)

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)
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)
160001	準備段階	その他	緊急帝王切開術の入室時通常通り同意書の確認をおこなった。各同意書と同様に輸血も確認し、輸血申し込みは「T&S」であるとMFICUの看護師より口頭で確認し入室。緊急帝王切開術は、母子共に問題なく終了し病棟へ送った。その後、病棟より輸血の申し込み用紙についての問い合わせがあり、そこで、申込用紙の確認を怠っていたことが発覚した。	通常帝王切開時や緊急手術時、「T&S」または、「RCC」の申し込みについては、同意書とチェックリストと共に申し込み用紙も確認している。今回、不注意で申し込み用紙の確認だけを怠ってしまった。	どんなときにも、必ず3点そろって確認する。もう一度輸血の流れを再確認。また、申込用紙があっても輸血部で受理されていない事もあるようなので、特に緊急手術全般は主治医にも確認をしていく。		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)
160012	準備段階	その他	腹腔鏡下卵巣嚢腫核出術の患者。術前特定由来生物の同意書があり、入室前患者の名前は確認したが、説明した医師のサインがなかったことに術中、気がついた。医師は術中であつたため、術後にサインを依頼することとなった。術中特定由来生物は使用しなかった。	病棟での同意書の不備の有無確認不足。入室時の病棟、手術室看護師同士の確認不足。	同意書類すべてに、医師、患者のサインがあるか確実に声にかけて確認する。		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)