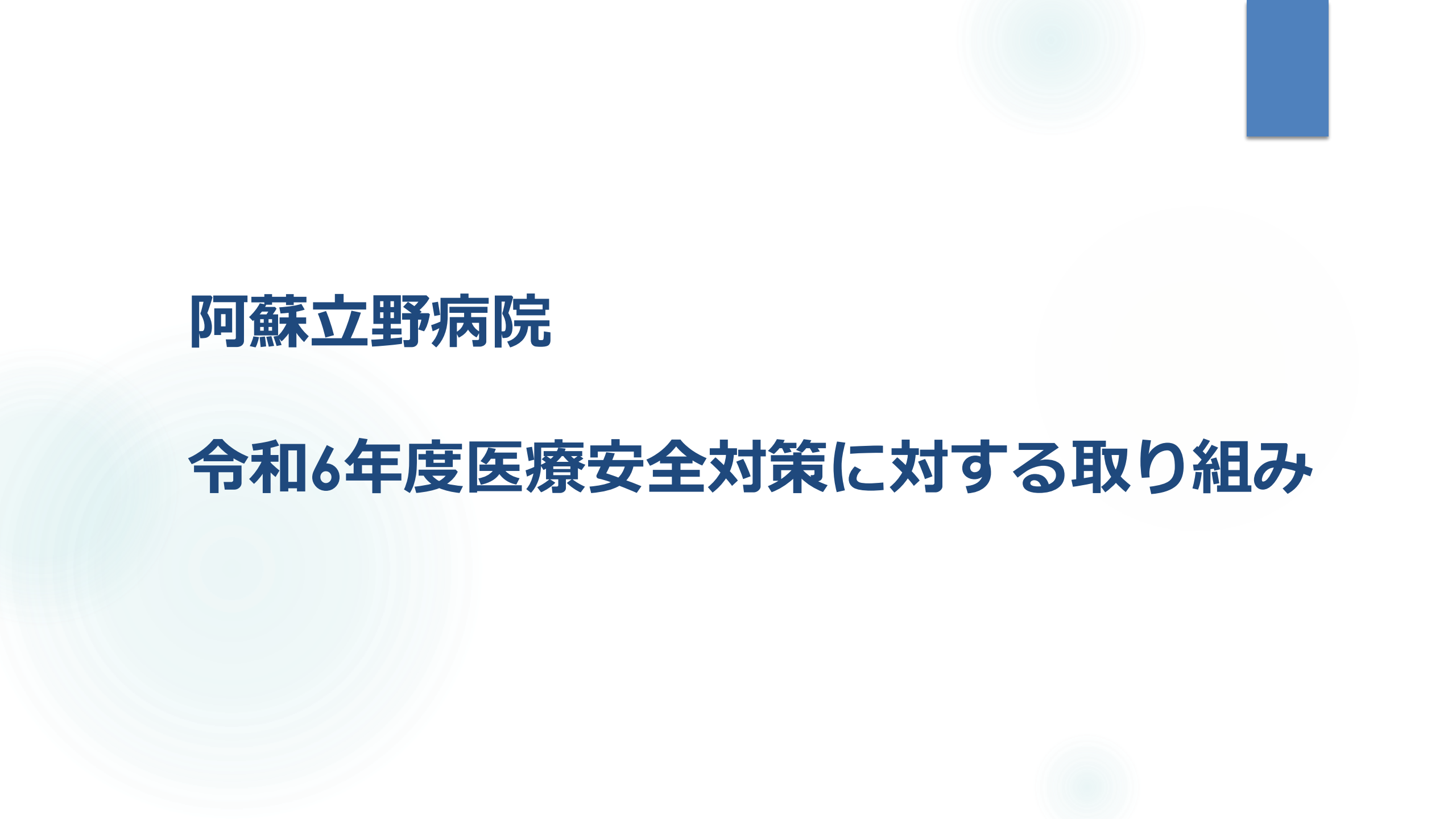




阿蘇立野病院

令和6年度医療安全対策に対する取り組み

1. 昨年度自己評価からの改善項目

昨年度 C 評価

Ⅲ規定及びマニュアル一覧表

14. 盗難に関するマニュアルがある ⇒ 作成済

16. 自殺に関するマニュアルがある ⇒ 作成済

2. 昨年度の主な取り組み

a. ヒヤリ・ハット報告書の変更 ⇒ 要因分析ができる形に変更

b. 事故防止マニュアルの見直し ⇒ 全26マニュアル

c. 通所リハ送迎時の転倒防止 ⇒ 乗降場所の変更

d. 食事提供によるトラブル防止 ⇒ ニュークックチルへの変更

a. ヒヤリ・ハット報告書の変更

⇒ 要因分析ができる形に変更

ヒヤリハットメモ

m-1

報告日： 令和 年 月 日 ()

報告部署名： 転倒転落事例 → ID ()

報告内容	5W1H	
	いつ	
	どこで	
	誰が	
	何を	
	どうした	
	なぜ気づいたのか 又は なぜそうしたのか	
	その結果どうなったか	
	対策	

医療法人社団 順幸会 阿蘇立野病院
令和5年7月1日作成（平成23年7月15日改訂）

当事者の行動に関わる要因	確認を怠った		環境・設備機器	コンピュータシステム	
	観察を怠った			医薬品	
	報告が遅れた(怠った)			医療機器	
	記録などに不備があった			施設・設備	
	連携が出来ていなかった			諸物品	
	患者への説明が不十分だった(怠った)			患者側	
ヒューマンファクター	判断を誤った		その他	その他	
	知識が不足していた			教育・訓練	
	技術・手技が未熟だった			仕組み	
	勤務状況が繁忙だった			ルールの不備	
	通常とは異なる身体状況下にあった			その他	
	通常とは異なる心理的条件化にあった				
	その他				

上記項目に該当するところ1か所に✓を入れてください。

※ 左書式から裏面に右書式を追加変更することにより、要因分析ができる形へとした。

b. 事故防止マニュアルの見直し

⇒ 全26マニュアル

▶ 事故防止対策マニュアル

▶ <目次>

- ▶ 1. 患者誤認に関する事故防止マニュアル
- ▶ 2. 離院時・患者不在時対応マニュアル
- ▶ 3. 針刺し防止対策・フローシート・報告書
- ▶ 4. 転倒・転落防止マニュアル
- ▶ 5. 与薬に関する事故防止マニュアル
- ▶ 6. 麻薬取り扱い事故防止マニュアル
- ▶ 7. ハイリスク薬の安全管理
- ▶ 8. 輸血事故防止マニュアル
- ▶ 9. 輸液・注射事故マニュアル
- ▶ 10. 医師指示受け時の事故防止マニュアル
- ▶ 11. 人工呼吸器使用時の事故防止マニュアル
- ▶ 12. ケーテル・チューブトラブルに関する事故防止マニュアル
- ▶ 13. 気管カニューレ装着に関する事故防止マニュアル

- 14. 入浴介助事故防止マニュアル
- 15. 酸素吸入中事故防止マニュアル
- 16. 血液透析中の事故防止マニュアル
- 17. ME 機器のトラブルと対処法
- 18. 窒息・誤嚥事故防止マニュアル
- 19. 診療における安全対策
- 20. 交通事故発生時の対応
- 21. 民事介入暴力対応マニュアル
- 22. 委託業者事故発生時の対応
- 23. 院内事故調査委員会マニュアル
- 24. 高齢者虐待対応マニュアル
- 25. 盗難に関するマニュアル
- 26. 自殺に関するマニュアル

※ 担当者による変更案
に対して、委員会内
で確認しながら全て
更新

c. 通所リハ送迎時の転倒防止 ⇒ 乗降場所の変更

事故報告書に上がってきた通所リハ送迎時の転倒事例に対し院内にてRCA検討会を実施し、根本原因分析より対策案を作成し、早急に実施することができた。

《RCA検討会の開催》

RCAってなに？

(Root Causes Analysis)の略で、**根本原因分析**の意味です。

インシデント（ヒヤリハット）やアクシデントの真因分析をする手法です。
目的は、インシデントやアクシデントの根本原因を分析することによって、再発を防止することにあります。事故を未然に防ぐというよりも**再発を防止するための分析方法**です。



医療安全において、最もポピュラーな分析方法です。
多職種で様々な疑問や解決策を検討していきましょう！

今年度1回目のRCA検討会を開催します。
今回は『**通所リハビリ利用者を送迎車に誘導する際に、東側玄関の車輪止めに躓き転倒された**』事例です。
再発防止に向けて皆さんの意見や考えで、今後の対策につなげたいと思います。
多数のご参加を宜しく願います。

日時：10月11日(金曜日)16:30～

場所：新館4階コミュニティーホール



＜医療安全管理委員会＞

根本原因として、

「乗降場所が、傾斜である為車輪止めがある」

「座って待つ場所がない」



- ・乗降場所を、平坦で障害物のない場所に変更
(東館出入口 ⇒ 新館ピロティー前出入口)
- ・入口周辺に、ベンチを設置
(新館入り口に、ベンチを2脚設置)

※ 以降、ふらつきや転倒事例の発生は認められていない

d. 食事提供によるトラブル防止

⇒ ニュークックチルへの変更

- ・ 令和6年5月22日 食事間違い
- ・ 令和6年5月22日 食事配膳間違い
- ・ 令和6年8月1日 ごはんの解凍不良
- ・ 令和6年9月2日 食札の乗せ間違い

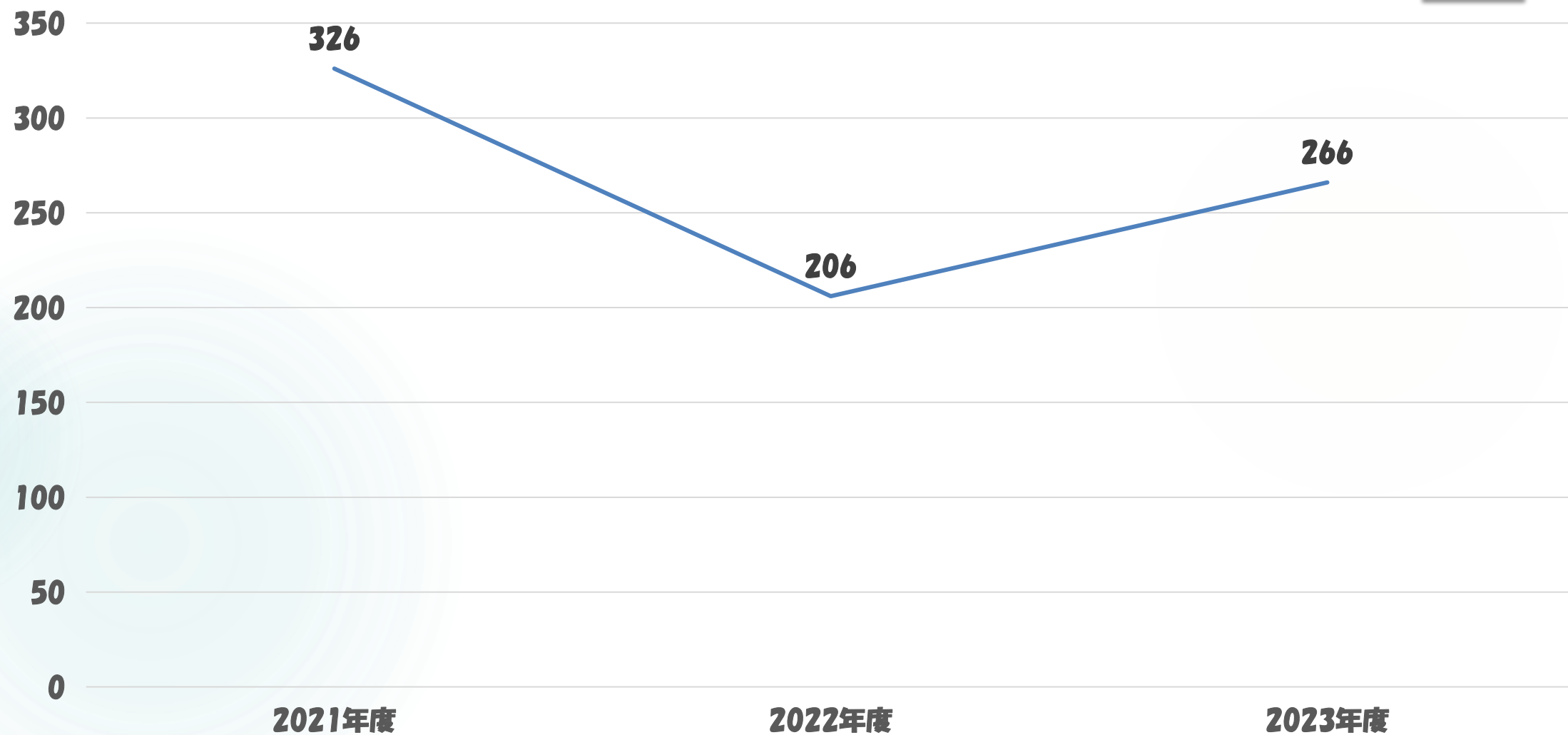


調理部門は、委託業者をお願いしていたが、年々質の低下が見られ、トラブルも増えてきた。委託業者の人材確保が困難な点が影響していると思われ、改善の期待が出来ない為、自院スタッフによる運営でニュークックチルシステムの導入を進めた。



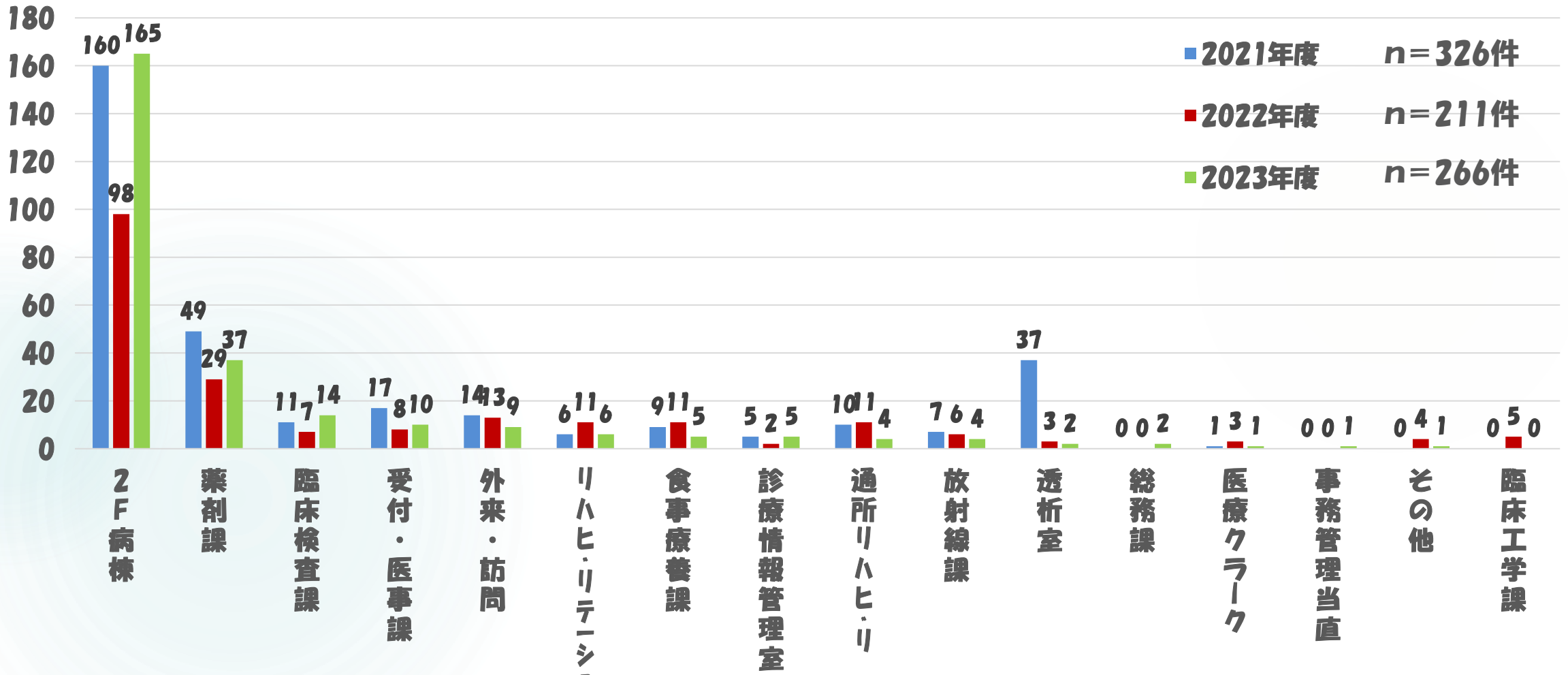
少ないスタッフで運営できるため、
現時点で安定稼働している
導入後の事故報告事例は発生していない

年度別ヒヤリハット報告件数



部署別ヒヤリハット報告件数

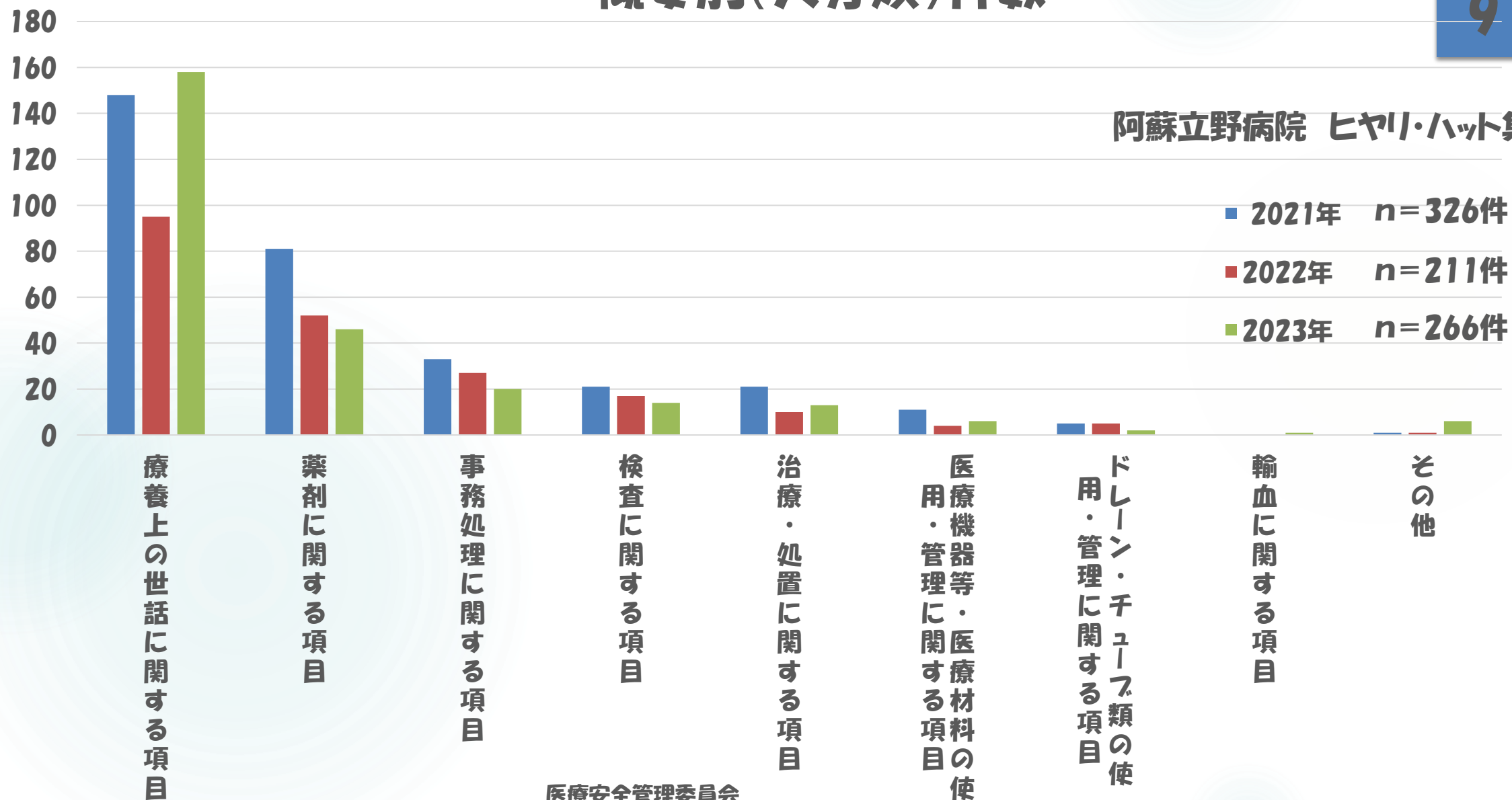
8



概要別(大分類)件数

9

阿蘇立野病院 ヒヤリ・ハット集計報告



詳細内容別件数

(報告件数2件以上抜粋)

10

阿蘇立野病院 ヒヤリ・ハット集計報告 n=266

