

令和7年度多職種合同カンファレンス グループディスカッションまとめ

2024年に実施された「輸血実施時の認証に関するアンケート調査」により、県内の輸血実施医療機関において、輸血認証に関連する多くの課題が明らかとなりました。輸血認証は、安全な輸血を実施するうえで不可欠なプロセスであり、全施設における認証手順の標準化が推奨されます。

令和7年9月27日に開催された「多職種合同カンファレンス "輸血に関する医療安全と教育"」では、輸血認証時の問題点についてのディスカッションが行われました。そこで議論された内容のまとめを下記に記載いたします。

問題点の洗い出し

① システム・環境要因

- 認証端末（PDA・電子カルテ）の不足、バッテリー切れ、Wi-Fi環境の不備
- バーコードの読み取り不良、ラベル貼付ミス
- 認証システムの操作ミス（番号入力間違いによる誤登録、確認終了ボタンの押し忘れなど）
- 認証システムが複雑で、操作に時間がかかる
- 認証端末がベッドサイドまで持ち込めない環境
- 認証システムが未整備の施設がある（例：PDA未導入）
- 多数のバーコードの存在
- システム運用範囲が広い
- 頻回アラートへの慣れによる危機意識の低下
- 小児輸血時の分割製剤の手順が複雑

② 人的要因

- 業務多忙（マンパワー不足）による認証省略・後回し
- 認証の意味・重要性の理解不足（「記録の代わり」と誤認）
- マニュアル未読・手順の理解不足（ダブルチェックの手順等）
- 認証後の記録漏れ
- 輸血終了時の認証漏れ
- 認知症患者など本人確認が困難なケース
- ダブルチェックが医師に依存しすぎている（医師が多忙で実施できない）
- 認証作業が「作業化」しており、目的意識が薄れている
- 夜間・休日の対応体制が不十分
- 患者思い込み

- 部署間の患者移動時の思い込み
 - 輸血の指示を拾うタイミングが遅く、医師の意図したタイミングと輸血のタイミングがずれる
-

③ 組織・文化要因

- マニュアルが職種・部署ごとに分かれており統一されていない
 - 認証ルールが部署ごとに異なる（ローカルルールの存在）
 - 教育体制が新入職者のみで、継続的な研修が不足
 - 他職種との連携不足（コミュニケーションの希薄さ）
 - 認証率の可視化・報告が行われていない施設もある
 - 成功事例の共有が不足している
 - 血液型検体とクロスマッチ検体を同時採血してしまう
 - 患者検体の取り違い
 - 電話など口頭でのやりとりによる齟齬
 - 複数種類の製剤の同時搬出
-

④ 特殊要因

- 小児輸血時の分割製剤の取り違えリスク
 - 小児手術時の患者入出前的人工心肺プライミング時
 - 大量輸血時の認証混乱（どこまで確認したか不明）
 - 移植患者（腎・肝など）での血液型変更に伴う認証の複雑化
 - 認知症・意思疎通困難な患者への対応
 - ベッドサイドでのリストバンド汚損・交換ミスによる誤認証
 - 緊急時（心肺停止など）で認証の余裕がない
 - 協力的ではない患者
-

改善案

① システム・環境要因改善案

- ・ 認証端末の増設・バッテリー強化、Wi-Fi 環境の整備
 - ・ 認証システムの簡素化・操作性向上・正確な情報の入力
 - ・ バーコード読み取り補助ツールの導入
 - ・ 紙伝票による代替認証方法の整備（システムエラー時）
 - ・ 確認終了ボタン押し忘れ時にアラートが表示されるようにする
 - ・ 分割製剤の認証システムの簡略化を検討
 - ・ 認証エラーに対する対応方法を周知
-

② 人的要因改善案

- ・ 複数名によるダブルチェックを徹底する
 - ・ ダブルチェック体制の柔軟化（看護師 2 名でも可）
 - ・ 認証作業の目的意識を高める教育
 - ・ 統一マニュアルの遵守
 - ・ 認証済みのバッグには印をつける
 - ・ ノンクロス、大量輸血時の製剤の確保
 - ・ 一つ一つ確実に指さし確認を行う
 - ・ 確実なリストバンドの装着
-

③ 組織・文化要因改善案

- ・ ガイドラインに沿った統一マニュアルの作成と定期見直し教育
- ・ 図や写真を用いたマニュアルの作成と取り出し方の周知
- ・ 部署ごとの認証率の定期報告（輸血療法委員会等）とデータの可視化
- ・ 成功事例の共有と横展開（輸血確認書等）
- ・ 多職種合同の研修会・ラウンドの実施（マニュアル保管場所の認知確認、冷蔵庫の確認）
- ・ 色々なチャネル（医療安全部門等）からの問題提起
- ・ 認証後の記録徹底とチェックリスト（輸血確認書）活用
- ・ ポスターの作成
- ・ 院内の研修（医師・検査技師・日赤職員）
- ・ 検査部門に適合ラベルを貼付してもらうよう依頼する
- ・ リーダーが業務管理を行い、認証作業を最後まで継続できるようにする
- ・ 実施入力がない場合、管理部門から担当部署に確認連絡をする（タイマー）
- ・ 輸血について何でも答えられるスタッフの育成

- ・ 具体的なインシデントの周知・改善策の検討
 - ・ 教育訓練として動画を作成し、リスクについて周知し、理解度を確認する
 - ・ ベッドサイドにポケットマニュアルを準備する
 - ・ 輸血が不慣れな部署への簡易マニュアルの整備・教育など
-

④ 特殊要因改善案

- ・ 小児・移植・認知症患者への対応方法をマニュアル化
- ・ 緊急時の認証代替手順の整備
- ・ 製剤ごとのラベル管理と個別 ID 付与
- ・ 払い出し伝票にドナーとレシピエントの血液型を記載