

7	影響について
	実際に分析手法を経験してどのような影響がありましたか
	分析にかかる時間
	分析を行なう事例（重要だと思ふ事例）の選定
	実際に立案される対策
	院内のコミュニケーション
	職種間の他の職種の役割や業務に関する理解
	個人の医療安全に関する意識やリスクに対する認知
	対策の遵守状況
	対策のバラエティ
8	定着の条件
	分析方法を組織の中に定着させるために何が重要だと思いますか
	ヒト（ファシリテーター、経営幹部の支援、中間管理職、各部署の中核的なメンバーなど）
	モノ（対策に役立つ用具、会議室などの物理的環境など）
	カネ（対策を実行する経済的裏づけ、参加者に対する経済的報酬など）
	情報（分析のためのツールやテキスト、IT支援用ソフト、新しい医療情報など）
9	評価
	現在、課題や問題だと考えている点がありましたら教えてください
	あなた自身はほかの医療機関も分析手法を導入すべきだと思いますか

分析体制に関するアンケート調査書式

A. 貴施設の概要について

1. 貴施設の所在地と設立主体についてお尋ねします。(番号に○をつけてください)

所在地	1	北海道ブロック	北海道
	2	東北ブロック	青森・岩手・秋田・宮城・山形・福島
	3	関東信越ブロック (東京都を除く)	茨城・栃木・群馬・埼玉・千葉・神奈川・新潟・山梨・長野
	4	東京都	
	5	東海北陸	富山・石川・岐阜・静岡・愛知・三重
	6	近畿ブロック	福井・滋賀・京都・大阪・兵庫・奈良・和歌山
	7	中国ブロック	鳥取・島根・岡山・広島・山口
	8	四国ブロック	徳島・香川・愛媛・高知
	9	九州ブロック	福岡・佐賀・長崎・熊本・大分・宮崎・鹿児島・沖縄
設立主体	1	国	厚生労働省・独立行政法人国立病院機構・国立大学法人・独立行政法人労働者健康福祉機構・その他
	2	公的医療機関	都道府県・市町村・日赤・済生会・北海道社会事業団・厚生連・国民健康保険連合会
	3	社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会・厚生年金事業振興団・船員保険・健康保険組合・共済組合・国民健康組合
	4		公益法人
	5		医療法人
	6		学校法人
	7		会社
	8		その他の法人

2. 貴施設の実働可能な病床数(種別ごと・総数)・年間平均在院日数(種別ごと)を教えてください。病床数は該当するものを○で囲み、平均在院日数は数字を記入してください。

	実働可能な病床				年間平均 在院日数
一般病床	100床未満	100~199床	200~299床		日
	300~399床	400~499床	500~599床		
	600~699床	700~799床	800~899床		

	900～999床	1000床以上	
療養病床	なし 100～199床	50床未満 200～299床 400床以上	50～99床 300～399床 日
	実働可能な病床		年間平均 在院日数
精神科病床	なし 100～199床	50床未満 200～299床 400床以上	50～99床 300～399床 日
総数	100床未満 300～399床 600～699床	100～199床 400～499床 700～799床	200～299床 500～599床 800～899床 900～999床 1000床以上 —

療養病床には、医療保険適用・介護保険適用の双方を含みます。

3. 貴施設の2月1日現在の従業員総数を教えてください（全従業員数：但し派遣職員・外部委託職員を除く、非常勤職員は勤務実態に応じ1名に換算）。

（ ）名

B. 回答者の役職と職種について

貴施設での職名・職位と職種をご記入ください（複数回答可）。また、医療安全に関する業務について、該当する勤務形態に○をつけてください。

職名・職位	
職種	
勤務形態	専任・併任

C. 医療安全に関する委員会や組織について

1. 貴施設には医療安全に関してどのような組織や委員会等がありますか。該当する名称と主な構成員をご記入ください。また、該当するものがない場合は該当なしに○をつけてください。ここに示す以外に設置されている委員会・会議や2つ以上の機能を兼ねているものがあれば別に空欄にご記入ください。

主な機能と形態	貴施設で該当する名称	主な構成員と人員の数 (長には◎をつけてください)	該当 なし
医療安全管理を行う部門	例：医療安全管理室等		

院内全体の医療安全の実務担当者	例：ジェネラル・リスクマネージャー等		
主な機能と形態	貴施設で該当する委員会・会議等の名称	主な構成員と人員の数 (長には◎をつけてください)	該当なし
院内全体の医療安全に関する委員会・会議等	例：医療安全委員会等		
院内全体の医療事故に関する委員会・会議等	例：医療事故防止委員会等		
院内全体の医療安全や医療事故に関する委員会・会議等	例：医療事故防止委員会等		
医療事故訴訟等に関する委員会・会議等	例：医療事故対策会議等		
各部門・部署の医療安全担当者全員で構成する委員会・会議等	例：リスクマネージャー会議等		
各部門・部署内の医療安全に関する委員会・会議等	例：看護事故防止委員会等		

2. 貴施設には医療安全に関してどのような役職・分担がありますか。職名・医療安全に関する業務の勤務形態・役割をお答えください。役割は下記の語群から該当するものをすべて選択し、記号でご記入ください。

職名	勤務形態	役割
	専任・併任	
	専任・併任	

	専任・併任	
	専任・併任	
	専任・併任	
	専任・併任	





【役割の分類】

- ① ヒヤリ・ハット情報の分析（定量・定性） ② 事故情報の分析（定量・定性）
 ③ 安全管理対策の立案・調整・周知・評価 ④ 各部門・部署の安全推進担当者との連携
 ⑤安全管理のための委員会の企画・運営・サポート ⑥ その他院内の安全に関わる委員会との連携 ⑦ 院内の安全に関する相談および助言






D. 分析体制について

1. 貴施設における事例分析はどなた（あるいはどのような組織）によって、どんな場で行われていますか。貴施設の院内報告制度に従って、分析や検討を行う者を○で囲む（複数選択可）か、ご記入ください。また、ヒヤリ・ハット、事故事例報告が貴施設の院内報告制度のルールによって、しかるべき提出先に提出された時点以降の分析・検討経路を表にご記入ください。



① ヒヤリ・ハット事例の場合

段階	分析・検討を行う者	分析の場や方法
発生部署におけるヒヤリ・ハット報告作成時 	報告者、職場の中間管理職、発生・発見現場の長、職場の医療安全担当者、同僚、その他 ()	単独で行う、記載担当者だけで行う、毎日のカンファレンス、部署のミーティング、その他 ()
発生部署からのヒヤリ・ハット報告提出後 提出先 () 	院内全体の医療安全担当者、発生・発見現場の長、部門内の医療安全の委員会、院内全体の医療安全の委員会、その他 ()	単独で行う、担当者だけで行う、委員会の場でおこなう、分析チームで行う、その他 ()
 		
 		

② 事件事例（軽微な事故）の場合

段階	分析・検討を行う者	分析の場や方法
発生部署における事故報告書作成時 	報告者、職場の中間管理職、発生・発見現場の長、職場の医療安全担当者、同僚、院内全体の医療安全担当者、その他（ ）	単独で行う、記載担当者だけで行う、毎日のカンファレンス、部署のミーティング、その他（ ）
発生部署からの事故報告書提出後 提出先（ ） 	院内全体の医療安全担当者、発生・発見現場の長、部門内の医療安全の委員会、院内全体の医療安全の委員会、その他（ ）	単独で行う、担当者だけで行う、委員会のおこなう、分析チームで行う、その他（ ）
		
		
		

③ 事件事例（重大な事故）の場合

段階	分析・検討を行う者	分析の場や方法
発生部署における事故報告書作成時 	報告者、職場の中間管理職、発生・発見現場の長、職場の医療安全担当者、同僚、院内全体の医療安全担当者、その他（ ）	単独で行う、記載担当者だけで行う、毎日のカンファレンス、部署のミーティング、その他（ ）
発生部署からの事故報告書提出後 提出先（ ） 	院内全体の医療安全担当者、発生・発見部署の所属長、院内全体の医療安全の委員会、院内全体の医療事故の委員会、その他（ ）	単独で行う、担当者だけで行う、委員会のおこなう、分析チームで行う、その他（ ）

段階	分析・検討を行う者	分析の場や方法
↓		
↓		

2. 貴施設における事例分析では、報告書提出以降の段階で当事者の関与はありますか。
 原則的な考え方・対応をひとつ選び、記号を○で囲んでください。なおここで言う
 当事者とは、当該事象の発生や経過に直接的に関与した人を指し、事象発生後に偶
 然事象を発見したような者は除外します。

① ヒヤリ・ハット事例の場合

- ア. 当事者（医療従事者）から情報を聞く。
- イ. 当事者（医療従事者・患者・家族）から情報を聞く。
- ウ. 当事者（医療従事者）も分析に参加する。
- エ. 当事者（医療従事者・患者・家族）も分析に参加する。
- オ. 当事者は参加しない。

② 軽微な事故事例の場合

- ア. 当事者（医療従事者）から情報を聞く。
- イ. 当事者（医療従事者・患者・家族）から情報を聞く。
- ウ. 当事者（医療従事者）も分析に参加する。
- エ. 当事者（医療従事者・患者・家族）も分析に参加する。
- オ. 当事者は参加しない。

③ 重大な事故事例の場合

- ア. 当事者（医療従事者）から情報を聞く。
- イ. 当事者（医療従事者・患者・家族）から情報を聞く。
- ウ. 当事者（医療従事者）も分析に参加する。
- エ. 当事者（医療従事者・患者・家族）も分析に参加する。
- オ. 当事者は参加しない。

3. 貴施設で、院内全体の医療安全の実務を担当する者（ジェネラル・リスクマネジャー等）が医療事故事例の分析で果たす役割はどのようなものですか。該当する記号に○をつけてください（複数回答 可）。

① 情報収集について

- ア. 事故報告書が部門・部署から提出される前から関わる。
- イ. 事故報告書が部門・部署から提出された後で文書等を用いて追加の情報収集の依頼を行う。
- ウ. 事例発生・発見現場の長、スタッフ、関連部署などから直接聞き取りを行う。
- エ. 原則として関与しない。
- オ. その他（ ）

② 発生部署での事故報告書の作成について

- ア. 中心になってまとめる。
- イ. 事例発生・発見現場が作成するが原則として作成に参加する。
- ウ. 事例発生・発見現場から依頼があれば参加する。
- エ. 原則として関与しない。
- オ. その他（ ）

③ 発生部署での事例分析について

- ア. 中心になって行う。
- イ. 原則として分析に参加し、支援を行う。
- ウ. 事例発生・発見現場から依頼があれば分析に参加する。
- エ. 原則として関与しない。
- オ. その他（ ）

④ 医療事故対策の委員会等における事例分析について

- ア. 中心になって行う。
- イ. 委員会のメンバー等の役割を担い、原則として分析に参加する。
- ウ. 依頼があれば分析に参加する。
- エ. 原則として関与しない。
- オ. その他（ ）

⑤ 最終的な事故報告書について

- ア. 中心になってまとめる。
- イ. 委員会のメンバー等の役割を担い、原則として作成に参加する。
- ウ. 依頼があれば参加する。
- エ. 原則として関与しない。
- オ. その他（ ）

4. 貴施設で、事例の発生・発見現場の長が医療事故事例の分析で果たす役割はどのよ

うなものです。該当する記号に○をつけてください（複数回答 可）。

① 情報収集

- ア. 事故報告書が報告者から提出される前から関わる。
- イ. 事故報告書が報告者から提出された段階で、情報追加の指示を出す。
- ウ. 報告者、その他のスタッフ、関連部署などから直接聞き取りを行う。
- エ. 原則として関与しない。
- オ. その他（ ）

② 発生部署での事故報告書の作成について

- ア. 中心になってまとめる。
- イ. 原則として作成に参加する。
- ウ. 依頼があれば参加する。
- エ. 原則として関与しない。
- オ. その他（ ）

③ 発生部署での事例分析について

- ア. 中心になって行う。
- イ. 原則として分析に参加し、支援を行う。
- ウ. 事例発生・発見現場から依頼があれば分析に参加する。
- エ. 原則として関与しない。
- オ. その他（ ）

④ 医療事故対策の委員会等における事例分析について

- ア. 中心になって行う。
- イ. 委員会のメンバー等の役割を担い、原則として分析に参加する。
- ウ. 依頼があれば分析に参加する。
- エ. 原則として関与しない。
- オ. その他（ ）

⑤ 最終的な事故報告書について

- ア. 中心になってまとめる。
- イ. 委員会のメンバー等の役割を担い、原則として作成に参加する。
- ウ. 依頼があれば参加する。
- エ. 原則として関与しない。
- オ. その他（ ）

E. 事例分析における分析モデルの利用について

1. あなたがご存知の分析モデルを選択してください。名前を知っている程度でも結構です。（複数選択 可）

ア. m-SHEL イ. 4M4E ウ. RCA (根本原因分析) エ. J-HPES

オ. VTA カ. M-SAFER キ. HFMEA ク. なぜなぜ分析

ケ. その他 ()

コ. 特に分析モデルは知らない

2. あなたの分析モデルの使用経験についてお尋ねします。

① 臨床や研修等でこれまでに何らかの分析モデルを使用した経験はありますか。

ア. ある イ. ない

② あるとお答えした方にお尋ねします。

ア. これまで経験した中で、使いやすいと感じた分析モデルは何ですか。また、その主な理由は何ですか。

分析モデル名 ()

その理由→

イ. これまで経験した中で、使いにくいと感じた分析モデルは何ですか。また、その主な理由は何ですか。

分析モデル名 ()

その理由→

3. 貴施設では事例分析の際に分析モデルを導入していますか。

ア. 全施設の的に同一の分析モデルを導入している。

イ. 部門・部署によって導入しているところがある。

ウ. 以前導入したことがあるが、現在は使用していない。

エ. 分析モデルは特に使用していない。

4. 設問3で全施設の、または部門・部署によって導入しているとお答えの方はお答えください。

① 使用している分析手法は何ですか。該当するものの記号をOで囲んでください。

(複数回答 可)

ア. m-SHEL イ. 4M4E ウ. RCA (根本原因分析) エ. J-HPES

オ. VTA カ. M-SAFER キ. HFMEA ク. なぜなぜ分析

ケ. その他 ()

- ② 全施設的に分析モデルを導入している場合、その分析モデルはどのようにして選びましたか。該当するものの記号を○で囲んでください。(複数回答 可)
- ア. 研修等で紹介された イ. 文献などで探して見つけた
ウ. 医療機関の上層部が選択した エ. 他施設の医療安全担当者から勧められた
オ. その他 ()
- ③ その分析モデルをどのくらいの頻度で使用していますか。使用しているモデルを表に示し、該当する記号を○で囲んでください。
- ア. 分析を行う全事例に使用している。
イ. 事件事例のみ使用している。
ウ. 重大事故など事例を選定して使用している。
エ. その他

分析モデル名	使用頻度
	ア イ ウ エ ()
	ア イ ウ エ ()
	ア イ ウ エ ()

- ④ その分析モデルは主に誰によって使用されていますか。(複数回答 可)
- ア. 職員全員 イ. 各部門・部署の医療安全の担当者 ウ. 各部門の中間管理職
エ. 各部門・部署の長 オ. 施設全体の医療安全の委員会委員
カ. 施設全体の医療事故の委員会委員 キ. 医療安全管理部門の職員
ク. その他

分析モデル名	使用頻度
	ア イ ウ エ オ カ キ ク ()
	ア イ ウ エ オ カ キ ク ()
	ア イ ウ エ オ カ キ ク ()

5. 設問3で以前導入したことがあるが現在は使用していない、とお答えの方はお答えください。使用をやめたのはどのような理由からですか。(複数回答 可)
- ア. 分析に時間がかかる イ. 適当な指導者がいない
ウ. うまく対策に活用できない エ. 訓練に時間がかかる
オ. 使用しなくても結論に変わりがない

カ. その他 ()

F. 事例分析の教育・訓練について

1. 貴施設では、事例分析の教育・訓練を施設内で計画的に行っていますか。ここでは、医療安全全般の研修ではなく、『ヒヤリ・ハット事例の分析のしかた』など、事例分析に焦点を絞った研修を行っているかどうかについてお答えください。開催していない場合は、『無』に○をつけてください。

対象者	プログラムの責任者	方法・開催頻度	無
全職種対象	医療安全管理部門・院内教育担当部門・その他 ()	方法：講義・演習・eラーニング その他 () 開催頻度：年 回	
各職種別	医療安全管理部門・院内教育担当部署・各部門部署別・その他 ()	方法：講義・演習・eラーニング その他 () 開催頻度：年 回	
新人	医療安全管理部門・院内教育担当部署・各部門部署別・その他 ()	方法：講義・演習・eラーニング その他 () 開催頻度：年 回	
指導医、教育担当者等	医療安全管理部門・院内教育担当部署・各部門部署別・その他 ()	方法：講義・演習・eラーニング その他 () 開催頻度：年 回	
部門・部署の長の長	医療安全管理部門・院内教育担当部署・各部門部署別・その他 ()	方法：講義・演習・eラーニング その他 () 開催頻度：年 回	
医療安全委員会委員等	医療安全管理部門・院内教育担当部署・各部門部署別・その他 ()	方法：講義・演習・eラーニング その他 () 開催頻度：年 回	
部門・部署の医療安全の実務を担当する者	医療安全管理部門・院内教育担当部署・各部門部署別・その他 ()	方法：講義・演習・eラーニング その他 () 開催頻度：年 回	

2. 貴施設では、事例分析の教育・訓練に施設外の教育プログラムを活用していますか。利用しているプログラムを選び、記号に○をつけてください。なお、ここでいう事例分析の教育・訓練とは、事例分析の具体的方法をプログラムに含んでいるものを指しています。

- ア. 医療安全推進者養成講座（日本医師会）
- イ. 医療安全管理者養成研修（日本看護協会）
- ウ. 医療安全管理者養成研修（四病院団体協議会）
- エ. 安全管理研究科（国立保健医療科学院）
- オ. 都道府県主催の事例分析を目的とした医療安全研修
- カ. 地方厚生局主催の事例分析を目的とした医療安全研修
- キ. 各病院団体、本部等の開催する事例分析を目的とした医療安全研修
- ク. その他（ ）

G. 事例分析・対策立案過程について

1. 事例分析・対策立案過程において発生する問題点についてお尋ねします。

① 事例分析の過程で困難を感じていることや問題点はありますか。

- ア. ある
- イ. 特にない

② あるとお答えの方にお尋ねします。実際に事例を分析する過程でどのような困難がありますか。該当するものすべてに○をつけてください。

【情報収集に関して】

- ア. 他の業務などがあり、追加情報の収集に十分な時間を割けない。
- イ. 追加情報を収集しようと思っても十分な記録がない。
- ウ. 三交代などで対象者に会えないなど、情報収集が思ったように進められない。
- エ. 発生場所等へ情報収集に行っても十分な情報がもらえない。
- オ. 職種によっては、必要な対象者にインタビューを行えない。
- カ. 情報収集に必要な権限を与えられていないため十分な情報収集が行えない。
- キ. 事例発生時点で十分な情報収集が行われていないため、情報収集に行っても関係者が事例に関する詳細な情報を記憶していない。
- ク. 情報収集に関しては特に困難なことはない。
- ケ. その他（ ）

【事象の分析に関して】

- ア. 分析対象となる事例が多く各事例に十分な時間が割けない。
- イ. 適当な分析の方法がわからない。
- ウ. 自分の行っている分析結果が正しいかどうかわからない。
- エ. 分析にかかわるメンバーの能力がなかなか高まらない。
- オ. 分析に十分な時間を割ける人手がない。
- カ. 分析にあたる人の間で率直な話し合い、意見交換ができない。
- キ. 分析がマンネリ化しており、いつも同じ結論になっている。
- ク. 事象の分析に関しては特に困難なことはない。

ケ. その他 ()

③ 対策立案の過程で困難を感じていることや問題点はありますか。

ア. ある イ. 特にない

④ あるとお答えの方にお尋ねします。実際に対策を立案する過程でどのような困難がありますか。該当するものすべてに○をつけてください。

ア. 適切な解決策が見つからない。

イ. いつも「注意喚起」のような具体性がない対策になってしまう。

ウ. 対策がマンネリ化し、再発防止につながらない。

エ. 物品の購入などに経済的な制約があり、対策として採用することができない。

オ. 委員会などで対策を検討する際に、委員間の意見が異なり、対策が採用されない。

カ. その他 ()

H. 外部資源の活用について

1. これまでに医療安全に関する他機関等の情報を見たり活用したりしたことがありますか。

ア. ある イ. ない

2. あるとお答えの方にお尋ねします。それはどのような媒体ですか（複数回答 可）。

ア. 他機関の定期刊行物 イ. 商業誌 ウ. 学会誌

エ. インターネット オ. その他 ()

3. どのくらいの頻度で活用していますか。

ア. 1ヶ月に1回程度定期的にチェックする

イ. 2ヶ月に1回程度定期的にチェックする

ウ. 3ヶ月に1回程度定期的にチェックする

エ. 定期的ではないが、必要に応じて利用する

オ. 余裕があれば見る程度である

4. 医療安全に関して利用できる外部の集まりや情報交換の場はありますか。

ア. ある イ. 利用できるものがあることは知っているが参加していない

ウ. ない

5. 設問3で、アまたはイとお答えになった方にお尋ねします。それはどのような集まりですか。

名称：

主催：

開催頻度等：

6. 設問3でウとお答えになった方にお尋ねします。もし、利用できる場があれば参加する意志はありますか。

ア. ぜひ参加したい イ. 開催場所や内容によっては参加したい

ウ. 参加しない

7. これまでに医療安全対策ネットワーク整備事業の一環として提供される重要事例データベース（www2.hiyari-hatto.jp/hiyarihatto/index.jsp）を利用したことがありますか。

ア. 公表のたびに目を通している。

イ. 定期的ではないが、すべてに目を通している

ウ. 定期的ではないが、一部に目を通している

エ. あることは知っているが利用したことはない

オ. これまで知らなかった

医療事故報告様式

1. 事故発生日時と事故の概要

1	発生前 <input type="checkbox"/> 前年 <input type="checkbox"/> 当年 <input type="checkbox"/> それ以前（ ）年を半角数字4桁で記入
2	発生日 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月
3	発生日 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 曜日区分 <input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 休日
4	発生時間帯 <input type="checkbox"/> 0時～1時台 <input type="checkbox"/> 2時～3時台 <input type="checkbox"/> 4時～5時台 <input type="checkbox"/> 6時～7時台 <input type="checkbox"/> 8時～9時台 <input type="checkbox"/> 10時～11時台 <input type="checkbox"/> 12時～13時台 <input type="checkbox"/> 14時～15時台 <input type="checkbox"/> 16時～17時台 <input type="checkbox"/> 18時～19時台 <input type="checkbox"/> 20時～21時台 <input type="checkbox"/> 22時～23時台 <input type="checkbox"/> 不明（ ）
5	事故の程度 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 障害残存の可能性が高い <input type="checkbox"/> 障害残存の可能性が低い <input type="checkbox"/> 障害残存の可能性なし <input type="checkbox"/> 障害なし <input type="checkbox"/> 不明（ ）
6	事故の治療の程度 <input type="checkbox"/> 濃厚な治療 <input type="checkbox"/> 軽微な治療 <input type="checkbox"/> なし
7	発生場所（複数回答可） <input type="checkbox"/> 外来診療室 <input type="checkbox"/> 外来処置室 <input type="checkbox"/> 外来待合室 <input type="checkbox"/> 救急外来 <input type="checkbox"/> 救命救急センター <input type="checkbox"/> 病室 <input type="checkbox"/> 病棟処置室 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/> NICU <input type="checkbox"/> 検査室 <input type="checkbox"/> カテーテル検査室 <input type="checkbox"/> 放射線治療室 <input type="checkbox"/> 放射線撮影室 <input type="checkbox"/> 核医学検査室 <input type="checkbox"/> 透析室 <input type="checkbox"/> 分娩室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他（ ）
8	事故の概要 <input type="checkbox"/> 汚染された薬剤・材料・生体由来材料等の使用による事故 <input type="checkbox"/> これまでのどの項目にも該当しない院内感染による死亡や障害 <input type="checkbox"/> 入院中に自殺又は自殺企図 <input type="checkbox"/> 入院患者の逃走 <input type="checkbox"/> 入院中の熱傷 <input type="checkbox"/> 入院中の感電 <input type="checkbox"/> 医療施設内の火災による患者の死亡や障害 <input type="checkbox"/> 間違った保護者の許への新生児の引渡し <input type="checkbox"/> その他（ ）
9	特に報告を求める事例 <input type="checkbox"/> 指示出し <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 治療・処置 <input type="checkbox"/> 医療用具 <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ <input type="checkbox"/> 歯科医療用具 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 療養上の世話 <input type="checkbox"/> その他（ ）
10	関連診療科（複数回答可） <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 神経科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 循環器外科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 美容外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> ペインクリニック <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 性病科 <input type="checkbox"/> 肛門科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他（ ）

2. 当該事故に係る患者に関する情報

8	患者の数 <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 複数 ()
	患者の年齢 (0歳0ヶ月～120歳11ヶ月の範囲で報告。) () 歳 () ヶ月
	患者の性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
9	患者区分1 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来(初診) <input type="checkbox"/> 外来(再診)
	患者区分2 <input type="checkbox"/> 入院(0～31日) <input type="checkbox"/> 入院(32日～) <input type="checkbox"/> 一般外来 <input type="checkbox"/> 救急外来 <input type="checkbox"/> その他()
10	疾患名 事故に直接関連する疾患名 ()
	関連する疾患名 1 ()
	関連する疾患名 2 ()
	関連する疾患名 3 ()
11	事故直前の患者の状態 (複数回答可) <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()

3. 当該事故に係る医療関係者に関する情報

12	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()
----	---

13	当事者職種 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護助手 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 (PT) <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 調理師・調理従事者 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 (ST) <input type="checkbox"/> 作業療法士 (OT) <input type="checkbox"/> 衛生検査技師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> その他 ()
	専門医・認定医及びその他の医療従事者の専門・認定資格
	当事者職種経験 (0年0ヶ月～50年11ヶ月の範囲で報告。) ()年 ()ヶ月
	当事者部署配属期間 (0年0ヶ月～50年11ヶ月の範囲で報告。) ()年 ()ヶ月
	直前1週間の夜勤回数 ()回
	勤務形態 <input type="checkbox"/> 1交替 <input type="checkbox"/> 2交替 <input type="checkbox"/> 3交替 <input type="checkbox"/> 4交替 <input type="checkbox"/> その他 ()
直前1週間の勤務時間 (1～150時間の範囲で報告。不明の場合は不明と報告。) ()時間	
13-2	当事者2 13と同様
13-3	当事者3 13と同様
13-4	当事者4 13と同様
13-5	当事者5 13と同様
13-6	当事者6 13と同様
13-7	当事者7 13と同様
13-8	当事者8 13と同様
13-9	当事者9 13と同様
13-10	当事者10 13と同様
14	当事者以外の関連職種 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護助手 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 (PT) <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 調理師・調理従事者 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 (ST) <input type="checkbox"/> 作業療法士 (OT) <input type="checkbox"/> 衛生検査技師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科技工士 <input type="checkbox"/> その他 ()

4. 発生場面・場所・内容に関する情報

指示出し・情報伝達過程に関する項目

15	発生場面 <input type="checkbox"/> 指示の作成 <input type="checkbox"/> 口頭による指示（メモあり） <input type="checkbox"/> その他の指示出し・情報伝達過程に関する場面（ ）	<input type="checkbox"/> 手書き文書による指示 <input type="checkbox"/> 口頭による指示（メモなし）	<input type="checkbox"/> オーダーリングシステムによる指示 <input type="checkbox"/> 頻繁な指示の変更
	事故の内容 <input type="checkbox"/> 指示出し忘れ <input type="checkbox"/> 指示受け・間違い <input type="checkbox"/> 指示受け・情報伝達間違い	<input type="checkbox"/> 指示出し遅延 <input type="checkbox"/> 指示受け・情報伝達忘れ <input type="checkbox"/> その他の指示出し・情報伝達過程に関する内容（ ）	<input type="checkbox"/> 指示出し不十分 <input type="checkbox"/> 指示受け・情報伝達遅延

薬剤に関する項目

15	発生場面 与薬準備 <input type="checkbox"/> 与薬準備 <input type="checkbox"/> その他の与薬準備に関する場面（ ） 処方・与薬 <input type="checkbox"/> 皮下・筋肉注射 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> その他の処方・与薬に関する場面（ ） 調剤・製剤管理等 <input type="checkbox"/> 内服薬調剤・管理 <input type="checkbox"/> その他の調剤・製剤管理等に関する場面（ ）	<input type="checkbox"/> 静脈注射 <input type="checkbox"/> 坐剤用 <input type="checkbox"/> 吸入	<input type="checkbox"/> 動脈注射 <input type="checkbox"/> 吸入	<input type="checkbox"/> 末梢静脈点滴 <input type="checkbox"/> 点鼻・点眼・点耳	<input type="checkbox"/> 中心静脈注射 <input type="checkbox"/> 内服
	薬剤・製剤の種類 <input type="checkbox"/> 血液製剤 <input type="checkbox"/> その他の薬剤（ ）	<input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 抗腫瘍剤	<input type="checkbox"/> 循環器用薬	<input type="checkbox"/> 抗糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 抗不安剤	<input type="checkbox"/> 睡眠導入剤
16	事故の内容 処方・与薬 <input type="checkbox"/> 処方量間違い <input type="checkbox"/> 禁忌薬剤の組合せ <input type="checkbox"/> 単位間違い <input type="checkbox"/> 調剤・製剤管理等 <input type="checkbox"/> 処方箋・注射箋監査間違い <input type="checkbox"/> 規格間違い調剤 <input type="checkbox"/> 薬剤・製剤の取違い交付 <input type="checkbox"/> 混合間違い <input type="checkbox"/> 細菌汚染	<input type="checkbox"/> 過剰与薬 <input type="checkbox"/> 投与速度速すぎ <input type="checkbox"/> 投与方法間違い	<input type="checkbox"/> 過少与薬 <input type="checkbox"/> 投与速度遅すぎ <input type="checkbox"/> 無投薬	<input type="checkbox"/> 与薬時間・日付間違い <input type="checkbox"/> 患者間違い <input type="checkbox"/> その他の処方・与薬に関する内容（ ）	<input type="checkbox"/> 重複与薬 <input type="checkbox"/> 薬剤間違い <input type="checkbox"/> 秤量間違い調剤 <input type="checkbox"/> 数量間違い調剤 <input type="checkbox"/> 説明文書の取違い <input type="checkbox"/> その他の調剤・製剤管理等に関する内容（ ） <input type="checkbox"/> 分包間違い調剤 <input type="checkbox"/> 交付患者間違い
	薬剤・血液製剤管理 <input type="checkbox"/> 混合間違い <input type="checkbox"/> 細菌汚染	<input type="checkbox"/> 薬袋・ボトルの記載間違い <input type="checkbox"/> その他の薬剤・血液製剤管理に関する内容（ ）	<input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> A B O型不適合薬剤の交付 <input type="checkbox"/> 異物混入	
17	関連医薬品 販売名（ ） 剤型（ ） 規格単位（ ） 製造（輸入販売）業者名（ ）				

輸血に関する項目

15	発生場面 <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"/> その他の輸血に関する場面（ ）
----	---

16	事故の内容
	輸血検査 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検体取違え <input type="checkbox"/> クロスマッチ間違い <input type="checkbox"/> 結果記入・入力間違い <input type="checkbox"/> その他の輸血検査に関する内容 ()
	放射線照射 <input type="checkbox"/> 未実施・忘れ <input type="checkbox"/> 過剰照射 <input type="checkbox"/> 患者取違え輸血 <input type="checkbox"/> 製剤取違え輸血 <input type="checkbox"/> その他の血液製剤への放射線照射及び輸血に関する内容 ()

治療・処置に関する項目

15	発生場面
	手術 <input type="checkbox"/> (手術) 開頭 <input type="checkbox"/> (手術) 開胸 <input type="checkbox"/> (手術) 開心 <input type="checkbox"/> (手術) 開腹 <input type="checkbox"/> (手術) 四肢 <input type="checkbox"/> 鏡視下手術 <input type="checkbox"/> その他の手術 <input type="checkbox"/> 術前準備 <input type="checkbox"/> 術前処置 <input type="checkbox"/> 術後処置 <input type="checkbox"/> その他の手術に関する場面 ()
	麻酔 <input type="checkbox"/> 全身麻酔 (吸入麻酔 + 静脈麻酔) <input type="checkbox"/> 局所麻酔 <input type="checkbox"/> 吸入麻酔 <input type="checkbox"/> 静脈麻酔 <input type="checkbox"/> 脊椎・硬膜外麻酔 <input type="checkbox"/> その他の麻酔に関する場面 ()
	分娩・人工妊娠中絶等 <input type="checkbox"/> 経腭分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> その他の分娩・人工妊娠中絶等に関する場面 ()
	その他の治療 <input type="checkbox"/> 血液浄化療法 (血液透析含む) <input type="checkbox"/> IVR (血管カテーテル治療等) <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> ペインクリニック <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 親血的歯科治療 <input type="checkbox"/> 非親血的歯科治療 <input type="checkbox"/> 内視鏡的治療 <input type="checkbox"/> その他の治療に関する場面 ()
	その他の一般的処置 <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"/> 血液浄化用カテーテル <input type="checkbox"/> 栄養チューブ (NG・ED) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他の一般的処置 (チューブ類の挿入) に関する場面 ()
	その他の救急措置 <input type="checkbox"/> ドレーンに関する措置 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <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"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 血管確保 <input type="checkbox"/> その他の救急措置に関する場面 ()
16	事故の内容
	<input type="checkbox"/> 患者間違え <input type="checkbox"/> 部位取違え <input type="checkbox"/> 医療材料取違え <input type="checkbox"/> 診察・治療・処置等その他の取違え <input type="checkbox"/> 方法 (手技) の誤り <input type="checkbox"/> 未実施・忘れ <input type="checkbox"/> 中止・延期 <input type="checkbox"/> 日程・時間の誤り <input type="checkbox"/> 順番の誤り <input type="checkbox"/> 不必要行為の実施 <input type="checkbox"/> 消毒・清潔操作の誤り <input type="checkbox"/> 患者体位の誤り <input type="checkbox"/> 診察・治療等のその他の誤り <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤飲 <input type="checkbox"/> 異物の体内残存 <input type="checkbox"/> その他の治療・処置に関する内容 ()
17	医療材料・歯科医療材料・諸物品
	販売名 () 製造 (輸入販売) 業者名 () 購入年月 ()

医療用具 (機器) の使用・管理に関する項目

15	発生場面
	<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"/> 人工心肺 <input type="checkbox"/> 除細動器 <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"/> 保育器 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 低圧持続吸引器 <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"/> 高気圧酸素療法装置 <input type="checkbox"/> その他の医療用具 (機器) の使用・管理に関する場面 ()
16	事故の内容
	<input type="checkbox"/> 組み立て <input type="checkbox"/> 条件設定間違い <input type="checkbox"/> 設定忘れ・電源入れ忘れ <input type="checkbox"/> 誤作動 <input type="checkbox"/> 医療機器の不適切使用 <input type="checkbox"/> 故障 <input type="checkbox"/> 保守・点検不良 <input type="checkbox"/> 知識不足 <input type="checkbox"/> 技術不足 <input type="checkbox"/> 警報設定忘れ <input type="checkbox"/> 警報設定範囲 <input type="checkbox"/> 便宜上警報 OFF <input type="checkbox"/> 記憶違い <input type="checkbox"/> 使用前・使用中の点検・管理ミス <input type="checkbox"/> 消毒・清潔操作の誤り <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他の医療用具 (機器) の使用・管理に関する内容 ()
17	医療機器機器
	販売名 () 製造 (輸入販売) 業者名 () 製造年月 () 購入年月 () 直近の保守・点検年月 ()