

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)
160036	検査段階	取り違い	輸血する患者の血液型の検体が検査室にきた。この時に血液型用とクロス用に採血が同時に来た。血液型検査をしたところA(+)であったので発注した。クロス用の採血を再度病棟に依頼した。クロスマッチを行ったところ血液型不一致が発覚した。クロス用と血液型は別々に採るように輸血療法マニュアルに記載されているが、同時に検査室にきた。検査技師が気づき再度クロス用の採血を依頼したことで血液型が違う事が発覚した。	血液型とクロスのラベルの区別がつかないため、そのままラベル分すべてに採血が行われた。	・クロス用と血液型用のラベルの違いが分かるようなシステムの改善を検討する(シールの表示など)。 ・シールを別々に出す事がシステム的にできるか確認する。 ・システムの改善ができない場合は今のラベルでの周知を図る。		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)
160028	検査段階	取り違い	輸血オーダーに基づいて検査を進めていったところ、患者の血液型と検体の血液型が異なったため、救急部の医師に確認したところ、オーダー出し間違い+検体の取り間違いが発覚した。	不明	検体ラベルと検体の患者が異なるため、採血時のPDA認証が実施されていないと思われる。PDA認証の徹底を再度確認。		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 (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)
160057	検査段階	取り違い	帝王切開後、弛緩出血を起こした患者に対し、医師より輸血指示が出た。交差血採取の指示が出たため、ラベルを印刷し、赤、黄2本の交差血を採取し、血液センターへ送った。このときに誤って別の患者のラベルを貼布してしまった。直後に血液センターより連絡あり、ラベルの患者が違っている事を指摘された。すぐに当患者の交差血のラベルを送り、輸血を準備してもらった。	弛緩出血のための子宮動脈閉塞術の準備の為に担当スタッフは動いていた。私は当患者担当ではなかったが、採血採取を行った。採血採取後、データを見て輸血の指示が出たため交差血採取することとなり、続けて2回採血する事となった。交差血のラベルはオーダーがなくても全患者印刷する事が出来る。そのため、交差血のラベルを出力する際に本日自分が担当している術後患者のラベルを出力してしまった。患者は術後で状態良好ではなかったので採取時に名乗ってもらう事をしなかった。ベッドネームとの照合も行わずに採取してしまった。検体を送る際も他のスタッフも忙しく、ダブルチェックを行わなかった。	採血や交差血の指示が出たときはラベル出力時に確認をしっかりと行う。採取時に本人に名前をフルネームで名乗ってもらう。検体を送る際に他のスタッフとダブルチェックを行う。		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 (2015)
160058	検査段階	その他	日直時の輸血製剤払出時に今回の患者(不規則抗体保持者)に関しては不規則抗体検査が不必要であったが、検査を行い、その結果を上書きしてしまった。(抗体価が低下しているため不規則抗体陰性となった)輸血製剤の払出は適合する製剤が準備してあり通常通り払出を行った。	前任者からの引き継ぎが全くなかった。	不規則抗体保持患者の輸血に関しては注意深く検査を行い、検査担当者に電話で尋ねる。		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)