

横浜市立病院等安全管理者会議
平成22年度検査部会活動報告

2011年3月10日
昭和大学藤が丘病院
寺内純一、他

平成22年度検査部会委員

(13施設&横浜市)

	病院名	氏名
横浜市病院経営局	横浜市立市民病院	岡本 佳子
	横浜市立脳血管医療センター	服部 一代
	横浜市立みなと赤十字病院	久保 信雄
公立大学法人	横浜市立大学附属病院	荏原 茂
	横浜市立大学附属市民総合医療センター	米澤 広美
地域中核病院	恩賜財団済生会横浜市南部病院	土橋 佳代子
	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	大塚 元秀
	独立行政法人労働者健康福祉機構横浜市北東部中核施設横浜労災病院	町田 博
	昭和大学横浜市北部病院	畠山 由美子
	恩賜財団済生会横浜市東部病院	横山 一紀
	国立病院機構横浜医療センター	稲葉 孝
安全管理者会議事務局	横浜南共済病院	金子 織江
	昭和大学藤が丘病院	寺内 純一
	横浜市健康福祉局健康安全部	船山 和志

検査部会活動状況

□2010.05.13

検査部会企画会議

□横浜市健康福祉局医療安全課

□検査部会代表者 2名

□2010.07.14

第1回検査部会

□2010.10.21

第2回検査部会

□2011.01.25

第3回検査部会



検査部会企画会議

2010.5.13

1. 目的

- 1) 横浜市立病院等安全管理者会議発足の経緯確認
- 2) 検査部会活動方法の確認
- 3) その他

2. 内容

- 1) 横浜市健康福祉局医療安全課の役割について
- 2) 検査部会活動について
- 3) 検査部会運営資料作成
- 4) その他

検査部会運営資料 1

2010.5.13作成

1. はじめに

- 1) 安全管理者会議発足の経緯
- 2) 検査部会発足の経緯

2. 運営組織

- 1) 構成病院 13施設
- 2) 事務局 横浜市健康福祉局医療安全課

検査部会運営資料 2

2010.5.13作成

3. 組織の役割

1) 検査部会

- ① 検討課題の設定と、それに基づいた活動
- ② 本会議での活動報告
- ③ 事務局との連絡

2) 事務局

- ① 病院長および各担当者宛依頼文の作成と送付
- ② 部会会場の予約
- ③ その他

4. その他

平成22年度検査部会検討課題

1. 各施設からのインシデント事例報告
2. 施設見学
3. **インシデント再発防止対策**
 - 1) 症例 転倒転落、患者誤認
 - 2) 理由 他部門との情報交換が可能
 - 3) 分析方法 4M5E、他
 - 4) 自己点検チェックリストの作成
 - 5) 情報公開



検査部会活動報告

1. 第1回検査部会 2010.07.14
 - 1) 検査部会企画会議報告
 - 2) 検討課題設定の再確認

2. 第2回検査部会 2010.10.21
 - 1) インシデント事例報告 8症例

3. 第3回検査部会 2011.01.25
 - 1) インシデント再発防止対策の検討
 - 2) 転倒転落 5症例の分析



第3回検査部会

2011.1.25

1. 検討事例

- 1) 腹部エコー検査終了後、車椅子移動時の転倒 1
- 2) 腹部エコー検査終了後、車椅子移動時の転倒 2
- 3) 心エコー検査終了後、車椅子移動時の転倒 3
- 4) 聴力検査室入室時のつまづきによる転倒
- 5) 採血後の転倒



2. 4M5E分析

- 1) 要因の抽出
Man(人)、Machine(設備、機器)、Media(環境)、
Management(管理)
- 2) 対策の検討
Education(教育、訓練)、Engineering(技術、工学)、
Enforcement(強化、徹底)、Example(模範、事例)、
Environment(環境)

4M5E 分析結果

	Man (人)	Machine (設備、機器)	Media (環境)	Management (管理)
発生要因	<input type="checkbox"/> VVRに対する知識 <input type="checkbox"/> 転倒転落に対する知識不足 <input type="checkbox"/> 患者症状の把握 <input type="checkbox"/> 患者の状態(片麻痺)の理解 <input type="checkbox"/> 患者観察 <input type="checkbox"/> 患者との体格差に注意 <input type="checkbox"/> 1名での患者移動	<input type="checkbox"/> 椅子、机の形状および配置 <input type="checkbox"/> 検査用ベッドの高さ <input type="checkbox"/> 検査用ベッドの不足 <input type="checkbox"/> 出入りに段差あり <input type="checkbox"/> 検査室のスペールは十分か？ <input type="checkbox"/> 検査室の生理整頓	<input type="checkbox"/> 他スタッフとの協力体制 <input type="checkbox"/> 応援体制がとれる体制であったか <input type="checkbox"/> 予約外検査 <input type="checkbox"/> 患者情報伝達不足 <input type="checkbox"/> 人員不足 <input type="checkbox"/> 照明が暗い	<input type="checkbox"/> 患者情報の伝達 <input type="checkbox"/> 日頃から患者移動の訓練はされていたか <input type="checkbox"/> 転倒転落に関する注意喚起はされていたか
Education (教育、訓練)	<input type="checkbox"/> 事例に基づく訓練 <input type="checkbox"/> 患者介護方法の研修 <input type="checkbox"/> 患者移動の実技講習 <input type="checkbox"/> カルテ、患者本人からの情報収集の教育		<input type="checkbox"/> 患者情報の伝達方法確立 <input type="checkbox"/> 担当者以外も介護に当たる意識を持つ	<input type="checkbox"/> 患者介助マニュアルの作成 <input type="checkbox"/> 患者情報の伝達 <input type="checkbox"/> 講習会日程を周知し参加を促す <input type="checkbox"/> 転倒転落に関する情報の周知
Engineering (技術、工学)	<input type="checkbox"/> 検査技術の向上 <input type="checkbox"/> 電カルでの情報確認 <input type="checkbox"/> リストバンドの活用	<input type="checkbox"/> 検査用ベッドの高さ調整(電動)	<input type="checkbox"/> 移動困難患者に関するマニュアル作成	
Enforcement (強化、徹底)	<input type="checkbox"/> 患者観察の徹底 <input type="checkbox"/> 複数名での対応 <input type="checkbox"/> 声を掛けながら患者介助 <input type="checkbox"/> カルテ、患者本人からの情報収集	<input type="checkbox"/> 検査室内の整理整頓	<input type="checkbox"/> 患者情報の共有化強化 <input type="checkbox"/> 他スタッフとの協力体制強化 <input type="checkbox"/> 看護師との協力体制強化	<input type="checkbox"/> 患者介助マニュアルの遵守
Example (模範、事例)	<input type="checkbox"/> 注意喚起 <input type="checkbox"/> 複数名での移動		<input type="checkbox"/> 他部署との話し合い <input type="checkbox"/> 役割分担の検討	<input type="checkbox"/> 事例報告会の実施
Environment (環境)	<input type="checkbox"/> 部署内スタッフの協力体制	<input type="checkbox"/> アメニティの配慮 <input type="checkbox"/> 検査用ベッドの増設 <input type="checkbox"/> ベッドの高さ調整 <input type="checkbox"/> 手すり増設 <input type="checkbox"/> スロープの作成 <input type="checkbox"/> 患者移動のためのスペース確保	<input type="checkbox"/> 検査用ベッドの増設 <input type="checkbox"/> 介助者到着まで待機	<input type="checkbox"/> 安全管理室と共に検査環境を整える

インシデントの要因と対策 1

1. Man(人)

1) 知識不足

研修会の実施

2) 患者情報の収集不足

申送りの徹底、電カルの利用

2. Machine(設備、機器)

1) 検査室のスペース

整理整頓

2) 出入口の段差

患者介助

3) ベッドの高さ

電動ベッドの設置



インシデントの要因と対策 2

3. Media (環境)

1) 予約外検査

人員の確保

2) 部署間の連携が不十分

他部署とのコミュニケーション構築

4. Management (管理)

1) マニュアル作成

マニュアル改定と周知

2) 情報の伝達不足

事例報告会の実施

転倒転落防止のための自己点検チェックリスト(案)

チェック項目

1. 転倒転落防止に関する教育を実施している
2. 患者のプライバシーを確保するためにカーテンで仕切っている
3. ベッドに柵がある
4. 入院患者の場合、転倒転落のアセスメントを実施している
5. ベッドは壁側に設置している
6. 患者の体位移動は複数のスタッフで行っている
7. ……………

解説

1. 転倒転落に関するKYT(危険予知トレーニング)を実施することで、危険を未然に防止する知識を養う
2. 患者が体を支えようとし、カーテンに手を付く場合あり
3. ……

まとめ

- 平成22年度検査部会活動前に横浜市健康福祉局医療安全課と共に**企画会議**を実施した。
- 検査部会運営資料**を作成し、検査部会、横浜市健康福祉局医療安全課の役割分担を明確にした。
- 検討課題を**インシデント再発防止対策**とし、転倒転落事例を4M5E法で分析した。
- 次年度は、転倒転落防止のための**自己点検チェックリスト**を作成し、**外部への発信**を実施したいと考えている。