

## 提言

- 3 事故当事者支援には、積極的支援と消極的支援が存在する。したがって、リスクマネジメント活動を行うにあたり、消極的支援(本人への負担を最小限とする)は可能である。そのためには、本研究で作成された「インタビューガイド」等を参考にすることが望ましい(必要な作業中での本人の負担を最低限にする配慮としての全ての者への消極的支援の思想の提案)。
- 4 事故当事者が、事故直後から深い傷(自分の存在感の揺らぎや、自責感等)を負うが、その大きさや深さは事故当事者により異なり、また、その期間は上下を繰り返しながら長期間に亘る。他方、院内で不一致な対応をすることや、対応者の心無い発言等で二重に傷つくことを避けるにも、これに対応するためには、院内に同僚サポート(peer support)グループを作って対応することが望ましい(事故当事者に応じた院内同僚サポートグループの必要性)。

## 提言

- 5 その際には、事故当事者支援研究の成果をもとに、事故当事者へ配慮する点を確認した上で、柔軟な「院内サポートプログラム」を作ることが望ましい(柔軟な院内サポートプログラムの策定と実行)。
- 6 院内で職場復帰をする際には、事故情報を、受け入れ職場の医療者とのように共有するのかりについては、本人の意向も踏まえて対応をすることが望ましい(職場での事故情報の共有への配慮)。
- 7 事故当事者は、「処分がない」や「被害者の赦し」等について、両価的・相反(矛盾)的意味づけを持つことへの配慮が必要である。

## 提言

- 8 更に、院内で対応できない場合や、それを補完するために、院外サポート(out-hospital)グループが必要で、その中には、事故当事者支援に経験が豊富な精神科医や事故を経験した当事者、事故被害者が含まれていることが望ましい(チームによる院外グループによる支援の必要性)。
- 9 事故当事者支援にあたり、同じ事故経験をした事故当事者の役割が大きい(事故当事者の院外からの支援の必要性)。
- 10 事故(その事実)の理解と認識がその後の事故への向き合い方への違いを生ずるために、事故(その事実)が当事者に納得の上還元され、共有される手続が必要である(本人の言い分を聞いた上での、公平・平等な事故事実調査制度の確立)。

## 提言

- 11 当事者は、事故に関する記憶が明確でない場合があり、当事者から事実関係を聴取する手続(院内院外問わず)この点への配慮が欠けると、当事者の負担が増す。
- 12 法情報の正確な提供は、当事者支援となる(法情報の正確な提供の機会を設ける)。
- 13 今後事故当事者支援を行うもの(院内外のスタッフ)の教育プログラムを構築する(事故当事者支援のための院内外スタッフの教育プログラムの構築)。

平成21年度厚生労働省科学研究（地域医療基盤開発推進研究事業）

「医療従事者の再教育および医療事故に関わった医療従事者の支援に関する研究」  
研究報告会と座談会

「医療事故の被害者と当事者の支援のあり方について考える」

日時：平成22年3月7日（日）9：00～16：00

場所：中京大学アネックス アネックスホールほか

## 第1部 研究成果等報告

### 「分担研究の趣旨と研究の経過」後の質疑応答

（稲葉先生）今のところまでで、何かご質問等おありでしょうか。いかがでしょうか、北村先生、当初の段階で先生ともご相談させていただいて、どういうふうにサポートすればというお話をさせていただいたんですけども、先生の方でざっと1年間、時々、熊本行っっては少しお話しするぐらいしかできませんでしたが、今の段階で一つコメントをしていただけますでしょうか。

（北村先生）熊本大学の北村と申します。職種は精神科医であります。今回の研究班の目的、研究目的について、おそらく後の話を聞けば分かってくるのだらうと思うのですが、2点感じたことがあります。

1点は、個人的なレベルでの話をするのか、組織レベル、つまり病院であるとか、医療界全体であるとか、そこらへんのとこまで話をするおつもりなのかというところが、ちょっとはつきり見えませんでした。それが1点です。

それから2点目。ご趣旨はよく分かるのですが、普通の日本語の捉え方からすると、被害者、つまり何らかのインシデント、アクシデントがあって、被害者の方が発生するわけですね。害を被る者と書いて被害者と書きますが、通常ですと、害を被る方がいれば害を与える人間がいて、本当は加害者のはずだと思うのですね。天然災害の被害者ではないわけですから、そうすると、それをあえて当事者と書いたということが研究班の責任者のご配慮であろうかと思うのですが、これもあとから話が出ると思いますが、当該医療者はおそらく自分が加害者だという意識を持っているであろうと。で、そこら辺の微妙な日本語の言い回しは、稲葉先生のご配慮ということは重々分かるのですが、そこはやはり避けて通れないポイントなのかなと感じました。コメントです。

（稲葉）はい、どうもありがとうございました。前者の点は、組織と個人の問題というのは当然、分かれると思いますけれども、少し組織的なことであるとか政策的な問題も視野に入れて、ま、視野に入れるにすれば、インタビューだけでそれが果たして出てくるのかどうかということは、またもう一度、繰り返し問われることだと思います。

で、後者の問題はですね、むしろ当初から、この研究の前の段階で、事故の、事故を起こした方々をどういふふうな表現をするのかというのは、かなりディスカッションしたところなのですね。で、事故の当事者という言い方は少し距離を置いたような、事故との、距離の置き方の表現の仕方がいいのか。事故の加害者というに本当にそのことにもう向き合ななきゃならないような言葉として、もう設定するのかというのは、事故の被害者というのは本当にあるとすれば、事故の加害者という言葉の方がいいのではないかという議論を何度も繰り返してやったところなのです。で、しかし、今回はやはり、最初から事故の加害者の支援という形でその方々と接するのではなくて、事故と関わった、そこは因果関係があるかどうかよく分からない場合もありますので、まずはちょっと抽象的な名称で進めたということで、今のところはご理解いただければと思います。

で、あとで問題になりますが、その名称の問題だけではなくて、事故の当事者って一体誰なのかということも実は大きな問題になってくると思います。この点はこのあとでお話をします。当然、その裏返しの問題として、事故の被害者っていうのは一体誰なのかというようなこと、そんなもの当たり前じゃないかというふうにおっしゃる方もいらっしゃるかもしれませんが、私たち研究を進めるに当たって、本当に事故の当事者って誰なのかなということに迷ったりすることがあったものですから、その点はこのあと、それぞれの報告の中で出てくると思います。どうもありがとうございました。

ほかに何かご質問はあるでしょうか。またあとで私の方から、その途中途中でお世話になった方々であるとか、サポートしていただいた方に、この調査の過程について少しコメントしていただくこともあろうかと思っておりますので、それでは一コマ目、終わりにしてよろしいですか。

## 「事故当事者のインタビューについて」後の質疑応答

（稲葉）今、少し高山さんの話にもありましたけど、今のようなインタビューの方法、あるいはインタビューの点について、少しディスカッションをさせていただければなというふうに思います。いかがでしょうか。ご発言があれば。実はこの最初の段階から、加部先生にはずっとご相談を差し上げながら、厚生労働省にも来ていただきまして、一緒に、望月さんとか馬場さんなんかともお話をさせていただいた時もありますけれども、インタビューそのものについて、今の情報をもとにして、ご感想めいたことでも結構ですし、研究の進め方みたいなのところについてご意見ありましたら、お願いできますでしょうか。

（加部先生）すいません、大学病院の加部と申します。私は医療事故の真相っていうか、何が起こったのかを究明するというか、きちんとしていくため、そして、それから、そこから臨床現場に具体的な教訓として何が反映させることができるのかということとをずっと考えてきましたので、で、稲葉先生ともお話の中で、そのためには当事者、被害者と当事者とやはり、両方との何があったのかということ、きちんと聞き取ることが大切じゃないかということで、この研究に関わらせていただきました。で、今お話を聞いていて思ったんですけども、インタビューのそのタイミングっていうのは、やっぱり非常に問題なのだということ、を改めてちょっと今、そうだなというふうに思いました。やはり、そもそも当初の原因を究明するというために介入、時点での介入という事故調査ですね。あるいは、それから、場合によっては教訓として、現場に何を反映させるのかということとを目的にした場合、たとえば時間経過であったり、その間の心の揺れが収まるのを待つといったことだったりとかで、そういったことが、異なるインタビューのセットが必要なのかなということとをちょっと思いました。すいません、ちょっとまだいろいろまとまってなくて、そのくらいで。

（稲葉）どうもありがとうございます。今、おっしゃっていただいたことは、医療安全という観点から見る事実の確定。その際に事故の当事者の方々に、どうしても聞かなければならないと、こういう場面と、その事故当事者支援ということは、どういう関係に立つのかということ、もう一度、あとで議論になると思います。私はまだ提言では、それなりの答えを一応、出しておりますけれども、今のような点は大きな点になると思います。

それから高山さんのお話の中で出てきました、当時の看護部長ということだったので、嶋森先生、研究をもうずっと、この領域、していただいて、現実にプラクティスもしていただいている中で、少し今のインタビューのところを聞いていただいて、コメントしていただけますでしょうか。お願いできますでしょうか。

（嶋森先生）事故当事者っていうか、加害者になった、事故を起こした人にインタビューすることは、非常に重要なことだなと思っています。というのは、私は、時々事故当事者の周囲の方からメールとかで相談があるのですが、自分が事故を起こした直後にいろんなことを、警察や上司から聞かれたりする時に、警察などは、情報が誰から行ったかによると思うのですが、自分が思っている事実と違うことを公にされていて、それに、当事者が、戸惑ってしまって、結局、本当のことをいえないまま、行政処分までいってしまったという事例があります。相談受けて、場合によっては、その時点で弁護士さん、相談するようにお伝えして紹介したりすることもあります。当事者は、非常に自責の念が強くて、当初は、自分を表現できないでいるうちに、ことが進んでしまうというのが結構あるようです。それが今日の、インタビューで出てきていると思うのですが、今回は研究のためのインタビューなので、時間がたってからやるということの必要性はあると思うのですが、当事者の支援をするとしたら、直後にやらないと、違ったところ行くなという心配があります。そのあたりをどうやって支援していくかということが重要になると思います。この研究は今の形で進んでいくとして、その結果を、どういう形でシステムとして作り上げていくかというのが、大きな課題だと思います。

（稲葉）どうもありがとうございました。インタビューとしての支援みたいなのところも多分、出てくるのだろうと思います。今回は、インタビューは、研究としてのインタビューだったわけですけども、多分このあと出てくるのは、事故直後にしっかりとその人の話を聞いて、支援をしていくと。ま、情緒的な支援を含めてですね、あるいは法律家の議論からいうと、情理的な支援であるとか、さまざまな支援の仕方が出てくると思いますので、そのあたりは、このあとまたディスカッションになると思います。はい、どうぞ。

（北村先生）すいません、また再び、指名も待たず、熊本大学の北村でございます。この中で精神科医なり

臨床心理士の方がおられれば話は別なのですが、先ほどのお話で出てきたことはですね、結論的にいうと、研究目的で、つまり情報収集のために面接はしております。が、同時に先ほど福田さん、高山さんがおっしゃられたように、1時間から1時間50分ぐらいの面接をして、面接員の方ご自身が同じような追体験をし、非常にお気持ちが揺れたとおっしゃっておられるわけで、同時にそれは、面接を受ける方は、それよりもケタが多い心の揺れが当然、発生しているはずで、従いまして、面接する方は1時間あるいは2時間の面接、でも私、短いと思いますが、どのようなカウンセリングをしているのかを自覚する必要が十分あるだろうと思います。

で、先ほどお二方の発言の中で、私、感じたこと2点あるのですが、まず第1点は、お二方ともおっしゃっていましたが、そのあとでデブリーフィングをしている。厳密にはあれはデブリーフではありません。デブリーフのやり方というのは、もっとガリガリやるはずですので、お話しただけの、あれはデブリーフとはいうべきではないのですが、いずれにせよ、話し合いをしてお気持ちの整理をした。で、それをなぜ面接の時になさらなかったのかなど。つまり普通のカウンセリングのテクニクであれば、丸々さん、今お話なされたのは、話を聞いてびっくりしました。その話はおそらく、ほかの人には話しておられなくて、私だけ、この場だけでお話なされたのではないのでしょうか。もしそうだとすれば、この1時間かけて話をし終わって、どのように感じられましたかっていう質問はなさいましたか。通常のカウンセリングだったら、それをするだろうと思うのです。それが1点です。

それから2点目。かつてご自分が当事者であった高山さんが関与することのデメリットのところ、自分のフレームに引き寄せて話を聞いてしまうってことをおっしゃって、それがデメリットだといいましたが、私はその意見には反対です。それはデメリットではなくてメリット、最大のメリットだと思います。このようなカウンセリングする時に、よくいわれることは、トラウマ体験のない人間が他者のトラウマ体験を理解できるはずもない。つまり自分とは全く異質の世界だと思っている人が、人のトラウマを聞いて、聞けるはずがないんです。つまりフレームワークが何もない状況で話を聞いても、ただ単に言葉が飛び交うだけの話になってしまいます。本当に何を感じたかを理解するには、ご自分が、トラウマ体験がなければならない。私がよく、私、周産期精神医学を一応やっておりますが、男ですので妊娠したことがなければ分娩したこともない。分娩したことの苦しさは、私は分かりません。が、分かると思う努力をします。同時に私が経験したことのあるトラウマの中で、この方が語っているトラウマに一番近い体験は何なのだろうと思返し、幸い、ラッキーなことに医療現場で私、そういう意味では事故に遭遇したことはないのですが、もし自分の経験の中で、これに近い体験があったらどれだろう、その時自分はどう感じたんだろうと思出しながら聞かない限り、本当の言葉は聞こえてこないはずで、従いまして、自分のフレームに当てはめて聞くことが、こういう情報収集と同時にカウンセリング面接の最大重要な課題であって、それをデメリットといわれては困るので、これは最大のメリットだとおっしゃっていただきたいと思いました。以上です。

(稲葉) はい、どうもありがとうございます。後者の点は、むしろ本当に高山さんが入っていただいたことの良さということ、もう少し精神的に別の表現をしていただいたというふうな受け止めて、きました。前者の点は、これは私もいろいろ、こういう人の話をずっと聞く仕事をしておりますので、ある程度カウンセリング的な、こういう場面だということは十分理解していたわけなのですが、カウンセリングそのものではないものですから、少しその点についての十分な配慮がなかったのかなというふうな思います。ただ、事故の被害者の方、当事者の方々から聞くために、いくつかの文献がありまして、その際に配慮しなければならないことは何なのかということは、事前に先行研究、調べて、その上で私たちは、どういうガイドラインに基づいてやっていくかということについては一応、私たちがのガイドラインみたいなを作っている、今日はお示ししておりませんが、そういうのを作っております。その中に今の北村先生からご指摘いただいたことなんかも今後、載せていって、もう少しインタビューとしての、あるいはカウンセリングとしての調査の、こういうようなやり方の、もう少しこう、当事者に対する配慮の仕方みたいところは、もっとクオリティを高めていきたいと思っております。どうもありがとうございました。それでは、ちょっと、多分、普通の研究発表よりもきつい研究発表なものですから、ちょっと休憩をしたいと思います。

#### 「インタビュー結果の分析・評価について」後の質疑応答

(稲葉) 何かご質問であるとかご意見であるとか、ございますか。

(種田先生) 質問です。質問なのですが、国立保健医療科学院の種田と申します。分析の際の、難しいなと思った点ですね、特に逐語に起こすところからだと、たとえば言葉の、何ていうのでしょうか、会話の雰囲気とか、同じ言葉でも伝わり方って違うじゃないですか。たとえば、そういうものを皆さんが共有した上で

やったのか。たとえばもう、文章にして、テキストにしたものをやったのか、あと実際にやっぱり、医療の現場での経験がどの程度あるかによって、やっぱり理解の仕方っていうのですか、分析の仕方も多分、違ってくると思うんですね。あと具体的に一つ出てきたので、ちょっと気になったのは、上司ではなくて先輩の医師からの支援ってありましたけど、たとえばですね、若干ちょっと知っていることもあるのですけど。必ずしも組織としての対応でないこともあるのですよ。個人的なつながりの中での対応、支援だったりするので、それは、なんか組織の中での支援のような形の位置付けになっていたような気がしたので、違うかもしれませんが、短い時間の中でお話を聞いて。そこは多分、組織としての支援がなくて、むしろ個人としての先輩後半のつながりの中であつた支援というもあつたというふうに向っているのですね。そのところの実際のカテゴリー化っていいですか、位置付けが、もしかしたら私の誤解かもしれませんが、どうなっていたのかっていうこともあつたり、いずれにしろ、分析をする時の難しさっていうのですかね、どういうところを多分、たとえば議論があつて、何らかのコンセンスを得てこういう形になったのだらうと思いますけれども、その時の難しさみたいなものっていいですか、それは今後の、もしこういうことを続けるための一つの示唆になるのではないかなと思って、ご質問したいと思います。

(稲葉) 今の点について、私が答えさせていただいて、それ以外の評価をしていただいた方々なのですが。まず私たちのメンバーは、さまざまな方々に支えられているのですが、当面この分析のこととインタビューだけ考えますと、インタビューアーは私と福田さんと高山さんです。それから評価を長尾さんと河野さんと水澤さんにやっていただいたというふうで、実はここは一応、切っているところがあります。つまり私たちのインタビューアーが分析するというのではなくて、それを、少し距離を置いてやっていただくということで、ただし、その際に今おっしゃったような、ICに録っておりますので、それを聞きながら、逐語訳をしていただくというようなことも、河野さんの場合、ありましたので、少しく、コンタミネーションといえますか、少し第三者性というのははずれているところがあります。それから分析の際にはですね、私たちのインタビューアーも、やっぱり今おっしゃっていただいたように、これをどこに位置付けるのかということ、その時のナラティブ、その時の雰囲気を理解しないと、なかなかできないということで、私たちのインタビューアーも意見をいわせていただくというようなことを、二重の形でやらしていただいたというような形ですね。

今の先生からのご質問については、長尾さん、いかがですか。

(長尾) ご質問ありがとうございます。今、稲葉さんからもお話ありましたけれども、逐語録になった時点のものを、私も水澤さんもいただいております。ですので、いただいた言語のデータにつきましては、かなりニュアンスというものと離れたところで分析しているのは事実だと思います。ただし、一例一例、それを、先ほどメンバーチェックということをお話ししましたけれども、その段階で高山さん、そして稲葉さん、そして福田さんに入っていたら、私たちの解釈というものが、その時のインタビューアーから感じたその解釈に近いものになっているかどうかということ、全て行ってまいりました。ですので、そういった部分の、確かに私、その場になかった者の大変さというものはありましたけれども、それをすり合わせることで、かなり状況というか、語っている方が、当事者の方々の、話したいというか伝えたいものについては、コーディングなりカテゴリー化できたのではないかなというふうに思っております。

それから先ほど、先輩からのアドバイスとか、それから支援といったものについてのご質問がありましたけれども、その点については確かに個人の問題なのかもしれません。個人の先輩が個人の医師に対してしてくださったことかもしれませんが、それが診療科の中にあるということ。そしてその個人の関係性というものを病院の中で持てるということについては、病院の中に逆に示唆していくものなのではないかということで、あえて個人の問題というよりは、組織や診療科の問題として提示することの方が、逆に現場に示唆できるのではないかということで、その中に入れたというところがあります。

(稲葉) ほか、どうぞ。福田さん、この、最後のところで、自分と向き合う、そして関係性の中で事故と向き合って、そしてその事故を次に生かしていくというのですかね、その議論はそこまでいくためには、かなりディスカッションして、単なるコーディング化、あるいはカテゴリー化だけでは留まらない議論がありました。その際に福田さんから今のような分類について少し提示がありましたので、それも一つの経過として少しご報告していただいた方がよくないでしょうかね。お願いします。

(福田) 本当に最後の分析の作業、作業という言葉はあまり適してないかもしれないですけども、短い時間で凝縮して、この分析をした部分みたいなところもありましたので、まだ本当にまとまっていないというのが正直なところ。で、おそらく今、今回は内容分析という形で、出てきた名前が付いた、今、カテゴリー、サブカテゴリーの方を皆様には提示しましたけれども、おそらくもう少し分析を、数を重ねて、分

析をしていきますと、別の形、たとえばそのカテゴリー、サブカテゴリー同士がどういう状況の時にそれが動いていくといいますか、どう関連付けられていくのか、おそらく本当にこの分析を進め、数を、対象者を増やして、もう少しより一般化できる形になってくると、おそらく理論のようなものが、だから、このカテゴリーとこのカテゴリーはどういう状況の中でこちらのカテゴリーの中に移っていくのかとか、どういう体験をしたら、どういうサポートがあれば、この人の体験が、たとえばネガティブな体験がポジティブな大変に変えていくように、私たちはしたいわけなので、こういった研究をしていくわけなんですけど、どういう状況の中でそれが変化していくのか、その関係付けを今後はしていくことによって、より概念間の関係を明らかにするような理論みたいな形での質的な研究の形としてまとまっていけるかなというのは感じつつも、今回は本当に出てきた抽出されたカテゴリーのラベルを付けて、それを皆様にご紹介するというような形に留まっているかなという段階だと思っています。

(稲葉) どうもありがとうございます。はい、永井さん。

(永井さん) 今日の話、今度は逆の立場っていうか、被害者側から見た時に、いつも私及び私どもの皆さんがいうことは、やっぱり病院側が最初から隠さない、ごまかさない、逃げないという、その逃げない中に一番僕は重要なことが当事者、当事者が被害者とすぐに話ができる環境を作ってほしいという。これが一番願いのことなのですが、この5名の中で、たとえば院内事故調がしっかりできていたところの背景なのかとかね、その人の立場、たとえば被害者は全然会いたくなかったというのもあるのですが、多分これ、被害者から見たら、その、いっていることが全然違うことを聞かされているから会いたくないとかね、そういうような問題が、本当にいろんな状況の中にあるのを、本当にカテゴリーだけで括ってしまうと、今、福田さんがおっしゃったように、何か違う部分がある。本当はその前に、被害者が、と加害者、加害者といったら失礼かもしれませんが、その、病院組織として本当に対応、最初から本当にしたのかとかね。警察沙汰になって動いたのかとか。ほとんどの事例は、僕らが知っている限りでいうと、最初のボタンがかからないと僕はいうのですが、今まであった事例と違うことを説明したりするわけですよ。そこからもうおかしなことになってく。それが今回、これだけ見ていると、何かうまくいった事例の人と、何かみんなが、ごちゃごちゃになっていて、本当にこれで、当事者支援を、こういう切り口でやれるのかなという気を、ものすごく僕は思ったのですよね。

もうちょっと背景っていうのか、その人の置かれた背景が、何でこういう言葉なり、何でそういうことをいうのかなって、そのベースが全部、5例とも、どういうベース、括られる中で、そういう言葉が出てくるかという、そこから切り出してかないと、本当は、そのベースのところに被害者も、それから当事者も、ものすごく違和感があったり、最初からうまくいったりできるのでね、ものすごく気になったなど。

(稲葉先生) はい、どうもありがとうございます。種田さんがおっしゃっていただいたっていうのは、まずその人の言葉が、その時の状況の、本当の心理的な状況をしっかり踏まえて分析をしているかというご指示だったのですが、今の永井さんのお話は、むしろ当事者を取り巻く状況をしっかり分析しないで、その人の言葉を評価することができないのではないかというご意見だったと思います。これ、方法論的に非常に、お二人の先生方、永井さん含めてご指摘いただいたことは、僕らにとっては、もう一度考えなければならぬと思います。私たちはですね、一応、これがメインの、今お手元にあったものが、いわゆる研究としての一応、答えなのですが、しかしここからどんな次のステップを持っていくかというところについては、少しその、研究そのものから出てくることばかりではなくて、私自身がこれまでやってきたことであるとか、あるいはこの期間中、医療安全管理者であるとか、さまざまな方々に私個人がインタビューをしておりますので、それを踏まえて次の提案っていいですか、あるいは総括みたいところを少し聞いていただいたあとに、今、永井さんがおっしゃったようなことも含めて、少し考えたことがありますので、それを皆さんにお示ししたいと思います。

北村先生から手が挙がっておりますので。

(北村先生) 今のお二人のコメントに引き続いての私のコメントをさせていただければと思いますが。発表を伺っていて、二つ頭に浮かんだことがあります。

一つはですね、質的研究をなさっておられて、数少ないのは、これ当然だと思います。逆に、じゃあ100人会えばいいのですか、1000人会えばいいのですか、1万人聞き取りをすればいいんですか。そういうことをいうのだったら、数的な、量的な研究をなされればいいわけであって、質的研究する意味はないですね。質的研究で大変有名な方で、おそらくご存知かと思いますが、ニール・シュナイドマンというアメリカの研究者がいます。自殺の質的研究をしています。自殺した人がどういうことで死に至ったのか、自死に至ったのかという質的研究をしておられる方です。論文に書いてあることではないのですが、どっか新聞だか雑誌

のコラムで読みました。ある若い研究者がシュナイドマン先生のところにいて、僕も先生のような立派な質的研究をしたいのです。教えてください。先生のような研究をするには一体、およそ何例ぐらい面接、聞き取りをすればいいんでしょうか、と聞きました。そうするとシュナイドマン先生はですね、ちゃらんぼらんに、あ、1例でいいよ、と答えたそうなのですね。で、若い研究者はびっくりして、これは冗談をおっしゃっておられるのだろう。先生、いや、本当は1例では、本当は何例、研究しなきゃいけないのでしょうかって聞いたら、あ、1例は少ないかもしれないね。2例でいいよっていわれたそうなのですね。で、若い研究者は、からかわれているのだろうと思って、先生、1例ではだめで2例だったらいいってのは、どういうところから先生、そうおっしゃるのですかと聞いたところ、シュナイドマンはこう答えたそうです。1例目で発見した事実関係、あなたの発見した学問的な事実が、本当かどうか2例目で確認すればいいのです。つまり質的研究は1例目でこの本質を見抜けということが、シュナイドマンの要求だと思うのですね。で、それが一つ目のコメントです。

つまり、どれだけ面接者が細かく聞き出せているのか。あるいは言葉に出ない部分を引き出しているのかですね。その部分ですごく大切なのだというふうに思いました。それが出なければ、何の意味もない研究でしょうし、出てくるところがあるからこそ質的研究をすべきなのだと思います。ですから質的研究は質的研究、これからの対策はこれからの対策って分けるんだったら、こんな研究する意味はなくて、ここで出てきたことを土台にして、じゃあ何をやるのかということを考えるべきだろうと。

2番目なんですが、これは、考えながら、これ、いうべきかわないか非常に迷ったのです。それはですね、分析の結果、四つ出てきました。事故による負担感、事故後の対応の中での負担感、事故と向き合う努力、周囲の支援体制。で、やっぱり予想した通りのものが出てきたなと思いました。これ、医療事故以外のトラウマ関係の質的研究、お読みになれば、みんなこのパターンで出てくるのですよね。ですから医療事故だけの問題じゃなくて、どのトラウマでも大体このパターンで出てきて、そして全てに名前がもう、すでに付いています。心理学とか精神医学で、すでにもう名前が付いていて、量的研究で最後にいわれた、この組み合わせとあの組み合わせがあった時に、いい結果になる、悪い結果になるということもかなり多くの研究が実はなされているわけです。で、私が見ちゃうと、あ、たとえば事故後の負担感と、これはASDとPTSDの話だとか、それから事故と向き合う努力、これストレスコーピングの話だといって、頭の中で全部、用語が出てきて、今ご発表いただいたの、説明が付いちゃうのですが、ただそれをした方がいいのか、それとも全然そこらへん、おそらく、解析なさった方、今のところはお存じなくて、こういうふうになさっておられると思うので、そうした新しいフレッシュな目でパースペクティブを開発した方がいいのか、ちょっと迷うところではあります。すでに知っていることで、今の全部、パースペクティブを決めるといえば、簡単にできてしまうことなのですが、さあどうしようかと思って、ちょっとそれは言いよどんでいたところではあるんですが、今後の課題かなと思っておりました。以上です。

(稲葉)はい、どうもありがとうございます。その最後のところも実は、事前に北村先生から、こういう、事故の当事者だけではなく、さまざまな死別体験をした人の研究があるので、それを踏まえながらということで、先行研究も少しは見ておるのですが、それからカテゴリー化したわけではなくって、むしろこの5人のナラティブな本当にお話をみんなで考えると、一応こうなったというのが、結論のところだと思います。しかし先生、おっしゃったようなことをもう一度考えてみる価値は非常にあるんじゃないかなというふうに思います。

(鳥集さん)鳥集といいます。ちょっと座ったままですいません。呼んでいただいて、どうもありがとうございます。週刊誌で記事を書くような仕事をしていて、時にはだから、そういう医療機関を批判するようなこともしているんで、嫌われることもあるわけですけども、すごく興味深い研究だなと思っていて、で、僕はこういう仕事をしているので、すごく不思議だったのは、この出てきた結果の中に、たとえばマスコミ報道に対してどう思ったのかみたいなことを語っている内容が一つも出てこなかったですよね。で、それはたまたま報道されるような事故じゃなかった方々だったのか、それとも報道されるような事故だったのだけれども、当事者の方にとっては、それはあんまり重きを置かない話だったからなのか、それとも質問をされた方が、マスコミ報道の影響はどうなのだろうっていうことを念頭に置かず質問もしなかったから出てこなかったのか、そういうところもやっぱり、これはマスコミ報道に限らず、たとえば保険会社との関係というのも僕、気になっていて、よくいわれるのは、保険会社が出てくることによって、本当は真実をしゃべりたいけれども、当事者の方は真実をしゃべれなくなっちゃう。それがその患者との関係がこじれていくっていうようなこともいわれたりもしますよね。で、そういったことも、その、聞かなかつたから出てこなかったのか、それとも、あんまり当事者の方は重きを置いていらっしやらなかったのか。そのあたりはどうなのかなというものがちょっと気になりました。



(稲葉) 多分、まず事案がどういう事案であるか、今であると、そういうマスコミ報道されたのか、あるいはそれがどれくらいの報道であってというようなことは、事前に調査をして行っているわけではありません。そういう意味では全てのカテゴリーが、この5名の方々から全て出てくるものではないというふうに思います。この1例ないし2例はかなりマスコミ報道されている事案だというふうに理解しておりますので、本当はその部分は少し検討の余地があると思います。

それから質問の仕方なのですが、これは今回、5名やりますと、これだけのことが出てきますので、次に質問する時は何が抜けているかということの観点からご質問することができたんですけども、1例目2例目の時はほとんど、そういうようなことを配慮せずに、むしろご本人が時系列で、あるいは時系列もはずしてもいいというようなお話をしながら、出てきたものだけにしました。だから北村先生の表現でいうと、質問の仕方っていうか、私たちのあり方によって、その人の本当のことが出てくるかどうかっていうのも、僕らの質問者の能力を問われていることだと思いますけれども、ある程度は出てきた中でこういう分析しております。だから今おっしゃっていただいたように、その事案の背景であるとか、あるいは私たちが質問してないのではないか、あるいは本人がそれに重きを置いてないかって、この三つはですね、常にこれからチェックしていかなきゃならないと思います。だから次のステップが仮にあるとすると、そのステップの際には、そういうようなところも少し考えながら、もう一度、それもいらないというような意見があるかもしれません。もう一度検討したいなというふうに思います。

さあ、それでは一応、この研究に基づいて、まだ研究班で全員が合意しているわけではないのですが、私の方で全体を総括するような形のことをご説明させていただいて、午後からの議論にまいりたいと思います。今からちょっとペーパーをお渡しいたしますので。

(清水先生) 私、小さな病院の院長をやっています。新葛飾病院という病院の院長をやっています清水といいます。ずっと聞いていて、私もすごく違和感を感じてしまうのですけども、こういう話なんだろうというふうに思いながらも、私、ずっと医療被害者の意見書をずっと書いてきましたけども、ほとんど今のこの5人の内容は僕、全然読んでないので分かりませんけれども、ほとんどはある程度、加害者意識があって、方々へのインタビューじゃないかなと思いました。やはり何らかの患者さんに対する思いとか、そういう方々をインタビューしていると。むしろ僕が対決している人たちっていうのは、むしろ加害者意識じゃなくて被害者意識の方ばかりなので、そういう方へのインタビューっていうのがなければ、やはり今ほとんどの方が、医療側が加害者意識より被害者意識の方が強くて、そこから、どうしてそういう被害者意識が出てくるのかというインタビューがなくて、そこから分析して結論が出て、それを、じゃあどういうふうにしたらこういう人間が出てきちゃうのかっていう、それをとめるためにはどうしたらいいのかっていう、なんかそういう原点的なことを僕は考えてしまうんです。何かおかしいでしょうか。

(稲葉) ありがとうございます。実は、本当は事案の内容をもう少し明かしてお話をしなければ、今のことについては。ま、1名の事例については、実はかなり被害者意識の強い事例でした。それにはそれなりの根拠がある部分も当然あります。ただ、そのお話をしますと、どの事案だというのがちょっと明確になるものですから、今回お話しします。清水先生おっしゃったような、今回は誰を対象にするかという時に、やっぱり今、現職がある程度、復帰ができていて、前向きに、少なくとも紹介者あるいは私から見て、その方がしっかりと前向きに、このインタビューに応じていただけるような方を設定しました。だから今、清水先生がおっしゃったような被害者意識の高い方々はもともと調査の対象になりにくかったということだと思います。ただ、そういう調査をすると、清水先生、どんな調査がありますでしょうか。被害者意識の高いドクターの方々が、どういう、なぜそうなったのかということ調査すると、これも多分、当事者支援の一つの仕方だと思うんですけども。どんな調査モデルといいますか、調査の方法があるのでしょうかね。そのへんのことにはむしろ、お教えいただきたいって思うのですが、いかがですかね。

(清水先生) 僕はやはり、調査の方法は確かに難しいとは思いますが、むしろ、これからの将来に対して提示する内容でしたら、やはり教育の問題だろうと思うのですよね。やはり僕がいろいろ医療従事者あるいは医師たちと付き合っていると、やはり大事なことは倫理観と責任感だろうと、僕はその二本柱だと思うのですけども、それがすごく欠如している人がものすごく多いのですよ。ですから、多分、僕が対決している、裁判所で対決している人たちというのは、もう居直るしかないともいうふうに、直線化しちゃっているのだろうと思う。もう顧みることは全くないと。で、裁判やっても、終わったあと、何も反省はないし、改善も全くないと。でも、そういう人たちを今から僕は直すことはできないと思います。ですから、こういうインタビューを通して、確かに前向きになって生きている人をインタビューなさって、それじゃあ前向きで、変な意味で前向きになっている人たちをどのようにしたらいいのかという、僕はないですよ。やっぱり、その人たちは、私の病院だったら辞めてもらっています、基本的に。ですから、僕は院長が変わらないと難



しいとは思っています、世の中の院長が。リーダーが変わらないと、やはり難しいと思います。ですから、もしできるとしたら、リーダーを変えるような提言をなさるといことしかないのではないかなと思います。

(稲葉) どうもありがとうございます。北村先生、どうぞ。

(北村先生) 今の質問に対する答えはですね、数量的な研究です。質的研究ではなくて数量的な研究で、簡単にできます。数量化的な研究をすれば、そこでコンセプト、概念が出てこなきゃいけないんですが、何か困ったことがあったとしますね。たとえば私がコーヒーカップ持っています。で、歩いていて前の先生にぶつかった。コーヒーをかけてしまった。で、洋服を汚してしまった。その時に私がどう感じるか。あ、とんでもないことをしたと思って自分を責めるか、恥ずかしい思いをするか、申し訳ない、すいません、弁償させてください、クリーニング代、弁償しますと申し上げるか、お前がそこに立っていたからいけないのだから、俺がコーヒーカップを持っているのだから、お前よけたらよかったはずだと思うかですね、まさにその人の心性(シンセイ)に関わる問題であって、おそらく、清水先生ですか、清水先生もおっしゃりたいことは、その部分の教育を医学部なり看護学科なりのところではすべきではないのか。それをするのだったら、方法はいくらかもあると思います。

(稲葉) どうぞ、どうぞ、はい。

(清水先生) いや、僕はその方法がないから、こんな状況なんじゃないかと思う。いくら数的なことをやっても、今の教育の中では、基本的に今のことをおっしゃられることは、すごく理論的でいいのですが、実際のところはやはり、偏差値でやってしまうし、僕がよくいうのですが、某大学の医学部で強姦をして退学されて職分を受けた人が、またほかの医学部に入っていると。そういう人たちが医者になってしまっていることが許されてしまうわけですよ、罪を償ったからということで。それはやはり僕は止めなくちゃいけないのではないかなと思う。そういう人たちを僕、変わるとは思っていない。

(稲葉先生) 清水先生がおっしゃったことについては、私はこの当事者支援という、この研究の中、あるいは研究の延長線上だけでは、多分、もう到底無理だと思いますので、少し違った、たとえば国立保健医療科学院でやっているような、院長の人たちのトップマネジメントのトレーニングっていいですか、そういう講義の中であるとか、いろんなことが、さまざまな形でやっていかなきゃならない問題だということ、私自身は共有しているのですが、それをどうやっていくのか、特に研究という中でやっていくことについては、少しまたディスカッションしたいなというふうに思っております。

(勝村さん) 勝村といいます。たとえば先ほどの発表の中で、被害者側に「会いたくない」といわれたというようなお話しがあったのですが、その一言にしても、どのタイミングで、どういう経過があって、その時のそういう発言になったのかということがやっぱり大事だと思うのです。だから、手法として私が非常に興味を持ち、知りたいなと思うことは、あらかじめインタビューをされる方が被害者側の話を聞いておかれて、聞いておられたのかもかもしれませんけれども、その時に、どこでどんな気持ちになったのかということや、特に事故前後、それと、医療側の当事者の方との関係など、そこをうまく質問していく中で、何がずれ違っていて、どのタイミングだったらどうだったのかということ进行分析してほしいと思います。僕らも被害者の関係の団体に入っているので、結果としていろんなインタビューを被害者にしていることになるのですが、やっぱり永井さんもおっしゃっていますけど、当初はすごく当事者に会いたいのですね。で、そのことが会いたくないと思う気持ちになってしまう過程とか、やっぱりいろいろとあると思うので、そのあたりがうまく両者から聞き出して、浮かび上がってくるということから、何か共通につながる形が見えてくるというか、そんなことじゃないかなと思うのです。ああ言ったから、こう言ったからっていうように、言葉が一方的じゃなくて、その両者の言葉を合わせていく中で、何か見えてくるというような、そういうものはないのかなと思ったのですが、

(稲葉先生) はい、どうもありがとうございます。多分その議論が今日の午後からの議論になるのではないかなというふうに思っております。今、勝村さん、おっしゃっていただいたことも、また午後からディスカッションしたいと思います。はい。

(種田先生) 今の話もお伺いしたり、永井さんの話もお伺いして、多分一つ、結果の見せ方として、五つの、5人の事例をまとめてカテゴリー化したじゃないですか。でもやっぱり個々の事例って背景もずいぶん違いますので、見せ方として、一つずつの事例に関して経過を少し追うような形で、詳細は当然、難しいと思い

ますが、結果を示すと、見せると。そこには当然、時間の流れがあって、今ご指摘のように、いつの時点でやっぱりご家族、ご遺族の方に会いたくないというような気持ちになられたのか、そのあとの気持ちの変わり方ですとか、個々の事例ごとに整理をしていただいで示すという、結果の示し方があると、多分もう少し、あ、こういう時にはこういうふうに思われるし、違う場合にはこういうふう違うものがあるというようなことが、その結果を見た方にも分かりやすいのではないかなと思いました。

(稲葉) どうもありがとうございました。多分、先ほど種田先生がおっしゃっていただきました、1例1例で示していくというようなことの中で、やっぱりこういう質的研究をしていくということも大事ななと思いました。そこはちょっと検討させていただきたいと思います。それでは、私の方から少し、総括的なところをお話しさせていただいて、午後からいきたいと思います。

#### 「事例当事者支援研究の総括と今後」後の質疑応答

(稲葉先生) いかがでしょうか。

(永井さん) 提言の中で、僕は一番重要なことは10番の話っていうか、要は、清水院長が常々いっている、嘘をつかない医療、嘘をつかないでという、結局、事故を起こした時に、今の医者のある有名な先生が、看護婦は、看護師がやるのは単純なミスで、医者はシステムのミスだとかね、要するに医者と看護師、チーム医療だといいながらも、全然違う意識を持っている。その中で一番問題は、僕は院長の問題であり、で、大体、その事故を起こした時に、ほとんど、僕はこれ、JR西日本の尼崎の例を引いて、皆さんに分かりやすくいうのは、ほとんどその人が悪いといってね、個人的に悪い、悪くて、早く臭いものに蓋をしたいという雰囲気があるわけですよ。そこが一番、本当は問題で、そこをしっかりと組織的に、なぜなぜなぜをやって、その当人の簡単なミスでも、本当はそこに秘めたものが何かということをやする風土がないとね、この当事者支援という、本当に個人、その人のいいわけじゃなくて、他人から見て、その事故が、だから僕は院内事故調でしっかり、院内で、自分のとこが起きたことは自分が一番分かっているんだから、そこを本当にやる姿勢がないとね、個人を責めるなり、個人を責めて、早くチャラにして、早く和解してしまいたいとかね。そういう風土が日本の医療界にまだまだ、ものすごくあるわけですよ。そこをどういうふうにしない、どういうふうに本当にしていくかという、これはもう僕は30年、今の学生から教育しないとダメだと僕もいっているのですが。そういう雰囲気が多くある、そんなものないといって、また大学の先生なんかいますが、ほとんどそれに被害者側は悩まされたり、そういう事例が本当に多く、その事例の中にはさみこまれた、僕の例でいうと看護師さんなんかでも、僕は二次的には彼女たちも被害者だといっているんですけども。自分が、正直にいおうとしたことが全部、覆されるようなところがあったりする、そういうところのことを本当にどうやんないか、本当、やってかないと、個人の問題にしてしまうというところに、僕は大きく問題があるのではないかと考えていますのでね、そこらのところが、ちょっとやそつとで、この医療なり今の院長なり、今の医師は多分、変わらないから、もう学生から本当に教育し始める、30年かけてでも直していくということが、ものすごく重要じゃないかなと僕は思っているで、本当にこういうことを、今の僕がいったようなことがなくて、そういうことができてきたら、ほとんどがまた、もう当事者は救われてくるのではないかなと思うのですけどね。そこらへんが何となく僕は違った意味での違和感を感じていますので。

(稲葉) どうもありがとうございました。今おっしゃっていただいた、事実を確定していくという仕組み、ただ本人がそれをしっかりと受け止めるような中でやっていただくということが、事故当事者支援の原点なのだというふうにおっしゃっていただいた。その通りだと思いました。そのことも、やはりこの5人のインタビュー調査をするとですね、やっぱり病院の中で事実調査がしっかりされてないであるとか、本人の意見も聞いていないとかいうようなことで、やっぱりまだ事実についての受け止め方、引き受け方が十分でないインタビューの方々もいらっしやいましたので、こういうようなことを述べさせていただきました。あとお一人かお二人ぐらい。豊田さん、この過程では、さまざまなサポートをしていただきましたけども、午後からもたくさん発言していただくことを前提にしながら、この段階で一言いただけますでしょうか。

(豊田さん) 過激な清水先生の下で働いております。新葛飾病院の豊田です。ちょっと、あまりにも、私も患者支援を病院の中でやっていますので、それをやっていると当然、医療者支援にもつながりますので、ただ、やっぱり医療者の方が被害者意識になってしまうところから始まっているものと、それ、サポートの体制があって事故に向き合って対応しているということでは、やっぱり全く違うお話だと思うので、ちょっともう1回、お昼休みに頭の中を私も整理させていただきたいと思います。今日発言された皆さんそれぞれ、誰も間違ったことはいっていないと思いますし、経験されてきた中で、感じられてきた中でのご発言ですの

で、それをどういうふうにして、この研究に生かしていくかというのは、しっかり皆さんで整理していきな  
いといけないと思いますので、また後ほど発言させていただきたいと思います。

(稲葉先生) どうもありがとうございました。それでも今、おっしゃっていただいたような、一種の被害者  
意識が非常に強く出る中での問題と、そういう意識が、もしかすると最初はない中で、支援されてない中で  
醸成されているような場面っていうのはあるんだろうと思いますので、そのへんもこう、少し棲み分けをし  
ていかなければならないかなというふうに思います。ただ、清水先生がおっしゃったように、被害者意識の  
強い医師に対して支援をすることによって被害者意識を変えることはなかなかできないということも多分、  
事実だと思いますので、どんな条件が先行して必要なのかという議論は、もうちょっとの方がいいかなと  
いうふうに思います。

さあ、もうちょうど12時になりましたので、3時間お付き合いいただきまして、どうもありがとうございました。

(\*前半終了)

(下線は分担研究者が入れた)

「全員の自己紹介」後

(稲葉) 午後からは少し突っ込んだお話をさせていただきたいというふうに思っています。前半の部分は事故の当事者の支援という、一応、今日のテーマに沿った問題で、まだ議論が十分できていない部分が少しあるということで、後半はその事故の被害者の方々の支援であるとか、あるいは救済の問題も含めてですけども、全体のところを少し突っ込んだ、いくつかの話題でやっていこうというふうに思います。

で、一つ目、まず前半なんですけども、一つは私の提言のところにもありましたけれども、医療安全活です、医療安全管理者として、今日はかなりのたくさんの方々がお越しになってますし、原田さんのようにいろいろな大きな病院の中でずっと、東京大学でやっておられたような方々、いらっしやっただと思います。その中に当然、事故調査というような問題があると思います。つまり医療安全活動であるとか院内での事故調査というものと、この当事者支援との関係をどう考えるかというところをディスカッションをしていただければと思います。このあたりのところはですね、ちょっと混同された中で当事者支援ということを考えていくのではなくて、しっかりとした事故の原因追及であるとか事実関係を明確にする中で当事者の役割と、それからやはりその方を支援していくというものを、どういうふうにして切り分けていくのかというところ、一つ大きなテーマだと思しますので、その点から少し入らせていただいでよろしいでしょうか。

原田さんにお聞きするのですが、原田さんが東京大学の中での医療安全という面、あるいは事実調査と、その当事者を、事故を起こした人たちは、やっぱりどこの病院でも傷付いているのだらうと思いますけど、その関係みたいところは今、どうお考えになってますでしょうか。

(原田先生) 事故調査で一番大事なのは、何が起こったかということを確認するということなのですけれども、そのためには当事者から聞き取ることが非常に大きいとは思っています。で、当事者から聞くわけですけども、当事者にとって、いいこともあれば悪いこともある。あるいは、どちらかは分からないけれども、ということもある段階で話を聞くということになります。で、その聞いたことについては、ほかには使いませんよということをももちろんいった上でお話は伺うわけですけども、それでも傷付くということはあるとは思っています。それから、当事者もそうですし、あるいはその状況を聞く場合には、当事者というのは1人とは限りません。ある部署全体に聞いて回るということになりますので、その部署全体が非常に不安定な状況になることもあり得ます。

それで、サポートとして何をやっていくかということなのですけれども、一つは先ほどお話しがありましたように、このあとどうなるかということ、一般的にどうなるかということの説明をするということの一つやっております。で、それについては私が医療安全の担当の時には、我々も話をするのですが、顧問弁護士に来てもらって、で、一人ひとりに話をすることもありますし、部署のスタッフに集まってもらって、お互いに何も隠しませんという状況で説明の会というものをやる場合もあります。そういった、法的な部分の説明をする。それから事故調査ということで、このあと何をやっていくかということも話をするということになります。

それで、そのほかに、事故調査のほかの意味でのスタッフのケアということもやっていくわけですけども、この、たとえば看護師については、リエゾンナースという部署があるので、看護師の方ではそちらで相談をすることができるんですけども、医師についてはそういった部署はありませんので、我々が実際には心配事についての相談をする。あるいは顧問弁護士の方で、実際には弁護士さんですけども、相談事という一般的なこともやってもらったりしたこともあります。そういうことで、東大病院、ある意味では大きな病院ではあるのだと思いますけれども、1200床ぐらいの病院なのですけれども、それでも何をやっていくかということで、事故調査とサポートと両方やっていこうと思うと、サポートだけをする人間を作るということではできない状況では今ないということで、事故調査をやりながらサポートを片手間で我々がやったり、あるいは弁護士さんがやったりという、そういう状況にはなっています。

それで、あとは、サポートについては、繰り返しになりますけれども、起こったことについて病院側としてはいろいろ聞くけども、それで本人が不利になることはないというのは、何度も何度もお話しするようにして、それは一つ大きなサポートなのではないかというふうに、私自身は思っています。ただそれが一つあるのですけど、ただ、その聞いた情報を、たとえば報告書にまとめたりして、その再発防止という意味で使わせてもらうのですけども、それに対してかなり抵抗感がある場合があります。それはある意味、サポートの逆のことをやっているかもしれないですけども、ただ、それは当事者に断った上で、この部分の情報は使わせてもらう、再発防止のために、たとえば院内の研修で使わせてもらうということになります。で、実際に使ったあとで、やっぱりこれはあんまり使ってほしくないのだけれども、ということをお願いすることもあるんです。でも、その場合にはお話を、申し訳ないけれども、ここの分は使わせても

らうんだということで、やっぱり、話はもちろん聞くのですけれども、その上で十分に、十分というか、ある程度、納得を得た上でそれを使わせてもらうということが続けております。以上です。

(稲葉) どうもありがとうございました。清水院長、医療安全管理者と院長という立場は、同じところもありますし違うところもあると思うのですが、院内のトップとして事故を起こした方々に対して、事実を明確にして再発をしないようにする。あるいはその後に病院を改善していくというためにも、事実確認という手続は必要だと思うのですけれども、それと、当事者の支援というのは、たとえば院長だったら、どうされているのですか。当該ドクターであるとかいう方々に対して。そこは1人の方がやることについて、何か矛盾を感じたりするようなことはありませんか？ いかがですかね。

(清水先生) 私が1人でやるということに関しては、

(稲葉) はい、だから、院長の場合はある意味では、当事者支援を、当事者支援という言葉が正しいかどうか分かりませんが、当事者をサポートされていると思うのですけれども、ただ、病院の立場としては事実関係を明確にして、やっぱり次の再発を防いだり、リスクマネージメントに生かさなきゃならないという立場が多分、当事者と向き合った時ですね、その二重の立場を持っていると思うのですけれども、そこはご自身の中でどういう切り分け方をされているのですか。

(清水先生) もう僕、11年やっていますので、だいぶ変わって、豊田さんが入ってきたら、また変わりましたので、当初はもう全然、組織がないところでしたので、全ての医療事故は私と当事者で解決するという形で患者さんと向き合った、あるいは遺族と向き合ってきましたけど、現時点では豊田さんが入ってきているので、そういうことはほとんどなくなりましたが、たとえば院内で起こった事故に関して、とりあえず私自身、個人的にも調べますけども、そういう中で非常にその、これは極端な例かもしれませんが、そのことが非常に謝罪すべきことなのか、謝罪すべきじゃないことなのか、非常に判断は迷うこともあるわけです。その場合には、たとえば現場の看護師、あるいはドクターが、たとえば謝罪したいといった場合には、僕の場合は全く止めていません。ですから現実の問題として、現場で看護師あるいは看護師長と一緒に、患者さんのご家族に謝ることもあります。でも管理者では私は謝らないというような、全然、法律的にはこれ、不利なんじゃないかと皆さんは思うかもしれないけど、僕はそういう立場を取っています。ですから当事者が、当事者同士といったらおかしいのですけど、加害者と被害者の場合ですね、非常に自分が至らなかったために、こういう事態に至った、そのために謝りたいという場合には、その心をものすごく生かしてあげたい。ただ病院全体として、その事故に対してどういう対応を取るかといった場合には、もう一度、僕自身で考えさせて、また調査委員会なり、あるいはそういうふうな形で考えて、患者さんと向き合うというふうな形を取っています。ですから一見、現場では謝って、管理者が謝らないということもある。だからといって、管理者は、僕は必ず患者さん自身、あるいは遺族とも面談はします。しかし私が今、判断はしないということもはっきりいえますし、謝らないということもあります。ただ私が見ても、これは明らかに、この病院の間違いだといった場合には、もう逆に当事者、加害者である、たとえば看護師、医師と一緒に謝ります。基本的に、直ちに。ですので、そういう場合と、やはりケース・バイ・ケースというふうには今は対応しています。

(稲葉) 分かりました。どうぞ。

(宮脇さん) 医療事故被害者会の代表をやっています。私も毎月、十数件ぐらい、全国でいろいろ、そういう医療事故の相談というのがあるのですけれども、二通りあって、一つは医療事故にあって間もないっていうか、で、どうすればいいんだろうということで、で、そのことで病院の方がなかなか対応、適切な対応できなくて、右往左往していて、その中でかなり不信感が出てくる中で、同じ被害者として相談乗ってほしいという、そういうのが一つと、もう一つは一定、病院と関わって来たのだけでも、全く自分たちの体験したことと、病院との対応、ものすごくギャップがあって、とても信頼できないという、戦う、戦うぞということで、どういうふうに対処していったらいいんだろうということで、その内容、私はいろいろ聞いてて、確かに被害者の相談窓口はたくさんできているのですけれども、たとえば大学病院で肺の内視鏡検査をやって、そして大量出血やって、大変な状態になったんだけど、そういうことについて適切な説明もないし、家族任せになっているとか、それから心臓の検査で心停止して亡くなったんだけど、そのことで全く問題ないっていうことで突き放されているとか、普通、ちょっと医学的知識があったら、もう少し丁寧な対応すればいいのと思う、そこが医療者側から切断されているっていうか、信頼を潰されている、事故そのものというより、その後の対応で、せっかくの信頼関係がどんどん潰れていっているなっていうのが、非常に、何ていうか、

傷付くのは、事故の次の対応のことで傷付くと。で、それは被害者も傷付くだろうけど、そこに携わっている医療者も傷付くのだろうなというふうに思うのですけどね。

私も子供を亡くして10年間、医療過誤裁判、戦ったのですけども、その時も最終的には10年目で病院の院長と理事長が全面的に謝罪して、やっと解決したのですけども、当時のその、携わっていた小児科医は、その後、テレビ局が追っかけて取材した時に、事故から13年目だったのですけども、こっちこそ被害者だとテレビの前で、もういいがかりを付けられて、私は本当に迷惑をしたということの、インタビューにもものすごい衝撃を受けたんですけど、裁判の中でその時にその、医者と同じような形で、全くでたための証言をした看護師さんたちがどうしたんだろうなという、私は医療被害者の視点からしか見てなかったので、今日いろいろお話を伺って、そのあと、事件解決して、院長、副院長、あ、院長と理事長が謝ったあとに、あの裁判の現場で本当に全く違う証言をした人たち、看護師さんたちのその後を知りたいなというような、そういう思いになりました。

で、今日の加害者っていうか当事者の方々は、事実を述べられているのを前提に話されているのですけども、医療被害者の、私なんか日々、こう相談に乗っているところでは、ほとんど、そういう事実と違うこと、それから事実を否定されていることで、ものすごく信頼されていることがあるので、やはりそのこと自身の、当事者の信頼回復とか、回復の前提として、やはり事実をお互いに共有するということがないと、やっぱり一生、回復にいかないのではないかなと。だから、そういうやはり、正直な文化っていうか、医療の正直文化についてのところが、医療の信頼であるし、それが安全につながっていくと思うので、そのところのやっぱりエグリ(?)というか、もう、是非、でも結構ですけども、その視点でやっていただければ。今日、参加されているところは、そういう点ではかなり正直文化のところ、かなり大事にされているところなんだろうと思うし、私の感じからすると、ごく、まだ残念ながら表面的にすぎないんじゃないかなという感想です。

(稲葉) どうもありがとうございました。

(北村先生) はい、よろしゅうございますか。何を議論するのかの確認をしたいのです。稲葉先生の先ほどの最初の投げかけた質問は、事故調査委員会があって、で、事故調査委員会、あるいは医療安全部ってあるとかですね、何が起きたのか調べるということがあられるわけですね。で、もう一方で、当事者に対して何らかの支援をせねばならないだろう。並立しうるかという質問だったと思います。その時、おそらく話が拡散する一つの理由はですね、支援といった内容を、何を支援と考えているかが、おそらく今の発言を聞いていると、人によって微妙に違っているということに気が付かれるのではないのでしょうか。先ほどの、午前中の、要因解析ですね、内容解析から分かってくることは、4番目の大きな大カテゴリー、あれはカタカナを使わせていただければ、ソーシャルサポートの話です。で、ソーシャルサポートをどういうふうに分類するか、それは研究者によっていろいろですが、多くは三つあるといわれています。

インフォメーションサポート、インストゥルメンタルサポートとエモーショナルサポートですね。インフォメーションサポートというのは情報に関する支援、インストゥルメンタルサポートっていうのは道具的な支援、3番目のエモーショナルサポートは情緒的、感情面、心理的な面での支援です。で、こういった事故の時、当事者になった人にはこの三つのサポートが必要です。で、その時に、今のお話からすると、どの部分を事故調査委員会が担うのかという議論をしない限り、話は錯綜するだけだと思います。それでインフォメーションサポート、つまり、こうなったら普通、どういう裁判が待っていて、どういう結果が待っているというのが情報的な支援です。これは当然できます、やるべきです。インストゥルメンタルサポートも、とつてもそのあとの診療もできない。そのあと、誰が一体、外来診てくれるのか、手術現場に行って代わりに手術してくれるのか。病院、医療施設として決めなきゃいけないことですから、事故調査委員会は、インストゥルメンタルサポートはできません。3番目の感情的な面での支援、これをなさるか、なさないか。で、そのためにはテクニックがいります。はっきりいうと、天然自然にそういったテクニックをお持ちの方もいるし、下手くそな方もいます。で、臨床心理士とか精神科医というのは、私のように天然自然に下手くそだったのが、努力をしてある程度、力を付けるということもあります。ただ、それをその事故調査委員会のグループがそういった努力をするかどうかの問題です。

ただ、もう1点申し上げたいのは、心理的支援がなくて情報収集はおそらく非常に困難であろうと。これも午前中のあれで出てきた1番目のカテゴリー。重要なことは当事者、忘れるのですね。で、これは症状です。急性ストレス障害や心的外傷ストレス症候群の症状を見てください。重要なことは忘れるってちゃんと書いてあるわけです。ですから心理的な症状なのです。で、それを見て、あ、忘れていいのか、いっていないのか、嘘付いているのか、というような形での対応をすれば、当然しゃべりにくくなります。先ほどのように、覚えてないのだけでも、何か嘘の供述をしなきゃいけないかなというような気持ちに当然なります。そこをうまく扱うことが、こういった状況での情報収集のためには基本的な技術として必要になるのだろうと。で

すから、そこの一体、支援という時の内容を何にするのか、に分けた上での議論をしないと、一方通行というか、何かまとまらない話になるのではないかなと思いました。

(稲葉) どうもありがとうございました。私もその点は理解したつもりだったのですが、一つ考えられるのは、事故の当事者の方々から、どうやって情報収集するのか、しないと実は事故調査ができない、事実の確認ができない、というのは、医療というのは最終的なところはクローズのところドクターがやってるというようなことがありますから、やっぱり本人がその情報の提供の対象者にやっぱりなる、そのことと、たとえば今の北村先生のおっしゃったこと、本人をエモーショナルに支えるという活動、これを仮に今の時点では支援と、今、小さな意味では支援とすると、そういう活動と、情報収集という行為が、ある一つの主体が両方ともできるのかどうか。で、今、いろんなところでやっているのが、医療安全の中で、そういうその心理的なサポート、特に看護部系なのですが、それをやってしまっているからこそ、逆にそこに矛盾関係が生ずるのではないかという、私の問題意識がありました。

(北村先生) いや、逆に先生、分けてできるのですか？

(稲葉) いや、分けてできるかどうかも含めて議論を、はい、どうぞ。

(清水先生) ちょっと、僕らみたいな小さな病院では、むしろ僕は個人的なことのほうが大きいんですよ。そんな三つに分ける必要性もなく、とりあえずその人とコミュニケーションを取ると、当事者と、加害者と。それを僕は心がけています。

(北村先生) ですから、私がさっきから申し上げているのは、分けられるはずがないでしょ、と申し上げているのです。

(清水先生) 分からないですね、あなたのいうこと。

(北村先生) はっきりいうと、情報収集と、それから心理的な、エモーショナルな支援は、併存しないと両方ともできないはずだと。

(清水先生) だから併存するっていうか、僕ら、そういうのをやらなくちゃしょうがないんですよ。実際に病院を運営してれば、ですね、当事者は、会った場合には、しっかりとコミュニケーションを取って、そして本当のこの、本音を含めていわせて信頼感を取っていかないと、

(原田先生) 何をやるかと誰がやるかを分けて考えた方がいいっていうのはどうでしょうか。

(北村先生) ですから、分けて、違う人間がやってできるはずがないでしょって申し上げているのです。

(稲葉) 逆にね、いったん分けられるのではないか。あるいはその間に対立があるのではないかということ議論しながら、実際にはそれを一人の人がやらざるを得ない。あるいは、それを一緒にやらないとできないのではないかというご意見なのだろうと思うのです。丹羽先生、管理者の立場として少しお話しいただけますでしょうか。

(丹羽先生) 前にいた病院、もう5年ほど安全管理、やっていたのですが、基本的に当事者っていうの、起こった時っていうのは、本当にオタオタするのです。そして簡単に忘れていくということからすると、とにかくどのぐらい早く事実関係をまとめられるか、真相とかどうのこうのではなくて、事実関係が何だったのだったということを、まずオープンにするっていうのが、これ、実際に当事者のサポートっていうのになるんじゃないかなと思うのです。本人、当事者自身は、これをいっていいのかどうかとか、そういったところまで分かんなくなっちゃうわけですね。それはその、いいなさいっていうのではなくて、何が起こったのか、時間経過でもって分かる範囲を全部オープンにしろっていうのを、管理者ないし我々の前で、僕自身が聞くことが非常に多いのですけども、そういったその、何人かの医療安全管理者とか病院の管理者とか、それぞれのところで違うと思うのですけど、そういった中でオープンにしちゃうというのが、その当事者をまずサポートする第一だと思うのです。そうじゃないと、自分自身は時間経過も分からなくなるし、カルテに書いたかどうかも分からなくなるし、何がなんだか分からなくなって、本当にひどいことしちゃったというのが、真っ先なのです。



それに対して、管理者側ができることは何かというと、とにかく時間経過で、あなた何したのと、知っている範囲で全部やりなさいということ、関係者を集めながら時間経過から整合性を取っていく。そしたら、隠したかどうかわからないのです、これは。事実関係はそういった形で抑えていきながら、じゃ、この時は何を考えていたの、それでどうしたのっていう形を詰めていくことが、一番、僕は当事者のサポートに、最初のサポートになる。そしてそのあとに、その本人がまだ、なかなか出勤できないとか、いろんな仕事が手に付かないという、今度は看護師であれば主任のクラスの人と話をしながらどうなっているかということ、聞くっていうのが、実際の今の現場の、僕がやっているサポートで、とにかく最初は何が起こったの、あなたが分かっている範囲でどうだったの、ということ、とにかく時間とやったこと、時間とやったこと、それを羅列していくということ、いくつものラインでもって、1人じゃないのですね、病院っていうのは、非常に関わる人が多いものだから、そうすると1人の人じゃなくて、いくつものラインからそう聞けますので、それをとにかく早くやるっていうことが、当事者サポートの第一だというふうに思います。そしてその中で早ければ早いほど、本人たち、よくいってくれ、話してくれるのですね。思い出そうと、思い出そうと、一生懸命話してくれまますので、それがいいサポートっていうのは意味がないじゃないかなと、今、私自身は考えています。

(稲葉) どうもありがとうございます。水田さん、どうぞ。

(水田先生) 事故の調査をするということと、当事者支援というのが、両立できるのかどうかという問題意識が、多分、法律家である稲葉先生と私が一番なんかよく、感覚的に分かっているんだろうなという気がいたします。つまり当事者支援というのは、その人に寄り添う見方ということですので、ちょっと非常に極端な言い方をしますと、弁護人的な立場で、明らかにするということは検察もしくは裁判所的な役割になると。そうすると、やはり、じゃあ事実、どうあったのかと。じゃあ、あなた今、嘘をいっていませんか、記憶違いじゃないかという追求をしないといけない場合と、いや、徹底的に私はあなたの味方ですと。で、いいたくないこともあるかもしれないけど、とりあえずいってみませんか、あなたの気持ちをサポートしたいとかいう形で、非常にやっぱり役割が違うと。それを一つの主体がするということによって、当事者が逆に混乱してしまうということも十分考えられると。で、従って、理想とすれば、その主体は違った方がいいと思うんですが、あとでやはり個々の病院の中において、規模によっては、それを別々にするのは難しいというのは十分、私も理解できます。ですから、もし可能であれば、早い段階でどちらかを対外的にアウトソーシングする、ですから今日の報告の中でも、やっぱり私、法律家なので、法的支援がないことに非常に不安を感じていた、ということであれば、当事者に早い段階から法律家の支援、それはインフォメーションサポートだけでなく、エモショナルサポートも、我々、実際にはやっていますので、それを両方、兼ね備えたような立場の人間が早く付いてあげるということは、一つの解決になるのかなと思いますけども。

(原田先生) 北村先生は、いくつかやるべきことがあって、それを分けてはいけない、誰がやるか分けてはいけないというご意見なのだと思いますけども、

(北村先生) いや、そうではありません。

(原田先生) あ、すいません、ちょっとお話しさせていただいていいですか？ じゃあ、いいです。考えるべきことは何をするかっていうのを、ある程度、羅列をして、それを誰がするかっていうのを、また羅列しておく、可能性はその病院の規模なり、事案によって違うとは思いますが、そこを整理しておくことは一つ重要なことだというのが今の段階なのだろうと思いますので、その、どれか一つの方法しかありませんよっていう形で制限を設けてしまうといけないと思うんで、可能性をいくつか求めればいいんじゃないかなと思います。

(稲葉) 私にも問題意識は、今の水田先生がおっしゃっていただいた、拮抗する役割を一人の者がすることによって当事者は戸惑うというようなことだけではなくて、そのこともあるんですけども、事実調査をする、あるいは先ほどの丹羽先生がおっしゃるんだったら、できるだけ早く事実関係を確認して、情報を収集して、それをオープンにするという作業はですね、どうしてもこれは必要だと思うのですね。今回の調査もやっていて、やはりその自分がその事実について、どれほどお腹の中に落としていけるかどうかによって、その事故への向き合い方であるとか、その次のステップが変わるということが、かなり見えてくるものですから、皆さんがおっしゃったのと同じなのです。つまり事実を調査するということと、その当事者支援の関係は、やっぱり今のような議論で結構なんですけども、整理をしておかなければならない。それって一体どういう関係にあるのだということになります。逆に当事者支援ということだけが表に出るとですね、事実関係のと

ころについては曖昧にしながらでも、その人のエモーショナル、あるいは現場復帰みたいなことをやるって  
いうようなことでは、僕はないだろう。それは皆さん、共有していただけたと思うのですが、その事実調査  
をするという活動と、当事者をサポートするという活動が、どんな形で両立させていくのかという。あるい  
は、事実調査の方が多分、先行するのかもしれませんがけれども、その事実調査の過程で当事者は、やっぱり  
どうしても過去のことの事実について聞かれると、傷付いていく過程があるけれども、それも含めて当事者  
の支援をどうやっていくのかというようなことをディスカッションしたかったということだけなんです。

(稲葉) ちょっと振らしていただいて、加部先生、この現実には先生自身も医療安全管理をやられて、事故  
の当事者の方々と向き合っていられる場面があると思います。ご一緒に向き合っていていただいているん  
だろうと思いますけども、その時にご配慮されていることとかというようなことを、何かありますでしょ  
うか。今の議論との関係を踏まえて。いかがですか。

(加部先生) 直接、答えになっているかどうか分かんないですけど、今の、今までの議論の話もそうだと  
思うんですけど、やっぱり事実調査における当事者の語りっていうことと、それからその当事者がそれをどう  
やって納得していくのかを支える支援の部分っていうのは、やっぱり直接的には同じじゃないんじゃないか  
なというふうに思うのです。で、事実調査っていうのは、先ほどおっしゃったように、時系列でこうや  
って並べていくことがあるのです、ってやるのが一般的にだし、我々もそういう手法でやってきましたけども、  
それが結局、嘘ではないのだけでも、やっぱり、それをだんだんだんだんカタチにしていく中で、本当にそ  
うだったのか、そこがだんだんこう、どうしてもこうなんか薄まってしまふというか、なんかそういう、今  
の調査報告の作り方、事実調査のあり方の限界のようなものをずっと感じてきたのです。で、それをじゃ  
あ、それをどうやって乗り越えるかって考える時に、やっぱりそこにはもう一歩、突っ込んだ、実際に当事  
者といわれる人たちが、その場で何を考え、何を思ったのかをもうちょっと突っ込む必要があるのではない  
かというふうに思ったのが、最初にこの、研究テーマについて思ったことなのです。  
で、それとはその、当事者を支えるという意味は、やっぱりちょっと自分の中では違うかなというような気  
がしているので、そのへんがどうも混同しているような気がちょっとしていました。

(北村先生) 心理的な支援をほかにやってはいかんとはいっていません。必要な方も当然おられますから、  
ほかに専門家を呼んで、精神科医を呼んで、臨床心理士を呼んで、心理的な支援をしましょうと。それは賛  
成です。で、私がさっきから申し上げているのは、その事故調査の時に時系列でいろいろ確認します。無意  
識でなさっておられると思うのですが、トラウマ治療の時にどうしてもしなきゃいけないステップですよ。  
ですから、もうそこでトラウマ治療、始まっているわけです。事実、何があったのか。本人の記憶はもう、  
ショックのあまり、歪んでいます。歪んだ記憶を元に戻して、実際何が起きたのかを調査する我々と、調査  
される相手の方の間で確認していくという作業は、トラウマ治療じゃなくて何なのですか。それがまさに治  
療だと思ふのです。あなたの歪んだ記憶がどうしてもなのだろうとって、一つひとつ事実を確認していく。  
で、プラス二つ目のことをいえば、その時に、まさか検察の取り調べ、警察の取り調べのような態度でや  
っていったらば、当事者は当然、傷付きます。その時に心理支援の技術は使えばいいじゃないかと。で、うま  
く、非常に上手な方、天然自然に持っていらっしゃる方もいますが、事故調査委員会は別にそういう形で人  
選しているわけではないですから、教育として何らかのトレーニングをするということをすればいいのでは  
ないかというのが私の主張で、おそらくおおかたの先生方がおっしゃっていることと類似のことを私、い  
っているように思います。

(稲葉) 分かりました。もうちょっと今のようなことで整理していただいた上で、嶋森先生、ちょっとお話  
を聞きたいのですけど、今、比較的、ドクターのサイドっていいですか、の議論だったのですけども、看護  
において、この事実調査であるとか、あるいは当事者支援というようなところ、今のようなご議論で全然、  
違和感ないですか？ ご自身はどうされてきたのかも含めて、少しお話していただければ、ありがたいです  
が。

(嶋森先生) 私は高山さんが、勤めていた病院に、勤めていました。彼女が当事者になってから2年後にそ  
の病院に勤務することになりました。私は、だから彼女から、事実をちゃんと聞いてないかもしれないと、  
気になっています。今は、大方のことが明らかになっていますけども、当初、事故が起きたあと、すぐ調査  
が行われて、報告書ができあがっていました。私が行った時には、結論が出ていて、一つの形になっていま  
した。勤務し始めてその4月に、刑事訴追を受けるというような状況にまで来ていて、そういう段階から、  
彼女と付き合い合っていて、その段階から、病院の中での解釈を変えていくというってことは、難しくできな  
かったと思っています。そこで、私は、事故が起きたら、やはり、それを誰かがちゃんと聞かないといけな  
いと思います。聞く時には、さっき先生がおっしゃったように、ショックのあまりにちゃんと覚えていなか

ったり、歪んできたりすることは当然あるわけですが、その時、同情のあまりにちゃんと聞かなかつたら、当事者支援にはならないと思います。事実を明らかにしないで、問題解決できないので、当事者支援というのは一体何かということ、キチンと考える必要があると思います。山内桂子・隆久先生がお書きになった医療事故（朝日新聞社）という本に書かれています、ソーシャルサポートとして、事故の加害者となった場合にそんなことをして欲しいかと、看護職に聞いています。（過程として聞いていて事故の当事者ではないが・・・）その時の答えとして、最も多いものが、“事実をきちんと確認してほしい”ということでした。それがなかなか現場では難しいようです。実際、事故が起きると、病棟の婦長等の管理者や病院全体が混乱しているわけです。自分の病院で事故が起きたら、院長は院長なりに、なんかきちんと説明しなければならないと思いますし、婦長は婦長で、自分のところで起きてしまったどうしようと思いますし、本人もどうしたら良いかわからない訳です。どんなに客観的にきちんと聞こうと思っても、うまく聞けない実態はあることはあると思います。でも、そういう中で、やっぱりきちっと聞いて、明らかにしないと、当事者も患者さんも支援ができないのだというふうに覚悟を持って、ちゃんと誰かが客観的に、お互いに情報交換し合いながら、そこはちょっと辻褃合わないから、もっと現場にいった事実を聞いてみましょうとか、本人にもう1回聞いてみましょうとかいうことを繰り返してやる以外にはないのではないかと思います。今の答えになったかどうか分かりませんが、だからそういう意味で、違和感という感じではないですけども、何かちょっとこう、聞き方とか、誰が聞くかという形ではないなと思います。つまり皆がそれぞれに、患者さんも医療者もやはり、ちゃんと向き合うという覚悟を持って、訓練をし続けなければなりません。私自身もそういう意味では、高山さんは支援されたといってくれているのですが、支援は、半分もできてないなと思います。だからもし、これから私が事故当事者に会ったら、もうちょっときちっとした形で事実を確認するという過程を確実にやっていきたいなと思います。だから、そういう役割について、訓練を受けた人を、やっぱり作っていく必要があると思います。それは、心理的支援も含めてできないといけないと思います。

（種田先生）事故の調査の中で、繰り返し、嶋森先生が、北村先生ですが、おっしゃっていただいたように、事実を、事実という言葉がまたちょっと、かっこが付きませんが、事故の当事者の方々のお話を聞くというのは、事故の原因の分析をすることにはとても大事ですし、かつ、そのお話を聞くことが当事者の支援になるということは、私もすごく同感しています。実際に国立保健医療科学院でもいろんな研修の中で、研究のテーマとして3年以上、3年ぐらい前にも、そういうテーマで、研究もインタビューもしてもらいました。いくつかの病院の事故に関わった当事者の話ですね。そうするとですね、研究のためにインタビューをしたのですが、そのインタビューのためにしっかり聞いてくれたことが、その事故の当事者の方たちはとても嬉しかったとおっしゃってくださったんですね。逆にいうと、今までもいくつか出ましたけど、病院の方々はこう、言い方は、言葉は悪いかもかもしれませんが、あまりにも気を使いすぎて、腫れ物を触るような感じでお話を聞いてくださってなくて、それが研究のためとはいえ、インタビューでしっかり話を聞いてくれたことがとても嬉しかったとおっしゃってくださったのが、すごく印象に残っています。

ほかにもいろいろな、アメリカでもいろんなその事例の分析のモデルが、事実の調査のためのモデルがありますが、やっぱり、お話を聞くことがご本人たちの気持ちの回復の最初につながる、ヒーリングの最初につながるということがいわれているのですね。

あともう一つ大事なことは、事故の分析に関して、誰か一人で聞くと、やっぱりバイアスがかかるといわれています。そういう意味では、いろんなモデルがありますが、一つ国際的な評価の高い退役軍人病院などでいわれているのは、分析するメンバーができれば全員で聞きましょうといわれています。少なくともそれが難しい時には、2人以上で聞いてくださいといっています。実際に日本の病院でもそういう形でやっていたところがあります。そうするとですね、たとえば今、日本の場合は多くの場合、医療安全管理者がインタビューしています。ところが、そうするとですね、医療安全管理者が聞いて理解できるころしか実は把握できていないことが結構あるのですね。実は複数の方で聞くと、あ、そういうことを当事者の方、話していたのねという気付きがやっぱりあることが指摘されています。そういうことが分かってくると、今度は医療安全管理者の方も1人で当事者の方の話を聞くことに、やっぱりこれはすごく不安を感じるようになって、やっぱり1人ではまずいということも分かっています。

そういう意味では、いろんな意味で、当事者の話をしっかりと、しかも複数でできるだけ聞くことは、当事者の支援になるということと、もしもそれが今まで支援になってなかったとすると、我々聞く方の今、すでに北村先生からお話があったように、やっぱり聞き方のスキルみたいなものが、態度みたいなものですね、やっぱりなかったために、それこそ、弁護士の先生がおっしゃるように、檢察側的なそういった聞き方では当然、支援にはならないわけですよ。ですから、その聞き方にやっぱり、むしろ問題があったのではないかなと思います。本来のあるべき姿は多分、事故の分析にしっかりつながりますし、それこそ当事者の支援にもつながるだろうと思います。プラス、多分そのインタビュー以外に、プラスアルファのいくつかご紹介のあった、そういうエモーションなものとか、インスルメンタルなサポートがプラスアルファで多分、必

要になるのではないかなと私は思っています。

(原田先生) 複数で聞くということについて、ちょっと、実際にどうやっているかのことなんですけども、多くの病院で医療安全の担当者が何人か、専任のリスクマネージャーが1人のところもありますけども、2人のところもありまして、あとサポートで看護師さんが専任のリスクマネージャーでサポート医師がいるみたいなのところもある。いろんな職種の間がいくというの、聞きにいくというのが一つあるかと思います。それで、東大病院でしたら、専任のリスクマネージャーが2人いまして、医師と看護師でするので、インタビューにいく時に2人で行って聞くようにはしています。それで、それで終わりではなくて、状況によっては委員会の時に、委員全員が並んだところと同じ、その当事者は同じ人間なんですけども、同じようなことを聞かれるのですが、それでもう1回きてもらって、あるいは前後逆の時もありますけど、2人で聞くというパターンもありますし、全員で聞くというパターンも、両方、重ねて使っていることがあります。で、どうしてかということなのですが、やはり全員の前に出てくるのは辛いというふうにいわれることがあります。ですので、いきなりそれにしてしまうのは、ちょっと当事者にとって、いくら聞くことがサポートだとはいっても、辛い可能性がありますので、ある程度は下調べで、我々みたいなあんまり偉くない人間がいつですね、状況を聞かせてくださいねって聞いて、その上で何人かずらっと並んだところでお話をしてもらって、で、そうすると、2人で聞きにいった時と別の情報が出てくる場合がありますので、種田先生、おっしゃる通りのことで、両方重ねるということは一つ、方法としてはあり得るんだろうとは思っています。で、檢察的にならないようには、おっしゃる通りです。

(鳥集さん) ちょっと先走った話になるかもしれないですけども、今、主に医療者の方が支援ということをしている時に、僕は何かちょっと聞いてて違和感というかね、その当事者に対する支援とか、あるいは事実の聞き取りというのは何のためにするのかというところが、何かちょっと、その、たとえば、その先にね、被害に遭われた方もいらっしゃるということを念頭に置いての支援なのか、それとも、その医療者を守ると、さっきから心理的に傷付いているから癒すということだけを目的にした支援なのかっていうところで、やっぱりここでその研究班をやっているのは、支援というのが最終的にその被害者とその当事者の方とが、どっかで結び付くっていう、直接、たとえば謝罪できるような関係になって、それを受け入れられるような関係になるということが最終目標なのだろうと思うのですよね。で、その時に、じゃあ支援ってどうなのって考えた時に、たとえば弁護士さんが聞き取りの中に入っていてね、いや、これは別に、いい弁護士さんは弁護士さんって話じゃないけれども、よく被害者の方なんか話を聞くと、病院側の弁護士が出てきたとたんにコミュニケーションが取れなくなっちゃう。ということは何かっていうと、法律家がアドバイスすることによって、事実も、まずい事実とか、聞き取りはしているけど表に出さないみたいなね、話のアドバイスをさせてしまったら、もうダメなわけじゃないですか。だから、ちょっと先走った話かもしれませんですけども、何のための支援なのか、で、その事実の聞き取りとか、その当事者の心理的な支援ってというのが、最終的にどこに結び付いていくのかっていうイメージをしながら、やっぱり話をしないとダメなんじゃないかなというふうに聞いていて思いました。

(嶋森先生) それは多分、ご懸念のあった、弁護士からはなすのを止められて、事実を隠した方がいいっていわれて、隠してしまった人の方が、傷が残ると思います。事故起こした人には、きちんと聞いて、事実を明らかにして、被害者に伝えていくっていうことが必要だと思います。

(鳥集さん) だから、そういうことも伝えないといけないのじゃないかな、当事者に対してですね。

(嶋森先生) それは当然、伝わっていると思って、私自身は思って議論をしたつもりですけど、何のためにという、事故を防止すること、やっぱりそこに2度と同じような被害を起こさないってことですよね、確かに、当事者自身も事故には、被害者の側の要因も関わっているから、やっぱり一緒に考えられるようにということのために、正しく聞いて、どうしたらいいかを一緒に考えていただくって意味で、これはやっぱり、当事者支援、当事者がきちっとしないと、謝罪にならないし、事故防止にもつなげて考えているつもりです。

(望月さん) 皆さんへの発言というよりは、稲葉先生へのお願いです。最初に先生が先ほど、論点がずれると、つまり皆さん、こう違う立場でいろいろな話になったと思うんですけど、今回この時間を共有するに当たって、医療事故の真相究明って大きい枠組みの中のどこを扱って我々は議論するかというところを、ちょっと整理した上で話を進めていただければ、もうちょっと密度の高い議論ができるのではないかなと思います。よろしくお祈いします。

(種田先生) 事実をできるだけ確認するということは、医療者側の当事者にとっても、患者さんご遺族にとっても、両者の当事者支援にとって、すごく一番、ベースになるところだと思うのですよね。ですから私たちが議論しているのは、医療者の、それこそ豊田さんが何度もおっしゃっているように、どちらの支援をするということは、逆にどちらかの支援をしていることにつながっているようなところがあって、それ自身は、事実を確認するということが、医療者側のポジションだけじゃなくて、患者さんご遺族の支援にもやっぱりつながる、そのためのやっぱり事実を確認すると一番基本的なところの議論になっているんだろうと思います。

(鳥集さん) 別にそれがおかしいという話をしているわけではなくて、

(種田先生) はい、でもそれを多分、おっしゃるように確認しておかないと、

(鳥集さん) そういうことですね。

(種田さん) 当事者のという、医療者側の支援だけを皆さんが議論しているように、多分感じられているのかもしれませんが。

(鳥集さん) そういうふうに感じてしまうということだと思います。

(種田先生) はい、私は今お話ししたようなことだと思っています。それこそ北田さんや豊田さんや、そういったご家族やご遺族の方々のお話も是非お聞きしておくといいかと思いますけど、はい。

(原田先生) たくさんしゃべって申し訳ないですけど。謝罪に結び付くということも一つ考えて事実究明ということで、調査を行います。ただ、それだけではないということも聞いて、知っておいていただきたいと思います。必ずしも謝罪が必要ない場合もありますので、それも含めて聞き取りを行う。で、聞き取りを行っている最中は、謝罪に結び付くかどうかは分かりません。まだ分かんない状態の場合もあります。ですので、その謝罪に結び付いていないように聞こえるというのは、その可能性もあるので、それは当然のことだと思います。

(鳥集さん) それは誤解です。だから必ず謝罪せよといっているわけではなくて、支援という目標が最終的に、だからその患者さんと医療者の方がたとえば向き合えるように、たとえば謝罪が必要だったら謝罪をするとか、謝罪は一つの形だと思えますけど、違う形もあり得るかもしれませんが、その支援という先に患者さんっていうか被害者の側の方もいらっしゃるということをイメージしながら話した方がいいのではないだろうかということですよ。

(原田先生) 事実究明をした結果は基本的に患者さんのところに全て伝わるようにしますので、そういう意味では今おっしゃることと同じことを申し上げようとしていたことだと思います。ただ謝罪ということだけではありません。

(稲葉) 私たちの研究班の当初の実施計画の中にも、事故とどうやって医療者が向き合っていくのかというテーマ、その先には患者、ご家族に対して誠実に対応するためには、どうすればいいのか。そういう意味では今、おっしゃっていただいたようなことが目的なのです。で、その前に事実確認っていうのは、事故当事者支援の中でどういう意味があるのかっていうことを、まさに、今でもこれだけ議論があるのに、また事実確認って一体何なのだ、事実究明っていうのは一体どういう意味があるのかっていうようなことが再燃するので、ここで議論をしていただいているということになります。

豊田さん、今、なんかコメントがありましたので、この点、事実の確認とか、ということで、豊田さんが院内で院内相談員であるとか、医療者を支援されていると思うんですけども、その過程で何かお感じになること、ありますか。

(豊田さん) 鳥集さんの質問は、いっていることはすごくよく分かるんですけど、これ、たとえば今日の方々は、意識をちゃんと持っている方々が来ているので、そこでこういう話を鳥集さんが質問すれば、分かっていますよっていう答えになっちゃうのですよ。でも多くの病院は分かってなくて、何のためにこういう話を聞き取らなくちゃいけないのかということの意味を、分かってない病院の方が多いのですよ、実際は。で、