

図表 13

	N=100	
	N	%
1)輸液ポンプ・注射への不安	33	33.0
2)対応の悪さ	17	17.0
3)技術の未熟さと個人差	13	13.0
4)転倒・転落	9	9.0
5)設備・医療機器等への不安	8	8.0
6)情報・説明不足	6	6.0
7)予測していなかった不快感・痛み	5	5.0
8)衛生面での不安	4	4.0
9)治療方針の不一致	3	3.0
10)その他	2	2.0
総計	100	100.0

まず「輸液ポンプ・注射への不安」として複数挙げたのは、「終わってもすぐにきてくれない」、「血が逆流しそう」、「空気が入るのではないか(実際に入った)」という声であった。75歳男性(患者本人)は、「点滴が終わってもすぐに看護師さんが来てくれないので血が逆流しそうで不安だった」と記しており、また10代男性(患者本人)は「点滴のチューブにたくさんの空気が入っていて、空気も針のほうへ動いているのが、このままでは血管に空気が入ってしまうと、怖いと思い、看護師さんに言ったところ「うんうん、だいじょうぶよ」とさっと流された。血が逆流していくの(チューブに血が入っていく)は毎回の様だった。」と記している。点滴時の血の逆流、空気混入に関する患者側の知識不足に基づく不安を払拭するよう、「大丈夫」というだけではなく、その理由も説明し、患者が納得する情報提供が求められる。また消

灯後の点滴中は患者は寝てしまうこともあるため、逆流はより一層不安を掻き立てている。63歳女性(患者本人)は、「点滴が空になり、あわてて2度目は看護師さんが来られました。逆流はありませんでしたが、少しは不安がありました(夜中寝ていた時刻だったので)」と記しており、他にも「寝ているときに点滴がなくなり、血が逆流していた」(27歳女性:患者本人)、「点滴が夜の9時(消灯時)になってもこなかったもので、再度看護師さんを選んでやってもらうように頼んでなんとか、やってもらった(中略)。終わったあと見て見たら(看護師が寝てもいいといっていたので)、すでに点滴は終わっていて、血が逆流してたのでびっくりして不安になった。結局大丈夫という事だったが」(46歳女性:患者本人)との記載がある。

2つめの「対応の悪さ」で、職員による言葉かけや対応が患者を不安にさせている事例をまとめた。53歳女性(患者本人)は「カテーテルの手術中に私のお腹をポンポンと叩いて、「なるようにしかならないから」と言って、私を不安がらせました。なんてひどいことを言う先生なんだろうと思って、でも手術の途中なので何もいえませんでした。」と記している。また別の患者(34歳女性)は、「寝る前に、インスリン注射してもらった後、看護師が「種類を間違えたみたい」と言ってきた。血糖値測定を数回してもらったが、低血糖にはならなかった。翌朝、同じ看護師さんから「よく考えてみたら、間違ってたみたい」と言われたが、一晩不安で眠れなかったです」と記載している。また「点滴(抗がん剤)中「あっ！！」という声を出す看護師や若い先生にどきどきさせられる事があった」(39歳女性:患者本人)という記載もある。また「カテーテルをしているとき、隣の医師に聞きに行っていたので・・・怖かった。」(67歳男性:患者

本人)という記述も見られる。この事例は、不確実なまま治療を進めるより他の医師に確認することは望ましいが、患者への声かけが十分でないために、患者の目には自分で判断できない医療者と映り、信頼感の軽減につながるのだろう。また「看護師に同じ事を何度も言わないといけない。一回でお願いした事をやってももらえない。」(29歳女性:家族)など看護師の物忘れを指摘した事例は2件あった。

3つ目の「技術の未熟さと個人差」では、不慣れた医療者、経験の浅そうな医療者の行動に対する不安の声である。「点滴の針をさすのが下手な先生がいて、どの先生にあたるか不安」(56歳女性:患者本人)、「造影剤の注射を打つ時と動脈注射を打つ医師が震えながら打っていたので心配になりました。案の定、もれを起こしました。初心者なのでしょうがないが、打たれる方は慣れているので不安になった」(57歳男性:患者本人)という記載がある。また「手術のとき二人組みの先生らしき人が手術したのですが、一人は研修生っぽい人で怖かった(大学病院だと、しょうがないのでしょうか)。切らなくてもいいところまできったのか、近くにかさぶたがあった。」(10代男性:患者本人)との記載もあった。

4つ目の「転倒・転落」では、部屋の段差や「トイレの床面が小さなタイル張りで点滴用の台車が倒れそう」という経験に即した非安全と感じた場所に関する意見が寄せられた。また廊下等で患者同士、医療者とがぶつかりそうという事例が4件あった。

5つ目の「設備・医療機器等への不安」では、「入院する患者が気管切開中なのは入院前からわかっていることなのにベッドのところに吸引用の設備がなかった。そのたびにナースコールをすることに遠慮もあり、少し面倒でもあった。

特に予定していた入院なのではじめから部屋割り(位置)を考えていただけるとよかったです」(35歳女性:家族)というものや、院内で他の患者が使用する携帯電話を懸念する声も挙がった。また「エレベーターが不足のため緊急時の対応が不安である」という声もあった。

6つ目の「情報・説明不足」では、情報量よりも、むしろ事前に受けた説明と現状とのギャップが生まれた際に不安を感じていることが分かる。「手術の時間が最初の説明よりも時間がかかり不安があった」(33歳男性:患者本人)、「局所麻酔は、痛みはほとんどないと先生からいわれていましたが、強く苦痛を感じて不安だった」(19歳男性:患者本人)という記載があった。

7つ目の「予測していなかった不快感・痛み」では、「全身麻酔の際のどをひどく傷つけられた」(47歳男性:患者本人)、「腰椎麻酔の際、左下肢がひどくしびれ、強い痛みを伴った」(33歳男性:患者本人)といった患者が自覚した予想外の結果や苦痛が記されている。また「心カテの留置のし過ぎで、カテ終了後、すごい高熱が出て苦しかった事」(20歳女性:患者本人)という記載もあり、こうした予想外の事態に対する十分なコミュニケーションが不足していることが現実を受け入れることができず、不安や不信感を生んでいるのではないかと考えられる。

7つ目の「衛生面での不安」では、同室患者に対するものと、職員に対するものがある。「夜、密閉された病室に(8人部屋)咳を絶えずしている患者さんがいらしたので、感染するような気がして気が気でなりませんでした。みんなマスクはしてはいるのですけれど」(74歳女性:患者本人)、「免疫力が低下しているのに、隣に重症患者が入り昼夜を問わず痰の吸引とオ

ムツ換えで一時間おきにナースが出入しても  
のすごいにおいなのに換気もしてくれなかった。  
大部屋なのでずいぶんと我慢したがそのせいで  
睡眠薬を使っても眠れず体調が悪化して発熱・嘔吐・下痢と散々な目にあい(35歳女性:  
患者本人)と、同室患者からの感染への不安や、大部屋でのトラブルが記載されている。前述の35歳の患者は続けて、「換気だけでも  
お願いしたら係長にいたわりの言葉ではなく「大部屋には限界がある」とか「部屋を変えますか?」とか私がわがまま言っているような感じで言われて不愉快だった。夜中に何度もシーツかえるほど下痢をしている患者を体の弱っている患者の隣に入れて、しまいにはこっちが体調崩してからその患者を他の部屋に移すなんて配慮が遅すぎる。何度も入院しているがこんな初めて。」と、職員の対応の悪さに対する苦情も含まれている。同室患者に対する衛生面への不安は3件寄せられた。職員に対しては、「他の患者さんの傷のガーゼを換えてから、手をきちんと洗わずに次の人を触る人もいる」という記載が1件あった。

9つ目の「治療方針の不一致」では、医師と看護師、または複数の医師が関与している場合に見られる。43歳女性(患者本人)は次のように述べる。「歯学部に入院中なのですが、主治医が3名いて、それぞれの治療方針が違うのか、日によってコロコロと話が変わったことに対して、医師同士一貫性がないというか、意思の疎通がないというか…その後は、執刀医の話だけを信用するようにしました」と延べている。

「その他」では、「夜間の看護師の人数が少ない」などが挙げられた。

#### (6)医療者・患者間のコミュニケーション:患者

は不安や疑問を医療者に伝えているか

#### ①「医療者に伝えている」と回答した割合

「不安や疑問を感じたことがあった」と回答した132人のうち、「あなたはこの事実を医療者に伝えましたか」との問いに対し、「伝えた」と回答したのは52人(39.4%)、「伝えなかった」と回答したのは、53(40.2%)、無回答27件(20.5%)であった。分析対象とした延べ137事例で見ると、伝えた事例は52件(38.0%)、伝えなかった事例は64件(46.7%)、無回答21件(15.3%)であった。

図表 14 不安や疑問を医療者に伝えた割合

N=132		
	N	%
伝えた	52	39.4
伝えていない	53	40.2
無回答	27	20.5
総計	132	100.0

#### ②患者が伝える事例

医療者が報告すべき49事例のうち、患者が医療者に伝えているものは28事例(57.2%)、伝えなかったのは11事例(22.4%)、無回答10事例(20.4%)であった。

なお医療者から報告されていた12事例のうち、患者が伝えた事例は4件(事例1、2、4、10)、患者が伝えなかった事例は3件(事例3、6、11)であった。

図表 15 医療者からの報告の有無と伝達の有無

	報告有		報告無		総計	
	N	%	N	%	N	%
伝えた	4	8.2	2	49.0	2	57.2
伝えなかった	3	6.1	8	16.3	1	22.4
無回答	5	10.2	5	10.2	1	20.4
総計	12	24.5	3	75.5	4	100.0
			7		9	

医療者からは報告されていたが、患者は伝えなかったという 3 事例を記載する。まず事例 3 は注射液の量が間違っており、後で謝りに来たというものである。伝えなかった理由として「先にミス認めて謝ったので」と記載があった。この事例は患者が発見者というよりは、謝罪されたことで患者がミスに気づいた事例であると判断される。事例 6 は患者からのナースコールがあったと病院では報告されているため、患者は伝えているのではないかと考えられる。事例 11 は、手術前にカルテが紛失した事例だが、伝えなかった理由として、「病棟ナースが皆知っていることだから。執刀ドクターを信頼していたし」と記載されている。

### ③医療者が報告しない事例

医療者が報告すべき事例のうち、患者は医療者に伝えたが、医療者からの報告がなかった事例は 24 件 (49.0%) あった。以下に具体例を数例記す。

#### 事例 13

退院の際に右腕の点滴の針を取り忘れたので、帰宅後びっくりして近くの病院で針を抜いてもらいました。(67 歳男性:患者本人)

医療者には  伝えた・ 伝えてない

#### 事例 14

「アルコールを全く受け付けませんが、初めて投与された抗がん剤にアルコールが少量含まれていたらしく、全身が赤くなり動悸もして驚いた。前もって確認される事は無かった。」(31 歳女性:患者本人)

医療者には  伝えた・ 伝えてない

#### 事例 15

「抗ガン剤点滴中に注射針の付け根付近が何らかの理由で「ハズレ」液が血管の外に漏れその付近の血管、筋肉が固まり今でも痛い。看護師さんが主治医を呼びに行ったが、外来で手が放せないと断られ、看護師さんが針を抜いてくれた事に今は感謝しています。」(59 歳男性:患者本人)

医療者には  伝えた・ 伝えてない

#### 事例 16

心電計を体に付けて 2 日目の夕方 (17:00) から朝 (6:30 分頃) まで電極の差込が外れているのに誰も確認に来なかった。これはナースステーションの心電図モニターを見てない事で、心停止しても気づかないという事だと思う。(60 歳男性:患者本人)

医療者には  伝えた・ 伝えてない

#### 事例 17

24 時間の点滴を入れているのですが、鎖骨

下静脈から)管が何かの拍子にずれ液が逆流。血も流れ床に落ちていても気づこうとしない。(29歳女性:家族)

事例 17 は、事例 1 を期待した母親と同一人物である。この件を院内で調査したところ、「誤薬投与(事例 1)が行われた3日後の準夜の際、「点滴ラインと W ルーメンのラインが外れ逆流を起こしている」と患児の祖母が看護師に知らせた。ちょうど準夜から深夜にかかるときで、処置をしていたため報告するのを忘れてしまったとのことであった。

#### ④医療者も患者も伝えなかった非安全事象

患者もあつたことを医療者に伝えず、医療者も報告していない事例は 8 事例あつた。

患者が記載した事例の詳細及び、伝えなかった理由、及び考察を記載する。

#### 事例 18

治療を受けた際、レントゲンを何枚も撮り、血も抜いて検査したのに、別の日に同じような検査をされた(61歳男性:患者本人)

彼は伝えなかった理由に「文句を言えないと思っていた。痛くてそれどころではなかった」と記している。同じ検査なのか、患者には同じような検査と写るが異なる検査なのかは定かではない。患者が「この間の検査とは違うんですか」と質問し、回答を得ることにより重複した検査の防止、もしくは患者の不安軽減につながると考えられる。

#### 事例 19

点滴の針を打った先生に痛みが普通ではないので言ったのに、「慣れるから大丈夫」と言

われたけどしばらく我慢したけどあまりに痛かったので、看護師さんに言ったら直してくれた(27歳女性:患者本人)

#### 事例 20

緩和ケア実施計画書の患者名が違っていた(63歳女性:家族)

事例 19 を記載した女性は、「先生には伝えない。一、二度言ったのに聞いてくれず慣れると言ったから無駄だと思った」と回答している。また事例 20 の記載者も同様に「言っても無駄だと思ったから」と回答している。患者が普通とは違うと感じたり、自身の名前が間違っていると気づいたらそれらは伝えられるべきであり、その声に医療者は真摯に耳を傾ける必要がある。「伝えても無駄」という患者に無力さを感じさせる対応は避けなければならない。

#### 事例 21

熱が出てクーリングするのに患者は頭を冷やしてはいけないのに(脳梗塞)冷やそうとした方がいた。若い看護師さんだからしょうがないか。(43歳女性:家族)

伝えなかった理由は、「私がいたし、ありがちなことだからまあいいかと思った」とのことである。若い看護師に対する理解が示されているが、重大なミスが潜んでいるかもしれないため、患者が気づいたことはその当事者にはなくても伝える工夫が必要である。

#### 事例 22

月曜日に定期採血とナースAが来た。ベッドで 10cc を 5 本採血した。ナースはけだるそうに他患者とおしゃべりしながら採血した。ナー

スが採血中に、別のナースがB「あなたが頼まれていた〇〇は済みましたか」と尋ねると、このナースAは「忘れてました」と回答した。ナースAは採血スピッツを持って病室を出たが、30分ほどして「さきほど採血した5本のうち、1本は冷蔵庫に入れるべきだったが、忘れたので、もう一回採らせて下さい」と全く悪びれず再採血した。ささやかなミスだが、それからこのナースAの顔も見たくなくなった。(65歳女性:患者本人)

彼女は更に「ナースステーションでもすべきことを忘れて」と記載しているが、伝えなかった理由として「このナースの寝不足か、身体の異常から来た一過性のものかと善意に解釈した」と回答している。ミスそのものに対してというより、この医療者の職務態度を問題視する声のようにも見受けられる。それでもなお善意に解釈しようとする患者心理に注目したい。

#### 事例 23

病理診断を迅速にせず、何日かは放置していた」(50歳女性:患者本人)

#### 事例 24

「術後の点滴中、夜中に看護師が泣いていた。点滴の順番が間違っていたらしい」(50歳女性:患者本人)

#### 事例 25

点滴をしていたとき、身体がかゆくなった。(66歳男性:患者本人)

この3事例については、伝えなかった理由についての記載はなかった。点滴時の異変については、些細なことであっても医療者に伝えら

れるような工夫が必要である。

#### ③患者が伝えなかった理由の分類

「伝えなかった」と回答した53名のうち、その理由を記載した40件を内容別に5つに分類した。なお当事者の医療者には伝えなかったが、他の医療者に伝えたとの回答もあった。

- 1) 諦め・遠慮
- 2) 善意に解釈
- 3) 影響がない
- 4) 謝罪があった
- 5) その他

患者家族の83歳男性は、「本来の病気ではないが、眼の薬(要冷蔵)を持ってきてくれないことがあった(時々)」と記載しているが、伝えなかった理由として「うるさい患者(家族)と思われたくない」からと述べている。また患者家族の33歳女性は、「SpO<sub>2</sub>が下がっているのに、レスピレーターのFiO<sub>2</sub>を上げずに医師は腕を組んで見つめていた。結局、主治医への連絡後、処置を行う。その間20分程だったでしょうか。私が「上げて下さい」と云い、設定を上げた。これでは安全で信頼できる医療とはいえません。ちなみに私自身も看護師です。一般の方は見ている事しかできなかったでしょう。」と記載しているが、「医師も人間ですから、伝える事で対応が悪くなることも考えられますので、本人の人格にお任せするしかありません」と今後の治療に差し支えるのではないと臆測し、伝えなかったと述べている。

また「採血の針刺しが一回でうまくいかず、内出血した。技術の未熟さを感じた。」「点滴の液が血管周囲にもれて、炎症を起こした。」という事例を記載した56歳男性(患者本人)は

「悪意が無く、誠実さ、一生懸命さが感じられたから」と善意に解釈し、伝えていない。また 35 歳男性(患者本人)は、「大学病院なので、しょうがないとは思いますが」と前置きした後、「手術中若い医師がベテラン医師に指導を確認しながら行っているところが気になった。」と記載しているが、「事故の不安よりもちょっと気になる程度だが」と付け加えた上で、伝えなかった理由として、「2 年前に同じ手術を受けたとき、手術中の緊張感が全く感じられなかった事が、今回改善されていたのでまあ良くなったのかと思ったから」と記載している。この事例も善意に解釈したケースと考えることができる。

影響がなかったので伝えなかったというのは次のような事例である。38 歳女性(患者本人)は、「トイレから出てくる際、廊下を通る人とぶつかりそうになりました。例えば、子供、急を要していたと思われる先生、業者の方など。妊婦なので、ぶつかる危険です。」と不安に思ったことを記載しているが、「ぶつかりそうにはなったが、影響がなかったため」医療者には伝えていない。また 30 歳女性(患者本人)は、「麻酔を受ける際の説明不足(息苦しさなど)」や「点滴を変えるときに不安があった」と記載しているが、「結果、特に体に影響が無かったため」伝えていない。

#### D. 考察

今回の調査では、全回答者のうち 1 割強が、「この入院中、病院の安全に疑問を感じたことや、治療を受けた際にミスかなど不安に感じたことがあった」と回答していた。対調査票配布数で見ると 6%が上記のような経験を有していた。これらのうち、半数以上は、医療者がインシデント及びアクシデントとして報告すべき非

安全事象と考えられる事例であった。今回の調査結果では、これらの事例のうち、医療者が院内で報告していたのはそのうちの 2 割強に過ぎなかった。一方、患者はこれらの事例のうち半数以上を医療者に伝えている。このことから医療者からだけの報告には限界があること、医療者・患者間のコミュニケーションは不十分でありながらも医療安全において患者は「発見者」という役割を担える可能性が示唆された。

今回寄せられた事例を見る限り、すべてにおいて患者が第一発見者となり、一定の役割を果たしたといえるわけではない。事例には、医療者から謝罪や説明によって事態を把握し記載しているというものや、カルテ紛失など患者も医療者もその現場に居合わせているために患者が把握しているもの、また自覚症状を訴えたが患者自身ではどうしようもないものなども含まれていた。医療者は常に傍にいてくれるわけではなく、自覚症状を感じるのは患者自身であるから、患者及び、家族が発見者として存在する意義は極めて大きいと思われる。

だが、一方で患者は情報が欠如しているために異変に気づくことができないという指摘もある。筆者らが昨年行った患者経験者 7 名へのグループインタビューで、脳腫瘍とくも膜下出血を体験した 30 代女性の発言はそのことを端的に表している。「患者には『あるべき姿』が分からないので判断ができない。ガイドラインがあり、何を期待すればよいかかわかれば判断できるが、患者は日々状態が悪くなっているのに悪いことに慣れてしまう。ヒヤリハットが起きているのか、自分の状態が悪くてこうなっているのかが分からない」<sup>15)</sup>。医療者は「何かあったら知らせてください」と伝えるが、患者にはその「何か」が具体的にわからないために危険を察知することができないのである。そのため

具体的にどのような状態になったら医療者に伝えて欲しいかを患者に予め伝える必要があるだろう。

(財)日本薬剤師研修センターでは、薬の添付文書を患者向けに作成する中で、患者自身が最初の副作用発見者として医薬品の安全対策に参加し易くするために、副作用を自覚症状用語で表現する研究を行っている<sup>16)</sup>。こうした取組みは患者を発見者として位置づける上で極めて有効な手段であると考えられるが、過度な副作用など情報提供は患者を不安にさせ、服薬そのものに対する抵抗を生むのではないかとの反論もある。発見者としての役割を期待するうえで、この課題は極めて大きな問題となるため、今後の研究課題としたい。

また今回の調査では、患者が非安全と感じた事象を医療者に伝えていない人が4割にも達していることが分かった。医療者が報告すべきであると考えられる事象ですら、「伝えていない」と回答した人が2割強存在した。伝えていない理由として、遠慮や諦め、善意に解釈した、影響がなかったなどが挙げられた。

ミスが起こりそう、安全ではないと患者自身が感じたとき、医療者にそれを伝えることは、望まない結果を減少させることは間違いない。患者の心理的バリアを除去し、できるだけ医療者に伝えやすい環境を構築する必要がある。また米国のように、患者にとって伝えやすい環境を整備することが医療機関にとって多面的なメリットをもたらすという動機付けも必要であろう。

また患者が経験したが、医療者は報告しないであろう不安・不満事象88事例を分類したところ、「輸液ポンプ・注射への不安」が全体の3割強を占めていることがわかった。特に輸液ポンプに関する不安は、他国でも取り上げられ

ている課題である。

例えばイギリスの National Patient Safety Agency (NPSA)は、医療サービス安全活動に患者を積極的に関与させる方針をとり、その一環として入院中に輸液ポンプを使用した経験がある24名の患者へのインタビュー調査を行っている。その結果、「看護師たちをもっとトレーニングして欲しい」、「輸液ポンプを利用している患者が常にナースコールにアクセス可能なように注意すべき」、「患者の感情的ニーズに配慮すること」、「十分な情報提供の必要性」などが挙がり、NPSAは輸液ポンプに関する患者向けの情報プログラムや看護師向けのトレーニングプログラムを開発している<sup>17)</sup>。わが国でも、輸液ポンプに関する患者への説明ツールの開発は早急に行われるべきであろう。

他にも患者が認識した不安・不満事象として、対応の悪さや技術の未熟さと個人差、情報・説明不足、治療方針の不一致、予測していなかった不快・痛み、転倒・転落、設備・医療機器等への不安、衛生面での不安が挙げられた。米国の聖ジョセフバプティストヘルスケアが、患者に安全への懸念や不安を聞いた調査では、6つのカテゴリーに分類されている<sup>18)</sup>。それらは①普遍的な警戒事項、②注射器、③薬物治療、④シャワー・トイレ、⑤清潔さ、⑥転倒・転落であり、特に転倒、転落に集中している。患者側が持つ安全への懸念の多くは、必ずしも医療者にとって優先順位の高いものではない。だが、これらの調査結果は、患者は何を安全と感じるのかを理解するのに極めて大きな役割を果たしている。

最後に今後、患者参加を推進していく上での課題を2点挙げる。

まず、第一に医療者にとって医療安全への患者参加が新しい試みであり、様々な障壁が



あると同様、患者にとっても様々な障壁があるということを前提に患者参加を進めなければならないということである。これまで受身であり続けた患者が、突然、医療安全のために積極的な役割を担うことを求められることに対する躊躇は想像以上に大きいと思われる。

DiGiovanni CW らは、部位の取り違えを防ぐのに効果的だと形成外科医が伝えても、35%の患者は手術をしないほうの足に“NO”とマークしてくださいとの指示に従わなかったと報告している<sup>19)</sup>。またペリングは、「患者を安全活動に巻き込む：障壁とその解決策」と題した文章の中で、次のように述べている。「患者を安全活動の一員として招くということは、同時のエラーの危険性を白日のもとに晒すことにもなる。ある患者達はより安全な医療サービスを受けるためにその責任の一端を担おうと意欲を燃やすであろうが、ある患者達は、従来どおりの常に正しく過ちを冒さない医療者像にしがみつこうとするだろう」<sup>20)</sup>。またペリングは患者は、医療者を怒らせてしまうという恐れから安全に関する懸念を口にしなかったり、自分の身には決して起こらないだろうと盲信していたり、患者のケアをするのが医療者の仕事でそのためにお金を払っているんだらうと考えていたり、医療従事者の役割を患者に転嫁し責任逃れをしているのではないかと考えたりするとも述べている。

患者参加に関しては、医療者だけでその方策を検討するのではなく、常に患者からのフィードバックを得ることが重要である。医療者が考える患者参加に対し、参加する側の患者はどのように感じているのかを聞く必要がある。例えば誤認を防止するために身体にマジック等で印しをつける事は部位によっては、自らの身体を汚されたと感じ、患者を傷つけることに

もつながるということを医療者は十分に考慮すべきである。

また、参加が困難であると考えられる患者に対する方策も検討されなくてはならない。例えば意識のない患者や術前に前投薬がなされている患者などの参加や、家族の参加が期待できない場合はどうするかなどである。またコミュニケーション障害を伴う患者への安全への参加は特に留意すべきであると考えられる。

第二に、国民への医療安全に対する教育の必要性に関する問題提起である。患者参加において重要な点は、「ミスは起こりうるものであり、また実際に起こるものだ」という認識を国民に持ってもらうことから始まる。つまり医療事故は起こらないのではなく、起こる可能性があるから、患者参加が重要であるという現実在即した期待を医療に持ってもらうことが重要である。

しかし潜在的な医療過誤の可能性について、受診した医療機関で個別に聞くことは患者にとっても医療者にとってもあまり好ましい状況とは言えないだろう。米国では政府の医療研究品質局や安全薬品処方研究所などのグループが多数の出版物を出し、どうすれば医療消費者が医療ミスを減らし、望まぬ結果を防止することができるのかを説いている。また National Patient Safety Foundation (NPSF) では、消費者を患者安全運動の積極的な参加者とするため、彼らの知識武装を助ける教材を開発し、配布している。例えば、「院内感染を防ぐには～患者のあなたに何ができるか」、「病院から家までの安全管理」などと題した患者とその家族向けに安全に関する出版物が作成されている。またNPOグループである PULSE America<sup>2)</sup>は、

<sup>2</sup> Persons United Limiting Substandards and Errors in Health Care の略

患者や社会を教育し、安全な医療システムを広く社会に主張することで医療ミスの発生率を抑えようと活動している<sup>21)</sup>。わが国でも、医療安全に関することに加え、症状の伝え方、医療者との付き合い方、受診の仕方、医療機関の選び方なども含めた国民への医療教育を検討しなくてはならない。

#### E. 結論

本研究から、医療事故につながるインシデントの発見者及び、報告者として患者の役割の可能性を示唆することができた。今後は発見者としての役割をより有効に果たしてもらうために、患者に事前に情報提供すべき内容、また非安全と感じたことをどうすれば医療者に遠慮することなく伝えることができるのかの手法の開発、もし病態ごとに異なった配慮が必要であればその内容など、患者心理に配慮した研究が求められる。また輸液ポンプに関する患者の不安が大きかったことから患者向けの情報提供プログラムの開発は早急になされるべきである。また医療安全への患者参加を促進する上で、受診前から国民への情報提供や教育についても検討課題であると思われる。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

なし

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

なし

#### 3. 翻訳書

編著 パトリス L スパス、監訳 長谷川友紀、  
翻訳 平原憲道、和田ちひろ:患者と減らそう  
医療ミス、患者は安全パートナー、225p、エル  
ゼビア・ジャパン、東京、2005 (文献 17 の日  
本語訳)

#### H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

特になし

#### 文献

- 1) 人は誰でも間違える、米国医療の質委員会 医学研究所、232-233、日本評論社、2003
- 2) 文献 1(212-213 ページ)
- 3) 文献 1(233 ページ)
- 4) <http://www.ahrq.gov/consumer/20tips.htm>
- 5) <http://www.ahrq.gov/consumer/20tipkid.htm>
- 6) <http://www.jcaho.org/general+public/gp+spea+k+up/>
- 7) 鮎澤純子、公立病院と患者が参加する事故防・安全管理、NIRA 研究報告書、44、2004
- 8) 医療安全推進総合対策、厚生労働省医療安全対策検討会議報告書、じほう、11、2002
- 9) 安全な医療を提供するための 10 の要点、厚生労働省医政局医療安全対策検討会議ヒューマンエラー部会、2004 年版。
- 10) 厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール  
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/1/torikumi/naiyou/daijin/appeal.html>)
- 11) 「かくにんくん」という小型バーコードリーダーでの照合機能を用いることにより、患者自身が点滴、投与薬などの間違いを確認することができる。  
(<http://www.safetynet.jp/safety/kakuninkun/>)
- 12) 桜井雅彦、患者参画による取り違え防止

システムー「かくにんくん」の活用、医療安全、  
1(2)、24-25、2004

13) 落合滋之、“患者参加型”医療安全のす  
すめ、医療安全、1(1)、37-39、2004

14) 和田ちひろ、患者の視点からの医療安全  
に関する研究、平成 15 年度厚生労働科学研  
究費補助金(医療技術評価総合研究事業)、  
医療安全の評価指標の開発と情報利用に関  
する研究総括・分担報告書、53-81、2004

15) 文献 14(74 ページ)

16) 久保鈴子、患者・国民向け医薬品情報  
提供～患者向け説明文書を中心に～、日本  
製薬工業協会政策セミナー (2005 年 3 月

10 日) での配布資料 (2 ページ) より引用

17) Patrice L. Spath、Partnering with  
patients to reduce medical errors、AHA  
press、25-34、2004

18) 文献 17(42-43 ページ)

19) DiGiovanni CW、Kang L、and Manual J、  
Patient Compliance in Avoiding Wrong Site  
Surgery、The Journal of Bone and Joint  
Surgery、85、2003

20) 文献 17(88 ページ)

21) <http://www.pulseamerica.org/>

## 患者参加を促進するための情報提供について

長谷川友紀

(東邦大学医学部公衆衛生学講座助教授)

### 研究要旨

米国、豪、英国等では医療安全確保のための患者参加を実効性あるものとするために、患者が行うべき事柄について簡明にまとめ、リーフレット、インターネット等を用いて公開している。今後、日本でも患者参加の手法を検討する場合に、患者に提供すべき情報について、その内容、方法を、状況・病態に応じて明らかにする必要がある。本研究では、そのような事例があるかについて文献調査を実施し、内容について概観した。

### A. 研究目的

米国、豪、英国等では医療安全確保のための患者参加を実効性あるものとするために、患者が行うべき事柄について簡明にまとめ、リーフレット、インターネット等を用いて公開している。今後、日本でも患者参加の手法を検討する場合に、患者に提供すべき情報について、その内容、方法を、状況・病態に応じて明らかにする必要がある。本研究では、そのような事例があるかについて文献調査を実施し、内容について概観した。

### B. 研究方法

インターネットを用いた文献検索を行った。

### C. 結果

英語での文献調査では、patient safety tip、patient safety brochure は、行政、学会、官庁団体など種々の組織から公表されており、すでに確立した概念となっていることが伺われた。

以下では、和田分担研究でも紹介した PULSE による「患者安全のヒント」を示す<sup>1)</sup>。このほかにも代表的なものを示す。

### 1. Patient Safety Tips (患者安全のヒント)

もし、患者安全に少しでも関わったことがあるならば、医療事故、薬剤事故、感染を避けるために患者や家族が従うべきヒントが何百もあることをご存知でしょう。でもこれらのうち果たして何が重要でしょうか？PULSE では医療スタッフに尋ねて、患者や家族が知り、また守るべき最も重要なものを明らかにしました。これが PULSE Patient Safety Tips (Pulse の患者安全のヒント)です。

・手洗い、手の衛生管理は感染を防ぎ、患者安全で重要です。あなたに触れる医療スタッフには手を洗ったかどうか確認しましょう。

・治療計画を理解し、どのような結果が期待されるかを、もし複数の状況が考えられるならば、それぞれについて確認しましょう。

・医療スタッフに繰り返して聞いたり、説明を求めることをためらう必要はありません。

・あなたを治療している医師の全員が、あなたが服用している薬(処方された薬、市販の薬、ビタミンや薬草などのサプリメントを含めて)を知っていることを確認しましょう。

・薬局を出る前に、薬袋を開けて自分の名前、薬の名前を確認しましょう。薬の注意書きを確認するとともに、自分の飲んでいる他の薬と相

相互作用がないかを質問しましょう。

・病院や診療所に行く前に、医師への質問をメモに書いておきましょう。

・病院や診療所に行くときには、友人や家族に「擁護者」になってもらうように頼みましょう。擁護者は、医療スタッフと話すときに、あなたの日や耳となってくれます。また質問の答えを得ることを助けてくれたり、頼りになってくれます。

・もし検査を受けた場合には「便りのないことはよい頼り」と判断してはいけません。医師に結果について尋ねましょう。

・あなたの治療に関わるすべての医療スタッフが、書面や、必要な場合には口頭で、あなたの重要な健康情報を得ていることを確認しましょう。

・治療中、あるいは治療後に容態が悪くなっていると感じたら、すぐに医師に連絡を取りましょう。何時、誰が応じたかをノートに記録してください。医師、看護師、薬剤師から折り返し連絡がなければなりません。

## 2. その他の組織による患者安全のヒント

### (1) AHRQ ([www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov))

・Five Steps to Safer Health Care (より安全な医療のための5つのステップ)

・20 Tips to Help Prevent Medical Errors (医療事故を防ぐための20のヒント)

・20 Tips to Help Prevent Medical Errors in Children (小児の医療事故を防ぐための20のヒント)

・Improving Health Care Quality: A Guide for Patients and Families (医療の質の向上:患者と家族のためのガイド)

・Quick Tips: When Getting Medical Tests (検査を受ける場合の早分かりヒント)

・Quick Tips: When Talking with Your Doctor (医師と話す場合の早分かりヒント)

・Your Guide to Choosing Quality Health Care: Summary (良質な医療を受けるためのガイド、要約)

・Ways You Can Help Your Family Prevent Medical Errors! (あなたの家族が医療事故を避けるための方法)

(2) National Patient Safety Foundation ([www.npsf.org](http://www.npsf.org))

・Preventing Infections in the Hospital: What you as a patient can do (院内感染を防ぐために:患者としてあなたにできること)

・What You Can Do To Make Health Care Safer (医療をより安全にするためにあなたにできること)

・Safety As You Go From Hospital To Home (病院から自宅に安全に帰るために)

・Pharmacy Safety and Service - What You Should Expect (薬剤サービスと安全のために確認すべきこと)

・Role of the Patient Advocate (患者擁護者の役割)

## D. 結果 と E. 結論

厚生労働省は、2001年5月に医療安全対策検討会議を設置し、2002年4月には「医療安全推進総合対策」が取りまとめられた。医療安全を推進するために、人、物、組織等の各要素、およびこれらを運用するシステムに着目し、患者安全を最優先に考える「安全文化」の醸成が重要であること、特に「誤り」に対して責任追及ではなく、原因の究明と再発防止を重視すべきである、とされた。これは医療者側の視点から「医療事故」という事象に立ち向かってきたものであり、医療の中心的存在であるはずの「患者」の参加の視点は必ずしも十分で

はなかった。厚生労働省がまとめた、「安全な医療を提供するための10の要点」でも、患者参加の重要性が指摘されているものの、この要点がそもそも医療従事者を対象に作成されており、内容についても、「患者との対話」、「医療内容についての説明」、「質問しやすい雰囲気作り」が挙げられるのみであり、患者が、何を期待し、どのように振舞うべきか、またその際に受けることができる支援等についての具体的に記載はされていない<sup>2)</sup>。現在、厚生労働省では、前述の対策の強化と新たな課題への対応として、医療安全対策ワーキンググループで検討を進めており、医療安全に重要な3つの柱のひとつとして、「患者への情報提供・共有と患者参加の促進」(今後の医療安全対策について報告書、平成17年5月)が挙げられている。

本研究は、予備的調査の域を出ないが、すでに諸外国では患者参加の仕組み作り、教育ツールの開発について相当の知見を有していることが示唆された。状況・病態ごとの内容、支

援策、効果等について、文献レビュー、事例調査をさらに進める必要がある。

医療安全確保において患者参加の促進を実効性のあるものとするためには、日本において利用可能な形で、(1)診療の現場で患者、家族がどのような振る舞いを期待されているか、またすべきであるかについて具体的に明らかにすること、(2)前記を促進するための医療機関内外の仕組み作り、(3)前記の効果の検証、(4)将来的に教育などを通じて一般の人が知っておくべき、医療サービスを受けるにあたっての基本的事項、が明らかにされる必要がある。

#### 参考

- 1) <http://www.pulseamerica.org/Education.htm>
- 2) <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/ianzen/1/human/dl/panf2.p>

# 患者の視点からの医療安全管理に関する研究

長谷川幸子

(日本医科大学附属病院医療安全管理部副部長)

## 研究要旨

日本医科大学附属病院の医療安全に関する問題を明らかにしシステム改善のために患者・家族から「入院した患者がミスかなど不安に感じる事象について」を自由記載によりアンケート調査を行った。配布は1160枚、回収数713枚うち事例記載は70件9.8%であった。事例の内容を、インシデント・医療事故・苦情・対象外事象に区分し事象数で記述統計分析を行った。結果事象の62.5%がインシデントを含む医療事故（非安全事象）に関するもので、そのうち医療安全管理部に報告されている事象は15.6%で報告システムに報告されている以上にインシデント・医療事故が起きていることが分かった。

種類別で報告がなされない上位は、医療事故では合併症（検査・麻酔・病気）薬剤副作用、インシデントでは病気の説明、インフォームドコンセントの不備、輸液・輸血管理、医療者の点滴・注射・採血技術の未熟などがあり、それぞれに対し改善を行った。これらから、患者・家族が医療に参加しミス・不安の意見を述べることは、医療の質改善に繋がることが示唆された。

## A. 研究目的

日本医科大学附属病院は「病院の安全は病院の医療の質を表す」として、平成15年1月医療安全管理部を設置した。医療は患者と医療従事者との信頼関係に基づき成立しているもので、医療の質を向上させるため、医療従事者が、社会の人々によって教育されているという事実を常に認識することと、患者・医療従事者の信頼関係をお互いが育む努力そして患者・家族も医療チームのメンバーとして、医療に参加することが重要である。そのため医療安全管理部は患者・家族が医療参加を図るために（1）インフォームドコンセント（I・C）の推進（ガイドラインの策定とI・C用紙の整備）、（2）患者満足度調査と改善（第三者機関での調査・分析・その結果をうけ、病院として改善策立案・実施）、（3）苦情対応システムの整備（事例収集・分析・対

応・患者・医療者へのフィードバック）、（4）患者・家族に医療参加の呼びかけのシート（図1）を入院時配布するなどを行ってきた。今回「患者の視点からの医療安全に関する研究」に参加して、当院の医療の安全に関する問題を明らかにし、システム改善をするため調査を行った。

## B. 方法

### 1. 調査の方法

（1）調査予定病棟25病棟に調査票を各50枚配布した。

（2）和田小研究で用いた調査票の3.『「今回の入院で病院の安全に疑問を感じたことや、治療を受けた際にミスかなど不安を感じたことがあった」と回答した方にお聞きします。具体的にどのようなこと

が起こったのか詳しくお書きください。』の欄に記載した内容を調査した。

(3) 記載の内容に基づいて、1) インシデント、2) 医療事故、3) 苦情、4) 対象外記載に区分した。用語の定義は以下の通りである。

インシデント：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、結果として患者に障害を及ぼすに至らなかったもの。

医療事故(アクシデント)：医療を受ける過程において医療行為により健康障害が生じたもの

苦情：入院生活の期待の落差や期待に反する結果が生じたもの

対象外記載：今回の調査に関係のない内容

(4) 記載内容の信憑性等の判断については、リスクマネジメントの視点から、患者・家族の事象の解釈内容を重視した。

(5) 記載内容に、苦情やインシデント等、区分の違う内容が含まれている場合、それぞれを1事象とし総事象数を算出した。

(6) それぞれの事象が医療安全管理部に報告されているかを追跡調査した。

(7) 区分したインシデント・医療事故・苦情の事象を、ミスや問題の項目でさらに区分した。その際ミス・問題の種類それぞれを1項目としミス・問題の総数を算出した。

(8) ミス・問題が医療安全管理部に報告されているかを追跡調査した。

(9) 以上を記述統計し分析を行った。

(10) 以上の結果より、改善策を立案し実施した。

## 2. 期間

平成16年11月～平成17年2月末日

## 3. 倫理的配慮

調査に使用するための調査票には、研究の目的・方法を記載し、回答は、無記名であり個人が特定できないことを記載した。研究への参加は、個人の自由意思をもって成立し、今後の診療などに影響がないことを十分に説明し調査票を渡した。また、調査票の回収は、郵送法で行い回答者が特定できないように配慮した。

## C. 結果

1. 配布数 1160 回収数 713

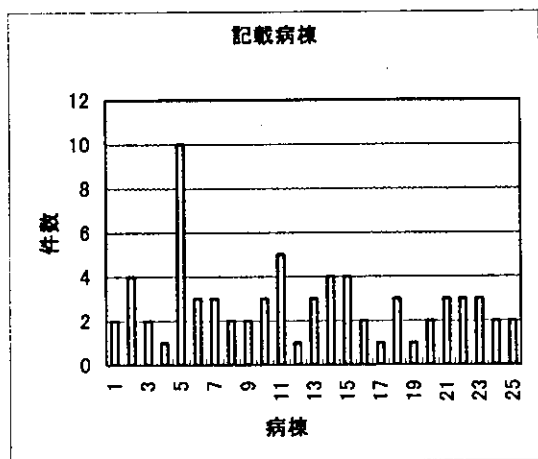
2. 調査票3に記載された調査票の枚数と記載率

記載70枚、記載率9.8%であり、事象数では81事象が得られた。

3. 病棟別の事例数

配布病棟25病棟の全病棟から事例記載を得た。





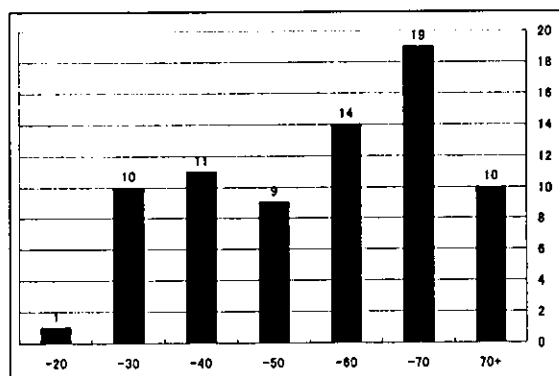
81 事象を内容に応じて区分した結果は以下の通りである。

- 1) インシデント 37 事象 45.7%
- 2) 医療事故 14 事象 17.3%
- 3) 苦情 23 事象 28.4%
- 4) 対象外記載 7 事象 8.6%

これらのうち医療安全管理部に報告されていたものは以下の通りである。

#### 4. 回答者の属性

##### (1) 年齢



回答者の年齢分布は上図の通りであり、平均年齢 52.4 歳、中央値 56.0 歳であった。

##### (2) 性別

性別は、男 36 人、女 34 人であった。

##### (3) 記載者

記載者は、患者 61 人、家族 9 人であった。

#### 5. 事象の内容

##### (1) 内容別区分

- 1) インシデント 3/37 8.1%
- 2) 医療事故 5/14 35.7%
- 3) 苦情 0/23 0.0%

#### 6. インシデント 37 事象の検討

インシデントの内容別の件数と、うち医療安全管理部に報告された件数を示す。

	件数	報告件数
医師の病気説明やI・Cの不備	8	0
点滴・輸血管理ミス	7	0
医師の点滴挿入・注射技術未熟	7	0
医師の処置対応不備	3	0
誤薬	3	3
患者誤認	2	0
チームコミュニケーション不備	2	0
看護師の採血技術未熟	2	0
簡易血糖測定時採血消毒ミス	1	0
モニター監視に関するミス	1	0
医師の IVH 挿入技術未熟	1	0

## 9. 医療事故 14 事象の検討

医療事故の内容別の件数と、うち医療安全管理部に報告された件数を示す。

	件数	報告件数
検査の合併症	3	1
薬の副作用	2	0
麻酔の合併症(咽頭痛)	1	0
手術の合併症	1	1
病気の合併症	1	0
誤薬	1	1
アルコール過敏症	1	0
採血後の内出血	1	0
24 時間以内の再手術	1	1
個人情報管理不備	1	1
点滴終了後観察不備	1	0

## 10. 苦情の種類と件数

苦情 23 事象の内容は以下の通りである。このうち医療安全管理部へ報告されたものはなかった。

内容	件数
病棟の構造・設備	3
他患者に関すること(咳・マナーなど)	3
患者を不安にさせる医療従事者の態度(注射を打つときの手の振るえ、点滴時の「あっ」という医師・看護師の言葉、看護師より処置を教えられているぐらぐらするヒール姿の女性医師)	3
医療従事者の院内マナー(廊下をはしりぶつかりそうになる)	2
エラー後本人からの謝罪がない	1
看護管理者としての接遇態度	1

医師の社会人としてのマナー(約束を守らない・時間にルーズ)	1
守衛の接遇態度	1
他患者とケアに差別があるのではない	1
少し待たせる	1
夜間点滴中不安感がでる	1
採血を何度もしていると、血管がにげる	1
脳梗塞なのに発熱時頭部を冷やした(ミスではないのにミスと思っている)	1

## D. 考察

### 抽出された問題

1. 調査票の記載は神経科病棟を除き、集中治療室・高度救命救急治療室含む全病棟から出されており、記載件数が多い病棟は 10 件、少ない病棟は 1 件であった。病棟の記載件数の違いは、調査法が入院患者でランダム調査であること、調査に協力を承諾した患者の自由意志である為分析が出来なかった。

2. 回答者は、年齢からは 40 歳代から 70 歳が多くを占めた。性別では男性 52%、女性 48%と男性にやや多かった。

3. 記載者は 87%が患者で、実体験に基づいて事象を記載したものが多かった。

4. 記載内容をインシデント、医療事故、苦情、対象外に区分したところ、インシデント 45.2%、医療事故 17.3%、苦情 28.4%、対象外記載が 8.6%で、インシデントを含む非安全事象に関することが 62.5%を占めていた。

5. インシデント 37 事象、医療事故 14 事象、苦情 23 事象の情報が医療安全管理部に報告

されているか追跡調査した結果、インシデント 8.1%、医療事故 35.7%とインシデントより医療事故がより多く報告されていた。インシデント・医療事故合計では、医療安全管理部に 15.6%しか報告されていなかった。医療スタッフによる院内報告システムの限界を示すとともに、患者・家族が重要な情報提供者となりうることを示すものである。

6. 苦情は毎月 20 件から 25 件が医療安全管理部に報告されるが、今回調査で得られた事象について報告例はなかった。これは今回の調査が、患者・家族にとっては、病院に対して苦情を呈することに近いため、同じものが報告されなかったとも考えられるが、詳細についてはさらに検討する必要があると思われる。

7. インシデントの種類は、医師の治療の説明や I・C の不備、点滴・輸血管理ミス、医師の点滴挿入・注射技術の未熟、誤薬、医師の処置対応不備、誤認（受付でのカルテの書き間違い・呼ばれた名前が隣の患者）、採血技術の未熟、チームコミュニケーションの不備、血糖測定時の消毒ミス、モニター監視の電極はずれ、IVH 挿入未熟等であった。そのうち医療安全管理部に報告されていた事象は誤薬のみでその他は無かった。特にインシデントとして一番多い「医師の病気、治療の説明、I・C の不備」については非常に重大なことで、患者・医師間の信頼に基づく医療の根幹を揺るがしかねない。医療専門職者は患者・医師の間の診療関係において、通常 4 つの説明義務について常に考えておかなければならない。1 つ目は、手術や検査などの治療医行為の際、患者の承諾を得るための説明義務を果たせたか。2 つ目は、療養方法の指導のための説明義務を果たせたか。3 つ目は、専門診療科やより高度な医療機関への転医に関する

指示・勧告としての説明義務を果たせたか。4 つ目は、治療行為後の説明義務は果たせたかである。今回の記載事例の内容では、4 つのどの説明義務が不備なのかは、結論付けられなかったが、この説明や I・C に不備があるという事実を把握したことにおいて意味があった。今後、どの段階に不備が生じやすいかについて更に研究を進める必要がある。また医師は医療専門職者として相手の理解に応じたコミュニケーションの実施が必要であるが、その能力の開発のためのプログラムの検討を示唆するものであった。

これらを踏まえ、医療安全管理部としては、I・C の取得忘れ、不十分な説明もしくは患者の理解不足に対し、影響と有効性に関するエビデンスが最も強いといわれる「患者に、I・C の過程で何を言われたかを思い出して繰り返し述べてもらう」について、当面院内で制度化を促す予定である。

8. 点滴管理に関する内容は、点滴漏れや、点滴ライン内の血液逆流に関するものであった。これは医療現場において日常的によく見られるインシデントであるが、患者にとって、非常に不安でこの様な事象が起こると、医療者がミスを起こっていると解釈していることが分かった。点滴ラインへの血液逆流があり閉塞された場合、点滴の再挿入となり、患者が再度「痛み」を伴う行為を受けなければならないという事実があり、医療専門職に対して「漏れないように行ってくれれば」とか「ちゃんと観察してくれれば」という心情が生まれるのは当然である。医療従事者は、点滴漏れを防ぐためには患者と医療従事者との協同が必要であるとの情報を提供する必要がある。また医師・看護師のなかには、点滴ラインの閉塞の際、ヘパリン生食でフラッシュを試みる可能性も考えられる。この行為は、点滴ライン内に血餅が生じていた場合には非常

に危険であるため、患者に分かる「点滴管理」のパンフレットを開発し、出来るだけ患者に余分な痛みや不安を与えない状況を整えていく必要がある。

9. 輸血管理に関しては、看護師のMAP輸血速度の知識に関して問題があり、そこから発生している事象と考えられた。輸血療法も日常的に行われる医療行為であるため、看護師が輸血療法に対する正しい知識がないと、重大な医療事故に繋がる可能性がある。今回の事象だけの問題であるのか否かを看護部の連携を図り早急に調査する必要がある。また当院の輸血療法のガイドラインやマニュアルが、この様な事象を引き起こす内容になっていないか調査した。その結果、1単位のMAP輸血速度については、分かり難い記載内容であったため、マニュアルの再検討が必要であることが判明した。

10. 医師の点滴挿入未熟や看護師の採血技術の未熟なことに関しては、当院が教育病院であり、点滴技術や注射の未熟な医療従事者がいる事実がある。昨年度から研修医の点滴・採血技術の教育を、各科に配属する前の中央オリエンテーション時、医師・看護師がマンツーマンでデモンストレーションの指導を行ってきた。昨年の指導で分かったことは、一般に研修医は、点滴ラインの準備の仕方、点滴ラインの清潔な取り扱い技術などについて知識を有していないことである。また、新人看護師の2/3しか採血技術が基礎教育で行なわれていなかった。平成17年度は、看護カリキュラムの改善により看護師の採血技術が基礎教育で行なわれてくる可能性が高いと考えられるが、研修医の場合は、病院に就職してから点滴や注射の技術教育が始まる。日本医科大学病院として、外来・入院玄関・病院パンフレットにそのことについて情報公

開しているが、外来採血場所や病棟などにも掲示などを用いて患者の理解を得る必要がある。

また研修医の点滴技術を向上させる為の教育ツールの検討を行うこと、医療従事者の技術は患者がいたからこそ向上できたのだという事実を常に医療従事者に認識させることが、併せて重要視しなければならない。医師の中には、その事実を忘れ、点滴挿入困難なとき、患者に「この血管、点滴なかなか入らないので」と言い、患者が傷ついたという事例もある。確かに、中には点滴挿入困難な患者もいるが、それは今まで治療を受けてきた結果であることを踏まえ、医療従事者は、なかなか挿入することが出来なかった場合、患者は「痛み」に耐えていることを思い、真摯に謝罪しながら医療行為を行うべきであろう。

11. 医療事故で報告されていないものは、検査の合併症（重症障害が発生している場合は報告していたが）、薬剤副作用、麻酔合併症（咽頭部の痛み）、病気の合併症（肺炎）、薬剤の副作用、アルコール過敏症、採血後の内出血、24時間以内の再手術、点滴終了後確認忘れであった。とくに合併症については、医療の質を表すものとして、臨床指標の視点から検討が必要である。病院として臨床指標についてどのように考えるかの検討を早急に行なう必要がある。

12. 薬剤の副作用について報告がないことについては、平成16年度特定共同指導において報告数が少ないとの指摘を受けている。また当院では平成16年10月から後発薬品を使用しており、その副作用を調査することも重要な課題である。

薬剤による副作用は、様々あるが副作用によって重篤化する人は年間300人程度いると言われ、障害を持ちながら生活を余儀なくさ