

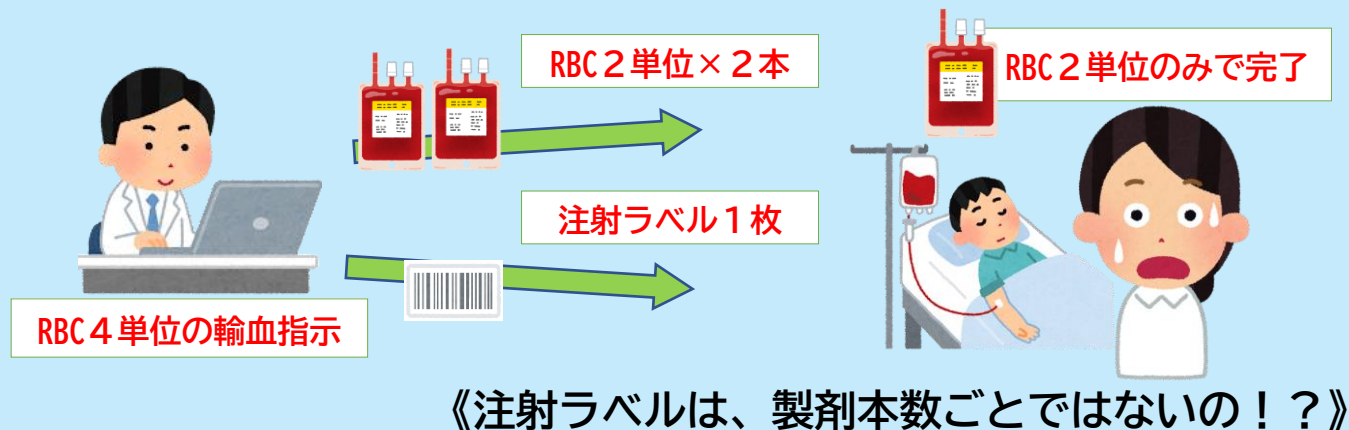
システム不備とスタッフの認識不足により 過少輸血となった事例

【今回の事例】

RBC 4 単位分の輸血を行うため、医師から、輸血管理部門には「輸血オーダー」が、病棟には「注射オーダー」がそれぞれ入力されました。医師の指示を受けて、輸血管理部門からは1本目のRBC 2単位が病棟に払い出されましたが、病棟で発行された「注射オーダー」のラベルがRBC 4単位分の1枚のみであったため、① RBC 1本につき1枚の注射ラベルが出力されるとの誤認に加え、②輸血する製剤の規格の把握が不十分だった担当看護師は、RBC 1本で輸血が完了すると思い込み、2本目のRBC 2単位の輸血をすることなく治療が実施されました。

その後、輸血部門の冷蔵庫に未使用のRBC 2単位が残っていることが発覚し、**過小輸血になったとしてインシデント報告**が上がりました。

*治療後にRBC 2単位が輸血され、患者に特段の影響は認められませんでした。



【事例から考えるポイント】

- ・定期的にオーダーリングシステムを含めた運用手順を見直しましょう。
- ・血液製剤の表示と規格を正しく把握しましょう。

輸血療法部会では、輸血関連インシデント事例を解析、発信し、安全な輸血療法の発展に貢献します

長野県献血推進協議会 輸血療法部会

事務局 薬事管理課

026・235・7159

長野県赤十字血液センター 026・214・8194

Mail:yuketsu-ryouhou@kts.bbc.jrc.or.jp

当部会のホームページ：<https://www.pref.nagano.lg.jp/yakuji/kenko/iryo/iyakuhin/yuketsuryouhou.html>