

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)
160022	実施段階	取り違え	<p>17時頃、手術室では、心臓血管外科緊急手術と産科危機的出血患者の救急搬送が重なり、それぞれの患者に多量の輸血製剤がオーダーされ手術室は緊迫した状態であった。17時30分、輸血室職員が心臓血管外科患者のFFPを手術室に運び、オペセンター入口前のインターホンで手術室看護師を呼び出し、その対応を夜勤リーダー看護師が行った。夜勤リーダー看護師は、輸血室職員とFFPの照合を行ったが、オペセンター入口では、産科危機的出血患者の搬送のため多数のスタッフが慌ただしく動いていたため、照合を行ったFFPは産科危機的出血患者に使用するものと思ひ込み、産科危機的出血患者の手術ルームに持参した。通常であれば、この時点でルーム担当の外回り看護師と再度製剤と患者名を照合するが、ルームの外回り看護師は手が離せなかったため輸血照合が実施できなかった。夜勤リーダー看護師は、直接麻酔科医師とFFPを照合しようと考え、そのまま麻酔科医師のいる場所までFFPを持参した。輸血照合を行う際に使用する輸血伝票を探していたが、輸血伝票が複数枚あり捜索に時間を要していた。その間に、麻酔科医師が持ち込まれた未照合のFFPを点滴棒につり下げ、患者に投与しようとしていた。その場面を見たルーム担当外回り看護師が輸血が未照合であることを伝え、輸血の実施を止めた。その後、患者に投与していた他の輸血伝票を見た時に、ルームに持ち込まれたFFPの血液型と違う事が判明し、投与しようとしていたFFPは、心臓血管外科緊急手術の患者の物であることに気づいた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急手術が重なり、煩雑な状態となっていたため通常のルールを遵守せず、手術ルーム内に持参した。 ・輸血投与する際にも、危機的出血の状況であったため、ルーム内に持参された血液製剤の最終確認を怠り、患者に投与しようとした。 ・輸血室に、オーダーされた輸血製剤が届き次第、順次手術室に搬送されている状況であったため、輸血伝票(一覧表示)と輸血製剤と一緒に搬送されていなかったため、書類の捜索に時間を要した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術ルーム内搬送時のルールが遵守できていなかったため、ルールを遵守することを徹底する。 ・オペセンター入口で、輸血室職員と照合した血液製剤は、再度手術ルーム担当外回り看護師と再度照合を行う。(未実施輸血は、ルーム内に持ち込まない) ・麻酔科医師と実施直前照合を確実に実施する。 		<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 (2012)</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 (発生年)
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>

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)
160055	実施段階	速度	輸血指示があり、医師の輸血実施時の介助を行った。輸血実施し、1時間もたたない内に、輸血が落ちきってしまった所を、先輩が発見し、事態が発覚した。すぐに医師に報告し、診察が行われ、問題なしと診断された。	輸血実施に関する知識不足。副作用の確認はしていたが、流量の確認ができていなかった。	輸血に関して、正しい方法を身につけて実施する。		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)
160037	実施段階	保存・保管	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。	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。	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。		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)
160005	実施段階	保存・保管	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。	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。	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。		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)

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)
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、バ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、ポンプにつながる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行えるようにする。輸液ポンプをセット開始したときにルートの方角・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)