

人の立ち上げを推進していらっしゃるようです。

大淵：ではまずそういう点でも整備はまだまだというところなんですね。

中村：ええまだまだこれからです。それで、医師会の裁定のところという最近千葉県の医師会がですね、なかなかいい成績を出してきているのと、それから千葉地裁の判事の方でいろいろと医療分野のご造詣深い先生がいらっしゃる、その先生が、まあ東京都内までは手が届かないのですが、医師会と裁判所が協力した形で法曹と医療者が互いを互いに巻き込んでいくといった形の新しい試みが始まっているところです。

大淵：大体状況はわかりました。だから本当はやっぱりそういう第三者機関がかなり全国的にしっかりしたものができて国民の信頼が得られればね、まずはそこでということですよ。

中村：ええ。それで、事実関係の究明についてはちょうどいま厚生労働省で診療に関連する死亡に関する究明の委員会というものを立ち上げているところでございまして、自民党の方にいま法案の原案が置かれていて、医療安全委員会法という法律を策定に入っていますね、早ければ来年の通常国会の方に提出するということなんですけれども、こちらの方は患者さんに対するケアというよりは専ら死因究明をやるという形で真実究明と無過失補償制度と、それからメディエーションの3本立てでなんとかというところが現段階です。

大淵：まあそれにつけてもやっぱり遺族の気持ちをいかにケアするかというのが現場でも一番大切であるんでしょうね、こういう場合には。私も、今年の秋か、家で面倒みている介護老人いるんですけど、これがある日昏睡状態になってですね、救急車で運ばれたんですよ。で、結果としては大したことはないって言ったら怒られますけど、どうも薬をですね、余分に飲みすぎたらしくて、点滴を一日してもらったらすぐに回復したんですけど、いった当初はですね、お医者さんから随分丁寧なあれですよ、インフォームドコンセントを受けまして、そこまで言うのかと思うくらいですね、もうあのもちろん責任を問うつもりはありませんと言いたくなっただけで、まあお気持ちはよくわかります。

中村：いまはあの、言わねばならないという形になっておりまして、なかなか辛いときもあるんですけど、はい。

大淵：最悪の事態をとにかく想定しているいろいろおっしゃってくださってですね、状況がね、現状はそうなんだろうというふうに思いましたね。えっとじゃあとまあ僕はこのへんにします。

中村：どうもありがとうございました。

中村：正直申し上げるとですね、高田先生の論文を読ませていただくまでは、もうちょっと喧嘩のしがいのある話かなと思って、もっと高い目線でメディアに「おまえらこんなことやっちゃいかん」とかっていう形でやっていくべきような内容なのかというふうに思ってたんですけど、読ませていただくともうそういうようなものじゃない。やってる人たちそのものは本当に善意でやっているんだけど、そのコミュニケーションの中でそういう被害者が加害者に対する報復感情を（誘起）されてしまうようなケースがもしあるのだとしたら、そこについてはおそらく現実に被害者に早期に接触しようと努力している被害者団体の人とかマスコミの人とかあるいは弁護士グループの人達としては、おそらく逆に言う意識してないんじゃないかという可能性が高い。そういう点について注意を喚起していくということを行わなければいけないのだとしたらちょっと意識して考えなきゃいけないかと思ってですね。あの、今回の先生の実験のモデルも拝見させていただいたんですけど、いま一つ少しわからないところもあ

てですね。

高田：あれはですね、私のこの、第三者の態度が被害者の気持ちにどう影響を与えるかっていう研究はですね、非常に日常的な些細な被害を扱っているんですね。コーヒーかけられたとか、何か日常的な約束を破られたとか。そういう状況において、被害者がどう反応しようか迷っているときに、第三者が「あなたは悪くないんだよ」というふうに被害者に寄り添うか、あるいは「あなたにも責任はあったのではないか」というふうに指摘するかによってどう変わるかということなんですけども。で、具体的にどこらへんが・・・。

中村：まずですね、些細なおっしゃいましたけど、実験のモデルとなっているのがやはり人の生き死にを扱っているものではないというところであってですね、これって人の生き死にのところまで話を延長していっても成立するのがあるいはしないのかっていうところが一つ気になるところなんです。人の心の動きってこういう比較的小さい問題と重大事件の間でどこかでこう、反応が変わってくるとかっていうことは想定すべきものなんでしょうか。

高田：ええと、寛容性についてですけども、一般的に言われているのはやっぱり深刻なその、まあ肉親が殺されたとかそういったようなケースの場合に、やはり寛容さは生じ難いと、ほぼ生じないというふうに言われてるんですけども、ただ今回の中村先生のお話であると、特にその、まあ担当のお医者様に対して完全に許すところまでいく必要はないということを考えあわせれば、内的に許せようが許せまいが、行動面で訴訟を起こすという行動を緩和していくことができるんじゃないかとは思いますが。

中村：心のその、動きとしてはどうなんでしょうね。介入の仕方を変えることによって、行動は変容するかもしれないんですけど精神的な内容としては辛いんでしょうか、それとも比較的ハッピーな方向にいけるんでしょうか。

高田：私自身はハッピーな方向に動くと思います。実は中村先生に注目していただいた結果っていうのは私が出したかった結果とは逆の結果で、私はその本の和田先生とたぶん似たような立場になると思うんですけども、やはりそういう被害を受けた、まあ私が扱っているのは被害者当人なんですけれども、遺族ではないんですが、一番の気持ちはやっぱり自分たちは間違っていないか自分たちに非はないかということをまずみんなに認めてもらいたいっていう気持ちがやっぱり被害者の方々強いんじゃないかなと思ったので、やはりそこを緩和する、その欲求を満たしてあげることがまず被害者の方々にとっては第一なのではと思います。ですから内的にもやはり遺族の方に、遺族の方の考えをとりあえず受容するというやり方は、内的にも遺族の方の気持ちを少しでも楽にするのではないかというふうに考えます。

中村：わかりました。

高田：私がかつて想定していたのは、レイプ事件なんです。女性の側もですね、レイプされますと裁判など、マスコミなどで、あなたにも非があったのではないかと、行動が軽率だったんじゃないかという非難、いわゆるセカンドレイプがあると。そうした中で、そういうふうには自分でも被害を受けたと思っている被害者がですね、そういうふうには責任を指摘されましてもやはり認めることはできない。それを証明するためにやはり裁判などを起こしていくのではないかなと考えていたので、その気持ちを、まず誰かにわかってもらいたいというような気持ちをとりあえず提言するのが重要なんじゃないかという想定でとりあえずこの実験を始めているんです。

中村：これ、どうして先生のその予想と結果が食い違ったのかって何らかの説明が必要かと思うんですけど。

高田：一番初めの実験の結果では、あなたも悪かったんじゃないのって言われると、単純に影響されて被害者もそうなのかなということとその報復的な反応を抑制したんですけれども、なぜこういう結果になってしまったかといいますと、おそらく、被害者自身の判断が明確ではない、私も悪かったのかなと参加者（被害者）に思わせてしまうような状況を参加者に与えてしまったんですね。なので、私たちがもともと想定していたとおり、もっと被害者が、私は悪くないのって、いうふうな思っている状況を参加者に与えれば、第三者に認めてもらうことの重要性っていうのは高まるんじゃないかと考えました。

中村：要は事実関係に対する評価が、本人の中でも動いているということで、第三者の評価がそれ自体を動かしたっていうことですね。で、まさにそこが医療裁判と一つ似ているところがあって、まあ医療紛争ですね裁判に至らない。で、しばしば患者さんあるいは遺族の方々がおっしゃるのは、真実を知りたいとおっしゃるんですよ。患者さんが亡くなったとか、重大な後遺障害が残ったってことはもう明確なる事実で、それを被害と捉えるかどうかってところはまあちょっといろいろ問題はあるにしてもですね、まず重大な結果が生じていることは誰の目にも明らかなんです。本人たちが悪いかって言うと、本人達に落ち度があるとはちょっと思えないんですよ。そこが高田先生の研究とちょっと違うと思ってるんですよ。ただ、明確に悪者としてしばしば扱われるのは医療者なんですけれども、よくよく考えると、もともとは病院ですんで患者さんは病気と闘っているんですよ。なので、病気が悪いんだっていう方にいくのは昔は普通だった気がするんですけども、どうもそういう方向にいかない。でも誰かが病気が悪くなかったっていうケースもあんまり想定できない気がしてですね、そのあたりでそういう心の動きを積極的に起こすとしたら一体全体今回の先生の実験で言ったときの、加害者って何、被害者ってなんなんだろうっていうのがちょっと整理がつかないでいるんですよ。それもまたちょっとお伺いしたいと思って、そのアナロジーが成り立たないのか、あるいはある程度整理すると、そういうアナロジーがこのまま適用できて、今後の方針に影響させることができるのかどうか、先生どうお考えですか。

高田：そうですね、いま先生から病気と闘うところが病院だっていうのを聞いて、衝撃を受けたんですけども、私は一般人ですけども、病気と闘うという意識があまりないかもしれません。まあもちろんあんまりひどい病気にかかってないでなんなんですけども、何て言えばいいんでしょうかね、お医者様はなんとかしてくれる人っていう図式が成り立っていると思うんですよ、患者側の中では。なので、何でなんとかしてくれなかったのよというふうにたぶん思うと思うんですよ。そこら辺が患者側の、なので、被害者加害者っていうのはやっぱり、私の中でいまのお話を伺うまでは当然のように加害者、言い方は悪いですけど加害者はお医者様で、被害者は亡くなった方あるいは後遺症の残った方というふうに暗黙に了解してしまっていました。

中村：ああ、そうなんです。それはとっても困りますね……。ついほんの十数年前までは患者さんやそのご家族自体から、重い病気だったんでいろいろ手を尽くして下さいますてありがとうございますって言うお帰りになることがしばしばあったんですよ。今でもそういうご家族は少なくないですよ。でも、そうじゃない人たちが年間1000人裁判をやっているわけなんです。病気が悪いんじゃないとは思ってないかもしれないですけど、悪いのは医者と病院だっていうんですよ。そこはじゃあその、そもそも病気と闘っているっていう意識はあんまりないってことだとこの図式そのものが成り立ってしまうっていうことですよ。

高田：私も身内を何人か病院で亡くしてますけども、やはりお医者さんまた医療スタッフの

方々を、何で助けてくれなかったのよとは全く思わなかったタイプなんですけれども、面白いのは、そう思わない人たちは何でそう思わないのかなというところですよ。

中村：そうなんですよね。結果としてそういう対立関係に陥ってしまっているんでそこに直接働きかけができればそれでオッケーはオッケーなんですけども、だからいわば今日お伺いした件とはちょっと違う傍論の話になってしまうんですよ。そこら辺とかはその、要は何ていうんでしょうね、被害が生じたときに、被害者が加害者を特定していくっていうメカニズムとかってというのは何かあるんでしょうか。事実関係が明らかじゃない場合にもしばしば被害感情とか、加罰要求とかって生じますよね。その対象ってというのはどうやって決められるんでしょうね。対象のない漠然とした感情とはちょっと思えないんですけど。いわゆる被害者と加害者が直接接触のある場合はそんな問題生じないのかもしれないかもしれませんが、加害者が明らかじゃないっていう状況下での被害感情のはけ口ってというのはどういうふうにして決まるんでしょうか。そういう実験とか研究ってというのは。

高田：新しい視点のような気がします。

中村：意外とわかってない分野なんです。

高田：そうですね、やっぱり事件状況を設定するとすると、加害者と被害者は必ず一対で、その上で怒りの対象がはっきりしている場合ですね。

中村：いやまあその、和田先生も中西先生もですね、患者さんが持ってらっしゃる事件に対する枠組みをまず理解しなさいってところから入るんだよっていうふうに教えてらっしゃるんですけども、（フレーミング？）でしたっけ、まずフレーミングを明確にしてあげて、そこに介入していくような（ことが必要なんだよということですけど）、それは何となく自然に出来上がっちゃうものと考えていいんですか。それともそこに、そこ自体に介入していくことって可能なんですか。あまりこれまで研究の対象には。

高田：あまり見たことないですね。

中村：何となく思っちゃう。

高田：はい。私のはまあ、一般的なイメージなんですけれども、やっぱりこう、身内が死んだときに医療側に文句を言いたくなるような状況って、絶対大丈夫ですって言われていたのに急に亡くなってしまったであるとか、想定外のことが起こったときだと思うんですよ。

大丈夫だって言ったじゃないですかとか、まあそういう文句を言いたくなるのは予測できない、予測しなかった悪い方向に進んでしまった場合だとも思うんですけど、そういうときにはおそらくお医者さん、担当医の方とのやりとりの中での予想が成り立っていついて、それが裏切られて怒るわけですから、おそらくもうお医者さんをそのときからもう攻める気持ち、すなわち加害者として見てしまうんじゃないかと。

中村：それについてはですね、結構現場で経験が積み重ねられていて、先ほどもちょっとその、ご高齢の方が病院に意識障害で担ぎ込まれたときの話がありましたけど、いろいろ説明はするんですけど、大半の方は聞いちゃいないんですよ。先ほどは厳しいお話がって話があったんで、ちゃんと聞いてらしたんだなと思ってびっくりしてたんですけど、ほとんど後で問題になる場合ってというのは、いや、言ってたんだけどなってことが多いんですよ。まあ、それこそリテラシーが悪いのかもしれないですけども、言ってるにもかかわらず心に届いてないんですよ。こういうリスクがありますって説明をしてもリスクとして意識されていない。で、時々、不謹慎ななんでこんな言い方しちゃ良くないんですけど新聞とか判決とか読んで、合併症の発生率は5%ですって言われたって。「5%って言ってたじゃないですか。だけど

うちのお父さんは」って。いや、だからその5%に入っちゃったんですよってという説明を延々と無限ループで繰り返すような判決文があるんですよ。つまりその、5%ってという説明は確かにあったと。だけどその5%っていうのを被害者家族は認識できていない、説明が悪いって判決文では言うんですけど、だから、聞いちゃいないんですよ。

高田：意味を取れてないと。

中村：そうなんですよ。いや確かに95%は大丈夫って言うと5%はほとんど意識に上らないって言われてしまえばそれっきりなんですけど、でも数字を言わないわけにもいかないの、そうすると説明がいくら悪いって言われてもですね、じゃあどう説明すればいいのって言っても判決文は答えてくれないっていう形になるんですよ。確かにリスク志向型の方とかりスク回避型の方とかがいるとかってわかるんですけど、ちょっとそこを突っ込んでいっても何かできるって気はあんまりしないんですよ。期待から外れていくとか、想定外のこととかっていうふうにしばしば確かに患者リテラシーの上で問題に上ってはくるんですけども、じゃあ想定するように働きかけができるかっていうと、まあできる人はできるんですけど、できない人については全くできないんですよ。だけどこの人に対して医療はしなきゃいけないんですよ。最近のケースでいうと、ちょうど一昨日に判決が出てるんですけど、ちょっと重症の病気で他の病気で入院していたお子さんにですね、はしかが移っちゃったんですよ。で、はしかの後遺症でかなり重度の神経障害が残っているんですけど、高裁判決は4400万の賠償、一審の地裁の判決っていうのは400数十万の賠償なんですよ。いずれも医療機関側が形としては敗訴なんですけど、実質的には400数十万で結構こう手間暇かかる裁判だと思いますから遺族側としては敗訴にはならなかったねっていう程度の金額で、実際に後遺障害が残ったお子さんがそこに残り残されるっていう。で、どういうことかっていうと結局のところはですね、はしかの予防接種っていうものに対するリスクばかりがこの場合は大きく家族側が捉えてしまっているんですよ。予防接種しなければ当然はしかにはほとんど感染しないんですけど、予防接種してなかったのが蔓延し始めているもののがっちり感染しちゃったというケースなものですから。そこをどうコントロールすればいいのかわからないんですよ。患者さんてそれこそ、医療者はごく一握りですけれども、患者さんは極端な話でいうと日本国民全部なので、その多様性をある程度考えながら対応していくってことになる、この研究はリテラシー教育なんですけれども、そこまでのリテラシー教育はおそらくできないんじゃないかっていう気がしてるんです。だから事前のリテラシー教育ではなくて、事後的なところで何かする必要があると思っていて、そうだとするとやっぱり何かあったときにこういう介入ができる、しかもそれが効果的だってことであればそっちに進むのが効果的なのかな、あるいはメディエーションでもいいんですけど、っていうことなんですよ。だからそういう認知フレームに対して働きかけを直接していくってアプローチはおそらく医療に関してはあまりにもその対象となる人たちが多様で、リスクセンスが全然違うので、ちょっと無理かなと。理屈としてはそういうリスク回避傾向が高い人に対してはこういうお話とかりスク志向型の人にはこういうお話とかやればいいじゃんということは理屈としてはできるんですけど、現状の医療の現場って結構時間に追われて暮らしているところもあってですね、そこまでやれっていわれるとみんなもう投げ出してしまうような感じになりかねないような現状なんですよ。だからそこはちょっと管理が難しいと思っていて。で、話は大幅に戻るんですけども、そういう前提条件の下で、患者さん自身が例えば重度の後遺障害を持って、だけど意思決定する意識は残ってるとかですね、あるいは患者さんは亡くなってしまってその遺族の方々が自分たちこれからどうしようかって意思決定していくときに、この

重大性っていうのはどうなんでしょう、同列に扱って構わないんでしょうか。

高田：研究者としては同列に扱いたい、同列に扱えると言いたいところですけども・・・でも、強いと思います。この状況を強めているんだと思います。なので同じ方向に働くと。

中村：方向性としては同じだと。ただ、働きかけの弱さ・強さという面では留保が残るということですね。

高田：はい。

中村：わかりました。で、一番最初の話に戻るんですけども、そうすると例えばその、いわゆる医療事故等を疑わせる状況下で患者さんが亡くなっているというときに、たとえばお通夜の場ですね、遠い親戚がいろいろ言うっていうケースが実はしばしば多いっていうふうに言われてるんですが、そういうときにやっぱりその、何ていうのが良くて、何ていうのが好ましいんでしょうか。

高田：この研究が活かされるとすれば、もう少し後の段階の話になると思うんですよ。お通夜で接触してくる遠い親戚は、おそらくまだ喪主さんとか身近な身内はまだ呆然としてますよね。まだ感情としては白、無なんですけれども、無の状態のときに、もしかしてこういう疑いがあるんじゃないのっていうふうに遠い親戚に言われたときに初めて、私の身内はもしかしたらミスで死んだのかもしれないって思うわけですよ。

中村：先ほどの話で言うと選択肢が与えられてしまうということですね。

高田：そうですね。疑いがまず生まれてしまって、実際の本当のことを知りたいというふうな欲求が高まってきて、病院とかにたぶん行くと思うんですよ。うちの人はなんで死んだんですかと。そこで納得いく説明は、どんなに丁寧に説明してもらっても納得いく場合といかない場合とあると思うんですけど、そういう動きがあるっていうのをたぶんマスコミとか第三者の人たちが聞きつけてきて、それでそこでなんやかんや言う。で、私がこの研究から何か得るとすると、もう、遺族が疑いを持って病院に行った後の話しか私にはできないんですよ。その場合にさらに病院側の説明を聞いても遺族が納得できなかった場合に、周りの人たちはじゃあ遺族にどう対応したらいいかっていうのがたぶんこのシチュエーションで、訴訟を起こしたくないというのであれば、まずは遺族の方々の、ミスで亡くなったのか、本当にミスで亡くなったのかどうかわかりませんが、そういうなかなか納得し難い形で身内を亡くしてしまったという気持ちにまず共感するような発言を行うことがまず重要かと思います。ただそれには条件があって、被害者遺族の方々が、うちの人は絶対に自然な死に方ではなかったというふうに思っていることが条件ではありますが。

中村：そのときに例えばですね、文字通り本当の意味での第三者っていうかどう微妙なんですけど、マスコミの取材が入って、これ医療事故じゃないですか、訴えましょうよっていうようなことをもし言っちゃったとしたら、それは患者さん側としては素直に訴える方向に気持ちが動くって考えていいんですかね。それとも、そういう言い方をされると逆に、多くの方々が、ここにこうやって言ってくれる人がいるからとりあえずもうちょっと説明を聞き続けようかなというような心の動き方にいくものなんですか。

高田：裁判を起こしてしまうかもしれません。この研究の限界点でもあるんですけども、被害者自身として、責任のなさを認めてもらいたいのか、こんなに悲しい思いをしているっていうのをわかってもらいたいのかっていうのをこの研究ではうまく分けきれてないですよ、まだ。なのでちょっとそういう限界点はあるんですけどもしマスコミで、たぶん一般の人たちはですね、マスコミに対してはそれなりに中立性とかそういったものを認めちゃう傾向にあると

思うんですよね、偏ってはいますけども実際。なので、そういう人たちからあなたには責任がないとか責任があるとかって言われると、一般の人からいうと、なかなか権威と知識のある人たちがそういうふうに言うのであれば裁判を起こしてみようと。

中村：そうですか。

高田：そうすると私の結果と矛盾しますね。

中村：いや、あの、さっきの病気っていう要素が本当の敵なんだよというお話に戻るとすると、これもアナロジーとして本当にいいのかどうかよくわかんないんですけど、病気っていうのは亡くなった患者さんが持っていたその患者さんの一部であるわけですよね。本質的には家族が病気を弁護するとかっていう意味合いは全くないと思うんですけども、「うちのお父ちゃんのうちのお父ちゃんの病気で勝手に悪くなって死んだんだ」っていうような言い方は受け入れ難いところはやっぱりあるかなっていう気はするんですよね。そこら辺がその、セカンドレイプと似たようなところがやっぱりあるんでしょうかね。医療事故で、病状をご説明申し上げるときは、先ほども病気と闘ってるんだよという話し方をしたらショックを受けたとおっしゃったんですけど、医療者側はですね、患者さんの病気を治している、患者さんを治しているつもりでいるんですよね。そうするとどうしても病気が悪くて病気が悪くてっていうお話になるんですよ。聞いている患者さんの側としては、人によっては病気が悪くてっていうとあたかも、患者さんは勝手に病気で亡くなったんでうちは責任ないですよっていうふうに説明してるようにしか聞こえないっていう可能性はあるという気がするんです。要は、被害者の属性が悪いんだ、例えば派手な恰好をしてそこら辺をチャラチャラ歩いているからいけないじゃんと言われていたのと同じなかなって疑念がしてるんですけど、そうだとするとやっぱり病気で勝手に亡くなったなんて変じゃないか、病院で殺されたんじゃないのっていう言い方っていうのは、正当性の認知要求を強化するとかあるいは被害者の落ち度がなかったっていうところを認めてほしいとかっていう要求に結びつくとかってことにつながるんでしょうか。それともやっぱり飛躍しますかね。それって何を調べればわかりますかね。そこら辺の、その説明を聞いてしばしばですね、それこそ和田先生もおっしゃるんですけど、説明だけじゃやっぱりだめでむしろ聞いてあげることが大事だっておっしゃるんです。ついつい自分たちは、家族が来た、説明しろっていうと聞くよりも先に、「いや、こうこうこういう状況で、何月何日に入院してきて、なんとかかんとかっていう手術をして、こことここを繋げたんだけどもところどころが漏れてどうのこうの」って、「いやもれたのはでも僕のやり方が悪かったわけじゃなくて」っていう話をずっとするわけですよ。つまり、結局医療者側が説明してると、僕は悪くない、患者さんが勝手に悪くなって死んだんだっていうふうにしかなれないかもしれない。だとすると、医療者側のそういう説明自体が逆にその、患者さんを訴訟に駆り立てているのかなという気もしてですね。

高田：それは医療裁判に限ったことではなかったと思うんですけども、犯罪被害者もそうなんですけど、裁判後の加害者の態度とかそういったものを見ていうだけでも、もう許せないという気持ちはどんどん高まるということはあるんですよね。

中村：それで、最終的に裁判で患者側が勝ったとしますよね。つまり、被害者側の正当性が裁判所っていう公の組織によって認知されたわけですよね。これって患者さんはハッピーなんですかね。というか、現実としては満足度調査をするとですね、大半の患者さんというか遺族側の方々は満足してないんですよ。それは、自分は今まで裁判の経過の中に問題があると思ってたんですよ。裁判という仕組みの中に問題があると思ってたんですけど、逆にその、裁判所

が、被害者は悪くない、加害者が悪いって言ったことによってかえって報復感情を刺激して
るっていう可能性もありますか。

高田：その判決で報復感情を刺激することはないと思います。

中村：それはどうしてですか。

高田：先ほど裁判所は真実が必ずしも明らかになる場所ではないというふうにおっしゃって
て、たぶん実際そうなんだとは思いますが、それでもなんとか少しでも真実に近いものを
知りたいという気持ちで訴えた側は言っていて、その中で自分の主張は「私は悪くない」と
いうものであり、それが一般的に広く認められるわけですから、報復しようとはもう思わなくな
ると思います、欲求が満たされるので。この通りですよねまさに。

中村：ええ。

高田：だけど、満足度が低いというのはおそらく、一番もっと高次の欲求っていいですか、で
きれば数年前に戻ってその人自体が生き返るのを一番求めている、けれどももうそれは叶わ
ないっていったような気持ちも、裁判では勝った、私の大好きな家族はミスのせいで死んでしま
ったってことはわかった。死の真相は明らかになったし、自分たちの主張も通った。けれども、
あの日々はもうだからといって戻ってくるわけではないというようなそんな気持ちがきつとあ
るんだと思うんですね。

中村：それではやっぱり経過が問題なわけでも、裁判所がそういう認知要求を満たしたことが
問題なわけでもなくて、もっと外側の枠組みとして現状回復がならないってところに根
本的な問題があると。

高田：そうですね。でも裁判所が患者側勝訴の判決をしたときと、敗訴の判決をしたときでは
満足度は全然違うと思います。なので認める判決をしたときの方がそれは患者さんにとっては
まあ。

中村：それはもちろんそうですね。というか、逆だったらかえって困っちゃうんですけど
も。ただですね、勝訴しても報復感情から抜けきれない人たちが結構いることがわかってるん
ですよ。

高田：勝訴しても。

中村：ええ。で、ずっとそういう医療事故と関係し続ける人たちがいるんですよね。

高田：また別件でっていうことですか。

中村：そうです。いい言い方をすると、被害者のサポートをしてるんですけども、いわゆる
被害者団体を作ってですね、サポートなんだけれども気持ちに寄り添うとかっていう方向では
なくて、徹底的に医療機関に対する報復を示唆し続けるんですよ。裁判をさせるとかです
ね。その人たちってどうしたら幸せになってもらえるんですかね。

高田：ずっとかかわり続けている人たちですか。

中村：ええ。現状回復してあげないとその人たちは自由になれないんだったら、それはもう叶
わない話でその人たちが死ぬまで、というか死ぬのを待つしかないと思うんですけど、何か介
入の方法があるんだったらなんとかしたいところではあるんですよね。

高田：確かに難しいですよ。特に表面上とといいますか形式上おそらくやってることは正しい
とといいますか・・・。

中村：けちのつけようがない。

高田：ないんですよね。ただし、私はちょっと臨床心理もやるんですけど、病理とといいますか
そういった観点から見ると回復はしていない、たぶん本人たちは気付いていないと思うんです

よね。私は完全に立ち直ったからこういう行動を起こせるようになったとたぶん本人たちは言うと思うんで。介入か・・・。

中村：文字通りの意味で立ち直ったのかどうか微妙な人もいますよ。例えば医療機関です、それまでやっていた仕事から離れてですね、医療安全関係の仕事に就いて、むしろそれこそメディエーションのトレーニングを自分で受けに行ってますね、何人かいらっしゃるんです。これ結構微妙だと思ってるんですけど、本当の意味で立ち直ったと考えていいのか、あるいは報復感情の裏返しっていうものが何か残っているのかって、これ御本人と話ししてもわからないんです。あるいは、これが例えばアメリカとかヨーロッパですと、文字通り患者の、新たに生じた患者の死を迎えた遺族に寄り添うボランティア団体みたいな人たちが病院に詰めてるってのもあるんですよ。まあキリスト教っていうそういう死を受容することについて非常に熱心な宗教的な環境っていうのも影響していると思うんですけど、そこまでではないんですよ。こういう、いくつか種類はあるんですけど、介入すべきなのか介入の効果が期待できないのか、あるいは既に介入の必要は実はないのか。ご本人たちの主観としてはそれなりにハッピーだったり、そのもう抜け出せていると思ってるのかもしれないけれども、それってでも本当にそうなのか、本当にそうなのかという評価は一体誰の視点でやればいいのかとかな、考えるとどうなのかとわからなくなるんですよ。ご本人達はハッピーだからそれでいいんじゃないのって片づけられるとそれはそうなんですけど、でもやってること見るとちょっと困るんだよなというときがしばしば、要は不幸せの拡大再生産してるみたいにみえてですね。

高田：ルミネーションって反芻っていうのがあるんですけど心理学で、被害が起こった状況を何度も何度もこう思い起こしたりとか思い出したりとかすると反芻してしまうと。そういう人たちの精神的な健康の度合はかなり低くなることがわかってるんですね。人にも医療裁判を勧めるタイプの行動がその反芻にあたるのかどうかはちょっとわからないんですけど、確かにそういう過去のトラウマとなるような経験に関連し続けることによって幸せになるといった結果は心理学ではちょっといまのところ見出されていないですね、はい。

中村：まあ、その例えばそうですね、自殺者の家族のセルフケアグループとかっていうのもあるんですよ。まあ、今日の話とはだいぶ離れていくんですけど、それもどうなんでしょうね。それって。

高田：やっぱりピアサポートですよ、一種の。っていうのはまあ一定の効果はあると思うんですけど、恐ろしいのはそのメンバーが共依存化するときなんですよ。こうなんていったらいいんですかね…共にそういう経験があることがすでにアイデンティティになってしまうような関係の在り方っていうか、そういうものに変容してしまった場合、自助グループ、専門家が入らない自助グループっていうのは少し怖い、危険性があるんじゃないかなとは思いますがね。

中村：先生、そのさっき健康の度合が下がるっておっしゃってたんですけど具体的には、精神的な健康の度合なんですか、それとも肉体にまで影響がでてる。

高田：まあ、結局精神的な日常生活の満足感であるとかいったものが低下するとまあ鬱病になってしまったりだとかにはっていう意味では、まあ身体的にもということですかね。

中村：鬱ってことは、その裏返しで、躁病みたいになることもある。

高田：そこまでは聞かないですね。

中村：そこまではない。

高田：はい。鬱ですね。鬱だけです。抑うつ、あと日常生活への不満感とか、あと将来の希望

が持てないとか、そういった知見は多いですね

中村：うーん。まあちょっと、そこらへん自分もあんまり勉強ちゃんとできてないのでそこらへんもう一回勉強し直してから、またお話を聞かせてください。それで、これまた戻りますけど、例えば新たに実験を考えていただくとか、アンケート調査をするとか、そういう形で今後発展していくという方向で何かしていただけるとかいうことありますか。

高田：ダイレクトにその医療事故の場面を扱ったようなものを同じ手続きでやることはすぐできます。

中村：それは実験という形。

高田：そうですね。同じような形で、いまはすごい軽い被害なんですけれども、もう少し身内が死んでしまった場合のような検証を。

中村：そういった実験はできるんですか。

高田：はい、あのこれシナリオ研究っていうタイプのやつなんですけどそのシナリオっていう状況を。

中村：それってでも、そのなりきりができないと上っ面だけで終わりますよね。

高田：それはシナリオ研究の限界ではあるんですが、いまちょうどこういうふうに話題になってるだけにイメージはしやすいですよ、学生にとって。で、実際あとできることは、それならず、すぐといたしますかわりあい短期間にできると思います。

中村：それで。先生の方から全体の今日のお話の流れを通してなにか具体的に現場に対してアドバイスとか頂戴できれば。

高田：現場に対して。

中村：広い意味でですね。病院に働いているお医者さんとか医療者、それから先ほど申し上げたようなマスコミとかですね、被害者団体の方とかそれをサポートする弁護士の人たちとか、なにかアドバイスがあれば、こうした方がいいんじゃないのという。

高田：裁判を防ぐためにですか。

中村：というか、遺族の方がより早くハッピーになるように。

高田：一番難しいことだとは思うんですけども、謝るべき部分と謝らないでいい部分をはっきりさせてそれを遺族の前で行うことですかね。お医者様に対してですかね。

中村：例えばですね、これ先生ちらっとお読みいただいていたと思うんですけど、抗がん剤の過量投与という形にはなってるんですけど、詳しい患者さんの体力とか、書かれてないのでよくわかんないんですが、この抗がん剤の量自体はですね、これだけでは死なないんですよ。

高田：そうなんですか。

中村：ええ。

高田：他にも何かあったっていうことなんですか。

中村：そうなんですよ。で、実際問題1日、これ5日間にわけて5000mg、4000mgかな。いってるんですけど、1日4000mgいくレジメもあるんですよ。結構きついレジメではあるんですけど、でも準備してれば死なないんですよ。もちろんその抗がん剤それだけの大量投与するとあとちゃんと面倒みなければいけないところはあるんですけど、おそらくこの4000mg、4日間にわけてトータルで、16000mgかな。いってるんですけど、あの要はいったこと自体が悪いって言うよりは、そのあとの面倒の見かたが悪かったっていう可能性の方が高いんですよ。そういう説明っていうのは、どうなんでしょうね。新聞読んだ人は少なくともそんなのわかんないと思うんですけど、先生もしこういう報道をご覧になって、っていうか家族がこうい

う説明を自分の中で組み立ててしまっているとしたらですね。医療者としてはこれはもう刑事裁判ですから。裁判なるかどうかまだちょっと送検なのでわかんないですけど。で、何をどう認めればいいのかがよくわかんなくなるんですよ。

高田：医師としては。

中村：はい。本来のレジメよりは大量に投与していると。けどこの薬のこの投与量そのものはかなりきつい治療ではあるんだけど、やらないことはない量だと。で、さっき病気が悪いんだというお話もしましたけれども、要はその後始末っていうか大量投与した後にしかるべきことをちゃんとやってなかったってところについてはまあ、落ち度があったのかもしれないし、なかったのかもしれないと。けど大半はこの方がそれだけの大量投与に体力的に耐えきれないっていう状態だったんだということになると、これ謝り方が結構難しいんですよ。どこまでどう謝ればいいのかって。まあこのケースもそうですけど、しばしば非常に難しいんです。謝るべきところは謝りなさいって言われたときに、そういう医学的な事実に対して照らし合わせたときに、どこまで謝ったもんだかってもんがしばしば逆に医療者側でも明らかじゃないですよ。ややもすると、いや病気が悪かったんだとかですね、体力で乗り切れなかったからだとところで終わってしまうと、まるで自分たちは全く悪くないと言い張っているようにしか見えなかったりですね、いや前段では謝ってたとしてもですよ、「いや今回は本当に申し訳ありませんでした。ただね・・・」って言い出すと全然言い訳しているようにしか見えないうんですよ。なかなか先生がおっしゃるような謝るべきところは謝ってっていうのは難しいんですよ。

高田：例えばその、体力と、きつい抗がん剤プログラムの見極めが結果として少し甘かったであるとか、で、やっぱり結果でしか見てないじゃないですか患者さん。なんで、そういう部分であるとかっていうふうになぶん考えるようなゆとりも先生たちおそらくないんだと思うんですけども、亡くなってしまったときにこう最初に「あっ」って思い浮かぶようなこととかですね。

中村：最初ですか。最初だったら「あっやんなきゃよかった」って思いますね。自分は特に外科だったので、要はお腹開いて手術した患者さんが死んでいくわけですよ。そうすると最初からメスなんて入れなきゃよかった、だったらまだ生きてるよなって。最初に思うのはいつもそうですね。

高田：手術に踏み切らなければよかったと。

中村：ええ。そんなのあり得ないってことは自分でもよくわかってるんですけど、最初に思うことはやっぱり「ああやんなきゃよかった」ってことですよ。次に具体的にああでもないこうでもないってことは考えますけど、でも具体的に考えていけば考えていくほどですね、不確定な要素がどんどん多くなるんですよ。文字通り手術しなければ今も生きていたろうってのはもうほとんど確実なんです。そこはほとんど確実なんですけど、具体的にじゃあ手術の実施がどうだとか手術のタイミングがこうだとかっていうことをいうと、どんどん不確定要素が多くなってですね、全然明らかじゃないんですよ。そういう状況なんです。だから、謝ること自体が難しいです。自分が家族に謝ったこともあるんですけど、それでもやっぱり手術しなきゃよかったですよってところは本心から謝れるんですよ。けどそこから一歩先に出るとですね、本心からは謝ってないんですよ。

高田：そうですね。

中村：そこはまた難しいんですよ。治療しなきゃよかったっていうところにしかいかなく

て、逆立ちしても治療しないってことはないんですよ。全然非現実的な謝罪なんです。それでもご家族の方には許していただけなんですけど、自分の場合はだから結果としては訴訟に至ったケースもないですし、自分が直接罵られることもなかったんですけども。ただそういう不幸なケースが起きたときに謝れることとしては、「いや、本当にやらなきゃよかったですよ」ってところだけなんです。そこから先は自信を持って謝れないんですよ。なかなか難しいところなんです。何か他に先生ありますか。

高田：あとはですね、先ほど説明のしかたで5%がどうのこうのって話があったかと思うんですけど、調べてみればっていうのもなんなんですけども、たぶんそういう説明を受けている、まあある程度緊張状態にある人の認知パターンていうんですかね、それを調べればもしかしたら効果的な説明の仕方が見つかるかもしれないなどはちょっと思いました。

中村：認知パターンですか。

高田：はい。

中村：認知パターンに対してどう介入していくんですか。パターン化をして、それに対する対応を変えていくってということですか。

高田：そうですね。例えばさっきの例だと、95%大丈夫ですよって言ったときの緊張状態にある人の捉え方っていうのをまず調べてみると、リスク傾向、リスク回避ではなくて、そういうふうに分けていくんじゃなくて、その説明を受けている人の心理状態でどう文書を解釈するのかわかれば、95%という数字に焦点をあてるべきなのか、例えば5%っていう数字に焦点をあてて説明すべきなのかっていうのが、わかってくると思うんですよ。っていうふうな、まあこれはちょっと時間かかるやり方かもしれませんが。時間をかければそういうものを見ながら効果的な説明のマニュアルじゃないですけども、そういったものがもしかしたらできるのかなと思います。ただ、説明といっても病気によってたぶん何パターンもあるんでしょからそれを作るとなるとまあ大変だと思うんですけど。

中村：要はその、説明のポイントをどっちに重しを乗っけていくかっていうことですよ。

高田：はい。っていうような研究も実は面白いのかなと実は思ってます。

中村：そういう既存研究とかはありますか。

高田：うーん、ちょっと私はこの分野あんまりやってないんですけども、認知、視覚とかでも選択的注意ってご存知ですか。

中村：ええ。

高田：なので、どうしてもこううまくスイスイってほしいと思ったら95%は大丈夫なんだっていうふうにたぶん思ってしまうと思うんですよ。5%の説明をされてても、忘れちゃうんですよ。なので、そういうふうな、患者の方はどこを選択的に覚えやすい傾向にあるのかとかっていったようなことを、具体的にやっている研究はちょっと見たことがないんですけども。

中村：それはまあ面白いですよ。結局、手術なんか代表的ですけどそういう非常にリスクの高い治療にですね、時間の余裕を持って臨むときには、大体説明する日時を打ち合わせしてですね、少なくとも数日の余裕を持って臨んでいただくことができるんですよ。その際に例えば何らかの質問用紙等工夫できれば、説明に入る前にどこに軸足を置いてこの方々には説明すればいいのかっていうのがある程度わかって、まあ救急の場合はちょっと無理だと思うんですけど、そういう工夫に用いることはできるかもしれないですね。虎ノ門病院で東京にあるんですけど、そこの医療安全をやっている先生がですね、その手の、まあインフォームドコンセントというふうに医療分野では言うんですけども、説明用紙統一化とか手がけてらっしゃるので、

一度じゃあその先生にもお話をしてみますね、ひょっとしたらもうすでにご存じでいろいろ工夫してらっしゃるかもしれませんし。東京大学ではそういうのを扱っている方はどなたかいらっしゃいますか。

高田：認知知覚。

中村：はい、リスク志向との組み合わせ。

高田：直接的にはいないですけど・・・。

中村：文字通りリテラシー教育になると思うんですよね、それって一種の。非常にパーソナルなもので、しかもテンポラルなものであると思うんですけど、誰に対してどういう話し方をするかっていうのを、送り手たる医療者側に対して要求していくっていう形になるので。で、そのための情報収集をした上で説明に臨めるということで。いまはですね、とにかく何でもかんでも説明しろっていう形で、じゅうたん爆撃的に説明させるって話になってるんですけど、現実的にはそんなの無理ですね。例えば、アメリカの民間病院に入院すると、高さ20cmとって書類を渡されて全部読んでサインしろって言われるらしいですけど、患者さんも読みゃしないですし、すでにアメリカのお医者さんは書類を読み上げて説明するとかってことはほぼ完全に放棄してるんですよね。かいつまんで一応説明はするんですけど、あとは詳しく書いてあるからあなたの責任で読んでねって。だけど日本の場合は読んでねではだめなんですよ。納得できるように、きちんと理解できるように説明しろって裁判所は言うんですよ。もしそのところでじゅうたん爆撃的な説明をしなければいけない人たちがもしほんの一握りだってことがわかれば、その負担だけでもかなり軽減されますし、あるいはかなり詳しい説明をしなければいけない人たちと、詳しい説明がいない人たちが分かれてしまって、詳しい説明をしなければいけない人たちの中でパターン化できれば、それでも現場としてはかなり負担が軽減されるので。それ先生どうしましょうね。ご専門の方に、あまり急がないですけど、ちょっと聞いていただいて、先行研究等もしあればご紹介いただけますか。

高田：はい、わかりました。

中村：あと何か先生アドバイスとかは。

高田：そうですね、あとは犯罪被害者の話し等、まあいろいろ違うところはあると思うんですけども、とりあえずマスコミがすぐ寄ってきてしまうことがやっぱり一番いやだというふうに皆さん言ってらっしゃったので、なんとか被害者サポートグループの方にはこう静かな生活を送れるようなサポートを遺族の方にしてあげてほしいなど。

中村：まあ、マスコミはマスコミで仕事なもんですからね・・・。取材するなどは言えないんですけど。

高田：ちょっとでも、問題あると思っている一般人も多いんじゃないかとは思いますがね、あのやり方見ると。

中村：で、その、医療事故に対しても犯罪被害者に対するスクラムと同じような形で、身元が割れると殺到するっていうのが最近いくつか報告されているんですよ。殺到するのも仕事なんだろうとは思いますが、せめて何かこう、かえって被害者のことを不幸にしないような言動とかがもしあれば。積極的に確信犯として訴訟に追い込んでとっていう、要はいわゆるマッチポンプですよ、っていう人たちはもうどうしようもないとは思いますが、そういう意識がなくて間違った介入をしてしまっている人たちがいるんだとしたら、例えばその、まあ医療事故の取材だっている形でいきますよね。で、自分はジャーナリストの経験がないのでよくわからないんですけど、被害者の方とお話をするときに、突っついてはいけないポイント

トとか、何かあれば。意図的なものは別にしてですね、病院が悪いんじゃないの、殺されたんじゃないの、裁判しましょうよっていうところじゃなくてですね。

高田：突っ込んではいけないポイントといいますか、まず話を始めるときに記者の方からいろいろ話すのではなくて、相手が話すのを待つぐらいのゆとりがあった方が。あんまり矢継ぎ早に質問しても。ちょっとわかんないですけど。ポイントは、もうどこも突っ込んではいけないと思うんですよ、そんなこというと。何も聞けなくなってしまうと思うんですけども、その前に、話してくれて大丈夫ですよってというような雰囲気を作れるといいんですけどね。かなり臨床に近寄ってしまいますけど。

中村：いやー、それもなかなか難しいですよ。そういう記者さんもいる様子ではあるんですよ。すごく時間をかけて取材ができる環境にある人で。本当に、湧き上がってくるような話が出てくるまでずっと待ってくれるっていう記者さんもいるみたいで。そのこと自体が癒しにつながっているのかっていうとそれはそれでそうでもないようなんですけど、なかなかそういう意味でも難しいところはあるような気がするんですけど。どうなんでしょうね。そういう取材方法だと一種のメディエーションになっているような気はするんですよ。

高田：そうですね。

中村：それがでも、現実には何か逆のところにいる人は、何かやっぱりポイントがずれているんでしょうかね。矢継ぎ早の質問てのは悪いんですか。

高田：矢継ぎ早の質問はできないと思うんですよ。答えられないと思うんですよ。何かすごい混乱しているときに、これはどうなんですかこれはどうなんですかって聞かれてもなかなか答えづらいことは確かだと思います。で、答えづらい質問ばかりをずっとされると、すごいいらしてきたりだとか、もう話したくないとか、そういう気持ちばかり強まってしまうような気がするの。

中村：わかりました。質問を矢継ぎ早にすると責めるのと同じような感じなんですか。

高田：そうかもしれないです。

中村：わかりました。今日はどうも本当にありがとうございました。

日付 2007年10月6日

場所 京王プラザホテル

方法 対面式インタビュー

インタビュイー：鷺巣 月美 (日本獣医生命科学大学 准教授)

インタビュアー：木村 祐哉 (北海道大学 医学研究科 博士課程)

がん患者の納得形成を得るためには、患者本人だけでなくその家族への配慮も必要である。死に対する覚悟が家族にできていないようであれば、患者はリスクの高い治療法に踏み切ることができないと考えられるためである。このとき必要な「死への準備教育」は、それまでに死別の経験があったほうがスムーズに進むが、核家族化が進み、地域との関わりも少なくなった昨今では、死は日常から遠い存在になってきている。その一方で、家庭において飼育しているペットに対する接し方も変化してきており、多くの人々がペットをその家族の一員として捉えており (アニコム News Release, 2007)、Kübler-Ross が述べたような死にまつわる感情のダイナミズムはペットの死の場合にも同様であることから (Lagoniら 1994)、彼らとの死別体験は「死への準備教育」に大きく貢献するものと考えられる。以上のような死生学の観点から、死別に代表される「ペットの喪失 (ペットロス)」は注目に値するものであるが、ペットロス後の悲嘆が大きな問題となる場合がある。家族の死に対する悲嘆が重度であれば神経症的症状が現れることもあり、それが長期化するような場合などにはカウンセリングや心療内科を受診することを勧められるが、ペットとの死別に対する認識は専門機関でもそれほど高くはなく※、こうした社会的認識の差異が患者をさらに追い詰めるのではないかと危惧されているのである。今回、ペットロスというテーマに関して日本における先導的役割を担ってきた、日本獣医生命科学大学の鷺巣月美 准教授にインタビューを行い、日本で唯一広く知られた患者 (飼主) 団体である Pet Lover's Meeting について尋ねたので、その内容を周辺事情とともにまとめて報告する。

※例えば、日本医師会からもペットの喪失体験そのものを「ペットロス」、それに伴う神経症症状などを「ペットロス症候群」として区分した情報提供が為されているが (日医ニュース, 2005年8月5日)、この悲嘆そのものが異常なものであるというイメージを持たれることを避けるために、関連学界では「ペットロス症候群」という名称を忌避している。

1999年末に設立したPet Lover's Meeting (以下, PLM) は主にペットロスに悩む患者(飼主)らのための自助グループであるが、その先頭に立っていたのが鷺巣 准教授である。

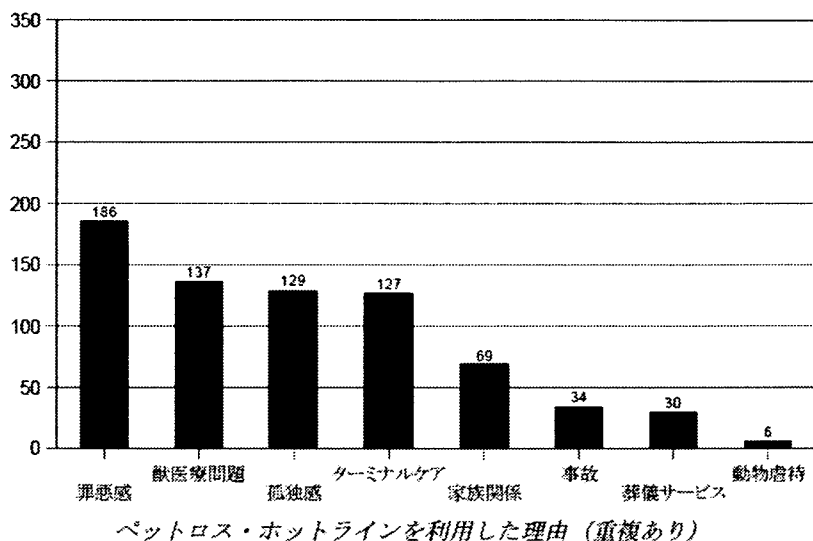
鷺巣 准教授の診療科である臨床病理学には、大学付属動物病院の中でもターミナルケアを実施することになる腫瘍疾患の症例が多く、そこを受診していた飼主たちの待合室あるいは診療室での交流が土台になったという。年に1回、クリスマスにペットを失った飼主を集めてメモリアルセレモニーを行うというのを慣例にしていたが、そこでそれぞれ交流のあった者同士で体験談や感情を吐露することが立ち直る助けになったという者が多く、その当事者である飼主のひとりであった梶原 現事務局長が自助グループとしてやっていきたいということを鷺巣 准教授に持ちかけたのが始まりである。

自助グループというのは、当事者である患者たちが自ら集まって経験を話し合ったりすることで問題から立ち直るきっかけをもたらすもので、禁煙や禁酒を目的としたものが代表的である。ここで注意しなければならないのは、実施するのがセラピストやカウンセラーなどの専門家ではなく、あくまで素人である当事者だということである。禁煙などでは大きな問題にならないと考えられるが、ペットロスにおいては、ペットを失った飼主が集ってそれぞれの体験談や感情を吐露するということになるため、そこに危険性が存在するというのも想像するに難くない。インターネットのウェブサイト上には、同じようにペットロスの悲嘆に悩む飼主が集い、感情を吐露するようなコミュニティがいくつか見られるが、中には大きく話がこじれているような例も見かけることがある。

そうした問題について尋ねたところ、やはりその懸念はあったようで、準備段階として鷺巣 准教授と梶原 現事務局長は1年間カウンセリングの講座に通い、Active Listening (積極的傾聴)を中心にカウンセリング技法を学んだそうである。その点では自助グループというよりもむしろ専門家の行うグループセラピーに近いと言えるかもしれないが、やはり2人はカウンセリングの専門家とは言えないし、あくまで肩肘を張らずに参加できるように、セラピーという形式は採っていない。基本的な参加条件も“動物を亡くした経験がある”ということにとどめていて、特にカウンセリング技術を求めるようなことはなく、むしろ傾聴することができずカウンセラーのような態度をとってしまうような“先輩”の存在への注意が必要になっているという。

PLMではまた、2003年から毎週土曜日にボランティアによるペットロス・ホットラインを開設している。従来行っていたミーティングもホットラインも、インターネットで情報をみつけたり、口コミで話を聞いたりしたというのが利用に至る主なきっかけである。日本人全般にカウンセリングへの受診には抵抗を感じるというが、梶原 事務局長によると、やはりこういったところに連絡を取る段階まではなかなか踏み出せないという現象は存在するそうである。そのことに関して、決定的な改善策は見出せておらず、「獣医師にはペットを失った飼主が必要になったときにアクセスできるよう、情報提供を欠かさないで欲しい」と言うに止まった。

今回、「人と動物の関係に関する国際会議 (IAHAIO) 2007年東京大会」にて、ホットライン開設以来3年間で受けた相談350件の分類データ(図)が発表されたが、それによるとペットを死なせてしまったことへの罪悪感が最も多く(186件, 53%)、次に続くのが獣医療に関する問題(137件, 39%)である。先の梶原 事務局長の言葉とあわせ、ここからも獣医師のコミュニケーション力の向上が問題解決のひとつの手段となることを読み取ることができる。コミュニケーションを適切にとることができれば、相談に至るような獣医療に関する問題そのものは減少し、その他の罪悪感や孤独感から相談が必要になったときの情報提供もできるようになる筈である、ということである。



こうした状況を踏まえ、鷺巣 准教授は一昨年・昨年と、獣医師および獣医学生を対象にした面接法の特別講座を夏季に実施した。日本獣医生命科学大学と経営母体が共通である日本医科大学による模擬患者の講座を受講した上で、PLMメンバーを模擬クライアントとしたものである。学生はもちろんのこと、同時に参加していた臨床経験の長い獣医師からも「このような講座が必要である」との評価が得られているそうである。ただし、それ以外にも基本的な臨床技術に関する講座の不足が目立つ状況であることから、獣医大学側はその導入についてそれほど積極的ではないようである。

IAHAIOにおける発表演題や関連する文献の多くが獣医学ではなく心理学や社会学からのものであることから、ペットロスにまつわる問題へのアプローチは、多くの領域の関わる学際領域としての展開が見られるものと考えられるが、鷺巣 准教授へのインタビューからは、やはり獣医師の対応や周囲のサポートなどの臨床的事項に関する考察が今後も必要であるということが伝わってきた。

日時： 1. 2007年 11月10日 (土)9:20~9:35

2. 11月11日 (日)9:10~9:30

場所：東京大学医科学研究所大講堂

取材対象： 1. 小松秀樹 (医師・虎ノ門病院泌尿器科部長)

2. 川口 恭 (ジャーナリスト・元朝日新聞記者・ロハス・メディカル 発行人)

インタビュアー：北海道大学医学部4年 駒井俊彦

社会学・心理学等との連携による国民のリテラシー向上と患者の納得形成に関する研究「がん患者の社会経済学的研究〜リテラシー向上と影響の予測の一環」として、現在の医療問題・医療報道に関するインタビューを行ったので以下に報告します。

1.

11月10日(土)には『医療崩壊』の著者でもある小松先生に医療費の問題や医療改革に関してうかがった。適宜はさまれた質問をテーマ別にまとめる形として「『質問』——先生のお答え」という形式で記していき、最後にまとめて考察を記した。

『現在医療費は長年医療費抑制政策が行われた結果、先進諸国と比べて低い状態にある。しかし、多額の財政赤字を抱えた日本において、医療費を増加させた場合、他分野への歳出が削減され他分野への圧迫が起こることが予想されるがどうであろうか?』

——私は、医療制度の専門家ではないので、この質問を受けるのにふさわしくない。素人の意見としては、他分野からの歳出削減により医療費を捻出するのではなく、国民負担率を上げて、歳入そのもののパイを拡大すること以外対応策はありえない。日本の国民負担率は先進国では、極めて低いほうに属し、増やす余地は十分にある。

どこの病院にでもかかれる体制を維持しつつ、質を良くしようとする、費用が必ず上昇する。本邦では、1980年代半ば以後、世界に例をみない医療費抑制政策がとられてきた。医療費を増やさないとすれば、何らかの医療サービスを止めるか、アクセスを制限せざるを得ない。費用をかけずにサービスを求めることには無理がある。

『スウェーデンの無過失補償制度(医療事故に対し、様々な制約を有するが医師の過失を証明することなしに補償という形で被害者を救済するもの。患者には訴訟の権利は別途ある。)が日本に導入されない理由としてはどのようなものが考えられるか?』

——スウェーデンでは国民負担率は70%を超える。国民が傷害を受けても普段の生活に困ることがないよう、さまざまな給付が受けられる。民事裁判に勝訴しても、賠償金そのものが低額である上に、社会保障の給付や、無過失補償の補償金は、賠償金から差し引かれる。このため、民事裁判に訴えるメリットがないので、めったに訴訟にならない。ところが日本では、医療訴訟の賠償は莫大な金額になる。無過失補償で紛争を終了させないと、無過失補償が大量の民事訴訟の起点になる。医療契約を明確にして、保険診療では、民法709条による紛争解決ではなく、無過失補償に限定するような措置でもとらない限り、無過失補償を安易に導入すると、医療崩壊を加速させる。

『このまま医療の荒廃が進んでいった場合、イギリス型の医療崩壊(医師の海外流出や医療サービスを受けるために多大な日数を要するなど)とアメリカ型の医療崩壊(医療を受けるのに多大な費用がかかり、医療を受けられない患者が多数。)とどちらに日本はなると考えられるか?またどちらが好ましいか?』

—— あえて言うのであれば日本型。イギリス型にもアメリカ型にもならないと考えられる。現に起こっているが、勤務医が開業という形で病院から立ち去る現象は抑制できないし、今後日本としての崩壊の形を歩んでいくと思われる。

日本人は、文化的背景から考えて、アメリカ型の競争社会には耐えられない。小泉改革は明らかに失敗したとの認識が広がっている。日本の医療が、アメリカのような市場原理の医療になることはないと思う。イギリスと日本では医療費抑制のために医療が崩壊している。ところが、同じような条件の中で、医師の行動が大きく異なる。イギリスでは医療崩壊で、医師ががんばることをせず、無茶な勤務を受け入れていない。このため、患者が困っている。日本では、現場で医師が苛酷な状況に耐えてがんばっている。このため、患者より医師が困っている。これも限界に達している。日本人は勤務医の志という財産をどぶに捨てた。将来、ひどく高いものにつくと予想する。

インタビューを終えて：

医師の仕事を経験していない段階では推し量るのは難しいが、先生の語り口から現在の日本の医療状況に様々な問題点があり、現場の医師としては切に改善してもらいたいことが多いことは痛感させられた。医療費の抑制や医療紛争の増加に伴い、WHOで世界1位の医療を提供しているとされている日本において表に上がってこなかった、勤務医の過剰労働や医師不足・医療事故への対応をはじめとした様々な問題がメディアに取り上げられるほどにまであぶり出されてきたのである。諸外国と比較しても低額な日本の医療費の増加が望まれるが、例えば道路建設事業といった他分野でもコスト削減が進められ大打撃を受けている現状を鑑みると、現実的には医療費が望まれるだけ増加させられる可能性は低い。国民の関心事の上位に位置する医療の問題だけに、医療提供者や行政は国民が自身で考えられるよう十分な情報提供を行い、議論の場を設けていくことで、全体として問題意識を共有していく他ないのだろうと感じた。

無過失補償制度に関してはスウェーデンの制度が非常に優れており導入することで医療紛争解決の一助となると考えていたが、小松先生のお話のように現実はそのほど単純ではなく、日本とスウェーデンの民事訴訟の性質には大きな違いがあることを認識し、民事訴訟と無過失補償制度でカバーする範囲を厳密に規定しないと問題解決が逆に遠のくことも考えられることを知った。専門医としてのレベルが明らかに不足したものによる医療事故に対しては訴訟という選択肢の余地は必要であろうが、その他の医療事故に対しては不確実性が高く、事故の際に感情的になる傾向の高い医療の特殊性をふまえて救済策を考える必要がある。訴訟リスクの高さ（産婦人科の医師の割合は約5%なのに対し、訴訟件数は約20%）から敬遠されがちな産科医療に関しては、適応が限られるものの無過失補償制度の導入が検討されているが、その他の領域に関しても早急な導入が望まれる。

2.

11月11日(日)には、新聞記者を辞めて『ロハス・メディカル』を発行している川口先生に、メディアに関する意見をうかがった。形式は1日目に準ずる。

『メディアの社会的役割として、良識の府であるべきか？(なお、ここでいう良識とは、表面的な情報を伝えるだけではなく深層にひそんでいる点を分析した上で批判をするのではなく建設的な意見を述べることである、とした。)』

—— 前提としてメディアは、資金や情報(資金を得るための原材料)を提供してくれた者の代理人(エージェント)であり、以上でも以下でもないため「～すべき」や善悪といった議論では、意味のある

変化は起きない。メディアを構成する側も生活するためのお金を稼ぐ人間であり、個人的な理念を抱いていることはあっても、本来の業務としては、広告スポンサーや購買者などの資金提供者（一次的クライアント）や、資金提供者がターゲットにしている視聴者（二次的クライアント）の欲する情報を増幅・発信しているにすぎない。例えばテレビでいえば「視聴率×時間×単価」によって決まる広告収入に依存している分が大きいので、視聴者の好みやニーズに応じた放送となってしまうのはやむを得ないところがある。例えば、厚生労働省検討会における討議の内容と紙面で書かれた事実の食い違いが異なるという指摘が行われたいのは、費用対効果を考えれば当然である。よってメディアだけに対して良識を求めるのはナンセンスでありメディアに良識を求めるのなら、まずクライアントの側が良識を持たなければならない。「こういう方法をとっていたら儲からない」とメディアに認識させることが必要である。デジタル化やインターネットは、誰でもメディアを持てるという点で新しい方向に進む礎となるものであるが、商業メディアが変わるに違いないというのは過剰な期待である。

『日本では欧米や諸外国に比べてメディアリテラシーという概念が普及しておらず、情報の受け手である視聴者や読者はメディアが報道する内容に関して精査するという姿勢に欠けている。メディアリテラシーという概念を普及させるためにはどうすればよいか?』

——メディアリテラシーとは、情報の受け手がメディアを道具として利用するという考えを抱いたときに自然と起こってくるものである。その概念を普及させるのはメディアの役割ではない。日本では確かにメディアリテラシーは欠けており、その必要性も指摘もされているが多数でない。そうした声が多数をしめるようになったときメディアが増幅装置としてその声を拾い上げることは有り得ることであり、その必要性を共通認識として皆が抱えることが第一歩ではないだろうか。

『昨今の医療崩壊の原因の1つにメディアがあげられるが、どう感じるか?また医療を改善していくためにメディアはどのような役割を果たすか?』

——メディアは、あくまで視聴者や読者の意見や考えを増幅しているにすぎないため、結果として医療崩壊といわれる方向に持っていったといわれればそうであるが、医療側が一般庶民、ひいては一般メディアにも分かるように情報を発信してこなかったツケと見ることもできる。医療提供者と患者が協力してよりよい医療を目指していく体制を整え活動を始めたら、それをメディアが取り上げ、事態が大きく進展する可能性はある。まずはそういった活動を行うことが必要である。医療はほとんど全ての国民に共通した関心事であり、そうした活動を実施することも困難ではないと思う。

インタビューを終えて:

インタビュー前のメディアに対する認識がそもそも間違っており、情報を増幅する道具であるという認識が不十分であったと感じた。情報を収集する能力があり、有識者も多数抱えており、ある意味世論に対して最も強い影響力を持っているメディアであるため期待を持っていたのであるが、主体的に動くのはメディアではなく当事者であるのだという点を認識させられた。しかし、瞬時に変化が起こっていく情報を常に新しい状態で伝えるという点で不確実性はあるものの、社会的影響の大きいメディアであるため大きな責任も背負っていることを改めて認識する必要はあり、結果に応じて同じような結果が起こらないようフィードバックする体制を持つ必要があると思われる。メディアをクリティカルに読み解く過程で、偏りのある情報や欠落している情報があると市民が感じた際に、その意見を積極的に発言できるような仕組みを形作り、市民自らもメディアとして意見・情報を発信していくことが必要である。情報の受け手である僕たちが主体的に情報を扱う姿勢を持つことが求められる。

また、特にテレビにおいては公共の電波を使用しており、多額の税も公共投資されているため、リ