

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)
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行った。</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にあった。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。</p> <p>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	取り違え	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>異変に気がいたら、再度検査部へ電話し、確認を行う。</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)
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"> ・患者Aの輸血指示であることは看護師は把握していた ・他患者の処置等で血液受領までに2時間程度要した ・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 ・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 ・看護師は検査技師に口頭で「患者Bの血液…」と伝えた ・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 ・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 ・看護師が出庫票を読み上げて医師は製剤を確認した ・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 ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・交差試験後の伝票の運用 ・輸血実施時の患者認証、製剤認証 		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き、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)

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)
160036	検査段階	取り違え	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、同時に検査室に来た。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	取り違え	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	取り違え	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、データをみ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ため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)

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>