

### 医療事故情報報告項目

- |   |                                  |   |                                    |
|---|----------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 確認を怠った           | <input type="checkbox"/> 観察を怠った  | <input type="checkbox"/> 判断を怠った           | <input type="checkbox"/> 知識が不足していた |
| <input type="checkbox"/> 技術・手技が未熟であった     |                                  | <input type="checkbox"/> 報告が遅れた           |                                    |
| <input type="checkbox"/> 通常とは異なる身体条件下にあった |                                  | <input type="checkbox"/> 通常とは異なる心身条件下にあった |                                    |
| <input type="checkbox"/> システムに問題があった      |                                  | <input type="checkbox"/> 連携ができていなかった      |                                    |
| <input type="checkbox"/> 記録などの不備          |                                  | <input type="checkbox"/> 患者の外見・姓名が似ていた    |                                    |
| <input type="checkbox"/> 勤務条件が繁忙であった      |                                  | <input type="checkbox"/> 環境に問題があった        |                                    |
| <input type="checkbox"/> 医薬品の問題           | <input type="checkbox"/> 医療機器の問題 | <input type="checkbox"/> 諸物品              | <input type="checkbox"/> 施設・設備の問題  |
| <input type="checkbox"/> 教育・訓練に問題があった     |                                  | <input type="checkbox"/> 説明不足             | <input type="checkbox"/> その他       |



### 検討①（最初の検討により作成）

#### ヒューマンファクター

- |  |                                 |  |                                      |
|--|---------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 確認を怠った            | <input type="checkbox"/> 観察を怠った | <input type="checkbox"/> 判断を誤った            | <input type="checkbox"/> 知識が不足していた   |
| <input type="checkbox"/> 技術・手技が未熟だった       |                                 | <input type="checkbox"/> 報告が遅れた            | <input type="checkbox"/> 記録などに不備があった |
| <input type="checkbox"/> 通常とは異なる身体的条件下にあった |                                 | <input type="checkbox"/> 通常とは異なる心理的条件下にあった |                                      |
| <input type="checkbox"/> 連携ができていなかった       |                                 | <input type="checkbox"/> 記憶違い              |                                      |
| <input type="checkbox"/> 教育・訓練に問題があった      |                                 | <input type="checkbox"/> 説明不足              | <input type="checkbox"/> その他         |

#### 環境・設備機器

- |  |                                    |                                     |                                  |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> システムに問題があった   | <input type="checkbox"/> 環境に問題があった | <input type="checkbox"/> 医薬品の問題     | <input type="checkbox"/> 医療機器の問題 |
| <input type="checkbox"/> 施設・設備の問題      | <input type="checkbox"/> 諸物品の問題    | <input type="checkbox"/> 勤務状況が繁忙だった |                                  |
| <input type="checkbox"/> 患者の外見・姓名が似ていた |                                    | <input type="checkbox"/> その他        |                                  |

#### 規則/方針/手順

- |                                      |                                      |                                       |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 報告が遅れた      | <input type="checkbox"/> システムに問題があった | <input type="checkbox"/> 教育・訓練に問題があった |
| <input type="checkbox"/> 連携ができていなかった | <input type="checkbox"/> その他         |                                       |



### 検討②（2回目の検討により作成）

#### 《直接要因》

- |  |
|--|
| 確認を怠った：<br><input type="checkbox"/> ルールに定められていた <input type="checkbox"/> ルールがなかった <input type="checkbox"/> ルールが曖昧であった              |
| 観察を怠った：<br><input type="checkbox"/> ルールに定められていた <input type="checkbox"/> ルールがなかった <input type="checkbox"/> ルールが曖昧であった              |
| 報告が遅れた（怠った）：<br><input type="checkbox"/> ルールに定められていた <input type="checkbox"/> ルールがなかった <input type="checkbox"/> ルールが曖昧であった         |
| 記録などに不備があった：<br><input type="checkbox"/> ルールに定められていた <input type="checkbox"/> ルールがなかった <input type="checkbox"/> ルールが曖昧であった         |
| 連携ができていなかった：<br><input type="checkbox"/> ルールに定められていた <input type="checkbox"/> ルールがなかった <input type="checkbox"/> ルールが曖昧であった         |
| 患者への説明が不十分であった（怠った）：<br><input type="checkbox"/> ルールに定められていた <input type="checkbox"/> ルールがなかった <input type="checkbox"/> ルールが曖昧であった |
| 判断を誤った： <input type="checkbox"/> 判断を誤った  |

#### 《間接要因》

- |  |
|--|
| ヒューマンファクター<br><input type="checkbox"/> 知識が不足していた <input type="checkbox"/> 技術・手技が未熟だった <input type="checkbox"/> 勤務状況が繁忙だった<br><input type="checkbox"/> 通常とは異なる身体的条件下にあった <input type="checkbox"/> 通常とは異なる心理的条件下にあった<br><input type="checkbox"/> その他 |
| 環境・設備機器<br><input type="checkbox"/> コンピュータシステム <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 施設・設備<br><input type="checkbox"/> 諸物品 <input type="checkbox"/> 患者側 <input type="checkbox"/> その他                 |
| その他<br><input type="checkbox"/> 教育・訓練 <input type="checkbox"/> 仕組み <input type="checkbox"/> その他  |

図 20 『発生要因』の選択肢として検討された過程

### 検討後の選択肢（案）

#### 《当事者の行動に関わる要因》

- |  |                                      |                                      |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 確認を忘れた              | <input type="checkbox"/> 観察を忘れた      | <input type="checkbox"/> 報告が遅れた（忘れた） |
| <input type="checkbox"/> 記録などに不備があった         | <input type="checkbox"/> 連携ができていなかった |                                      |
| <input type="checkbox"/> 患者への説明が不十分であった（忘れた） | <input type="checkbox"/> 判断を誤った      |                                      |

#### 《背景・システム・環境要因》

##### ヒューマンファクター

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 知識が不足していた         | <input type="checkbox"/> 技術・手技が未熟だった |
| <input type="checkbox"/> 勤務状況が繁忙だった        |                                      |
| <input type="checkbox"/> 通常とは異なる身体的条件下にあった |                                      |
| <input type="checkbox"/> 通常とは異なる心理的条件下にあった |                                      |
| <input type="checkbox"/> その他               |                                      |

##### 環境・設備機器

- |                                     |                              |                               |                                |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> コンピュータシステム | <input type="checkbox"/> 医薬品 | <input type="checkbox"/> 医療機器 | <input type="checkbox"/> 施設・設備 |
| <input type="checkbox"/> 諸物品        | <input type="checkbox"/> 患者側 | <input type="checkbox"/> その他  |                                |

##### その他

- |                                |                              |                                 |                              |
|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 教育・訓練 | <input type="checkbox"/> 仕組み | <input type="checkbox"/> ルールの不備 | <input type="checkbox"/> その他 |
|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|

図 21 『発生要因』の検討後の選択肢（案）

## II 医療事故情報収集・分析・提供事業 記載要領

### 1 医療事故報告入力項目の概要

#### 【1】医療事故報告書項目表 (項目、選択肢及び記述欄)

##### 1. 事故発生日時と事故の概要

1	<b>発成年</b> <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	<b>発生日</b> <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	<b>発生日曜日</b> <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 <b>曜日区分</b> <input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 休日
4	<b>発生時間帯</b> <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	<b>事故の程度</b> <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	<b>事故の治療の程度</b> <input type="checkbox"/> 濃厚な治療 <input type="checkbox"/> 軽微な治療 <input type="checkbox"/> なし
7	<b>発生場所(複数選択可)</b> <input type="checkbox"/> 外来診察室 <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	<b>事故の概要</b> <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(                      )
9	<b>特に報告を求める事例</b> <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"/> 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"/> 間違えた保護者の許への新生児の引渡し <input type="checkbox"/> 本事例は選択肢には該当しない

10	<b>関連診療科</b> (複数選択可)					
	<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

11	<b>患者の数</b>
	<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 複数 ( )
	<b>患者の年齢</b> (0歳0ヶ月～120歳11ヶ月の範囲で報告。)
	( )歳 ( )ヶ月
12	<b>患者の性別</b>
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	<b>患者区分1</b>
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来(初診) <input type="checkbox"/> 外来(再診)
	<b>患者区分2</b>
	<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 ( )
13	<b>疾患名</b>
	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 ( )
14	<b>事故直前の患者の状態</b> (複数選択可)
	<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"/> 認知症・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

15	<b>発見者</b>
	<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 ( )

16	<b>当事者</b> <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> 3人 <input type="checkbox"/> 4人 <input type="checkbox"/> 5人 <input type="checkbox"/> 6人 <input type="checkbox"/> 7人 <input type="checkbox"/> 8人 <input type="checkbox"/> 9人 <input type="checkbox"/> 10人 <input type="checkbox"/> 11人以上
	<b>当事者職種</b> <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 ( )
	<b>専門医・認定医及びその他の医療従事者の専門・認定資格</b>
	<b>当事者職種経験</b> (0年0ヶ月～50年11ヶ月の範囲で報告。) ( )年 ( )ヶ月
	<b>当事者部署配属期間</b> (0年0ヶ月～50年11ヶ月の範囲で報告。) ( )年 ( )ヶ月
	<b>直前1週間の当直・夜勤回数</b> <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回 <input type="checkbox"/> 6回 <input type="checkbox"/> 7回 <input type="checkbox"/> 不明
	<b>勤務形態</b> <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 ( )
<b>直前1週間の勤務時間</b> (1～150時間の範囲で報告。不明の場合は「900」と入力。) ( )時間	
16-2	<b>当事者 2</b> 16と同様
16-3	<b>当事者 3</b> 16と同様
16-4	<b>当事者 4</b> 16と同様
16-5	<b>当事者 5</b> 16と同様
16-6	<b>当事者 6</b> 16と同様
16-7	<b>当事者 7</b> 16と同様
16-8	<b>当事者 8</b> 16と同様
16-9	<b>当事者 9</b> 16と同様
16-10	<b>当事者 10</b> 16と同様
16-11	<b>当事者 11人以上</b> 11人以上の場合は、上記と同様の入力項目を記入

17	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・内容に関する情報

## 指示出し・情報伝達過程に関する項目

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

## 薬剤に関する項目

18	発生場面						
	<b>与薬準備</b> <input type="checkbox"/> 与薬準備 <input type="checkbox"/> その他の与薬準備に関する場面（ ） <b>処方・与薬</b> <input type="checkbox"/> 皮下・筋肉注射 <input type="checkbox"/> 静脈注射 <input type="checkbox"/> 動脈注射 <input type="checkbox"/> 末梢静脈点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈注射 <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"/> その他の処方・与薬に関する場面（ ） <b>調剤・製剤管理等</b> <input type="checkbox"/> 内服薬調剤・管理 <input type="checkbox"/> 注射薬調剤・管理 <input type="checkbox"/> 血液製剤管理 <input type="checkbox"/> その他の調剤・製剤管理等に関する場面（ ）						
19	薬剤・製剤の種類						
	<input type="checkbox"/> 血液製剤 <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 <input type="checkbox"/> その他の薬剤（ ）						
19	事故の内容						
	<b>処方・与薬</b> <input type="checkbox"/> 処方量間違い <input type="checkbox"/> 過剰与薬 <input type="checkbox"/> 過少与薬 <input type="checkbox"/> 与薬時間・日付間違い <input type="checkbox"/> 重複与薬 <input type="checkbox"/> 禁忌薬剤の組合せ <input type="checkbox"/> 投与速度速すぎ <input type="checkbox"/> 投与速度遅すぎ <input type="checkbox"/> 患者間違い <input type="checkbox"/> 薬剤間違い <input type="checkbox"/> 単位間違い <input type="checkbox"/> 投与方法間違い <input type="checkbox"/> 無投薬 <input type="checkbox"/> その他の処方・与薬に関する内容（ ） <b>調剤・製剤管理等</b> <input type="checkbox"/> 処方箋・注射箋監査間違い <input type="checkbox"/> 秤量間違い調剤 <input type="checkbox"/> 数量間違い調剤 <input type="checkbox"/> 分包間違い調剤 <input type="checkbox"/> 規格間違い調剤 <input type="checkbox"/> 単位間違い調剤 <input type="checkbox"/> 薬剤取違い調剤 <input type="checkbox"/> 説明文書の取違い <input type="checkbox"/> 交付患者間違い <input type="checkbox"/> 薬剤・製剤の取違い交付 <input type="checkbox"/> 期限切れ製剤の交付 <input type="checkbox"/> その他の調剤・製剤管理等に関する内容（ ） <b>薬剤・血液製剤管理</b> <input type="checkbox"/> 混合間違い <input type="checkbox"/> 薬袋・ボトルの記載間違い <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 <input type="checkbox"/> 細菌汚染 <input type="checkbox"/> その他の薬剤・血液製剤管理に関する内容（ ）						
20	関連医薬品						
	販売名（ ） 剤型（ ） 規格単位（ ） 製造販売業者名（ ）						

## 輸血に関する項目

18	<b>発生場面</b> <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 ( )
19	<b>事故の内容</b> <b>輸血検査</b> <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 検体取間違い <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 ( ) <b>血液製剤への放射線照射及び輸血に関する項目</b> <input type="checkbox"/> 未実施・忘れ <input type="checkbox"/> 過剰照射 <input type="checkbox"/> 患者取間違い輸血 <input type="checkbox"/> 製剤取間違い輸血 <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

18	<b>発生場面</b> <b>手術</b> <input type="checkbox"/> 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 ( ) <b>麻酔</b> <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 ( ) <b>分娩・人工妊娠中絶等</b> <input type="checkbox"/> 経膈分娩 <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 ( ) <b>その他の治療</b> <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"/> 観血的歯科治療 <input type="checkbox"/> 非観血的歯科治療 <input type="checkbox"/> 内視鏡的治療 <input type="checkbox"/> その他の治療に関する場面 ( ) <b>一般的処置 (チューブ類の挿入)</b> <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"/> ドレーンに関する措置 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> その他のチューブ類の挿入に関する場面 ( ) <b>救急措置</b> <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 ( )
19	<b>事故の内容</b> <input type="checkbox"/> 患者間違い <input type="checkbox"/> 部位取間違い <input type="checkbox"/> 医療材料取間違い <input type="checkbox"/> 診察・治療・処置等その他の取間違い <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・治療等その他の誤り <input type="checkbox"/> 誤薬 <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 ( )
20	<b>医療材料・歯科医療材料・諸物品</b> 販売名 ( ) 製造販売業者名 ( ) 購入年月 ( )

## 医療用具 (機器) の使用・管理に関する項目

18	<b>発生場面</b> <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 ( )
19	<b>事故の内容</b> <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 ( )

20	<b>医療機器・歯科医療機器</b>	
	販売名	( )
	製造販売業者名	( )
	製造年月	( )
	購入年月	( )
	直近の保守・点検年月	( )

## ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目

18	<b>発生場面</b>	
	<input type="checkbox"/> 中心静脈ライン <input type="checkbox"/> 末梢動脈ライン <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"/> 栄養チューブ (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・脳槽ドレーン <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"/> その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する場面 ( )	
19	<b>事故の内容</b>	
	<input type="checkbox"/> 点滴漏れ <input type="checkbox"/> 自己抜去 <input type="checkbox"/> 自然抜去 <input type="checkbox"/> 接続はずれ <input type="checkbox"/> 未接続 <input type="checkbox"/> 閉塞 <input type="checkbox"/> 破損・切断 <input type="checkbox"/> 接続間違い <input type="checkbox"/> 三方活栓操作間違い <input type="checkbox"/> ルートクランプエラー <input type="checkbox"/> 空気混入 <input type="checkbox"/> その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する内容 ( )	
20	<b>医療材料・歯科医療材料・諸物品</b>	
	販売名	( )
	製造販売業者名	( )
	購入年月	( )

## 歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理に関する項目

18	<b>発生場面</b>	
	<input type="checkbox"/> 歯科用回転研削器具 <input type="checkbox"/> 歯科用根管治療器具 <input type="checkbox"/> 歯科補綴物・充填物 <input type="checkbox"/> その他の歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理に関する場面 ( )	
19	<b>事故の内容</b>	
	<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"/> その他の歯科医療用具（機器）・材料の使用・管理に関する内容 ( )	
20	<b>医療機器・歯科医療機器</b>	
	販売名	( )
	製造販売業者名	( )
	製造年月	( )
	購入年月	( )
	直近の保守・点検年月	( )
	<b>医療材料・歯科医療材料・諸物品</b>	
	販売名	( )
	製造販売業者名	( )
	購入年月	( )



## 検査に関する項目

18	<b>発生場面</b>
	<b>検体採取</b> <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"/> その他の検体採取に関する場面 ( ) <b>生理検査</b> <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 心電図検査 <input type="checkbox"/> トレッドミル検査 <input type="checkbox"/> ホルター負荷心電図 <input type="checkbox"/> 脳波検査 <input type="checkbox"/> 筋電図検査 <input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> その他の生理検査に関する場面 ( ) <b>画像検査</b> <input type="checkbox"/> 一般撮影 <input type="checkbox"/> ポータブル撮影 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 血管カテーテル撮影 <input type="checkbox"/> 上部消化管撮影 <input type="checkbox"/> 下部消化管撮影 <input type="checkbox"/> その他の画像検査に関する場面 ( ) <b>内視鏡検査</b> <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"/> その他の内視鏡検査に関する場面 ( ) <b>機能検査</b> <input type="checkbox"/> 耳鼻科検査 <input type="checkbox"/> 眼科検査 <input type="checkbox"/> 歯科検査 <input type="checkbox"/> その他の機能検査 <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"/> その他の検査に関する場面 ( )
19	<b>事故の内容</b>
	<input type="checkbox"/> 患者取違え <input type="checkbox"/> 検査手技・判定技術の間違ひ <input type="checkbox"/> 検体採取時のミス <input type="checkbox"/> 検体取違え <input type="checkbox"/> 検体紛失 <input type="checkbox"/> 検体破損 <input type="checkbox"/> 検体のコンタミネーション <input type="checkbox"/> 試薬管理 <input type="checkbox"/> 分析機器・器具管理 <input type="checkbox"/> 検査機器・器具準備 <input type="checkbox"/> データ取違え <input type="checkbox"/> データ紛失 <input type="checkbox"/> 計算・入力・暗記 <input type="checkbox"/> 結果報告 <input type="checkbox"/> その他の検査に関する内容 ( )
20	<b>医療機器・歯科医療機器</b>
	販売名 ( ) 製造販売業者名 ( ) 製造年月 ( ) 購入年月 ( ) 直近の保守・点検年月 ( )
	<b>医療材料・歯科医療材料・諸物品</b>
	販売名 ( ) 製造販売業者名 ( ) 購入年月 ( )

## 療養上の場面に関する項目

18	<b>発生場面</b> 療養上の世話については介助を伴うもの、その他の療養生活については患者が単独で行なったものとする。
	<b>療養上の世話 (介助を伴うもの)</b> <input type="checkbox"/> 気管内・口腔内吸引 <input type="checkbox"/> 体位交換 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 更衣介助 <input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 排泄介助 <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 移動介助 <input type="checkbox"/> 搬送・移送 <input type="checkbox"/> 体温管理 <input type="checkbox"/> 患者周辺物品管理 <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 患者観察 <input type="checkbox"/> その他の療養上の世話に関する場面 ( ) <b>給食・栄養</b> <input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他の給食・栄養に関する場面 ( ) <b>その他の療養生活の場面 (患者が単独で行なったもの)</b> <input type="checkbox"/> 散歩中 <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> 外出・外泊中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 入浴中 <input type="checkbox"/> 着替替中 <input type="checkbox"/> 排泄中 <input type="checkbox"/> 就寝中 <input type="checkbox"/> その他の療養生活に関する場面 ( )
19	<b>事故の内容</b>
	<b>療養上の世話・療養生活</b> <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> 拘束・抑制 <input type="checkbox"/> 重度な (筋力Ⅲ度・Ⅳ度に届く) 褥瘡 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤飲 <input type="checkbox"/> 誤配膳 <input type="checkbox"/> 安静指示の不履行 <input type="checkbox"/> 禁食指示の不履行 <input type="checkbox"/> その他の療養上の世話・療養生活に関する内容 ( ) <b>搬送・移送</b> <input type="checkbox"/> 取違え <input type="checkbox"/> 遅延 <input type="checkbox"/> 忘れ <input type="checkbox"/> 搬送先間違い <input type="checkbox"/> 無断外出・外泊 <input type="checkbox"/> その他の搬送・移送に関する内容 ( ) <b>自己管理薬</b> <input type="checkbox"/> 飲み忘れ・注射忘れ <input type="checkbox"/> 摂取・注入量間違い <input type="checkbox"/> 取り違ひ摂取 <input type="checkbox"/> その他の自己管理薬に関する内容 ( ) <b>給食・栄養</b> <input type="checkbox"/> 内容の間違い <input type="checkbox"/> 量の間違い <input type="checkbox"/> 中止の忘れ <input type="checkbox"/> 延食の忘れ <input type="checkbox"/> 異物混入 <input type="checkbox"/> その他の給食・栄養に関する内容 ( )

20	医療材料・歯科医療材料・諸物品	
	販売名	( )
	製造販売業者名	( )
	購入年月	( )

## その他

18	発生場面 <input type="checkbox"/> その他
19	事故の内容 <input type="checkbox"/> その他

## 5. 当該事故の内容に関する情報

21	実施した医療行為の目的
22	事故の内容

## 6. 当該事故に関する必要な情報

23	<b>発生要因 (複数選択可)</b> <input type="checkbox"/> 確認を怠った <input type="checkbox"/> 観察を怠った <input type="checkbox"/> 判断を誤った <input type="checkbox"/> 知識が不足していた <input type="checkbox"/> 技術・手技が未熟だった <input type="checkbox"/> 報告が遅れた <input type="checkbox"/> 通常とは異なる身体的条件下にあった <input type="checkbox"/> 通常とは異なる心理的条件下にあった <input type="checkbox"/> システムに問題があった <input type="checkbox"/> 連携が出来ていなかった <input type="checkbox"/> 記録などの不備 <input type="checkbox"/> 患者の外見・姓名が似ていた <input type="checkbox"/> 勤務状況が繁忙だった <input type="checkbox"/> 環境に問題があった <input type="checkbox"/> 医薬品の問題 <input type="checkbox"/> 医療機器の問題 <input type="checkbox"/> 施設・設備の問題 <input type="checkbox"/> 教育・訓練に問題があった <input type="checkbox"/> 説明不足 <input type="checkbox"/> その他 ( )
24	事故の背景・要因
25	<b>事故調査委員会設置の有無 (複数選択可)</b> <input type="checkbox"/> 内部調査委員会設置 <input type="checkbox"/> 外部調査委員会設置 <input type="checkbox"/> 内部調査委員会設置予定 <input type="checkbox"/> 外部調査委員会設置予定 <input type="checkbox"/> 既設の医療安全に関する委員会等での対応 <input type="checkbox"/> 現在検討中で対応は未定 <input type="checkbox"/> その他 ( )
26	改善策
27	事故内容に関する自由記載欄

## 収集項目及び選択肢（案）の全容

報告項目（（ ）内は入力方法）	
1. 発生年（テキスト入力）	発生年（数値： <input type="text"/> 年）
2. 発生月（選択肢入力）	<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. 発生曜日（選択肢入力）	<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（選択肢入力） <input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 休日・祝日
4. 発生時間帯（選択肢入力）	<input type="checkbox"/> 0:00～1:59 <input type="checkbox"/> 2:00～3:59 <input type="checkbox"/> 4:00～5:59 <input type="checkbox"/> 6:00～7:59 <input type="checkbox"/> 8:00～9:59 <input type="checkbox"/> 10:00～11:59 <input type="checkbox"/> 12:00～13:59 <input type="checkbox"/> 14:00～15:59 <input type="checkbox"/> 16:00～17:59 <input type="checkbox"/> 18:00～19:59 <input type="checkbox"/> 20:00～21:59 <input type="checkbox"/> 22:00～23:59 <input type="checkbox"/> 不明（            ）
5. 医療の実施の有無（選択肢入力）	<input type="checkbox"/> 実施あり <input type="checkbox"/> 実施なし
6. 事故の治療の程度（選択肢入力）	<input type="checkbox"/> 濃厚な治療 <input type="checkbox"/> 軽微な治療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
7. 事故の程度（選択肢入力）	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 障害残存の可能性はある（高い） <input type="checkbox"/> 障害残存の可能性はある（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（            ）

報告項目（（ ）内は入力方法）

8. 発生場所（選択肢入力）

【複数回答可】

- |                                   |                                 |                                  |                               |
|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 外来診察室    | <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"/> 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"/> 薬局（調剤所） |                               |
| <input type="checkbox"/> 不明       | <input type="checkbox"/> その他（ ） |                                  |                               |

9. 概要（選択肢入力）

- |                                    |                             |                                 |                                 |
|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 薬剤        | <input type="checkbox"/> 輸血 | <input type="checkbox"/> 治療・処置  | <input type="checkbox"/> 医療機器等  |
| <input type="checkbox"/> ドレーン・チューブ | <input type="checkbox"/> 検査 | <input type="checkbox"/> 療養上の世話 | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

10. 特に報告を求める事例（選択肢入力）

- |   |
|---|
| <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"/> 院内感染による死亡や障害               |
| <input type="checkbox"/> 患者の自殺又は自殺企図                |
| <input type="checkbox"/> 入院患者の失踪                    |
| <input type="checkbox"/> 患者の熱傷                      |
| <input type="checkbox"/> 患者の感電                      |
| <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"/> 本事例は選択肢には該当しない             |

11. 関連診療科（選択肢入力）

【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（ ） |                                 |                                     |                                 |

報告項目 (( ) 内は入力方法)

12. 患者の数 (選択肢入力)

1人       複数 ( )

患者の年齢 (テキスト肢入力)

( ) 歳      ( ) ヶ月

患者の性別 (選択肢入力)

男       女

13. 患者区分 (選択肢入力)

入院       外来

14. 疾患名 (テキスト入力)

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 ( )

15. 直前の患者の状態 (選択肢入力)

【複数回答可】

意識障害       視覚障害       聴覚障害       構音障害       精神障害

認知症・健忘       上肢障害       下肢障害       歩行障害       床上安静

睡眠中       薬剤の影響下       麻酔中・麻酔前後

その他特記する心身状態あり ( )

16. 発見者 (選択肢入力)

当事者本人       同職種者       他職種者       患者本人

家族・付き添い       他患者       その他 ( )

報告項目（（ ）内は入力方法）

17. 当事者（選択肢入力）

1人  2人  3人  4人  5人  6人  
 7人  8人  9人  10人  11人以上

当事者職種（選択肢入力）

医師  歯科医師  看護師  准看護師  
 薬剤師  臨床工学技士  助産師  看護助手  
 診療放射線技師  臨床検査技師  管理栄養士  栄養士  
 調理師・調理従事者  理学療法士（PT）  作業療法士（OT）  
 言語聴覚士（ST）  衛生検査技師  歯科衛生士  歯科技工士  
 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（テキスト入力）

（ ）

当事者職種経験（テキスト入力）

（ ）年（ ）月

勤続年数（テキスト入力）

（ ）年（ ）月

直前1週間の当直・夜勤回数（選択肢入力）

1回  2回  3回  4回  5回  6回  7回  不明

勤務形態（選択肢入力）

2交替  3交替  4交替  交替勤務なし  その他（ ）

直前1週間の勤務時間（テキスト入力）

（ ）時間

18. 当事者以外の関連職種（選択肢入力）

【複数選択可】

医師  歯科医師  看護師  准看護師  
 薬剤師  臨床工学技士  助産師  看護助手  
 診療放射線技師  臨床検査技師  管理栄養士  栄養士  
 調理師・調理従事者  理学療法士（PT）  作業療法士（OT）  
 言語聴覚士（ST）  衛生検査技師  歯科衛生士  歯科技工士  
 その他（ ）

19. 種類（【9. 概要】の選択に該当する項目に移る）

20. 関連医薬品、医療機器等、医療材料・諸物品等  
 （【9. 概要】の選択に該当する項目に移る）

21. 発生場面（【9. 概要】の選択に該当する項目に移る）

22. 事例の内容（【9. 概要】の選択に該当する項目に移る）

報告項目 (( ) 内は入力方法)	
23. 実施した医療行為の目的 (テキスト入力)	( )
24. 事故の内容 (テキスト入力)	( )
25. 発生要因 (選択肢入力)	<p>【複数回答可】</p> <p>《当事者の行動に関わる要因》</p> <p> <input type="checkbox"/> 確認を怠った                      <input type="checkbox"/> 観察を怠った                      <input type="checkbox"/> 報告が遅れた (怠った)  <input type="checkbox"/> 記録などに不備があった      <input type="checkbox"/> 連携ができていなかった  <input type="checkbox"/> 患者への説明が不十分であった (怠った)                      <input type="checkbox"/> 判断を誤った </p> <p>《背景・システム・環境要因》</p> <p>ヒューマンファクター</p> <p> <input type="checkbox"/> 知識が不足していた                      <input type="checkbox"/> 技術・手技が未熟だった  <input type="checkbox"/> 勤務状況が繁忙だった                      <input type="checkbox"/> 通常とは異なる身体的条件下にあった  <input type="checkbox"/> 通常とは異なる心理的条件下にあった      <input type="checkbox"/> その他 ( ) </p> <p>環境・設備機器</p> <p> <input type="checkbox"/> コンピュータシステム    <input type="checkbox"/> 医薬品                      <input type="checkbox"/> 医療機器                      <input type="checkbox"/> 施設・設備  <input type="checkbox"/> 諸物品                      <input type="checkbox"/> 患者側                      <input type="checkbox"/> その他 ( ) </p> <p>その他</p> <p> <input type="checkbox"/> 教育・訓練                      <input type="checkbox"/> 仕組み                      <input type="checkbox"/> ルールの不備  <input type="checkbox"/> その他 ( ) </p>
26. 事故の背景要因の概要 (テキスト入力)	( )
27. 事故調査委員会設置の有無	<p> <input type="checkbox"/> 既設の医療安全に関する委員会等に対応      <input type="checkbox"/> 内部調査委員会設置 (予定も含む)  <input type="checkbox"/> 外部調査委員会設置 (予定も含む)              <input type="checkbox"/> 現在検討中で対応は未定  <input type="checkbox"/> その他 ( ) </p>
28. 改善策 (テキスト入力)	( )

【薬剤に関する項目】

19. 薬剤・製剤の種類				
<input type="checkbox"/> 血液製剤	<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	<input type="checkbox"/> 抗凝固剤	<input type="checkbox"/> その他	

20. 関連医薬品	
販売名	( )
※販売名に剤形及び有効成分の含量が付されていないものについては、販売名に続き剤形、規格単位を記載する	
製造販売業者	( )

21. 発生場面	
処方	
<input type="checkbox"/> 手書きによる処方箋の作成	<input type="checkbox"/> オーダーリングによる処方箋の作成
<input type="checkbox"/> 口頭による処方指示	<input type="checkbox"/> 手書きによる処方の変更
<input type="checkbox"/> オーダーリングによる処方の変更	<input type="checkbox"/> 口頭による処方の変更
<input type="checkbox"/> その他の処方に関する場面 ( )	
調剤	
<input type="checkbox"/> 内服薬調剤	<input type="checkbox"/> 注射薬調剤
<input type="checkbox"/> 血液製剤調剤	<input type="checkbox"/> 外用薬調剤
<input type="checkbox"/> その他の調剤に関する場面 ( )	
製剤管理	
<input type="checkbox"/> 内服薬製剤管理	<input type="checkbox"/> 注射薬製剤管理
<input type="checkbox"/> 血液製剤管理	<input type="checkbox"/> 外用薬製剤管理
<input type="checkbox"/> その他の製剤管理に関する場面 ( )	
与薬準備	
<input type="checkbox"/> 与薬準備	
与薬	
<input type="checkbox"/> 皮下・筋肉注射	<input type="checkbox"/> 静脈注射
<input type="checkbox"/> 動脈注射	<input type="checkbox"/> 末梢静脈点滴
<input type="checkbox"/> 中心静脈注射	
<input type="checkbox"/> 内服	<input type="checkbox"/> 外用
<input type="checkbox"/> 坐剤	<input type="checkbox"/> 吸入
<input type="checkbox"/> 点鼻・点耳・点眼	
<input type="checkbox"/> その他与薬に関する場面 ( )	



<b>22. 事故の内容</b>			
処方			
<input type="checkbox"/> 処方忘れ	<input type="checkbox"/> 処方遅延	<input type="checkbox"/> 処方量間違い	<input type="checkbox"/> 重複処方
<input type="checkbox"/> 禁忌薬剤の処方	<input type="checkbox"/> 対象患者処方間違い	<input type="checkbox"/> 処方薬剤間違い	<input type="checkbox"/> 処方単位間違い
<input type="checkbox"/> 投与方法処方間違い	<input type="checkbox"/> その他の処方に関する内容 ( )		
調剤			
<input type="checkbox"/> 調剤忘れ	<input type="checkbox"/> 処方箋・注射箋鑑査間違い	<input type="checkbox"/> 秤量間違い調剤	
<input type="checkbox"/> 数量間違い	<input type="checkbox"/> 分包間違い	<input type="checkbox"/> 規格間違い調剤	
<input type="checkbox"/> 単位間違い調剤	<input type="checkbox"/> 薬剤取り違い調剤	<input type="checkbox"/> 説明文書取り違い	
<input type="checkbox"/> 交付患者間違い	<input type="checkbox"/> 薬剤・製剤の取り違い交付	<input type="checkbox"/> 期限切れ製剤の交付	
<input type="checkbox"/> その他の調剤に関する内容 ( )			
製剤管理			
<input type="checkbox"/> 薬袋・ボトルの記載間違い	<input type="checkbox"/> 異物混入	<input type="checkbox"/> 細菌汚染	<input type="checkbox"/> 期限切れ製剤
<input type="checkbox"/> その他の製剤管理に関する内容 ( )			
与薬準備			
<input type="checkbox"/> 過剰与薬準備	<input type="checkbox"/> 過少与薬準備	<input type="checkbox"/> 与薬時間・日付間違い	<input type="checkbox"/> 重複与薬
<input type="checkbox"/> 禁忌薬剤の与薬	<input type="checkbox"/> 投与速度速すぎ	<input type="checkbox"/> 投与速度遅すぎ	<input type="checkbox"/> 患者間違い
<input type="checkbox"/> 薬剤間違い	<input type="checkbox"/> 単位間違い	<input type="checkbox"/> 投与方法間違い	<input type="checkbox"/> 無投薬
<input type="checkbox"/> 混合間違い <input type="checkbox"/> その他の与薬準備に関する内容 ( )			
与薬			
<input type="checkbox"/> 過剰投与	<input type="checkbox"/> 過少投与	<input type="checkbox"/> 投与時間・日付間違い	<input type="checkbox"/> 重複投与
<input type="checkbox"/> 禁忌薬剤の投与	<input type="checkbox"/> 投与速度速すぎ	<input type="checkbox"/> 投与速度遅すぎ	<input type="checkbox"/> 患者間違い
<input type="checkbox"/> 薬剤間違い	<input type="checkbox"/> 単位間違い	<input type="checkbox"/> 投与方法間違い	<input type="checkbox"/> 無投薬
<input type="checkbox"/> その他の与薬に関する内容 ( )			

## 【輸血に関する項目】

21. 発生場面	
処方	
<input type="checkbox"/> 手書きによる処方箋の作成	<input type="checkbox"/> オーダーリングによる処方箋の作成
<input type="checkbox"/> 口頭による処方箋の作成	<input type="checkbox"/> 手書きによる処方の変更
<input type="checkbox"/> オーダーリングによる処方の変更	<input type="checkbox"/> 口頭による処方の変更
<input type="checkbox"/> その他の処方に関する場面 ( )	
輸血検査	
<input type="checkbox"/> 準備	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> その他の輸血検査に関する場面 ( )
放射線照射	
<input type="checkbox"/> 準備	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> その他の放射線照射に関する場面 ( )
輸血準備	
<input type="checkbox"/> 製剤の交付	<input type="checkbox"/> その他の輸血準備に関する場面 ( )
輸血実施	
<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> その他の輸血実施に関する場面 ( )

22. 事故の内容	
指示出し	
<input type="checkbox"/> 指示出し忘れ	<input type="checkbox"/> 指示遅延 <input type="checkbox"/> 指示量間違い <input type="checkbox"/> 重複指示
<input type="checkbox"/> 禁忌薬剤の指示	<input type="checkbox"/> 対象患者指示間違い <input type="checkbox"/> 指示薬剤間違い <input type="checkbox"/> 指示単位間違い
<input type="checkbox"/> 投与方法指示間違い	<input type="checkbox"/> その他の指示出しに関する内容 ( )
輸血検査	
<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 検体取り違え <input type="checkbox"/> 判定間違い <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	<input type="checkbox"/> 過剰照射 <input type="checkbox"/> 過少照射 <input type="checkbox"/> 患者間違い <input type="checkbox"/> 製剤間違い
<input type="checkbox"/> その他の放射線照射に関する内容 ( )	
輸血管理	
<input type="checkbox"/> 薬袋・ボトルの記載間違い	<input type="checkbox"/> 異物混入 <input type="checkbox"/> 細菌汚染 <input type="checkbox"/> 期限切れ製剤
<input type="checkbox"/> その他の輸血管理に関する内容 ( )	
輸血準備	
<input type="checkbox"/> 過剰与薬準備	<input type="checkbox"/> 過少与薬準備 <input type="checkbox"/> 与薬時間・日付間違い <input type="checkbox"/> 重複与薬
<input type="checkbox"/> 禁忌薬剤の与薬	<input type="checkbox"/> 投与速度速すぎ <input type="checkbox"/> 投与速度遅すぎ <input type="checkbox"/> 患者間違い
<input type="checkbox"/> 薬剤間違い	<input type="checkbox"/> 単位間違い <input type="checkbox"/> 投与方法間違い <input type="checkbox"/> 無投薬
<input type="checkbox"/> その他の輸血準備に関する内容 ( )	
輸血実施	
<input type="checkbox"/> 過剰投与	<input type="checkbox"/> 過少投与 <input type="checkbox"/> 投与時間・日付間違い <input type="checkbox"/> 重複投与
<input type="checkbox"/> 禁忌薬剤の投与	<input type="checkbox"/> 投与速度速すぎ <input type="checkbox"/> 投与速度遅すぎ <input type="checkbox"/> 患者間違い
<input type="checkbox"/> 薬剤間違い	<input type="checkbox"/> 単位間違い <input type="checkbox"/> 投与方法間違い <input type="checkbox"/> 無投薬
<input type="checkbox"/> その他の輸血実施に関する内容 ( )	

【治療・処置に関する項目】

<b>19. 治療・処置の種類</b>	
手術 <input type="checkbox"/> 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"/> 鏡視下手術 <input type="checkbox"/> その他の手術 ( )	
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 ( )	
分娩・人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 経膈分娩 <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 ( )	
その他の治療 <input type="checkbox"/> 血液浄化療法(血液透析含む) <input type="checkbox"/> I V R (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"/> 観血的歯科治療 <input type="checkbox"/> 非観血的歯科治療 <input type="checkbox"/> 内視鏡的治療 <input type="checkbox"/> その他の治療 ( )	
一般的処置(チューブ類の挿入) <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"/> ドレーンに関する処置 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> その他の一般的処置 ( )	
救急措置 <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 ( )	

<b>20. 医療材料・諸物品等</b>	
販売名 ( )	
製造販売業者 ( )	
購入年月日 ( )	

<b>21. 発生場面</b>	
治療・処置の指示 <input type="checkbox"/> 手書きによる指示の作成 <input type="checkbox"/> オーダーリングによる指示の作成 <input type="checkbox"/> 口頭による指示 <input type="checkbox"/> 手書きによる指示の変更 <input type="checkbox"/> オーダーリングによる指示の変更 <input type="checkbox"/> 口頭による指示の変更 <input type="checkbox"/> その他の指示に関する場面 ( )	
治療・処置の管理 <input type="checkbox"/> 管理 <input type="checkbox"/> その他の管理に関する場面 ( )	
治療・処置の準備 <input type="checkbox"/> 準備 <input type="checkbox"/> その他の準備に関する場面 ( )	
治療・処置の実施 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> その他治療・処置に関する場面 ( )	

<b>22. 事故の内容</b>			
治療・処置の指示			
<input type="checkbox"/> 指示出し忘れ	<input type="checkbox"/> 指示遅延	<input type="checkbox"/> 対象患者指示間違い	<input type="checkbox"/> 治療・処置指示間違い
<input type="checkbox"/> 日程間違い	<input type="checkbox"/> 時間間違い	<input type="checkbox"/> その他の治療・処置の指示に関する内容 ( )	
治療・処置の管理			
<input type="checkbox"/> 治療・処置の管理	<input type="checkbox"/> その他の治療・処置の管理に関する内容 ( )		
治療・処置の準備			
<input type="checkbox"/> 医療材料取り違え	<input type="checkbox"/> 患者体位の誤り	<input type="checkbox"/> 消毒・清潔操作の誤り	
<input type="checkbox"/> その他の治療・処置の準備に関する内容 ( )			
治療・処置の実施			
<input type="checkbox"/> 患者間違い	<input type="checkbox"/> 部位取違え	<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"/> 誤嚥	<input type="checkbox"/> 誤飲	<input type="checkbox"/> 異物の体内残存	
<input type="checkbox"/> 診察・治療・処置等その他の取違え	<input type="checkbox"/> その他の治療・処置の実施に関する内容 ( )		