

【4】輸血療法に関連した医療事故

本報告書では、報告された医療事故事例のうち、「事故の概要」及び「事故の内容」のコード情報の中から「輸血」に関するコードを選択した事例、もしくは、それ以外で報告の内容が輸血療法に関連する事例について分析を行った。

（1）輸血療法に関連した医療事故の現状

平成 20 年 4 月 1 日から 6 月 30 日の間に報告された輸血療法に関連する事例について、「検体取り違い」、「患者取り違い」、「製剤取り違い」、「製剤間違い」、「製剤量間違い」、「速度」、「保存・保管」、「手技・手順」、「結果入力」、「結果判定」、「その他」として整理した。報告された事例は、交差血の検体のラベルを別な患者名で出力した事例が 1 件、別の患者の FFP を接続した事例が 1 件、骨髄移植の際、ドナーの血液型を誤って認識していたため、行うべき骨髄液の処理をせずに投与した事例が 1 件であった（図表Ⅲ - 2 - 13）。

（2）輸血療法に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

第 27 回ヒヤリ・ハット事例収集において報告された輸血療法に関する事例について分析を行った。

輸血療法に関連したヒヤリ・ハット事例について、記述情報のテーマに挙げられた「輸血療法に関連した事例」の内容を、「検体取り違い」、「患者取り違い」、「製剤取り違い」、「製剤間違い」、「製剤量間違い」、「速度」、「保存・保管」、「手技・手順」、「結果入力」、「結果判定」、「その他」として整理した（図表Ⅲ - 2 - 14）。報告された事例の中から 30 件の事例概要を図表Ⅲ - 2 - 15 に示す。

図表Ⅲ - 2 - 1 3 輸血療法に関連した医療事故事例の概要

番号	発生段階	事故の程度	事例概要
【患者取り違い】			
1	準備段階	障害なし	患者 A (AB 型) の新鮮凍結血漿 LR 6 単位の依頼があり、病棟から患者 A (B 型) と記載された輸血申込書と患者 B の交差血が提出された。病棟に患者 B の輸血予定の確認をしたが、予定がなかった。患者 B のラベルが貼られた交差血の血液型を検査したところ、ラベルには患者 B (B 型) と記載されていたが、提出された交差血の検体は AB 型であり、の血液型が異なっていた。病棟に確認したところ、ラベルを出力する際に取り違えていたことがわかった。
【製剤取り違い】			
2	実施段階	障害の可能性なし	出血性ショックに対して、輸血を開始することとなり、看護師 A が FFP を急速・大量に溶解するために初療室内の恒温槽と病室の恒温槽の 2 箇所を使用した。病室の恒温槽には他の患者の FFP も入っていた。看護師 B が病室の恒温槽から FFP を取り出した。この時に、血液支給票と製剤の照合、患者と製剤との照合作業を行わず、点滴台に製剤をかけた。看護師 A は点滴台にかけてある製剤を確認せず、輸血ルートに接続し滴下した。70 mL ほど入ったところで異型輸血に気付いた。
【その他】			
3	指示段階	障害の可能性なし	患者は、骨髄移植治療目的のため当院に転院した。患者の血液型は O 型で、ドナーの血液型は A 型であった。移植前のカンファレンスで、医師 A は「ドナーは O 型」と報告し、医師 B が以前の情報との違いを感じドナー情報を確認しようとしたが添付書類がなく、医師 A にカルテへ書類の添付を指示していた。医師 A は別のドナー患者の血液型 O 型と患者の血液型を混乱し、今回のドナーの血液型を O 型と思い込んでいた。採取施設より骨髄液が病棟に到着し、骨髄受渡書で量を確認したが、血液型の確認がされず、200 mL/h で骨髄液の投与を開始した。医師 A は、病室を出る際、骨髄採取完了報告書に再度目を通し、ドナーの血液型が A 型であることに気づき、投与を中止した。実際に投与された量は 17 mL 前後と推測された。ドナーの選定の優先順位は、白血球の HLA タイプとドナーの体重であり、血液型が違っていても骨髄液を特殊な処理を実施して移植するため、患者とドナーの血液型が違うことに違和感を持ちにくい状況であった。

図表Ⅲ - 2 - 1 4 輸血療法に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

		取り違い			製剤 間違い	製剤量 間違い	速度	保存・ 保管	手技・ 手順	結果		その他	合計
		検体	患者	製剤						入力	判定		
発生段階	指示段階	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
	指示受け・ 申し送り段階	0	0	0	1	7	1	0	0	0	0	9	18
	準備段階	0	2	5	2	2	4	14	36	0	0	22	87
	検査段階	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	7
	実施段階	0	0	0	0	5	10	0	5	0	0	12	32
	実施後の 観察管理段階	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	その他	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	7	8
合 計		1	3	5	3	15	15	14	42	0	5	53	156

図表Ⅲ - 2 - 15 ヒヤリ・ハット事例 記述情報（輸血療法）

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【検体取り違い 1件】 他類似事例なし			
1	手術中、出血があり輸血を用意することになったがクロスマッチをしていなかったため手術室で採血をして出すことになった。ラベルを貼って輸血管理室に提出したが、患者名とスピッツの内容が違ふことに他職種者が気付いた（整形の手術患者もクロスマッチを出しておりその患者名のものが2つあった）。その為もう一度クロスマッチを提出した。	早く出さないといけないと思い急いでいた。ラベルが患者のものであると思い込んでいた。確認が不十分であった。	- 患者名などのラベルの表示を目で見て、声に出して確認する。 - ラベルを貼って送る前にもう一度確認する。 - 患者に確認できる状況では、患者自身に確認してもらう。
【患者取り違い 1件】 他類似事例 2件			
2	緊急手術になり、輸血オーダーが出た。医師は患者から離れられずF F Pなどの製剤請求をするために伝票のインプリンターを押したものを手渡した。その後、R C C - L Rも必要だったため、同じようにインプリンターを押した伝票を手渡した。記入後、医師が内容を確認して輸血部に持っていったところ、R C C - L Rの伝票のインプリンターが隣の患者のものであった。	手術準備と患者の状態が不安定であるために、しなければいけないことが重なっていた。医師はインプリンターの名前を確認せず、最終的に伝票の確認した時も名前の確認を怠っていた。リーダー看護師は、確認者としての役割があることを忘れていた。	- 記入者も最終の確認者もインプリンターを確認していなかった。 - 最終の確認者がインプリンターを押していたため、あっていると思い込んでいた。 - 多忙でも血液依頼は看護師が代行せず、医師は責任を持って最後まで実施し、看護師が名前、血液型、必要血液と数を確認するシステムを遵守する。
【製剤取り違い 1件】 他類似事例 4件			
3	手術室へ自己血を払い出す際、他の患者の自己血を払い出した。	自己血を保管しているのは1名だと思い込んだ。患者氏名・自己血番号の確認が不十分であった。いつも担当しない業務であった。手順はあるものの、周知できていなかった。	- 患者氏名・自己血番号の確認徹底する。 - 自己血受け渡しの詳細なフローを作成する。 - 確認方法の周知徹底・再教育を行う。
【製剤間違い 1件】 他類似事例 2件			
4	医師は血液発注伝票に「濃赤L R - 2 400mL 使用数2」と記入し、口頭で今から行うようにと指示した。その後、指示簿に記載をしていなかった。払い出された「濃赤L R - 2 400mL 2個」の血液製剤で患者の血液型を医師と看護師で確認し、開始した。2本目も病室スタンドに下げた。翌日、指示簿に「MAP 400mL」と記載されていた。医師は発注伝票の「濃赤L R - 2 400mL」の欄を「濃赤L R - 2 200mL」の欄だと思い使用数2と書いた。	医師が記載した発注伝票について、その場で記載内容を確認しなかった。実施前に発注伝票と指示簿の照合確認をしなかった。輸血の単位、量について知識不足であった。輸血時に、次の輸血バッグも病室へ持っていくスタンドに下げていた。	- 医師は輸血指示を指示簿と発注伝票の両方に記載する。 - 発注する前に内容、量、施行日を再確認する。 - 輸血確認はマニュアルに沿って声に出してダブルチェックする（氏名、血型、交差試験結果、生年月日、製造年月日、種類、単位、X線照射有無）。 - 口頭指示のハイリスクを認識する。 - 輸血の正しい取り扱い方法を再学習する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【製剤量間違い 3件】 他類似事例 12件			
5	P C 2 0 単位と F F P - L R 2 6 単位のオーダーがあり、発注した。その際 F F P - L R 2 が 3 単位分に相当することは知っていたが、L R 2 の「2」をとっさに 2 単位と勘違いしてしまい、3 本発注してしまった。	業務手順・監査システムに不備があった。	・発注用のレイアウトを変更する。 ・情報の共有を行う。 ・確認方法のシステムを変更する。
6	MAP 4 単位 4 0 mL/h で輸血の指示があった。しかし 4 単位のところ病棟に 6 単位の MAP が払い出されており、4 単位の指示を確認せず、6 単位目を投与している時に、次の勤務者が間違いに気付いた。	病棟に 6 単位払い出されたが、指示は 4 単位であることを看護師が当事者の看護師に口頭で申し送らなかった。指示書には書かれていたが、当事者は指示書を確認しなかった。病棟に払い出された輸血は輸血管理部に返却できないのがルールであるため、使用すると思い込んだ。	・輸血の払い出しは必要量のみにするよう、医師に依頼する。 ・口頭の申し送りではなく、カルテを使用した申し送りをする。
7	R C C 2 単位を輸血する指示があり、輸血の請求を 4 単位行っていた。R C C の 4 単位分は 1 単位入りが 2 パックと 2 単位入りが 1 パックで届いた。1 単位入りのものを 2 単位入りのものと思い込み、1 単位だけを輸血した。	輸血の確認時も思いこんでいた。ダブルチェックもすりぬけてしまった。	・単位まで確認する。
【速度 3件】 他類似事例 12件			
8	看護師は、F F P 1 単位（1 2 0 mL）を 3 単位、総量 3 6 0 mL を 3 時間で（1 2 0 mL/h）の輸血の指示を受けた。F F P 2 単位を輸液ポンプにセットし輸血を開始した。その後、当事者と準夜勤務者がルートチェックをしていたところ、流量 4 0 0 mL/h、予定流量 4 0 0 となっていることに気付いた。	F F P のパックに記載していた「4 0 0」を総量と思い込み輸液ポンプの設定をした。輸液ポンプの流量を設定する際、指示簿を参照していなかった。F F P を実施することに慣れておらず、他のスタッフに聞きながら実施したが、面会の家族を待たせていることで焦ってしまい、実施時に他のスタッフにチェックの依頼ができなかった。輸血についての知識が不足していた。開始 5 分間、開始 1 5 分後の観察をしていない。	・「輸液ポンプの設定は、その場で指示簿の内容と確認して行う（指示簿の内容の記憶により行わないこと）。」という対策と事例の概要を院内周知する。
9	F F P を 6 0 mL/h で投与する指示であった。F F P の容量は 2 4 0 mL であったため、本来は 4 時間で 2 単位を投与するところ、容量を 1 8 0 mL だと思い 3 時間で投与する計算をした。	今までの F F P が 1 6 0 mL であり、1.5 倍量は 1 8 0 mL という思い込みの計算をした。滴下筒で流量調整をしていたため、実際は 6 0 mL/h での投与であったため、自分の書いたパックの目盛りよりも滴下が遅れていたが、パックの性質によるものもあると思い再チェックを行わなかった。1 0 時分のボルトロールが多いこと、回診や患者対応で処置の中断があった。輸血のパックには、単位数は記載されていたが内容量が記入されていない。	・忙しい時ほど思い込みへの訂正が入りにくいので、計算機を使用していく。 ・輸血は、種類によって内容量・期限・取り扱いに違いがあるので、輸血の手引きで再確認を行う。 ・忙しい時こそ、手引きなどを参照していく。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
10	指示によりRCC投与後、続けてFFPを80mL/hで投与する予定であった。8時にRCC投与終了し、FFPに繋ぎ変え滴下速度を指示速度に合わせた。5分後に再度滴下速度が指示速度であることを確認した。しかし1時間半後、日勤看護師が訪室すると既にFFPは終了していた。3時間予定であったのが1時間半で投与してしまった。	末梢ルートであったので体動により、滴下速度が変わった。RCCからFFPへの更新で輸血セットを交換していなかったためルート内がRCCからFFPに変わる過程で量調整に誤差が出た可能性がある。	・体動による滴下速度の変化を観察する。 ・輸血実施時の時間的観察時に滴下速度の確認を確実に行う。
【保存・保管 2件】 他類似事例 12件			
11	配属2ヶ月目の看護師は、入院患者への輸血のためにオーダーされていたRC-MAP6単位とFFP6単位を輸血管理室から受け取り、病棟に戻った。医師にRC-MAPとFFPのどちらを先に点滴するのかを確認したところ、RC-MAPとのことであり、FFPを輸血用の冷蔵庫の下段左側のドアを開けて入れた（下段は冷凍庫であると思っていた）。約6時間後、FFPを使用する際、他の看護師が冷蔵庫にFFPが入っていることに気付いた。	当事者は、冷凍庫に保管しなければならないことは知っていたが、輸血保管用の冷蔵庫の下段はすべて冷凍庫だと思いこみ、左側の冷凍庫に入れた。実際は上部は冷蔵庫、下段の左側が冷蔵庫、右側が冷凍庫であり、確認不足であった。オリエンテーションで保管場所の説明を受けていた。扉にはFFP用冷蔵庫とシールが貼られている。当院での経験が2ヶ月目で、当院でFFPを冷凍庫に保管するのが初めてであった。病棟に持ち帰った血液製剤を確認せずに1人で片付けた。忙しかったためRC-MAPを準備しなければならないと思い、気持ちが焦っていた。	・輸血を取りに行った後は、何を受け取ってきたか、どこに保管するのかを他のメンバーやリーダーに声をかける。 ・ダブルチェックするように心がける。 ・思いこまず、実施した後に再度確認を行う。
12	手術用に準備した濃厚赤血球液と、凍結血漿のうち手術室で使用しなかった分を、手術室から受領した。病棟で一時保管するため、保冷庫に入れる際、凍結血漿を濃厚赤血球液と一緒に保冷庫に保管してしまった。	他の業務に追われていたため、しっかり確認せずに保冷庫に入れてしまった。	・血液を取り扱う場合、輸血伝票と照合してから取り扱う。
【手技・手順 7件】 他類似事例 35件			
13	未破裂脳動脈瘤で入院、翌日手術の患者の準備輸血のクロスマッチが行われていなかった。手術申込書には記入してあったが看護師用申し送り用紙に記入されておらず、看護師が気付かなかった。手術中に手術室の看護師が気付いた。	手術申込書が外来から手術室に提出されたため、病棟看護師が気付かなかった。麻酔科診察後申込書は病棟に届いたが見落としした。クロスマッチ検査の依頼は当院では指示を受けた看護師が行っていたが行われなかった。	・病棟と外来の連携を取る。 ・医師に看護師の申し送り表の記載の徹底を指導する。
14	先に滴下されていたMAPが終了し、新たにMAP2単位を接続しようとしてトレーの中で血液バッグにプラスチック針を刺し込んだところ、針が血液バッグを貫通した。	リーダー、輸血センターへ報告。破損した血液バッグを輸血センターへ返却し、新しいものを取り寄せた。破損届けと輸血センターアクション用紙を記入し、輸血センターに提出した。	・プラスチック針を挿入する時は血液バッグ、挿入部を平らにする。 ・プラスチック針を挿入する時は、少しひねりながらゆっくり挿入する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
15	手術中、次々と血液の発注があり、計18単位が追加された。手術室からも催促がある中で、クロスマッチのチェック等行い手術室へ払い出した。手術前に麻酔科医が適合書とMAPのLOT番号が違うことに気付いた。	時間内は在庫リスト画面より期間の短い製剤を選択し、ラベルを貼付。MAPのセグメントでクロス後その適合結果表を見ながら、保冷库よりMAPを探して取り出す手順となっていた。今回、保冷库より取り出す際、「5969」と「5996」の間違いに気付かず払い出した。輸血管理室より看護師に渡す際の監査時にも気が付かなかった。	・時間外は、製剤をバーコードで確認し、ラベル貼付する。 ・監査時の確認を手順を追加した。
16	当日2パックの輸血予定であったため、トレイに2パックの輸血パックを用意した。ベッドサイドでPDA認証したが、認証していない別の1パックの輸血を開始した。次勤務者より、1パック目の輸血終了時にPDAが終了できずエラーになると報告を受けた。製剤種ナンバーを確認したところ、認証されていない輸血パックを使用していたことがわかった。	輸血準備の時点でトレイに2パック届いたままで用意していた。	・トレイに準備するのは1パックとする。 ・手順通りに行い、手順の遵守をする。
17	日勤帯でFFPが開始になり、医師が接続した。深夜勤務者と準夜勤務者との申し送り時にFFPが輸液フィルターを通して、投与していることに気付いた。	申し送り後刺入部の観察は行なったが、点滴ルートの確認ができていなかった。FFPを開始する際、医師と看護師で内容と速度の確認を行ったが、接続までは確認できていなかった。	・5Rの確認を徹底して行う。 ・血液製剤を開始する際は、接続まで2人確認する。
18	術後回収式自己血輸血装置ドレーンが貯まり返血を行っていた。血液バッグに輸血セットを接続する際、誤ってバッグを貫通させてしまい、返血できなくなった。	患者の枕元の不安定な場所で操作を行ったため、まっすぐ刺せなかった。	・安定した場所での作業を行う。
19	輸血の準備をする際、輸血用のセットではなく輸液用のセットを患者のもとへ持って行ってしまった。輸血のセットをしたスタッフも気付かず、25分間、輸血が行われてしまった。ラウンドしていたスタッフが使用しているセット（回路）が違うことに気付いた。	思い込んでいた。観察・確認が不足していた。輸液セットを取った際に良く見て確認していなかった。同じ引き出しに置いてあった。	・良く見て確認を行う。 ・輸液セットと輸血セットの保管場所を検討する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【結果入力 0件】			
【結果判定 1件】 他類似事例 4件			
20	母児A B O式血液型不適合妊娠が疑われる患者の不規則性抗体検査（間接クームス）検査で、抗A抗体陽性のものを、抗A血球を用いた抗体検査を行っておらず陰性と報告した。	輸血検査手技伝達講習会に参加できておらず判断に誤りがあった。	・検査手技を徹底する。 ・検査マニュアルの明記する。
【その他 10件】 他類似事例 43件			
21	患者は術中にR C C 4単位投与する予定であった。医師が術前の説明で術中に輸血すると説明していたので、新人看護師は検査部に行き、新人検査技師に輸血を払い出してもらい、手術室に届けた。この時未照射であることに気付かなかった。手術中に準備していると検査部から未照射であるとの連絡があり、新たに適合血を照射して輸血された。	クロスマッチして準備されており、使用の段階で検査部に照射依頼がきて取りに行くシステムであるが、新人看護師は術中に輸血するという情報で持参しなければと思い違いした。新人検査技師は保冷庫に準備されていた血液が照射済みと思い、新人看護師との一つ一つの確認ができていなかった。手術室では持参された血液は未照射であるはずがないと思い、また灌流液の準備等で十分な確認がされなかった。新人検査技師が輸血担当者へ「輸血を払い出した」報告がなかった。保冷庫の中に照射済みの輸血用血液と未照射血液があった。手術申込み書に輸血準備の記載がなかった。	・輸血にシステム、輸血の副作用とGVHD（移植片対宿主病）について再教育する。 ・輸血用血液製剤払い出し時のチェックマニュアルを作成する。 ・検査技師が伝票、看護師が血液製剤を見て指差し呼称する。 ・手術申込み書に輸血準備を記載するよう医師に依頼する。 ・保冷庫の中の照射済と未照射の区別を明確にする。 ・輸血実施時のチェックマニュアルを守り、1行1行確実にチェックする。
22	手術のため濃赤L R - 2 400 mL 1本の準備指示が出た。P Cの画面の検索で抗体スクリーニング、血液型、R h o式血液型を見たが、抗体スクリーニングとR h o式血液型を見間違い、R h（-）と記入して、検査科へ発注伝票を提出した。検査科から本当にR h（-）であるかの確認があり、再度調べたところR h（+）であった。	血液型確認をP C画面のみで行った。発注伝票のダブルチェックの際、氏名と輸血の内容のみしか行っていなかった。血液型にR h（+）とR h（-）があるという事を知らなかった。	・発注伝票のダブルチェックはマニュアルに沿って必要事項を声出し確認する。 ・輸血について再学習し知識を深める。
23	医師はA型（+）の患者の輸血依頼伝票に、「O（+）」と記載、輸血の緊急発注をした。血液が到着し、検査技師が同日クロスマッチを施行した患者であるが血液型が違う事に気づき、医師に確認した。医師が記載間違いをしていたことが分かった。	緊急手術になり手術中の輸血依頼であった。医師がカルテでの血液型確認を怠った。手術室看護師も、緊急のため医師が記載した血液型が正しいと思い、確認を怠った。	・輸血伝票に記載する際は2名でのダブルチェックを実施する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
24	緊急手術のため、輸血伝票を医師が記入して請求した。その際に血液型を間違えて記入した。看護師は血液型の確認をしないまま事務に依頼した。緊急入院のため照合は他院の紹介状と行うべきところ行わなかった。その後、入院時採血の血液型の結果が来て、請求血液型が間違っていたことに気付いた。	輸血請求時にも必ずカルテの血液型を見て請求することになっているが、緊急時で慌てたため、照合がおろそかになってしまった。	・輸血マニュアルに沿った、請求や確認を行うよう、再度申し合わせた。 ・輸血マニュアルの遵守をすることを促した。
25	手術中出血が多く、凍結血漿5単位を取り寄せた。麻酔医が紙箱から取り出し「温めよう」と言ったので、5単位のうち1パックをウォームバスに入れるために手に取ろうとした際、麻酔医と当事者のどちらがどのパックを手にとればいいのか一瞬迷い、パックの把持をしっかりとしていなかったため床に落とし破損した。	物品の搬送は、運搬容器に入れられていなかった。狭く不安定な位置にパックを置いていた。お互いの声掛けができていなかった。大事なものを扱っているという気持ちが薄れ、しっかり把持していなかった。	・血液製剤の運搬には、籠、血液運搬バックを使う。 ・血液製剤を扱う時には、単独のワゴンを使う。 ・お互いに声かけをして、相互確認の上、作業する。
26	術前に患者の自己血採血を行った。その時に採血バッグの記入を一人で行った。手術日に手術室看護師が使用予定日と使用期限日の記載の間違いに気付いた。主治医が採血日を確認し使用した。	自己血採血に関しては院内でのマニュアルがあり、記載の方法や確認に関する手順があるが、今回は全く一人で実施してしまった。	・自己血採血マニュアルを輸血部会と点検と確認を実施し、安全に実施されるまでの過程の見直しと周知を実施する。
27	手術実施前に手術に対する説明同意書と、麻酔に関する説明同意書が、患者署名後に提出されていた。通常は手術説明を主治医が行う際に、輸血に関する説明同意書も含めて渡されているが、今回は渡されていない。手術が行われて2日後に輸血を実施する指示が出された。看護師は、輸血をルールに従って2人で確認して実施した。この時、輸血の説明同意書が取られているのかは確認しなかった。輸血実施3日後に輸血室の指摘により説明同意書がないことがわかった。	医師が説明同意書を説明した時に、患者に渡し患者署名を直ぐに得られない場合は、後に提出してもらうことになっている。医師は手術説明の時に輸血をするかもしれないという説明は行ったが、説明同意書を渡していなかった。看護師は、手術説明されれば、輸血説明同意書が取られていることが通常なので確認をしなかった。輸血を実施する時に、説明同意書の確認をいつ・誰が行うのかは、マニュアルにはなかった。	・看護師が輸血を実施する時の専用看護記録があり、この中に「説明同意書の確認」を記載してチェックボックスを設けて確認できるようにする。
28	患者の血液型がO型RH（－）であったが、主治医が麻酔申し込み用紙にO型RH（＋）と記載した。その他、麻酔記録、看護記録等、血液型を記載する全ての記録類がO型RH（＋）となっていた。入院中輸血は施行されなかった。退院後、病歴室でカルテ整理時に発見された。	血液型を転記時、検査結果を十分確認しなかった。麻酔記録、手術室看護記録は麻酔申し込み用紙に書かれた血液型を転記した。	・血液型記載時は、誰もが検査結果伝票を声だし確認して転記することを徹底する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
29	輸血を施行する場合には患者の血液型の札をベッドサイドにかけることになっているため、手術前にO型の札を作成し、術後その札をかけた。患者がO型の札を見て「私はB型じゃないの?」と言ったため、カルテの血液型判定結果を確認するとB型であり、O型の血液札が間違っていたことがわかった。輸血は施行しなかった。	血液型の札を作成する際、確認を行っていなかった。	血液型の札を使用しない。
30	患者より同室の患者の血液がこぼれていると報告あり、訪室すると、床に多量の血液がこぼれていた。輸血セットと輸血パックは接続されていたため、どこから血液がこぼれたのか患者に確認すると、自室の水道のところで輸血ラインを引っ掛けて輸血セットと輸血パックの接続部が外れ、そこから血液がこぼれたとのことであった。輸血パックから血液が流れ出すので自分で輸血ラインを輸血パックに接続していた。すぐに輸血を中止し、医師に報告した。	輸血中であり、何か介助を要するようなことがあれば申し出てもらうように声をかけていたが、輸血ラインと輸血パックの接続部は一体ではなく、力をかければ抜ける恐れがあることまでは伝えることができていなかった。	- 輸血を開始する際に、輸血パックと輸血ラインの接続部は力をかければ外れる恐れがあることを患者に説明する。 - 輸血中に動く可能性のある患者は、輸血のラインに余裕をもたせる。 - 意識状態に問題のない患者でも、思いがけない理由でラインの接続が外れることもあるということを念頭に置いておく。