



## INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE

7000 WISCONSIN AVE., SUITE 403, BETHESDA, MD 20814, PHONE 301-652-0281, FAX 301-652-0186, [www.infamilycenteredcare.org](http://www.infamilycenteredcare.org)

### SHARING YOUR STORY: TIPS FOR PATIENTS AND FAMILIES

As an advisor, a skill often used is story-telling. Patient and family leaders are often asked to share their stories—their stories serve as powerful tools for bringing about constructive change in the service system. The following tips will help those asked to share their story.

- The way you present your story can have a long-term effect on the way people view you and others in similar circumstances. Consider the following questions prior to agreeing to share your story:
  - What am I willing to share?
  - What do I feel is too private to share?
  - What does my family not want me to talk about?
  - What will my story teach those who are listening?
  - Have I had negative experiences that are still bothering me and will be difficult to share in a constructive manner?
- Plan ahead for what you will share and how you will share it. Your story is a precious resource, use it thoughtfully and wisely.
- Gather information prior to sharing about what is expected of you and what you can expect. Ask some of the following questions in order to gather the information you may need to decide whether or not to share your story:
  - When do you want me to speak? What time? For how long?
  - Where do you want me to speak? What site or city?
  - Who is the audience? How many people will be there?
  - What is the theme or topic?
  - What part of my story do you want to hear?
  - Is there a message you want me to leave the audience with?
  - Is there reimbursement for child care and transportation?
  - Is there an honorarium?
  - Do you need an answer today?

□ After you accept an invitation to speak, remember to think carefully about the message you want your audience to remember. Try to focus on two or three main points and organize your thoughts. Speak from your heart—be authentic, respectful, and constructive. Remember the following tips when you tell your story:

- Know who your audience is and prepare with it in mind.
- Practice ahead of time.
- Use only two or three main points in your story.
- Use your story to illustrate specific principles of family-centered care.
- Use your own style.
- Use people-first language.
- Look at your audience.
- If you are comfortable doing so, share pictures of your child or family.
- If you don't know the answer to a question, say so.
- Let the audience know your boundaries.
- Be honest.
- Try to avoid putting people on the defensive.
- Remember that your negative experiences can be turned into constructive learning opportunities. Anger used ineffectively may not be the most powerful use of your story.
- It may be helpful to put highlights of your story on note cards as a reference during the presentation—but avoid reading from them.
- Expect that some people who hear your story may be deeply moved. And remember that you may feel emotional when you tell your story.
- Consider taking a friend, family member, or supporter with you. They can help with any problems that arise and sit up front so your can focus on a friendly face.

Adapted from: Thomas, J. & Jappson, E. (1997). *Words of Advice: A Guidebook for Families Serving As Advisors*. Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care.

For additional guidance available through the Institute for Family-Centered Care: Blylock, B. L., Ahmann, E., & Johnson, B. H. (2002). *Creating Patient and Family Faculty Programs*.



**INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE**  
7900 WISCONSIN AVE., SUITE 405, BETHESDA, MD 20814, PHONE 301-652-0281, FAX 301-652-0186

**PRESENTATIONS BY PATIENTS AND FAMILIES:  
STAFF LIAISON COORDINATION AND PREPARATION ROLES**

- ▼ Receive requests for patients/families to present to health care professionals or trainees. Clarify what the requesting instructor, department, group, or agency actually wants and needs.
  - Who will the actual audience be?
  - What does the audience want to learn about?
  - Are the patients/families being asked to limit themselves to a specific topic or speak in general about their experiences?
  - How many patients/families are they looking for?
  - Do they want the audience to hear about positive as well as negative experiences? (Staff, students, and trainees often benefit from hearing examples of what works and what doesn't work so well. So, it is sometimes helpful to suggest that patient or family presenters share information about good experiences, demonstrating positive aspects of patient- and family-centered care, and negative experiences that could be used as opportunities for learning and improvement.)
  - Will travel and child care costs be reimbursed? Can they also compensate patients/families for their time (e.g. an honorarium or stipend)?
- ▼ Select patients/families to make the presentations.
  - Try to identify patients/families with relevant experiences/expertise/perspectives.
  - Select people who have an ability to share personal experiences in a way that others may learn from them.
  - Plan for diversity when possible.
  - Respect patient/family scheduling needs.
  - Avoid selecting individuals who are angry or focused only on one issue or one aspect of their experience.
- ▼ Offer to meet with patients/families prior to their presentation to assist them in preparing. When meeting with patients/families, a number of key points can be emphasized.
  - Recognize the value of individual patient/family experiences in helping to train professionals.
  - Use notes or index cards to keep track of thoughts.
  - Stick to an agreed upon time limit.

- Prepare for unexpected emotions. (Suggest ways to handle emotions that may arise when speaking.)
- Avoid referring to specific providers or programs, especially when describing a negative situation.
- Focus on positive experiences and what they exemplify.
- Convey information about negative experiences constructively so that members of the audience can develop their understanding of, and ability to distinguish, beneficial practices as well as practices that are not helpful. (Suggest communication strategies that minimize the likelihood that they will be dismissed as "just an angry patient or parent.")
- Handle questions from the audience. (Patients/families may not be comfortable answering personal questions, help them to plan possible responses to use.)

▼ Call patients/families soon after their presentations.

- Thank them for their presentation.
- Offer feedback and constructive criticism.
- Offer to discuss any emotions kindled or rekindled by sharing their experiences. (Patients/families who have never presented this way before may find themselves surprised at the range of emotions that are rekindled by speaking about their experiences.)

Adapted from Nancy Abernathy/Nancy DiVenere, Parent to Parent of Vermont, 1992.  
For additional guidance available through the Institute for Family-Centered Care: Blaylock, B. L., Ahmann, E., & Johnson, B. H. (2002). *Creating Patient and Family Faculty Programs*.



## INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE

7900 WISCONSIN AVE., SUITE 405, BETHESDA, MD 20814, PHONE 301-652-0281, FAX 301-652-0186 [www.familycenteredcare.org](http://www.familycenteredcare.org)

### Patient and Family Leaders in Paid Positions: Common Challenges — Effective Solutions

Increasingly, patients and families are becoming involved as advisors and leaders in health care organizations to assist in advancing patient- and family-centered care and enhancing the quality and safety of health care. Typically, however, these roles are on a volunteer basis. As paid staff, patients and families can contribute greatly to the mission and work of health care organizations. There are a variety of positions in which patients and families can serve including coordinator of peer-to-peer support programs, coordinator of patient- and family-centered care initiatives, patient and family representatives, patient and family liaisons, and staffing patient and family resource centers. Clearly there are challenges for health care organizations to consider when hiring patients and families. This resource discusses several challenges and offers some solutions.

**Challenge:** Patients and family members are experts on the experience of care, but some may lack the professional skills needed to work in an organization. They may be asked to do things for which they have not had complete training.

- Articulate role expectations clearly.
- Develop clear job descriptions.
- Create opportunities for patients and families to learn new skills.
- Ensure access to supervision.
- Establish a mentoring program for patients and families serving in these roles.

**Challenge:** A patient and family member may be hired because of outstanding interpersonal skills, but lack administrative skills needed for the job.

- Create a range of patient and family advisory and leadership positions.
- Hire those with patient and family experiences and skills as well as traditional professional skills to do administrative work.
- Create opportunities for patients and families without formal education to do community outreach and public speaking.
- Provide orientation and ongoing training to patients and families serving in paid positions.

**Challenge:** Patients and families may have illness and/or extraordinary caregiving needs. How can those needs be met with the needs of a job that must get done?

- Develop part-time positions.
- Offer job sharing.

- Reimburse for phone calls made from home.
- Develop flexible hours and flexible work places.
- Develop a sabbatical or leave policy for patients and families serving in paid positions.
- Assist patients and families in establishing and maintaining boundaries between work and home commitments.

**Challenge:** Professionals may resist or be unsure how to begin working with patients and families who are also employees of the organization.

- Demonstrate strong administrative support.
- Provide inservice opportunities for professionals – present both theoretical and practical aspects of patient and family involvement and effective collaboration.
- Develop training opportunities for patients, families, and providers together.
- Provide opportunities for providers to discuss issues openly and receive feedback.
- Help providers see the advantages and benefits for themselves and for the program.
- Keep providers informed of the work that patients and families are doing.
- Keep sending the message that patients and families have important insights and expertise to share with the organization.
- Offer rewards and incentives for providers who help advance patient- and family-centered care and the collaboration with patients and families at all levels of the organization.

Adapted from: Jeppson, E. S. & Thomas, J. (1995). *Essential Allies*. Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care.

厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)  
分担研究報告書

患者からみた医療事故: 患者の体験と対処に関する研究

分担研究者 山本 武志(福岡県立大学看護学部)  
主任研究者 橋本 迪生(横浜市立大学附属病院)

患者自身の視点から医療事故と思われるような体験をした頻度と、その後の患者の対応について調査をした。患者が認識する医療事故は、対象となった市民の16.4%がそれに疑わしいまたは断定できる体験があると回答した。医療事故の詳細が把握できるケースを専門家の視点で分析したところ、半数以上のケースは医療事故とは言い難い事例であった。医療事故体験について当該医療機関で説明を受けているケースは4割で、そのうち説明を受けた者の1割しか説明に納得していなかった。医療事故体験について、多くの者は誰にも相談しないか家族・友人の範囲で話をするにとどめていた。さらに、医師との信頼関係については、医療事故体験が、後々に医師との信頼関係を損ねる可能性が示唆された。方法論上の限界はあるものの、日常的、および医療事故に類する不適切な事象が起きたときの患者とのコミュニケーションの重要性が再確認された。  
キーワード：医療事故、患者の体験、医師への信頼

1. はじめに

近年、わが国では医療事故に関する訴訟件数が増加の一途をたどっている。アメリカでの調査データによると、過失による医療事故が起きた場合でも、それが病院側に何らかの申し立てがなされている割合は2%にも満たないと見積もられている<sup>1)</sup>。つまり、ほとんどの患者・家族は、医療事故が起きたことに気づいていないか、知っていても異議申し立てすることなく、更には訴訟という手段に至ることなく対処している。また、アメリカで医療事故発生件数を調べた2つの調査を分析した研究からは、過誤のない有害事象や有害事象そのものがないケースのほうが、医療過誤によって申し立てや訴訟が起こされているケースよりも多いことがわかっている<sup>2)</sup>。

訴訟化されている場合にも、わが国における医療事故訴訟の判決文を分析した研究では、55例中27例において、医師-患者関係または説明が問題の一部として触れられているとのことで

ある<sup>3)</sup>。また、訴訟が起こされた案件を調査した研究によると、患者が訴訟を起こした理由は、「再発防止を願って」、「もっと説明がほしい」、「患者の思いや感情を医療者に伝えたい」などが特に多くなっていた<sup>4)</sup>。和田ら<sup>5)</sup>は患者側が医療側に対して求めていることは、①情報開示、②真相の究明、③謝罪(誠意)、④再発防止への取り組み、とまとめている。すなわち、医療従事者や医療機関の説明・対応によっては紛争化に至らない解決が可能であるといえる。

医師と一般市民の間で、彼ら自身や家族が医療ミスの被害を受けた頻度は、一般市民の側の報告がやや多いという研究がある<sup>6)</sup>。医師と患者(市民)の間では医療事故・医療ミスと考える出来事が異なり、患者の側ではその定義を広く捉えがちであると推測できる。たとえば医療の不確実性や医療の限界にかかわることについて認識の違いなどである。その溝が埋まらなければ、患者として説明を欲していても、医療従事者側では特に問題のないケースとして十分に説

明をしない、それ故に患者の側では納得のできない思いが残される、ということも起こりうるだろう。

患者満足度に関する研究では、患者のネガティブな体験は、その非や責任を他者や社会に帰属させるか、または緩和される状況があって、公に表明されることなく否定的な感情が消えていくと考えられている<sup>7)</sup>。では、患者またはその家族が「医療事故ではないか？」と患者が思う類の経験があった場合に、患者はどのような対応をとっているのか。医療事故体験後の患者の対応について調査した研究<sup>8)</sup>では、95%の対象者が家族に相談しており、当該事故に関連しない医療従事者への相談、いわゆるセカンドオピニオンを求めた者が50%、弁護士に相談しているものは10%程度であった。わが国においてはそのような調査はないが、ケアやサービスに不満を持った場合に、何らかの形で病院組織または職員に伝える割合はせいぜい2割であり、多くの場合は何もしないか身近のインフォーマルなネットワーク内で不満は処理されている<sup>9)</sup>。これが医療事故の場合にも同様に、インフォーマルなネットワークを使った対処に限定されるのか、セカンドオピニオンを求めるなどのより積極的な対処行動をとるのか、また、その結果として出来事についてどのような感情を抱いているのか。

本研究では、一般市民を対象とした調査を行い、(1)対象者本人およびその家族が医療事故と感じた体験の頻度を把握し、(2)その記載の詳細から、医療従事者による医療事故の定義・判断との違いについて検討する。また、(3)医療事故が起きたことについて患者がどのような対処行動をとったのか、(4)医療提供者側の対応について調査した。さらに、(5)医療事故体験後の医師に対する評価について測定し、医療事故体験が医師-患者関係に与える影響を検討する、ことを目的とした。患者の医療事故の体験を分析した研究は、裁判の原告となっているケースを取り上げているものが多く、紛争化していないいわば氷山の基底部分を取り扱った研究は少ない。本研究からは、患者が医療を受けるプロセスの中で、医療事故の体験や、患者が不審、不満に感じたことが、医療従事者の目の触れないとこ

ろでいかに処理されているかが明らかにされるであろう。また、医療事故が起きた場合や、日常的に患者の不満や苦情に対して、患者が納得できるような医療機関の適切な対応方法が示唆できると思われる。

## 2. 方法

### (ア) 対象と方法

対象は、福岡県北九州市のA区の住民を対象とした。A区はわが国の人口の年齢構成に近似しており、調査結果を比較的一般化しやすいことがいえる。A区の住民台帳から20-69歳の男女600名を抽出し、自記式調査票を郵送で配布し郵送回収した。調査は平成17年3-5月に実施した。225名から回答が得られ、回収率は39.0%であった(転居等23名)。回答者の基本属性は、表1に示すとおりであり、女性の回答者がやや多くなっていた。

### (イ) 調査項目

調査項目は、まず、対象者および対象者の家族について、①医療事故と断定できるまた疑わしい体験の有無、について尋ねた。あった場合には、(1)その時期、(2)出来事の詳細、(3)有害事象の程度、(4)医療従事者からの説明の有無、(4-2)医療従事者からの説明への納得の度合い、(5)出来事について相談した相手、について尋ねた。対象者の家族の体験については、(6)体験した人との続柄についても尋ねている。その他に、②医師に対する評価として、(1)主治医に対する信頼度と(2)医師一般に対する信用度、最後に③基本属性について尋ねた。基本属性は対象者の性別、年齢、主観的健康感、慢性疾患の有無、通院概況などである。

主治医に対する信頼度は、Anderson and Dedrick<sup>10)</sup>の項目を参考に、日本版11項目を作成した。主成分分析の結果から、1項目を削除し10項目を単純加算した尺度を用いた(表2)。 $\alpha$ 係数は0.887であった。また、医師一般に対する信用の度合いを「『医師』全般について、あなたはどのくらい信用できるとお考えですか」の1項目(5=とっても信用できる、4=まあ信用できる、3=どちらともいえない、2=あまり信用できない、1=まったく信用できない)で測定し分析に用いた。

### (ウ) 医療事故の定義

医療事故という用語の定義については統一されたものが無いため、本研究では本邦において医療事故の発生頻度を調査している北沢ら<sup>11)</sup>の定義を参考に以下のように定義をした。医療事故は、「医療手技・管理に起因する患者の有害事象のことを指し、具体的には「予定していない新たな別の治療が必要になった」、「通院や入院の期間が延びた」、「想定外の傷や障害が残った」、「死期が早まった」に該当する出来事を指す。医療従事者による医療事故の判定にはこの定義を用いて判定を依頼している。

一方で、本研究では患者自身またはその家族自身が定義・認識する医療事故を把握することがひとつの目的であるため、上記のような厳密な定義の縛りはかけていないが、以下のように提示したうえで回答をしてもらった。「過去に、あなた自身が医療機関で受けた治療で、『これは医療事故・医療ミスではないか?』と思うようなことがありましたか?」とまず尋ね、「ここでは医療事故とは、①治療上何らかの手違いやミスがあったと思われること、もしくは、②間違いやミスが無くても、治療上予定されていなかった良くない出来事についてうかがいます。」と説明した。なお、本研究では対象者が認識・判断している出来事とそれへの対応としての医療事故を扱っているため、以降は、対象者が判断した医療事故を「医療事故」とし医療従事者が定義する医療事故（括弧なし）とは区別して扱うこととする。

### (エ) 分析方法

まず、患者の「医療事故」体験について、出来事の状態および詳細の記載をもとに、専門家の観点から医療事故の判定を行う。専門家は2名の看護師に別々に依頼し、看護師Aは看護師歴30年以上で、大学病院の専任リスクマネージャーの経験が4年ほどあり、看護師Bは手術室勤務が長く看護師としての勤務歴が10年以上ある看護系大学の教員である。「医療事故の可能性が高い」、「グレイエリア」、「医療事故ではない可能性が高い」、「判定不能」の4つのカテゴリに分類するように依頼し、看護師Aと看護師Bの判断が一致しない場合は判定の根拠についてのヒアリングを行い最終的にいずれかのカテゴ

りに収まるようにした。

専門家による判定が確定した後、専門家による判定と対象者またはその家族による判断との関係をまず検討する。次に、対象者本人が体験した「医療事故」については、対象者の基本属性とその時期について、さらに、出来事についての医療従事者からの説明の有無とそれへの納得の度合い、出来事を相談した相手について、以上を専門家の判定別に分析する。最後に、主治医に対する信頼度と医師一般に対する信用度について、対象者本人および家族の「医療事故」体験の有無別に得点の比較をする。

## 3. 結果

### (ア) 対象者自身の「医療事故」体験

回答者自身の判断による、「これは医療事故・医療ミスではないか?」と思う体験については16.4% (37名) の対象者が「あった」と回答した。37名中1名は2件の記述があったため、以後38件について検討した結果を示す。38件のうち、「断定できる体験」と回答したものが9件、「疑わしい体験」と回答したものが26件、3件はその判断への記載がなかった。

次に、専門家による判定を行ったところ、詳細の記載がないものや判定には記述が不十分なものが10件みとめられたが、それ以外のケースでは「医療事故の可能性が高い」7.1% (2件)、「グレイエリア」35.7% (10件) に該当するものは半数未満で、「医療事故ではない可能性が高い」ケースが57.1% (16件) と多くなっていた (表3)。「医療事故の可能性が高い」と判定された2件は、いずれも薬剤等の副作用またはアレルギーによって加療が必要になった事例であった。グレイエリアのケースについては歯科の施術上のミスが疑われるものが3件認められた。

対象者による判断と専門家による判定を比較すると、対象者が「疑わしい」と判断した18件 (判定不能または詳細の記述が無いケースを除く) のうち、66.7% (12件) が「医療事故ではない可能性が高い」と判定されており、対象者自身が「断定できる体験」と判断しているケースよりも、専門家が医療事故ではないと判定したケースが多くなっていた。

### (イ) 対象者の家族の「医療事故」体験

対象者の家族の体験については20.4% (46名)の対象者が「あった」と回答した。46名中2名は2件の記述があったため48件の分析を行った。48件中「断定できる体験」と回答したものが9件、「疑わしい体験」と回答したものが34件、5件は判断を保留していた(表3)。

専門家による判定では、詳細の記載がないものや判定には記述が不十分なものが20件みられたが、それ以外のケースでは対象者本人の判定結果と酷似しており、「医療事故である可能性が高い」7.1% (2件)、「グレイエリア」32.1% (9件)、「医療事故では無い可能性が高い」60.7% (17件)となっていた。医療事故である可能性が高い2例は、誤ったステロイド使用の典型的事例、IVHの穿刺の際に気胸を起こした事例であった。

#### (ウ) 「医療事故」体験者の基本属性と体験した時期

対象者自身の「医療事故」体験について、専門家による医療事故の判定と、対象者の性別、年齢、出来事が起きた時期との関係を分析した(表4)。 $\chi^2$ 検定の結果、専門家による判定との関係で統計的に有意な関係が認められるものはなかった。年齢は、体験した時期を示すものではないが、分析対象者の比率に対してほぼ同じ比率で「医療事故」が体験されていた。体験した時期別に見ると、1年以内に起きた出来事は4件で、そのうち医療事故である可能性が高いケースは1件のみであった。また、20年以上前の出来事を述べている回答も6件みとめられた。あくまで患者の自己申告に基づくデータであるが、この1年間に通院をしていた対象者が189人であったことから、1年間の医療事故の発生率(体験者率)はおおよそ0.5%と見積もることができる。

#### (エ) 医療従事者からの「医療事故」についての説明と説明への納得

対象者本人の「医療事故」体験について、当該医療機関のスタッフから説明を受けたかどうか、また、説明を受けた場合には、その説明に納得したかどうか尋ねた(表5, 6)。憶えていない・無回答の10件を除くと、全体では6割の対象者が説明を受けておらず、説明を受けている場合も詳しく説明を受けているケースは1割

にとどまった。説明を受けていた11件について、納得しているケースは3件、納得していないケースが7件と、説明を受けていても納得していないケースのほうが多くなっていた。

#### (オ) 「医療事故」体験についての相談

対象者本人の「医療事故」について、当該医療機関以外の相談先について尋ねたところ、「家族・親戚または友人」の身近な範囲の者に相談しているケースが13件(37.1%)と最も多く、次いで「誰にも相談していない」が12件(34.3%)と多くなっていた(表7)。「他の医療機関の医療従事者(家族・友人にも相談しているケースを含む)」の範囲にまで相談しているケースは10件(28.6%)にとどまった。「行政等の外部の相談機関や弁護士等」に相談している事例は、この34件では認められなかった。

#### (カ) 「医療事故」体験と医師への信頼

「医療事故」の体験がその後の医師-患者関係にどのような影響を与えるか検討するために、「医療事故」体験の有無と「主治医に対する信頼度」、「医師一般に対する信用度」との関係を一元配置分散分析によって検討した(表8)。その結果、主治医への信頼と「医療事故」体験の別との関係が認められた( $F=3.61$ ,  $DF=3$ ,  $p=0.014$ )。多重比較の結果は有意(5%水準)ではなかったが、家族に「医療事故」体験があるものでとくに得点が低かったため、家族の「医療事故」体験の有無で得点を比較すると、体験のあるもののほうが信頼度が低くなっていた( $t=3.27$ ,  $DF=208$ ,  $p<0.01$ )。

医師一般への信用度との関係では、対象者本人、家族の別を問わず、「医療事故」体験のない者において信用度が高くなっていた( $F=10.95$ ,  $DF=3$ ,  $p<0.001$ )。

## 4. 考察

(ア) 「医療事故」・医療事故の発生頻度について  
患者が認識する「医療事故」は、本研究で対象となった市民の16.4% (37名)がそれに疑わしいまたは断定できる体験をしたと回答した。佐伯ら<sup>12)</sup>の市民を対象とした調査では、対象者本人または家族が最近10年間に医療事故の被害を受けたケースは13.7%と算出されていた。本研究において10年間に本人または家族が「医療事

故」を体験したとする者の割合を算出すると18.7% (42名) となり、佐伯らの調査結果よりもやや多いが、おおむね近い数字といえるだろう。電話調査により医療を原因とする有害事象の体験について調査した研究では<sup>9)</sup>、本人または近い親戚において体験があると述べた者は約26%であった。本研究では、本人または家族において医療事故の体験があると述べた者は60名 (26.7%) で近似しているが、2002年にBlendonら<sup>9)</sup>が行った一般市民への調査では42%という報告があり、本邦においても市民・患者の医療事故に対する認識の時代的な変化に注視していく必要があるだろう。「医療事故」体験と年齢の関係のみでも、年齢の増加に伴って指数関数的に受療率が上昇するにもかかわらず、「医療事故」の体験率は分析標本の比率とかわらないことから、若い世代のほうが「医療事故」への感度が高く認識をしやすい、またはそのように判断しがちであることが推測できることから同様のことが言える。

「医療事故」の詳細が把握できるケースを専門家の視点で分析したところ、医療事故と確実に判定できるのは副作用・アレルギーが発現したケースが多く、また、半数以上のケースは医療事故とは言い難い事例であった。すなわち、患者の側が「医療事故」であると思っても、医療従事者の側から見ると医療事故とはいえ、医療の限界や疾病の自然の転帰の範疇と考えられるものが多い。すなわち、いかに、患者に医療従事者側が、医療の限界や考えうる予後の範囲についてどこまで適切に伝えられるかが、患者と医療従事者が医療についての期待や認識をより近づけることができるかの鍵になるといえる。実際に「医療事故」が起きた際に対象者が説明を受けていないケースが多いことから、説明のないことが患者の側に一層の不審感を抱かせていることが考えられる。

#### (イ) 「医療事故」体験後の患者への説明と患者の対応

患者自身の「医療事故」体験において、当該医療機関で説明を受けているケースは4割で、そのうち説明を受けた者の1割しか説明に納得しておらず、説明とその内容の重要性はいうまでもない。医療過誤に関するシナリオを使った

研究では、被害の比較的小さいミスにおいても、医師はそれを認めて患者に伝えることを希望する回答がほとんどであった<sup>14,15)</sup>。Vincentら<sup>4)</sup>の訴訟化した案件について調べた研究では、40%弱の人は説明を受けておらず、説明があった人においても33%の人は質問する機会がなかったと述べている。訴訟化予防という観点からも医療事故に類する出来事への積極的な説明が医療従事者には求められる。

本研究における患者の「医療事故」体験は、そのうち6割が医療従事者から見ると医療事故とはいえないものであった。医療従事者側が医療事故として認識していないがゆえに、説明の必要性についても感じるということがないということもいえる。医療事故の情報開示・説明については、医師と患者では開示すべきと考える範囲が異なり、ささいな有害事象や患者が気づいていない(と医師が思う)エラーに関しては、医師は開示する必要がないと考える傾向がある<sup>14)</sup>ことから、患者の側からの積極的ななかかわりも求められる。

「医療事故」体験があった場合の相談先は、誰にも相談していない事例が3分の1強もあり、セカンドオピニオンを求めるなどの積極的な対処をとっている者は3分の1弱にとどまった。Coyle<sup>7)</sup>が述べているよう、心理的な対処プロセスを通して徐々に患者自身の否定的な感情が消えていくものと考えられる。加えて、本研究では行政相談、弁護士に相談するという積極的な対応をするケースはほとんど認められなかった。本論文で報告していないが、家族の「医療事故」体験においても、1件しか認められていない。調査時より6年以上前のケースが半数以上を占めているためかもしれないが、自治体等が運営する医療相談窓口等の効果的な運用が期待される。(ウ) 「医療事故」の体験と医師への信頼

医療事故の体験と医師への信頼との関係は、医師一般については、本人家族問わず何らかの形で「医療事故」を体験している者の医師一般への信用度が低くなっていた。「医療事故」体験が医師という職業に対して厳しいまなざしをもつことにつながる、ということがいえよう。一方で、現在の主治医への信頼については、対象者本人の「医療事故」体験とは関係が認められ



ず、家族に「医療事故」があるものの信頼度得点が低くなっていた。「医療事故」体験が、逆にその後の主治医との信頼関係を強化するように行動させるということが考えられるが、この点についてはさらに検証が必要である。

いずれにしても、患者が「医療事故」と思うような状況が起きたときに、対象者の家族を含めて適切な対応をしていくことが、後々の医療者患者関係にも良い影響を与えていくといえる。Duclos<sup>16)</sup>は、医療事故が起きた後の当該医療者とのコミュニケーションに患者が満足している場合、患者は引き続きその提供者との関係を保ち続け、出来事についても過失は無かったと思ひ、逆に、プロセスに不満な人は当該従事者を否定的にみなす傾向にあることを示している。

最後に本研究の限界について述べる。本研究は福岡県の一地区での調査であり、また、サンプル数も少ないことから医療事故の発生頻度については十分に信頼できる数値とはいえないため、更なる検証を要する。さらに、本研究は医療事故の情報について患者側からの情報に依拠しており客観的事実の裏づけが得られないことから同様のことが言える。また、逆に、患者自身が感知できる範囲外の医療事故も存在することも付記しておく。

## 5. 結論

患者自身が過去に医療事故と思った体験がある者の割合は 16.4%であった。しかし、その約半数は医療従事者の立場からみると医療事故とはいえないものであった。対象者の家族の体験についても概ね同等の結果が得られた。そのような体験をした場合にも、医療従事者から十分に説明を受け納得しているケースは少なく、また、3割の者だけが他の医療機関の医療従事者に相談しており、多くの者は相談しないか家族・友人の範囲で話をするにとどめていた。医師との信頼関係については、医療事故体験が、後々に医師との信頼関係を損ねる可能性が示唆された。医療事故の類の適切とはいえない事象が起こったとき、および日常的な医療者と患者のコミュニケーションの重要性が再確認された。

## 文 献

1. Localio, AR, Lawthers AG, Brennan TA, et al, Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: Results of the Harvard Medical Practice Study III, *N Engl J Med*, 325(4), 245-251, 1991
2. Mello MM, Hemenway D, Medical malpractice as an epidemiological problem, *Soc Sci Med*, 59(1), 39-46, 2004
3. 藤江知郁子, 山崎喜比古, 医療過誤訴訟にみる「説明」と医療者-患者関係, *保健医療社会学論集*, 11, 34-44, 2000
4. Vincent C, Young M, Phillips A, Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action, *Lancet*, 343(8913), 1609-1613, 1994
5. 和田仁孝, 前田正一, 医療紛争: メディカル・コンフリクト・マネジメントの提案, *医学書院* (東京), 102-104, 2001
6. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al, Views of practicing physicians and the public on medical errors, *N Engl J Med*, 347(24), 1933-1940, 2002
7. Coyle J, Exploring the meaning of dissatisfaction with health care: the importance of 'personal identity threat', *Sociology of Health and Illness*, 21(1), 95-124, 1999
8. Meyers AR, 'Lumping it': the hidden denominator of the medical malpractice crisis, *Am J Public Health*, 77, 1544-1548, 1987
9. 佐伯みか, 八巻(木村)知香子, 山本武志, 病院における苦情対応の問題と今後の課題: 意見活用システムの聴取機能の評価, *病院*, 63(5), 420-425, 2004
10. Anderson LA, Dedrick RF, Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychol Rep*, 67, 1091-100, 1990
11. 北沢直美, 池田俊也, 兼児敏浩, 他, 有害事象把握のための診療録レビューにおける看

- 護師スクリーニングの信頼性の検証, 病院管理, 42(1), 53-65, 2005
12. 佐伯圭吾, 森田徳子, 岡本希, 他, 医療事故に関する医師と市民に対するパラレル調査の結果から, 第64回日本公衆衛生学会総会抄録集, 482, 2005
  13. Witman AB, Park DM, Hardin SB, How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting, Arch Intern Med, 156(22), 2565-2569, 1996
  14. Mazor KM, Simon SR, Yood RA, et al, Health plan members' views about disclosure of medical errors, Ann Intern Med, 140(6), 409-418, 2004
  15. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, et al, Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors, JAMA, 289(8), 1001-1007, 2003
  16. Duclos CW, Eichler M, Taylor L, et al, Patient perspectives of patient-provider communication after adverse events, Int J Qual Health Care, 17(6), 479-86, 2005

表1. 回答者の基本属性(N=225)

		n	%
性別	男性	90	40.0
	女性	131	58.2
	不明	4	1.8
年齢	20-29歳	31	13.8
	30-39歳	43	19.1
	40-49歳	40	17.8
	50-59歳	57	25.3
	60-69歳	49	21.8
	不明	5	2.2

表2. 主治医への信頼度を測定する項目(10項目)

1. 私の主治医は、私の希望や訴えにいつも理解があり、それを最も大切にしてくれている
2. 私は主治医をととても信頼していて、主治医のアドバイスにいつも従おうとしている
3. 私の主治医が私に話すことはなんでも、間違っていることは無いと思う
4. 私はときどき主治医の意見を信用できず、別な人の意見が欲しいと感じる\*
5. 私は、主治医の医学的な判断を信じている
6. 私の主治医は、私の治療に対してすべきことの一部をしていないと感じる\*
7. 私の主治医は、他のすべきことよりも、私の治療に必要なことを優先にしてくれていると思う
8. 私の主治医は、私の病気とその治療についての、真の専門家といえる
9. 私の治療に何かミスや間違いがあったときに、私の主治医はそのことを私に話してくれると思う
10. 私が主治医に個人的に話したことが、秘密にされているかどうか、ときどき心配になる\*

選択肢: 5=かなりそうである, 4=まあそうである, 3=どちらともいえない, 2=あまりそうではない, 1=全くそうではない

\*逆転項目

表3. 対象者の判断による「医療事故」と専門家による判定

対象者の判断		専門家による判定			
		医療事故の可能性が高い	グレイエリア	医療事故ではない可能性が高い	判定不能・詳細の記述無し
対象者自身の「医療事故」体験(38)	断定できる体験がある(9)	14.3(1)	71.4(5)	14.3(1)	(2)
	疑わしい体験がある(26)	5.6(1)	27.8(5)	66.7(12)	(8)
	判断留保(3)	0.0(0)	0.0(0)	100.0(3)	(0)
	計(38)	7.1(2)	35.7(10)	57.1(16)	(10)
家族の「医療事故」体験(48)	断定できる体験がある(9)	16.7(1)	33.3(2)	50.0(3)	(3)
	疑わしい体験がある(34)	5.9(1)	23.5(4)	70.6(12)	(17)
	判断留保(5)	0.0(0)	60.0(3)	40.0(2)	(0)
	計(48)	7.1(2)	32.1(9)	60.7(17)	(20)

\*割合は専門家による判定が可能であるケースを分母として算出している

表4. 医療事故体験別にみた基本属性、体験した時期

専門家による判定	性別		年齢			n(%)
	男性	女性	20-39	40-59	60-	
医療事故の可能性が高い(2)	100.0(2)	0.0(0)	0.0(0)	50.0(1)	50.0(1)	
グレイエリア(10)	40.0(4)	60.0(6)	50.0(5)	40.0(4)	10.0(1)	
医療事故ではない可能性が高い(16)	37.5(6)	62.5(10)	43.8(7)	43.8(7)	12.5(2)	
判定不能・詳細の記述無し(10)	60.0(6)	40.0(4)	40.0(4)	30.0(3)	30.0(3)	
計(38)	47.4(18)	52.6(20)	42.1(16)	39.5(15)	18.4(7)	

  

専門家による判定	体験した時期						n(%)
	1年内	2-3年内	4-5年内	6-9年内	10-19年内	20年以上前	
医療事故の可能性が高い(2)	50.0(1)	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)	50.0(1)	0.0(0)	
グレイエリア(10)	0.0(0)	10.0(0)	20.0(2)	20.0(2)	20.0(2)	30.0(3)	
医療事故ではない可能性が高い(16)	12.5(2)	18.8(3)	18.8(3)	18.8(3)	18.8(3)	12.5(2)	
判定不能・詳細の記述無し(10)	10.0(1)	30.0(3)	20.0(2)	10.0(1)	20.0(2)	10.0(1)	
計(38)	10.5(4)	18.4(7)	18.4(7)	15.8(6)	21.1(8)	15.8(6)	

\*割合は専門家による判定が可能であるケースを分母として算出している

表5. 「医療事故」後の医療従事者からの説明の有無

%(n)

専門家による判定	説明の有無			覚えていない・無回答
	詳しく説明を受けた	少し説明を受けた	説明を受けていない	
事故である可能性が高い(2)	0.0(0)	0.0(0)	100.0(2)	0(0)
グレイエリア(10)	16.7(1)	16.7(1)	66.7(4)	3(1)
事故ではない可能性が高い(16)	12.5(1.5*)	29.2(3.5*)	58.3(7)	0(4)
判定不能・詳細の記述無し(10)	0.0(0)	50.0(4)	50.0(4)	1(1)
計	8.9(2.5)	30.4(8.5)	60.7(17)	4(6)

\*端数は、説明を受けたものの「詳しく」「少し」の判断を留保している1ケースを各0.5ケースとしてカウントしたために発生している

表6. 「医療事故」後の医療従事者からの説明に対する納得の度合い

%(n)

専門家による判定 (説明があったケース)	納得の度合い		無回答
	納得している/まあ納得している	あまり納得していない/全く納得していない	
事故である可能性が高い(0)	-	-	-
グレイエリア(2)	50.0(1)	50.0(1)	0
事故ではない可能性が高い(5)	25.0(1)	75.0(3)	(1)
判定不能・詳細の記述無し(4)	25.0(1)	75.0(3)	(0)
計	30.0(3)	70.0(7)	(1)

表7.「医療事故」について相談した相手

専門家による判定	相談した相手				無回答
	誰にも相談していない	家族・親戚または友人	他の医療機関の医療従事者	外部相談機関・弁護士	
医療事故である可能性が高い(2)	0.0(0)	100.0(2)	0.0(0)	0.0(0)	(0)
グレイエリア(10)	44.4(4)	22.2(2)	33.3(3)	0.0(0)	(1)
医療事故ではない可能性が高い(15)	28.6(4)	35.7(5)	35.7(5)	0.0(0)	(2)
判定不能・詳細の記述無し(10)	40.0(4)	40.0(4)	20.0(2)	0.0(0)	(0)
計	34.3(12)	37.1(13)	28.6(10)	0.0(0)	(3)

\*「他の医療機関の医療従事者」は、「家族・親戚・友人」にも相談しているケースを含む

表8.「医療事故」体験の有無別にみた医師への信頼度

「医療事故」体験の別	現在の主治医への信頼度		医師一般への信用度	
	平均点	多重比較	平均点	多重比較
体験なし(149,155)	36.8		3.66	
対象者本人に体験あり(19,20)	36.8		3.05	*
対象者の家族に体験あり(28,30)	33.5	n.s.	3.10	*
対象者本人・家族ともに体験あり(14,15)	32.6		3.00	*
p	.014		<.001	

分析は一元配置分散分析によって行い、多重比較はtukeyの方法を用いた

\*<0.05

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

とくになし

Ⅳ. 研究成果の刊行物・別刷

とくになし

Ⅴ. 研究成果による特許権等の知的財産権の出願・登録状況

とくになし