



ご利用にあたって

- 「安全情報」は医療・福祉関係の方に向けて発信したものです。一般の方に向けた内容ではございませんのでご注意ください。
- 内容は、いずれも発行日時点のものです。常に最新の情報をご確認ください。



安全な輸血実施にむけて

■下記のような確認ミスによる患者誤認輸血事例が起きています。

事例① 採血時に血液型検査およびクロスマッチ用血液を同時に採血していた。2件同時に緊急輸血する患者様が同室にいたため、看護師が2名つづけて採血を行った。それぞれ患者氏名をあとから採血したスピッツに記載した。このとき、血液型検体及びクロスマッチ検体一組を患者誤認して氏名を記載した。
2名の患者血液型を入れ違いになったまま気づかずに輸血施行した。

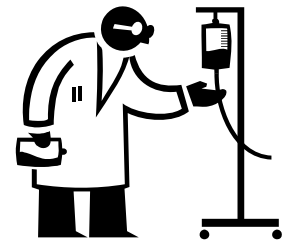
事例② 同一病棟に2名の輸血を実施する患者様がいた。担当看護師は当日輸血を行うのは、自分の受け持ち患者だけだと誤認していた。病棟の保管庫に他患の輸血パックがあったのを他Nsとダブルチェックしたが、患者氏名の確認ミスで誤認したまま輸血施行した。

事例①は、異型輸血、患者様に一過性の症状はありましたが、大事には至りませんでした。
事例②は、同一血液型でした。

■上記2事例からの教訓と改善策

「輸血は最小単位の臓器移植」といわれていますが、全国で病院を指導する保健所・自治体、および病院によりダブルチェックの内容は違っており、ダブルチェックに医師が関与するとは統一されていません。しかし東京都では、東京都福祉保険局により厳格に指導されており、滴下実施まで医師が関わるように指導がされています。

事例①では、採血時に血液型とクロスマッチ用採血を同時に行っていました。この事例を契機に血液型とクロスマッチ採血は別の機会に実施すると改めました。また、スピッツに患者氏名を記載するのは、採血したあとから記載することがありました。これもこの事例を契機に検体氏名誤認防止のため事前に患者氏名を記載したラベルを貼って採血することに改め、複数の輸血患者に対して、同時に輸血の準備をしないことにしました。



事例②では病棟で輸血パックを病棟で再保管することの必要性について検討が必要です。輸血製剤は必要な使用分だけをそのつど払い出すようにすればこの輸血製剤誤認は避けられます。業務の利便性と安全性は相反することがありますが、安全対策上の判断が求められます。

また、輸血パックの裏側に患者氏名が記載されていましたが、担当したNsとダブルチェックしたNsは確認していませんでした。患者氏名のダブルチェックがきちんと行われていれば、防げた事例です。このことは①を含めて、すべての「確認」作業において共通しています。



何を確認しているのか、「確認」による安全対策が形骸化しないよう
一人ひとりの職員に求められる課題です。