

野村病院


行動察知用具の適正使用の効果

- 患者特性にあった転倒・転落防止をチームで取り組んで-

医療法人財団慈生会野村病院
医療安全管理者
屋地千鶴

【野村病院の概要】

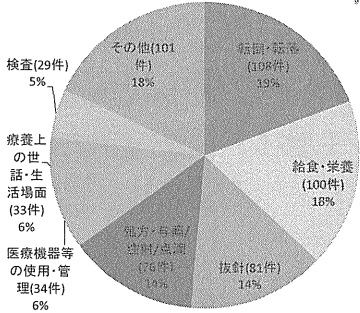
- 創立理念「医療の前に人あり」
- 創立63周年
- 病床数133床（一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟）
- 14年ぶりの新人看護師、医療現場未経験のケアワーカー（看護補助者）採用、中途採用看護師が多い
- 医療安全管理体制：看護師長 専任医療安全管理者
初代は放射線科科長
- 部長、師長、主任15人中6人が看護協会の医療安全管理者養成研修修了



2

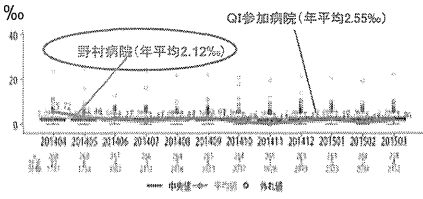
【背景と目的】

平成26年度インシデント・アクシデント総件数562件



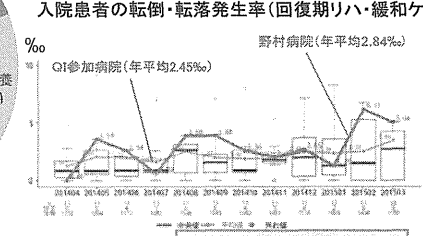
発生場所	件数	割合
転倒・転落	119	21%
給食・栄養	100	18%
抜針	81	14%
その他	101	18%
検査	29	5%
療養上の世話・生活場面	33	6%
医療機器等の使用・管理	34	6%
処方・処置/点滴	76	14%

入院患者の転倒・転落発生率（一般病棟）



野村病院（年平均2.12%）
QI参加病院（年平均2.55%）

入院患者の転倒・転落発生率（回復期リハ・緩和ケア）



野村病院（年平均2.84%）
QI参加病院（年平均2.45%）

回復期リハ・緩和ケアでは平均より高い

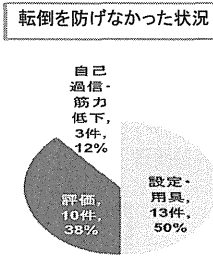
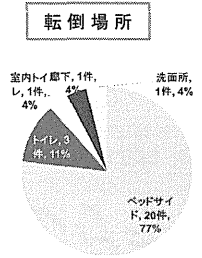
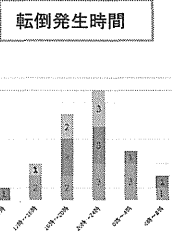
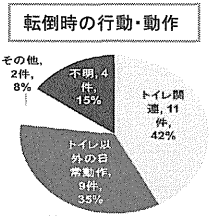
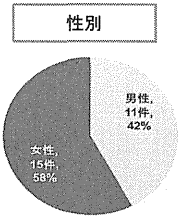
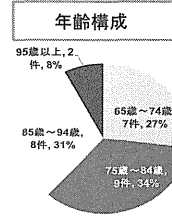
繰り返される転倒

- 対策を実施していても、転倒の抑止に繋がっていない。
- 看護の限界やスタッフの疲弊感が大きい。
- 事例を個別的に検討・評価し、実情に見合った対策・介入が必要。

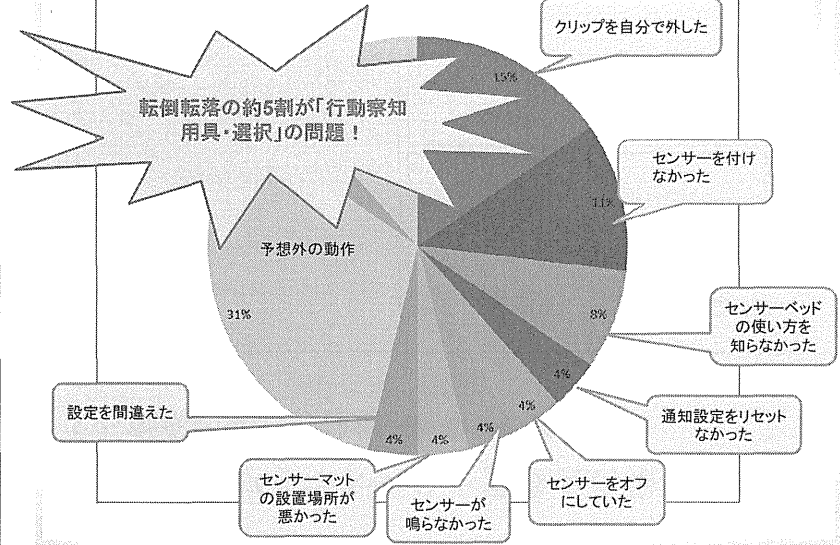
転倒対策プロジェクトの立ち上げ

4

【結果】



転倒を防げなかった状況 n=26



【当院で使用している行動察知器具】

どんな患者さんに使用すればいいの？

退院までつけたまま？

操作が分からない

器具を使いたいの
に物品がない

設定はこれでいいの？

行動察知器具の使用基準がない！

(P社) (F社)

【プロジェクトの分析で見えた現状と課題】

- ・患者の実情に合ったタイムリーなアセスメントが出来ておらず、筋力低下や状況把握が困難な患者に使用した行動察知器具がその意味を果たしていない。
- ・行動察知器具を装着したことで、安心感や、やみくもに使用したことによる弊害が起きている



- 看護師の危険予測・評価による事故防止のための主体的業務への取り組みが必要。
- アセスメントから適切な対策の立案、用具選定を基準化することで、一定水準の転倒防止対策が実施できる。

【看護部リスクマネジメント委員会の取り組み】

- ①「転倒転落アセスメントシート」と「転倒対策ツール」の作成
- ②「行動察知用具運用基準」の作成。
「行動察知用具保守・点検基準」の作成。
臨床工学技士の介入
- ③入院患者の靴の推奨。
- ④4年計画での、患者や環境に適応した安全性と機能性を優先したベッドの総入れ替え

【看護部リスクマネジメント委員会の取り組み】

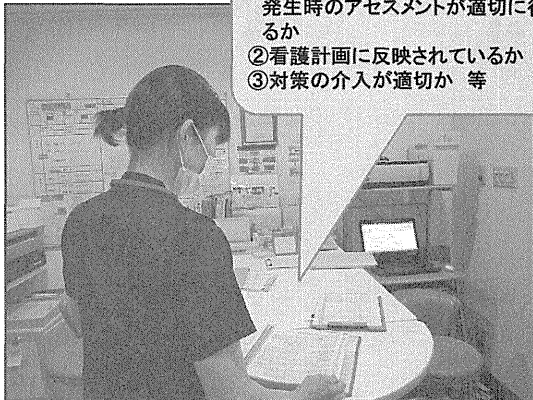
- ①認知機能低下とせん妄を視点に置いた「転倒転落アセスメントシートとアセスメント対策ツール」の作成
(当院と患者の特性が類似施設のものを変革したアセスメントオリジナルシート)

転倒転落アセスメントシート

転倒転落アセスメント対策ツール

【モニタリングラウンド中】

- ①入院時、1週間後、状態変化時、転倒転落発生時のアセスメントが適切に行われているか
- ②看護計画に反映されているか
- ③対策の介入が適切か 等



【看護部リスクマネジメント委員会の取り組み】

- ②行動察知器具の機能と特徴を明確にし、「行動察知用具運用基準」作成。

行動察知用具運用基準

目的と趣旨

目的：転倒転落防止の観点から、行動察知用具の適切な利用を図る。

目的：転倒転落防止の観点から、行動察知用具の適切な利用を図る。

目的：転倒転落防止の観点から、行動察知用具の適切な利用を図る。

～趣旨～

1. 転倒転落防止の観点から、行動察知用具の適切な利用を図る。
2. 転倒転落防止の観点から、行動察知用具の適切な利用を図る。
3. 転倒転落防止の観点から、行動察知用具の適切な利用を図る。
4. 転倒転落防止の観点から、行動察知用具の適切な利用を図る。
5. 転倒転落防止の観点から、行動察知用具の適切な利用を図る。

～運用～

1. 転倒転落防止の観点から、行動察知用具の適切な利用を図る。
2. 転倒転落防止の観点から、行動察知用具の適切な利用を図る。
3. 転倒転落防止の観点から、行動察知用具の適切な利用を図る。
4. 転倒転落防止の観点から、行動察知用具の適切な利用を図る。
5. 転倒転落防止の観点から、行動察知用具の適切な利用を図る。

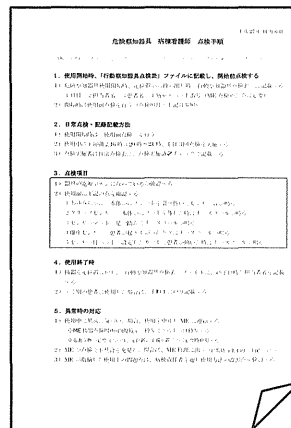
【転倒防止対策の評価】

「行動キャッチカンファレンス」中



ケアワーカー
(看護補助者)

【保守・点検と使用状況の把握は臨床工学技士が担当】



管理員 出入庫		検査員 検査結果		検査員 検査結果	
年月日	品名	検査員	検査結果	年月日	品名
10/10

点検中
ON MAINTENANCE



【センサーベッド研修会を開催】

設定・操作方法・注意点について説明中

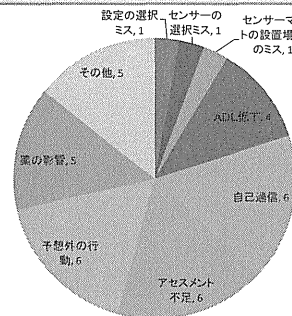


ケアワーカー
(看護補助者)

【転倒事例抑止効果】

取り組み開始(9月、10月、11月の3か月間)後の効果

取り組み実施後に医療安全管理委員会に報告された
転倒転落インシデントレポート: 35件 (述べ入院患者数: 7170名)
81件 (プロジェクト開始時の3か月間) → 35件 (取り組み開始後3か月)
行動察知用具に関する事例 14件 → 3件



対策ツール通りに対策をとっていたら転倒は防げたかも...

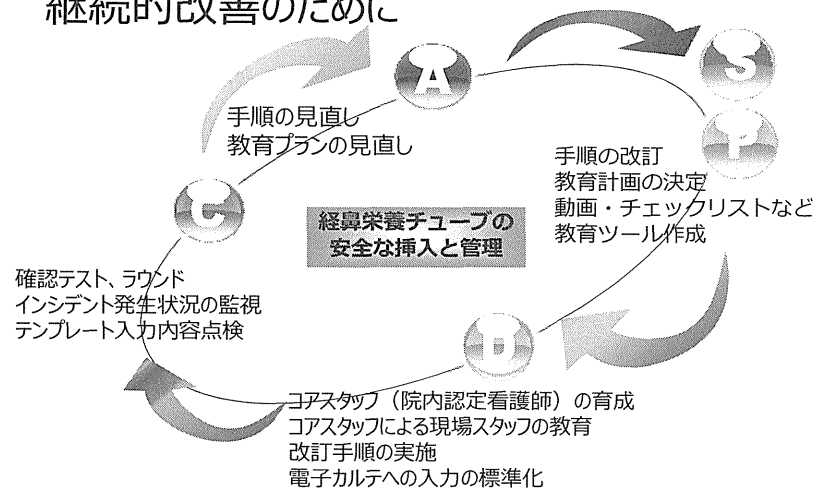
【まとめ】

- 当院の患者特性と転倒の傾向が明確にし、行動察知用具を正しく理解し使用することで、転倒転落を減少させることができた。
- やるべきことが何なのかを明らかにし、誰がいつ、どのように実施するのかなど安全な行動をとるためのシステム作りが必要。
- 転倒転落防止対策は、医療サイドがチームとして対応していくことが何よりも重要。

安全に必要な経鼻栄養チューブ挿入時の 胃液採取に着目した手順改訂とその成果

医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院
医療安全管理室 斉藤 律子

安全が確保された業務プロセスの 継続的改善のために



病院概要

1979年10月開院

602床（一般病床）

診療科目：36診療科

救急搬入：10,000件/年

手術件数：4,000件/年

地域医療支援病院

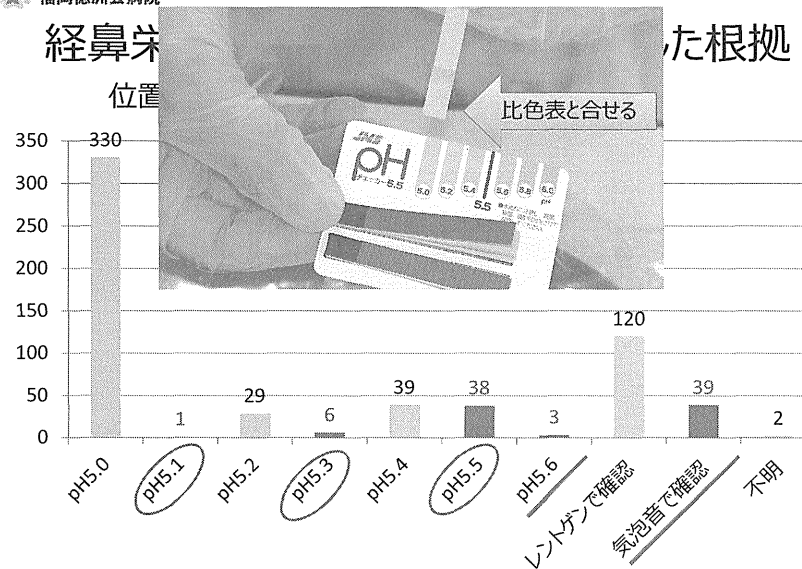
厚生労働省臨床研修指定病院

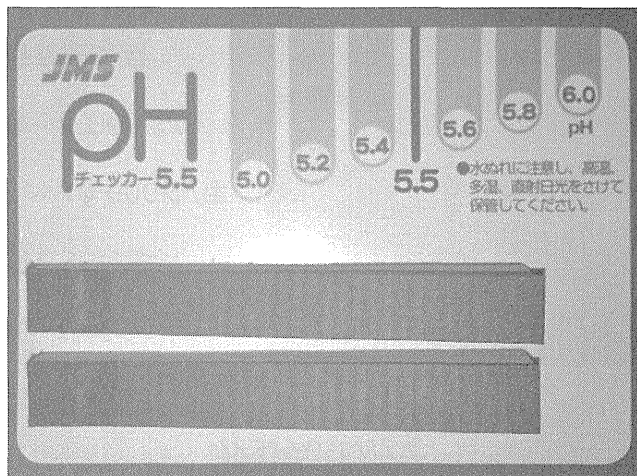


経鼻栄養

位置

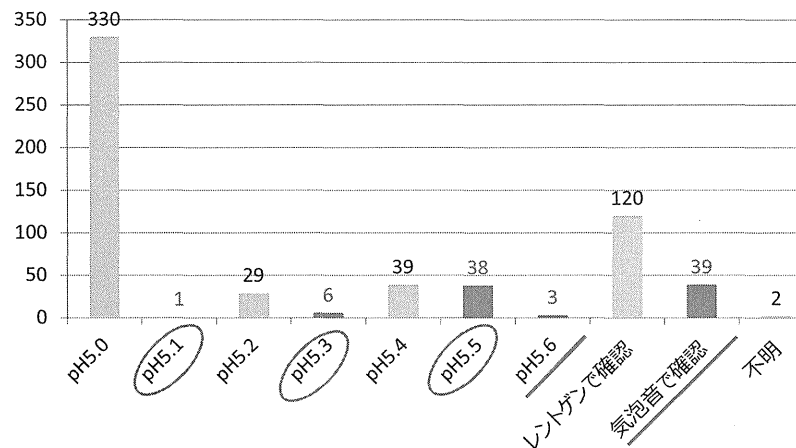
た根拠





経鼻栄養チューブ位置確認を判断した根拠

位置確認をOKとした理由別データ (n=597)



継続的改善に向けて

- 1.非常に危険な医療行為の一つであることの認識
- 2.より確実で、実施可能性の高い位置確認手順の確立
- 3.安全なチューブ挿入技術の獲得
- 4.理解しやすく、守りやすい標準手順
- 5.手順が守られているかの評価とフィードバックの仕組み

改善ポイント① 胃液の採取

より確実で、実施可能性の高い位置確認手順の確立

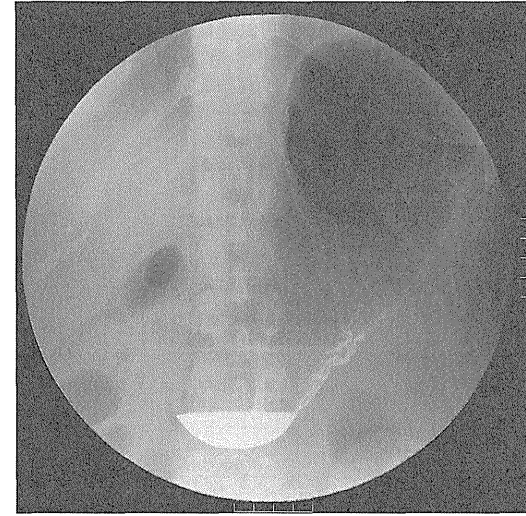
- ①胃液：吸引液の性状の観察
- ②採取：挿入長の測定方法の変更
旧手順) 鼻→耳→剣状突起
新手順) 鼻→耳→咽頭隆起→剣状突起
- ③pH確認：実測値のテンプレートへの入力
pHチェッカーの比色表
5.0 5.2 5.4 5.6 5.8 6.0
に合わせたチェックボックスの設定

0001012369

M 59
S24/09/27

2009/07/03
09:58:34

SCV-96
CVP-A1/4



改善ポイント② テンプレート

1. 標準手順が可視化される
2. チェックリストの役割
3. モニタリングとフィードバックのためのデータ抽出
4. データの二次利用が可能

<初回挿入>胃管チューブ挿入時の位置確認

説明者 説明者を受けた方

挿入前確認

- 患者・家族に同意を得ている YES NO NOの場合⇒説明する
- 口腔ケアを行っている YES NO NOの場合⇒実施する

挿入手順

- ①挿入長さが適切である(実測) YES NO
- ②口腔内にとどまらない YES NO
- ③空気注入法による気泡音の確認(心窩部・両肺)
・心窩部の気泡音が最強である YES NO
- ④胃内容物が引ける YES NO

①～④の引けない場合は、以下のいずれかあるいは複数の方法を組み合わせる

- 患者を側臥位・半坐位にする
- チューブに空気10～20ml注入(小児は医師確認)
- マーキング位置より5～10cm深く挿入する
(全挿入長の1割の長さ) (吸引後は元に戻して固定)

①～④の確認看護師 2名

結果 ①～④ を すべて確認 ⇒ レントゲン撮影
レントゲン撮影確認医師

<挿入の難易度>

1回でスムーズに挿入できた 2～3回で挿入できた 挿入困難で医師が挿入した

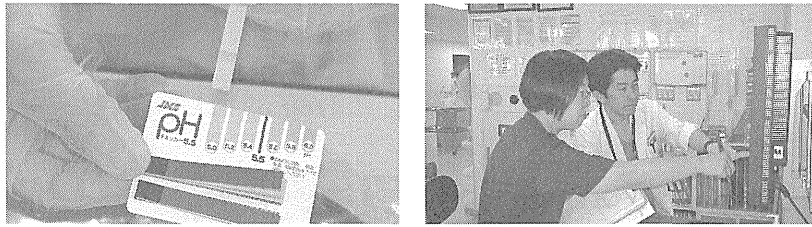
改善ポイント③ フェイルセーフ

判断に迷った場合の対応

交換再挿入時少しでも迷いがあれば、

レントゲン撮影で位置確認

(チューブ挿入時の感触、チューブ位置やpH試験紙の色調、
胃内容物の性状、気泡音など)



＜交換・再挿入＞胃管チューブ挿入時の確認

挿入前確認

- 制酸剤を使用していない YES NO
- 挿入前に口腔ケアを実施している YES NO⇒口腔ケアを行う

挿入手順

- ① 挿入長さが適切である(前回挿入長) YES NO
- ② 口腔内にとどろがない YES NO
- ③ 空気注入法による気泡音の確認(心窩部・両肺) YES NO
・心窩部の気泡音が最強である
- ④ 胃内容物が引ける YES NO

引けない場合は、以下のいずれかあるいは複数の方法を組み合わせる

- 患者を側臥位・半坐位にする
- チューブに空気10～20ml注入(小児は医師指示)
- マーキング位置より5～10cm深く挿入する(全挿入長の1割程度の長さ)(吸引後は先に戻して固定)

⑤ 胃内容物がpH6.4以下である

実測値 5.0 5.2 5.4 ⇒ YES
 5.6 5.8 6.0 色調に迷いあり ⇒ NO

①～⑤の確認看護師 2名

結果 ①～⑤ すべて確認できた、そして迷いがない ⇒ 挿入OK
 ①～⑤ ひとつでも確認できない、または迷いがある ⇒ レントゲン撮影
 レントゲン撮影確認医師

＜挿入長の変更＞
 なし あり(理由記載)

改善ポイント④ 評価とフィードバック

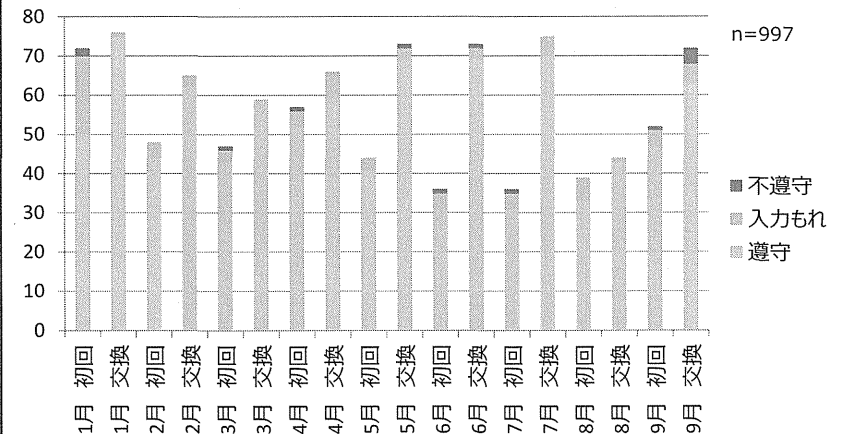
いつ：毎朝

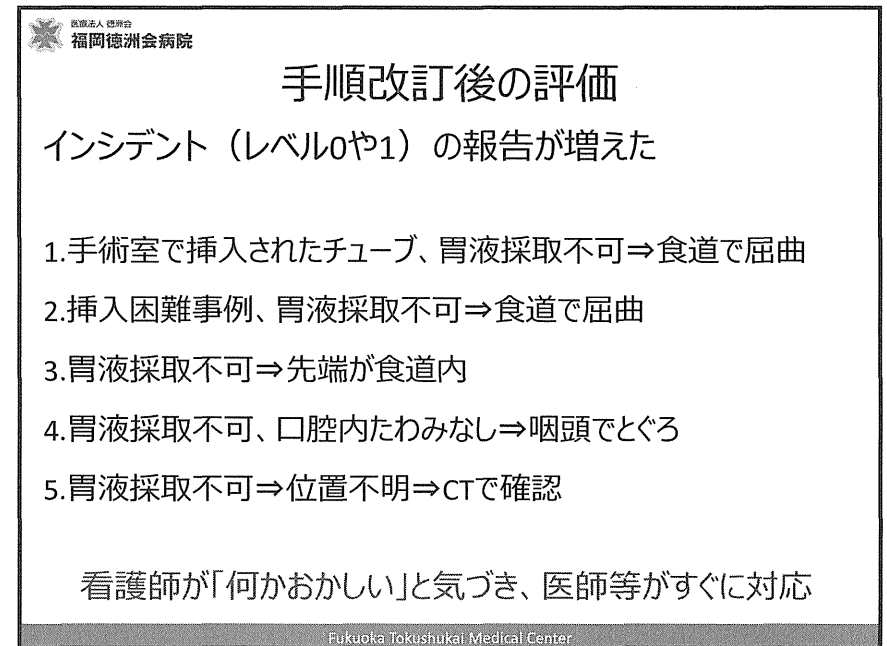
誰が：医療安全管理者

どのように：

- ① 前日に入力されたテンプレートデータを抽出
- ② 電子カルテと照合しながら、位置確認方法およびカルテ記載内容を確認
- ③ 手順が守られていない事例があれば、当該部署師長に院内メールで報告
- ④ 連絡をうけた師長は担当スタッフに確認、指導を行い、医療安全管理者に連絡
- ⑤ 医療安全管理者は電子カルテで最終点検

手順の遵守状況 (2015年1月～9月)





手順改訂後の評価

- 院内認定コアスタッフの養成：50名
- コアスタッフによる現場教育延数：約700名
- 胃液採取率：64%→74%
- ルール遵守率：85%→98%
- 経鼻栄養チューブ関連の有害事象：発生なし
- チームで安全を確保するという体制が整った

まとめ

決められた事

根拠に基づいた安全な位置確認方法
テンプレートを用いた標準手順の実施 を

ちゃんとやる

教育を受けて、原理原則を納得して、
手順を守ることに合意して、手順通りやる と

変わった

胃液採取率のUP、事故の未然防止
迷ったら安全な方を選ぶ
「おかしい」と声を出せる組織

継続していく上での課題

栄養注入前の確認行動

中途採用者への教育

インシデントを風化させない継続した活動

引用・参考文献

- 認定病院患者安全推進協議会、提言 経鼻栄養チューブ挿入の安全確保、患者安全推進ジャーナル 2006;13:39-41
- 医療安全全国共同行動 いのちをまもるパートナーズ、経鼻栄養チューブ挿入時の位置確認の徹底
- 山元恵子、写真でわかる経鼻栄養チューブの挿入と管理、インターメディカ、2011
- 大村和也ほか、栄養チューブ挿入時の合併症：食道穿孔の一例、日本集中治療学会誌 2011;18:401-404
- Jain Bhaskara Pillai, Annette Vegas, Stephanie Brister. Thoracic complications of nasogastric tube: review of safe practice, Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery,2005;429-433
- 寺見雅子、摂食・嚥下障害看護、経鼻栄養チューブ挿入時のケア、月刊ナーシング、2010;30(8):92-96
- 芳賀克夫ほか、経鼻栄養胃管気道内誤挿入防止のための指針、日本医療マネジメント学会雑誌、2008;9(2):359-363

医療の質安全学会 患者誤認防止のための当院の取り組み ～バーコード認証と確認手順～

栗原市立栗原中央病院
医療安全管理室
渡辺 明美

栗原市立栗原中央病院

患者様と共に歩む病院、
患者様のための医療を目指して
栗原中央病院は患者様の人権を尊重します



- 診療科目 16診療科目
内科・神経内科・消化器内科・外科・整形外科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・小児科・皮膚科・麻酔科・精神科・泌尿器科・放射線科・リハビリテーション科・病理診断科
- 病床数 300床
地域包括ケア病床50床 療養病床 50床
- 日本医療機能評価機構認定病院 Ver.6.0
- 看護体制 7:1
- 栗原圏域の高齢化率 34.6% (宮城県 トップ)
- H26年度転倒転落発生率 2.05%

「患者誤認防止」に対する取り組み

「医療安全宣言」

平成18年 6月
病院全体で医療安全に取り組むことを宣言

「患者の誤認防止」

患者さん本人に
名前を名乗っていただく
取り組みを開始



「患者誤認防止」対策取り組み内容

- 患者確認の場面の設定
外来診察・処置時、手術、検査、点滴・注射、与薬、輸血、採血、食事の配膳、ネームバンド装着、書類の受け渡しなど
- 各部門で患者確認方法を取り決め
- 医療安全対策マニュアルに明記
各項目に患者確認（患者に名前と生年月日を言ってもらふ）を具体的に明記
- 医療者への周知の徹底
職員、非常勤、派遣、委託業者

先生方へお願い
 「患者誤認防止のため」
 患者様が診察室に入ったら
 患者様に名前を名乗ってもらい
 生年月日をたずねてください。



栗原市立栗原中央病院 医療安全管理室

「患者誤認防止」対策取り組み内容

○患者・市民への周知

入院時刻インテシオン、患者用ポスターの掲示（外来全診察室のドア、外来受付カウンター、ナースステーション等）外来プラズマディスプレイへの掲示、入院案内に氏名確認の趣旨説明、市の広報紙への掲載等

○同姓同名患者

同姓同名患者は同じ病棟に入院させない

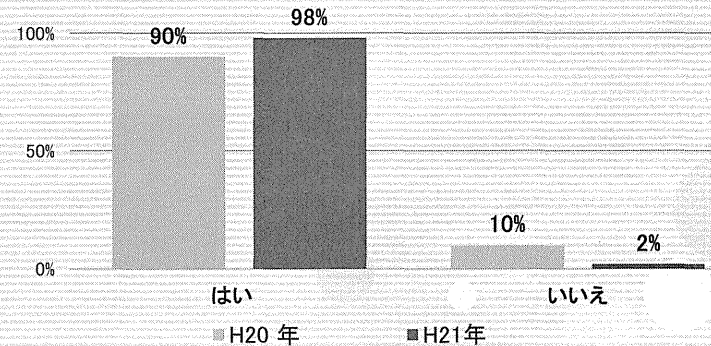
「患者誤認防止」に対する取り組み活動の評価

○患者確認について聞き取り調査

- ・病棟患者
- ・外来患者
- ・職員へのアンケート

聞き取り調査（外来患者）

患者様・家族様に名前を名乗っていただいておりますがご存じでしたか？ N=50

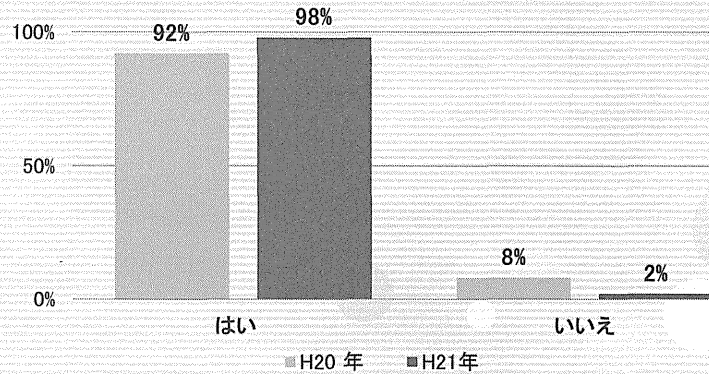


聞き取り調査 (外来患者)

診察前に医師に名前を名乗るように

言われましたか？

N=50

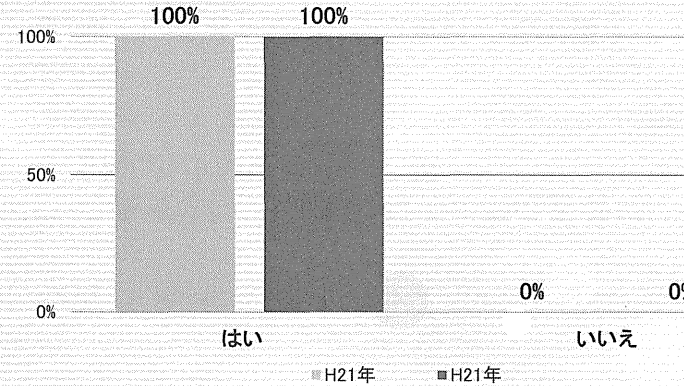


聞き取り調査 (外来患者)

採血実施前に名前を名乗るように

言われましたか？

N=50



取り組みを行なった結果

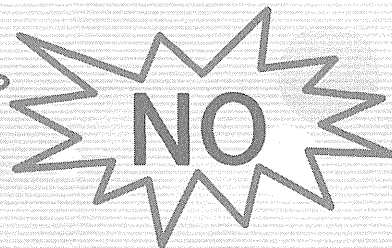
医療スタッフは、場面ごとに名前と生年月日を確認している。

患者は名前と生年月日を名乗っている。

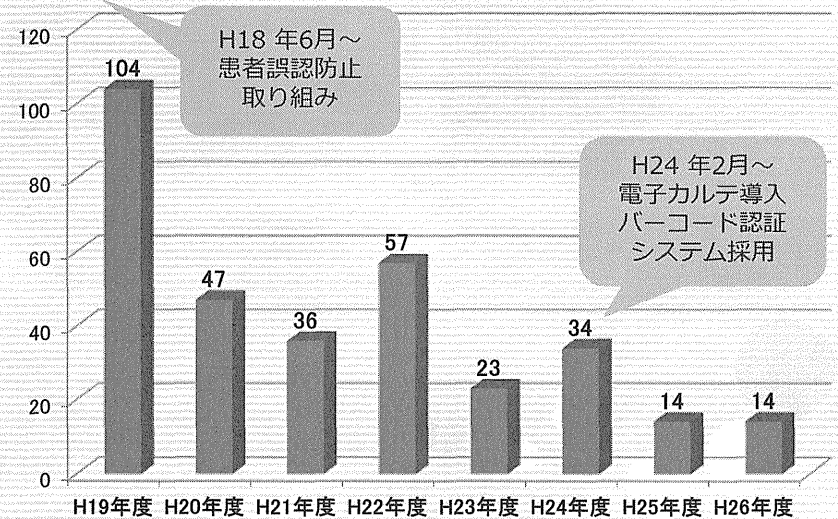
更に 平成24年2月～電子カルテ導入

バーコード認証システム運用

患者誤認はなくなった？



患者誤認報告件数



なぜ、発生？

○手順から逸脱

- 患者IDを点滴バルから打ち込み患者認証し、点滴を認証し追加。

(⇒夜間の患者認証は患者を起こしてしまうからと患者バーコードを手入力)

- 最初に点滴を追加してからバーコード認証。

(⇒点滴がなくなりそうだったから実施してから認証)

- 患者が持っている受付票ではなく、会計にある順路案内票でバーコード読み取り。

(⇒患者が取り出す前に表示させておくこと会計がスムーズ)

- 「〇〇さんですか？」に頷いたことで確認とし診察、カルテ記載。

(⇒難聴の患者で何度も尋ねたが返答がなく問いかけに頷いた)

電子カルテ導入～H24年2月～患者認証システム



なぜ、発生？

○形骸化(名乗ってもらったが照合確認しない)

- 名乗ってもらった患者はカルテの患者ではなかったが気がつかず診察し記載

(⇒診察前に患者カルテを開き、呼び出した患者でない人が診察室に入って来た)

- 似ている名前の患者の会計の取り違え

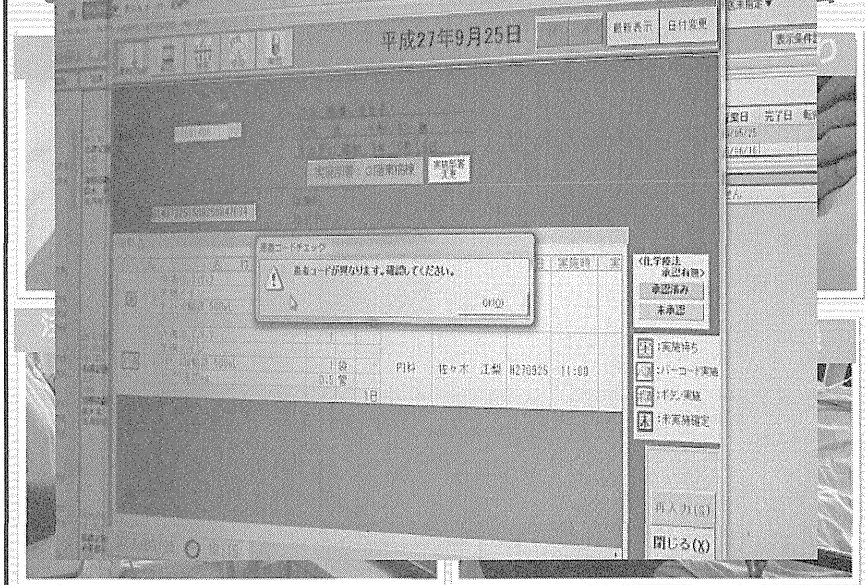
(⇒名乗ってもらったが、似ている名前と間違えた)

- 配膳の際の取り違え

(⇒名乗ってもらったが、食札と照合しなかった)

(⇒確認する前に食札を外していた)

電子カルテ導入～H24年2月～患者認証システム



患者様の確認にご協力を
お願いいたします

診察室に入りましたら

医師に 名前を
名乗っていただき

受付票の提示を
お願いいたします



栗原中央病院 医療安全管理課

患者様の確認にご協力を
お願いいたします

入院中、注射、輸血、採血、検査、
手術などの際、その間
名前と生年月日を確認いたします

ネームラントを
確認いたします



栗原中央病院 医療安全管理課

患者様、ご家族様には安全な医療のパートナーとして患者確認にご協力をお願いいたします。

受付票
受付日：平成26年7月1日
8時43分
ID：01234567
ミソラ ヒバリ
氏名：美空 ひばり様
生年月日：昭和43年1月20日
性別：女



外科 No：701
内容：診察 12:00
会計番号：114

バーコードリーダーの患者認証により患者間違いは減少
(認証システムの対象外の食事の配膳、診察、説明、事務的な間違いは発生)
ツール、システムによって全てを防止できない
今後も継続
□ ツール、システムの使用法、手順の整備と遵守
□ 定期的な意識づけの継続
なぜ患者確認が必要か、
ロールプレイングで職員参加型の研修会の実施
□ 習慣化 やらないと気持ち悪い
全職員で安全な医療を提供する

引用文献 参考文献
1)河野龍太郎：医療におけるヒューマンエラー なぜ間違える どう防ぐ
第2版 医学書院 2014
2)渡邊和子：患者と医療者の協同によるフルネーム確認 医療安全
6(4)p.15～19,2009.
3)寺井美峰子：正確に患者を確認するためには-さまざまな場面とパターン
ナーシングトウデイ 21(3) p.38～40,2006.
4)鮎澤純子，山内桂子：患者参加の事故防止 どう考えるか そしてどう取
り組むか 看護 56(12)p76～79,2004.
ご清聴 ありがとうございました

歯科診療所における 業務プロセスに落とし込んだ感染防止対策

第10回医療の質・安全学会 パネルディスカッション3
「医療安全のために安全が確保された業務プロセスで医療を提供する
～“やるべきことをやる”その効果と評価～」

Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵 2015年11月22日

医療機関に求められる感染対策とは何か？

〔基本原則〕 感染症の持ち込み、持ち出し、拡大阻止

病院の手法

感染症発生(事実)の抽出

- 対策立案・実行
- 予防・拡大防止

診療所の手法

感染症発生(事実)の抽出

- 対策立案・実行
- 予防・拡大防止

病院の感染症対策

常に感染症発生が前提の対策

- ・サーベイランス(発生動向調査)
- ・院内監視 ICT、リンクナース
- ・委員会活動と担当管理者の配置
- ・分析・統計(傾向、重点対策)
- ・発生原因の究明
- ・病院間で情報公開と情報共有
- ↑
- ・外部の客観的評価の受け入れ
- ・医療監視、ISO、機能評価

組織を横断して対応

診療所の感染症対策

感染症発生自体が稀で特別？

- ・特定の種類のリスクに偏りがちな対策
- ・自浄的事例抽出や客観的事例調査が難
- ・少人数で専任の管理者の配置が難
- ・診療所間の情報公開と情報共有は難
(風評被害や経営ダメージが大障壁)

→病院の活動を
診療所の特性に合わせて対策

数量的判断

(20151122 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

歯科における感染症対策関連事項…保険点数から

歯科外来診療環境体制加算

初診時 2.6点 再診時 4点

施設基準]

- 1 所定の研修を修了した常勤の歯科医師1名以上の配置
- 2 歯科衛生士の1名以上の配置
- 3 緊急時の初期対応が可能な医療機器
(AED、酸素ボンベ及び酸素マスク、血圧計、パルスオキシメーター)の設置
- 4 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制の確保
- 5 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等、十分な感染症対策を講じていること
- 6 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること
- 7 歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整等に飛散する細かい物質を吸収できるよう、歯科用吸引装置等を設置していること
- 8 歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること

算定要件]

上記に加え講習会受講

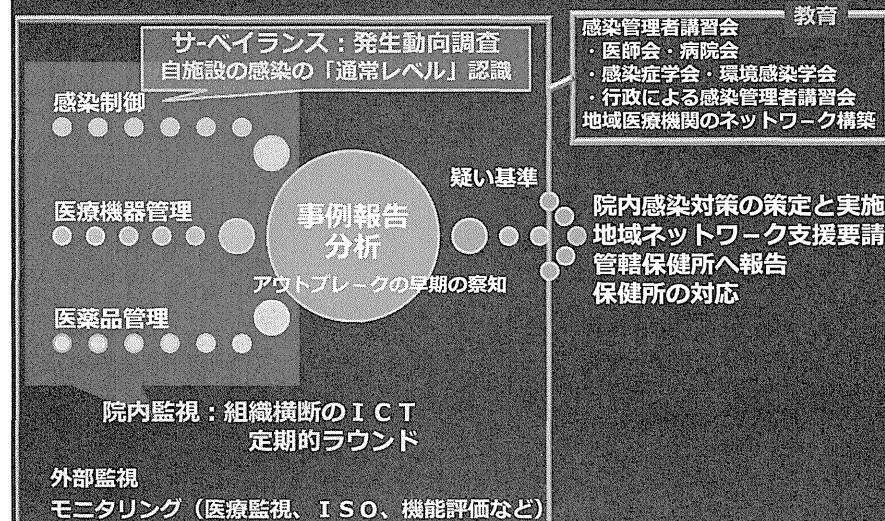
- ①偶発症に対する緊急時の対応
- ②医療事故
- ③感染症対策

課題:人、物、受講義務はあるが実際の運用や維持に具体的指標はない

(20151122 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

感染対策に有効とされる事項を遵守しコンプライアンスを上げて感染拡大を制御する

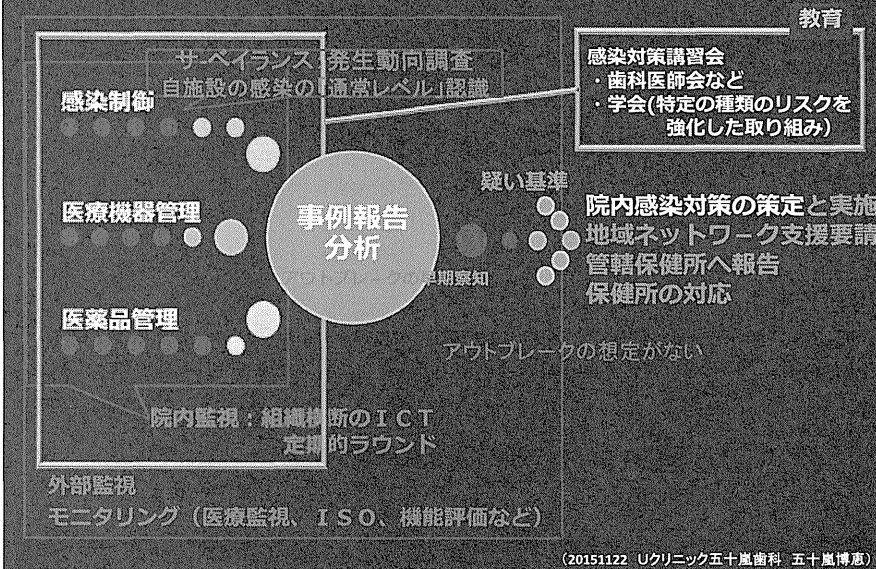
大型病院の対応…感染症は常に発生している…見落とさないを前提に対策



(20151122 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

感染対策に有効とされる事項を遵守しコンプライアンスを上げて感染拡大を制御する

診療所の対応…感染症発生は稀？血液媒介感染だけが対象？



診療所の特性に合わせた感染対策

1. 対策立案のための自院の分析

小規模医療機関の提供している医療行為によるタイプ分類
巨尾症候群の分類から
 Type B (無床orスタッフ20名未満)：長距離医療行為・危険薬剤使用・高度機器使用
小規模(無床)ハイリスク・基本プログラム+オプション

感染症発生を前提にした対策は出来ない ←感染症対策
 → 毎日発生する血液・唾液の暴露と危険器具の扱いを対象
 ↑
 感染制御対策

2. プログラムの選択と達成目標

1. 医療安全管理者の確立・業務の把握
2. クリニカル5S活動・KYT
3. 基本安全確認行動の導入
4. 安全管理マニュアルの整備
5. 院内研修
6. ヒヤリハット事例のレポート
7. 事例分析
8. サバイランス：発生状況から対策を立てるは不可能
9. 院内監視：客観性、自浄性、信頼度に欠ける
10. モニタリング (医療監視、機能評価など)
11. 立ち入り調査

→診療所でも実現可能な
 対策と評価を
 数値で判断していく方法

(20151122 リククリニック五十嵐歯科、五十嵐博恵)

歯科診療所の特性に合わせた感染対策

3. リスクアセスメントと解決課題



歯科診療所の特性に合わせた感染対策

4. 方略と方法

現実のリスクを洗い出し優先順位を決めプロセス管理によって感染を制御する

① 診療時の様々な場面
 口腔外科手術
 →フリーフィンク
 タイムアウト
 →チェックリスト

② 血液、体液、汚物処理時
 針刺し切創
 →シャープネスマネジメント
 指差呼称・二重確認
 →チェックリスト

③ 医療の提供環境全般
 累積汚染
 →環境清掃
 手洗い
 →ルミテスター検査

④ 往診の様々な場面

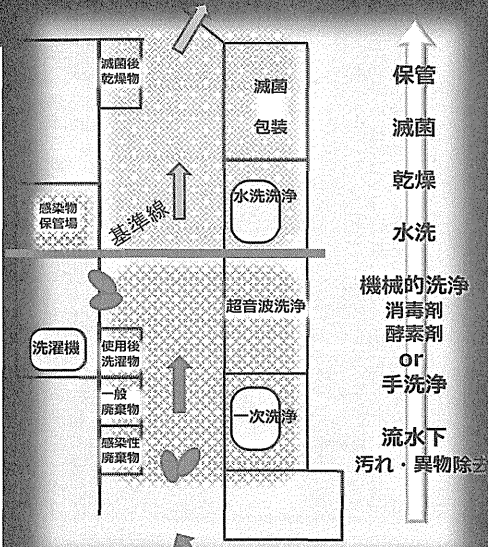
医療機関

居宅

実践例1 作業工程に場を合致させ遵守基準を可視化

5S

ワンウェイ・ゾーニング



(20151122 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

実践例2 基本安全確認行動をネットワークの中で実施

5S"

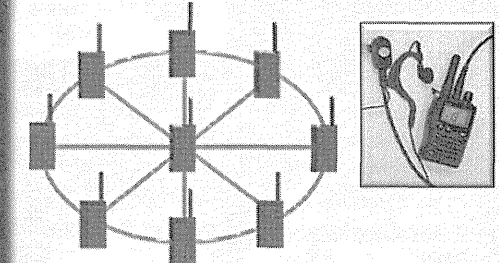
● 院内ネットワーク構築(持ち場を離れず自律的に情報受発信可能な状態を構築)

情報伝達の時差を無くし
情報の共有化・対応の迅速化

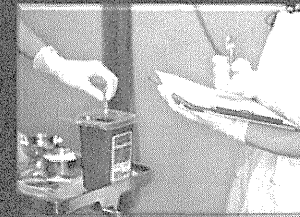
- 緊急時コール
- 業務周知内容の共有化
- マンパワーの指示と配置
- 院内患者・付添者の把握
- 研修医や学生の行動把握
- 災害時情報伝達 (停電時戸外でも使用可)
- *避難行動支援

石橋奈央「災害時におけるインターカムヘッドセット利用の避難行動の有効性」医療の質・安全学会ホスター発表より引用

インカムの通信イメージ



本多真由美著 インカムを応用した情報の共有化による迅速な緊急対応の1例 日本歯科医療管理学会雑誌 44(4), 255-259, 2010-02-25より引用



ダブルチェック・呼称確認

廃棄終了をインカムにて全職員に発信

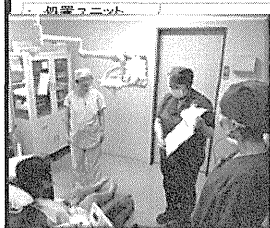


(20151122 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

実践例3 ブリーフィング・タイムアウト

手術管理チェックリスト(タイムアウト)

患者氏名: ハイリスクの管理 執刀医: _____
 部位: _____ 病名: 針刺し切創防止;安全な手術 日: _____ 執刀補助医: _____
 担当衛生士: _____



・ 手術開始時間: _____
 ・ 手術終了時間: _____

危険器具の廃棄確認表

・ 濃酒麻酔針の廃棄	NO	YES	針
・ メス刃の廃棄	NO	YES	針
・ 縫合針の廃棄	NO	YES	針
・ 薬物注入針の廃棄	NO	YES	針
・ 点滴針の廃棄	NO	YES	針

廃棄者: _____

廃棄時間: _____

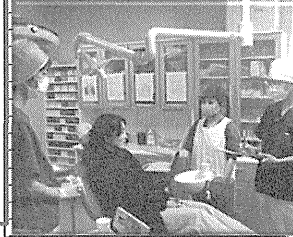
手術器具の廃棄確認表

・ 笑気バルブを閉じた	YES	NO
・ 手術器具の処理	YES	NO
・ 使用布類の処理	YES	NO
・ バキュームの洗浄	YES	NO
・ 診療室の清掃	YES	NO

清掃者: _____

清掃時間: _____

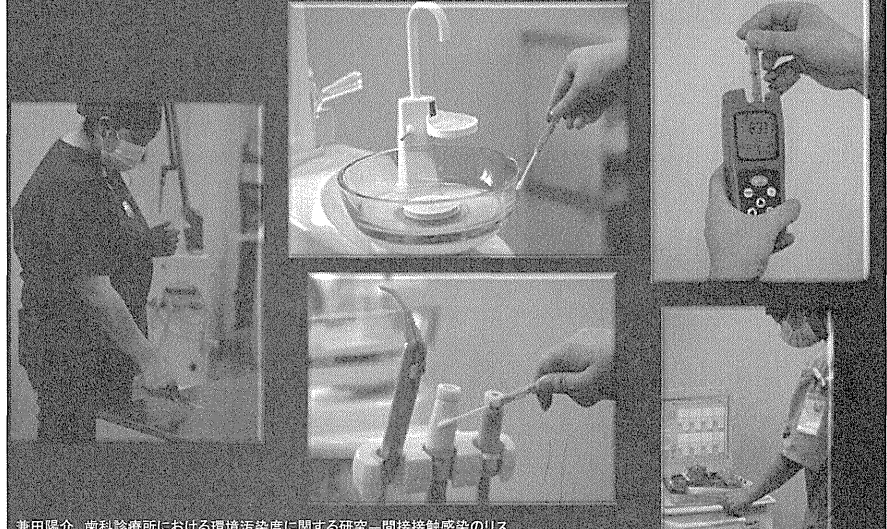
全身既往	
高血圧症	/
糖尿病	HBa1c: _____
貧血症	
食物アレルギー	
薬物アレルギー	
感染症	・ B型肝炎 ・ C型肝炎
AIDS	
MRSA	
過換気症候群	
喘息	
顎関節症	



(20151122 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)

実践例4 ルミテスター (ATPふき取り検査) による汚染度調査

対象: 院内全ての環境、全職員の手、マスク、など
 タイミング: 予告なしで1回/月



兼田陽介 歯科診療所における環境汚染度に関する研究—間接触染のリスク調査について—第54回歯科医療管理学会学術大会発表内容参考

(20151122 Uクリニック五十嵐歯科 五十嵐博恵)