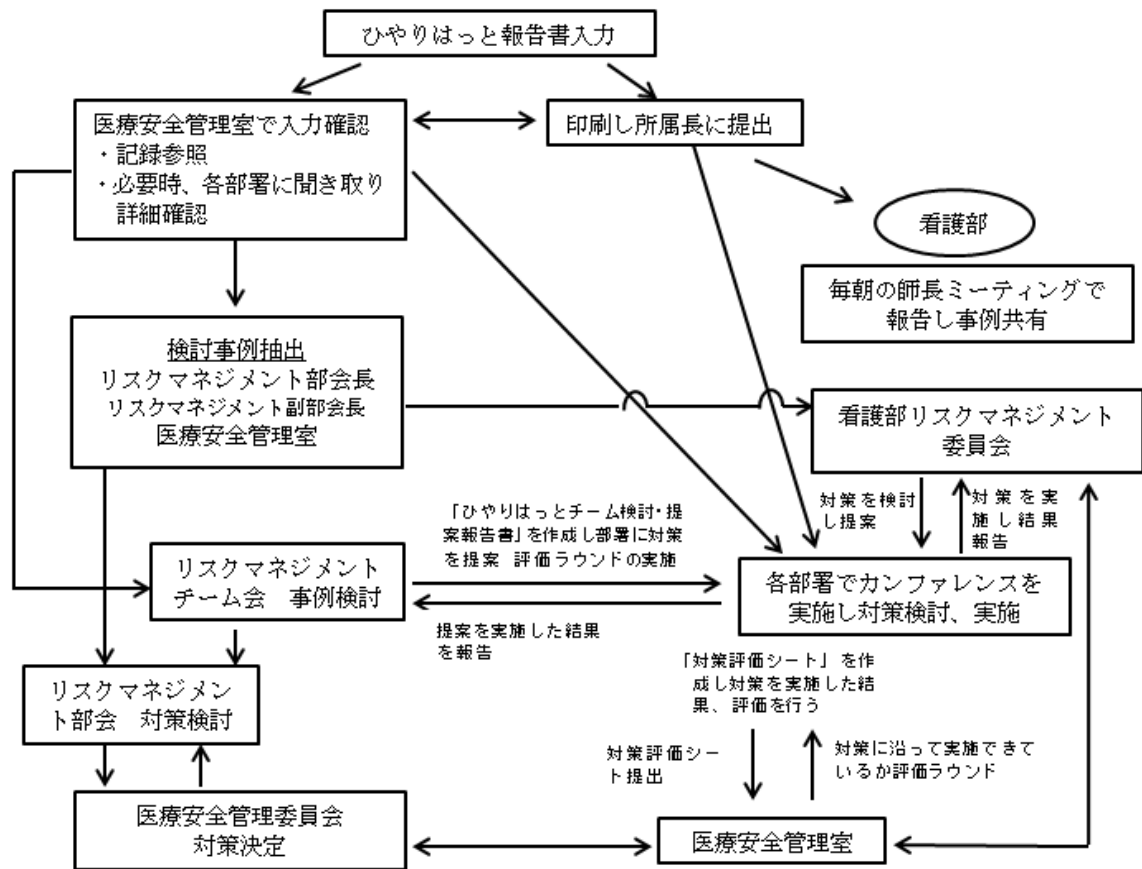


## 【当院のひやりはっと報告書（インシデント）の流れと課題】

当院のひやりはっと報告は月 70~100 件で、半数はレベル 0~1 の報告である。数か月前に影響レベル 3b の医療過誤が発生した。原因はシステムアラートに対し、過去の経験から人為的な処理間違いであると判断し行為を続行したことで、“過去の経験”時、レベル 0 段階で対策を講じられていなかった事に起因している。この事例を通し日常業務で個人の問題として終わらせるのではなく、レベル 0~1 のひやりはっとを報告し、他職種より意見を集め手順・システムを見直していく事の大切さを痛感した。

今回は、当院のひやりはっと報告書（インシデント）検討の流れと今後の課題を報告する。



- ①インシデントが発生した場合、当事者・発見者は口頭で速やかに所属長に報告する
- ②当事者・発見者は、「ひやりはっと報告書」に入力し、所属長に提出する
- ③医療安全管理者は、毎朝入力された報告書とカルテ記録を確認し、必要時は詳細把握のため部署で聞き取りを実施する
- ④看護部では、毎朝の師長ミーティングで事例を報告し共有する
- ⑤各部署でひやりはっとカンファレンスを実施する。分析、対策検討し、「対策評価シート」作成、検討された対策を実施し評価を繰り返す
- ⑥リスクマネジメント部会長（医師）、副部会長（看護師長）、医療安全管理室（2名）で毎月提出されるすべてのひやりはっと報告書から、リスクマネジメント部会及び看護部リスクマネジメント委員会で検討する事例を抽出する

⑦看護部リスクマネジメント委員会で事例検討

**看護部リスクマネジメント委員**

構成員：委員長（副部長・看護師長）、各部署選出の主任又はスタッフ、医療安全管理者の17名

⑧リスクマネジメントチーム会で事例検討

「ひやりはっとチーム検討・提案報告書」を作成し、改善策を各部署に提案する。



**リスクマネジメントチーム会**

“転倒・転落チーム” “患者誤認チーム” “注射・与薬チーム”に分れる

構成員：部会長を除く部会のメンバー

事例検討、評価ラウンドを実施

転倒・転落チームが、先月病棟ラウンドした結果を話し合っています

⑨リスクマネジメント部会で、チーム会で検討された改善策をさらに検討

**リスクマネジメント部会**

構成員：部会長（医師）、副部会長（看護師長）、委員（医師、看護師、薬剤師、検査技師、放射線技師、理学療法士、臨床工学士、栄養士、事務員）39名

この日は参加人数がとても少なかったです



⑩医療安全管理委員会で、部会から提出された事例について対策を検討し承認

**医療安全管理委員会**

構成員：委員長（副院長）、副委員長（医療安全管理者）、委員（各診療科部長、薬剤部長、看護部長、師長、事務局長、医事課長、検査部技師長、放射線科技師長、臨床工学部主任、事務員）15名

当院ではこのようにして、医療安全のPDCAサイクルを回している。また、看護部では他部署で発生した事例を自部署でも起こりうる事として捉え対策評価シートを活用し、取り組んでいる。

<課題>

①報告書の内容

状況や事実が他職種にも伝わる報告書が作成できていない。いったい何がどのようにして起こったのか、間違いを起こす要因には何があったのかについて現場レベルの情報を整理する事がまず大切であるが、まだまだできていない。

②PDCA サイクルを回すしくみはあるが、部署により報告数の差や効果的に PDCA サイクルを回せていない状況があり、すべての部署に浸透できていない

③検討、評価された手順の定着化

ひやりはっと報告は、医療安全の推進にとって、患者安全を担保していくための重要な要素である。このひやりはっと報告書（インシデント）の流れを活用して、提出された報告書を有効利用できるように、十分な分析を行い、適正な再発防止策につなげていけるよう努めていきたい。

ひやりはっと報告書の対策評価シート	
管理番号	部署
医療安全管理室	
対策日	
参加者	
評価日	
参加者	
結果・評価	
評価日	
参加者	
結果・評価	
終了日	転帰
(※例 業務検討委員会に提案した 部署手順を訂正した)	

<連絡先>

和歌山県田辺市新庄町 46 番地の 70

TEL : 0739-22-5000

e-mail: mhazama@kinan-hp.tanabe.wakayama.jp