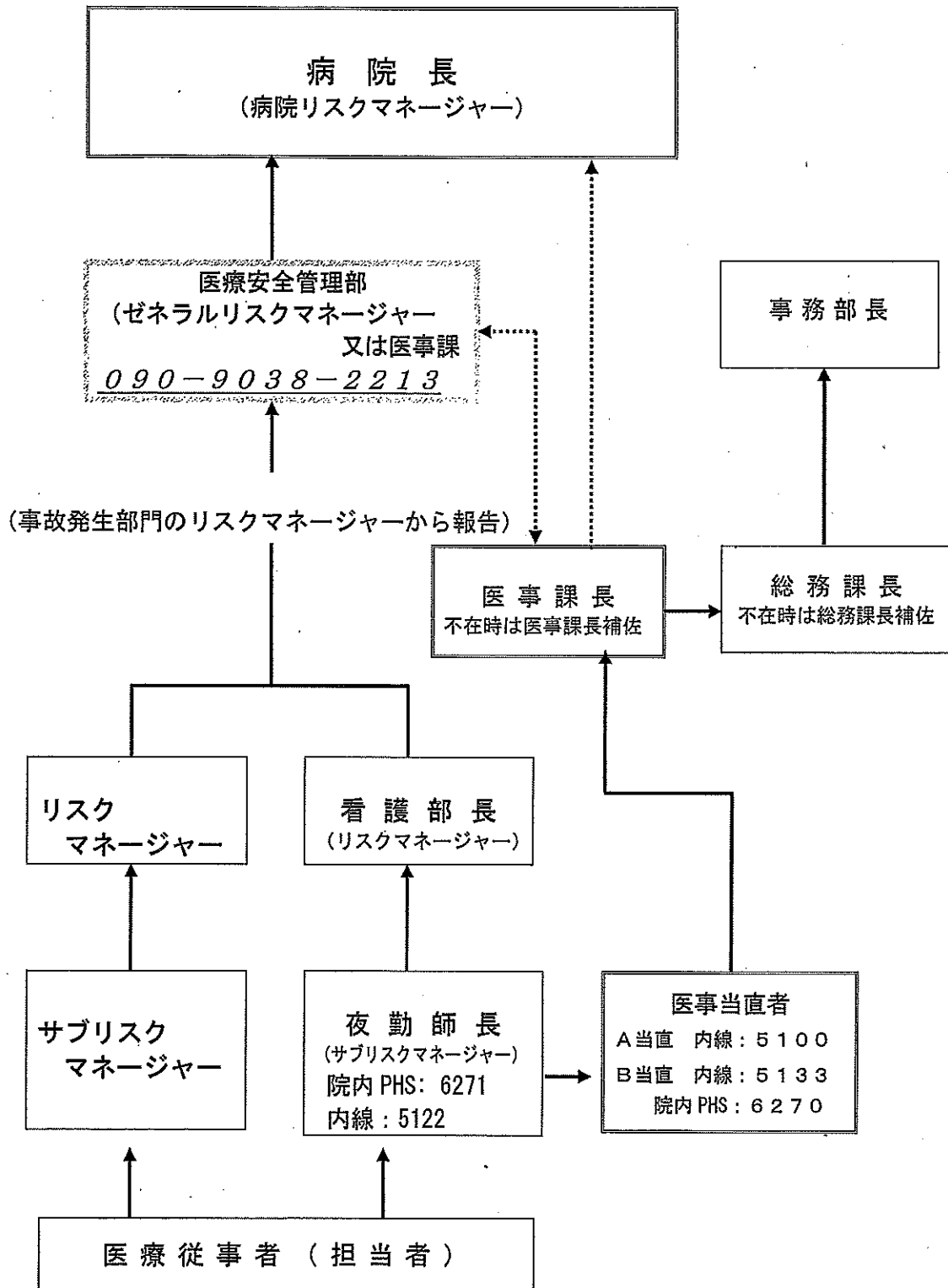


Ⅲ 当院におけるリスクマネジメント

○医療事故にかかる夜間・休日緊急報告体制



※ 夜間・休日に死亡事故またはこれに準ずる重大な事故が発生し24時間以内に報告書を提出できない場合は、上記により口頭で直ちに報告し、後刻所定の報告書を提出するものとする。

※ 上記報告体制は、あくまで医療行為に起因する事故のケースを想定しているが、それ以外の場合（職員の転落、転倒、自殺等）については、医事当直者へ直接報告するものとする。

(別紙3)

整理番号: A - _____

医療事故報告書

山形大学医学部附属病院長 殿

担当者 部署:	職名:	経験年数:	年	リスクマネージャー:					
関係者 ID-No:	患者名:								
男・女	年齢:	病名:							
場 所:	病棟 ()	外来 ()	その他 ()						
日 時:	平成	年	月	日	午前・午後	時	分		
影響レベル:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 a	<input type="checkbox"/> 3 b	<input type="checkbox"/> 4 a	<input type="checkbox"/> 4 b	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> その他
[内容と経過]									

【インフォームドコンセントの内容】

【事故後の患者等への説明及び対応】

【備 考】

整理番号 B- _____

【インシデント報告書】

山形大学医学部附属病院長 殿

平成 年 月 日

担当者:部署	職名	経験年数	配属年数	サブリスクマネージャー
関係者:患者名・職員名(職員事故のみ記入)				リスクマネージャー
ID-No	男・女	年齢	病名	
発生日時: 平成 年 月 日 曜日(平日・休日) ・ 時間: 時 分				
発生場所 <input type="checkbox"/> 病棟() (<input type="checkbox"/> NSF-70) <input type="checkbox"/> 病室 <input type="checkbox"/> 処置室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 外来() (<input type="checkbox"/> 診察室 <input type="checkbox"/> 待合室 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> その他:具体的に()				
インシデントの種類 <input type="checkbox"/> 診療上の行為:処置・手術・麻酔・検査・注射・与薬・輸血・機械操作・その他() <input type="checkbox"/> 療養上の世話:栄養・清潔・排泄・抑制・移送・保温・配膳・病棟管理・その他() <input type="checkbox"/> その他:患者や家族とのトラブル・苦情・医療費・その他()				
患者の心身状態 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 痴呆・健忘 <input type="checkbox"/> 上肢障害 <input type="checkbox"/> 下肢障害 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 床上安静 <input type="checkbox"/> 睡眠中 <input type="checkbox"/> せん妄状態 <input type="checkbox"/> 薬剤の影響下 <input type="checkbox"/> 麻酔中・麻酔前後 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 障害なし				
発見者 <input type="checkbox"/> 当事者本人 <input type="checkbox"/> 同職種者 <input type="checkbox"/> 他職種者 <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族・付き添い <input type="checkbox"/> 他患者 <input type="checkbox"/> その他()				
影響レベル <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b <input type="checkbox"/> 4a <input type="checkbox"/> 4b <input type="checkbox"/> 5 ・ <input type="checkbox"/> その他				
概要(内容,経過及び対応)				
事故にならなかった理由				
改善策				

〔発生場面〕

<input type="checkbox"/> 指示・情報伝達	
<input type="checkbox"/> 指示出し	
<input type="checkbox"/> 情報伝達	
<input type="checkbox"/> 指示受け	<input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 申し送り	<input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 薬剤・輸血	
<input type="checkbox"/> 与薬準備	
<input type="checkbox"/> 処方与薬	<input type="checkbox"/> 注射 (口皮・筋 <input type="checkbox"/> 静脈 <input type="checkbox"/> 動脈 <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> IVH) <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 坐剤用 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 点鼻・点眼・点耳 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 調剤・製剤管理等	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 薬剤濃度の種類	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 抗腫瘍剤 <input type="checkbox"/> 造影剤用薬 <input type="checkbox"/> 抗糖尿病 <input type="checkbox"/> 抗不安剤 <input type="checkbox"/> 細胞導入剤 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 輸血	<input type="checkbox"/> 輸血検査 <input type="checkbox"/> 放射線照射 <input type="checkbox"/> 輸血実施 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 治療・処置	
<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 手術 (口開頭 <input type="checkbox"/> 開胸 <input type="checkbox"/> 開心 <input type="checkbox"/> 開腹 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 鏡視下 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 術前準備 <input type="checkbox"/> 術前処置 <input type="checkbox"/> 術後処置 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 麻酔	<input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 硬膜 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 静脈 <input type="checkbox"/> 吸+静 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 出産・人工流産	<input type="checkbox"/> 経産 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> その他の治療	<input type="checkbox"/> 血液浄化 <input type="checkbox"/> IVR <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> ペインクリニック <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 処置	
<input type="checkbox"/> 一般的な処置	<input type="checkbox"/> チューブ類の挿入 (<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> Aライン <input type="checkbox"/> 血液浄化用カテーテル <input type="checkbox"/> NG・ED <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> ドレーンに関する処置 <input type="checkbox"/> 創傷処置
<input type="checkbox"/> 救急処置	<input type="checkbox"/> 気管挿管 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 心臓マッサージ <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 診察	
<input type="checkbox"/> 医療機器等の使用・管理	
<input type="checkbox"/> 医療機器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素療法機器 <input type="checkbox"/> 麻酔器 <input type="checkbox"/> 人工心臓 <input type="checkbox"/> 除震器 <input type="checkbox"/> IABP <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 輸液・輸注ポンプ <input type="checkbox"/> 血液浄化用機器 <input type="checkbox"/> インキュベーター <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 低圧吸引装置 <input type="checkbox"/> 心電図・血圧モニター <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ類	<input type="checkbox"/> 中心静脈ライン <input type="checkbox"/> 末梢静脈ライン <input type="checkbox"/> 動脈ライン <input type="checkbox"/> 気管チューブ <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> NG・ED <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 胸腔ドレーン <input type="checkbox"/> 腹腔ドレーン <input type="checkbox"/> 脳室・脳脊ドレーン <input type="checkbox"/> 皮下持続吸引ドレーン <input type="checkbox"/> 硬膜外カテーテル <input type="checkbox"/> 血液浄化用カテーテル・回路 <input type="checkbox"/> 三方活栓 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 検査	
<input type="checkbox"/> 検体採取	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採痰 <input type="checkbox"/> 穿刺液 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 生理検査	<input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> マスター負荷 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 筋電図 <input type="checkbox"/> 肺機能
<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 画像検査	<input type="checkbox"/> 一般撮影 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 血管カテーテル口上部消化管 <input type="checkbox"/> 下部消化管 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 気管支鏡 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> 下部消化管 <input type="checkbox"/> 気管支鏡 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 機能検査	<input type="checkbox"/> 耳鼻科検査 <input type="checkbox"/> 眼科検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 検体検査	
<input type="checkbox"/> 血糖検査 (病棟での)	
<input type="checkbox"/> 病理検査	
<input type="checkbox"/> 核医学検査	
<input type="checkbox"/> その他の検査 ()	
<input type="checkbox"/> 療養上	
<input type="checkbox"/> 療養上の世話	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 体位交換 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> 体温管理 <input type="checkbox"/> 患者周辺物品管理 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 給食・栄養	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> その他の療養生活	<input type="checkbox"/> 散歩中 <input type="checkbox"/> 外出・外泊中 <input type="checkbox"/> 着替え中 <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> その他の場面	
<input type="checkbox"/> 物品搬送	
<input type="checkbox"/> 放射線管理	
<input type="checkbox"/> 診療情報管理	<input type="checkbox"/> 診療録 (口医師記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 画像データ管理 <input type="checkbox"/> 検査データ管理 <input type="checkbox"/> 検診データ管理
<input type="checkbox"/> 患者・家族への説明	<input type="checkbox"/> 検査・処置・与薬指示箋 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 施設・設備	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

〔インシデント内容〕

□指示・情報伝達過程	
□忘れ □遅延 □不十分 □間違い □その他 ()	
□手術・麻酔・治療・処置等	
□取り違い (□患者 □部位 □医療材料 □その他 ())	
□方法(手技)の誤り □未実施・忘れ □中止・延期 □日程・時間の誤り □順番の誤り	
□不必要行為の実施 □消毒・清潔操作の誤り □患者体位の誤り □その他 ()	
□処方・与薬	
□処方量間違い □与薬量間違い (□過剰 □過少)	
□与薬時間・日付間違い □重複与薬 □禁忌薬剤の組合せ	
□投与速度 (□速過ぎ □遅過ぎ □その他 ())	
□患者間違い □薬剤間違い □単位間違い □投与方法間違い □無投薬 □その他 ()	
□調剤・製剤管理	
□処方箋・注射箋監査間違い	
□調剤・製剤間違い	□秤量 □数量 □分包 □規格 □単位 □薬剤取り違い □その他 ()
□薬剤・血液製剤交付間違い	□説明文書の取り違い □交付患者間違い □薬剤・製剤の取り違い □期限切れ製剤 □ABO型不適合製剤 □その他の不適合製剤 □その他 ()
□薬剤・血液製剤管理	□異物混入 □細菌汚染 □破損 □混合間違い □その他 ()
□薬袋・ボトルの記載間違い	
□薬袋入れ間違い	
□薬剤紛失	□その他 ()
□輸血	
□輸血検査	□未実施 □検体取り違い □クロスマッチ間違い □結果記入・入力間違い □その他 ()
□放射線照射	□未実施・忘れ □過剰照射
□患者取り違い	
□製剤取り違い	□その他 ()
□機器等の使用・管理	
□機器の誤動作 (□組立 □条件設定間違い □設定忘れ・電源入れ忘れ □その他 ())	
□機器の不適切使用 □機器の誤作動 □機器の故障 □機器の修理ミス	
□機器の破損 □機器の点検管理ミス □その他 ()	
□チューブ類の使用・管理	
□点滴漏れ □自己抜去 □自然抜去 □接続はずれ □未接続 □閉塞 □破損・切断 □接続間違い □三方活栓操作間違い □ルートクランプエラー □空気混入 □その他 ()	
□検査	
□患者取り違い □検査手技・判定技術の間違い □検体採取時のミス □検体取り違い	
□検体紛失 □検体破損 □検体のコンタミネーション □その他の検体管理・取扱い	
□試薬管理 □分析機器・器具管理 □検査機器・器具準備	
□データ管理 (□データ取り違い □データ紛失 □その他 ())	
□計算・入力・転記 □結果報告 □その他	
□療養上の世話	
□転倒・転落	□転倒 □転落 □衝突
□誤嚥・誤飲	□誤嚥 □誤飲
□誤配膳	
□指示の不履行	□安静 □禁食 □その他
□搬送・移送	□取り違い □遅延 □忘れ □搬送先間違い □その他 ()
□自己管理薬	□飲み忘れ・注射忘れ □摂取・注入量間違い □取り違い摂取 □その他
□無断外出・外泊 □その他 ()	
□給食・栄養	
□内容の間違い □量の間違い □中止の忘れ □延食の忘れ □異物混入 □その他 ()	
□物品搬送	
□遅延 □忘れ □搬送先の間違い □搬送中の破損 □その他 ()	
□放射線管理	
□放射性物質の紛失 □放射線漏れ □その他 ()	
□診療情報管理	
□記録忘れ □誤記録 □管理ミス □その他 ()	
□患者・家族への説明	
□説明不十分 □説明間違い □管理ミス	
□施設・設備	
□施設構造物・設備の破損 □施設・設備の管理ミス □その他 ()	
□その他 ()	

〔インシデント要因〕

□当事者	
□確認	□不十分 □その他()
□観察	□不十分 □その他()
□判断	□誤りがあった □その他()
□知識	□不足 □誤りがあった □その他()
□技術(手技)	□未熟 □誤った □その他()
□報告等	□忘れた □不十分 □間違い □不適切 □その他()
□身体的状況	□寝不足 □体調不良 □眠くなる薬を飲んでいた □その他()
□心理的状況	□慌てていた □イライラしていた □緊張していた □無意識 □思い込み □他の事に気を取られていた □その他()
□環境等	
□システム	□連絡・報告システムの不備 □指示伝達システムの不備 □コンピュータシステムの不備 □作業マニュアルの不備 □その他()
□連携	□医師と看護婦の連携不適切 □医師と技術職の連携不適切 □医師と事務職の連携不適切 □医師間の連携不適切 □看護婦間の連携不適切 □技術職間の連携不適切 □多職種間の連携不適切 □その他()
□記録等の記載	□字が汚かった □小さくて読みにくかった □記載形式が統一されてなかった □記載方法がわかりにくかった □記載漏れ □その他()
□患者の外見(容貌・年齢) ・姓名の類似	
□勤務状況	□多忙であった □勤務の管理に不備 □作業が中断した □当直だった □当直明けだった □夜勤だった □夜勤明けだった □その他()
□環境	□災害時だった □緊急時だった □コンピュータシステムのダウン □照明が暗かった □床が濡れていた □その他()
□機器・薬剤・設備	
□医療機器・器具・医療材料	□欠陥品・不良品だった □故障していた □複数の規格が存在した □扱いにくかった □配置が悪かった □数の不足 □管理が不十分だった □機器誤作動 □その他()
□薬剤	□薬剤を入れる容器が類似 □薬剤の色や形態の類似 □薬剤名が似ていた □複数の規格が存在した □配置が悪かった □管理が悪かった □薬剤の性質上の問題 □薬効が似ていた □薬剤の略号が似ていた □その他()
□諸物品	□欠陥品・不良品だった □故障していた □複数の規格が存在した □扱いにくかった □配置が悪かった □数の不足 □管理が不十分だった □その他()
□施設・設備	□保守管理が不十分 (□電気系統 □空調 □衛生設備 □通信設備 □昇降設備 □その他) □施設構造物に関する問題 □その他()
□教育・訓練	
□教育・訓練が不十分 □マニュアルに不備 □カリキュラムに不備 □その他()	
□説明・対応	
□説明が不十分 □説明に誤り □患者・家族の理解が不十分 □その他()	
□その他()	

〔間違いの実施の有無と影響〕

□間違いが実施前に発見された事例	□仮に実施されていても、患者への影響は小さかった(処置不要)と考えられる □仮に実施されていた場合、患者への影響は中程度(処置が必要)と考えられる □仮に実施された場合、身体への影響は大きい(生命に影響する)と考えられる
□間違いが実施されたが患者に影響がなかった	
□その他()	
備考	