

# 輸血の準備直前に輸血バッグの 間違いに気づいた事例

## 【今回の事例】

看護師Aは手術後の患者Xに輸血をするため、検査室から2名分の輸血バッグを受け取り、主治医とダブルチェックをした。その後、患者Xの術後ケアのために作業を一時中断した。

看護師Bは看護師Aの様子を見て自分が輸血を準備してくると告げた。

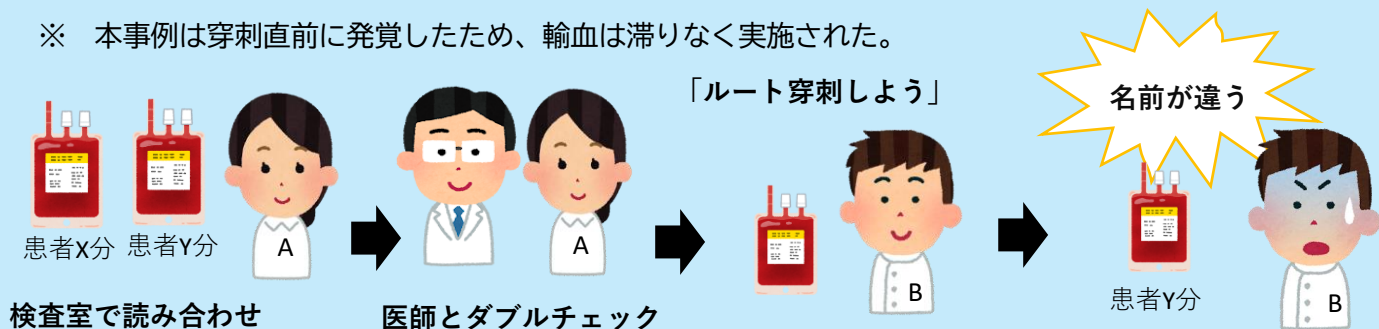
看護師Aは輸血の確認は済んでいると看護師Bに伝えた。

看護師Bは輸血バッグにルートを穿刺しようとした時に、

**輸血バッグに記載されている氏名が輸血をする患者Xと違うことに気が付いた。**

この時、血液製剤は患者氏名が見えない状態で置かれており、かつ看護師Bは1名分の輸血しかないと認識していた。

※ 本事例は穿刺直前に発覚したため、輸血は滞りなく実施された。



## 【事例から考えるポイント】

- 輸血の確認～実施の一連の流れは中断なくおこないましょう。
- 血液製剤は患者の氏名が見える状態で保管しましよう。
- 担当スタッフが輸血の準備に専念できるように声を掛け合いましょう。
- 輸血する患者の情報を共有しましよう。

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・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/iryoyiyakuhin/yuketsuryouhou.html>