

「輸血前の患者認証に関する実態調査」 の発案と参加登録のお願い

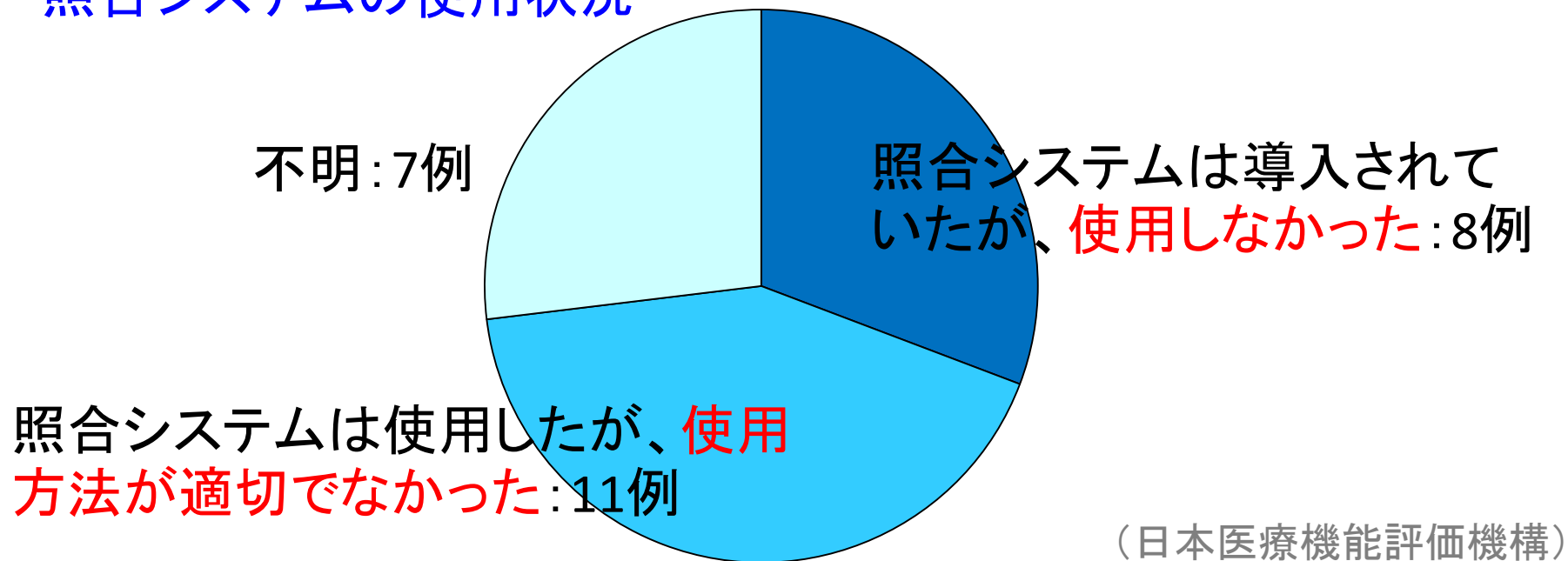
浜松医科大学医学部附属病院
輸血・細胞治療部

山田千亜希 石塚恵子

輸血時の患者誤認に起因する輸血過誤

- 調査期間：2007年10月－2019年9月
- 発生件数：26件

照合システムの使用状況



照合システムを導入している施設においても、患者誤認に起因する輸血過誤が報告されている。

輸血時の患者誤認に起因する輸血過誤 — 輸血過誤が発生した背景 —

- システムのトラブルにより電子カルテが起動せず、患者照合システムを使用することができなかった。
- 血液製剤を分割して投与する際、1バック目の輸血時は患者照合システムを用いて確認を行うが、2バック目以降の輸血時は目視確認のみの運用であった。

(日本医療機能評価機構)

照合不履行によるインシデントやアクシデントは、病院全体を巻き込んだトラブルや事件となる場合がある。

輸血前の患者照合に関する実態調査

患者照合システムは採血時や輸血時の患者誤認を防止する上で有用であり、ガイドラインやマニュアル等でも導入が推奨され、多施設で導入されている。



しかし

通信上や運用面等の問題により、患者照合システムを使用できない状況もある。しかし、本件に着目した調査は行われておらず、実態は不明である。



そこで

安全な輸血治療を推進する上で、患者照合システムの運用上の問題点に関するアンケート調査を計画した。

目的

- 患者照合システムを導入しているが、**適正に運用できない状況**(場所、時間帯、停電、緊急入院等)について、運用の実態を調査する。
- 患者誤認に起因するインシデントやアクシデントに関し、**システムの使用状況、システムが適正に使用できない実情と原因**を調査する。
- 大学病院輸血部所属施設の照合システム導入後の問題点や改善点を明らかにする。

調査項目

① 患者照合システムの導入状況

- ・ 有無、導入年度、採血時、輸血時

② 患者照合システムの導入範囲

- ・ システムが導入できていない場所 (CT、アンギオ、外来 etc)、時間帯 (夜間、休日 etc)、製剤 (血漿分画製剤、院内調整製剤、分割製剤 etc)
- ・ システムの導入が不十分である理由
- ・ 全輸血に対する患者照合システムの実施率

③ 患者誤認インシデント・アクシデントの発生状況

- ・ インシデント・アクシデントの経緯
- ・ 患者照合システムが適正に使用されていたか
- ・ システムが適正に使用できなかった原因

本研究の意義

- 大学病院では患者照合システムを早期より取り入れ、輸血過誤の防止に寄与してきた(Ohsaka et al, 2008)。しかし、システムの多様性や人的流動性のため、運用面での工夫が必要である。
- 輸血に関連する患者照合の現場に最も近い輸血検査技師が照合作業に関し抱いている不安や患者照合の盲点を明らかにし、発信することは意味深い。
- 全国の輸血を行う施設を牽引する大学病院における照合導入後の問題点と解決法を提示したい。

本研究への参加方法

- ① 事務局に連絡し、アンケート調査票を入手する。
- ② 調査票を記入後、事務局に提出する。提出方法は、郵送、FAX、メールのいずれも可能。

【事務局】

〒431-3192 浜松市東区半田山1-20-1

浜松医科大学附属病院輸血細胞治療部内

「患者照合に関する調査」事務局 山田千亜希 石塚恵子(宛)

Tel: 053-435-2750 Fax: 053-435-2562

Mail: fukisoku@hama-med.ac.jp

本研究への参加をどうぞよろしく申し上げます。



集計、解析後の発表

- 発表者および共著者は、大学病院輸血部会議のメンバーに一任する。(浜松医科大学はお手伝いをさせていただきたいと思います。)
- 全国大学病院輸血部会議、日本輸血細胞治療学会にて結果を発表する。
- 結果を論文化し、Vox Sang 等の国際誌に投稿する。