

## L 《インシデントが発生した場面》

### 指示・情報伝達に関する項目

#### <オーダー・指示出し>

010100 オーダー・指示出し

#### <情報伝達過程>

020101 文書による指示受け

020102 口頭による指示受け

020199 その他の指示受け

020201 文書による申し送り※

020202 口頭による申し送り※

020299 その他の申し送り※

029900 その他の情報伝達過程に関する場面

### 薬剤・輸血に関する項目

#### <与薬準備>

110100 与薬準備

#### <処方・与薬>

120101 皮下・筋肉注射

120102 静脈注射

120103 動脈注射

120104 末梢静脈点滴

120105 中心静脈注射

120200 内服

120300 外用

120400 坐剤用

120500 吸入

120600 点鼻・点眼・点耳

129900 その他の処方・与薬に関する場面

#### <調剤・製剤管理等>

130100 内服薬調剤・管理

130200 注射薬調剤・管理

130300 血液製剤管理

139900 その他

(<与薬準備><処方・与薬><調剤・製剤管理等>の項目を選択した場合、次の<薬剤・製剤の種類>から当てはまる項目を入力する)

#### <薬剤・製剤の種類>

140100 血液製剤

140200 麻薬

140300 抗腫瘍剤

140400 循環器用薬

140500 抗糖尿病薬

140600 抗不安剤

140700 睡眠導入剤

149900 その他の薬剤

#### <輸血>

150100 輸血検査

150200 放射線照射

150300 輸血実施

159900 その他

### 治療・処置に関する項目

#### <手術>

210101 開頭

210102 開胸

210103 開心

210104 開腹

210105 四肢

210106 鏡視下手術

210199 その他の手術

210200 術前準備

210300 術前処置

210400 術後処置

219900 その他の手術に関する場面

#### <麻酔>

220100 局所麻酔

220200 脊椎・硬膜外麻酔

220300 吸入麻酔

220400 静脈麻酔

220500 吸入麻酔＋静脈麻酔

229900 その他

#### <出産・人工流産>

230100 経膈分娩

230200 帝王切開

230300 医学的人工流産

239900 その他

#### <その他の治療>

240100 血液浄化療法

240200 IVR

240300 放射線治療

240400 ペインクリニック

240500 リハビリテーション

249900 その他

#### <処置>

##### \*一般的処置

##### ・チューブ類の挿入

250101 中心静脈ライン

250102 末梢静脈ライン

250103 動脈ライン

250104 血液浄化用カテーテル

250105 栄養チューブ(NG・ED)

250106 尿道カテーテル

250199 その他のチューブ類の挿入

250200 ドレインに関する処置

250300 創傷処置

##### \*救急処置

250400 気管挿管

250500 気管切開

250600 心臓マッサージ

259900 その他の処置に関する場面

#### <診察>

260100 診察

## L 《インシデントが発生した場面》

### 医療機器等、ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目

#### <医療機器等の使用・管理>

- 310100 人工呼吸器
- 310200 酸素療法機器
- 310300 麻酔器
- 310400 人工心肺
- 310500 除細動器
- 310600 IABP
- 310700 ペースメーカー
- 310800 輸液・輸注ポンプ
- 310900 血液浄化用機器
- 311000 インキュベーター
- 311100 内視鏡
- 311200 低圧持続吸引機
- 311300 心電図・血圧モニター
- 311400 パルスオキシメーター
- 319900 その他の医療機器等の使用・管理に関する場面

#### <ドレーン・チューブ類の使用・管理>

- 320100 中心静脈ライン
- 320200 末梢静脈ライン
- 320300 動脈ライン
- 320400 気管チューブ
- 320500 気管カニューレ
- 320600 栄養チューブ(NG・ED)
- 320700 尿道カテーテル
- 320800 胸腔ドレーン
- 320900 腹腔ドレーン
- 321000 脳室・脳槽ドレーン
- 321100 皮下持続吸引ドレーン
- 321200 硬膜外カテーテル
- 321300 血液浄化用カテーテル・回路
- 321400 三方活栓
- 329900 その他のドレーン・チューブ類の使用・管理に関する場面

### 検査に関する項目

#### <検査>

- ・検体採取
- 410101 採血
- 410102 採尿
- 410103 採便
- 410104 採痰
- 410105 穿刺液
- 410199 その他の検体採取
- ・生理検査
- 410201 超音波検査
- 410202 心電図検査
- 410203 トレッドミル検査
- 410204 マスター負荷心電図
- 410205 脳波検査
- 410206 筋電図検査
- 410207 肺機能検査
- 410299 その他の生理検査

#### ・画像検査

- 410301 一般撮影
- 410302 ポータブル撮影
- 410303 CT
- 410304 MRI
- 410305 血管カテーテル撮影
- 410306 上部消化管撮影
- 410307 下部消化管撮影
- 410399 その他の画像検査

#### ・内視鏡検査

- 410401 上部消化管
- 410402 下部消化管
- 410403 気管支鏡
- 410499 その他の内視鏡検査

#### ・機能検査

- 410501 耳鼻科検査
- 410502 眼科検査
- 410599 その他の機能検査
- 410600 検体検査
- 410700 血糖検査(病棟での)
- 410800 病理検査
- 410900 核医学検査
- 419900 その他の検査に関する場面

### 療養上の場面に関する項目

#### <療養上の世話>

- 510100 気管内・口腔内吸引
- 510200 体位交換
- 510300 清拭
- 510400 更衣介助
- 510500 食事介助
- 510600 入浴介助
- 510700 排泄介助
- 510800 ストーマケア
- 510900 移動介助
- 511000 搬送・移送
- 511100 体温管理
- 511200 患者周辺物品管理
- 511300 配膳
- 511400 患者観察
- 519900 その他の療養上の世話に関する場面

#### <給食・栄養>

- 520100 経口摂取
- 520200 経管栄養
- 529900 その他の給食・栄養に関する場面

#### <その他の療養生活の場面>

- 530100 散歩中
- 530200 外出・外泊中
- 530300 着替え中
- 530400 移動中
- 539900 その他の療養生活に関する場面

## L 《インシデントが発生した場面》

### その他の場面に関する項目

#### <物品搬送>

610100 物品搬送

#### <放射線管理>

620100 放射線管理

#### <診療情報管理>

630101 医師記録

630102 看護記録

630199 その他の診療記録

630200 画像データ管理

630300 検査データ管理

630400 検診データ管理

630500 検査・処置・与薬指示表

639900 その他の診療情報管理に関する場面

#### <患者・家族への説明>

640100 患者・家族への説明

#### <施設・設備>

650100 施設・設備

#### <その他>

990000 その他

## M 《インシデントの内容》

### <オーダー・指示出し、情報伝達過程に関する項目>

- 010100 指示出し・指示受け・情報伝達忘れ
- 010200 指示出し・情報伝達遅延
- 010300 指示出し・情報伝達不十分
- 010400 誤指示・情報伝達間違い
- 019900 指示出し・情報伝達のその他のエラー

### <診察、手術、麻酔、出産、その他の治療、処置に関する項目>

- 020101 患者取り違え
- 020102 部位取り違え
- 020103 医療材料取り違え
- 020199 診察・治療・処置等のその他の取り違え\*
- 020200 方法(手技)の誤り
- 020300 未実施・忘れ
- 020400 中止・延期
- 020500 日程・時間の誤り
- 020600 順番の誤り
- 020700 不必要行為の実施
- 020800 消毒・清潔操作の誤り
- 020900 患者体位の誤り
- 029900 診察・治療等のその他のエラー

### <処方・与薬>

- 110100 処方量間違い
- 110201 過剰与薬
- 110202 過少与薬
- 110300 与薬時間・日付間違い
- 110400 重複与薬
- 110500 禁忌薬剤の組合せ
- 110601 投与速度速すぎ
- 110602 投与速度遅すぎ
- 110699 その他の投与速度のエラー
- 110700 患者間違い
- 110800 薬剤間違い
- 110900 単位間違い
- 111000 投与方法間違い
- 111100 無投薬
- 119900 処方・与薬のその他のエラー

### <調剤・製剤管理等>

- 120100 処方箋・注射箋監査間違い
- 120201 秤量 間違い調剤
- 120202 数量 間違い調剤
- 120203 分包 間違い調剤
- 120204 規格 間違い調剤
- 120205 単位 間違い調剤
- 120206 薬剤取り違え調剤
- 120299 その他の調剤・製剤間違い
- 120301 説明文書の取り違え
- 120302 交付患者間違い
- 120303 薬剤・製剤の取り違え交付
- 120304 期限切れ製剤の交付
- 120305 ABO 型不適合製剤の交付
- 120306 その他の不適合製剤の交付
- 120399 薬剤・血液製剤のその他の交付エラー

### ・薬剤・血液製剤管理

- 120401 異物混入
- 120402 細菌汚染
- 120403 破損
- 120404 混合間違い
- 120499 その他の薬剤・血液製剤管理
- 120500 薬袋・ボトルの記載間違い
- 120600 薬袋入れ間違い
- 120700 薬剤紛失
- 129900 調剤・製剤のその他のエラー

### <輸血>

- ・輸血検査
- 130101 未実施
- 130102 検体取り違え
- 130103 クロスマッチ間違い
- 130104 結果記入・入力間違い
- 130199 輸血検査のその他のエラー
- ・血液製剤への放射線照射
- 130201 未実施・忘れ
- 130202 過剰照射
- 130300 患者取り違え輸血
- 130400 製剤取り違え輸血
- 139900 輸血のその他のエラー

### <医療機器等の使用・管理>

- ・機器の誤操作
- 140101 組立
- 140102 条件設定間違い
- 140103 設定忘れ・電源入れ忘れ
- 140199 その他
- 140200 機器の不適切使用
- 140300 機器の誤作動
- 140400 機器の故障
- 140500 機器の修理ミス
- 140600 機器の破損
- 140700 機器の点検管理ミス
- 149900 その他の使用・管理エラー

### <ドレーン・チューブ類の使用・管理>

- 150100 点滴漏れ
- 150200 自己抜去
- 150300 自然抜去
- 150400 接続はずれ
- 150500 未接続
- 150600 閉塞
- 150700 破損・切断
- 150800 接続間違い
- 150900 三方活栓操作間違い
- 151000 ルートクランプエラー
- 151100 空気混入
- 159900 ドレーン・チューブ類のその他のエラー

## M 《インシデントの内容》

### <検査>

- 160100 患者取り違え
- 160200 検査手技・判定技術の間違い
- 160300 検体採取時のミス
- 160400 検体取り違え
- 160500 検体紛失
- 160600 検体破損
- 160700 検体のコンタミネーション
- 160800 その他の検体管理・取扱い
- 160900 試薬管理
- 161000 分析機器・器具管理
- 161100 検査機器・器具準備
  
- 161201 データ取り違え
- 161202 データ紛失
- 161299 その他のデータ管理のエラー
  
- 161300 計算・入力・転記
- 161400 結果報告
- 169900 その他検査のエラー

### <療養上の世話・療養生活の場面>

- 170101 転倒
- 170102 転落
- 170103 衝突
  
- 170201 誤嚥
- 170202 誤飲
  
- 170300 誤配膳
  
- 170401 安静指示の不履行
- 170402 禁食指示の不履行
- 170499 その他指示の不履行
  
- ・搬送・移送
- 170501 取り違え
- 170502 遅延
- 170503 忘れ
- 170504 搬送先間違い
- 170599 その他搬送・移送のエラー
  
- ・自己管理薬
- 170601 飲み忘れ・注射忘れ
- 170602 摂取・注入量間違い
- 170603 取り違い摂取
- 170699 その他の自己管理薬のエラー
  
- 170700 無断外出・外泊
- 179900 その他の療養上の世話・療養生活のエラー

### <給食・栄養>

- 180100 内容の間違い
- 180200 量の間違い
- 180300 中止の忘れ
- 180400 延食の忘れ
- 180500 異物混入
- 189900 その他給食・栄養のエラー

### <物品搬送>

- 190100 遅延
- 190200 忘れ
- 190300 搬送先間違い
- 190400 搬送中の破損
- 199900 その他の物品搬送のエラー

### <放射線管理>

- 200100 放射性物質の紛失
- 200200 放射線漏れ
- 209900 その他の放射線管理のエラー

### <診療情報管理>

- 210100 記録忘れ
- 210200 誤記録
- 210300 管理ミス
- 219900 その他の診療情報管理のエラー

### <患者・家族への説明>

- 220100 説明不十分
- 220200 説明間違い
- 229900 その他の患者・家族への説明のエラー

### <施設・設備>

- 230100 施設構造物・設備の破損
- 230200 施設・設備の管理ミス
- 239900 その他の施設・設備のエラー

### <その他>

- 990000 その他

N 《インシデントが発生した要因》

当事者に関すること

- <確認>
  - 010100 確認が不十分であった
  - 019900 その他
- <観察>
  - 020100 観察が不十分であった
  - 029900 その他
- <判断>
  - 030100 判断に誤りがあった
  - 039900 その他
- <知識>
  - 040100 知識が不足していた
  - 040200 知識に誤りがあった
  - 049900 その他
- <技術(手技)>
  - 050100 技術(手技)が未熟だった
  - 050200 技術(手技)を誤った
  - 059900 その他
- <報告等>
  - 060100 忘れた
  - 060200 不十分であった
  - 060300 間違いであった
  - 060400 不適切であった
  - 069900 その他
- <身体的状況>
  - 070100 寝不足だった
  - 070200 体調が不良だった
  - 070300 眠くなる薬を飲んでいて
  - 079900 その他
- <心理的状況>
  - 080100 慌てていた
  - 080200 イライラしていた
  - 080300 緊張していた
  - 080400 他のことに気を取られていた
  - 080500 思いこんでいた
  - 080600 無意識だった
  - 089900 その他

当事者に影響を及ぼした環境等に関すること

- <システム>
  - 110100 連絡・報告システムの不備
  - 110200 指示伝達システムの不備
  - 110300 コンピュータシステムの不備
  - 110400 作業マニュアルの不備
  - 119900 その他

<連携>

- 120100 医師と看護婦の連携不適切
- 120200 医師と技術職の連携不適切
- 120300 医師と事務職の連携不適切
- 120400 医師間の連携不適切
- 120500 看護職間の連携不適切
- 120600 技術職間の連携不適切
- 120700 多職種間の連携不適切
- 129900 その他

<記録等の記載>

- 130100 字が汚かった
- 130200 小さくて読みにくかった
- 130300 記載形式が統一されてなかった
- 130400 記載方法がわかりにくかった
- 130500 記載漏れ
- 139900 その他

<患者の外見(容姿・年齢)・姓名の類似>

- 140100 患者の外見(容姿・年齢)・姓名の類似

<勤務状況>

- 150100 多忙であった
- 150200 勤務の管理に不備
- 150300 作業が中断した
- 150400 当直だった
- 150500 当直あけだった
- 150600 夜勤だった
- 150700 夜勤明けだった
- 159900 その他

<環境>

- 160100 災害時だった
- 160200 緊急時だった
- 160300 コンピュータシステムのダウン
- 160400 照明が暗かった
- 160500 床が濡れていた
- 169900 その他

医療機器・薬剤・設備等に関すること

<医療機器・器具・医療材料>

- 210100 欠陥品・不良品だった
- 210200 故障していた
- 210300 複数の規格が存在した
- 210400 扱いにくかった
- 210500 配置が悪かった
- 210600 数が不足していた
- 210700 管理が不十分だった
- 210800 機器誤作動
- 219900 その他

## N 《インシデントが発生した要因》

### <薬剤>

- 220100 薬剤を入れる容器が似ていた
- 220200 薬剤の色や形態が似ていた
- 220300 薬剤名が似ていた
- 220400 複数の規格が存在した
- 220500 配置が悪かった
- 220600 管理が悪かった
- 220700 薬剤の性質上の問題
- 220800 薬効が似ていた
- 220900 薬剤の略号が似ていた
- 229900 その他

### <諸物品>

- 230100 欠陥品・不良品だった
- 230200 故障していた
- 230300 複数の規格が存在した
- 230400 扱いにくかった
- 230500 配置が悪かった
- 230600 数が不足していた
- 230700 管理が不十分だった
- 239900 その他

### <施設・設備>

- ・保守管理が不十分
- 240101 電気系統
- 240102 空調
- 240103 衛生設備
- 240104 通信設備
- 240105 昇降設備
- 240199 その他
- 240200 施設構造物に関する問題
- 249900 その他

### 教育・訓練に関すること

#### <教育・訓練>

- 310100 教育・訓練が不十分だった
- 310200 マニュアルに不備があった
- 310300 カリキュラムに不備があった
- 319900 その他

### 説明・対応に関すること

#### <患者・家族への説明>

- 410100 説明が不十分であった
- 410200 説明に誤りがあった
- 410300 患者・家族の理解が不十分であった
- 419900 その他

#### <その他>

- 990000 その他

## O 《間違いの実施の有無及びインシデントの影響度》

### 間違いが実施前に発見された事例

- 0101 仮に実施されていても、患者への影響は小さかった(処置不要)と考えられる
- 0102 仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度(処置が必要)と考えられる
- 0103 仮に実施されていた場合、身体への影響は大きい(生命に影響しうる)と考えられる

0200 間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例

9000 不明(追加)\*

9900 その他

## P 《備考》

---

## インシデント事例の収集・分析について

### 1 経緯

#### (1) 収集する情報についての検討

平成13年6月28日、第1回医療安全対策検討会議ヒューマンエラー部会において、「インシデントレポート収集等に関する検討会」の設置(別紙1)を決定し、同8月3日、第1回検討会を開催した。その後2回にわたって、全般コード化情報を収集するためのコード表、及び重要事例情報の報告様式等について検討を行った。(参考)

#### (2) 収集開始

10月18日、特定機能病院、国立病院・療養所及び国立高度専門医療センターを対象としたインシデント事例の収集を開始した。

#### (3) 収集した情報の集計・分析についての検討

インシデントレポート収集等に関する検討会のもとに、2つの分析グループ(全般コード化情報分析グループ及び重要事例情報分析グループ)を設置し、収集した情報の集計及び分析方法等について検討した。(別紙2)

### 2 結果の概要

#### (1) 報告対象期間の設定

(1) 「全般コード化情報」として報告する情報は、平成13年8月1日から同10月31日までの3カ月間に発生したインシデント事例に基づくものとした。

(2) 「重要事例情報」として報告する情報は、当該インシデント事例が発生した時期にかかわらず報告可能とした。

#### (2) 報告期間

平成13年10月18日より平成13年11月19日まで

(3)参加登録施設及び報告施設数

参加登録施設 : 262施設  
報告施設数 : 78施設

(4)情報別報告数

情報別の報告数は以下のとおりであった。

	報告数
全般コード化情報	: 2406事例
重要事例情報	: 110事例

(参考)

医薬品・医療用具・諸物品等情報 : 104事例

---

(別紙1)

「インシデントレポート収集等に関する検討会」名簿

赤津 拓彦 防衛医科大学校附属病院講師  
鎌田 貢壽 北里大学病院助教授  
郡 健二郎 名古屋市立大学医学部附属病院長  
齊藤 英昭 東京大学医学部附属病院手術部長  
堺 秀人 東海大学医学部附属病院副院長  
鈴木 仁 福島県立医科大学附属病院長  
平澤 博之 千葉大学医学部附属病院副院長

堀澤 増雅 国立名古屋病院副院長

◎ 武藤 正樹 国立長野病院副院長

山蔭 文子 国立病院東京医療センター副看護部長

吉田 晃治 国立病院九州医療センター副院長

◎は座長

(五十音順)

---

(別紙2)

「インシデントレポート収集等に関する検討会・分析グループ」名簿

《全般コード化情報分析グループ》

嶋森 好子 元社団法人日本看護協会・常任理事

菅原 浩幸 日本医療機能評価機構・審査部長兼研究主幹

◎ 橋本 廸生 横浜市立大学医学部医療安全管理学教授

長谷川 友紀 東邦大学医学部公衆衛生学講座・助教授

山本 実佳 東海大学病院診療情報管理室

◎は班長

(五十音順)

---

## 全般コード化情報の分析について

### 1 全般コード化情報の収集状況

報告施設数 : 78施設

#### インシデント収集結果

項目	件数
総事例数	2,406件
有効事例数	2,069件
無効事例数	337件

#### 無効事例内訳

内容	件数
入力内容が不足していた	12件
入力ミスがあった	283件
コード変換ミスがあった	42件

※入力内容不足の原因は、インシデントの内容(M)が不足していたためである。

※入力ミスとは、インシデントが発生した場面(L)とインシデントの内容(M)が対応していなかったものである。

※コード変換ミスとは、コード表に存在しないコードに変換されていたものである。

## 2 分析方針

今回の分析は、以下の方針に基づき実施した。

- 1) 収集した事例について、頻度を単純集計した(別紙1)。なお、患者の年齢、勤続年数、部署配属年数については、年代別など範囲を設定して集計した。
- 2) 収集した事例について、発生場面と内容の相互関係が重要と考えられるため、それらのクロス集計を行った(別紙2)。
- 3) その他の重要な項目として、発見者、当事者の職種・勤務年数・部署配属年数、発生時間帯及び発生要因等についてクロス集計を行った(別紙2)。

## 3 分析項目

以下の項目について、単純集計、クロス集計を行い、この結果を集計表とグラフに整理した。

### <単純集計>

以下の項目について単純集計を行った。

- ・ インシデント総数(有効件数)
- ・ 発生月(A)
- ・ 発生曜日(B)
- ・ 発生時間帯(C)
- ・ 発生場所(D)
- ・ 患者の性別(E)
- ・ 患者の年齢(F)
- ・ 患者の心身状態(G)
- ・ 発見者(H)
- ・ 当事者の職種(I)
- ・ 当事者の勤続年数(J)
- ・ 当事者の部署配属年数(K)
- ・ インシデントが発生した場面(L)

- ・ インシデントの内容(M)
- ・ インシデントが発生した要因(N)
- ・ 間違いの実施の有無およびインシデントの影響度(O)

### <クロス集計>

下記の項目について、クロス集計を行った。また、各クロス集計を行う際の分析の視点を以下に示した。

集計項目(カッコ内はコード番号)	分析の視点
発生場面(L) × 発生内容(M)	インシデントの発生場面と、インシデントの発生内容にはどんな関係があるか
発見者(H) × 当事者の職種(I)	インシデントを起こした当事者の職種と、インシデントの発見者にはどんな関係があるか
当事者の勤続年数(C) × 当事者の職種(I)	インシデントを起こした当事者の職種とその勤続年数に傾向はあるか
当事者の部署配属年数(K) × 当事者の職種(I)	インシデントを起こした当事者の職種と部署配属年数にはどんな関係があるか
発生場面(L) × 発生要因(N)	インシデントの発生場面と、インシデントの発生要因にはどんな関係があるか
発生場所(D) × 発生時間帯(C)	インシデントの発生時間帯によって、インシデント発生が起りやすい場所はどこか

## 4 分析結果

### 1) インシデントの発生状況(単純集計:11/19 報告数 2,069 件)

- (1) 発生月では、10月が最も多かった。
- (2) 発生曜日は、火曜日から金曜日が多く、次いで月曜日、土曜日であり、日曜日は少なかった。また、平日が大部分を占めた。
- (3) 発生時間帯では、午前10時から11時をピークとして、午前中が多かったが、他の時間帯にも分布していた。

- (4) インシデント報告が多い発生場所は、「病棟」、「集中治療室」、「薬局」、「放射線撮影室・検査室」、「検査室」の順であり、「手術室」、「分娩室」は少なかった。
- (5) 患者の性別は、男性がやや多く、年齢では60歳代、70歳代が多く、平均は54.41歳であった。
- (6) 患者の心身状態は、「障害なし」が最も多く、以下、「床上安静」、「意識障害」、「歩行障害」の順であった。
- (7) 発見者の5割は当事者本人であり、次いで同職種者、他職種者の順であったが、患者本人、家族、他の患者が発見者の事例もみられた。
- (8) インシデントの当事者は、「看護婦・士」が最も多く、以下「医師」、「薬剤師」、「臨床検査技師」の順であった。
- (9) 当事者の勤続年数では、約3分の1が「1年未満」であり、「3年未満」が約半数を占めていた。
- (10) 当事者の配属年数では、45%が「1年未満」であった。
- (11) インシデントの発生場面では、「処方・与薬」が最も多く、「その他の療養生活の場面」、「ドレーン・チューブ類の使用・管理」、「療養上の世話」、「検査」の順であった。
- (12) インシデントの発生内容は、「処方・与薬」では「与薬量間違い」、「無投薬」、「投与速度間違い」、「時間・日付間違い」、「薬剤間違い」、「患者間違い」が多かった。「ドレーン・チューブ類の使用・管理」では「自己抜去」が圧倒的に多かった。「その他の療養生活の場面」では、「転倒」、「転落」が多かった。
- (13) インシデントの発生要因では、「確認」が最も多く、以下「観察」、「勤務状況」、「判断」、「連携」の順であった。
- (14) 影響度は、「小さい」が最も多かったが、「中等度」、「大きい」もみられた。また、「その他」とするものも多かった。

## 2) インシデントの発生場面と発生内容のクロス集計

(11/15 報告数 920 件)

- (1) 「処方・与薬」では「注射」及び「内服」ともに、「与薬量間違い」、「時間・日付間違い」、「無投薬」が多かった。また、「注射」では、「投与速度間違い」が多かった。
- (2) 「ドレーン・チューブ類の使用・管理」では「自己抜去」が圧倒的に多かった。
- (3) 「療養上の世話」では、「患者観察」での「転倒」・「転落」が、「その他の療養生活の場面」では、「移動中」での「転倒」・「転落」が多かった。

### 3) その他のクロス集計等

- (1) 看護婦・士は当事者による発見が多いが、医師や薬剤師は他職種者による発見が多い。
- (2) 医師のインシデントは、勤続年数1年未満のものが約3分の2を占めていた。
- (3) 看護婦・士、薬剤師、臨床検査技師は部署配属年数の長短には関係なくインシデントが報告されていた。
- (4) 発生要因の「連携」についてみると、「看護職間の連携不適切」が最も多かったが、「医師と看護職の連携不適切」も多かった。「連携」と発生場面のクロス集計では、「看護職間」及び「医師と看護職間」とも、「与薬・処方」、「情報伝達過程」が多かった。

## 5 考察及び今後の収集・分析について

今般初回ながら、傾向について一定の結果が得られたのは大きな成果といえる。あわせて、全般コード化情報の収集システムがより一層有効に機能するために、いくつかの改善点に関する示唆も得られた。

### 1) 今回の結果について

今回は初回の集計であるにもかかわらず、2000例以上もの事例が収集されたのは、対象医療機関の熱心な参加意欲を示すものと言えよう。

また、国としてのこのようなインシデント事例収集は、世界的にも初めてであ

るが、興味深い結果が示されたことから、今後より多くの事例を収集し、インシデント事例の発生状況を明らかにしていくことが望まれる。

## 2) 報告数・参加医療機関数を増加させること

今後、報告数及び参加医療機関数を増やし、より正確な結果を得ることが必要である。また、このためには、コード化情報の入力方法やコードの解釈等に関するマニュアルを充実するなど、医療機関が参加しやすい条件の整備に努める必要がある。

## 3) 医療機関への情報のフィードバック

参加医療機関が参加することのメリットとして、他施設の情報と比較した自施設でのインシデントの特徴を把握でき、医療安全対策への取り組みが進められることが考えられる。

このためには、全国的な集計結果を提供するだけでなく、参加医療機関が自らの目的にあった加工ができるよう、集計プログラムを配布する等の取組が必要である。

## 4) 分析方法の確立

今後は、インシデント発生現状をより明確にする分析手法を開発する事が重要である。

以上

---

---

## 重要事例情報の分析について

### 1 重要事例情報の分析対象

総事例数 110事例

分析対象事例数 10事例

### 2 分析方針

#### 1)分析の方法

医療事故を防止する観点から、報告する医療機関が広く公表することが重要と考える事例について、発生要因や改善方策などを記述情報として収集する。収集したインシデント事例より、分析の対象に該当するものを選定し、よりわかりやすい表記に修文した上で、「タイトル」やキーワードを付けた。

さらに、事例の特徴や重要性、医療安全対策に資する内容について、専門家からのコメントを付けた。

#### 専門家からのコメント

各事例に対し、検討会において次の視点からコメントをつけた。

- 医療安全に関する専門的立場からのコメントとする。
- 要因や改善策について、事例に記述された以外の視点から分析したり、不足している情報や参考となる考え方を提示するなど、読む人の今後の取り組みに参考となるものとする。
- 対象事例の重要性について解説する。

#### 2)分析対象事例の選定の考え方

収集された事例のうち、特に有用な事例を選定し、分析を行った。選定の考え方は、

- (1) インシデント事例の具体的内容、発生した要因、改善策が全て記載されており、事例の理解に必要な情報が含まれていること。
- (2) 次のいずれかに該当する事例であること。
  - ・ 発生頻度は低いが、致命的な事故につながる事例。
  - ・ インシデントの要因について深くかつ多角的に分析ができている事例。
  - ・ 斬新かつ組織的事例で、他施設でも活用できる改善策が提示されている事例。
- (3) なお、個人が特定しうるような事例は除く。

### 3) 事例のタイトル及びキーワードの設定

利用者の検索を円滑にするためタイトルおよびキーワードを設定した。

- (1) タイトル: 各事例に 20 文字程度の簡単なタイトルを付与して、内容が一目でわかるよう工夫した。
- (2) キーワード: キーワードは多すぎるとかえって検索が不便となるため、「発生場所」、「手技・処置など」、および「診療科」の3項目について各あらかじめ設定されたものを選択して設定することとした。

#### キーワードの選定の方法

- (1) 医療・看護分野のテキストを参考に、「発生場所」及び「処置・手技など」についてキーワードとなりうる用語を網羅的体系的にリストアップ

↓

- (2) 収集された用語から、以下の視点で選択

- 視点1: 収集されるインシデント事例が多く該当するもの
- 視点2: 「発生場所」や「手技・処置など」、さらに「診療科」に特有の危険をあらわしうるもの
- 視点3: 関連する他の研究における分類項目を参考

↓

(3) 「発生場所」と「手技・処置など」で重複するものは場所を優先

## 2 分類項目及びデータ提供フォーマット

## 1) 発生場所

大項目	分類項目
外来部門	(1) 一般外来
	(2) 救急外来
病棟部門	(3) 一般病棟
	(4) 集中治療室
その他の診療関連部門	(5) 臨床検査室
	(6) 放射線検査・治療室
	(7) 内視鏡検査・治療室
	(8) 透析室
	(9) 手術室
	(10) 輸血部門
	(11) 薬局
その他	(12) 栄養部(厨房含む)
	(13) 事務部門
	(14) その他

## 2) 手技・処置など

大項目	分類項目
日常生活の援助	(1) 食事と栄養
	(2) 排泄
	(3) 清潔
	(4) 移送・移動・体位変換

	(5) 転倒・転落
	(6) 感染防止
	(7) 環境整備
医学的処置・管理	(8) 検査・採血
	(9) 処方
	(10) 調剤
	(11) 与薬(内服・外用)
	(12) 与薬(注射・点滴)
	(13) 麻薬
	(14) 輸血
	(15) 処置
	(16) 吸入・吸引
	(17) 機器一般
	(18) 人工呼吸器
	(19) 酸素吸入
	(20) 内視鏡
	(21) チューブ・カテーテル類
	(22) 救急処置
	(23) リハビリテーション
情報と組織	(24) 情報・記録
	(25) 組織
その他	(26) その他

## 3) 診療科

分類項目
(1) 内科
(2) 精神科
(3) 小児科
(4) 外科
(5) 整形外科
(6) 脳神経外科