

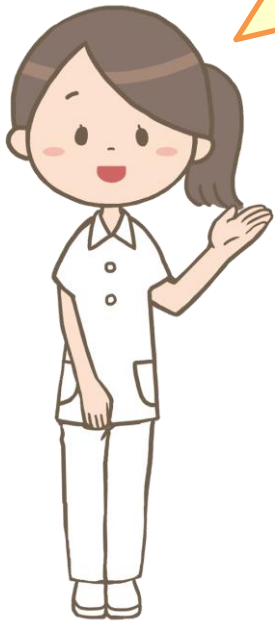
2025年7月実施

医療安全管理研修会

インシデント・アクシデント報告

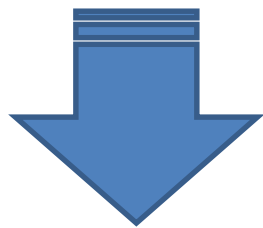


インシデントレポートは
こまめに書いてますか？



インシデント、ヒヤリハットを報告する 目的

- インシデントの再発を防止すること→その先にある重大事故の発生を防止すること
- 発生した事例を他の人々にも認識させ、組織全体の事故防止に役立てることです。

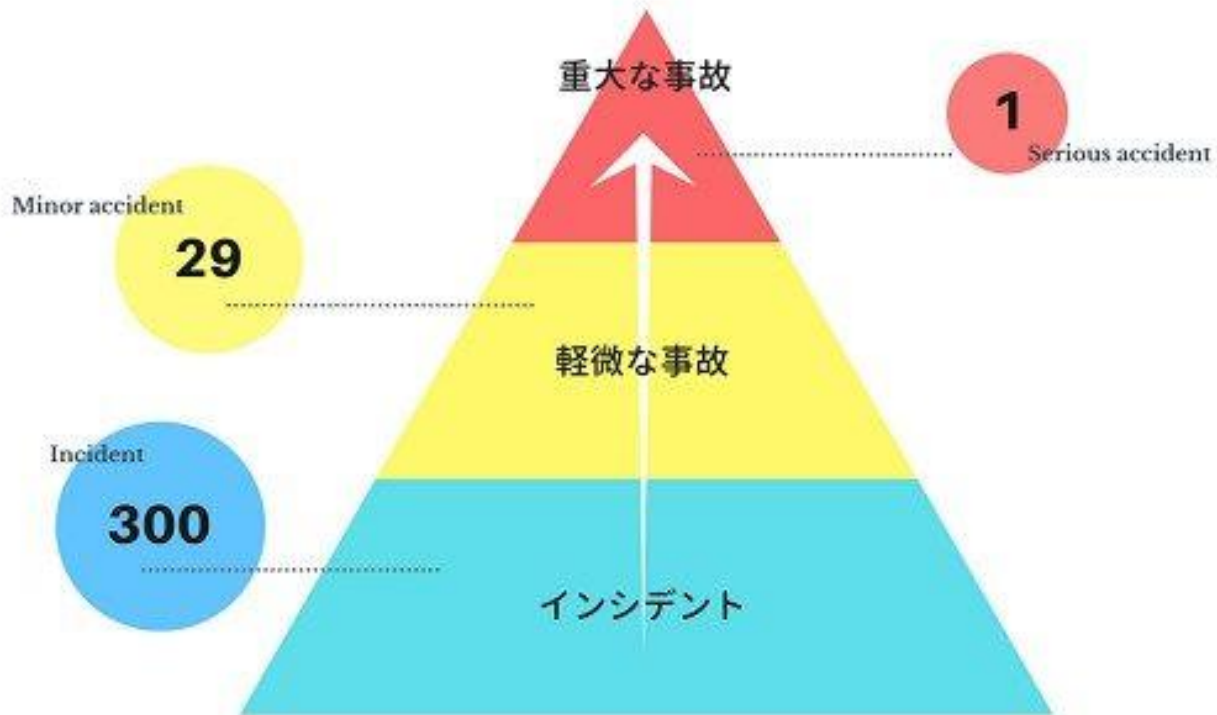


インシデントの再発防止のみならず、
事故の未然防止



ハインリッヒの法則

heinrich's rule



As a fact, an increasing number of minor accidents potentially or actually can result in a serious accident as an existing condition. The potential loss is not limited to the amount of compensation for the accident but may extend to the cost of the company.

R&M
COM.



インシデントレポートの書き方



インシデントレポート(雛形)

表25 日本医師会の「医療安全管理指針のモデル（改訂版）」の
インシデント・アクシデント レポート

年 月 日 報 告	
報 告 者	氏名 (省略可)
担 当 者 (上席者)	氏名 役職
発生日時	年 月 日 () AM・PM 時 分
発生場所	☐ 駐車場 ☐ 外階段 ☐ 玄関 ☐ 待合室 ☐ 受付 ☐ 診察室 ☐ 処置室 ☐ 超音波室 ☐ 内視鏡室 ☐ 放射線室 ☐ 健診室 ☐ 心電図室 ☐ 更衣室 ☐ CT室 ☐ 風呂場 ☐ トイレ ☐ 階段 ☐ 病室 ☐ 廊下 ☐ デイルーム ☐ 事務室 ☐ その他 ()
薬 物	☐ 点滴 ☐ 静注 ☐ 筋注 ☐ 皮下注 ☐ 皮内注 ☐ 経口 ☐ 外用 ☐ 麻薬 ☐ その他 ()
内 容	☐ 処方・指示ミス ☐ カルテ記入ミス ☐ 誤調剤 ☐ 投与量 ☐ 投与薬 ☐ 投与時間 ☐ 投与方法 ☐ 投与忘れ ☐ 人違い ☐ 飲み忘れ・飲み違い ☐ 点滴もれ ☐ 点滴忘れ ☐ 点滴速度 ☐ 点滴順番 ☐ 神経損傷 ☐ 感 染 ☐ 副作用 ☐ 機器の操作ミス ☐ その他 ()
検 査	☐ 生 検 ☐ X 線 ☐ C T ☐ M R I ☐ 内視鏡 ☐ 採血・採尿 ☐ 超音波 ☐ その他 ()
内 容	☐ 人違い ☐ 部位違い ☐ 操作ミス ☐ 実施忘れ ☐ 損 傷 ☐ 器具・設備不具合 ☐ その他 ()
☐ 自己抜去 ☐ 事故抜去	☐ 点滴 ☐ その他 ()

[illegible]

インシデントレポート作成時の注意点

- 様式を統一し、記入方法を全職員に
周知・徹底させる
- 事実に基づく記載を徹底する
- 誰が読んでもわかるように書く
- 反省文にしない
- 報告者の負担軽減も考慮



このような報告だと...



患者さんが転倒しました。

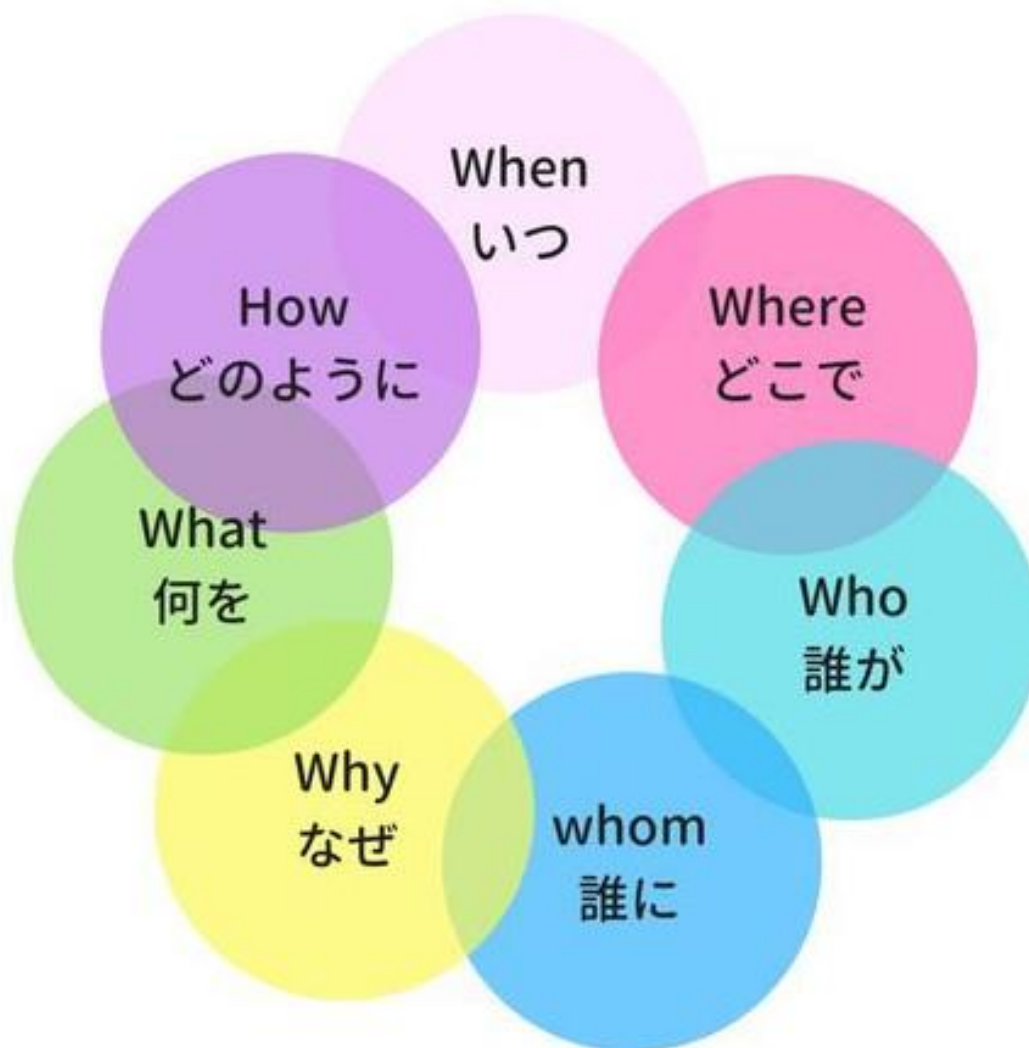
聞き間違いによって
インシデントが発生しました。

報告
として
不十分

なぜそうなったの？



インシデント報告は6W1Hをベースに



6W1Hの記載例

(いつ?) 6月5日の16時30分に(どこで?)
2病棟の病室内において、(誰が?) 看護師Aが
(誰に?) 患者Bさんに(何を?) 輸液300mlの
点滴投与をしたときに、(なぜ?) 主任の指示を
聞き間違えて(どのように?) 本来は24時間で
投与するところを12時間で過剰に投与してしま
うインシデントが発生した。



さらに以下の要素も考慮する

- ① 具体的である
- ② 測定できる
- ③ 望ましい結果
- ④ 可能であったか
- ⑤ 要点は何か

もう少し詳しく
見てみましょう



①具体的である

- ヒヤリハット報告書の内容が、大雑把に出来事を追っただけのものと、報告を受けた側は内容を把握することができません。そのため、**内容は可能な限り具体的に記載し、可能であれば図を用いる**などして詳細に発生した内容を書きましょう。



②測定できる

- 具体的なものとして代表的なものは「数字」です。ヒヤリハットの内容に数値化できるもの、または数値化すべきものがある場合には、可能な限り数字を含めていきましょう。
- 例えば医療において薬剤の投与量によるヒヤリハットが発生した場合などには、指示を受けた量と誤って投与した量といった数字を含めることは必須となります。また、ヒヤリハットの発生が「時間」に関連するものであれば、時系列にその内容を数字で表現していくことも必要になります。



③望ましい結果

- ヒヤリハットが発生したということは、望ましい結果と逸脱した行為が行われたということでもあります。そのため報告書を書く際には、「**どうすべき**」ところを「**どう誤った**」のかという内容を記載すると明確になってきます。
- また、「過程」の誤りなのか「結果」としてヒヤリハットが発生したのかを明確にし、**何がどうのように発生したのかを明示**することが重要です。



④可能であったか

- ヒヤリハットの中には、かなり**無理のある状態が起因となって発生**するものもあります。例えば、まだ業務に不慣れな新人社員が、かなり熟練度を要する業務を行ったことによってヒヤリハットが発生したような場合です。
- 報告書を書く場合には、当該ヒヤリハットが発生した業務が、**そもそも可能なものであったかも考慮**することも必要です。この内容によっては、その後**に実施すべき対策が変わる**ためです。無知によって発生した場合と不注意によって発生した場合とでは、対策すべき内容も変わります。



⑤要点は何か

- 報告内容の要点は何なのかを明確に書くことも重要です。
- その場合、報告する時点における「報告者としての見解」を記載することが大切になります。つまり、報告者はヒヤリハットの発生をどのように捉えているかということです。
- この内容は、報告を受ける側にとっても貴重な情報となります。なぜなら報告者は基本的にヒヤリハットに関与した当事者です。そのため、当事者としての見解を記載することによって、報告を受けた側が必ずしも窺い知れないような情報を得ることが可能になります。



インシデントレポート事例

報告者	〇〇〇〇	部署名	〇〇病棟		
患者名	〇〇〇〇	年齢	〇〇歳	病 名	脳梗塞, 左麻痺あり
発生日	2023年5月26日(月曜日)				
内 容	ポータブルトイレからの転落				
発生状況	夜間、ナースコールあり。訪室すると、患者より「便がしたい」と訴えあり。ADL拡大中の患者であったため、ポータブルトイレをベットサイドに用意し、移動介助。その後、ナースコールを患者の手元に置き、終わったら知らせるよう説明し、カーテンを閉め向かい側の患者の吸引をしていた。物音がしたためカーテンを開けてみると、患者がポータブルトイレから転落していた。				
原 因	麻痺のある患者に対し一人で排泄行為をさせたこと。				
改善策	麻痺のある患者に対しは、排泄行為の際、常にそばに付き添って安全を確認しながら行ってもらうようにする。				
改善策が持つ問題点		説明を促しても勝手に動くことも考えられる。			



インシデントレポート事例の改善例

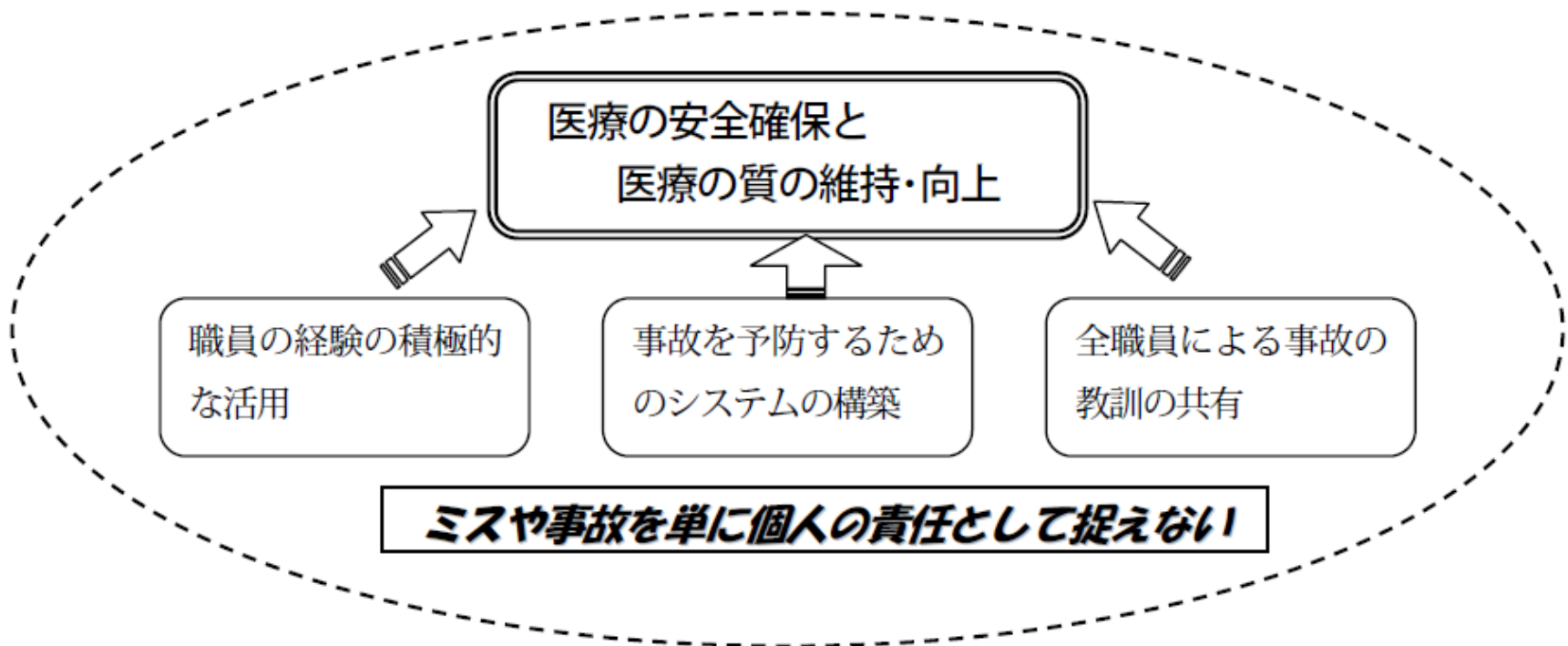
報告者	〇〇〇〇	部署名	〇〇病棟		
患者名	〇〇〇〇	年齢	〇〇歳	病名	脳梗塞, 左麻痺あり
発生日	2023年5月26日(月曜日)				
内 容	ポータブルトイレからの転落				
発生状況	夜間、ナースコールあり。訪室すると、患者より「便がしたい」と訴えあり。ADL拡大中の患者であったため、ポータブルトイレをベットサイドに用意し、移動介助。 (どちら側に?) その後、ナースコールを患者の手元 (どちらに置いたのか?) に置き、終わったら知らせるよう説明 (どのような説明の仕方だったのか?) し、カーテンを閉め (なぜ閉めたのか?) 向かい側の患者の吸引をしていた (なぜ吸引をしていたのか?) 。物音がしたためカーテンを開けてみると、患者がポータブルトイレから転落していた (転落時の患者の状態は?) 。				
原因	※麻痺のある患者に対し一人で排泄行為をさせたこと(一人で実施)。 ※ 「一人でできる」という看護師の思い込みがあった。 ※片麻痺患者への介助に対する認識が不十分。 ※夜間ということもあり、患者の覚醒状態を考慮していなかった。 ※患者への説明が不十分であった。				
改善策	※麻痺のある患者に対しは、排泄行為の際、常にそばにつき添って安全を確認しながら行ってもらうようにする。 ※ 転倒・転落の可能性の高い患者に関して、日常生活活動への援助は必ず付き添う。 ※ 排便コントロールを行う。				
改善策が持つ問題点		※説明を促しても勝手に動くことも考えられる。 ※ 夜間はスタッフの数が少ないため、十分な配慮ができないことが考えられる			



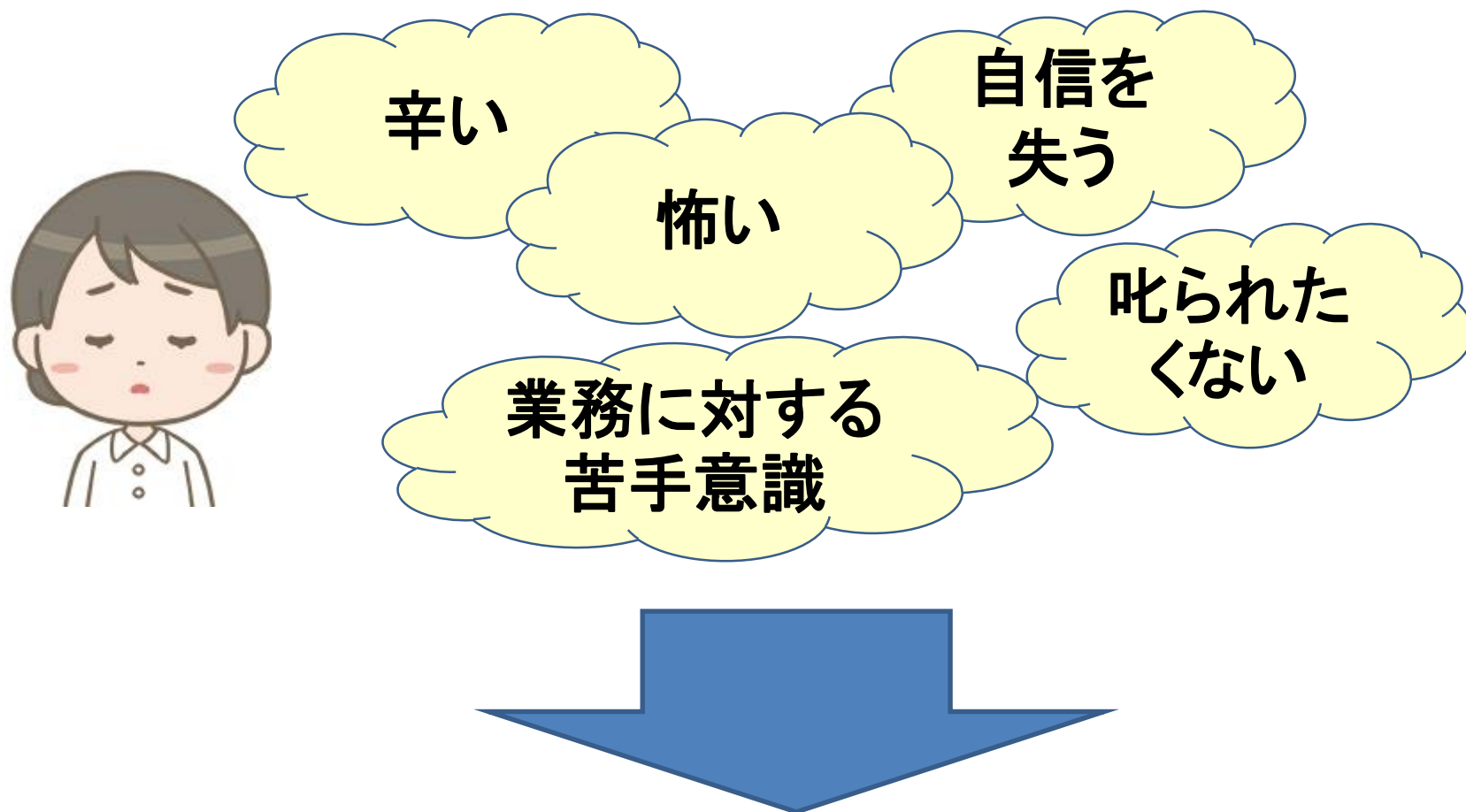
インシデント・アクシデント報告の 留意点



過ちから学ぶことの重要性



報告の内容を責められると...



報告しない、虚偽の内容で報告



報告は事故防止対策の「柱」

非難 懲罰 責任追及



インシデント報告は医療の安全を高めるために
必要不可欠なもの！

同じインシデントを起こさないためにどうすればいいのか
職員全員で意見を出し合い、対策を検討する！



インシデント・アクシデント報告のポイント

- 記憶が新しいうちに、起こったことを整理しよう！
(レポートの提出期限を決めておくと良い)
- レポートの集計や分析作業は定期的 to 実施しよう！
(改善への取組が遅れ遅れにならないように)
- 職種や部門を越えて取組を！
(一部門が単独で検討しても、院内のシステム改善にはつながらない)
- それぞれの役割を明確にしておこう！
(役割、内容が明らかだと活動しやすい)





ご清聴ありがとうございました。

よんやくは、人々の暮らしと健康を
「守る」「支える」「届ける」ことを喜びとする
会社を目指します。

