

院長 殿
医療安全対策室長殿

医療安全に関する報告書

*統計様式併せて提出して下さい。

医療安全対策室

部科(課)名: _____

所属長名: _____ 印

リスクマネージャー名: _____ 印

報告者名: _____ 印

影響レベル (下段参照)

件名				SEチーム連絡 有・無
発生場所				
発生日時	平成 16 年	月	日 ()	午前・午後 時 分
患者氏名	殿 H・S・T 年 月 日生 () 歳		男・女	
	ID:	診療科:	科	外来・入院
	病棟	号室	入院年月日:	平成 年 月 日
	原疾患名:			
発生状況等 概要 程度 転帰				
①本人・家族への説明 ②本人・家族の反応	患者への説明(有・無) 説明した人() 説明を受けた人()			
予想される経過及び問題点と後遺症等。今後の対策				
備考	・ICと各種同意書(手術同意書、検査同意書等)の取得状況			

<影響レベル>

レベル/傷害の継続/傷害の程度		
レベル0		エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった。
1	なし	患者へは実害がなかった。(何らかの影響を与えた可能性は否定できない)
2	軽度	処置や治療は行わなかった。(患者観察の強化等の必要性は生じた)
3a	一過性 中等度	簡単な処置や治療を要した。(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤投与など)
3b	高度	濃厚な処置や治療を要した。
4a	永続的 軽度~中等度	永続的な障害や後遺症は残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない。
4b	中等度~高度	永続的な障害や後遺症は残り、有意な機能障害や美容上の問題は伴う。
5	死亡	死亡 (原疾患の自然経過によるものを除く)
その他		原疾患の経過中の死亡(他疾患の併発)等、上記以外の場合

*より詳細な期記述を行う場合には、この用紙のほかにA4用紙を追加してください。
提出先・回覧 報告者 → 所属RM → 所属長 → 医療安全対策室 / 影響レベル3b以上 → 医療安全対策室 → 院長

医療安全に関する報告書(統計様式)

*平成15年3月東京都様式に準拠

<input checked="" type="checkbox"/> 当事者又は責任者が該当箇所の太枠内に"レ"を記入					
問題発生日	1 曜日		2 土・日・祭日	99 不明	
発生時間帯	時 分頃	1 9時~17時	2 17時~22時	3 22時~9時	99 不明
影響レベル	1 レベル0・1	2 レベル2	3 レベル3a・b	4 レベル4a・b	5 レベル5
当事者職種	1 医師	2 歯科医師	3 助産師	4 看護師	5 准看護師
	6 看護助手	7 薬剤師	8 管理栄養士	9 栄養士	10 調理師・調理従事者
	11 診療放射線技師	12 臨床検査技師	13 衛生検査技師	14 理学療法士	15 作業療法士
	16 言語療法士	17 歯科衛生士	18 視能訓練士	19 精神保健福祉士	20 臨床心理士
	21 社会福祉士	22 介護福祉士	23 臨床工学技士	24 保育士	25 事務職員
	77 その他				99 不明
当事者勤続年数	1 年			99 不明・その他	
当該部署配属年数	1 年			99 不明・その他	
発見者	1 当事者本人	2 同職種者	3 他職種者	4 患者本人	5 家族・付き添い
	6 他患者	77 不明	99 その他		
患者性別	1 男	2 女	3 特定できない		
患者の年齢	1 才		3 特定できない		
患者区分	1 入院患者	2 外来患者	99 その他		
患者側の要因	1 障害なし	2 意識障害	3 視覚障害	4 聴覚障害	5 構音障害
	6 精神障害	7 痴呆・健忘	8 上肢障害	9 下肢障害	10 歩行障害
	11 床上安静	12 睡眠中	13 せん妄状態	14 薬剤の影響下	15 麻酔中・麻酔前後
	77 不明	99 その他			
発生場所	1 外来・診察室	2 外来・待合室	3 外来・その他	4 救急処置室	5 病棟・ナース
	6 病棟・病室	7 病棟・処置室	8 病棟・浴室	9 病棟・その他	10 手術室
	11 分娩室	12 ICU	13 CCU	14 NICU	15 集中治療室・その他
	16 検査室	17 機能訓練室	18 機能訓練室(重複)	19 IVR処置室	20 放射線撮影室
	21 核医学検査室	22 放射線治療室	23 透析室	24 薬局・輸血部	25 調理室栄養管理室
	26 トイレ	27 廊下	28 階段	77 その他・院内	99 その他・院外
発生場面	1 針刺し事故	2 指示出し	3 情報伝達過程	4 与薬準備	5 処方・与薬
	6 調剤・調剤管理	7 点滴	8 輸血	9 手術	10 麻酔
	11 留置針・チューブ類使用・管理	12 出産・人工流産	13 その他の治療	14 転倒・転落	15 誤嚥・誤飲
	16 抑制に関わること	17 入浴	18 排泄	19 その他療養上の場面	20 処置
	21 診察	22 内視鏡検査	23 内視鏡以外の検査	24 給食・栄養	25 熱傷・凍傷
	26 外出・外泊関係	27 院内での暴力	28 自殺	29 盗難	30 診療情報管理
	31 患者家族への説明	32 物品搬送	33 放射線管理	34 医療ガス	35 医療機器使用・管理
	36 施設・設備	99 その他			
発生要因	1 確認	2 観察	3 判断	4 知識	5 技術・手技
	6 報告など	7 身体的条件	8 心理的条件	9 システム	10 連携
	11 記録等の記載	12 患者外見姓名類似	13 勤務状況	14 環境	15 医療機器・材料
	16 薬剤	17 諸物品	18 施設・設備	19 教育・訓練	20 説明・IC
	99 その他				
起きていたであろう事故の影響度	1 小規模事故が予想された	2 中規模事故が予想された	3 大規模事故が予想された	4 事故は防げなかった	5 不明

*当事者が複数人の場合は当事者職種、経験年数、部署配属年数のみを記載してください。

- 報告書の提出を必要とする状況
- ① 患者様に障害が発生する可能性があった事象
- ② 患者様に障害が発生した事象
- ③ 患者・家族からの苦情(医療行為に関する)
- ④ 室料など「減免」を必要とする事象
- ⑤ 患者影響は無いが検討を必要とする状況
- ① 1 与薬に関するインシデント・アクシデント
- ② 2 医療機器・用具の不具合
- ③ 3 転倒・転落
- ④ 4 自殺、自殺企図
- ⑤ 5 無断離院
- ⑥ 6 発見、対処(処置)の遅れ
- ⑦ 7 患者自身の自己管理薬の服用ミス
- ⑧ 8 患者自身の針刺し
- ⑨ 9 処置・手術・検査実施後、緊急入院から24時間以内に死亡された場合
- ⑩ 10 予期しない合併症
- ⑪ 11 予期出来る合併症であるが、ICが不十分であった事象
- ⑫ 12 エラーは無いが、結果的に事故となった場合で、報告が必要と考えられる事例
- * に"レ"を記入してください
- <例>③ ①患者様に障害が発生する可能性があった事象+3転倒(①②に含まれるもの)

院 長 殿

医療安全対策室

平成 年 月 日

合併症報告書

部科(課)名: _____

所属長名: _____ 印

報告者名: _____ 印

合併症診断名				
合併症判明日時	平成	年	月	日 () 午前・午後 時 分
患者氏名		殿	平成	年 月 日生()歳 男・女
	ID:		診療科:	科 外来・入院
		病棟	号室	入院年月日: 平成 年 月 日
	原疾患名:			
合併症の概要				
本人・家族への説明	・合併症発生前の説明			
	・合併症発生後の説明			
予想される経過及び問題点と後遺症など				
備考	・ICと各種同意書(手術同意書、検査同意書等)の取得状況			

* 合併症報告書は、後日問題となりうる可能性が予測される「治療上の合併症」が発生した場合の報告書です。
* より詳細な期記述を行う場合には、この用紙のほかにA4用紙を追加してください。

提出先・回覧 報告者 → 所属長 → 医療安全対策室 → 院長

医療クオリティ審議依頼書

患者氏名		ID番号		性別		年齢	
病名							
患者所属	病棟・外来・担当診療科など具体的に						
発生場所							
発生年月日		発生時刻	:	記入日			
医療問題の分類	薬剤投与・医療手技など						
報告者氏名		E-mail					
職種		所属		経験年数	年目		
報告（診療科長・部長・課長・技師長・リスクマネージャー・など）							
口頭での報告	診療科・部署	名前		月・日	時刻		
済・未					:		
済・未					:		
済・未					:		
済・未					:		
済・未					:		

管理部門使用覧（この欄には記入しないで下さい。）	
書類番号	
委員会開催日	
処理終了日	
備考	

経過概要	
状況とその原因	
医療上の処置	
クレーム内容	
患者・家族への説明内容と患者家族の反応や理解の程度（説明した時期やスタッフ、謝罪の有無を含む）	
今後の対策	
備考	

	総務課長	事務部長	看護部長	院長補佐	副院長	院長

平成 年 月 日

所 属 _____

科・課長 _____ 印

所属責任者 _____ 印

報 告 者 _____ 印

事件・事故報告書 (医療行為に関わらないもの)

事件・事故名

標記について、下記のとおり報告いたします。

記

発生日時	平成 年 月 日 () 午前 時 分頃 午後
発生場所	
事故者氏名	
事件・事故の概要	
措置状況	
今後の対策	
備 考	

[報告者 → 所属長 → 総務課 → 職員課 ※業務中もしくは通勤時における事故の場合 (寮関連)
 (総 110) → 管財課 ※設備に関する事故の場合
 → 健康管理室 ※教職員の健康に関わるもの

(H15. 7)

担 当	健康管理室長	看護部長	感染対策委員長	総務課長	事務部長	副院長	院 長

平成 年 月 日

受傷事故報告書 (教職員用)

科・課長 _____ 印

(職員番号 _____) 所属責任者 _____ 印

1	(フリガナ) 受傷者名 _____ 印	所 属 _____
2	<p>該当事案件名に○印を付けて下さい。</p> <p>オに○印の場合は () 内に事案件名を記入して下さい。</p> <p>ア. 未検患者受傷事故 イ. HBV受傷事故 ウ. HCV受傷事故</p> <p>エ. 梅毒受傷事故 オ. その他 (_____)</p>	
3	<p>事故日時 平成 年 月 日() 午前 _____ 午後 _____ 時 分</p>	
4	(フリガナ) 患 者 名 _____	I D _____
5	<p>感染時状況： <input type="checkbox"/> 針事故 <input type="checkbox"/> メス・煎刀等 <input type="checkbox"/> 血液付着 (いずれかをレで選択)</p> <p>(場所、状況を詳しく記入)</p>	
6	<p>処置状況 (救急処置、事後処置)</p>	

(注) 1~6番迄もれなく記入して下さい。

健康管理室記載欄

指示事項	室長氏名 _____ 印
------	--------------

受傷者 → 所属長 → 健康管理室

社団法人 日本臨床衛生検査技師会

医療安全対策委員会

委員長	川	島	徹
副委員長	一	戸	茂人
委員	小	沼	利光
委員	今	村	文章
委員	三	輪	久美子
委員	荻	津	直通
委員	白	石	幸雄
委員	山	城	光俊
委員	下	田	勝二
(担当常務理事)	川	島	徹

臨床検査患者安全対策
PSA マニュアル

2004年9月1日発行

編集 (社) 日本臨床衛生検査技師会

医療安全対策委員会

発行責任者 (社) 日本臨床衛生検査技師会

会長 小崎 繁 昭

