

## 平成29年度 横浜市病院安全管理者会議 臨床工学部会報告

横浜市立市民病院  
臨床工学部 木内耕己

## 臨床工学部会メンバー

病院名	所属	氏名
横浜市立鶴中・神奈川センター	臨床工学部	青柳 和夫
横浜市立みなと赤十字病院	臨床工学部 臨床工学課	大谷 美彦
横浜市立大学附属病院	医学・病院統括部 総務課臨床工学担当	大高 勝義
横浜市立大学附属市民総合医療センター	管理部総務課 臨床工学担当	井田 俊輔
神奈川県済生会横浜市東部病院	臨床工学部	高橋 雅雄
神奈川県済生会横浜市南部病院	臨床工学技術部	松田 幸志
聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	クリニカルエンジニア部	佐藤 綾子
横浜労災病院	臨床工学部	田代 嗣晴
横浜医療センター	集中管理部 ME室	戸田 修一
横浜南共済病院	ME科	志村 貴之
昭和大学横浜市北部病院	臨床工学部	西郷 英敏
昭和大学鶴が丘病院	臨床工学部	野川 悟史
横浜市立市民病院	臨床工学部/医療安全管理室	相嶋 一彦
	臨床工学部	木内 耕己

## 臨床工学部会定例会

平成29年9月1日  
横浜市立市民病院にて  
参加病院数：11病院+医療安全課

平成30年1月24日  
聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院にて  
参加病院数：9病院+医療安全課

## 参加病院での情報交換

- 心臓カテーテル業務における臨床工学技士の人員配置（アンケート）
- 病棟透析におけるonlineHDF施行の可否（意見交換）
- 条件付きMRI対応ICD、遠隔モニタリングのアンケート結果（報告）
- 医療機器の清拭に何をを用いているか（意見交換）
- 臨床工学部会規約改定について（意見交換）

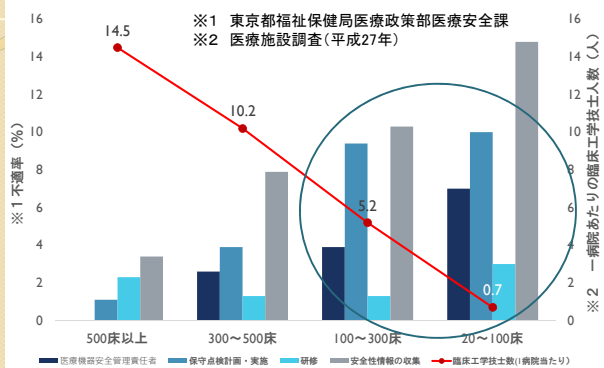
## 今年度から新たに取り組むテーマ

臨床工学技士が配置されていない、  
もしくは少人数の中小規模病院に向けて、  
医療機器安全管理の質向上へとつながる  
情報発信をおこなう

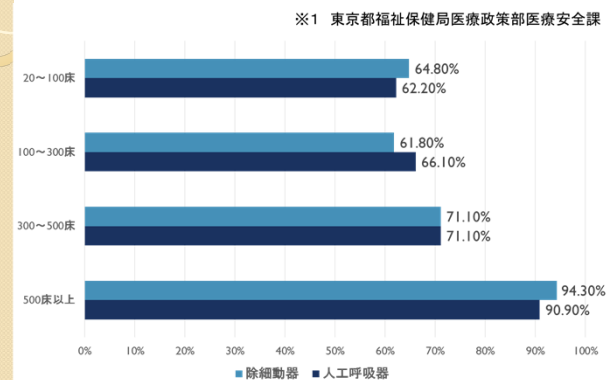
## 医療法における医療機器安全管理とは

- ✓ 医療機器安全使用のための責任者「**医療機器安全管理責任者**」の設置
- ✓ 従業者に対する医療機器の安全使用のための**研修の実施**
- ✓ 医療機器の**保守点検に関する計画の策定及び適切な実施**
- ✓ 医療機器の安全使用のために必要となる**情報の収集**、その他医療機器の安全使用を目的とした**改善のための方策の実施**

## 医療機器安全管理体制の実際



## 医療機器使用率





## 今年度の取り組み

当部会参加病院が既に使用している医療機器の定期点検チェックリストを収集する

共通する点検項目を取り上げる  
 特殊な測定器具が必要な点検項目は除外する  
 →推奨する定期点検チェックリストを作成する

ココまで

推奨する定期点検チェックリストをホームページに公開する

点検マニュアルを作成し、研修会を実施する

## 来年度以降の計画

- 健康福祉局医療安全課ホームページへの公開  
 （免責事項、著作権についての精査）
- 輸液ポンプ定期点検マニュアルの作成
- 研修会の実施

## まとめ

臨床工学技士が配置されていない、もしくは少人数の中小規模病院において、医療機器の定期点検実施をサポートする活動に取り組むことができた。

この活動を継続し、横浜市安全管理者会議参加病院だけでなく、**横浜市全体の医療機関における医療機器安全管理の質向上**に寄与していきたい。

## 横浜市病院安全管理者会議 検査部会 平成29年度活動報告

平成30年2月7日(水)  
横浜市開港記念会館

## 平成29年度検査部会委員

・聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	(五十音順) ☆幹事
・横浜市立みなと赤十字病院	川口 珠巳
・恩賜財団神奈川県済生会横浜市東部病院	熊谷 正純
・昭和大学藤が丘病院	齊藤 広将
・恩賜財団神奈川県済生会横浜市南部病院	杉山 弘
・国立病院機構横浜医療センター	武田 美佳子
・昭和大学横浜市北部病院	武山 茂
・横浜市立脳卒中・神経脊髄センター	津田 祥子
・労働者健康安全機構横浜労災病院	林 達也
・横浜市立市民病院	廣瀬 真裕美
・国家公務員共済組合連合会横浜南共済病院	本間 裕一
・横浜市立大学附属病院	☆ 松井 浩之
・横浜市立大学付属市民総合医療センター	矢島 智志
	☆ 米澤 広美

## 検査部会活動状況

- ・ 第1回検査部会 7月20日(木)横浜市大センター病院  
採血チェックシートのHP掲載内容の確認  
今年度の活動目標設定  
「平成28年度インシデント報告」
- ・ 第2回検査部会 11月29日(水)横浜市大センター病院  
各施設の平成28年度インシデント報告
- ・ 第3回検査部会 1月23日(火)横浜市大センター病院  
効果の高いインシデント対策  
来年度引継ぎ事項確認

## 採血チェックリストのHP掲載

(第1回検査部会より)

11月1日に横浜市病院安全管理者会議ホームページに下記文とともに掲載

◆採血業務チェックリスト(平成29年1月作成)◆<<検査部会>>

採血業務の研修はOJTが中心であり、研修内容の統一化が図られていない施設は多いかと思われます。

検査部会では、各施設の採血現場から問題点を抽出し、臨床検査技師に限らず採血を担当される医療職の方へ向け、また、多くの施設で活用いただくことを目標に採血業務チェックリストを作成いたしました。

今回、Excelファイルとしたことで、各施設の運用に合致した研修内容への編集が可能となっています。

今回ご使用いただいた皆様からご意見をいただき、今後の活動の参考にしたいと考えておりますので、ぜひ感想をお寄せください。連絡先: kf-ankan@city.yokohama.jp

[採血業務チェックリスト\(Excel\)](#)



**平成28年度インシデント報告**  
(第2回検査部会より)

**事例①**  
血型、クロスマッチ検体の同時採血

↓

- ・採血時間を変える
- ・採血担当者を変える
- ・採血する部位を変える

**平成28年度インシデント報告**  
(第2回検査部会より)


**事例②**  
心電図電極装着の間違い

↓

- ・四肢電極に色をつける
- ・胸部電極に番号を明記する
- ・電極の配置場所を決めておく


対策の実例

電極に色を貼付

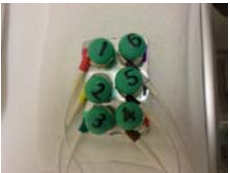


四肢電極


電極の配置場所を決めています



電極に番号を明記



胸部電極



**平成28年度インシデント報告**  
(第2回検査部会より)

**事例③**  
検査中の酸素ボンベ残量不足

↓

- ・中央配管施設工事を行い、中央配管より酸素を使用する
- ・書類を用いた申し送りを行う

## 平成28年度インシデント報告

(第2回検査部会より)

### 事例④

#### シャント側からの採血



患者さんの協力を得て

- ・シャント作成部位を見せてもらう
- ・シャント作成部位を触知させてもらう

## 効果の高いインシデント対策

(第3回検査部会より)

### 検体紛失インシデント

採取した検体の紛失場所が明確でなく対策が立てづらい

提出先との関係性が悪くなる

検体の管理が不十分である



検体受取り本数を記録に残すことで紛失場所の特定が可能



検査室内での検体紛失をなくす

## 来年度引継ぎ事項

- ・検査部会施設以外への「採血チェックリスト」の周知
- ・「検査室での転倒・転落防止のためのチェックリスト」(H24年3月作成)の見直し
- ・効果の高いインシデント対策の検討

## まとめ

- ・昨年度作成した「採血チェックリスト」を横浜市病院安全管理者会議HPに掲載した
- ・各施設の平成28年度インシデント報告を行い、主な事例と対策の共有を行った
- ・効果の高いインシデント対策として、S病院で実施している「検体紛失防止対策」について意見交換し、対策の共有を行った



## 平成29年度 横浜市病院安全管理者会議 放射線部会 活動報告

済生会横浜市南部病院  
松田 英人

### 横浜市病院安全管理者会議参加施設

- ☐ 横浜市立市民病院
- ☐ 横浜市立脳卒中・神経脊椎センター
- ☐ 横浜市立みなと赤十字病院
- ☐ 恩賜財団済生会 横浜市南部病院
- ☐ 聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院
- ☐ 独立行政法人労働者健康安全機構 横浜労災病院
- ☐ 昭和大学横浜市北部病院
- ☐ 国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院
- ☐ 昭和大学藤が丘病院
- ☐ 恩賜財団済生会 横浜市東部病院
- ☐ 国立病院機構横浜医療センター
- ☐ 公立大学法人 横浜市立大学附属市民総合医療センター
- ☐ 公立大学法人 横浜市立大学附属病院

### 平成29年度 部会開催状況

- ◆ 1回 平成29年 5月26日(金)
  - 会場:横浜市大センター病院
  - 報告:東部病院、横浜市大センター病院、横浜労災病院、昭和大学藤が丘病院
- ◆ 2回 平成29年10月 6日(金)
  - 会場:横浜市大センター病院
  - 報告:脳卒中・神経脊椎センター、南部病院、市民病院、昭和大学北部病院
- ◆ 3回 平成30年 2月 2日(金)
  - 会場:横浜市大センター病院
  - 報告:みなと赤十字病院、聖マリアンナ西部病院、南共済病院、横浜医療センター、横浜市大附属病院

### 部会内容

1. インシデント(アクシデント)事例報告  
参加施設が年3回に分けて報告  
報告施設毎、2～3事例について検討
2. MRI検査室に磁性体を持ち込んだ事例報告  
報告施設毎、事例数と内容検討
3. どこでも起きる身近な問題についての情報共有
4. その他

### インシデント・アクシデント事例共有 I

発生年月日	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
H29.某日	一般	車椅子にて入室。撮影準備をし「息を吸って」と言ったと同時に患者が斜め後方に転倒した。車椅子は決まり事で患者後方に置いていた。患者さんは、撮影前一緒にいた助手さんと談笑したりしており、転倒する様な要素もなかった。技師は、防護衣を着て撮影室内にいて様子を伺っていたが間に合わず、転倒してしまった。	応援を呼び血圧を測定した。結果的には低血圧であった。主治医に連絡し、CT撮影を行った。		患者を常に観察し、少しでも転倒する要素がある様な場合は防護衣を着て対応する。

他施設の意見

- ・立位の撮影では、全例安全ベルトを使用している。
- ・車椅子で入室した患者には、技師が撮影室内で対応する、また転倒してクッションになる様な台があるので使用している。

### インシデント・アクシデント事例共有 II

発生年月日	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
H29.某日	一般	胸部2方向(正面・R-L)撮影依頼。間違えてL-Rで撮影してしまった。	主治医に連絡し、了解を得る。再撮影はなし。	左右向きの思い込み間違い。	撮影前のオーダー確認の徹底。パネルにマークを貼り、撮影時にも確認する様周知した。
画像					

他施設の意見

- ・RIS端末 撮影項目で文字色を変えている(例 L-Rは赤文字 腹部は緑色など) 視覚的な変化をつけて注意喚起している。

### インシデント・アクシデント事例共有 III

発生年月日	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
H29.某日	MRI	①透析患者に乳腺造影MRI検査がオーダーされた。 ②透析患者に直腸造影MRI検査がオーダーされた。	①依頼医に連絡し、検査中止。 ②依頼医に連絡し、単純検査に変更。	①②ともに医師の知識不足。	当事科のリスクマネージャーへ造影剤の添付文書送付、危険性の周知を依頼。造影検査前の腎機能測定の見逃しを院内に一斉周知した。

他施設の意見

- ・eGFRなどの腎機能の検査結果値を同意書に記入する欄を設けていて、記載して頂いている。これにより、腎機能確認の喚起ができています。

### インシデント・アクシデント事例共有 III

MRI造影剤添付文書抜粋

禁忌(次の患者には投与しないこと)

- (1)本剤の成分又はガドリニウム造影剤に対し過敏症の既往歴のある患者
- (2)重篤な腎障害のある患者[腎性全身性線維症を起こすことがある。また、本剤の主たる排泄臓器は腎臓であり、腎機能低下患者では排泄遅延から急性腎障害等、症状が悪化するおそれがある。]「重要な基本的注意」の項参照

2.重要な基本的注意

- (6)長期透析が行われている終末期腎障害、eGFR(estimated glomerular filtration rate:推算糸球体ろ過値)が30mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満の慢性腎障害、急性腎障害の患者では、ガドリニウム造影剤による腎性全身性線維症の発現のリスクが上昇することが報告されているので、本剤の投与を避けること

## インシデント・アクシデント事例共有Ⅳ

発生年月日	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
H29.某日	MRI	MRCF依頼の患者にボースデル内用液を服用させ検査を開始した。検査途中、依頼内容を見直すと授乳中で造影剤使用できないとのコメントを見つけ、患者が授乳中であることが発覚した。	患者に48時間は授乳を避けて頂きたい旨の説明を行い謝罪した。	当日は慌ただしく、検査部位と目的のみ確認し全文に目を通していなかった。	依頼内容確認を徹底する。MRCF依頼の患者に対し口頭でチェックしていたが、リストに授乳に対しての項目を追加した。

## 他施設の見解

- ・オーダーする時の注意喚起がないため、病院全体に周知を行なった。
- ・技師と看護師がそれぞれ情報を取って、情報共有を行なっている。
- ・造影の同意書、チェックリストの見直しを毎年行なっている。

## インシデント・アクシデント事例共有Ⅳ

## ボースデル内用液添付文書抜粋

## (妊婦・産婦・授乳婦等への投与)

1.妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、診断上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与する[妊娠中の投与に関する安全性は確立していない、ウサギの100mg/kg/日以上、ラットの200mg/kg/日以上、マウスの100mg/kg/日以上]の投与群で妊娠早期の全胚死亡・胎仔死亡が、ラットの200mg/kg/日以上、マウスの100mg/kg/日以上、ラットの200mg/kg/日以上、マウスの100mg/kg/日以上]の投与群で出生仔体重増加抑制が報告されている。

2.授乳中の婦人には本剤投与後48時間は授乳を避けさせる[実験(ラットのマンガン静注)で乳汁中への移行が報告されている。]

## インシデント・アクシデント事例共有Ⅴ

発生年月日	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
H29.某日	一般	大腿骨幹部骨折にて初療に運ばれて来た患者。医師から大腿骨撮影オーダーを入れたとの連絡があり、患者は看護師により撮影室まで搬送。患者は激痛のため受け答えができない状態であった。搬送して来た看護師も受診票を持参しておらず、患者確認を行わないまま、大腿骨オーダーの患者名で撮影を行った。翌日、患者名が違ふことが発覚した。	システム担当者に連絡し、正しい患者名及びUIDに画像を移行した。	オーダー医が患者名を確認せず、開かれていたカルテからオーダーを発行したため間違いが発生した。	患者確認を口頭で行える患者に対しては口頭で確認し、なおかつ受診票にてバーコード認証をするようにする。病棟の患者に対しては、リストバンドや点滴について認証し、撮影を行うようにする。今回の対策を他部門にも周知徹底する。

## 他施設の見解

- ・患者到着前に患者検索し同姓同名のカルテを開き間違いが生じた。
- ・バーコード認証及び口頭で氏名・生年月日の確認を行っている。

## インシデント・アクシデント事例共有Ⅵ

発生年月日	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
H30.某日	一般	16:10 形成外科外来患者 Aの撮影を実施。終了後、更衣室に戻る。 16:15～16:50 整形外科外来患者Bの撮影を実施。 16:55 更衣室を清掃するため、ドアを開けると、床に座り込んでいる患者Aを発見。  撮影終了から発見するまでの45分間で更衣室で具合が悪くなった。	医師、看護師をコールし、ストレッチャーにて外来へ搬送した。	患者Bの撮影をしていたため、患者Aの状況を把握することはできなかった。更衣室内は人感センサーライトが設置してあるが、座り込み動いていなかったためライトは消えていた。	安全管理室と施設課との協議の結果、以下の方針となった。 ①更衣室全てにナースコールを設置する。 ②待合側ドア「施設中」を操作室側で確認できる表示灯を設置する。  更衣室内の患者の存在は確認できるが、急変時に発見できる訳ではない。

## 他施設の見解

- ・更衣室にマイクを取り付け、操作室で常時間こえるようにしている。

### MRI検査室に磁性体を持ち込んだ事例

- 他院での術後ステープラ(頭部)
- 義足
- チタンテープ
- ヘアピン
- 尿路用カテーテルのキャップ(DIBキャップ)
- セーフティボックスのカギ

### その他

◆自施設の使用物品について、MRI対応・不対応の把握はどうしているか？

•モダリティ別でも厳しく管理していくことが必要。新製品、新材料など使用した場合は添付文書を提出していただき、データベース(エクセル)管理する。

•医療機器のMR適合性検索システムを利用。  
<https://www.medie.jp/solutions/mri>

## 平成29年度 横浜市病院安全管理者会議看護部会報告

幹事：横浜労災病院 伴 律子  
横浜市立大学附属市民総合医療センター  
小川知子

### 看護部会の目的

横浜市立病院、市大病院、市内中核病院の安全管理担当者があつまり、医療安全に関する情報交換や研修を行い、安全管理の推進に貢献することを目的とする。

看護部会規定より

### 看護部会 活動内容

- 1 安全管理推進に関すること
- 2 安全管理について情報の共有化に関すること
- 3 看護の質向上に関すること
- 4 そのほか

看護部会規定より

### 第1回会議

平成29年7月25日 14:00～16:00

場所：横浜労災病院

議題

- 1 **各施設のせん妄対策について**  
マニュアル、スケール等アセスメントツール他
- 2 **各施設のDNARについて**  
DNARに関する基準やマニュアル、同意書の有無
- 3 **RRSの導入について**
- 4 **医療監視に向けた対策について**  
インシデント・アクシデントの記録  
予期せぬ死亡事例対策  
医薬品の在庫及び品質管理など  
注射薬剤の異物混入・容器破損防止

### 第2回会議

平成30年1月31日 14:00～16:00

場所：横浜労災病院

議題

- 1 **画像診断見落とし再発防止策について**  
各施設での取り組みと課題（システムと人界戦術）
- 2 **情報共有と意見交換**  
せん妄に関する講習会での学び  
各施設での取り組みと課題
- 3 **医療監視での指摘事項への対応について**  
防犯対策、同意書の記載内容
- 4 **その他**

### メールでの情報共有

- ・**身体抑制の指示・医師や看護師記録について**  
⇒各施設のマニュアルやテンプレートなどを共有
- ・**リハビリ室での低血糖症状出現時の対応について**  
⇒リハビリ科医師が対応、病棟看護師が向かう等
- ・**手術室オカレンスの実施状況について**  
⇒報告する仕組みの有無など
- ・**医療監視の情報共有**  
⇒各施設での対応や課題を共有した。