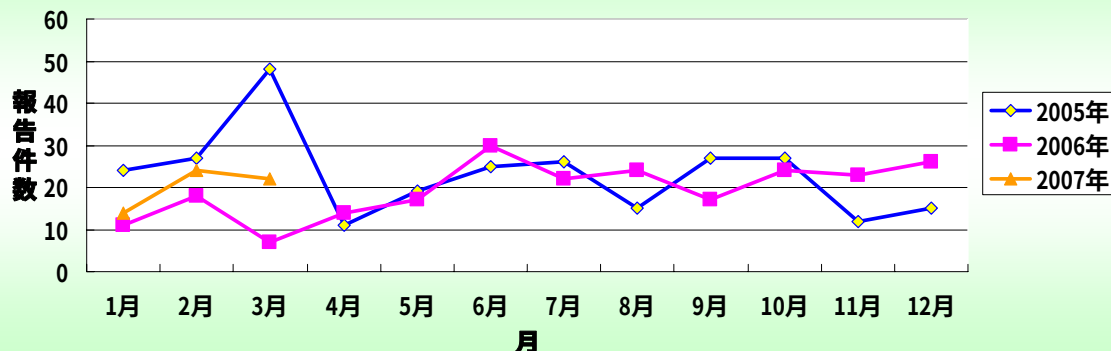


インシデントレポート収集ソフト 「どっきり！ひやり」の運用実績

諸見里仁

- I. インシデントレポート収集ソフト「どっきり！ひやり」を使用し、2年間で500件超のインシデントレポートがあつまりました。
- II. オリジナルソフトREGIA IIを使用し解析しました。
- III. データの解析例と活用例を示します。
- IV. 「どっきり！ひやり」の今後の可能性を検討しました。
- V. 「どっきり！ひやり」ネットワーク考案の提案と問題点。

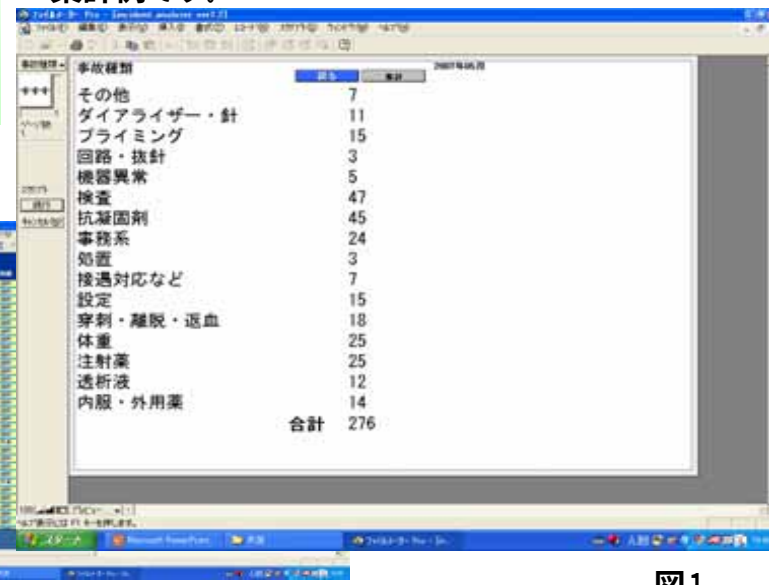
月別報告件数推移



グラフ1

当クリニックは20床規模の施設ですが「どっきり！ひやり」は、報告への抵抗感も少なくスタッフの協力もあり毎月20件前後の報告が安定して継続しています。

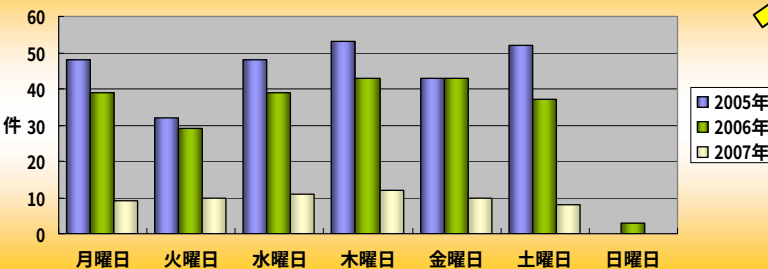
図1はREGIA IIで解析した報告内容の件数別集計例です。



- II 「どっきり！ひやり」のデータは、簡単にEXCELデータとして出力ができ、加工しだいでいろいろな解析を行うことができます。当クリニックではFail Maker ProをつかったオリジナルソフトREGIA IIを使用しています。解析内容は、日付などの単純解析から、日付に事象や人・場所などの複合検索も容易に解析でき、活用しています。



曜日別報告件数

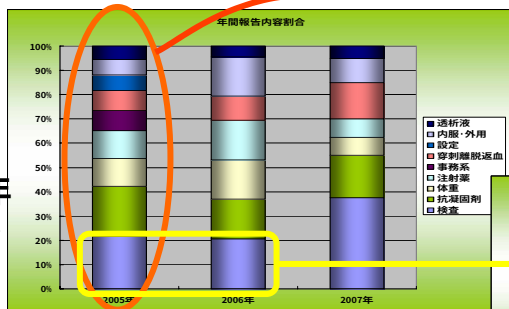


グラフ2

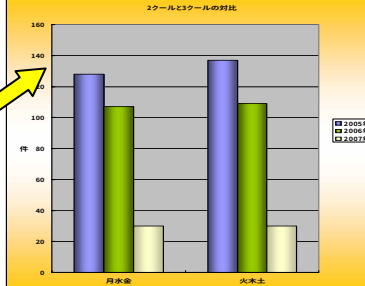
右のグラフ4では
年別報告内容の
内訳を見えています。

グラフ5では2005年
の内訳を円グラフで
表しています。

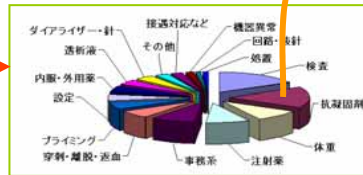
グラフ6では、報告
件数の多い「検査」について、2005年と2006年の比
較を棒グラフで表してみました。



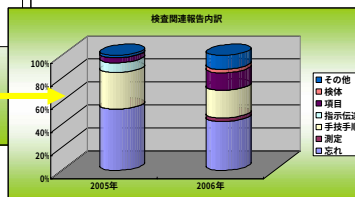
グラフ4



グラフ3



グラフ5



グラフ6

グラフ2の曜日別の報告件数では、2006年と
2007年の報告件数は曜日により同じように変動
していることがわかります。
グラフ3では、月水金 (3クール)と火木土(2クール)
の間では仕事量の差があるにもかかわらず報告
件数に明確な差がなかったことがわかります。

発生日	事故の内容は？	何が起きましたか？	戻る
2005/05/20 one sheet	17:00	開始時のヘパリンショット忘れ	
2005/05/09 one sheet	16:30	開始時の「A」の「A」を忘れた。1時間後に発見が取り付いた	
2005/03/23 one sheet	16:30	透析開始時ヘパリンワンショット忘れ	
2005/03/23 one sheet	16:30	H2O開始時のヘパリンワンショット忘れ	
2005/03/17 one sheet	9:45	ヘパリンワンショット忘れ	
2005/03/07 one sheet	8:40	開始時のヘパリンワンショット忘れ	
2005/03/03 one sheet	13:00	ヘパリンワンショット忘れ	
2005/03/03 one sheet	9:30	開始時の「A」の「A」を忘れた。次のP1を補正前に気が付かずした	
2005/03/01 one sheet	15:35	ヘパリンのショット忘れ。次のP1に行った時に気が付かずした(約1分遅れ)	
2005/02/24 one sheet	16:40	「A」の「A」が忘れられなかった。P1を補正前に気が付かずした	
2005/02/21 one sheet	16:30	「A」の「A」が忘れられなかった。P1を補正前に気が付かずした	
2005/02/21 one sheet	21:55	「A」の「A」が忘れられなかった。P1を補正前に気が付かずした	
2005/02/02 one sheet	16:40	開始時のワンショットヘパリン注入忘れ	
2005/01/24 one sheet	16:40	「A」の「A」が忘れられなかった。P1を補正前に気が付かずした	
2005/11/30 その他		抗凝固剤を間違えて「A」の「A」を行わずに「B」を間違えてしまった	
2005/08/01 その他	7:35	「A」をチェックして作成しているのに「B」に入力してヘパリンが作成できていなかった	
2005/02/25 その他	16:50	ヘパリンが作成できていなかった	
2005/02/17 その他		ヘパリンが用意されていないことを確認せずに使用してしまい、薬剤師の「A」が取り付く	
2005/01/21 作成手帳	8:10	ヘパリンの生食準備を間違えた	

図2:スタッフ回覧用サマリー画面

右上の図2では、比較的報告の多かった抗凝固剤に関するインシデントのサマリー
をスタッフ回覧用プリントアウト画面で示しました。

このように、デジタルインシデントレポートは自在に解析ができ、さらに、いつ、どこで、
誰と誰がどのような報告をしたかについて複数の条件で絞り込むことも可能です。

例。4月1日から9月20日までの火木土の透析日で、体重設定に関するレポートが
何件あったか。さらに、どの患者さんに対して多く生じていたか。

実際に「どっきり！ひやり」を使用し、業務改善を行った例はP-2-185 当院における
医療事故防止対策の取り組みとして発表しております。ぜひ、ご覧ください。

左の図3は、現在使用中のマスターリストです。マスターリストの作りこみは非常に重要
です。誰も、迷わずに同じ項目を選択できるリストが目標です。今回の、改良点は、
大項目に報告の主語になりうる名詞を採用した点です。

図3:事故マスターリスト Ver3.1

大項目	小項目	大項目	小項目	大項目	小項目	大項目	小項目	大項目	小項目
A プライミング	組み立て不良	充填不良	クランプ	指示伝達	その他				
B 体重	測定条件不備	測定忘れ	DW入力間違い	指示伝達	その他				
C 穿刺・接続	穿刺・サイズ反復	針種類・サイズ	AV逆接続	接続不良	指示伝達	その他			
D 回路	針・回路接続不十分	固定不十分	体動・激しい振動	自己脱落	指示伝達	その他			
E ダイアライザー	種類・サイズ違い	AV逆接続	破損・不良	指示伝達	その他				
F 抗凝固剤	使用薬剤・規格	作成手順	配り間違い	ワンショット忘れ	注入量	接続	指示伝達	その他	
G 注射薬	種類・投与量違い	投与タイミングミス	投与忘れ	禁忌	指示伝達	その他			
H 内服・外用薬	種類・投与量違い	服用タイミング	投与忘れ	処方忘れ	禁忌	指示伝達	その他		
I 設定	コンソールSW入れ忘れ	除水量設定間違い	透析時間設定間違い	血流量間違い	指示伝達	その他			
J 検査	採り忘れ・握り忘れ	項目間違い	検体不足	測定ミス	依頼・予約ミス	撮影ミス	指示伝達	その他	
K 処置	手技・手順間違い	巡視見落とし	汚染・感染	指示伝達	その他				
L 機器異常	水処理装置	透析液供給装置	中央管理システム	輸液装置	検査装置	コンソール	指示伝達	その他	
M 透析液	透析液作成ミス	濃度異常	装置設定ミス	HDF	指示伝達	その他			
N 輸血手術	手術器具準備不備	汚染・感染	操作手順	指示伝達	その他				
O 事務系	書類・データ紛失	入力間違い	算定間違い	保険証・診察券など	チェックイン忘れ	指示伝達	その他		
P 透過対応等	承諾書等	苦情	指示伝達	その他					
Q その他	その他								



図4

「どっきり！ひやり」は、無償ソフトです。近日、解析機能を追加したVer.2がキリンスマイルよりリリースされ、さらに使い勝手の良いソフトに進化しています。

どっきり！ひやりのダウンロードは700件を超えています。

V 情報共有化の可能性

メリット

- ・多施設間でのインシデントを集約させることが可能になれば、個々の施設、組織では気づかなかった新しい発見が期待できます。
- ・より多くのネガティブエビデンスから透析関連機器の改良手技の改善コスト管理などの新たな提案材料となります。
- ・解析の仕方により改善策実施後の評価が期待できます。

問題点

- ・個人情報保護および守秘義務などのプライバシーとセキュリティー管理
- ・マスターリストの共通化へのハードル
- ・情報集約機関の設置運営

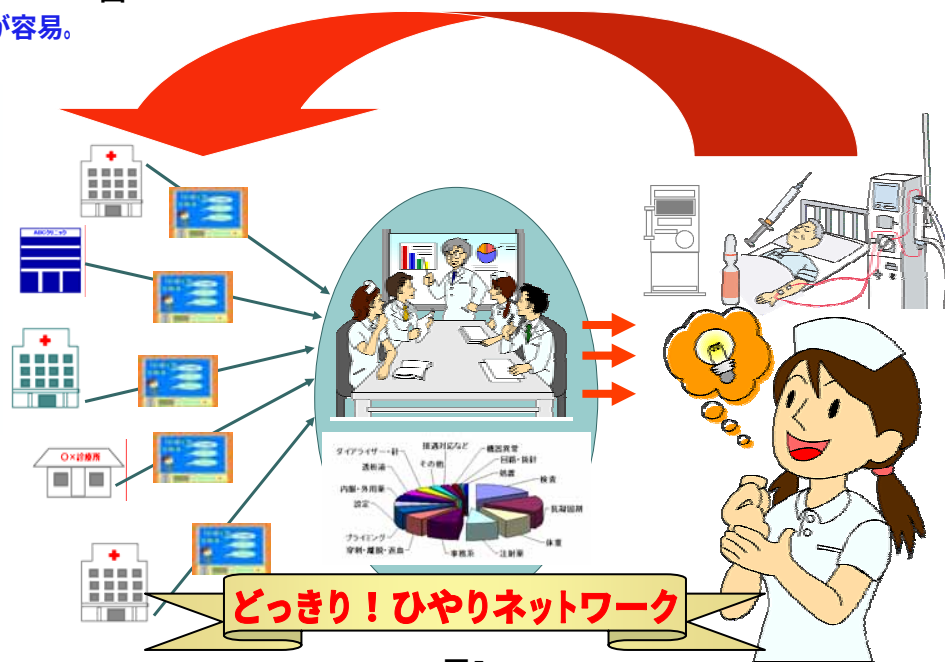
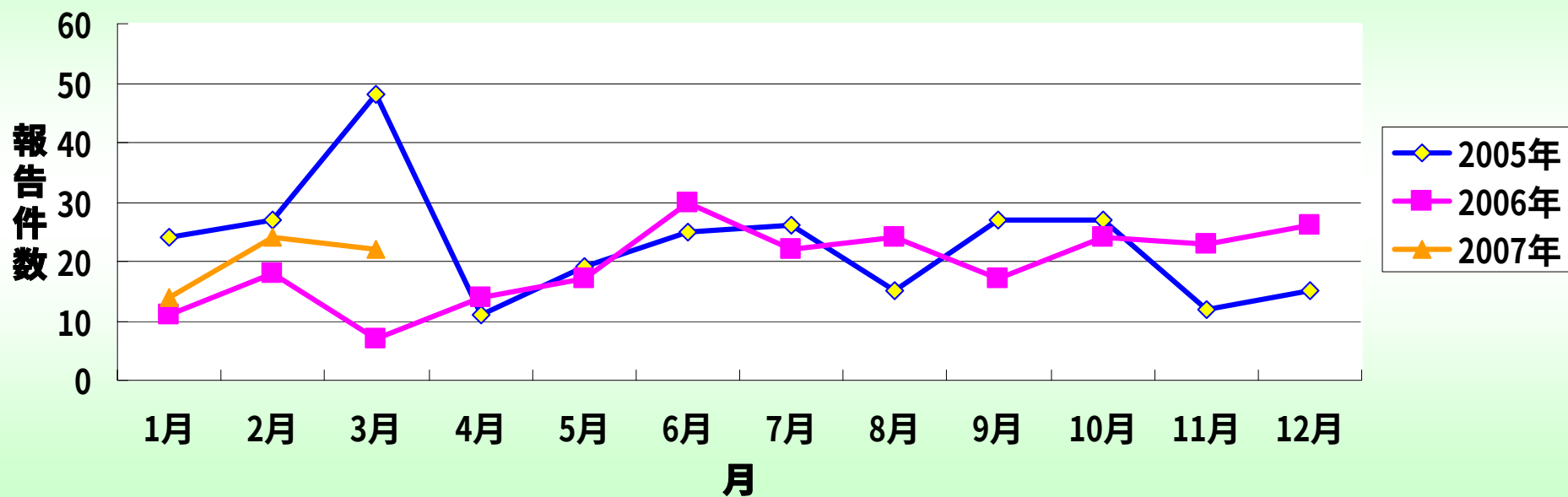


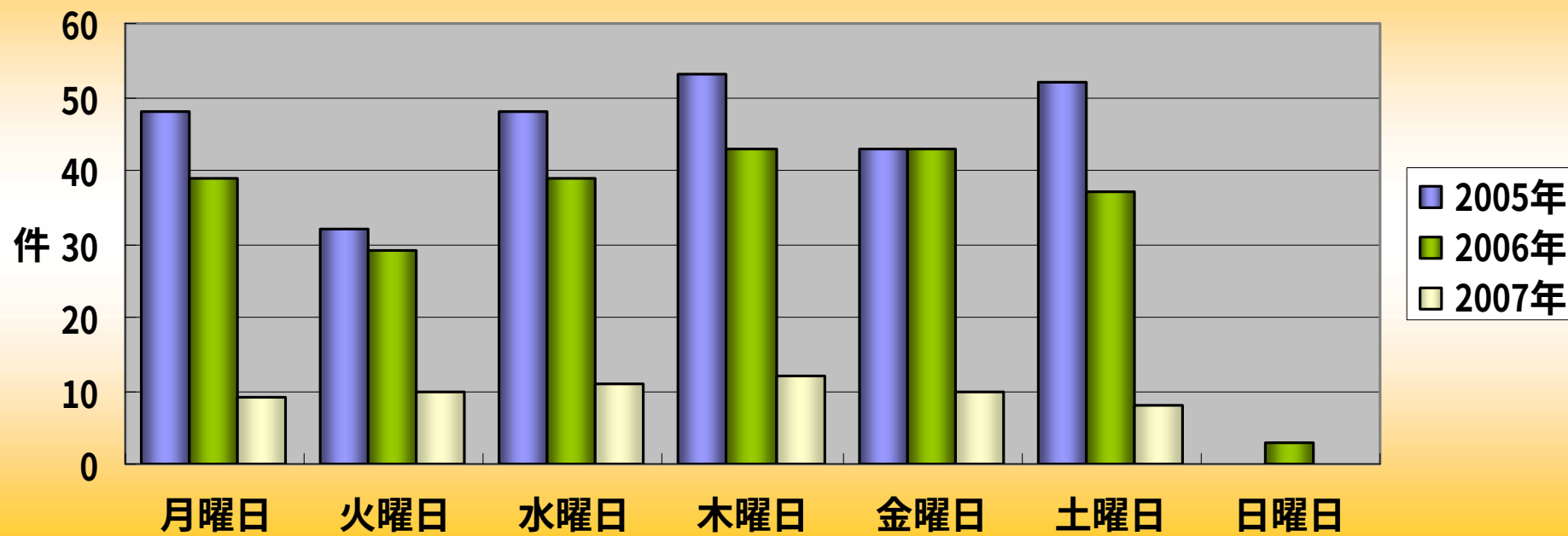
図5

1. デジタルインシデントレポートシステムの活用により多角的データ解析が短時間かつ容易に可能となりました。
2. 運用実績の蓄積により、システムの改良が進み情報の確度・精度の向上へと向かっており、更なる改善へ向け、他施設との情報交換が必要と思われます。
3. どっきり！ひやりVer.2より、当院に近い解析が本体単独で可能となりました。
4. 多施設間での情報共有への可能性と実施への期待および問題点を示しました。

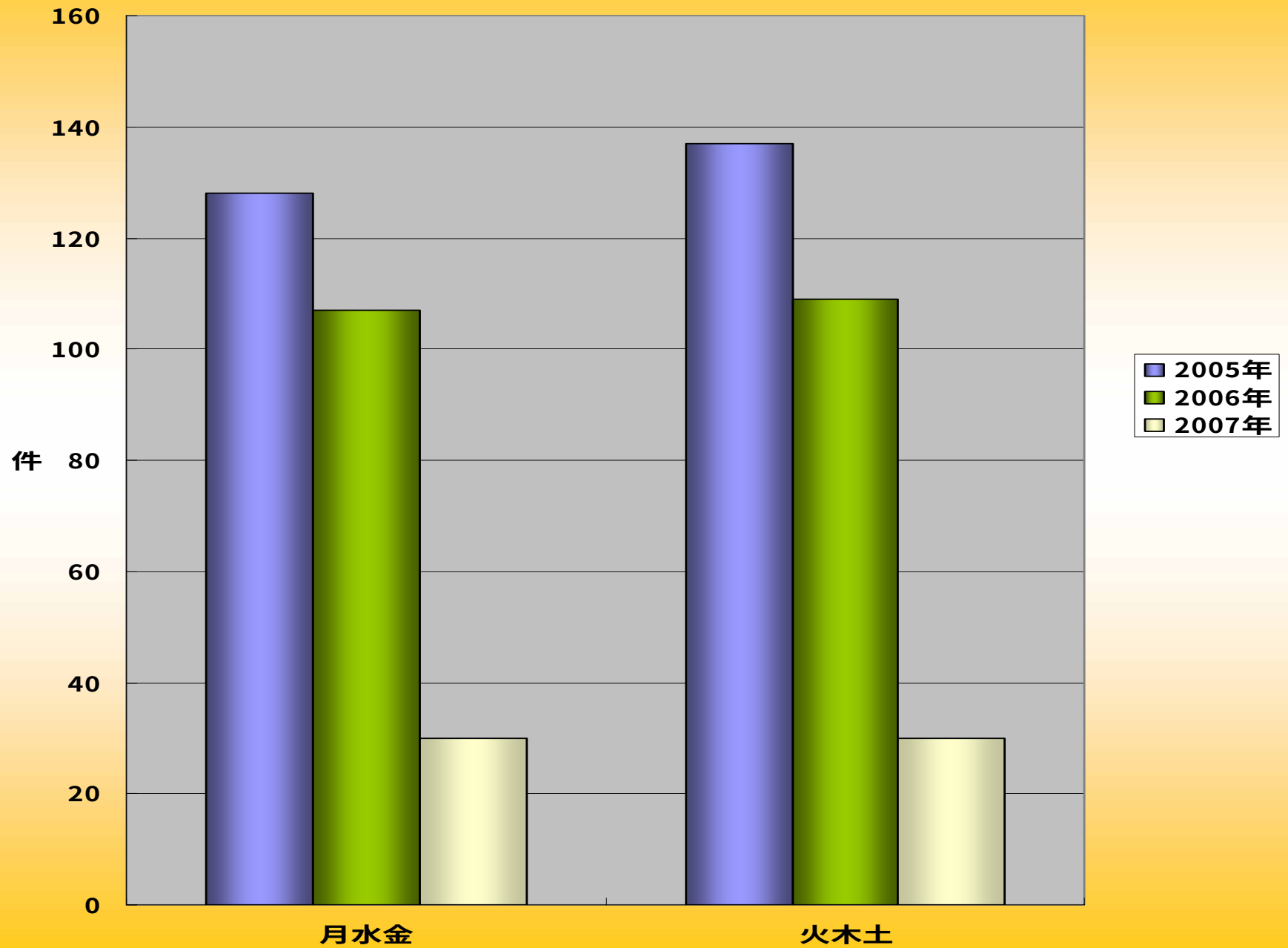
月別報告件数推移



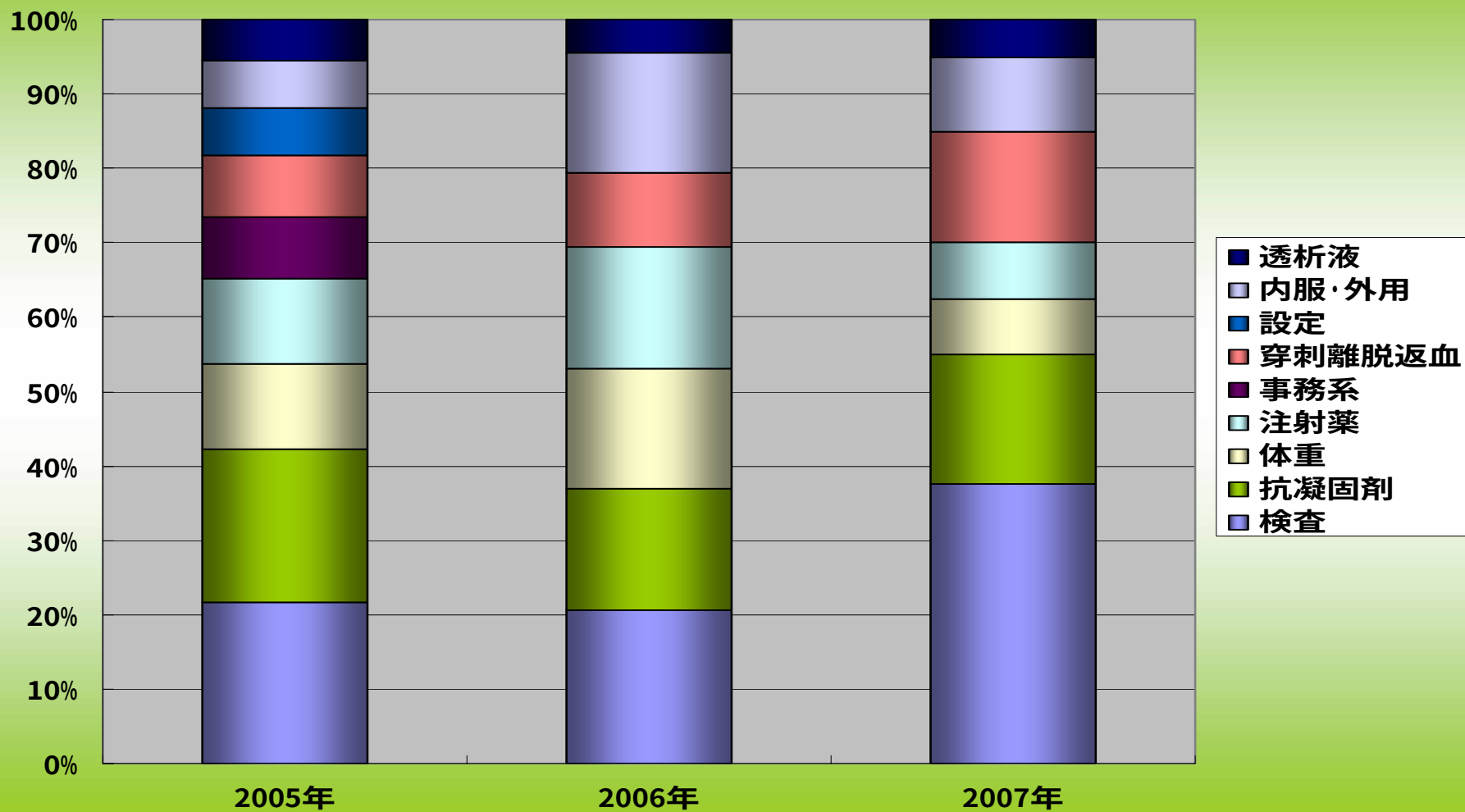
曜日別報告件数



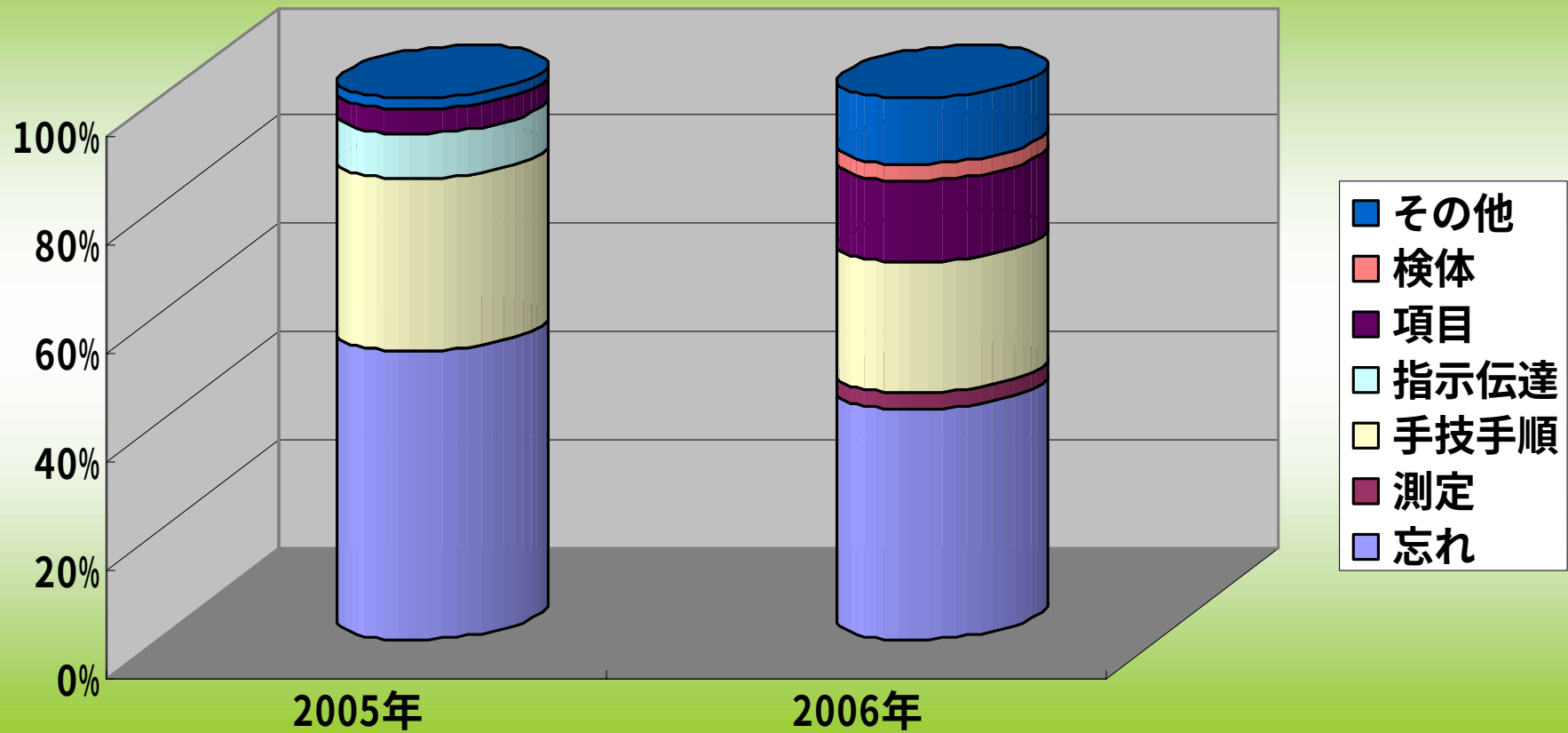
2クールと3クールの対比



年間報告内容割合



検査関連報告内訳



発生日			事故の内容は？	何が起きましたか？	戻る
2005/05/30	one shout	17:00		開始時のヘパリンショット忘れ	
2005/05/09	one shout				
2005/03/23	one shout	19:30		開始時のヘパリンショットを忘れ、1時間後に警報が鳴り気付いた	
2005/03/23	one shout	18:15		透折開始時ヘパリンワンショット忘れ	
2005/03/17	one shout	9:45		HD開始時のヘパリンショット入れ忘れ	
2005/03/07	one shout	8:10		ヘパリンショット忘れ	
2005/03/07	one shout	13:00		開始時のヘパリンショット忘れ	
2005/03/07	one shout	8:30		ヘパリンワンショット忘れ	
2005/03/01	one shout	15:35		開始時のヘパリンショット忘れ、次のPtを刺す前に気が付きショットする。	
2005/02/24	one shout	15:40		ヘパリンのショット忘れ、次のPtに行った時に気が付きショットする(約1分遅れ)	
2005/02/21	one shout	18:30		ヘパリンがショットされないままHD終了してしまった。	
2005/02/21	one shout	21:55		ノンヘパリン透折、残血は+〜±くらいでした。	
2005/02/02	one shout			開始時のワンショットヘパリン注入忘れ。	
2005/01/24	one shout	16:51		ヘパリンのワンショットをすれに気付かなかった(回診時)	
2005/11/30	その他			抗凝固剤を準備せずカスルペーグを行わずにHDを開始してしまった。	
2005/08/01	その他	7:15		Wチェックして作成しているのに3人分ヘパリンが作成されていなかった	
2005/03/25	その他	16:50		ヘパリンが作成してませんでした。	
2005/02/17	その他			ヘパリンが用意されていないことを確認せずに穿刺してしまい、穿刺後のチェックで気が付く。	
2005/12/12	作成手順	8:10		ヘパリンの生食溶める量違い	