

表1.医薬品が関連する医療事故についての新聞報道（全国紙）

1999	3月16日	消毒薬（ヒピテングルコネート）を誤って点滴
	3月19日	消毒薬（塩化ベンザルコニウム）を誤って点滴
	11月28日	シロップ剤を調剤すべきところを誤って散薬を調剤し10倍量投与
2000	1月4日	心停止液の代わりに誤って注射用蒸留水を投与
	3月8日	人工呼吸器に誤って消毒薬（エタノール）を注入
	3月10日	抗がん剤を8倍量指示
	3月21日	せき止めの内服薬を誤って点滴
	3月31日	麻薬を10倍量投与
	4月8日	経腸栄養剤を誤って点滴
	4月11日	抗生剤などの内服薬を誤って点滴
	4月28日	抗がん剤（シスプラチン）を誤って3倍量指示
	6月3日	精神安定剤（エチゾラム）を10倍量指示
	7月4日	消毒薬に誤って内用ラベル添付
	7月11日	抗がん剤（ビンブラスチン）を誤って10倍量投与
	8月12日	ジゴキシンを10倍量投与
	8月17日	ブドウ糖の代わりに降圧剤を投与
	8月25日	「使用中止指示」患者に対して誤って睡眠導入剤を投与
	8月26日	抗生物質（バンコマイシン）を10倍量投与
	9月6日	小児に抗がん剤（ピンクリスチン）を二重投与
	9月9日	発作抑制剤10倍散（フェニトイン）の処方に対し、院外薬局で原末を調剤し結果的に10倍量投与
	9月14日	装置瓶への倍散の補充エラー強心剤（ジゴキシン）を10倍量調剤
	10月12日	抗がん剤（ピンクリスチン）を誤って約1週間連続投与
	11月8日	処方オーダー時の薬剤選択エラーで抗がん剤を処方（アルサルミン→アルケラン）
11月14日	装置瓶への充填エラーで抗アレルギー剤（セルテクト）の処方に対し抗精神薬（セレネース）を調剤	
11月15日	誤って抗てんかん剤（フェニトイン）を10倍量調剤	
11月15日	抗生物質の点滴取り違え	
11月16日	新生児に抗生物質を10倍量投与	
11月28日	気管支拡張剤の10倍量投与	
12月4日	処方オーダー時の薬剤選択エラーで筋弛緩剤を処方（サクシゾン→サクシン）	
12月15日	降圧剤（アルマル）の処方に対し、糖尿病治療剤（アマリール）を誤って調剤	
12月15日	外用止血剤（トロンピン）を誤って点滴静注	
2001	1月12日	一歳児にネオフィリン注を10倍量投与
	1月22日	降圧剤（アルマル）の処方に対し、糖尿病治療剤（アマリール）を誤って調剤
	2月16日	鎮痛・鎮静剤の代わりに他患者の昇圧剤を誤って投与
	4月6日	流産治療剤（ウテメリン錠）の処方に対し、誤って子宮収縮剤（メテナリン錠）を調剤
	4月15日	看護婦が不整脈治療剤リドカイン注を誤って約20倍の点滴速度で投与し、入院患者が死亡
	4月30日	子宮収縮抑制剤（ズファジラン）の代わりに、誤って他患者の子宮収縮剤（プロスタルモンF）を投与し流産
	5月16日	気管支拡張剤（ホクナリンDS）を誤って10倍量処方、薬剤師もそのまま調剤
	5月17日	気管支拡張剤（テオドルDS）を誤って2倍量調剤
	6月27日	糖尿病治療剤（アマリール）の処方に対し、降圧剤（アルマル）を誤って調剤
	7月23日	気管支拡張剤を誤って10倍量（1.3mL/時のところ13.3A/時）投与し、小児が生命危機に
	8月31日	新生児にブドウ糖液を投与するところ、誤ってホウ酸を投与
10月16日	抗生物質（バンコマイシン注）の10倍量（25mgのところ250mg）で乳児の指が壊死	
11月21日	高カロリー輸液投与時にビタミンB1の補給を忘れ、患者が死亡	
2002	3月1日	尿の防腐剤に使用するアジ化ナトリウムを看護師が誤って患者に渡し、患者が服用して死亡
	3月8日	せきどめシロップを調剤中、誤って磷の10%塩酸を混合
	4月2日	抗けいれん剤アレピアチン（散剤）を医師が10倍量処方し、薬剤師も気づかずに原末を調剤し、男性患者が死亡
	4月3日	医療費請求用紙を患者が誤って薬局に提出したため、薬剤師が確認せずに局所麻酔薬を交付した
	4月24日	鼻内チューブから投与すべき整腸剤の水溶液を誤って静注し、男性患者が死亡
	5月1日	血栓症治療剤を処方するところ、医師が誤って催眠作用のある精神安定剤を処方し、患者が自動車を運転中に事故
	6月3日	点滴すべき塩化カリウムを誤って急速静注し、男性患者が死亡
	7月5日	抗アレルギー剤（ザジテンDS、セルテクトDS）の中に誤ってセレネース細粒を充填し、気づかずに調剤
	7月10日	点滴（20mL/時）すべき塩化カリウムを誤って急速静注（10mL）し高齢の女性患者が死亡
	7月17日	鎮静剤の設定速度を誤って（6mL/時のところ106mL/時）を投与して、男性患者が意識不明
8月22日	鼻の栄養チューブに入れるべき下痢止めを誤って静脈内に投与し、男性患者が死亡	

	8月22日	ミリスロール注の点滴速度の設定エラーにより高齢男性患者が死亡
	8月22日	イノバン注の点滴速度の設定エラーにより高齢女性患者が死亡
	8月22日	吸入器内の蒸留水に消毒剤が混入し患者死亡
	8月23日	血圧維持のため投与した輸液（生理食塩注など）の注入速度を誤り急性心不全に
	8月23日	吸入器に消毒剤が混入
	10月 2日	インスリン40倍の過剰投与（4単位/時のところ4mL/時）により患者死亡
	11月14日	抗不整脈剤（リドカイン注）の設定速度を誤って（5mL/時のところ80mL/時）を投与して、小児が死亡（23日）
	12月 4日	強心剤ジギタリス1回0.5錠（0.125mg）の処方に対し、薬剤師が0.5mgと勘違いして2錠分（10倍量）を調剤
	12月24日	降圧剤（アルマール）を処方すべきところ、医師が誤って糖尿病治療剤（アマリール）を処方し、患者が意識障害に
2003	1月10日	乳児に対してカリウム製剤を誤って10倍量（0.6mLのところ6mL）投与
	1月15日	抗生物質を3日間点滴されないことが一因で患者死亡
	2月25日	小児に対して気管支拡張剤（アミノフィリン）を100倍量投与（院内で原末から100倍希釈剤を製剤）
	3月10日	研修医が抗がん剤（フルダラ注）を誤って10倍量投与（35mgのところ350mg）
	3月16日	小児に対して気管支拡張剤（アミノフィリン）を5倍量投与し死亡
	3月25日	抗がん剤の休薬期間を守らず（2～3週間のところ2～3日）に投与
	4月 3日	CT撮影時に空の造影剤シリンジを使用し、空気が注入され患者が一時重体
	4月 4日	栄養輸液の点滴速度を誤って10倍に設定し、患者が死亡
	5月21日	不整脈治療剤を誤って10倍量（100mgのところ100mL）注射し、患者が重体
	7月20日	塩化カリウム剤を希釈せずに静注し、患者は心室細動で死亡
	8月 8日	抗不整脈剤（リドカイン注）の過剰投与（300mg）により、男性患者が重体
	10月10日	インスリンを血液凝固阻止剤と誤り点滴し、女性患者に意識障害
	10月15日	強心剤ジゴキシンを10倍量調剤し、過剰服用の乳児死亡 ※院内製剤との間違い
	10月20日	抗不整脈剤（リドカイン）の製剤リドクイック50mg2回投与のところ、誤って点滴用キシロカイン注500mg回投与で患者死亡
	10月21日	抗がん剤「タキソテール」の処方時に、誤って「タキソテール」を処方、誤りに気づかず投与し、1カ月後に患者が死亡
	11月12日	じんましん治療に「塩化カルシウム」の代わりに「塩化カリウム」を静注（20mL）し、女児が一時心停止状態に
	11月20日	精神科に入院中の女性患者に誤って別の患者用の薬を服用させ、女性が5日後に脳出血で死亡
	11月22日	塩酸リドカイン注2%5mL投与のところ、誤って、10%10mLアンプルを投与し、患者が死亡
2004	1月 6日	アルブミン注投与すべきところラボナールを注射し、乳児が7分間心停止
	1月 7日	降圧剤（アルマール）を処方すべきところ、医師が誤って糖尿病治療剤（アマリール）を処方し、患者が意識不明に
	1月 8日	小児に別患者の抗生物質注射剤を投与
	2月 3日	塩酸リドカイン注の速度エラー（5～10倍）で、患者が一時心肺停止状態
	2月18日	ポンプにつながっているコックを閉め忘れたため昇圧剤が所定の100倍以上流れ込み、女性患者が死亡
	2月19日	点滴量を調節する機械に点滴の管が正しくセットされておらず、女性患者に8倍量の鎮静剤が投与され意識障害に
	2月20日	塩酸ベラパミル注の口頭指示を聞き間違え（半筒を3筒）、6倍量投与で患者死亡
	2月25日	シスプラチンの投与スケジュールを間違え、患者死亡
	4月27日	併用禁止薬（フルツロンとティーエスワン）を同時投与して患者死亡
	5月 1日	エンドキサンの2倍量投与で患者が死亡
	5月 9日	塩酸リドカインの20倍量投与から患者が死亡
	5月27日	塩化カリウムの急速静注で患者が死亡

表2. 各職種対象の「薬理学」教科書（A社）における「塩化カリウム」と「塩酸リドカイン」に関する記述の比較

書名	対象	電解質補給目的の「塩化カリウム」に関する記載内容	不整脈治療目的の「塩酸リドカイン」に関する記載内容
D1 第2版 (2003年発行)	医師	記載なし	心室細動閾値を上昇させ、アードーシス、低酸素状態で用量依存的に活動電位最大脱分極速度を減少させる。プルキンエ線維で活動電位持続時間を短縮させるが、心室筋には影響を与えない。本来、局所麻酔薬であり膜安定化作用を有する。心筋Naチャンネルとの結合解離は早く、そのため心房筋での作用は発現しにくい。静注時の半減期は $\alpha$ 相8分、 $\beta$ 相約100分である。肝の初回通過を著明に受けるため経口剤はなく、静注時の半減期が短いため、繰り返し使用可能であることが特徴である。心筋梗塞急性期に出現する心室性不整脈には従来第一選択薬として使用される。(261文字)
N1 第10版 (2001年発行)	看護師	記載なし	局所麻酔作用のほかに心筋膜安定性作用を持つ。心筋梗塞に続発する心室性不整脈・ジギタリス不整脈に用いるが、上室性不整脈には奏功しない。静脈内注射または点滴静脈内注射する。(84文字)
P1 第1版 (2001年発行)	薬剤師	記載なし	心筋梗塞、手術後などの心室性不整脈・(PVCs,VT,VF)治療の第1選択薬である。リドカインは、他の不整脈と比較して心筋収縮力抑制作用と心刺激伝導抑制作用が弱い利点がある。消失経路は100%が肝代謝である。肝クリアランスが大きいため肝初回通過が効率的に働き、経口投与のバイオアベイラビリティが低いため静注または筋注投与が用いられる。半減期は約1.5時間であるので、一定速度の静注投与では定常状態に到達するまで6時間以上を要する。したがって、短時間で十分な効果を発現させるためには負荷投与量として50から100mgを静注し、その後2~4mg/minで点滴常駐する。有効濃度は2~6 $\mu$ g/mLである。副作用としては、特に高齢者で血中濃度依存的に(>9 $\mu$ g/mL)に、眠気、精神錯乱、感覚異常などの中枢神経副作用が生じる。(356文字)

表3. 各職種対象の「薬理学」教科書における「塩化カリウム」と「塩酸リドカイン」に関する記述の有無

書籍名	カリウム製剤			塩酸リドカイン			単位計算
	電解質補給目的の「塩化カリウム」に関する記述	使用の安全に関する記載	根拠	不整脈治療目的の「塩酸リドカイン」に関する記述	使用の安全に関する記述	根拠	
医師系							
D1 (A社)	×	×	×	○	×	×	×
D2 (A社)	×	×	×	○	×	×	×
D3 (B社)	×	×	×	○	×	×	×
薬剤師系							
P1 (A社)	×	×	×	○	×	×	×
P2 (C社)	×	×	×	○	×	×	×
P3 (D社)	×	×	×	○	×	×	×
看護系							
N1 (A社)	×	×	×	○	×	×	×
N2 (E社)	×	×	×	○	×	×	×
N3 (F社)	×	×	×	○	×	×	×

表4. アメリカ合衆国の看護系「薬理学」教科書における「塩化カリウム」過量投与時の処置に関する記述

Pharmacology and the Nursing Process (3rd edition, Mosby, USA, 2001)	The toxic effects of potassium are the result of hyperkalemia. <i>Symptoms include muscle weakness, paresthesia, paralysis, cardiac rhythm irregularities that can result in ventricular fibrillation, and cardiac arrest.</i> The treatment instituted depends on the degree of hyperkalemia and ranges from regimens for reversing life-threatening problems to simple dietary restrictions. In the event of hyperkalemia, the IV administration of sodium bicarbonate, calcium gluconate or other calcium salt, and dextrose solution with insulin is required. This should be followed up with sodium polystyrene or hemodialysis to eliminate the extra potassium from body. Less critical levels can be reduced with ion-exchange resins and by means of dietary restrictions.
--	--

## II.

### 医療への信頼構築に関する研究

## 医療への不満・不信の構造(第2報)

～診療科別、患者年代別不満内容の定量分析～

杏林大学保健学部  
北澤健文・川村治子

- I. 研究目的
- II. 研究対象と方法
- III. 研究結果と考察
  1. 相談者と患者の性・年齢、相談者と患者の関係、相談事例の診療科
    - 1-1 相談者・患者の性、年齢
    - 1-2 相談者と患者の関係
    - 1-3 相談者と患者の関係と患者年代の関係
    - 1-4 相談事例の診療科
  2. 診療科別、患者年代別不満内容
    - 2-1 全事例における不満内容
    - 2-2 患者年代別の不満内容と全事例との比較
    - 2-3 診療科別の不満内容と全事例との比較
    - 2-4 不満内容からみた7診療科の比較
- IV. 結論

## I. 研究目的

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。平成14年4月に取りまとめられた「医療安全総合対策」では、医療安全を推進するための環境整備の一つとして、二次医療圏毎に医療に関する公的な相談体制を整備するとともに、都道府県に第三者を配置した相談センターを整備する必要性が指摘された。これを受けて平成15年度から、全国に医療安全支援センターが整備されてきている。

これまでも、公的機関だけでなく民間企業やNPO法人、ボランティア組織が医療に関する電話相談を実施し、患者・家族からの相談や苦情に対応してきた実績がある。『ささえあい医療人権センターCOML（コムル：Consumer Organization for Medicine & Low）』もその一つである。COML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で、すでに十数年の電話相談の実績を持っている。こうした組織に蓄積された相談事例は、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・不信を明らかにするための貴重な資料となりうる。

そこで、COMLより平成11年度、12年度の電話相談約6千事例の提供を受け、昨14年度から2年間で、患者が医療のどこに、なぜ不満や不信を持つのかを、言い換えれば、「医療への不満不信の構造」を明らかにしてきた。昨14年度は、電話相談事例のうち特定の医療機関に対する不満・不信が表明されていた約3,200事例をもと、不満・不信を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（費用）に関する不満・不信〕に分けて具体的内容を明らかにした。さらに、医療へ不満・不信のコアと位置づけた診療への不満・不信の定性分析から、不満・不信を構成する7つの要素〔①期待に反する悪い結果（期待との落差）②臨床経過の中で予測していなかった事象の発生（予測の超越）③患者のニーズへの適時対応の不良（適時性の損ない）④根拠の乏しい、納得のゆかない判断（妥当性への疑念）⑤一貫性やチーム間の統一性が欠如した判断や治療方針（一貫性の欠如）⑥医師の経験・技術の未熟ゆえの苦痛や失敗（経験・技術の未熟）⑧患者の意向の無視や（患者の不尊重）〕の存在を明らかにした。また、重度障害や死亡の相談事例の分析から、発生前からあった不満・不信と発生後の対応に対する不満・不信が、悪い結果に対する不満・不信をさらに増幅させるという『不満・不信の連鎖・重層構造』も明らかにした。

本年度は第2報として、昨年度研究の定性分析から明らかになった具体的不満内容を定量分析し、診療科や患者年代で不満・不信の構造に差があるか否かを検討した。

## II. 研究対象と方法

研究対象は、COMLが平成11年度、12年度に対応した電話相談事例のうち、特定の医療機関に対する不満・不信を表明していた事例のうち定量分析が可能であった3,340事例である。

研究方法は、事例を「相談者の性」、「患者の性」、「相談者と患者の関係」、「患者の年齢」、「診療科」別に割合を集計した。前4者は、相談担当者が記録していたものを利用したが、診療科に関しては相談内容から推定した。

次に、相談事例の不満・不信（以下、不満と略す）内容を、昨14年度の「医療への不満・

不信の構造（第1報）」の研究成果から明らかになった4領域17カテゴリ（表1）に分類した。その際、不満が複数のカテゴリにわたる場合はそれぞれに分類した。不満カテゴリの割合が患者の年代や診療科によって、全事例の傾向と差があるか否かを、Fisherの正確確率検定を用いて統計的に検討した。有意水準は5%とした。

表1：医療に関する不満・不信の分類カテゴリ

---

<b><u>I. 診療に対する不満・不信</u></b>
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・不信
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
<b><u>II. 医師の診療態度・説明、病院の対応に関する不満・不信</u></b>
6. 医師の診療態度・対応に対する不満・不信
7. 医師の説明に対する不満・不信
8. その他の医師の対応への不満・不信
9. インシデント・アクシデントに対する医師・病院のクレーム対応への不満・不信
10. 医療費に対する病院のクレーム対応に関する不満・不信
<b><u>III. 看護・環境に関する不満・不信</u></b>
11. 看護人員・体制への不満・不信
12. 看護師ケアに対する不満・不信
13. 看護師の態度や言動に対する不満・不信
14. 療養環境に対する不満・不信
<b><u>IV. 金銭（費用）に関する不満・不信</u></b>
15. 医療費の自己負担に関する不満・不信
16. 医療費以外の費用負担に関する不満・不信
17. その他（上記以外）に関する不満・不信

---

### III. 研究結果と考察

#### 1. 相談者と患者の性・年齢、相談者と患者の関係、相談事例の診療科

##### 1-1 相談者・患者の性と年齢

相談者の性別では、男性 778 人 (23.6%)、女性 2088 人 (62.5%)、性別記載なしが 464 人 (13.9%) であり、女性による相談が多かった。患者の性別では、男性 990 人 (29.6%)、女性 1400 人 (41.9%)、性別記載なしが 950 人 (28.4%) であった。不明を除いた割合では男性 41.4%、女性 58.6%であった。相談者、患者ともに女性が多かった。

患者の年齢は、年齢が判明しているケースのみで見ると、「60～69 歳」が最も多く (19.7%)、ついで「50～59 歳」(14.2%)、「70～79 歳」(13.9%)、「0～9 歳」(11.8%)、「30～39 歳」(11.0%)、「40～49 歳」(9.1%)、「20～29 歳」(8.2%)、「80～89 歳」(6.6%)、



「10～19歳」(3.9%)、「90歳以上」(1.8%)であった。50,60,70代で全体の約半数を占めた(表2)。

#### 1-2 相談者と患者の関係

相談者と患者の関係では、「患者本人」からの相談が最も多く(36.1%)、ついで、「相談者にとって患者は父母(義父母も含む)」(16.2%)、「相談者にとって患者は子」(12.3%)、「相談者にとって患者は配偶者」(10.8%)、「相談者にとって患者はその他(親子・兄弟以外)の親族」(2.0%)、「相談者にとって患者は兄弟(義兄弟も含む)」(1.9%)、「相談者にとって患者は知人」(1.0%)、「他人(業務上の付き合いなど)」(0.4%)であった。(表3)

#### 1-3 相談者と患者の関係と患者年代の関係

「相談者と患者の関係」と「患者年代」の関係をみると、患者本人からの相談の8割が30～60代までであった。また、配偶者からの相談の8割が50代～70代の患者であった。親が相談してくるケースの過半数は10歳未満の子供が患者であったが、20代～30代の子供に関する親からの相談も3割を占めていた。子供からの相談は、約8割が60代～80代の患者であった。兄弟が相談者のケースの約9割は30代～60代の患者であった(表4)。

本人以外からの相談事例では、相談者と患者の関係も不満内容に反映されている可能性がある。たとえば、高齢患者の医療への不満に関する相談者はほとんどが中高年の子供であるが、この場合、親の医療によって間接的に影響を受ける子供としての不満(例えば費用などへの不満)が投影されている可能性も考慮しなければならない。

#### 1-4 相談事例の診療科

相談対応記録には診療科の記載がないため、相談内容から事例の診療科を判断した。「内科系(消化器内科など、〇〇内科はこれに含む)」が最も多く(34.3%)、ついで「外科系(脳外科、整形外科以外の〇〇外科を含む)」(19.0%)、「整形外科」(7.2%)、「歯科」(6.0%)、「産婦人科」(5.5%)、「精神科」(3.7%)、「小児科」(2.5%)、「耳鼻咽喉科」(1.3%)、「皮膚科」(1.1%)、「脳外科」(0.7%)、「泌尿器科」(0.5%)であった。そこで、「内科系」から「小児科」の上位7診療科について、詳細に検討してゆくことにした。内科系、外科系、整形外科は患者人口の多さを反映していると思われたが、歯科、産婦人科、精神科、小児科での多さは診療科特性との関係が伺われた(表5)。

表2 患者の年齢

年齢	度数	%	有効%
0～9歳	199	6.0	11.8
10～19歳	65	1.9	3.9
20～29歳	139	4.2	8.2
30～39歳	186	5.6	11.0
40～49歳	153	4.6	9.1
50～59歳	239	7.2	14.2
60～69歳	332	9.9	19.7
70～79歳	234	7.0	13.9
80～89歳	111	3.3	6.6
90歳以上	30	0.9	1.8
合計	1688	50.5	100.0
不明	1652	49.5	
合計	3340	100.0	

表3 相談者と患者の関係

	度数	%	有効%
本人	1207	36.1	44.8
夫・妻(配偶者)	360	10.8	13.4
子	411	12.3	15.3
(義)父・母	542	16.2	20.1
(義)兄弟	64	1.9	2.4
その他親族	67	2.0	2.5
他人	12	0.4	0.4
知人	32	1.0	1.2
合計	2695	80.7	100.0
不明	645	19.3	
合計	3340	100.0	

表5 相談事例の診療科

	度数	%	有効%
内科系	1147	34.3	40.1
外科系	634	19.0	22.1
脳外科	24	0.7	0.8
整形外科	239	7.2	8.3
産婦人科	183	5.5	6.4
耳鼻咽喉科	44	1.3	1.5
泌尿器科	16	0.5	0.6
皮膚科	37	1.1	1.3
精神科	125	3.7	4.4
小児科	85	2.5	3.0
歯科	201	6.0	7.0
その他	128	3.8	4.5
合計	2863	85.7	100.0
不明	477	14.3	
合計	3340	100.0	

表4 患者年代からみた相談者と患者の関係

患者年代	相談者と患者の関係 (相談者にとって患者は○○)							
	本人	配偶者	子	(義)父・母	(義)兄弟	その他親族	知人	他人
0～9歳	0 0.0%	0 0.0%	177 53.6%	0 0.0%	0 0.0%	10 23.3%	0 0.0%	1 9.1%
10～19歳	8 1.3%	0 0.0%	56 17.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
20～29歳	61 10.2%	10 4.6%	62 18.8%	0 0.0%	3 6.4%	1 2.3%	0 0.0%	0 0.0%
30～39歳	113 18.8%	21 9.6%	28 8.5%	0 0.0%	11 23.4%	2 4.7%	0 0.0%	1 9.1%
40～49歳	105 17.5%	16 7.3%	2 0.6%	5 1.4%	8 17.0%	3 7.0%	1 50.0%	3 27.3%
50～59歳	121 20.2%	58 26.5%	3 0.9%	30 8.2%	10 21.3%	3 7.0%	0 0.0%	2 18.2%
60～69歳	139 23.2%	80 36.5%	2 0.6%	83 22.7%	12 25.5%	4 9.3%	1 50.0%	3 27.3%
70～79歳	50 8.3%	30 13.7%	0 0.0%	134 36.7%	3 6.4%	7 16.3%	0 0.0%	0 0.0%
80～89歳	3 0.5%	4 1.8%	0 0.0%	87 23.8%	0 0.0%	11 25.6%	0 0.0%	1 9.1%
90歳以上	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	26 7.1%	0 0.0%	2 4.7%	0 0.0%	0 0.0%
合計	600 100.0%	219 100.0%	330 100.0%	365 100.0%	47 100.0%	43 100.0%	2 100.0%	11 100.0%

## 2. 診療科別、患者年代別の不満内容

### 2-1 全事例における不満内容

全相談事例 3,340 事例の不満をカテゴリー別に割合を求めた。全事例の 66.1%が「診療」に対する不満をあげており、最も多い不満となっていた。中でも診断・治療方針、治療経過に関する不満をあげていた事例が 42.5%とその 2/3 を占めていた。薬剤や手術に対する不満をあげた事例もそれぞれ 15.0%、15.7%と高かった。

昨年度の『医療への不満・不信の構造（第 1 報）』における定性的な研究でも診療への不満が医療への不満のコアと位置づけられ、特に期待に反する結果や予期せぬ結果が不満の核心に存在することを示唆した。今回の定量分析からも診療への不満が医療への不満のコアであることが裏づけられた。中でも多かった「診断・治療方針、治療経過」に関する不満の具体的な内容としては、診断の遅れ、疾病の見落としで治療開始の遅れ、症状にもかかわらず経過観察、適時適切な診療が受けられなかったこと、処置中・後の合併症、病態悪化、急変、期待に反する結果、予期せぬ結果に対する不満であった。

また、事例の 42.3%が「医師の診療態度・説明・病院の対応」に対する不満をあげていた。その内容をみると医師の診療態度・態度が 16.2%、医師の説明 14.1%、インシデント、アクシデントへのクレーム対応への不満が 12.7%であった。「費用」に対する不満も 29.3%の事例にあげられており、その 2/3 は医療費以外の費用負担への不満で、ほとんど差額ベッド代への不満であった。また、「看護・療養環境に対する不満・不信」も 9.5%の事例であがっていた(表 6)。

### 2-2 患者年代別の不満内容と全事例との比較

患者の年代別に不満のカテゴリー別割合を求め、全事例における割合と差があるか否かを統計的に検討した。有意差があったものは、10 歳未満では、「診断・治療方針、治療経過」と「薬剤」に関する不満が多かった。10 代では、「診断・治療方針、治療経過」と「看護師の態度や言動」に対する不満が多かった。20 代では、「診断・治療方針、治療経過」に関する不満が多かった。30 代では、「診断・治療方針、治療経過」、「検査」、「手術」、「治療中のインシデント・アクシデントに対するクレーム対応」に関する不満が多かったが、「医療費以外の費用負担」に関する不満は少なかった。

一方、中年以降の40 代では、「診断・治療方針、治療経過」、「薬剤」、「医師の対応・態度」、「看護師の態度や言動」が多かった。50 代では、「診断・治療方針、治療経過」、「薬剤」、「検査」、「手術」、「医師の対応・態度」、「医師の説明」、「治療中のインシデント・アクシデントに対するクレーム対応」が多かったが、「療養環境」、「医療費以外の費用負担」に関する不満は少なかった。60 代では、「診断・治療方針、治療経過」、「薬剤」、「検査」、「手術」、「医師の対応・態度」、「医師の説明」に対する不満が多かったが、「リハビリテーション」「医療費の自己負担」、「医療費以外の費用負担」に関する不満・不信は少なかった。70 代では、「診断・治療方針、治療経過」、「手術」、「医師の対応・態度」、「医師の説明」、「療養環境」に対する不満が多かった。

また、80 代では、「療養環境」、「看護師ケア」、「医療費以外の費用負担」に関する不満が多く、「手術」、「医療費の自己負担」に関する不満は少なかった。90 代以上では、「医師の

説明」、「看護師ケア」、「療養環境」に対する不満が多かった(表7)。

全体を概観すると、30代までは「診断・治療方針、治療経過」に対する不満が主体で、40代を超えると、「診断・治療方針、治療経過」に加えて、医師の対応・態度への不満が高くなり、50代以降になると、検査、手術といったフォーカスが明確な不満も高くなっていった。しかし、80代になると、70代までの「診断・治療方針、治療経過」への不満が低率となり、療養環境、看護師ケア、医療費以外の費用負担に対する不満が高率になっていた。こういった患者年代による不満内容の差は、若年・青壮年期と、中年～前期高齢期、後期高齢期のそれぞれの世代の疾病構造や社会や家庭での立場、その年代の患者の持つ識見や経済力、主治医と患者の世代バランス、患者と相談者の関係を反映していると思われた。

表6 全事例の不満カテゴリ別割合

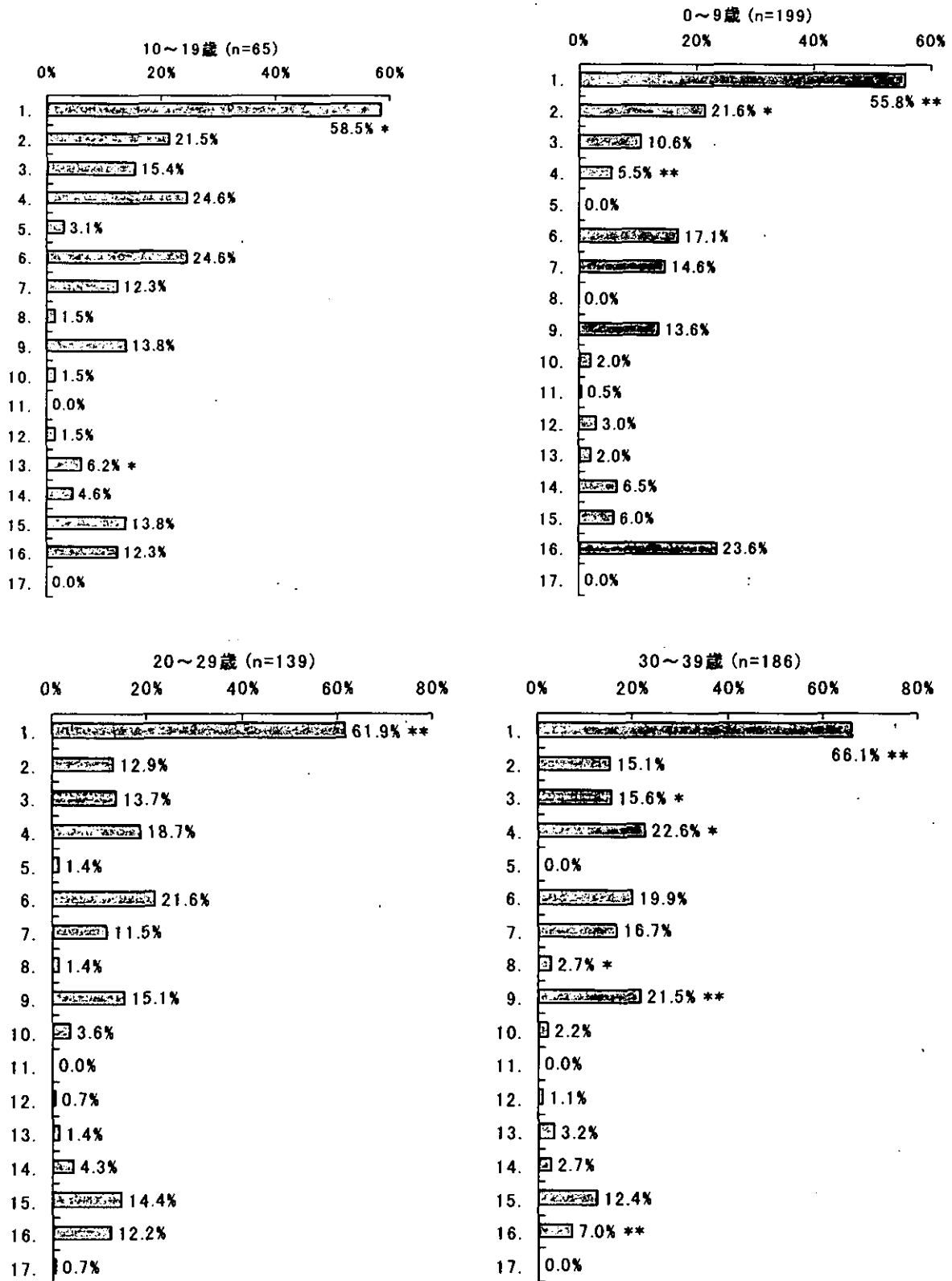
不満・不信のカテゴリ	度数	%
<b>I 診療に対する不満・不信</b>	<b>2207</b>	<b>66.1</b>
1. 診断・治療方針・治療経過に関する不満・不信	1420	42.5
2. 薬剤に関する不満・不信	502	15.0
3. 検査に関する不満・不信	346	10.4
4. 手術に関する不満・不信	525	15.7
5. リハビリテーションに関する不満・不信	24	0.7
<b>II 医師の診療態度・説明、病院の対応に対する不満・不信</b>	<b>1412</b>	<b>42.3</b>
6. 医師の診療態度・対応に対する不満・不信	540	16.2
7. 医師の説明に対する不満・不信	472	14.1
8. その他の医師の対応に関する不満・不信	32	1.0
9. インシデント・アクシデントへの医師、病院のクレーム対応に関する不満・不信	423	12.7
10. 医療費に関する病院のクレームへの対応に関する不満・不信	98	2.9
<b>III 看護・環境に対する不満・不信</b>	<b>316</b>	<b>9.5</b>
11. 看護人員・体制への不満・不信	10	0.3
12. 看護師ケアに対する不満・不信	59	1.8
13. 看護師の態度や言動に対する不満・不信	69	2.1
14. 療養環境に対する不満・不信	195	5.8
<b>IV 金銭（費用）に対する不満・不信</b>	<b>979</b>	<b>29.3</b>
15. 医療費の自己負担に関する不満・不信	323	9.7
16. 医療費以外の費用負担に関する不満・不信	618	18.5
17. その他の不満	11	0.3

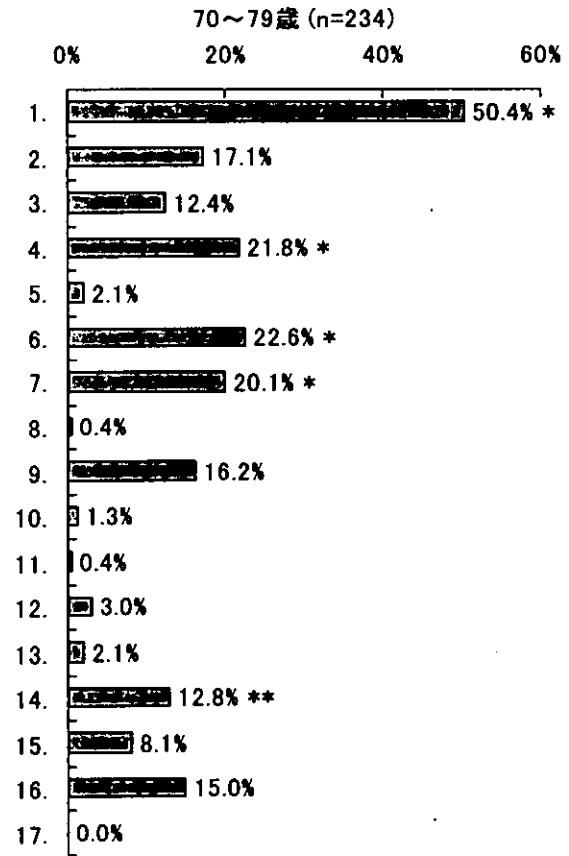
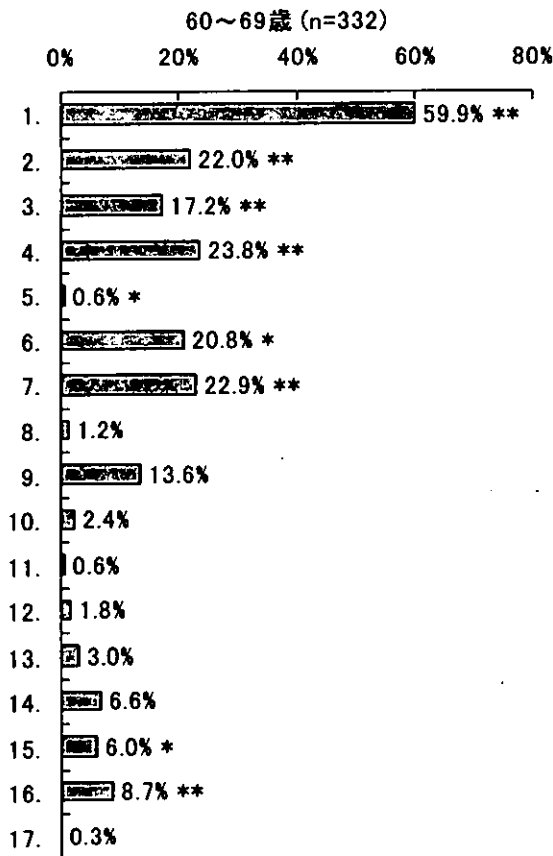
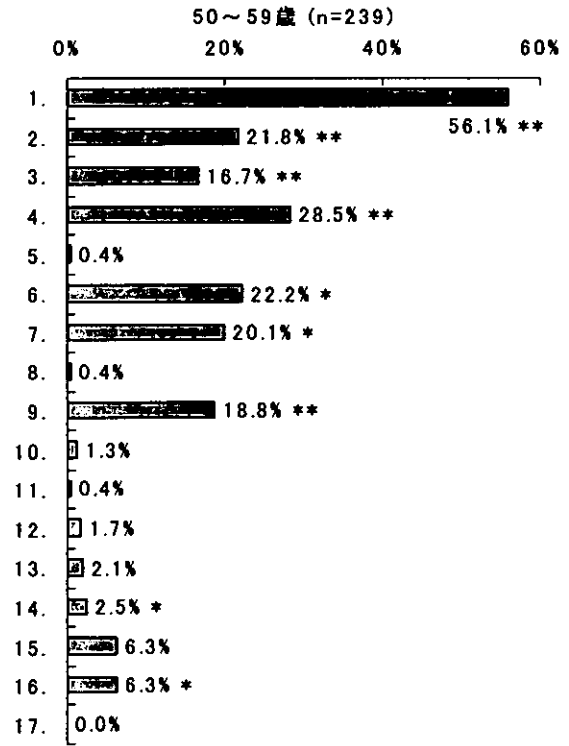
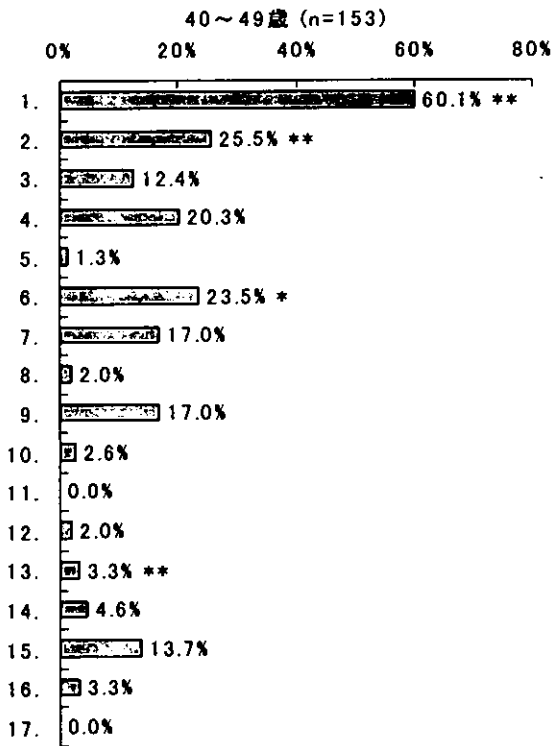
※カテゴリの番号は、以下に示す各グラフの縦項目軸番号と対応する。

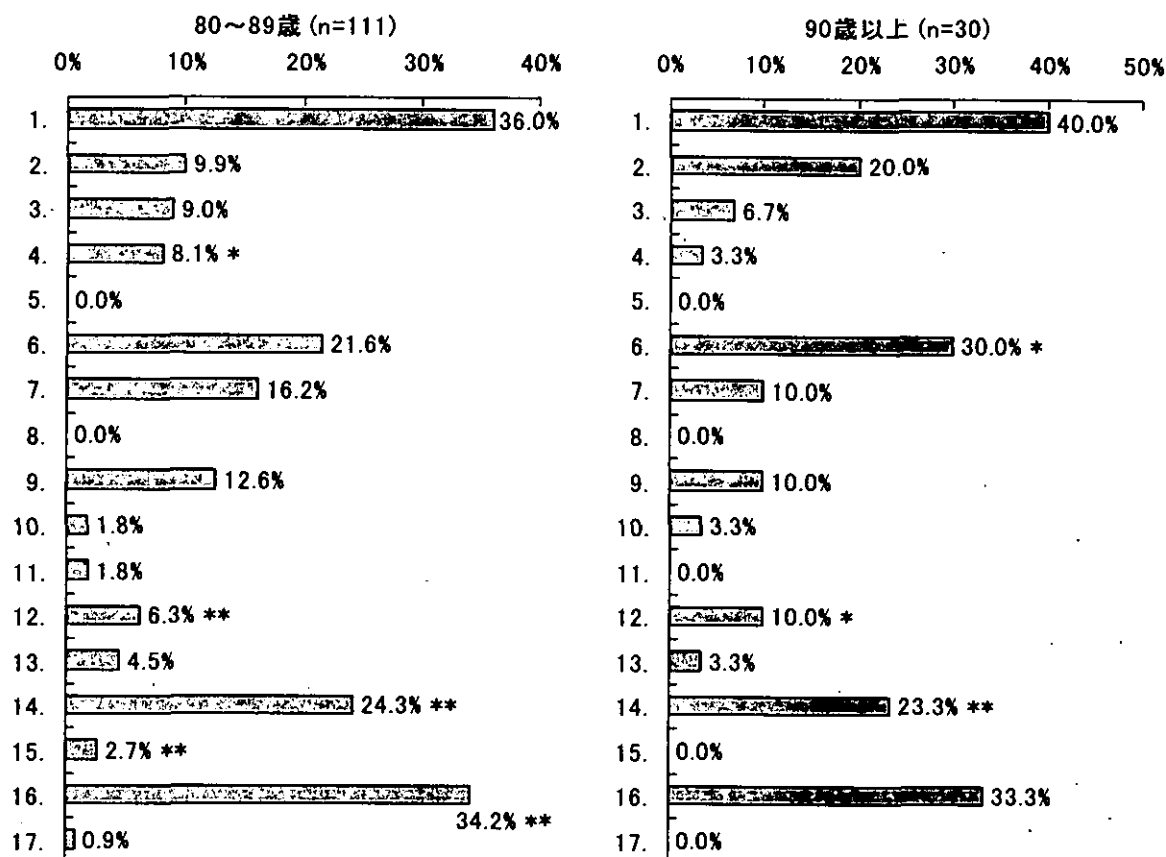
※一つの相談ケースであっても、不満・不信の内容が複数のカテゴリを含む場合、それぞれのカテゴリごとにカウントした。そのため、合計は総ケース数を超えている。

表7 患者年代別不満内容の割合

全事例における割合と有意差のあるものを示した(\*: p<0.05、\*\*: p<0.01)







### 2-3 診療科別の不満カテゴリー割合と全事例での割合の比較

次に、診療科別に不満のカテゴリー別割合を求め、全事例における割合と差があるかを統計的に検討した。有意差があったものは、内科では、「薬剤」、「検査」、「医師の説明」、「看護師ケア」、「療養環境」、「医療費以外の費用負担」に関する不満が多く、「医療費の自己負担」に関する不満は少なかった。

外科では、「検査」、「手術」、「医師の説明」、「治療中のインシデント・アクシデントに対するクレーム対応」、「看護師の態度や言動」に対する不満が多かった。

整形外科では、「診断・治療方針・治療経過」、「手術」、「リハビリテーション」、「治療中のインシデント・アクシデントに対するクレーム対応」に関する不満が多く、「医療費以外の費用負担に関する不満は少なかった。

産婦人科では、「診断・治療方針・治療経過」、「手術」に関する不満が多かった。具体的な内容としては、妊娠中の管理や分娩時の処置等対応による児の障害や死亡に対する不満、帝王切開の遅れなどに関する不満であった。

精神科では、「薬剤」、「医師の対応・態度」、「その他の医師の対応、説明」に関する不満が多かった。具体的な内容として、薬剤の副作用の不満、カウンセリングなど対話的な治療がとられないことなどへの不満であった。また「その他の医師の対応」に関する不満として、患者のプライバシーの漏洩や患者の扱いへの不満、患者の自殺が防止できなかったことへの不満があがっていた。

小児科では、「診断・治療方針・治療経過」に関する不満が多かった。

歯科では、「診断・治療方針・治療経過」、「治療中のインシデント・アクシデントに対するクレーム対応」、「医療費」に関する不満が多かった。歯科診療の特性から「薬剤」、「検査」、「手術」、「療養環境」、「医療費以外の費用負担」に関する不満は当然少なかった（表7）。

こうした診療科による不満割合の差は、診療内容および対象患者の特性、保険外診療の多い歯科などの医療費構造の違いも反映していると思われた（表8）。

#### 2-4 不満内容からみた7診療科の比較

事例数の多かった7診療科（内科系、外科系、整形外科、産婦人科、精神科、小児科、歯科）で、不満カテゴリー別に全事例との傾向を比較した。

「診断・治療方針・治療経過」に関する不満は、歯科、小児科、産婦人科、整形外科で高かった。歯科や小児科では検査や手術が他科より少ないという診療科特性により相対的に「診断・治療方針・治療経過」が高率となっているのではないかと思われた。産婦人科では出産時のトラブルへの不満などが多かった。

「薬剤」に関する不満は精神科、内科で高かった。両科とも投薬が治療の主体となる診療科であるが、不満の背景には薬剤の副作用や服薬後の病態悪化があった。特に精神科では、薬剤の量の多さ自体や副作用、服薬自体の苦痛に関する不満が多かった。

「検査」に関する不満は内科系、外科系で高かった。検査手技・技量の問題からくる苦痛・合併症（内視鏡での内壁損傷、出血など）への不満、内視鏡検査などで検査後にも苦痛が持続することへの不満のほか、検査中・後の病態の悪化や急変に対する不満が多かった。「手術」に関する不満は外科系、整形外科、産婦人科で高かった。産婦人科では分娩時の帝王切開の遅れへの不満もみられた。

「医師の対応」に対する不満は、内科、精神科で高かった。両科ともに、外科系やその他の診療科よりも、長期的な医師一患者の信頼関係が基盤になる科であり、関係の悪さが直接的に不満に反映されやすい。一方、「医師の説明」に対する不満はむしろ外科系で高かった。侵襲的行為であるがゆえに期待に反する結果が生じたときには、不十分な説明に対する不満も生じやすいものと思われた。

「インシデント・アクシデントに対する医師・病院のクレーム対応」に関する不満は、歯科、整形外科、外科系で高かった。処置や手術を主体とする科では、インシデント・アクシデントも他の科よりも起きやすく、それらへのクレーム対応への不満にもつながりやすい。一方、「医療費に関する病院のクレーム対応」に関する不満は歯科が高かった。歯科では保険外での高額な材料を用いるケースが多く、高額な費用と結果の落差が不満を生じさせやすいものと思われた。

「看護ケア」に対する不満は内科系で高かった。高齢患者の転倒・転落、誤嚥、褥創などで看護ケアに対する不満が生じやすい。有意ではないが産婦人科、小児科でも高かったのは、女性患者、小児の母親からみて同姓の看護師のケアに注意が行きやすく、不満も抱きやすいのではないかと思われた（表9）。



表8 診療科別不満カテゴリー割合

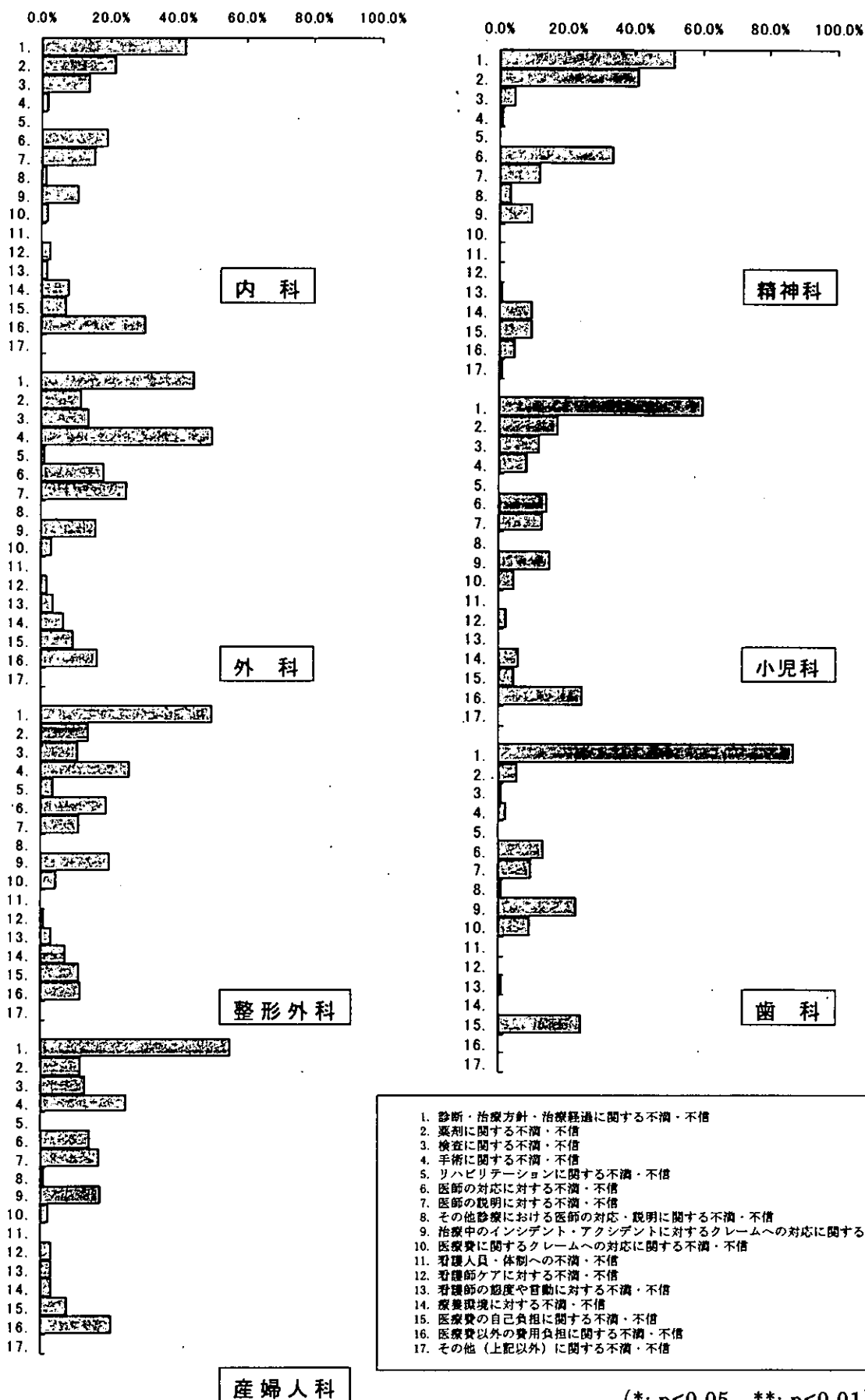
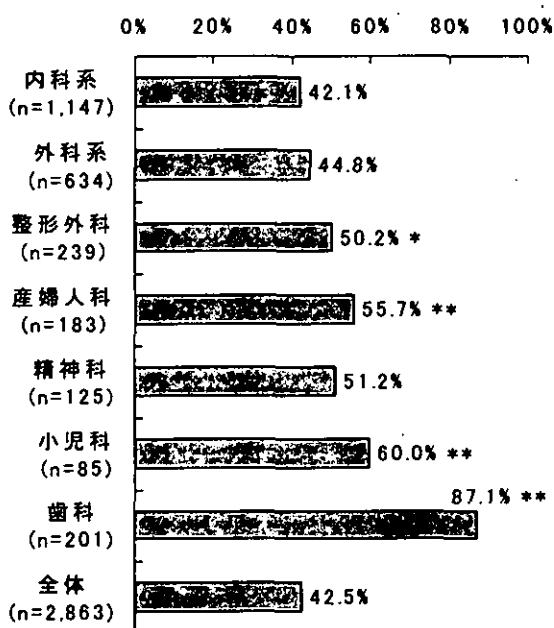
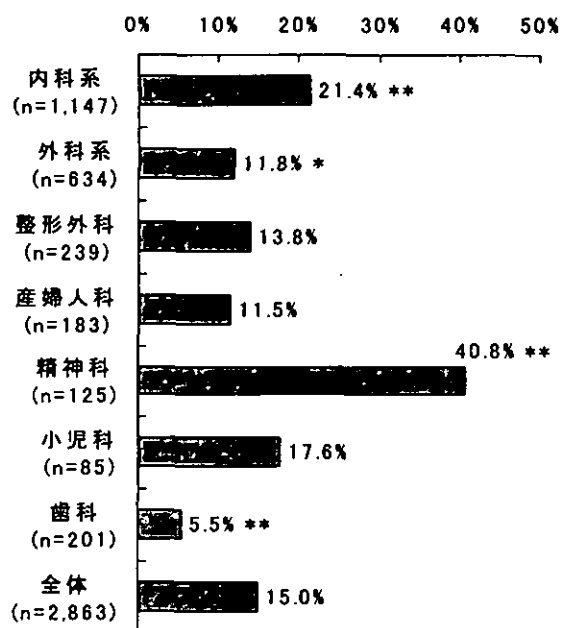


表9 不満内容からみた7診療科の比較

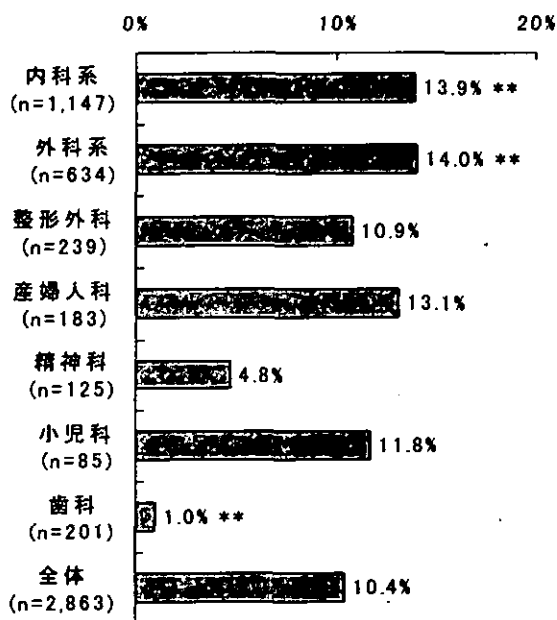
1. 診断・治療方針・治療経過に関する不満・不信



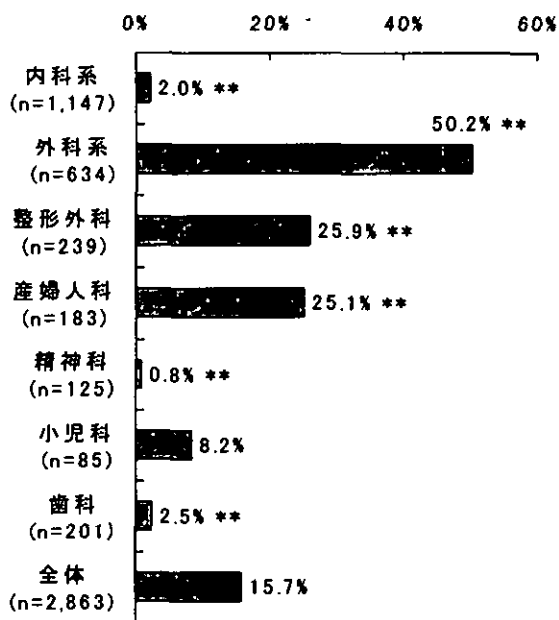
2. 薬剤に関する不満・不信



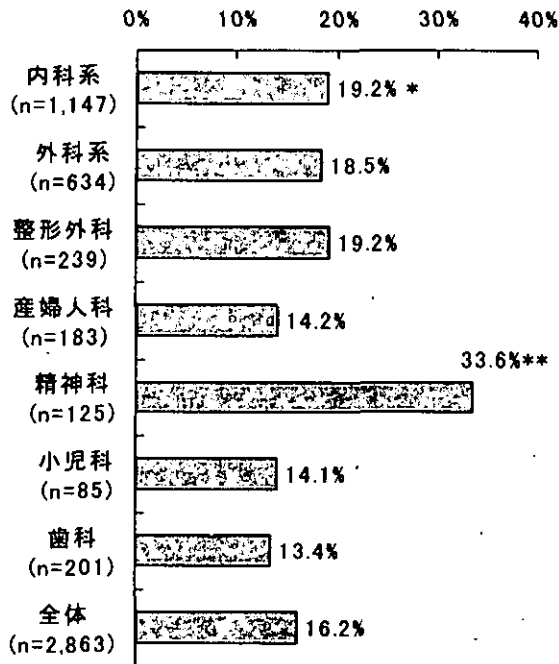
3. 検査に関する不満・不信



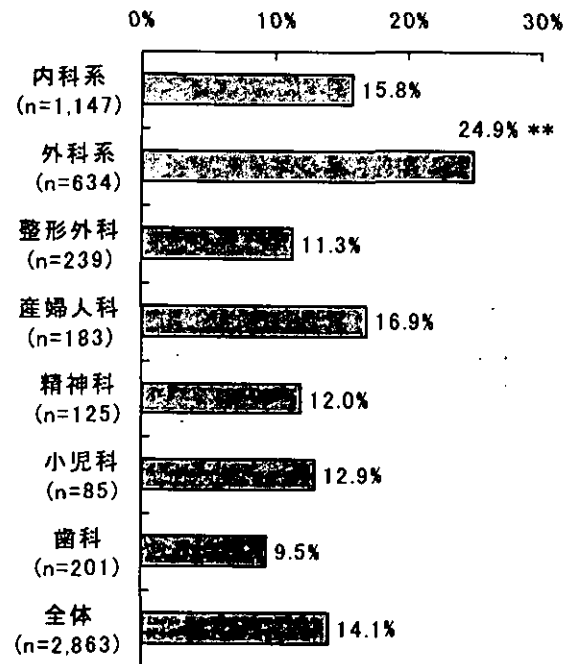
4. 手術に関する不満・不信



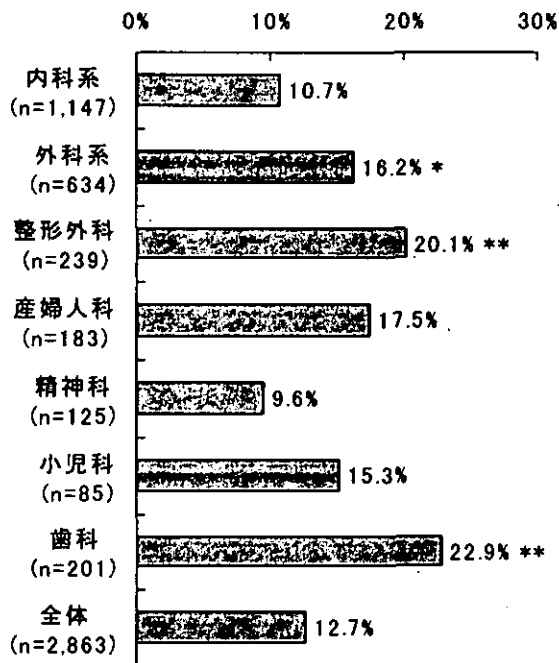
6. 医師の対応に対する不満・不信



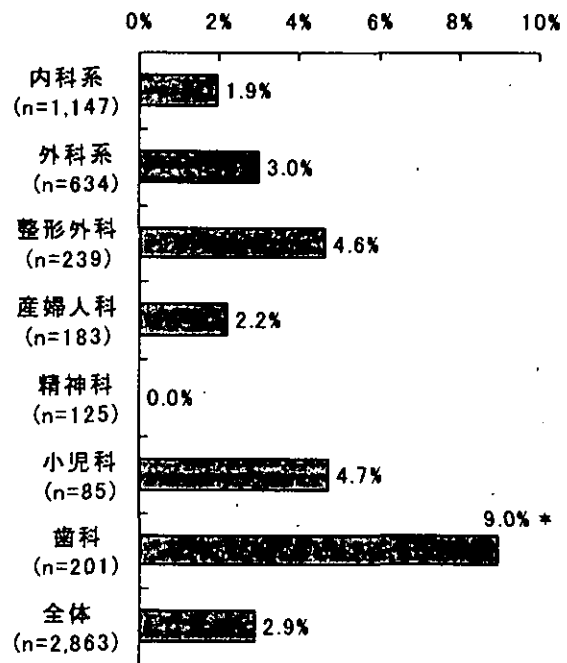
7. 医師の説明に対する不満・不信



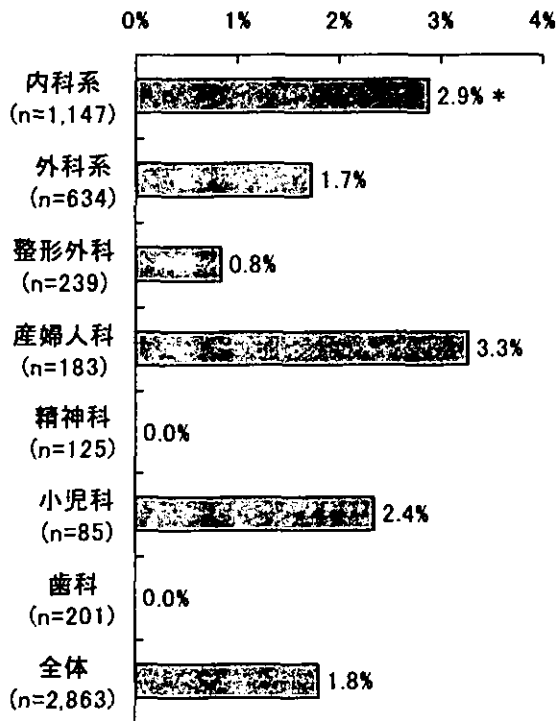
9. 治療中のインシデント・アクシデントに対するクレームへの対応に関する不満・不信



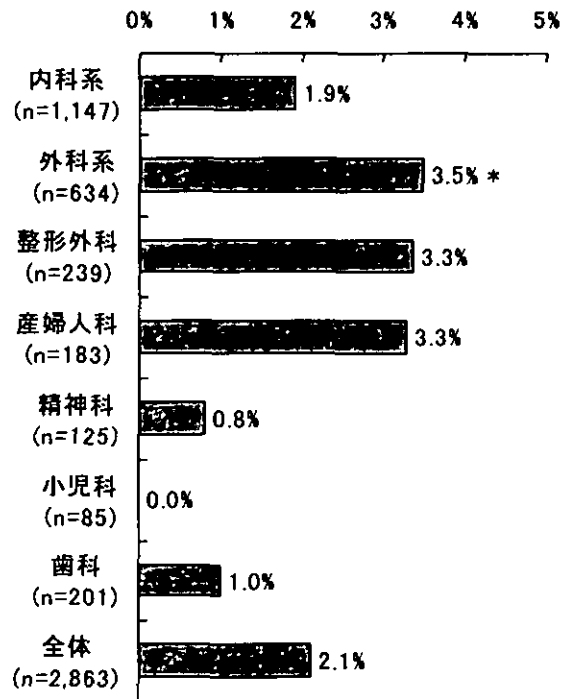
10. 医療費に関するクレームへの対応に関する不満・不信



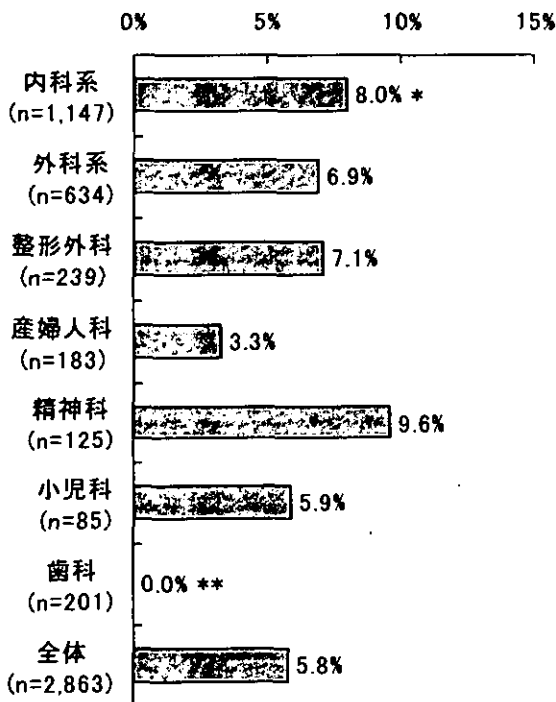
12. 看護師ケアに対する不満・不信



13. 看護師の態度や言動に対する不満・不信



14. 療養環境に対する不満・不信



15. 医療費の自己負担に関する不満・不信

