

## 安全でゆきとどいた医療・看護の実現をめざして —医療事故及び看護職員のメンタルヘルス調査結果から課題を探る—

### Problems Toward Safe and Attentive Medical Service and Care

#### —Analysis of the Investigation of Medical Accident and Mental Health of Care Staff—

高 遠 三 和\*

Mituwa Takatou

#### はじめに

医療の安全・安心を確保することは、医療政策の最重要課題の1つである。厚生労働省では、この点を踏まえ、2002年4月に医療安全対策検討会議を設置し、今後の目指すべき方向性と緊急に取り組むべき課題について取りまとめを行っている。その内容（「医療安全推進総合対策」）は、『医療の安全と信頼を高め、行政をはじめ、医療機関、医療品医療用具製造業界、関係各団体すべてが積極的に取り組むことが必要であり、この安全対策を医療従事者個人の問題だけでなく、医療システム全体の問題としてとらえ、体系的に実施すること』<sup>1)</sup>とその重要性を指摘している。

厚生労働省では、この報告を踏まえ、①医療機関における安全対策 ②医薬品と医療用具の安全対策 ③医療従事者に対する医療安全教育研修対策ほか ④調査研究等の必要な整備 ⑤全都道府県等に公的な相談体制である医療安全支援センターの設置推進 ⑥ヒヤリ・ハット事例等収集事業 ⑦事故事例収集事業などの施策を掲げ、医療現場における『安全文化の醸成』を実現したい意向を示している。しかし、このような厚生労働省の施策が示されてから4年が経過した今日、医療事故についての報道は、後を絶つことなく増加の傾向にあり、医療事故が世間に与えている影響と医療への不安・不信任感を増幅している。

このような状況を察知した長野県医療労働組合連合会は、2004年に『医療事故をなくし、安全でゆきとどいた医療・看護の実現のための県民アンケート調査』を実施し、県民の医療事故への意識調査を行っている。また、他の機関でも医師・看護師の労働実態や、医療事故及び健康問題等の調査が実施され、その調査の結果については各報道機関からも報道されている。

今回、長野県医療労働組合連合会による長野県民意識調査の結果及びその他の機関による調査結果の報道内容と、JA長野県厚生連安曇総合病院の看護職員の医療事故及びメンタルヘルス調査結果などを分析し、安全でゆきとどいた医療・看護の実現をめざしていくための課題を探ってみたので報告する。

以下、Ⅰ. 研究の経緯・動機・意義 Ⅱ. 医療におけるリスクマネジメントに関する用語の基本的な考え方（用語の概念整理）Ⅲ. 長野県民の意識調査の結果（報告の概要）Ⅳ. 看護職員の医療事故調査の結果（各機関による調査結果の報道概要）Ⅴ. JA長野県厚生連安曇総合病院の看護職員の医療事故及びメンタルヘルス調査の結果Ⅵ. 考察Ⅶ. 結びと今後の研究課題などの順に述べる。

#### Ⅰ. 研究の経緯・動機・意義

本研究のきっかけは、2004年9月4日に開催さ

\* 社会福祉学部講師（2006. 3. 31退職）

れた、「長野県医療労働組合連合会・第20回医療研究集会」の分科会の助言を依頼されたことと、2005年5月14日に開催された、「長野県看護集会」のシンポジウムのコーディネーターの依頼を受けたからである。

また、このような役を引き受けることにした動機は、常日頃、身近なところで実際に聞く幾つかの医療事故は初歩的なミスばかりで、何故このような医療事故が起こるのかの疑問を感じていたことと、報道機関を通して頻繁に医療事故が報道され、家族の残念無念の気持ちが伝わっているにも関わらず何もできないでいる自分に歯がゆさや苛立ち、そして看護職者としての責務を感じていたからである。そこで何らかの形で少しでも役立つことができるとする思いを実現していく手立てとして、まず医療現場における医療事故及びその発生要因の実態を把握するための関係情報を収集することから始めることにした。

医療従事者の内、医師や看護職者は、直接的に患者に接触する機会が頻繁であるだけに、当事者の医療事故件数は多い。これらの職種の人材は、特殊な事例を除けば、人々の生命と健康を守るための医療と看護を献身的にしているはずなのに、何故、医療事故を起こしてしまうのか。限られた資料の中から、医療事故の無い安全・安心の医療・看護の実現をめざしていくための問題点と課題を探り、看護職者としての責務を果たしていく研究としたい。

## Ⅱ. 医療におけるリスクマネジメントに関する用語の概念整理

医療におけるリスクマネジメントに関する用語としては、『医療事故』・『医療過誤』・『ニアミス』・『インシデント』・『アクシデント』・『ヒヤリ、ハット』・『エラー』などがキーワードとして用いられている。これらの用語の定義と分類および用語活用の表記においては、多少の相違がある。本文中では、厚生労働省の検討報告書（「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」の『患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書』1999年5月）が示したものと、「日本看護協会」（『組織で取り組む医療事故防止』1999年9月）が示したものを参考に整理をして活

用している。

以下、それらの用語について、概念整理したものを記す。

### <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む。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する言葉として使われる。

### <医療過誤>

医療従事者が行う業務上の事故の内、過失の存在を前提としたもの。過失とは、行為の違法性、すなわち客観的注意義務違反をいう。注意義務は、結果発生予見義務と結果発生回避義務とに分けられる。つまり、医療の過程にある医療従事者が当然払うべき業務上の注意義務を怠り、これによって患者に障害を及ぼした場合をいう。

### <インシデント>

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。インシデントについての情報把握・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・ハット報告書」「ニアミス報告書」とも表現される場合がある。つまり、患者に障害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で“ヒヤリ”“ハット”した経験の場合をいう。

### <アクシデント（事故）>

インシデントに気づかなかつたり、適切な処置が行われないと、障害が発生し、「事故」となる。医療におけるリスクマネジメントで取り扱う「事故」とは、患者だけでなく、来院者、職員に障害が発生した場合を含む。予期しない事故である。事故報告書は、事故に関する情報収集を分析するための報告書である。

### <エラー>

人の誤り全般を指す。ミスとスリップが含まれる。ミスは、不適切な目標を選んでしまう誤りである。スリップは、目標を行為に移す過程で無意識に発生した目標とは異なる行為である。

Ⅲ. 医療事故をなくし、安全でゆきとどいた医療・看護の実現のための「長野県民アンケート調査」の調査結果（「長野県医療労働組合連合会」の報告概要）<sup>2)</sup>

【調査の概要】

- ・調査機関 長野県医療労働組合連合会
- ・調査期間 平成16年2月～8月
- ・調査対象 長野県民13万人
- ・調査方法 ハガキに設問6項目と意見欄を記入して配布
- ・回収数 (%) 2,892通 (2.7%)  
\*意見欄記入数 816通

【調査結果】

1) 設問6項目の集計結果

- ①これまで受診した医療機関であなたや家族が医療ミスの被害を受けたか、受けたと感じたことはありませんか。

表1 単位：人

ア ある	896
イ ない	1964
無回答	29
他	5
合 計	2894

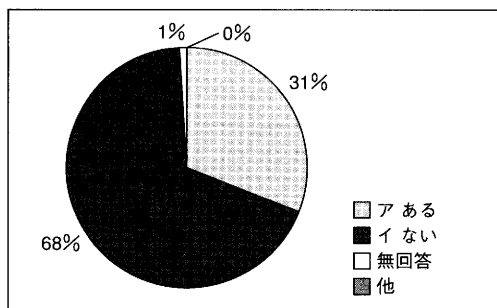


図1

- ②今後、あなたや家族が医療ミスや医療事故の被害となる不安はありますか。

表2 単位：人

ア ある	2586
イ ない	275
無回答	30
他	3
合 計	2894

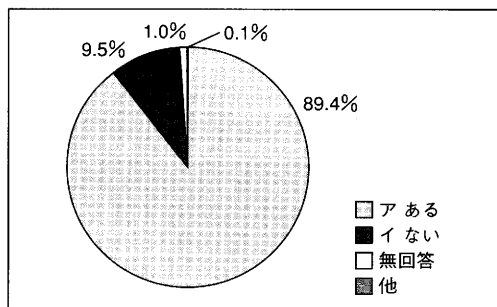


図2

- ③あなたは医療事故や医療ミスをなくすために、医師や看護師などの増員や労働条件の改善が必要だと思いますか。

表3 単位：人

ア 思う	2308
イ やや思う	443
ウ 思わない	108
無回答	28
他	7
合 計	2894

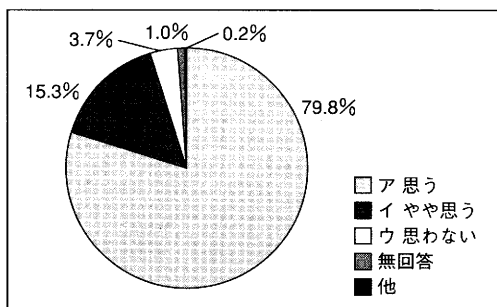


図3

- ④あなたは医療機関が医療事故を隠していると思いますか。

表4 単位：人

ア 思う	1487
イ やや思う	1113
ウ 思わない	244
無回答	48
他	2
合 計	2894

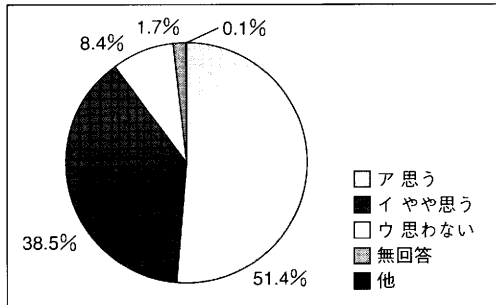


図4

⑤あなたは、あなた自身の診断結果や治療方法を記したカルテや検査結果など診療録の開示を希望しますか。

表5 単位：人

ア 希望する	2513
イ 希望しない	330
無回答	47
他	4
合 計	2894

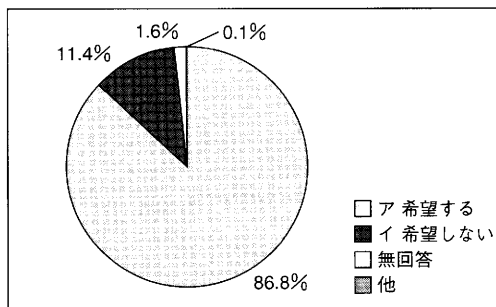


図5

⑥医療事故防止対策を医療機関で実施するために、国において必要な予算の確保、診療

報酬上の措置など、医療機関に対する経済的な支援は必要だと思いますか。

表6 単位：人

ア 必要だ	2267
イ 必要でない	165
ウ わからない	408
無回答	47
他	4
合 計	2894

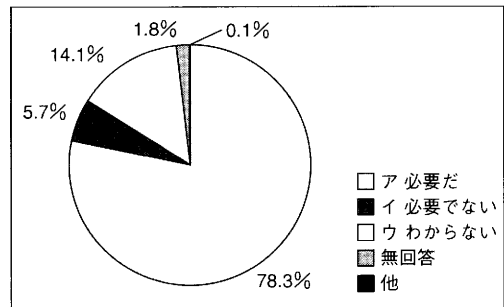


図6

医療ミスの被害を受けたか、受けたと感じている人は、回答者の内3.3人に1人である。医療ミスや医療事故の被害者となる不安を抱いている人は約9割近くいる。このような医療ミスや医療事故の背景要因について県民は、人手不足や労働条件などが影響していることを示唆している。また、医療機関は医療事故を隠していると多少でも思っている県民は、約9割近くいる。長野県民は、医療事故に対しての不安と医療機関への不信感を抱いている人が多い。

2) 記入欄にあった意見の概要

- ①医療ミス・事故に関する意見
- ②病院や医療従事者に対する意見
- ③医療従事者の労働に関する意見
- ④医療制度や医療費に関する意見
- ⑤カルテ開示・インフォームドコンセント関係
- ⑥その他

今回は、①の医療ミス・医療事故に関する意見(複数回答)を紹介する。この件の意見は133件である。(別添資料1) その内容を概括すると以

下の通りである。

- ①医療機関・医療従事者の誠意・基本的態度・謝罪への要望 (45件)
- ②事故を教訓に体質改善・危機管理意識・チェック体制・マニュアル化などの要望 (25件)
- ③労働条件に関する問題 (21件)
- ④技術・人間教育など資質の向上に関する要望 (15件)
- ⑤医療事故への怒り・悲しみ・不安・恐怖などの表現 (16件)
- ⑥医療制度・行政・関係機関などへの免許・処分・事故保険などの要望 (11件)
- ⑦医療事故があった場合のカルテ開示への要望 (8件)
- ⑧医療事故の真実が追求できる窓口や第三者機関の設置への要望 (7件)
- ⑨医療費請求にかかわる要望 (5件)
- ⑩医師と看護師の連携と患者への十分な説明への要望 (4件)

医療事故はあってはならない。しかし、医療事故が発生した場合、医療機関や医療従事者は、誠意をもって謝罪すべきなど、基本的な態度への意見が多い。また医療事故が発生した場合は、そのことを教訓に医療事故を起こさないリスクマネジメントなど、危機管理意識とその体制づくりを医療システム全体として高じていくことを示唆している要望が多い。その他、専門職者の教育と資質の向上・被害者への対応・行政機関への要望など切実な意見の記入がある。

#### IV. 看護職員の医療事故調査の結果 (各機関による調査結果の報道概要)

##### 1. 医療労働組合連合会の調査結果

###### 【調査の概要】

- ・調査機関 ①日本医療労働組合連合会  
②千葉県医療労働連合会 ③秋田県医療労働連合会 ④埼玉県医療労働連合会
- ・報道機関 ①朝日新聞 ②千葉日報 ③河北新報 ④NHK
- ・調査期間 2004年10月～2006年3月
- ・事故調査対象期間 過去3年間

- ・調査対象 2000人～3000人 (日本医療労働組合連合会のみ17000人)
- ・回収率 30%～38.1%

【調査結果】 \*ここでの用語は新聞記事に記載されていた用語をそのまま用いている。

##### 1) 医療ミス・ニアミス経験者

\*数値は各報道機関の平均値を示す。

医療ミス・ニアミス経験者は84.3%である。その背景要因は以下の通りである。

- ①勤務後も疲れが残る 75.1%
- ②現場の忙しさ・人手不足 71.8%
- ③最近、業務量が増えた 62.1%
- ④知識・技術の未熟さ 24.9%
- ⑤医師と看護師との連携 22.2%

##### 2) 十分な看護ができない 70.7%

(理由)

- ①患者数の増加 65.4%
- ②人手不足 60.0%

##### 3) 仕事を辞めたい 71.3%

(理由)

- ①仕事が忙しい 35.8%
- ②達成感がない 21.1%

医療ミス・ニアミスは、仕事量が増えたにもかかわらず、人手不足で忙しく、勤務後も疲れが取れないことが、主たる背景要因であることを示唆している。また、その他としては、知識・技術の未熟さ・医師との連携の悪さなどを上げている。

医療ミス・ニアミス経験者は、平均84.3%である。その内、行政処分を受けている人について見ると以下の通りである。

##### 2. 看護職員の医療事故経験者への行政処分

###### 【調査の概要】

- ・報道機関 毎日新聞
- ・掲載年月日 2005年12月27日
- ・調査期間 1989年～2004年 (過去15年間)
- ・行政処分内容 ①「免許取り消し」(18件) ②「業務停止」(95件)

- \* 処分過程は、保健師助産師看護師法に基づいて、罰金以上が確定した場合などを対象に、厚生労働省の諮問機関「医道審議会」の審議を経て決定する。
- \* 厚生労働省は、医療の質と安全性の向上のため、医師と歯科医師に対する行政処分を2007年度から「戒告」を新設し、医業停止と戒告を受けた場合の再教育を課す予定である。看護師と助産師、保健師も「戒告」を新たに設け、できるだけ早く再教育を導入する方針であることを示している。
- \* 最高裁の医療事故統計では、2004年の提訴数は1107件である。初めて1000件を越え、過去10年間で2.3倍に増えていることを示している。

看護職員の行政処分の年次推移については明らかでない。過去15年間の年平均では、①の「免許取り消し」は、平均1件～2件である。②の「業務停止」は、平均6件～7件である。また、日本看護協会ニュース (Vol 1.467 2006.5.15) によれば、2005年(1月1日～12月31日)の1年間で、看護職員が関与した医療事故報道(刑事上の責任・行政処分)では、看護職員が医療事故の当事者として、書類送検された件数は16件(該当者は20人)。刑事処分が確定したのは12件(該当者は15人)。罰金以上の刑を受け、行政処分を受けたのは13件(該当者は15人)である。この内、行政処分が決定したのは33人で、業務停止2～6ヶ月の処分を受けた者は15人である。一方、最高裁の医療事故統計によれば、過去10年間で2.3倍であることなど、医療現場で業務をしている看護職員の医療事故件数及びその該当者は増加の傾向にある。

### 3. 日本医療機能評価機構への重大医療事故報告の概要

日本医療機能評価機構は、旧厚生省や日本医師会が1995年に設立した財団法人の機関である。2004年の10月から大学病院など、276病院(147000床)を対象に、医療事故が発生した際は同機構に報告するよう義務付(罰則規定はない)けられて

いる。この病院数は、全国の中小病院の1割である。

この機構への報告義務条件は、①明らかな過誤で患者が死亡もしくは障害が残ったケース ②明らかな過誤は認められないが、医療行為や管理上の問題で患者が死亡するか障害が残ったケースなどである。

#### 【調査の概要】

- ・ 調査機関 日本医療機能評価機構
- ・ 報道機関 ①朝日新聞 ②産経新聞  
③毎日新聞 ④読売新聞
- ・ 掲載年月日 2005年4月16日
- ・ 調査対象 報告が義務化されている  
276病院
- ・ 集計期間 2004年10月～2005年3月  
(6ヶ月間)

【医療事故発生場面(読売新聞 2005・4・16)】(表7)

表7

発生場面	件数	内死亡者数
①療養上の世話	148	18
②治療処置	147	21
③ドレーン・チューブ	39	3
④薬剤	30	1
⑤医療用具の使用・管理	23	1
⑥検査	17	5
⑦輸血	1	0
⑧歯科医療具・材料	1	0
⑨その他	39	13
⑩記載なし	88	21
合計	533	83

日本病院機能評価機構では、記入漏れがあり重要情報が不足していたことについて、「病院側は初回なので、病院の特定を恐れているため」と推測している。また、事故発生件数については、全国の病院の1割に過ぎない対象病院だけでも、半年間533件であるので、今回の数字から実際に発生している医療事故はかなりの数になるのではないかと推定している。

医療事故の加害者になりやすい医師と看護師の場合、特に投薬プロセスからみた看護職の事故・エラーについては、Batesrら1995・Leapeら1995<sup>3)</sup>によると、看護師の事前発見と訂正例は、僅か2%と極端に低く、事故を発生しやすい状況下で業務をしていることがわかる。医師の場合は、看護師や薬剤師などによって事前発見され訂正されるので医療事故の発生を防ぐことができる。しかし、看護師の場合は、看護師と患者の間で事前発見され、訂正されることはほとんどないので、エラーが起きやすい状況下にあるといえる。(表8)

また、時間帯別の事故発生状況については、某県立6病院で2004年の1年間に起きた医療事故(アクシデント)327件について、事故発生時間帯別に集計している。(中日新聞 2005・2・24) 図8によれば、アクシデント・インシデントともに、午前10時から正午までの時間帯が最も多く、全体の16%に当たる51件が発生している。インシデントも15%の750件が起き、某県立6病院全てがこの2時間が最も多いことを示している。また、この2時間内での医療ミスは、薬剤投与ミスが最多であったことを記載している。この時間帯での医療事故については、看護師の引継ぎと患

者の食事・投薬と重なっていることなどから、業務と人の分散が鍵であることを記述している。この時間帯別の事故発生については、JA 長野県厚生連安曇総合病院の事故発生の時間帯別発生状況とはほぼ一致している。(図9)

#### 4. 研修医・常勤医師の労働環境

##### 1) 研修医の労働環境

###### 【調査の概要】

- ・報道機関 読売新聞(2006・1・6)
- ・調査機関 筑波大学付属病院(前野哲博助教授など)
- ・調査期間 2003年~2004年
- ・調査対象 全国46ヶ所の大学病院・医療機関で働く研修医910人
- ・回答者数 445人(研修期間~9ヶ月後までの追跡できた人)

###### 【調査結果】

- ①平均労働時間 74時間
- ②週90時間以上働いている人 15%(1人/7人)

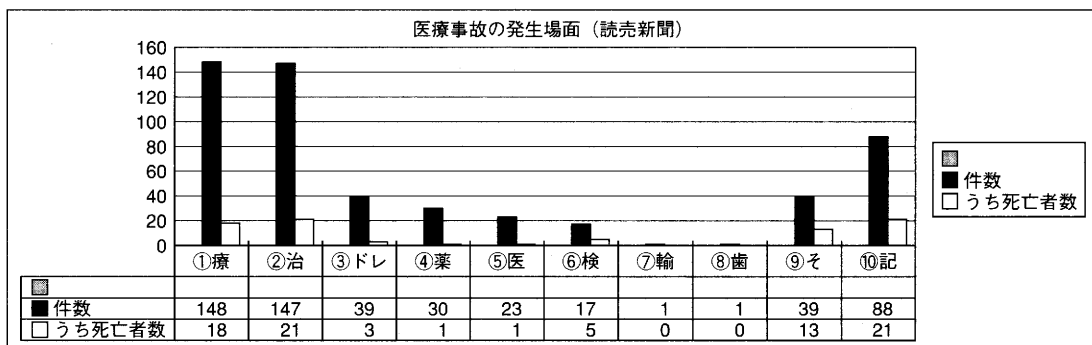


図7 医療事故の発生場面(読売新聞 2005・4・16)

表8

	医師の指示 ⇒	複写 ⇒	薬剤師による調剤 ⇒	看護師による投薬
エラーの割合	39%	12%	11%	38%
幸運例	20%	63%	55%	67%
事前発見・訂正例	48%	33%	34%	2%

山内桂子・山内隆久『医療事故—なぜ起こるか、どうすれば防げるか』朝日新聞社刊2000年 P105 (Batesrら1995、Leapeら1995年より)

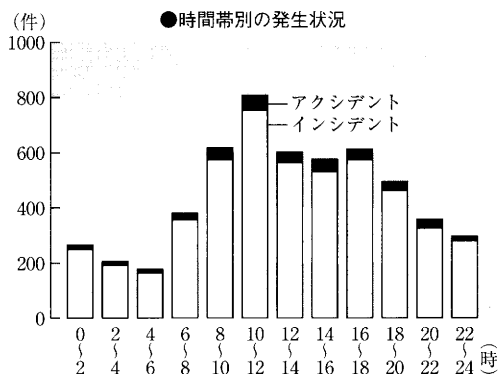


図8 某県立6病院の時間帯別の事故発生状況

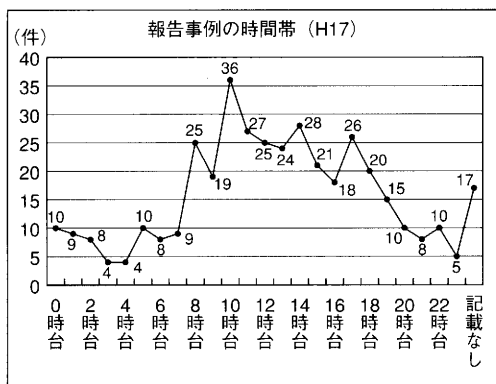


図9 JA長野県厚生連安曇総合病院の時間帯別の事故発生状況 (太田泰子作成)

前野哲博は、以上の労働実態について、『1日13時間以上働いている計算になる。「うつ症状」「疲弊感」などのストレス反応を測定する数値も90時間以上の人は、急激に高まり、それ未満の人たちと比べると40%も悪化した。その結果、患者に優しく接することができなくなり、医療ミスを起こすことが分った。一方で、仕事における「達成感がある」「自由裁量の度合いが高い」「同僚・上司の支援がある」という人は、90時間以上働いてもストレス悪化を示す数値が低かった。過酷な労働条件はストレスが高まり、医療の質の低下を招く』と述べている。

2) 常勤医師の労働環境

【調査の概要】

- ・ 報道機関 信濃毎日新聞 (2006・3・28 中間報告)
- ・ 調査機関 厚生労働省
- ・ 調査時期 掲載なし

・ 調査対象 全国230病院の常勤医師11600人

・ 回答者数 (%) 6650人 (57.3%)

【調査結果】

- ①平均労働時間 週63.3時間  
『労働基準法の月100時間に近い残業で、過労死が起きてもおかしくない状況である』と記述されている。
- ②診療科別診療時間  
外来 15.3時間 入院 24.4時間  
計 約40時間
- ③診療科別労働時間  
産婦人科 (69.3時間) 小児科 (69.4時間) 外科 (66.1時間)
- ④離職状況  
同一病院に3年以上勤務の医師は、2人/3人で、3年前より、負担が増えたと感じている。この理由としては、病院の診療以外の業務 (62.3%)・教育指導 (49.4%)・外来患者数が増えた (48.3%) などである。

1) の研修医や2) の常勤医師は、過酷な労働条件下で業務を遂行している。看護職員の業務の1つには、「診療の補助」業務があり、医師の過酷な労働実態は看護職員の労働実態に連動するため、看護職員も医師と同様に過酷な労働条件下で業務を遂行していることを推定することができる。

V. JA長野県厚生連安曇総合病院看護職員の医療事故及びメンタルヘルス調査結果

【調査の概要】

- ・ 調査時期 2006年1月1日～1月10日
- ・ 調査対象 看護職員 67人/201人 (助手3人・パートの看護師1人を含む)
- ・ 調査方法 各職場の責任者が看護職員2人～3人に対し1人をランダムに依頼
- ・ 測定用具 ①日本ヘルスカウンセリング学会の7つのチェックリスト (尺度) を活用  
②医療事故と身体・精神・行



動症状についての質問用紙を  
活用

・回答者数 62人 (92.5%)

1. メンタルヘルスアンケート集計結果

1) 年齢階級別・性別

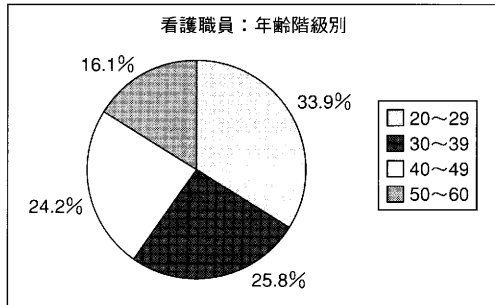


図10

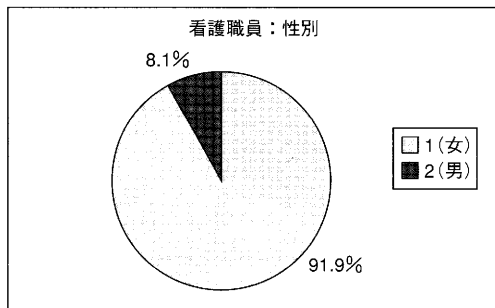


図11

年齢別では、20才代が多く、次ぎに30才代・40才代で、50才代は少ない。また、女性が圧倒的に多い。

2) 尺度別結果

\* 各尺度の意義と評価点の解釈(別添資料2)

\* 未事故群には、インシデント体験者16人を含む。

(1) 心の依存度

表10 事故群

尺度点	人数
4点以下	7
5~8点	11
9点以上	8
合計	26

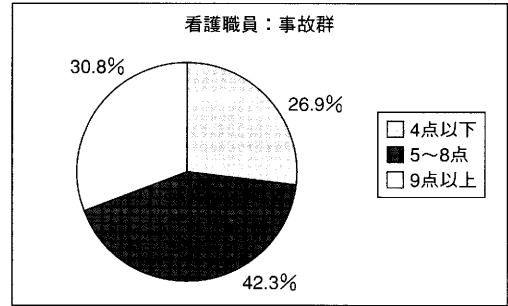


図12 事故群

表11 未事故群

尺度点	人数
4点以下	14
5~8点	15
9点以上	7
合計	36

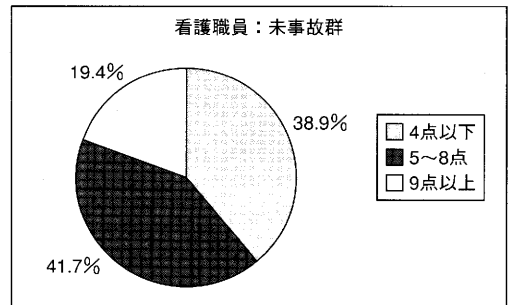


図13 未事故群

かなり依存・やや依存的タイプは、事故群に多い。また、依存度4点以下を比較すると、事故群より未事故群の方に多い。よって事故群には、依存的タイプの人が多い傾向にある。

(2) イイコ尺度

表12 事故群

尺度点	人数
6点以下	3
7~10点	10
11~14	9
15以上	4
合計	26

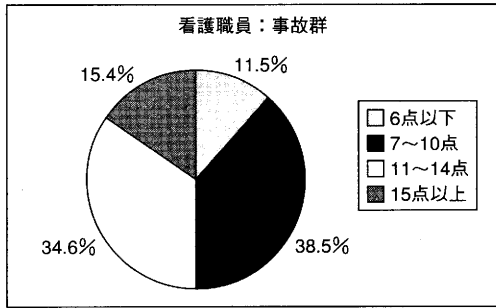


図14 事故群

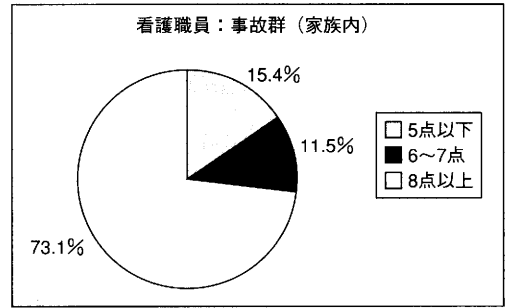


図16 事故群（家族内）

表13 未事故群

尺度点	人数
6点以下	2
7~10点	18
11~14点	9
15点以上	7
合計	36

表15 未事故群（家族内）

尺度点	人数(家族内)
5点以下	4
6~7点	3
8点以上	29
合計	36

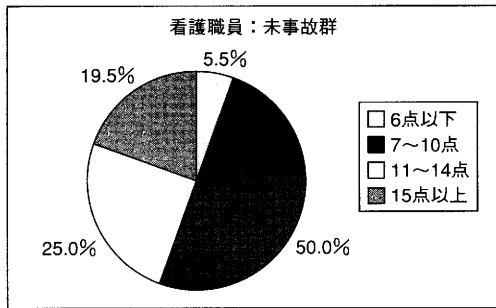


図15 未事故群

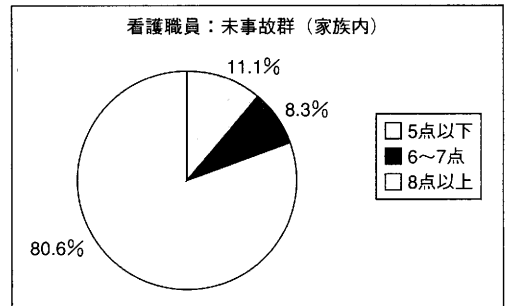


図17 未事故群（家族内）

事故群には、自己抑制の弱い人が多く、自己抑制がかなり強い人は少ない。しかし、自分の意見を言わない方が安心と自己抑制している人は多い。7点~10点の日本的タイプは未事故群に多い。

家庭内サポートは、両群共に良い状態であるが、どちらかといえば未事故群の方が良い傾向にある。

(3) 情緒的支援ネットワーク尺度

表14 事故群（家庭内）

尺度点	人数(家族内)
5点以下	4
6~7点	3
8点以上	19
合計	26

表16 事故群（家庭外）

尺度点	人数(家族外)
5点以下	3
6~7点	2
8点以上	21
合計	26

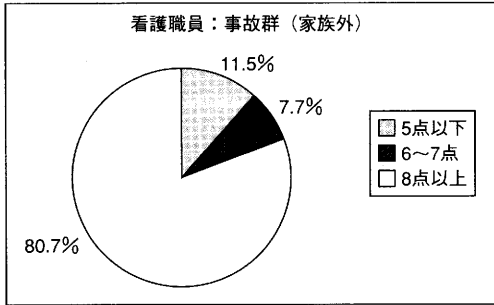


図18 事故群（家庭外）

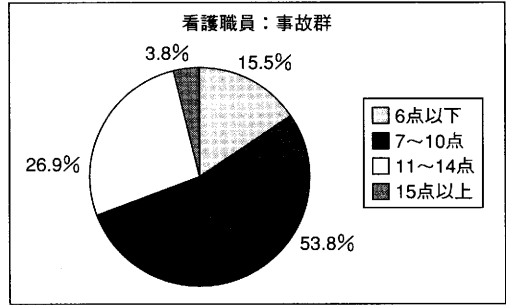


図20 事故群

表17 未事故群（家庭外）

尺度点	人数(家族外)
5点以下	6
6～7点	5
8点以上	25
合計	36

表19 未事故群

尺度点	人数
6点以下	2
7～10点	21
11～14点	11
15点以上	2
合計	36

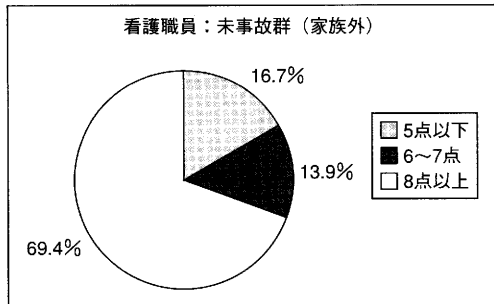


図19 未事故群（家庭外）

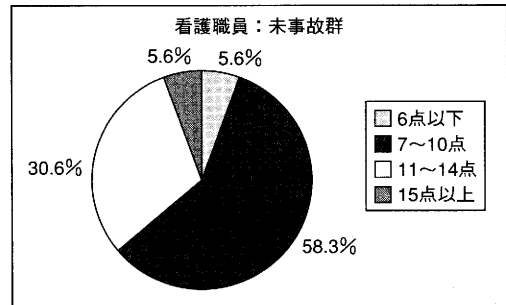


図21 未事故群

家庭外サポートは、事故群の方に多く、未事故群の方が少ない。

(4) 問題解決行動尺度

表18 事故群

尺度点	人数
6点以下	4
7～10点	14
11～14	7
15以上	1
合計	26

11点以上の現実的な気持ちはやや強いが、強いタイプは未事故群に多い。6点以下の低い人も未事故群は少ない。したがって未事故群には、問題解決行動を取ることができる人が多く、事故群には、問題解決行動を取ることができない人が多い傾向にある。

(5) 自己価値感尺度

表20 事故群

尺度点	人数
0～6点	20
7～8点	4
9点以上	2
合計	26

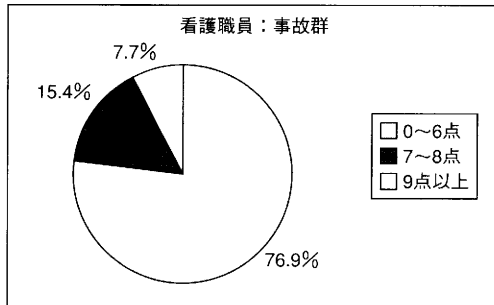


図22 事故群

表21 未事故群

尺度点	人数
0～6点	25
7～8点	6
9点以上	5
合計	36

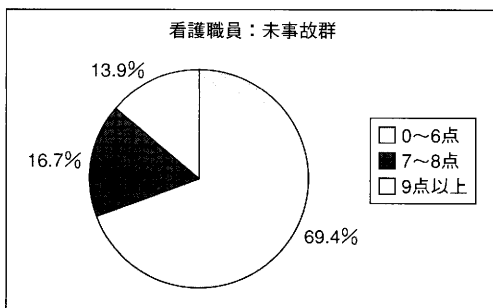


図23 未事故群

自己価値感6点以下は、事故群に多い。9点以上の自信がありストレスに強いタイプは、未事故群に多い。よって、事故群には自己価値感が低い人が多い傾向にある。また、両群共に自己価値感、低い傾向にある。

(6) 不安傾向尺度

表22 事故群

尺度点	人数
31点以下	4
32～34点	2
35～41点	5
42点以上	15
合計	26

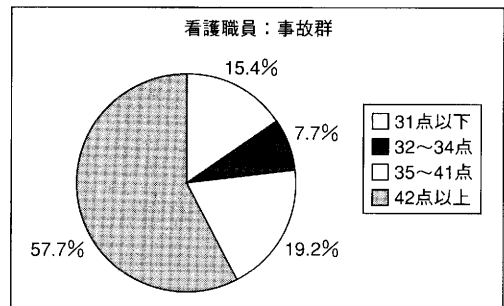


図24 事故群

表23 未事故群

尺度点	人数
31点以下	5
32～34点	3
35～41点	9
42点以上	19
合計	36

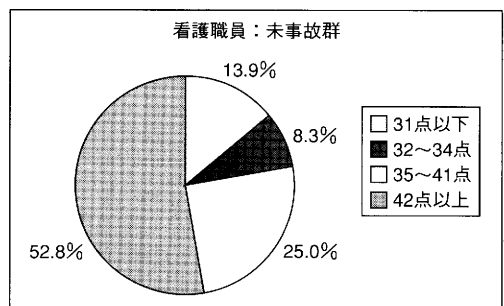


図25 未事故群

42点以上の「かなり不安に陥りやすい」は、事故群の方がやや多い。35点～41点の「やや不安に陥りやすい」は、未事故群の方が多い。この両方を合わせると「不安に陥りやすい」タイプは、8割弱になる。

(7) 抑うつ尺度

表24 事故群

尺度点	人数
35点未満	9
36～48点	12
49～68点	5
69点以上	0
合計	26

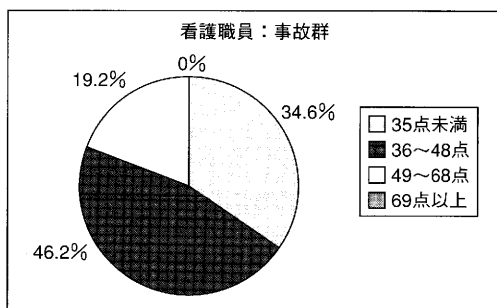


図26 事故群

表25 未事故群

尺度点	人数
35点未満	14
36～48点	17
49～68点	5
69点以上	0
合計	36

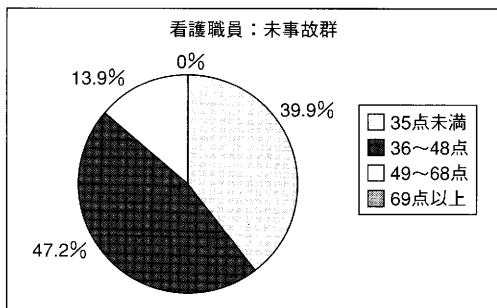


図27 未事故群

69点以上の「うつ気分がかなり強い」人は、両群共にいない。49点～68点の「いつもイライラ、憂うつ、泣きたくなる気分」の人は、事故群の方

がやや多い。また、36点～48点の「ややうつ気分」の人は、両群に5割弱いる。35点未満で「うつ気分もなく、ストレスを感じない」で業務をしている人は、両群に3割～4割程度いるが、未事故群の方がやや多い傾向にある。

3) アクシデント・インシデント経験者と年齢階級別割合

系列1：未事故群

系列2：アクシデント・インシデント経験群

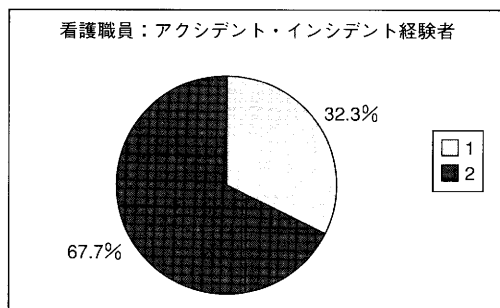


図28 アクシデント・インシデント経験者

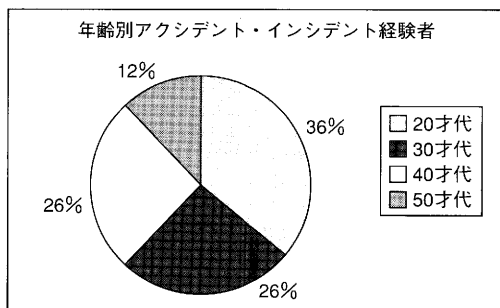


図29 年齢別アクシデント・インシデント経験者

アクシデント・インシデント経験者は約7割弱である。また、年齢別では20歳代が多く、50歳代が少ない。

4) 年齢階級別、アクシデント・インシデント経験群別メンタルヘルス傾向

系列1：アクシデント・インシデント経験群

系列2：アクシデント経験群

系列3：インシデント経験群

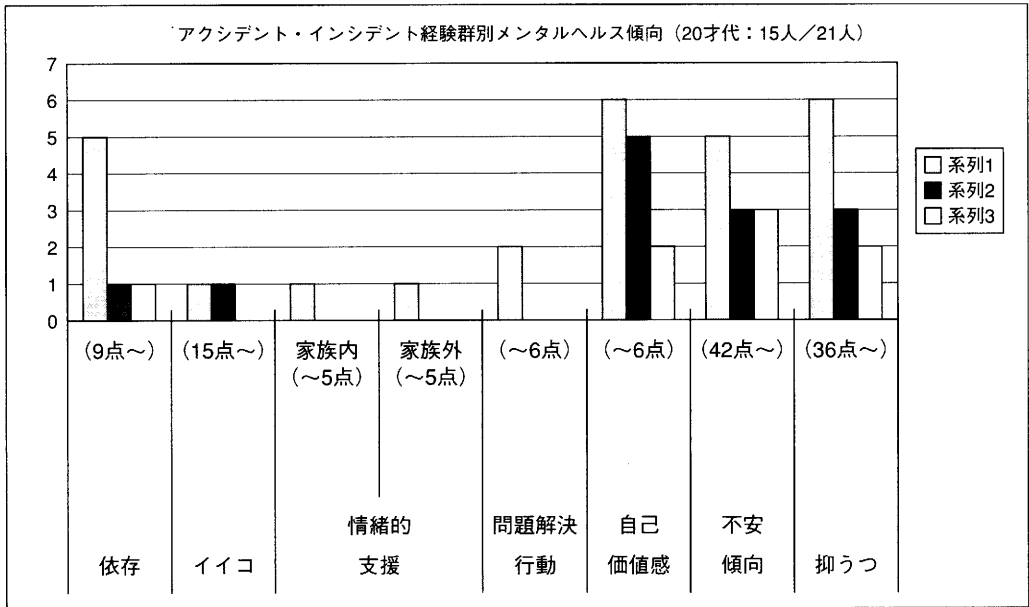


図30 アクシデント・インシデント経験群別メンタルヘルス傾向 (20才代)

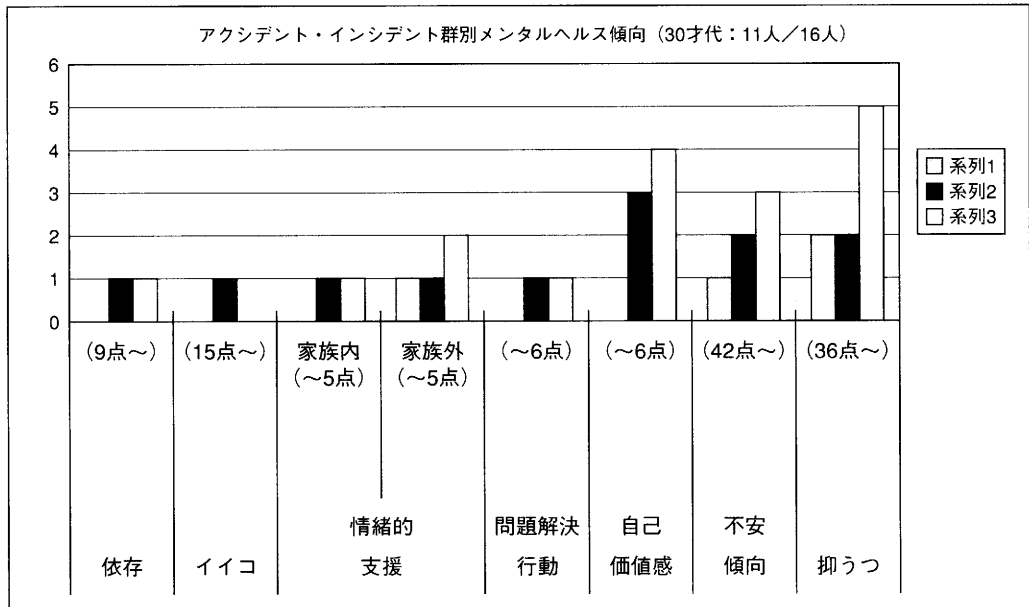


図31 アクシデント・インシデント経験群別メンタルヘルス傾向 (30才代)

20歳代では、アクシデント・インシデントの両方を経験している人が多く、次いでアクシデント経験者、インシデント経験者である。メンタルヘルス傾向としては、心の依存度が高く、自己価値感が低く、不安傾向・抑うつ傾向の人が多い。

30歳代では、インシデント経験者が多い。次いで

でアクシデント経験者で、アクシデント・インシデントの両経験者は少ない。この点は20歳代と異なる。メンタルヘルス傾向としては、自己価値感が低く、不安傾向や抑うつ傾向の人が多い傾向にある。心の依存度が高くない点も20歳代と異なる。

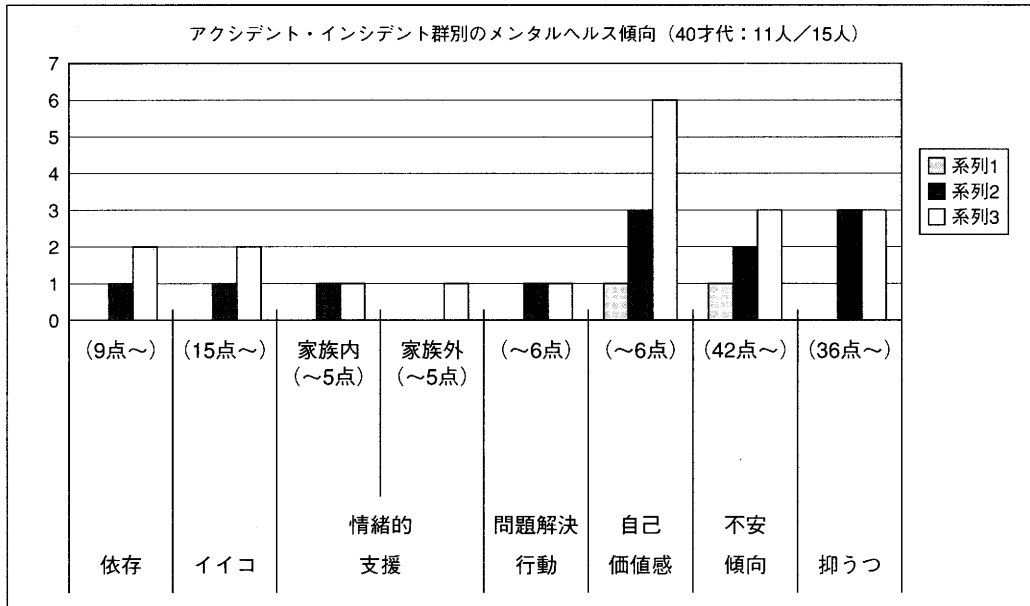


図32 アクシデント・インシデント経験群別メンタルヘルス傾向 (40才代)

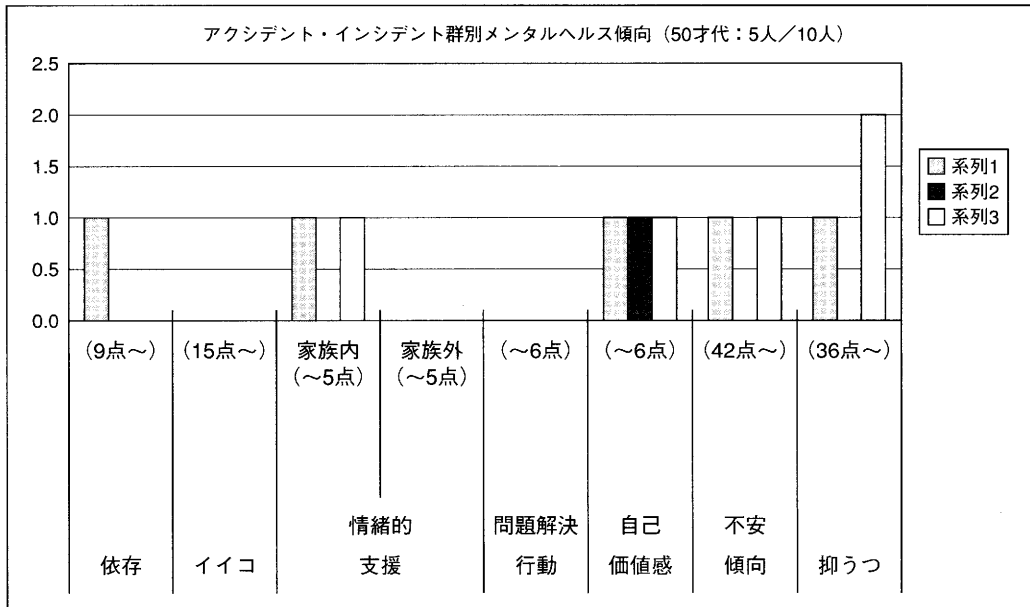


図33 アクシデント・インシデント経験群別メンタルヘルス傾向 (50才代)

40歳代では、自己価値感が低い人にインシデント経験者が多い。アクシデント・インシデント経験者のメンタルヘルス傾向は、20歳代、30歳代と同じような傾向である。また、その中でもアクシデント・インシデントの両経験者は、自己価値感が低く、不安傾向の人に見られる。

50歳代のサンプル数が少ないので傾向性をみることはできない。このグラフでは、抑うつ気分の人にインシデント経験者が2人いるので、グラフ上は突出している。アクシデント経験者は、自己価値感が低い人である。また、アクシデント・インシデントの両経験者には、心の依存度が高く、

家庭内情緒的支援や自己価値感が低く、不安傾向・抑うつ気分の人に見られる。

5) 事故群・未事故群別の身体・精神・行動症状（複数回答）

系列1：事故群 17人／26人（65.4%）

系列2：未事故群 19人／36人（52.8%）

(1) 身体症状

両群に多い身体症状は、⑪の倦怠感・疲れが取れないの「疲弊感」が最も多い。未事故群には、①の胃痛・不快が多い。その他②～⑩のストレス症状などが見られる。

表26 事故群・未事故群の身体症状 単位：人

	系列1	系列2
①胃痛・不快	3	8
②口内炎	2	1
③便秘	1	1
④食欲不振	1	1
⑤肥満	1	0
⑥冷え・こわばり	3	1
⑦胸部不快・胸痛・動悸	3	2
⑧肩こり・痛み	2	1
⑨頭痛・歯痛	4	2
⑩不眠	2	4
⑪倦怠感・疲れがとれない	11	9

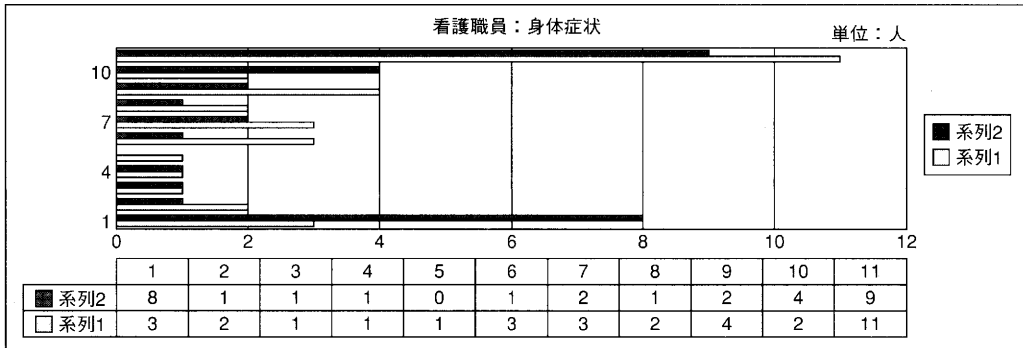


図34 事故群・未事故群の身体症状



① 精神症状  
 両群に多い症状は、③の緊張・不安・不安定である。次いで①の抑うつ気分、②のイライラ・怒り、過敏、⑤の職場不適応・人間関係の順である。

表27 事故群・未事故群の精神症状 単位：人

	系 列 1	系 列 2
①抑うつ気分	7	9
②イライラ・怒り・過敏	5	5
③緊張・不安・不安定	9	10
④孤独・意欲ない	1	1
⑤職場不適応・人間関係	3	2

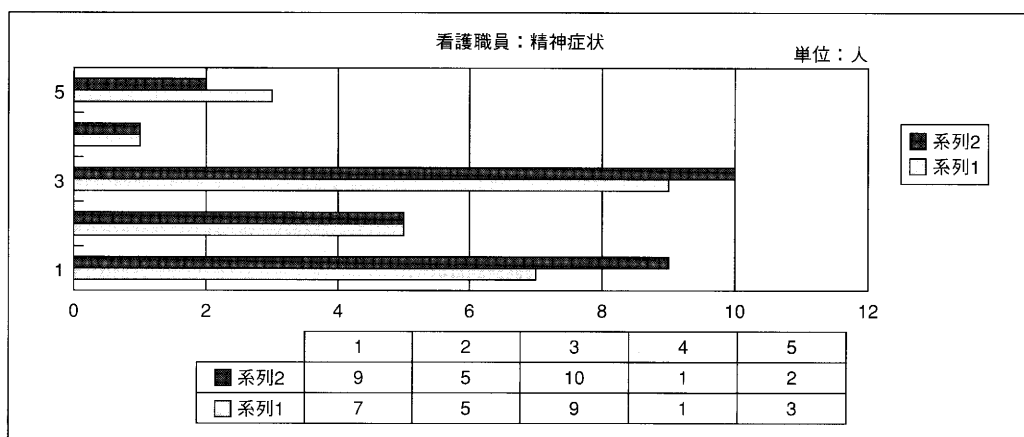


図35 事故群・未事故群の精神症状

② 行動症状  
 事故群には、①の衝動買いが多い。次いで②の喫煙と⑤の入眠・問題の先延ばしなどである。未事故群では、②の喫煙と④の食欲増進が多い。次いで①の衝動買いと③の飲酒などである。両群合わせた行動症状では、②の喫煙 ①の衝動買い ④の食欲増進 ③の飲酒 ⑤の入眠・問題の先延ばしなどの順に多い。

表28 事故群・未事故群の行動症状 単位：人

	系 列 1	系 列 2
①衝動買い	5	3
②喫煙	3	6
③飲酒	2	3
④食欲増進	1	5
⑤入眠・問題先延ばし	3	1
⑥運動	0	1
⑦会議・研修を拒否	0	1

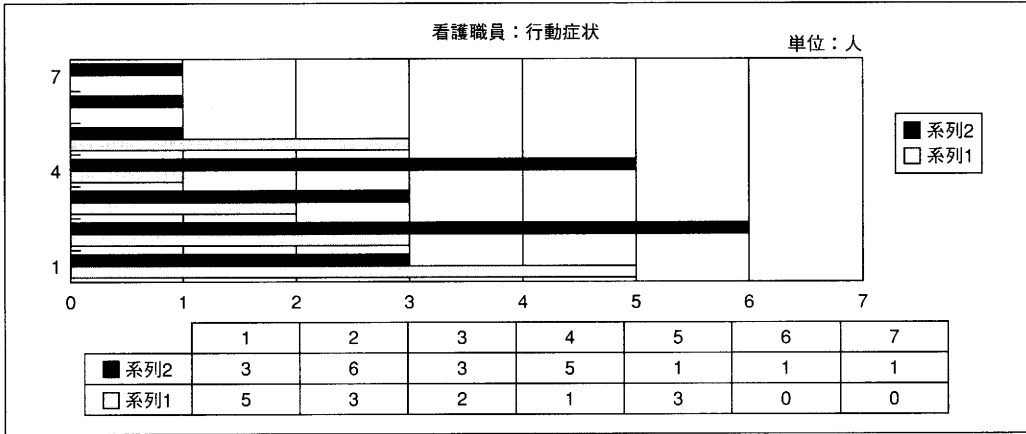


図36 事故群・未事故群の行動症状

6) アクシデント・インシデント内容・件数 転落・転倒が多い。その他としては、検査漏れや  
 両群ともに多い場合は、①の薬剤投与で、次い 測定忘れ・誤処置や針刺し・安静度誤認などであ  
 る。③の患者誤認である。また、事故群には、②の

表29 アクシデント・インシデント内容・件数 単位：人

アクシデント・インシデント内容	系列1	系列2
①薬剤投与	20	14
②転落・転倒	8	2
③患者誤認	7	8
④検査漏れ・測定忘れ	3	0
⑤処置 (HOT ボンベ・点滴ルート)	0	2
⑥針刺し	2	0
⑦安静度誤認対処	0	1

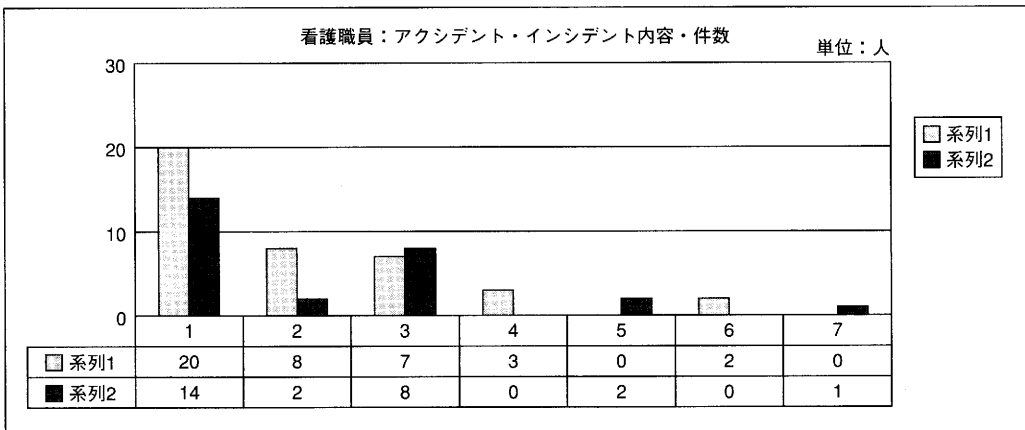


図37 アクシデント・インシデント内容・件数

7) アクシデント・インシデント要因  
 アクシデント・インシデント要因では、①の確認・不注意・思い込みが最も多い。次に多いのは、②の繁忙・疲労である。その他としては、伝達・作業手順の短絡・経験や知識や判断力不足などである。

表30 アクシデント・インシデント要因 単位：人

①確認・不注意・思い込み		22
②繁忙・疲労		13
③伝達（判読など）		2
④作業手順の短絡		2
⑤経験・知識・判断能力不足		3

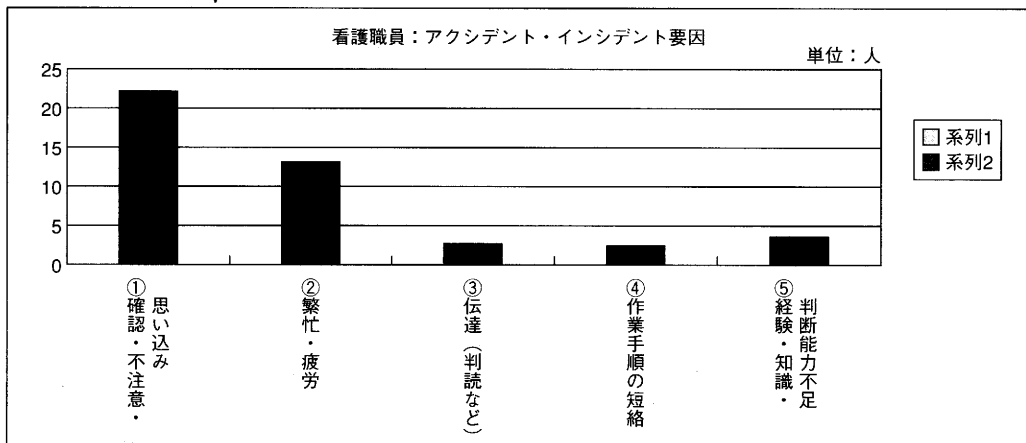


図38 アクシデント・インシデント要因

8) アクシデントに至らなかった要因  
 アクシデントに至らなかった（事故発生防止）の要因では、②再確認が多い。次いで、①の他者からの指摘（ダブルチェック）などである。その他としては、患者からの問いや巡視回数を増やしたことや医師の指示変更で気が付いたなどである。

表31 アクシデントに至らなかった要因 単位：人

①他者からの指摘（W チェック）	3
②再確認	7
③患者からの問い	1
④巡視回数を多くした	1
⑤医師の指示変更	1

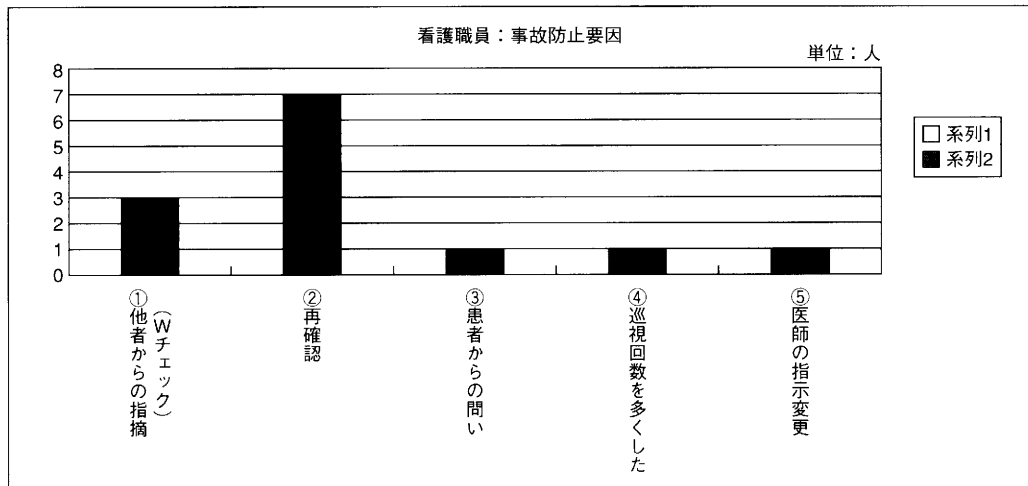


図39 事故防止要因

## VI. 考察

医療事故の発生件数は、最高裁の医療事故統計では過去10年間に2.3倍、日本医療機能評価機構への重大医療事故報告では、全国の中小病院の1割に当たる276病院で半年間に533件、某県立6病院の1年間の医療事故は327件と報道されている。また、日本看護協会ニュースにおいても、看護職員の医療事故に伴う刑事・民事・行政処分は、増加の傾向にあると記載してある。『医療におけるヒューマンエラー』の著者である河野龍太郎は、大きい病院になるほどインシデント件数が増えるのは当然であるが、年間1000件を超える数の報告があると述べている。このような医療事故は、医療事故被害者だけでなく加害者を含め、多くの人々の生命と健康と幸福な生活を脅かすことになりかねない。国政や行政機関・医療機関と医師や看護職員などは、医療事故のない医療現場を醸成していかなければならない責務があり、その対策に取り組まなければならない。

今回、医療事故の実態把握と医療現場で業務をしている看護職員のメンタルヘルス傾向と事故との関連性及び背景要因などから問題点と課題を探ってみた。

### 1. 長野県民の安全・安心の医療・看護への要望

#### 1) 医療事故被害の不安への対応

長野県医療労働組合連合会の『安全でゆきとどいた医療・看護の実現をめざした県民アンケート調査』の結果は、表1・図1～表6・図6の通りである。この調査結果では、実際に本人や家族が医療事故の被害を受けたか、または受けたと感じたかについては31.0%である。今後、被害を受けるのではないかという不安を感じている人は、89.4%で、殆どの人が不安を抱いている。

医療事故に関する情報公開は、今まで一般に開示されにくかった経緯がある。2001年4月の「情報公開法」の施行に伴い、厚生労働省では医療事故が発生した際の報告の義務化を指示している。報道機関では、社会的な要請を受けて医療事故に関する報道を頻繁に取り上げるようになってきている。また、被害体験者とその周囲の人々による口コミなどもあり、医療事故情報は一般の人々に広く認識されるようになったことは情報開示のメリットである。しかし、不安を抱いている人が多くなってきている事実は、知ることのメリットとは矛盾することである。人々が不安なく医療・看護が受けられるようにするためには、一般の人々に対して医療事故の真実を正確に誠意をもって説明し、医療事故予防対策がどのように行われているかを具体的に伝えていくが必要になる。また、あってはならない医療事故は、実際には増加している。

このような事実に対して、国立大学病院長会議編『医療事故防止のために安全管理体制の確立に向けて（提言）』では、『……当事者の処分のみで済ませることなく、その事故を教訓として再発防止に生かせるような組織的学習メカニズムを院内に持たなくてはならない。このような院内体制のもとに組織横断的に危機情報を収集し、事故を発生させないような問題の根本的解決に取り組むべきである。……システムの中で働いている人間の特性、能力、限界（いわゆるヒューマンファクター）とエラーの発生メカニズムに関する科学的知見を踏まえた事故防止対策、すなわちフルブーフ（誤った操作や入力ができないシステム）やフェイルセーフ（異常事態に安全側に作動するシステム）、標準化などを取り入れている。』<sup>4)</sup>ということ述べている。医療システムにおける危機管理は、総合的で継続的な質的管理体制としての院内組織体制の整備・医療事故やニアミスの報告制度の整備と改善の実施・職員に対する教育と研修の充実・第三者機関の評価や病院間の相互チェック・安全管理に関する情報開示などの再構築をし、国民に的確に開示をしてパートナーシップの関係を形成していくような医療環境づくりに努め、医療事故被害の不安への対応をしていくことが課題となる。

## 2) 国の施策とパートナーシップ

厚生労働省は安全文化の醸成めざして、2001年4月より医務局総務課に「医療安全推進室」を設置した。また、医薬局安全対策課に「安全使用推進室」を設置している。更に2002年10月1日より「医療安全管理体制未整備減算」が新設され、この基準条件（①安全管理のための指針が整備されていること ②安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること ③安全管理のための委員会が開催されていること ④安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること）を満たせない場合は、入院基本料から1ベッド1日10点（100円）が減算されるこ

とになっている。

各医療機関では、「医療安全管理体制未整備減算」の中の4項目の条件を整備し、医療事故のない安全文化の醸成と健全経営をめざして努力をしている。しかし、実際には医療事故件数は年々増加の傾向にあり、各医療機関での自助努力には限界があることを示している。この現実を国民は、どれだけ知っているだろうか。医療事故を防止していくためには、国民に医療システムの現状を知らせて理解を得ることや、国の施策への要望を共に考えて行動することなど、国民にできることは何かを勘案し、国民の参加と協力のもとに医療事故防止の取り組みをしていく必要がある。（例えば、医療現場においては、現在使用している点滴内容の説明をしておき、いつもと異なった時には、患者や家族や同室者などから遠慮なく言ってもらうようにすることや、患者誤認をしないためにはその都度、名前をフルネームで確認することなど）つまり、協力が可能なことについては、インフォームドコンセントをしっかりと行い、協力が得られることについては、医療行政や病院内の努力と合わせ、国民参加と当事者参加のパートナーシップを普及させていくことによって、医療事故の防止に繋げられるのではないかと考える。

## 3) 医療事故発生時の医療機関への要望

医療事故が発生した場合の対応については、事故隠しについて、「思う」・「やや思う」は89.9%であり、多くの県民が不信感を抱いていることが窺える。また、アンケート調査のハガキの意見欄には、①医療機関や医療従事者の誠意・基本的な態度・謝罪などへの要望（43件）。②事故を教訓に体質改善・危機管理意識・チェック体制・マニュアル化などの危機管理システムに関する要望（25件）。③労働条件に関する問題（21件）。④技術・人間教育などの資質の向上に関する要望（21件）などが比較的に多い。その他としては、被害者やその家族へのカウンセリングや真実を追求できる相談窓口・医療制度・医療

費の請求・カルテ開示などの要望である。いずれも大事な要望であり、医療現場での対策と対応が求められていることを真摯に受け止めなければならない。患者の主体性の回復と患者の権利については、患者の権利章典（アメリカ病院協会、1973）に、医療を受ける人の立場（患者）からの権利を具体的に12項目示している。人間中心の安全性の向上をめざした医療をしていくためには、この患者の権利章典を深く理解し、人間の尊重と尊厳を重んじた倫理的な医療行為や人格的な対応ができるように、医療機関・医療従事者自身が責任をもって取り組まなければならない。このような努力を積み重ねることによって、真に医療に対する社会的信頼が回復されることへの確信をもって努力していきたい課題である。

## 2. 医療事故の背景要因

### 1) 医師・看護職員の労働実態

看護職の離職願望については、71.3%の人が「できれば仕事をやめたい」である。その主な理由としては、十分な看護ができないが70.7%で、職業的な自己実現ができないことをあげている。また、この背景要因としては、仕事が忙しくて、達成感がないなどが56.9%である。その理由としては、患者数の増加（65.5%）による人手不足（60.0%）をあげている。過酷な労働環境のなかで、看護への思い（看護観）や理念が具体的な行動のレベルで表現できないジレンマを抱えながら業務を行っていることが窺える。

看護職員の医療事故調査では、医療ミス・ニアミス経験者は平均84.3%である。インシデントの段階での医療事故防止は、現場における安全対策の鍵となる。実に多くの看護職員が医療事故への危機感と予期不安をもって業務をしていることが推察できる。このことは長野県民の多くが医療事故への不安をもっていることとも関連してくる。このような状況下で業務をしている看護職員の意識としては、「最近、業務量が増えているにもかかわらず、人手不足で忙しく、3交代制勤務で疲

れがとれない」ことを主な要因としてあげている。また、その他の要因としては、知識や技術の未熟さや医師と看護師との連携の悪さなどをあげている。

筑波大学付属病院の前野哲博らや厚生労働省は、研修医・常勤医師などの労働実態とメンタルヘルス面について調査を行っている。その結果では、『過労死をしてもおかしくないほどの過酷な労働をしている』と述べている。研修医や常勤医師の過酷な労働は、「療養上の世話」と「診療の補助」を「業」とする看護職員の業務にも必然的に連動してくることになり、看護職員も同様な状況下で業務をしているということが推察できる。このような過酷な労働実態の背景には、昨今の医療の高度化・専門化や複雑化が進む一方で、最新医療機器への対応・多様化する薬の種類、チーム医療を支えるための患者情報の的確な把握と共有など、覚えなければいけないこと、新しく仕入れなければならない知識や専門技術が年々増加している上に、医療費抑制の荒波を受けての病床稼働率の高まりと在院日数の短縮など、患者の回転が早く、的確な対応とスピードが求められるため、現場の負担に重くのしかかっていることなどが考えられる。2004年9月4日に開催された、「長野県医療労働組合連合会・第20回医療研究集会」の分科会の助言者として同席した時、ある看護師から、『医療事故はあってはならないと思っています。しかし、ヒューマンエラーはあります。現場では、瞬時な対応が要求されるので、医療事故のことばかりを考えている余裕はないのです。医療事故のことばかり考えていては、仕事にならないのです。』と発言した。今でも鮮明に残っているショッキングな発言である。まさに医療現場の凄まじさ、過酷な労働実態を象徴した発言であることが窺える。

### 2) 厚生労働省の施策

厚生労働省は、前述した医療現場の状況を踏まえて、2006年4月から看護職員の病棟配置を従来の「総配置」から、「実質配置」に

変更した。主な配置基準は、急性期入院医療における看護配置（患者2人に対し看護師1人から、患者1.4人に対し看護師1人）を改正し、さらに療養病床の配置（患者6人に対して看護師1人から、患者4人に対し看護師1人）も引き上げた。厚生労働省医政局看護課課長の田村やよいは、このための人材確保を目指して、2010年を目標に97.0%の需給見込みを発表している。看護職員の量と質が整った需給見通しの実現を期待したい。また、新人看護師の卒後教育や看護学生の臨床実習指導などを鑑みた「安全文化の醸成」のための実質配置も課題である。

### 3. JA 長野県厚生連安曇総合病院看護職員の医療事故及びメンタルヘルス分析

この調査結果は、看護職員62人の標本調査である。母集団を推定できるかの検定はしてないので、ランダムに抽出した62人の単純集計結果から見た傾向とする。

年齢階級別では20歳代が多く、女性が圧倒的に多い職場であるが性差による特徴的な所見は見られない。しかし、年齢階級別での医療事故とメンタルヘルスとの関連においては、特徴的な傾向が見られる。

#### 1) 「事故群」・「未事故群」におけるメンタルヘルスの傾向

(1) の心の依存度尺度では、事故群の方に依存的なタイプが多い。(2) のイイコ尺度では、事故群に「自分の意見を言わない方が安心・かなり自己抑制をしている」が多い。一方、日本人的タイプで、時と場合によって自分の意見を伝えることができる人は、未事故群に多い。(3) の情緒的支援ネットワーク尺度の家族内サポートでは、未事故群の方が多く、家族外サポートでは事故群の方が多。事故群では医療事故の当事者になった場合、職場の同僚や上司によるサポートを受けていると感じていることが窺える。

(4) の問題解決行動尺度では、「現実的な気持ちがやや強い、強い」と、「現実的な気持ちが低い」の両方が事故群に多い。事故

群の問題解決行動特性が低い人の場合は、医療事故防止に必要な客観的注意義務としての「結果予見義務」と「結果発生回避義務」の問題解決行動特性が課題となる。一方、問題解決行動特性が高い人の場合は、目の前にある課題や問題に対して、積極的・効果的に、極めて現実的に対処しようとする行動特性をもち合わせているので、ストレス状態が事故に繋がっている可能性も考えられるので、その他の尺度項目との関連性を見ながら対応していくが必要になる。また、両群には中位のタイプが半数程度いる。このタイプは、失敗したり、うまくいかないことがあった時、もっと振り返る時間をとったり、原因を考えたり、人に相談しながら進めていくことが必要なタイプであるが、このような行動が取れない人の場合は、医療事故を起こし易いので、その対応策を高めることが必要になる。(5) の自己価値感尺度では、事故群に「自己イメージが悪い」人が多い。また、自信がありストレスに強いタイプは、未事故群の方に多い。但し、両群とも自己価値感は、低い傾向にある。

以上、(1) は、他人に依存する傾向があることから不安や不満を持ちやすく、ストレスをためやすい。(2) は、イイコの傾向が強いと自分の本当の気持ちを抑えているのでストレスをためやすい。(5) は、自分に対してのイメージが悪いと自信がもてなく、自分を好きになれないので、このままの状態が持続すると不安やストレスが高くなり、抵抗力(免疫力)が落ち、不眠・食欲不振・胃痛などが生じやすく、風邪も引きやすい。しかし、こうした状況であっても(4) の問題解決行動がとれたり、(3) の情緒的支援ネットワークが良かったり、自由裁量の度合いが高かったり、達成感があったりするとストレス悪化を抑えることができる。次に(6) の不安傾向尺度をみる。両群共に「かなり不安に陥りやすく、ストレスに耐える力が弱い」人は半数程度いる。また、「やや不安に陥りやすい」は未事故群に多い。一方、「ストレスがなく積極的に行動できる」は、事故

群にやや多い。両群とも不安に陥りやすいタイプは、8割弱程度いることになる。不安・不安定な人は医療事故やニアミスを起こしやすく、医療事故を起こした場合は、さらにストレスとなり不安感を増幅し、再び医療事故を起こすという悪循環を繰り返されることが予想される。さらに不安状態が持続すれば抑うつ気分にも陥りやすくなる。(7)の抑うつ尺度では、「抑うつ気分のかなり強い」人は、両群共にいない。しかし、「いつもイライラ・憂うつ・泣きたくなる気分」は、事故群19.2%で、「ややうつ気分」は46.2%であり、うつ気分で業務をしている人は、65.4%である。このような状態で、過酷な労働をしていることは、医療事故を起こし易い状況下にあることを予測しなければならない。

医療事故防止対策には、メンタルヘルスチェックを定期的を実施し、メンタルヘルス状況を把握した業務調整及びカウンセリングなどを積極的に実施していくことが課題となる。

## 2) アクシデント・インシデント両経験群と未経験群の割合

アクシデント・インシデント両経験者は、各報道機関の平均で見ると84.3%である。JA長野県厚生連安曇総合病院での両経験者は、67.7%で16.6ポイント低い。このことについて問い合わせたところ、この病院のゼネラルリスクマネジャーは、「積極的に医療事故対策に取り組んできてはいるが、もっと多い可能性がある」とコメントしている。しかし、この病院は、県内でも早い時期から、ゼネラルリスクマネジャーを配置し、医療事故分析に基づいた安全対策を継続的に取り組んできていることから、その成果が現れているのではないとも考えられる。今後、協力が得られるならば、看護職員の全数調査を実施し、ゼネラルリスクマネジャーのコメントと数値との相違・事故予防対策などについての実態調査を実施し、アクシデント・インシデント両経験者を少なくしていくための課題を探っていく必要がある。

## 3) 年齢階級別・アクシデント・インシデント両経験群(系列1)・アクシデント群(系列2)・インシデント群(系列3)の割合とメンタルヘルス傾向

20歳代では、系列1>系列2>系列3の順に多い。この年代の特徴としては、系列1が多く、次いで系列2が多いことに注目する必要がある。メンタルヘルス尺度では、心の依存度が高く、自己価値感が低く、不安傾向と抑うつ度が高いところに集中している。この年代では、知識や看護経験が少ないことを反映した特徴的な傾向が窺え、問題解決行動をとるための道具となる量と質が不足していることにより、道具を活かした客観的注意義務(結果予見義務と結果発生回避義務)が低いことを裏付けている。また、人生経験が少ないことなどから、職場での良質な人間関係を発展させるスキルも低いことなどからストレス状態が持続していることも予想される。この年代の看護職員への安全対策を最優先して行うことが課題となる。

30歳代では、系列3>系列2>系列1の順に多い。系列3は、自己価値感が低く、不安傾向・抑うつ傾向が高いに集中している。また、家庭外支援ネットワークが低いと感じている人は2名いる。

40歳代では、系列3>系列2>系列1の順で30歳代と同じ傾向である。しかし、系列3は自己価値感の低いところに集中している。系列1は、自己価値感が低く、不安傾向が高いにそれぞれ1人いる。

50歳代は、サンプル数が少ないので比較にならない。系列3は、抑うつ度の高いところに2人いるが、その他の尺度項目に差異はない。系列2は、自己価値感が低いに一人いる。また、系列1・系列3では、家庭内支援ネットワークが低い・不安傾向・抑うつ度の高いにそれぞれ1人いる。

以上、系列1・2・3は、自己価値感が低く、不安傾向や抑うつ傾向が高いところに集中している。自己価値感とは、これまでの生活経験のなかで感じ取っていることであるので、簡単に自己変容し、自己価値感を高める



ことは難しい。自己価値感が低く自己イメージが悪い場合には、不安やストレスが高くなり、脳内ホルモンなどの伝達物質が脳内のそれぞれの機能をもつ分野に影響を与えたとされている。(例えば、「海馬」がコルチゾールを浴び続けることで、CRFの分泌を抑制する働きができなくなり、「海馬」に萎縮が起こり、記憶部分に障害が起こる。免疫力を下げた様々な症状やがん細胞の増殖を引き起こす。脳内神経伝達物質であるノルアドレナリンによって交感神経介在ニューロンの興奮を引き起こし、心拍数の上昇・血圧の上昇・筋肉の収縮・胃の消化機能の抑制など、特徴的な身体反応を引き起こす等・・・)このような状態に陥らないためには、簡単なことではないが自己価値感を高めることが鍵となる。どのようにしたら高めることができるであろうか。

遺伝子学の研究者である村上和雄は、眠っている遺伝子にスイッチONを入れ、新たな自己を発見できる環境に出会えば、眠っている遺伝子を目覚めさせることができると言っている。このことは自己イメージ・自己価値感を高め、自己肯定できる可能性があることを示唆している。新たな自己を発見できる環境とは、今までの環境とは異なった環境の中で、眠っている遺伝子を目覚めさせることができる環境ということになる。例えば、一人一人の看護職員が社会的な責務を果たす過程において、専門性が発揮でき、職業的な誇りを持って人格的な援助関係を発展させていけるような社会的・文化的・経済的な環境が整えられれば、多くの看護職員が望んでいる自己実現も可能になり、その積み重ねによって社会からも認知されるようになれば、新たな自己を発見でき、自己価値感を高めることができるようになるのではないかなどと考える。

次に、事故群・未事故群別にストレス症状(複数回答)との関係について見ることにする。

#### 4) 事故群・未事故群別ストレス症状

ストレス症状は、事故群65.4%・未事故群52.8%で事故群がやや多い。

身体症状では、両群ともに「倦怠感・疲れが取れない」の疲弊感が最も多い。次いで自己価値感の低い人が多い未事故群に「胃痛・不快」が多い。両群共にストレス症状があることから、ストレス状態にあることが窺える。

精神症状では、両群ともに「緊張・不安・不安定」が多く、次いで「抑うつ気分」、「イライラ・怒り・過敏」の順である。こうした状態は、「職場不適応・人間関係」にも影響し、更にストレスを増幅することが予想されるので、医療事故を誘発しやすい環境にあることを推測できる。各報道機関の調査結果とも鑑み、労働環境の改善とメンタルヘルスへの対応が最重要課題になる。この病院では、臨床心理士を配置し、職場におけるカウンセリングや相談などを行っている。しかし、同じ職員であることから、相談を躊躇することも懸念されるので、外部からの相談員を配置し、構えないで気軽に、自由に語り、支援される体制をつくるが必要になる。

行動症状では、事故群に「衝動買い」が多く、次いで「喫煙」「入眠・問題の先延ばし」「飲酒」などである。未事故群では、「喫煙」「食欲増進」が多く、次いで「衝動買い」「飲酒」などである。未事故群は、心の依存度が低く、自己価値観が高い傾向にあり、他人に頼らないで問題解決行動がとれることや、不安傾向の人が事故群よりやや多いことなどから、ストレスを行動症状で回避していることが推察できる。

精神症状は、両群において大差はない。しかし、身体症状は事故群に多い傾向にあることから、精神症状の「緊張・不安・不安定」「抑うつ気分」が身体症状に現われていることが窺える。3-1)でも述べたが事故予防対策には、定期的な検診に加え、メンタルヘルスチェックを実施し、早期に身心の健康状態を把握し、早期に対応をしていくことが必要になる。

#### 5) アクシデント・インシデント体験をした件数と内容

アクシデント・インシデントの両方を体験した件数は、事故群40件である。また、インシデント体験を含む未事故群は、30件である。両群ともに最も多いものは「薬剤投与」で、次いで「患者誤認」である。また、事故群の特徴としては、「転倒・転落」が多い。これらの事故の内容は、看護職員が直接患者にかかわる場面で発生している。前述の「投薬プロセスによる事故・エラー」の事前発見・訂正例の低さは、このような事故発生に繋がっていることを裏付ける。この点についての安全対策は、看護職員の客観的注意義務の他に、看護職員間でのダブルチェックができる体制を整備することや、患者や家族へのインフォームドコンセントによる協力体制をつくることなどが課題である。

アクシデント・インシデントの両体験をした人の背景要因では、「確認・不注意・思い込み」が最も多い。その次に多いのは「繁忙・疲労」である。その他として、「伝達(判読)」「作業手順の短絡」「経験・知識・判断不足」などである。最も多い「確認・不注意・思い込み」は、一見個人が注意義務を怠ったために起こったエラーのように見える。しかし、その背景にある主要因は、「繁忙・疲労」であり、注意をするつもり、注意をしたつもり等によるエラーではないかとも考えられる。一方、看護職員の医療事故防止のための安全対策についての認識では、「再確認」が多い。「再確認」の必要性を認識し、自覚しているにもかかわらず、「確認」できない実態にこそ、医療事故分析に基づく、安全対策の最重要課題が潜んでいることを再確認し、労働環境の改善を含めた総合的な医療事故予防対策を掲げる必要がある。

## VII. 結びと今後の研究課題

厚生労働省は、医療事故の実態を真に把握するための施策を日本病院機能評価機構などの機関を介して継続的に行っていくことの方針を示している。

今回、限られた資料を基に医療事故の実態・背景要因・メンタルヘルス傾向・ストレス症状などについて分析し、頻発する医療事故をなくしていくための課題を探ってみた。その結果、個人差や他の要因がある中で特に注目しなければならない問題としては、過密・過重労働による倦怠感や疲弊感及びストレス症状が回復しないまま、業務に従事している状況が客観的注意義務を怠った事故に繋がっているのではないかという推定に至った。

医療事故防止のための安全対策は、①過重・過密な労働による疲労、ストレスによる不安、抑うつ状態などが軽減されるような労働環境の整備をすることが最優先すべき重要な課題になる。②医療事故が発生した場合は、①の状況を鑑み、個人の問題としてではなく、医療システム全体の問題として取り組むべきことである。しかし、看護職者は、職業的個人としての社会的な責務を負っていることも自覚し、客観的注意義務を怠ってはならない。医療システム全体と個人の危機管理意識によって、安全で質の高い看護が提供できるための医療システムの整備を患者や家族や国民全体と共に積極的に取り組んでいく活動も見落としてはならない課題である。③職場環境においては、個人の特性と個人の尊厳を尊重した適材適所への調整的な配置転換をして人事効果を上げることや、過密・過重労働によるストレス状態にあることをお互いに受け止めた上でのプラス思考にスイッチONを入れ、良質な人間関係を形成し、生き生きと活動できる職場環境を醸成していくことも課題である。

今回は、『安全・安心でゆきとどいた医療・看護をめざして』の課題を探ることを目的に第一段階の調査をした。今回、課題に挙げたことは、今後も継続的に調査を行い、多くの情報を分析し、如何なる対策を掲げれば、その実現に近づけるかを探究していきたいと考えている。

最後に看護職員へのアンケート調査にご協力を賜りましたJA 長野県厚生連安曇総合病院のゼネラルリスクマネージャー太田泰子様から感謝を申し上げます。

## (引用文献・調査資料)

- 1) 厚生統計協会『国民衛生の動向』廣濟堂 2005年 第52巻 第9号 169頁
- 2) 長野県医療労働組合連合会 第20回医療研究集会 『医療事故をなくし、安全でゆきとどいた医療・看護の実現のための県民アンケート調査結果の資料』 2004年9月
- 3) 山内桂子・山内隆久『医療事故—なぜ起こるのか、どうすれば防げるのか』朝日新聞社105頁
- 4) 国立大学病院長会議編 『医療事故防止のために安全管理体制の確立に向けて [提言]』日総研 2001年9月 5頁
- 5) 年8月
- ③柿田章・佐藤洋子他 『医療事故・医療訴訟』日総研 2001年6月
- ④河野龍太郎 『医療におけるヒューマンエラー』医学書院 2004年7月
- ⑤村上和雄 『生命の暗号—あなたの遺伝子が目覚めるとき—』サンマーク出版 2002年9月
- ⑥宗像恒次 橋本佐由理 『ヘルスカウンセリング事典』日総研 2000年10月
- ⑦看護教育 医学書院 2006年4月 第47巻 第4号
- ⑧日本看護協会 『組織で取り組む医療事故防止』日本看護協会出版会 1999年9月
- ⑨太田泰子 「医療安全—いま、私たちにできること—」JA 長野県厚生連安曇総合病院 GRM 編集 2006年4月
- ⑩看護協会ニュース 日本看護協会 2006年3月15日 第465号

## (参考文献)

- ①厚生統計協会『国民衛生の動向』廣濟堂 2005年 第52巻 第9号
- ②厚生労働省 『厚生労働白書』 ぎょうせい 2005

## 別添資料1

(長野県医療労働組合連合会作成 2004年)

2. 医療ミス・事故に関するもの
ミスは完全に防ぐことは不可能です。でもそれを認め、次の医療に生かすことが大事だと思います。医療だけが特別ではない。
現在問題中です。診療医師会に電話で聞き難く思っているところです。
医療事故が起ってしまったときに公表して教訓を生かせるような仕組みも必要と思う。もちろん医療機関のモラルも問われるが。
私も入院をしたことがあります。医療ミスではありませんが、身体があまり思わしくないとどうしてなんだろうという素人ながら考えさせられます。⑤に当てはまると思いますが。
私は看護師になり12年ですが、私自身医療ミスをしたことがあるし、また、父の腹膜炎の手術で失敗された事があります。しかし、病院側は謝罪しませんで、ミスがあったことを隠していました。父が無事だからよかったものの死んでいたらと思うとゾッとします。人員増員は必要ですし、教育もしっかりして欲しいです。
長野でも1・2を争う大病院での、内臓による手術で、同じ頃同じ手術を他で受けた方は20日余りで退院して今は元気なのに、家では血圧が高かったのが全部は出来ず、2週間後にまた手術。50代なのになかなか良く成らず、また、糸が縫い口から出てきたのでどうしたと聞いたら、こんなのは序の口で肉が上がってきたので自然に出るのだと言った。近くの医師に聞いたら、そんなことはない。ミスじゃないかとのこと。それ以来糸口からの傷は水みtainな汁が出て、3ヶ月くらいたってまた入院。風邪がもとで肺血？で死亡前の手術のことを聞いても家族は承知の印を押している。問題はない。一家の主を死亡させた今でも思っている。それ以来〇〇に入りました。がんばって下さいね。
最近とみに医療ミス等報じられています。苦も多分あったらと思うと、患者側としては泣き寝入りすることなく勇気を持って真実を追求すべきだと痛切に感じます。患者側は確かに弱みですが放任してはいけないと思います。行政並びに関係機関を通じて奮起すべきではないでしょうか。
日本でもここ何年前から医療事故について新聞やテレビでも取り上げられるようになり、少しはオープンになってきたと思うが、まだまだ密室の出来事で泣き寝入りしている被害者が大勢いると思う。ミスをした医者・看護師は罪を認めると自分の立場がなくなるからと罪を認めようとしない。だが、アメリカのようにはじめに罪を認めたらその後は罪は問わず、なぜその事故が起きたかについて追求するというスタイルがないと、これからの医療の発展は無いと思う。
私の父は病院の診療中に死亡しました。その日はAM5:30頃に当直医に診てもらいましたが、医師は仮眠中を起こされたせいか「あー眠い」と云いながら出てきて診療をしました。そして舌下錠を与えられまもなく大イビキをかき、そのまま息を引き取りました。医療ミスの指摘はしませんでした。遺族の心の中ではその疑念が晴れません。
受ける患者も家族も病院関係者に任せきりにならず、ミスがあった場合自分たちにも落ち度はなかったか慎重に対応すべきだ。
薬の過剰投与によって下肢機能が麻痺してしまい、他県にまで行って特別な治療を受けましたが、治る見込みが無く車いすを余儀なくされました。医療ミスの内容にしていきたい(スモン病)
毎日のように医療ミスがありますけど、長野県の病院でもあると思います。病院などで隠すことはあると思っております。
医師に医療ミスは絶対にあってはならない。ミスのあった場合は隠し事をせず最初から謝罪すべきである。患者さんの立場に立って医療に携わってほしい。
子供が実際ある大学病院の小児科で新生児の時誤診され、無用な心労をおわせられました。すぐに他の病院の外来て診てもらいなんの問題もないということがわかりました。私は以前看護師として大学病院で働いていましたが、勤務態勢がとてつもなくハード。特に小児の内科、外科勤務で治療以外にも入院生活の全介助(食事、排泄、ぐずりetc)に手がかかりました。
裁判で争える人はほんの一部の人に過ぎないと思う。

疑問に思っても絶対に口に出せない…とってしまう。医者、医療機関相手に争うことなど無理というあきらめが先に来て「泣き寝入り」が多いのでは？しかし医療機関の充実のために国保、税、保険などが上がるのは困る。勝手な言い分かもしれませんが。
医療事故防止のために皆で努めていかないと。
ミス、今も昔も隠そうとしている。そしていいわけをする。40年も前になるが、眼底出血で入院して血のかたまりばかり気にして網膜に傷を付けたのに気づかず、入院していながらにして目がだんだん見えなくなり、他の病院へ外泊してもらったところ、網膜が1/3以上はげている。「どうして気がつかなかったのか？」と言われ、戻ってきて退院して、そのときに先生と院長に言ったが、言い訳して手落ちはなかったといわれそのままに泣き寝入りした。でもそのとき本人は「先生を問いつめても見えなくなったものはしょうがない。どうにもならない。だから若い先生がこれから気をつけてもらい、偉くなってほしい。若い芽が伸びるのに芽を摘むことはできない」と言ってあきらめました。このように、医者の成長を見守っている患者もいることを胸に、ミスはなくしてほしいと思う。
健康診断ミスは取り返しのつかない医療ミスだと思います。このようなミスはどこで誰が責任をとってくれるのでしょうか。私の主人は胃ガンの見落とし、その半年後わかった時にはグループ4～5に近い状態でした。それがわかってからX線フィルムを見直したときに、半年前のフィルムにはちゃんとあったのです。それが分かった時の悔しさはどこへぶつけたら良いのか。このようなケースが無くなることを祈ります。
医療ミスの点ですが、胃の手術の時ガーゼを残してしまった。1ヶ月後痛みがあったのでレントゲンで見たとこガーゼの残りがあることが分かった。再手術の請求があった。(ベッド数100の病院です) もっと基本を考えてみよう。
いろいろの報道によればミスが多すぎる。基本的な問題が欠如していると思う。
医療ミスをなくすためにはどのようにしたらいいのか、対策を考えてほしい。例えばその病院の勤務体制や現場の忙しさなど、防止する、実現してほしい。
医療事故が多すぎだ。
安全な医療を望みたい。
医療事故がここ数年多いので、厳しく指導してほしい。
人間を扱うのであるのでミスということは絶対に許されることではない。
事故ではないが、薬の色の違いがあって連絡をしたところ「命には関係ありませんから」と言われました。高齢者にとって薬の過少は命に関わる問題。もっと責任と誇りを持ってほしい。
医療事故が起きた場合の措置をきちんとやってほしい。
医療事故の公表はとても必要と思いますが、マスコミの取り上げ方、報道の仕方が問題となるようにも思うので、慎重に十分配慮してほしいものだと常々思っていました。
医療事故、皆無は望ましいこと。でも医療ミスはあってはならないが、努力しても注意しても起こり得ること。医療不信でなく加害被害でない相互理解できる体制と制度化が出来たらと思う。
事故ではないが、終末期の看護がなっていない感じがする。家族の気持ちを考えられる医療従事者が少ない。
事故が起きたときにそれを公表しても、適切な対応がなされている場合には社会がその責任を必要以上に求めない環境が必要だと思う。自らの過ちを公表するのにもかなりの勇気が必要だと思うが、それをただ責めるだけでは誰も公表しなくなると思うので。
3年前義兄のガンが健康診断で発見できず、末期ガンとなつてしまいいなくなってしまいました。
手術等受ける前に、医療事故等あってもいっさい文句をもうしませんと書類を書かせ、署名・捺印をさせたため、ミスがあっても泣き寝入りをさせられました。(アキレス腱手術を受け、腱をひねってつなぎ合わされたため、他の医療機関で再手術をしました。)(〇〇病院で)
医療ミスは専門的な言葉でかわされてしまい、我々はやりきれない気持ちです。報道されているミスは随分時間がたってからがほとんどですが、真相説明は病院側のメンツもあるのか、なかなか厚い壁となっているようです。

安全、安心して体を任せてみていただけますよう、切に願っています。
以前からこのようなことを気にしていました。医療事故は絶対にしてはいけないと思います。
知り合いにミスで亡くなったらしい人を2人知っているが大げさに出来る状態ではなかったらしい。世間の目を気にせざるを得なかったようである。
ミス、間違い、思い違いなどは忙しいときにだけ起こるものではないと思います。医師・看護師がゆとりを持って仕事に従事できる環境は大変重要だと思いますが、精神面でもサポートし、繰り返しの学習などで体で覚える、条件反射できる様にしたらいと思います。いずれにしても医療現場に携わる皆さんには敬意を表したいと思います。
まず医療事故・ミスの繰り返しはなぜ起きた。自分自身の行動をあなたは反省していますか。それぞれの事故・ミスは他人事としていませんか。「増員すれば、診療報酬が上げれば解決する」その安易な考えが甘すぎます。もっと自分たちのミスを反省してください。
医療ミスまでは行かないかもしれませんが、大腸検査の後出血して一週間の入院になり、その後いまだに通院しています。また一年が来て検査になりますが、とても心配で検査を受ける恐怖感があります。
安全、安心の医療が受けられることを希望します。
一人ひとり大切な生命、医者も人間だからミスをしてしまうこともあると思います。しかし、隠すようなことをせず人間の良い心を持って公開と償いをしてほしいと思います。また、知識（医学的）の無い弱い立場の被害者（患者）を救済する公的な団体の設立をすべき今日だと思ふ次第です。
病院側での明らかなミスなのに、担当医は逃げる。検査入院で「すい臓に機械をあててしまった」と医師自身が言ったのに、絶対にミスではないという。（すい臓炎にかかる）。これを機に一病院へは行かなくなり、検査、検査で大きな機械を買い大きくなっていく病院に対し、憤りを感じています。泣き寝入り結果でした。
医療事故は医療機関の内部体制の問題である。多くの医師は新規開業したり老人福祉施設を経営し、多大の利益を上げている。開業医の多くは薬局の経営にもからみ表面に出ないところで利益を上げている。
医師・スタッフは多忙故ミスをおかすのではないと思います。とっさの判断力に問題があるのではないかと思います。馴れすぎもダメ、馴れないのもダメ。要は患者すべて肉親と思うことが肝要かと思ひます。もっともそう思ったら何も出来ないかもしれませんが…。
連日新聞紙面に医療ミスの記事を目にします。病院側による明らかなミスもありますが、医師や看護師の過酷な労働による疲労からくるミスは同情の気持ちがあります。この問題が無くならない限り医療ミスは続くでしょう。あと、ミスを繰り返すリピーター医師の免許を取り上げるべきです。日本の法律は甘すぎます!!
人のなす事、失敗や間違いは起きない方は無いと思います。何事にも「誠実」さが大切だと思います。
①事故があった場合隠さずこれからのために改善に全力で向かってほしい。②自分たちで改善する努力をしてほしい。③医療のシステムや運用をよく考えよりよい方向へ改善してほしい。④内部だけでなく外部の人にもわかりやすい改善を!
医療事故の不安があったときに相談できる専門機関が出来てほしい。医療の質の向上と人手不足の解消をぜひ行ってほしい。
絶対にあってはならない医療事故。今後はなくなるように祈るのみです。よろしく願いいたします。
個人開業医は自分で判断できない時には大きな病院などへ紹介状を書いて診断してもらっていますが、大きな病院は担当医師が自分の判断だけでなく、医師同士の病人に対するミーティングをしたいと思います。病名及び処置などは早速に出来得ることではないでしょうか。それから最近の医療事故についても、手術するときには担当医師一人で執刀することはないと思いますし、看護師も何人かその場にいるはずなのに、手術したときに使用した器具やものが体内に残っているなんてことは考えられません。その場に立ち会っている医師及び看護師も何人かいるはず。駅長さんがやる指さしのように使用した器具などその場で一点一点全員で声をかけて確認していれば病人の体内に用具や使用したときの残物が残っている筈がありません。医師と看護師の連携プレーがしっかり出来ていれば医療事故は起こらないと思っていますがどうでしょうか。

<p>結婚するまで看護師として働いていました。仕事が厳しくとても結婚、出産後は続ける自信もなく辞めました。仕事内容の割に賃金の安いのも問題だと思います。同年代の友人より手取りが多かったのは夜勤手当が少しあった分だけです。子供が大きくなってきて再就職の希望はありますが、毎日医療事故が報告されている今の現状では、とてもこわく、再び看護師として仕事ができるのか不安です。家庭にいる看護師はたくさんいます。その人たちが安心して（賃金も含めて）職場復帰できるような状況を作ることによって、看護師離れも無くなると思います。患者さんも医療関係者も安心して治療できる日が来ることを願います。</p>
<p>有名な東京などの医療機関での事故が報じられるが、初歩的な確認ミスが多いように思う。馴れからくるもの、疲労から注意が行き届かぬものが報ぜられている。マニュアル通りに間違いを起こさぬようスタッフ全員で注意しあう環境作りが必要だと思います。また、保険加入など事故後の対策を考えておくことも必要かと。（国または県が負担することも考慮して）</p>
<p>余りにも多いこのごろの医療ミス、嘆かわしい限りです。自分が家族が病気で入院しなければならないとき、どこの病院でどのような治療を受けるのか、不安どころか考えても恐ろしい。考えられないような、プロとしてそんな馬鹿なと思うミス、ミス。毎日のようにどこかの病院で起きています。とにかくすべての面で体質改善見直してほしい。医師、また、医療に携わる人たちの技術、そしてあってはならない不正。特に人命を預かり守ってくださる尊い仕事を自覚して、医療は偉業であってほしい。とにかく日本の政治家は官僚は国民のために働いていない。</p>
<p>医療ミスありに「あり」としたのは、7年前義兄が今日退院という日に亡くなったためです。いまだに不信感がぬぐえません。2月28日が7回忌です。</p>
<p>全国において医療事故のニュースは絶えません。これから自分自身病気にある可能性がないとは限らないので、病院に行くのはとても不安です。診察に行くのも恐ろしいくらいです。</p>
<p>①昔開業医に肺炎の手遅れ。赤ん坊に5才児への風邪薬と注射。エソをおこした。心臓へピタカンを打ち込まれて親が気づき（熱の出方）措置。結局信大へ行き死亡。</p>
<p>医療事故はあって当然だと思う。人間のやることなのですから。問題は事故があったときにそこから学べる環境があるのかということだと思います。</p>
<p>医療ミスとわかっても言えない。</p>
<p>知人の奥さんが体調不良で総合病院を尋ね、即入院・手術になったそうです。患者は元気にご主人と別れたのですが、帰らぬ人となりました。一年後手術の現場に居合わせたスタッフの者が、医療ミスであることを主人に便りを出したそうです。今係争中です。密室（手術室）で何が起こったのか自分のことと考えるとゾッとします。</p>
<p>私は出産前実際に個人病院に勤めていましたが、小さなミスは時々ありました。また、手術を受ける際（名古屋の大病院）、右手と左手を間違えられ、私自身が指摘しなければそのまま手術されるどころでした。チェック体制を強化しないとミスは無くならないと思います。（労働条件よりまず…）患者自身も遠慮せずにおかしいと思ったら指摘しないとイケないです。</p>
<p>生命にかかわることなので（大事に至らないミスは告訴裁判など訴えることはしていないが）、もし手遅れの処置をされたら死亡につながるものがあつた。そのためにも医者は技術をしっかり身につけて、また研修医ならなおさらのことそれ任せにしてほしくない。注射の場合も上手下手がすごくあり、患者はとても苦痛を強いられているので、適正な配置が望まれます。</p>
<p>全く失敗がなく、とは無理だと思います。（運転プロでも事故してしまうことはないとは言いきれませんが）が、そのとき隠さずに患者を家族と思つての世話をしてほしいと思います。プロに託す心情を察してくださるよう望みます。</p>
<p>お役目ご苦勞様です。私もサービス業に携わる一人として働いています。最近報道機関で良く耳にすることは、高度な技術を必要とするオベを経験の浅い若い医師が平然と行う事例が目立ちます。働く環境の大切さは十分に理解していますが、それ以前に医師、看護師の皆さん方の資質にも問題があるのではないのでしょうか。一部の心ない人たちの行為のために、医療に従事する人たち皆さんが悪者になります。</p>
<p>お仕事ご苦勞様です。最近特に医療事故が報道されています。私ども身近にも理解にとまどう事項を耳にします。労働条件も大切なのは言うまでもありませんが、医療機関で働く人たちの資質にも問題があるのではないのでしょうか。人命を預かる医師、看護師という立場の大変さは、働いている姿を見れば理解できます。</p>

安全な医療を作ることが必要だと思います。頑張ってください。
医療ミスがもし自分だったらと置き換えると恐ろしいことで、今後も心配です。神職とも言えるべき医師を信頼して病院へ行くのに。看護資格を持った主婦になっている人たちの再就職を希望します。職員の増員イコール安全につながると思います。
医療ミスは許せることではないが、万に一つ出た場合の対応はきちんとすべきである。隠すことは許せません。
医療ミスの報道に接するたび、かつて自分が受け(そうになっ)たミスを思い出します。ミスが起きる原因を考えると、現場の多忙さも大きな要素になっているのだらうと思います。(もちろん個人の資質も影響しているのでしょうが)。現場でのチェックと医療制度の改善両面から、少しでもミスが減るように願っています。
マスコミで大きく取り上げられている医療問題ですが、少しでも患者、受診者の立場での医療を進めてほしいと思います。サービス業として「～様」をつけるだけの改革ではないものにしてください。
安全な医療を望みます。
医療事故はこれから増えると思います。私は年寄りですが全体的に感じられることですが、人間として物事にきちんと対することがどうもいい加減になっていると思います。はっきり言ってどうもうっかりミスが多いのではないのでしょうか。このごろ人間性がどうもいい加減になったように思われるからです。
ミスはミスと思わない医療スタッフが多いように思われます。この点を改善していかなければ我々も安心して治療を受けることができません。医療スタッフの教育・指導をもっと徹底してほしいと思います。
事故の起きたときはほとんどがポケットとしたうっかりミスが目立つ。しっかりした仕事の管理をしてほしい。
〇〇病院に良き医師と看護師、また、看護師等お願いいたします。〇〇病院も小さな(ミス)があります。(ミス)ないようにお願いいたします。
検査入院していたはずの家族の死に直面し、病院でみてもらっているのだからもう大丈夫と任せた形にしてしまった自分のミスもいまだに悔やまれています。もっともっとお医者さんとお話をする機会、時間を取っておけば…と感じています。
人間は機械ではないので間違いはあると思って当たり前であると思う。間違いが起ってしまったら今後は繰り返さないよう何重ものチェックが不可欠であると思う。現場が忙しいと間違いも起こしやすいと考える。ミスだけを取りざたするより、現場を見直すことから始めてほしい。
医療ミスをされた場合、どのように対処したらよいのかその方法がわかりません。医労連で誰にでもわかるパンフレットのようなものを作ってくださいならば非常にありがたいと思います。患者は弱者です。弱者の立場に立って作成してください。
医療ミスを起こしたときには県や国が見つかる前に、自ら速やかに県や国にその旨を伝えて未然に防いでください。
ミスはどこにでもあることであるが、ミスを個人のミスとしてではなく、危機管理意識を持って次のミスにつながらない処理をしてほしい。
叔母が自律神経失調症と言われ治療していたが、他の医者で大腸ガンと診断され手遅れで死亡。
医療に従事している方々はとても大変だと思いますし、私たちにとってはありがたいです。でも医療事故があったらそのすべてを明らかにしてほしいです。知る権利も当然あります。また、労働条件も改善しなければいけないと思います。
子供が風邪と診断され2～3日経ってもひどくなるので大きな病院に行ったら、盲腸でもう少して破裂するところだった。
医療事故の実態を知るにつけ、現場の改革が必要と考えます。現場で働いている方々の声を聞くと二重三重のミスチェックが必要との返事が来ます。
医療に関しては特に人の分野以上に処置が適切なものであるのか素人にはわかりにくいので、専門家(つまり医師や看護師)サイドからの隠蔽がされやすいのではないかと。医療ミスについてオープンにする仕組み作りにも力を入れてほしい。



医療ミスの防止に医療機関などが抜き打ちで査察等を受けるべき。(相互けん制が必要)。医師免許も車の免許のように更新を設けるべき。刑事罰を受けたら医師免許は取り消しにすべき。
いくら人や予算を増やしてもミスをチェックする体制が弱ければ同じことと思います。
〇〇町の病院で30年も前になりますが、私のおばが甲状腺の手術をしました。術後出血が多く、お昼時に様態が悪くなり看護師さんと呼んでもすぐ来てくれず亡くなりました。医師から家族へは、異常体質だと言われたそうです。
〇〇病院は勤務も大変みたいですし、看護師ももっと多くしてほしいと思います。
人間の命を守る仕事にミスは絶対に許されないとします。そのための人間教育から始めなければいけないと思います。物理的、心理的、経済的なバランスのとれた人間教育を望みます。
“危険の方向に行く日本”ある乳業会社が食中毒事件を起こしたことがありました。私は別の乳業会社に当時勤めていました。利潤追求のため人員を減らし、細かいところに目が届かなくなり、器具の未洗浄となり大きな事故を起こしたのです。今、すべての業界が利潤第一主義に動いています。医療までも。ゆとりのない仕事はミスを起こす最大の要因です。恐ろしいことです。
夜間の当直は研修医の可能性が高いと聞いてから不安になった。医師の人数を増やしたり、労働条件を改善した方がよいと思う。もしも医療ミスがあったとしても病院側が有利なので、そうならないように改善してほしい。アメリカのように医師になった後も試験をすれば良い医師が多くなり安心して病院に行けるのに…。
テレビで放映されている「白い巨塔」。終盤戦ですが医療事故を起こしたことは問題であるが、隠さずに明らかにし、原因を追求し、同じ過ちを繰り返さないことが大切だと思う。
以前主人が脳梗塞で倒れ、その後リハビリの病院に移り、リハビリを毎日やっておりました矢先、内臓に病気があることを長いこと見つけることができずに、それが進んでどうすることもできずそのまま息を引き取りました。病院で早くに探すことができたなら今でも思います。
以前家族が入院したとき、医師・看護師が呼ぶまで見に来ない、何時間も放っておかれることがありました。横の老人は付き添いもなく、かなり呼吸も荒く、次の日家族の面会に行ったら亡くなられてベッドは空いていました。それがミスかどうか分かりませんが、忙しさのためもう無理だろうという方に対してのやさしさ、いたわり、逆に症状の軽い方は放っておくという態度がみられました。あれでは医療ミスも出るだろうと思いました。
医療ミスはいつでも結果であって、元に戻ることはできないのが現実です。小さなミスはたくさんあると思いますが、本人も家族も不安を持ちながらも流されていっているのではないのでしょうか。診療が行われる前に医者と家族(本人も含めて)との話し合いが十分に行われていることを望みます。
医療スタッフ(医者・看護師)の方々は大変多忙な毎日を送られています。過労死や医療ミスは防ぎたいものです。
外国では医療ミスを調査する機関があると聞いたことがあります。日本にもそのような機関を国で設ける必要があるのではないのでしょうか。自動車の運転免許には「期限」があって更新するにはいくつかの手続きや申請が必要ですよ。医師免許にも「更新」することや「有効期限」をつけることも必要なのでは!?30年、40年も前に取った資格が一生続くのは「?」。医学・医療はどんどん進化してるはずなのに変わりますよ。
医療ミスではないが、病院を替えた方が良かったと主人が亡くなってから思った。
③についてミスがすべて人員不足によるものとは思いません。
〇〇病院看護師・〇〇〇子。総合病院でありながらあまりにいい加減な対応。本人確認、薬品確認等を怠り、とても恐ろしい思いをしました。彼女のいい加減さは忙しさからくるものなのか否かわかりませんが、こういう看護師を野放しにしておくのは絶対に許せない。
人事でなく自分のいつそのようなことがあるか不安になります。63歳女性。
入院中点滴液がいつもと違うので変に思い聞いたら、間違えたとあわてていつものものをやり直した。その翌日点滴中に他の薬を注射したが、全然入らず、腕が痺れ腫れてきた。たまたま他の看護師がきて「点滴を中止して、注射をしないとダメ。それじゃ入らない」と注意されていた。「看護師としては初歩的なミスだよ」とも言われていた。この病院では他の科でも半年間体調不良で受診。何人も医師をかえて診てもらったが、みな「神経質すぎる」と怒

<p>られた。結局他の病院で診てもらい、ガンだった。自分の体は自分が守り納得するまで診てもらうしかないと思った。上記病院（〇〇病院）で大きな医療事故が起きないように心配しています。</p>
<p>数年前、ある医者へ行き前回と違う薬が出たため、問いただしたら糖尿病の薬だった。</p>
<p>大切な家族のためにも医療ミス防止するための努力をお願いしたい！</p>
<p>医療ミスかどうかはわからないが、余命幾ばくもない患者と明らかにわかっているが、家族の要望にこたえて頂けなく粗雑に扱われ、死亡しました。その怒り、悲しみを聞いてくれる窓口が欲しいと痛切に思う一人です。何回か病院にも訴えたのですが、一人の力ではどうにもなりません。亡くなって三年半になりますが、いつまでも悲しみが続いています。</p>
<p>昔はそうした事故が多く、そのために家がつぶれた例もある。極めて不幸なことである。</p>
<p>医療ミスがマスコミにしていますが、まず安全安心の治療を受け、国も医療に対して考えるべきだと思います。（おじさんは血液型の間違いにより死亡）。職員を減らすことは反対です。</p>
<p>②④あってはならないこと。疑うより信頼を。⑤そのつどではなく、長いうちには自分のを見たい。</p>
<p>医療ミスや医療事故は、昔は隠せたが今は患者も自分たちの病気に対する知識もあり、勉強もするので、表面化してきた。ミス・事故防止は企業（製造業）と同じく、個々人の防止対策と病院全体での防止対策が必要。今後は各医療機関の点数表示等行なうべし。☆3つとか☆5つとか。患者も消費者。</p>
<p>薬局での薬が倍入っていた！という事故がありました。それも1ヶ月分の処方で、2歳6ヶ月の子供の薬でした。親の私が気づかなければ、1ヶ月も倍の量の薬を飲み続けていたことになります。今思い出してもゾッとします。今でもその薬を飲み続けていますが、毎日心配で…。しかし「すみません」の一言で終わりでした。いったい誰を信じたらいいのか？薬も飲まないと治らないし、どこに相談したらいいのか？弁護士にはお金がかかるし全く毎日不安です。</p>
<p>腹腔内にコイル状の針金が入っていた。いつ入ったかは不明。</p>
<p>オベで身体の中に忘れ物をされ、そのために腹膜炎を起こし、サイドオベをしたが原因がわからずそのままになっている。</p>
<p>実際に2回手術を受け、そのどちらかの時に腹の中に異物（コイル）が入ってしまい、その何年か後にそれが原因で腹膜炎となり、手術したらそのコイルが出てきた。2回とも違う病院でいつ入ったかわからず、そのまま泣き寝入りになっています。</p>
<p>医療ミスをなくす情勢づくりに取り組んでほしい。</p>
<p>以前個人病院において各種装置を設置しており、検査を受けたが、ガンを見落とされた。</p>
<p>上記の他に、医者の誠意がないとき、性格的に不安定と思われる人、そんなとき患者は不安になり、事故が起きることが多い。（歯科の場合）</p>
<p>最近医療ミスを時々耳にしますが、命の尊さを考えてみて下さい。（叔母は針をしたときショックで亡くなったので）必要医療には当たり前だと思う。</p>
<p>事故のあった場合にはすぐにオープンにすべきだ。多くの場合は逆のことが多いと思います。</p>
<p>〇〇市〇〇病院産婦人科にて大変辛い思いをしました。誰に相談したらよいかわかりません。女性専門の弁護士の先生はいないのでしょうか？毎日悩んで眠れません。K医師を許さない！</p>
<p>看護師のケアレスミスは多いと思う。患者にとってはわずかなことでも大いに気になる。経験の深い年輩者に多く診られるのが多忙、慣れによるミス。</p>
<p>ミスをしてしまったとき、もっと正直に家族に報告すべきだと思う。下手に隠すからことが大きくなる時もあると思う。</p>
<p>医療ミスはどこで起こってもおかしくないと思う。ミスは忙しすぎる等、時間の余裕がないと起きやすい。このような状態はあってはならない。特に命に関わるので。</p>
<p>人が人を治療する上で、完全であるとは思われないと思います。医師を信頼してすべてを任せる以外に方法はない</p>

<p>と思います。事故の補償は必要ですので、方策を立てることは大切と思います。</p>
<p>1年4ヶ月前、食道ガンの手術の折、麻酔により声帯が傷つき声が現在も出ない。手術後院内感染で肺炎、膿胸、チューブの先にバイ菌付き微熱1ヶ月続き、取ったら良くなる。余分な医療費払うことになる。</p>
<p>よくニュースなどで耳にします。大きな病気で麻酔・手術といわれて手術台に行くことを考えると、本当に不安ではありません。</p>
<p>医療事故はあってはならないことです。そのために最大の努力をしてほしいです。</p>
<p>家族ではないが甥が胸膜炎ということで入院し、水抜き手術を受けた後急死した。医療事故ではないかと不信感を持っている。安全・安心の医療体制確保のため運動を続けてほしい。</p>
<p>医者や看護師など増員しても医療ミスはなくなるとは思わない。</p>
<p>医師やナースを増員してもミスはなくなるとは思わない。しっかりとチェックすればミスは少なくなると思います。</p>
<p>義母が医療ミスと思われる手術を〇〇病院で受け亡くなりました。医師や看護師の質の向上を望みます。</p>
<p>□□市〇〇病院でケガの治療を受けた際、後日（1ヶ月ほど後）傷を縫うときに使用したゴムのようなものが傷口から3cmも出てきた。そのときの病院の態度があまりにも悪く、全く信用できない。近所での評判どおりの病院だと感じた。</p>
<p>医療ミスは絶対にあってはならないと感じます。</p>
<p>経済的支援では医療事故は減らないと思います。医業に携わる人の責任感とモラルの向上がないと。私はコレステロール値を下げる薬を飲んで2ヶ月後検査したところ、先生は「薬効き過ぎて下がり過ぎちゃった。この薬、新しい薬なんだよね」って言いました。私実験台にされたのかしら…と不安です。ホームドクターを持つと言われてますが、いい先生がいません。</p>
<p>身内がもう少し遅かったら死に至っていたほどの大きな医療ミスがあった。病院側の対応は、誠実で適切なものであったとはあまり思えず、(その後の父との話合いで)とても悔しい思いをしたので、お願いですので、医師の技術、意識の向上を病院全体で取り組んでほしいと思います。</p>
<p>私も胃カメラをやり胃に傷ができ、1週間入院してしまいました。人は誰でも100%と言うことはできないと思います。でもなってしまったことは現実ですから、これからどうするか、できた原因は何なのか、その後の対処の仕方に力を入れて頂きたいと思います。先生方の労働時間も大変だと思いますが、命を預かっているのがんばってください。</p>

## 別添資料2

## メンタルヘルスチェックリスト(尺度)の解釈

## (1) 心の依存度(対人依存型行動特性)尺度:15点満点

この尺度は、情緒的な依存心の強さ、人に対する期待しやすさを測る。

依存心が強いと他人に対して過度に期待しやすく、困ったら人に何とかしてもらおう傾向の行動特性をもっている。そのため不安や不満をもちやすく、ストレスをためやすくなる。

## (評価)

0～3点:心の依存度が弱く、相手に過度に期待せず、独立心、自己決定できる強いタイプ。諦めが早く、怒りや不満を長くもち続けることはない。

4点:中ぐらい。

5～8点:やや依存的なタイプ。

9点以上:かなり依存が強い。自分で物事がきめられず、誰かに決めて欲しいという気持ちがある。自分で決めたことを賛同してもらえると安心。察してほしい、かまって欲しい気持ちを強く持つ。

## (2) イイコ(自己抑制型行動特性)尺度:20点満点

周りの人に嫌われないように、事を荒立てないようにと、自分の気持ちや考えを抑えてしまう行動特性について測る。

自分の本音を抑えながら行動する為、自分らしさに欠け、そんな自分が嫌で仕方がないと思う。過去に心傷体験があることが多い。

## (評価)

6点以下:イイコ度が弱く、自分の本音を人に伝えることができる。人の顔色や言動を気にせず、自分の気持ちを表現したり、意見や考えを主張して自分らしく生きようとする。

7～10点:日本人に多いタイプ。時と場合によって本音を人に伝えることができる。会議など重要であらたまった席では自分を抑え、友人同士や家族内では自分の気持ちを言える。

11～14点:どちらかという自分の意見や本当の気持ちを人に言わないでいる方が安心。言うとは不安、寂しい、怖いという気持ちをもつことが多い。

15点以上:イイコのなところがかなり強い。大切な人から何かを頼まれると「ノー」と言えない。何時も自分の本当の気持ちを抑えているので、ストレスをためやすい。こんなに頑張っているのにわかってくれない、と人に不満を覚える。

## (3) 情緒的支援ネットワーク尺度:各々10点満点

社会的支援の中でも情緒的支援に着目し、自分の周りに情緒的・心理的に支えになってくれる人が存在していると、本人がどのくらい認知しているのかを測る。

会うと安心できたり、秘密を打ち明けられるような人が自分にはいると認知していることでストレスが軽減する。「家族内」「家族外」を別々に測る。

## (評価)

8点以上:支援が多く、関係が良い。自分を評価し、本当の気持ちをわかってくれたり、愛してくれる人がいると感じている。

7～6点:周りの人とは適度な関係を保っており、時には相談にのってくれたり、助けてくれる人はいる。しかし、本音で話せる人を十分には得られていない。

5点以下:支援者が少なく関係が悪い。周りに自分を評価し愛してくれたり、本当の気持ちをわかってくれるような人はいないと感じている。家族関係・友人関係・職場の人間関係が悪い。周りの人に期待していない。信頼していない。

## (4) 問題解決行動特性尺度：20点満点

目の前にある課題や問題に対して、積極的・効果的に、極めて現実的に対処しようとする行動特性をもち合わせているかを測る。

この気持ちが弱いと、同じような失敗を繰り返すことになりやすい。

## (評価)

15点以上：現実的な気持ちが強いタイプ。問題や課題に対して、見通しや計画を立てたり、事実確認をとったりしながら進めていける。失敗しても、振り返り原因を考えたりと同じ失敗をしないように考え、行動できる。

11～14点：現実的な気持ちがやや強い。

7～10点：中ぐらい。失敗をしたり、うまくいかないことがあった時、もっと振り返る時間をとったり、原因を考えたり、人にも相談しながら進めていくことが必要。

6点以下：現実的な気持ちが弱い。失敗をした時、「また次に頑張ればいいさ」と振り返らなったり、原因を考えることなくすぎてしまうことが多い。失敗を気にせずマイペースで行動できるところは良さでもあるが、振り返る時間をもたないことは何度も同じ失敗を繰り返すことになる。

## (5) 自己価値感尺度：10点満点

自分に対して良いイメージをもっているかを測る。

自分にどれくらい高い評価をしているか、肯定的な態度をとっているかをみる。イメージが良いと細胞の活性力が高まり病気になりにくい。

## (評価)

0～6点以下：現在の自分に対してのイメージが悪い状態である。自分に自信がもてない。自分を好きになれない。自己イメージが低いままだと、不安やストレスが高くなりやすく、抵抗力（免疫力）が落ち、不眠・食欲不振・胃痛などが生じやすく、風邪もひきやすい。

7～8点：自己イメージは普通。自分がある程度評価し、肯定的に受け止めている。

9点以上：自己イメージが高い。自分に自信をもっている。

## (6) 不安傾向尺度：80点満点

不安に陥りやすい傾向について測る。

不安は時間的にも変化するものであるが、この尺度は個人の過去の経験を反省している場合がある。

## (評価)

31点以下：特に不安に陥りやすい傾向はなく、ストレスに強く、積極的に行動できる。自分に対して自信がある。

32～34点：自分に対してある程度自信があり、決めたことは大体実行していける。

35～41点：やや不安に陥りやすい。様々な生活上の変化や思い通りにならないことをストレスと感じやすい。自分に対して自信がなく、自分で決めたことでもいざとなると不安になる。消極的になりやすい。

42点以上：かなり不安に陥りやすく、ストレスに耐える力が弱い。思い通りにならないことをストレスと感じやすく、自分の判断に自信がない。自分で決めたことでもいざ実行となると不安になり消極的になりやすい。

## (7) 抑うつ尺度：80点満点

ヘルスカウンセリングでの「うつ」は、病的な「うつ病」をいうものではない。「うつ気分」と捉える。気分だけでなく、食欲・睡眠をはじめとする各種のうつ症状が評価できる。うつ気分が高まっているということは、成長痛が起こっていたり、自分を変えようとするエネルギーが高まっているので、カウンセリングを受けたり、助言者の助けを借りることで自己成長のチャンスといえる。

## (評価)

35点未満：うつ気分はなく、ストレスも感じていない。

36～48点：ややうつ気分があり、少しストレスをためている。

49～68点：いつもよりイライラしたり、憂うつだったり、泣きたくなくなったりする気分。アレルギーや口内炎などの身体症状・衝動買い・喫煙・アルコール依存など行動症状がみられる場合もある。

69点以上：うつ気分がかなり強い状態で、かなりストレスがたまってつらい状態と思われる。イライラ・憂うつ・泣きたい気分・風邪が治らない・よく眠れないなどの身体症状が出やすい。本当にやらなくてはならないことを後回しにし、別のことばかりしてしまう。

出典 ヘルスカウンセリング事典 日総研出版 2000年10月（日本ヘルスカウンセリング学会編）