

んど文書で人工呼吸器とか繋がないでくれと書いています。つまり、生前に明確な形で文書で意思表示されている。病院もそれをわかって、医者も看護師もこれはもう人工呼吸器止めた方がいいよねと。ちゃんと中で倫理委員会をやって合意を得たと。たとえばアメリカの感覚的にはこれは外していいでしょということなんですよけども、ここは県立病院でして、県が相談受けたら、行政の方が前例がないからだめだといって外せなかったということなんですね。結果的に患者さんは具合の悪い方だったようで数日後に亡くなられたんですけども、日本の場合法の問題が結構難しいところなんですね。法的な議論がないとか基準がないとかいろんなことを言われてますけども、実はすごく大きい問題をこの裏にはらんでいると。僕自身は今言ったようにメディエーションというものの自体、多様性とか寛容性とかある種の信頼関係とか、やっぱり一番大事なのはお互いちゃんと話で自分たちが自立的に解決しようという意図が出るということが非常に大事なんです。

ADRという言葉は、英語でalternative dispute resolutionで、裁判外紛争処理、紛争解決といわれていて、既に法律でもできてあちこちの領域でこれを進めていこうという動きが出てます。今言ったように医療メディエーション、これは和田先生なんかの本のそのままコピーなんですけども、患者側のニーズ、医療者側の原因究明したいとか、やっぱり二度と起こしたくないと思ってるわけじゃないですし、まあ良心的な人はちゃんとお詫びしたいとかいう人もいます。そうすると、うまくそれを組み合わせてやると解決できることもあるということです。全部ではないですけどね。最近は感情的なものも激しいことが多いですから、話せばそれで全てうまくいくというわけではないけれども、そういうこともあると。彼らはこういう研究をやっていて、僕も加担してますけども、あとこんなテキストもあるんで関心のある方はお求めになれるといいかと思います。

メディエーションとかそういう紛争の認知の部

分を脳みその構造というか気楽に考えてみると、ちなみに、今自治医大で脳みそじゃなくて医療安全で指差しをちゃんとやってくれよとお願いしてるんですけど、そのときに脳を3倍使うんだよと一生懸命言ってるんですね。確認作業って医療安全の話なんですよ。確認作業っていうのは結構退屈だし、それから忙しかったりいろんなプレッシャーがあるとすぐ飛ばしちゃうんですね。それを情性に陥らずに自主的に確認するには、やっぱり声出したり指差さないと難しいだろうと。普通脳みそというのはただ目で見て確認するときには後頭葉、ここしか使っていないわけですね。ところが指差すとかなぞるとかというのは前頭葉の運動野を使うから、しかも指を動かして発声するからインプットとアウトプット両方あるわけですね。声出すとしゃべってるの聞こえますからね、こういうのは側頭葉ですね。まあ3倍脳みそ使って確認やってくれよとお願いしてるんですね。人間ってワニとか蛙とか鯛とかと違って脳みそがダイナミックにすごく発達しているところがいいところなんです。ところが、医療安全でよくいいですが、いい反面いろんな間違い、エラーの誘発因子でもあると思うんです。(絵をみせて)これは若い女性とお婆さんの両方の顔が見えるというんですけど、これはいいですよ。これはさすがに絶対見えるはずですよ。(その後何枚か絵をみせた模様)。(アルファベットが見える絵を見せて)これは文字が書いてあるんですけどわかりますか。読めてない人は自分の頭の呪いながら。これは医療安全の話なんですよ、AでもHでも両方見えちゃう。たとえばこちら側に正しい文字列一つもないんですよ。だけども僕らの頭はこう書いてあるんじゃないかなと推測するわけですよ。これは大脳のすごい柔軟な部分で、たとえば病院で、北大は電子カルテ?(まだ全部ではないという返答をうけて)そうすると先生の書いた汚い指示をちゃんと読んでくれる看護師とか薬剤師がいて、業務が効率的に運ぶという部分があるときに、逆にいうとそれは読み間違いを引き起こすきっかけにもなるわけです。(絵を見せて)たとえばこ

れは真ん中も黒丸も同じ大きさですけど、背景によって大きさが違って見えちゃうわけですね。同じものを見て違った認識を持つところというのが大事なポイントで、(別の絵を見せて)たとえばこれをどう読むかなんですけど、こう並べるとABCになるわけですね。ところが、こう並べると12、13、14なんですね。これは全く同じものですけども、背景因子、コンテキストによって全然並びが変わっているわけなんですね。医療事故の場合、医療安全の観点で言うと、こういう同じように見えるものが背景によって読み間違えられて起こるようなエラーは、事前に防ぐようにルールを決めたり体制を作っておかないとだめだということですね。

音でよくあるのは、電話なんかのときに3筒と半筒というのがあります。たとえば、不穏患者に対して鎮静剤のドルミカムっていう薬を半筒i.v.して下さいとお医者さんが言った。半筒、2分の1ですね。ところが看護師さんは普通は3筒も一気に使わないからそんな半筒に決まってると思うんだけど、その日はその患者が特別不穏が激しくてガツンガツン暴れて大騒ぎになって、その情報が医者にも行っていると。そうすると看護師さんにしてみれば、先生はいつもより患者が大暴れして大変だから多めに言ったんだと思うと3筒でも入っちゃうんですよ。そうなのは、今言った背景とかコンテキストによって完全に依存しちゃうようなこと、だからそういう半筒という言い方を許さないというルールを作らないと防げないようなエラーの一つですね。

(絵を見て)うちの子供はマックマックというからなんでやねんと思ったら、確かにこうやるとマックになりますね。ここでやっぱり大事なことは、同じものを見て違った認識を持つんだということです。認識というのは文脈依存性、背景とかコンテキストに依存すると。これはやっぱり、僕ら医療安全をやってる者からすると大きいエラーの発生要因になるということがありますし、同時に医療の結果として起こったことをどういうふうに捉えるかってことにもなります

から、そうするとそれは紛争とかコンフリクトの発生要因にもなるんですね。Narrative based medicineの背景なんかにあるのはこういった問題なんです。実は今言った文脈に依存する、コンテキストに依存するという話は、我々は、パターン型認知のフレームみたいなもので物を見ているということがあるんですね。そうすると、こういう認知のフレームというのは個人の環境とか社会的立場で異なるから、人によって違うと。そうすると、紛争して揉めている、喧嘩している、これは医療裁判というよりは皆さんの職場で同僚同士とか上司と揉めているとかいう状況に置き換えていただけるとどなたにも役に立つ話ですから、お互い喧嘩している、揉めている、うまく交渉がいかないというときには、お互いのフレームが対立している状況があると。じゃあそのフレームは何やねんということを考えるということが、今日の話の一番持って帰ってほしい項目ですね。

ネーミング、ブレイミング、クレイミングという言葉があって、法社会学者なんかは紛争の発生過程でよく使う言葉なんですけども、ネーミングというのは被害とか不利益が発生したことです。ブレイミングというのは痛い思いをさせられたときに誰が悪いだろう、誰のせいなんだろうと思うような、つまり責任をどこに求めるかと。それがクレーム化してくるとそれをどこかに向けてぶつける行動に出るわけですよ。それがクレイミングです。たとえば針が入らなくて痛い思いをした、これが被害や不利益の発生、ネーミングなんです。次に、あの看護師が下手だからだ、ちくしょうと思って看護師さんのせいにして始めるとこれはブレイミングの段階ですね。それで、師長のところにおいて文句を言う、これがクレイミング。逆に言うんですけど、こういう段階である程度適切に対応してあげるとあんまり大事にならないっていうのも事実なんです。よく初期対応が大事ですよというのは、病棟で仕事しているものすごくあって、直後にお詫びしたり、適切に対応してあげるとあんまりその後揉めない。だけどほったらかしておくとどンドン

話が膨らむということはあるんですね。

これはまあ、和田理論ですよ。コンフリクトを抑制してではなく、こういう認知のフレームで働いているそれを変容させることが鍵になる、ゴーマティブアプローチと彼らはいいますが、こういったお互いの持っている認知のフレームを、当然全部なんて変わんないですね、人生20年30年40年50年生きている人間の考え方がころころ変わるとは思えませんが、その一部は変えられるだろうといういわゆる楽観的な信念に基づいた活動なんですね、メディエーションで。あと、医療被害者の5つの願いというのはよくいわれるのは原状回復、真相究明、反省謝罪、再発防止、損害賠償。それから訴訟こそ全てのことを明らかにする最後の手段だと。これも、患者さんのご家族からすると、病院がちゃんと説明してくれない、対応してくれない、ずっと放っておかれている時間が長いと結局こういう構図しかなかったんですよということになるんですね。あと、医療関係の弁護士さんなんかがよく書いている医療裁判の困難、専門性の壁、未知性の壁、封建制の壁。僕自身も、医療裁判を専門にやっている弁護士さん達がこのことをあんまり強く言うもんで、なに言ってんだよこのやろうと思っているところもあったんですけど、この前自分が裁判に立ったときに、やっぱり医療の中身の話を真剣にしゃべりだすとわかんないですね。当然素人さんにはわかんないですし、弁護士さんも裁判官さんも当然全然ついてこれないですよ。その場で医療の中身の免疫がどうの血圧がどうのこうのという細かいところになってくると、それは確かに医者しかわからないという意味で、確かにこう言われるところはあるんだろうなどは僕自身もその場でそう思いました。もう一つ、これは医療事故裁判、医療過誤裁判の後の終わった方々のアンケートみたいな調査があって、それを見ても、確かに相互の満足度が低いというのがあるんですね。実際にやってもそれですごくよかったという人はあんまりなくて、なんかいろいろわだかまりが残ったままであるとかということが多いで

す。

あんまり医療紛争、医療事故後の対応ということで裁判がよくないということと、ベースとしていろいろ会話みたいなことを進めることがいいんだろうというような話でメディエーションみたいなことが言われるという話が前半のまとめみたいなものになります。

あと、一つだけ医療の安全のことも含めてお話させてほしいんですけど、僕らみたいに医療安全とかそんなことをやっている、基本的には安全、安心な社会とかね、一般の方々、患者さんからは求められるんですけど、現実には医療をやったり世の中で生きていると100%安全なんかなくて、あるのはリスクばかりで、そのリスクを限りなく低くすることが我々の仕事なのだという言い方になります。たとえば、飛行機は空を飛ぶけれども、当然飛ぶものは落ちるわけですね。日航ジャンボ機の墜落事故なんかがあれば500人まとめて死んじゃう。これは500人まとめて飛ぶようなものがあるからそういうことが起こるわけですね。船も一緒ですね。水の上に浮かぶということは当然沈む可能性があって、タイタニックなんか伝説になるのはビルゲイツのような大金持ちから貧乏人までみんな乗っていて、船が沈むときにああいうドラマが起こったということがあるわけですね。ちなみに映画の中では金持ちがボートに乗っちゃって貧乏人が乗れないっていうシーンがあったんですけど覚えてますかね。あれは脚色で、歴史上の事実は逆なんですね。統計を調べると、タイタニックが沈んだ後の死亡は貴族の男性がほとんど死んでいて、むしろ女性とか子供は助かってるんですね。つまりこれはノブレスオブリージ、高貴なるものの使命、当時のイギリスの貴族はちゃんとそれをやっていたんですね。つまり女性とか子供にボートを譲って自分はちゃんと残ったということですね。ところが、悲しいですけど映画の脚色をやった人たちは、今の時代それをそのままやってはとて信じらんないだろうということでああいうふうに変えました。いいんだか悪いんだかわかんないですけどね。

それからもう一つ、これはなかなか悲惨な事件なんですけど、小学校で発砲があって子供が4人死んじゃった。これは留学していたのでちょっと印象に残ってるんですけどね。容疑者はトラックで学校に乗り付けて複数の銃を持って教室を襲撃して、男子児童、教師は開放したけれど女子児童らを人質に取り、黒板の前に並ばせ、足を縛って至近距離から頭を打ち抜いて殺したというすごい悲惨な事件ですね。たとえばアメリカなんかでは銃が平気でありますから、日本だとこの前の秋葉原みたいにブスッと刺すほうにいっちゃうんですけど、ときどきこういうことが起こるんですね。それは銃もそうだし、飛行機もそうだし、それに、医療というのは物凄く便利な技術であり、知識であり、科学なんですけれども、人工心肺があったら今まで助けられなかった心臓病を治せるんだけど、同時にそこに空気が入れれば死んじゃうように、文明ってのはいつも事故を発明し続けるわけです。これはフランスの哲学者ですけども、こういう事故の歴史を並べることによってある種文明を逆照射できるって発想を持っていて、進歩と事故は正相関である。医療安全とか医療をやっている僕たちが、こちらへをもうちょっとしっかり認識しなくちゃいけないって、安全、安心でとか、これは絶対大丈夫だとかやってるけれども、医療行為をやるということはそれなりのリスクを抱え込んでやってるんだという認知が非常に重要なんです。これは医療安全の講演でよく言うんですけど、病院にいるということは必ず何かつながっている、便利なもの、点滴とかラインとかそういうものに必ず危険があるんだよと、あらゆる薬剤は毒物でありつながるものは危険だぞということをよく言います。さらに、ジェームズ・リーソンという人はchief modelというものを紹介するんですけども、安全の文化というものは、用心深さみたいなものと、あとは注意深さみたいなものと、今僕らが使っているものの便利さとか危うさとかを医学部の教授があんまり教えないんですね、いいことばかり僕ら言いますからね。メディアもそうだし、

外向けに宣伝するときも医療はこんなことができるようになりましたということばかり言って、そこで起こる裏側のリスクとか事故の面、あるいは合併症の部分とかは確かにあまりにも説明していない、理解していないというところがあります。そうするとそういったものに対する用心深さとか注意深さをもっと持たせるようにお互い認知しないとなかなかうまくいかない。医療者や医者の中でさえそうだから、それを外に向けて適切に伝えられるかという、なかなか届いてないのが事実ですよ。そういう意味では我々医療者側のそもそもの認識の部分もいろいろ考えなくちゃいけないところがある。ちなみに、自治医大の研修医に最初に必ず言うのは、一回血管の中に入ったら絶対元に戻せないんだぞと。だから何回も確認しろと研修医に言うわけです。薬というのは適切な量で使うから薬なのであって、過量になればみんな毒なんだぞと一生懸命研修医に言うわけです。ところが看護師さんの方に行くと、確認してくれよと。つながらるものは外れるのであると、それもリスクなんです、ということを延々言うわけですね。

メデイエーションとはちょっと外れていきますけども、医療現場ではこういう安全の問題も含めてコミュニケーションというのはすごく重要だと言われていて、さっきいった(絵が)若い女性に見えとかお婆さんの顔に見えとか、ところで先ほども出しましたけどこの文字どう見えますか。まあ、こういうのも一回見ちゃうとなんてことないんですね。認知の問題というのは自分でわかってもらうようにうまくセットアップできるかということがすごく問題なんです。(絵をみせて)これはどうですか。これはまあ、心理学の実験ですね、これをずっと見てて刷り込んでおくと、これはお婆さんと必ず言うんですね。ところがこっちをずっと見てて刷り込んでおくと、これは女性の顔って言うんですね。これは、しつこいんですけども、私たちは非常に限定された経験とか背景とか考え方からものを見ていて、当然相手が違った視点で物事を捉えるということは有り得るわけです。この話にもう一回戻る

るんですけども、IPIの話なんですけどね、紛争のissueというのは、今採めている間で、争点を明らかにして、医療当事者がとる立場、主張、見解を明らかにして、その奥にある、主張させている背後の利益、価値、ニーズを考えましようというやり方なんですよね。1つのissueに対してポジションはAさんとBさんが喧嘩してるんなら2つ出てくるんです。それぞれについてissueが出てくる場合がある、あるいは一致する場合もある。ウェッジの行方っていう、例えですけれども、10歳の姉と5歳の妹が一個のオレンジを取り合っているissue、interestを考えてみます。そうすると、issueはオレンジを取り合っているという、オレンジの所有ですよね。姉はまるまる1個欲しい、妹もまるまる1個欲しいと。うちも4人子供がいますからしょっちゅう大騒ぎで喧嘩してて、うちの場合はうるさいと一刀両断ですけど。半分にしなさいとか、じゃんけんでどっちかにしなさいとか。これはそうじゃなくて、両方の、何で欲しいのということを聞いてやれるかどうかという問題なんです。そうすると、姉はマーメイド作るのにオレンジ1個分の皮が必要で、妹はジュース飲むのにオレンジ1個分の実が必要だと。その場合双方分ければ満足のいく解決が得られる。まあそんなうまくいくわけないだろうと思いますけどね。まあそういう話を聞くっていうプロセスがあると、たとえば10のうち2つでも3つでもこういう解決が出来る可能性があるってことです。ちなみに、半分に分けるとかじゃんけんでどっちかを取るっていうのは普通win lose resolutionという言い方をします。ゲームの理論とかでこういう勝ち負けを作って確率論とかいろいろやれるわけですが、まあこういう解決法があると。相互満足させるために大事なことはやっぱり、母ちゃんが何にしたいんだと聞いてやれるかどうかでことですよ。メディエーターなんかに要求されるのは今お互いに主張していることを、今言ったようにissueとかpositionとかinterestみたいな形で分析できる能力を求めているんです。それ以外には、やっぱり話を聞いてあ

げないとどうしようもないので、active listeningという傾聴のスキルみたいなことを求めています。それ以外にも、やっぱり非言語的コミュニケーションといってもみてくれが関係あるのかいと言われると困っちゃいますけど、少なくとも私は真剣にあなたの話を聞いているんだよというようなことが伝わるような雰囲気というかそういうものがいいですね。あとは、実際しゃべりのテクニックとしていくつか言われていて、ロールプレイを、まあ半分縛りみたいなものですね、患者側になる人、医療者側になる人、メディエーターになる人でロールプレイの場を作って教育させるというのが医療機能評価機構のコンフリクト・マネジメントの研修なんかでもやられているはず。実際何じゃいなっていうと、たとえば、先生こんなの医療事故だろって威圧的に、もしくは主張をガーって言われたときに僕ら医者とか看護師とか病院の人間はどう答えていいかわからない、あるいは答えていいのかわからなくて、そこで言葉が詰まっちゃうんですね。そういうときに、ああ、医療事故とっておられるんですねとオウム返しでいい方ですね、あんまりやるとたぶん殴られると思うんですけど、見本の文脈では、だけでも、確かに言葉がなくでそこで詰まってしまう状況でそういったことがあるなど知っていると、ときに抜け出せるようなことがあるんですね。実際こういうクレーム対応とか医療紛争の話をやったことがある人は、延々2時間でも3時間でも話が続くという経験があると思うんですね。大体1時間くらいするとまた元の話に戻ってグルグルとなるわけですね。そういうときに話を要約して落とせるような、まとめるような能力が要求されることもあります。メディエーターとかメディエーションとかこういう紛争対応をやっていて、さっきまではあんなに怒っていたのに急にスーッと落ち着いちゃってなぜか冷静にしゃべりだすという瞬間にときどき遭遇することがあるんですね。なんだこのやろうとたえ1時間とか怒っていても、それだけ怒り続けるというのはやっぱり大変なことで、怒り尽くしたところで、結局自分は何

を求めているのかということを考え出すような、少しフレームが変わるようなときがあるんですよ。そういうときに上手にこっちの言葉で支えて、それがリフレインですね。今までさんざん、ここに行くまで病院とか医者とか看護師とかに文句いってるわけですよ。先生が悪いんだろ、おまえのせいだって言い続けているのが、相手がどうのこうのっていうのから自分はどうするんだ、どうして欲しいんだというところにメッセージが変わってくるとそれはやっぱり解決の兆しになるんですよ。そんなにうまくいかないでしょと聞いてらっしゃる皆さん感じると思うんですが、僕も和田先生とか中西さんとかと知り合ったとき、最初はそう思ってたんですね。ただ、あるとき自分の病院の中で、そのときはメディエーターもへったくれも、僕自身も医療安全の正規の職もいなくて、知り合いの知り合いみたいな関係で、院内で揉めている話を聞くチャンスがあったんですね。そこで、ご主人はまあ、末期は末期だったんだけど納得行く形ではなく急変して亡くなられて、奥さんが納得できないと怒ってるんですね。そのときは当事者でなくて、その2人と私と病院の事務の人とで話を聞いていて、延々いろいろ言われてその医者に対する不満なんかも言い終わった後に、奥さんが、すごく自分の胸の中につっかえていたものが溶けていくようにすっきりしましたと言われたんですね。そのときに、ただ話し聞いているだけで意味あるんかいなと僕も思ってたんですけど、奥さんがそういう言い方をして、あとは自分でこうこうとと言い始めたときに、確かにそういうようなつっかえてたものが溶ける瞬間というものがあるんだなということを思い知ったのと、あと、メディエーターとかメディエーションをすごくいいものだって推奨する人たちが世にいますけれども、僕が思うにそういう人たちは、氷が溶けるようなとか、ブロック崩しみたいに一気に消えていくような、スーッと溶けて解決したみたいな感覚を持ってるんだろうなとは思ってますね。そういうことも含めた上でじゃああなたにこれはどう見えるかっていうときに、まあ

これは医療紛争に限らずみなさんが上司と部下で揉めているとか、若い看護師が師長さんにここには私が求める看護はないんですとかギャーギャー言ってるときに、あんた10年早いわよと怒る前にこういうような形で考えてあげられるとか、部署間で揉め事があるときに一步退いてこういう考え方をさせていただけるとまあ、聞きにきたかがあるという話になるわけですね。大事なことは、揉め事がある、紛争があるときに、これは医療者に限らず職場内であっても、お互いに必ず要求、主張があるわけですから、その部分を考えてやる、特にその認知のベースのフレームみたいなものを、それは多くの場合その人の持っている価値観であったり、あるいは使命感であったりすることが多いです。特に医療の場合には、結構大事なことを感じていてそれをなんとかしたい、結果的には病院のためになんとかしてやりたいということが多いので、そのフレームを共有する場を持つということは病院組織というものを管理する上ですごく大事だし、結果的にはものすごく患者さんの役に立つことになると思うんですね。

今日はお医者さんも結構いらっしゃってるんですかね。医事紛争の会議の場によって、耳にちょっと挟み込んでる話なんですけど、今、患者さんとかご家族の期待値がすごく高くて、医者や医療従事者が提供するもの以上のものをすごい求められていて、その層が多いっていうのは現場としてすごく感じると思うんですね。85歳の肺炎のお婆さんが救急車で来て、病院に着いただけで家族には助かるかと思われると医療従事者側としてはなかなか厳しいというのが現実問題としてあるんですね。そうすると、医者としては医療の結果が必ずしもうまくいかないということを認識して頂くということはすごく大事なことで、僕がアメリカにいたときの外科医のムンテラって、厳しい人には明快にあんた死ぬかもかもしれませんよみたいな言い方をする人もいました。一方で、当時僕がいたピッツバーグには世界的に有名な整形外科医がいたんですけど、アメリカは保険の借款みた

いな、日本で言う所持金がどうのこうのってよく言うんですけど、彼はこうこうで大丈夫って感じでカルテをペラペラとちょっと書くだけだし、口頭でペラペラと言うような人もいました。そこはいろいろなんですね。厳しい現実を認識して頂くっていう姿勢は今の日本においてすごく大事だと思うし、若い先生はこれ、今は大事なスキルです。つまり説明と患者家族がそれをちゃんと受容してるってことですね。これはもう医者のスキルだと思います。同僚とか先輩の医者にこういう話をしても、ちゃんとしたことやってんだからわかんねえ方が悪いんだって怒られちゃうんですけど、今の日本ではそういうのは通用しない状況になってるし、一方で刑事訴追まである状況ですから、医者として自らの身を守るためにもこれはやっぱり大事なスキルだと思います。それからもう一つは、感情的な部分がすごく大事で、医療裁判者の多くはやっぱり医者側の対応が許せんとか、あのときの看護師の言葉がとかいうことに起因するのはもちろん、結果が悪いということが大事なことでありますが、医療従事者の個人に対する感情的なものがすごく多いです。そうすると医師の対応とか言葉で紛争化することがすごく多いですから、研修医とか看護師とか患者に接する時間が長い人もターゲットにされる可能性は高いけど、同時に逆に患者さんとかご家族をやって結果的に解決されることもまああるんですね。やっぱり医師の方々は患者さんと良好な関係を保つこと、それから相手の話をよく聞いてあげること、それから我々の思っている以上に話をしたいと思ってらっしゃること、十分な説明を欲していることが多いですから、そういう対応が必要だと。これもまた自治医大でこれを言うと、多くの先生からそんな時間ねえよって怒られるんですね。だけど自治医大でクレームとかそういうので採めてる先生を見ると、結構暇ないって思うんですね。物凄く忙しそうなお先生とかの方が上手に説明して何もトラブルがない。ですからあんまり時間は関係ないです。僕もあちこち見てみて観察すると、やっぱり相手の聞いた

いことを上手にボンと言ってってるんですね。そこで信頼関係を築けてるところがあって、そのためにはやっぱり、まあ話を聞いた上で相手のニーズをつかむ人もいるけど直感的にそういうのをわかっちゃう人もいるみたいですね。だからそういう先生方には、診察というのは診て察すと書くわけですよ。ちゃんと相手の聞きたいことを察してしゃべって下さいよって言うんですけど、3割くらいかな聞いてくれるのは。あとはうるせえこのやろうって怒られるんですね。

それと、さっきの「getting to yes」というのがありましたけど、医療の問題で特に院内で何かあったときに、後で調べたりするときとか分析するときとかに人と事を分離するのはすごく大事で、これはやっぱり交渉とか紛争の対応とかのコミュニケーションの中ですごく大事なことです。どうしても僕らは何かが起こったときに誰が悪いって方向に行くんですけど、そうじゃなくて誰がの部分はとにかく一回消して、事実が何なのかを見る。そういうときに human factor でエラーの用語として sleep だとか lacks だとか mistake だとかがやっぱり便利な用語なんですね。もう一つは、今日はあんまり看護師さんはいらっしやらないんですかね、看護師を支えるようなことを言いますと、看護師さんて病院の中ですごく大事なんですよ。先生方おられるから再認識して欲しいんですけど、incident report とかいろんな事故報告とか見ると、多くのエラーを発見してくれて未然に防いでくれているのは看護師さんなんです。これはもう8割9割は看護師が見つけてくれてなんとかしてくれてるんですね。そうすると、僕ら医者は看護師が情報を伝えやすい環境を作るということがすごく大事なことです。だけどそのときに看護師さんがものを言えなくなる状況っていうのは、一つはあの先生怖くて言えないとか、話しかけたくないとかそういう権力妨害、それからもう一つはこれは組織の文化ですけど、私が言わなくても誰かが言うでしょ、誰か気づくからほっとけっていうやつね、この二つがあります。実際これは相当古いですよ

ね、8割くらい看護師が処方箋のエラーを見つけて、10%薬剤師が見つかる。川野竜太郎さんという、もともと航空管制官で自分の起こしたニアミスを契機に医療のエラーのことをやりだして、東京電力のhuman factorの研究所にいて今自治医大に来てくれたんです。彼のスライドですけどね、「こういう事実から考えると医者はかなりの部分を看護師や薬剤師に発見されるという認識を有する。薬剤師は看護師に発見されるという認識を有する。看護師はエラー発見は自分でやるしかないと認識し、対策を考える。」これが現実であると。もう一つは、医療の中で指示が変わるということは患者さんの状況が変わるから指示が変わるわけですが、そのときにもいろんなエラーが発生しやすいんですけど、こういうのが大事なコミュニケーションの結節点で、指示受けの看護師さんというのは正しい情報伝達の最終点なんですね。このときに、先生これ何とかいうやり取りで軌道修正成されることが多いんです。何でその薬が出たのかっていう意味を知ろうとする心がけを看護師が持ってくれないと、やっぱり伝言ゲームになっちゃうと駄目なんですね。そうすると、医者側はそういう心がけを育てる姿勢が重要なんですけど、先生先生これ何で指示変わったんですかって聞きにきたときに、うるせえこのやろう、お前が知る必要ねえって言っちゃうとそれで終わっちゃうわけですね。まあいろんな考え方のお医者さんがいらっしゃると思うし、いろんな育て方があるとは思いますが、看護師が薬の指示がおかしいということで電話してきたと。外来5時くらいなのにすごく忙しいし、結果的に看護師の思い違いだったと。そのときに医者のあなたは何と声をかけるか。うるせえこのやろう電話してくんじゃねえと切るか、わざわざ電話くれてありがとう一言言えるかっていうのはだいぶ違いますね。メディエーションと全然関係ない話ですけども、医療現場の中ではこういうコミュニケーションの重要性っていう話があって、こういう一言が実は大変な数の事故とか紛争を予防していると医者は認識しない

と駄目だと思うんですよ。

自治医大の中の小児医療センターにはこういうものがあるんです。しかもこのうち1個は中がくり抜いてあってランプがあるんです。それで、さっき紹介したナンシー・デリンガーという人の内容を少しだけお話しておきます。これはさっき言った医療事故後の問題を考えるときに、「人は誰でも間違える」という本ありますよね。「To error is human」これはウイリアム・の詩で、その後ろに「to forgive divine」という言葉が続くんですね。つまり、人は誰でも間違える、それを許すのは神である、神聖なものであるということです。今日冒頭にお話したように、自分が関わった医療トラブルの問題で、医者辞めようかなと相当落ち込んだことがあるんですね。こんなことになって自分はどうしたら許されるんだろうとすごく悩んだんです。許しの問題は何かあるのかなと思って、というのは自分が救われたいがために、「許し」で検索かけたらかようなものが開くんですね。しかもこれ、時効後で、「medical error and the ethics of forgiveness」、医療事故と許しの倫理でおれにびったりじゃんという本があって、読んでみるとさっき言ったように最初に医療事故の被害者のnarrative、それから医療側のつまりエラーをしてそのことで患者さんを失った先生とか看護師さんのnarrativeがあって、disclose、apologizes、dependant、forgivenessという章があって、最後にまとめがあるんですね。医療事故の後の対応のある種の段階として確かにこういう一般化があるのかなと思うところがあるわけです。さっき途中で話したように、有害事象、医療事故が起こったときにコミュニケーションを継続させるというのはすごく大事なことです。もちろんエネルギーも必要だし、それから必要とされるコミュニケーションの内容が変化するというのも大事です。次に、これは今「謝罪マニュアル」とか言われている話題の言葉ですけどね、もちろん一番辛い思いをしているのは患者さんでありそのご家族だからそれはやっぱりきっちり考えなくちゃいけないけ



ど、全ての医師とか看護師とかが別に患者さんを害そうとか傷つけようと思って医療をしている人は一人もいなくて、みんなよくなって欲しいと思って医療をしていますから、そこで起こった有害事象を罪を浴びるって言われるのはちょっと辛いと思うんですけど、痛みを共有するかそんな言葉に翻訳して欲しいなどは思いますね。病気を治そうとして行った医療行為で患者に有害事象が発生するのは僕らにとっても辛いことです。患者さんは当然バツとよくなって帰ろうと思っているのにそういうことが起こってしまう、あるいは死んじゃうというのはすごく辛いことです。謝罪という言葉には2つの面があって、そこは押さえておいた方がいいだろうと思います。それはたとえば道端でぶつかったり何かあったりしたときに、すいませんとかごめんなさいとか、あるいは相手に何か迷惑をかけたときに僕はやっぱりすいませんと謝るわけです。その部分は、今の状況に対して辛い思いをさせるということについて自分がシンパシー、痛みの方がいいのかもしれませんが、そういうことを感じているということを表示するという意味での謝罪なんですね。もう一つはいわゆる法的な話になりますね。このことで起こった責任を全部自分が背負うよってという意味合いがあるんですね、謝罪に。この2つの意味合いがあって、しかも、大体の場合相手にひどい目にあわされたら相手のごめんなさいと言ってくれないと次のコミュニケーションが再開しないわけですよ。そういう意味で、謝罪マニュアルみたいなものは、こちらが明らかに悪いときはちゃんと謝ってその後きちんと対応していけばいい。難しいのは、明らかに間違いじゃないけど結果がうまくいってない状況って医療ではあるわけですね。そういうときどういう言葉でコミュニケーションをとっていくのかというときに、こっちの意味でやっていけばいいんだろけどどうしても2重の意味が入ってくるんで難しいという部分があるわけです。ただ、まずはやっぱりこういう結果になって申し訳ないという言い方でいいんだと思うんですけどね。そういう謝罪

がやっぱりコミュニケーションの導入として必要なことが多くてそれは医師とか看護師とか医療従事者は知ってなくちゃいけない。もう一つは事故の後に disclose ですね、事実を伝えることなんですけど、これはまあ隠さずに適切な説明をするって当たり前だけ、難しいのはこういう事故とか有害事象が発生した後に僕ら医療側がそう思っても全てわかってるわけじゃない、あるいはわかってないことの方が多いんですね。わかってたら起こらないことが多いですから。だから隠すつもりなんか全然ないんですけど、はっきりしない、わからないという言葉は不信任を募らせることがあるんです。そこは、この disclose が大事なことはわかるんだけど難しいところですね。あとはまあ、適切な保障みたいなものは必須で、結局はお金になるんだろという冷たい言い方もありますが、ある一定のお金にどういう象徴的な意味を持たせてその後のご家族の生活、人生を支えられるかという目で見るときに、お金というのはあんまり一面的な見方だけではすまない、あるいは象徴的な意味みたいなことを考えなくちゃいけない。

それで、「許し」ですけど、これはやった本人が許されることを期待してはいかんのだろうと思うんです。ただ、たとえば僕が入院して点滴を受けて看護師が薬を間違えて僕の右腕の血管が詰まって右腕を落とさなくちゃなくなったとします。僕は外科医ですからそうになったら二度と手術できなくなって、相当落ち込むし、怒るしその看護師を恨むと思うんですね。ただ、残りの僕の人生をそいつを恨んで僕がハッピーになるかっていうと決してそうではないわけですね。恨んで恨んで怒って怒って、精神的にはそんな言い方もあると思うんですが、そこから無力化した僕がもう一回生き直すためには、どこかでこれだけ素晴らしい、まああんまり素晴らしいんですけど、手術が出来た右腕を失ったって言って悲しみにくれているときに、どこかで、ただ僕には左腕もあるし両足もあるじゃないかと。両目もあるし耳もあるじゃないかと。そうしたら、患者の話聞いて診断することはでき

るし、病理医だってできるし、放射線科医だってできるし、そう思って残りの人生を生き直せることがたぶん、しかもその辛い体験を自分で語れるようになるのがそのような体験からの回復なんだと思います。しかもそのことによって今まで恨んでいた看護師を、もういいよ、許すよとなることが逆に自分を活かすような契機になるようなことがあるのではないかと。だから医療側が対価として求めるものではないんだけど、被害者が相手を許すことによって逆に自分が救われる部分があるという、非常にキリスト教的な話なんですけどね。

実際にさっきのその人の話なんですけどね、自分の子供が、女の子が死んじゃったことで頭おかしくなっちゃって殺人に走ったんですけども、「容疑者の遺体は妻や子供三人が付き添う中9年前に死亡した娘の墓のそばに埋葬された。容疑者は娘の死に囚われていたとみられる。葬儀に参列した75人前後の約半数は遺族。アーミー氏が容疑者の遺族に心から許せると話し、容疑者の遺族は物凄く感動していた。」これは宗教的背景がありますからね、日本だったら日本のメディアはすぐく煽動的に被害者感情を煽るから、なかなか冷静に見れないところがあるでしょうけど、相手を許すことによって自分たちも救われるということをとぶん何らかの形で知ってるんだと思うんですね。こんな例が他にあるのかと思って調べてみると、ベトナム戦争を終わらせたと有名な、ナパーム弾の中を裸の女の子が走ってくるこの写真ですけども、この少女はその後ベトナムの政府に利用されて非常に数奇な人生を歩むんだけど、その後アメリカからカナダに行って生活するんですね。そのときのナパーム弾を落とした爆撃機のパイロットがカナダまで行って彼女に会いに行くんですね。そのとき彼女は、いろんなことがあったけどあなたを許したいと言ったと。あとは、この前この人は来日しましたよね。ルワンダの、1週間で80万人を殺したという非常に悲惨な体験の中で、彼女は虐殺される側の人でしたけれども、教会のトイレの中に1

週間立てこもってなんとか助かって、家族はみんな、自分のお兄さんは自分の目の前で頭を鉈で割られて殺されたりとかそういう非常に辛い体験がある中で、国連軍が入って行って紛争がある程度解決したときに彼女は自分の兄弟を殺した人のところに連れていかれるんですね。彼女もそのときに、どこまで本当かわかんないですけど、この本の中で書かれているのは、自分でできることはこの相手を許すことしかないのだということに至ってるんですね。そういうことが、実際に医療事故問題と直結するのは別問題として、ただナンシー・デリンガーはこの背景にはキリスト教、ユダヤ教的ないろんな問題があるにしても、ある種の悲惨体験とか喪失体験とかから回復していく過程というのは、その人がその体験を自分の口で語れるようになるということがある種の乗り越えの段階である。もう一つはある種の許しの境地みたいなものが最終的にはその人自身を救うのであるというのがまあ、彼女の意見ですね。これまで自分が救われたわけじゃないですけど、ただ大きい紛争という問題を考えるときのヒントにはなると思います。

話の終わりですけど、基本的にはメディエーションというのは対話を通して認知フレームを変化させてお互いに益になる解決方法を模索すると。そういう一つの方法論なんですけれども、まだこんな始まったばかりであちこちでいろいろtrial and errorでやってるところなんです。まあそういう考え方もあるから、自分の施設であるいは自分としてちょっとやってみようかなと考えていただけるといいと思いますね。大事なことはそういう観点を通して相互が何か精神的なサポートを獲得して、次の人生に向かって前向きに生きていけるということが大事なんだろうと思います。

実際に自治医大で、これはまあうちの話しになっちゃうんですけど、マイナーなクレームみたいな話から死亡事例みたいな相当大騒ぎになる話も数例あって、基本的に自治医大は基本的に医者がちゃんと説明して患者さんに納得し

てもらって診療するのが基本だから、頑張っ  
て自分たちで説明してねっていうスタンスでやっ  
てます。ただ、感情が激烈であったり、いろい  
ろうまくいかないときに間に入らせてもらっ  
て、まあ座ってどうですか、どうですかって言っ  
てるだけなんですけども、比較的スーッと溶けるよ  
うに解決していった事例もありますね。もちろん  
死んだりしてないからって部分もあると思うん  
ですけどね。

最後ですけど、僕自身はやっぱり医療は裁判  
に行くよりはこういったADRみたいなもので解  
決できるものがいいだろうなとは思ってます。た  
だ、どうしてもそういうふうに金銭を出すときに、  
無過失保証のある種の保険制度を別立てで、  
これは患者さんというか国民としてみんなで作  
るのがいいんだろうなと思います。それから、  
医療の安全のためにはやっぱり事故情報を取  
集して還元する制度みたいなものが、今  
話題のAI、autopsy imagingの問題は残るわ  
けですね。あとは医師に対する保険制度や看  
護師に対する保険制度みたいなものは必要だ  
と思います。職責なんかとの関係はすごく難し  
いと思うんですけどもやっぱりいろいろ考えてい  
かなきゃいけないと思います。

一応終わりなんですけどちょっとおまけで  
す。今言ったAIのことだけちょっとだけ付け加  
えますね。AIっていうのはautopsy imaging、  
死体に対してのCTとかMRIとかの画像診断  
ですね。これは友人の安藤先生っていう阿木  
厚生病院の実際の例ですけど、腎生検をやっ  
て、3日後の朝に冷たくなっていて急死してい  
た。医療安全上はすごく大事な問題で、みな  
さんならどうされますか。院内の誰に報告す  
るかとか、警察に届けるかとか、患者家族にど  
う説明するかとか。それで安藤先生はCT撮っ  
てくれと言ったら、その結果クモ膜下出血だ  
ったんですね。腎臓の方は、ちょっとだけ出血  
していると、これはせいぜい数十ccだったん  
です。これでこの人はクモ膜下出血で死んだ  
ということがわかったんですね。解剖をお願い  
したら承してくれて、実際こういった血まみれの脳。

ご家族は、まあ何で死んだのかわかんないとい  
うことは怒るんだけど、こういってよくなる  
と非常に納得できる、ゴロッと変わったと言  
ってたんですね。自治医大ではAIまだやって  
ないんですけど、ついこの前5月の連休中に、  
大学でずっとみていたお婆ちゃんが急変し  
ちゃって、家族も見られずに救急車呼ん  
じゃったんですね。搬送されて救急部の先生  
が一生懸命やったけど死んじゃった。家族は、  
最後まで在宅で看取ってあげたかっ  
たんですね。ただあまりにも急に具合が悪  
くなってきたのですごい動揺して、しかも  
救急部に行くところでは挿管したり心マ  
したりいろんなことをやるわけですね。  
それですごく動揺して感情的になって医  
者に詰め寄ったというシーンがあるん  
ですね。その先生に、僕はAIの話自治医  
大でよく言ったので、CT撮らせてくれよ  
いってたら、家族の了承をもらってCTを  
撮ってみたら脳出血だったんです。ちょ  
っと死後変化が出て沈んでますけど  
ね。このCTを見せて、こうこうい  
うわけでお亡くなりになったん  
ですねという、ご家族が途端に  
落ち着いたということがあり  
ました。それで、直後に急変  
して死んだときに何も材料  
がないと、解剖させて下  
さいってお願いしても  
なかなか承されないと、  
こういう話は難しい  
んですけど、CTなんか  
今は非常に簡単に撮  
れちゃいますから  
ね。実際にああいう  
事実があると、す  
ごく対話を促進する  
作用があるとい  
うことは間違い  
ないです。Autopsy  
imagingとい  
うのは死因究明  
とかいろいろな  
ことができる  
んです。じゃあ、  
実際に自治医大  
で救急隊が運  
んできた心肺  
停止症例で撮  
っているCT  
なんかの統計  
を取ってみ  
ると、実際に  
診断がつく  
のは脳出血  
と大血管の  
損傷ですね。  
そういうもの  
だけで3割  
くらいあり  
ますね。だ  
けども、その  
3割を多い  
と言うか少  
ないと言  
うか、僕は  
ちなみに  
少ないとい  
う印象が  
あります  
けどね。こ  
うい  
った、  
ちゃんと  
事実を調  
べようと  
して  
るん  
です  
よ  
と  
い  
う  
姿  
勢  
み  
たい  
な  
もの  
が  
ご  
家  
族  
に  
は  
す  
ご  
く  
イン  
パクト  
があ  
って、  
それ  
が  
隠  
蔽  
し  
て  
る  
ん  
で  
は  
ない  
と  
い  
う  
部  
分  
に  
つ  
な  
が  
る  
ん  
で  
す  
ね。  
そ  
う  
い  
う  
わ  
け  
で

autopsy imagingなんかはこういった紛争解決のための便利といえますか、アシストするものとして考えていく必要があると思います。ということで話を終わります。どうもありがとうございました。

#### 【質疑応答】

Q.やっぱり今話題になった事故にたいしてメディアーターというような作業にとってかなり足かせになるような環境が出来つつあるということに対して先生はどういうお考えでしょうか。

A.厚生労働省が行っている医療事故調の話はなかなか今錯綜していて、明確なコメントは難しいんですけど、一つはですね、ちょっとラフな言い方なんですけども、人が死んですぐ死ということに重さがあり、その中で我々医者が医学的に信用、納得してるとか、あるいは患者が納得している、してないというレベルの問題が一つと、純粹に医学としてその死因がわかってるわかってないという話があって、民主党案は納得の方に持ってっているんですね。自民党案や厚生労働省はそうじゃなくて死因究明という話に行っているところがあって、問題の整理のしかたとしていい絵かどうかはわからないんですけど、ちょっとここでしゃべるつもりじゃなかったんで中途半端なんですけど許して下さい。患者の家族が納得を得られた人と納得が得られない人という分け方があるんですね。当然、無理な要求したり、訴訟、告訴したり、あともう一つ大事なのは受容性ね、ちゃんとその死を乗り越えられるというかね。その納得が得られない死の部分はどうするかという問題があって、民主党案はそれを解決するために何回でもそういうことをやろうという発想なんです。一方で厚労省の案は死因不明の部分はどうするか、つまりこれはさっき言った納得が得られる得られないと、医学的に死因が不明というのは全然別の次元なんです。厚生労働省の方はそこへんがむしろこっちをどうしようとしているかね。だから、おっしゃられた通りで、こっちで死因が明らかになる問題と患者さんが納得

する話ってのは全然別なんです。今日の話の中でも、できれば直後からきちんと患者さん、ご家族と病院とが主体的に交渉を続けることの方がはるかに紛争化しないんだけど、あの案は間に入って行ってそれを取り上げる可能性があるんですね。あるいは今の継続報告とか、司法解剖なんかもそういう側面があるんですね。こういう死因が不明、あるいは説明はつく、親族の納得が得られる得られない、つまりどこの部分をどうしようとしているのかをちゃんと整理をつけないと。どうも議論がこれをごちゃごちゃにしているところが問題だなという意識があります。さっき言った当事者間の交渉を隔絶させる可能性があるというご指摘については、僕も全くその通りだと思っていて、だから報告の問題はなかなか難しいです。ただ、同時に、今日本で一年間に100万人位死んでるんですね、そういう中で、こういう意味でも死因がよわらんとかいう部分を全部含めたら何十万といるわけです。どんなに少なく見積もって例をしぼっていったってたぶん何万と出るんですね、一年間に。そうしたら事故処理なんてとてもそんな件数処理できないわけですから、現実的な運営はたぶん違った方向に行くということはあるんですけども、厚生労働省の役人にこういったことを適切に処理していく能力があるとはとても思えないから、僕はなるべく厚労省の関与する範囲を小さくして、いろいろやるっていうのを膨らます方向で言わないと、彼らが手出しすればするほど変なことになるという気がします。

Q.メディアーターのこと、和田先生、中西先生、中村先生と2月に講習会をやるきっかけを得たんですけど、できれば私は診療科、部署に一人くらいはそういう技能を持っている方がいて、そういうかたが相談、対応していきながら医療安全を進めていければいいかなと思うんですけど、メディアーターの位置づけとか、職だとか、そういうのはどうなんでしょうか。

A.おっしゃられた通りで、僕自身が和田先生たちと少し距離を持つところがあるのは、メディ

エーターメディエーターって言うけど、本来成長していくと、ある程度管理的立場にいる医療従事者の中に特化させるべき機能とか考え方なんだろうなというところはあるんですよ。ただ、同時に、たとえば北海道大学付属病院、自治医科大学付属病院として何か対応しなきゃいけないときに、たとえばいろんな具体的な交渉のときに、私は院内の人間だけど中立的に話聞いてあげるわよみたいな人がいると、話がしやすいときも確かにあるんですね。そこらへんやっぱり上手に使い分けていくように、そういう役割の人を置いておく準備をしてもいいと思うんですよ。ただ、そういう研修なんかでは今日話した具体的なスキルのことも出てくると思うので、やっぱり職員間の紛争とか患者さんとの対話の中で生きるのに特に医者ですよ、おっしゃる通りですけど、医者のある程度中堅以上の役でそういうことを持っている人がいて、診療に何らかのトラブルがあるときに、その診療科としてその人がすぐ出て行っていろいろ話をしてくれて、判断してくれるっていうのはすごいいいことだと思いますね。ただなかなか医者出てこないんですよ。どうですか北大は。まあ、北大は立派な先生がいっぱいいるから大丈夫だと思うんですけど。興味ないんですかね、たとえば内科の先生なんかは研究が好きとか細かい診療が好きで、外科系は手術が大好きであとはどうでもいいや、という先生はいっぱいいるわけですよ。いろんな医師がいますから、上手に病院の中のリソースを発掘するという感じですね。いい医師を探して頑張っていたらいいのが病院組織としては大事なんですね。

さっき言った、キャロル・リーマンのメディエーションの講習会のときに、法学部の偉い先生がコメンテーターとしてコメントしたときに、こういうメディエーションとか何とか言ったってやっぱり裁判というのは必要だろうと。彼はそのときに『権利の闘争』ですかね、岩波文庫かなんかにある本を引用して、今まで医療において患者の権利はすごく虐げられてきて、それがようや

く認められている時代に来て、その中で権利のある種の外延を明らかにするという意味で裁判はやっぱり必要だし、そういったことは大事なんじゃないかというコメントをされたんですね。彼がそのときに外延ということを使ったんですけど、物理学に外延量と内包量という言い方があるんですけど、外延というのはここからここまで長さが何センチとかね、形が明確にわかるような計測。内包量というのはたとえば温度とか、ものと違って外がない。彼は、それは法律家の発想としてすごく大事な部分なんですけど、外延量として患者の権利とかそういうものを外で削って見えるその部分を明らかにしていくことがすごく大事だという発想ですね。ところが、メディエーションとかあるいはケアの倫理とか医療のすごく本質的な部分というのはそうじゃなくて、内包力、つまり感情として、怒ってる、許せん、悲しい、辛いとかいう部分は外延量としては測れないものなんですね。そのなかにある含まれている内包量として出てくるものをどう扱うかという世界であって、そのとき僕は法学部の教授がおっしゃられたコメントと、和田先生なんか言ってるケアの違いの部分が逆に明確に出る言葉で面白いなと思って。だからこういうメディエーションの問題がなんとなく親和性が高いっていうのは、そういうケアの倫理とか、要するにそうやって白黒つけろって言われるけど、わかんない微妙な部分があるとか、そういう気持ちのごちゃごちゃした部分、内包量の部分をやっぱりなんとかしたいという思いみたいなものがあって、そういう意味でこういうメディエーションとかメディエーターの話というのは、外の世界から見ると外から見える外包量としての数値は規定できないんだけど、その中にある熱さみたいな部分はなんとかしていきたいという、そういう取り組みのような気がしたんですね。これはちゃんとした文章にしてその先生にお届けしようと思ったんですけど、実はその外延量とか内包量とかあるいはそういうものは今の思想的な背景の中でも、そういう現在のフランスの思想なんかではそういうふうになると非

常にいいとする方向に動いているということが、背景にはあるんですね。またそれは、もうちょっと固い場所でチャンスがあればお話ししたいと思います。

Q. メディエーターが中立的な立場ということで少し患者さん側になって、ここのみなさんには叱られる考え方もかもしれないんですけど、僕が車を運転しててちょっとした不注意で人を轢き殺したとすると、業務上過失致死ですよね。僕は内科なんですけど、手術をもししたとして、ちょっとした不注意で患者さんが死んだときには業務上過失致死に何でならないんですかとある人に聞かれて、全く答えられなかったんですけども、どのように考えればよろしいでしょうか。

A. 業務上過失致死の話はすごく大事な話で、通常言われるのは日本は業務上過失致死の範囲を広く取りすぎていると。これは工学系とか化学系なんかでも言われていて、この前NHKのおはようほっとモーニングにたまたま北野武のお兄さんの北野ひろしとAIの番組に出たときに、北野ひろしさんは明大の化学の教授なんです。彼が番組の最後にこういった高度で複雑な化学の事故の問題、医療の事故の問題というのは罰するとだめだと、僕は言いたかったけどそれを言うと世間から怒られると思って言えなかったんですけど、彼が言ってくれたんです。これは今自治医大にいる川野竜太郎という元航空管制官だって同じこと言いますね。別に医療に限定せずに、広くこういう産業界とかでしっかり言っていかなければならない問題です。それはつまり再発予防とか、本当の意味で今後の社会のことを考えるとその部分をしっかりとやって、そのかわり原因を明らかにしてやっていると、そういう形が本来の責任の取り方であるというフィロソフィーを広めていかなくちゃいけないで、そのとき医療に限定する必要は全くないと。よく言われるんですけど、じゃあ、車ではねたって許されるんか、そんなことないでしょう。そのことについての答えの一つは、今の自動車はちゃんと整備された道路でちゃんと機能

する車を僕ら運転できるわけです。医療は、さっきも言ったように先進国でもすごく低い整備です。米国に比べて何分の一の医療従事者でやっている。つまり車にもし例えさせていただけるのであれば、ものすごい土砂降りでも前も見えなくてガタガタの道を走らされている。しかも好きで走ってるんじゃないですよ、僕らは来た患者を見なくちゃいけないわけですからね。それを走らされてて、しかもその横を幼稚園の子供たちがじゃんじゃん歩いているようなところを走らされてて、そこでひきかけたことについて、今のこれだけ安全化が進んでいる車と同じ例えにするのはやっぱり不合理であるという見方をしますね。やっぱり、業務上過失致死の範囲はただ医療に限定してものを言うべきではなくて、科学技術とか、全体の大きい枠組みの中で見て、航空業界とかそういうところと一緒に声を揃えて言うべきことだと思います。ちなみに、つい最近管制官がニアミスを引き起こしたことで、地方裁判所では無罪だったけれども、高裁で有罪になったんですよね。あれについて、一番最近の新潮で柳田国男が反論を書いてますけども、あるいは多くの航空業界でそのためのシンポジウムをやってますけども、やっぱり日本の刑事司法はまだ懲罰主義だし、厳刑、極刑の方向にどんどん動いてますよね。これはもっとしっかり国民が考えなければならぬ問題をはらんでいると思います。あとは警察、検察も含めて取り調べの問題です。国際的な人権団体からは日本の取り調べのことはずっと指摘されていて、冤罪の問題なんかも言われているわけですよ。だから単に医療の問題として言うとかで医療だけ免責になるんだと怒られちゃうんですけど、そうではなくてもうちょっと大きい視点でものを言っていかなければならないんだと思います。ただそれは同時に我々医者とか医療従事者はそういうことについて無関心で不勉強で、よその世界でそれで困っている人が一杯いたのにそれをほったらかして、自分たちが責められると自分たちで反論することでもあるんですね。いい契機だから、いろん

な業界の人たちとしっかり議論をして、世の中  
に向かってものを言っていくべきなんだと思いま  
す。

## 産婦人科患者のリテラシー研究

研究分担者 佐藤 章 福島県立医科大学 産科婦人科学 教授

研究分担者 松村有子 東京大学医科学研究所 特任助教

### 【研究要旨】

産婦人科領域のがんで、卵巣がんに関する一般情報は子宮体がん・子宮頸がんと比較して乏しかった。既存のメディアには情報提供がなく患者が特に不安に思っている疑問点について、医学的研究を行った。その結果をふまえた卵巣がんの解説を、患者や市民が容易に理解できる方法で情報提供を行った。

これまで医学研究の結果報告は学術誌や学会報告に留まっていた。そのため市民や患者に医学研究や新規治療に関する情報が十分伝わっていなかった。このことが患者や市民にとって医学研究や新規治療の内容を理解し、またその限界を認識することが困難であった大きな要因である。医療提供者自身が、臨床上の疑問点の解明や新規治療方法開発のため研究を実施し、その結果を学術誌や学会発表のみならず、自らが患者や市民に伝えていくことは非常に重要である。

「患者の疑問や不安が出発点→解決するための医学研究→結果の学術的な報告→結果をわかりやすく情報提供」この一連の流れを新規医療情報提供モデルとして位置づけた。患者や市民が容易に理解できる研究結果の説明が困難であり、説明方法のノウハウの集積が必要である。

### A. 研究目的

卵巣がんについては、患者の立場から十分な情報提供が行われていないことが問題となっている。同じ婦人科領域の子宮頸がん、子宮体がんについては発症危険因子が明らかになり、治療予後についても近年メディア等でも認知が進んでいるのと対照的である。卵巣がんについて、既存の情報では十分に取り上げられておらず、患者や一般市民に認知されていない事項を検討する。

しかし卵巣がんの予後や発病の機序については、医学的にも情報量が乏しく、患者に伝えられる医療情報そのものが乏しい。

特に患者が不安を抱く点は、卵巣腫瘍は転移しにくい種類と転移しやすい種類に分けられ、予後が異なるという点である。かつ卵巣腫瘍には良性と悪性の中間の経過を辿るものがある。卵巣境界悪性腫瘍に分類されるが10年以

上にわたる長期間のフォローアップが必要であり、患者の不安も長期間続く。しかし卵巣腫瘍の性質の早期診断方法は不明で確立されていない。

産婦人科医は大学などにおいて日々、臨床上の問題点を解決するために実験研究を行っている。しかし、その結果について、学会や学術誌のみの報告に留まることが殆どであった。患者や一般市民に対して医療情報が行き届いていないのは、医学提供者側・研究者側が、患者や市民に理解しやすい形で研究成果の報告を行ってこなかったことにも大きな原因があるといえる。

よって、「患者視点で臨床上の問題点を解決する研究を実施し、その研究結果を患者や市民にわかりやすく発信する」新規の医療情報提供モデルを実現させることを目的とし、医学的研究を行い得られた新しい知見を、学術報告



のみならず、患者市民に理解しやすい形でも報告し情報提供を行う、医療提供者・医学研究者からの情報提供が普及すれば、患者において、「新しい治療、新しい医学情報が得られない」という不満が解消し、医学の現実に基づいた希望を持つことが可能になると考えられる。

## B. 研究方法

以下のステップを、医療者からの情報提供の新規モデルとして実施し、医療情報提供モデルとして普及するかどうか検討する。

- 1) 卵巣がんに関する書籍・インターネットにおける解説内容、既存の情報を収集
- 2) 患者・家族より、既存の情報では提供されていなかった情報を収集
- 3) 患者・家族の疑問に答えるための問題点を選択、問題点を解明することを目的とした研究を実施
- 4) 研究結果を学術的に報告
- 5) 研究結果を、患者・家族がわかりやすい形で説明し情報提供を行う。
- 6) 医療情報提供モデル1)～5)の実践中の問題点を抽出分析

- 1) 卵巣がんに関する書籍・インターネットにおける解説内容、既存の情報を収集

H18年8月、書籍は一般書店で入手可能ながんに関する解説書、病気辞典の卵巣がんの項目を3冊分収集した。インターネットにおける情報はH18年8月の時点で卵巣がんの解説を掲載していた3ページから情報を収集した。

- 2) 患者が情報がなく不安に感じている事柄を収集

外来・入院患者、その家族が、不安だと訴える内容、医師への質問事項について、患者、患者家族や医師より情報を収集する。

がん患者のブログを調査した。中で不安に思っている事柄を書き出した。

- 3) 研究の実施

卵巣がんの長期予後、再発するかどうかの不安について、患者の最大の不安であり、情報

提供が殆どない分野であった。しかしこの点に関して医学的にもまだ解明されていない。このため、長期予後、再発リスク因子、病態解明を目的とした研究を計画し実施する。

- 4) 研究結果の学術的報告

3)の研究結果を学術的に報告

- 5) 研究結果の情報提供

British Journal of Cancer (2006) に卵巣がんの長期予後と予後規定因子について報告を行ったが、本研究で明らかになった研究結果について、一般市民に理解しやすい形に説明とイラストを加え、報告を作成し、ホームページに掲載する。

- 6) 1)～5)の問題点を検討、抽出した。

(倫理面への配慮)

本研究ではインターネット情報に含まれる個人情報への取扱いについて個人情報の保護に関する法律を遵守した。

## C. 研究結果

- 1) 既存の情報の調査

書籍、インターネットによる、卵巣がんの解説書の情報を収集した。以下の項目、情報が提供されていた。

### 【発症】

時代とともに増加傾向。罹患率は40歳代から増加。

卵巣がんの組織型は多様で、発病の原因も不明。

転移しにくいがん、転移しやすいがん に分けられる。

### 【症状】

卵巣に腫瘍ができていても自覚症状に乏しいため、2/3の症例は転移した状態ではじめて病院を受診する。下腹部圧迫症状や、腹水胸水貯留による症状がこりえる。

### 【診断】

診察で腫瘍が疑われれば画像診断を行い良悪性か悪性を推定する。腫瘍マーカーは補助的意

義。

#### 【検診】

卵巣がんの早期発見のための検診（CA125と経膈超音波検査）研究が欧米で実施され、検診の有効性が証明されなかった。このため無症状成人女性の卵巣がんの検診は行われていない。

#### 【病期】

- I期 卵巣だけにとどまる
- II期 卵巣周囲の腹膜に転移
- III期 骨盤内腹膜を越えて上腹部、後腹膜リンパ節転移
- IV期 腹腔外、肝臓に転移

#### 【治療】

- 1) 外科療法
  - 2) 放射線療法
  - 3) 化学療法
    - I期：再発予防目的の化学療法（臨床試験）
    - II期：再発予防目的の化学療法（臨床試験）
    - III、IV期：手術→化学療法、または化学療法→手術
- 再発：手術、化学療法、放射線療法

#### 【生存率】5年生存率

- I期： 85～90%
- II期： 70%
- III期： 30%
- IV期： 10%

2) 患者視点で、既存の情報提供では不足している内容

卵巣がんに関して、外来・入院患者、その家族が、不安だと訴える内容、医師への質問事項について、患者、患者家族や医師より情報を収集した。患者家族が知りたいが情報がない事項、患者家族が不安な事項についてインタビューを行い整理した。

次に、インターネット上のホームページ・ブログから、卵巣がん患者の日記などから、不安に思う内容を抽出した。

ブログは、以下のものを閲覧し、不安に思う内容を書き出した。

（卵巣がん）

ひまわりの卵巣がん日記

卵巣がんと一緒に

Orange オレンジのつぶつぶ

Single がん患者の幸せ探しの旅

そのほか、子宮がん、乳がんの女性患者さんのページも参考にした。

以下の項目について情報が患者に届いておらず、患者が不安に感じていることが明らかになった。

#### 【発症】

- ・私の発症の原因は何なのか？
- ・月経症状が重い人はなりやすいのか？
- ・転移しにくいがん、しやすいがんの違いは経過からしかわからないのか？ どういう違いがあるのか？

#### 【症状】

- ・私はいつ頃から卵巣がんが発病していたのか？

#### 【診断】

- ・開腹手術をしないと良性か悪性か最終的にはわからないのか

#### 【検診】

- ・お腹が張って変だとは思っていたが、婦人科検診（住民検診）を受けて大丈夫だと言われて安心していた。卵巣がんは婦人科検診ではわからないと思ってもらえなかった。

#### 【病期】

- ・再発した場合、どの病期にあてはまるのか？ 違いはあるのか

#### 【治療】

- ・手術の後のつらさ
- ・化学療法のつらさ、期間について、体験しないとわからない。
- ・化学療法の種類はどれくらいあるのか？
- ・新しい治療薬が出る見込みはないのか？

#### 【生存率】5年生存率

- ・私が再発するかどうか、わかる方法はないか
- ・再発した場合にはどのくらいの生存率になるのか

### 3) 研究の実施

腹膜播種が卵巣がんの予後を規定する。腹膜播種能を有する細胞株と腹膜播種能を有さない細胞株においてcDNAmicroarray法にてRNA発現差を比較すると増殖因子であるHeregulinが約8倍の高発現を示していた。そこでRT-PCR、SDS-PAGE、Western blot法にてHeregulinと関連受容体(HER-2, HER-3, HER-4)の発現差を調べた。また外因性にHeregulinを添加した場合の増殖能変化や受容体中和抗体添加による増殖能抑制の効果も検討した。その結果、腹膜播種能を有する漿液性卵巣がん細胞株においては腹膜播種能を有さない細胞株と比較して増殖能が亢進しており、増殖因子であるHeregulinの高発現を示していた。またその受容体であるHER-2, HER-3, HER-4も同時に高発現を示しており、その中でHER-2受容体を中和抗体でブロックすることで増殖能亢進を抑制することができた。

### 4) 研究結果の学術的報告

H20年9月 日本産科婦人科学会北日本連合地方部会総会で報告した。

### 5) 研究結果の情報提供

関連する学術論文、3)の研究結果について、非医療関係者にわかりやすい文章で説明を書き下ろした。

また、2)で明らかになった、提供されていない情報のうち、医学的根拠が存在するもの、ないものに留意しながら、疑問に答える形で説明を追加した。

理解しやすいようイラストを加え、当研究班のインターネットホームページに掲載した(添付)。

### 6) 1)～5)の問題点の抽出→D. 考察に記載

#### D. 考察

1)～5)の過程での問題点について考察を

行った。

1)2)既存の情報提供と患者の求める情報の差異について

書籍やインターネットによる卵巣がんの情報提供は、大別すると以下の二種類に分けられる。

①事典的な一般情報(家庭医学事典など、がん情報のページ)

②患者側の体験や一症例について詳述した情報(卵巣がん患者や家族の手記、ブログの闘病記など)

①の事典ではごく一般的な教科書的な事柄のみの説明、②は個人的情報のみであり、患者が一般的な情報の中で特に自分の場合について知りたいと希望するような事項に関する種類の情報は乏しかった。

患者の不安を解消し、知りたい情報を提供するためには、医学的に明らかとなっている事柄については、説明や情報提供を普及させることが重要である。すなわち、患者に対して医療機関で説明する際に、患者の質問の機会を設けたり、説明者が配慮して説明を行ったりすることで解消可能である。

しかし、医学的に未解明な事柄については、医療提供者側も患者に伝える医学的な知識そのものが存在しないため、伝えることができない。解明にはさらなる医学研究が必要であり、その結果をすみやかに患者の医療に還元する必要がある。

医学的に解明されていない事項は以下である。

・転移しにくいがん、しやすいがんの違いは何か?

・私が再発するかどうか、どうか、わかる方法はないか

3)4)通常の医学研究の手法であり、困難なく実施可能であった。

厚生科学研究では1年毎の報告が必要であり1年で結果がでるテーマ設定を工夫したが困難であり、一連の研究報告は平成20年度の報

告書にまとめた。もう少し大きな研究テーマを例に本モデルを実施すると、本モデルの意義がより良く理解された可能性がある。

#### 5) 研究結果の情報提供

以下の作業が、非常に困難であった。

①多くの医学研究は、病気の機序解明や新規治療開発に必要な一連の研究のごく一部、ごく一部の条件下での実験である。よって全体像が見えない。

②用いた細胞株、試薬、実験方法は研究界では通常用いられているものだが、研究者以外に説明するための用語が存在しない。

③学術研究発表用の表やグラフ(図)をもとに説明を試みたが、用語解説だけでも煩雑であった。患者の求める内容と、医学研究発表に必要とされる内容は異なっており、構成から書き直す必要があった。

④研究の背景や、研究目的、研究結果から今後何を導くことができるのか、わかりやすく説明できるのは、研究内容や背景をよく理解した当事者(=研究者)しかいない。研究者発の情報提供は重要であり、本情報提供モデルがなければ、市民患者には伝わらない。

⑤研究背景目的、今後の可能性について、研究者側は、研究結果が非常に限定された条件下の実験結果であり、結果がでても直ちに全体に反映することはできない点、一つの実験結果から、治療薬の可能性が拓けたとしても、実際薬になる可能性は低いこと、薬にするためにはさらに気が遠くなるような研究の積み重ねが必要であることを、基本的事項として共通認識もっている。しかしそれを患者や市民に正確に伝えることができるかどうかは今後の課題である。

⑥情報提供においてはわかりやすく、かつ説明量が許容範囲におさまることが必須である。膨大な医学的知見を全て説明に網羅することは不可能である。

⑦マスメディアにはニュースしか取り上げられない。ニュースにならない医学情報、医学研究の

結果で医療者が患者市民に伝えたい内容を、メディアは取り上げない。医療者発の情報提供が必要である。医療側からの情報提供モデルを提案した。

⑧このモデルで重要な点は、研究結果を研究者自らが患者市民に分かるように報告する点である。このモデルの実践で、医療側が「患者目線で説明がわかりやすいか」を自問自答しながら、報告内容の推敲を行った。これが医師が日々の臨床の中で患者にわかりやすく説明するスキルの向上にもつながった。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

実験結果に関して

第56回日本産科婦人科学会 北日本連合地方部会総会・学術講演会 平成20年9月13日、14日弘前文化センター

高腹膜播種卵巣癌細胞株におけるHeregulin・関連受容体発現と抗HER-2抗体による増殖抑制の検討

福島県立医科大学 西山浩、大関健治、添田周、山田秀和、佐藤章

#### G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし