

- (3) このたび、これまでの検討結果の第1回目として、「インシデント・アクシデント・レポートの様式」の統一及び「注射器等の取扱要綱」の制定について報告を行うものである。

インシデント・アクシデント・レポートの様式の統一

1 目的

都立病院においては、これまで個々の病院が独自にインシデントレポートや事故報告書等の様式を定め、医療事故の防止に努めてきたが、今後は、全都立病院が統一したインシデント・アクシデント・レポート様式を使用することにより、情報の共有化を図り、より有効な医療事故予防対策を実施する。

2 用語について

インシデント等の定義は明確には定められていないが、本報告書においては、インシデント及びアクシデントという用語を以下のように定義して用いる。

インシデントとは、患者に傷害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場等でヒヤリとしたりハッとした事象とする。

アクシデントとは、医療従事者が予想しなかった悪い結果が患者に起こった事象とする。

3 統一の要点

ア 「速報」と「第2報」に区分した。

イ 「速報」はインシデント等の発生後、速やかな報告・対応ができるように、チェック方式の様式とした。また、「速報」の内容をデータベース化し、集計、分析、対応、評価を行いやすくするため、チェック項目をコード化した。

ウ 「第2報」は、主にアクシデントについて、詳細な内容を報告する様式とした。ただし、インシデントであっても重要度に応じて、上司の指示により作成し報告するものとした。

4 活用

インシデント・アクシデント・レポートの有効活用を図るため、病院ごとに「都立 病院インシデント・アクシデント・レポート実施要綱」及

び「インシデント・アクシデント・レポートの報告経路」を作成することとし、その基準となる案を提示した。

今後、各病院において実施要綱を定め、インシデント・アクシデント・レポートの共通かつ有効な活用を図ることとする。

なお、重大な事故の場合には、インシデント・アクシデント・レポートによる報告をまたず、緊急に関係者会議を設置して対応する。

5 統一様式等

- (1) インシデント・アクシデント・レポート(速報)・・・・・・・・ 様式1
- (2) インシデント・アクシデント・レポート(第2報)・・・・・・・・ 様式2
- (3) コード表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ <別紙1>
- (4) 都立 病院インシデント・アクシデント・レポート実施要綱(案) <別紙2>

(經由・確認欄)注

インシデント・アクシデント・レポート（速報）

（ インシデント・ アクシデント・ 不明・ 保留）

報告レポートの要否 (第2報)	要・否 0:1
--------------------	------------

都立	病院 (コード)	主治医	西暦	年	月	日	報告
患者	診療科 (科コード)	入院 (病棟) 外来	所 属				
	氏名	年齢 歳 男・女	職 種 (コト)	職 歴 (免許歴) 年			
	傷病名	入院日 年 月 日	氏名				

発生日時	西暦	年	月	日 ()	午前	午後	時	分									
発生場所	a: 病室 b: 集中治療室 c: 透析室 d: リハビリ室 e: 手術室 f: トイレ g: 洗面所 h: 浴室 i: 階段 j: 廊下・ホール k: 検査科 l: 放射線科 m: 薬剤科 n: 外来 o: 喫煙室 p: 売店 q: 院の庭 r: エレベーター・エスカレーター s: 外出・外泊中 t: その他 ()																
内容	A: 薬 物	01: 点滴	02: 静注	03: 筋注	04: 皮下注	05: 皮内注	06: 経口薬	07: 経管投与	08: 外用薬	09: 麻薬	10: その他 ()						
	B: 輸 血	【誤内容】 a: 処方・指示ミス b: カル記入ミス c: 誤調剤 d: 投与量 e: 投与薬 f: 投与時間 g: 投与方法 h: 投与忘れ i: 人違い j: 飲み忘れ・飲み違い k: 点滴もれ l: 点滴忘れ m: 点滴速度 n: 点滴の順番間違い o: 神経損傷 p: 感染 q: 副作用 r: 異型輸血 s: ME機器の操作ミス t: その他 ()															
	C: 手 術	01: 生理検	02: X線	03: CT	04: MRI	05: RI	06: 造影	07: 放射治	08: 内視鏡	09: 採血・採尿	10: 心カテ	11: IVH	12: 尿道カテ	13: レスプレーター管理	14: ギプス	15: 罨法	16: その他 ()
	D: 麻 酔	【誤内容】 a: 人違い b: 部位違い c: 操作ミス d: 予定外臓器摘出・修復術 e: 清潔区域の汚染 f: RIの汚染 g: 手術体位 h: 実施忘れ i: 損傷 (神経・血管・皮膚・その他) j: 感染 k: 針紛失 l: ガーゼ紛失 m: 器具紛失 () n: ガーゼ・器具の体内残留 o: 器具・設備トラブル p: 手術・検査申込書部位等記入間違い q: 同意書不完全 r: 同意書不完全 s: その他 ()															
	E: 検 査	【誤内容】 a: 人違い b: 部位違い c: 操作ミス d: 予定外臓器摘出・修復術 e: 清潔区域の汚染 f: RIの汚染 g: 手術体位 h: 実施忘れ i: 損傷 (神経・血管・皮膚・その他) j: 感染 k: 針紛失 l: ガーゼ紛失 m: 器具紛失 () n: ガーゼ・器具の体内残留 o: 器具・設備トラブル p: 手術・検査申込書部位等記入間違い q: 同意書不完全 r: 同意書不完全 s: その他 ()															
F: 処 置	【誤内容】 a: 人違い b: 部位違い c: 操作ミス d: 予定外臓器摘出・修復術 e: 清潔区域の汚染 f: RIの汚染 g: 手術体位 h: 実施忘れ i: 損傷 (神経・血管・皮膚・その他) j: 感染 k: 針紛失 l: ガーゼ紛失 m: 器具紛失 () n: ガーゼ・器具の体内残留 o: 器具・設備トラブル p: 手術・検査申込書部位等記入間違い q: 同意書不完全 r: 同意書不完全 s: その他 ()																
G: 診 療	【誤内容】 a: 人違い b: 部位違い c: 操作ミス d: 予定外臓器摘出・修復術 e: 清潔区域の汚染 f: RIの汚染 g: 手術体位 h: 実施忘れ i: 損傷 (神経・血管・皮膚・その他) j: 感染 k: 針紛失 l: ガーゼ紛失 m: 器具紛失 () n: ガーゼ・器具の体内残留 o: 器具・設備トラブル p: 手術・検査申込書部位等記入間違い q: 同意書不完全 r: 同意書不完全 s: その他 ()																
H: 自己抜 去	01: 挿管チューブ	02: Aライン	03: IVH	04: 点滴	05: ドレーン類	06: 胃管	07: 尿管	08: その他 ()									
I: 事故抜 去	【誤内容】 a: 人違い b: 部位違い c: 操作ミス d: 予定外臓器摘出・修復術 e: 清潔区域の汚染 f: RIの汚染 g: 手術体位 h: 実施忘れ i: 損傷 (神経・血管・皮膚・その他) j: 感染 k: 針紛失 l: ガーゼ紛失 m: 器具紛失 () n: ガーゼ・器具の体内残留 o: 器具・設備トラブル p: 手術・検査申込書部位等記入間違い q: 同意書不完全 r: 同意書不完全 s: その他 ()																

注：經由・確認欄は、ゲタ判等を押印し使用して下さい。
発生後、速やかに各部課（科）責任者に提出してください。

内 容	J 転倒 K 転落 L 不明	01: 自力歩行 02: 補装具で歩行 03: 車椅子使用 04: ストレッチャー移動 05: 診療・検査 06: リハビリ 07: 入浴 08: 排便・排尿 09: ベッド 10: その他()
	M 食事	01: 誤指示 02: 誤配膳 03: 未配膳 04: 遅配膳 05: 異物混入 06: 食物や飲み物を患者にこぼした 07: 窒息・誤嚥 08: 食中毒 09: その他()
	N 接遇 O その他	01: 診療拒否 02: 無断離院 03: 自己退院 04: 盗難・紛失 05: 自傷 06: 暴行 07: 暴言 08: 自殺未遂・自殺 09: 患者間のトラブル 10: 訪問者による乱暴 11: 院内器具設備の破壊 12: 禁止品の持込み 13: 診療中のトラブル 14: 電話での対応トラブル 15: 窓口でのトラブル() 16: その他()
P 生命への危険度	01: ない 02: 低い 03: 可能性あり 04: 高い 05: きわめて高い 06: 死亡	
Q 患者の信頼度	01: 損なわない 02: 余り損なわない 03: 少し損なう 04: 大きく損なう	
報告	診療科 上席医 主治医 上席当直医() 当直医() 婦長 管理婦長() 所属長 (報告時間: 時 分)	

(関与者の自由意見欄)

院 長	副 院 長	事務局長	看護部長	庶務課長	医事課長

インシデント・アクシデント・レポート（ 第 2 報 ）

都立		病院		西暦		年	月	日	報告		
患 者	診療科		科	主治医			報 告 者				
	氏 名		年齢	歳	男・女		所 属		職 種	職 歴	年
	傷病名		入院日	年	月	日	氏名				

発生日時	西暦 年 月 日 () 時 分									
発生場所										
種 類 内 容	薬物 転落	輸血 食事	手術 接遇	麻酔 その他 (	検査	処置	診療	自己抜去	事故抜去	転倒
発 生 時 の 状 況	.....								
そ の 後 の 対 応	.....								
発 生 の 要 因	.....								
防 止 策	.....								
所 属 長 の 指 導	.....								

発生後、速やかに医療事故予防担当副院長へ提出してください。
裏面にカンファレンス等の結果及び関与者の自由意見を記入してください。

【カンファレンス等の結果及び関係者の自由意見】

A large rectangular area with a solid black border, containing numerous horizontal dashed lines for writing.

【入力コード表】

病 院 コ ー ド

病 院 名	コード
豊島	1 4
母子保健院	1 6
広尾	1 7
大久保	1 8
大塚	1 9
駒込	2 0
荏原	2 2
墨東	2 3
府中	2 6
清瀬小児	2 7
松沢	2 8
梅ヶ丘	2 9
神経	3 2
八王子小児	3 4

職 種 コ ー ド

職 種 名	コード
医 師	0 1
歯科医師	0 2
薬 剤	0 3
歯科衛生	0 5
歯科技工	0 6
マッサージ	0 7
理学療法	0 8
作業療法	0 9
視能訓練	1 0
衛生検査	1 1
栄養士	1 2
保健婦	1 3
助産婦	1 4
看護婦	1 5
診療放射線	1 6
医療技術 (臨床工学)	1 7
臨床検査	1 8
福 祉 (保育士)	1 9
心 理	2 0
福 祉 技 術 (言語療法)	2 1
事 務	2 2
そ の 他	2 3

診 療 科 コ ー ド

診 療 科 名	コード
内科	0 1
呼吸器科	0 2
消化器科(胃腸科)	0 3
循環器科	0 4
小児科	0 5
精神科(神経科)	0 6
神経内科	0 8
外科	0 9
整形外科	1 0
形成外科	1 1
美容外科	1 2
脳神経外科	1 3
呼吸器外科	1 4
心臓血管外科	1 5
小児外科	1 6
産婦人科	1 7
産科	1 8
婦人科	1 9
眼科	2 0
耳鼻咽喉科	2 1
気管食道科	2 2
皮膚泌尿器科	2 3
皮膚科	2 4
泌尿器科	2 5
性病科	2 6
ことう門科	2 7
歯科	2 8
矯正歯科	2 9
小児歯科	3 0
放射線科	3 1
麻酔科	3 2
アレルギー科	3 3
心療内科	3 4
リウマチ科	3 5
リハビリ科	3 6
歯科口腔外科	3 7

都立 病院インシデント・アクシデント・レポート実施要綱（案）

（目的）

第1条 この要綱は、統一されたインシデント・アクシデント・レポート様式に基づき、インシデント事例及びアクシデント事例を報告することにより、医療事故につながる潜在的な事故要因を把握し、これに基づいて医療事故の発生を防止するとともに、発生した医療事故に対する適切な対応を図ることを目的とする。

（用語の説明）

第2条 この要綱において、インシデントとは、患者に傷害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場等でヒヤリとしたりハッとした事象とする。

アクシデントとは、医療従事者が予想しなかった悪い結果が患者に起こった事象とする。

（報告対象）

第3条 報告対象となる行為は以下のとおりとする。

- （1）医療行為に関わるもの（説明不足、人違い、誤診、誤処置、誤薬等）
- （2）患者自身に関わるもの（転倒、転落、私物の紛失、薬物の所持等）
- （3）管理に関わるもの（機器・設備の故障、施設管理上の事故等）
- （4）接遇等に関するもの（不適切な接遇、不誠実な対応、苦情等）
- （5）患者の行為に関するもの（無断外出、無断外泊、患者同士や患者と面会人とのトラブル等）

（報告）

第4条 インシデント又はアクシデントの発生があった場合、そのインシデント又はアクシデントに関係した職員（非常勤職員、臨時職員及び委託職員を含む。以下「関与者」という。）は、速やかに報告を行う。

（報告様式）

第5条 報告は、様式1のインシデント・アクシデント・レポート（速報）により速やかに行う。

2 関与者の上司又は医療事故予防担当副院長（以下「担当副院長」という。）が更に詳細な報告を必要と認めた場合は、様式2のインシデント・アクシデント・レポート（第2報）により行う。

3 当初、インシデントと思われた事象が、後日、アクシデントとして認識された場合には、インシデント・アクシデント・レポート（第2報）を提出するものとする。

(報告経路)

第6条 インシデント・アクシデント・レポートの報告経路については、以下のとおりとし、詳細については別紙に定める。

- (1) 医師及び歯科医師は責任部(医)長を経由して担当副院長に提出する。
- (2) 看護部(科)に所属する職員は、婦長、担当領域の副科長、看護科長、看護部長を経由して担当副院長に提出する。
- (3) コメディカル部門に所属する職員は、主任技術員、科長又は技師長を経由して担当副院長に提出する。
- (4) 事務部門に所属する職員は、係長、課長、事務局長を経由して担当副院長に提出する。

2 報告を受けた担当副院長は、報告内容を確認の上、インシデント・アクシデント・レポートを医事課長に回付する。回付を受けた医事課長は、庶務課長及び担当以外の副院長を経由して院長に報告する。

なお、緊急の場合は、担当副院長は直接、院長に報告する。

(原因の究明)

第7条 報告を受けた上司は、速やかに必要な指示を行うとともに、その原因の究明及び再発の防止に努めるものとする。

(管理・活用)

第8条 インシデント・アクシデント・レポートは、医事課において管理する。

- 2 医療事故防止のため、医事課長は、その内容を運営会議、幹部会、医療事故予防対策委員会及び医療事故職場委員会に定期的に報告する。
- 3 医療事故予防対策委員会は、提出されたインシデント・アクシデント・レポートを分析・検討し、医療事故防止に役立てる。
- 4 医療事故予防対策委員会で検討した結果は、定期的に局が設置する都立病院医療事故予防対策推進委員会医療事故予防対策部会に報告する。

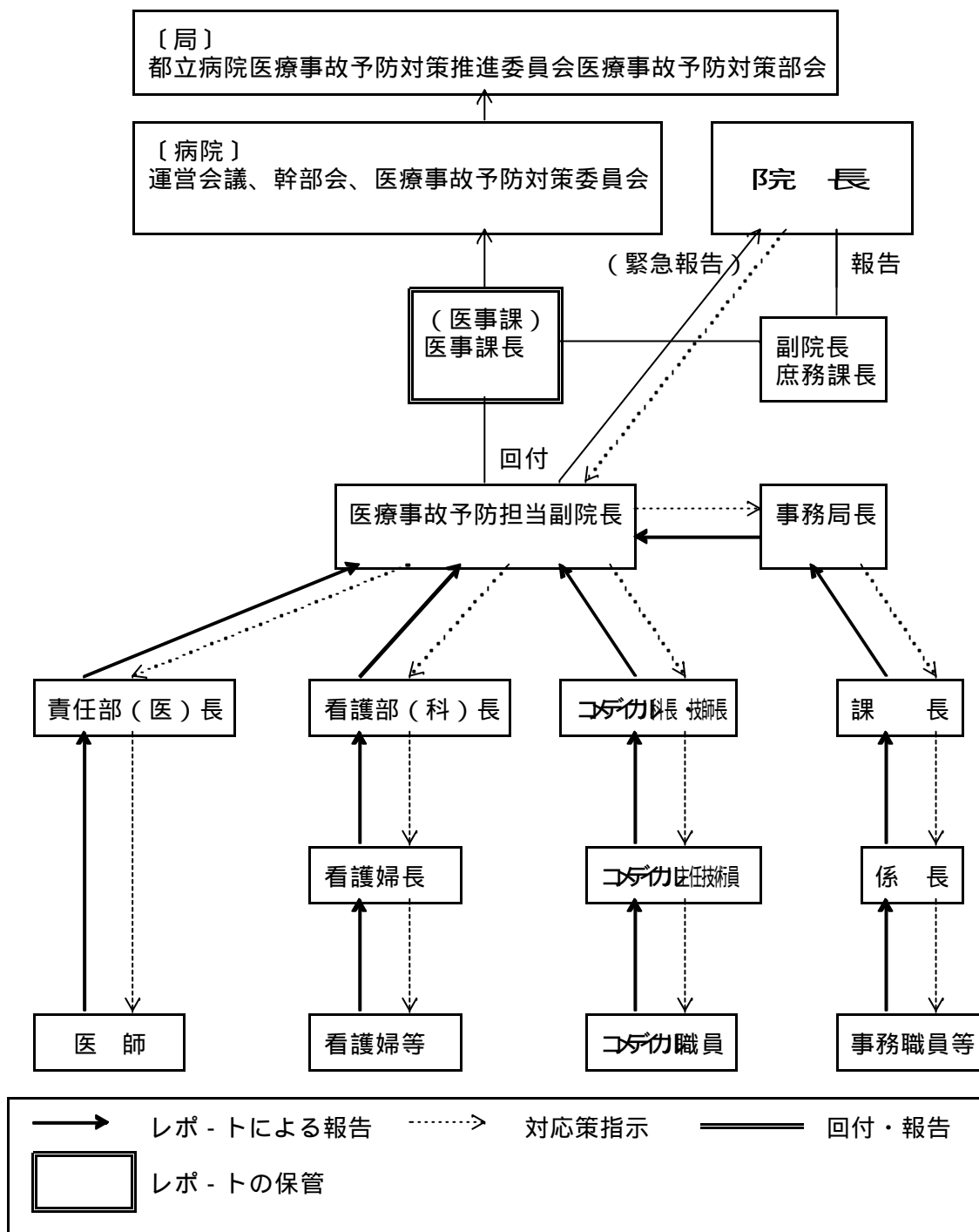
(その他)

第9条 インシデント・アクシデント・レポートは、医療事故防止のためにのみ使用することとし、人事考課や業績評価制度等に用いてはならない。

附 則

この要綱は、平成12年 月 日から施行する。

インシデント・アクシデント・レポートの報告経路



- インシデント・アクシデント・レポートの報告経路・報告書の分析・共有化について
- ・ インシデント又はアクシデントの発生時には、本レポートを作成し、上記経路で報告する。
 - ・ 「速報」のうち第2報を作成するものは、当日中に担当副院長に報告する。速報のみのインシデントについては、1週間程度をとりまとめて担当副院長に報告する。
 - ・ 緊急時は、口頭で報告し、本レポートは事後報告とする。
 - ・ 「第2報」は、必要と判断された時点で速やかに作成し、担当副院長に対応策を含め報告する。
 - ・ 本レポートは、医事課で保管し、毎月、報告をまとめ、医療事故予防対策委員会で検討する。また、検討結果は必要により院内に周知する。
 - ・ 原則として年に2回、局が設置する都立病院医療事故予防対策推進委員会医療事故予防対策部会に報告する。