

# 緊急手術の際に赤血球製剤を払い出したが使用せず廃棄となった事例

## 【今回の事例】

緊急手術に対し麻酔科の医師よりRBC2単位が依頼された。院内の在庫がないため緊急走行で製剤を取り寄せた。依頼された検査科は、クロスマッチを実施し準備できた事を手術室に伝えた。手術室の看護師より届けてほしいと言われ手術室に届けたが、**手術中、帰室、翌日も使用がなく検査科に返却され廃棄となりインシデントとして報告**がありました。麻酔科医師はすぐに使用できるように手術室に待機しておいてほしかったが、検査科及び手術室看護師は直ぐに使用したいと認識しました。麻酔科医は外部医師であり、手術室に専用冷蔵庫がないことを含め、院内のルールを把握していませんでした。

\*（後に<輸血の運用について>のポスターを作成し、手術の目につきやすい場所に掲示しました。その後、同様のインシデントはありません。）

### 緊急輸血

Hb低いからRBC2単位用意してください

RBC2単位お届けにきました！

使用しませんでした・・・



## 【事例から考えるポイント】

- ・ 口頭指示のみでは危険 コミュニケーションエラーにつながる  
→口頭指示だけに頼らない、確実な指示システムが必要
- ・ 院内のルールを把握していない外部医師が麻酔を担当していた  
→外部医師と輸血システムや手順を共有する必要がある
- ・ 院内ルールを簡便に把握できる体制がない  
→ひと目でわかるポスターの掲示

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・7157

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>