

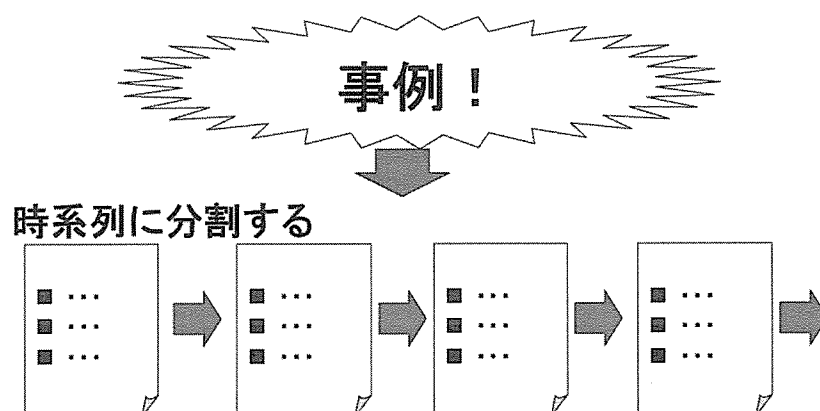
多職種となるように選任しなければならない。特に診療経過との関わりを見るために、できるだけ医師を参加させるべきであり、場合によっては管理職の視点も必要となる。

分析のメンバーが集合したら、一人の書記を決定し、その書記が時間管理も行うことにする。分析とは、貴重な病院資源である「複数の人間の時間と労力」を消費することを意識し、可能な限りの効率化を図らなければならない。人件費の総和に比すれば大きくはないが、組織内スペースも使用し、消耗品費もかかっている。こうした分析には、資源の投入に見合った結果を得ることは困難であるが、超勤手当や代休など、人的資源を疲弊させないような配慮が必要である。

分析チーム全員で、当該事象が具体的にどのようなことであったのか、を確定するために、まず客観的事実のみを、時系列の流れ図(事象関連図)として整理する。この際に「事象発生に関係した」と思われる事実(背景要因)も、できるだけ書き出しておくことよい。時系列の整理は必須ではないが、分割することにより、次段階の原因列挙のブレインストーミングが行いやすくなる。(図1)

また簡略化した方法として、この事象関連図をあらかじめ作成しておけば、分析チームの貴重な時間を原因列挙に集中させ、全体の時間の節約につながることもできる。〈5〉さらに原因列挙の重点を事象のどの部分に置くのか、あるいは原因列挙の対象としないかまで決めておくことも可能である。

図1 事例を時系列に分割する ---事象関連図の作成---



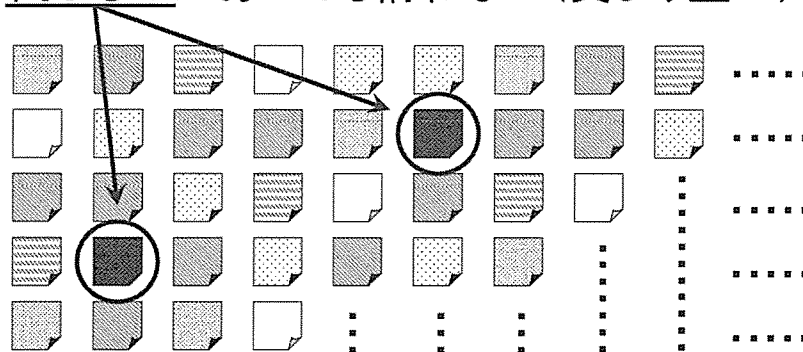
(5)各論 (2)「何故起こったのか」という根本原因の追求＝ブレインストーミング法

この段階の原因列挙が、分析の質を決定するので、最も重要である。物事を要素に分解していく際には、ダブリ無く漏れ無く(排他的かつ網羅的 mutually exclusive, collectively exhaustive; MECE), 各要素を集積することが望まれる。しかしこの原因列挙は帰納的であるため、はじめからダブリのない状態にすることは不可能である。ダブリは整理の時にいつでも捨てられるので、網羅的な原因列挙に力を注ぐ。

ブレインストーミング法によって、可能な限りの原因を列挙していくが、ここでの集中力が分析の精度を左右する。(図2) 本法はその名の通り、分析メンバーの脳内 brain を、嵐 storming の状態にして、自由な発想を呼び起こすことにある。メンバーの発言は、それぞれの専門的知識と経験に裏打ちされているものの、職種や部門の枠を超え、個人による自由な議論である。ブレインストーミング法のポイントは、①自由に発言し、人の批判はしない、②質より量を重んじ、類似/便乗/重複をいとわない、という2つである。原因列挙にあたっては、答えとして挙げられた原因に対し「なぜ」を何回も繰り返して、見えている原因(顕在原因)から、見えていない原因(潜在原因)の可能性を追求していく。

図2 ブレインストーミングにより原因を列挙する

- 発言時間を区切る
- 同じものがあっても構わない(質より量!)



効率的に網羅的な質問を行うためには、米国退役軍人病院グループ(VA)の質問カード(表1)が役に立つ。ただし一つ一つ当たっていくと大変なので、ブレインストーミング前にざっと目を通しておいたり、原因列挙が止まったときに参照するとよい。とに

かく列挙は質より量である。「くだらん意見の出せないやつには良い意見は出せない」という御木本幸吉の言が、ブレンストーミング時の金言になるであろう。

一般的に、個々のヒューマンエラーには、先行する原因が必ず存在している。例えば「つまずいた」という事象の原因として、「照明が暗くて床の段差が見えなかった」・「認識しにくい床の段差だった」・「ひっかかりやすい履き物をはいていた」・「歩行時の注意をそらすような事象があった」・「歩行に影響するような薬物を使用していた」・「もともと歩き方が下手だった」などが列挙されたとすると、それぞれの原因について、さらに「なぜ」を發して、深層にある根本原因を探っていくことになる。

注意すべき点として、自由な発想といっても、当事者の人格を傷つけるような否定的な表現は使用すべきではない。軽率でひとりよがりな言葉を使用すると、事故に結びついた実際の行動を安易に限定してしまう恐れがある。例えば「人工呼吸器の設定を誤った」という事象の原因としては、「能力不足の研修医だった」などという表現は好ましくなく、「研修医は人工呼吸器の設定についての研修が十分ではなかった」と述べたほうがよい。

また、ブレンストーミング法は、時間との戦いでもある。1回あたり20分ぐらいが適当とされ、それ以上の時間をかけても、疲労により効果は頭打ちとなる。書記は、設定した時間内に、メンバーの発言をポストイットのような紙片に書き付け、どんどん壁に貼っていく。RCAの長所は、こうした原因列挙をする際に、それらがどの要因のカテゴリーに分類されるかを考えなくて良いことにある。SHEL・4M-4Eは、この分類作業も平行して行わなければならないので、特に初心者は、どの分類に入れるかで迷う時間が多くなり、要因列挙が中断してしまう可能性がある。

こうして、質より量の精神で列挙された要因は、玉石混淆の状態、壁(大テーブル)一面に並べられる。次に行うことは、グルーピングによって要因の関連性を考察することである。(図3)重複項目を整理しつつ、紙片(要因)同士の関係性に注目して、グルーピングを開始する。グルーピングには、①ヒューマンファクターズのカテゴリー分け(似たもの同士)、②各カテゴリー内またはカテゴリー相互の因果関係の推定(原因-結果関係)、という2段階がある。

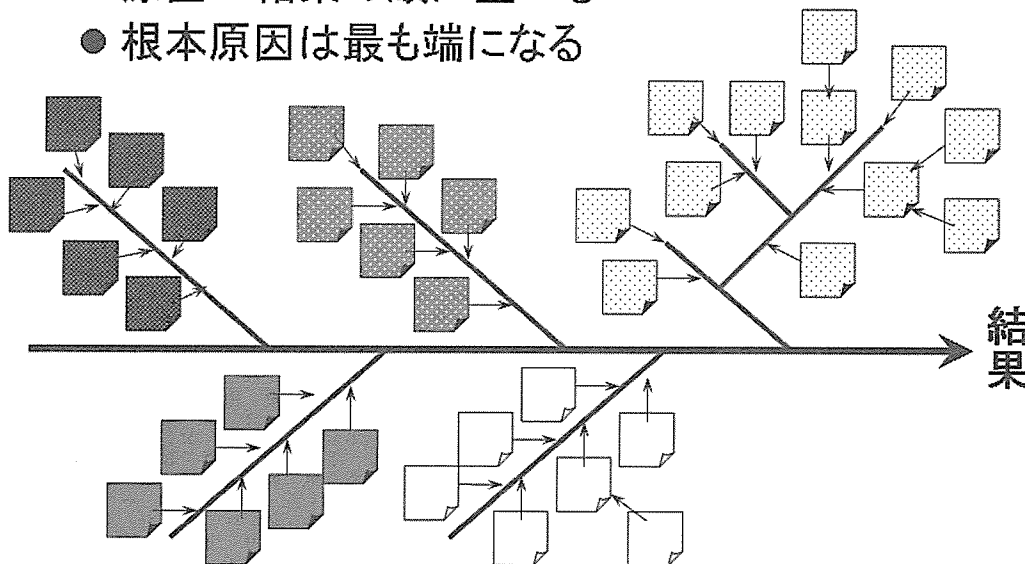
事故予防には、ヒューマンファクターズの追求が重要である。ヒューマンファクターズとは、機械設備(設計・製造)の不具合・環境の影響・不適切な管理(情報やコミュニケーション含む)など、人間に関わる総合的な失敗因子であり、各種要因のコントロールにより限りなくゼロに近づけることができるものであり、ヒューマンエラーとは、本人に知識・能力・意欲があっても、人間であるがゆえについやってしまう失敗であり、絶対にゼロにすることはできないものである。上記VAの質問カードでは、ヒューマンファクターズをはじめ、要因のカテゴリーとして、1) コミュニケーション、2) 教育、3) 疲労/労働環境、4) 設備/機器の運用、5) 設備/機器の設計、6) 規則/方針/手順、7) 防止

策, 8) 患者/家族の対応, 9) 管理, と9つに分けられている. 必ずしもVA方式に従う必要はないが, 紙片(要因)同士の類似性に着目して, こういったカテゴリーに準じてグループ分けを進める.

次に各カテゴリー内で, 原因-結果関係となる組合せを作っていく, 紙片の連鎖が完成した時, いわゆる魚骨図(fishbone diagram / cause and effect diagram)が完成する. この時もっとも上流にくる要因が, 根本原因と呼ばれるものである. しかしこの因果関係の推定において, どの要因を根本原因とするかについて, 主観により意見が一致しないことも多いので, 因果関係の推定には, 多くの労力を費やさない方が得策である. 簡略化したRCAでは, グループングだけで終わらせてしまうこともある. ただし, 要因相互の関連性については, 同一カテゴリーの中だけにとどまらず, カテゴリーを超えて考察を行った方がよい. この際, 事実やその情報の語りかけに素直に耳を傾ける感性を重視するKJ法<6>の考え方は, 大いに参考になるだろう.

図3 グループングする

- 自然にカテゴリー別になる
- 原因→結果の順に並べる
- 根本原因は最も端になる



(6) 各論 (3)「どうすれば発生を予防できるか」という対策立案とその実行

分析そのものの目的は, 原因を網羅することであり, 対策立案は, 本来は別の作業である. 原因と対策立案は, 表裏一体の関係にあるので, 重要な根本原因が特定されれば, その原因を除去することがそのまま対策となる. 組織にとって十分に網羅的

な分析がなされれば、対策立案はそう難しいものではないが、現場中心の分析チームが対策立案を行うと、現場レベルでの解決案しか提示されない可能性がある。つまり安全確保には病院資源の投入が必要なので、対策立案チームには、資源配分の権限を持つ病院幹部が関与し、リーダーシップを発揮することが必須である。〈3〉たとえば、注射業務について、作業が中断されることにより危険が高まっていることが判明した場合、対策として、業務遂行者は「声をかけるな」ゼッケンをつけるとか、耳栓を装着するとかの案が提示される。しかしこのような対策を講じて、職場の医療者から独立して作業をしても、患者や家族からの依頼を断るのは難しい。それならばいっそのこと注射専門チームを作り、一見すると医療者かどうかわからないような特殊ユニフォームを着せて、業務を遂行するという案も選択肢になりうる（S県某病院実施例、未発表データ）。つまり人員配置に権限のある人間が、対策立案チームに存在してはじめて、こうした画期的な対策立案が俎上（そじょう）に上るのである。

（7）おわりに

分析という仕事は、神のみぞ知る真実に、できるだけ人間が近づくための科学的方法である。有限な人的資源を消費するので、分析すべき事例は厳選し、行う以上は徹底して行う姿勢が重要である。多職種により編成された分析チームによって、十二分なブレインストーミングができるかどうか分析の深度を決定する。要因列挙と対策立案に最も時間をかけるべきであり、事象関連図と原因－結果図の作成は必ずしもチーム全体の作業としなくても良い。また対策立案については、資源配分の権限のある病院幹部のリーダーシップが最も大事であることを強調したい。

引用文献：

- 1) Joint Commission: The Physician's Promise: Protecting Patients From Harm. p6, Joint Commission Resource, Oakbrook Terrace, 2003
(邦訳:患者安全のシステムを創る, 相馬孝博監訳, 医学書院, 東京, 2006)
- 2) 相馬孝博: 医療安全における分析手法の考え方・選び方. 病院. 62:932-937, 2003.
- 3) Root Cause Analysis (RCA); National Center for Patient Safety
<http://www.va.gov/ncps/rca.html>
- 4) Root Cause Analysis in Health Care: Tools and Techniques, Third Edition, Joint Commission Resource, Oakbrook Terrace, 2005
- 5) Jerril Green, et al: Spreading Patient Safety throughout a High Reliability Organization (Arkansas Children's Hospital)
www.patientsafety.gov/psic/year3/statepresentations/Arkansas.

6) 川喜田二郎: 発想法—創造性開発のために, 中央公論社, 1967

表1 RCA (Root Cause Analysis) 根本原因分析法質問カード 米国退役軍人病院 患者安全センター 編
(2002年度安全管理研究科 川崎百合子 論文により) 国立保健医療科学院 政策科学部 安全科学室 改変

<p>RCA ;Root Cause Analysis 根本原因分析</p> <p>* RCA を始める前にまず確認してください。 この事例に、意図的な危険行為・患者虐待の疑いがありますか？ → 「はい」 RCA を実施する事例ではありません。RCA は中止し、管理者に報告する。 → 「いいえ」 RCA を続け、以下の質問カードに進む。</p> <p>* RCA は以下の方法で進めてください。 1. 事例を検討する前に、すべての質問カードを一通り読み要点をつかんでおく。 2. 事例検討チームは、事例に関連した行動をフローチャートにする。 3. フローチャートの段階で問題点があったら、質問カードに戻り原因を詳細に分析する。 4. 質問に対し答えが出ない場合、関係者に事実を確認し書類などを集め、まだ気づいていない情報を得る。</p>
<p>質問カード</p> <p>* この質問カードには以下の項目があります。 1 「ヒューマンファクター/コミュニケーション」 / 2 「ヒューマンファクター/教育」 / 3 「ヒューマンファクター/疲労/労働環境」 / 4 「設備・機器の運用」 / 5 「設備・機器の設計」 / 6 「規則/方針/手順」 / 7 「防止策」 / 8 「患者・家族の対応」 / 9 「管理」 / 10 「原因の要約のための5つのルール」</p> <p>* フローチャートの途中で質問カードに戻るとき、以下の項目を参考にしてください。 「患者アセスメント (患者評価)」に関連する問題がある。 → 【1. ヒューマンファクター/コミュニケーション】の項へ 「情報の欠如/誤解」に関連する問題がある。 → 【1. ヒューマンファクター/コミュニケーション】の項へ 「スタッフの適性」に関連する問題がある。 → 【2. ヒューマンファクター/教育】の項へ 「設備機器に関する知識・技術」に関連する問題がある。 → 【4. 設備機器の運用 2. ヒューマンファクター/教育】の項へ 「患者・スタッフ・環境/設備機器を保護するための対策」に関連する問題がある。 → 【7. 防止策】の項へ</p> <p>1) ヒューマンファクター/コミュニケーション</p> <p>01. 診療チームのメンバーは、患者情報を共有し、活用したか？ 02. 診療録などの書類から、「明確な目標」「治療計画・治療に対する患者の反応」などの情報が得られたか？ 03. コミュニケーション (意思の疎通) は十分だったか？ (管理者・スタッフ間、スタッフ間、部門間、病院・業者間など) 04. 専門用語を使わず、正確・明快で標準的な言葉を使用していたか？ (会話および記録) 05. 復唱、伝言の確認、申し送り (引継ぎ) などを用いて、正しい情報を確認していたか？ 06. 正確な情報が、その情報を必要とする人に確実に伝えられていたか？ 07. 方針と手順は確実に伝達されていたか？ 08. 予測される [潜在的な危険] 事項について、伝達できていたか？ 09. スタッフは医療機器・医薬品に関する緊急安全性情報/警告/回収の情報を知っていたか？ 10. 組織全体にわたって、適切なコミュニケーション (報告・連絡・相談) が行われていたか？ 11. 事故が発生したとき、速やかに管理者に報告していたか？</p> <p>2) ヒューマンファクター/教育</p> <p>01. スタッフにはどのような教育・研修が必要かを認識する方法があったか？ 02. 研修・勉強会は、その仕事 (業務) に携わる前に行われていたか？ 03. 研修・勉強会における目的の不明確さ・内容の不足・指導者の手順の省略はなかったか？ 04. 研修・勉強会は、安全に関する視点が考慮されていたか？ 05. スタッフは機器を適切に操作できるよう教育されていたか？ 07. スタッフは、事故事例に関連する防止策を用いて研修を受けていたか？ 08. スタッフの能力に応じて必要時、知識・技術及びマニュアルを見直す機会を提供していたか？ 09. 研修・勉強会の成果を継続して確認していたか？ 10. 各職種の業務内容を理解するための研修・勉強会を行っていたか？ 11. 教育機関と連携をとり、卒前教育と卒後研修の内容の調整を行っていたか？</p> <p>3) ヒューマンファクター/疲労/労働環境</p> <p>01. 働きやすい労働環境であったか？ (気温・採光・照明・スペース・動線など) 02. 自由に意見を言い、協力し合える職場環境であったか？ 03. 長時間労働においては、休憩・休息時間をとっていたか？ 04. スタッフは十分に睡眠をとっていたか？ (個人の健康管理など) 05. 疲労・精神的な不安定さに対して、個人で事前対応がされていたか？ 06. 安全確保のために、作業環境は十分な広さのある場所が準備されていたか？ 07. 周囲の環境で、気が散るものはなかったか？ (割り込み業務、声かけなど)</p> <p>4) 設備・機器の運用</p> <p>01. 業務を実施するために適切な設備・機器があったか？ 02. 設備・機器に関連した安全説明書類 (保証書・仕様説明書・取扱説明書) はあったか？ 03. 機器の近くに操作手順書を常備していたか？ 04. 機器の操作は、取扱説明書に従って安全に行われたか？ 05. 機器を操作する人は正しく理解して扱っていたか？</p>

06. 設備・機器の表示装置や操作装置は正しく作動していたか？
07. 設備・機器は、a) スタッフの経験 b) 現行の手順、条件、仕事量 c) スペースや場所、に見合うように円滑に機能していたか？
08. これまで、同型の機器は正確に作動し、適切に使用されていたか？
09. 定期的に機器の保守点検を行っていたか？
10. 定期的な保守点検では、設備・機器に異常はなかったか？
11. 保守点検で、設備・機器の問題を指摘された時、対処されていたか？
12. 保守点検後の問題に関する対処は効果的だったか？
13. 故障と緊急事態に対応できるように代替機器が準備されていたか？
14. 設備・機器・薬剤（輸血を含む）について、メーカーからの緊急安全性情報/警告/回収の情報があったか？
15. ディスポーザブルの機器を再利用していなかったか？
- 5) 設備機器の設計
 01. 作業場所/環境は、その目的に見合うように設計されていたか？
 02. 設備・機器は、最新の基準・仕様・法規制を満たしていたか？
 03. 設備・機器は、目的とする機能を十分果たすように設計されていたか？
 04. 使用中の問題を容易に見てできるように設計されていたか？
 05. 使用ミスを防止し、事故を最小限に食い止めるよう（フェイルセーフという概念）設計されていたか？
 06. 設計仕様書は誰でも理解できる表現（使用者本位の内容）になっていたか？
- 6) 規則/方針/手順
 01. 方針/手順は、法規制、厚生労働省の方針、病院の方針、診療ガイドラインと一致していたか？
 02. 方針/手順の存在を全スタッフが認識していたか？
 03. 方針/手順は、全スタッフがはっきり理解できて、使用しやすいものであったか？
 04. 方針/手順は、実際に使用されていたか？
 05. 方針/手順が使用されていなかった場合、スタッフはどのような方法で行っていたのか？
 06. 方針/手順が使用されていなかった場合、どのような理由があったか？
 07. 作成した手順を、定期的に見直し、改善していたか？
 08. 事例発生時に関連した作業について、最新のマニュアルはあったか？
 09. 部門・部署にまたがる業務について役割が明確にされていたか？
- 7) 防止策
 01. 患者を正しく確認したか？（氏名、ID番号、リストバンドなど）
 02. 防止策は、スタッフを保護し・設備・機器・環境を適切に保つよう作成されていたか？
 03. 患者の安全性を考えて、防止策が作られていたか？
 04. 防止策について、信頼性の評価はされていたか？
 05. 事例発生時にどのような防止策があったか？
 06. 防止策は、この事例が生じる前は有効に機能していたか？
 07. 現行の防止策が遵守されていたら、この事例は防止できたか？
 08. 運用システムや実施プロセスを、施行前にテストしたか？
- 8) 患者・家族の対応
 01. 患者・家族に対して、治療方法をわかりやすく説明していたか？ →「説明」に問題がある場合、「ヒューマンファクター/コミュニケーション」の項へ
 02. 患者・家族が治療・検査などの内容をどのように理解しているかを確認していたか？
 03. 患者自身の医療への参加が、安全確保に必要なことを説明していたか？
 04. 患者・家族・親族など関係者は、治療計画やアセスメント（診断）に積極的に参加していたか？
 05. 患者が高齢である場合や理解ができない場合、より慎重な対応がおこなわれていたか？
 06. 患者の危険回避のために、家族への指導が行われていたか？（療養環境・退院後の生活など）
 07. 患者・家族の意見・提案・苦情に応じる体制が出来ていたか？
- 9) 管理
 01. 管理者はスタッフの疲労が蓄積しないように、適正な勤務体制・健康管理・休憩時間の確保など、事前対応ができていたか？
 02. 作業量に対して、十分なスタッフがいたか？（作業量の調整、スタッフの組み合わせなど）
 03. 業務上、機械化できるものは機械化していたか？
 04. 作業場所の環境リスクアセスメント（安全監査）はされていたか？
 05. 患者の療養環境に不備がないか定期的な巡視を行い、安全な状態に保たれていたか？
 06. 管理者は、スタッフが資料や手順を必要とする時、いつでも簡単に使えるように保管していたか？
 07. 設備・機器の問題が確認された時、改善・更新のために十分な時間と予算が与えられたか？
 08. リスク管理責任とリスク処理に関する総合管理計画（事故対策委員会など）はあったか？
 09. 安全に関する災害訓練が実施され、その訓練に対する評価がされていたか？
 10. 管理者は質管理システムや監査に基づいて、有害事象の経過に関する情報をスタッフに提供していたか？
 11. 有害事象やインシデント（ヒヤリハット）に関係したスタッフは、最適な資格のもとで業務を行っていたか？
 12. 事故に関係したスタッフは、マニュアルに沿って正しい判断をしていたか？（安全管理・緊急対応・生命管理・医療設備機器管理・医薬品管理・電気水道ガス管理・警備・有害物質管理など）
 13. 患者に対する診療は、施設の理念・方針、スタッフの専門性や医療技術、支援サービス資源の面から実施可能な範囲内で提供されていたか？
 14. 同様の事例が以前に起こっていた場合、原因は特定され、効果的な防止策を立て実行されていたか？
 15. 防止策は、日常的に維持管理され、見直しがされていたか？
 16. 防止策に関連した、計画・設計・設備導入・維持管理・プロセス変更・安全性の評価をしているか？
 17. システム変更を実施する前に、変更の必要性と評価する方法が決められていたか？
 18. リスクを減らすために、スタッフからの危険な場面や危険を減らすための気づき・意見・提案を受け入れていたか？
 19. スタッフからの意見・提案を奨励し受け入れる考え方が、組織全体に存在していたか？
 20. 設備機器に関するサービス/回収/保守点検などの報告や提言は行われていたか？
 21. 医薬品・設備機器の安全性に関する問題に気づいた場合「医薬品・医療用具等安全性情報報告制度」を利用して情報提供していたか？

22. 院外の組織との連携に関する問題はなかったか？（在宅医療・病診連携・転院・院外薬局など）

10) 原因の要約のための5つのルール

【ルール1】—RCAでは、“原因—結果”の関係を明確に示さなければならない。

事例発生の原因を記載するときは、根本原因と有害な結果との関係を明確にし、その関係をRCAチームやその他の人々に対して、明示すべきである。

例（誤）：研修医は疲れていた。例（正）：研修医の疲労により、指示書を読み間違い、誤ったチューブを挿入する可能性が増した。

【ルール2】—RCAでは、否定的な表現は使用すべきではない。

否定的な表現では、よりの確かな表現が出来ないことがある。軽率でひとりよがりな言葉は具体性につけ、事故に結びついた実際の行動を限定してしまう。

例（誤）：訓練不足の看護師。例（正）：看護師の教育・研修の問題により、輸液ポンプの調節を誤解し、投与量と速度の設定で手順を省く可能性が増した。

【ルール3】—個々のヒューマンエラーには、先行する原因があるはずである。

多くの有害事象では、事例とエラーは対になっている。ルール1のように、原因—結果は、RCAを見る人にはっきりとわからなければならない。事故予防に結びつくのは、エラーそのものではなくエラーの原因なのである。

例（誤）：照明が暗かった。例（正）：部屋の照明が暗かったために、つまずきやすい危険物が見えにくくなり、患者が転倒する可能性が増し・・・。

【ルール4】—手順のあやまりは根本原因ではなく、先行する原因が必ずある。

手順のあやまりは、直接的には管理できない。管理することができるのは、手順のあやまりの原因である。どのような理由によって、基本（マニュアル）と違う方法が作り出されたかを特定しなければならない。

例（誤）：薬剤師は、輸液ミキシングの手順に従わなかった。例（正）：手順の教育と調剤品質に関する意識について、管理者による指導が足りなかったため、認められていない方法により手順の省略が引き起こされた。

【ルール5】—行うべき仕事として決まっている場合、実行の誤りは原因となる。

診療ガイドラインや患者ケア提供の義務によって、行うべき仕事が決まってくることもある。実行の誤りは、エラーが生じた時の行うべき仕事の内容によって評価される。

例：医師が第一に薬剤を処方すべき状況において、心筋梗塞後に心臓の薬を処方しないという誤りは、原因を表している。

3. 医療機関の顧問弁護士との関わり

(1) 医療機関と顧問弁護士

顧問弁護士とは

弁護士は、様々な法律問題を総合的に扱う職種であり、裁判や調停などの法的手続に限らず、依頼者の代理人として各種交渉を行ったり、契約書を作成するなど、法的知識を要するあらゆる場面で活動している。その中でも、法律相談はもっとも基本的な業務であり、依頼者から事実関係を聴取して法的アドバイスをすることにより、対価を受領している。初対面の依頼者などの場合には、各法律事務所が定める基準に従って法律相談料を受領することになるが、30分、1時間とした時間を単位として対価額が決められることが多い。

一方、複数の企業や団体(場合によっては個人も)との間で顧問契約を結んでいる弁護士も多く存在しており、この場合には、通常は月額や年額で顧問料が支払われ、個々の法律相談については対価を請求しないのが通常である(なお、個別の交渉案件や訴訟案件となった場合には、顧問料とは別に対価が発生することとしている顧問契約が多い)。このような顧問契約を結ぶことによって、顧問弁護士は当該企業・団体の内部事情にまで精通することとなるため、的確な法的アドバイスをすることが可能となる。また、顧問契約の内容については、各弁護士事にまちまちではあるものの、一般的な顧問契約書では、顧問先企業・団体からの法律相談等の業務を、他の業務よりも優先して処理すると行った条項が規定されており、迅速な法的サービスの提供が期待できる。

医療機関と顧問弁護士

① 医事紛争と顧問弁護士

近時、医療機関を取り巻く環境は益々厳しくなり、医療事故が発生した場合や、患者からのクレームがあった場合の初期対応の重要性が特に指摘されている。顧問弁護士を有しない医療機関においては、独自に事故調査委員会や医療安全対策会議を開き、初期対応方針を決めているものと思われるが、このような対応は常に危険性を内包している。すなわち、有責性の判断に関しては、「医療関係者からみて医療行為に過失があるか(それとも不可避的事象であるか)」と、過去の裁判例の集積等に照らして「法的な観点からみて責任があるか」とは、しばしば齟齬を生じることが経験されるところである。「法的にみれば責任がない」にもかかわらず、初期対応において巨額の賠償を約してしまい、後の交渉が極めて難航するケースや、逆に「法的にみれば責任がある」にもかかわらず、当初から「責任がない」といった対応をし

てしまい、謝罪もなにもなされていないために unnecessaryな訴訟が提起されたりといったケースが生じるのである。

このような紛争の unnecessaryな拡大を防止するためには、初期段階から法的専門家である弁護士(できれば医療に詳しい弁護士が望ましい)の関与を求めることが必須である。顧問契約の内容によっては、事故調査委員会や医療安全対策会議などに顧問弁護士が出席して、法的観点から意見を述べることもあり、事案の適切な処理という面から期待される場所は大きい。

②治療方針等の決定と顧問弁護士

医療機関にとって、最も顧問弁護士のアドバイスが必要となる場面としては、患者に対し緊急に処置する必要がある場合に、高度な法的知識が要求されるといったケースがある。具体的には、医学的には輸血が不可欠であるにもかかわらず、信仰に基づき輸血拒否をしている患者に対し、どのように対処すべきかといった事案が挙げられるが、そのほかにも、例えば以下のようなケースがある。

<事例>

患者は20代女性。急性腹症にて救急搬送され、虫垂炎を疑って入院となった。腹部理学所見からは腹膜炎が進行していることが窺われ、炎症反応も上昇していった。患者に対し、手術治療の必要性を説明したが、患者はモデルを職業としていたことから、腹部に瘢痕が残ることは絶対に嫌だと言い張り、手術治療に同意する気配がない。やむなく、家族に連絡を取ろうとしたが、誰とも連絡が付かない。

このようなケースで、現場の医療従事者としてはどのように対応すべきであろうか。患者の容態がどんどん悪化していくなかで、患者の同意を得ずに手術を行った場合には刑法上の傷害罪の構成要件に該当することになるし、後日に患者から損害賠償請求がなされることが考えられる。一方、手術を行わずに患者が死亡に至ったような場合には、遺族から「不作為による殺人罪」に該当するとして刑事告訴がなされる可能性や、損害賠償請求がなされる可能性が考えられる。このような場合に顧問弁護士がいれば、あらゆる状況を考慮した上、法的観点からの迅速かつ適切な助言が期待できるところである。

③職員の法律問題

医療機関の顧問弁護士は、通常は損害賠償等の分野にも精通した弁護士が就任していることが多い。そのため、医療機関からの組織としての法律相談に限らず、職員の個人的な事項についても相談に応ずることがある。もっとも、この場合には顧問契約で別途相談の対価が発生するとされているの

が通常である。注意が必要なのは、医療機関職員からの相談又は依頼について、顧問弁護士が受任できない場合があることである。すなわち、顧問弁護士は、あくまで組織としての医療機関と顧問契約を締結しているため、契約の当事者である組織としての医療機関の利益を擁護する立場にある。そのため、医療機関と職員個人の利害が相反するような場合、例えば、医療機関が職員の懲戒処分を検討している場合などには、職員個人の相談に応ずることができないのが通常である。

同様に、職員が犯罪行為や、明らかな医療過誤によって刑事訴追されたような場合には、医療機関としては後に当該職員に対する院内処分を検討せざるを得ないこともあり、そのようなときには、顧問弁護士が職員の刑事弁護人とはなれないケースもある。この場合、職員個人が適切な弁護人を探すことが困難であれば、顧問弁護士から適切な弁護人を紹介してもらうなどすることが可能である。

④その他の法律問題

医療機関の顧問弁護士が活動する場面は、医療事故や医事紛争予防に限られるものではなく、医療機関が外部の業者と締結する契約書のチェックや、職員の労働問題及び未収金回収などをはじめとして、ありとあらゆる場面で法的知識を基に助言を行っている。医療機関としては、顧問弁護士を最大限活用して、適切な運営を行うことが望まれる。

顧問弁護士以外の弁護士

顧問弁護士を置いていない医療機関や、顧問弁護士はいるものの医療に精通した顧問弁護士がいない医療機関において、医事紛争が発生した場合、適切な事案処理のために、医療に精通した弁護士が単発で医療事件を受任することがある。多くの場合は、医療機関が加入している医師賠償責任保険や施設賠償責任保険などの損害保険会社から、医療に精通した弁護士が紹介されることが多い。もっとも、この場合でも、弁護士はあくまで当該医療機関から事件を受任するのであって、保険会社から受任するわけではない。したがって、依頼者である医療機関の利益を擁護する立場にあることに変わりはない。

(2)医療従事者の相談相手

医療従事者が、何らかの問題を抱えた場合に、まず相談する相手としては、院長や上級医師・看護師を始めとした院内スタッフがまず考えられよう。この場合、主として医学的事項が問題となっている場合には適切な助言を得ることが期待できる。また、主として事務的な事項が問題となっている場合には、

医療機関の事務職員に相談することも有益である。

しかし、法的観点も含めた意思決定が必要となる場面では、顧問弁護士などの法律専門家が関与していることが望ましい。通常、医療機関が、顧問弁護士などと連絡を取る場合には、事務長や医事課長といった事務職員が窓口となることが多い。窓口が拡散すると、医療機関として情報の一元化に支障を来すことが多く、弁護士との意思疎通も円滑にいかなくなることもあるからである。法的観点も含めた検討が必要な場合には、事務職員などを通じ、早期から弁護士などの法律専門家からの助言を得ておくことが肝要である。

なお、医療機関の職員から、弁護士に対し、直接連絡をなすことが有益なこともあり得る。例えば、職員の私生活に関する事項についての法律相談などは、顧問弁護士に直接連絡をとり、場合によっては適切な他の弁護士を紹介してもらうことなどが考えられる。弁護士には、医師と同様に法律上の守秘義務が課されているため、職務上知り得た事実については、みだりに他に漏らされることはないので安心して良い。

第6章 患者の視点に立ったコミュニケーション

1. 医療におけるコミュニケーション

(1) 患者と医師のコミュニケーションはなぜ重要か

医療でのコミュニケーションは、日常生活でのコミュニケーションと異なる部分が多い。医師患者間のコミュニケーションが不十分であれば、検査や治療方針の行き違いが生じ、場合によっては患者の身体を傷つけたり、命を脅かす事態も生じる。

コミュニケーションの重要性は、医師から患者への「伝達」にあると誤解している人が多い。大切な点は医師が患者の語りを傾聴することを通して患者を受容することである。

社会の変化により医療におけるコミュニケーションの重要性が増大している。社会が成熟し人権擁護が重視されるようになると、権利意識も高まってきた。医学の進歩により市民の一部は医学を万能と考えるようになった。しかし、医師は万能ではないから、患者と医師の間に意識のずれが生じる。そのずれはコミュニケーションを歪めてしまう。

主たる病気が感染症から生活習慣病へ移り、疾病構造は大きく変化した。キュア(cure)よりもケア(care)やマネジメント(management)が医師の業務で大きな位置を占めるようになった。医療情報も巷にあふれ、混乱している患者も増加した。患者の権利意識も増大し、医療への過度の期待を生んでいる。患者の自己決定権は重視されるべきであるが、患者の要望をそのまま受け入れれば、不必要な検査や治療を行うことになりかねない。医師は適切な情報を理解しやすい言葉で患者やその家族に伝える責務がある。

患者からの病歴情報収集の重要性は変わらないが、患者との信頼関係の確立や、患者への情報提供などの重要性が増してきている。

(2) 医療における人間関係の三つの側面

医師と患者との関係には下記の三つの側面があること、特に職務や役割としての関係だけではない、3番目の人間関係があることを考慮したコミュニケーションが大切である。

① 専門家-非専門家(知識・技術を介しての関係)

＝医学知識や技術が医師から患者に提供される。医師が上位。

② 消費者-サービス提供者(報酬を介しての関係)

＝報酬が消費者(患者)からサービス提供者(医師)に提供される。患者が上位。

③人格を持つ個人同士(人間性を介しての関係)

=互いに影響しあい、変化しあう存在。人間としての対等な関係。

(3)くいちがうことを前提に対応する

コミュニケーションは難しい。日常生活でのコミュニケーションも難しいが、医療の場ではなおさらである。中でも医師と患者とのコミュニケーションは、始まる段階での互いの立場や情報のずれが大きいために、特に難しい。最初から大きくずれていること、放置すれば一層くいちがってしまうことを前提にして、対応を考えなければならない。「医学的に正しいことを誠心誠意やっていたら分かってもらえるはず」という期待だけでは、信頼関係が成り立たないことがしばしばある。

(4)コミュニケーションの成分

1)言語的コミュニケーション

言葉そのものの持つ語句としての意味によるコミュニケーションを、言語的コミュニケーション(verbal communication)と言う。医師の陥りやすい問題は、専門用語、業界用語にとっぷりを使って仕事をしており、一般市民が理解できる言葉とできない言葉を区別できなくなることである。患者に説明し、その言葉は音として患者に伝わったとしても、その言葉の持つ意味、そこから患者がイメージするものは、医師とは大きく違っている可能性が高い。患者側の理解能力は千差万別なので、患者が理解した内容を医師側が根気良く確認して行く作業、例えば説明した後で「どのように理解できたか」を具体的に他のスタッフ等を通して患者から確認することも必要になってくる。医師一人の場合は、医師の説明に対する患者の反応をみる(これは後述する非言語的コミュニケーションに属する)ことを通して、医師はさらに説明を繰り返すべきか、次に話を進めてもよいか判断しながら対話を進めなければならない。

2)準言語的コミュニケーション

言葉は活字などで読まれるときと声に出して語られるときとは、伝わる意味が変化する。語られる言葉の持つ雰囲気やニュアンスを通して伝わる場合を、準言語的コミュニケーション(paralinguistic communication)と呼ぶ。これには、声の大きさ、声の質、言葉の速さ、沈黙、抑揚などが含まれる。各要素についての自分自身の傾向(小さな声で早口になりやすいなど)を知り、必要に応じて調整するように努めることが大切である。患者が医師の説明に肯いているからといって、安心はできない。声が小さすぎたり、口調が早すぎたりして、言葉自体が聞き取れずに仕方なく肯いている患者もいる。

お年寄りや補聴器をつけている患者などとの会話では、積極的に「聞こえますか?」と問いかけてみるとよい。聞こえにくいことがわかったら、距離を近づけたり、はっきりした声でゆっくり話すなどの配慮をすると、伝わりやすくなるだけでなく患者

の信頼や安心感を得ることにつながる。

準言語的コミュニケーションである沈黙は、大きく2種類に分けられる。一つは、お互いに話すことが無くなった時の、言わば「気まずい沈黙」である。もう一つは、どちらか一方の葛藤が高まり、その葛藤の中で話そうか話すまいか、あるいはどのように話そうかと考えている、「葛藤の中での沈黙」である。医師と患者の間のコミュニケーションでは、後者の沈黙が特に重要である。患者の中で、何らかの葛藤が高まっている時に、しばらくの間言葉を出さずに沈黙して、患者からの言葉を待つことが必要になることも多い。沈黙に耐えることは、傾聴の基本の一つである。

3)非言語的コミュニケーション

言葉以外の要素を非言語的コミュニケーション(non-verbal communication)と言う。言語的コミュニケーションよりも、準言語的および非言語的コミュニケーションの方が多くの情報が伝わると考えられている。非言語的コミュニケーションには、患者と医師の距離、姿勢、向きや位置関係、視線、診察による身体接触など様々な要素がある。

話し相手との物理的な距離で、コミュニケーションが影響される。一般に医療現場では、患者との距離を近づけることが推奨される。しかし、どの距離がその患者にとって適切かは、その場その場で個別に判断する必要がある。互いの視線を水平にすることも重要である。

診察による身体接触により、患者の信頼感が増し、心理的な距離が近くなり、コミュニケーションが促進されることが多い。しかし逆に、診察による痛みや疲労などの身体的苦痛、不安感や羞恥心などの精神的苦痛で、医師への信頼が薄れることもありうる。患者が苦痛を感じる可能性を十分に考慮し、女性の患者を男性の医師が診察する場合に看護師に介助してもらうなどを配慮し、診察することが大切である。

(5)態度類型

E. H. Porter はカウンセラーの態度を五つに分類した。自分の行っているコミュニケーションの態度が、この中のどれに近いかを意識してみよう。臨床で不足しがちな態度は「支持的態度」と「共感的態度」であると言われている。

①評価的態度(患者に対して善悪などの判断を下す)

患者:検査のことが気になって、どうも落ち着かないんです。

医師:子供でもやっていますよ。そんなに心配してたら、お子さんに笑われますよ。

②解釈的態度(患者の症状などに対して一方的に理由をつける)

患者:このごろどうも疲れやすくて困ります。

医師:またお酒の飲みすぎじゃありませんか。

③調査的態度(患者に配慮せずに私的なことを詮索する)

患者：家族は夫と姑と子供が二人です。

医師：ご家族の中で何か問題はありますか。

④支持的態度(患者の考えや行動を認めて支持する)

患者：間食しないようにしていますが、なかなか体重が減りません。

医師：間食を我慢するのはとても大切ですよ。よく頑張っていますね。体重が増えなくなりましたね。

⑤共感的態度(患者の立場に立って理解するように努める)

患者：私は癌なのではないかと心配で。

医師：そうですか。癌が心配なのですね。

患者：ええ、こんなにどんどん悪くなるのは癌以外に考えられないと思います。

医師：なるほど、確かに経過が長くなっていますから、そのようにお感じになるのも無理ないでしょうね。

(6) 医師-患者関係の類型

患者と向き合う際に、そこで必要とされている「医師-患者関係」の枠組みを判断しておく、状況に対応しやすくなる。医師-患者関係の枠組みについては、様々なモデル(類型)が用いられているが、その中でも比較的簡略で広く使われている、SzaszとHollenderによるモデルを示す。この三つの中でどの枠組みでその場の医師-患者関係を進めるのが妥当なのかを判断すること、特に、患者側が求めている枠組みと医師側の考えている枠組みがずれていないかに気を配ることが肝腎である。

< Szasz と Hollender による医師患者関係のモデル(類型化) >

①能動-受動型(activity-passivity)

医師が一方的に医療行為を行う。

例：昏睡状態、救命

②指導-協力型(guidance-cooperation)

医師は患者に説明し、同意を得た上で医療行為を行うが、主導権は医師側にある。

例：急性肺炎、狭心症、尿管結石の疝痛発作

③協同作業型(mutual participation)

医師と患者がお互いの情報を共有した上で交渉し、方針について合意した上で医療を行う。

例：軽症高血圧、軽症糖尿病、軽症のアトピー性皮膚炎

(7) 相手の気持ちの動きに注目する

患者の気持ちに配慮するのは当然のことに思えるが、実際の臨床の場面を観察してみると、患者が気持ちを表出しているのを知らず知らずのうちに無視したり

遮ったりしていることが多い。患者のちょっとした表情の変化や、「辛かった」「大変でした」「心配で」といった感情をあらわす言葉に注目してみると、コミュニケーションが促進される。

医師からの説明の後に「何か質問はありますか」と聞くだけでなく「どのように感じましたか」と感想を聞いてみるのも、感情に焦点をあてる聞きかたである。質問がない時でも感情は必ずある。そして患者の感情の基本は「不安」だといわれている。不安をかかえた患者が医師に求めるのは、指導や説明だけではない。

(8) 明確化

明確化 (clarification) とは、相手がうまく言葉で表現できずに困っているときに、内容を察知して、共感的に適切な言葉で言い替えて表現してみせることである。

明確化の技法を用いると、患者の言いたいことがより明らかになり、患者と医師のくい違いが少なくなる。また明確化は、医師が患者の話を熱心に聞いているということ、患者に伝える効果も持っている。

一方、問題点をはっきりと言うことに対する不安が患者側にある場合にも、患者の話がまとまらなくなる。そのような患者は、明確化に対して抵抗を示すこともあり得る。言いにくいことをうまく言えずに、まわりくどく話しているときに、ズバリと核心を突く指摘をされて、嫌な気分になった経験は誰にもあるだろう。明確化の際には、共感に裏付けされたものでなければ、患者の感情を害したり、不安をかき立てたりする。

(9) 直面化

話の内容や態度から患者の心の葛藤が伺えても、その葛藤が患者の言葉としては表現されない場合がある。そうした場合に、葛藤を伺わせる態度について話題にしたり、葛藤によって生じている話の矛盾点を指摘したりするのが、直面化 (confrontation) という技法だ。

患者の言葉と態度の間に矛盾があると感じた医師が、その点を指摘している。患者が何か言いにくそうなときに「話しにくいようですね」と声をかけるのも、直面化である。

態度ではなく、患者の話の内容で矛盾している点を指摘する直面化もある。

直面化することで患者が自分の葛藤や矛盾に気づいたり、話しやすくなったりするきっかけが得られることが多い。もちろん、直面化の際に医師が指摘する内容が、必ず核心を突いているとは限らない。それでも、話が新しく展開したり、医師と患者の間の認識のくい違いが明らかになるなど、互いの理解を深める効果は期待できる。

直面化の技法は、明確化やまとめに比べて、慎重に使わなければならない。議論をする際には、直面化で相手の矛盾点を突くことがあるものの、日常生活では、よほど親しい間柄 (肉親や親友) でない限り、直面化の技法を使うのは失礼だと考えられ

ている。医師－患者間で直面化を使う場合も、頻繁に使うと、患者は攻撃されていると感じるようになる。それを防ぐには、理解的で支持的な態度で接すると共に、患者に有益だと予想される場合に限定して直面化を使うように心がけなければならない。また、直面化を使う際には「どうして」という聞き方は避けたほうが良いとされる。

「なぜ」とか「どうして」と聞かれると、患者は一層責められているように感じやすくなり、また場合によっては、その場しのぎの適当な答を探してしまうので、医師は患者の葛藤の核心に触れる機会を失うことになる。この例では、医師は「話すのが辛そうですね」と言って沈黙する方が、患者の葛藤が出てきやすくなると言われている。

(10) 共感を伝える技法

傾聴により共感できるようになったら、それを上手く患者に伝えたい。非言語的コミュニケーションで伝わるものも多いが、ここでは、言語的コミュニケーションでの共感の伝え方について、具体例を示す。

- ① 反映：患者から伝わってくる感情などを患者に伝える
(例「つらそうですね」)
- ② 正当化：患者の感情面の体験を理解し妥当だと認める
(例「これでは誰だって困りますね」)
- ③ 個人的支援：患者の支えになろうという思いを伝える
(例「できる限りの事をしたいと思います」)
- ④ 協力関係：協力して病気に対応しようと伝える
(例「解決策を一緒に見つけていきましょう」)
- ⑤ 尊重：患者や患者の対応を尊重していると伝える
(例「こんな状況で良く頑張ってきましたね」)

共感の言葉を言うだけで共感が伝わると安易に考えてはならない。何よりもまず、共感すること、そしてその前に傾聴して受容しなければ共感はできない。表面的な言葉のみの共感は逆効果となる。

2. 医療面接

(1) 医療面接の目的

かつては医療面接という言葉はなく、問診や病歴聴取という言葉が使われていた。しかし、初診時のコミュニケーションでの主な目的は以下の3項目に集約されるようになり、これら複数の目的のために医療面接という言葉を用いるようになった。

- ①情報収集：病歴を知る・患者を知る
- ②医師患者関係の確立：信頼の形成・プライバシーの保持・感情面への対応
- ③患者教育と動機づけ：患者への情報提供・診療の方針の交渉と合意

(2) 面接の段階

面接には、以下の諸段階がある。必ずしもこの全てについて順を追って面接するわけではないが、面接の進めかたを点検する上で参考になる。

- ①開始：挨拶と自己紹介／面接の目的の確認と同意／緊急性の有無／緊張をほぐす
- ②主訴と現病歴：最初は自由度の高い質問で／患者にストーリーを話してもらい／続いて症状に関する情報の補充／確認や要約
- ③信頼関係の確立：感情に焦点を当てる／解釈モデル／受療行動や受診の動機
- ④全体像の把握：点検項目(食欲・体重・便通・睡眠・気分など)／ADL・QOL
- ⑤既往歴・家族歴・患者背景：何のために聞く必要があるのかを伝えながら
- ⑥次の段階への導入：現時点の見立て／次の段階の説明／提案・調整・動機づけ／言いわすれたことはないか

(3) 面接での新しい技法

1) 解釈モデル

解釈モデル(explanatory model)とは、Kleinmann による医療人類学的概念の一つで、患者や医師それぞれが病気の原因や意味や重症度や診療方針や予後について持っている判断や信念を指す。誰もが解釈モデルを持っていて、その内容は人によって様々に異なる。自分が病気だと思うかどうか、広い意味での解釈モデルと言える。診療とは、医師と患者それぞれが持っている解釈モデルを突きあわせる場であるとも言える。どんな病気が心配か、原因で思い当たることは何か、どんな影響がありそうか、どのくらい重症だと思うか、なぜそのように思うのか、などである。

解釈モデルは誰でも持っているが、それを意識させることが不安をかきたててしまう場合もあるので注意しなければならない。しかし、相手の気持ちや考えがはつきり

と伝わってこない場合に聞いてみると効果的なことが多い。

2)受療行動

自分の健康状態に異常があると思った時にその人がとる行動を、病気対応行動 (Illness Behavior) とか、受療行動 (Health-Care Seeking Behavior) と呼ぶ。この行動は解釈モデルに基づいて行われるもので、やはり患者によって異なっている。受療行動を知ることによって、医師は患者の今までの経過をストーリーとして理解しやすくなる。また、不安や苦労に満ちた受療行動を具体的に聞くことで、解釈モデルを受容し共感しやすくなる。医師から見て受療行動に問題がある場合も、まず受容し支持した後に修正を促すことが大切である。

患者は受療行動について自分からは話さないことがある。他の医療機関を受診したり、民間療法を利用したりしている場合には、それを隠そうとすることが少なくない。一方、医師側から見れば、受療行動の問いかけは比較的やりやすい。解釈モデルが聞きにくいと思ったら、まずは受療行動を聞いてみるとよい。

患者の解釈モデルや受療行動が医学的に間違っているからといって、すぐにそれを指摘してはならない。面接の目的は言葉の上での情報のやり取りだけではなく、患者との間で信頼を得ることも大きな目的になる。患者が悩み苦労したことを、まずは傾聴し受容したほうが、患者も医師を信頼し、医師の指導や説明を聞き入れたり、反省したりするとされている。

3)社会適応状況

仕事や家事や通学など、普通の社会生活ができているかどうかを、社会適応状況と呼ぶ。症状の原因が身体的な疾患であってもなくても、症状とくらべて社会適応状況が極度に悪化していれば要注意である。そのような患者は、例えば、不安が強い (例:心気症)とか、周囲の援助が乏しい (例:独居) 場合が多い。社会適応状況の悪化は、心理的・社会的情報を早急に十分に把握する必要があることを示すサインである。

4)気分や精神状態

患者が心理的に不安定になっている様子 (睡眠障害や食欲不振など) があつたら、気分の変化を聞いてみる。特に不安と抑うつ気分を聞くのが大切だとされている。しかし、「不安はありますか？」と聞いても、患者は返答に困る。ここで不安や抑うつ気分があることが確認できたら、必ず自殺についても考慮する必要がある。

5)患者背景

家族構成や生活環境などの心理・社会的な患者背景に関する情報は、患者のプライベートな情報である。しかも、患者は自分の病状とそれが関係しているとは思っていない、あるいは思いたくない場合が多い。質問する必要があると判断した場合には、心理的・社会的情報が診断や治療に役立つ可能性を説明する。また、医師の守秘義務や「話したくないことは言わなくてもかまいません」と伝えることも大切であ