



(公社) 神奈川県看護協会 医療安全情報 No.20

# インシデントレポート

どのように収集していますか？どのように活用していますか？

平成28年10月発行

医療安全推進のためには、施設内のインシデント・アクシデントに関する情報を収集し、そこに潜んでいるリスクを洗い出し、再発防止につなげていくということが必要です。そのため各医療機関では、インシデント・アクシデント事例の報告を、現場からより多く提出してもらうために様々な取り組みを進めてきました。今ではほとんどの医療機関で、インシデント・アクシデントの報告体制が確立されています。その一方で①看護部からの報告が多くを占め、医師等の他部門からの報告が少ない。②部署による報告に温度差がある。③インシデント・アクシデントを報告することに抵抗を感じるスタッフがいる等の、レポート報告推進を妨げる現状もあります。これらの現状を踏まえて報告レポートを更に有効活用するために、もう一度、自施設の報告体制を見直していただければと思います。

そこで今回は、4施設の報告体制と収集したレポートを活用しての活動についてご紹介します。



## CONTENTS

### 1 4施設の報告体制紹介

#### ■ 報告媒体を紙で運用している施設

- ① 東海大学医学部附属大磯病院……P2
- ② 菊名記念病院……………P5

#### ■ 報告書の運用が電子媒体の施設

- ③ 済生会横浜市東部病院……………P7
- ④ 北里大学東病院…………… P9

### 2 おわりに……………P10

## 多職種によるレポートの検討と活用

■ 東海大学医学部附属大磯病院 ■



レポートは紙ベースで運用しており、各部署のリスクマネージャー、責任者が確認後、医療安全対策室へ提出しています。レポートは院内情報端末より出力されるようになっており、文章で記載するのは「発生状況」、「その後の経過」、「背景要因」のみでその他はチェック方式にしています。レポート提出を促すために、レポートの報告すべき範囲を医療安全マニュアルや医療安全管理対策ハンドブックに掲載し、職員へ周知しています。

その結果当院では、年間約3000枚のインシデント/アクシデントレポートが提出されています。しかしながら当院でも、医師からの提出は少ないです（昨年度は1%）。そのため他部署から提出されたレポート内容で医師が関連している場合は、当事者医師、診療科のリスクマネージャー、診療科長宛にレポート提出を依頼しています。

障害度レベル3b以上の場合は、レポートと共に『医療事故報告書』を提出するようにしています。提出された医療事故報告書は医療安全管理委員会メンバーで回覧し、必要時、ヒアリングを行い、事故調査委員会が開催されます。

東海大学医学部附属病院分類レベル

レベル	障害の継続性	障害の程度	障害の内容
レベル0	なし	なし	エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった。
レベル1	なし	なし	患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）。
レベル2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性が生じた）。
レベル3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）。
レベル3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）。
レベル4a	永続的	軽度～中等度	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題を伴わない。
レベル4b	永続的	中等度～高度	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題を伴う。
レベル5	死亡	なし	死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）。
レベル9	なし	なし	対応/マナー不適切・クレーム・院内感染・施設・設備に関するエラー・自己損傷等。



提出された全てのレポートを専従医療安全管理者が確認し、5つの事象（①患者誤認、②薬剤・血液製剤関連、③チューブ・医療機器、④転倒・転落、⑤その他）に分類後、データベースとして入力しています。専従医療安全管理者は影響度が高い事例や他部門での情報共有が必要な事例など検討が必要なレポートを抽出し、院内のリスクマネージャーで構成された医療安全推進委員会の5つの分科会（①患者誤認、

②薬剤・血液製剤関連、③チューブ・医療機器、④転倒・転落、⑤その他）へ検討事例を配布しています。

医療安全推進委員会					
患者取り違い分科会	輸血・薬剤関連分科会	チューブ・医療機器分科会	転倒・転落分科会	その他分科会	MRM 通信編集局

各分科会は多職種（医師、看護師、薬剤師、理学/作業療法士、臨床工学技士、放射線技師、栄養士、社会福祉士、事務職など）のリスクマネージャーで構成されており、配布された検討事例の調査、改善策を立案し、医療安全推進委員会で報告し、医療安全対策室定例会に改善策を提案し、医療安全管理委員会の承認を得て、改善策を実施することになっています。

分科会名	リーダー	サブリーダー	メンバー
患者取り違い	医師	内視鏡室技師	看護師2名 臨床検査技師 事務職員（医事課）
転倒・転落	医師	作業療法士	看護師2名
薬剤・血液製剤	医師	薬剤師	看護師2名 薬剤師 臨床検査技師
チューブ・医療機器	医師	臨床工学技士	看護師3名 薬剤師
その他	医師	看護師	看護師2名 栄養士 社会福祉士
MRM通信編集局	医師	理学療法士	看護師 臨床工学技士 事務職員（事務課）

重要インシデントに関しては、職員への周知として広報紙『MRM（メディカル リスク マネジャー info）』、『MRM 警報』、『MRM 通信』を随時発行するようにしています。広報紙は各委員会や部署などからの依頼を受け、分科会のMRM通信編集局で編集しています。また、院内情報システムにも医療安全の資料として掲載しています。

東海大学の四病院（伊勢原、八王子、東京、大磯）合同のリスクマネージャー会（テレビ会議システムを利用）が1回/2ヶ月開催され、各施設のレポート提出状況と重要インシデントの内容、改善策を報告し情報の共有も図っています。

## 広報紙の種類

### MRM info

医療事故防止対策や注意などをトピックス的に各部署から発信し、その情報を全職員に速やかに周知徹底させることを趣旨としています。（院内の掲示場所2箇所、図書室、総合研究室にはポスターを掲示し、各部署に資料を配布）



### MRM 警報

院内で発生した医療事故情報および事故防止対策を、全職員に速やかに周知徹底させることを趣旨としています。（各部署、医師全員に資料を配布）



## MRM 通信

医療安全推進委員会やMRM委員会の活動、医療安全講演会やトピック的な内容など様々なテーマで医療安全の活動や情報を発信しています。

### ポスターの掲示 ～インシデント報告から取組みを行った事例～

レポートの検討事例から患者誤認防止対策として1か月間のキャンペーンを行い、その後も継続しています。各診療ブースに下記のポスターを掲示し、職員への教育推進を図り、患者にも協力をいただいています。さらに、電子カルテ自動オフ機能設定による誤認防止策を行っています。



小児用



一般患者用

当院ホーム  
ページにも  
掲載

## お名まえをどうぞ

## ありがとうございます

お名前と生年月日を私たちは何度もお聞きします。  
お名前の確認は医療安全の基本。  
当院にはたくさんの方がいらっしゃいます。  
ご本人に**フルネーム**と**生年月日**を言っていただくのが一番確かです。

同姓や似た名前はたくさんあり、あなたの治療にはたくさんの医療者が関わっています。万一、まちがいがおきると大きな事故につながることもあります。ですから、ご本人にフルネームと生年月日を言っていただくことでとても助かります。ご理解とご協力をお願いします。

知ってる件にも  
確認あり!

何度も聞いて  
ごめんなさい

東海大学医学部付属大磯病院  
医療安全推進委員会



## オカレンスレポートの導入

■ 菊名記念病院 ■

当院のインシデント・アクシデント報告には、3種類の報告書を用いています。①インシデント・アクシデントレポート⇒すべての事柄を報告する、②アクシデントレポート⇒レベル3b以上、③今年度から取り入れたオカレンスレポートです。（※オカレンスレポート⇒報告すべき事象をあらかじめ定め、それらについて迅速に報告させるようにしたもの）報告の方法としては、当院ではまだ電子化の導入はされておらず、電子カルテの文書作成を利用し専用のフォーマットに入力した後、紙を出力し、医療安全管理室に報告するという仕組みです。医療安全管理室に集まったレポートは、毎月集計し推移が見やすいようにグラフ化し、医療安全推進委員会で報告しています。

当院でも看護部からの報告が75%を占めており、他部門からの報告件数は伸び悩み、特に医師からの報告は全体の数パーセントに留まっています。そこで今年度から医師からの報告件数を増やすために、特に手術、処置に関する項目を多く盛り込んだオカレンスレポートの導入を図りました。

オカレンスレポート	
※該当個所の口を✓してください	
【発生日】	平成 年 月 日 ( ) 時 分
【報告者】	<input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> チームメンバーや関係者
【報告者(所属)】	(医局は診療科、看護部は病棟名、その他は部署名を記載)
【内容】	<input type="checkbox"/> 1. 院内急変コールされた例 <input type="checkbox"/> 2. 予定外(事前に説明・同意されていない) ICU、CCU 入室 <input type="checkbox"/> 3. 予定外の再手術(1カ月以内)、追加手術 <input type="checkbox"/> 4. 予定手術時間の2倍以上もしくは4時間以上の超過延長 <input type="checkbox"/> 5. 予定外の術中大量出血(500ml以上)、通常は輸血しない手術での予想外の術中輸血 <input type="checkbox"/> 6. 予定外の入院患者の緊急手術 <input type="checkbox"/> 7. 予定外の早期再入院(3日以内) <input type="checkbox"/> 8. 外来検査・処置後の予定外(事前に説明・同意されていない)の入院 <input type="checkbox"/> 9. 原疾患以外で生じた重篤な後遺障害(麻痺・遷延性意識障害など)、及びその発生が予測される場合 <input type="checkbox"/> 10. 薬液の血管外漏出 <input type="checkbox"/> 11. その他 ※該当番号の口を✓して下さい <input type="checkbox"/> ①患者部位間違い <input type="checkbox"/> ②術中の手術機器破損 <input type="checkbox"/> ③手術器具、ガーゼ、針等の術前術後での数の不一致、体内遺残 <input type="checkbox"/> ④医療機器のリコール、不具合など <input type="checkbox"/> ⑤不適切な診断(明らかな誤診、重大疾患の見落とし等)による不適切な治療など <input type="checkbox"/> ⑥患者無断離院 <input type="checkbox"/> ⑦上記以外 ( )
【患者の診療科】	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 循環内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 救急外来 <input type="checkbox"/> その他( )
【患者の性別】	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 複数 <input type="checkbox"/> 該当なし
【患者の年齢】	<input type="checkbox"/> 10歳未満 <input type="checkbox"/> 10歳代 <input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代 <input type="checkbox"/> 70歳代 <input type="checkbox"/> 80歳代 <input type="checkbox"/> 90歳代 <input type="checkbox"/> 100歳以上
【患者区分】	<input type="checkbox"/> 入院患者 <input type="checkbox"/> 外来患者 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他( )
<b>&lt;報告者情報&gt;</b>	
【報告者実務経験年数】	<input type="checkbox"/> 1年未満( 月) <input type="checkbox"/> 2年未満 <input type="checkbox"/> 3年未満 <input type="checkbox"/> 4年未満 <input type="checkbox"/> 5年未満 <input type="checkbox"/> 5年~10年未満 <input type="checkbox"/> 10年~15年未満 <input type="checkbox"/> 15~20年未満 <input type="checkbox"/> 20年~25年未満 <input type="checkbox"/> 25年以上
【当院での経験年数】	年 月
【忙しさの感覚】	<input type="checkbox"/> かなり忙しい <input type="checkbox"/> 忙しい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ゆとりがある
【健康状態】	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 睡眠不足 <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> その他( )
【精神状態】	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 気分が沈んでいた <input type="checkbox"/> いらいらしていた <input type="checkbox"/> 集中力欠如 <input type="checkbox"/> 不安があった <input type="checkbox"/> 心配事があった <input type="checkbox"/> 焦燥感があった <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他( )
医療安全推進委員会	
2016/6/14	

医療安全講習会の中でも、レポート提出が進むように院内のレポーティングシステムについて再度説明し、報告してもらうための働きかけを行いました。その結果、徐々にではありますが、医師からの報告もされるようになりました。しかしながら医師からのレポート提出を促すことだけに力を注ぎ過ぎるのはあまり良いとは思えません。レポート提出の本来の目的を考えれば、誰がレポートを出してもいいわけですから、何が起こったのかを知るためには、誰でもレポート報告を行うという環境が大切なのではないでしょうか。そのことを踏まえながらレポート提出への働きかけを行っていきましょう。

全部署への働きかけとしては、毎年行っている医療安全強化月間の取り組みに“レベル 0, 1 を多く報告しましょう！”というキャンペーンの呼びかけを行いました。出来事が起こる前に気付けた、もしくは出来事は起きたが患者への影響は少なかったということを多く集め、そのことから現時点で出来得る重大事故につなげないような取り組みを行うこと、そして前向きに取り組めるようにしていくことが大切だと考えます。

今後の課題としては、提出されたレポートをもとにどのように分析を進めていくのか、組織としての対策をどのように進めていくのか考えるとともに、現場がレポートを提出して良かったと思えるようなフィードバックの在り方など進めていく必要があると考えています。

【何が起こったか】
【発生時の対応】
【現段階で考え得る対策】

**医療安全推進委員会** 2016/6/14

# 報告媒体が 電子化 されている施設



## 現場と協働した事例検討

### ■ 済生会横浜市東部病院 ■

当院では平成 27 年よりインシデント管理システムが導入となりました。レポートは一般ユーザーが入力して登録すると所属長と医療安全管理者へ同時に報告される仕組みになっています。インシデントレポートシステムを電子化するにあたり工夫したのは、入力操作をより簡便化させるためにメーカー側と交渉しながらタスク

の変更（特に階層を出来るだけ浅くする）やマスタの大幅改訂です。

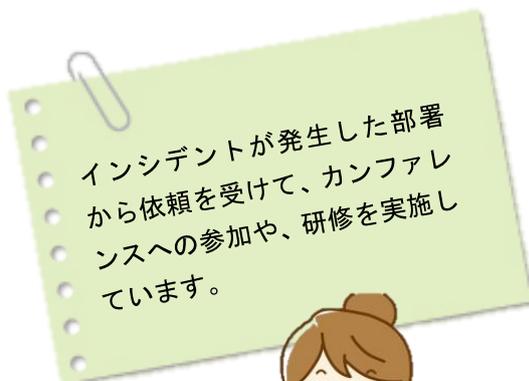
各職種から万遍なく収集するために各部門長へ協力を依頼し、必要なマスタを抽出して採用させていただいた。どんな職種でも入力する時に不必要な労力を感じることがないように工夫をしました。

しかし電子化が必須とは思いませんし、それが最善策とも思いません。手段を簡便化させれば提出する意識や姿勢が変化するわけではないからです。少なくとも、これからインシデントレポートシステムの電子化を検討されている方は、是非導入時に各職種から代表者を集めて手を加えていただくことをお勧めします。自分たちの手が加わることで、レポート入力に対する敷居が少しだけ下がることが期待出来ます。

電子化しようが紙運用であろうが、収集するには私たち医療安全管理者の一工夫、心配りがカギであると考えています。

まずは提出されたレポートの月間、年間データを所属長に渡しています。全体を見渡すことで部署の傾向がわかり、例えば人事考課制度で部署の目標管理を作成しているタイミングであれば、「質の視点」での戦略の一つとすることが出来ます。例えば、看護部内の医療安全に関する委員会では、各部署の委員宛てに「出張研修」を持ちかけます。委員は人事考課制度での目標設定において、委員会活動が項目に必ず入ってくるのが予測されるため、研修企画・開催が評価の対象となります。そこで、私自身の年間活動目標と委員の目標との関係が win-win となります。

部署から依頼があれば、担当者とよく検討して研修内容を決めます。レポートの書き方や必要性、と希望する場合もありますが、効果的なカンファレンスの持ち方、振り返りの方法についてのニーズが最も高くなっています。



インシデントが発生した部署から依頼を受けて、カンファレンスへの参加や、研修を実施しています。



インシデントカンファレンスに参加しました。部署によって特徴がありますが、個人の責任としないこと、どう本質追求するか、をブレずに導く必要があります。



発生した事象を振り返るためにスキルトレーニングセンターでトランスの工夫について話し合っています。どうして起こってしまったのか？と考えながら対策をみんなで検討しているところです。



インシデント簡易分析法を研修しています。実際に発生した事象が、誰の身に起こってもおかしくない、と実感していただきました。

手術室から依頼があり参加しました。実際のお部屋を利用したリアル KYT を企画していただきました。実際に発生した事象を盛り込みながら危険予知をしています。



現場に対しては、ひとたび事が起こった時、部内でどう扱ってもらうか、その本質をどうやって追究してもらうか、に焦点をあてて活動しています。

難しい事例分析法は定着が困難であることから、簡易分析法についてひたすら研修し、インシデントカンファレンスの定着化を推進してきました。適宜招集がかかれば喜んでカンファレンスに参加し、あくまで部署主体に対策までこぎつけられるようにサポートしています。写真のように、様々な部署から依頼を受け、インシデントと正しく向き合って本質を追究する姿勢が徐々に定着しつつあります。どの写真も医療安全管理室から呼びかけたものではなく、部署が企画したものです。この他にも事務員、放射線部、委託調理担当者等から依頼を受けて研修をしてきました。どの職種もインシデントの活用方法について悩んでいることは確かです。部署が導入し易い形から入り、とにかく考える機会を作ることが第一歩であると考えています。各部門が起こった事例を表面や個人にとられることなく、本質や環境因子等に目を向けて要因分析出来るならば、医療安全管理者としては温かく見守るのみなのです。

今後の課題としては、看護師の安全文化は醸成されつつあると感じていますが、職種によってレポートに対する考え方の温度差は否めません。これも組織文化やその専門職の背景が関わっていると考えられます。それぞれの職種の歴史や特殊性（もちろん所属長の人となりも含めて）を理解しながら接近する方法を模索する必要があるのではないのでしょうか。レポートに対する拒否反応を軽減するにはまず直属の上司のネガティブイメージを脱却することも重要課題だと思います。



## レポート収集の工夫

■ 北里大学東病院 ■

インシデントレポートの収集についてはイントラネットを用いたインシデントレポートシステムが導入されており、まず一報を上司に口頭で報告し、その後当日中にできるだけ速やかに入力するようにしています。

またレポートをできるだけ多く提出してもらうために、レポート報告の必要性を、院内の研修会や医療安全ニュースで説明しています。当事者以外にも入力を促すために、発見者としての入力も推奨しており、他部署や他職種の発見者が報告入力することもあります。例えば、検査部門では、検体受領時に検体と検体ラベルの照合で間違いを発見した時や、生理・放射線検査等で受け付けて患者情報の引き継ぎをした際に、酸素投与量が酸素ポンペに掛かっている酸素流量表示カード数値と違っていた時などは、発見者としてレポート報告をしています。

また、インシデントレポートは、報告する必要性について理解することも大切ですが、入力方法を周知するために、毎年、北里大学病院・東病院の研修医に対して入職時に、医療安全についての基礎知識と同時に、インシデントレポートの入力方法について集合演習を行っています。さらに、院内のセミナーでは、職種別・部署別の報告数を発表しています。



【研修医 入職時の集合演習】  
・インシデントレポートの入力方法



医療安全についての  
基礎知識講義

インシデントレポート 職種別・部署別 報告数集計表

項目	集計
医師	0
看護師	0
看護補助	0
介護福祉士	0
薬剤師	0
放射線技師	0
臨床検査技師	0
臨床工学技士 (ME)	0
管理栄養士	0
栄養士	0
調理師・調理従事者	0
病院病理科 (技師)	0
臨床心理士	0
診療情報管理室 (事務)	0
ソーシャルワーカー	0
P T	0
O T	0
S T	0
SI (スポーツ指導員)	0
事務職員	0
その他	0
不明	0

レポートのフィードバックは、毎月全職種が委員となっているリスクマネジメント委員会と、下部組織であるリスクマネジメント実務者の連絡会において、警鐘事例や、患者間違い、レベル 3a 以上および有害事象について、事例の内容と改善策について報告しています。改善策については、報告部署内で検討した内容や、他職種、他部門で検討した内容も含めて報告しています。委員会で報告した内容で、さらに検討が必要となったり、追加改善策などがあった場合は、再度報告部署で検討を行うようにしています。他に、看護部独自に集計を行い毎月看護師長会で、インシデント内容の報告、検討会を実施しています。

報告体制で課題と感じていることは、インシデントレベルの入力が正しくないことがあるため、理解を深める必要があるという点と、年間の看護師のレポート報告数が、約 80%であるため、看護師以外の職種の報告件数の増加を勧める必要があると感じています。



## おわりに



インシデント・アクシデント報告は、リスクの芽を洗い出し、そこに早目に対策を講じることで将来の重大事故を予防するという観点から、その必要性を現場のスタッフが十分に理解し、積極的に提出する環境を創り出すことが重要と言えます。

またヒューマンエラーにはパターンがあって、一人のスタッフが体験することは限りがあると言われてしています。お互いの体験から学ぶということが大切であり、報告された事例を共有することも進めていくことが必要です。そのためには、現場のスタッフに報告制度自体を正しく認識してもらい、報告方法を周知していく必要があります。

報告が出てこないではなく、報告してもらうために何が必要か、もう一度自施設の報告環境や報告体制の周知状況を踏まえ、見直してみるということも考えてみましょう。また報告は誰がではなく、何が起こったのかをいち早く知るためですから、あまり報告者の所属にこだわらないで、気が付いたスタッフがタイムリーに報告してよいうということも合わせて働きかけていきましょう。

