

「インシデント・アクシデント報告の収集に関するアンケート」

集計結果

「患者安全推進ジャーナル 第45号」誌面には掲載できなかった自由記載の回答内容は、こちらをご覧ください。

- ・ Q1～Q6、Q9（患者安全推進ジャーナル 第45号 49-50頁）
- ・ Q7（自由記載） 回答一覧
- ・ Q8（自由記載） 回答一覧

[本特集企画にあたってのアンケート]

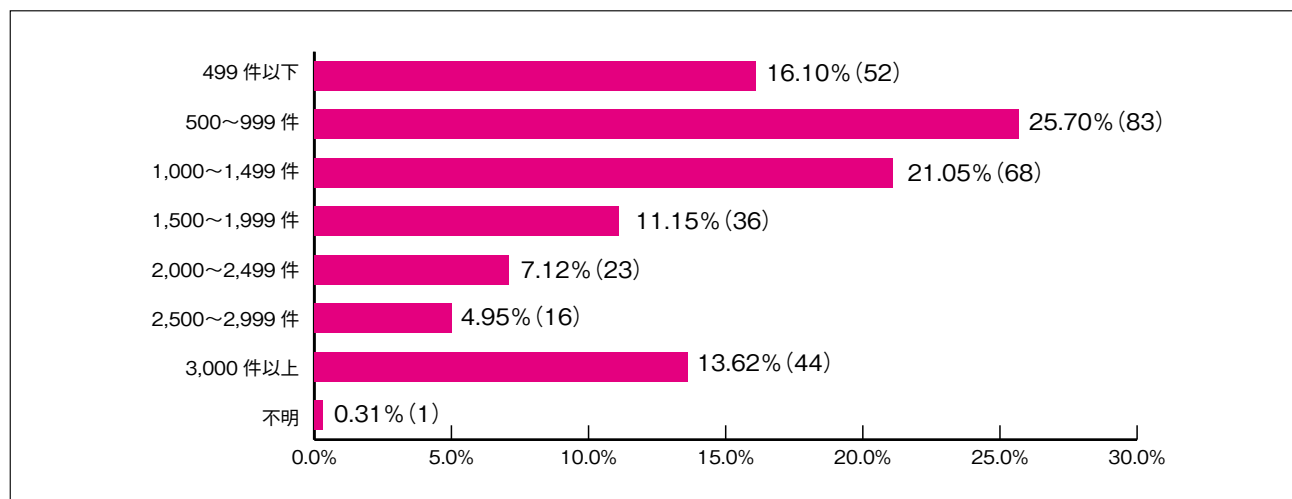
「インシデント・アクシデント報告の収集に関するアンケート」の結果から

本特集にあたって、患者安全推進ジャーナル企画部会では、会員病院に対して「インシデント・アクシデント報告の収集に関するアンケート」を行いました（有効回答数323病院、有効回答率23.19%）。本項では、皆さんからお寄せいただいた回答の集計（概要）をご紹介します。

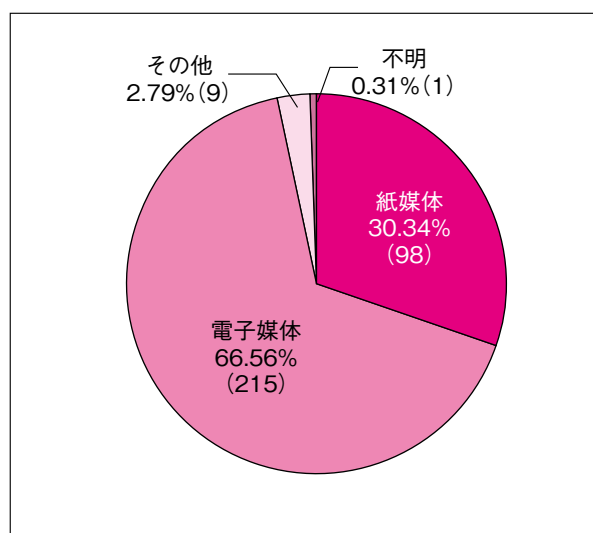
なお、Q7「インシデント・アクシデント報告の収集に関して、困っていることについて教えてください」、およびQ8「インシデント・アクシデント報告の収集に関して、工夫していることがあれば教えてください」など、自由記述の項目については、今回誌面でご紹介している結果も含めて、認定病院患者安全推進協議会のホームページ (<https://www.psp-jq.jcqh.or.jp/>) に掲載しています。

アンケートにお答えくださいました会員病院の皆さん、ご協力ありがとうございました。

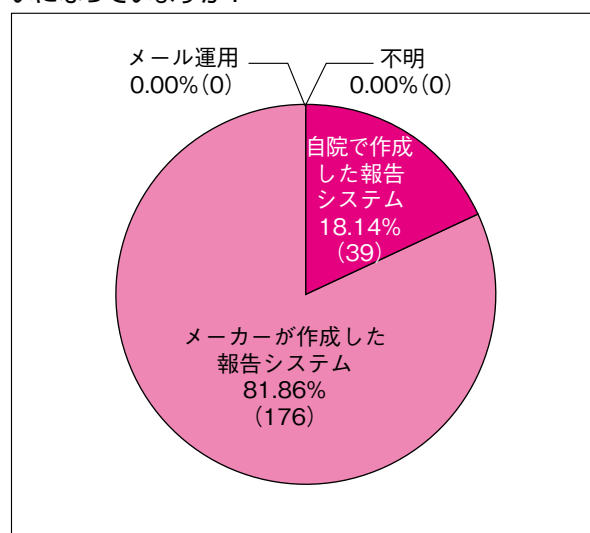
Q1 貴施設のインシデント・アクシデント報告の年間報告件数を教えてください。



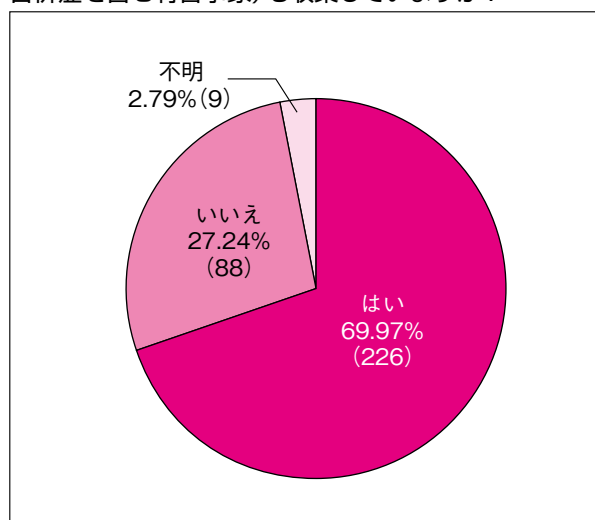
Q2 貴施設のインシデント・アクシデント報告は、どのような媒体での運用ですか？



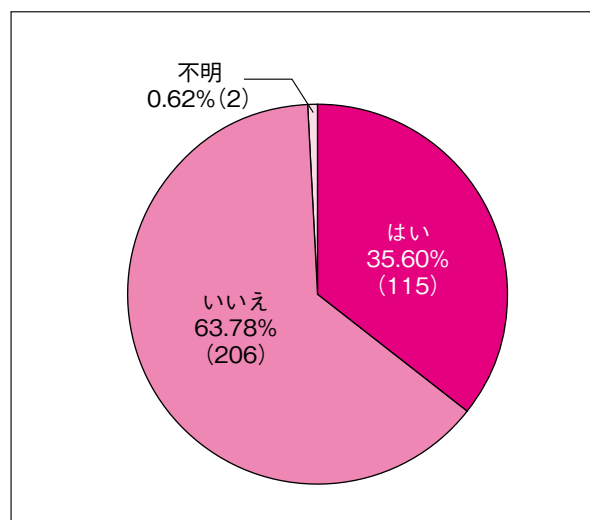
Q3 Q2で「電子媒体」と回答された方にお聞きします。電子媒体での運用は、どのようなシステムをお使いになっていますか？



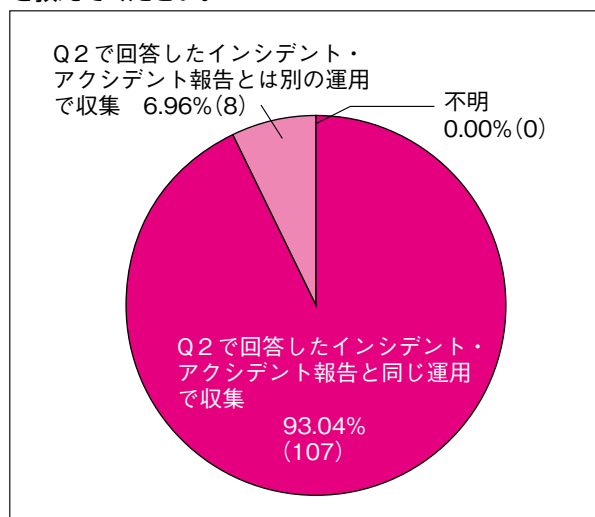
Q4 インシデント・アクシデント報告の収集の際、オカレンスレポート(治療経過上で発生した医療事故・合併症を含む有害事象)も収集していますか？



Q5 Good Jobレポート(ポジティブレポート)の収集をしていますか？



Q6 Q5で「はい」と回答された方にお聞きます。Good Jobレポート(ポジティブレポート)の収集方法を教えてください。

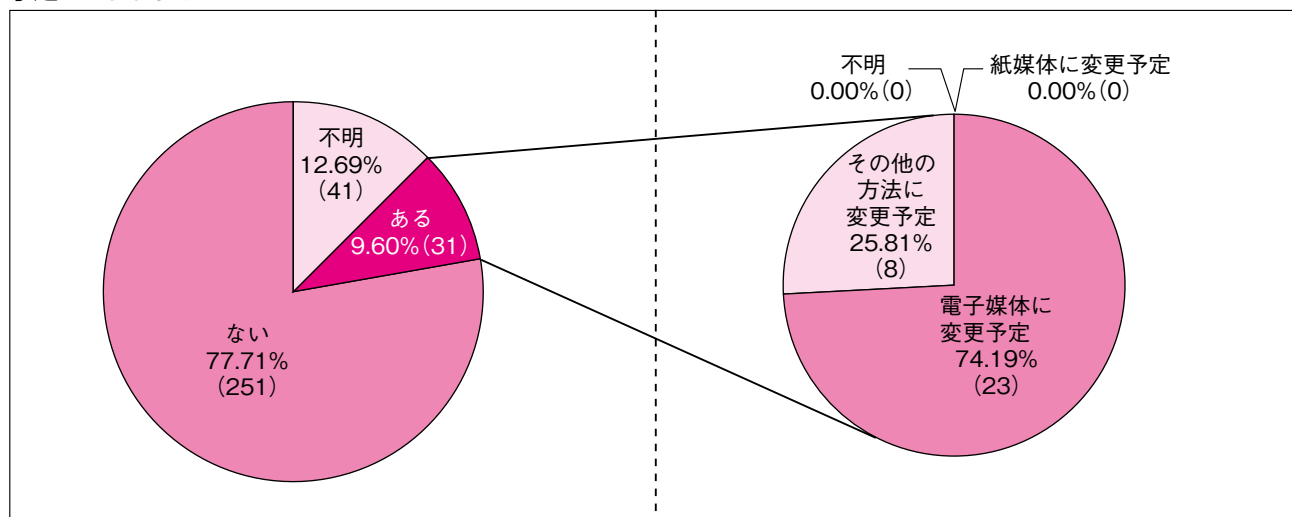


Q7 Q8 省略

協議会ホームページの参照をお願いします。

Q9 今後、Q2でお答えいただいた運用から変更する予定はありますか？

Q9-1 変更予定



Q7. インシデント・アクシデント報告の収集に関して、困っていることについて教えてください。（自由記載）

（一部、回答病院名が特定されるおそれのある記述は、趣旨を変えることなく手を加えています）

○医師の報告に関して

医師報告率の伸びなやみ。
医師からの報告が少なく苦労していました。昨春秋「医師の報告基準」を作成した後はわずかですが増加傾向にあります。
医師からの報告が少ない。部署によって差がある。
看護職からの報告が圧倒的に多く90%以上を占める。医師及び他のパラメディカル報告意識が低く、いまだ懲罰的イメージを持っている現状がある。ヒヤリハット報告も少なく10%未満である。また、インシデントレベルや患者への影響度など個々の判断で評価レベルが不均質となりがちである。
診療部（医師）、診療技術部（技師等）からのインシデントレポート（0レベル）の提出が少ない。
・医師からのオカレンスレポートが少ない。
・部署によりレポート提出に懲罰的な風土が残っている（所属長の考え方か？）。
医師からの報告が少ない。インシデントレポートを記載する事で訴訟に利用されるのではないかと懸念される。
職種により提出件数にバラツキがある。医師からの報告が少ない。
医局、放射線科などほとんど提出しない。
やはり医局のDRからの報告が少ない（促しを行っていても）。
本来は医師から報告されるべき事例が看護師から報告されている。昨年まで医師の報告は0件であり、公的機関の監査により改善が求められている内容である。医局への働きかけを行い今年に入ってからやっと1～2件報告されたが今一消極的な姿勢に変わりはない。
部署によってインシデント報告に対する意識が違っている。また、医師からのレポートが増やせない。
・報告する職種に偏りが見られ、医師の報告数が伸びない。
・〇〇厚生支局の指導ではベッド数の5～5・6倍の報告件数が必要との指導を受けたが報告件数が伸びない。
・報告内容の多くは転倒、転落である。色々対策実践をしているが高齢者、パーキンソン病の患者多し、回復期リハビリ60床ありなどから転倒、転落数が減少しない。
・報告書の内容から事実が分かりにくく、何度も報告者やセーフティマネージャーとのやり取りをして時間を要する（内容の不備が多い）。
医師からのレポート提出率が低い。レポートの内容が分かりづらい事がある。報告が遅くなった物の中に重要事例があった。インシデント・アクシデントの電子媒体での運用は、2. メーカーが作成した報告システム（ファントルくん）
部門間、部署間で報告文化に差がある（特に医師からの報告がほとんどない）。
病床数から見ると報告件数が少ないと感じています。看護師による報告は8割占めていますが、他職種からの報告件数が少ない事、特に医師からの報告は極端に少ないのが悩みです。どの様にすれば看護師以外の職種からも報告してもらえるのでしょうか。一度尋ねると「ヒヤリハットもしない」インシデントではないので報告しないと言われた事がありました。
・医師の報告が少ない（昨年度10件）。報告を速やかに確実に行って欲しいが理解してもらえない。
・レベル0の報告がレベル0でも詳細に記載しなければならないようになっている為、すすめる事に躊躇してしまう（システム変更は不可能）。
・インシデントレポートの提出は強制でない為、職種や部署等によって報告件数にバラツキが見られる。
・医師の報告の範囲は明確にした方が報告件数は増えると思うが、どこまで賛同が得られるかは難しい。
・繰り返されるチューブ自己抜去等の対策について。
報告が看護師に偏っている事。医師からの報告が上がらない。また、報告書の形式自体が複雑で書く事に労力を要する事が考えられる。変更を考えているが、どの様にしたら良いか困っている。事故件数と報告書の件数を区別する方法が明確になっていない。集計システムが導入されていない為、評価・分析が困難。
・レポートの種類、レベル分けが人によってバラツキがある。
・医師の報告がほとんどない。
・ケモのアレルギーも報告されているが、どこに分類すれば良いのだろうか困っている。
医師が自主的にレポート報告する事が少ない。
医師のインシデントレポートについては全体の5～6%で推移しています。レベル1、2については診療科部長クラスの安全に対する意識の差で変わります。働きかけ方が難しい。
医師からのレポートが極端に少ないです。
医師からの報告件数が増えない。
医師からの自発的な報告が少ない（安全管理から依頼すると大体報告してくれるが・・・）。
・医師からのレポート提出がほとんどない。
・分析に活用されていない（部署による温度差がある）。
コメディカル、医局、事務部門からのインシデントレポートが出てこない。
・医師の報告が少ない。
・技術系はまだ始末書のようなイメージがある。
看護職以外の職種からの報告が少ない。レベル0の報告が少ない。
医師からの報告が少ない。
記載をする職種が決まっている（看護リハビリ職員は多く、医師・介護職員は少ない）。
医師の報告が少ない。報告の基準がない。
・医師からの報告が少ない。
・インシデントレポートを作成することに抵抗を感じたり、自分が当事者でないからレポートを作成する必要はないと思う人がいる（目的が充分理解されていない）。
医師の報告が少ない。

医師からの報告がほとんどないこと。ポジティブレポートは「お手柄シート」として電子媒体で。その中からファインプレイをピックアップ。この2つを併用。インシデント・アクシデントの電子媒体での運用は、1. 自院で作成した報告システム
診療部、医師からのインシデント報告がない。
医師からの自主的な報告が増える風土づくりが難しいこと。
医師からなかなか提出されない（全体の10%未満）。
医師からの報告が少ない。
・医師からのレポートが出ない。医師は無関心。
・患者と直接接しない事務所の意識が低い。
医師の提出が少ない。
医師からの報告が非常に少ない（報告してくれるDrは決まっている）。医師に関連した内容でも発見者として看護師や薬剤師等、他の職種が提出している。医師に記載、報告をお願いしても、積極的には取り組んでくれない。
医師から報告
医師、研修医の報告が5%未満と少ない。看護師から報告される薬剤のインシデントの発生源が、オーダーの誤りや提示の不備であることも少なくないが、患者に影響がなければ入力に対して消極的である。
医師からの報告件数が伸びず、困っています（医師は忙しすぎて報告システムに入力する時間がないとのことです）。インシデント・アクシデントの電子媒体での運用は、2. メーカーが作成した報告システム（パシフィック）
医師からの報告が少ない。
インシデント・アクシデントと合併症との見解で、医師からの報告が少ない。
医師からの報告が少ない。
医師からのインシデント報告が少ない。
医師からのレポート量が少ない。
医師や薬剤師からの自発的なレポート提出が少なく、看護師からのレポート提出により情報収集するしかないケースも多々ある。
医局からの報告が出ない。
医師からの報告が少ない。報告を呼びかける医師が少数。
・医師からの報告が少ないこと。
・ポジティブインシデントを報告できる欄を新設したが、報告数が少ない。
医師、研修医からの報告件数が少ない。
・医師が報告をしない（報告をする必要があるとは思っていない・インシデント・アクシデント事象とは思っていない。誰かがかわりに報告してくれればいいと思っている）。
職種または部署によって、報告に関する積極性に温度差がある。診療部からの報告が少ない。合併症の報告に対して抵抗がある。疑義紹介に関する報告がされない。少ない部署ほど軽微な事象を報告がなされない。報告後の、部署の検討・対策の報告が少ない。
Drの報告数が少ない。
医師からの報告数が少ない。意識の高い部署とそうでない部署がある（レポート提出数に部署間の差がある）。
医師や事務職からの報告レポートが少ない。
レポートが集まりにくい部署がある。
今年4月から電子媒体に変更になり、職員への入力方法の周知が不十分で聞き取りなどの対応に時間を要している。医師からの治療経過上でのインシデント発生も収集しているが、ほとんど報告が無いので医療安全管理部が知らないことがある。
医師からの報告件数が少ない。
例年医師からの報告は全体の8～10%程度であり、医師からのインシデント報告増加が課題。
報告数が上がらない（特に医師からの報告数が少ない）。報告内容を分析する手法がわかっていない。入力するのに時間がかかると言われる（入力する項目数が多い）。
医師からの報告が少ない。
・医師、薬剤師等極端に報告が少ない職種がある。
・情報の過不足に対する教育。
医師による報告数が少ない（全体の2～3%で推移。入力が面倒なため、医療安全管理者が聞き取りながら代行入力してほしい等の要望が出されたこともある）。
医師、研修医の報告が少ない。診療科での差がある（協力的、非協力的、医療安全への意識の違い）。
1. 医師からのレポートがでない（他者から報告で聞いているがインシデントとして届けてもらえないことが多い）。
・医師からの積極的な報告書の提出が少ない。
・インシデント0レベルでの報告が少ない（こちらから声掛けが必要である）。
医師からの報告件数が少ない。
報告に関して、職種によりばらつきがある（特に医師の報告が少ない）。
報告書提出を働きかけています。職種間で報告書提出に差がある。特に医師、事務職員は提出が少ない。
医師の報告数が少ない。患者に実施される前に気づき、回避できたヒヤリハット（レベル0）事例の報告数が少ない。
・部署によって報告数に差がある。
・医師からの報告件数が極端に少ない。
医師からの提出が少ない。合併症等が発生している事実があるのに提出がされない。
医師からの報告が少ない。部署によって温度差があり、報告数、レベルにむらがある。
・報告に対し強制はしていませんが、医師も報告する必要がある事例ではないかと思うことがたびたびある。
・事象レベル0の報告よりレベル1～3aの報告である。

○レベルに関して

情報の一元化の為に全ての事故規模レベルについて収集しているが、月に300以上の報告がある為に1つ1つの報告に対しての分析が浅くなっています。被害が大きくない物に関して（病院としての分析が不要な物）は各部署である程度の分析をして欲しいのだが能力の差がある為、上手に出来ていない部署もある。
レベル設定が私立医大と国公立医大と微妙に違う点。点滴・自己抜去で再挿入は当院はレベル3aとしています。レベル1としている病院もあります。具体的な処置を明記した方が良いと思います。

レベル3 b以上の事案については発生時にGMRへ口頭で第一報告を行うルールになっているが、その様な対応を取れない職員がまだいる。報告書が出てからでは初期対応が遅くなる場合がある。
・合併症の報告を収集しているが、現在基準が明らかではない為診療科により違いがある。
・0レベルの報告が少ないのでgood job報告を考えている。
0レベル（ヒヤリハット）報告収集が積極的でない。Drからの報告がない。
・部門、部署により報告書の程度、内容にバラツキがある。
・レベル、分類など正しく入力しない。
・統計分析の活用について。
レベル0の収集がうまく出来ない。
・レベル0のインシデントが提出率が悪い。
・インシデントを起こした人の心理状況が掴み取りにくい。
・アクシデントは紙媒体で追加記入。
・入力者により情報の質に差がある。
・特定患者が存在しないインシデント（機器点検で不具合が見つかった：レベル0）等が送信用XMLデータを作成する際エラーになる（システム上の問題）。
・すべての部署で報告はあるが、報告書や報告数に偏りがある。
・報告書の記載内容が分かりづらかったり、レベルの記載が間違っていたりすることがある。
ヒヤリハットレベルの報告でも現在のシステムではアクシデントレベルと同等の報告をする必要があり時間がかかるため、ヒヤリハットレベルの報告件数が少ない。
レベル0の報告が少ない。オカレンス報告が少ない。
合併症、併発症と思われる報告書の取り扱いです。レベルをつけて判定した方が良いのかどうか。
独自のシステムであり、集計がしづらい。レベル分けが一般的な事象レベル分類と少々違う。
リスクレベル0の報告をもっと増やしたいが、なかなか増えない。
・Good jobレポート（0レベル）は、気づく力を向上し、未然防止策を検討するために必要だと思うが、思うように増えない。簡単な内容だけで報告できる運用にしているのだが・・・。
・診療部からの報告が積極的ではない。
・スタッフのリスク感性によって報告の有無がある。
・患者影響レベルの基準はあるが、ばらつきが見られる。
看護師以外の職種、特に医師からの報告が少ない。事例の分類・レベル分けが、既成のシステムでは難しい場合がある。
4月から患者影響レベルを国立病院に準ずるもの（レベル0, 1, 2, 3 a, 3 b, 4 a, 4 b, 5）へ変更しましたが、実際のインシデントがどのレベルに当てはまるのかが分かりにくく、分類が難しいです。インターネット等で調べてみても、レベル別事象事例があまりなく、困っています。
【報告者意見】
・入力に時間を要する形式である一階層がいくつもあるシステムであるため、一つ訂正するとそれまでの入力分が消去されてしまう。
【収集者意見】
・インシデントレベルの判断が難しい。
・一つの事例に、複数のインシデントが含まれている場合、それを分けて書いてもらうのには労力がかかる。
・レポート提出する者や現場のRMが、要因分析を充分に行えていないまま提出される。→要因分析をすすめるために、GRMが外向いてRMとのやり取りや調査で現状確認を進めていくため、一つ一つの事象に多くの時間が費やされる。
・RMや安全部門員がレポートを読んだりコメントを入れるたびに通知欄にリストアップされるため同じレポートを10回近く読み返す。
・関連部署RMに共有すべきレポートを送っているが、RMを選択する作業が大変。紐づけがうまくいってないので結局手作業を行うため、送付忘れも発生する。
影響度レベルゼロのレポートが少ない（GOODレポート導入検討中）。医師からのインシデント報告が増えない。
現在の報告システムでは、発生要因を数値化できない。レベル分類や発生構成等での定量的分析しか行うことができない。（別表を作成することは専従1名では、その余力がなく未実施状態である）
各部署で医療安全管理室に報告するレポートと、自部署内のみで共有するノートを別運用し、0レベルのレポートがg
・「0（ゼロ）レベル」の報告が少なく、「0レベル」報告の意識が低い。
・発見者がいれば当事者がいるが、双方からの報告が出されない状況。

○統計に関して（手作業、紙媒体、等）

せっかくレポートを提出してもらっても、記載がされていない項目のあるレポートがあり、記載無しという事でデータ集計してしまうので正しい統計にならない事になってしまう。
・報告の遅滞（部署内で上司確認するまで書類が滞り、提出が遅れる）。
・統計処理の長時間化（紙媒体であると、入力作業が医療安全管理者に一任され時間がかかる）。
・自主的な報告と報告義務の境界が分かりづらい（合併症などの判断）。
・医師が報告する場合、事故と判断される事に抵抗感を感じるケース。
・報告書の文面が分かりづらいケースが多い。
1. データを生かしきれていない（医療安全管理者の資質（私）の問題・・・）。
2. 電子カルテの使い勝手が悪い事。データとして入っているのになぜ紐付けされていないのか・・・等。
3. 電子カルテが苦手な看護補助者等は紙媒体を用意して記入してもらっています。その後管理者が代行入力します。
紙媒体である為職員での報告の共有に時間が掛かる（部署に回らない）。
・医師のレポート提出基準を決めているが、なかなか提出されない。また誰かが報告していると当事者でも提出しない。
紙媒体なので集計が手入力の為すごく時間が掛かる。電子媒体が希望ですが予算高めになるので厳しい。国として同じ集計が出来る様電子媒体を作成し、全病院に配布して欲しい。よろしくお願いします。
紙ベースでの運用の為、資料作成に時間が掛かる。

収集について現在は関係した職員が上司に紙で報告して、上司（課長）が入力しているが、報告しづらい場合でも入力が可能に変更すべきか迷っている。 ・多数のインシデントレポート提出があるが、紙媒体の為分析が不充分。 ・インシデントからマニュアル変更につなげられていない→インシデントの活用が不充分。 ・部署によりインシデントや医療安全の意識が違い提出されない。 ・医師のレポートはオカレンスレポートとして別にする方が良いのか悩んでいる。 ・PCシステムで転倒転落だけを統計で取る事が出来ない。手作業で分析しなければならない状況。 ・医療安全管理者1人では全てのレポートを見る事、対応する事は困難。 紙媒体なので集計分析に大変時間を要する。保管場所のスペース確保が大変。 紙媒体のため、安全管理委員メンバーの回覧において時間がかかるため、手元にはコピーをとるなり、ダイジェスト版として簡単に重点をまとめているのと、レポートごとに記載している手間がある。細かい集計ができず、的を絞った統計的報告ができていない。 入力に時間がかかる（何回か入力していると慣れて早いですが、よく苦情があります）。カテゴリーが多いので、集計が大変。 ・集計に時間を要する。 ・各部署長が報告書を閲覧できない。 電子カルテになり薬剤部の報告は増えたが、医部、看護部の報告が減っていること。所属長が紙ベースの時に比し、事象を把握していないことがあること（以前は自動的にすべて把握可能だったが、意識して見る必要がある）。 入力方法についての指導が不十分。正しいデータをとる為にも新入職員に行っていく必要があるが、時間が十分取れていない。 電子媒体では、転倒・転落、薬剤関連、事務関連すべてが同じ書式となるので、知りたい情報が抜けることが多い。また、集計機能もクロス集計、単純集計なので、転倒・転落だけの抽出などが難しく、結果紙媒体の時と同様にプリントアウトして、自分でカウントをしている。また、転倒・転落の傾向なども別のエクセルに移して分析するので、時間がかかる。職員は電子媒体の方が修正しやすいので紙媒体に戻すことに抵抗があるが、機能評価機構へ提出するコードの選択は分かりにくいので、機構にデータ提出できていない。可能なら、Good Jobレポート、転倒・転落レポートなど書式は分けたい。 紙運用なので、記載質・共有・スピード等、限界を感じている。 ・紙媒体なので、対策が継続実行されているかが、経時的に確認しにくい（PDCAサイクルをうまく回せていない）。 医療事故情報等収集事業の分類で入力するシステムとなっているが、現場での入力に間違いが多く修正に時間がかかる。転倒転落報告は、電子カルテテンプレート入力で行っているため、別途カウントが必要。 ・4月から電子媒体での収集を始めましたが、事例の分類が適切であるのか心配している。 ・集計操作にまだ慣れていないせいか、時間がかかってしまう。 システムの操作（集計・統計処理）を各部署の医療安全担当者へ十分に指導できていない為、機能を十分に活用できていない点があります。担当者によって理解度がまちまちであるためにこのような状況が発生しています。 ・医師からの報告数が少ない。 ・事例内容の選択（薬剤、療養上の世話など）が報告者個人の判断に任せている為、同じ内容でも人によって違う選択をする場合があり、統計、分析の際に困ることがある。 インシデント・アクシデント発見者が提出した際、発見した部署が発生した部署に対して提出していないと責めることがある。紙媒体なので収集に時間がかかる。不足の情報があって聞き取りをしても、時間がたってしまうと正しい答えが得られない。

○タイムリーな提出に関して

タイムリーに入力・報告がされない時がある。レポート内容に関しても時折入力漏れや不備がある。部署により認識の違いがあり、レポートが出る件数に温度差がある。 レポート提出が遅い。全てが報告されない。 ・発生から報告（入力）までに日数が掛かり、対策が遅れる事がある（遅れる理由：多忙で時間外の入力となる、勤務と勤務の間の日数の関係など）。 ・医師や医局秘書、クラーク、事務職員からの報告が少ない。 提出までに相当の時間が掛かっている部署もあり、最終的なデータ集計には時間が必要になってしまっている。本年4月から書式変更したことでより提出までに時間が掛かっている状況。 タイムリーな提出が出来ていない。対策を取るのが遅くなる。 対策まで記入する事になっている為、報告書ができあがるのに時間が掛かる。安全管理者に上がっていくまでに部署毎でルートが違う為タイムラグがある。 部署内での認識の違いがある。体験日から報告が上がるまでに時間が掛かる。集計時に領域別分類をしているが、難しいケースがある。きちんとした基準が必要と考えている。 ・インシデント報告がタイムリーに行われてない。 ・インシデントアクシデント報告に抵抗を感じているスタッフも多い（Iris入力の浸透はしてきているが）。 ・システム化されていない為、タイムリーな情報が把握しにくい。 ・医局からの提出が少ない。 報告件数が多い為システムがフリーズしたり等あり、報告内容の確認・修正に時間が掛かる。 報告収集のソフトが入っていない為、全て手入力で作業している為時間が掛かる。病院の規模が小さい為アナログで出来るであろうという考えで、システムの改善が進まない（コスト面の理由もあり）。 部署によっては忙しすぎてインシデントレポートを入力する時間がなく、後で入れようと思っていても忘れてしまう。入力は慣れるまでは時間がかかるため、後回しになっているようである。 ・事故場面や内容などの選択間違いがあり、医療安全管理室での修正が必要である。 ・部署のリスクマネージャーが承認コメントを記載しなければ、医療安全管理室でのレポートの修正や承認が行えない。そのため、集計作業に時間を要したり、タイムリーな指導が行えなかつたりすることがある。 当事者が発生状況など書いた後、発生原因や今後の対策を書いて提出するまでに時間がかかっています。 看護師以外の提出件数が少ない。報告者の感情や利害が報告書に入り、事実関係が分かりにくい記載がある。報告者の時間的負担がある。
--

パート、アルバイト職員も報告するようになってきているが、勤務時間内電カはほとんど使用されていて報告書への入力は難しく、電カがあくのを待てずに帰宅するため、時間経過により報告されなかったり詳細が不明になったりする。
タイムリーに報告されず、また期日に集計が間に合わず、分析や対策提案が後日になってしまうこと。
事象が発生からかなりの時間を経過して提出されることが多く、対策が遅れることがある。レポートの内容が理解できない書き方をされることがあり、聞き取りが必要なものが多い。
・報告書の中から起きている現象がイメージできない（報告書の書き方の指導）。 ・要因、分析ができていない。 ・事実確認に時間がかかる。 ・報告までに時間がかかる。
医療安全管理室に提出されるまで時間がかかり、把握がしづらい。
発生日から提出日まで時間を経過する場合があります、月単位の集計を発生日でとると、遅い報告が合計の件数から漏れる可能性がある。
・報告に時間を要するため、ミスが発生してから報告は最低限入力する形になっているため、Good Jobレポートまで報告をあげる文化になっていない。 ・電子媒体でのシステムが使いこなせず、自分で改めて集計しなおしている。 ・業務者との連携、コミュニケーションが不足しているのが、使いこなせていない原因か。
部署からの提出が、タイムリーでない場合周知が遅れる。まとめて提出されると集計に時間をとる。ひやり・はっと報告数が10%以下と少ない。
報告件数が多く、報告レポートの読み込みに時間がかかる。報告レポートと現場の聞き取りで相違がみられ、現状把握に時間がかかる。
部署長確認や修正依頼後の処理が遅く、タイムリーに進まない場合がある。
報告書の提出が遅い。
・職種により、報告数のばらつきがある。 ・部署からの報告書だけでは概要がつかめない為、結局、医療安全管理者が全てを調整することにより、それにかなりの労力、時間を要す。
アクシデントの報告時T e lでの第一報は早い、期日（一週間）までの入力が完了しない。

○レポートに関する意識について

インシデントレポートが始末書ととらえられ、何度説明しても研修しても部署によっては報告が少ない。特に医局は理解していても報告しない傾向にある。
未だに始末書だと思われてしまう事。レベル0報告が増えない事。医師の報告が少ない事。
・事務職員からの報告件数が少ない。 ・レポート作成後ストレートには報告されず、現場のリスクマネージャーが確認するので、報告が遅くなる。 ・反省文、始末書のように思っている人がいる。
・「報告書を書く手間」や「部署で何枚出した＝ミスが多い部署」と考えてしまう上層部の目を気にして、提出を促さない所属長達。 ・アクシデント報告の提出の遅さ（意味が伝わらず何度も書き直す）。
・始末書と思っている人がいる。→インシデントがあっても報告しない。 ・報告さえすればそれで終わりと考え、その事例に対して振り返りや改善の検討などに活用しない部署がある。 ・報告を確認しない現場のSMがいる。
未だに看護部門以外の部署（業種）は、提出することを嫌がることも見受けられる（評価などを気にしているよう）。
事務からの報告が少ない。その上「始末書」と思われるような、上司の書き込みがされたものが提出される。医療安全の担当者は頑張って報告を書こうとするのだが、上司の確認後に提出するシステムなので、報告がしにくい。インシデントレポートの意義を理解してほしい。

○その他

・細かな項目がある方が分析がおこないやすいと考え、項目（発生要因など）を増やしたが、対策がうまくできていない。
インシデントアクシデント報告は、比較的提出してくれていますが、ヒヤリハットの提出が少ない傾向にあります。
事案のとらえ方の違いにより、報告が多い部署と少ない部署がある。
気付いた事は報告しようの風土が根付いており、本来医療事故とは関連しないであろう忘れ物、クレームなどの報告があり分類に苦慮している。他施設の情報が知りたい。
収集したデータの現場へのフィードバック方法（役立てる為の）。
具体的報告内容が分かりにくい事がある。部署管理者が報告について把握していない。対策は部署にて立案されるが、報告が遅れる事により評価できない。
当事者からのレポートが無く、発見者、関係者からのレポートで分かる場合がある。
P D C A サイクルに繋がっていないケースがある。
インシデントシステムにオカレンスレポートも入力してもらっている為、医師からの意見が〇〇（事務局注；判読不明）ある（インシデントシステムへの入力に抵抗感があるよう）。
職種や部署科によって報告する意識の差がある事。病院への要望を書く為の報告になっている（一部職員）。
1/Aレポートの全体的な分析がしづらい。
インシデントの中にポジティブ報告も含めて考えて頂きたいのですが、そこがうまく説明できていない。インシデント・アクシデントの電子媒体での運用は、1. 自院で作成した報告システム
看護師以外の職種からのレポートが少ない。オカレンス報告を依頼してもこれは合併症だからと言い張りオカレンス報告への理解がない事。
報告内容の分類を分ける時にどこに分けて良いのか悩む。
・医師からの報告があがらない。 ・患者IDが誤っている時は詳細が見えず問い合わせする事になる。
レポート報告の書き方について要因背景が記載されず「薬の投与を忘れた」だけのレポートがまだある。なぜ忘れたのかまで記載して欲しい（今後の指導次第ですが・・・）。レポート報告はされるがそれ以降の対策がまちまち。

・診療部からの入力が見えない。
・収集したレポートのフィードバック（診療部のみ）方法。
システム改善にどう活用していくか分析に用いてます。
・看護師以外の報告数が低調。
・レポートのシステム上、インシデント事例と合併症事例が分類出来ない。
報告する事に結びつかない（価値観の違い等から）。
今年の4月よりシステム化になった。まだ十分に使いこなせていない。
全ての報告に目を通すが、ラウンド情報収集等、実際の対応は一部のみしか出来ていない。
要約されて記載されている為、どうしてこういう事が発生したのかが判らない。その為聞き取りを行っている。
部署による提出意識の違いがある。
・職員によって記載の方法が違う（文章の書き方）。
・職員全員に入力方法が伝わりきっていない。
レポートの集計をまとめる事と発生日から報告日までの期間が空いてしまう事がある。
医局（薬剤、放射、リハビリ）からの報告が少ない（あるはずなのに・・・）。
部署間で温度差あり。
インシデント、アクシデントのレポート提出件数が年々減少してきている。スタッフの意識が低い。
レポート提出する事に対して、ネガティブなイメージを持っている職員をどうポジティブに変えていくかいつも悩んでいます。報告件数が少しずつ増えてきていますが、もっと多く提出があるようどうすればよいか日々悩んでいます。
他者のミスを見出し、事故を防止した事例の報告も求めているが密告と思われる事を嫌い報告しないケースがある。
コメディカルからの報告件数が少ない。
インシデント報告自体が任意での報告なので、同じ内容でも報告する部署と報告がない部署がある。また入力の判断も個人に任せられる。
コメディカルからの報告がない（リハビリ、検査を除く・・・）。Drも・・・。看護部だけの提出という感覚がある。
なかなか聞き入れてもらえない。
部署によって記入に偏りがある。
・報告する時に全ての項目を入力しないと登録されない事がある。
・医療安全室に送信されない事もあり、件数が明確でない時がある。
・看護部以外のレポートが少ない（ミスがないわけではない）。
・個人によって感性が違い、レポートを書かない人は書かない。
・体験者が自ら書くヒヤリが少なく、発見者が書いている事が多い。
レポートが速やかに上がってこない時がある。
部署によって報告件数に差がある。ヒヤリハット、ポジティブレポートの報告がまだまだ少ない。
報告者によりプロセスが良く分かるレポートだったり、分かりにくいレポートだったりします。その際、聞き取りをしますが忙しい時はついスルーしてしまいます。
医局からの報告が少なく、場に居合わせた他職種（放射線室、手術室ナース等）が報告をする事が多く、報告の目的が浸透しない。
看護部からの報告が大半で他の部署（医局、事務等）からの報告が少ない。
・インシデントなのかアクシデントなのか迷う内容がある。
・転倒の報告が多く、その対応改善の検討もいつも同じである。
・Drからの報告をもらっていない。
診療部からの報告がリスクマネージャーからの声かけがないと提出が悪い。
収集数が多くもないが、その事例ごとに集計して分析することがなかなかできない。医療管理を一人で任されているので（日常）そこまでできず（たぶん自作のレポートだからだと思います）。
部署についてバラつきもある（年間を通して）。
発生内容がフリーコメント方式のため、事例の把握に時間がかかる。環境、人、システム等、問題点、課題が見つかるような報告形式（ある程度の要因絞り込みに使える）にできれば良いが。
Q4のオカレンスレポートに関して、明らかな手抜きミスは記載あるが、合併症や患者の状態との因果関係がありそうな場合の記載がない。ルール化について悩んでいるところです。
事例内容により分類に悩むことがあります。
同様の内容であっても、当事者によって報告があつたりなかったりする。
報告文章の理解、解釈。
Drからの報告が少ない。記載内容に不備があり、報告内容が分かりにくい。インシデント・アクシデントが発生しても報告が上がってこない。
・部署間によるレポート提出数に差がある。
・電子媒体化に伴い、入力が難しくなった部署がある（PCが設置されていない。代わりに入力してくれる人がいない）。
一つの事例を2人以上で出した時に、一つとしてデータ上集計されない。
看護師以外からのインシデント報告をあげるのが難しい。
・報告部署の90%は看護、他職種の報告が少ない。課題として提起するが、毎年同じ状況。
・自院とメーカーで共同しての作成だが、連用するなかで使いにくさもあるため、話し合いを持ち対応中。
提出件数が少ない部署があるため、委員会で報告する年もあるが、改善できていない。報告件数が少ないため、評価に活かしていない。
・収集後の分析に関して、同じ視点で分析できる職員が不足していること。
・部署によって報告数に偏りがあること。
有効な分析につなげるために、報告様式の内容の検討は常に課題である。
リスクマネジメント担当の医師以外はレポート収集システムに非協力的である。
1. インシデント・アクシデント報告が遅い（事故発生後1～2週間後報告される事がある）。患者・家族からの苦情になった場合、対応に遅れを生じる。
事務、医療部門の提出が極端に少ない。
職種によって報告する意識の温度差がある。看護職は多いが、診療部からの報告は少ない。

報告書はチェック形式であるが、発生内容等が事例から違う項目にチェックされたり、報告書自体を選択間違えることが多い。
報告システム上、こちらの改善希望が不可能といわれてしまうこと。
医師の報告がほとんどない。
医師、コメディカルの報告が少ない。
発生日より3日以内としているが、期間内での提出が少ない。
時々ではあるが、提出期限に間に合わないレポートがある。集計をやり直すことにつながる。
・事務やコメディカル、医師からの報告が少なく困っている。入力が必要があると思われる事象も入力されてこない。
・収集したデータ、事例の活用方法について、自施設の収集した報告を他の施設と比べたり、指標としてどのように活用できるのか等。
インシデントを未然に防いだ事例はなかなか報告されない。
電子媒体へ運用を移行したい思いで、予算計上を行っているが、病院の優先順として順位が低くなかなか導入に至らない。医療事故調査制度がスタートしたことで、診療報酬上の補助加算等があると後押しとなると思う。細かい事象のeラーニング機能を期待し、具体的な原因、時間、場所等のデータが自動集計され時間がとられないですむのではないかと考える。
導入後10年となるため、分類が機構と合致していない点があり、報告しづらい。自動でグラフ等分析ができると良いが、収集後別にエクセルに数値を入れてグラフ作成しているので手間がかかる。次年度、システムを変更する予定で、選択を進めているところです。
当事者が医師の場合、報告されない（医師からの報告件数が少ない）。
アクシデントレポートはすべてチェックできるが、インシデントが多すぎて全てを分析することができない。各部署のセーフティーマネージャーに依頼することになる。インシデント・アクシデントの電子媒体での運用は、2. メーカーが作成した報告システム（ソフトウェアサービス）
長尾能雅先生が週刊医療学会新聞で（第2882号、2010号6月7日）「合併症と考えていられなくても報告すべき具体的基準」について書かれていました。主治医が合併症と考えても「患者が予期していなかった合併症」、患者が予期していても「医療者がヒヤリハットした合併症、あるいは重篤な結果となった合併症」とありました。当院では医師のレポートは少しずつ増えてきてレポート全体の3%になりましたが、合併症が全て報告されているとは思えません。他の病院がどのように合併症の報告をしているのか知りたい。
情報がすぐに上がってこない（3日から5日発生からかかっている）。
原因対策を当該部署で立て、それを基に委員会で検討しているが、分析方法を経っていないのが気にかかっている。最終対策は同じ方向性ではあるが…。
選択項目の受け止め方がまちまちであること。入力はされるものの、リスクマネージャーによる防止策などの入力が遅く、集計作業に影響されること。IA発生して速やかに入力されないこと。
転倒転落アセスメント
・インシデント報告にて選択するカテゴリー（概要）の選択が、ほとんどのが職員できておらず、医療安全室での修正を全部行っている。
・診療部からの報告数が少ない。「報告してください」と言わないと出されない。言っても出さない方がいる。言い訳がひどく、医療安全管理者へ威圧的攻撃的な態度で接してこられる方も少なくない。
・医師からの報告がほとんどない。インシデント、アクシデントレポートを出してくれるのは、ほんの一部の医師のみ。
・インシデント、アクシデントが発生した時、現場へ聞き取りに行くと、「前も同じようなことがあった」と言われる。「前」に発生した時にインシデントレポートの提出がなく、原因分析がされていないため、同じようなインシデントが発生している。
転倒転落、カテーテル関連、与薬については効果的な対策に結び付かない。
電子化していないため、提出に数日かかる。
・報告まで時間がかかる。
・記載漏れがある。
・診療部など看護部以外の部署からのレポートが少ない。
・部署でインシデントに対する効果的な対策を立案することができていない。
・医師からの報告が少ない。必要性が理解されない。
・各リスクマネージャーの感度に差があり、必要な情報が得られない。リスクマネージャーの介入が少ない場合もある。
・入力項目の選択を間違えて報告書を作成してあり、修正が必要になる。
・カルテ内容をコピーペーストで報告してあり、情報が不足していることがある。
実際におこなっているインシデントやヒヤリ・ハット事例が収集できていない。看護課の事例でも全症例とは言いきれないが提出はされている。相対的に医局・薬剤部・検査部の提出がない。提出を促す働きかけが難しい。
・書き入れるのに時間がかかると書いてくれない人もいる。
・自分ではないからといまだに言ってる人もいる。
医療機能評価機構にデータを送るため、項目が多すぎるので看護部でいい報告が上がってこない。ミスだけがあがってくる。
・医師からの報告が少ない。特にインシデント報告は殆ど出ない。
・事例分析が十分に（質・量）できない。対象事例はスクリーニングしているが、実質的に分析業務を行えるのは専従（自分）だけで対応しきれない。各部署にいるリスクマネージャーも、自部門の事例の分析は実施するが、対策立案・実施・評価までやりきるには力不足あり。
・報告者の認識によるところが大きいので、研修会を活用し周知しているが、格差がある。
インシデント報告の意義については、毎回研修等で説明を行っているが、職種や個人の差が大きい。医師は、全体の約4%であり提出数は少ない。医師の報告基準（合併症を含む）を作成すれば、インシデント報告件数が上がるのでしょうか。
オカレンス報告数がなかなか増加しない。
レポート提出時の伸び悩み。部署や部門により、インシデントレポートの捉え方が違い、実際にレポートが出されない。

起きたことの報告はあるが、内容、起きた時のことを覚えていないとこたえることが多く、対策たてづらい。
・電子システムを導入して1年が経過したが、報告数としてはのびていない。 ・報告する部署に温度差がある。
報告すべき対象を取り決めているが、その中で合併症の報告があまりされない。影響度レベルに関しても判断基準を取り決めているが、報告者によってレベルの判断が違うことがある。システム上、報告は各部署の責任者の確認を必要としているが、タイムリーな確認がされず、レポートの最終的な完成がされないままになっていることが多い。システムでは事象の分類・要因の分類を選択するようになっているが、階層によって選択の分類項目が制限され、事象に合致した選択ができないことがある。
・事例発生から医療安全管理室でのレポート内容確認までの時間経過がある。内容確認が遅くなる。 ・インシデントレポート報告は「悪いことをした」というイメージがまだまだあり、報告件数が少ない。
・5W1Hで記入してもらっているが、状況がわかりづらいことがあり、情報収集をしなければならない。 ・コメディカルの報告があがりづらい。
・1週間ごとにヒヤリハットの一覧表を作成し、各リスクマネージャーにリスクの内容を聞きに行っても、スタッフから聞いていないので詳細が分からないと言われる。 ・スタッフの報告はまずまずパソコンで入力されているが、各部署のリスクマネージャーのコメント（改善策）の記載が遅い。それには、当事者と勤務が合わずに面接できていないという理由がある。
事例によって入力時の項目に当てはまらないことがある。
・電子媒体で作成した不要になった旧項目をデータまで削除されてしまうため削除できない。 ・各項目で、その他に分類されている内容の整理が十分できていない。
・報告者がレポートを一時保存することがあるため、報告の遅れがある。 ・ときに、レポートを誰が、どこ部署が報告するかで問い合わせがあり、報告の文化の格差が職種間、部署間、個人である。
1. 職種、部署、部門で報告数に差がある。 2. 治療上の有害事象に関する報告は積極的ではない（医療事故、合併症の考え方の違い）。 3. 医療安全管理者としては、要因・原因分析のため詳細な情報を収集したいところだが、それは、忙しい現場には負担になる。
職種での報告数の差。
看護部門以外の報告が少ない。
報告の内容を分類しデータをとるが、どこに分類していいのかわからない物がある。「その他」にしてしまうとデータとして扱いにくく、分析もしにくい。
「再発防止策を検討するための大切なものである」との認識を高く持っていており、収集に関して困っていることは今の時点では無いように思います。
・医師の報告が少ない。 ・改善策の立案、フィードバックが容易でない。
看護部以外の提出が少ない。ヒヤリハット報告が少ない。
・報告する側が「書かされ感」がする。 ・職員間で報告に対する意識に差がある。 ・インシデント分類の難しい事例がある。
発生した事象に対して、問題意識が合致しているとは言えず、問題ととらえないため報告書が上がってこない場合があるため、職場ラウンド（週1回）で拾い上げていくようにしていく。
・オカレンスレポートを報告してもらおうと思っているが、インシデント・アクシデントに含まれないのではないかと いう意見もあり、積極的に報告をお願いしにくい。 ・インシデント・アクシデント報告とは別に紙媒体の事故報告書があり、運用が難しい（紙媒体の事故報告書の記載は、Nsに限られている）。

Q8. インシデント・アクシデント報告の収集に関して、工夫していることがあれば教えてください（自由記載）（順不同）

（一部、回答病院名が特定されるおそれのある記述は、趣旨を変えることなく手を加えています）

合併症報告の推奨。インシデントレポートの匿名化。
・レベルごとの例文作成をおこない（委員会で作成）報告書入力を促すようにした。
・（途中ではありますが）医師用の報告書基準を作成し、例文作成をし報告件数UPをしていく予定。
特になし。
部署の原本とは別に医療安全管理室にコピーを保管している。
レベル0報告を月3件以上目標に啓蒙活動をしている。今年4月からgood jobレポートをまとめ各部署へ配布し周知している。
インシデント報告それぞれに機能として「差戻しメール」のタグがあります。「ご報告有難う」のメールとして活用しています。更に、医療安全への啓蒙や部署内リスクマネージャーとの連携にも役立てています。
毎月の報告。他部署から報告があった事例に関して、関係者に声かけ。
特にありません。
・院内ホームページから様式を取り出せる。
・報告書様式を簡素化。
・抵抗感を減らす為に報告書名の改名の検討。
・報告書を取り出す場所を電子カルテの文書管理から取り出しやすくする検討。
good jobレポートとして集めていこうと考えているところです。今年度から報告が上がってきた時点で「見つけてくれて有難うございます」等のメールを報告者本人へ送る事にしました。その後の評価をどうしていくか悩み中です。
・薬剤部のブレアボイド報告をヒヤリハットとして集計し、院内で共有出来る様にする。
・新人職者への研修で、レポート集計の目的と報告意識について講習する。
・RM会議や医療安全推進カンファレンスで、管理部門に向け重要インシデントを公表する。
・無記名によるレポート提出。
・収集したレポートからの改善事項は、配布物を通し「このレポートにより改善する事が出来た」とフィードバックしている事。
報告内容から、詳細な情報収集を行い、助言・指導を行うようにしている。アクシデント委報告においては、部署ラウンドを行い助言を行う。
ポジティブレポートで感謝状を贈っている。
インシデントアクシデントから抽出した問題に対する予防策・対策を院内で共有する事により「レポートで病院を良くしよう！」という意識をたかめるよう努力しています。
特になし。リスクマネージャー連絡会議（月1回定例）や研修毎に再生、報告の重要性と提出の推進を呼びかけている。
初期臨床研修医と看護師に対して、医療安全報告カードを1人1枚作成してもらい危険予知トレーニングを行っている。その様な内容をインシデントとして報告する様に伝えている。
・ヒヤリハット（good job）報告を多く提出した部署を報告会や勉強会などで取り上げ褒める（積極的な姿勢を）。
・医師に対しては必ず報告する項目を決めて、まず報告する事に慣れてもらう。
・医師へ報告用紙を配布。
・職種毎に配属人数に占める提出割合を提示。
インシデント・アクシデントレポートと簡単に記入できる発見レポート用紙を作成。他部署のヒヤリハット発見時に提出してもらって医療安全管理者が当該部署のヒヤリングを行い必要時レポートを提出してもらっています。
ファイルメーカーで自作している為、集計業務は簡単です。
毎日1人で院内ラウンドを行い、自ら気付いた事例についてインシデント報告をあげてもらっている。
部署を超える事例は1つの事象に多数（多部門）のレポート提出をお願いしている。
安全管理者のチェックリストに基づく毎日のラウンド。医療安全関係者の月1回のラウンド、ワーキンググループの活動、医療安全の部署、部門毎の目標管理など能動的に収集していると思っている。医師の報告は看護師、薬剤師などが発見した時に医師にフィードバックして報告をあげてもらう様にしている。
インシデントは特に様式を定めず各部署に任せている。ノートを使ったり簡易な用紙を作成したり、PC上にページを設けたり、各部署で工夫してなるべく多く報告する様呼びかけている。医療安全管理者は全ての内容に目を通して
いる。
オカレンスに関して報告するよう声を掛けている。Drが書くべきと思っているのかNSからも少ない為、Dr・NS共に書いてもらう様にしている。
外部アドバイザーと協力して記入方法や表現方法をアドバイスしたりするなど、提出までの時間を減らす様な努力と内容の充実を図っている。
各職場ごとに提出場所を決め、RMが毎日回収して回るようにした。
院内研修での提出の啓蒙活動。
合併症については看護部の協力を得ている。
・グッドジョブ報告に対して表彰と安全便り（院内周知ニュース）に掲載している。
・院内での取り組み課題となる事象をお願いしている。
リスクマネージャー会議（月1回）にてインシデント報告のやり方などを再度指導している。それでも意識が上がらない。部署には個別に指導しようと思っている。7月の医療安全研修会のテーマ「インシデントレポートの書き方」。
ファントルくんのみでは報告件数UPしない為、0レベルのみ紙媒体でも集めている。
・1事例に関与した全てのスタッフに入力を依頼している（レポートは複数集まるが報告漏れの防止になっている）。
・報告すべきインシデントの基準を設けた。
0レベル報告を推進しています。

「ファントルくん」への権限が限られており（職員全員にない）紙運用もしている。その紙ベースの物はトップページから印刷が出来る。
レベル0の収集を一部紙媒体で行っている。
報告数をグラフ化する事で報告数の増加につなげている。
発生件数が多い内容については詳細項目にもチェックする。（例）□手術→□インプラント間違い □インプラントなどの落下 □滅菌関係 □その他。医師の報告件数が少ない為、放射線科でオーダーミス（左右、部位など）の発生件数を毎月チェックして報告してもらっている。
副院長からインシデント報告の奨励。インシデントレベルゼロ（未然防止事例）の紹介。
医師からの報告がない場合、他職種から報告（発見者）として提出して頂いています。院内ラウンドの実施、年一回の安全月間として標語を募集し選ばれた標語を1ヶ月院内に提示、院内メールからも発信し啓蒙活動を実施、その翌月のインシデント報告件数は増えています。
患者影響度0の報告件数を毎月院内報告している。もし発生していたら重大事故になったと予測される事案については、報告者へ病院長より声を掛けてもらう。
インシデント、アクシデントレポートの様式の見直し。
どの時点で間違いに気付いたのかという点は必ず聴くようにしている。気付くきっかけタイミングに共通点があるのではと思っています。
システムが電子カルテと連動している為、事象を電子カルテに記載しその内容をコピー＆ペーストで報告に使用できるようにしている。
各職場をラウンドして確認と説明を実施しているのみ。
・上司が報告内容をヒアリングして不明な点は確認してから入力している。
・入力した内容は医療安全管理者がなるべく早く読むようにして、対応や分析につなげている。
・全報告の内容を簡素化し、院内WEB掲示板に載せている。その際コメントに「good job!」を付けたところ報告数が増えた。
職員を責めるものではない事を繰り返し周知・説明。
・各師長へ提出が低い場合報告している。
・全部署へ安全管理室NEWSで提出を促す。
看護部から提出が多いので、毎朝の師長カンファで情報共有や意見・要望を確認する。
・good job報告に対して表彰する。
・研修医研修において実際にインシデント、アクシデント報告を記入してもらい記入の方法を学んでもらうと共に報告に対する抵抗感を減少させる事によって医師の報告件数をupさせる。
・点滴やNGチューブの自己抜去が多い為、これらについては文字入力せず項目選択のみで入力できるようにしている。
・レベルAを設け、直接診療等に関係しない診断書の渡し間違い、紹介状の送付先間違い等、事務的な事例も収集し改善につなげている。
たくさん文章は書かなくて良い（要因とか改善案とか）起こった事だけ書いて下さいとお願いしている。
ヒヤリハットの提出をチェック方式とし、いつでもすぐに記入できるように変更した。様式の修正は今後の課題です。
毎月のヒヤリハット等報告会を利用して、毎回ヒヤリハット報告（特に0レベル報告）を提出する意義について呼びかけを行っています。
直接の当事者だけでなく、事象を誘発した者の調査を心掛けている。
発生要因や影響を及ぼした環境は、チェックボックスで選びやすくした。種類も大分類・中分類・小分類に分け、スムーズに入力できるよう工夫した。紙ベースで出力し、院長、理事長まで目を通して頂くようにした。
・リンクナース委員会でも0、1レベル報告を重大事故防止に活かす事の説明をし、提出促進を図っている（部署目標に0レベル提出による重大事故防止を挙げている）。
・新人教育で0レベル報告の意義と記載の指導の実施。
毎月末、全体集会で収集データをグラフ化して報告しています。各部門の提出状況比較（月、年度、項目毎）とインシデント事例を紹介し自部署の課題につなげるようにしています。
インシデント、アクシデントのレベル間違いや文章の修正などで本人にバックする際は必ず「お疲れ様です。忙しい中報告ありがとうございます。」と入力しています。
レベル0、1報告についてはgood jobとして、当院独自のベストサービスカードを配布している。
件数の少ない部署に出向き研修を行っている。
・医療安全ラウンドで訪問した部署に0レベルのインシデント提出が少ないので提出を依頼している。
・インシデント用紙の変更を行いマニュアルの変更の必要性や変更につなげようとしている（失敗学の考え方を取り入れて）。
気になる案件に関しては必ず委員会で院内全体で情報共有するようにしています。
リスクマネージャーへ働きかけて職員に声かけしてもらっている。
1日に同一患者様で頻回に起こっているインシデントは同一紙に記載するようにしている。その際には時間を記入している。
コメントの充実。専門職種からのコメント。
good job事例報告を促進する為、警鐘的な事例は安全委員会で取り上げ、又、安全ニュースに掲載して報告意識を高めている。年度末にgood job大勝を1例選出して表彰、賞品を授与している。最多報告大賞を1名選出して表彰、賞品を授与している。
・パソコン上で全部署の入力一覧リストに目を通す事ができる。
・最終的に事故コードやレベルの修正を医療安全管理者が実施後「確定」にすると職員は勝手に手直しする事ができない。
・医局に関しては処方に関して疑義照会を毎月の医療安全通信に掲載している。
・今年度は基本に戻っての全体研修会を企画しレポートの重要性について講義をしていく。
・各部門管理会議で毎月まとめを報告している。
・医局には医療安全レポートとして毎月貼り出している。
・どんな小さなインシデントでも報告してもらおうようアナウンスしている。
・good job報告を意識的にフィードバックしようとしている。
紙媒体での報告なので、記載しやすいように職種別の報告書を作成している（全部で10種類）。

インシデント・アクシデントレポート内容について、起こった事、対策等について医療安全ニュースや朝礼（月1回）でフィードバックしてレポートが役に立っている事をアピールしている。
以前は入力しないと送信（報告）出来ない項目が多数あり、そうすると途中で面倒になり報告に至らないケースが見られた。入力必須項目を最小限にし、報告しやすいようにした。どうしても必要な情報については聞き取りを行い補っている。
ここ数年レポート報告の意義を医療安全研修会、新人職員、研修医等の研修で医療安全幹事長、医療安全管理者から伝え続けている。当事者だけではなくレポート内容によっては他職種で報告するよう依頼している。
報告システムを電子カルテ上からログイン出来るようにして、報告できるPC数を多くしている事。
報告用紙を当該課で読み上げ内容を周知している。
部署のリンクナースが提出されたレポートをデータベース化し、委員会に持ち寄り話し合いをしています。他部署のレポートから学ぶ事も多く対策の共有にも繋がっています。
積極的にレベル0を報告する（＝ポジティブレポートとは言い切れないレベル）ようにはしている。
インシデント、アクシデントの内容を分類し集計、内容の検討時に役立っている。
危険度の高い報告を自動抽出するプログラムを作成し活用している。
看護部が多く報告書を提出してくれる為、発見者が進んで報告をしてきたり、ポジティブ報告をしている部署が院内の掲示板で分かるように医療安全ニュースで取り上げ報告文化の継続を伝えている。
他職種であっても報告できる。
再発防止策の立案部分に医療安全管理者とその事例の再発防止策を検討したいというチェック項目を作り、レ点チェックされたら、その部署におもむき対策と一緒に考えています。
・入職時のオリエンテーションで目的と活用方法、作成（入力）方法の説明の時間を設定している。
・月報などで「インシデントレポート作成の対象」を一覧にして提示、周知するようにしている。
・年間報告数の多い部署には「アワード」として表彰、記念品を贈呈している。
電子媒体で入れるのが大変なため、紙媒体で置いておいていつでも書けるようにしている。入力はリスクマネージャーが行っている。
インシデント・アクシデント発生後の対応やレポートの記載方法等で良かった点をフィードバックする。それにより些細なことでも報告しやすい環境づくりを行う。
毎月の委員会で報告書を提出するように（なるべく報告者に偏りのないように、また小さなことでも医療安全という観点から報告書を提出するように）呼びかけている。
どんな職種も提出しやすいように紙媒体も残している。紙媒体にはヒヤヒヤシートというチェック主体の簡便な様式を4種類準備（A3の記載事項の多い元々の様式もある）。入院患者に関しては、看護記録の確認から拾い上げることも実施している。
「医療事故情報収集等事業」への報告内容に準じたインシデント・アクシデント報告用紙にしていますが、発生状況やその後の対応が書かれてあれば分類など不十分な記載があってもよしとして戻したりはしていません。確認したいことがあれば私が確認に行きますから、という姿勢で報告する側の負担にならないような配慮はしているつもりです。
各部署で安全推進委員が集計し部署会議で報告しているので、自部署の事故内容等把握しやすい。全集計分析は安全管理室で実施し、院内ランで共有できる。
報告内容、件数によってすぐにニュース発行している。
各部署へのアナウンス。
定期的に報告が必要な事案、未記載の多い項目、記載方法を伝える。
事象に関わったどの職種からでも報告してもらえるよう働き掛けている。初期研修医への研修等で、必要性を伝達（もちろん他の職種も）。
・入力の利用促進（強化月間設置）。
・安全委員会での各部署の報告件数の報告、及び啓蒙。
検索しやすいような語句を入れて保存する（GRMチェック時）。
各部署のリスクマネージャーに、会議などの機会があるたびに提出の必要性を説明している。
医師は簡単に提出できるようにソフトを作りがえた。
インシデントから要因分析でできる力の育成や共有しようという職員の意識の向上のため、研修会を開催し職員個々のスキルアップや意識の向上を図っている。
患者影響レベル主体だと患者と直接接していない部署からの報告が上がってこないため、患者影響レベルとシステム影響レベルを並行した。
ポジティブレポートの収集は行っていないが、0レベルレポートの中より選んだものに対して「感謝状」を送っている。
・インシデント・アクシデント報告が遅いことについて、委員会等で注意を促している。
・医師からの報告が少ないことについては、看護師からのレポート報告時、医師が関連している時は、医師へ医療安全管理室よりレポート提出を依頼している。
リスクマネジメント部会で所属の代表者に、インシデント・アクシデントの内容検討結果を報告してもらっている。転倒予防チーム、暴力防止チームの活動報告をしている。アクシデント（事故報告・暴力報告）は手書き入力もOKとしている。
各部署にいるリスクマネージャーへの声掛け、伝達を行っている。
g o o d j o bから説明するようにしている。
インシデント、アクシデント報告システムを導入したことにより、統計処理を行う時間の短縮が行えた。毎月の統計をできるだけ早く共有できるようにしている。
・レポートを3種類に分け、薬剤、転倒・転落、その他とし、レポートの色分けをすることにより、当院で多い薬剤、転倒・転落のレポートを見直したり、対策に使用したりできるようにした。
・転倒・転落レポートに転倒時のイラストを描いてもらうことで、その時の状況から原因を見出すことができるようにしている。
各部署に報告入力の方法と、レベル0の報告の必要性を説明にまわった。電子カルテの掲示板に入力方法の説明も掲示している。
月1回の報告時（連絡会議）にヒヤリハットやレポートの内容から次のインシデント発生予防につながった等、具体的に報告するメリットを伝えている（会議に出席する医師が少ないため、伝わりにくいですが）。
電子カルテと連動し、自動入力を多く取り入れている（患者IDで患者基本情報、職員IDで経験年数まで等）。

処方オーダーに関して疑義照会があった場合、インシデント入力を推奨している。
医師やスタッフから口頭での「まず一報をください」と周知して、その後医療安全管理者が情報収集および報告書への記載を呼びかけるようにしている。
現状の情報収集につとめ、看護部から発見のレポートを提出。それをもとに医師、コメディカルに報告を依頼している。
レポートの督促状を出して提出を促している。
Drからの提出が少ないため、Drに関わる報告書については積極的に声をかけるようにしている。日頃からDrへ声かけし、コミュニケーションをとるようにしているため、レポート記載についても嫌な顔をせず記載してくれるようになりました。
2枚複写とし、1枚目はすぐ看護部長へ報告する。2枚目は病棟でカンファレンス後提出としている。
・毎月部署ごとの報告件数をリスクマネージャー会議で報告している。
・部署に関係なく、職種に関係なく起きた事象を報告するよう推奨。
・電磁媒体入力手順について随時、個別指導を行っている。
・毎日ラウンドして、インシデントや未然に防いだ事例等の情報収集を行っている。
・一つのインシデントに関わった人すべてに報告書を作成してもらっている。
・インシデントレポート提出最多部署を医療安全全体勉強会で表彰し、院長から賞品を受け取るようにしている。
・新人オリエンテーションで参加される方にインシデントレポート（ヒヤリハットR）を一度書く練習ということで宿題を出している。
当HPでは自治医大病院の報告を参考にして医師の入力を促進したいと考え、医師のみ報告を義務付ける項目を列挙してオカレンスレポート報告として周知を図っているが、まだまだ報告件数は増加していない。以前よりは増えたが、組織全体で共有しないと定着しないと思う。
オカレンススクリーニングシステム（電子カルテ内コンテンツを利用）簡単に患者属性を反映した用紙を利用してリスクマネージャーから報告を受けられる（手術室、カテ室、検査室、輸血課、入院、外来）。これを見て医療安全推進室長からインシデントレポートを促している（主に医師）。
・強化月間を設定。
・報告に手間をかけないように必須項目入力を最低限としている。
・医師の報告内容を具体化した。
インシデント、アクシデント報告に対する意識を高めるために、医療安全研修会でゼロレベル報告を促している。医師の報告件数が少ないため、直接依頼している。
研修医の提出を促すため、毎年5～6月頃インシデント大会と称し勉強会を実施している。
・インシデントレポートの一覧表を作成する時にレポートを記入した部署を分らないようにしている。
・今年の院内ラウンドはインシデントレポートをもとに行うことにしている。
・「インシデント報告が安全をつくる」「レベル0の報告もシステムの改善につながる」と言ってる。
・「報告をしてもらって良かった」という内容のメールを本人にする時もあります（匿名の報告ですが、医療安全管理者には分かるようになっている）。
・Drが関連している事例にDrからのレポート提出を推進するために、他部門からのレポートを添えて、レポート提出を促している（他部署も同様）。
・1つのレベル1以上のレポートで複数関与している場合は、それぞれにレポート提出を依頼する。
・0レベル報告の提出の推進を現場ラウンド時に指導する。
・0レベルのカンファレンスを意図的に行い、0レベル報告の推進を行う。
・院内職員と積極的にコミュニケーションを図り、情報伝達を円滑にして報告しやすくする。セミナー等の病院職員が集合する場で報告を推進する呼びかけを実施する。
・一つの報告から関係職種スタッフへも報告の呼びかけを医療安全管理室から配信する。
・報告に対するレスポンスを速やかにする。
インシデントは匿名でもよいことにしている。
手入力作業をできるだけ少なくし、分かりやすい項目を挙げている。
収集時に詳細確認、不明なことはその場で解決する。
・表題を明確にし、集計にも引かかるようにしている。
・多職種から出してもらい、事例検証している。
業務のことで相談を受けた時は、とりあえずインシデントレポートを提出してもらっています。「えーっ」と言われますが、レベル0にして今後の事故につながらないようにしています。医療安全管理者は看護師のため、特に看護部と他の部署が関わるような時は、まずインシデントレポートがないと他の部署には言いにくいので。
いつでも提出できるようにしている。
システムを変更したばかりなので、まずはシステムに慣れ報告をあげるように声をかけている段階です。報告状況を見て今後検討します。
研修会（医療安全講演会＝全職員対象）にて当院で発生した事例をモデルに、報告書の書き方～対策についての研修会を行っている。
0レベルは、月に300件を超えるため、簡単に報告が可能となるように0レベル専用の様式を月／1回まとめて報告してもらっている。
インシデント報告があがったら、関連部署があがったら、そちらにもレポート依頼をだしている。
委員会、ラウンドを通して、タイムリーに提出を依頼可能です。
複数の部署に関連するインシデントでは、提出のない部署に状況に状況聞きに行き、時に書いてもらう。
・医師がログインした時のみ、インシデントレポートではなく、「合併症報告」という名称に変更した。
・インシデントレポートを匿名報告にしている。
医師の報告基準を設ける予定。
オカレンス報告は提出すべき有害事象を明文化している。
・報告集計で必要なデータを取るため、入力項目を随時、追加・変更を行っている。
・報告した内容について、改善・対策を検討し、現場にフィードバックする。この時、報告が役に立っていることを現場のリスクマネージャーよりスタッフに声掛けしてもらっている。

・紙運用のためPDF（フォーム付）版を配布、記載負担減を図っている。 ・月次で部門毎受理報告書を部門長宛に提出しているが、その際「他部門からの報告」も併せて報告し、未提出事例の報告を促している（必要に応じて個別連絡も実施）。 ・提出レポートはscanしデータ保存している。
毎月、部署別に報告件数を院内公表している。インシデント分析研修を各部署職員に実施している。
報告時に感謝を言葉で伝える。未然に防止できた・大事に至らなかったポイントを訊きだし、褒める。
・できるだけタイムリーに報告してもらえるように、アンケートを取り書式の再考を行い、簡素化を図った。その後も再度アンケートを取り評価した。 ・報告をしてもらった時には、まず「報告ありがとうございます」と伝えるようにすると共に、コメント欄にもそのように記載している。 ・レポートは、関係する委員会等でも情報提供して改善に努めている。 ・診療部に対して、医療安全勉強会を年間数回開催し、レポート報告が組織を変えたなどのテーマで、改善事例を紹介し共有して報告は役立っていることを伝え、報告数を増やす努力をしている。→結果、着実に増えている。
当院ではTeamSTEPPSを推進しているが、インシデント・アクシデント報告の画面にTeamSTEPPSのツールが活用されていなかった、あるいは理解が不足していた場合、どのツールが活用できれば良かったかについて、チェックする画面を入れている。
院内で使用している情報交換ツール（メールや掲示板機能等）以外に、インシデント報告システム内に医療安全に関連する情報を掲示するようにして、最低1日1回はシステムを見てもらうようにしている。
・「何でも気になる事を書いてください。」と説明している。 ・毎年、全体研修会で入力の方の説明を行っている。 ・IDが分からないときは（電子媒体だと全部埋めないと閉じれない）など、「〇〇〇」で入力してもらうようにしている。厚生省との分類に役立つので電子で助かっている。 ・聞き取りを行ったことを追記している。 ・統計処理において、必要に応じてカスタマイズできる。
事故発生の原因として、「いいわけ」を報告してもらっている。これにより報告内容だけではわからない要因がみえる。又、報告書を記入する敷居を下げる効果を出し、結果的に報告数の増加がみられている。
当院ではgood jobレポートをgood ZEROレベルレポートと呼称し、2か月毎に提出されたZEROレベルレポートの中から1～2事例提出してGRM表彰を行い、職員掲示板へ受賞時の写真と簡単に事例内容を紹介しています。さらにgood ZEROレポートとして表彰されたものの中から年1回BSET ZEROレポート賞を選出して院長表彰しています。
セーフティマネジャー会で事例を提示し、この場合セーフティマネジャーとして報告するように言うか言わないかとその理由をグループ内で意見交換した。報告をすることの意味を考えてもらった（医師には効果的でした。すぐに事例と同じ内容の報告が出ました）。
できれば報告項目も選択できるようにしてほしい。
・報告者に負担が少ない方法を取っている。 ・報告の推移や、内容を院内に周知している。 ・時には、個別に提出を促す。
・電子媒体の内容閲覧の権限として、病院管理者・医療安全推進室と病棟所属長やリスクマネージャーの権限のもたせ方を変えている。 ・システム上は報告者名が分かるようになっていたが、名前が分かることでのメリット、デメリットを検討し、当院では報告者名が分からないようにしている。医療安全推進室および管理者のみに表示される。 ・報告を「通常報告」「転倒・転落」「心停止報告」「オカレンス」に分けた。入力部分を少なくし、選択肢をクリックできるようにした。
多機種からのレポートを提出してもらうため、複数の部署や職種が関係する事例では、関係した全ての部署・職種からの提出を促す。医師への働きかけは、ワーキングメンバーの医師からしてもらう。
医師からの報告を増やしたいと思い、報告用紙の簡素化なども行ってみたが、なかなか増えない。
・名寄せ（実件数の把握）。 ・匿名化した上で、自身のレポートに対する責任者や委員会からのコメントが確認できるようにしている。
重点報告基準を明示して、報告を促している。報告事案について、各部署および院内へフィードバックしている。
発生時即時入力を推奨している。詳細が不明でも「事象」をまず入力し、入力後に追記するようにしてから、報告までのタイムラグがなくなった。
ポジティブインシデントを会議で紹介している。
研修医による報告を増やすことを目的に、薬剤部と協働し疑義照会の一部を報告対象とした。研修医の勉強会の場面でインシデント報告会を行うこととした。医師が当事者とされる他部署からされた場合は、医師からも報告するよう促している。
年1回全員参加型研修の実施、できごと報告の必要性を考え、協力を呼びかけている。
レポートはチェックする項目を増やし、記述欄を少なくしている。事故のレベルによって別に報告書を提出してもらう場合もあるが、提出しやすい環境づくりを心掛けている。打ち込みに時間はかかるが（エクセルデータ処理）様々な組み合わせのデータを報告できるので、各部署の安全管理に役立っている。
手術バリエーション報告を義務づけとして、内容によって（判断）インシデント、アクシデントとして件数に加えている。その時は医師の負担をかけないよう、報告書作成を医療安全で行い、サインをもらう運用を開始。
・インシデント・アクシデントレポートの意義を研修内容を含め理解を広める。 ・レポートの提出によって得られた事故防止対策例の紹介。 ・メールやリスクマネージャー会議を利用して報告を促す。 ・記載内容に不明瞭な内容があれば、部署へ出向いて確認する。 ・レポートのやり取りは、提出部署に限らず、関連していた部署や今後関連しそうな部署にも即座に周知する。 ・誤字・脱字や伝わりにくい文章表現、内容分類の修正などはGRMが修正している。
1. 記載は途中でまかまわらないので、まず入力してもらう。 2. 改善策は分からなくても良い（こちらが考える。また、職場長が必ず面談するので、そこで振り返りができる）。 3. 管理者からは、大事に至らなくてよかったこと、気がついてよかったこと、インシデント後の対応にも目をむけ、できていることをほめる。

平日の朝、看護部の課長（師長）のミーティングが開催されており、そのとき各部署から事例の報告が行われる。看護部では、他部門での事例も含めた情報が集まっているため、看護部以外での事例も把握ができています。また、レベル3b事例を含め、事例の重大さにかかわらず、各部門の部門長から報告がされる風習があるため情報が集まりやすい。そこに至るまでは、まず看護課長らの報告によりその現場に直接行き、情報を収集することで報告の習慣がついてきているように考える。
影響度レベルの高いものに関しては、システム上の報告だけではなく、電話等により直接報告してもらい、速やかに情報伝達が行われ、病院としての対応ができるようにしている。
医師からの報告件数を伸ばすためにデータモニタリングし、データとともに促すためのミニ情報を医療診療部会にて報告（モニタリングデータは設定した目標値に対する到達度）。
以前は一方通行であった報告書が、提出者に直接メールすることができるようになったことで、必ず返信している。これを繰り返すことで、報告書を出しやすい環境になるのではないかと考えている。
・報告レポートは全件、発生内容を部署に行き確認している。 ・インシデントレポート内容を検討する会議には、内容を分かりやすく伝えるために、写真表示や対象物品を準備して臨んでいる。
年に1回、活動報告集を作成する際、自部門の報告件数からの年間評価をしたものを掲載するようにしている。
・リスクマネジメント部会でインシデント・アクシデント報告数の提示。 ・看護部に関しては、各部署のヒヤリハット報告数・レベル0の報告数と内服・注射のヒヤリ数をグラフにして師長会と安全対策リーダー会で配布してスタッフに関心を持ってもらえるように工夫している。 ・発見者がインシデントレポートを入力することになっている（個人の責任を問わないため）。 ・報告が少ない部署に関しては、職場長にレポート入力をお願いしている。 ・収集結果（重要事象、患者誤認事例内容）等を定期的に職員向けに自部署（医療安全管理室）より、発行している。 ・毎月の患者誤認事例・3b以上の事象を管理委員会で報告・共有している。
各部署にかかわる事例については、直接、報告を依頼している。
・電子媒体での運用。 ・当事者や発見者など、事象を把握しているものであれば誰でも報告できることとしている（一つの事象に対して、複数人から重複報告を認めている）。 ・24時間以内の再手術は合併症であっても、提出対象として認めている。 ・報告書の書式を多く採用し簡素化を図り、さらには特定の承認者しか閲覧できないシステムとすることで匿名性を保持し、提出しやすい環境を提出している。
報告促進のキャンペーンを行っている。
当院では報告文化の醸成がまだまだ課題であるため、他施設では当たり前のことかもしれませんが、下記のことを意図的に行うようにしています。 ・個別に聞き取りに行った際は「教えてくれて（報告してくれて）ありがとう」「エラー自体はとて素晴らしいエラーだと思う」「あなたが“穴”に落ちてくれたから、対策の検討につながる」などと、返すようにしている。 ・報告の少ない部署からいち早く報告があった場合や、エラーに対する対応がとて良かった場合などは、管理委員会やカンファレンスなど、部署長や院長がいる場で、褒める。また、「当事者に、〇〇がよかったと伝えてほしい」と付け加え、部署長をまきこんで、報告文化を定着できる雰囲気づくりに努めている。 ・報告書は出されないものと思い、報告書として出さなくてもいいから何かあったら教えて、とお願いしている。 ・実際に生じたインシデントをもとにしてVTRを作り、院内研修で紹介している（映像によるイメージをきっかけにして、次の報告や類似事象の防止につなげるため）。 ・医師の処方エラーは、薬剤師が発見者として報告することが多いので（100件あまり／年）、入力項目を極力絞った【薬剤部専用報告シート】を作成し、報告しやすさを優先した。
報告件数＝安全文化の目安であることを提示し院内各部署の報告件数をグラフ化しほぼ毎月発行の医療安全ニュースに掲載。
提出されたデータの中から、要注意データ（共有や対策が必要なもの）を抽出し、様々な会議で報告伝達するようにしている。
発見者が、発見時に簡易レポートという形で報告をすることで、事象報告の機会が増えるようにしている。病院機能評価や各種医療法に基づく行政の適時調査の際に、診療部の報告件数の少ないことを指摘されれば、客観的評価としてそのことを周知する。
採用オリエンテーション、院内安全関連会議等で、報告制度の意義、ヒヤリハットでの報告の推奨等を行っている。
・電子媒体入力で整理できない項目は、一部マスキング処理をして手作業で収集している。 ・多忙な業務の合間に入力している職員がほとんどなので、ヒヤリハットを多く提出した職員（個人）と部署を年1回表彰している。
小さな報告でも、とにかく褒める。
転倒・転落データ集計がしやすいよう、既製のソフトに当院仕様で独自に様式を作り込んでもらった。
1. 看護部の患者情報の報告場面に同席し、有害事象などを収集している。特に治療上の事象やクレームへの発展の可能性事象。 2. 電子カルテからの情報収集に努め、現場への負担を減らす。 3. 看護部のリスクマネージャーとの密な連携により、有害事象の情報収集に努める。
メール返信機能を活用しています。報告者と医療安全管理者とのコミュニケーションを図ることを心がけています。提出することによって、他の部門への情報提供となり、ひいては再発防止へつながっていることを報告者に伝えて、レポート提出の目的を明確にしています。
研修時に呼びかけをしているくらいです。
・レポートは5W1Hで簡潔に記入するよう指導している。 ・インシデントのレベル、発生分類が正しくできるよう毎年4月に研修会で周知、分類の標準をマニュアルにして配布。
個別対応や個人に声かけをしている。
・各委員会などで報告推進を呼びかけ、報告数、事象レベル、内容などをグラフや表を作成し報告している。 ・Good Job報告や、「0レベル」報告の多い部署の表彰などを検討している。
報告されたインシデントレポートにさらに重みづけ（トリアージ）を行い重要な事例を取捨選択している。
報告内容をチェックし他部門も関連していると思われる場合は、状況確認を行い報告を依頼している。

ひやりはっと報告書を簡単に書ける様、用紙を変更している。
職種によるバラつきを少なくするため、レポートの様式を職種毎に作成した。
・合併症、副作用と一般的医療事故と区別した定義を行っている。 ・一般入力と転倒・転落入力を分けている。
報告書及び部署責任者には報告してくれた事に「ありがとうございます」と言って、くわしい情報収集を行っています。
・報告内容は、毎月、各部署、各診療科、各部門にそれぞれ関連する報告をフィードバックしている。 ・ヒヤリ・ハット報告（good job 報告）の報告者に、毎月「good job レポートありがとうございます」のレターを返している。
インシデント・アクシデント報告が速やかにできるよう所属長の協力を依頼している。
・ラウンドにて職場に残っている報告用紙を収集。 ・困った事例、迷った事例などをヒヤリングし、対象であれば報告書をあげてもらう。 ・委員会で呼びかけ。
インシデント・アクシデント報告をしてくれた人全員に医療安全管理者から感謝の言葉とコメントをメッセージとして送っている。