

輸血機能評価認定制度（I&A）受審までの取組みとその効果

◎渡部 和也¹⁾、小原 真理¹⁾、鈴木 沙織¹⁾、渡部 文彦¹⁾
公立大学法人 福島県立医科大学会津医療センター¹⁾

【はじめに】I&A 制度は、各施設で適切な輸血管理が行われているかを第三者が視察評価し、安全を保証する制度である。2022年7月、病院機能評価に I&A 制度に関する記載が追記され、当院でも輸血医療の外部評価 I&A 受審への機運が高まり受審機会を得ることができた。その受審に向けた当院の取組みおよびその効果について報告する。

【取組み】輸血療法委員会にて受審への取組みについて検討し、学会認定臨床輸血看護師を中心に改善点など協議した。当院の輸血医療体制に関しては病院機能評価受審経験から、ひと通りできていると思われていたが、改めて全体の見直しを行った。I&A 項目と当院マニュアル掲載頁の突合せをし、運用改善やマニュアルの整備と改訂を行った。特に、輸血終了後の製剤バッグを返却することに取組んでいなかったため、返却方法や返却時の注意事項等について看護部門と綿密に運用方法を検討した。院内監査についてコロナ禍でできていなかったが、短時間で監査を終えられるよう、監査項目を絞って行うこととした。自己造血幹細胞採取手順について臨床工学部の協力のもとマニュアル整

備を行った。認定臨床輸血看護師の配置について、病院上層部へ要望として挙げて病院として各病棟1名配置の実現ができた。【効果と課題】今まで以上に医師と看護師と密にコミュニケーションを設けることができ、さらに院内監査の取組みで各病棟におけるマニュアル配架や輸血実施までの手順を現場レベルで確認できた。2023年11月16日に現地視察のもと I&A 新規受審した。製剤外観確認の記録、マニュアルにおける各種帳票名称の統一化、保冷库警報の管理記録、用手法試薬の精度管理記録など新たな問題点を指摘され、今後の当院における輸血医療の方向性を見出す良い機会となった。重要事項として、手術室における保冷库が製剤専用ではないことを指摘された。病院長へ I&A 受審報告すると、手術室への専用保冷库設置がすぐさま認められた。【まとめ】外部審査されることにより、医師、検査技師、看護師など、これまで以上に協議することで情報共有や改善事項の修正に対応できた。今後も現在の輸血管理体制を維持し、病院全体でさらに安全な輸血医療に努めていきたい。 連絡先：0242-75-2100（内線 1118）

タスク・シフト/シェアにおける当院輸血管理室の役割

◎橋本 はるみ¹⁾、成田 正也¹⁾、星 朱音¹⁾、阿部 柊¹⁾、星 雅子¹⁾、石井 佳代子¹⁾、渡辺 隆幸¹⁾
一般財団法人 太田総合病院附属太田西ノ内病院¹⁾

【はじめに】令和3年医療法等の一部改正に伴い、医師業務軽減のためタスク・シフト/シェアが推進され医師以外の医療職種がより専門性を活かせるよう業務が拡大された。当院における輸血・細胞治療に関連した業務の取り組みを報告する。【現状】①輸血承諾書の取得および輸血関連検査結果説明は主に医師が行っており、精査等で外部へ委託する際の説明と承諾書の取得は、医師の指示のもと主に臨床検査技師が行っている。②輸血副作用確認は看護師が行っている。③製剤の洗浄・分割について、洗浄製剤は日赤へ供給依頼し、新生児等少量使用に対しての製剤分割は院内にて臨床検査技師が行っている。④血液細胞処理業務は約25年前の導入時から臨床検査技師が行っている。⑤成分採血装置の操作は導入時から臨床工学技士が行い、令和元年より臨床工学技士スタッフ減少に伴って主に臨床検査技師が担当している。【課題および展望】タスク・シフト/シェアを進めるにあたって課題や今後の展望として①輸血同意書の取得や結果説明など患者への積極的な介入、②、③輸血実施現場を知り、緊急輸血時の製剤搬送やFFP融解など

救急現場への対応、④細胞処理技術・設備を活かし、院内でのクリオ製剤作成、⑤今回、医療法等の一部改正に伴い、「静脈路を確保し、血液成分採血装置を接続・操作する行為、操作が終了した後に抜針及び止血を行う行為」が新たに追加された。成分採血装置による末梢血幹細胞採取は担当することになったが、静脈穿刺について医師・看護師が行っており今後の課題である。【考察およびまとめ】各職種の輸血医療に対する業務を理解し、タスク・シフト/シェアを進めるためには、臨床検査技師が果たす役割が非常に大きいと考える。今後、各トレーニングや多職種とのシュミレーションなど教育を充実しなければならないと考えている。また、患者のケア、緊急時の対応など十分な配慮が必要である。安全で適正な輸血・細胞治療を行うためには、チーム医療で取り組むことが重要である。今後もチーム医療の一員として責任を持ち、知識・技術の向上に努めることが大切であり、多職種と協働することでより良い医療へ繋がっていくと考える。

連絡先 024-925-1188 (内線 30332)

当院における輸血インシデントの検証－失念・認証未実施を考える－

◎西尾 英樹¹⁾、矢部 優太¹⁾、太田 千尋¹⁾、浦山 和博¹⁾、小山田 重徳¹⁾
小樽市立病院¹⁾

【はじめに】今回、当院で収集された輸血インシデントを検証し、各事例に対する再発防止策とともに輸血に関わるスタッフの意識に働きかける対策の重要性を感じたので報告する。 【方法】2019年4月から2024年3月までの5年間に医療安全管理室に報告された輸血に関するインシデントレポート71件について、ルール不備や知識不足、判断の誤りなどを要因とする事例と失念などスタッフの意識に関わる事例に分類し検討を行った 【結果】報告事例としては認証未実施23件、認証未登録16件、運用ルール逸脱10件、投与方法ミス7件、製剤準備6件、製剤破損5件、副作用記録ミス4件だった。この内、ルールやシステム変更、周知徹底、技師の確認手順を追加するなど再発防止策が明確に示せた事例は31件、失念を主要因とする事例は40件であり、中でも重大な輸血事故の要因となりうる「失念・認証未実施」18件に着目し検証した。報告者全員が輸血認証の意義と手順を理解していた。「失念・認証未実施」の発生場所は7割以上が日勤帯の一般病棟、報告者の職種経験年数は5年以下が3割とやや高い傾向がみられたが全年数

帯に発生していた。緊急性の有無では15件が緊急性の無い計画的輸血予定であった。「失念・認証未実施」発生時の報告者の業務状況として「複数本輸血予定の2本目以降」や「緊急輸血」などの傾向が見られた事例は11件であり、7件は状況要因の見いだせない失念だった。 【まとめ】今回検証した「失念・認証未実施」は技術エラー・知識エラーと異なり、ルールやシステム変更、マニュアルの周知徹底だけでは防ぎきれず、スタッフの意識に働きかけることが重要と思われた。 【結語】輸血療法に関する知識の維持・習得を目的とした従来の院内教育を継続するとともに、今回得られた結果を基に、複数本輸血予定患者への出庫など状況に則したピンポイントの注意喚起提示や製剤出庫の際に技師から看護師への声掛け、未認証発生時の多職種チームによる臨時輸血監査など、輸血に関わるスタッフの意識に働きかける対策を行い、「失念・認証未実施」“ゼロ”を目指したい。

連絡先：0134-25-1211（内線 7881）