

インシデント事例 H27輸血アンケートより

1	分類	事例要約	A氏のバーコードラベルにB氏を採血し提出。
		発生の原因	A氏の交差試験用バーコードラベルがバーコードプリンターに印刷されたまま放置。次にB氏のバーコードラベルを印刷し採血者が全部のラベルの氏名を確認せずに採血した。
	1	過誤に至らなかった要因	交差試験時、患者血液型で異型を確認、A氏とB氏の血液型が異なっていたことから判明した。
		対策	システムの運用で回避することが不可能なので、いまのところは採血時バーコードラベルの名前を確認することとしている。
2	分類	事例要約	ICUでFFPを解凍する時に患者認証してしまい、実際の輸血開始時に認証できなかった。
		発生の原因	認証作業の理解不足。
	8	過誤に至らなかった要因	輸血時に認証できないところで立ち止まって原因を追究したため。
		対策	4ページ程度の輸血実施手順(簡易版)を作成し、全病棟ナースステーションの点滴スタンドにかけておくようにした。
3	分類	事例要約	ICUでRBCをFFPの冷凍庫で保管した。
		発生の原因	製剤保管の知識不足。
	8	過誤に至らなかった要因	他のスタッフが気がついたため。
		対策	ICU単独で製剤取扱の勉強会を開いた。また、RBC用冷蔵庫、FFP用冷凍庫に製剤の写真を貼って、視覚的にわかるようにした。
4	分類	事例要約	別の患者ラベルを貼った自己血400mLバッグが検査室に届いた。
		発生の原因	採血後に看護師Aが患者1に「患者2さんですね？」と別患者の名前で尋ね、「はい」と返事があったため患者1のバッグに患者2のラベルを貼った。
	7	過誤に至らなかった要因	看護師Bが患者2を採血後、患者2のラベルが無いことに気付いた。(検査室では自己血搬入後に血型確認することになっている。この時点では未確認だった。患者1はA型、患者2はO型なので血型検査でも判明したと思われる)
		対策	①ベッドと基本票(受付票)の色を一緒にした。②ラベルに患者さんのサインをしてもらったら、すぐに貼って機械にセットする。③ネームバンドをつけてもらう。
5	分類	事例要約	血液型のオモテ試験担当者の血液型用紙への誤記入とシステム誤入力。
		発生の原因	オモテ担当者の記入・入力時の検体取り違えで、名前の確認が不十分だった。
	3	過誤に至らなかった要因	ウラ試験の担当者がオモテとの不一致で2回検査したところ、2回とも不一致でオモテ試験の誤入力であることが判明した。
		対策	検体と用紙の名前の確認を徹底する。

分類①：患者検体の取り違え 分類②：血液型判定ミス 分類③：検査室内での血液型転記ミス
 分類④：病棟等での血液型転記ミス 分類⑤：カルテの血液型確認ミス 分類⑥：バッグの取り違え
 分類⑦：患者の取り違え分類 ⑧：その他

インシデント事例 H27輸血アンケートより

6	1	分類	事例要約	以前輸血したことのあるO型患者にRBCオーダーが入った。クロスマッチ用検体で血液型を確認したところ、B型であったため、患者の取り違えが判明した。名前も年齢も似たような患者からの取り違えであった。
		発生の原因	採血しづらい患者だったため採血の応援を呼んだが、呼ばれた人も患者確認を行わず、思い込みで採血してしまった。二重でチェックする機会があったがどちらも機能せず、すり抜けてしまった。	
		過誤に至らなかった要因	輸血部門システムにすでに登録されていた血液型とクロスマッチ用に採血した検体の血液型が異なっていたため。	
		対策	①採血前にラベルを確認する。②患者様に名前を名乗ってもらう。③さらにPDAで確認する。	
7	8	分類	事例要約	輸血セットを使わず輸液セットを使用してRBC輸血した。
		発生の原因	主治医がフィルターなしでと看護師に指示した。担当看護師はカリウム除去フィルターと輸血フィルターは同一のものと考えていたため、輸液セットで使用した。知識不足とコミュニケーションエラーによるもので、フィルターのダブルチェックは行っていなかった。	
		過誤に至らなかった要因	他の看護師が途中で気づき、すぐに輸血中止とした。	
		対策	知識不足を補うため輸血学習会に積極的に参加する。輸血の準備時に使用する物品のダブルチェックを行う。紛らわしい言葉は避け、実物を示しながら理由をともに伝えるなど。	
8	1	分類	事例要約	T&S用の検体で取り違え。
		発生の原因	採血前の認識不足。	
		過誤に至らなかった要因	輸血システムに登録してあった血液型と異なった結果であったため、病棟に連絡し、再採血してもらい、再検査を実施した。	
		対策	採血前のチェック体制の強化(患者確認は2つ以上のもの、例えばIDと氏名などで必ず実施する)。	
9	8	分類	事例要約	輸血同意書がない(期限切れ)ことに気付かず輸血した。
		発生の原因	予定していた日にちが延長となったが同意書の期限が切れることに気付かなかった。	
		過誤に至らなかった要因	輸血行為自体には過誤がないため。	
		対策	手順を遵守する。	
10	8	分類	事例要約	輸血時のリストバンドの付け忘れ。
		発生の原因	不明。	
		過誤に至らなかった要因	輸血チェックリストに沿って確認した。	
		対策	手順を遵守する。	

分類①：患者検体の取り違え

分類②：血液型判定ミス

分類③：検査室内での血液型転記ミス

分類④：病棟等での血液型転記ミス

分類⑤：カルテの血液型確認ミス

分類⑥：バッグの取り違え

分類⑦：患者の取り違え分類

⑧：その他

インシデント事例 H27輸血アンケートより

11	8	分類	事例要約	PC輸血の際、輸血ルートを準備してしまった。
		発生の原因	不明。	
		過誤に至らなかった要因	準備時にダブルチェックした。	
		対策	準備したルートをダブルチェックで確認する。	
12	1	分類	事例要約	血液型を試験管法にて実施。2検体同時に検査し、遠心機から取り出すときに置く場所を間違えた。
		発生の原因	2検体同時に検査した。	
		過誤に至らなかった要因	同一検体の再検査時に血液型間違いに気づいて訂正した。	
		対策	1検体ずつ検査する。色をかえて試験管に書くようにする。	

分類①：患者検体の取り違え 分類②：血液型判定ミス 分類③：検査室内での血液型転記ミス
 分類④：病棟等での血液型転記ミス 分類⑤：カルテの血液型確認ミス 分類⑥：バッグの取り違え
 分類⑦：患者の取り違え分類 ⑧：その他