

### 【医療者に伝えたのか】

自由記載で記した事例を医療者に伝えたかどうかという問いに対し、「伝えた」と回答した人は57%である。一方で、「伝えなかった」と回答している人も3割におよぶ。伝えなかった理由として、「何も起こらなかったから」など傷害が及ばなかったため伝えていないというケースや、伝えるべきことかどうかの判断が付かないというケース、また「伝えても仕方がない」という諦めのケースや「伝えて気まずくなるのを避けるため」という消極的な回答もあった。医療者の耳に入っている事例がある一方で、患者の感じた不安や疑問が医療者の耳には届いていない現状があるということが分かる。

	実数	(%)
伝えた	43	58.9%
伝えなかった	24	32.9%
忘れてしまった	1	1.4%
無回答	5	6.8%
総計	73	100.0%

伝えなかった理由	14件
何もなかったのだから	
済んでしまったことだから、無事だったから	
実害がないから	
特に怪我をしたわけでもないのだから	
診察の結果、骨折などでなく単なる打撲であったことが解ったから。	
他の病因も考えられた為	
個人差があり寒く感じない人もいると思った	
看護師は間違えていたけど、手術担当医は間違えていなかったから	
自分の身に何が起きているか把握できていなかった	
主治医がいる病院とは違う病院での検査だったから。主治医にそのことを伝えて関係が気まずくなるのを避けたかった。文句が言いにくい主治医だから。	
退院して何年かしてその分野の知識を得て知ったから	
伝えても、それ以上の知識でごまかされそうだから	
伝えても仕方がないから	
別の病院に行こうと思った	

### 3. フェイスシート

#### 【記載者】

患者本人からの報告が半数を占めるが、家族からの報告も4割を超える。治療に対する不安や安全管理に対する疑問は患者だけでなく、より客観的に事象を見つめる家族からも多く寄せられていることが分かる。

	実数	(%)
患者本人	37	50.7%
患者の家族	32	43.8%
その他	4	5.5%
総計	73	100%

#### その他

患者の親戚

患者の代理人

患者の友人

恋人

#### 【年齢】

記載されていた体験の当事者は20代、60代、20代未満の順に多い。この事実が起こった当時の年齢を選択してもらっているため、回答者の現在の年齢とは異なっている。

	実数	(%)
20歳未満	12	16.4%
20代	15	20.5%
30代	7	9.6%
40代	11	15.1%
50代	9	12.3%
60代	12	16.4%
70代	5	6.8%
80歳以上	2	2.7%
総計	73	100.0%

【性別】

記載されていた体験の当事者は女性が6割強と多い。

	実数	(%)
男性	28	38.4%
女性	44	60.3%
無回答	1	1.4%
総計	73	100.0%

### 3 自由記載の集計結果

#### 1. 分析方法

収集した全事例をエクセルに入力し、主にその事例が発生した場面に沿って 19 領域に分けた。次に各々の領域の中で、似た事例を集約し、中項目のキーワードを設定した。

事例の領域別分類		事例数	(%)
医学的処置・管理	薬(内服・外用薬も含む)に関すること	11	15.1%
	点滴に関すること	11	15.1%
	注射・採血に関すること	6	8.2%
	医療機器に関すること	5	6.8%
	手術・麻酔に関すること	5	6.8%
	処置に関すること	5	6.8%
	検査に関すること	2	2.7%
	出産に関すること	2	2.7%
	輸血に関すること	1	1.4%
	他患者からの感染	4	5.5%
	治療法に関すること	6	8.2%
	医療者不在に関すること	1	1.4%
	日常生活	トイレ	4
転倒・転落		3	4.1%
入浴に関すること		2	2.7%
廊下に関すること		2	2.7%
食事に関すること		1	1.4%
防犯に関すること		1	1.4%
事務職の対応に関すること		1	1.4%
計	73	100.0%	

#### 1. 薬(内服・外用薬も含む)に関すること

薬に関する事例は 11 例あった。このうち、「入院中、飲み薬を間違えられた」という漠然とした記載を除く 10 例をエラー内容別に分け、中項目のキーワードを設定した。医療者のエラーに関するもの 5 種類（「①薬剤量エラー」「②対象エラー」「③薬剤（内容）エラー」「④ラベルエラー」「⑤服薬指示エラー」）と「⑥薬剤（内容）に対する不満」とに分けた。

### ①薬剂量エラー

- ・もらった薬の mg が違っていた。【事例 1】
- ・薬の量の入力ミスで2倍出された。薬局に問い合わせ医師の入力ミスがわかった。  
【事例 2】

### ②対象エラー

- ・入院中に看護師から渡された薬が別の患者のものだった。看護師は名前を確認しながら患者に薬袋を渡していなかった。【事例 3】
- ・配られた薬がいつもと同じものではあったが、書いてある名前が別の人の名前だった。たいていは名前を言って渡してくれるのだが、その時はたまたま私がいなかったためテーブルに置いてあった。【事例 4】

### ③薬剤（内容）エラー

- ・避けて欲しい抗生物質を医師に伝えていたのに、院外処方箋にその薬の名前が書いてあった。【事例 5】
- ・毎食後の薬と頓服で出される薬がすべて混ぜられて一回づつの小分けにされていた。  
【事例 6】

### ④ラベルエラー

- ・体用の外用薬のラベルが「顔用」になっていた。【事例 7】

### ⑤服薬指示エラー

- ・医師の指示と違う飲み方が薬袋には書かれていた。【事例 8】

### ⑥薬剤（内容）に対する不満

- ・受診するたびに医師の説明が異なり、結局納得がいかないままステロイドを処方されてしまった。【事例 9】
- ・乳などの食物アレルギーであることを説明したにも関わらず、乳を含む薬（飲みやすくするためヨーグルト風味）を処方された。【事例 10】

## 2. 点滴

点滴に関する事例は 11 例あった。プロセスごとに事例を分け、中項目のキーワードを設定した。中項目は「①点滴実施時」「②点滴実施後の観察・管理」である。またエラーにはいたらないが何かが起こるのではないかという不安を感じたという事例は「③エラー不安」として別分類とした。

#### ①点滴実施時

- ・ 点滴袋に書いてある一時間あたりの量に比べ、機械に入力した量が 10 倍だった。  
【事例 11】
- ・ モルヒネ注入のシリンジポンプ滴下量設定間違い。投与量の変更を聞いていた為、家族が確認して誤りに気付いた。【事例 12】
- ・ ステロイド点滴をするとき、管を床に落とされつなぎ目が床に触れたのに、拭いただけでそのままつながれた【事例 13】。

#### ②点滴実施後の観察・管理

- ・ 途中で管が外れ、薬剤がシートの上に流れ出た【事例 14】。
- ・ 先輩看護師が担当看護師に「速度が違う、よく見なさい」と怒った【事例 15】。
- ・ 点滴中担当看護師が休憩に入ったため確認が遅れ、点滴の薬がなくなり血液が逆流した。  
【事例 16】
- ・ 点滴に薬剤を加えるための注射器が針付きでベッドに残されていた。【事例 17】
- ・ 連続点滴中に点滴が切れたままになってしまい、針の差し替えを余儀なくされた。【事例 18】
- ・ 点滴が終わってコールしてもすぐには看護師が来ない。【事例 19】。
- ・ 点滴をしている最中、点滴のスピードや残量を見もせず帰ってしまう。結局、ボトルが空っぽになったため、自分で看護師を呼んで点滴を抜いてもらった。【事例 20】

#### ③エラー不安

- ・ 「奥のベッドで寝ている人」と看護師間で指示しあっていた。別の患者の点滴をされるのではないかと不安に感じた。【事例 21】

### 3. 注射・採血

注射・採血に関する事例は6例あった。エラー内容は、「①薬剤量エラー」のみで、そのほかに、医療者の技術に対する不安を「②技術不安」、「説明がない・説明と違う」という事例を「③説明不足」とし、3つに分類した。

#### ①薬剤量エラー

- ・ 看護師が予防接種の薬の量を3倍近く濃く注射しようとした。【事例 22】

#### ②技術不安

- ・ 「私、脈探すの下手」と言いながら数回やり直して、血液検査をした。【事例 23】
- ・ 新人の看護師に注射のため仕打ちをされた。【事例 24】

#### ③説明不足

- ・ 首のリンパ腺の細胞診をするとき、説明もなく麻酔もなしで細胞を吸い取るための針を刺し、細胞を抜き取った。別の病院では部分麻酔をしたので余計びっくりした。【事例 25】
- ・ インフルエンザの予防接種をするとき、「アレルギー反応を確認して、反応がなければ接種する」と言われたのに、いきなり予防接種を打とうとした。【事例 26】

#### 4. 医療機器

医療機器に関する事例は5例あった。エラー内容は「①取り付けエラー」「②挿管チューブの屈曲」とに分け、「③説明不足」「④その他」の4つに分類した。

##### ①取り付けエラー

- ・ 酸素吸入器の取り付け不備。【事例 27】

##### ②挿管チューブの屈曲

- ・ 面会時間5分前に病室へ行くと、人工呼吸器の挿管チューブが屈曲してチアノーゼになっていた。SPO<sub>2</sub>や心電図モニターが取り付けられてありモニターアラームがナースステーションで鳴っていたが、看護師も研修医も気付いていなかった。【事例 28】

##### ③説明不足

- ・ 生後すぐ搬送されてこども病院にいたが、モニターの警告音が鳴り続けていた。ナースはすぐ止めにくることもあれば、鳴りっぱなしにしていることも多く、止めにくる時もちらっと子どもを見るだけのこともよくあった。なぜ鳴るのか、警告音が意味あるものなのかどうか、疑問に思うと同時に不安だった。親に対してどうしてそう頻繁に鳴るのか説明があったほうがよいと思う。【事例 29】

##### ④その他

- ・ ぜん息用の吸入器使用時、ホース部分が壊れていたのにそのまま「自分の手で押さえて」使用させられた。忙しいからと器械だけ渡されて全ての操作を自分で行わされた。【事例 30】
- ・ 医師の指示した器機がまだ来ていなくて待たされて寒かった。機器がきたあともきちんと装着されていなくて待たされ寒かった。【事例 31】

#### 5. 手術・麻酔

手術・麻酔に関する事例は5例あった。中項目はエラー内容は「①対象エラー」「②処置エラー」「③その他」の3つに分けた。

### ①対象エラー

- ・ 緊急手術のとき、麻酔をかける前に呼ばれた名前が自分のものではなかった。救急車で運ばれての緊急手術で、同時に手術が予定されていたのを急遽変更しての手術だったかららしい。手術室に入る前に、きちんと担当医師が本人の顔を確認していたので取り違えにならずに済んだ。【事例 32】
- ・ 手術で麻酔医が名前を確認せず「～の人ですよ」と間違え、私が「違います」といったところ、「あ、～の人ですよ」と言い返した。【事例 33】

### ②処置エラー

- ・ 手術前日、麻酔医より自分が当日の担当ではないと前置きの上、痛くはないこと、安心して手術を受けるよう説明があった。軽い麻酔注射をした後、背中に麻酔を入れる処置をしたのだが担当者は軽い口調で、「この病棟では初めての麻酔担当であること、僕はうまいんだ、こんなの簡単」など言っていた。後、激痛で目が覚め、注射をしてくれたが、一晩中痛む。翌朝手術執刀医が巡回に来て、麻酔の針が抜けていたことを謝る。【事例 34】

### ③その他

- ・ 大学付属歯学部歯科を受診し、歯の治療をしていた。虫歯の治療を終え受付に行く途中、待合室の椅子に倒れてしまった。担当医が来て血圧などを測り私が動けるようになるまで付き添ってくれた。が、以後麻酔をかける時は麻酔専門の医者立会いで、心電図、血圧計を体につけての治療となった。その日の麻酔の量が多かったのではないかと思ひ医師に聞いたが、むしろ少なかったとのこと。この事に対しての説明は一切なかった。むしろこのような事が起こるのは歯の治療に対して恐怖感があるからだと言われ、看護師や医師たちは私の弱さを話題にしていた。【事例 35】
- ・ 手術室への自動ドアが患者が運びこまれてから開放されたまま放置されていて、自動開閉装置が切られていた。【事例 36】

## 6. 処置

処置に関する事例は5例あった。事例は「①処置エラー」「②技術不安」「③説明不足」の3つに分けた。

### ①処置エラー

- ・ 子宮筋腫の術後4、5日目に40度の熱が出たので、解熱剤を座薬で入れたところ、腸内ではなく、子宮内に入れられた。看護師にその旨告げると処置室に移され無理やり膣内から出そうとされ苦痛な思いをした。結局座薬は出ず医師に告げたところ「問題ない」と片付けられたが、熱は下がらないままだった。【事例 37】



## ②技術不安

- ・ 看護師が床ずれを防ぐために、祖父の体位を変えに来てくれた。が、喉の痰が絡んでいるのに吸引をせず、体位を変えた為、呼吸困難に陥った。【事例 38】
- ・ 父は進行性核上性麻痺という神経難病。嚥下障害のために病気の末期には痰の吸引が頻繁に必要なが、最後に入院した民間病院では痰の吸引で気道もしくは口腔内から出血することがよくあった。病院からは「こんなことはよくある」と説明されたが、少なくとも家族がやっていたとき、別の病院に入院していたときにはそのようなことはなかった。チューブをつけないで管を直接入れたのではと疑ったが真実は闇の中。その管は先が欠けていたのだという。【事例 39】
- ・ 気道確保できず。【事例 40】

## ③説明不足

- ・ 数針程度縫う必要があった際に、①抜糸までに1週間程度かかりそのために来院すること、②今すぐにやる必要はない、③生活面ではさほど支障がないという説明を事前に医師より受けていた。が、オペ後に、突然「明日消毒に来よう」指示された。生活面での支障がないことや抜糸まで1週間あることから、私は翌日から3日間の出張を入れており、どうしようもない状態であった。医師からすれば来院することを簡単に考えているのだろうが、仕事を持っている人にとって平日の昼間しか診察しない病院に来訪することは、大変な苦労だ。事前に、通院の必要な時期と回数などを含めて、的確に説明してほしい。また、私も抜糸まで通院が不要だと思い込んで、しっかりと聞かなかったことに問題がある。【事例 41】

## 7. 検査

検査に関する事例は2例あった。いずれも「①説明不足」である。

### ①説明不足

- ・ アレルギー疾患のある患者にとって、生命の危険のある造影剤を必要とする検査が、何の説明もなく行われた。【事例 42】
- ・ 病院から説明された検査は、「下肢動脈瘤造影検査」で、同意書も同じ検査名だった。が、検査の時には、「心臓カテーテル検査」も加わっていた。同意書の内容が検査名と説明した医師の名前を書くだけになっており、どんな説明をされたのか当事者しかわからなくなっていることが問題だ。説明に使った資料を添付すればよい。【事例 43】

## 8. 出産

出産に関する事例は2例あった。中項目は「①医療者不在」「②無理な体位」である。

#### ①医療者不在

- ・ 深夜勤の助産師が今晚から朝には出産はないと判断し、医師を帰したそう。朝6時頃から急にお産が進み、分娩台に移ってナースコールを押し続けたが、助産師はなかなか来てくれなかった。お産の間中、看護師は電話で全員の医師にすぐに来てくれるよう連絡をとっていたが、当直の医師には通じず、かろうじて4人中1人の医師に通じ、出産がすべて終わって頃、来てくれた。【事例 44】

#### ②無理な体位

- ・ 帝王切開を受ける際のこと。麻酔のため手術台で側臥位、膝を抱える体位を支持されたが、狭いオペ台上、誰も手をかさず妊婦一人でその体位をとることに恐怖を感じた。【事例 45】

### 9. 輸血

輸血に関する事例は1例あった。

- ・ 輸血の際、まだ凍結している分を振って送られて気味悪かった。【事例 46】

### 10. 他患者からの感染

他患者からの感染に関する事例は4例あった。「院内感染」とのみ書かれた1事例を除く、3事例を分類した。「①他患児からの感染」「②注射針からの感染」「③エラー不安」とに分けた。

#### ①他患児からの感染

- ・ 小児科では、食事のとき患児を病室に集めている。私の子どもはそのとき抜管したばかりでベッドに寝ていたが、風邪気味の患児がいたおかげで肺炎になってしまった。(子供は重度の喘息で四肢麻痺)他にもインフルエンザにまでかかってARDSにまで発展し、命まで危険な状態にまでなったこともある。【事例 47】

#### ②注射針からの感染

- ・ 高熱を発するような疾病ではないのに入院直後に高熱がしばらく続いたため、医師に確認したら“ショックでしょう”との回答。が、様子を見ていてもおかしいので、看護師や医師に原因を問いただしたら採血の際にMRSAに感染してしまったらしいことが分かった。皮膚疾患で全身症状であったため採血が難しく、結果として注射針で感染したらしいが、入院前後にかなりの抗生物質を投与したことで耐性菌ができていたらしい。その点をもう少し注意すべきだったと言われた。看護師がなかなか採血できず、医師が代わって採血したらしいが、急いでいたので無理をしてしまったという説明があった。

## 【事例 48】

### ③エラー不安

- ・ 退院してから、会社の仕事で調べていたら、整形外科で同じような手術をした人が肺塞栓で亡くなっており、“そう言えば、その病院では肺塞栓に対する予防をやっていなかったなあ”と後になってぞっとした。【事例 49】

## 11. 治療法

治療法に関する事例は6例あった。「治療法は本当にあっているのか疑問をもったことがある」という事例を除く5例を分類した。「①見逃し」「②不適切な治療」「③説明不足」「④術後の傷跡不満」とにわけた。

### ①見逃し

- ・ 胃の調子が悪く検査を受けた際、何でもないと診断されたが3つ目に検査した病院で初期の胃がんが見つかった。【事例 50】

### ②不適切な治療

- ・ 巻き爪が痛く、救急で治療をしてもらったが担当した医師は専門外のため、後日来院するように言われた。翌日来院したところ診察室には同じ医師がおり、結局治療らしきことはほとんどしてもらえなかった。【事例 51】
- ・ 昏睡状態で、意識がなくベッドの上に1ヶ月以上横になっていた。意識が戻った際に、下半身に麻痺が生じていたが、この麻痺は当時の疾病が原因したものではない。周りの話や経過から推察するに、意識不明中、患者の体を頻繁に動かすべきところ、足に圧力のかかる姿勢のまま、放置された可能性がある。【事例 52】

### ③説明不足

- ・ 祖母がペインクリニックに通院しているとき、今の治療が効くのかどうか、続けて通院したほうがよいのかどうかを聞きに行った。が、あまり明快な答えはなくこの治療がそもそも有効なのかどうか、ということに疑問を持ってしまい先生が信頼できなくなった。【事例 53】

### ④術後の傷跡不満

- ・ 5年前、くも膜下で頭を手術した際、医師が頭を剃刀でそらないで手術をするとのことでそらないでやったが、おでこの傷がなかなかふさがらず、今でも傷口がでこぼこで額が陥没している。【事例 54】

## 12. 医療者不在

医療者不在に関する事例は1例あった。

- ・ 弟が脳梗塞で手術した2～3日後、突然痙攣を始めたのでナースセンターに連絡したが、ナースセンターに誰もいなかったため、各病室を回って捜し歩いた。【事例55】

## 13. トイレ

トイレに関する事例は4例あった。医療者の「①判断ミス」、患者の「②操作エラー」、「③点滴の転倒」の3つにわけた。

### ①判断ミス

- ・ 分娩1時間後、看護婦にトイレに行きたい旨を伝えたところ、一人で行ってよいといわれたので行ったら分娩時の出血で貧血を起こし、トイレ内で気絶した。【事例56】

### ②操作エラー

- ・ ウォシュレットトイレの操作方法がわからない年寄りの患者が、操作を誤り、全身に水を浴びていた。トイレの流水レバーがどれであるかなど、必要な情報を掲示するなどしてほしい。【事例57】

### ③点滴の転倒

- ・ トイレで点滴器具をつけて立ち上がったとき、トイレの壁にぶつかり点滴が倒れそうになり両手で倒れるのを防いだとき、手に怪我をした。【事例58】
- ・ トイレで、点滴台が倒れかかり3方栓がはずれた。が、点滴台が倒れ掛かっていたので抑えているとナース呼び出しボタンに手が届かず大声でナースを呼んだ。基本的には患者側の不注意だが、もう少し倒れにくい点滴台だとよかったのかもしれない。【事例59】

## 14. 転倒・転落

転倒・転落に関する事例は3例あった。

- ・ ベッドから起き、少し歩く立ち眩みし、こけそうになった。【事例60】
- ・ 検査室のベッドと上に上がるときにフラツとしてベッドの柔らかいところに頭をぶつけた。【事例61】
- ・ ふらふらして転びそうになった。【事例62】

## 15. 入浴

入浴に関する事例は2例あった。「①設備」「②その他」に分けた。

### ①設備

- ・ お風呂場で滑って転んだ。浴槽に入る部分に手すりはあったが、浴室入口からシャワーまでは何もされていなかった。床に滑り止めのゴムマットや、手すりを設置していただきたい。【事例 63】

### ②その他

- ・ 急に立ったため、シャワー中に意識を失った。【事例 64】

## 16. 廊下

廊下に関する事例は2例あった。

- ・ 私は下肢に障害を持っており、補装具を使っている。そのため病院の廊下がすべる。【事例 65】
- ・ 病室から廊下に出ようとしたら子どもが走ってきてぶつかりそうになった。【事例 66】

## 17. 食事

食事に関する事例は1例あった。

- ・ ワーファリンを飲んでいる叔母の食事に「納豆」が出されていた。入院時の聞き取りが不十分だった。年配になると病院で出される食事は安全だと思っているので、普段は食べていない食品でも食べてしまう。【事例 67】

## 18. 防犯

防犯に関する事例は1例あった。

- ・ 緊急処置室への出入り口が24時間ノーチェックの状態ですべて自由に出入りできていること【事例 68】

## 19. 事務職の対応

事務職の対応に関する事例は1例あった。

- ・ 妻が階段から落ち、腰を強打した際自家用車で病院へ行った。病院受付で駐車場からの搬送方法を尋ねたが具体的な指示がなかった。【事例 69】

## 4 事例を踏まえての検討会

入院経験のある患者及び、家族に集ってもらい、収集された事例に関して意見を求めた。

### 方法

下記の7名に集ってもらい、収集した事例を示しつつ、事例に対する意見や自身の体験を踏まえた改善策等について検討した。平成16年2月29日に東京都内の会議室にて、1時半から4時までの2時間半行われた。発言内容を筆者が書きとめ、後日、各参加者に発言内容を確認・修正してもらい、正確性を保った。なお参加者の特性、年齢、性別は以下の通りである。

A. アレルギー疾患の子どもを育てた親	(50代・女性)
B. 小児がんで子どもを亡くした親	(50代・女性)
C. 神経難病と知的障害者を家族にもつ女性	(30代・女性)
D. 二分脊椎症の本人	(30代・男性)
E. 脳腫瘍・くも膜下出血体験者	(30代・女性)
F. 看護師	(20代・男性)
G. 病院事務部	(30代・男性)

### 結果

#### ①患者には「あるべき姿」が分からない

ヒヤリハット事例という言葉について、聞いてみたところ、「ヒヤリハットはテレビで聞いた」(C)、「初めてだ」(E)など、2名の医療者を除くとあまり知られていない様子であった。患者が不安に感じたことや疑問に感じたことは“ヒヤリ”“ハット”という言葉では置き換わらないのだということが確認された。むしろ「患者は病院にいるとどうしても受身になるため、なんでも自分が悪かったと考えてしまいがちになる」(E)との発言から、他者に批判の目が向くより、自身にその目が向くことが推察される。Eは入院中の心理をこう振り返る。

「患者はすべてのプロセスに口が挟めない。決まっているプロセスに乗っているという感じ。医療者がいいと言っているのだからいいのだろうと思ってしまう。そうすると聞くこと自体がいけないように感じてしまう。それに気が弱くなっているので聞けないし、気後れする。決しておかしい質問ではないのだけれど、聞いていいのかなと思う。患者は何でも自分のせいにしてしまう気がする。」

またEは「薬の間違いなど明らかに違うものは医療者に間違いを指摘できるが、細かいことは報告してよいのか戸惑ってしまう。」と述べる。さらに「患者には『あるべき姿』がわ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のかが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も悪いことに慣れてしまう。ヒヤリハットが起こっているのか、自分の状態が悪くてこうなっているのかがわからない。」と付け足した。

## ②点滴に関する適切な説明

点滴については、数多くの意見が出たがその中でも点滴実施以前、点滴実施時、実施後の観察時に適切な説明を求める声をいくつか引用する。

「子ども病院だとポンプがあるところもあるが、親としては空気が入るのではと不安な思いをする。看護師が来ると「大丈夫だ」というが、何が大丈夫かがわからない。それをくりかえすと呼んではいけないのかと思って、自分でなんとかしようとしてしまう。黙って見て帰るのではなく、「これこれをしたんですよ」と、伝えて欲しい。」(B)

「どんなことでも知っておきたい。薬は何か、いつ終わるのか、患者はなかなか聞けない。事前に言ってもらえると違う。一時間半で終わるなら5時間目の授業には行けるなど、考えられる。また「漏れてここが腫れてきたら、「子どもさんが〇〇と言ったら呼んでください」と言ってくればイライラしているから痛いのか、漏れているから痛いのか分かる。患者にはそれも分からない。事前に情報提供しておいてくれることは安心につながる。」(A)

「終わりそうになったらナースコールしてください」と言われるけど、終わりそうがどれくらい分からない。どのタイミングで呼べばよいか分からないので丁寧に教えてくれればと思う。最初は呼ぶのが早すぎると言われた。5回位点滴を受けて分かってきた。点滴をしている間はずっと緊張していないといけない。」(C)

## ③説明の対象と説明の受け方

家族の参加の必要性について、まずEの言葉を引用する。

「患者は病状を知りたくないこともある。リスクがあるのかと聞くと、打ち消したくなる。家族との役割分担が大事。家族が積極的に参加してもよいのでは。」  
知りたくないが知っておく必要のある情報を聞く苦痛を少しでも和らげるためには、家族の積極的参加が求められよう。

また説明を受けるときの心構えについてDは次のように述べる。

「説明をするとき書いて欲しい。腎臓といわれても分からない。絵を書いてメモを渡してくれると復習が出来る。自分でメモを取ることも大事と思う。」それに対し、Fは「どうぞメモをおとりくださいと一枚張り紙があるとよいかもしれない」と病院として出来ることを提案した。

#### ④MRSAに関する説明

MRSAに感染した患者に対する説明は、“弱っているあなたに責任がある”といわんばかりの説明をされる場合もある。

「父が入院していたとき、弱っているんだから感染して当たり前と言われた。嚥下障害なので神経障害があり日常的に痰をとる必要があり、また唸り声もあったため、個室にしていたがそれでも感染した。弱っている人が感染して発症するのは医学的事実だとしても、言い方に配慮がたりず、こんな病院に入れなければよかったと思った。」(C)

同じ事実を伝えるのでも、言い方次第で患者・家族からの信頼を失うのだ。

また医療者からは励まされるが、他に説明がないため病院の意識が低いことがMRSAの感染を生み出しているのではないかと疑問視する声も挙がった。

「MRSAに感染した経験がありますが、意外に思うことが多かった。隔離病棟は仰々しい感じがしたが、“菌は皆持っているんですよ”と医療者は言った。いい意味では緊張することがなかった。看護師が“私も菌を運んでいるんですよ”とか、重く受け止めないように医療者の皆さんは言っていた。おじが医師で“汚い病院だったんじゃないか”と言ったとき、医療者の意識によっては感染する患者さんの数を減らすことができたのでは、と感じた。感染しても怖いものではないですと言っていたのは、安心させるためのものなのか、そういう意識がいけないのか分からなかった。」(E)

またDは10年前のことであるが、外泊するよう医師に言われたという経験を持つ。

「僕はMRSAに感染したとき、他の患者にうつさないために外泊してくれと言われた。抗がん剤治療を受けていて回復期だったが。」

当日は、これ以外に小児のベッドからの転倒・転落に関して、同姓同名エラー、病室とトイレの距離、避難経路の説明、医療者との関係の年齢・地域差、病院外でのエラー防止策、自分自身で身を守れない患者への対応策などについての意見が出た。今回は紙面の都合上、詳細は割愛する。



## 4 考察及び、今後の課題

### 1. 患者から寄せられた事例の特性

今回、寄せられた事例を分析した結果、医療者のインシデント事例では見られない事例が挙げることが最も特記すべきことであろう。

患者から寄せられた事例の特性としてまず挙げられるのは、患者が「医療者不在」をエラーと捉え、事例として提供していることである。事例 55 には、「弟が突然痙攣を始めたのでナースセンターに連絡したが、ナースセンターに誰もいなかったため、各病室を回って捜し歩いた」と書かれている。医療者は人員配置などを熟知しているため、ナースセンターに人がいないことはそれほど驚くべきことではない。が、患者・家族にはこうした内部事情は知らされていないため、医療者不在であることは「エラー」と映るのだろう。事例 44 でも「分娩台に移ってナースコールを押し続けたが、助産師はなかなか来てくれなかった」など、患者の訴えに対し医療者が迅速に対応しないことは、構造上のエラーと映るのである。

次に挙げられる特性は、実際にエラーには直結しないが、「エラーが起こるのではないかと患者が認知する「エラー不安」が挙げられている点である。例えば事例 21 では、『奥のベッドで寝ている人』と看護師間で指示しあっていた。別の患者の点滴をされるのではないかと不安に感じた。』という対象エラーに関する不安が記載されている。医療事故や医療過誤の報道が相次ぐと、自分もその被害者になるのではないかと不安を抱いて医療機関にかかる人も少なくない。また医療者の些細な言動が患者に「エラー不安」を与える要因になっているのかもしれない。医療者による「確認」が適切に行われている場面に患者に示すことはエラー不安を増大させないためにも極めて重要であると考えられる。

第3の特性は、「説明」に対する捉え方の相違である。医療者には必要な処置を業務流れの中で行うことが求められるのだが、患者は処置に対する説明や声かけなどがなくままに実施されることには不安や疑問を感じる。事例 25 では、「首のリンパ腺の細胞診をするとき、説明もなく麻酔もなしで細胞を吸い取るための針を刺し、細胞を抜き取った。別の病院では部分麻酔をしたので余計びっくりした。」とある。また事例 29 では、「モニターの警告音がなぜ鳴るのが分からず疑問で不安になった」と書かれている。医療知識が欠如している患者は何が起きているのかわからない。「何をされたのか分からない」、「何が起きているのか分からない」という状況にいると不安や不信感が増長するのではないかと考えられる。処置のみを無言で行い足早に去っていく医療者に対し、患者は適切な注意が払われていないと感じている。

点滴や処置などを実施した後の観察・管理のあり方に関しても、患者は医療者とは違う視点でその状況を捉えている。事例 20 には、「点滴をしている最中、点滴のスピードや残

量を見もせず帰ってしまう。結局、ボトルが空っぽになったため、自分で看護師を呼んで点滴を抜いてもらった」と書かれている。この事例を読む限りでは、具体的なエラーは発生してないため、医療者のインシデント事例としては挙がらない。が、患者はこうした点滴実施後の観察・管理のあり方を問題視しており、疑問や不安を感じている。

また事例を踏まえての検討会では、患者の家族から「看護師が来ると『大丈夫だ』というが、何が大丈夫かがわからない。それをくりかえすと看護師を呼んではいけないのかと思って、自分でなんとかしようとしてしまう」という意見も挙がっている。これらは医療者の視点のみで考えるとエラーではないため軽視されがちな行為だが、患者の視点から考えると医療安全と切っても切り離すことのできない行為なのであろう。

このように患者から寄せられた事例には実際にエラーには直結しないものが多く含まれている。一方で、患者の不安減少に努め、十分な説明を行うことは医療安全とどのような関係にあるのだろうか。本研究の問題意識は、現場の医療提供者のみのチェック機能に頼るのではなくサービスを受ける側の患者の視点から医療安全を捉えるにはどうしたらよいかということであった。サービスの受け手である患者やその家族にもチェック機能を持たせ、確認の目を増やすためには、彼らに積極的に医療に参加してもらわなくてはならない。彼らは自らが医療プロセスから阻害されていると感じれば積極的な参加は不可能となる。不安を減らし、自身の治療や処置を理解し、納得してそれらを受けることによって医療プロセスへの参加が促せるのではないかと考えている。患者が参加しやすい環境を作るためには、まず彼らの不安を減らし、信頼関係を構築することが最初のステップになるのではないかと推察する。そして患者参加が結果的に医療ミスや医療過誤を減らし、医療安全に役立つのではないかと考える。

## 2. あるべき姿の明示と患者の「気づき」を病院に伝えることに関して

患者は医療知識の欠如から本来の『あるべき姿』がわからないため、医療者であれば“ヒヤリ”“ハッ”とするであろう事象に遭遇しても、それが“ヒヤリ”“ハッ”とすべきか否かの判断ができない。また日々状態が悪くなっている場合など、自分の健康状態が悪化しているから不都合が生じているのか、それとも実際に何らかのエラーが発生しているのかすらわからないのである。

「何かあったら知らせてください」と医療者が伝えても、患者はその「何か」の具体的な内容が分からないため危機を察知することができないのだということを医療者は知る必要がある。『あるべき姿』を医療者側ができるだけ細かく患者に示し、どのような状態になったら医療者に伝えてほしいかを事前に説明しておく必要がある。例えばクリティカル・パスを活用するなどして、「この時点でこのような状態になったら知らせてください」など時間軸とともに患者に現れるであろう症状を示しながら伝えるのも一案であろう。

今回の調査では、3割の人が「自分が感じた不安や疑問を伝えなかった」と回答している。しかし、現場の医療提供者のみのチェック機能に頼るのではなくサービスを受ける側

の患者の視点から医療安全を考える際には、患者の「気づき」を伝えてもらい知る必要がある。昨春に特定機能病院と臨床研修指定病院に設置が義務付けられた「患者相談窓口」などでこうした患者からの声を収集できるような体制の確立や、患者の「気づき」を病院に伝えることが医療安全に役立つという意識を患者にも周知する必要があると思われる。

### 3. 患者参加の具体的方法に関して

「患者参加によって医療事故を防ぐことができるか」という問いに対しては、65.7%が「そう思う」と回答している。株式会社三菱総合研究所安全科学研究本部義澤の調査<sup>1</sup>では、「医療ミスの被害から患者自身が自分の身を守るためには、患者が医療に積極的に参加することが重要と考えるか」という問に対し、「非常に重要である」(33.3%)、「重要である」(47.3%)をあわせると8割以上が重要であると考えている (n=546)。患者参加が医療安全に役立つという患者側の意識は日本においても十分にあるのではないかと考えられる。

今回の調査では、例えば薬について述べると「対象」「薬剤量」「薬剤内容」「ラベル」「服薬指示」に関するエラーは患者および家族が発見しているため、一度医療者がチェックした内容を再度確認するというプロセスに患者・家族は参加することができるかもしれない。今後、さらに事例数を増やし、患者・家族が確認できることを調査し、確認作業に参加してもらう具体的な体制を整えていく必要がある。

米国では、AHRQ<sup>2</sup> (Agency for Healthcare Research and Quality) が、2000年2月に「患者の視点からの医療安全20か条」を提唱し、患者ができることとして「患者が自身の治療や薬に関心を持つこと」、「処方箋の字が読めない場合にはたずねること」、「症例数の多い病院を選ぶこと」など具体的に取り組めることがまとめられている。また子どもの医療事故は大人に比べて少ないと報告されているが、薬剤に関してミスにつながるような事例は大人に比べると3倍高く、NICUにいる乳児はさらに高いことも分かっている<sup>3</sup>。そのため子どもを守るために両親向けの20か条も作られている。またU.S. Department of Health and Human Services は American Hospital Association と American Medical Association と連携して5箇条を提唱している。わが国においても患者が医療安全のために具体的にどのような形で参加できるのかを具体的に示していく時期に来ているといえよう。

### 4. 患者の学習環境整備に関して

今回の調査では、「患者の自己学習や理解促進が医療安全に役立つ」と考えている回答者は9割を超えた。わが国では、医療安全対策検討会議にて平成14年4月17日に「医療安全推進総合対策」がまとめられた<sup>4</sup>。その中で医療機関における信頼の確保のための取り組みとして、「対話による相互理解」、「相談窓口の設置による意見収集」、「安全対策への患者の協力を得ること」、そして「患者が主体的に学習できる環境を院内に整えること」などが具体的に挙げられている。現在、全国には約20箇所の患者図書室<sup>5</sup>があり、今後このような学習環境整備は特定機能病院や地域支援病院などでは必須となるだろう。

患者の学習環境整備に関しては、京都南病院のように職員図書室を患者に開放する方式に対して、東京女子医大や静岡県立がんセンターのように職員図書室とは別に患者図書館を設置する方式もある。また専任の司書を置く病院、独立行政法人国立病院機構長野病院のように、NPOとボランティアが主導で独自に運営しているところもある。今後、こうした施設の質をどう確保していくかも極めて重要なテーマとなる。

## 5. 事例収集法に関して

調査を始める前から検討していたことは、どのような表現を使えば、患者や家族から今回の調査の趣旨に沿う事例を収集できるのか、ということであった。最終的には「治療に不安、安全管理に疑問を感じた」という表現に落ち着いたが、不安や疑問という表現では収集できない事例もあるのではないかと推測する。患者からの医療安全を検討する際、彼らの「気づき」を拾い上げるための適切な表現方法については今後も検討を続けていく必要がある。

さて、調査法についてであるが、入院中の病院に対して抱いた不安や疑問というネガティブ評価を記載した調査票を病院内で回収すると本音は書きづらいのではないかと推察し、回収先は院外とした。ポストに投函するなど回答者の手間もかかるため、回収率は25.6%（A病院）、9.2%（B病院）に留まった。なおC病院は、調査実施の数ヶ月前に医療事故が起こっており、「こうした調査は入院患者の気持ちを逆なでする」、「調査時期が不適切である」という理由から調査開始後1週間程度で中止になった。

今回の調査では返信された調査票のうち、事例記載のない調査票の返信率は81.0%（A病院）、66.7%（B病院）、52.1%（C病院）と3病院とも高い。その中でも途中で調査中止となったC病院では、調査期間が短かったにも関わらず、回収された調査票は3病院の中で最も多く、また事例記載率も47.8%と、他の2院がそれぞれ19.0%（A病院）、33.3%（B病院）と比べても高かった。患者の医療安全に対する意識が高まっていることを感じることができる。

A病院の担当者は病院でこの種の調査を行うことに対し、次のように述べている。「「人質をとられている身」である患者・家族が病院内で行っている調査にどこまで本心を言ってくれるか」という大きな疑問である」。病院で職員から手渡される調査票に対しては、ある種の義務感が生じるため調査には一応協力してくれるのだが、お世話になっている医療者や病院に対して不安や疑問といったネガティブ情報を調査票に書くというのはかなり勇気の伴う行為であると思われる。こうした傾向は患者満足度調査においても見られ、院内で調査をすると満足度は非常に高くなると言われている。

では、病院内での調査が困難であるとなるとどのような方法が考えられるのであろうか。そのヒントは「がんの社会学」に関する合同研究班が行った「がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査」から得ることができる。この研究はがん患者の悩みのデータベース作成を目的に、アンケート調査により患者の悩みを収集した。53の医療機関の他に15の患