

集された。自由記載の内容は薬、点滴、転倒・転落などの 19 領域に分けて分析された。またそれらの事象を医療者に伝えているかを聞いたところ、「伝えなかった」と回答した人が 3 割強いることが明らかになった<sup>iv)</sup>。

そこで、本年度は、更に数多くの患者から安全ではないと映る(以下、非安全事象)を収集し、患者が医療安全にどのように参加できるかを調査することにした。また調査対象や発生時期を限定し、患者・家族が非安全と感じる頻度を調べることにした。

本研究が、わが国での医療安全への患者参加において患者の具体的役割を考察する一助となれば幸いである。

## B. 研究方法

大きく 2 つの調査(調査 1、調査 2)を行った。

### (1)調査1

3 つの病院において、説明文書、調査票及び、返信用封筒の 3 点を配布した。

#### ①配布方法及び、回収方法

A 病院では入院当日に入院受付で事務職が患者に手渡し、協力を求めた。なお調査初日のみ、セーフティマネージャーが病棟にて既に入院している患者に調査票を手渡した。B 病院では、調査期間中、各病棟にて主任、係長、婦長が患者に調査票を手渡し、協力を求めた。なお非安全事象の認識が困難な可能性を考慮し、精神科病棟は除いた。C 病院では、医療安全推進週間の一日を調査日とし、各病棟にて看護師長及び、看護師が患者に調査票を手渡し、協力を求めた。なお精神科病棟は前述と同じ理由で除いた。

回収は、いずれの施設においても院内数箇所に回収ボックスを設置した。調査票を記載後、

封筒にいれ密封したものを患者が自由に投函できるようにした。また院内で回収すると本音が記載できないのではないかとの懸念から、返信用封筒には料金受取人払いを印字し、患者の金銭的負担なく、郵便ポストに投函すると院外の私書箱に届くよう配慮した。

## ②調査病院

以下の 3 病院において調査を行った。

	A 病院	B 病院	C 病院
病床数	176	1141	869
稼動ベッド数	150	1107	869

調査期間中(11月から1月まで)の3病院の基本的データを次に示す。

### ■平均在院日数

	11 月	12 月	1 月	2 月
A 病院	14.3	15.6	17.7	15.7
B 病院	22.4	20.5	22.8	22.2
C 病院	24.7	24.2	24.2	24.5

### ■インシデント・アクシデント件数

( )内はアクシデント件数を示す。A 病院はインシデントとアクシデントを分けずに報告して、両者を含んだ数字が示されている。

	11 月	12 月	1 月	2 月
A 病院	34	52	35	20
B 病院	242 (19)	246 (14)	211 (13)	213 (13)
C 病院	60 (2)	75 (3)	70 (3)	35 (0)

### ■退院患者数

	11 月	12 月	1 月	2 月
A 病院	264	281	216	226

B 病院	1377	1696	1093	1351
C 病院	875	922	896	851

### ③調査時期

調査票は04年11月1日より05年1月31日まで配布し続けた。なおC病院では、04年11月30日に一斉配布した。

### ④調査対象者

調査期間内に入院中の患者及び、家族を対象とした。

### ⑤質問項目

設問は大きく4つに分かれる。

#### 1)フェイスシート(4項目)

- ・ 記載者(患者本人、患者家族など)
- ・ 年齢
- ・ 性別
- ・ 入院日

#### 2)安心感、信頼感、非安全事象の有無(3項目)

- ・ 医療ミスが起こるのではないかという不安度(4段階)
- ・ この病院と職員に対する信頼度(4段階)
- ・ 入院中に安全に疑問やミスかなと不安を感じたことの有無

#### 3)非安全事象の詳細

- ・ 起こったことの具体的内容(自由記載)
- ・ いつ起こったか(日時)
- ・ 起こったことに対する肉体的苦痛、怒り、
- ・ 不安(4段階)
- ・ このことが起こった結果の影響の有無

#### 4)医療者への伝達の有無

### (2)調査2

「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と不安を感じたことがあった」と回答した人が記載した事例のうち、同一の内容でインシデント・アクシデントレポートが院内で提出された事例はどのくらいあるかを調査した。調査票は設計段階で、①病院名、②病棟は識別できるようにつくられた。それに加え、調査票の回答者が記載した③性別、④年齢、⑤入院日、⑥起こった日時、⑦起こったことの具体的内容をもとに、その事例が院内で報告されているかどうかを照合した。なお調査は11月1日より開始されたが、調査以前から入院している患者もいるため、記載された内容が11月以前のものもあった。その際は出来るだけ11月以前のものも遡って照合してもらおう協力病院に依頼した。

### (3)倫理的配慮

倫理的配慮として、調査対象者には、調査に協力するのは任意であること、調査に協力したことによって治療に不利益を与えるようなことはないことを書面及び、調査票を配布する職員にて説明した。

## C. 研究結果

### (1)回収状況

回収数は、1,222(回収率57.6%)であった。そのうち「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と不安を感じたことがあった」と回答したものは132(10.8%)、うち具体的な事例が記載されていなかった4件を除く128件(10.5%)であった。

施設によって回収率の違いはあるものの、対回収数にみる事例記載率はいずれもほぼ約1

割であった。また対調査票配布数にみる事例記載率は 3.6%から 7.8%とばらつきが見られた。3 施設の平均は 6.0%であった。

図表 1 回収状況

	A 病 院	B 病 院	C 病 院	計
配布数(a)	358	1160	602	2120
回収数(b)	117	713	392	1222
回収率 (b/a)	32.7%	61.5%	65.1%	57.6%
事例有(c)	13	72	47	132
事例記載 (d)	13	68	47	128
事例記載有 の割合(c/b)	11.1%	10.1%	12.0%	10.8%
対回収数事 例記載率 (d/b)	11.1%	9.5%	12.0%	10.5%
対配布数事 例記載率 (a/b)	3.6%	5.9%	7.8%	6.0%

図表 2 回答者属性(年齢)

	N=1222	
	N	%
10 歳未満	4	0.3
10 代	23	1.9
20 代	53	4.3
30 代	106	8.7
40 代	131	10.7
50 代	248	20.3
60 代	323	26.4
70 代	254	20.8
80 代	66	5.4
90 代	3	0.2
無回答	11	0.9
計	1222	100.0

(2)属性

①年齢

回答者は 60 代が 323 人(26.4%)と最も多く、次に 70 代が 254 人(20.8%)、50 代が 248 人(20.3%)と続く。50 代から 70 代で全体の 67.5%を占めている。

## ②性別

回答者は男性が 596 人(48.8%)、女性が 611 人(50.0%)で、性別による差異は見られなかった。また「疑問や不安を感じたことがあった」と回答した男性は 65 人、女性 67 人であった。

図表 3 回答者属性(性別)

N=1222		
	N	%
男性	596	48.8
女性	611	50.0
無回答	15	1.2
総計	1222	100.0

図表 4 事例記載の有無と性別

N=1222				
	事例 無	事例 有	無回 答	計
男性	529	65	2	596
女性	542	67	2	611
無回答	6	0	9	15
総計	1077	132	13	1222

## ③記載者

調査票の記載者は患者本人が 1002 人(82.0%)で、患者の家族が 189 人(15.5%)であった。

図表 5 記載者の割合

N=1222		
	N	%
患者本人	1002	82.0
患者の家族	189	15.5
その他	2	0.2
無回答	29	2.4
総計	1222	100.0

## (3)不安感

「今回の入院に際して、医療ミスが起こるのではないかという不安はありましたか」という問いに対し、「全く不安はなかった」、「どちらかといえば不安はなかった」と回答した人は、1033 人(84.5%)であった。一方、「どちらかといえば不安があった」「非常に不安があった」と回答した人は 14%であった。「疑問や不安を感じた」と回答した 132 名のうち、「不安があった」と回答した人は 40.9%であった。

図表 6 不安感に関して

N=1222		
	N	%
全く不安はなかった	622	50.9
どちらかといえば不安はなかった	411	33.6
どちらかといえば不安があった	153	12.5
非常に不安があった	18	1.5
無回答	18	1.5
総計	1222	100

図表 7 事例記載の有無と不安感に関して

N=1222				
	事例無		事例有	
	N	%	N	%
全く不安はなかった	593	55.1	29	22.0
どちらかといえば不安はなかった	362	33.6	49	37.1
どちらかといえば不安があった	109	10.1	44	33.3
非常に不安があった	8	0.7	10	7.6
無回答	5	0.5	0	0.0
総計	1077	100.0	132	100.0

(4)信頼度

「現在、あなたはこの病院と職員を信頼していますか」という問いに対し、「非常に信頼している」、「どちらかといえば信頼している」と回答した人は、1182人(96.7%)であった。一方、「どちらかといえば信頼していない」「全く信頼していない」と回答した人は1.9%であった。「疑問や不安を感じた」と回答した132名のうち、「信頼していない」と回答した人は9.1%であった。

図表 8 信頼感に関して

N=1222		
	N	%
非常に信頼している	637	52.1
どちらかといえば信頼している	545	44.6
どちらかといえば信頼していない	21	1.7
全く信頼していない	2	0.2
無回答	17	1.4
総計	1222	100.0

図表 9 事例記載の有無と信頼感に関して

N=1222				
	事例無		事例有	
	N	%	N	%
非常に信頼している	608	56.5	28	21.2
どちらかといえば信頼している	454	42.2	91	68.9
どちらかといえば信頼していない	10	0.9	11	8.3
全く信頼していない	1	0.1	1	0.8
無回答	4	0.4	1	0.8
総計	1077	100.0	132	100.0

(5)事例の内容分析

①対象とされる事例の選定方法

「疑問や不安を感じたことがあった」と回答した132人のうち、具体的な事例が記載されたものは128枚であった。そのうち1枚の調査票に内容の異なる事柄が書かれているものは20枚あった。内容に基づき分類した結果、20枚に記載されていた内容は延べ46事例となった。記載事例を2つに分けたのが15枚、3つに分けたのが4枚、4つに分けたのが1枚あった。

例えば1枚の調査票に「緩和ケア実施計画

書の患者名が違っていた」と「点滴の針をぬく際に研修医がもたもたして血が逆流し針がぐらぐら動いて非常に痛そうだった」という記載がある場合には、それぞれを1事例(合計2事例)として扱った。

この作業を経て、事例数は延べ 157 事例となった。そのうち記載内容から分析が不可能と判断された 20 事例は対象外とした。なお対象外とした事例は病院に対する感想や他の患者のマナーに関する記載、「不安でした」とだけ記載されたものなどである。事例の内容分析はこれらの作業を経て 137 事例を対象に行った。

### ②医療者がインシデント・アクシデントとして報告すべき事例:非安全事象

患者が非安全と捉えた事象 137 件のうち、医療者にとっても非安全事象であり、インシデントまたはアクシデントとして院内で報告されるべき事例は 49(35.8%)、患者の不安・不満は認めるものの放置しておいても医療事故などに直結する可能性が低いいため医療者は報告しないであろう事例(不安・不満事象)は 88(64.2%)であった。

図表 10 患者からの事例報告の内訳

N=1222		
	N	%
非安全事象	49	35.8
不安・不満事象	88	64.2
総計	137	100.0

### ③非安全事象の報告状況

次に、医療者が報告すべき非安全事象 49

事例のうち、実際に院内で報告されているかを照会したところ、報告されていたものが 12 件(24.5%)、報告されていないものが 37 件(75.5%)であった。

なお C 病院では、1 事例は起こった日が記載されていなかったが、病棟が特定できたため、その病棟から出ているインシデントのうち、インシデント内容と第一発見者が患者であることを軸に、2002 年 8 月頃まで遡ってデータベース検索を行なったが該当無しであったため、報告なしとした。もう 1 事例は、特異な経過をたどった事故を正確に記述しているため、患者の記載した日付とは異なるが、内容的な一致からこの事例に違いないとの判断して報告ありとした。

図表 11 非安全事象のうち医療者から報告された割合

N=49		
	N	%
医療者から報告されていた	12	24.5
医療者から報告されていない	37	75.5
総計	49	100.0

### ④医療者から報告された事例の内容

患者が記載した事例のうち、医療者から報告された 12 事例の内容を患者と医療機関双方の視点から記載する。

図表 12 患者が記載した事例のうち医療者から報告された事例

	N=12
	N
A 病院	1
B 病院	8
C 病院	3
総計	12

### 事例 1

朝だけ飲む薬を昼にも飲ませていた。その看護師は謝りにも来ないで先生がきていた。本来はそうではないのでは。(中略)看護師が 24 時間面倒を見てくれるコット室と言うところに入っている。

(29 歳女性: 家族)

医療者には  伝えた・ 伝えてない

#### (病院での報告)

コットに入院していた患児は、記載された内容及び、記載者(母親)の年齢、入院期間から特定できた。時期は 10 月中旬とあるが、病院が把握しているのは 11 月 1 日である。この件については、小児病棟管理者 3 人と医師からもヒヤリングした。院内の報告書には、次のように記述されている。

F. M 3 歳女兒 病名: 心筋症、原発性肺高血圧 プロプレス 3mg、アスピリン 30mg、ワーファリン 1.2mg を朝 1 回内服していた。11 月 1 日深夜 3 時に朝分の薬を準備していると、残数が合わないことに気づき、処方箋を見ると、11 月 1 日の欄に 10 月 31 日の日勤者のサインがしており、過剰投与を発見する。10 月 31 日の朝 1 回のところには、10 月 31 日の深夜勤

務者のサインがあった。コット室では朝 7:00 の薬剤投与であり、10 月 31 日の深夜看護師で問題がないが、10 月 31 日に受け持った看護師は一般小児病棟の看護師で、勤務交代で初めて仕事をしていた。一般小児病棟では朝の服薬は 8:30 から 9:00 になっているが、そのことに関する知識が無かった。そのため処方箋を確認せず、指差し呼称もせず、1 包している日付がついているにもかかわらず、確認をせず投与して、処方箋の朝に欄にサインをしていた。ただちに医師に報告し、医師・看護師で謝罪をする。

### 事例 2

11 月 8 日から投与のプレドニン錠(隔日投与・4 錠から増量現在 12 錠)の供給にミスがあり、増量時連日投与が行われた。薬の投与(特にプレドニン投与)は、患者の私にとっても担当看護婦にとっても最も重要な事なので厳重に注意した。担当看護婦は主治医にすぐ連絡を取ってその結果を私に報告した。薬の投与ミスは絶対にあってはならないのだが、そのフォローは適切であり、その旨担当看護婦に話した。(69 歳男性: 患者本人)

医療者には  伝えた・ 伝えてない

※患者記載にはプレドニン錠とあり、プレドニンの記載間違いと思われるが、そのまま記載した。

#### (病院での報告)

この患者は重症筋無力症、68 歳である。11 月 8 日よりプレドニン 20mg(4 錠)隔日で服用していたが、11 月 16 日 30mg(6 錠)24 日 40mg(8 錠)、12 月 2 日 50mg(10 錠)、12 月 10 日 60mg に変更していた。11 月 23 日にプレドニン隔日投与で、本日服用予定であったが、1 年目

の看護師がその情報の忘れ、患者から「ブレドニンが来ていない」ということを注意される。新人看護師は病棟の主任と謝罪をする。医師からは、明日11月24日は休薬するように患者に説明した。患者は納得していた。

### 事例 3

注射液の量が間違っていた。後で謝りに来た。(56歳女性:患者本人)

医療者には伝えた・伝えてない

(病院での報告)

医師より指示されたのが、抗生剤ダラシンを50mlの生食で溶解であったが、100mlで溶解し準備した。点滴確認でラウンドしたとき、主任が発見し、患者に謝罪した。

### 事例 4

H15.5.7 右腎腫瘍摘出 H15.5.5 車椅子の車輪にカテーテルを巻き込んで抜ける(切れた)。通院現在にまで至る。H16.11.17 切れたカテーテル(15cm程)が胸部のレントゲンで見つかる。通院中H15.11頃から胸の苦しさがある。H16.11.16 貧血、胸の苦しさのために入院(H16.7にも同じ症状で入院) H16.11.19 貧血と胸の苦しさは、色々の検査をするが異常は見つからない。結果体内に残ったカテーテル15cmをそのままにした場合のリスクと、取り除く場合のリスクの説明を受け、取らない事とした。大変な問題を残した。このアンケートは医師・病院サイドからの一方通行の事例集めである。患者の立場に立って医療ミスの相談窓口なり、指導いただけるところを是非紹介して欲しい。泣き寝入りはしたくない!(69歳男性:患者本人)

医療者には伝えた・伝えてない

(病院での報告)

2004年11月18日にレポートが提出されている。泌尿器科(当事者:不明)からと放射線部(医師)からそれぞれ1枚ずつ提出されている。2枚をまとめると、術後、8日目にIVHラインが車椅子に引っかかり抜去されている。このとき、IVH刺入部からカテーテルが切断され、静脈内に遺残したものではないかと思われた。現在まで1年6ヶ月経過しているが、その間に胸部X-P3回、胸部CT5回、腹部CT4回を施行しているが、いずれも認識されなかった。平成15年11月に胸部症状にて循環器内科を受診しているが、このときも異常を指摘されておらず、現在特に胸部症状は認めない。11月16日に局部再発にて再入院となり、入院後撮影した胸部X-Pにて異物と思われるものが、心陰影部に認められた。19日に主治医から本人、妻、長男に対して上記説明と謝罪。なお当初はアクシデントとして報告されたが、事例分類基準に照らして後日インシデントに変更されている。

### 事例 5

点滴の連結部が外れかけていたため、薬液がもれ、点滴チューブ内に空気が混入し、かなり長い間、空気を注入されていた。(3時間以上は確実に)。(29歳女性:家族)

医療者には伝えた・伝えてない

(病院での報告)

母親からナースコールがあり、点滴の三方活栓が緩み空気がチューブの中に入り体の中に入っていると訴えあり。シーツ、タオルケットがぬれていた。三方活栓は準夜で血小板輸血に使用していた。深夜では他の2連の三方活



栓から抗生剤が2時から3時までいっていた。三方活栓と2連の三方活栓との接続が緩んでいた。柵ベッドを使用していたために三方活栓の部分は柵の高さまで上がっていた。すぐに点滴をオフにして、患児の状態観察を行なった。当直医へ連絡。患児は特に異常なし。朝になって胸部X-Pをとった。主治医より母親へ、エアーが体内に入っていくとは考えにくい、たとえ入ったとしても影響はないほどの量と思われる、X-Pをとり、今後の経過を見ていく旨を説明した。

#### 事例 6

入院中、転倒し、打撲の診断が出ましたが、骨折と判断が出るまで3日間かかり、本人が痛みが辛くて辛かったです。なぜもっと早く診断が出来なかったのか残念でした。(54歳女性:家族)

医療者には伝えた・伝えてない

#### (病院での報告)

発見者は準看護師と当事者本人。7:30頃、入院患者本人よりナースコールあり。病室内で転んだとの報告を受ける。訪室するとすでに、ベッドサイドに坐位をとっており、腰を打ったかもと言われた。またその時点では患者自身が歩行できた状態で、腰部打撲に対し、冷湿布を貼用。外傷を認めず、経過観察を行い、次勤務帯へ申し送りをしたが、日中疼痛を訴えたため、レントゲンを施行し、大腿骨頸部骨折していたことが判明した。

#### 事例 7

カテーテル検査で麻酔をし、検査をしようとするときに心臓がとまる。心臓マッサージをし意識が戻る。

(58歳男性:患者本人)

医療者には伝えた・伝えてない

#### (病院での報告)

患者 58 歳、心臓カテーテル検査(両心カテーテル・プローワイヤー心筋バイオプシー)目的で、血管造影室に入室となった。心筋バイオプシー施行時、心電図 ST 低下 BP70~80 台、レベルクリアー、SPO2 96 上記から、冠動脈のスパズムおよび空気塞栓が疑われた。DIV 全開にする。酸素 2L カヌラで開始、左右冠動脈造影を行なう。GTNIC、VT も認めたため 2%リドカイン 2.5mgIV、シグマート 2mg/h で開始。VS、ST 回復、症状消失し、酸素を中止とする。心エコーにおいて心のう液貯留なし、造影で冠動脈空気塞栓がないことを確認し、帰室する。本人には責任者である A 先生より、スパズムにより心臓がびっくりして、Bp 低下などが起きたのではないでしようかと、説明した。患者は「はい、分かりました」と返答あり、病棟に戻ってから、再度病棟医 B 医師から説明を行い、納得された。

#### 事例 8

数時間かかる手術といわれ、約8時間にわたり麻酔からさめ手術室から出てきたが、レントゲンによる確認をするためにレントゲン室へ行き、病室へ戻る時のこと、主治医から「これじゃ駄目、これじゃ意味が無いからもう一回やらなきゃ」と承諾書にサインさせられ、家族が激怒している様子を眺めながらもう一度手術室へ入っていった。一回目術中処置の不手際により回復させるための処置を主治医が忘れた。処置が足りなかったらしい。家族はそのミスを指摘した。(40歳男性:患者本人)

医療者には伝えた・伝えてない

(病院での報告)

10月21日、左下肢慢性骨髓炎で入院、骨きり、創外固定術、骨延長術目的で11月14日手術を行なう。15:05 手術室退室後レントゲンで位置確認のため、X-P 撮影を行なう。15:30 病室に患者が戻り、医師 A が X-P を見て、切除予定部位より、切除が少ないと分かった。16:00 に医師 A より本人・家族に骨の一部が切除しきれないため、再度手術が必要であると、説明する。本人・家族より「どうして、その場で分からなかったですか」、「どうして1回でやってもらえなかったのですか」と訴えがある。話し合いの結果承諾され、16:30 再度手術に下りる。「診療に関する説明と同意書」医師 A、医師 B、術後のレントゲン撮影にて、骨を延長する部位の骨きりが不十分であった。骨髓炎の部位に関しては予定どおり、終了しているが、骨きりの部位は手術中に十分骨きりを終了したものと思われたが(術中の X-P 像では)しかし実際には十分ではなかった。現在腰に麻酔用の管が入っているので、それを利用して麻酔し骨きをいたします。術後、X-P で骨きりを確認しますという内容。奥様のサインがある。

#### 事例 9

動脈瘤の手術を受けた際、下半身が動かなくなった。脳梗塞は起こるかもと聞いていたが足にくるとは聞いていなかったのととても驚いた。医師の話では瘤が脊髄に飛んでしまったと聞いていたが、本人、家族としては素直に受け止められなかった。原因がはっきり分かるのにも何ヶ月もかかってしまい、リハビリを始めるにも遅くなってしまった。もっと早くはじめていたらもしかしたら少しは動いたかもしれないと考えると、とても悔しい思いです。(67 歳女性:

患者本人)

医療者には伝えた・伝えてない

(病院での報告)

現在紛争中のため、詳細事例記載は不可。

#### 事例 10

投薬は通常通りといわれていたので、血糖値(ミカルデス)を血管造影施術前に飲んでしまった。このミスのために特別な処置を必要としたが、その具体的な内容は血糖値を一時間 g 毎に測定し、ブドウ糖を飲んだ。(68 歳男性:患者本人)

医療者には伝えた・伝えてない

※患者記載にはミカルデスとあり、グリミクロンの記載間違いと思われるが、そのまま記載した。

(病院での報告)

血管造影前準備で、延食の指示が出されていた。患者には説明文は渡していたが、患者の延食マークを付け忘れていた。検査日、患者の病室に訪れた看護師が患者から「何かありませんか」と聞かれたため、何も無いと思い「何もありませんよ。」と答える。患者は「ああそうですか」と答えた。その後、検査前確認をした所、時間変更していた薬剤(グリミクロン)を服用していたことが分かる。ただちに、医師に報告、医師から血糖値測定の指示がでる。

#### 事例 11

手術日朝、7時40分、病室を出発する時になって、「赤い袋」の中に私のカルテがなく、ナース全員で探していた。オペ室より「早く連れて来い」の指示のままカルテもないまま、オペ待機室へ。結果、同じ病棟のオペ患の人の中に私のカルテが入っていた。結局、1時間遅れ

のオペ開始になってしまった。こんな初歩的なうっかりミスが大きな事故になっていくのかとぞっとした。(57歳女性:患者本人)

医療者には伝えた・伝えてない

(病院での報告)

僧帽弁置換術の手術予定で 7:40 頃、手術室に到着し、病棟看護師が、手術室看護師へ申し送りを行い、物品確認時カルテが昨夜より不明の為持参が出来ず検索中と申し送りをされた。主治医に連絡取っている最中とのこと、手術室のリカバリーで待機してもらった。A 病棟では、もう一人手術を行なう患者がいるため、その資料袋を確認したところ、探していたカルテが見つかった。手術予定時間 9:00 開始が 9:31 になる。

#### 事例 12

私ではないのですが、隣のベッドの方が腹のタグの取替えのときにミスがあったのではと思った。私自身見ていたわけではありませんが、その後一日くらいしてその患者さんが痛いと言出し、先生たちが頻繁に出入し、レントゲンも何回もとりに行ったりして、緊急手術をした。手術しなくても良いものをしたり、その後経過は良いと思っていたが、27 日頃容態が悪くなったみたい。私は別の部屋に移り、あとは分かりません。(60歳男性:患者本人)

医療者には伝えた・伝えてない

(病院での報告)

糖尿病と SLE で第一内科で診療されていた患者(77歳男性)。胃ろう管理の適応があり、2004年10月27日に内視鏡的胃瘻造設術を施行した。その後経過良好で、11月16日主治医が胃瘻チューブの交換を行った。同日昼に

交換後のチューブから白湯 100ml を投与したところ、腹痛を訴えたが、経過観察により腹痛消失し、腹部の圧痛も認めなかったために、夕に白湯 250ml と内服薬を投与した。その後も特に訴えなく経過していた。翌日朝 8 時頃診察時に腹痛および腹部圧痛あり、8 時半頃腹部 CT を依頼し、すぐ撮影。CT で胃瘻チューブが胃に挿入されていないことが確認され、腹膜炎と診断した。ただちに胃瘻チューブの使用中止し、抗生剤投与を行った。保存的に透視下に胃瘻の瘻孔閉鎖やドレーンを試みたが、うまくいかず、緊急手術適応と判断された。同日 19:38 手術を施行。その後の経過は順調である。本人及び、配偶者に「胃瘻チューブが胃内に挿入されておらず、腹腔内に白湯と薬剤が投与され、腹膜炎を起こしている」と説明した。

⑤医療者は報告しない(不安・不満事象)事例の内容

137 事例のうち、医療者は報告しないと考えられる 88 事例をそれが起こった場面及び、原因などで 10 のカテゴリーに分類した。なお 137 事例のうち 12 事例に関しては、複数の要素が含まれていたため延べ数は 100 になっている。

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」として複数挙がったのは、「終わってもすぐにきくれない」、「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」ので、再度看護師さんと呼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ありませんでした。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、レントゲンは何枚も撮り、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いので、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、「私がいまし、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憶測し、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、しょうがないと思うのですが」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。

影響がなかったのに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かったが、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。このような経験を有していない場合には、回答しない information bias も考えられる。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。

先行研究においても、患者を発見者と位置づける可能性を示唆するデータがある。全般コード化情報集計では、参加病院からインシデントの報告を受け分析している。主任研究者も分析メンバーの一員である。平成 14 年度には 33524 事例が報告されたが、このうち患者本人が発見者であるという事例は 4.9% (1634 件)、家族・付き添い、他患者が発見したものもあわせると 9.0% (3011 件)の事例で、医療者以外が発見者になっている。さらに発生場面別に見ると、療養上の世話という場面に関しては、実に 18.7% (1307 件)が、医療者以外により発見されている。

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れば判断できるが、患者は日々状態が悪くなっているため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のように注意すべき」、「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」などが挙げられ、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に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