

# 医師からの実施指示の確認不足 によるRBC過剰輸血の事例

## 【今回の事例】

病棟で出血した患者に対して、**4単位のRBCが依頼**されました。検査科では依頼指示書に従い血液製剤を準備し、病棟へ全ての製剤を払い出し、病棟では受領した**4単位全ての製剤を輸血**しました。しかし、依頼医は**4単位のRBCうち2単位を投与、残りの2単位は確保分**と考えており、輸血後の血算結果より、残りの輸血要否を判断する予定でいました。血算結果より、2単位の輸血で十分と判断されましたが、検査技師および看護師が医師の実施指示に気付いていなかったため、**RBCの過剰輸血が起きていました。**

\*患者において過剰輸血に伴う有害事象は生じなかった。

### 依頼指示

出血してたし、取り急ぎ**4単位のRBCを確保**しておくかな。

### 製剤準備→払い出し

**4単位のRBCが準備**できました。

### 実施指示

**2単位だけ輸血**して、残りは血算をみてから決めるかな。

### 過剰輸血

えっ！血算結果で判断だったの！？

《依頼指示？ 実施指示？ お互いに確認を取らないと…》

## 【事例から考えるポイント】

指示を出す側（医師）と受ける側（検査技師や看護師）で適切な情報共有を図るための周知方法や確認手順を定めましょう！

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・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>