

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 Dedrick¹⁰⁾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。 α 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¹¹⁾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リ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。

C 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。「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。

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。 χ^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。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。「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。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($F=10.95$, $DF=3$, $p<0.001$)。

D 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¹²⁾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⁸⁾、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⁶⁾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」体験と年齢の関係をみても、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いえない事例であった。すなわち、患者の側が「医療事故」であると思っけていても、医療従事者の側から見ると医療事故とはいえず、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^{14,15)}。Vincentら⁴⁾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ことは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¹⁴⁾ことから、患者の

側からの積極的な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応をとっている者は3分の1弱にとどまった。Coyle⁷⁾が述べているよう、心理的な対応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。Duclos¹⁶⁾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い、逆に、プロセスに不満足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。

E 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, 1091-1100, 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
- 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

<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：平成18年度>

【①質問紙調査】

A 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を知ることは困難であるから、よくない出来事をいかに取り扱いたまた定義をすることが、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。

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。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様子が「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

(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。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。

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、納得しているとは回答した者は 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。

(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・友人の範囲内に留められ、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。

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い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。

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/日と1回/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、小さい血の塊がび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。そんなん、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、揺らぐず、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うのが、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、一種類じゃなくて、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、薬飲んでもやっぱり変わらないので、「あの先生は、間違った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。(略)

そうですね。風邪だったら多分こうじゃない。なんか、だいたいこう、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

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年前後)

「まず下剤を飲んでください」と。一晚、次の朝ぐらいまでに1リットルぐらいある。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。とにかく飲まないと検査ができない」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。こっちは素人だから、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。もちろん聞いかけてかそういうのには答え、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つ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つた」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ゆうような、何か、不審なことばかり、私にこう、そういうふうに、とらざるを得んちゆうかね、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」っていうのは、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なと思いますけども。(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ね。（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も、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をする(ああちょっとつらいな、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ですけど、痛いにつけて、ついつい、やっぱり、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、愚痴みたいにはっ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ら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

穿刺し、麻痺が残った事例)

D まとめ

(1)「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

「医療事故」を体験した患者やその家族は、医療事故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。しかし、その背後にある医療制度や労働環境の問題として捉えたり、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、消えていくものではない。そして、潜在化したネガティブな感情は、「医療事故」に関連したさまざまな動因によってしばしば呼び起こされる。とくに痛みや障害が残るような場合は、痛みや障害がリマインダーとして作用し、頻繁に思いが喚起される傾向が見られ、「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。

(2)「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

患者・家族の「医療事故」の認知には、「(当該)医療者から伝え聞く」、「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。

流産を体験した女性に対する研究 (Simmons et.al.,2006)では、流産の原因を与えられている女性は、そうでない人より自責の念が少なく、逆に病因論を与えられていない人は、医療の状況に関心を寄せている例が多く認められている。しかし、なぜ流産が起きたのかという個別の臨床的理由はいつも与えられるわけではなく、50%は原因がわからないとされている。事例2でいえば、彼女は2つの処方の違いについて、調剤薬局の薬剤師に質問しているが、薬剤師は『そんなの、うしろはいいじゃないですか、それは、もう過ぎたことやから・・・』(対象者の言い回しとしては”逆ギレ”した感で)と返答をうけていた。(最初の処方が間違っている可能性も否定できないが)説明できないことをいかに説明するのか。患者・家族の側ではそのような医療を受けられるのは、現状においては困難なことと思われる。

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 (Rosenberg,1992)、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。

なお、本研究の現段階の分析では、「医療事故」の認知に影響する要因を個別に抜き出しているが、現実には、これらの要因は単独ではなく構造をもって、患者・家族のストーリーとして「医療事故」を認知するに至るように思われる。

引用文献

- イヴァン・イリッチ, 金子 嗣郎(訳)脱病院化社会: 医療の限界, 晶文社, 1998
- Adams RE, Boscarino JA., A community survey of medical errors in New York., *Int J Qual Health Care.* 2004 , 16(5):353-362
- 山本武志, 橋本旭生: 患者が医療事故を認識・体験するプロセスの実態把握に関する研究 -福岡県内での質問紙調査から-. *病院管理*, 44, 39-48, 2007.
- 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
- ハワード・ゼア, 西村春夫ら(訳), 修復的司法とは何か一応報から関係修復へ新泉社, 2003
- Williams B, Coyle J, Healy D, The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels, *Social Science & Medicine*, 47(9), 1351-1359, 1998
- Rebecca K. Simmons, et al., Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study, 2006, 1934-1946, *Social Science & Medicine*, 63,7

Ⅱ. 研究成果の刊行に関する一覧表
なし

Ⅳ. 研究成果の刊行物・別刷
なし