

## 経過報告

### 独立行政法人国立病院機構甲府病院との輸血事故の連携について

2019年2月22日 国立病院機構甲府病院の安全管理委員会から看護師2名、検査技師1名、事務1名が来院し、当院での輸血の流れをチェックして頂きました。

まず検査部で当院の輸血の発注から輸血製剤の準備までの手順を通常の流れで説明しました。当院では輸血を伝票運用しておりID、名前の確認のチェック方法について確認しました。

- ・輸血適合を行った輸血バックの適合票を輸血バックに貼る時に、ダブルチェックの実施を推奨された。

検査科内に周知し直ちに実行する。

- ・FFP、PCの運用についても患者確認票の取り扱いについてFFPはジップロックの中に、患者確認票を入れ払いだす。溶解後に袋に貼りつける。(看護師に貼ってもらう)PCは適合票を貼り払いだすなどの工夫が必要である。それぞれ、入れる時、貼る時にダブルチェックを行なうことを推奨されました。適合票の大きさ、貼る場所を改善点について意見を頂いた。

今後看護部と確認しやすい方法を検討していく。

- ・受け渡し確認表は運用上省ける指摘を受けた。

電子カルテの輸血システムが無いので、在庫管理、払出管理ができないので現状のまま行うこととした。

- ・輸血後の血液バックの回収、保存について行われていない

指摘を受け、回収し1週間ほど保存して管理する方向で調整していく。

検査部での運用を患者誤認予防の観点だけでなく、運用上の工夫点も指摘いただき今後の改善していくべきことを確認した。また電子カルテシステム導入に際し注意点などもアドバイス頂けた。

次に病棟に移動し検査部から看護部へ払い出された後の手順を通常の流れを確認して頂いた。

- ・患者確認以前に受け持ち患者さんの情報収集不足の指摘を受けた。輸血の指示が出ていた患者は術後1日目であり、採血をしていた。結果で輸血の指示が出たはずだが、受け持

ち看護師は採血結果を把握しておらずアセスメントできていなかったと思われる。

これに対しては情報収集の方法やスタッフの情報収集の状況を再確認し、情報からアセスメントできるよう日々の業務の中でアセスメント能力をつけていくように看護部として教育指導を行っていく。リーダーが医師からの指示を受け持ちに伝えるときに、なぜその指示がでたのかも伝える。指示の伝達だけでなく指示の意味も共有しておくこととする。

- ・看護部での輸血前の準備、ダブルチェックの方法については通常の手順を行えば問題ないといえるが、それを履行していくことを徹底させることが必要であるとの指摘を受けた。

時点の対応として事故防止委員会で、ダブルチェックの定義、方法を再度確認し各部署に徹底するよう周知した。

- ・手順どおりに行うことを周知するための改善点について問われた。

他病院のハンドブックを参考に、個人用の看護ハンドブックを作成していくことを検討していく。

- ・行動確認が確実にできているかの確認の必要性がある。

新人看護師だけでなく、何年目の看護師でも確認が確実にできているか抜き打ちでチェックする体制を整える。チェック体制をとることで、見られているという意識をつける。

看護部でも様々なご指摘を頂き、マニュアルの追加、ダブルチェックの方法、看護の情報収集などの基本的な部分についてご意見して頂き、実際に行われているかの行動確認の必要性も認識できました。

今回の輸血事故の問題で院内での話し合いや第 3 者のご意見を頂いた中で、当院でいままで行われてきたマニュアルの整備だけでは安全管理としては不十分あることが再認識できました。各職員がマニュアルを順守することを徹底し、またそれをチェックする体制の構築が必要であり今後の安全管理の強化を行っていく上での課題と考えています。

医療行為は人間が行うものでどの段階でもミスは起こりうることを念頭に置き、そのミスを発見、防止、予防し患者さんに安全な医療を提供できるようにこれからも病院全体として努力を積み重ねていきます。

峡南医療センター 富士川病院