

令和 8 年 1 月 28 日
神奈川県合同輸血療法委員会
臨床検査部会小委員会
看護部会小委員会

輸血認証の標準化に向けての提案書

弊委員会が令和 6 年に実施しました「輸血実施時の認証に関するアンケート調査」により、神奈川県内の輸血実施医療機関における、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、すべての医療施設において輸血認証手順の標準化を図ることが強く求められています。

本提案書は、令和 7 年に開催された多職種合同カンファレンスにおいて議論された、輸血認証時の問題点およびその対策について整理したものです。施設の規模や特性により課題は多様であり記載内容が唯一の正解を示すものではありませんが、各施設における患者の安全を第一とした輸血認証プロセス改善の一助となることを期待します。

要旨

本提案書では、多職種合同カンファレンスにおいて議論された輸血認証未実施に関する問題点を、システム・環境、人的、組織・文化、特殊要因の 4 つの観点から整理し、それぞれに対する具体的な対策を示した。輸血認証は患者安全に直結する重要なプロセスであり、その標準化はすべての医療施設における輸血医療の質向上および安全な輸血実施に不可欠である。本提案書は、現状の課題分析を通じて、各施設における患者を含めた医療安全意識の向上を促すとともに、安全な輸血を実施するためのマニュアル整備および、認証漏れゼロを目指した輸血認証手順の標準化を提案する。

第1章 なぜ輸血認証の標準化が必要なのか

1. 輸血医療における認証の重要性

輸血は患者の生命に直結する高度な医療行為であり、患者取り違いや血液製剤の誤投与は重大な医療事故につながる。そのため、輸血実施前に行う「患者を含めた患者確認」および「血液製剤確認」は、輸血安全管理の根幹をなす重要なプロセスである。これらの認証を確実に実施するためには、医療従事者の経験や個々の判断、業務状況に左右されない、普遍的かつ標準化された手順の構築が必要である。

2. 現場での認証手順のばらつき

多くの施設では院内共通の輸血マニュアルが整備されているものの、部署ごとのローカルルールが存在、担当者の理解不足、ダブルチェック方法の違い、バーコード認証の使用タイミングや確認項目の順序の不統一などが散見される。また、認証端末の不足、通信環境の不具合、業務多忙といった要因により、手順逸脱が生じる場合もある。特に認証の重要性が十分に共有されていない場合には、手順の形骸化や省略が起こりやすく、ヒューマンエラーのリスクを高め、組織全体の輸血医療の安全性を低下させる恐れがある。

第2章 輸血認証未実施の問題点と対策

1. 認証未実施による問題点

輸血認証が適切に実施されない場合、患者取り違いや血液製剤誤投与といった重大事故のリスクが増大する。また、医療従事者の心理的負担の増大、医療機関としての信頼低下など、広範な影響を及ぼす。

2. 認証未実施の主な要因別の問題点と対策

多職種合同カンファレンスにおいて挙げられた、意見を要因別に以下に示す。

(1) システム・環境要因

問題点	対策
・ 認証端末（PDA・電子端末）の不足やバッテリー切れ ・ Wi-Fi 不良 ・ ベッドサイドでの使用困難、未導入施設あり	・ 端末を増設する ・ バッテリーを強化する ・ 端末使用後の充電を徹底する ・ 通信環境を整備する
・ システムエラー等によりバーコードで認証が出来ない場合	・ 紙伝票等による代替認証体制を整備しておく

・バーコード読み取り不良 ・システム操作ミス（番号入力誤り・確認終了忘れ） ・システムが複雑で操作に時間がかかる	・システムの簡素化と操作性を向上させる ・バーコード読み取り不良や確認漏れに対し、アラート機能を利用する
・頻回アラートへの慣れ	・認証エラー対応手順を周知する ・アラート発生条件を見直す
・分割製剤認証の必要性	・製剤を複数本に分割した際、それぞれの分割製剤に別番号を付番して認証を可能にするなどシステム対応の必要性

(2) 人的要因

問題点	対策
・業務多忙による認証省略や後回し ・ダブルチェック未実施や医師依存	・“医師と看護師”などの特定の 2 職種ではなく、複数職種による認証へと柔軟化する（医療従事者 2 名で可など） ・統一マニュアルの遵守徹底と定期的な確認を行う
・認証の目的理解不足、マニュアル未読	・認証の目的についての教育・啓発を行う
・輸血終了時認証漏れ、記録漏れ	・認証済みバッグに印を付ける
・認知症患者など本人確認困難	・リストバンドの確実な装着を徹底する ・意思疎通ができない場合の確認方法をマニュアルに定める
・夜間・休日の体制不備 ・思い込みによる誤認 ・ラベルの貼り間違い	・指さし確認を徹底する

(3) 組織・文化要因

問題点	対策
・ 部署・職種でマニュアルが統一されていない ・ ローカルルールの存在	・ ガイドライン準拠の統一マニュアルの作成と定期的な見直しを行う ・ 図解，写真入りマニュアルの整備とポスター掲示を行う
・ 継続的研修，教育体制の不足	・ 看護教育部門や医療安全推進室と協力する
・ 他(多)職種間の連携不足	・ 他(多)職種合同研修，ラウンド，情報共有体制を強化する
・ 認証率の可視化，報告がない	・ 輸血療法委員会での認証率の報告と可視化を行う
・ 成功事例共有の欠如	・ 成功事例の共有と水平展開を行う
・ 検体取り違い，口頭指示ミス	・ インシデントを周知し改善策を検討する ・ 教育動画やポケットマニュアルを活用する

(4) 特殊要因

問題点	対策
・ 小児・移植・認知症患者などでの複雑な認証手順	・ 小児・移植・認知症患者への対応をマニュアル化する ・ 伝票に血液型情報を明記し、電子カルテが参照できない状態でも血液型の確認ができるようにする
・ 大量輸血時の認証困難	・ 製剤ごとに個別IDを付与してラベル管理し，認証済みか否かを分かりやすくする

・ 緊急時の認証遅延・省略 ・ リストバンド汚染や交換ミス	・ 緊急時の認証代替手順の整備 ・ ラベル汚染時やシステム使用不可時でも安全な輸血ができるように代替認証手順の整備をしておく
・ 協力的でない患者対応の難しさ	・ 非協力的な患者の対応を職員間で共有する ・ その患者に慣れている職員に対応を任せる ・ 誤認防止のためには患者さんの参加が必要であることを説明し協力を求める

第3章 まとめ・今後の展望

1. まとめ

輸血認証未実施の問題は、個人の注意不足として片付けるのではなく、複数の要因が相互に関連して発生していることを認識する。どのような状況においても、確実に認証が行われる体制整備と手順の標準化が求められる。

2. 今後の展望

- ・ 標準化手順の導入と定着
- ・ ICT 活用のさらなる推進
- ・ 継続的な教育体制の強化
- ・ 組織全体での安全文化の深化

標準化は一度作って終わりではなく、継続的な改善を通じて患者安全と輸血医療の質向上につながるものである。

第4章 各施設での活用

各施設において自施設の現状を確認し、輸血認証に関する課題を明確化したうえで、本提案書を参考に業務フローの見直し、SOP(標準作業手順書)やマニュアルの整備と周知、ICT ツールの導入・改善、教育・研修の体系化、安全文化の醸成に取り組み、継続的な改善につなげていただきたい。