

特徴3として、[安全対策]をあげ、静脈注射を受ける患者の安全・安楽を保証すると共に、医療者の安全確保については、一部、技術として行動できるように示した。すなわち、中項目として【1. 事故防止】からはじまり【2. 感染防止】、【3. 静脈注射部位の疼痛管理】、【4. 静脈損傷、薬剤血管外漏出】、さらに【4. 緊急時の対応（アナフィラキシーショック等含む）】の知識などからなる。一方、静脈注射の準備、ルート維持・管理等の安全対策として、【5. 並列同時薬剤の調製の危険性】、【6. 複数ルート混同の危険性】についても言及し、さらに【7. 薬剤の保管・管理（救急カート内も含む）】を加え、施設内統一の保管・管理の意味やその実際を臨地でこそ学べる機会であると考え、臨地実習時の必修学習項目とした。

特徴4として [アセスメント] 項目を設けたことである。本学では特に {静脈注射を受けるその人} に対する看護を学ぶことを重視し、その人ために適切なアセスメントができることをねらいとした。すなわち静脈注射を受ける患者の発達段階をはじめ健康状態に関するあらゆるデータを解釈し、かつ使用される薬剤の作用、副作用や注射後に予測される反応等を十分に理解した上で、安全に安楽に静脈注射が行われるという、一連の学習は欠くことができないと考えたからである。よって中項目では【1. 病態把握】、【2. 薬剤の身体への作用機序】、【3. 観察】、【4. 危険兆候を予測】、【5. 日常生活への支障の把握】、【6. 苦痛の把握】の6項目をおき、その人の生活過程を意識した静脈注射の看護ができるよう順序性にも考慮した。

特徴5として [技術] では、前述の基礎知識を理解した上に立って、血管内に薬剤を注入することに加え、刺入行為は危険を伴うものであることが認識できることをねらいとした。危険を回避しつつ行う安全な技術とは、知識の裏づけに支えられていることを強調している。基礎教育における技術習得であるため小項目では『述べることができる』という知識確認レベルの表現にした。

【1. 6 Right の原則が徹底】され、【2. 指示の受け方】、【3. 薬剤の正しい取り扱いと準備】、【4. 注射器・点滴セット類の取り扱い】、【5. 機器の取り扱い】等の事前の確実な技術をもって、適切に【6. 静脈刺入】し、【7. 固定（法）】し、【8. 注入速度を調整（法）】し、必要に応じ【9. チューブの外れ、気泡などへの対処】、【10. 薬液の血管外漏出の時の対処】を行い、【11. 終了後の対処】では抜針や止血、あるいは継続のための血管確保等の対処を行う。実施前・中・後には【12. 観察・記録・報告】を行う。これらの一連の看護は『その人』の個性に応じてアセスメントされ、安全で安楽に【13. 注射時の看護】がなされるよう、確実な知識を基盤とした技術習得がされることをねらいとした。

また、中項目【6. 静脈刺入】のSB0“4) 静脈内に確実に刺入できる。〈静脈注射模擬行為としての静脈血採血〉”に示すように、静脈血採血技術を必修技術項目とし、静脈内に刺入することは全学生が『できる』レベルとした。

V. 試案を用いた教育運用

1. 試案の実施について

今回作成した試案は、今年度からでも一部教育方法を工夫しながら活用していきたいと考えている。現3年生に対しては、後期の臨地実習に向けた学内演習の中で、全員が必要な技術を体験できるように計画している。臨地実習のなかで教員は試案の内容を意識して、積極的に機会をとらえて体験できるように指導することにした。

現2年生と1年生に対しては、教員が講義の中で意識的に系統的な知識が学べるように工夫することと、3年次の各領域別の臨地実習が始まる前の4月に知識を統合し、学内で総合演習を全教員が関わって実施することを考えている。

また、学生自身がこの学習目標を意識して学習できるための効果的な方法についての検討も合わせて行っている。

なお、平成16年度入学生からは、試案の評価の上にとって、静脈注射の教育をカリキュラムの中に組み入れていく方向である。

2. 実習施設との連携

試案の実施には、実習施設との連携は欠かすことができない。早速、試案を実習施設に提示して本学の意図を明確に伝え、意見交換を図りながら意思統一を図りたいと考えている。また、この度実習病院にも立ち上がった「静脈注射に関する検討委員会」とも連携して、看護学生の臨地実習における指導のあり方について、一緒に検討する段階に入ったところである。そこでは、卒後の継続教育とも連動した検討がなされることが期待されている。

3. 評価について

GIO、SBOの達成状況の総合評価について、検討が必要であり、OSCE法などを取り入れた卒業前の教育効果判定についても検討しているところである。

VI. おわりに

6ヶ月間にわたって、静脈注射に関する教育目標の明確化に取り組んできた。全領域から委員が集まったの取り組みであったことと、会議の後は毎回学内LANで全教員に検討経過を報告し、コンセンサスを得てきたことの意義は大きい。看護基礎教育において、静脈注射に必要な教育内容が明らかになり、さらに重複や欠落の見直しができ、“知識に裏付けられた看護行動がとれることの重要性”に一致点を見出せたことは、今後の看護基礎教育における静脈注射に関する教育の、方向性に対する示唆を得ることにもなった。

また、本試案を作成した今回の手法は、静脈注射以外の看護技術の教育にも応用できるであろうと考える。

【引用・参考文献】

- 1) 川村治子：卒前の医療事故防止教育に求められるもの—新人のヒヤリハット事例から学ぶ—、看護教員「実力養成」講座、医学書院、2002。
- 2) 特集；「静脈注射」をめぐって、看護教育、44(1)、2003。
- 3) 川島みどり：”看護師が静脈注射をしてもよい”という新たな見解をめぐって、Expert

Nurse、18(13)、2002.

- 4) 高田利廣：「看護師等による静脈注射の実施について」(厚生労働省通知)を読んで、看護教育、43(12)、2002.
- 5) 石本傳江他：看護職による静脈注射の現状と課題、看護、54(15)、2002.
- 6) 特集 医行為との境界線、Nursing Today、17(10)、2002.
- 7) 緊急フォーラム 看護師と静脈注射について、日本看護技術学会、2002.10.19.
- 8) 「看護教育」編集室：「安全管理」の授業、一看護事故防止を中心に一、医学書院、2003.
- 9) 事故防止のための注射と輸液の知識、へるす出版、28(6)、2002.

表1: 静脈注射に関する教育目標 (試案)

GIO : 静脈注射を受ける人の安全と安楽を図りながら、医行為としての身体侵襲を伴う静脈注射ができるようになるために、基礎となる知識・技術・態度を習得する。

大	中項目	小項目(SBO)
静脈注射に関する基礎知識(解剖生理・病態学・薬理学等)	1. 血管及び神経等の解剖生理の基礎知識	1) 静脈注射部位の血管とその走行について述べるができる。 2) 静脈注射を行う血管周囲の末梢神経とその走行を述べるができる。
	2. 静脈注射の方法の基礎知識	1) 静脈注射の方法(末梢静脈・中心静脈/一時・持続点滴)の違いを、治療目的と関連づけて述べるができる。 2) 静脈注射に伴って発生しうる危険性について、重要なものを述べるができる。 3) 中心静脈注射(IVH)について、以下のことを述べるができる。 ・中心静脈ライン確保の目的 ・中心静脈カテーテルの刺入部位と留置部位 ・カテーテル挿入に伴う危険性 ・中心静脈ルートのヘパリンロックは極力避けた方がよい理由 ・中心静脈カテーテルの長期使用による合併症 ・インフューザポートの専用針刺入の位置と刺入方法 4) 適正な薬剤濃度・注入ルート・注入速度・量・回数・時間のあることを述べるができる。
	3. 薬理学の基礎知識	1) 頻用静脈注射用薬剤の主要な薬理作用と副作用を述べるができる。 2) 薬剤には配合禁忌、配合変化(混濁等)のあることを述べるができる。 3) 薬剤には相互作用のあることを述べるができる。 4) 注入速度により危険となる重要薬剤名を述べるができる。 5) 静脈注射が禁忌となっている薬剤等を、その理由とともに述べるができる。 【静脈内注入禁忌薬等: 注射薬、内服薬、外用薬、消毒薬、試薬、栄養剤など】
	4. 注意すべき重要薬剤等(薬理作用、副作用、危険性) 1) 重要薬剤	1) 下記薬剤の主な薬理作用を述べるができる。 2) 下記薬剤の適応と禁忌について述べるができる。 【注意すべき重要薬剤】 (1) 心停止・致死的な不整脈発生薬剤 【強心薬、抗不整脈薬、カリウム製剤、喘息治療薬、抗コリン薬】 (2) 呼吸抑制・停止発生薬剤 【筋弛緩薬、静脈麻酔薬、抗痙攣薬、麻薬、非麻薬性鎮痛薬、向精神薬】 (3) アナフィラキシー発生薬剤 【抗菌薬、造影剤、蛋白分解酵素阻害薬】 (4) 拮抗作用する薬理作用をもつ薬剤 【昇圧薬/降圧薬、子宮収縮薬/子宮収縮抑制薬】 (5) インスリン (6) ヘパリン
	2) 血液製剤	1) 使用血液製剤の品質に異常の有無、保存状況を確認することの必要性が述べられる。 2) 患者氏名、血液製剤の種類、血液型、製剤番号、数量、交差適合試験結果を声を出してダブルチェックする必要性を述べるができる。 3) 血液製剤の種類ごと輸血セットが異なることを述べるができる。 4) ベッドサイドで患者氏名、血液型を声を出して確認することの必要性を述べるができる。 5) 過去(直前も含む)の異常の有無、内容を確認することの必要性を述べるができる。
3) 経静脈性栄養剤	1) 患者の栄養状態に見合った製剤があることを述べるができる。 2) 製剤に適した点滴セット、注入ルートがあることを述べるができる。 3) 製剤に適した注入速度・回数・時間があることを述べるができる。 4) 高カロリー輸液を末梢静脈から点滴してはいけない理由を述べるができる。	
4) 血管外漏出注意薬剤	1) 主な血管外漏出注意薬の種類を述べるができる。 2) 薬液濃度、適正な点滴セット、注入ルート・速度、固定が重要であることを述べるができる。 【抗ガン剤、蛋白分解酵素阻害薬、カテコラミン製剤、高張ブドウ糖液、造影剤、カルシウム製剤、アルカリ性薬品(アレピアチン、ラボナール等)】	
法的・倫理的視点	1. インフォームドコンセント、患者・家族教育	1) インフォームドコンセントの必要性を述べるができる。 2) 治療を受ける人や家族に苦痛や疑問をいつでも伝えられる状況をつくることができる。 3) 治療を受ける人や家族の理解度に配慮した言葉、内容を用いることができる。 4) 治療を受ける人や家族に生活の仕方を具体的に説明することができる。 5) インフォームドコンセントの実施の雰囲気を経験することができる。 6) 輸血療法におけるインフォームドコンセントの特殊性について(手続き等)があることを述べるができる。
	2. 倫理的配慮	1) 静脈注射に際して患者の意思や安楽性に配慮して実施することの重要性を述べるができる。 2) 患者のプライバシーの保護の重要性を述べるができる。 3) 静脈注射の準備に際して疑問が生じたときには速やかに医療チームメンバーと相談できる。
	3. 法的根拠と責任	1) 静脈注射実施の法的根拠・責任について関連法規(保険看法、医療法、薬事法)等から述べることができる。
安全対策	1. 事故防止	1) 静脈注射時に発生する危険性のある医療事故について述べるができる。 2) 医療事故防止のために静脈注射中後の観察の重要性を述べるができる。 3) 医療事故防止のための静脈注射実施の原則(6Right)について述べるができる。 4) 事故防止マニュアルに則った行動をとることの必要性について述べるができる。 5) 事故発生時の初期対応の重要性について述べるができる。
	2. 感染防止(針刺し事故等)	1) S.P.(スタンダードプリコーション)を実施できる。 2) 静脈注射は清潔な環境(人、物品、準備・実施環境)で行うことの重要性を述べるができる。 3) 静脈注射の準備・実施・終了時に針刺し事故の危険があることを理解した行動ができる。
	3. 静脈注射部位の疼痛管理	1) 薬剤濃度・温度・速度により血管痛が生じる場合があることを述べるができる。 2) 静脈注射部位の疼痛を回避できる方法を述べるができる。 3) 静脈注射部位の疼痛を緩和する方法を述べるができる。

策	4. 静脈損傷、薬剤血管外漏出	1) 静脈損傷の原因が分かり予防する方法を述べるができる。 2) 薬剤の血管外漏出を予防する方法（固定・観察）を述べるができる。 3) 薬剤の血管外漏出が生じた時の適切な処置を述べるができる。
	5. 緊急時の対応（アフィリネーション等）	1) 静脈注射に関連した重要な異常反応について述べるができる。 2) 静脈注射に関連した異常反応が発生した時の対応（行動）を述べるができる。
	6. 並列同時薬剤調製の危険性	1) 薬剤を同時並列調製することの危険性を述べるができる。 2) 薬剤調製後に再度注射室と照合し確認する必要性を述べるができる。
	7. 複数ルート混同の危険性	1) 複数のルートがある場合、薬剤の注入を開始する前に目的ルートをたどって、刺入部位を確認することができる。
	8. 薬剤の保管・管理（救急カート内も含む）	1) 薬剤の安全な保管について述べるができる。 【品質保持（清潔・遮光・冷所保存・有効期限）、施設、薬剤配置、盗難防止等】 2) 救急カート内の薬剤の種類と適応範囲を述べるができる。
	1. 病態把握	1) 静脈注射を受ける人の病態と関連させて、目的と効果を述べるができる。
	2. 薬剤の身体への作用機序	1) 薬剤とその人への作用機序を述べるができる。 3) その人に使用する薬剤の心・腎機能への過負荷をアセスメントして述べるができる。
	3. 観察	1) 静脈注射時の必要な観察項目とその方法をアセスメントして述べるができる。
技術	4. 危険兆候の予測	1) その人に起こりうる危険兆候と起こった場合の解決方法を列挙できる。
	5. 日常生活への支障の把握	1) 静脈注射に伴う日常生活への支障をアセスメントし、適切な援助を述べるができる。
	6. 苦痛の把握	1) その人の苦痛をアセスメントし、適切な援助を述べるができる。
	1. 6 Rightの原則の徹底	1) 6Rightの原則の具体的内容を述べるができる。
	2. 指示の受け方	1) 指示票（注射箋）に基づいて、与薬量及び与薬方法を述べるができる。 2) 指示内容の転記は、ミスが起こりやすいことを述べるができる。 3) 静脈注射直前に指示票（注射箋）を再度確認することの必要性を述べるができる。
	3. 薬剤の正しい取り扱いと準備	1) 薬剤の準備・調製者と実施者が異なると、ミスが起こりやすいことを述べるができる。 2) 重要・注意薬剤は、指示票（注射箋）に基づいてダブルチェックで確認することの必要性を述べるができる。 3) mg, mEq, g, IU, U等で指示された薬剤をmlに換算できる。 4) 薬剤希釈調製時の換算ができる。 5) 使用するすべての薬剤の薬効と使用方法を述べるができる。 6) 清潔操作に留意し、薬剤を準備・調製することができる。 7) 調製時及び調整後の薬剤の取り扱いについて述べるができる。【温度・遮光・泡立ち・懸濁等】
	4. 注射器・点滴セット類の取り扱い	1) 清潔操作で安全に留意して、注射器、点滴セットを準備することができる。 2) 成人用、小児用、輸血用の各輸液セットの違いについて述べるができる。 3) 注射目的や対象に沿った針を選ぶことができる。 4) 注射器の正しい取り扱いができる。 5) 点滴筒、クレンメの操作ができる。 6) 三方活栓の適用と正しい使い方を述べるができる。
	5. 機器の取り扱い（輸液ポンプ・シリンジポンプ等）	1) 輸液ポンプ・シリンジポンプそれぞれの使用目的を述べるができる。 2) 使用前に機器の点検をすることの必要性を述べるができる。 3) 輸液セットを各機器に装着する際の留意事項と方法について述べるができる。 4) 指示に基づいた注入量を設定する方法を述べるができる。 5) 機器使用中設定通りに作動しているか、定期的にチェックすることの必要性を述べるができる。 6) 警報（アラーム）発生時の原因と操作方法を述べるができる。
	6. 静脈内刺入	1) 適切な刺入部位を選ぶことができる。 2) 静脈を緊張させ刺入しやすい血管の状態にすることができる。 3) 刺入部位の消毒が確実にできる。 4) 静脈内に確実に刺入できる。【静脈注射模擬行為としての静脈血採血】
	7. 固定法	1) 刺入部位に合った固定方法を述べるができる。 2) 良肢位を保持し安定した状態に固定ができる。 3) 固定による循環障害の有無について確認できる。
	8. 注入速度の調整法	1) 点滴注入速度に影響する因子とその理由について述べるができる。 2) 効果的な注入速度があることを述べるができる。 3) 注入速度によっては危険が生ずることを述べるができる。 4) 滴下速度を計算し、調整できる。
	9. チューブの外れ、気泡などへの対処	1) 気泡を抜く方法を述べるができる。 2) 空気が血管内に挿入されると危険であることを述べるができる。 3) 接続部の緩みや外れを防止する方法を述べるができる。
	10. 薬液の血管外漏出時の対処	1) 血管外漏出時の適切な対処方法を述べるができる。
11. 終了後の対処（抜針・血管確保等）	1) 抜針時の留意事項を述べるができる。 2) 抜針及び抜針後の止血が確実にできる。 3) 使用済みの針の取り扱いについて述べるができる。 4) ヘパリンロックを行う場合の留意事項を述べるができる。	
12. 観察、記録・報告	1) 静脈注射時に必要な観察ができる。 2) 静脈注射に関する記録事項を述べるができる。 3) 静脈注射に関する記録・報告ができる。	
13. 注射時の看護	1) アセスメントにもとづいた援助ができる。	

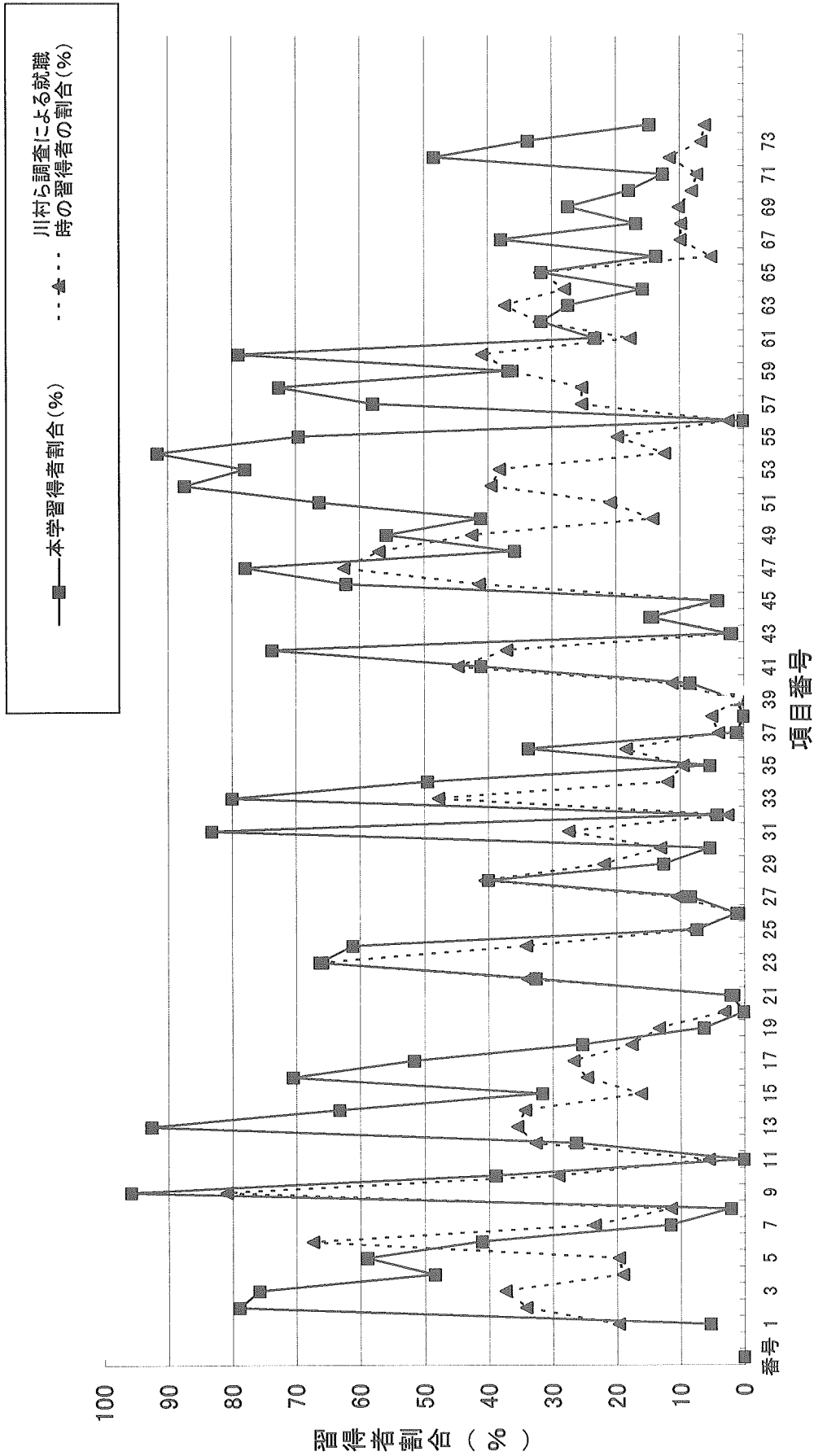


図1 本学卒業前調査と川村ら¹⁾による調査項目の平均値の比較(引用文献:川村ら¹⁾)

表2. 本学卒業前調査と川村らによる調査¹⁾項目の平均値の比較(引用文献:川村ら¹⁾)

番号	質問項目	本学拾得者割合(%)	川村ら調査による就職時の習得者割合(%)
(1)注射業務の手順・技術			
1	5Rの正確な意味を知っている	5.3	19.7
2	点滴交換時、ボトルにかかれた患者名を患者呼名応答により確認している	78.9	34.2
3	注射点滴準備時、注射箋を確認している	75.8	37.4
4	緊急時の口頭指示受け時、必ず復唱している	48.4	19.1
5	注射薬の指示転記は、転記ミスが起こりやすいことを知っている	58.9	19.7
6	タコ管の役割を知っている	41.1	67.4
7	三方活栓の正しい使い方を知っている	11.6	23.5
8	三方活栓を使って空気を抜ける	2.1	11.5
9	注射・点滴時、空気が血管内に混入すると危険だと知っている	95.8	80.9
10	ヘパリンロックをする理由を知っている	38.9	29.1
11	一人でヘパリンロックができる	0	5.5
12	並列同時混注の危険を知っている	26.3	32.6
13	点滴準備と実施者が異なると、ミスが起こりやすいことを知っている	92.6	35.5
14	ライン複数挿入時、薬液注入前に挿入部根元を確認することが必要だと知っている	63.2	34.3
15	ライン複数挿入時、挿入部根元を両手でたどって確認している	31.6	16.2
16	末梢静脈からの点滴注入速度は、体位により影響されることを知っている	70.5	24.6
17	点滴滴下速度を計算し、調整できる	51.6	26.7
(2)注射薬の知識			
18	同一名称輸液(ソリタ等)の組成の違いを知っている	25.3	17.6
19	同一名称高カロリー輸液(ハイカリック等)の組成の違いを知っている	6.3	13.3
20	PNツイン溶解を正確に実施できる	0	3.1
21	塩酸モルヒネ1アンプルの容量を知っている	2.1	1.7
22	塩酸モルヒネの空アンプルを捨ててはいけなことを知っている	32.6	33.9
23	麻薬は、移動困難な保管庫に施錠して保管しなければいけない理由を知っている	66.3	65.9
24	昇圧剤は滴下速度を厳守しなければ危険だと知っている	61.1	34.1
25	塩化カリウムは静注禁忌で、点滴で投与しないと危険だと知っている	7.4	8.1
26	救急カートに準備している注射薬の作用・投与法を理解している	1.1	0.9
27	セルシンの急速静注は呼吸抑制の危険があると知っている	8.4	10.5
28	高カロリー輸液の末梢静脈から点滴してはいけないことを知っている	40	40.6
29	インスリンの種類で「R」と「N」(ヒューマリンRとヒューマリンN)などの違いを知っている	12.6	21.9
30	インスリンの1ml中の単位数を知っている	5.3	13.1
31	インスリン注射は、専用注射器を使用することを知っている	83.2	27.4
32	高カロリー輸液中へのインスリンの混注は[R]を使用することを知っている	4.2	2.5
33	インスリン注射前、食事摂取状態を確認する必要があることを知っている	80	47.8
34	使用するすべての薬剤の薬効と使用法を確認後、与薬している	49.5	11.9
35	mg・g等で指示された小児用の薬剤をmlに換算できる	5.3	9.5
36	キシロカインには、抗不整脈剤と局所麻酔剤があることを知っている	33.7	18.4
37	抗不整脈剤キシロカインには、2%と10%があると知っている	1.1	3.9
38	10%濃度の抗不整脈剤キシロカインの静注は危険だと知っている	0	5.0
39	ベンタジンに15mgと30mgがあると知っている	1.1	0.9
40	ネオフィリンの急速静注の危険を知っている	8.4	11.2
41	アナフィラキシーショック易発生薬剤使用時の初期観察の重要性を知っている	41.1	44.6
42	抗生剤使用前の皮内テストの必要性を知っている	73.7	37.1
43	冷所保存の薬剤名を把握している	2.1	1.9
44	注射薬混注時、白濁発生した場合、薬剤の配合・投与してはいけないことを知っている	14.7	14.3
45	アルブミン・グロブリン製剤は、輸液フィルター使用してはいけないと知っている	4.2	4.1
46	抗ガン剤の点滴漏れは、組織壊死の危険性があると知っている	62.1	41.3
47	抗ガン剤の投与量の誤りは、非常に危険だと知っている	77.9	62.4
48	胃管注入剤の静脈内投与は、生命に関わる危険があると知っている	35.8	57.0
49	注射薬以外に注射器を使用すると危険であると知っている	55.8	42.5

(3)内服			
50	処方箋の正しい読み方を知っている	41.1	14.2
51	絶食時は、糖尿病薬を休薬しなければならないことを知っている	66.3	20.8
52	与薬直前は毎回直前に処方箋と薬剤の照合が必要だと知っている	87.4	39.5
53	患者に与薬時、毎回患者本人の姓と名前を確認している	77.9	38.1
54	薬剤の薬効を理解し与薬しなければならいと知っている	91.6	12.4
55	与薬直前に、処方変更有無の確認の必要性を知っている	69.5	19.7
(4)輸血			
56	血液パックに輸血セットを接続できる	0	2.3
57	輸血の準備は、危険防止のために一患者ごとに行うことを知っている	57.9	25.3
58	事故防止のため輸血受け渡し・準備・実施時、本体・伝票の複数確認が必要だと知っている	72.6	25.3
59	輸血開始5分間はゆっくり滴下することが必要だと知っている	36.8	36.2
60	異常の早期発見のため、輸血開始後しばらく患者の側で観察する必要性を知っている	78.9	40.9
61	輸血中、15分から20分ごとの観察を実施している	23.2	17.7
62	血液製剤による保存方法の違いを知っている	31.6	31.9
63	血液製剤による使用期限の違いを知っている	27.4	37.3
64	新鮮凍結血漿の解凍法と、速やかな使用の必要性を知っている	15.8	28.0
65	血液の放射線照射は、輸血後移植片宿主病の予防が必要だと知っている	31.6	31.8
66	放射線照射血液は速やかに使用することを知っている	13.7	5.0
(5)輸液・シリンジポンプ			
67	ポンプ使用中、電源が確保されているか確認している	37.9	9.8
68	輸液注入開始前、輸液セットのクレンメ・三方活栓が解放されているか確認している	16.8	9.8
69	ポンプ取り外し時、クレンメや三方活栓を解放したままでは危険だと知っている	27.4	10.1
70	薬液交換後、スタートボタンが入っているか確認している	17.9	8.1
71	ポンプ使用時、専用輸液セット使用の必要性を知っている	12.6	7.2
72	ポンプ使用時、注入量や点滴漏れ等についての定期的チェックの必要性を知っている	48.4	11.5
73	ポンプ使用時、注入量を定期的に確認している	33.7	6.6
74	シリンジポンプから注射器をはずすとき、三方活栓閉鎖確認の必要性を知っている	14.7	6.0
平均値		36.9	23.3

医療への信頼構築に関する研究

- 研究報告 1 医療への不満・不信の構造
～患者はなぜ不満・不信を抱くのか：COML電話相談事例からの検討～
川村治子・北澤健文
- 研究報告 2 相談サービスに求められる疾病、健康関連の情報
～人は何に不安や疑問を抱き、どのような情報を求めているのか：COMLの電話相談事例からの検討～
北澤健文・川村治子

医療への不満・不信の構造(第1報)

～患者はなぜ不満・不信を抱くのか:COML電話相談事例からの検討～

杏林大学保健学部

川村治子・北澤健文

I. 研究目的

II. 研究対象と方法

III. 研究結果

1. 4領域からみた医療への不満・不信の具体的内容

1-1. 診療への不満・不信

1-2. 医師の診療態度や説明に関する不満・不信

1-3. 看護・環境に関する不満・不信

1-4. 金銭に関する不満・不信

2. 重大な転帰のケースにおける不満・不信の具体的内容

2-1. 予期せぬ死亡ケースにおける不満・不信

2-2. 予期せぬ重度障害ケースにおける不満・不信

IV. 考察

1. 診療への不満・不信の背景にある7つの普遍的要因

2. 死亡・重大障害ケースにおける不満・不信の連鎖構造

3. 増幅要因としての差額ベッド料への不満・不信

V. 結論

I. 研究目的

医療事故の多発で社会の医療への信頼が根底から揺らいでいる今日、安全な医療システムの構築への努力とともに、患者と医療者との相互信頼を構築するためのシステムづくりも重要になっている。

信頼関係を構築するためには、患者が医療のどこに、なぜ不満や不信を持つのかを知る必要がある。不満や不信の本質を明らかにするためには、定量的な満足度調査では困難と考え、これまで医療機関に伝えられることがなかった、いわゆる潜在化した医療への不満・不信を分析する必要があると考えた。

そこで本研究では、患者の医療への主体的参加と開かれた医療の実現を目指して活動するNPO、『ささえあい医療人権センターCOML（コムル：Consumer Organization for Medicine & Low）』へ寄せられた2年間の医療や健康に関する電話相談事例のうち、特定の医療機関への強い不満・不信が表明されていた事例をもとに不満・不信の具体的内容を整理し、医療への不満・不信の構造を明らかにしたいと考えた。

II. 研究対象と方法

対象はCOMLへ寄せられた電話相談約6千事例のうち、特定の医療機関への不満・不信が表明されていた約4千事例のうち、リピーターの相談事例を除き、分析可能な3,218事例である。

相談者は匿名にて電話で相談を持ちかけ、対応はCOMLの活動を支えるボランティアが行っている。相談内容がシートに書き留められ、すでに約10年間分の相談内容が蓄積されている。今回は平成11年、12年の2年間の相談事例をCOMLの了解のもとに提供を受けた。

本研究は第一報として、定性的な分析に重点をおいた。以下の2分析を行った。

1) 事例から不満・不信の具体的内容を4領域（①診療への不満・不信 ②医師の診療態度や説明に関する不満・不信、④看護・環境に関する不満・不信 ④金銭に関する不満・不信）に分けて抽出し、それぞれをさらに内容別にカテゴリーに整理し、質的に同じ不満・不信を集約するという形をとった。

2) 事例の中で重大な転帰（予期せぬ死亡や重度障害）ケースを抽出し、両群における不満・不信の内容を具体的に明らかにした。

III. 研究結果

1. 4領域からみた医療への不満・不信の具体的内容

1-1. 診療への不満・不信（表1）

診療への不満・不信は、【1. 診断・治療方針・治療経過に関する不満・不信】、【2. 薬剤に関する不満】、【3. 検査に関する不満・不信】【4. 手術に関する不満・不信】、【5. リハビリテーションに関する不満・不信】の5カテゴリーに分けて整理した。

1-1-1. 診断・治療方針・治療経過に関する不満

①診断と治療方針に関する不満・不信

診断と治療方針に関する不満・不信としては、通院・入院していたのにもかかわらず積極的な検査を行わず、がんなど重大疾患の見落とされて手遅れになったという不満が多数あがっていた。また、適切な検査が行われず、明確な根拠もないまま安易な診断をされたこと、また、一貫性を欠く診断や治療方針、複数の担当医、病院、診療科によって診断が異なることへの不信があがっていた。

②治療・処置への不満

治療・処置への不満としては、期待した治療を受けられなかったという不満が多数あがっていた。不満は、治療内容そのもののほかに、治療のタイミングの遅れも重要な要素になっていた。たとえば、症状を訴えたにもかかわらず経過観察させられた、救急搬入時に十分な治療を受けられなかった、などである。

また、処置手技の未熟さに対する不満のほか、事前説明以上に治療の苦痛が強かったことに対する不満が放射線療法、がん化学療法を受けたケースで述べられていた。

③予期せぬ合併症、偶発症、急変に対する不信・不満

処置中に発生した予期せぬ合併症、偶発症、急変に対する不満・不信をあげた事例はきわめて多数あった。それは、気管挿管時の歯折から、抗癌剤の動注が他の動脈に入り壊死を起こした事例など重大性のレベルはさまざまであるが、いずれにしても処置中や処置直後の悪化や急変が、処置と直接的な因果関係があるのではないかという不信は強かった。同様に、事前説明と異なる病状経過、いったん回復した後の容態悪化などは、患者家族にとって寝耳に水で、治療管理上のなんらかの不適切がもとで発生したのではないかという不信を持っていた。さらに、そういったアクシデントに迅速に対応しなかった不満をあげた事例もあった。

③患者・家族の期待や意向が治療に反映されないことへの不満

末期がんなどで家族が期待する疼痛管理をしてもらえなかったことや、化学療法を受けたくないという患者家族の意向が尊重されなかったことへの不満もあった。そのほか、書籍などで話題の治療法を受けたいという申し出を拒否されたことに対する不満もあがっていた。がん患者家族の‘藁をもすがりたい’想いと医療側の対応のギャップへの不満は比較的多くあがっていた。

④担当医の経験・技量や診療体制への不満

担当医の技量への不信、若さや経験不足への不満をあげたものも多かった。特に外科的治療では、手術件数の少なさなどに対する不満があげられていた。その他、がんのターミナルケアに関して十分な経験があるのかといった不信を述べた事例も多かった。

一方、診療体制への不満としては、主治医が頻繁に変わることや、医師同士やチーム間の連携不備への不満があげられていた。たとえば、主治医の留守中、代医との引継ぎが不十分だったことや、末期がんの疼痛管理で医師と看護師が治療方針に関する連携が不十分だったことなどである。そのほか、複数の医師がチームで治療に当たっているケースなどで、責任の所在がはっきりしないという不満もあった。

⑤複数診療科受診に関する不満

複数診療科の受診を求められ負担が増したことへの不満、複数科を受診しても症状が改善せず、原因もわからないことへの不満、診療科間で治療に一貫性がないことなども不満としてあがっていた。

1-1-2. 薬剤に関する不満・不信

薬剤に関する不満・不信としては、薬剤選択が適切であったか、あるいは用法・用量が適切であったかという不信と、特に抗がん剤などで患者家族の意向を尊重せず、あるいは無視して投与されたことへの強い不満があがっていた。

薬剤の長期投与によって生じた副作用への不満も多かった。例えば、リウマチ患者に抗炎症剤が長期投与され胃穿孔が起きたケースなどである。また、薬剤投与中や投与直後に病態が悪化したり、急変した事例では、薬剤との因果関係があるのではないかと不信を持っていた。新たな愁訴の発生が薬剤の副作用ではないかという不信もあがっていた。

一方、抗がん剤など、厳しい薬剤を投与されたのにもかかわらず期待通りの効果が得られなかった不満もあった。

薬剤そのものではなく、点滴の皮下漏れ、点滴・筋注時の神経損傷や疼痛に対する不満、重複投与、患者間違いなど与薬エラーへの不満もあがっていた。

1-1-3. 検査に関する不満・不信

検査に関する不満としては、検査そのものではなく、事前の説明と異なる検査が実施されたことや、患者家族の意向や期待を尊重してくれなかったことへの不満があげられていた。検査精度に関する不信のほかに、検査手技や技量の問題からくると思われる内視鏡検査での苦痛や損傷、出血などの合併症、検査後に苦痛が持続することに対する不満もあがっていた。

前頁で述べた処置中や直後の急変と同様、血管造影や心カテーテルなど、侵襲的検査中や直後に、脳梗塞や心筋梗塞など重大な合併症が起きたり、心停止になったケースでは、一様に検査ミス、あるいは検査自体が原因ではないかという強い不信感を抱いていた。

そのほか、困難な検査、たとえば血管造影を転院ごとに短期間の間に繰り返されたことや検査が過剰ではないかという不満もあがっていた。

1-1-4. 手術に関する不満・不信

手術に関する不満としては、術後に不幸な結果に至ったケースにおいては、手術を行ったこと自体が妥当であったのかという不信、それが内視鏡下での手術であったりすると、術式選択が誤っていたのではないかという強い不信はあげられていた。

また、手術の同意に関する不満をあげたケースもあった。医師の迫るような強い勧めで選択せざるを得なかったという不満、手術の同意までの時間が短く、冷静に判断する時間がなかった、納得できないまま手術を受けさせられたという不満であった。そのほか、子宮摘出の際に同意していない卵巣まで摘出されたなど、同意なく手術内容を変えられたことへの不満もあがっていた。

術前に関する不満をあげたケースもあった。手術が後回しにされたこと、術前管理が円滑に運ばず手術までの時間が長かったこと、あるいは、術前管理が不十分なまま手術をしたことが、悪い結果につながったのではないかという不満になっていた。

手術中の予期せぬアクシデントや急変、術後の期待に反する結果や合併症の発生がミスではないかという強い不信をあげたケースも極めて多かった。術中の大量出血、婦人科手術で尿管切断のほか、術前の説明にはない神経切断、脳梗塞、肺塞栓の発症、MRSA感染、縫合不全などである。

また、術後に発生した偶発症に対する診断の遅れや合併症や後遺症の原因を医師が積極的に解明しようとしめない不熱心な態度への不満もあがっていた。

1-1-5. リハビリテーションに関する不満

リハビリテーションに関する不満としては、方針が医師と療法士によって異なることへの不満、リハビリテーションの手技ミスやリハビリテーション中の苦痛に関する不満があった。また、期待するリハビリテーションを受けられなかったことへの不満もあがっていた。

1-1-6. 診療科特異的な不満・不信の主な内容（表2）

産科、婦人科、皮膚科、精神科、小児科、歯科、美容外科の7科について主なものを述べる。

産科に関しては、妊娠中の管理の適切性、対応の迅速性への不満、分娩中の判断・処置の適切性、羊水塞栓など分娩後の母体の急変への不信、予期せぬ死産や児の仮死が分娩管理のミスや陣痛促進剤の不適切使用によるものではないかという不信、流産や不妊治療への不満などがあがっていた。婦人科に関しては、更年期症状に対する治療方針の妥当性に関する不満があがっていた。

皮膚科では、ステロイド軟こうの副作用、ステロイド剤使用に関する説明が不十分なことなど、ステロイド塗布に関する不満が多かった。

精神科では、診断、治療薬への不満、患者の代わりに家族の受診のみで、患者に指示を

出すことへの不満、また、精神科以外の病態への対応が遅く手遅れになったという不満、多量の薬剤や副作用への不満があがっていた。

小児科では、扁桃腺切除など小児に対する手術適用に関する不信、小児に抗生剤などの薬剤を長期投与することに対する不満、度重なるレントゲン撮影に対する不満があがっていた。

歯科では、審美歯科治療中の苦痛、治療後の苦痛に関する不満、ブリッジ施術後の顎痛、智歯抜歯後の苦痛やインプラント施術後の痺れ、使用された素材に関する不満があがっていた。

美容外科では、期待どおりの結果が得られないことへの不満があがっていた。

1-2. 医師の診療態度や説明に関する不満（表3）

1-2-1. 医師の診療態度や転院・退院に関する態度

日常の医師の態度に関しては、傲慢、冷徹、高慢、高圧的、ビジネスライク、質問をしやすい雰囲気がないといった非共感的態度への不満が多くあがっていた。まれに問題発言や暴言に傷いついたという怒りが述べられていた。また、平時より患者をみに来ない、容態が悪化した際に積極的に対応してくれない、最後まできちんと責任をとろうとしない、といった不熱心な診療態度への不満も多かった。

患者・家族の気持ちや意向を尊重してくれないことへの不満も多かった。患者側に選択の余地を与えない態度、患者が治療上の希望や医師の意向に反することを求めると憤慨するなどである。他医にコンサルトしたことによって対応が悪くなったことや、退院や差額ベッド入室を拒むと診療を拒否されたり、粗雑になった感じを受けたと述べたケースもあった。

医師からの転院・退院勧告に関する不満も多かった。特に急性症状が落ち着いたという理由で転院・退院を迫られることに対する不満は強かった。また、適切な転院先がないにもかかわらず、転院を迫られることへの不満も多かった。

反対に、転院希望が聞き入れてもらえなかったことや、希望した転院先が聞き入れられなかったことに対する不満、転院に必要な紹介状を迅速に作成してくれなかつたり、レントゲン写真などの資料を貸し出してくれないことへの不満も多くあがっていた。転院時期が遅れたことへの強い不満もあった。

その他、診断書や傷病手当など、文書を早期に発行してくれないなど事務的対応への不満も散見された。

1-2-2. 医師の診療に関する説明

診療に関する医師の説明への不満としては、診断、治療方針や経過、手術、検査結果、薬剤の説明が不十分であったり、わかりにくいことへの不満、患者側の期待する検査や治療をなぜしてくれないかの説明がないことへの不満が述べられていた。

インフォームド・コンセントへの不満としては、手術、輸血、検査（特に心カテーテルなど）に関する必要性、危険性に関する説明の不足、抗がん剤、ステロイド、麻薬などの薬剤投与に関する説明不足への不満があがっていた。また、末期癌の治療方針について患者側の意思確認がなかったことへの不満も多数あがっていた。その他、家族の同意を得ずに、患者に癌を告知したことへの不満もあがっていた。

一方、診断の誤りや予期せぬ悪い結果の説明に納得がゆかないという事例も極めて多かった。特に手術中や術後の急変・死亡、術前の説明と異なる結果、術後の予期せぬ合併症や後遺症などに対する説明への不満であった。

その他の説明に関する不満としては、複数の医師が説明する際に、医師同士の説明に一貫性がないことや、医師の紹介状の内容と患者に対する説明の内容が異なることへの不信をあげたものもあった。また、説明の遅れに対する不満としては、MRSA感染を速く伝えなかったことへの不満、その他、死因を明らかにするために解剖に同意したにもかかわらず、結果説明が遅いことへの不満を述べた事例もあった。

1-2-3. クレームに対する病院・医師の対応への不満（表4）

クレームに対する医療側の対応への不満も多数あがっていた。加療中であつたのにもかかわらず自殺を防止できなかったことや、離院し死亡したことに対するクレーム対応への不満を精神病院や心療内科クリニックに対して持っていた。医療ミスという患者側からのクレームに対し、ミスを認めようとしない、当初はミスを認めたが途中で態度が変化した、医師にのみ責任を取らせようとしない病院として謝罪しない、当事者や管理者でミスを認める態度が異なる、などの不満や怒りが述べられていた。また、当事者がクレームに対応しない、説明文書の求めを拒否された、カルテ等情報の開示を拒否されたことへの不満が述べられていた。

また、病院側が過失を認めて示談交渉する過程で誠意が感じられない、示談の決着に時間がかかるといった不満もあげられていた。

その他の特殊なものとして、医療ミスの監督機関・警察への届出について患者側に報告がなかったことに対する不満をあげたケースもあった。

1-3. 看護・環境に関する不満（表5）

看護に対する不満は、【看護人員・体制への不満】、【看護師ケアに対する不満】、【看護師の態度や言動】の3種にわかれた。

看護人員・体制への不満としては、夜間の看護人員の不足や受け持ち看護師体制が取れておらず、担当看護師が定まらないことなどへの不満があがっていた。

看護師のケアに対する不満としては、本来看護師が行うべきケアを家族に任せることや、24時間の付き添いを求められることへの不満、要介助患者であるにもかかわらず、入浴や食事介助が受けられなかったこと、また、院内感染対策や衛生管理の悪さに対する不満が

あがっていた。また、投薬など医師の指示に忠実に従っていないのではないかという不信を述べたものもあった。しかし、最も多かったのは、療養生活上のインシデント・アクシデントへの不満であった。特に、怪我の有無にかかわらず、高齢者の入院中の転倒・転落を予防できなかったことへの不満がもっとも多くあげられていた。特に、看護師やヘルパー介助中に転倒したケースや骨折したケース、頭部打撲で死亡したケースでの不満は強かった。同様に食事介助中の誤嚥・窒息への不満も強かった。

そのほか、精神病院や老人病院で患者が離院して行方不明なったり死亡したケース、自殺を防げなかったケースで、看護管理の悪さへの不満を述べていた。また、院内感染では、患者の免疫力の低下に由来するMRSA感染も被害的に受け止めている事例が極めて多くあがっていた。その他、褥創への不満もあがっていた。

点滴内容の間違い、他患者と点滴を取り違い、与薬忘れ、および母乳の取り違い、器具の使用法の誤りなど、看護エラーへの不満をあげた事例も多かった。

一方、事情は不明であるが、身体拘束(抑制)に対する不満、面会時すら抑制をはずしてもらえなかったことに対する不満をあげた事例もあった。

看護師の態度や言動への不満としては、医師同様に非共感的(高圧的、誠意がない、思いやりにない、相談等を受け付けない)態度や、ナースコールや訴えに迅速に対応してくれないといった不満をあげていた。また、暴行、暴言など人権にかかわる行為を受けたことへの不満を述べたケースもあった。

療養環境に関しての不満は意外と少なく、大部屋でプライバシーが確保できないことや、冷暖房の時間制限などがあがっていた。

1-4. 金銭に関する不満・不信(表6)

金銭に関する不満としては、医療費と医療費以外への不満に分かれた。

1-4-1. 医療費への不満

なぜ支払わなければならないかという支払い自体への不満があった。具体的には、患者からみてミスと思われる手術費、分娩費などのほかに、予期せぬインシデント、アクシデントの治療費、たとえば、歯科治療時の局所麻酔剤によるショック、内視鏡による施術時の大量出血、院内感染、気管内挿管時の歯折に伴う治療費、転倒による骨折の医療費などがあげられていた。

一方、なぜばらつきがあるのかという不信もあった。同じ薬剤なのに院外薬局ごとで異なる料金への不信をあげたものもあった。

費用が高すぎることへの不満として、自費診療時の医療費、救急入院やICU入院時の医療費があげられていた。わずかな処置なのに高額な処置費を請求されたという不満もあった。また、請求の根拠に対する不信をのべた相談も多かった。請求額の算出基準(明細)が不明なことや、実際の医療行為と請求額に整合性があるのかという不信感もあった。

1-4-2. 医療費以外への不満

医療費以外の費用負担に関する不満としては、大きく分けて【入院中の生活費用に関する不満】【差額ベッド代に関する不満】の2種に分かれ、後者に対する不満が圧倒的に多かった。

前者では、おむつ代、タオル代、車椅子使用料などへの不満、寝たきりにもかかわらず日用品代の請求されることなどがあがっていた。

後者の差額ベッド代に関する不満としては、治療上の必要性から個室に入ったのに、なぜ差額ベッド代を請求されるのかという不満が最も多かった。例えば、白血病や癌の化学療法、MRSA感染、人工呼吸器装着のための個室入院や末期癌での個室入院をあげていた。

一方、個室以外の選択の余地がない状況で入室した際の差額ベッド代、特に救急搬送された病院で、空病床がなく差額ベッド入室となったことへの不満も多かった。

また、支払能力がないにもかかわらず、差額ベッドしか選択できないことへの不満も多かった。その他、ICU入院患者の回復時に使用する普通病床を確保するための差額ベッド代など、理不尽な請求をあげた相談もあった。そのほか、正式の同意書をかわさなかったのに差額ベッド代をとられたことへの不満もあった。

また、差額ベッド同意にいたる経緯への不満もあった。個室入院の必要性、およびなぜ有料になるのかの根拠を提示しないことへの不満があった。同意のあり方に関する不満もあった。承諾・同意の認識が患者側と病院側で異なることをあげたものや、差額ベッド代に関する説明が不十分で理解できなかったこと、入院承諾書と差額ベッド同意書が同一の用紙で承諾せざるを得ない状況になっていたことなどがあげられていた。

そのほか、望まない差額ベッドへの入室を求められたことへの不満も多数あがっていた。いびきなど、他患者への迷惑を理由に差額ベッド入室を求められた不満、その他、たとえば、排菌していないのに結核だからという理由で入室を迫られたことを不満にあげたものがあった。さらに、差額ベッド入室を断ると退院を迫られたといった不満もあがっていた。

2. 重大な転帰のケースにおける不満・不信の具体的内容

死亡や重度障害といった不幸な転帰のケースでは、事前の期待感や予想によって差はあるものの、患者家族は当然強い不満・不信を持つ。そして、結果がよければ表明されることもなかったであろう受療中のさまざまな不満・不信も顕在化してくる。そういった意味では、これらのケースでより本質的な不満・不信が明らかになるのではないかと考えた。そこで、死亡200ケース、重度障害64ケースから、具体的な不満・不信を再整理した。

2-1. 予期せぬ死亡ケースにおける不満・不信（表7）

①検査、処置ミスや不適切な投薬が原因で急変したのではないかと不信

侵襲的な検査、処置や注射(点滴)の途中や直後に起きた急変、死亡のケースでは、それ

らのミスが急変の原因ではないかという根強い不信があった。たとえば、『喘息発作で救急受診したが発作死、アスピリン喘息の患者にサクシゾンを使用したのではないか』、『末期の肝癌患者が発熱で抗生剤点滴開始した直後に急変、点滴ミスではないか』といったものである。また、新たな薬剤の服薬中におきた急変では、その薬剤が不適切なものか危険なものではなかったかという不信があげられていた。たとえば、『潰瘍治療薬服用後に吐き気と下痢がおき救急入院したが死亡、薬剤が原因ではないか』、『食道がん術後の放射線治療中死亡、放射線治療が原因ではないか』といったものである。

②診断の遅れや日常的疾患と誤診され治療機会を逸したことに対する不満

次に目立った不満は、通院、入院していたにもかかわらず、発見や対応が遅れて治療機会を逸したことへの不満であった。ほとんどが「がん」で、診断された時はすでに進行・末期がん」というケースであった。以下3点に分けられた。

一つは、長く通院していたにもかかわらず、がんを見落とされたという不満である。『1年前から胃炎で通院中であったが、胃がんⅣ型とわかり手術したが死亡』『乳がん術後通院していたが、骨転移、リンパ転移の発見が遅れ、再入院後数日で死亡』『肝硬変で月1回通院していたのに、見つかったときは末期の肝がん』といったケースである。かかりつけ医に対して、通院していたのになぜわからなかったのかという強い憤りが表明されていた。

二つ目は、検診や検査で異常がないと言われていたのにという不満である。『集団検診で異常なしと言われたが、3ヶ月後転移のある胃がんが発見された』『MRI検査等で異常ないと言われていたのに末期がんであった』などのケースである。

三つ目は、軽症の日常的疾患と誤診されたために対応が遅れたことへの不満である。高齢患者では、重大な疾患であっても典型的な症状を示さないことはよくあるが、こういった非特異的な初期症状で安易に日常的な軽症疾患と誤診され、治療のきっかけを失ったことへの怒りであった。『かかりつけ医に腹痛で2度往診してもらい、そのつど胃痙攣と診断されていたが急死した』などである。

③不適切な対応が死亡につながったという不満

入院していたのにもっと早く十分な検査をしてもらっていれば、あるいは、明らかな症状があったのだから、迅速に検査や処置がなされていれば手遅れにならなかったのにという強い不満が多数であがっていた。『バセドウ病で入院していたが、十分な検査もしてもらえず4ヶ月もたって腎癌と診断され死亡』、『血尿で入院したが重症になるまで何もしてくれず死亡』などである。

また、適時に必要な転院が遅れたことへの不満もあった。『精神科にアルコール中毒で入院中に脳梗塞を発症、転院を希望するも断られた。翌日肺炎を併発して転院したが数日後死亡した』などである。

そのほか、症状があるにもかかわらず退院させられたことへの不満をあげたケースもあ

った。『緊急入院し症状を説明して入院継続を懇願したが、胃炎と診断され退院させられた。翌日、心筋梗塞で死亡』などである。そのほか、救急入院していたにもかかわらず急変を防げなかったことに対する不満もあがっていた。

④説明とは異なる、期待を裏切られた怒り

「経過がよいと言われていたのに…」、「簡単な手術と説明されていたのに…」という医師の説明から期待していたものと、あまりに乖離した結果への怒りが多数の事例で表明されていた。『抗がん剤治療は成功したと聞いていたのに、いきなり遠隔転移を告げられた』、『手術が成功したと聞いたが、術後2週で死亡』、『簡単な手術といわれていたのに、ASDの術後4日目死亡』、『成功率98%と聞いていたのに、ACバイパス術後10日で死亡』などである。

⑤死亡にいたる直接的な診療要因以外への不満

①から④は死亡に関する直接的な不満・不信であったが、死亡とは直接関係がないものの、その前から日常的な診療や看護に抱いていた不満も表明されていた。患者を尊重しない医師、看護師のケアや態度への不満を述べたものも多かった。最も多かったのは、懇願を退けられたというものである。『一時的な意識消失で救急受診、CTを取ってほしいと頼んだが必要ないと退けられた』、『血圧低下を訴えても無視された』、『当直医に電話したが心配ないと取り合ってもらえなかった』などである。その他、無神経な言動を厳しく指摘したケースもあった。『患者の耳元でもう駄目と医師がいった』などである。

⑥死亡原因の説明への不信

死亡原因への説明に対する不信を述べたケースも多かった。急死の原因を安易に急性心不全と説明することに不信を抱いたケースも複数例あがっていた。また、死因の説明と診断書の記載内容のくい違いに対する不信を述べたケースもあった。たとえば『原因不明と説明されたのに、診断書は敗血症と書かれていた』などである。あいまいな解剖結果、結果報告が遅いことへの不満もあった。そのほかカルテの病名とは異なる病名がレセプトに書かれていたことが不信をひきおこしたケースもあった。

⑦差額ベッド代支払いに対する不満

金銭上の不満としては、死に至るほど重症であったのになぜ差額ベッド料を支払わなければならないのかという不満も多く寄せられていた。

2-2. 予期せぬ重度障害ケースにおける不満・不信(表8)

①手術・検査・注射・分娩管理のミスが障害の原因ではないかという不信

死亡ケース同様、予期せぬ重い障害が手術や侵襲的な検査の途中や後に生じたものであ