報 告

明治国際医療大学附属鍼灸センターにおける
インシデントレポートシステムの構築

鶴 浩幸、江川 雅人、今井 賢治、北小路博司

明治国際医療大学附属鍼灸センター

要 旨

鍼灸臨床におけるインシデントの掌握と医療事故防止のための取り組みの一環として、明治国際医療大学附属鍼灸センターにおいてインシデントレポートシステム（IRS-M）を構築した。インシデントレポートは同スタッフを報告者として、インシデントに遭遇した日（または発見した日）にレポートを提出することとした。事例は月1回各項目別に集計し、事例内容のフィードバックは同センター朝礼で定期的に口頭にて伝達し、同時にポスター掲示を行った。2004年7月から2005年9月までの総報告事例は146例で、その内訳は「治療環境96例」、「治療前0例」、「治療中・治療後50例」であった。治療環境では《不適切な鍼灸施術道具の処理66例》、治療中・治療後では《鍼を抜き忘れそうになった12例》が最多であった。1ヶ月に平均10事例が起っていたが、事例内容は鍼灸師自身が留意すれば防げるものがほとんどであり、事故防止のためには教員や学生に情報を継続的にフィードバックし、注意を促すことが重要と考えられた。

キーワード：リスクマネジメント、医療過誤、インシデント、鍼、灸

I. はじめに

近年、医療事故や医療過誤のニュースがマスコミを賑わすようになり、医療機関における事故防止が以前にも増して重要になってきている。鍼灸医療においても事故防止の重要性は年々高まっており、鍼灸の過誤や事故防止の報告が散見される¹⁻⁵⁾。しかしながら、鍼灸師養成施設での（学生実習を含む）鍼灸診療における危機管理に関する報告は非常に少ない^{3,4)}。鍼灸臨床では診断・治療技術や治療効果のみがクローズアップされて教育や診療の中心となりがちであるが、事故防止のためのリスクマネジメントを教育に導入することは

鍼灸臨床教育において極めて重要であると考えられる。

一般的にインシデント（またはヒヤリ・ハット）とは、アクシデントに対比される言葉であり、患者に実際の被害が及ぶことはなかったが、診療の場においてヒヤリとしたり、ハットとしたりした事例である⁶⁾。一方で、アクシデントとは医療が行われる過程において発生した人身事故（傷害）全てを含むと考えられる⁶⁾。この場合、被害者は患者だけでなく、医療従事者の場合もあり得る（例えば、鍼灸師が使用済みの鍼を誤って自分の指に誤刺したなど）。つまり、インシデントとアクシ

筆頭者連絡先：鶴 浩幸 〒629-0392 京都府南丹市日吉町保野田小字ヒノ谷6番地1 明治国際医療大学

Tsuru Hiroyuki, Meiji University of Integrative Medicine, Hiyoshi-cho, Nantan-city 629-0392, Japan

受付日：2009.1.8 受理日：2009.12.13

デントを分ける要因は、患者や施術者に人身事故（傷害）があったか否かであると考えられる。しかしながら、発生した事例をインシデントとみなすか、アクシデントとみなすかについてはその解釈に医療施設ごとの違いがみられることがある。ある医療施設ではインシデントとみなす事例でも、別の医療施設では危険なインシデントとして重大事故につながらないようにアクシデント事例として扱うことが考えられる。

鍼灸臨床に関する事故を未然に防ぐためには、インシデントの段階で対処することが望ましいと考えられるが、そのためには実際の鍼灸臨床において如何なるインシデントが起こり得るのかを知り、鍼灸臨床独自のインシデントを認識した上で臨床における注意事項やその対策を整理することが必要となる。

そこで、筆者らは事故防止のために明治国際医療大学附属鍼灸センター（以下鍼灸センター）において独自にインシデントレポート（Incident Report、以下IR）用紙を作成し、そのIR用紙に記述された事例内容を鍼灸センタースタッフや本大学鍼灸学部の学生にフィードバックするシステムの構築を行い、鍼灸センターでの治療や学内鍼灸臨床実習に導入した⁷⁻¹⁰⁾ので報告する。

II. 方 法

1. IR用紙の作成（明治国際医療大学附属鍼灸センター方式インシデントレポート用紙）

IR用紙作成にあたり、同鍼灸センタースタッフ63名を対象に過去のインシデント事例の調査を施行し、その内容を基にレポートの内容を「治療環境」、「治療前」、「治療中及び治療後」の3つのカテゴリーに分類し、合計21項目からなるIR用紙を作成した（図1）¹⁰⁾。また、IRでは報告者氏名を無記名とする場合もあるが、本鍼灸センターでは記名式で行うこととした。IRを無記名で行うのは、時にはインシデント発生の原因である報告者を守ることで、数多くのIRを受け入れやすくするためである。しかしながら、附属鍼灸センターではインシデントの発生状況や原因を詳しく調査、分析する目的から記名式で報告させることとし、同時にIRを行うことに抵抗がないように、

すなわちIRがアクシデントの防止に寄与することを常にスタッフ同士で確認するように配慮した。一方で、報告者氏名はインシデント分析を行う危機管理担当者以外がみることがないようにした。

2. 明治国際医療大学附属鍼灸センター方式インシデントレポートシステムの概要

同レポートの実施は2004年7月より行い、教員・大学院生・卒後研修生などを報告者とし、インシデントに遭遇した（または発見した）ときに随時レポートを提出することとした。事例は月1回各項目別に集計し、事例内容のフィードバックとして鍼灸診療開始前に実施される朝礼（鍼灸センタースタッフや鍼灸臨床実習に参加する学部生が集まる）において定期的に伝達され、同時に教員室、大学院生室や学生控え室などにポスター掲示（図2）を行った。図2に示すように時にはインシデントの現場（鍼の放置など）を写真にして注意を喚起するように工夫した。IRの回収および分析、ポスター作成は鍼灸センター内の危機管理担当者が行った。また、IRの提出・回収からその分析、スタッフや学生へのフィードバックまでの一連のシステムを明治国際医療大学附属鍼灸センター方式インシデントレポートシステム（Incident Report System in Center of Acupuncture Science, Meiji University of Integrative Medicine、以下IRS-M）とよぶこととした（図3）。図3に示すようなフィードバックシステムにより、附属鍼灸センタースタッフ（教員・大学院生・卒後研修生）や学部生（3年生・4年生）にどのような内容のインシデントが、いつ（治療前なのか治療中・治療後なのか）、何例起こったかを繰り返し提示することができるようになった。なお、本論文では2004年7月から2005年9月の15ヶ月間の分析結果を報告する。

III. 結 果

1. 月間のIR（インシデントレポート）報告数とインシデント発生率の推移（図4）

2004年7月から2005年9月までに報告された事例は146例であった。この内、「治療環境」に関するインシデントは96例、「治療前」のインシデ

明治国際医療大学附属鍼灸センター インシデントレポート

附属鍼灸センター長殿

報告者 () 報告日時：西暦 年 月 日

1. インシデントの当事者（教員・大学院生・卒後研修生・研究生・研修生・学生・不明）

2. 事例が起こった日時：西暦 年 月 日 3. 事例が発覚した日時：西暦 年 月 日

4. 事例内容

4-1) 治療環境に関するインシデント

a. 治療器具（保温マット、遠赤）などの電源の切り忘れ b. シーツ未交換 c. 不適切な鍼灸施術器具の処理
d. その他 ()

4-2) 治療前のインシデント

a. 患者の呼び間違い b. 患者の呼び忘れ（受付忘れ）
c. 患者誘導に関するインシデント（転倒、衝突、その他：)
d. その他 ()

4-3) 治療中・治療後のインシデント

a. 予期せぬ症状の出現（予期せぬ出血、めまい、悪心、その他：)
b. 主訴の増悪 c. 鍼の抜き忘れ d. 消毒しなかった e. 抜鍼困難 f. 予期せぬ熱傷
g. 予期せぬ治療穴の間違い
h. 予期せぬ施術方法（鍼の刺入深度、刺入角度のミス、刺入が深い、刺入が浅い、手技が違う、使用鍼：太さ・長さ、施灸：大きさ・壮数）i. ベッドからの転倒 j. 患者誘導に関するインシデント（転倒、衝突、その他：)
k. 患者介助に関するインシデント（ベッドの不適切な高さ、その他：)
l. 患者の放置
m. その他 ()

5. 患者のカルテ番号： , 患者の主訴： , 性別：男・女 , 年齢： 才

6. 治療手段：4-3)のa～hに該当する場合：

鍼：単刺・雀啄・置鍼 (分) ・円皮鍼・電気鍼 (分) ・灸頭鍼、鍼の太さ： 寸 , 番
灸：直接灸・知熱灸・間接灸（紫雲膏・隔物灸）・棒灸・その他 ()
灸の大きさ：糸状灸・半米粒大・米粒大・その他 ()
鍼灸施術部位：頭部・頸部・背部・胸部・腹部・腰殿部・上肢・手部・下肢・足部・その他 ()

7. インシデント事例の発見（あるいは発生）状況

8. 報告者が考えるインシデントの原因：

9. 報告者が考えるインシデントの予防策：

10. その他の特記事項：

図1 明治国際医療大学附属鍼灸センター インシデントレポート

明治国際医療大学附属鍼灸センターのIRシステムにおいて使用しているIR用紙。同スタッフ63名を対象に過去のインシデント事例の調査を施行した結果を基に作成した。

1. 治療環境に関するインシデント (計5例)

・不適切な鍼灸施術道具の処理:

- 1例 (鍼管がベッドの下に落ちているのを見つけた。)
- 1例 (使用済みの鍼がベッドの下に落ちているのを見つけた。)
- 1例 (朝、治療室に入ったところ、机の上に使用済鍼が置いてあった。)
- 1例 (シャーレ上の使用済鍼をダスグリーンに捨てようとしたところ、1本が床に落した。)
- 1例 (棒灸が、棒灸消しに立てかけたまま、燃えていたようであった。)

2. 治療前のインシデント (計0例)

3. 治療中・治療後のインシデント (計6例)

・鍼の抜き忘れ:

- 1例 (仰臥位から腹臥位への体位変換時、学生が合谷に置鍼した鍼を抜き忘れて患者さんに指摘され、すぐに抜鍼した。学生にはその場で教員が注意した。)
- 1例 (学生が胸部に鍼を置鍼し、患者に起きあがってもらった時に教員が気づいた。)

・予期せぬ施術方法(鍼の刺入深度):

- 1例 (教員が学生に上肢への切皮程度の置鍼を指示していたのに1cm程刺入していた。学生にはその場で注意し、鍼を少し引き抜いた。)

・患者介助に関するインシデント(ベッドの不適切な高さ):

- 1例 (電動ベッドを降ろさないまま、学生が患者の治療を終えた。患者は既にベッドから降り、着替えを済ませていたために患者が帰った後に学生に注意した。転倒などの事故はなかった。)

・患者の放置:

- 1例 (治療者が電話対応のため、しばらく置鍼したまま62才の患者を放置していた。他の者が患者からの呼びかけで気づき抜鍼した。)

・その他:

- 1例 (一般ゴミの中に廃棄した鍼を教員が発見した。廃棄した学生にはその場で注意した。)

インシデント 12月分の実例

※12月は、総計11例の報告でした。上記インシデントの再発生の予防に留意を御願い致します。また、引き続きインシデントレポートに御協力を御願います。

図2 フィードバックポスターの1例

平成16年度に掲示したフィードバックポスターの1例を示した。

図3 明治国際医療大学附属鍼灸センター方式インシデントレポートシステム（IRS-M）の概要
インシデントレポートが提出されてからスタッフや学生にその内容がフィードバックされるまでの過程を示した。

図4 月間のIR報告数とインシデント発生率

IRの総報告数は146であった。IR報告数は増減を繰り返しているが、IR開始当初に比較すると徐々に減少している。なお、治療前のインシデント事例は0であった。図中の[]は、各月ごとのインシデント事例の発生率(%)を示した。

ントは0例、「治療中・治療後」のインシデントは50例であった。2004年7月の報告数は13例（治療環境：10例、治療中・治療後：3例）、8月は11例（治療環境：8例、治療中・治療後：3例）、9月は19例（治療環境：9例、治療中・治療後：10例）、10月は16例（治療環境：6例、治療中・治療後：10例）、11月は13例（治療環境：10例、治療中・治療後：3例）、12月は11例（治療環境：5例、治療中・治療後：6例）であった。2005年1月の報告数は8例（治療環境：7例、治療中・治療後：1例）、2月は9例（治療環境：6例、治療中・治療後：3例）、3月は8例（治療環境：7例、治療中・治療後：1例）、4月は7例（治療環境：7例、治療中・治療後：0例）、5月は2例（治療環境：1例、治療中・治療後：1例）、6月は7例（治療環境：5例、治療中・治療後：2例）、7月は9例（治療環境：7例、治療中・治療後：2例）、8月は8例（治療環境：5例、治療中・治療後：3例）、9月は5例（治療環境：5例、治療中・治療後：0例）であった。

また、各月ごとのインシデントの発生率（月間のIR報告数を月間の受診患者数で割ったもの）は、2004年7月：1.3%（患者数1040人）、8月：1.1%（959人）、9月：1.8%（1034人）、10月：1.7%（964人）、11月：1.3%（1010人）、12月：1.1%（1030人）、2005年1月：1.0%（790人）、2月：1.1%（793人）、3月：0.9%（876人）、4月：0.8%（879人）、5月：0.2%（820人）、6月：0.7%（1057人）、7月：0.9%（1040人）、8月：0.8%（1036人）、9月0.5%（1020人）であった。

以上のように、IR報告数とインシデント事例の発生率は増減を繰り返しているが、IR開始当初に比較すると徐々に減少した。この減少は、朝礼やポスター掲示による事例内容のフィードバック（注意喚起）の効果と考えられた。

2. IRの集計結果（表1、表2）

「治療環境」に関するインシデント96例中では「不適切な鍼灸施術道具の処理：66例」が最も多く、その内訳は「鍼の放置：33例」、「鍼管の放置：7例」、「使用済シャーレの放置：7例」などであった（表1）。次に、治療関連器具（保

温マットや遠赤外線治療器、電動ベッドを動かすための元電源など）の「電源の切り忘れ：16例」の報告が多かった。上記以外にも種々のインシデントが報告された（表1）。

「治療中・治療後」のインシデントでは「鍼を抜き忘れそうになった：12例」が最も多く、部位の内訳は頭部4例、頸部3例、手部2例、胸部1例、大腿部1例、足部1例の順であった（表2）。次に、「予期せぬ施術方法：5例」として、実習生が教員に指示された施術内容と異なる治療を行った（または、行いそうになった）として、「使用鍼の太さ（鍼の番数）の違い：2例」、「鍼の刺入深度の違い：1例」、「手技の違い：1例」、「置鍼時間の違い：1例」などが報告された。上記以外にも種々のインシデントが報告された（表2）。

IV. 考 察

今回の調査で1ヶ月間に少なくとも平均10事例が起こっていることがわかった（インシデント発生率は平均1.0%）。また、その事例内容は鍼灸師自身が留意すれば防げるものがほとんどであった。さらに、類似した事例が数ヶ月にわたり続くこともあり（鍼を抜き忘れそうになったなど）、粘り強く事例内容をスタッフにフィードバックしていくことが必要であると思われた。従って、事故防止のためには定期的に教員や学生に事例内容を紹介し、危険な事例に対して強く注意を促すことが有効と考えられた。IRS-M開始当初と比較して、インシデント事例の報告数やインシデント発生率が、徐々に減少していることはこのことを強く示唆する。しかし、特に危険なインシデントである「鍼の抜き忘れ」を防止するためには、注意を促すだけでは不十分と考えられ、患者が着衣する前に必ず使用した鍼と鍼管の数をカウントして（鍼灸センターではディスプレイ鍼を使用している）両方の数が合っていることを確認することに加えて、刺鍼部位の目視を行うように指導している。なお、IRで報告されている「鍼の抜き忘れ」は、「鍼を抜き忘れそうになった」の意味であり、施術者自身が気づいたり、患者に指摘されて気づいたために、患者が鍼灸センターを出る前に抜鍼されている（実際には抜き忘れている）。

表1 IRの集計結果 (1)

「治療環境」に関するインシデントと「治療前」のインシデントの内訳を示した。

-
1.治療環境に関するインシデント
(96例)	・電源の切り忘れ：16例（保温マット：7例、遠赤外線治療器の切り忘れ：4例、元電源の切り忘れ：3例、電子カルテ用コンピュータの切り忘れ：2例） ・使用済シーツの未交換：3例 ・不適切な鍼灸施術道具の処理：66例（鍼が落ちていた：33例、使用済シャーレの放置：7例、鍼管が落ちていた：7例、鍼を鍼廃棄用でないゴミ箱に廃棄していた：4例、開封日が未記入の開封済アルコール綿花箱を発見：3例、鍼通電器の放置：2例、治療室内の治療ワゴン上のゴミの放置：2例、治療ワゴン上のゴミ箱に未使用の消毒綿花と線香が混在していた：1例、未滅菌シャーレと滅菌済シャーレが混在して置かれていた：1例、使用済間接灸の放置：1例、棒灸消しに立てかけたままの棒灸がくすぶって燃えていた：1例、間接灸を鍼ダストに廃棄：1例、鍼灸施術道具の放置：1例、感染性ゴミを非感染性ゴミとして廃棄：1例、感染性ゴミをビニール袋なしでゴミ箱に廃棄：1例） ・その他：11例（カルテの置き忘れ：6例、治療準備中に鍼ダストを落とし、使用済鍼をばらまいた：1例、治療ベッドにシーツを敷かずタオルと枕を置いていた：1例、カルテの出し忘れ：1例など）
-
2.治療前のインシデント
(0例)	
-

表2 IRの集計結果 (2)

「治療中・治療後」のインシデントの内訳を示した。

-
3.治療中・治療後のインシデント
(50例)	・鍼を抜き忘れそうになった：12例（頭部：4例、頸部：3例、手部：2例、胸部：1例、大腿部：1例、足部：1例） ・予期せぬ施術方法：5例（使用鍼の番数が違った：2例、鍼刺入鍼度：1例、手技：1例、置鍼時間：1例） ・患者介助に関するインシデント：5例（治療中に誤って電動ペダルを踏んだ：3例、電動ベッドが高いまま患者を着替えさせた：1例、治療後に患者が着替える時にベッド昇降ペダルに履き物が引っかかりベッドが上がった：1例） ・予期せぬ症状の出現：2例（予期せぬ出血：1例、予期せぬ鍼のヒビキ：1例） ・予期せぬ治療穴の間違い：1例 ・ベッドからの転倒：1例（患者が体位変換する時にカーテン裏に壁があると思い手をつき、転倒しそうになった：1例） ・患者誘導に関するもの：2例（スリッパを履かせたまま退室させそうになった：1例、患者が退室する時にカーテン裏に置いていた治療ワゴンに患者が衝突し、シャーレから使用済鍼がこぼれた：1例） ・患者の放置：1例（治療者が電話対応のために置鍼したまま患者を放置し、他の治療者が患者からの呼びかけで気づき、抜鍼した：1例） ・予期せぬ症状の出現：1例（腹部に3燐鍼を10分間置鍼中に患者の悪心の訴えにより抜鍼した：1例） ・その他：20例（患者の使用済鍼を鍼廃棄用でないゴミ箱に捨てた：3例、実習生が患者退室後に使用済鍼と鍼管の数を数えていた：2例、鍼を鍼ダストに廃棄する時に手に誤刺しそうになった：1例、鍼を鍼ダストに廃棄しようとしたところ床に落ちた：1例、診療記録のメモの放置：1例、実習生が教員の指示した治療を行わずに治療を終了した：1例、実習生が患者にかけたタオルが鍼の上にかかっていた：1例、治療後、ベッド上に鍼が落ちていた：1例、患者が突然起き上がり、頭がぶつかりそうになった：1例など）
-

IRを行う目的は鍼灸臨床における医療事故を未然に防ぎ、より安全で快適な鍼灸診療を実施することである。そのことが患者だけでなく、施術者（スタッフや学生）を事故から守ることにつながると考えられる。特に臨床経験が少ない施術者（学生など）による臨床実習においてはインシデントやアクシデントが起りやすいと考えられ、事故防止のためのIRシステム導入は不可欠であると考えられた。何故なら、IRシステムの実施により、どのようなインシデント（ヒヤリ・ハット）が発生しているかを認識でき、インシデント内容（情報）をスタッフ間で共有することが出来るからである。どのようなインシデントが起っているかを認識できなければ、注意することもできないため、危険な事例は、いつかアクシデント（実害のある事故）に発展する可能性が高い。また、鍼灸センターにおける学生実習は、常に教員の指導のもとで診療が行われるが、本学4回生が主体となって診療を行う学外実習における我々の調査では、インシデントの発生率は軽微なものも含めて約22.5%であった¹¹⁾。このことから、臨床経験が少ない施術者はインシデント発生率が高くなることが考えられ、IRシステム導入の必要性が示唆される。

IRS-Mの特徴は、鍼灸臨床に携わるスタッフ（教員・大学院生・卒後研修生）や学部生に様々な形で（朝礼や連絡会でのフィードバック、学生実習簿へのIR分析結果の掲載、ポスター掲示など）繰り返しフィードバックを行うという点にある。インシデントの発生を防ぐためには1回限りのフィードバックに止まらず、繰り返しフィードバックを行うことが重要であると考えられる⁷⁻¹⁰⁾。IRS-Mでは1ヶ月に1回（1週間をかけて）鍼灸センターでの診療開始前の朝礼で前月のインシデントを紹介し、注意を促している。さらに、半年に1回程度行われる附属鍼灸センターの連絡会ではこれまでのIR内容の分析・集計結果を報告している⁷⁻¹¹⁾。このように継続的にフィードバックを行うことや、幾つかの手段を用いてIR内容を伝達することによって、スタッフや学部生に事故防止の重要性が認識される（事故防止の自覚が生じる）こともIRシステムを行う大事な点である。

最後に、IRシステムを実施する上で重要と思われる点について述べておきたい。第1点は、IR報告者が時にインシデント発生の原因であっても非をとがめられない点である。もし、インシデント報告者が、責められることになれば、報告に対する心理的な不安が生じ、事故に至らなかったインシデントは報告されなくなる可能性がある。報告されなかったインシデントの集積は結果的に重大なアクシデントを引き起こす原因となる可能性が高い。すなわち、IRを提出することは、鍼灸師として医療上の安全を守るという義務を果たしているという考えを共有することが重要であろう。第2点は、鍼灸医療においても危機管理（リスクマネジメント）を専門に行うチームを編成することが重要と考えられる。鍼灸センターでは、鍼灸センター長をリスクマネージャーとした「危機管理チーム」を編成している。このように施設長が危機管理責任者であることは、先に述べた報告者の権利を保護する権限を持つことや、危機回避のための総合的なシステム修正の実施、あるいはスタッフ全員に対する危機管理の意識付けのために非常に重要である⁸⁾。また、多面的にインシデントを分析し、解決策を探るためにも複数の教員によるチーム編成が重要と考えられた。

V. 結 語

鍼灸臨床におけるインシデントの掌握と医療事故防止のための取り組みの一環として、明治国際医療大学附属鍼灸センターにおいてIRシステム（IRS-M）を構築した。2004年7月よりIRS-Mを開始し、同スタッフを報告者として、インシデントに遭遇した日（または発見した日）に同センターで独自に作成したIR用紙を提出させた。報告された事例内容は1ヶ月に1度、種々の方法でスタッフや学生にフィードバックされた。2004年7月から2005年9月までの総報告事例は146例であり、その内訳は「治療環境96例」、「治療前0例」、「治療中・治療後50例」であった。治療環境に関するインシデントでは「不適切な鍼灸施術道具の処理：66例」、治療中・治療後のインシデントでは「鍼を抜き忘れそうになった：12例」が最も多かった。1ヶ月に平均10事例が起っていたが、

事例内容は鍼灸師自身が注意すれば防げるものがほとんどであった。したがって、鍼灸臨床における医療事故防止のためには教員や学生に情報を継続的にフィードバックし、粘り強く注意を促すことが重要と考えられた。

文 献

- 1) 榎田高士, 宮崎浩一, 山崎寿也, 吉備登, 北村智, 錦織綾彦. 鍼灸治療における感染防止について. 全日鍼灸会誌. 2003; 53(3): 367.
- 2) 菅原正秋, 森戸麻美, 吉川恵士. 肩甲間部における刺鍼および低周波鍼通電の安全性の検討 第2報. 全日鍼灸会誌. 2005; 55(3): 444.
- 3) 山下 仁, 津嘉山洋. 鍼による気分不良 (暈鍼). 全日鍼灸会誌. 2005; 55(3): 443.
- 4) Yamashita H, Tsukayama H. Safety of acupuncture: incident reporting and feedback may reduce risks. BMJ. 2002; 324: 170-1.
- 5) Yamashita H, Tsukayama H. Safety of acupuncture practice in Japan: patients, therapist negligence and error reduction strategies. eCAM. 2008; 5(4): 391-8.
- 6) 梁井 皎, 大坂顯通 編集. 実践 医療リスクマネジメント. 東京. 株式会社じほう. 2004: 39-40.
- 7) 鶴 浩幸, 江川雅人, 石崎直人, 福田文彦, 今井賢治, 仲西宏元ら. 明治鍼灸大学における鍼灸インシデントレポートシステムの試み. 全日鍼灸会誌. 2005; 55(3): 186.
- 8) 鶴 浩幸, 江川雅人, 石崎直人, 福田文彦, 今井賢治, 仲西宏元ら. 明治鍼灸大学附属鍼灸センターにおける鍼灸インシデントレポートシステムの試み. 明治鍼灸医. 2006; 36: 88.
- 9) 鶴 浩幸, 江川雅人, 石崎直人, 福田文彦, 今井賢治, 仲西宏元ら. 明治鍼灸大学附属鍼灸センターにおける鍼灸インシデントレポートシステムの構築. 第9回日本代替・相補・伝統医療連合会議, 第5回日本統合医療学会合同大会2005抄録集. 2005: 152.
- 10) 鶴 浩幸, 江川雅人, 北小路博司, 矢野忠. 鍼灸臨床教育の現場におけるインシデントレポートシステムについて (明治鍼灸大学附属鍼灸センター方式インシデントレポートシステムの概要). 季刊東洋医学. 2006; 12(3): 2-8.
- 11) 鶴 浩幸, 江川雅人, 越智秀樹, 水沼国男, 石崎直人, 福田文彦ら. 学外鍼灸臨床実習における鍼灸インシデントレポートの試み. 全日鍼灸会誌. 2006; 56(3): 167.

Research Report

Construction of incident report system in Center of Acupuncture Science, Meiji University of Integrative Medicine

TSURU Hiroyuki, EGAWA Masato, IMAI Kenji, KITAKOUJI Hiroshi

Center of Acupuncture Science, Meiji University of Integrative Medicine

Meiji University of Integrative Medicine

Abstract

[Objective] To alleviate incidents and prevent medical accidents in acupuncture and moxibustion therapy, we constructed an incident report (IR) system at the Center of Acupuncture Science, Meiji University of Integrative Medicine.

[Methods] The IR system was operated with the center staff as reporters. The staff reported incidents when encountered or found. The cases of incidents were added up per item, and the contents of incidents fed back per month to staff and students. The feedback was given orally at a morning assembly, and a feedback poster was put up.

[Results] There were 146 cases from July 2004 to September 2005. The contents of incidents were 96 cases concerning the environment of treatment, 0 for incidents before treatment and 50 during or after treatment. The largest number of incidents in the environment of treatment was 66 cases for inappropriate disposal of instruments. The largest number of incidents during or after treatment was 12 cases in nearly forgetting to remove acupuncture needles from the body.

[Discussion] Ten mean cases per month occurred as incidents. However, it was clear that the incidents in most cases could have been prevented if the acupuncturist had been noticed and took measures to deal with the situation. To prevent medical accidents, we consider a need to continuously feed back the contents of incidents to instructors and students and call them to their attention.

Zen Nihon Shinkyu Gakkai Zasshi (Journal of the Japan Society of Acupuncture and Moxibustion: JJSAM). 2010; 60(1): 64-73. Received 8 Jan, 2009 Accepted 13 Dec, 2009

Key words: risk management, medical accident, incident, acupuncture, moxibustion