

【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 7 月 1 日から 9 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、交差血の検体の受付の受付番号を取り違えたことにより、検査結果を報告する患者を取り違い、輸血を行った事例が 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 28 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	発生経緯
1	準備段階	障害なし	産婦人科外来の患者 X から、当院で行った血液型の結果が本人の認識と違うことを指摘された。外来助産師が検査科へ問い合わせたところ、この時の患者 X の血液型検査台帳には A 型 Rh+ となっていたが、検査科で患者 X が検査を行った検体で、血液型を再検したところ、A B 型 Rh+ の判定となり、最初に行った報告の A 型 Rh+ は誤りであることが判明した。また、同日に行われた患者 X 以外の血液型検査について再検査を行ったところ、外科を受診した患者 Y の血液型が A 型 Rh+ であったが、患者 Y の血液型を A B 型 Rh+ と報告していた。当該事象発見日から遡って輸血歴を調べたところ、患者 Y が血液型間違いのあった日に A B 型 Rh+ の輸血をしている事がわかった。血液型判定を 2 名分同時に行い、血液型判定装置の上に 2 名分の検体を置いて判定したため検体受付番号を取り違えていた。患者 Y の交差適合試験時、血液型の検査を実施していなかった。

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

		取り違え			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	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	5
	指示受け・ 申し送り段階	0	0	0	2	4	1	0	2	0	0	11	20
	準備段階	0	3	4	3	7	0	25	26	0	0	36	104
	検査段階	0	2	0	0	0	0	0	1	1	3	4	11
	実施段階	0	1	0	0	4	25	1	8	1	0	21	61
	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	0	0	0	1	1
合 計		0	7	4	5	16	26	26	37	2	3	78	204

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 0件】			
【患者取り違い 2件】 他類似事例 5件			
1	交差適合試験の際、輸血パックに貼る付箋に間違った名前を記載し、交差適合試験実施後輸血パックを払い出した。病棟より名前が違うが間違いないか、との問い合わせにより、間違いに気付いた。	検査室でよく名前を聞く患者と同姓の患者であったため、無意識のうちによく名前を聞く患者の名前を記載してしまった。払い出しの際も名前の確認が出来ていなかった。	・確認を怠らないよう心掛ける。 ・払い出しの際も間違いないか確認するよう改善する。
2	19時頃、検査室へ患者Aのクロスマッチ用血液と患者Bの血液検体が提出された。同日23時頃医師より患者Aの輸血のオーダーが入力された。19時に提出されたクロスマッチ用血液でクロスマッチ検査を実施したが不適合となった。患者Aのクロスマッチ用血液で血型を調べるとA型であった。患者Aの血液型はB型であるため、主治医に連絡し、再度クロスマッチ用血液の提出を依頼しクロスマッチ検査を実施した結果、19時に提出された血液は他の患者の血液であった。	同時に複数の患者の採血をした。検体と患者の照合の確認が不足していた。	・検体と患者の照合についてのマニュアル遵守する。
【製剤取り違い 2件】 類似事例 2件			
3	看護師が患者Aの血液製剤依頼票を持って来たので輸血検査室で預かり血液を払い出した。その後、看護師が必要なのは患者Bの製剤であることに気付いた。患者Aの製剤は輸血検査室に返却されたが、病棟に持っていった後返却されたため製剤は廃棄処分となった。	担当の看護師が取りに行った製剤の患者名を間違えた。看護師は当日複数の輸血者があり、他の看護師から、輸血の受け取りを依頼されて、誤って別の患者の血液製剤依頼票を取り、輸血部に行ってしまった。	・血液製剤を受け取りに行く時は患者名を十分確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
4	ノークロスでB型(+)MAP6単位のオーダーがあり、そのうち4単位を至急で病棟にとりよせた。その際ノークロスであったので交差試験成績書は添付されておらず、同僚看護師と二人でB型(+)の輸血であることを確認し、PDAでも輸血が本人のものであると確認し、投与した。その後、検査室より連絡もなくFAXにて交差試験仮成績書が送付され、残りの2単位はこの交差試験仮成績書で同僚看護師とともにダブルチェックを行い、再度PDAでも確認を行った後投与した。“交差試験仮成績書”には6単位分の血液製造番号が、No.1 ○○-○○○○○, No.2 △△-△△△△-△△△△, No.3 ××-××××-××××と記載されており、No.3はペンで塗りつぶしてあったため、最初に投与した血液はNo.1の血液であったと思い込み、投与し終わった血液の製造番号を確認することなくダブルチェックの欄にサインをした。後日No.1の血液が残っていることがわかり、実際投与した血液はNo.3の血液であったことがわかった。	No.3の血液番号が消されていたので、投与した血液はNo.1の血液だと思い込んだ。払い出しの血液番号が交差試験仮成績書では消されていた。オーダー自体が削除されたわけではないので、手書きで番号が消されていた。	投与した血液バッグの番号を再度確認の後、サイン欄にサインを行う。
【製剤間違い 2件】 他類似事例 3件			
5	貧血のためRCC投与の指示あり、準夜帯で輸血依頼伝票、クロス血採血を検査室に提出した。後に輸血の準備が出来たと連絡あり、輸血製剤取扱い伝票を検査室に提出した。深夜勤務者にI r-RCC-L R投与予定であると申し送った。深夜帯で製剤を受け取るが溶解されたFFPであった。輸血依頼伝票を確認すると、FFPの欄に3と記入しており、輸血製剤取扱い伝票もFFPの欄にチェックがしてあった。医師の指示書にはRCC2単位投与の指示であった。医師に報告しFFPは破棄となり、後日I r-RCC-L R発注を行った。	輸血製剤依頼伝票を記入の際、指示書と合わせての確認を怠った。看護師が転記するルールになっていた。	- マニュアルに沿ったダブルチェックを確実に実施する。 - 輸血製剤取り扱い伝票の記載を誰がするか再検討する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
6	前日状態変化があったため、輸血施行していた（FFP、MAP）。データ上、輸血が必要であり「残っているFFP 2単位施行してください」と指示があった。その指示を勘違いしてMAP 2単位施行だと思い込んでしまい、検査室へオーダー、MAP 2単位受けとり、実施した。輸血確認は、主治医が不在であったため、担当外の外科の医師と確認を行った。実施前も看護師でダブルチェック実施した。MAPを実施したことはリーダーにも報告していた。夕方申し送りの際、リーダーより、「FFPも実施するようになっていた」と聞き、掲示板を再確認したところ、製剤間違いの輸血を行ったことが判った。	すべての指示に関し注意していく必要はあるが、輸血に関しては特に注意を払うが、指示を受ける時点からダブルチェックしていなかった。実施する前にも、再度指示内容の確認を行わなかった。	・実施する前にも、再度指示内容を確認する。
【製剤量間違い 3件】 他類似事例 13件			
7	FFP 4単位指示のものを薬剤部において払い出し時に、2単位2本のところが1単位2本しか払い出しされていなかった。確認をしたところ薬剤師は「これでよい」との返事であった。しかし、実際には指示さてた量より少ない量を投与していた。	血液型や番号は確認したが単位数の確認が不足していた。FFPの規格に変更があり、今回初めての受領であった。薬剤部から払い出されたものに間違いはないという思い込みがあった。薬剤師は血液の担当者ではなかった。血液伝票が新しくなっておらず、規格変更前の様式であった。	・古い受領伝票への記載方法に間違いが起らないように約束事を周知する。 ・規格の変更があった場合は写真等で周知徹底を図る。 ・指差し呼称を徹底する。
8	血液出庫リストには2パックと記載されていたが輸血予定の患者の患者認証（電子カルテ）でOKサインが出たので1パックだと思い施行した。翌日に昨日の輸血を4単位投与であったが2単位施行できていないことがわかった。	確認が不足していた。1パックだけ届いたため1パックのみと思いこんだ。3人の患者が同じ時間帯で血液の指示があり次々に行わなくてはならない状況であった。血液を間違えないよう気をとられていたので出庫リストの払い出し日の日付けの確認が見れてなかった。輸血を投与する患者輸血のベッド位置に何の製剤が投与されているかわかるようにファイルと伝票をおくことになっていたが、当日は別のところにあり抜針時にも抜針を行う者にわからないところに置いてあった。急遽他の業務に入ることになり、残務整理に追われており引継ぎが十分でなかった。	・伝票と電子カルテと2つの管理の中でもう一度確認する。 ・電子カルテの中にオーダーした分の2つの項目ロット番号が反映しそこから認証できるか、当日の他の依頼分がわかりやすい画面を検討する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
9	手術室からの依頼はR C C - L R 10単位と血小板20単位だったが間違えてF F P 10単位血液センターへ発注し取り寄せた。すべて出庫したあと看護師から指摘を受け、手術室からのF A Xを確認したところ間違いに気付いた。その後血小板を20単位発注したが血液センターには10単位しかなくそれを1時間後に届けてもらった。F F P 20単位は後日使用された。	手術中大量出血ということもあり慌てていた。オーダーのF A X用紙を確認しなかった。O P室からのF A X用紙が見にくいものであった。1回目のオーダーがR C C - L R とF F Pだったため2回目も電話依頼でそう思い込みF A Xもよく確認しないまま血液センターに発注した。	• F A Xの運用、様式について手術室と検査室間で検討する。 • 当直時は一人体制であるため緊急時は応援を依頼する。
【速度 3件】 他類似事例 23件			
10	手術当日の患者。自己血2パック目が80mL/hで返血中であった。深夜初回ラウンド時、患者の腕が伸展されていること、フラッシュにして落ちることを確認し2秒1滴に滴下を合わせ直した。本来なら4時半に終了予定であったが1時45分のラウンドで輸血終了しており、約200mL/hで滴下した。	準夜帯から申し送りを受け、滴下数だけを計算し、輸血終了時刻を予測していなかった。ラウンド毎に滴下数だけを確認し、残量の確認を行っていなかった。腕が伸展されていること、フラッシュにして落ちが良いことのみを確認し、腕の他の角度での落ち具合はどうか確認していなかった。	• 自己血パックに何時で終わる予定か記載する。 • ラウンド毎に残量と終了時刻を照らし合わせ、指示通りに滴下されているか確認する。 • 早かったり遅かったりする場合は滴下速度の調整をする。 • 腕が伸展されているからといって、その状態が一番落ちるとは限らないため、腕の角度を変えてみてフラッシュで一番落ちる場所で合わせる。
11	本来M A P 2単位を4時間で施行しなければならなかった。医師の指示により、先輩看護師から口頭で指示を受けたが自分は2時間2単位で投与すると聞き復唱したつもりがきちんと伝わっていなかった。その後、15分毎に滴下とバイタルサインを確認したが変化がなかった。結局、2単位を4時間で投与しなければならなかったところを1時間で投与した。	指示を受けるときは口頭だけでなく、視覚的（紙）での指示受けが必要なM A Pを1時間1単位で投与することが早いことに疑問を持っていなかった。	• 指示の確認を行うときは5Rを互いに確認するようにする。 • 口頭だけでなく視覚的にも必ず確認するようにする。 • 患者の状態からして指示内容が適していないのではないかとアセスメントできるように努める。
12	M A P 2単位ずつを輸血するよう口頭指示あり、看護師は処置板に記載した。翌日受持ち看護師は、M A P 200mL、1単位を検査技師と確認し、出庫して医師とも確認していたが、2単位1パックと勘違いし、M A P 200mL、1単位で終了してしまった。翌日、当事者が気付き医師に報告した。	M A Pは1単位1パックと、2単位1パックの2種類がある。輸血の指示が口頭で、指示書等に記載がなかった。M A Pは2単位のものを使用することが多かったため、このM A Pも2単位であると思い込んでしまった。	• 輸血施行時は、必ず指示書等により指示出し、指示受けを行う。 • 輸血マニュアル（指示受けから実施まで）を見直す。 • 温度表に、ロット番号のシールを貼付し、単位数を記入し、最終的に確認する。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【保存・保管 4件】 他類似事例 22件			
13	生食ボトルより針を抜き、P Cパックの口に差し込む際にP Cパックをワゴンの上で平らに置かず、輸液スタンドにかけたまま（口を下にしたまま）針を差し込み出口部より液漏れした。出口部が不潔になったため、P Cは使用不可能で輸血室に返却あらたにP Cを発注した。P Cパック自体の破れなど破損は見当たらなかった。至急の発注であったため、15単位がなく20単位が届き輸血実施した。	輸血バッグは平らにして輸血セットを接続することになっていたが、スタンドで接続する方法が正しいと思っていた。輸血情報に注意事項として記載があったが、見ていなかった。	・新しいことや初めて経験することでない手順やマニュアルなどを確認せずに動いている事がある。 ・日頃、行っている業務でももう一度手順を見直す。
14	定期便であがってきた照射濃厚血小板を日勤者が受け取り、冷蔵庫に保管したことをその日のリーダーから報告された。照射濃厚血小板があがってくることは分かっていたが、その保存方法についての知識が不足していた。先に届いていた照射赤血球濃厚液の輸血を実施してから血小板輸血を実施しようと思い、冷蔵庫保存のまま2時間程度放置した。2時間後、輸血室から連絡があり、血小板が未使用であることを指摘され保存方法に誤りがあることに気付いた。	輸血の取り扱いに慣れていなかった。取り扱い知識が不足していた。	・輸血について学習する。 ・輸血予定がある場合は、輸血が配達される前に輸血マニュアルを読む。 ・輸血を正しく取り扱ったことがない時は、リーダーなど他者と一緒に輸血マニュアルを確認して実施する。
15	医師が確認した輸血を翌日使用するため返却に行こうとした際、廊下に居合わせた看護師に輸血が入った輸血移送バックの返品を依頼した。依頼時に中に輸血が入っていることを伝えなかった為に、受け取った看護師は輸血が中に入っていることに気付かず、輸血部にバックを返品した。輸血部でバックの中身を確認するまで、輸血が放置された。	輸血バックの依頼した時に、中に入っていることを伝えなかった。依頼方法に問題があった。受け取った看護師も、確認をしないままバックを受け取った。輸血部にバックを返品時に、バックの中を見なかった。輸血バック返品時のルールが、特別無かった。	・輸血部に輸血移送バックを返品する際は、輸血部でバックのファスナーを開け確認する。 ・バックのファスナーは、開けて返品する。 ・依頼する際、受け取る際はお互いに良く確認する。
16	RCC 2単位が検査室より届いたが、直ぐに施行できず1時間常温に置いた。先輩看護師から直ぐに輸血しない場合は、保冷庫に保存しておくことを言われたのでそのようにしたが、保管管理が適切でなかったため廃棄となった。	検査室から届いたら30分以内に施行という理解がなかった。15分間フックに掛け、血液バックに凝塊がないことを確認してから実施していたが、看護師は長時間常温にしなければ良いと思っていた。	・RCCの保管温度は2～6℃であり、病棟に届いたら速やかに実施することを周知する。 ・実施できない場合は常温ではなく冷蔵庫に保存する。 ・輸血マニュアルに温度管理が不十分な状態では各成分は機能低下を来しやすいこと、15分ではなく速やかに使用するようにした。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【手技・手順 4件】 他類似事例 33件			
17	緊急手術時、大量の輸血が必要となり複数回に分けて輸血依頼のオーダーが出された。その結果、追加オーダーした輸血が、注文されていなかった。さらに、検査技師が発注していない輸血を受付処理（血液センターから製剤が届き実施）していた。看護師が手術後の処理を行った際に気付いた。	緊急を要する状況の中で、業務手順の遵守ができていなかった。輸血指示が複数回出され、看護師も輸血指示に対する確認が不十分であった。検査技師もオーダー番号の確認ミスがあった。オーダーした医師も、輸血伝票を発行する看護師もどれが実施できて、追加をどれだけ頼んだか十分把握していなかった。また、看護師も現場から手が離せない状況であった。	・緊急時でも確実に指示が伝達できるような体制（システム、人員配置を含む）。
18	F F Pを融解する際に、水道の流水のもとで溶かそうと思った。温度計は、使用していない。患者に使用する段階で、F F Pを取り出すとお湯が熱く、F F Pが破損した。	F F Pの取扱に関する意識が不足していた。専用の容器と温度計がなかった。	・各部署に、F F P融解専用の容器と温度計を設置した。 ・容器に「37℃で融解」と明記した。 ・血液センターから講師を招いて研修会を2回に分けて実施した。 ・各部署でマニュアルに沿ってOJTを実施した。
19	当院では輸血用血液製剤は全て未照射の製剤を発注し、当院内において放射線照射を施行している。今回の事例は製剤がH L A 適合血小板であり、既に照射済の製剤が供給されていたが、照射済の表示を見落とした為、誤って再度照射をした。照射終了後の製剤に照射済シールを添付する際、日赤照射済ラベルが既に添付されている事に気づき、過剰照射が判明した。放射線照射量は日赤で15Gy、当院において15Gyの合計30Gyであったが、厚生労働省の「輸血療法の実施に関する指針」で照射線量は「最低限15Gy（50Gyを超えない）」とされている為、製剤自体には問題なく、患者への影響もないと考えられた。	通常血小板製剤は未照射で供給されるため、今回の血小板製剤も未照射であると思い込み、製剤ラベルの照射の標記を確認せず、照射担当者に製剤を渡した。照射担当者は製剤の放射線照射前に照射済み製剤でないかを再度確認をする手順であったが、ラベルの確認を怠り照射を実施した。	・インシデントの部署全員への周知と確認を行った。 ・作業を徹底し、このような製剤が有効な輸血製剤として機能していたかどうかを、患者症状（出血症状など）の変化や血球数の推移などで主治医に確認し、輸血細胞療法部にフィードバックする。
20	患者に、輸血を実施しようと思ったが、輸血が冷たいと感じ温めるため湯につけた。他の看護師より指摘され間違いに気付く。（お湯の温度は不明。当該看護師の主観にて温める）。すぐに検査室に連絡し、血液センターへ問い合わせの上、使用可能という判断により主治医と相談の上、実施した。	当該看護師は、F F Pと勘違いしてしまった。新人の知識不足による輸血製剤取り扱いに関する思い込み行動をした。新人の経験不足であった。新人指導における教育体制に不備があった。	・輸血製剤の教育を行う。 ・新人指導の教育体制を見直す。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
【結果入力 1件】 他類似事例 1件			
21	O型陽性患者の交差適合試験をO型陽性の輸血パックで実施し報告する際、血液型確認試験の結果記入欄を「O型陽性」であるのにも関わらず、「A型陽性」にチェックをし報告した。	以前に何度か輸血をしている患者であったが、「A型陽性」と思い込み、O型陽性の患者をA型陽性で報告した。	・検査結果を記入する際は、検査結果と照らし合わせてから記入し報告をする。 ・交差適合試験に関してはダブルチェックを実施していなかった為、ダブルチェックをしてから結果報告するよう改善する。
【結果判定 1件】 他類似事例 2件			
22	ヘモグロビン低値の患者の血型オーダーが出た。外注の指示であったが、輸血の可能性があるため院内で検査を行った。結果がRh-の結果を得た。再検査は同一人物が行い再度Rh-の結果だった。確認のため、同一検体を外注に提出した。翌日、輸血の指示が出たため、A型Rh-の血液を発注し、血液が届いたときに外注先からA型Rh+の報告が届き、血液センターの人に修正を依頼し、A型Rh+の血液を受け取り、クロスマッチを実施した。血液型の不一致があったので前日の検体のうち一部検査室に残っていた血液で再度Rhの検査を行ったところ、Rh+の結果を得た。患者に異型輸血する事はなかった。	血型検査時は、判定とシステム入力に監視し、複数で確認を行い判定カードも保管していた。Rh-が出たときは再検査方法についての手順がなく、担当者により様々になっていた。今回は、試薬の劣化ではなく、間違っって同じようなボトルの別の試薬を加えた可能性が考えられた。	・Rh+が出た場合は、別の技士が再度検査を行うなど詳細に手順を見直し、誤判定しないようにする。
【その他 8件】 他類似事例 70件			
23	血液製剤を照射するラベルに照射した日付を記入することになっているが、21日と記入すべきところ22日と記入した。投与日は21日であったため、患者家族がラベルの日付違いに気付いた。	検査技師が、血液製剤出庫時にラベル確認を行うが、照射の有無しか確認せず、照射日付を確認する事を行っていなかった。	・血液製剤出庫時、照射の有無だけでなく、日付確認を行うこととした。
24	外来処置室にて外来看護師が濃厚赤血球を輸血する際、本来輸血セットを使用するところ、輸液ポンプ用の点滴セットを血液バッグに接続した。患者に投与する際に間違いに気付き投与には至らなかった。	輸血セットと輸液セットのビニール包装の文字部分の色調が類似していた（あずき色と茶色）。その他の物品は置き場所を定める表示があったが、今回の輸液セットの置き場所を定める表示はなかったため、委託のSPD配送係員が外来処置室の輸血セットの配置場所に輸液セットを置いてしまい看護師が取り間違えた。	・保管棚に置き場所を定める表示を行う。 ・輸血セットと輸液セットは別の棚（場所）に保管し、場所を離す。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
25	患者は骨髄移植後であり、R C C 投与時はB型を、P C ・ F F P 投与時はA B 型の血型となる状態だった。当日R C C 輸血のオーダーが入り、輸血部から交付されたR C C 確認時に、A B 型のものが届いているのを発見した。患者氏名は正しく、医師の輸血オーダーもB型となっていた。	輸血部に連絡して、間違いであったことを伝えられ、B型のR C C を再交付してもらった。	・ 確認を徹底する。
26	悪性リンパ腫で自家末梢血幹細胞移植を施行した。その後他院で臍帯血移植を2回施行した。今回した血小板輸血が行われた際に、もともとのレシピエントのB型が2回目の移植ドナーのA型に変化していたことに気がつかず、B型の血小板を輸血した。幸い抗活性が低いため、反応は見られなかった。	移植による血液型の変化に対する情報伝達の不徹底であった。	・ 移植後患者の輸血に対して情報伝達を徹底する。
27	「預血していた血液4単位を返却して、新たに4単位オーダーした。採血はいらない」と伝達された。その後検査室から電話を受けた同僚から「預血ですが血液ができました」と報告を受けたが、「輸血の準備ができた」と受け取った。その際に復唱はしなかった。主治医からは直接輸血の指示は受けていなかった。輸血は実施するものと認識していたため、自ら輸血検査室にR C C を取りに行き、新人看護師とダブルチェックを行い、患者の元に行った。患者への投与前に患者から輸血が必要なか確認された為、週間予定の輸血欄を確認しに詰所に戻り電子カルテを確認した。「赤血球製剤輸血 預血 4単位」と記載されており、「赤血球」「輸血」「○血」「4単位」の文字が目に入り、慎重に確認しないまま、輸血をいくと判断した（実際には「預血」と記載されていた）。18時すぎに来棟された主治医から指摘され、輸血する必要のない血液を輸血してしまったことが判明した。	直接輸血指示を受けていないまま投与しており、医師の輸血指示（種類・単位数・投与時間など）の確認を怠っていた。口頭での伝達においては、復唱するという原則を怠った。輸血投与に関する一連の流れ、確認事項がマニュアルの内容から逸脱しており、熟知されていなかった。新人看護師をダブルチェックの相手に選んでおり、事故発生リスクに関する意識付けが甘かった。新人看護師の指導を行い、午前中に行う予定であった業務が予定通り進まず気持ちに焦りがあった。準夜勤務者に仕事を残してはいけない、はやく開始せねばならないという同僚（準夜勤務者）への配慮が強く働き、焦りを助長していた。「預血」「輸血」は韻、文字数ともに類似している。	・ 医師の輸血指示確認の具体的行動について振り返る。 ・ 輸血マニュアル、介助法などマニュアルに立ち返る。 ・ 普段から医師指示を復唱すること、状況によっては直接指示を確認し直すことを意識して行動する。 ・ 患者優先の安全を第一に考えた行動を心がける。 ・ 「預血」という用語を「保存血」など視覚的、聴覚的にも区別しやすい用語に変更する。 ・ 患者の状況をアセスメントし、なぜその処置、治療が必要なのかを意識して行動するように心がける。

No.	具体的内容	背景・要因	改善策
28	検査部に輸血依頼伝票が提出されると担当者がパソコン入力し、ID番号で血液型が出るようになっていた。血液センターに血小板製剤の予約をする際、輸血依頼伝票を見ながら血液発注表に記入した。O型(+)と記入するところ間違えてA型(+)と記入しFAXしてしまった。同日、血液を発注する患者が3名いた。FAXする際に、患者の氏名は、個人情報保護の観点から、イニシャルで記入している。血小板の輸血当日、血液センターから納入され受領欄にサインをしてからパソコン入力した情報と確認する際、血液型を間違えて発注したことに気付いた。血液センターに事情を説明し発注した。	発注伝票が手書きであった。患者氏名は、イニシャルで記入されていた。一連の業務は、一人で行われていた。同時に発注する患者が3名いた。	- 血液センターへFAXを送るときに、輸血依頼伝票、輸血発注伝票、パソコンから出力した血液型を記入した用紙をそろえておき、発注内容をダブルチェックで確認する。 - 発注伝票を血液型確認の画面から直接プリントアウトできるようにする。(手書きを廃止する。) - 患者氏名はイニシャルではなく、フルネームで記入する。
29	不規則抗体陽性(抗E抗体)患者の手術中、血液予約のオーダーがあった。血液請求伝票を持って依頼にいったが、不規則抗体陽性の場合の別の伝票が必要と言われた。伝票について、各部署へ問い合わせ、伝票(抗原陰性血液供給依頼書)を取り寄せるのに時間を要した。その過程で、薬局より抗e抗体についての問い合わせがあり、検査室に確認するなど混乱した。看護師に知らされていないシステムであり、看護師が仲介せず、検査室と薬局との連携のみで対応される仕組みの方が、混乱を防げると考えられた。	不規則抗体陽性患者に輸血をする場合の血液請求依頼「抗原陰性血液供給依頼書」について、看護師にはシステムがおりていなかった。	- 看護師が介入することで、輸血の準備のプロセスで混乱と時間の無駄が生じている。 - 看護師の介入は最小限とし、検査室と薬局との連携によるスムーズな血液請求できるシステム作りが必要と考える。 - 輸血マニュアル変更する。
30	○/7に「当日MAP2単位」施行した。翌日の手術前にもMAP2単位施行し手術室にも2単位持参する指示が出ていたが、口頭で指示を聞いたため、「翌日2単位施行し手術室にも2単位持参する」と認識してしまった。カルテにも指示の記載があったが、患者を搬送中に指示に気付き、その道中に「MAPは明日施行する」と思い込んだ。カルテはそのまま外来に回り、時間外に返ってきた。準夜勤者が○/7のMAPが施行できていないことに気付いた。	思い込みがあった。口頭で指示を受ける際のルール違反があった。	- 口頭指示受けメモの活用と手順の遵守する。 - 口頭指示は専用紙に記入し医師と復唱確認を行って指示受けサインをする。 - 医師は速やかに診療録に指示を記入し、記入確認がなされてから専用紙を破棄する。