

発表No.	テーマ
204	一般撮影部門 ヒヤリ・ハット報告件数の増加

会社・事業所名（フリガナ） ソウゴウビョウイン <b>総合病院</b>	セイレイハマツビョウイン <b>聖隷浜松病院</b>	発表者名（フリガナ） タネシ ヨシキ <b>種石 吉記</b>
---	-------------------------------	---------------------------------------



## 発表のセールスポイント

医療事故を防ぐため、  
ヒヤリ・ハット事例を参考にした業務改善が重要  
導入として、  
ヒヤリ・ハットの報告件数を増加させた事例

### 一般撮影部門 ヒヤリ・ハット報告件数の増加

**聖隷浜松病院 放射線部  
I A分析改善隊  
発表者：種石 吉記**

**病院紹介** **聖隷浜松病院**

- JCI認証取得 ● 日本医療機能評価機構認定病院

1日平均入院患者数：660人  
1日平均外来患者数：1,526人

**【病院理念】**  
私たちは、利用して下さる方ひとりひとりのために最善を尽くすことに誇りをもつ

開設：1962年3月  
院長：岡 俊明  
病床数：750床 職員数：2189人  
救命救急センター/地域医療支援病院/地域がん診療連携拠点病院  
総合周産期母子医療センター等

### 聖隷福祉事業団とは

1930年5月創立  
静岡県浜松市を本拠地として、  
1都8県で212施設・514事業を展開  
(2021年4月現在)

- 医療**：病院・診療所など
- 福祉**：特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、障害者支援施設、保育施設など
- 保健**：健康増進・健康診断、人間ドック・検診予約など
- 介護サービス**：老人保健施設・通信事業、在宅訪問事業など

● 常勤職員数：1,5957人  
非常勤雇用含む（2021年4月現在）

### 病院紹介

**JCI認証の取得**

**JCI (Joint Commission International)**  
国際的医療機能評価機関の認証  
「医療の質」を追求する第三者評価

2012年11月17日付けで**日本国内では5番目**  
関東地区以外では初めての認証取得  
現在世界約1000施設、国内で約31施設が認証  
3年に1回更新、静岡県内では当院のみ  
2021年12月に4回目の更新予定

当院は、JCIや日本医療機能評価の基準に沿い、質改善を行い、地域の皆様に安全・安心な医療の提供を行っています

QCサークル紹介		サークル名	IA分析改善隊	
本部登録番号	1182-5	サークル結成時期	2020年 4月	
構成人員	4名	月あたり会合回数	1回	
平均年齢	30歳	1回あたり会合時間	1.5時間	
最高年齢	40歳	会合は	就業時間内・就業時間外・ <u>両方</u>	
最低年齢	23歳	テーマ暦・社外発表	1件目・1回目	
(所属部署)	聖隷浜松病院放射線部		(勤続)	10年

## 職場紹介：放射線部

診療放射線技師は  
医師の指示を受け、検査や治療のために放射線を人体へ照射する医療技術者で、いわゆるレントゲン技師です。



### 【職場理念】

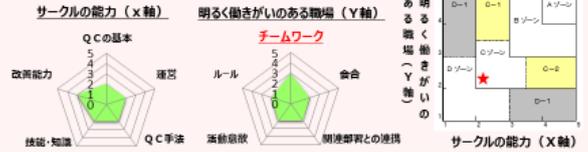
質・安全・効率ともに最適な医療を追求し、  
選ばれ続ける病院・放射線部になるために個人レベルからの成長を目指す

## サークル紹介

チーム名：IA分析改善隊

【結成時期】 2020年4月  
【構成人数】 4名 【平均年齢】 30歳  
【チーム名由来】 IA分析改善隊  
その名の通りIAを分析して業務改善をする集団を示し  
仲間を増やして職場に波及させたい狙い

【サークルレベル】  
2020年のサークル立ち上げ時は、QC手法をわからないが、  
まあまあチームワークがあるサークル



チームワークを活かして全体を底上げして成長したい

## 職場目標

放射線部の年間目標の1つとして  
安全な医療サービスの提供のために  
安全管理の意識を高める風土作りを行う

2020年度の具体的目標として

- ・アクシデント0
- ・インシデント報告件数対前年度比増

この目標を軸に活動を行いたい

## テーマ選定 1 アクシデント・インシデントとは？

アクシデント：A

誤った医療行為などが実施され、**実害があった事例**  
医療現場では患者が転倒しているのを発見した場合でも  
7分以内事例に該当するため件数を0にする事は難しい

インシデント：I

誤った医療行為などが実施されたが、  
結果として患者に**実害がなかった事例**

ヒヤリ・ハット：

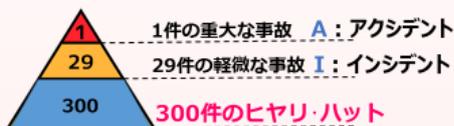
『ヒヤッ』としたり『ハッ』とした事で誤った医療行為が  
**実施される前に発見できた事例**

事例が起きた場合には事例を誰が読んでも分かる様に  
病院の安全管理システムに報告入力を行なっています

これらをIAと略して、3種類に層別しています

## テーマ選定 2 取り組みの明確化

### ハインリッヒの法則



1件の大きな事故の裏には、  
29件の軽微な事故、  
300件のヒヤリ・ハットがある

職場目標を達成するためには、  
ヒヤリ・ハットの情報から事故の芽を摘み対処していく必要がある

ヒヤリ・ハット報告を充実させて改善する

## テーマ選定 3

一般撮影部門にて職場目標を達成するには？  
～グループ内で話し合い～

問題点	効果	緊急性	困り具合	上位方針	共通性	実現性	努力度	総合得点
報告件数が少ない	4	4	4	4	5	4	3	28
報告事例の共有が不十分	3	3	3	2	4	4	4	23
IA分析方法を知らない	3	3	3	2	3	1	1	16
報告レポートを活用して業務改善できていない	4	3	3	2	4	2	3	21

報告件数自体が少ない

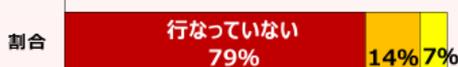
## テーマ選定 4 ヒヤリ・ハット報告の聞き取り

～アンケートによるスタッフへ聞き取り～

ヒヤリ・ハット報告を行なっていますか？

■ 行っていない ■ 時々行なっている ■ 行なっている

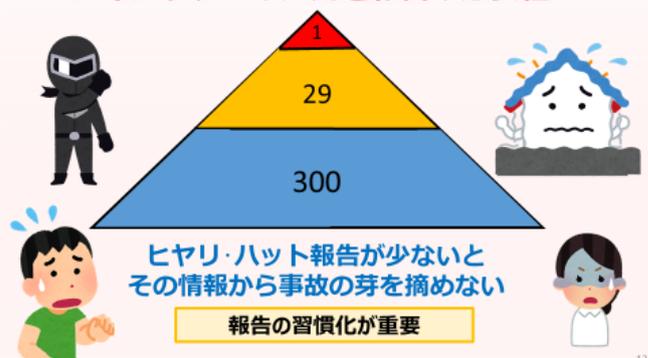
対象：部門スタッフ 14名



現状、報告がされていない・・・

## テーマ選定 5 ヒヤリ・ハット報告の必要性

### ハインリッヒの法則と報告の必要性



## テーマ

ヒヤリ・ハット含むインシデント報告数を増やし  
重大なアクシデントの削減

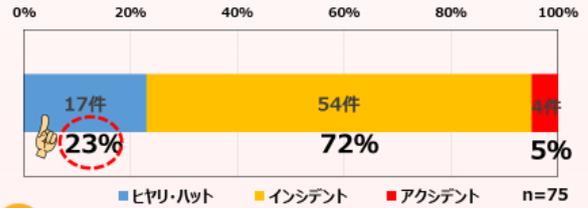
ヒヤリ・ハット報告を習慣化させる

一般撮影部門の  
ヒヤリ・ハット報告件数の増加



## 現状把握1 報告件数の割合

2019年度 内容別 年間IA報告件数



ヒヤリ・ハットの年間報告割合は23%と少ない

## 現状把握2 ヒヤリ・ハット個人別報告件数

2019年度 個人別 年間報告件数



各個人が年間1件程しか報告していない現状

## 現状把握3 ヒヤリ・ハット報告の聞き取り2

～再度スタッフへ聞き取り～

ヒヤリ・ハットをなぜ報告しないのですか？



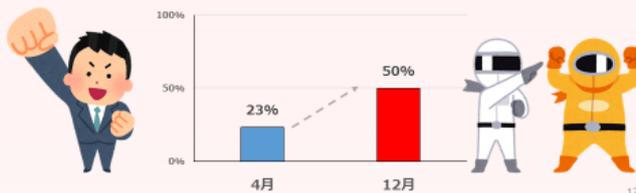
報告者向けの環境が整備できていない

## 目標設定

何を : 全体の報告件数に対する  
ヒヤリ・ハットの報告件数の割合を  
いつまでに : 2020年12月31日  
どれだけ : 現状23%→50%に上げる

目標値理由

軽微なうちから事故の芽を摘むために過半数以上とした

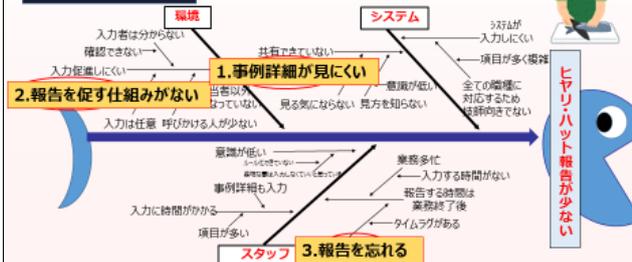


## 活動計画の設定

目標 → 実績

実施項目	担当	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
テーマの選定	榎石	完了										
現状把握	杉山		完了									
目標設定	鈴木			完了								
要因解析	榎石				完了							
対策立案	平間					完了						
対策	平間						完了					
効果確認	杉山										完了	
標準化と 管理の定着	鈴木											完了
まとめ・反省	鈴木											完了

## 要因解析



重要要因の検証計画表

重要要因	検証内容	計画 → 実績			
		1w	2w	3w	4w
1 事例詳細が見にくい	安全管理システムの状態確認				
2 報告を促す仕組みがない	報告ルート確認				
3 報告を忘れる	報告タイミング確認				

## 要因の検証1 安全管理システムの状態確認

～事例詳細が見にくい～

現状 個人情報削除した事例一覧表を配信

調査 ～スタッフへ聞き取り～ 対象：部門スタッフ 14名



文字の羅列

文章が折り返されて見にくい

真因 事例一覧表が文字の羅列で見にくい

## 要因の検証 2 報告ルート確認 ~報告を促す仕組みがない~

他人の報告書は閲覧権限なし  
 安全管理システム

現状 システム上誰が報告入力したかはわからない  
 そのため  
 報告を促すことができない

現状対応 直接的に報告したかを聞き込み

全員に確認できない  
 手間がかかる

**真因** 確認ルートが明確でない

## 要因の検証 3 報告タイミング確認 ~報告を忘れる~

1日の業務の流れ  
 8:30 9:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 16:00 17:00

業務開始 余裕なし 休！ 休憩 集中・多忙 業務終了後 疲弊

ヒヤリ発生

業務中報告する時間がない

発生から報告までにタイムラグがある

**真因** 報告のタイミングは業務終了後の1回のみ

## 真因の考察 まとめ

- 真因1 事例一覧表が見にくい**  
 過去の事例を共有出来ていないため  
 重複内容やささいな事例等を報告すべきが迷ってしまう。
- 真因2 確認ルートが明確でない**  
 報告を促す人が少ないため報告に対する意識も低い。
- 真因3 報告のタイミングは業務終了後の1回のみ**  
 業務後は疲弊し、  
 些細な事例は思い出せずに報告を忘れてしまう。
- そのためヒヤリ・ハット報告が少なかった！

## 対策立案

基本目的 1次手段 2次手段

ヒヤリ・ハット報告を増やす

対策	コスト	実現性	効果	評価	順位
3次手段					
かつらんにて報告	△	△	×	4	-
事例参照システム新規作成	○	○	○	7	3
報告見える化	○	○	○	7	2
報告基準のルール作成	○	△	△	4	-
GoodJob導入	○	△	○	5	-
報告時間導入	○	△	○	6	-
『ヒヤリ・ハット』灯運用	○	○	○	8	1

対策内容 担当 日程 計画...実績

1. 報告の見える化 平岡 8月 9月 10月 11月 12月

2. 事例参照システム新規作成 種石 8月 9月 10月 11月 12月

3. ヒヤリ・ハットメモ作成と運用 杉山 8月 9月 10月 11月 12月

## サークル会合 副作用確認

対策内容

- 報告の見える化
- 事例参照システム新規作成
- ヒヤリ・ハットメモ作成と運用

仕事間に合う...  
 余分な仕事と...  
 忙しいと不満...  
 協力体制...

全員に理解活動(重要性について)を実施

理解活動 実施後の副作用の確認

分類	内容	方法	評価
Q:品質	仕事の質低下はないか	○	
D:納期	仕事の遅延はないか	アンケート	○
C:コスト			○
M:モラル	理解して活動してるか		○

理解が得られた証

副作用もなく皆の意見を尊重し実施

## 対策実施 1. 報告の見える化

掲示 ヒヤリ・ハットを入力したら日付を入力してください

	8月	9月	10月	11月	12月
技師	13	3	9-13	7,13,17	
技師	17	29	29	1-6,16	11,14,18
技師		24	15	14	4,20
技師	15	1	27	24	21
技師		24	18	26	26
技師		23	20	16	2,22
技師	10	2	14	15-19	-
技師		3	27	29-29	29,26,38
技師		3,29	1	1-2	19,19,25
技師	12	15	1	9,29	5
技師		24	26	25	16,16,24
技師	26	23	12	16,12	19,19,25
技師		14,38	5-16	13,24	1,3,21
技師		5	27	17,26	8,11
計	5	16	15	24	31

目標 月1件以上

目標を明確化し、この掲示によって  
 入力促進の呼びかけが出来る様になった

## 対策実施 2-1. 事例参照システム新規作成 【改善前】

発表用にデータはぼかしています！

文字の羅列

文章が折り返されて見にくい

文字の羅列や文章が折り返されているため  
 事例詳細を見るにはマウスをスクロールさせる必要があり  
 非常に見にくい

## 対策実施 2-2. 事例参照システム新規作成 【改善点の検討】

改善要望集約し、改善点をメンバーと話し合った

改善要望	改善点
文字羅列が見にくい	レイアウト変更
	必要情報のみ表示
文章の折り返しなし	スクロールせず1page内に表示
レベル別表示	ソート機能で表示可能
操作が簡便	詳細ページからpage送りが可能

上記改善点を訂正後に追加要望があった

追加要望	改善点
誰が閲覧したかわからない	閲覧者が分かる仕様にした
更新作業が手間	マクロを組んで作業の簡略化

サークル会合を重ね  
 みんなの意見を取り入れたものを新規作成できた

## 対策実施

### 2-3.事例参照システム新規作成

【改善後】

1クリックで1ページ上に  
・事象LV  
・発生日時  
・当事者経験年数  
・内容  
などの詳細を表示

閲覧者が見える化

一覧から事例詳細をすぐに見閲でき  
また誰が見たのか確認出来る様にした

## 対策実施

### 3.ヒヤリ・ハットメモの作成と運用

【実際のメモ】

【運用内容】

①月初、メモ用紙を各個人に配布  
②気づいたら、その場でメモ記入  
③安全管理システムに報告入力  
(業務終了後等の空き時間)  
④月末にメモの回収  
期限内に未提出者は報告レポートから  
業務改善を行なう係へ任命

報告忘れ防止のためのメモ  
内容は短時間で簡潔に記入

ID: 対象の患者情報

ヒヤリ・ハットに気が付いたらメモして  
後日回収することで入力忘れ防止と習慣化につなげた

## サークル会合

### 対策実施の財産

報告事例

受付前の撮影室出入口にて  
患者と衝突しそうになった事例

【改善前】

【改善後】

出入口の存在が  
分かりにくい!

注意喚起の  
目印を  
付けた!

ヒヤリ・ハット報告から業務改善に繋がった

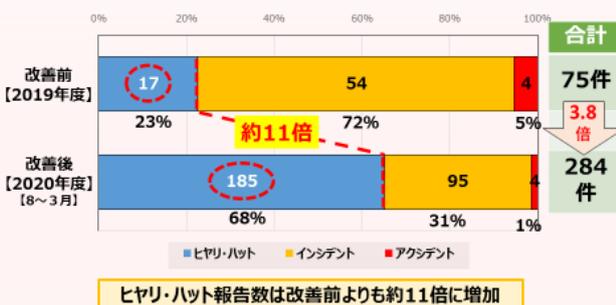
## 効果の確認1 目標と実績

### 2020年度 ヒヤリ・ハット報告件数と割合

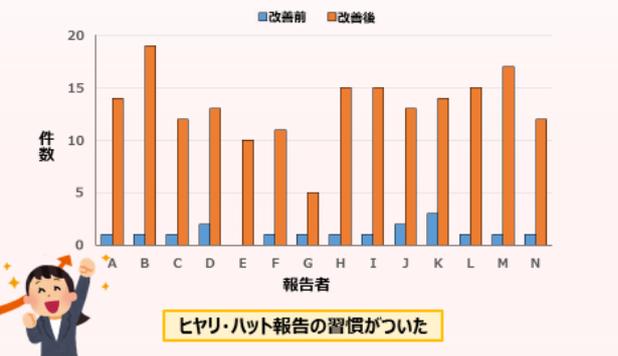


## 効果の確認2 報告件数割合の比較

### 改善前と改善後の報告件数・割合比較



## 効果の確認3 ヒヤリ・ハット個人別報告件数

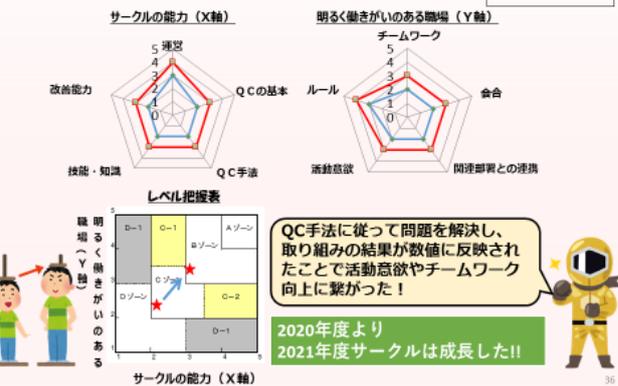


## 効果の確認4 無形の効果

### ~皆様のご意見集約~

部門スタッフからの意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>IA報告だけでなくヒヤリ・ハット報告の習慣が身についたと思う</li> <li>日常業務中に何か危険がないか常に意識し、アンテナが高くなった</li> <li>過去事例が見やすくなり非常に良かった</li> </ul>
QCサークルメンバーからの意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>報告件数かなり増え、個人の入力に対する習慣づけに繋がったと思う</li> <li>事例参照システムもとても便利</li> <li>個人で閲覧するだけでは効果がわかりにくいので、分析・改善策立案までもう少し取り組めるともっとよいと思う</li> </ul>
他部署からの意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>昨年度に比べて報告件数が非常に増えて素晴らしい</li> </ul>

## 効果の確認5 サークルレベル



## 標準化と管理の定着



なぜ	何を	誰が	いつ	どこで	どのように
標準化	参照システム閲覧方法	種石	9月	サークル	作成
	レポート記入方法	種石	9月	サークル	作成
	メモ運用要領	杉山	9月	サークル	作成
管理の定着	事例共有	サークルメンバー + 部門スタッフ	月1	一般部門	データ更新
	ヒヤリ・ハットメモ運用	サークルメンバー + 部門スタッフ	毎月	一般部門	配布・集計
周知徹底	報告の見える化チェック	安全管理委員	毎日	一般部門	呼びかけ
	参照システム取り扱い手順	サークルメンバー + 部門スタッフ	毎月	一般部門	教育

今までサークルメンバーが担当していた取り組みを部門スタッフに引き継ぎ、活動の継続と定着化をしていく

37

## 反省と今後の取り組み



ステップ	よかった点	悪かった点	今後の取り組み
テーマ選定 現状把握 目標設定	職場の長年の問題であった事柄に関してテーマ選定ができた	目標設定値が少し高くても良かった	報告件数増加だけでなく解析や業務改善に力を入れていきたい
要因分析	日常業務中では見過ごしやすい問題点を抽出できた	要因分析の手法を理解するのに、時間を要した	定期的な分析をすることで、問題点を見逃らないようにする
対策の立案	活発な意見交換が出来たことで具体的対策や実施の優先順位をスムーズに決めることができた	様々な対策が挙がった反面、効果的対策の選定に時間を要した	新たな取り組みやルールを検討していきたい
対策の実施	サークルメンバーが報告の促しを行わなくても入力される様になった	-	放射線部全体に対しても活動を行いたい
効果の確認 標準化 定着化	部門内でヒヤリ・ハット報告の習慣がついたという意見が多数挙がった	業務改善の能取りや集計はサークルメンバーが中心となるため、負担となった	サークルメンバー以外のスタッフも役割を増やし、今後も活動の継続していきたい

38

ご静聴  
ありがとうございました



聖隷浜松病院 放射線部  
I A 分析改善隊

39

36

37

38

39

40