

## 医療事故に関連する用語の定義の現状と特徴

### ——看護基礎教育課程における安全管理教育の充実に向けて——

相 楽 有 美, 岩 波 浩 美, 定 廣 和 香 子, 山 澄 直 美

高井ゆかり, 榎 悦 子, 杉森みど里

群馬県立県民健康科学大学

本論文は、看護基礎教育課程における安全管理教育の充実に向けた基礎資料とすることを目的に、医療事故に関連する主要な用語の定義について、その現状と特徴を整理した。安全管理に関する主要な指針、報告書、研究論文等を概観し、「医療事故」と、医療事故に関連して用いられることの多い「看護事故」、「有害事象」、「警鐘事象」、また国内外で異なる内容で用いられている「インシデント」および「ヒヤリ・ハット」、「ニアミス」、「エラー」の定義を確認した。また、医療事故により被害を受けた対象、発生した原因、もたらされた結果に着目し、これらの用語の特徴を明確にした。

キーワード：安全管理, 医療事故, 看護基礎教育課程

#### I. はじめに

2002年、WHO が患者安全への取り組みを求める決議案を採択し、安全な医療提供に向けた世界的規模での活動が始まっている<sup>1)2)</sup>。わが国でも様々な取り組みが開始され、基礎教育課程の安全管理教育を充実する必要性が強調されている<sup>3)4)</sup>。

安全な医療の提供を目指し、質の高い安全管理教育を提供するためには、エビデンスに基づき教育内容・方法を検討することが必要不可欠である。そこで、看護学部、診療放射線学部を有する群馬県立県民健康科学大学では、エビデンスに基づく安全管理教育推進に向けた基礎資料構築を目的としたプロジェクトを発足し、研究を継続している。

プロジェクト開始にあたり、安全、医療事故、リスクマネジメント、安全管理について、概念および定義を整理し、「安全管理」を概念規定した<sup>5)</sup>。その際、「医療事故」について、狭義から広義まで

多様な定義の内容が存在することを確認した。また、安全管理に関する看護学研究を概観し、研究に用いた用語について定義を記載した研究は13%と少なく、定義の内容が一致していない用語もあったことを指摘した<sup>6)</sup>。医療事故に関連する用語は、既に英語でも日本語でも様々な言葉が飛び交っており、特に英語を日本語に訳すにあたっても定訳がない状態である<sup>7)</sup>。これは、近似の概念が種々存在し、使う立場によって微妙に定義が異なるからである<sup>8)</sup>。このような現状は、安全管理を教育内容として提供するにあたり、教育内容に関わる主要な概念や用語の定義を明確にしておく必要性を示している。そのためには、近似の概念を持つ用語や立場による用語の定義の差異を確認し、整理することが必要である。

このように主要な用語の定義を整理することは、安全管理に関する看護学研究について、それぞれの研究者の立場や研究の特徴を判断する事を容易にし、エビデンスとして採用する研究成果を

吟味する上でも有用な基礎資料となる。

そこで本稿は、安全管理教育およびエビデンスとする研究成果を採用する際の基礎資料とすることを目的に、主要文献の検討に基づき安全管理に関する主要な用語の定義の現状と特徴を整理した。なお、対象とする用語は、安全管理に関する主要概念である「医療事故」と、医療事故に関連して用いられることの多い「看護事故」、「有害事象」、「警鐘事象」とした。また、国内外で異なる内容で用いられている「インシデント」および「ヒヤリ・ハット」、「ニアミス」、「エラー」についても取り上げた。

## II. 文献の収集と検討

それぞれの用語の定義は、わが国の医療安全対策の方向性を示す厚生労働省の検討会報告書、看護職・医師の職能団体が提示した指針や答申、学術情報の集大成である事典・辞書<sup>9)</sup>を用いて確認した。また、研究論文や海外の主要な研究報告の出版物を活用した。

なお、本稿では、1999年以降の文献を中心に引き上げ検討した。これは、わが国では1999年に発生した患者誤認手術事故や薬品の取り違いによる死亡事故といった重大な医療事故を契機として、医療安全推進のための研究や取り組みが進展してきた経緯がある<sup>10)11)</sup>こと、また、丸山らが1999年までの先行研究を概観し、看護・医療事故の概念が不明確であると指摘していること<sup>12)</sup>の2点による。

このようにして選定した文献を精読し、それぞれの用語の定義について、内容を確認すると共に、それらの特徴を比較した。

## III. 用語「医療事故」

1999年2月、当時の厚生省は、「患者誤認事故予防のための院内管理体制の確立方策に関する検討会」を設置し、同年5月、「患者誤認事故防止方策

に関する検討会報告書」<sup>13)</sup>により、医療事故を以下のように規定した。

医療事故は、医療に関わる場所で、医療の全過程において発生する人身事故一切を包含する言葉として使われている。医療事故には、患者ばかりでなく医療従事者が被害者である場合も含み、また、廊下で転倒した場合のように医療行為とは直接関係しないものも含んでいる。医療事故のすべてに医療提供者の過失があるというわけではなく、「過失のない医療事故」と「過失のある医療事故」（医療過誤）を分けて考える必要がある。

この定義は、医療事故を、“医療の全過程において発生する人身事故一切”と規定している。すなわち、患者が事故の被害者である場合、医療従事者が被害者である場合、さらには、医療行為とは直接関係しない人身事故をも包含している。さらに、医療提供者の過失の有無を区別して検討する必要性を指摘した上で、医療事故には双方を含むことを規定している。

また、2000年、厚生省が国立病院等にリスクマネジメントマニュアル作成時の指針を示した報告書<sup>14)</sup>は、次のように医療事故を定義した。

医療に関わる場所で、医療の全過程において発生するすべての人身事故で、以下の場合を含む。  
なお、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。  
ア. 死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合。  
イ. 患者が廊下で転倒し、負傷した事例のように医療行為とは直接関係しない場合。  
ウ. 患者についてだけでなく、注射針の誤刺のように、医療従事者に被害が生じた場合。

この指針が示した定義は、“医療に関わる場所で、医療の全過程において発生する全ての人身事

故”を医療事故とし、医療従事者の過誤、過失を問わないとした点で、前述した定義を踏襲している。さらに、ここでは医療事故の結果生じた被害について、より具体的に提示した。特に、身体的被害のみならず、苦痛、不安等の精神的被害も含むとした点で、1999年の定義に比し、より広義の内容を含む定義である。

2002年、厚生労働省が医療安全対策の目指す方向性を示した報告書<sup>15)</sup>は、下記のように広義に医療事故を定義している。

医療事故とは、医療に関わる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や廊下で転倒した場合なども含む。

以上のように、わが国の医療安全対策の方向性を示す旧厚生省および厚生労働省の報告書が示した医療事故の定義は、“医療に関わる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切”を包含する。また、身体的被害と精神的被害の両方の傷害を含み、その被害者はクライアントと医療従事者である。さらに、その原因には医療従事者の過失の有無を問わないとしている。

一方、日本看護協会は、1999年「看護職の社会経済福祉に関する指針」<sup>16)</sup>において、医療事故を次のように明確化した。

看護業務上の事故には過失の存在を前提とした医療過誤と、不可抗力（偶然）事故と言われるものがあり、その両方を含めて医療事故といいます。

さらに、2000年、「組織で取り組む医療事故防止—看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン」<sup>17)</sup>では、医療事故には患者ばかりでなく医療従事者が被害者である場合も含み、また廊下で転倒した場合のように医療行為とは直接関係し

ないものも含むとした上で、医療事故、医療過誤、過失を規定し、説明している。このうち、医療事故の定義は下記の通りである。

【医療事故】医療従事者が行う業務上の事故の内、過失が存在するものと不可抗力（偶然）によるものの両方を含めたもの

この定義の内容は、前述した厚生労働省の定義と、クライアントと医療従事者の両方が被害者である場合を含むこと、その原因に医療従事者の過失の有無を問わないことの2点で共通している。また、医療事故の定義には“医療従事者が行う業務上の事故”とあるが、その前提として“医療行為とは直接関係しないものも含む”ことから、この定義は、厚生労働省の定義とほぼ合致した広義の定義と位置づけることが出来る。

このように、医療事故の定義には、医療事故の被害者がクライアントである場合と、医療従事者である場合の両方を含み、医療に関わる場所で発生した人身事故一切を指す、とする広義の定義が存在する。

一方、被害者や事故発生の状況を限定した、狭義の定義が存在する。

中島は、“医療事故とは、患者の疾患そのものではなく、医療行為を通じて発生した傷害 (injury) を意味し、英語では adverse event, medical injury と呼ばれる”<sup>18)</sup>と述べている。

また2003年、日本医師会による、患者の安全確保に資する医療事故の防止策を提言した報告書には、“医療事故とは、医療行為に伴って予期せず患者に不利益を生じる事象と表現しうるが、…”<sup>19)</sup>との記述がある。

これらの定義は、医療事故の被害者をクライアントに限定しており、医療従事者が被害者である場合を含んでいない。また、その被害の原因が医療行為にあるものを指すとしている。

以上のように、医療事故防止に関する主要な文献を概観すると、その定義は、“医療に関わる場所で医療の過程で発生した人身事故一切”とする広義の定義をとる立場と、“医療行為によってクライ

エントに引き起こされた傷害”とする狭義の定義をとる立場に大別できる。（表1）

表1 用語「医療事故」の定義の分類

定義の種類	定義を掲載している文献
<p>【広義の定義】</p> <p>医療に関わる場所で発生した人身事故一切。</p> <p>医療事故の被害者がクライアントである場合と、医療従事者である場合の両方を含む。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・厚生省 患者誤認事故予防のための院内管理体制確立方策に関する検討会（1999）</li> <li>・厚生省 リスクマネジメントスタンダードマニュアル作成委員会（2000）</li> <li>・厚生労働省 医療安全対策検討会議（2002）</li> <li>・日本看護協会（2000）</li> </ul> <p>他、下記のような定義がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療安全用語事典<sup>20)</sup>（2004）</li> </ul> <p>医療事故とは、医療にかかわる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や廊下で転倒した場合なども含まれる。これに対して、医療過誤は医療事故の発生原因として、医療機関・医療従事者に過失がある場合をいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護学大辞典<sup>21)</sup>（2002）</li> </ul> <p>医療事故とは、医療現場で医療の全過程において発生する全ての人身事故をいう。</p> <p>①死亡、生命の危険、症状の悪化等の身体的被害および苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合、②患者が廊下で転倒した負傷事例のように、医療行為とは直接関係しない事故、③注射針の誤刺のように、医療従事者に被害が生じた場合を含む。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療の質用語事典<sup>22)</sup>（2005）</li> </ul> <p>医療事故（アクシデント）は医療にかかわる場所で、医療の全過程において発生するすべての事故をいい、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。医療行為はもともと不調な部分をもつ人体に対する侵襲行為（検査、手術、薬物）であることが多く、予想外の有害な結果を発生し得るという本質的な難しさがある。現在の医療水準から判断して正しく実施された医療行為であっても、事故の原因になり得ることが医療の特徴の一つである。それに対して、医療を提供する過程で何らかのミス（見込みのミス等注意義務の怠りからくるもの）があった場合には医療過誤という。</p>
<p>【狭義の定義】</p> <p>医療行為によってクライアントに引き起こされた傷害。</p> <p>医療従事者が被害者である場合は含まない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中島和江（2003）</li> <li>・日本医師会 医療事故防止緊急対策合同委員会（2003）</li> </ul> <p>他、下記のような定義がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・科学大辞典 第2版<sup>23)</sup>（2005）</li> </ul> <p>医療行為中に、患者の生命・身体に予期せぬことが発生し不幸な結果を生ずることをいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日本医師会<sup>24)</sup>（2007）</li> </ul> <p>診療の過程において患者に発生した望ましくない事象。医療提供者の過失の有無は問わず、不可抗力と思われる事象も含む。</p>

#### Ⅳ. 用語「看護事故」

看護事故という用語は、医療事故の判例、特に看護職の過誤の判例を取り扱った文献に多く用いられている。

菅野は、“看護事故を、医療事故のうち看護婦の業務に関する事故、すなわち保健婦助産婦看護婦法（以下『保助看法』と略称する）にいう「療養上の世話」（以下『療養看護』と略称する）および「診療の補助」（以下『診療補助』と略称する）の業務における事故”とし、助産婦の「助産業務」における助産事故、および保健婦の「保健指導業務」における保健指導事故を含めて、「看護事故等」としている<sup>25)</sup>。

和賀ら<sup>26)</sup>は、看護・医療事故という用語を用い、次のように操作的に定義している。

看護を実践する全過程において発生する人身への障害の一切を包含する言葉として使う。看護の実践過程においては、看護のみを特定して人身への障害をもたらしたとすることは困難である。たとえば、患者の転倒・転落のような事故は、直接看護職者が引き起こした事故とは言い難いものであるが、一方では、看護の観察やコミュニケーションなどと切り離しては考えられない面もある。このように、看護が何らかの形で関連して引き起こされる人身への障害を看護・医療事故とした。このなかには患者ばかりではなく、看護職者が被害者である場合も含む。

石井は、医療事故を“医療行為のプロセスにおいて、予期しなかった事態が発生し、患者に何らかの侵襲をきたしたことをいう。なお、被害者には患者ばかりでなく医療従事者になることもある。”と規定したうえで、“看護事故とは広義では医療事故であるが、狭義では看護婦の業務上の事故の発生と解することができる。看護婦の業務に

は療養上の世話と医師が行う診療を補助する補助業務とがあるが、そのいずれにおいても、事故の原因と結果において看護婦に落ち度があれば、看護婦の過失である。看護婦の過失であれば狭義には看護過誤といえる。”<sup>27)</sup>とした。

深谷は、保助看法による看護師の業務規定をふまえ、“療養上の世話および診療の補助に伴って患者に悪しき結果をもたらしたものを看護事故といちおう定義する。”<sup>28)</sup>（下線は筆者）とした。

これらの文献にみる看護事故とは、保助看法の規定を前提に、看護師の業務上の事故を看護事故とした定義である。患者に生じた被害と看護職の過失との関係に焦点をあてて論じる場合に、医療事故と区別した特定の概念として用いられている。

しかし、上記の研究者ら自身が看護事故を規定すること自体に困難があると述べている<sup>29)30)</sup>。既に述べたように、医療事故とは、広義には“医療が行われる過程において発生する人身事故(傷害)をすべて含む言葉”<sup>31)</sup>であり、狭義には“医療行為によってクライアントに引き起こされた傷害”を指す。看護師の業務は、これら医療事故の定義の「医療が行われる過程」の一部であり、あるいは「医療行為」の実施を含む。したがって、「看護師の業務上の事故」を包含したものと用い「医療事故」を用いることに矛盾はない。

一方、平成18年度看護白書は、事故当事者となった看護職に対する刑事責任が問われ、保健師助産師看護師法に基づく行政処分が行われる件数が増大していることを踏まえ、その潮流は、看護職の業務の特性から医療行為の最終行為者となる可能性が高く、そのために結果責任を負わざるを得ない状況が多いことが背景にあると指摘している<sup>32)</sup>。しかし看護職が当事者となった医療事故でも、その経過を詳しくみていくと事故を起こした当事者だけの問題ではなく、組織として適切な事故防止のための手だてをしていなかった事による

問題が多い<sup>33)</sup>。これらは、看護職が医療事故の当事者として法的責任を問われる場合でも、その医療事故が発生した原因は看護職だけではなく、医療を提供するプロセスやシステム全体に何らかの問題がある可能性が極めて高いことを示唆する。したがって、事故の原因と看護職の過失の関係にのみ焦点を当て、「看護事故」という用語を用いて論じる場合には、その必然性について再検討する必要がある。

以上の現状をふまえ、用語「看護事故」は、看護基礎教育課程における安全管理教育において、その定義の内容と共に、用語「医療事故」と区別した特定の用語として用いる意義を十分に検討する必要がある。

## V. 用語「有害事象 adverse event」

有害事象 adverse event は、医療行為により患者に望ましくない結果が生じた事象を指すという点で前述した医療事故と類似しているため、注意を要する用語である。

“医療事故は、患者の疾患そのものでなく、医療行為を通じて発生した傷害 (injury) を意味し、英語では adverse event, medical injury と呼ばれる”<sup>34)</sup> と説明した文献が存在する。また、adverse event は、米国医学研究機構 (IOM: Institute of Medicine) の報告書の邦訳「人は誰でも間違える」<sup>35)</sup> では、有害事象と表記されているが、翻訳者は、“adverse event を医療事故と訳している専門書もある”<sup>36)</sup> と付記している。一方、用語辞典では、医療事故には、medical accident<sup>37)</sup>, mishaps in medical practice<sup>38)</sup>, medical malpractice<sup>39)</sup> 等、多様な用語があてられている。これらは、わが国における「医療事故」の用法と原語の adverse event は類似の状況を指して用いられることがある一方で、それらの定義が示す内容には不一致があることを意味する。

先の報告書によれば、有害事象 adverse event

の定義は、下記の通りである。

有害事象とは、患者が本来持っていた基礎的条件によるものではなく、医療的処置によって生じた傷害である。医療におけるエラーによって生じた有害事象は“防ぎうる有害事象”である<sup>40)</sup>。

一方、池田ら<sup>41)</sup> は、“有害事象はいわゆる医療事故を意味するものではない”とした上で、諸外国が用いている有害事象の定義を、次のように紹介している。

患者への意図せぬ傷害 (injury) や合併症 (complication) で、一時的または恒久的な障害 (disability) を生じ、疾病の経過ではなく医療との因果関係 (complication) が認められるもの

(ここでいう“意図せぬ傷害”の原語は unintended injury である)

さらに、池田らは、厚生労働省による医療事故の定義と比較し、“患者に被害が及ぶという点では、有害事象と医療事故の定義は共通している。しかし、通常、人身事故とはみなされにくいものでも、患者に何らかの被害が発生した場合には、有害事象とみなされる。たとえば、術後に一定確率で発生する不可避の合併症も有害事象に含まれる”<sup>42)</sup> と指摘し、薬剤性肝障害等の薬剤の副作用、術後イレウス等の合併症、尿路感染症等の感染症を例に挙げている。

有害事象とは、カルテレビューにより把握される、“予期せぬアウトカムが生じたもの”<sup>43)</sup> である。そのため、過失の有無や予防可能性の有無を問わないこと、患者の身体的被害のみならず、精神的被害や経済的被害についても、予期せぬアウトカムが生じた場合には有害事象として、カルテレビューの把握対象となる。例えば、手術室に入室したが器具が足りないために手術延期になり、

患者に身体的被害は発生しなかったが、入院期間が延長した、といった場合も有害事象である。

さらに、先に広義の定義として紹介した厚生労働省による医療事故の定義の内容には医療従事者が被害者である場合や医療行為とは直接関係のない転倒や転落なども含むが、“遡及的レビューではそのような事例は把握することはできない”<sup>44)</sup>という指摘がある。

すなわち、有害事象とは、第三者が遡及的に診療録を調査し、一定の基準に基づき収集した、クライアントに予期せぬアウトカムが発生した事象と捉えることができる。

遡及的な診療録調査とは、あらかじめ定めておいた多くのスクリーニング項目 (explicit criteria) に従って、診療記録のうえで問題のある医療を検出し、それを専門医が個別に検討 (implicit review) することによって、医療内容の適切性を判断する medical record review である<sup>45)</sup>。診療録調査は、医療内容を評価し、適切性を判断することにより、有害事象の発生頻度を把握することを目的としている。有害事象の発生頻度は、医療安全対策を評価する指標の一つである。

さらに有害事象は「退院後に障害が残っている」「予定より入院が延びた」「検査や処置、治療を要した」「死期が早まった」「予定外の入院」のいずれかが該当する場合であり<sup>46)</sup>、これらはすべて、予期せぬアウトカムが発生した事象である。なお、豪州のカルテレビュー<sup>47)</sup>に用いられた、有害事象を把握するためのスクリーニング項目には、予測外の死亡 unexpected death, 予定外の入院 unplanned admission before index admission, その他の予想外の結果 Any other undesirable outcomes not covered above 等がある。unexpected や undesirable という語が示すように、カルテレビューにおける予期せぬアウトカムとは、通常の治療や疾病の経過とは異なる、クライアントにとって、期待していなかった、あるいは

は望ましくない結果が発生した事象を指す。

以上のことから、有害事象 adverse event とは、疾病ではなく医療行為によってクライアントへの被害が発生した事象であり、第三者が遡及的に診療録を調査し、一定の基準に基づき収集した事象といえる。有害事象は、医療事故とは異なり、不可避な合併症や身体的被害が発生したかどうかに関わらず、精神的・経済的被害が発生したならば有害事象に該当する。しかし、有害事象には、医療とは直接関係しない傷害や医療従事者に発生した傷害は含まない。

## VI. 用語「警鐘事象 sentinel event」

sentinel event は、医療事故情報の収集システムの中で用いられる用語である。先に紹介した IOM の報告書では sentinel event は、“異常事象”と翻訳されている<sup>48)</sup>。ここでの定義を下記に示す。

予期されなかった異常事態、あるいは予期されない異常により死亡、重篤な心身の傷害、リスクなどを招いた事象<sup>49)</sup>

unexpected occurrence or variation involving death or serious physical or psychological injury or the risk thereof<sup>50)</sup>

また、米国の医療機関評価認証合同委員会 JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) のプログラムが病院からの任意報告により収集する異常事象は、次のように規定されている。

患者の病気や基礎症状に見られる通常の経過では考えられない、予期しない死亡と重大で永久的な心身機能の喪失、もしくは以下の要件の1つに該当する症例（たとえ死亡あるいは重要な機能の永久喪失をとまわなくても）とされている。す

なわち、24時間管理ケアの状況下にあった患者の自殺、幼児患者の誘拐あるいは誤った施設への移転、強姦、血液型が不適合な血液もしくは血液製剤の輸血・投与による有害反応、患者を取り違えた手術もしくは手術部位を間違えた手術が該当要件とされている<sup>51)</sup>

JCAHOは、医療機関の質の評価・認定を行う第三者評価機関として、専門的に根拠のある評価基準を開発し、医療機関や医療専門職を1951年から継続的に評価している<sup>52)</sup>。米国のほとんどの州ではJCAHOの認可を病院の開業条件とし、メディケアによる保険診療の資格要件であることから、JCAHOの評価基準は事実上全米共通の評価基準である<sup>53)54)</sup>。JCAHOの報告書<sup>55)</sup>で「警鐘事象」との邦訳で紹介された定義は、

死や重篤な身体的または精神的損傷、またはそれについてのリスクを含む予期せぬ出来事<sup>56)</sup>である。これは原文では“an unexpected occurrence involving death or serious physical or psychological injury, or the risk thereof”<sup>57)</sup>であり、先の異常事象と同一の用語である。JCAHOは1998年から、よく知られているシステムやプロセスの中に潜むリスクについて医療従事者と共有することを目的として収集した任意報告の分析に基づき、「警鐘事象に関する緊急情報 (sentinel event alert)」<sup>58)</sup>を定期的に発行している。この緊急情報には、ベッド柵などに挟まる死亡、輸血エラー、乳幼児誘拐、外観・名称類似の薬剤等といった多様で広範囲の事象を含む。

すなわち、警鐘事象 sentinel event は、病院からの任意報告によって収集された事象であり、原因の如何を問わず、クライアントにもたらした被害（あるいはそのリスク）が重大であるものを指す。警鐘事象とは、それらの事象を分析し、周知することによって、システムやプロセスの中に潜むリスクを明確にし、医療従事者にそのようなリ

スクの自覚を促し、同様の被害を防止すること、すなわち「警鐘を鳴らす」ことを目的として収集される事象である。

## Ⅶ. 用語「インシデント」、「ヒヤリ・ハット」、「ニアミス」

インシデント、ヒヤリ・ハット、ニアミスのうち、ヒヤリ・ハットはわが国特有の用語であり、インシデント、ニアミスと同様に用いられることが多い。しかし、海外では、それらの意味する内容が異なる場合がある。以下、それぞれの文献ごとに定義を確認する。

### 1. わが国の文献に見る定義

インシデント、ヒヤリ・ハット、ニアミスという3つの用語は、わが国では同様の意味で用いられることが多い。

厚生労働省は、1999年、患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書<sup>59)</sup>において、次のようにインシデントを位置づけている。

リスクマネジメントにおいては、「事故(アクシデント)」に対応する言葉として「インシデント」という言葉がよく用いられている。インシデントの言葉の定義は、明確に定められている訳ではないが、本報告書では「患者に傷害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験」として定義し用いることとした。

この文献では、インシデントを“事故(アクシデント)”に対する言葉として位置づけている。安全の百科事典<sup>60)</sup>によれば、事故とは、“人がつくった機械やシステムなどで、不可抗力、あるいはそれを取り扱う者の過失により生じた、人的経済的損害を伴う不慮の出来事”であり、転倒・転落など、自分の不注意により生じた場合にも用いる。



すなわち、事故（アクシデント）とは、不可抗力あるいは他人や自分の過失によって生じた、人的経済的損害を伴う不慮の出来事を示す用語であり、それに対して、インシデントとは、患者に人的経済的損害を及ぼすことはなかったものの、当事者に、“ヒヤリ”、“ハッ”とするような経験をもたらす不慮の出来事である。

また、2002年の医療安全総合対策報告書<sup>61)</sup>は、インシデントを次のように定義している。

「インシデント」は、日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは、誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったものをいう。本検討会議では、同義として「ヒヤリ・ハット」を用いる。

この定義では、インシデントの要因を“誤った医療行為など”と明確化し、ヒヤリ・ハットと同義であるとした。また、インシデントは、誤った行為を実施した場合と実施する前に発見された場合の両方を含むが、いずれの場合にも、結果として患者に影響を及ぼしていないことに重点をおいている。

日本看護協会は、看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン<sup>62)</sup>において、下記のようにインシデントを規定した。ここでも、ヒヤリ・ハットとニアミスと同義として扱っている。

思いがけない出来事「偶発事象」で、これに対して適切な処理が行われないと事故となる可能性のある事象である。現場ではこれを「ヒヤリ」「ハット」と表現することもある。インシデントについての情報を把握・分析するための報告書をインシデントレポートという。「ヒヤリ・ハットと報告書」「ニアミス報告書」とも表現される場合がある。

この定義では、インシデントは思いがけなく発生した出来事としており、要因については言及していない。また、事故との関係について、適切な処理が行われないと事故になる可能性のある事象と示している。日本看護協会が提示したこのガイドラインでは、事故を、患者だけでなく、来院者、職員に傷害が発生した場合を含むとしている<sup>63)</sup>ため、ここでいうインシデントには、来院者、職員に“思いがけない出来事”が発生した状況を含む可能性がある。

一方、ヒヤリ・ハットは、厚生労働省が作成した、2000年のリスクマネジメント作成指針<sup>64)</sup>では、次のように定義された。

患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例。具体的にはある医療行為が、(1)患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合、(2)患者には実施されたが、結果的に被害がなく、またその後の観察も不要であった場合等を指す。

ここでは、“ある医療行為”という表現が用いられており、医療行為の適切性には言及していない。

一方、2000年、1万1千件のヒヤリ・ハット事例を分析した研究<sup>65)</sup>では、ヒヤリ・ハット事例は下記のように定義されている。

ほとんどがエラーを未然、直後に発見し得た事例、あるいはエラーはあっても患者の傷害につながらなかった事例である。

この定義では、エラーを要因として明示し、エラーの発生前であっても発生後であっても、傷害とならなかった事例としている。

ヒヤリ・ハット事例は、厚生省の医療安全対策ネットワーク整備事業<sup>66)</sup>により収集・分析が開始

され、2004年の医療事故報告の義務化を機に、下記のように規定された。

- (1) 誤った医療行為等が、患者に実施される前に発見された事例
- (2) 誤った医療行為等が実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった事例
- (3) 誤った医療行為等が実施され、その結果、軽微な処置・治療を要した事例

ここでは、ヒヤリ・ハット事例に“軽微な処置・治療を要した事例”をも含むとしている。軽微な処置とは、“消毒、湿布、鎮痛剤投与等”<sup>67)</sup>を指す。

ニアミスは、2001年、国立大学医学部附属病院長会議の提言<sup>68)</sup>において、次の規定を前提として、インシデント、ヒヤリ・ハットと同義と位置づけられた。

一般に、患者が傷害を被った事例を「医療事故」とし、患者に傷害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした事例を「ニアミス」と定義しており、本作業部会中間報告でもそのような考え方を踏襲している。ニアミスは、施設によって、「インシデント」や「ヒヤリハット」と呼ばれることもある。

事故・ニアミス報告でなされる出来事は、患者に起こったもののみならず、医療従事者や病院の訪問者が経験したのも対象となる。

この定義では、患者が傷害を被った医療事故に対して、傷害を被っていないことを指す用語としてニアミスを位置づけている。ここでは、クライアントに傷害を及ぼす可能性のある行為や要因については言及していない。さらに、事故・ニアミス報告として事例を収集する場合には、クライアントのみならず、医療従事者や病院の訪問者が被害者となる可能性がある事例を含むとしている。

また、中島<sup>69)</sup>は、ニアミスを下記のように紹介している。

潜在的医療事故には、「エラーはあったが幸い患者の傷害のなかったもの」と「事前に発見、訂正されたもの」の異なる2つの状況が含まれている。このような患者の傷害につながらなかったエラー noninjurious error は、ニアミスとよばれる。

この文献は、ニアミスを潜在的な医療事故と位置づけ、クライアントの傷害につながらなかったエラーとしている。

さらに、医療安全用語事典<sup>70)</sup>は、ニアミスについて次のように解説している。

もともとは航空機どうしの空中での異常接近を意味する言葉であったが、現在は間違いや悪い結果をもたらす可能性はあったが、結果的にはそうならなかったすべての出来事を表す言葉として使われている。ヒヤリ・ハット体験とほぼ同義である。

ここでは、ニアミスを間違いや悪い結果とはならない出来事、つまり、傷害が発生していない状況としている。また、ヒヤリ・ハットと同義としている。

以上のようにわが国におけるインシデント、ヒヤリ・ハット、ニアミスは、ほぼ同義であり、その定義に含む内容は、次のように整理できる。

インシデント、ヒヤリ・ハット、ニアミスは、傷害が発生したアクシデント（医療事故）に対し、傷害が発生していない状況を指す。傷害が発生した状況を含む場合もあるが、アクシデント（医療事故）に比して、その傷害は軽微である。

インシデント、ヒヤリ・ハット、ニアミスは、当事者（報告者）が、クライアントに提供された行為の帰結に、傷害が発生する危険を感じた状況

を指す。その行為が、“誤った行為”あるいは“エラー”と規定する立場と、行為の適切性は規定しない立場がある。

インシデント、ヒヤリ・ハット、ニアミスの事例を収集する場合には、クライアントのみならず、訪問者や医療従事者が被害者となる可能性のある事例を含む場合がある。

## 2. 海外で用いられる際の定義

世界に衝撃を与え、各国の医療安全政策に影響を与えた<sup>71)</sup>と言われる IOM の報告書「人は誰でも間違える」に続く、重要な研究報告書のひとつである「患者の安全を守る」<sup>72)</sup>は、ニアミスを次のように紹介している。

実際には起こらなかったが、有害な結果を生む可能性もあった事象である。結果を除いては、実際に起こった有害事象と区別できない出来事を意味する。

この定義では、ニアミスは、前述した国内文献の定義と同様に、実際には有害な結果が起こっていない、つまり傷害が発生していない事象である。

一方、海外で用いられる際の用語「インシデント」について、次のように紹介した文献<sup>73)</sup>がある。

インシデントは、国際的、学術的には、「患者の診療・ケアにおいて、本来あるべき姿からはずれた事態や行為の発生」という意味で用いられている。一般には医療従事者や医療機関への訪問者に発生した事態も含まれる。したがって、インシデントには、患者に傷害の発生しなかった事例のみならず傷害の発生した事例や、過失のみられるものおよび不可抗力、また結果だけでなくプロセスの問題も含まれている。

この定義によれば、インシデントとは、結果と

しての傷害の発生如何にかかわらず、“本来あるべき姿からはずれた事態や行為の発生”を指す。また、その原因は、過失による不適切な医療行為だけでなく、不可抗力も含む。不可抗力とは、外部から生じた障害で通常必要と認められる注意や予防方法を尽くしてもなお防止し得ないもの<sup>74)</sup>である。すなわち、ここでいうインシデントとは、傷害が発生したアクシデントと対になる概念ではなく、アクシデントを包含したより広い現象であり、様々な原因により発生する本来あるべき状態からはずれた事態の発生全般を指している。この点が、現在わが国で用語「インシデント」が用いられる際の定義と最も異なる。

## VIII. 用語「エラー」

エラーは、医療事故、有害事象、警鐘事象、インシデント、ヒヤリ・ハット、ニアミスの原因として用いることの多い用語である。

患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書<sup>75)</sup>は、エラーを下記のように定義した。

人間の行為が

- (1) 行為者自身が意図したものでない場合
- (2) 規則に照らして望ましくない場合
- (3) 第三者からみて望ましくない場合
- (4) 客観的期待水準を満足しない場合などにその行為を「エラー」という。

この定義によれば、エラーは人間の行為であり、その行為の結果が、意図したものではない、望ましくない、期待していた水準を満たさない場合を指す。

日本看護協会は、「看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン」<sup>76)</sup>に Charles Vincent らの定義を引用し、次のように説明している。

人の誤り全般を指す。ミステイクとスリップが

含まれる。

ミステイク：意識的に不適切な目標を選んでしまう誤り。

スリップ：目標を行為に移す過程で無意識的に発生した、目標とは異なった行為。

この定義では、エラーを人の誤りと規定している。エラー、すなわち誤りの種類にはミステイクとスリップの2種類がある。これらは人が目標を選び、行為に移す過程の中で、誤った行為がどこで発生したかにより区別される。

また、先に紹介した IOM 報告書「人は誰でも間違える」は、James Reason の研究がエラーを的確に理解するのに役立つ<sup>77)</sup>として引用している。Reason の研究は、エラーを次のように定義している。

計画された知的または物理的な活動過程で、意図した結果が得られなかったときで、これらの失敗が他の出来事によるものでないときの、すべての場合を包括する本質的な項目として、エラーを考える<sup>78)</sup>。

Reason は、認知段階に従ってエラーを分類し、実行段階の誤りをスリップ slip、考察段階の誤りをラプス lapse、計画段階の誤りをミステイク mistake とした。

スリップとラプスは行動を誘導する計画がその目的達成のために適切であったか否かによらず、行動過程の中で実行、考察段階で発生するエラーである<sup>79)</sup>。

ミステイクは決定計画により指示された行動が計画どおりに行われたか否かによらず、対象の選択や達成のための手続きを決めるための判断や解釈過程で起こる欠陥や失敗として定義される<sup>80)</sup>。

これらを踏まえ、IOM 報告書「人は誰でも間違える」<sup>81)</sup>はエラーを下記のように整理している。

計画した行為を思いどおりにできなかったもの（実行上のエラー）、あるいは目的を達成するために間違った計画を採用したもの（計画上のエラー）

JCAHO<sup>82)</sup>も、次に示すように IOM の定義と同様に、2種類の失敗を含めたエラーの定義を提示している。

意図したところに従って計画された行動をとるうえで起きた失敗、または目的達成に対して間違った行動計画を採用したことによる失敗。

中島は、“日本語で「ミス」や「誤り」といわれているものは英語では「エラー」に相当する<sup>83)</sup>”とし、Reason の認知段階によるエラーの分類と Rasmussen による基本行動レベルによるエラーの分類を示し、様々なエラーの種類を紹介している<sup>84)</sup>。

一方、医療安全用語辞典<sup>85)</sup>は、エラー、ミス、ニアミスを類似の用語として下記のように紹介している。

Reason によると、エラーとは「望ましい結果を達成するために計画された行為の失敗。ただし、何らかの未知の事象による干渉がないこと」…日常的には、誤り、失敗、過失を意味する語句としてミスが用いられている。ミスとエラーは日常用語としては明確に区別する必要はないが、認知心理学的には、エラーという語句が適切である。

ここでは、エラーには、“なんらかの未知の事象による干渉がないこと”として、不可抗力による失敗を区別している。日常的に誤り、失敗、過失を意味しているミスという用語は、認知心理学的

にはエラーとなる。

以上に取り上げた、エラーの定義の内容は、次のように整理できる。

エラーは、人間の活動過程の誤りであり、意図した計画を実行する上での失敗と、目的達成には間違った行動計画を採用したことによる失敗がある。エラーは、医療の本来の目的からはずれた、期待しない、望ましくない結果（あるいはそのような結果を招く可能性）の原因である。不可抗力による場合は、エラーとは区別する。

## IX. 結 論

以上に述べてきた医療事故に関連する用語の様々な定義は、次の各項目に整理できた。また、それぞれの用語は、医療事故により被害を受けた対象の範囲、発生した原因、もたらされた結果に着目することにより、それらの特徴を明確にすることができた（表2）。

1. 用語「医療事故」の定義は、その内容からみると“医療に関わる場所で医療の過程で発生した人身事故一切”とする広義の定義をとる立場と、“医療行為によってクライアントに引き起こされた傷害”とする狭義の定義をとる立場に大別できる。
2. 用語「看護事故」は、その定義の内容と共に、「医療事故」と区別した特定の概念として取り扱う意義を十分に検討する必要がある。
3. 用語「有害事象 adverse event」は、疾病ではなく医療行為によってクライアントへの被害が発生した事象であり、第三者が遡及的に診療録を調査し、一定の基準に基づき収集した事象である。
4. 用語「警鐘事象 sentinel event」は、病院からの任意報告によって収集された事象であり、原因の如何を問わず、クライアントにもたらした被害（あるいはそのリスク）が重大であることを指す。警鐘事象とは、それらの事象を分析し、

周知することによって、システムやプロセスの中に潜むリスクを明確にし、医療従事者にそのようなリスクの自覚を促し、同様の被害を防止すること、すなわち「警鐘を鳴らす」ことを目的として収集された事象である。

5. 用語「インシデント」、「ヒヤリ・ハット」、「ニアミス」の定義の内容は、国内ではほぼ同義である。インシデント、ヒヤリ・ハット、ニアミスは、傷害が発生したアクシデント（医療事故）に対し、傷害が発生していない状況を指して用いる。傷害が発生した状況を含む場合もあるが、その場合の傷害は、アクシデント（医療事故）に比して軽微である。さらに、当事者が、クライアントに提供された行為の帰結に、傷害が発生する危険を感じた状況を指す。その行為が、“誤った行為”あるいは“エラー”と規定する立場と明確には規定しない立場がある。

なお、インシデント、ヒヤリ・ハット、ニアミスの事例を収集する場合には、クライアントのみならず、訪問者や医療従事者が被害者になる可能性のあった事例を含む場合がある。

一方、海外の定義では、インシデントは、傷害が発生したアクシデントと対になる概念ではなく、アクシデントを包含した、不適切な医療行為だけでなく様々な原因により発生したより広い範囲の事態を指す。

6. 用語「エラー」は、人間の活動過程の誤りであり、意図した計画を実行する上での失敗と、目的達成には間違った行動計画を採用したことによる失敗がある。エラーは、医療事故、有害事象、警鐘事象、インシデント、ヒヤリ・ハット、ニアミスなど、本来の目的からはずれた、期待しない、望ましくない結果（あるいはその可能性）の原因であり、不可抗力とは区別される。

表2 医療事故に関連する用語の特徴

特徴を示す項目 用語	被害を受けた対象		原因			結果			備 考
	クライ エント	医 療 従事者	医療行為 過失 あり	過失なし (不可抗力)	医療行為 以外	被害者の 傷害の有無に 対する着目	身体的被害 あり なし	精神的被害 あり	
医療事故【広義】	○	○	○	○	○	する	○ × ○		
医療事故【狭義】	○	×	○	○	×	する	○ × —		
看護事故	○	×*1	看護業務上の事故			する	○ × —		*1 看護職者を含むとする定義もある
有害事象 adverse event	○	×	○	○	×	しない	○ ○ ○*2		診療録より一定基準に基づき収集 *2 経済的被害も含む
警鐘事象 sentinel event	○	×	○	○	×*3	しない	被害が重大なもの、あるいは重大な被害をもたらすリスクのあるもの		病院からの任意報告によって収集 *3 ただし幼児誘拐、強姦を含む
インシデント 【わが国における定義】	○	○	○	—	×	する	× ○ —		*4 対象に実施される前に発見されたものも含む
ヒヤリ・ハット	○	○	○*4	—	×	する	×*5 ○ —		*5 ただし軽微な傷害を含む
ニアミス	○	○	○	—	×	する	× ○ —		
インシデント 【海外の定義】	○	○	○	○	○	しない	本来あるべき姿から外れた事態や行為		

○：該当する ×：該当しない —：言及していない

## 【引用文献】

- World Health Organization (2005): World Alliance for Patient Safety forward programme 2005, p.6, WHO press, France
- 操 華子 (2006): 患者安全のための WHO による初の全世界規模の取り組み, 月刊ナーシング, 26 (10): p.60-67
- 医療安全対策検討会議 (2002): 医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～, 医療安全ハンドブック編集委員会(編), 医療安全管理の進め方, p.53-87, メジカルフレンド社, 東京
- 看護学教育の在り方に関する検討会(2002): 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて, 看護教育, 43 (5): p.411-431
- 岩波浩美, 定廣和香子, 杉森みど里ほか (2007): 「安全管理」の概念の検討—群馬県立県民健康科学大学カリキュラムの充実をめざして—, 群馬県立県民健康科学大学紀要, 2: p.47-56
- 山澄直美, 岩波浩美, 定廣和香子ほか: わが国の安全管理に関する看護学研究の現状—安全管理教育のエビデンス構築への課題の検討—, 群馬県立県民健康科学大学紀要, 2: p.27-45
- 長谷川敏彦 (2003): 医療事故用語の定義, 病院, 62 (7): p.590
- 前掲書 7), p.590
- 操 華子, 松本直子(2006): 臨床看護研究の道しるべ, p.163, 日本看護協会出版会, 東京
- 楠本万里子(2006): 医療安全と看護サービスの質保証, 日本看護協会(編), 平成18年度看護白書, p.131-132, 日本看護協会出版会, 東京
- 長谷川敏彦 (2003): 医療の安全管理—新しい考え方 (1), 病院, 62 (5): p.402
- 丸山美知子, 和賀徳子, 坪倉繁美ほか(2001): 連載「看護・医療における事故防止のための看護基礎教育に関する研究」連載をはじめるにあたって—本研究の概要—, 看護展望, 26 (10): p.1142-1143

- 13) 厚生省 患者誤認事故予防のための院内管理体制確立方策に関する検討会(1999)：患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書。
- 14) 厚生省 リスクマネジメントスタンダードマニュアル作成委員会(2000)：リスクマネジメントマニュアル作成指針。
- 15) 前掲書 3), p.53-87
- 16) 日本看護協会 (1999)：看護職の社会経済福祉に関する指針 医療事故編, p.13, 日本看護協会, 東京
- 17) 日本看護協会 (2000)：組織でとりくむ医療事故防止一看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン, p.5, 日本看護協会出版会, 東京
- 18) 中島和江 (2003)：中島和江, 八田かずよ, 武田 裕(編), クリニカルリスクマネジメントナーシングプラクティス, p.6, 文光堂, 東京
- 19) 日本医師会医療事故防止緊急対策合同委員会 答申 (2003)：患者の安全確保に資する「医療事故の防止策」について
- 20) 濃沼信夫 (編) (2004)：医療安全用語事典, p.13, エルゼビア・ジャパン社, 東京
- 21) 内藺耕二ほか(監修) (2002)：看護学大辞典, 第5版, p.117, メヂカルフレンド社, 東京
- 22) 飯田修平ほか(監修) (2005)：医療の質用語事典, p.244, 日本規格協会, 東京
- 23) 国際科学振興財団 (編) (2005) 科学大辞典 第2版, p.89, 丸善, 東京
- 24) 日本医師会(2007)：医療安全管理指針のモデルについて (改訂版)
- 25) 菅野耕毅(1997)：看護事故判例の理論—医事法の研究第IV巻一, p.306-307, 信山社, 東京
- 26) 和賀徳子, 内村美子, 岩本郁子ほか(2001)：看護・医療事故の構造—看護事故事例の質的帰納的分析結果から—, 看護展望, 26(10)：p.1145
- 27) 石井トク(1999)：医療事故—看護の法と倫理の視点から, 第2版, p.7-8, 医学書院, 東京
- 28) 深谷 翼(2001)：判例に学ぶ看護事故の法的責任, p.13, 日本看護協会出版会, 東京
- 29) 前掲書25), p.306-307
- 30) 前掲書26), p.1145
- 31) 日本医師会医療安全対策委員会答申(2001)：患者の安全を確保するための諸対策について
- 32) 前掲書10), p.134
- 33) 嶋森好子(2000)：看護における安全確保の現状と医療事故防止ガイドライン, 病院, 59(2)：p.110-114
- 34) 前掲書18), p.6
- 35) Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 医療ジャーナリスト協会 (訳) (2000)：人は誰でも間違える—より安全な医療システムを目指して—, 日本評論社, 東京
- 36) 前掲書35), p.271
- 37) 次の文献がある。
  - ・濃沼信夫 (編) (2004)：医療安全用語事典, p.13, エルゼビア・ジャパン社, 東京
  - ・日本医学教育学医療教育用語辞典編集委員会 (編) (2003)：医学医療教育用語辞典, 第1版, p.27, 照林社, 東京
- 38) 次の文献がある。
  - ・和田 攻ほか (編) (2002)：看護大事典, 第1版, p.176, 医学書院, 東京
  - ・伊藤正男ほか (編) (2003)：医学大辞典, 第1版, p.145, 医学書院, 東京
- 39) 見藤隆子ほか (編) (2003)：看護学事典, 第1版, p.33, 日本看護協会出版会, 東京
- 40) 前掲書35), p.33
- 41) 池田俊也, 小林美亜, 坂口美佐(2007)：カルテレビューの歴史をひもとく 疫学調査からよむ有害事象の頻度と予防可能性, コスト, 医療安全, 4 (1)：p.60-65
- 42) 前掲書41), p.63
- 43) 前掲書41), p.60

- 44) 小林美亜, 鈴木琴江, 中田かおりほか(2004): 週及的診療録レビューにより有害事象を把握するための方法, 看護管理, 14 (9): p.757
- 45) 中島和江, 児玉安司(2000): ヘルスケアリスクマネジメント, p.78, 医学書院, 東京
- 46) 北沢直美, 池田俊也, 兼児敏浩ほか(2005): 有害事象把握のための診療録レビューにおける看護師スクリーニングの信頼性の検証, 病院管理, 42 (1): p.54
- 47) Ross McL Wilson, William B Runciman, Robert W Gibberd, et al. (1995): The Quality in Australian Health Care Study, The Medical Journal of Australia, 163, : p. 458-471
- 48) 前掲書35), p.114
- 49) 前掲書35), p.114
- 50) Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (2000): To Err is Human Building a Safer Health System, p.93, National Academy Press, the United States of America
- 51) 前掲書35), p.114-115
- 52) 相馬孝博(監訳)(2006): 患者安全のシステムを創る 米国 JCAHO 推奨のノウハウ, p.6, 医学書院, 東京
- 53) 前掲書22), p.278
- 54) 操 華子(2003): 感染管理業界もアメリカ医療施設評価合同委員会(JCAHO)がその中心, 月刊ナーシング, 23 (1): p.122-124
- 55) 前掲書52)
- 56) 前掲書52), p.vii
- 57) The Joint Commission (2006): Sentinel Event Policy and Procedures. Retrieved October 25, 2007, from <http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/F84F9DC6-A5DA-490F-A91F-A9FCE26347C4/0/SE-chapter-july07.pdf>
- 58) 前掲書52), p.11
- 59) 前掲書13)
- 60) 田村昌三ほか(編)(2002): 安全の百科事典, p.7, 丸善, 東京
- 61) 前掲書3), p.62
- 62) 前掲書17), p.5
- 63) 前掲書17), p.5
- 64) 前掲書14)
- 65) 川村治子(2000): 看護のヒヤリ・ハット事例の分析, 医療審議会総会会議報告書.
- 66) 厚生労働省医政局長, 厚生労働省医薬食品局長(2004): 医療安全対策ネットワーク整備事業(ヒヤリ・ハット事例収集事業)の実施について, 医政発0330008号薬食発0330010号, 平成16年3月30日.
- 67) 財団法人日本医療機能評価機構 理事長坪井 栄孝(2004): 医療事故情報収集等事業の開始について, 財日医機評第362号, 平成16年9月21日.
- 68) 国立大学医学部附属病院長会議(編)(2001): 医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて [提言], p.14-15, 日総研, 愛知
- 69) 前掲書45), p.102
- 70) 前掲書20), p.26
- 71) 長谷川敏彦, 藤澤由和(2002): 医療安全政策の国際動向とその方向性, 病院, 61 (5): p. 402-406
- 72) Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety, 日本医療ジャーナリスト協会ほか(監訳)(2006): 患者の安全を守る, p.346, 日本評論社, 東京
- 73) 前掲書20), p.18
- 74) 新村 出(編)(1998): 広辞苑, 第5版, p.2310, 岩波書店, 東京
- 75) 前掲書13)
- 76) 前掲書17), p.5
- 77) 前掲書35), p.65
- 78) James Reason, 林 喜男(監訳)(2005):



- ヒューマンエラー, p.10, 海文堂, 東京
- 79) 前掲書78), p.11
- 80) 前掲書78), p.11
- 81) 前掲書35), p.66
- 82) 前掲書52), p.1
- 83) 前掲書45), p.101
- 84) 前掲書45), p.31
- 85) 前掲書20), p.26

## **Current Status and Features of Definitions of Terms Related to Health Care Accidents**

Yumi Sagara, Hiromi Iwanami, Wakako Sadahiro, Naomi Yamasumi,  
Yukari Takai, Etsuko Enoki, Midori Sugimori  
Gunma Prefectural College of Health Sciences

The purpose of the present study was to clarify the definitions of principal terms related to health care accidents in order to establish basic data for safety management education. A literature review of major publications on safety management was conducted in order to identify definitions of the following terms related to health care accidents: “medical accidents,” “medical accidents in nursing service,” “adverse events,” “sentinel events,” “incidents,” “hiyari-hatto (risks perceived by healthcare staff, but not causing injury to patients),” “near misses,” and “errors.” These terms were analyzed in relation to objects, causes, and outcomes; furthermore, the features of these terms were clarified.

**Key words :** safety management, medical accidents,  
undergraduate nursing programs