

ディスカッション

(座長：山元先生)

ご発表ありがとうございました。4人のシンポジストの発表が終わりました。会場のほうから何かご質問や、ぜひ少し追加でお尋ねしたいということがございましたら、手を挙げていただいてよろしいでしょうか。かなり具体的な事例を踏まえた、実際に全国から集まっている事例を、その対策も含めて坂口先生からお話ししていただきました。藤田先生からは実際の分析手順について、そして現場で行っている分析の中身をお伝えしていただきました。奥田先生につきましては、今大学で行われている教育も含めて、ラウンドの実際をお示ししていただいて、長内先生につきましては、自身の病院で行われている安全対策と緊急時の対応、特にここについてはいろんなところで問題が起こっておりますので、このラベルの活用という、非常にユニークなご提案もございました。皆さんのところでも何か具体的な方法として使えるのではないかと考えておりますが、何かご質問等はいかがでしょうか。それでは藤田先生からよろしく願いします。

(藤田先生)

坂口先生にお尋ねしたいんですが、いろいろ事故の報告があり、再発防止なんです。その分析は、本日、自分なりに考えてしゃべったことをやればいいのかと、これが抜けてるのではないかと、こういう方法もあるなど、何か工夫できる点もあるのではないかと、思っています。事故分析されてる立場から、再発防止策をどの様に分析すればいいのか教えていただければと思います。

(坂口先生)

ご質問いただきましてありがとうございます。私どもの事業ですと、全国からすごくたくさん事例が集まってくるので、それを全部分析するわけにはいかないということになります。もちろん非常に情報がたくさんある事例ですと、RCAとか、先生がご紹介になったような、いろいろな事故の分析方法がありますので、院内におかれましても、分析されるといいでしょうというのが、一般的なお答えにはなるんですが、実際私たちがRCAをやって、それを報告書に載せているかというと、今1年に4,000件の報告をいただいています。個々の事例について、分析手法を用いて詳しく分析を行うということまでは、なかなか及ばないというのが現状です。

ただ、先ほど先生がご紹介になったRCAとかFMEAの他にも、今ちょっと私たちがチャレン

ジしているのは、業務工程図を使って分析するというやり方がありまして、輸血の業務工程の流れを分解して、じゃあここで何と何を見て、何を照合するのかというのをあらためて図に表して、まず製剤と伝票が合っている、OK だったら次に進むということを、図解してみるのも一つのやり方かなというふうに思います。

(藤田先生)

ありがとうございます。業務フロー、輸血手順など、各病院で出来上がっている完成品が多いかと思しますので、なかなか手順が進まないのも現状、現場として感じてるところです。私が振ってしまいますけれど、岡崎先生、東京大学の輸血部でアクシデントが出た場合、どのように分析してるかご紹介いただけますか。

(岡崎先生)

輸血部というよりは、多分、医療安全関連の部署で分析していると思うので、そこら辺はあんまり詳しくなくて何ともいえません。一般的にいうと、SHEL 分析だとか、RCA とかそういうことをやっているのではないかなというふうには思っています。私もそれを推奨してるんですけども、具体的な方法として何をやるかは、ちょっと私のほうにも。

(座長：山元先生)

会場の皆さんで、何か業務工程図を書いたりということを実際にやってらっしゃる施設がございましたら、その辺を少し紹介していただけますか。業務工程図を書いて、時間的なフローの中でどこを押さえてくかということ、やってらっしゃる施設はございませんでしょうか。

(藤田先生)

なかなか輸血と医療安全を兼務していないと、普通業務だけでそういう分析は難しいと思います。ただ、やはり知っておいたほうが日ごろの輸血の安全を考える意味では重要だと思いますので、皆さま方も医療安全対策室にお任せではなくて、専門家としての意見を言うとともに、自らも分析をしていただいて、素人であると完全にうまくいくことは難しいものですが、やってみるということが大事であり、またそういう視点で分析することによって、自分が日ごろ行っている輸血業務に関して、新たなことが見つかることもあるだろうと思います。本日の話を聞いていただいて、ぜひ皆様で実践していただければなという気持ちで、しゃべっていました。

(座長：山元先生)

ありがとうございます。今、一番問題になっているのは、ダブルチェックをどういう形で精度を上げていくかということと、誰と誰が何をやるかということです。ここの中では幾つか 2人でする工程がありますが、ここら辺の工程がしっかりとすることによって、特に直前の確認、ここを誰と一緒にやるかということと、照合するものをしっかり決めていくということが、や

はりすごく大切だと、今、先生のお話を聞きながら思いました。他にいかがでしょうか。

長内先生にシートを活用した対応についてお聞きします。緊急時はやはり事故がたくさん起こっています。予定の輸血よりも、ほんとに緊急に大量に使うときに、このシート、ラベルを活用して1枚から減ってくる様子が視覚で分かる、目に見えて分かるというような工夫は、どういう形で実際に開発されたのか、少しお聞かせ願いたいと思います。

(長内先生)

残念ながら、医療安全が積極的ではなくて、スタッフたちがやっぱりこれでは安全を担保できないということを考えて、どうやったらできるかを考えたのが現状です。

もちろん実際に現場で起こってる様子を見て、どうしたらいいのか考えて、みんなのアイデアから出たものであり、シールを1枚の中から減っていくという様子が分かり「何単位使用したか」と聞かれたときに答える方法がなかなかスムーズにできなかったことから、シールで単位が分かるよう工夫したことと、輸血バックを認証済みであることがわかるためにシールを貼ればいいんじゃないかと考えました。

一つ仕事を増やすことになりましたが、今のところスタッフがそれを行っていることで、決めた役割を守っていることになりました。

(座長：山元先生)

その中には看護師だけじゃなく、検査技師さんとかいろんなチームも入っていらしたんですか。

(長内先生)

みんなで話し合った時は医師と看護師と、あとは輸血部のスタッフと医療安全でした。検査科の方は入っていませんでしたが、輸血部の方が入っていることで問題ないかと思いました。実際にシミュレーションまでしたので、すごく皆さんがどういうふうなところがいいかとか、いろんな話し合いをして精度を上げています。今のところ、みんなでそれを実施しているという状況になります。

(座長：山元先生)

どうもありがとうございます。他に会場の皆さんから何かご質問やこういうことも実際に緊急時行ってますよという、緊急時に限らず安全対策のアイデア等ございましたら、ぜひお聞きしたいなと思いますが、いかがでしょうか。

(田崎先生)

長内さんにお伺いしたいんですけども、あのラベルは、全ての輸血をする方が知ってますか、院内で。その存在というか使い方というか。

(長内先生)

全スタッフが知ってるかというのと、それは知ってないということになります。緊急時のため、救急部門が中心に現在は精度を上げているためです。その上で今後の方向性がどうなっていくかです。まだ一部の部署が積極的に使って、緊急時に対応できるような形です。

(田崎先生)

先ほどから聞いてましてちょっと気になるのは、やはり新しい機械を導入すること自体はよろしいんですけども、特にそういうのを導入するときは、逆にリスクを上げてしまうのではないかとことです。一時的にですよ、これは。

ですからそれを輸血をやってる関係者に周知しないと、一体これは何なのかというふうに説明しないと、かえって混乱することになるんじゃないでしょうか。ラベルの導入もそうですね。照合のときに何らかのメッセージが出た場合、照合間違いが起こっているということがあるんですけども、ある人はそれを知らない、誤使用したと思う、あるいは機械が壊れているんじゃないかと思う。本当にそういうことが起こっているにもかかわらずです。それを無視すると事故になります。新しい機器や方法、システムが導入されるときというのは、結構逆に問題が起こりやすいんじゃないかと気になりました。ちなみに「S」というのは何の略なんでしょう。緊急時の略なんですか。

(長内先生)

当院の略語として、「S」が緊急というふうなことになります。

(田崎先生)

それは院内の略語規定なんですか。エマージェンシーと「S」というのは、ちょっとパツとつながりが思い浮かばないんですが。病院の中だけの約束事であれば、院内略語としてそれこそしっかりと周知しないといけないですよ。

(長内先生)

院内マニュアルが以前から作られているので、それをみんなで守っている状況になります。

(田崎先生)

それから奥田さんに質問ですが、輸血部のほうの監査はどうしてるんでしょうか。病棟とかその他の監査は皆さんやってるようですけど、輸血部自体はどういう評価されてましょか。

(奥田先生)

輸血部自体の監査は、実際は行ってないのが現状でございます。ただ I&A に準じた管理や、日報を ISO に従って管理しております。したがって、定期的な見直しは行っている次第です。

(田崎先生)

学会のそういう制度を利用するという事は良いと思います。ちょっと時間がないのですが、私が一番最後に聞いたかったのは、こういう問題や対策というのは、もう何十年前前からあるわけです。規則やいろんな指針が出され、安全対策が提案され、いろんな方法で周知する。それはいいんです。

問題は現場でそれらをどういうふうに評価し、実際の輸血医療の改善に、本当に役立ってるのかどうかということを知りたいわけです。それが少し見えてこないのですが、例えば長内さんのほうの話ですけど、実際に役立ってるかについて検証というんでしょうか、証明というか、後から何かこれについてなさいましたか？

(長内先生)

今年度3月ぐらいから運用を開始しているので、まだ評価までは言い切ってしまうわけにはいかないで、しばらくしてから評価することになります。来年の3月をめどに思っております。

(田崎先生)

奥田さんのほうはどうですか。ラウンドしたことがほんとにいろんな問題、例えば知識不足やら、それから手技といった技術的な問題、いろんな問題がラウンドすることによってどういうふうになくなったのか、そういう検証というのは、どういうふうに行われているのでしょうか。

(奥田先生)

検証は、次の月に病棟に赴くとかすればいいのですが、なかなか手が回らないのが現状です。したがって、ラウンド時にその場ですぐ指摘をして、改善内容を理解いただくというところが一番大事だと考えてます。

(田崎先生)

坂口さんのほうはいかがですか。いろんな情報を提供して発信してるわけですよね。発信するだけでは多分ないと思うんですけども、それがどういうふうに医療機関でうまく利用され、そういうふうなことが起こらないように実際に変わっているのかどうかという、その証明というか、検証結果は何か報告をなさってるんでしょうか。

(坂口先生)

アウトカムの評価ができれば一番いいわけですけども…。例えば誤った輸血の事例が全く報告されなくなったら、それはいいことなのかなとも思います。でも参加医療機関が増えてきていますので、「うちでもこんなことがありました」という情報を頂くこともまた大切なことになります。間違えそうになったけど、こういうことで防ぐことができましたというような報告が増えてくれば、対策が進んできているのかなというふうに思います。

(田崎先生)

今日、輸血と安全についていろんな話を伺いまして、基本的な知識が十分じゃないとか、手技的な問題とか、そういうふうなことがあると思いますけど、ぜひとも皆さま方が提案されたものがどういうふうに有効に現場、臨床に反映されているのかというのを、ぜひとも今後のまとめとして、あるいは課題として出していただきたい。でないと、いつまでたっても同じことのディスカッションの繰り返しになってしまい良くないと思います。

最後に、秋季シンポジウムが10月に青森でありましたけども、長尾先生が言ってらっしゃったのが、医療安全というのは治療だということです。医療安全そのものが治療に結びついてるんだという認識の下で、ぜひやっていただければと思います。

今日のこういうテーマというのは、もう皆さん何回も聞いておられると思いますが、一つでも皆さま方の輸血医療の安全や問題解決に、役に立つ情報が提供できたなら、非常に有意義なシンポジウムであったかと思います。皆さんこれからも輸血の安全に関しては、今回の話も参考に、ぜひ継続して取り組んでいただきたい思います。以上でこのシンポジウムを閉じたいと思います。ありがとうございました。

7

閉会の挨拶

本研究会世話人代表
藤 田 浩

皆さま、お疲れさまでした。世話人の先生方、本日講演していただき、座長をしていただきまして、ありがとうございました。今年度の特徴といたしましては、看護師の方に世話人になっていただきまして、今日、山元先生、長内先生のデビューとなり、今までにない議論になったかと思えます。

今後も皆さまのいろんなご意見を取り入れて、興味深い輸血療法研究会に発展していきたいと思っております。お帰りの際には、意見を書いたアンケート調査のご協力をよろしく願いいたします。本日はどうもありがとうございました。

第17回 東京都輸血療法研究会報告書

発行日 2019年5月

発行 東京都赤十字血液センター 学術課

印刷 日本データ・サプライ株式会社