

- 10)平成 17 年度本研究報告書
- 11)National Patient Safety Goals :  
JCAHO:<http://www.jcaho.org>
- 12)鮎澤純子、山内桂子：患者参加の事故防止—どう考えるか、そしてどう取り組むか—、なぜ今「患者参加の事故防止」なのか—さらなる安全に向けて「患者の力を活かす」「患者の声を活かす」—、看護(短期連載第 1 回) Vol. 56、No. 12、76-79、2004.
- 13)鮎澤純子、山内桂子：患者参加の事故防止—どう考えるか、そしてどう取り組むか—、「患者参加の事故防止」の実際—今、始まっていること、そして進めていくために必要なこと—、看護(短期連載第 2 回) Vol. 56、No. 13、76-79、2004.
- 14) 鮎澤純子、山内桂子、塚崎恵子：患者参加の事故防止—どう考えるか、そしてどう取り組むか—、<報告 1>患者の「ヒヤリハット」を聞いてみよう—福岡市民病院の実際、看護(短期連載第 3 回)Vol. 56、No. 15、74-78、2004.
- 15) 鮎澤純子、山内桂子、塚崎恵子：患者参加の事故防止—どう考えるか、そしてどう取り組むか—、<報告 2>「患者のヒヤリハット」から見えてきたこと—福岡市民病院の実際、看護(短期連載第 4 回)Vol. 57、No. 1、82-85、2005.
- 16) 鮎澤純子、山内桂子、塚崎恵子：患者参加の事故防止—どう考えるか、そしてどう取り組むか—、<報告 3>患者参加を促すリーフレット作成—福岡市民病院の実際、看護(短期連載第 5 回)Vol. 57、No. 2、86-89、2月号、2005.
- 17) 鮎澤純子、山内桂子：患者参加の事故防止—どう考えるか、そしてどう取り組むか—、「患者参加の事故防止」で目指すもの—「提供する」「受ける」から「共に創る！」へ、そして「患者参加の医療」が始まる、看護(短期連載第 6 回)Vol. 57、No. 3、88-91、2005.
- 18)AHRQ:<http://www.ahrq.org>
- 19)Kohn. L. T., Corrigan. J. M., & Donaldson. M. S. (Eds.): To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academy Press, Washington D. C., 2000.
- 20) UMHS パンフレット
- 21)UMHS パンフレット
- 22)National Patient Safety Goals :  
JCAHO:<http://www.jcaho.org>
- 23)National Patient Safety Goals, FAQs : JCAHO:<http://www.jcaho.org>
- 24)IHI (Institute for Healthcare Improvement): <http://www.ihl.org>
- 25)100,000 Lives Campaign1 : IHI : <http://www.ihl.org>
- 26)The 5 Million Lives Campaign : IHI : <http://www.ihl.org>
- 27)Committee on Quality Health Care in America, Institute of America: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academy Press, Washington D. C., 2000.
- 28)Conway J., Johnson B., Levitan S., et al.: Partnering with Patients and Families To Design a Patient- and Family-Centered Health System: A Road Map for the Future: A work in Progress. Institute for Family-Centered Care/Institute for Healthcare Improvement, 2006.
- 29)訪問時提供資料
- 30)Pont, P. R., Conlin, G., Conway, J., et

- al.:Patient centered-care Come Alive. JONA, Vol. 33, No. 2, 2006.
- 31) Wong, T., :Involving Patients in Cancer Care Redesign. The Oncology Roundtable, 2000.
- 32) Pont, P. R., Conlin, G., Conway, J., et al.:Patient centered-care Come Alive. JONA, Vol. 33, No. 2, 2006.
- 33) Duncombe, Connor, Gershanoff et al.:Partnering with Patients and Families to Improve Patient Safety:25th American Society for Healthcare Risk Management Annual Conference. San Antonio, 2005.
- 34) 訪問時提供資料
- 35) 訪問時提供資料
- 36) Wong, T., :Involving Patients in Cancer Care Redesign. The Oncology Roundtable, 2000.
- 37) Pont, P. R., Conlin, G., Conway, J., et al.:Patient centered-care Come Alive. JONA, Vol. 33, No. 2, 2006.
- 38) Conway J., Johnson B., Levitan S., et al.:Partnering with Patients and Families To Design a Patient- and Family-Centered Health System:A Road Map for the Future:A work in Progress. Institute for Family - Centered Care/Institute for Healthcare Improvement, 2006.
- 39) Thomas J., Jeppson E.:Word of Advice: A Guidebook for Families Serving as Advisor. Institute for Family-Centered Care, MD, 2006.
- 40) Conway J., Johnson B., Levitan S., et al.:Partnering with Patients and Families To Design a Patient- and Family-Centered Health System:A Road Map for the Future:A work in Progress. Institute for Family - Centered Care/Institute for Healthcare Improvement. 2006.



# Patient Safety



**Patients, Families And  
 Staff Are All Members  
 Of Our Safety Team**

**Surgery Preparation**  
 If you need surgery, make sure that you, your doctor, your surgeon and your nurse know what procedure will be done. We will check many times before your surgery to be sure we are addressing the correct problem or area. If the process seems to be repeating itself, the process is working! The multiple checks are there to make sure that all participants are in agreement — including you. Please ask your doctor or nurse if you have any questions about the surgery.

**Your Input Is Important**

We may ask you to complete a survey or participate in a focus group to gather your feedback on the health care that you received. Please participate. Your opinion and comments about your experience here are important to us and help us continue to improve.

**See something unsafe? Something we have missed or can do better? We want to hear about it right away!** Please inform your doctor, nurses and our other staff who will know whom to contact to improve the situation. Don't wait for a satisfaction survey to tell us about a problem — we want the opportunity to make sure you have the best health-care experience possible.



(資料1)UMHS のパンフレット:「Patient Safety」(英)

For additional patient information available through the University of Michigan Health System, visit our web site at [www.med.umich.edu](http://www.med.umich.edu) or call the U-M TeleCare® Health Information Directory at (734) 763-9000 or (800) 742-2300. Information from this brochure is at TeleCare category 1304.

Laura J. Grenfield, Interim Executive Vice President for Medical Affairs, Alan S. Lerner, D. Bruce Swartz, Richard S. Smith, Steven D. Stovall, Larry V. Stovall, Steven D. Stovall, and Health Concern  
 The Regents of the University of Michigan: David A. Brandon, Lawrence B. Dietz, Daniel D. Porter, Orin F. McNamee, Robert M. Groves, Andrew S. Iezzoni, S. Mark T. Lyden, Katherine E. Ryan, Terry Lee Swanson, et al.  
 The University of Michigan is an equal opportunity/affirmative action employer. The University of Michigan Health System is committed to Total Quality.  
 Produced by the Department of Public Relations and Marketing Communications. Copyright © 2007 The Regents of the University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, 48109

### Medication Safety Is A Team Effort

Taking medications safely, whether prescribed by your doctor or over-the-counter, is a team effort. This team includes you and your health care providers such as your doctor, pharmacist and nurse.

### We Can Help

The professionals of the University of Michigan Health System can help you to learn how to take an active role in making sure the medications you take will be safe and helpful for you and your family.

You can begin to prevent medication errors by knowing some basic facts about your medications.



### Know Your Medications

Learn the name of your medication. It's best to know both the brand name (e.g., Tylenol<sup>®</sup>) and the generic or chemical name (e.g., acetaminophen). Read labels to make sure that you are not taking the same medication but under some other brand name. For example, acetaminophen is used in many over-the-counter products and too much can be toxic. Also, don't forget that vitamins, pain relievers, laxatives and herbal remedies are medications too.

### Ask The Right Questions

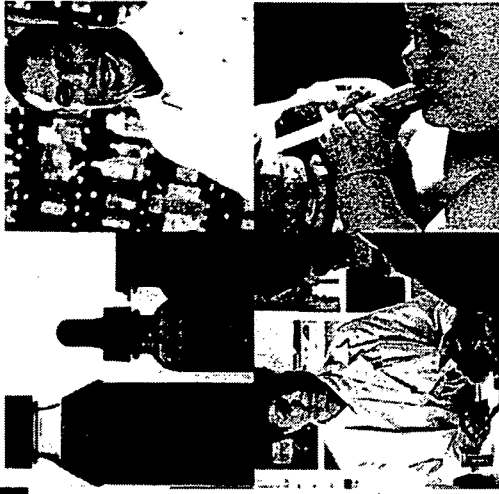
Talk to your doctor, nurse or pharmacist about the medication you are already taking, as well as any new prescriptions. Here's what you need to know:

- **Know the strength of the medication and how often to take it.** If the strength or the guidelines for use change, ask your doctor or pharmacist why.
- **Know what your medication looks like.** If the white, oval-shaped capsule you are used to taking is changed to a yellow tablet, ask why.
- **Know why you are taking the medication.** The same medication can be used for different health problems. For example, one medication on the market is used for both arthritis and cancer treatment. The doses are very different for each treatment.
- **Know how your medication should be taken.** Ask if there is anything special you need to know. For example, should it be taken with food or on an empty stomach? What is the best time of day to take each dose? Can the medication be crushed or chewed if you can't swallow it whole?
- **Know about side effects.** Find out about the side effects the medication may cause and what to do about them if they happen. For example, if it makes you sleepy, how long will it last? Are there side effects that you must tell your doctor about right away?
- **Know about drug interactions.** Ask your doctor and pharmacist if it is alright to take any new medication with the other medications you are taking. Ask your pharmacist to check your list of medications for drug interactions and be sure to include over-the-counter medications on your list.
- **Know how to dispense liquid medications.** If the medication is a liquid, and especially if it is for a young child, ask if you can buy a cup or spoon to measure the liquid. Teaspoons that we use at home vary in the amount of liquid they hold.
- **Know if there are foods you should avoid.** For example, dairy products may decrease the effectiveness of some antibiotics.
- **Know the effectiveness of your treatment.** If there are tests used to check this, ask what the tests are used for and what it means if any test results are not normal.
- **Know your routine.** Question any changes to your medication routine. Although rare, some changes can be errors. You can help yourself by making sure that the change was meant for you.





# Medication Safeguards



Adapted from material developed by Phyllis G. Cooper, R.N., M.N. and Clinical Reference Systems, Ltd. This information is not a tool for self-diagnosis or a substitute for professional care.



**Need Help?**

University of Michigan Health System  
 Health Education Resource Center  
 (734) 647-5645  
[www.med.umich.edu/mifi/herc](http://www.med.umich.edu/mifi/herc)



**Knowledge Heals.**

Robert P. Metch, Executive Vice President for Medical Affairs; Allen S. Lichner, D.D., U-M Medical School; Larry Warren, Executive Director, U-M Hospitals and Health Centers

The Regents of the University of Michigan: David A. Brandon, Laurence B. Deitch, Olivia J. Hayward, Rebecca McGovern, Andrea Fischer, Newman, Andrew G. Richter, S. Martin Taylor, Katherine E. White, Mary Sue Coleman (ex officio)

The University of Michigan is an equal opportunity/affirmative action employer. The University of Michigan Health System is committed to Total Quality.

Produced by the Department of Public Relations and Marketing Communications. Copyright © 2003 The Regents of the University of Michigan. Ann Arbor, Michigan 48106

**Talk With A Professional About Your Medications.**

(資料3)UMHSの「シールド」(Medication Safeguard) (英)

### Your Safety Is Our Goal

#### Our "Safety Team"

All of our staff at the University of Michigan Hospitals and Health Centers are committed to providing the highest quality care in the safest manner and surroundings possible. As our patient, you too are part of this health-care team. We are committed to helping you participate as an active, informed member of this team — and communication is the key.

#### Security

U of M enforces a strict approach to security. All U of M health-care employees — doctors, nurses and all other staff members — must wear name badges with a photo identification while on duty. If someone approaches you without a badge, ask to see his or her identification. If the person fails to produce an identification card, immediately notify a nurse or staff member. A white coat or stethoscope is not a substitute for an ID badge.

Because it serves as your patient identification while in the Hospital, the wristband or ID tape placed on your body at the start of your stay is very important. Please ask your caregiver to have it replaced immediately if it comes off. You will find this identification is checked many times while you are in the Hospital. If the process seems to be repeating itself, the process is working! When hospitalized here, infants and small children wear an additional security band. Be sure to check with your child's caregivers to learn more about the security system and the best areas for walks and other visits. Please secure personal items, such as your eyeglasses, dentures, hearing aides or contact lenses. It is best to leave any unnecessary valuables at home.

#### Handwashing Is Important

Washing hands or using hand sanitizer is the single most important thing that anyone can do to prevent the spread of germs. U of M Hospitals and Health Centers policy requires each health-care provider to wash his or her hands or to use hand sanitizer before and after performing any "hands-on" procedures with patients. Speak up to staff members if you did not see them wash or sanitize their hands. It's for everyone's benefit.



### Help Yourself Stay Safe

#### Know Who Is In Charge Of Your Care

Always stay informed about who is in charge of your care. This is especially important when many different physicians are involved, or if you have numerous health problems. If you are ever unsure, simply ask for the name of the doctor in charge of your care.

It is also your right and responsibility to follow up on any tests you have had. Always ask the doctor or health-care staff for the results.

#### Educate Yourself About Your Health

Ask for information on your medical conditions, treatments and medications. Our web site: [www.med.umich.edu](http://www.med.umich.edu), has information on many health-care topics. Ask a family member or friend to be your health-care advocate and, when appropriate, to participate in decisions about the health care you receive. We will ask you about Advance Directives, such as a Durable Power of Attorney for health care and a Living Will. If you have an Advance Directive, please bring a copy with you to the Hospital or Clinic for our records.

#### Recognize Your Medication

We treat thousands of patients every day and medication is often a part of their care. Our staff undergoes continual education regarding the medications they prescribe and administer. Safety systems are in place to ensure that you

receive the correct medication. As the patient, you are part of the safety system. If your medications do not look familiar, speak up and alert your nurse or doctor. It does not hurt to double check.

Make sure our staff checks your ID wristband or tape before giving you any medication. Many names sound alike. Tell our staff about any allergies to food, medicines or other things when you are admitted to the Hospital or at your clinic visits. Please tell us if you take any herbal remedies or over-the-counter medications.

When you visit the pharmacy to fill your prescription, check the medication to be sure it looks familiar. If it looks different from what you have taken in the past, ask your pharmacist to explain why. Most of the time the medicine will be correct, but once again it does not hurt to speak up as an informed patient.

#### Preventing Falls

We all play a role in preventing falls. If you use a cane or walker at home, you also should use it in the Hospital. Be sure to tell your doctor and nurse if you have poor vision, or if you begin feeling dizzy or weak. Use your bedside call light if you need assistance to get in or out of bed. Ask the nurse if you need to have a therapist teach you how to use these safety devices. Remember, it is important to follow activities ordered by your doctor or other caregivers. If you become confused while in the Hospital, we may ask a family member to stay with you.

#### Pain Control

Tell your doctor or nurse if you are having pain. There are several times that you may expect a nurse to ask you to describe your level of pain, such as upon admission or visits to clinics, as a part of an ongoing assessment, and after the start of any pain-control measure. The caregiver will ask you to score your pain level on a scale of 1 through 10. If you are given a special IV pump for pain control, called Patient Controlled Analgesia (PCA), ask our staff if you are not sure how it works. There are many different medicines for pain relief. Tell our staff if you have had pain relief in the past from a specific medicine.

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

患者が医療事故を認知するプロセスの検討  
: 医療事故体験者への質問紙調査・および聞き取り調査から

分担研究者 山本 武志(千葉大学看護学部・講師)

本研究では、(患者自身が評価する) 医療事故を体験した患者やその家族に対する質問紙調査と聞き取り調査を通して、安全な医療が行われるための素地となる医療従事者と患者の関係のあり方について検討を行った。①医療事故体験に関する質問紙に基づく疫学的調査、からは、「医療事故」体験において説明を受けているケースは約半数で、その7割強が説明に納得していないにもかかわらず、「医療事故」について対外的に説明・対話を求めるケースは少ないことから、患者や家族が「医療事故」と評価・判断するような出来事が起きた場面で、いかに説明・対話を適切に進めていけるかが、その後の患者・家族がどのような認知フレームで医療事故をとらえるのかに重大な影響を与えるかが示唆された。②医療事故体験者への聞き取り調査、からは、患者・家族の「医療事故」の認知には、「一貫性・信頼性のない治療」、「医療者の説明モデルと患者・家族の説明モデルとの不整合」、「説明のつけられない病状やQOLの悪化」といった要因が関わっていることを考察した。医療者の治療・診断の安定性に対する患者・家族の信頼、すなわち治療や診断は確実性が高く揺らぎが少ないものであると考えていることや、医療管理下にあることの信頼の付託は、現実的には医療や身体の不確実性や医療の限界ともいえる特性によって裏切りに遭うことがある。医療の一貫性・信頼性の無さ、診断・治療のバリエーションや揺らぎを医学的にどう説明するべきであろうか。また、従来から「診断」が患者の心理的ウェルビーイングやナラティブに影響をもたらすことは指摘されているが本研究においても、自身の身体感覚を重視する一方で、医学的な診断が与える影響が大きいことを示す事例が幾分か認められた。

また、患者・家族にとっての「医療事故」は、その原因や責任を医療従事者の問題として捉える傾向があるが、その背後にある医療制度や労働環境の問題として考えたり、医療従事者の肯定的な面を強調すること等によって、出来事の認知をリフレーミングすることによって、出来事に対する強いネガティブな評価や感情が緩和されるように自らを制御する傾向がみられた。また、「医療事故」体験は時間が経つにつれて、ネガティブな感情は潜在化するが、さまざまな動因によってしばしばその感情は呼び起こされていた。重ねて、「医療事故」後の医療従事者及び医療機関の対応・対処の重要性が再認識される結果となった。

加えて、調査の過程で「日本版 Trust in physician scale」翻訳・作成も行ったため、本報告の最後に資料として収載した。

### <①質問紙調査>

#### A 研究目的

医療事故は臨床的医原病(イリイチ, 1979)とされるように、本来ないはずのところに、医療的介入によってなんらかのよくない出来事(Adverse Event)が引き起こされた結果のことをさす。よって、医療事故は「つくられる」といえる

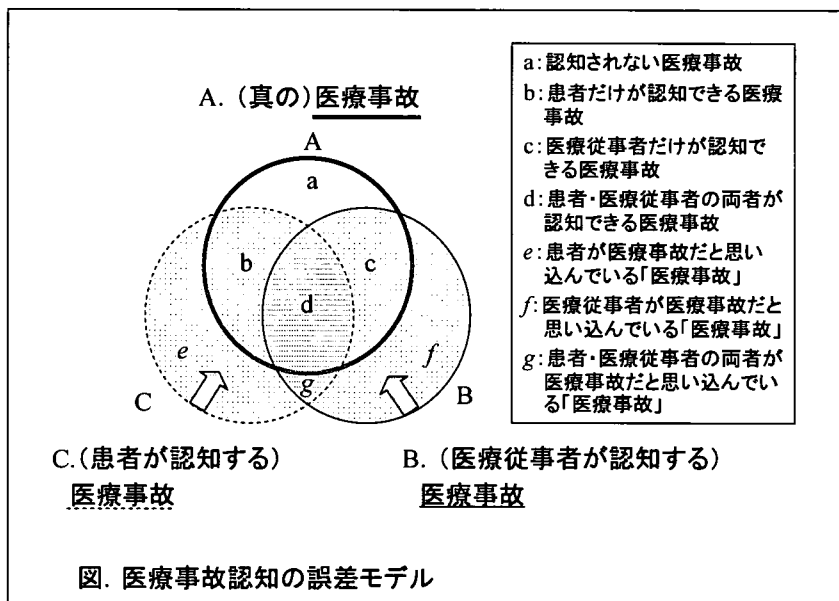
のだが、また他の側面からも「つくられる」といえる。それは、そのよくない出来事を、患者や医療専門職がいかに定義をして医療事故として申し立てるかによって、それが医療事故であったり医療事故でなくなったりするからである。患者の側としては、医療専門職に医療事故を知らされなければ、それが起きたかどうか

かを知ることが困難であるから、よくない出来事をいかに取り扱いたまた定義をするかが、より重要な意味を持つことになる。

医療事故の発生を診療記録をもとに医学的な観点から遡及的に調査する試みが各国で行われている。一方で、患者の視点から医療事故がどのように体験されるかについては、ニューヨークでの調査(Adams&Boscarino,2004)からは、医療過誤の体験は年齢、人種、所得によって差があり、また、医師や病院の質に関する情報収集をしている人ほど体験率が高いことがわかっている。報告者の2005年の調査(山本・橋本,2007)からは、患者やその家族が「医療事故」と判断する体験の多くは、医学的にみると医療事故とは言い難いケースが多々みられている。図に示すように、(真の)医療事故というものがあるとして、(患者に比して)高い確率で医療者は認知することが可能と考

えられるが、両者は必ずしも一致しない。また、患者は医療者側の考える医療事故は医学的に判断されるものであるが、素人である患者やその家族は、それとは異なった論理や医学知識を用いて「医療事故」を認知していることから、この3つの円にはズレが生じる。医療者が防御的な医療ではなく積極的な治療を行うためにも、また、実際に医療事故が起きて何らかの補償が必要とされる事態を考えても、この3つの円がより一致していることが、双方にとって、また、社会的にみても望ましいといえるだろう。

本研究では、まず、「医療事故」やその類の体験をした患者や家族への質問紙調査から、医療事故体験の実態や、医療事故後の医療従事者の対応や患者・家族がどのように対処したかについて明らかにする。



## B 研究方法

### (1) 対象者の抽出

対象は20-69歳の福岡県民で、2,000人を住民基本台帳の写しから抽出した。

まず、全80市区町村を地域と人口規模に応じた20ブロックに分け、そこから計45市区町村を抽出した。地域は、福岡、筑後、筑豊、北九州の4地域、人



口規模は、都市部、10万人以上、5万・10万人未満、2万・5万人未満、2万人未満の5段階で、計20ブロックとなる。

抽出された45市区町村について、各市区町村の人口に応じて2,000人を応分し、各市区町村での抽出人数が決定された。

## (2) 調査方法

調査方法は、無記名式の調査票を対象者に郵送し、郵送で回収した。調査時期は、2007年2月～である。

調査項目は、対象者および対象者の家族について、医療事故と断定できるまた疑わしい体験の有無とその詳細、時期、出来事の詳細、有害事象の程度、医療従事者からの説明の有無、医療従事者からの説明への納得の度合い、出来事について相談した相手、基本属性、等である。

回収率は、28.7% (576名) だった。

## (3) 本研究における医療事故の定義

(医学的な根拠に基づく) 医療事故の統一された定義はないが、医療事故の発生頻度を調査している研究等(北沢他, 2005)の定義を参考に、「医療手技・管理に起因する患者の有害事象」を医療事故と定義した。なお、ここでは、副作用や院内感染を含み、医療従事者になんらかの過誤があったかどうかは問わない。調査票上での提示は、『医療下での予定されていないなんらかの不利益な体験:「通院や入院の期間が長期に延びた」、「傷や障害が残った」、「予定外の治療や手術が必要になった」、「(説明よりも強い)薬剤の副作用」等』とし、医療事故の体験について回答を得た。

本研究では、医学的に判断される医療事故を提示しつつ、対象者によって体験され、判断・評価される医療事故を本研究では「医療事故」と表記し、前者のものとは区別して述べる。

## C 研究結果及び考察

### (1) 「医療事故」体験の割合

まず、「医療事故」体験の有無については、「対象者本人の体験」では、「全くない」が485名(84.2%)、「ある」が90名(15.7%)であった。経験ありのもの判断としては、「断定できる体験がある」が12名(2.1%)、「疑わしい体験がある」が65名(11.3%) (無回答13名・2.3%) であった。

この1年間の体験に限ってみると、0.52% (3/575名)、この1年間に通院経験がある者に限定すると、0.61% (3/494名) であり、AHRQ, ADAMS(2004)らの研究(6%・4%)に比較して低率であった。

「対象者の家族の体験」では、「全くない」が421名(74.4%)、「ある」が145名(25.6%)で、そのうち、「断定できる体験がある」が24名(4.2%)、「疑わしい体験がある」が107名(18.9%) (無回答14名・2.5%) であった。

### (2) 「医療事故」を体験した時期

医療事故を体験した時期については、「対象者本人の体験」では、平均が14.2年前(標準偏差13.2)、中央値が6年10ヶ月前、直近では10ヶ月前で、最も以前の出来事としては53年前であった。「家族の体験」では、平均12.7年前(標準偏差10.0)となっていた。(図1)

次に、性・年齢による医療事故体験率の違いを検討した。カイ2乗検定の結果では、性、年齢による差は認められなかった(図2, 図3)。医療事故体験が生涯体験率であることを考慮すると、若年層ほど「医療事故」を敏感に認知している可能性が考えられる。

### (3) 「医療事故」の原因

対象者が考える「医療事故」の原因については、対象者本人の事故及び家族の事故について、「医療従事者のミス」が「医療事故」の原因と考えている人が7割強

と多くなっていた。逆に言えば、医療従事者のミスと判断せざるを得ない出来事  
の状況が「医療事故」として認知させる  
要因となっていることが考えられる（図  
4, 図 5）

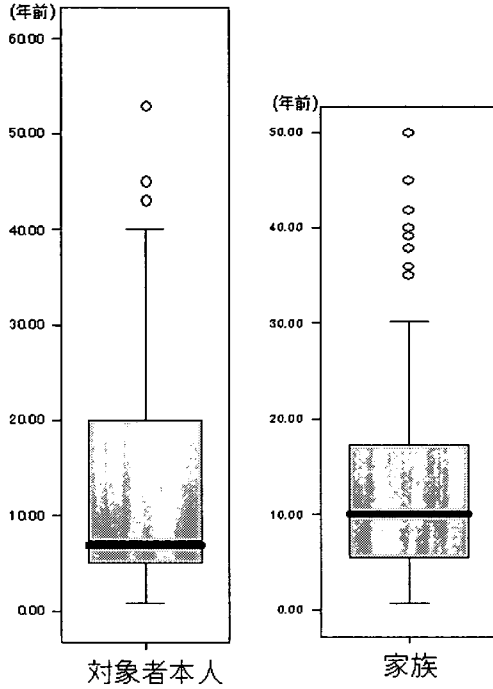


図 1

■ 性別「医療事故」体験率

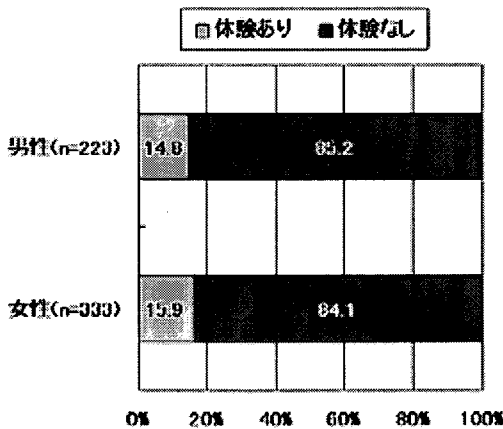


図 2 ( $\chi^2=0.13, p=.72$ )

□ 年齢別「医療事故」体験率

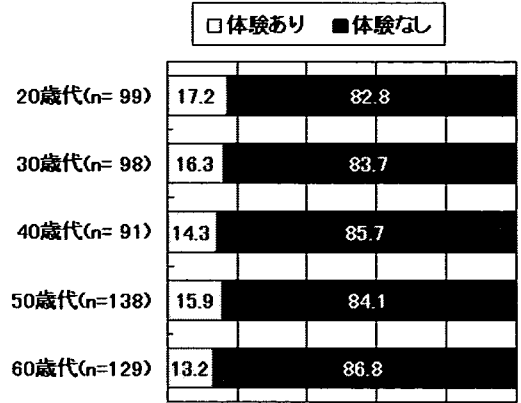


図 3 ( $\chi^2=0.91, p=.92$ )

■ 対象者本人の体験 (N=86)

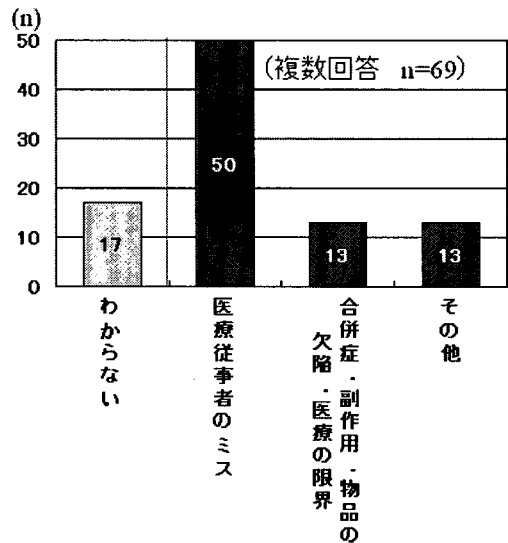


図 4 「医療事故」の原因

■ 家族の体験 (N=138)

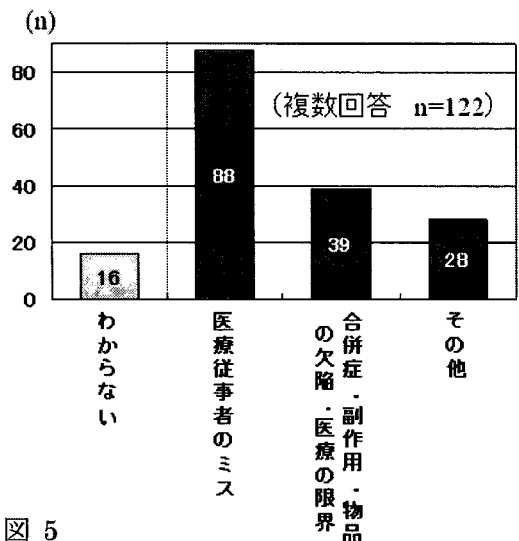


図 5

(4) 「医療事故」についての説明

「医療事故」について当該の医療機関において医療従事者から何らかの説明を受けたかどうかについて尋ねた（図 6, 図 7）。その結果、対象者本人の場合も家族の体験についても、説明を受けていたのは対象者の半数程度であった。更に、説明を受けた者に説明の度合いを尋ねたところ、詳しく説明を受けている人は少なかった。

■ 対象者本人の体験(N=86)

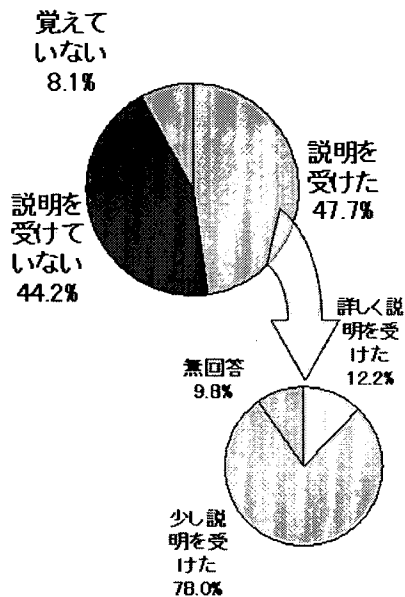


図 6 「医療事故」についての説明

■ 家族の体験(N=136)

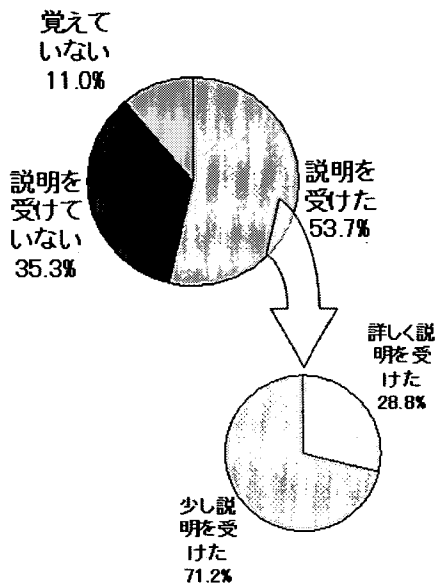


図 7

さらに、医療従事者からの説明があった場合に、その説明への納得の度合いを尋ねたところ、納得していると回答した者は 1/4 程度であった。すなわち、「医療事故」体験があった者の約 85% は、説明を受けていないか、納得できる説明を得られていないということが明らかになった。

■ 対象者本人の体験(N=40)

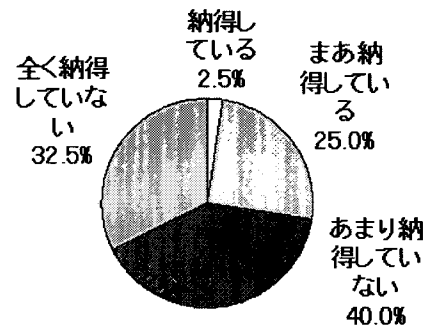


図 8 医療従事者からの説明への納得の度合

■ 家族の体験(N=73)

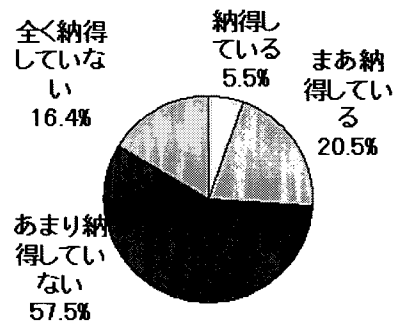


図 9

(5) 「医療事故」について相談した相手

「医療事故」について誰に相談したかを尋ねたところ、3 割以上の方が「誰にも相談していない」と回答した。相談している場合にも、家族・親戚・友人の範

圏内に留められ、他の医療機関の医療従事者に相談する（セカンドオピニオン）ケースは少なく、相談機関や弁護士に相談するケースは非常に稀であった。

### ■ 対象者本人の体験(N=86)

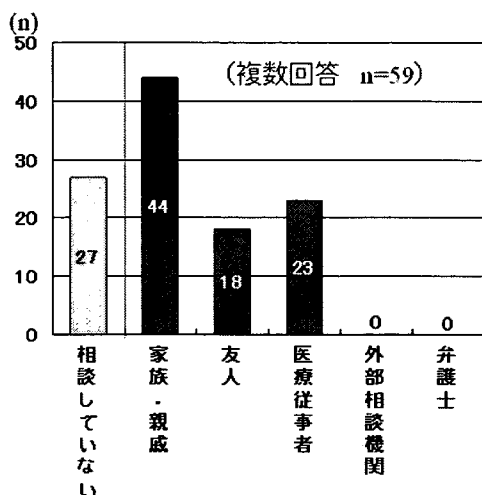


図 10 「医療事故」を相談した相手

### ■ 家族の体験(N=137)

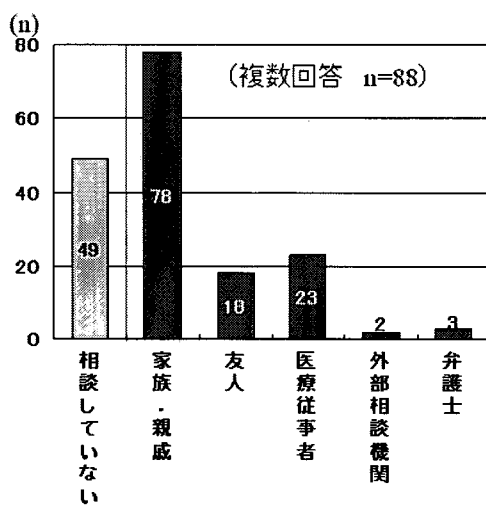


図 11

### D まとめ

（患者・家族が判断する）「医療事故」の体験率は 15.7%（90/485 名）で、この 1 年間に限定すると、0.52%（3/575 名）で、筆者が行った 2005 年に行った少数サンプルでの調査と概ね同等の結果が得られた。この値は、アメリカのデータと比較すると医療事故という体験を認知している割合は低いといえる。

「医療事故」体験において説明を受けているケースは約半数で、その 7 割強が説明に納得していない。「医療事故」の原因を「医療従事者のミス」と考える人が多いことから、「説明がない」「説明が不十分」という実態が「医療事故」という認知を作り出している、と考察することができる。

「医療事故」について対外的に説明・対話を求めるケースは少なく、家族・親戚内での会話にとどまる場合が多く見られた。医療従事者に相談しているケースは 1/4 強で、外部相談機関等への相談は非常に稀である。患者や家族が、「医療事故」と評価・判断するような出来事が起きた場面で、いかに説明・対話を適切に進めていけるかが、その後の患者・家族がどのような認知フレームで医療事故をとらえるのかに重大な影響を与えるかが示唆された。

## <②聞き取り調査>

### A 目的

聞き取り調査では、質問紙調査で承諾を得られた市民の方を対象に、①「医療事故」を体験したという認知がどのようにして形成されていくのかそのプロセスを検討する。また、それにより、患者の医学知識の構成のされ方や、医療への信頼の構造について検討する。

②「医療事故」を体験した患者や家族が、その出来事に対してどのような感情を抱き、またそれがいかに変容していくのかについて検討する。

犯罪被害者の研究(ゼア, 2003)では、被害を受けた者が生活の再構築(「反応」から「再編成」へ)していく段階で、情報を求める(疑問への答え)こと、感情を表現しその正当性を認めてもらう、自己をコントロールする感覚を取り戻す、といったことが描かれている。医療事故の場合は、犯罪のように被害/加害関係が必ずしも明確ではない。情報の非対称性や、パターンリスティックな医師-患者関係といった医療独特の特徴から、事実が明らかにされる場がない、感情を表現できる場や対象がないために、患者やその家族は「何かがおかしい、変だった」と思い続けたままに生活を再構築してくプロセスがみられると予測されるが、それらを、医療事故やその類の体験をした患者や家族への聞き取り調査から明らかにしていく。

### B 方法

#### (1) 対象者の抽出

前出の質問紙調査実施の際に、謝礼送付のために、整理番号を記載した葉書を調査票とは別途返送するよう依頼し、その葉書内に、聞き取り調査への対応が可能か○をつける欄を配置した。

その結果、聞き取り調査の同意が 122 名 (21.2%) から得られ、再度の依頼と日程調整の連絡をした結果、27 名 (4.7%) の方と面談することができた。

#### (2) 調査方法

調査時期は 2007 年 3 月～2007 年 6 月の間である(本報告は暫定的な分析の結果報告である)。

聞き取り内容は、「医療事故」または不審に感じた体験についての詳細、「医療事故」と判断した・感じたプロセス、「医療事故」を体験した後どのような対応・行動をとったか、その後の医療者との関係のとり方、等である。

インタビュアーは報告者を含む 2 名で、1 名は看護学の研究者(看護師)である。内容としては、医学的に確認すべき事実などを聞き漏らさないよう配慮した。

#### (3) 分析

インタビューでは、対象者の同意を得て録音し(26 名)、逐語録を作成した。逐語録にコーディングをしてカテゴリー化する作業を通じて分析を行った。分析においては、反証的な事例を探索・検討し、仮説が支持されうる範囲を検証した。

#### (4) 分析対象者

分析対象者は 18 人で、年令の平均は 47.8 歳(±15.6, Min=21, Max=69)であった。性別は男性 9 人, 女性 9 人。インタビューの場所は自宅 3 人, 対象者の職場 3 人, 公共施設等 12 人であった。

聞き取りの事例については、対象者本人の「医療事故」が 11 事例, 対象者の家族の「医療事故」が 10 事例であった。

#### (5) 分析対象者像の確認

分析対象者において、医療事故を断定した者はほとんどいなかった。つまり、「医療事故」ではないか? という疑念をもったままにしている人がほとんどであった。但し、事例においては医学的に判断して医療事故である確率が高い事例も

みられた。また、訴訟化している事例もほぼ無かった。メディア等で紹介される医療過誤訴訟の事例と今回の研究の事例は本質的に異なる可能性がある。

#### (6) 聞き取り調査で聴取された「医療事故」事例

- 未承認の薬を患者に許可無く癌の治療に使い、病状が悪化し死亡した(父)
- 眼の治療によって、悪くない側の眼の視力が悪化した(母)
- 入院していた医療機関において疥癬に感染した
- 打撲したひじが、複数回の手術で全くよくなり痛みが残った
- 睡眠薬の量が多く、危険な状態に陥った(母)
- 健康診断の採血時に神経を穿刺し、麻痺が残った
- 貧血に効果のある薬剤の服用により、胃から出血を起こした
- 曲がった鼻を元に戻してもらえなかった
- うつという診断を得るのに1年間(多数の医療機関に受診)かかった
- 歯科で説明なく歯を削られた
- 検査のために無理に飲んだ薬剤で病状が悪化し死に至った(母)
- 流行性耳下腺炎(おたふく風邪)を見逃され重篤化し回復に時間がかかった(子)
- 腎機能の悪化を見逃され急死した(父)
- C型肝炎に感染した(母)
- 必要のない手術で子宮を摘出された(母)
- インシデント事例(2例)、等

### C 結果・考察

#### (1) 「医療事故」を認知するプロセスの類型とそれに関連する要因の検討

はじめに、どのようにして「医療事故(かもしれない)」と思うようになったの

か、とその背後にある、患者・家族の医学知識の構成のされ方、について検討した。

#### 1) 「(当該)医療者から伝え聞く」

当該の医療者から医療事故について伝えられることが、医療事故を認知できる唯一、最短の経路である。しかし、医療事故を当該医療者から断定して伝えられることは、本研究の対象者においては認められなかった。ただし、医療事故を推測させるような医療者の行動や情報提供などがなされるケースは見られたが、医療事故を断定できるような情報もたらされることはない。

当該ではない医療者から医療事故を伝えられる可能性もあるが、ここでも断定して伝えられる事例は少ない。むしろ、医療者間での診断・治療の不一致から「医療事故」を推測するケース(次項)が多く見られている。よって、本研究で示されている事例は、対象者自身が「医療事故」を確実視していることはあまりなく、「診断・治療の何かがおかしい、変だった、(「医療事故」かもしれない・・・)」という疑念をもっている、という状況の事例が大半である。

#### 2) 「一貫性・信頼性の無い診断・治療」

医療者/医療機関間での診断・治療の不一致、もしくは一人の医療者において診断・治療が一貫しないことに関連して、病気が治らないまたは悪化した、(家族が)死亡した、逆に病気が治った、改善した、などの体験は、前者(後者)の診断・治療に誤りがあったのではないかという疑いをもつことにつながる。

事例1:近所の3箇所の医療機関で息子(当時7歳)のおたふく風邪について異なる診断をつけられ、二日後におたふく風邪が重篤化してから他院で当該の診断を受けた

(No.26: 50代・女性・1990年前後)

事例2: 鉄欠乏性貧血に効果のある薬剤を、2つの医療機関で異なる服用方法(3回/1日と1回/1日)を指示され、前者の指示から胃潰瘍によって下血・吐血したため、指示に疑いをもつ(No.16: 50代・女性・2000年前後)

で、下血、吐血。下からもう、真っ黒いのでますよね、胃潰瘍になったら。そして、上からは、小さい血の塊がぴっぴってでたんですよ。(略)

まあ、人、いろいろでしょうけどね。ま、たまたま、私がたまたま胃が悪いときに飲んだから、そうだったのかもしれない。ただ、(2つめのB病院では)こんなに飲みはったんですかと言うとった。(略)

今、一個だけ飲んでるの、何か、ピンクのね、A病院では一日三回飲むのを、B病院では、じゃあ、一錠で良いですよ、って、だしてくれましてですね。一錠でええって。そんなに、違うもんやろうかと思ってですね。

\*括弧内は報告者によるもの(以下同)

事例3: 階段から転倒し右腕に麻痺が残り、半年の間に4回の手術を受けたがよくなり、転院してリハビリを二・三ヶ月受けたところ一定の改善がみられた(No.4: 60代・男性・2000年前後)

(各事例が医療事故や医療過誤であるかの判断は別にして)診断・治療の異同を、彼らは好ましくない結果と直線的に結びつけて考えている。現実的には医療者/

医療機関によって治療法は同じではないし、診断・治療技術にも違いがある。また、病気の自然史に関連させて述べた対象者は少なく、事例2や下記の事例4は稀なケースであり、どの医療者/医療機関も同じように診断・治療ができ、揺らがない、医療を確実性の高いものと捉えていることが推測される。

事例4: 入院中の病院にて疥癬にかかるが(疥癬の入院患者がいたことが原因だと対象者は考えている)、疥癬の診断は医師によって食い違いがあった。罹患して1年後に4つ目の医療機関にて1週間で治った(No.3: 40代・男性・ )

(3つ目の医療機関で)そこで、その先生、はっきり疥癬が見つかったって言って、で、僕が文句を言うと、文句じゃないけど、こう、違うんじゃないって言って、病院では全然(検査でダニが)出なかったよって言って、もう一回やったんですよ。もう一回したら、もう一回出たって言ったんですよ。(略)

だけど、そのあと結局治ったのは、あの、また、(最初に行ったA病院に)戻ったんですよ。そしたら、(略)入院当時の皮膚科の先生とは替わってたんです。(略)だけど、ちゃんとした先生だっているのが、こう直感的に分かったんです。(略)行ったらもう、一週間くらいで治りました。できてたのが。薬を替えて、結局、種類じゃなくて、二種類、薬をこう混ぜて。でもね、一番思うのは、たぶん、病気の寿命が終わったのかなとも思いましたけどね。治る時期だったのかな。

3)「医療者の説明モデルと患者・家

### 族の説明モデルとの不整合」

患者・家族は、病気の原因や治療のあり方について、何らかの見解をもっていることが多いが、病状の悪化や治らないなどの良くない結果に関連して、医療者の見立てと一致しないことがある。最終的に自身の説明に符合するような結果や、説明が得られたりする場合は、結果的に過去の診断・治療が誤っていたのではないかと改めて認識する。

事例5：動悸に始まり、胸の痛み、発熱、倦怠感、めまいなどの症状で、4ヶ月の間に10以上の医療機関で受診。さまざまな検査を受け、上気道炎、肋間神経痛、肝機能低下、異常なし、などの診断を受けていた。最終的にはうつ病の診断を受ける。(No.20・30代・女性・2005年前後)

風邪って言われるんですよ。その時は、「ああ、もう風邪なんだ」と思うんですけど、やっぱり家に帰っても、薬飲んででもやっぱり変わらないので、「あの先生は、間違っただ診断をしていらっしゃるのではないか」という気持ちには、やっぱり毎回なっていたんですよね。(略)

そうですね。風邪だったら多分こうじゃない。なんか、だいぶこう、風邪だったら、自分はどういうふうな症状になるだろう。大人になって把握できてるから、風邪って。まあ血液検査の数字を見せられると何も言えないというか、まあそれで納得せざるを得ないんですけど。でも、なんか違う、なんか違うっていうのを結局引きずったままでした。(略)

結局、病院を回って、まあ4カ月ぐらいした時に、ある内科の先生から、今までの状況を話したら、「あなたは心療内科に行ったほうがい

いんじゃないか」という話を受けて。(略)精神的には特に問題なかったんですけども、自分では疑問には思っていなかったんですけど、体調が悪いということは、うつ的な病気の表れじゃないか。あなたが疲れている現れじゃないか、ということで。(略)

違った視点で、今までの経過と比較して、違った答えを出していただいたっていうのは、すごくこう、私から見た感じ、何ていうのかな、視野が広い先生というか。信頼感が生まれたかなと思っているんですけど。

事例6：目が突然にふさがって見えなくなり、全身がクラクラして寝ても座ってもいられなくなった女性。眼科、内科、婦人科、精神科等で、更年期障害、多くは異常なし、などの診断を受ける。2ヶ月後に重症筋無力症の診断を受ける。(No.19・60代・女性・1995年前後)

(更年期障害の)薬出されて。でも、一回飲んで、違うと思ったから。全部捨てて。あと、どこに行こうと思って。行く所、あとは、精神科しかないんです。(略)で、精神科行って、自分から、入院すると決めて、もう、そこしか無いんですよ。行く所。(略)入院の手続き最中に、ちょっと、待ち時間があって、院内、クラクラしながら、ちょっと、歩いてたんです。違うなって。何かそんな感じがして、その場でキャンセルして、で、帰って。

(最後の病院に)行って、待ってる間が、待ってられない。待ってられないんです。もう、苦しくて、苦しくて、寝ても居られない。もう、



主人は主人と一緒に、来てるけど、もう訳分からなくて、もう、主人までパニックになって。何度、催促しても、順番通りですよって。はは。ねえ。で、ものの数分です(重症筋無力症の診断を受けるまで)。順番、来ますよって言われて。

これらの事例をみると、最終的に適切ともいえる診断を得ているので「一貫性・信頼性の無い診断・治療」ということもできるが、一貫性のなさよりも、対象者は「自身の身体感覚」を重視していて、それと医療者の診断とのズレを強調して述べているように思われる。

事例7:大腸がんで父親を亡くした男性。未承認の薬剤を同意なく使用したことを副主治医である研修医から知らされ、「医療事故」の疑いをもった(No.1・40代・男性・1995年前後)

(未承認の薬剤が原因であるかは)まあ、そうとばかりは言えないけど、吐きましたね。ゲゲエ吐いてました。父が、その時、言った言葉は、あの、A先生は、何か失敗したな、とか何かいうふうには言ってましたね。何かやらかしたんじゃないかっていうふうに。点滴のせいだとは思ってないですよ、僕らもその当時思ってないですから。

#### 4)「説明のつけられない病状やQOLの悪化」

事例8:元気だった母親が、検査のために無理をして薬剤を飲んだことをきっかけに、体調が悪くなり約1ヶ月後に死に至った。

(No.25:50代・男性・2005年後)

「まず下剤を飲んでください」と。一晚、次の朝ぐらいいまでに1リットルぐらいいある。で、そのビンがあって、「とにかく飲んでもらわなきゃいけない。とにかく飲まないで検査ができない」って言うんで、頑張ってますね、半分までぐらいいったかな。夜にそれぐらいい飲んでたんですよ、母が。その日の夜。だけど、「もう飲めん」と、夜に「これ以上、私飲みきらん」と言ってる。こっちも素人だから、もうわがまま言いよんかなとか思ってたんですけど。

で、その明るる日から、もう見る見る悪い状況に、もう全然こう、もうほんとにぐったりした状況になっちゃったんですよ。もちろん問いかけてかそういうのには答え、意識はあったんですよ。(略)意識はあったんですけども、もうほんとに立てない状態というか。苦しくて。そういう状況にみるみるこう、なった状況があつて。

母親が「元気だった」ことと「体調が悪化した」こととをつないでいることは、「がんの再発」であることが、対象者の話からもうかがえた。しかし、体調の悪化は著しく、それが検査のために無理をして薬を飲んだことがきっかけであったために、また、検査は未遂に終わり、その前に撮影されたCT(を医師は忙しくて確認していなかった)で概ねの状況判断が可能だったと思われることも関係して、下剤を飲ませた判断の誤りを対象者は考えている。

患者・家族は、病気の悪化・改善に何らかの説明付け(なぜ、このような結果になったか)を行うが、説明に用いられる資源は限られている(事例4でもこの点は顕

著に現れている)。よって、説明が直線的になりやすく、それが病状や QOL の変化が大きいときに説明が難しくなり、医療者の診断・治療の誤りと結び付けて考えがちである、と推察できる。

事例 9：夫が昼、かかりつけの病院にかかったのに、夕刻自宅で倒れてそのまま亡くなった(昼にかかったかかりつけの病院でなんらかの見落としがあったのではないかと不審に思っていた)。(調査票から NoQ.151・60 代・女性・ ) \* これに類する事例は、とくに調査票への記載に多くみられた。

事例 10：父親が、糖尿病(と肝硬変)で 3 年ほど入退院を繰り返していたが、具合が悪くなり別の病院に入院したところ、腎不全を告げられ 1 週間後に亡くなった (No.27・50 代・女性・1985 年前後)

これらの事例は医療の不確実性をどう捉えるか、ということとも関連するところであるが、入院中や定期的な通院や検査をしている状況下では、病気を見逃したり、悪化することはあまり予期しておらず、とくに病状の変化が短時間の間に大きい場合は、「なぜ?、診断・治療に何らかの誤りがあった」と考える傾向がある、すなわち、医療管理下の定義が広い、または医療管理下であることへの安心の付託が大きい、ことが考えられる。

#### 5) その他の関連する要因

医療者の態度や服装、コミュニケーション能力など、直接的には医療事故とは無関係なことが、彼らの評価・判断に幾分かの影響を与えているようであった。逆に、結果がよくなかったがゆえに、そ

の結果と医療者として不適切な振る舞いなどが結び付けられているとも考えられる。

くわえ煙草しとって、私達の診察しとって、なめとんのかって。私が結局、言うたから、もう、ここに、置くようになったですけどね。灰皿。

(略)頭をいろいろ、いろいろそうやって、染めたりなんかするからですね。で、もう、質問も、いろいろする患者には、もう牽制球投げるっちゃうような、何か、不審なことばかり、私にこう、そういうふうに、とらざるを得んちゃうかね、私が、治りさえすれば、何されても、かまわんやけど、治らんもんだから。

(No.4: 60 代・男性・2000 年前後)

最初の先生って、こう、女の先生で、こう何か、付け爪じゃないけど、こんなねじってるんですよ。婦長さんと何か談笑して。そんな感じだったから、まあ、皮膚科のお医者さんで、そんな爪伸ばしてる場合じゃないだろうって、思ったんですけど。まあ、だからあんまり、信頼してなかったから、こう結局、よその病院に行ったりしたんですけど。今度、(A 病院)に行ったら、何かこう、僕と同じ歳くらいのちゃんとした先生だったから、行ったらもう、一週間くらいで治りました。(No.3: 40 代・男性・ )

(2)「医療事故」を体験した患者や家族が、その出来事に対して抱く感情とその変容

1)「医療事故」の原因や責任を捉えなおす

「医療事故」に遭った患者やその家族は、多くの場合は医療従事者の責任とし

て捉える傾向があることは質問紙調査の結果からもわかっている。これらの明確な原因が白日のもとに晒されることはないため、疑念を持ったまま日常を過ごしているのが一般的である。しかし、日常を過ごしていく中で、これらの体験は、出来事の責任を「医療制度や医療従事者の労働環境の問題として捉える」ことや、「医療従事者の肯定的な面を強調する」、「自身の知識の無さや対応のまずさを意識する」ことで、怒りや強いネガティブな評価・感情が緩和されていくように、自身でリフレーミングする傾向がみられた。患者満足に関する研究においても同様に、人格を傷つけられるような出来事がなければ、サービスの悪さを医療システムの制度的な問題として捉える傾向が患者にはあることが知られている。(Coyle,1999)、

<医療制度や医療従事者の労働環境の問題として捉える>

- 「大学病院で治療する」というのは、そういうことだなんていうふうに、自分では納得しています  
(未承認の薬を患者の許可無く癌の治療に使い、病状が悪化し死亡した事例(父))
- ああ、でもまあ、歯科の先生はそう。子どものそこは小児歯科の専門の先生ではなかったの。まあ、あの先生はしょうがなかったのかなとは思いますが(紹介された歯科でわが子の流行性耳下腺炎を化膿性唾液腺炎と診断され重篤化した事例)
- 現実1対1じゃないわけじゃないですか。そうすると当然、手が、目が行き届かないのは仕方ないと思いますけども。(老健施設

でのショートステイのケア(父)に疑問(尿路感染症など)をもった事例)

<自身の知識の無さや対応のまずさを意識する>

- やっぱり、年齢とか、経験とかが、先生(医師)にも、言いたいこと、言えるか、言えないか、若いときって何にもわからないまんまじゃないですが、全てが。例えば、私が、看護婦であったならば、言えたと思うんです。(鼠径ヘルニアの手術で誤った位置を切開した事例)

<医療従事者の肯定的な面を強調する>

- やっぱりこう看護婦さんとかは、うちの父が亡くなった時、私も、泣いてなかったのに、看護婦さん、泣いてましたもんね。そんなのを見るとやっぱり、(略)下の方で働いている人達っていうのは、やっぱりこう、血が通っているように思えたので、全否定するのは止めようかなと思ったんですよね。  
(未承認の薬を患者の許可無く癌の治療に使い、病状が悪化し死亡した事例(父))
- なんかもすごく丁寧にみてくださったっていうのは覚えてるんですけど。ベッドを用意してくださって、「それまで寝てていいですよ」みたいなことで、していただいたので。(紹介された歯科でわが子の流行性耳下腺炎を化膿性唾液腺炎と診断され重篤化した事例)

<その他>

- そういうのも、あの人の運命なんだから・・・(人為的なこととして

捉えない) (糖尿病で継続治療中に知らされていなかった腎不全によって父親を亡くした事例(母の言葉))

- 肝炎にしても、院内感染は明らかなんですけどね、もう田舎のことだし、今みたいにどんどん情報がね、ある時期でもなかったし

## 2) 否定的な感情の潜在化

「医療事故」に対する強いネガティブな感情は、時間の経過とともに薄れていく。しかし、それは消えるものではなく潜在化していく。

- もうやはり7年たつと、まあそういう記憶も徐々に(薄れていきます)。ただ記憶として、(怒りの感情が)ここまであったという記憶は残っていますね。決して忘れられるものではなくて、できるだけ意識の中からこう、蓋をしようというだけじゃないですか。(健康診断の採血時に神経を穿刺し、麻痺が残った事例)
- そのことはやっぱり、私は、もうそれ(医師が別件で訴訟になったこと)でもう良いと思ってるけど、私の母なんかは、やっぱり、まだ、未だにこう、本当に良かったのかどうかっていうのを、今も悩んでいますね。(未承認薬を患者に許可無く癌治療に用い、病状が悪化し死亡した事例(父))
- (5年たっても怒りのレベルは)変わらないですね。忘れてるときは全然忘れてるんですけど。嫌なことをされた時は、やっぱり覚えてるもんです。 (血液検査の取り違えで肝血管腫の疑いをかけられたインシデント事例)

結果3 (聞き取り調査):

## 3) (潜在化した)「医療事故」体験の感情を喚起する動因

時間の経過とともに医療事故への感情は潜在化していくが、それは、さまざまな動因によって引き出され、顕在化する。

<医療事故など類似した出来事の報道や話題への暴露>

- 情報やテレビとか見てて、医療事故のとかときどきあるじゃないですか。ああ、うちのA(名前)もやっぱりこれと同じような感じだったよねとかいうふうに言いますけどね。

<「医療事故」を体験した医療機関や医師の存在>

- 息子のかかった総合病院の前を通ると、なんとなく頭の逆恨みができる(ああちよつとつらいな、と思う)(息子が流行性耳下腺炎にかかって3箇所の医療機関で見逃された母の事例)

<身体的な障害や痛みの継続>

- 治りさえすれば、別に、何にも言うこと無いんですけど、痛いにつけて、ついつい、やっぱ、愚痴が出てくるもんですけね。で、あの当時、あういう事があった、こういう事があったって、もう、その先生のあれが・・・。思い出されるもんだから、もう。いまだに、愚痴みたいにばかりなってしまうてるんですね。(打撲したひじが、複数回の手術で全くよくなりず痛みが残った事例)
- でもまあ、忘れられませんよね。常にやはり痛みというのはあるし。(健康診断の採血時に神経を