

加」をどのように進めているかという点について特にこの「Patient and Family Advisory Councils」の取り組みについて焦点をあて、日本の医療の現場への導入に向けて検討することとともに、日本の医療の現場が患者参加を展開するためのサポートのあり方やNPO法人の役割についても検討することとした。

② Patient and Family Advisory Councils の設置と活用に向けたサポート

・医療における「患者・家族の参加の位置付け」を明確に定めている

すでに述べたように、IFCCにおける「患者・家族」は、単なる臨床の現場のpartnerとして個々の診断・治療の過程において機能するだけでなく、プログラムや方針策定におけるadvisorsやleadersとして医療の現場全体の改善の過程において機能することも目指している。特に後者、すなわち「医療の現場全体の改善への参加」は、アメリカの医療の現場にとっても比較的新しい取り組みであるとともにその展開に力が入れている。日本における「全体の安全向上への参加」の参考になる点である。

なお、IFCCの「患者・家族本位の医療」のコアとなる概念のキーワードとされているのが「尊厳と敬意」「情報の共有」「参加」「協働」である(表18)38。「協働」においては、それまでの「尊厳と敬意」「情報の共有」「参加」が基本的に「自らの安全確保への参加」について述べているのに加え、最後の「協働」においては、「on an institution-wide basis」という表現を使って、医療に関することのみならず、組織の方針やプログラムの検討、実施、そして評価、また施設のデザイン、医療従事者の教育といった参加もコアと

なる概念として挙げている。

・言葉の使い方にも議論を重ねている

興味深いのは、言葉の使い方に議論を重ねていることである。

IFCCの法人名は「The Institute for Family-Centered Care」であるが、文章においては常に「patient-and family-centered care」を使っている。ホームページでは、「family」とは何を意味するのか、「family centered」なのか、「patient centered」なのか、「patient-and family-centered care」なのか、そして、「family-centered」と「family-focused」はどのように違うのかなどを論じている。ちなみに、「family」については「なんであれ—生物学的、法的、そして精神的であれ—関係のある二人以上」と定義している。また「family centered」なのか、「patient centered」なのか、「patient-and family-centered care」なのかについては、かつて1990年代初めは小児医療に焦点をあてていたIFCCの設立の経緯から説き起こし、その小児が成長する段階でその治療における意思決定において自らが参加することを説いてきたなかで、近年特に「患者や家族の役割」を明確にする必要があると思うようになり、「patient-and family-centered care」を使用することにしたという。また、「family-centered」と「family-focused」の違いについては、「family-focused」は「医療従事者が医療のエキスパートという立場から、familyに従うべき治療計画などを授けるような使い方」であるのに対し、「family-centered」は「協働という性格であり、医療従事者もfamilyも、それぞれが互いの知識・技術や経験に敬意を

(表18) patient- and family-centered care
のコアとなる概念

Dignity and Respect. Health care practitioners listen to and honor patient and family perspectives and choices. Patient and family knowledge, values, beliefs and cultural backgrounds are incorporated into the planning and delivery of care.

Information Sharing. Health care practitioners communicate and share complete and unbiased information with patients and families in ways that are affirming and useful. Patients and families receive timely, complete, and accurate information in order to effectively participate in care and decision-making.

Participation. Patients and families are encouraged and supported in participating in care and decision-making at the level they choose.

Collaboration. Patients and families are also included on an institution-wide basis. Health care leaders collaborate with patients and families in policy and program development, implementation, and evaluation; in health care facility design; and in professional education, as well as in the delivery of care.

払うもの」であるとして、その違いを整理し、「family-centered」を使用している。

振り返って、本研究のみならず日本の医療の現場が使っている「患者参加の医

療安全」はどうだろうか。「患者」の意味するところ、「参加」の意味するところをあらためて検討する必要があるのではないだろうか。

・具体的な参加のかたちが議論されている:
「Patient and Family Advisory Councils」、
そして「tool kit」と「Champion」

その IFCC が「医療の現場全体の改善への参加」の取り組みとして力を入れているのが「患者・家族の声に耳を傾ける」ことを目的とする「Patient and Family Advisory Councils (以下 PFAC)」の設置である。

Patient and Family Advisory Councils、すなわち「患者・家族をメンバーにした協議会」といった組織を医療の現場に機能させることの重要性は日本においても論じられてきてはいるものの、実際そうした組織を機能させようとするれば、その人選から運営の方法など、直面する問題は多い。アメリカの医療の現場においても同様らしく、例えば IFCC のホームページにおいては、「どうしたら現場のスタッフの抵抗に打ち勝つことができるだろうか」「どうやってメンバーの適任者を見つけることができるだろうか」「どのような人をメンバーに選ばばいいだろうか」といった具体的な問題を質疑応答のかたちをとって論じ、その対応策を示している。

ちなみに、「どうしたら現場のスタッフの抵抗に打ち勝つことができるだろうか」については、「まずトップが前向きな取り組みを判りやすいかたちで進めること、スタッフがそうした取り組みを理解できるような適切な情報を提供すること、すでにそうした取り組みに興味を持っている人や部署でモデルになるような取り組みを実践すること、スタッフを取り組

みに巻き込むこと」などを挙げている。

また、「どうやってメンバーの適任者を見つけることができるだろうか」については「推薦できるような人がいないか職員に聞いてみることに、こうした取り組みをしている団体に相談してみることに、患者満足度調査の回答者のなかに建設的なアイデアを持っているような人がいなかったか検討してみることに、そしてそうした候補者が集まったら、病院という組織でアドバイザーとしての役割を果たすことができるようになるための準備を手伝ってくれる組織もあるので活用すること」などを挙げている。

そして、「どのような人をメンバーに選べばいいだろうか」については、「他の人が学ぶことができるような方法で、自らの体験に関する情報や視点を共有する（共有させる）ことができる人」「ひとつの領域に固執せず幅広い問題に関心を向けることができる人」「よく聞くことができる人」「他の人の見解にも敬意を払うことができる人」「集団のなかで上手に話すことができる人」等をチェックリストにして示している（表19）。なお、そのリストの最後には、「自らの個人的な体験の先にあるものを理解することができる人」とあるのは心に留めておきたい。

IFCCのサポートはこうした問題を解決するため二つの大きなサポートをしている。

そのひとつが、医療の現場と患者双方にとっての指南書とも言うべき「患者や家族がアドバイザーとして参加する前の受け入れチェックリスト」「委員会やタスクフォースに患者や家族が参加するにあたってのグループリーダーやファシリテーターのためのヒント」といった、その

まま現場のガイドラインになるような実践的な toolkit を用意していることである。

そして、もうひとつが「まずトップが前向きな取り組みを判りやすいかたちで進めること、スタッフがそうした取り組みを理解できるような適切な情報を提供すること、すでにそうした取り組みに興味を持っている人や部署でモデルになるような取り組みを実践すること、スタッフを取り組みに巻き込むこと」に示されるような、いわゆる「Champion」と称するモデル事業を支援していることである。

・実践的な toolkit が提供されている

患者・家族が個々の診断や治療の過程において「参加」することはまだしも、プログラムや方針策定といった組織全体の安全向上への参加、ひいては組織全体の改善の過程に参加するというのは、実際には双方、すなわち患者や家族のみならず、組織や医療従事者にとってもそうしたやすいことではない。だからこそ IFCC は具体的な取り組みが進むよう、組織や医療従事者、そして患者・家族に向けての支援活動を展開しているのである。その支援活動の一端が現場でそのまま使える「実践的な toolkit の提供」である（表20）。

なおこれらの toolkit はいずれもホームページからそのままダウンロードして使用できるように配慮されているのみならず、アメリカ病院協会と提携し、すべての toolkit が各医療現場に配信されるようになってきているなど、現場（医療従事者）への浸透も図られている。

実践的な toolkit は、全部で18種類（基本的なものとして8種類、その他のもの

として 10 種類) が紹介されている。それらの toolkit、特に基本的なものとされている 8 つは、日本の医療の現場においても、患者参加のあり方を整理し、実践していくためのヒントになる。

・「Patients and Families as Advisors: A Checklist for Attitudes」について

「患者や家族がアドバイザーとして参加する前の受け入れチェックリスト」とも言うべきこの toolkit は、受け入れ側はその準備ができているかを確認するものである。「私は、患者や家族が我々の関係にユニークな知識やノウハウを提供してくれると信じているだろうか」「私は、患者や家族がこのプログラムや方針の決定において参加することが重要なことであると信じているだろうか」「私は、患者や家族の意見が医療の専門職の意見などと同様に重要であると信じているだろうか」「私は、患者や家族の見解が価値あるものであることを他の人にも常に知らせているだろうか」「私は、患者や家族が自由に話ができるよう、患者や家族が応援されていると感じ、快適に感じるような環境を作る努力をしているだろうか」「私は、患者や家族の意見に敬意を払って耳を傾けているだろうか」「私は、患者や家族が自らの体験をを超えることができるということを信じているだろうか」「私は、患者や家族に、アドバイザーの役割を果たすために、何が必要なのか、何が期待されているのかをはっきり説明しているだろうか」「私は、患者や家族がその役割を果たすために、わかりやすい目標を立てる手助けをしているだろうか」「私は、病気や家族のために、患者や家族がアドバイザーとしての仕事から離れなければならないことがあることを理解している

だろうか」「私は、気持ちよく患者や家族に権限・責任を委譲できているだろうか」といった 12 項目は、いずれも患者や家族をアドバイザーとして組織に迎える受け入れ側の心構えとして、それぞれ納得できるものである。そして、こうした具体的な項目の明示が、受け入れが始まる前の準備、そして始まった後の常に振り返るべき拠り所としても活用されることになる。

・「Tips for Recruiting Patients and Families to Serve in Advisory Roles」について

この「患者や家族が委員会やタスクフォースに参加するにあたってのグループリーダーやファシリテーターのためのヒント」は、「アドバイザーの役割を果たしてくれる患者や家族の選抜について」「打ち合わせの準備について」「打ち合わせについて」「病気への配慮について」の 4 項目について述べている。

「アドバイザーの役割を果たしてくれる患者や家族の選抜について」では、「どのような人材がいいか」について、すでに述べたような「他の人が学ぶことができるような方法で、自らの体験に関する情報や視点を共有する（共有させる）ことができる人」「ひとつの領域に固執せず幅広い問題に関心を向けることができる人」「よく聞くことができる人」「他の人の見解にも敬意を払うことができる人」

「集団のなかで上手に話すことができる人」「自らの個人的な体験の先にあるものを理解することができる人」などをあらためてより詳細な項目にして挙げたうえで、「委員会に患者や家族のメンバーがたった一人というのは通常成功しない。委員会の 3 分の 1 から 2 分の 1 を占める位

がいい」「患者や家族がアドバイザーになるというのは多くの人にとって新しい役割であることを忘れないこと。多くの支援が必要な患者や家族も出てくる。ただし、誰もが次第に理解し成長してくることを忘れないこと」なども示されている。

「打ち合わせについて」では、「患者や家族に意見を聞いて委員会のメンバーとしての役割を果たせるよう応援してあげること」としつつ、「患者や家族からの後ろ向きな発言で委員会の議論がとまってしまうことがないように、その不幸な体験を理解したことを伝えたいので、何かできることはないか尋ねてみる。また、防止や改善のためのアイデアがないか聞いてみる」と「もし個人的な体験談が非常に長く続くような場合は、話してくれたことを感謝し、理解したことを伝えたいので、その体験談を活かすもっと別な場があるかもしれないことなどを提案すること」「もし極端に異なる意見が噴出するようなときは、その事案に関するタスクフォースを設定すること。他の委員会の意見を聞くようにすること。その場で結論を出さず次回持ち越しにすること」など、現実的な対応策が示されている。

・「Sharing Your Story: Tips for Patients and Families」「Presentations by Patients and Families: Staff Liaison Coordination and Preparation Roles」について

PFAC が機能していくためには、患者や家族への支援も必要である。

IFCC は患者・家族向けに、そうした協議会のメンバーとして機能するためにまず必要な技術として「語るができること」を挙げ、患者や家族向けの toolkit として「あなたの体験を共有するための

ヒント」や、受け入れ先向けの toolkit として、患者や家族が上手にプレゼンテーションをできるよう「プレゼンテーションのコーディネート方法」が用意されている。

「あなたの体験を共有するためのヒント」では、「話をする招待を受けたら、何を出席者に伝えたいかをじっくり検討しなさい。」から始まり、「以下があなたの体験を話す際のヒントです」として挙げられている 16 項目のなかには、「出席者はどういう人たちなのかを知って、心に留めておきなさい」といった一般的なヒントから、「あなたの不幸な体験が建設的な学習の機会になるかもしれないことを忘れないこと。効果的ではない怒りは、あなたの話しそのものの力にあまりならない」「あなたの話を聞いて大変心を動かされる人がいるかもしれない。そしてあなた自身も話の途中で感情的になるかもしれないことを心に留めておくこと」と、患者や家族という話し手ならではの視点で挙げている。

・「Patient and Family Leaders in Paid Positions」について

IFCC のアプローチとして興味深いのは、いわゆるボランティアとして「無償で参加」するだけでなく、「責任のある役割を果たす」という意味において「有償で参加」することを検討していることである。「そればかりか「患者・家族本位の医療の実現のために患者や家族が就くことができる職種が病院にはたくさんある」として、職員として雇用されることを積極的に推進している。

「有償のポジションにおける患者や家族：乗り越えなければならないこととその有効な解決方法」のなかでは、乗り越

えなければならないこととして「組織で働くために必要な技術不足」「管理能力不足」「健康状態への配慮」「他の病院職員の抵抗」であり、それぞれの対応方法についてのヒントが示されている。

・患者・家族向けに実践的なテキストを発行している

IFCCは数多くの実践的な toolkit を提供しているほか、数多くの実践的なテキストを発行しているが、そのなかの1冊である「Words of Advice」はこれから取り組みに参加しようとする患者・家族に

向けた実践的なテキストとして興味深い(表21)39)。

80ページほどの冊子であるが、随所にチェックリストが組み込まれるとともに、すでに取り組みに参加している患者・家族の成功談・失敗談が随所に紹介され、生き生きとしたテキストになっている。しかしながら、情報を集めることやスキルを身につけることの必要性はしっかり協調し、単に熱意や個人的な体験だけではだめなことも強調している。

(表19)「委員会のメンバーやアドバイザーにはどのような家族や患者を探せばいいか。」

In reviewing possible candidates for advisory positions, look for individuals who:
Share insights and information about their experiences in ways that others can learn from them.

- Show concern for more than one issue or agenda.
- Listen well.
- Respect the perspectives of others.
- Speak comfortably and candidly in a group.
- Interact well with many different kinds of people.
- Work in partnerships with others.
- See beyond their own personal experience.

(表20)Institute for Family Centered Care が配信している toolkit

(1)Tools to Foster the Collaboration with Patient and Family Advisors

- ① Patients and Families as Advisors: A Checklist for Attitudes
- ② Tips for Group Leaders on Involving Patients and Families on Committees and Task Forces
- ③ Creating Patient and Family Advisory Councils
- ④ Tips for Recruiting Patients and Families to Serve in Advisory Roles
- ⑤ A Patient and Family Advisory Council Workplan: Getting Started
- ⑥ Sharing Your Story: Tips for Patients and Families
- ⑦ Presentations by Patients and Families: Staff Liaison Coordination and Preparation Roles
- ⑧ Patient and Family Leaders in Paid Positions

(2) Other Tools to Foster the Practice of Patient- and Family-Centered Care

- ① Are Families Considered Visitors in Our Hospital or Unit: A Checklist
- ② HIPAA - Providing New Opportunities for Collaboration
- ③ Wearing New Glasses
- ④ Sharing Personal and Professional Stories
- ⑤ Magic Wand Exercise
- ⑥ Patient- and Family-Centered Care: What's in it for Me?
- ⑦ Tools to Assist in Designing Supportive Health Care Environments
- ⑧ Patients and Families as Advisors in Design Planning
- ⑨ Design Planning Key Priorities
- ⑩ Conducting Site Visits for Design Planning

(表 21)「Words of Advice」の目次

Introduction

Why Should You Become an Advisor?

- The Advisory Roles Consumers Play
- Benefits to Being an Advisor
- Challenges to Being an Advisor
- Making It Happen

 Identify Your Strengths

 Gather Information

 Sell Yourself

 Get Support

 Build Your Skills

 Plan for Challenges

- Serving as an Advisor: Six Roles You Can Play

 If You are Serving on an Advisory Board or Committee

 If You are Attending a Conference

 If You are Providing Training

 If You are Testifying to Legislators

 If You are Supporting Other Families

 If You are Considering a Paid Staff or Consultant Position

- Ready or Not? 15 Questions to Ask Yourself
- In Conclusion
- Who are the Advisors?
- Resources

・「Champion」に向けた支援活動を行っている

「Champion」というのは、ある取り組みを全体に広げるための突出して優れた取り組みのことである。ある取り組みを全体に広げるための突出して優れた人についても使われる。すでに述べたように、「まずトップが前向きな取り組みを判りやすいかたちで進めること、スタッフがそうした取り組みを理解できるような適切な情報を提供すること、すでにそうした取り組みに興味を持っている人や部署でモデルになるような取り組みを実践すること、スタッフを取り組みに巻き込むこと」といった方法論で進められていくことになる。ポイントは、「すでにそうした取り組みに興味を持っている人や部署を中心としてモデルになるような取り組みを実践する」ことである。したがって「優れたモデル」になりえる確率はもともと高く、「取り組みに興味を持たない人や部署」で同じように成功するかどうかはまた別な問題になる。ただし、そうした優れたモデルが「それまで興味を持っていなかった人や部署に興味を持たせるきっかけ」になることは期待できることになる。

いざ取り組みももうとしても、現場として乗り越えなければならない問題も多い。そこに、このIFCCが具体的な支援をしてくれるのである。MCG Health System（ジョージア州）は、当初の小児の領域（Children's Medical Center）で始めた患者・家族のアドバイザーとしての参加を成人の領域（Neuroscience Center of Excellence）に広げていった「Champion」として紹介されている。現場にとってありがたい支援であると同時に、IFCCにとっては、単なる成功事例としてのみなら

ず、成功への過程を「変革のプロセス」として、これから同様の取り組みを目指す医療機関にとって貴重な教材となる情報を提供できることになるのである。

・患者・家族と医療従事者双方を対象にした研修を実施している

IFCCはPatient-and Family-Centered Careに関する研修にも熱心に取り組んでいる。

患者・家族と医療従事者双方を対象にした「Hospitals Moving Forward with Patient-and Family-Centered Care」と題される研修は、4日間にわたる充実した内容で、「Patient -and Family-Centered Innovations in Policies, Programs, and Practice」「Creating and Maintaining Patient and Family Advisory Councils」のほか、「Changing the Problem-Oriented Electronic Medical Record to a Patient- and Family-Centered Health Record」というように、単にPFACsの設置と活用だけでなく、医療の現場そのものをPatient-and Family-Centered Careという視点で見直そうとする研修になっていることに気付かされる。

③日本におけるこれからの展開に向けてのヒント

・NPO法人を活用する

アメリカにおける取り組みをみていくと、こうしたIFCCのようなNPO法人が活躍していることに気付かされる。IFCCのようなNPO法人の存在は、医療機関の安全と質の向上に寄与するだけでなく、そのNPO法人に参加することが「全体の医療安全の向上」に寄与することにもなる。患者・家族が自らの体験や技術や、そして熱意を医療安全と医療の質の向上に寄

与できる新たな場としても、日本における NPO 法人の今後の活躍を期待したい。

・患者・家族と医療従事者双方と一緒に学ぶ研修を実施する

IFCC が行っている研修は患者・家族と医療従事者双方を対象としている。患者・家族が参加するプログラムの研修であれば当然のことなのだが、考えてみると患者・家族と医療従事者が、どちらかがどちらかに講義をするのではなく一緒に学ぶ研修というのはあまり例がないこと

(表 22) 想定される障害

Attitudinal Barriers

- ・ Fear that patients' and families' suggestions will be unreasonable.
- ・ Fear that patients and families will compromise confidentiality.
- ・ Belief that a customer service program is sufficient to ensure patient satisfaction and involvement.
- ・ Perception that there is a lack of evidence for patient - and family -centered practice.
- ・ Belief that patient-and family- centered care is not necessary ("We are knowledgeable, caring pro- fessionals. We know what' s best for our patients. We are all patients.")
- ・ Belief that patient-and family- centered care is time -consuming and costly resources.
- ・ Belief that their patients are too poor, too violent, too uneducated, too humble to be engaged or to engage.

Education Barriers

Organizational Barriers

⑤「進めていくための障害」を心に留めておく

IFCC によると、Patient-and Family-Centered Care」を進めていくなかでの障害は以下の 3 つの領域にあるという(表 22)40)。なかでも「Attitudinal Barriers」とされる領域の「障害」はこれからの我々の取り組みの参考になるものではないだろうか。「Fear」と続く文章に、心配した割には RRT の呼び出しが少なかったことを思い出しておきたい。

に気付く。そしておそらくその研修の場こそが、患者・家族と医療従事者が共に取り組むための相互理解の場になるのであろう。

ならば現実的に、双方を対象にどのような内容でどのようなレベルの研修を設定すればいいのか。どちらか一方がそれぞれ集まって行うのではなく、双方と一緒に学ぶという場を大事にしながら、その現実的な研修プログラムを検討していく必要がある。

7. おわりに:さまざまなヒントは出揃ったのではないだろうか

本研究の目的は、日本における「患者参加の医療安全」の推進に寄与することを目的とする「医療安全における患者参加の実践プログラムとその効果的・教育的教育・研修システムの開発研究」の分担研究として、アメリカにおける取り組みの先進事例や現状から、患者参加の実践プログラムの検討を行うことにある。

これまでの報告書において、「患者参加の医療安全」の実現に向けての課題とし

て、

・「患者参加の医療安全の重要性の明確化」

・「患者参加の医療安全のフレームワークの検討」

・「それぞれの取り組みにおける必要な具体的サポートの検討」

・「それぞれの取り組みにおいてインセンティブが働く仕掛けの検討」

・「それぞれの取り組みに向けての具体的な教育・研修プログラムの検討」

・「Publicに向けた展開の検討」

を挙げたが、アメリカの取り組みのなかにはこれらの課題に向けてのヒントがいくつもあったのではないだろうか。というより、すでにヒントは出揃ったのではないだろうか。

ただし、だからといって直ちに日本において取り組みが進むわけではない。あの患者の権利と責任を以前から掲げてきたアメリカでさえ、これだけあれこれいまま「患者参加」に取り組んでいるということは、それはそのまま「患者参加」の実現がそう簡単なことではないことの証でもある。

だからこそ、上記の課題を検討しつつ、同時に DFCI のようなモデルケースを実現していく必要がある。

最後にあらためて「患者参加の医療安全」の意義を考えておきたい。もちろん事故を防止し、医療安全に成果を挙げることはもちろんであるが、わかりやすい医療安全への患者参加を通して目指すことができるものがその先にある。「患者参加の医療」である。「患者参加の医療安全」について患者・家族と医療従事者が一緒に考え機会は、医療安全のみならず医療そのものを考える機会になるはずである。

患者参加の医療安全がもつより広い可能性についても心に留めておきたい。

参考文献

- 1)平成 16 年度報告書
- 2)平成 17 年度報告書
- 3)平成 18 年度報告書
- 4)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.
- 5)AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) : <http://www.ahrq.org>
- 6)20 Tips to Help Prevent Medical Errors: AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) : <http://www.ahrq.gov/consumer/20tips.htm>
- 7)JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) : <http://www.jcaho.org>
- 8)Speak Up: JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations): <http://www.jcaho.org>
- 9)National Patient Safety Goals : JCAHO: <http://www.jcaho.org>
- 10)WHO (World Health Organization) : <http://who.int/patientsafety>
- 11)World Alliance for Patient Safety, Forward Program 2005, 2005.
- 12)World Alliance for Patient Safety, Forward Program 2006-2007, 2006.
- 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—、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.

- 14) 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.
- 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.
- 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.
- 17) 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.
- 18) 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.
- 19) 訪問時提供資料(院内研修資料)
- 20) 訪問時提供資料(院内研修資料)
- 21) 訪問時提供資料(UMHSパンフレット)
- 22) 訪問時提供資料(UMHSパンフレット)
- 23) IHI(Institute for Healthcare Improvement): <http://www.ihl.org>
- 24) 100,000 Lives Campaign1 : IHI : <http://www.ihl.org>
- 25) The 5 Million Lives Campaign : IHI : <http://www.ihl.org>
- 26) Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academy Press, Washington D. C., 2000.
- 27) 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.
- 28) 訪問時提供資料
- 29) Pont, P. R., Conlin, G., Conway, J., et al.: Patient centered-care Come Alive. JONA, Vol. 33, No. 2, 2006.
- 30) Wong, T., : Involving Patients in Cancer Care Redesign. The Oncology Roundtable, 2000.
- 31) Pont, P. R., Conlin, G., Conway, J., et al.: Patient centered-care Come Alive. JONA, Vol. 33, No. 2, 2006.
- 32) Duncombe, Connor, Gershonoff et al.: Partnering with Patients and Families to Improve Patient Safety: 25th American Society for Healthcare Risk Management Annual Conference. San Antonio, 2005.
- 33) 訪問時提供資料
- 34) 訪問時提供資料
- 35) Wong, T., : Involving Patients in Cancer Care Redesign. The Oncology Roundtable, 2000.
- 36) Pont, P. R., Conlin, G., Conway, J., et al.: Patient centered-care Come Alive. JONA, Vol. 33, No. 2, 2006.
- 37) IFCC(Institute for Family Centered

Care):<http://familycenteredcare.org>
38) Conwey 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) Conwey 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.

厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)
(総合)研究報告書

医療安全における患者参加の基盤となる医療者患者間での医療概念の共有化に関する研究

分担研究者 山本 武志(千葉大学看護学部・講師)

3年間にわたる分担研究において、医療安全における患者参加の基盤となる医療者患者間での医療概念の共有化の方策について、文献検討、量的調査、質的調査を用いて検討した。

平成16年度は、患者やその家族、または市民という立場から、医療事故・医療過誤というものがどのように認識され、またそれに類する体験を明らかにした研究を概括し、医療事故が起きた場合や、日常的な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について検討を加えた。医療におけるケア、サービスのネガティブな体験はパブリックに表明されることがなく、それが、医療事故のような強いネガティブな体験においても、フォーマルな対処(訴訟・説明の文書を求める・しかるべき機関に相談する)がなされることが少なかった。医療事故が起きた場合や、ケア、サービスに何らかの問題があった場合に、患者やその家族が声をあげやすいようなシステムが診療プロセスの中にビルトインされていてもいいはずであるし、なんらかの社会的な受け皿(調停を行ったり、情報を収集する機関)が必要であ利己とが示唆された。

平成17年度は、少数サンプルの一般市民を対象とした質問紙調査をプレ・サーベイの位置づけで調査を行い、(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、(患者が判断する医療事故の)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。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。

平成18年度は、平成17年度調査の本調査を行い、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に加えて聞き取り調査を行い、これらを通じて、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、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により大きな信頼を置いていることがわかった。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、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。

<市民・患者の医療事故に対する認識と医療事故体験に関する研究の概観：平成16年度>

A. 研究目的

本邦では、医療事故に関する訴訟件数が増加の一途にある。先進諸外国においては、遡及的に診療記録等をレビューして、潜在的な医療事故を捉える試みが多くなされている。しかし、過失による医療事故が起きた場合でも、訴訟に発展する割合は2%と低いというアメリカの調査結果があり(Localio, et al, 1991)、すなわち、多くの患者は医療事故が起きたことに気づかないか、知っていても訴訟という手段に至らず対処しているということになる。

本研究では、患者やその家族、または市民という立場から、医療事故・医療過誤というものがどのように認識され、またそれに類する体験を明らかにした研究をレビューすることにより、医療事故が起きた場合や、日常的な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について検討するための材料とすることを目的とする。

B. 研究方法

方法は、国内の文献については医療事故に関連する専門書において引用されている文献、医学中央雑誌データベース、国外においてはmedlineのデータベースから文献を検索し、患者の視点から医療事故について述べているものをレビューした。

C. 結果・考察

1. 医療事故と訴訟の関係について

米国のHarvard Studyでは、3万件の診療記録を調査した結果、入院患者の1%が過失に基づく医療事故を体験していることが明

らかにされている(Brennan, T. A., et al, 1991)。なお、ここでの医療事故の定義は、Adverse eventとあって、事故の理由如何を問わず、死亡・入院の長期化・障害の残存などの有害な被害を被っていることをさすを示された。この1%という数字は、その他の研究においてもほぼ同程度の発生率であるという調査結果がみられている(中島, 児玉, 2000)。

Harvard Studyの研究結果に基づくと、米国では年に33,567,000件の入院があり、計算では9万~36万の過失に基づく医療事故が起きていることになる。しかし、1990年の訴訟件数は28,000件である(Huycke LI, Huycke MM. 1994)。

わが国においては、先述のとおり、医療事故関係の訴訟が年々増加しており、2002年の訴訟件数は896件である。Harvard Studyにおける過失の有無を問わない医療事故の発生率は3.7%なので、1,242,000件の医療事故が起きていることになるが、そのうち訴訟となっているのは2.3%である。それをわが国に当てはめ、年に13,657,000件の入院があると試算すると(3.7%で試算)、505,000件の医療事故が起きており、0.2%が訴訟化していることになる。これは、米国の10分の1以下の訴訟化率である。

離婚問題などなんらかの訴訟に関わったことがある人が国民の20%もいる訴訟大国といわれる米国においても、(過失による)医療事故が訴訟化される割合はかなり低率である。これは、患者に知らされていない、気づいていないだけなのか、知っていながら(気づいていながら)訴えないのであろうか。

2. なぜ患者は訴えるのか？

Harvard Studyの一連の研究のなかで、診療記録のレビューと訴訟記録のマッチングをはかった研究がある(Localio, A. R. et al., 1991)。レビューされた30121件の記録のうち、280件で過失のある医療事故が生じていた(1.0%, 95%CI:0.8-1.2)が、そのうち8件だけが訴訟化されていた(2.9%)。30121件のうち、訴訟化していたケースは全体で47件あった(0.11%, 95%CI:0.06-0.16)。したがって残りの39件は、過失がなかったり、Adverse eventとして認められないケースであった(過失の無い医療事故のケースが過失のある医療事故のケースより多いので(28対72)、過失の無い医療事故が訴訟化しているケースが多いわけではない。実際に、「過失のある医療事故」と「過失の無い医療事故+事故とは判定できないケース」を比較すると、前者のほうが訴訟化される確率はやや高い(1.16倍))。

訴訟の手段をとったのは明確な過失があったから、というわけではなく、過失が無い場合(結果的、といえるかもしれないが)にも訴訟は多く起こされている。必ずしも過失の有無が訴訟を起こすかどうかの判断のポイントではないことが考えられる。

1985年から1987年に、とある医療機関で起きた医療事故に関する訴訟の、原告の証言録取のデータ(45件, 3787頁)を分析した研究(Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, A. L., Frankel, R.M., 1994)では、ケースの71%(32件)から、医療者患者間の関係性の問題が指摘されている(患者を見捨てる(32%)、患者や家族の意見・考えをdevalueする(29%)、情報伝達が不十分

(26%)、患者や家族のperspectiveを理解しそこなう(13%))。

わが国においても、医療事故訴訟の判決文を分析した研究において、55例中27例で医師-患者関係または説明が問題として触れられていたとする研究がある(藤江, 山崎, 2000)

以上から、すなわち医療者-患者間の関係のとり方やコミュニケーションの改善によって、また、医療事故発生後の対応に十分な注意が払われることによって、医療訴訟を避けることができるケースが多々あることが推測できる。弁護士事務所のクライアントで訴訟を起こした466人(227人が研究に参加)を対象としたイギリスの研究(Vincent, C., Young, M., Phillips, A., 1994)では、訴訟を起こした理由について表1に示す理由が挙げられている。同様に、和田, 前田(2001)は、患者は医療側に対し、①情報開示、②真相の究明、③謝罪(誠意)、④再発防止の取り組み、を求めていると総括しており、これは、必ずしも訴訟という手段を用いなくても解決が可能な要望といえる。

また、Vincentら(1994)の研究では、訴訟を起こした案件について、36%は1週間以内に医療機関から説明を受けていたが、40%は説明を受けていなかったとされている。さらに、説明があった人の中で、33%の人は質問する機会はなかったと述べていた。

3. なぜ患者は訴えないのか

6つの法律事務所において、ある10日間に医療事故に関する案件を持ち込んだ(主に電話でのアクセス)すべてのクライアントを対象にインタビュー(502人)を行った米国の研究

(Huycke, L. I., Huycke, M. M., 1994)では、コンタクトしてきた730人中、男性より女性が多くなっていた(65%)。また、医療事故に相当する出来事が起きてから法律事務所にコンタクトするまでの日数は半年以内の人が多く、平均234日となっていた(range1日・24年)。弁護士事務所が訴訟を断った・断念した理由は、適当な損害がない(5万ドル以下)、時効または時効が差し迫っていた、過失とは考えにくい、の理由が多かった。結局730コールのうち、24件(3.3%)が訴訟として提起された。とくに米国の場合には、弁護士事務所の都合(勝訴できる可能性)や、訴訟にかかる費用がネックになっている。

医療事故と思われるようなケースが起きた場合に、どのような対応をとったのか調査した米国の研究では(Meyers, A. R., 1987)、相談した相手として、家族(95%)、友達や親戚(74%)、事故とは無関係の医療専門職(57%)、事故に関係した医療専門職(31%)、弁護士(12%)、ソーシャルワーカー及びカウンセラー(10%)、牧師等(7%)、であった。最初にコンタクトをとった相手は、69%が家族・友達・親戚で、当該医療専門職が7%、非当該の医療専門職が16%であった。訴訟化しない理由としては、「それほど深刻な出来事ではなかったから、訴訟化するメリットがあるほど深刻ではないから」が多く、ついで「“Suing type”ではないから(訴訟にそぐわない)」、が多くなっていた(そのほかに、「訴訟に勝つのは厳しそうだから」、「そう思いつかなかったから」などが多かった。また、「意図的ではなかったから」、「コストがかかりすぎる」、「弁護士が嫌い」、などの理由も認められた。)

自分自身または彼らの近い親戚で、12%、または25%の人が治療の結果として有害な事象を体験していたという研究がある(May, 1990; Mayers, 1987)。これらの10%以下の人が弁護士にコンタクトをとっていた。訴訟に持ち込むかどうかについては、テレビ広告や、家族、友だち、弁護士など幅広く相談をしていた。

以上から、「医療事故ではないか?」と患者が思った場合に、関与した医療従事者にすぐに問いただすことはまれで、多くの人は家族・親戚などにまず相談し、さらに事故に関与していない医療従事者から情報収集をするなど回り道をしている。そのうえで、関与した医療専門職や弁護士に相談している人は多くない。

4. 患者は医療現場でのネガティブな体験にどのように反応するのか(Patient Dissatisfaction研究の成果などから)

ケアに対してなんらかの不満を持っているが訴訟を起こしていない175人と、医療事故で訴訟をしている65人へのインタビュー(ウイスコンシン州)の結果(May, M. L., Stengel, D. B., 1990)からは、訴訟を起こす、起こさないにかかわらず、直接医師にクレームをつけるケースは3割前後と少なく、医師を替えるという回避的な手段をとる人が多くなっていた。

患者満足、不満足に関する研究成果からは、患者が医療現場でネガティブな体験をした場合に、なぜ文句を言わないのか、不満を持たないのかという疑問に対して明らかにされている。Coyle(1999)の研究では、患者の不満や苦情は文化的・社会心理的なバリアーがあって声にされにくいと考えられている。たとえ

ば、厄介者とかノイローゼというラベリングをされる、感謝の意があるので言いにくい、などである。また、Mulcahy, L., Tritter, J.(1998)は、不満があっても患者が苦情をいわないのは、知識と組織のバリアーがあると述べている。苦情の言い方がわからない、報復が怖い、技術的な決定に挑戦することへの知識がかけている、自らpowerlessnessという言葉を使う患者が多かった、また彼ら自身のことを、non-complainersとか、運命論者、騒ぎ立てない人、と述べていたりしていた。

逆に、苦情を伝えようとする患者は、苦情に価値があることをアピールし(他人の幸福に関心がある、など)、モラルのある患者であることを示そうとしていた(文句を言う患者はモラルがない人間だと患者自身が思っているということ)(Nettleton, S., Harding, G., 1994)。

Williams B, Coyle J, Healy D(1998)の研究では、患者のネガティブな体験は必ずしも不満という評価にはつながらず、「義務(duty)ー当然なされるべきことがなされたかどうか」と「過失・罪(culpability)ー医療機関・医療者に過失がなかったか」の2つが満たされない、つまり、義務が果たされず過失がある場合に、はじめて不満が表明されるとしている。そのため、患者のネガティブな体験は声として出すことが抑制され潜在化する、と述べている。

小田巻, 鍋島, 萩原, 信友ら(2003)の医療相談窓口への相談・苦情の分析では、女性からの苦情が男性の2倍あり、また、男性相談者の解決率が低いとされている。性差については、Nettleton, S., Harding, G. (1994)らは、女性のほうが苦情を言いやすいと述べ

ている。同様に、山本, 八巻, 佐伯, 田村(2004)の研究においても、病院のケアやサービスについて問題に感じる事が女性のほうが多いことが示されている。女性はケアラーとしての役割を持っているため、ケアへの目のつけ方が厳しいであるとか、女性のほうが一般にヘルスサービスのヘビーユーザーであるから苦情を言いやすい状況にあるという議論がある。男性は女性よりも苦情を言い難いが、述べる場合には深刻化していて、解決が困難な状況になっているということも考えられる。

D. まとめ

本研究では、患者やその家族、または市民という立場から、医療事故・医療過誤というのがどのように認識され、またそれに類する体験についての研究を概観した。

ケア、サービスのネガティブな体験はパブリックに表明されることがなく、それが、医療事故のような強いネガティブな体験においても、フォーマルな対処(訴訟・説明の文書を求める・しかるべき機関に相談する)がなされることが少なかった。医療事故が起きた場合や、ケア、サービスに何らかの問題があった場合に、患者やその家族が声をあげやすいようなシステムが診療プロセスの中にビルトインされていてもいいはずであるし、なんらかの社会的な受け皿(調停を行ったり、情報を収集する機関)が必要であろう。また、問題が潜在化してしまうのは、提供者側にとっても好ましくない面もあり、医療機関側が適切な対応をとるための材料として、一定の情報収集が必要であろう。

患者が文句・不平・不満・苦情等を直接に

言わないことは、ケアやサービスの質の改善には好ましいことではないが、患者の立場から考えてみると、このようなサイレントな関係性のもつ意味や機能について着目する必要があるだろう。単純に抑圧されている結果と見るよりも、医師や医療組織への思いやりや、間違いはなかったと信じていたいという思いなど、日本的な医療者患者関係のありかたが影響を与えていることが十分に考えられる。

文献

- Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, A. L., Frankel, R. M. (1994). The doctor-patient relationship and malpractice: Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Md*, 154(12), 1365-1370.
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., Hiatt H. H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*, 324, 370-376.
- Coyle, J. (1999). Exploring the meaning of 'dissatisfaction' with health care: the importance of 'personal identity threat', *Sociology of Health & Illness*, 21, 95-124.
- 藤江知郁子, 山崎喜比古. (2000). 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.
- Huycke, L. I., Huycke, M. M. (1994). Characteristics of potential plaintiffs in malpractice litigation. *Ann Intern Med*, 120, 792-798.
- 木村知香子, 山本武志, 佐伯みか. (2001). 病院サービスに対する患者評価の方法に関する検討(第2報): 患者の不満と対処行動について-, 日本病院管理学会第39回学術総会, 東京.
- Localio, A. R., Brennan, T. A., Laird, N. M., Hebert, L. E., Peterson, L. M., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., Hiatt, H. H. (1991). Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: Results of the Harvard Medical Practice Study III. *N Engl J Med*, 325, 245-251.
- May, M. L., Stengel, D. B. (1990). Who sues their doctors? How patients handle medical grievances. *Law Society Review*, 24, 105-120
- Meyers, A. R. (1987). 'Lumping it': the hidden denominator of the medical malpractice crisis. *Am J Public Health*, 77, 1544-1548.
- Mulcahy, L., Tritter, J. (1998). Pyramids, Pathways, and Icebergs: Understanding the relationship between dissatisfaction, complaints and disputes. *Sociology of Health and Illness*, 6, 825-847.
- 中島和江, 児玉 安司. (2000). ヘルスケアリスクマネジメント—医療事故防止から診療記録開示まで (p.9), 東京:医学書院.
- Nettleton, S., Harding, G. (1994). Protesting patients: a study of complaints submitted to a family health service authority. *Sociology of Health and Illness*, 16, 38-61.
- 小田巻美里, 鍋島史一, 萩原明人, 信友浩一. (2003). 医療に対する相談および苦情の分析. 病院管理.

- 佐伯みか, 八巻(木村)知香子, 山本武志. (2004). 病院における苦情対応の問題と今後の課題: 戸田中央総合病院の「意見活用システム」の事例から<第2回>意見活用システムの聴取機能の評価. 病院, 63(5), 420-425.
- Vincent, C., Young, M., Phillips, A. (1994). Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action, *Lancet*, 343, 1609-1613.
- 和田仁孝, 前田正一. (2001). 医療紛争—メディカル・コンフリクト・マネジメントの提案, 東京: 医学書院.
- Williams, B., Coyle, J., Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels, *Social Science & Medicine*, 47, 1351-1359.
- Weiss, G. L., Lonnquist, L. E.(eds, 2003), *The sociology of health, healing and illness*(4th ed). New Jersey: Pearson Education, p160.
- 山本武志, 八巻(木村)知香子, 佐伯みか, 田村誠. (2004). 患者による病院サービスの質の評価: 評価方法の開発と検討. 病院管理. 41(1), 15-25.

<患者からみた医療事故: 患者の体験と対処に関する研究(予備調査): 平成17年度>

A 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¹⁾。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²⁾。

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³⁾。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⁴⁾。和田ら⁵⁾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⁶⁾。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つて、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⁷⁾。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つた場合に、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⁸⁾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%程度であつた。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⁹⁾。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。

B 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%であつた(転居等23名)。回答者の基本属性は女性の回答者がやや多くなつていた。

(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。あつた場合には、(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