

だから、当事者の人に話を聞いたり、患者さん、家族の方のお話を聞いたりする時っていうのは、それはたとえば、高山さんとか、みんなそうかもしれない、私たちもそうかもしれないけど、最初の直後は、もしかしたら傷付きすぎて、聞かれたくないかもしれないわけですよね。人によって違いがあるので。で、だけどもあまりにも誰も腫れ物に触るみたいに、誰も聞いてくれない、そばに寄ってきてくれないってことによって、なんで誰も話聞いてくれないのっていう気持ちに変わっていく。で、だんだんだんだん時間の経過と共に、このままでいいの？っていうふうになっていくわけじゃないですか。だから、最初のあまり聞かれたくない状態で、まだ記憶がある程度あるうちに聞かれる時に、当事者の人がなぜ、なんのために聞かれているのかっていうことを、やっぱりちゃんと聞き取る人が教えてあげないといけないと思うのです。というのは、私自身が経験していることですが、気持ちが変化していくわけなので、最初は再発防止どころじゃない、自分のことだけしか考えられない。そういう時にいろいろ何か聞き取られても、うちには間に合わなかったこと、何聞き出すのっていう人も中にはいるわけです。だけど、当事者の人に、今は辛いかもしれないけれども、このことが患者さんの気持ちに伝えることになっていく、そういうことを信じてお話をしていきましょうねとか、記憶がなくなっていっちゃうからという、忘れてしまって、あとで公開しても間に合わないからっていうことをお話ししていかないと、結局、何のために聞かれているのか分からないと、そこで聞き取りの過程で傷付いちゃうということがあると思うのです。

だからそういうのをいえば、結局、何のために話を聞かれているのかっていうこと、それが患者さんのためにもなり、当事者のためにもなるのだということが、ちゃんと理解できている人が、その人たちのケアも含めてこう、っていうか、聞き取りと調査とまた別なんでしょうけど、結局はそれも、それこそケアの一つにもなるんじゃないかっていうことを、先生方おっしゃられているんだと思うんですけど、トリダマリさんの質問はそこなのだと思うんですよね。だから、ちゃんと分かっている人たちが聞き取りをしたり、ちゃんと分かっている人たちがっていうことをしていかないと、何か形だけマニュアル作って調査をしなきゃいけない、ケアをしなきゃいけないっていう形だけでやると、多分、両方とも、当事者は傷付いちゃうと思うし、何のためにこんなことしなきゃいけないのだ、苦しんでまでっていうふうになっちゃうと思うので、そういうことをちゃんと医療界が理解した上で、そういう調査とかケアに携わっていかないといけないんじゃないかなと思います。

(稲葉) どうもありがとうございます。多分いろんな論点が出てきて、これ、あとからもう1回読むとですね、かなりしっかりしたことが出てきていると思いますし、むしろ大事なことがだんだん浮き彫りになってきたんじゃないかなというふうに思っております。

(勝村さん) 僕はこのことが一番大事だと、従来から自分は強く思って発言していることなんですけど、事実経過をまず共有できるということが、全てにおいて大事だし、僕はそのことで全ての紛争をなくしていくことができるのではないかと、大げさと思われるかも知れないぐらいのことを僕は言ってきましたが、それは僕がいろんな被害者の話を聞いてきた実感なのです。いかに事実経過をきちんときちんと担保できるかっていうことが、僕が全ての被害者や加害者の事故後のケアも含めた全てにおける重要なポイントだと思っていますので、ここはものすごく議論を深めて、きちんとしたスタンダードを作るべきだと思うのです。その「事実を担保する」ってどういうことかという、その当事者だった人、一番近くにいた人の記憶、またそのサポートしていた人しか持っていない、その人に関する記憶もあるかもしれないし、被害者や被害者の家族だけが持っていた事実もあるかもしれないし、それらが同時に見ていた事実もあるかもしれない、それらを全部合わせていって、矛盾がないとなれば、明らかに変なところがないということであれば、そういう事実経過を作れるかどうかということが大事で、それが作れてないから、裁判が起こっている、起こってきたと、僕は思っているのです。つまり、そのようなたしか事実経過を作るために、裁判っていうのがあった、だから、事実経過を共有するための裁判っていうのを皆がしていたみたいな感じがあります。僕たちは裁判で何を求めたかっていったら、事実経過をはっきりしてほしいと、僕は訴えているわけで、ちょっとしたニュアンスを変えたりする違いがものすごく大きな嘘になってしまう時もある。ものすごく痛がっていたのに、その頃、なんかちょっとニヤニヤ笑ってはったような気もするっていわれたら、もうそれは全然違う話だし、病院ではなく学校を相手にした問題でも、ちょっとしたニュアンスを変えてごまかそうとすることが、裁判になっている印象がありますので、結局裁判っていうのは、そういうところ、事実経過をちょっとニュアンスを変えることによって、印象を大きく変えるっていうようなことと戦ってきている面があるので、だからその当事者と、たとえば豊田さんもおっしゃっていましたが、院内で誰が何をどうしたという事実経過を担保してほしい。僕が一番、これまでで医療者側の人で気になっている人というのが何人かいて、ちょっと5年ほど前に山梨県かなんかで替え玉で証言させられた看護師さんがいましたよね。その人どんな気持ちなのだろうかって、で、有名なカルテ改竄事件っていうのは、ほとんどお医者さんが看護師にカルテというか看護記録を改竄させる事件ですよね。それから大野病院事件でも助産師さんの事実経過に関する発

言のニュアンスが他の人と違う印象がある。同じようなことが生じている。極端な話かもしれないけど、そこに長年にわたり本当のことをいえない文化とか、本当のことを聞いてもらえないとか、別のところで事実経過が勝手に動いていくとかあったのではないか。でも、本来はそういうことではなく、やっぱり病院の中にしかりしたチームなり何なりがあって、被害者側とそういう事実をまず担保していくということが大切で、それこそがもう、我々の経験から感じることですが、今、被害者側にとっても加害者側にとっても、ゆくゆく本当の意味でケアになっていくに違いないなということを改めて感じています。

(稲葉) どうもありがとうございます。はい、どうぞ。

(嶋森先生) いいですか。今、勝村さんのお話を聞いて、一番大事なことは、被害者と加害者の両方が事実を確認し、共有するっていうことだと思ったのですが、これがなかなかできてないのだと思います。私たちは病院の中で、病院側の考えこととか、理解した事実ってというのが少しずつれてしまいます。それと同じように、患者さんや家族の思っている事実と、やっぱり病院側、加害者になった本人の思っている事実とは、少しずつずれるのは当たり前だと思います。見えているものが違うので、そうなります。これを共有する場を作っていないので、結局、お互いの主張がずれて、裁判になるってことになります。そこを勝村さんがおっしゃったように、被害者と加害者になった事故当事者と病院側が、事実を共有するような努力が必要で、やっぱり、医療者側の努力は不十分だと私は思います。特に最近の医療者側の態度には違和感を感じていますが…。

(北村先生) 話、もとに戻って、当該医師もしくは看護師に、院内の事故調査委員会が面接することの意味で話していると思います。今は、で、その時に、午前中の発表で、事故の対応の中での負担感というのが出ましたが、これ、トラウマ用語を使えばセカンダリートラウマ、つまり続発性、二次性のトラウマ、外傷体験なわけですね。で、これが最も起こりやすいのが聞き取り、事実関係の聞き取りのところだと思います。つまり、そうでなくても、説明すれば1時間もかかりますが、当事者は非常に心理的に不安定になっている状況で、ちょっとした一言でものすごく傷付く状況になっているんです。ですから通常の、この時、何が起きたのですかという聞き方も、よほど言葉を選ばないと、聞かれている医師もしくは看護師は、ああ、私のこと、ガンガン非難されていると取ります。ですから、そういう聞き方のトレーニングをしているのかどうか。

一例を挙げれば、たとえば、ある病院で、重症な方がおられた。1時と2時と3時に院内の見回りがあった。当該看護師が、本当は2時に見回るところ、全然別件の電話その他があって、忙しくて5分遅れた。いって見たら、患者さんもう亡くなっておられた。で、聞き取る時に、見回ったのは何時ですか。2時5分です。あ、2時じゃなかったのですね、といわれたら、どう取るか。で、こちらが、そんな取るとは思わないような、傷付くような取り方を、こういう時の当事者はするわけですよ。ですから、そこらへんの配慮をいきなりしろといっても、これは難しいです。ですから、それなりのトレーニングをしておかないといけないうらうと思います。

(稲葉) どうもありがとうございます。聞き取る際のさまざまな配慮の仕方、それこそプロフェッショナルとしての話を聞く時の配慮の仕方、あるいはトラウマ体験を持っているような方々に対して、どうやって話を聞くのかというところは、少し深く議論をして、本当はそういうものについても、しっかりとしたトレーニングのプログラムであるとかガイドラインであるとかっていうようなことを、ちゃんと作らなきゃならないってというのは、その通りだと思います。と同時に、もう一つ出てきたのは、当事者のお話を聞いたり、その結果として事実を確定していくという作業は、一体何のためにするのかということについても、深く議論ができたんだろうと思います。で、先生方がおっしゃっていただいた、いくつかの段階があるんだろうと思います。事実確認をするというのは、当事者の記憶と、あるいはそれ以外の記憶、その中で、病院の中で事実関係を共有するという場面もあるけれども、それと同時に、もう一つは事故の被害者の方々と事実関係を共有するという場面があって、後者の方については、今までほとんど、前者の方も十分やってなかったけれども、後者の方は全然やってなかったということになるのだろうと思います。その点で問題点はいくつか明らかになってきたのではないかなと思います。

で、加部先生にちょっとお聞きしたいのは、私たち、この研究をやっていた時に、非常に当事者からお話を聞く。今回もそうなのですが、お話を聞いていくことが、これまでの事故調査のあり方とちょっと違う側面があるのではないかなと思った時期があるのですが、加部先生はこの点はどうお考えになりますかね。

(加部先生) 僕は先ほど勝村さんがいったこと、全くその通りだと思うんですけど、結局、事実ということかやっぱり確定されてなかったことがすごく問題で、だということですね。で、それを確定するためには、

やっぱり、そこに参加した当事者全ての語りが必要であるということが、そもそもの出発点で、あるということなのです。で、事実調査っていうのは非常にショートスパンでバツとやらなきやいけないこと。でも支援っていうのは、すごく長いスパンでやらなきやいけないことなので、それがこう二つ、混ざっちゃっているところに、この議論が今、混沌としているところがあると思うので、私はやっぱり院内事故調査のあり方をということを考えるのであれば、まずそこにおける語り、北村先生がおっしゃるように、すでにそれが治療であるのであれば、それを、そういったようなことを教育されてる院内調査委員が誰もいませんから、やっぱりそれをやれるインタビュアーの養成というものを真剣に考えなければ、やっぱり新しい事故調査の方法論、方法、提案することができないというのが、僕、今日一つ、分かったなというのは思いました。

でも、やっぱりそれでもなければ、午前中、永井さんがおっしゃったように、やっぱり病院が今、作っている事実調査っていうのは、やっぱり、そうやって、檢察型かどうか分からないけど、問い詰めながら、いろいろみんなの時系列を付き合わせて、その中で、多分、嘘は付いてないんだけど、じゃあ本当のことをいつているのかといわれると分からないようなものができてしまって、そうすると、お互い、どっちから見ても、これが本当だったかなということが真ん中にある、それでいろんな不信感がどんどん増幅していくような状況が今あるとしたら、それを何とかやっていくためには、やはり病院の方が、何かまた、もうちょっと違った手法を導入すべきであるというのが、やっぱりスタート地点であると思うんですね。

だから今日のいろいろ話を聞いて、そのための、改めて人材というのが必要だし、それは今の医療安全管理に携わっている多くの人たちを、大学病院は専任でしょうけど、我々のような小さい病院では全部、兼務でやっていますから、増してそういうスキルもないので、やっぱりそれを早急に何とかしなければいけないんじゃないかということを感じました。

(勝村さん) こういう話は結局、僕はやっぱり、常識というか文化っていうか、そういうものだと思うんです。たとえば交通事故の話と医療の話をとると、車の交通事故でもいろんな事故があるでしょうけれど、基本的に多くの運転手は事故を起こしたくないけど、起こしてしまった時には、ひき逃げだけはしちやいけないと思っているわけですよ。それだけはしてはいけないと。それをするともっと酷いことになると思っているわけですよ。だからやっぱり、すごく事故を起こしてしまったショックで辛いでしょうけど、救急車を呼ぶし、どうしようと慌てるけど、事故後の対応を精一杯やるってことなので、それは、文化の話だと思うんです。学校でも子供に、ちょっと窓ガラス割ってしまったけど、ガラス割ってしまったということだけでは怒らないと。ただ逃げたり、嘘を付いた時は怒るよと教育するわけです。そういう文化で教育をやっていると、すごくやっぱりいい。ところが正直に謝罪する子に窓ガラスを割ったということだけでとても威圧的に怒るっていうような教育をしていると、嘘の文化になっちゃうわけです。それは教育の基本だし、子供に対しても、お父さんは失敗しても怒らへんけど、嘘を付いた時だけは怒るよと育てているっていうことは、いろんな意味でいい効果を生んでいく、子供にとっても親にとっても、社会にとっても、嘘をつかないということの大切さは、やっぱり常識として分かっているわけで、そういうものを、いかに医療界にスムーズに根付かせていくか、という問題だと思います。そういうものだっていう理解があれば、事故あったあとに、聞く側も語る側も、お互いそうしていくべきだったということがスムーズに入っていけると思うので、そういうものを、こういう議論や研究の場から作り出してほしいなと思います。

(稲葉) 今勝村さんがおっしゃった、交通事故でひき逃げをしないというような、仮にこれを一つの文化だとすると、病院の中で本当のことをしっかりと話しするという文化を作っていくためには、これも実は、僕個人としては、事故当事者支援も一つの方法であると、完璧では全然ありませんけども、一つのきっかけだと思うのですけど。

(勝村さん) そうそう、まさにそれは、そういう期待をしている。たとえば僕の子どもの病院での事故があった時に、カルテの改竄が裁判の中で明らかになった。で、同時に、元院長が逮捕された時に、他の事故でもいろんな改竄があったことが明らかにされたということで、逮捕されたっていうことがあった。院長と副院長が両方、改竄をしていたわけです。僕らは、結局、改竄などがなかったら、裁判してなかった。事実がわからないから、事実が一致しておれば、もし本当に補償してもらうにしても、弁護士を間におくにしても、病院の応接室でやれるわけですから。事実が違うの、本当の事実はこうだったと認めてもらうために、テーブルについてもらうための裁判だったので、それを逆にきっちりと、こういう今、研究されているような形でやってもらえたら、このような裁判がなくなると僕は思っているわけですよ。裁判が終わった後に僕らが病院に最初にやってもらったことは、事故が起こったと分かったら、すぐそのカルテは保全し、保全したものを、同時にコピーを遺族側、患者側に渡してしまうというルールにしてくれということをして、それで「今から事故の調査をしていくけど、とりあえず今ある資料はこれです」と、で、両方が資料を持っておきましょうということです。それであとで、ちょっと待ってくれというようなことがあれば、あとはその、

共有しているっていうのは、口だけじゃなくて資料が残ってるわけですから、それをもとに、それを補完するような話をしていくっていうことの中で対話が始まっていくことが、お互いにとって、無用な対立を生まないというか、事実経過がこうであって、ということが大切。交通事故があったあと現場検証に双方が付き合わなきゃいけないわけですね、どっちも。それで事実がこうで、こうであってということを確認して、初めてなんかこう、和解していけるということがあるので、その手続きっていうのも、しっかりやれていく形の一つとしてこれを望みたいと。

(稲葉) 勝村さんがおっしゃっていることは、個人の倫理的な意識みたいなのところに、ではなくて、もう仕組みとして、もうその、情報は共有するんだと。たとえば、カルテはこの段階では医療者側が持っているものはこうだ、相手方に、被害者の方々にもこれ、もうお渡しすると。

(勝村さん) 仕組みがしっかりしておれば、それ以上の、その上でフォローしていくことがしやすくなるということだと思います

(清水先生) 僕のところは、第1回目の時にもうコピーを全部渡しちゃう。ですから、いつもドクターにしているのは、診療録をちゃんと書いてくださいと。恥ずかしいよと、書いてない。だからスタートから、やはり、患者さん側に、嘘を付いているんじゃないかというのは、僕はもう嘘を付きたくないから、嘘を付かないということも、もうしょっちゅうってるんで、やっぱり自分自身が嘘を付くんじゃないかという不安もあるから、そうしないように、やっぱり努力しなくちゃ、そういう文化を作るためには、スタートからもう、僕が院長になってから、全部、不信感を持ったとたんに全部、コピー渡すと。それはやはり僕は文化としてやるべきじゃないかと思うのですよね。

(北田さん) 私が事故の被害者としてうまくいったケースなのですが、それ、今いろんな方のお話を聞いていて、一番何が良かったのかなというのはね、事実確認をする上で、被害者と当事者と病院、全てが共有していたというのがあるのですよ。事故報告書というのは、皆さん作られると思うんですけど、その時にやっぱり、その1日って病院すべて、流れ、すごく、長い時間で、何時に何が起こったとか、そういうのって、記憶がどんどん分からなくなっちゃうのですね、私も実際、この時間に何が起こったのかっていうのがよく分からなかったっていうのがあるんですけど、まず病院の方に事実確認をされて、その報告書の案というのを私の方に渡されたんですね。そしたら、だいぶ食い違っている部分があって、それをまた修正していったと、そういうことができたので、結果的にすごく早く事故報告書もできあがって、で、私に渡されたという。ということは全く嘘は付かれてないなというのを、すごく感じたのです。そういう本当に、情報の共有そこまでいくっていうのは難しいのかも分からないんですけど、そういうところが一番大事なのかなという。

(永井さん) 僕自身はそういう意味でいうと、自分が妻の妹と立ち合った、死亡時刻の立会人というのは、唯一、僕がその日に経験した、その事実が全く違うものになってしまっていた。で、それについて事故調査委員会の中でも、違うんだしたら、それぞれがその時立ち合ったという人を、で、現場検証してくださいということをいったんですが、結局、病院側は何のメリットにもならない、永井さん、動転していたんじゃないかということで終わってしまうんですね。本当に重要なことは、やっぱり患者側なり、それから本人の、当事者側の、自分が本当にそうだったと思っています。特に、たとえば僕の場合は、僕が仮に間違えたとしても、妻の妹は看護師でもあったし、死亡を見ているし、すぐに自分でも時間をパッと見るとというのが習慣もあるし、医者ももう、そういうようなことを全然、検証してくれないのですね。

で、この問題について、今度は逆に、本当に看護師2人が、6か月、8か月ぐらいたった頃に、僕のところに謝罪に来て、謝罪に来た時に、その時刻の問題と、もう一つは、これ病院に、もう最初から親父っていうか、妻の親父が、なぜ看護師が焼香にも来ないのだから、っていうことで、だいぶ怒っていたんですね。それは彼女たちが、僕がそのことを話したら、事務長は、いや、彼女たちはだいぶ憔悴しているし、連れてきたらどうなるか分からないからと、そういうふうにして止め、僕には説明してた。しかし彼女たちが来た時には、私たち焼香にいきたいし、いかせてもらえませんかっていうことを自分でもいった。いったのに、もう8か月ぐらいになって、行政処分が終わったあと、やっと解禁された。

やっぱり本当に人間として、ほとんどの人は、僕は正直でやりたいと、多分ね、1人だけで確かに、1人だけで、しまったっていうようなことをやった時には、隠せるものなら隠したいというような気は持っているのだけれども、何人かがやった時には、やっぱり正直にしゃべりたいというのが、僕は基本にあると思うのですよね。そう、基本にあるところを変なふうに関わり調査とかいろんなことして潰しまわしたり、全部していつてしまうから、おかしなことが出てくる。その出てきた時に、今、北田さんが、早い段階に、そういうことについて、もう最初から僕はそこについても論議、早くさしてほしいと、結局、主治医なんかは、

僕からもう全部、遠ざけてしてしまっ、で、関係ない事故調査委員会だけが。

やっぱり本人たちは、だって、嘘をずっと付きたいとは、僕はないといっているのですけども、組織になるとおかしくなってしまう。その事例で今、事実関係がおかしくなったり、途中で弁護士が来て、もうおかしく、それなら裁判に訴えろとかね、そういう事例、ものすごく多いのですよ、現実には。だからそういう現実の中でいったら、僕は今までの話でいうと、世の中で一番大切なのは正直文化を育成してほしいと。その正直文化がない限り、安全文化は育たないと、僕はいろんなところでいっているのですけどね。正直にしない限り、なぜこういうことをやるかといったら、やっぱり医療、事故を起こしたあと、その被害者はともかく、全体の医療の質、安全をどう、良くしていくかっていうことに、最終的にはつなげていくべき話だと僕は思っていますけどね。そのためには、やっぱり正直文化を本当に、どう育成し、その正直文化が出てくると、安全という問題に、素直にこう、次、移っていけると。そこが全然、まだまだ医療界は全然できてないって僕は、いっています。

それをできてるつもりで、いやもう医療安全はしっかりやっていますといっね。医療安全という問題は、僕がこの数年後か、まだ数十年かかるかもしれないけど、やっぱりまだ国民的意識、まだなっていない。そういう中で、医療安全という問題、今度は逆にいったら、僕は交通事故より絶対多いこと間違いないのでね、小学校くらいから、やっぱり、交通安全で、「右見て左見て渡れっ」というようなことを、親でもおじいちゃんでも教える、それと同じようなことを子供たちに医療安全とはどういうもんだったっていうことを、やっぱり教える風土から、もうやってかなだめだし、こういう医療安全という問題をどうするのか、一つ、どこにさっきあるように、何かっていったら、やっぱり事故起こってしまったものを、については、本当に医療側にミスがあったら謝ってほしいし、二度と本当に、自分だって同じような事件を起こしてほしくないというのが、みんな、結局、自分の知ってる尊い命が亡くなったもんを、日本の次の医療安全に生かしてほしいという、そういう中であるし、この加害者っていったら当事者と、当事者だって、やっぱりトラウマになるかもしれないけども、自分の事故によって、日本の医療を、同じようなことを起こさないために、本当になぜなぜやる風土を作ってかないとね。だから当事者だけに、午前中もいったように、まだ当事者だけに責任を負わせるような風土もある。で、そこは不都合にならないように、辻褄だけ合わせて「被害者側には説明している」という、ここをどう本当にしっかりやるかというふうに、今日来られている医療機関の方々に、そんなことは全部やっとならんとおっしゃるのだったら、僕は限りなくいっているのは、北田さんのところみたいにやっていただきたい。何かっていったら、やっぱりその、自分の旦那が亡くなった、その病院で勤められるという、ここまでやれる病院っていうのは、僕はまだ全国で一つしか知りません。

もう一つ重要なことは、被害者に、被害者が、と、できたら、医療安全か、本当は通した方がいいんだけど、病院で、やっぱりこの事故について、話ができる、そこまでできたら、できることが、もうそろそろ事故を、原因究明を含めて、将来的に、どう勉強していくかという、院内の従業員っていうか、そういう人の意識改革になるのでね、僕は大学の先生やなんか、そういう提案すると、医療、彼ら被害者は語らないとおっしゃるから、被害者が語らないということは、うまくやってないのではないですかと僕はいっています。そういう事例が結構ある中で、どうやって、やっぱり自分らのそれぞれの医療機関が、自分の病院は安全の問題という問題について、本当にしっかりやっていて、こんなにことをやってきて、まずいことについてもこうやっている、やっぱりそういう中での、ある意味では僕は競争意識がないから、その、横並びになってしまったり、そういうふうになっているのではなあとというふうに思っているの、やっぱり安全という問題にどうつなげていけるかということに、全てがいくのではないかと僕は思いながら、こういう話に加わっています。

(稲葉) どうもありがとうございます。私たちの研究をやった、これは本当に私の感想みたいところなのですがけれども、5名の方々のインタビューをさせていただいたら、その医療者が事故と向き合っている事案もありました、ま、向き合うというのもこれ、評価があることなので、ここには、お許しいただきたいと思えますけども、しっかりと向き合っている人は、実は事実関係が明確に多分なっている事案なんじゃないか。そこは私、午前中に申しましたように、事実関係はどうかかというのは、詮索的なことはしていませんでした。同時に、それは正直に、しっかりとお話しされている事案なんじゃないかと思いました。ということは、私たちの、私の、5例ではなかなかいえませんが、事実を正直に語る。そして事実がちゃんと明確になって共有できていると、本人は事故と向き合うことができることなんじゃないかなと、僕は思っています。そういう意味で、今日の最初のところで、事実確認であるとか医療安全との関係はどうかかというように問題を提起させていただいたところなのです。

ちょっと1点だけ、種田さんにお聞きしたいのは、今一つあったのは、被害者の方々から、特にお話を聞くという、あるいは北田さんのところだったら、こういうものを原案として出したけれども、これは医療者だけで作ったものなんで、あなたが被害者として違うところがあればどうですかという聞き方も、これ多分、被害者のお気持ちを聞いている、あるいは被害者からの聞き取りをしているのと同じなのかもしれ

ませんけれども、そういう活動っていうのは、日本では少なくともまだあんまりされてないことだと思いますけども、海外ではどうなのですかね。日本以外では、どんな感じでしょうか。

(種田さん) 私も全部は知らないですけど、でも日本でもそれこそいろんなところが。たとえば東京女子医大はそれに近いことを確かやり始めていたのではないのでしょうかね。うちの研修の卒業生がいくこともありますけど、そういう話を聞いたことがあります。で、あとは、実際の患者さんやご遺族が難しい場合には、それに変わるような、たとえばボランティアのような方というのですか、やっぱりそういう立場に近い方を、ですから、その場合は分析の場合ですね、すいません。ですからお話を聞くというのは、あとアメリカの場合は、去年、先生方にもご紹介したシカゴのUIC、ユニバーシティ・イリノイ・シカゴは比較的そういうことも積極的にやっておられますし、意図的に患者さんのご家族を入れることで、医療者の方々にもっとしっかり、こう取り組んでほしいというので、確か意図的に参加してもらって、むしろ医療者に、なんていうんでしょう、活性化させるといいますか、働きかけるといいうのを確かやったような事例もあったように、確か伺ったように思います。

(稲葉) どうもありがとうございます。

さあ、そこで、ここでいったん、前半のテーマは少し置いておきまして、後半、進めさせていただいてよろしいでしょうか。

二つ目の課題はですね、今、議論されてるのが、事故の当事者、当事者の定義もまだ完璧ではない中で話を進めると混乱するとお叱りを受けるかもしれませんけれども、事故の当事者の支援と、今度は事故の被害者の方々の支援をどんな形で結び付くのか、結び付かないのかというようなところを、ちょっとあまりにも大きくて、質問自身がざっくりしているということのご批判は受けたいと思いますけれども、その点についてはいかがでしょうか。たとえば犬飼先生、今までの議論の中で、事故の当事者の支援というのが今日の一応のテーマなのですが、将来的なところは多分、先ほど議論があったように、患者さん、あるいは事故の被害者の方と向き合ったり、その人たちとどういう共有ができるかというようなことになると思うのですが、その二つの結び付きみたいなのところには、犬飼先生、どんな今、印象を持たれますか。

(犬飼先生) 今はですね、要するに、院内の事故の当事者の支援ということについては、一応、検討しているのです。で、その仕組みを作ろうということで、あんまりまだ具体的に事故そのものがまだそんなに起こっていませんので、仕組み作りをして、それで事故発生当時からですね、当事者の支援、サポート体制を一応、担当者を決めてですね、やるような形は作っております。ただそれ、実際に検証できるような場が幸いしないものですから。そのような仕方で当事者の支援をしようということは考えています。で、ただ、それを、当事者と事故の被害者と結び付けるところまでは、まだ実際にはもうちょっと、形もできていませんし、イメージもまだあんまりわいてこないのです。で、被害者の方には被害者の方で、担当がまったく別のところで動いていますので、それと当事者との、当事者のその支援ということと、ちょっと今、分かれていまして、そこがうまく融合できていないので、それはうちの病院での今後の課題というか、どうしたらいいかこれから検討するという段階です。

(稲葉) このあたりになってくると、豊田さんのご意見をちょっと聞きたいんですけども、清水先生が先ほどいわれたように、さまざまな当事者サポートをされている中で、事故の被害者の方々とも連携が取れているように、私は見ているのですけど。豊田さんにおかれて、お考えで、事故の当事者の支援をしていくということと、事故の被害者の人たちの満足であるとか、あるいはその人たちを支援していくこととの関係みたいなもの、実践の事例でも結構ですし、ご自身の経験から踏まえた何かでも結構ですので、少しお話ししていただけますでしょうか。

(豊田さん) 事例でお話ししないと難しいかもしれないですけど、結局、患者さんの対応をまずいくというところなのですが、全部つながっているのだなという。結局は患者さんたちが傷付いたままとか、怒りを持ったままであることが一番の当事者の苦しみだということが、すごく医療者の人たちは見ているとよく分かるのです。で、患者さんたちがどんな気持ちで変わっていったりとか、していくかっていう、その経過を知ることによって、当事者の人が救われていて、さらにこう、誠実に対応しようというふうに覚悟を決めていかれるという様子がすごく分かるので。一つは、最初の事故が起きた直後に、すぐにもうバツと、看護部長が看護師を連れて「バツ」とすぐに謝罪したというケースがあったのですが、そのあと逆になんか会えないような感じになっちゃって、それは逆に家族の方がちょっと会うのが辛くなって、会われなかったのです。ですけど、逆に関係していた人たちがほかにも、主治医とかいたので、その人たちがいろいろ対応していく中で、患者さんの家族の心が回復していいって、それを当事者の人に常に伝え続けていて、で、

ずいぶん何か、胃炎を起こしたり、何キロも急激に痩せちゃったり、いろいろ寝込んだり、あったみたいなのですが、少しずつ回復して、現場にしっかりその後、復帰して、すごく明るくやっていて、それで患者さん、ご家族は楽になったのを知って、是非お焼香させていただきたいということをお願いしたのですが、ご家族の方は、今はまだ会えないって、一生会わないっていつているのではなくて、今はまだ会えないっていうふうにいつて、で、なぜなのかっていうと、自分が完全に心が100パーセント回復しているわけじゃないから、今は傷付けちゃうかもしれない、自分の言い方に自信がないということで、その人、潰したくないから、今はまだ会えないっていつて、でもそういう気持ちを教えてくれてありがとうということで、で、本人も伝えて、それで本人は、ショックなの半分と嬉し泣き半分で泣いていましたけど、涙ぐんでいましたけど。それで、それでもやっぱり元気に仕事をしていて、それでこういう事例を紹介することが、お互いのためになるということを理解しているので、ご家族の方が承諾してくださっているのであれば、自分のことを気にしないでどうぞ、豊田さん、再発防止のためにいろんなところで伝えてくださいというふうにいつてもらっているというケースがありますし、ほかのケースもすごく不思議なのですが、さっき院長がいったみたいに、はっきりよく分からないものは謝らないものは謝らないので、院長、何で謝ってくれないだつていうことは、あるわけなのですね。

最初から1回面談して、すぐに、あ、この病院は全て開示してくれるし、誠実な対応しているから、これでいいなんていうことは、もちろんないわけで、そういうふうに話し合いを何回も重ねるといふことがあるんですけど、どうしても、病院としても経過がしっかり分からなかったという場合に、絶対にそういう、だから、対応をシャットアウトするとか、止めるっていつ気持ちはありませんっていつことだけは、常に伝えていくんですけど、そういう中で本当に半年とか1年とか1年半とかたつて、それでも連絡を取り合つたりしているのので、別の本当のご相談に、ご家族の方が体調が悪くなつたつていつことで、別の話をされている間に、その事故のことについても話が出てきたりとかしている間に、お互いに信頼関係ができてくるといふか、あれだけいろいろあったけど、これだけ間が開いても、まだ話を聞いてくれたり、いつでも来てくださいつていつてくれるということもないから、あの時はこうやって思い込んでいたけど、ずっとつながつて時間がたつと、考えてみると、こうだつたのですよねつていつことで、気持ちがこう変わられていつたりするのを聞いたりすると、私もそうですけど、やっぱり何年もたつて連絡が取れなくなると、自分の気持ちが変化していることを、その当該の当事者に伝えられないので、やっぱりそういう気持ちは変化していつて、理解しようと思いつ気持ちになつていつことがあるのだけけど、それを病院に伝えることができないし、それを聞いた医療者の人は、ますますそういうきちんと対応しなきゃいけないなという、自覚していつことになつていつくので、そういうことを教えていつたいていつている方が何人もいつて、ですので皆さん、どうぞケースを紹介してくださいといつていつたいていつているし、研修会なども協力しますといつてくださつて、病院で話してもいいといつてくださつていつている方もいつるし、病院はちょっと思いつ出しちゃつて辛いといふ方も、たとえばどこか、研究会でやることとか、そういうのは協力しますよつていつふうにいつてくださつたりしているのので、そういう中で気つかれていつくことも、特に誤解されてしまつたことに関しては、明らかに病院が悪いことで、そうやつてごまかすつていつのは絶対だめですけど、誤解されてしまつているのは、そうやつて溶けていつくといふことがあるので、そういう関係を続けていつくことが大切なのかなといふふうに思いつます。

(稲葉) どうもありがとうございます。豊田さんが今、院内相談員として事故の当事者支援つて、大きな名前付けなくてもご本人に声かけをして、お話を聞いたり、それから事故の被害者の方にも直接お会いになつて、どういつお気持ちであるかつていつようなことを聞いて、それを特に医療者の方に返していつつていつ作業をされていますよね。で、この作業、つまりそれが多分、その医療事故の当事者支援と医療事故の被害者支援つていつのは、最後のところではつながつているといふことなのですけども、そのつなぎ役として、今のお話なのですが、どんな工夫といふんですかね、今、院内相談員としてやられている中でのつなぎ役としては、どんなことにご自身は気を付けながら事故の当事者であるとか事故の被害者の方々と接してらつしやるのか、ちょっとそこを教えていつただけますでしょうかね。

(豊田さん) そうですね、午前中、北村先生もおつしやつていつましたけど、その経験した人でしか分からない部分があつたり、気つかない部分があつたりつていつのが、確かにそうだなと思いつるので、こういう、全部は分かっているわけでは、もちろんないんですけど、皆さん性格も違いつますから。ですけど、やっぱり、こういうことはいわれたくないとかつていつことは、全く同じ経験じゃなくても、想像する力はやっぱり、たくさん患者さんのお話を伺つていつくと、つていつくるので、それは医療者に対しても同じで、こういうことはいわれたくないとか、今もうちょっと時間をかけた方がいついんだらうなといふのは、やっぱりこう、感覚で分かつていつくるので、そこは無理しない方がいついといふのもあると思いつますし。で、それで、ただ、中にはこう、待ち過ぎちゃうことが良くなることがあるのので、なぜ待たない方がいついのか、なぜ話を聞かなくちゃいけないのかつていつのは、やっぱり記憶が？ 薄れていつてしまつう部分とか、そういうことに関しては、今、

話すことの必要性とか意味を伝えるようにしたりして、それが少しでも理解できたということが確認できた時には、お話を伺ったりということはしていますけど。

最初の頃はもう、こういうことをすることが、当事者同士が会ったりすることが、お互いのためになるんだということは、私と院長は信じていましたけど、やっぱり現場にいる人たちは、そんなことしてよけい傷付け合ったりしたらどうするのだというのは絶対あったと思うんですね。だから最初は、申し訳ないですけど、かなり強制的なところがあったと思います。でも、実際、その対応を一緒にやった当事者の人たちが、明らかに心が回復しているのが、もう日々の生活、生活っていうか、職場の中でよく見えるので、方向性としては間違っていなかったのではないかなって言うことがあって。で、また近いところで何かトラブルとかがあった時に、その横で見ていたその、前の時に当事者だった人が、私見ていたので、事情、伝えましょうかっていうふうに協力的になっていたりしているので、むしろそういうことが必要なのだって、お互いのためになるって言うことを感じているって言うことは、普段、皆さんの態度で分かりますね。それは私が教えられている部分です。やっていく中で、これは良くないことかなって迷いながらやってきた、この5年6年なのですけど。それは現場の皆さんとか患者さんに教えてもらっています。

(稲葉) そうすると院内相談員をされているということは、事故の当事者支援もやっているし、いわゆる狭義の、ですよ、事故の当事者支援もやっているし、事故の被害者支援もやっていて、それが交流することによって、全体として被害者の支援、大きな被害者の支援みたいなことになっているのだろうと思うんですけども。三浦先生にちょっとお聞きしたいのですが、三浦先生は地方の病院の外科の医局長をされていると思うんですけど、この事故の当事者支援というのは、先ほど犬飼さんがおっしゃっていただいたように、いろいろ院内で立てやすい、まだ立っているところはたくさんあるわけじゃないのですが、立てると言うことは可能かもしれないのだけでも、その事故の被害者の方々に対する心配り、配慮みたいな。そこまでいくためにはですね、まだ、もういくつか山を超えていかなきゃならないような気がするのですが、三浦先生はいかがですか、関係性の問題だと思うんですけども。

(三浦先生) 事故ってなければいいのですけど、あるのですよね。で、事故の被害者とその家族の方は、今ここにいる被害者の方っていうのは、それなりの時間が経過して、いろんな戦いの末に今の意見をお持ちになっているのだと思うのですが、私がお会いしたように、そういう、事故の被害にあった家族の方っていうのは、もう怒りと悲しみと一緒に、それから、どうしていいかわからない、本当に話をすることもできないような状況ではないかなと思うのですよ。で、我々、医療従事者なので、そういった場面でも、家族の方が困らないようにはどうしたらいいのだということを念頭に置いておきたいと思っているのですよ。

で、先程来の実事関係の迅速な確認っていうのは、じゃあ何分以内にやるのだというぐらいの話で、即やること、たとえば看護師さんがフォーカスチャータリング(?)というやり方で記録しているのであれば、これはちょっと異常事態だよと思った時には、時系列で書いていくのだとかですね、そういった決め方と、それから事実関係の調査っていうことの前には、私たちには、これは謝罪する、これは謝罪しないっていう、そこまでのスキルはないので、基本的に謝罪に持っていこうかなと。で、顧問弁護士は謝罪はしてくれるなというのですけども、実際に死亡事故でなくても、事故が起こって、で、家族に話をする時に、たとえば今回のことについて謝罪をさせてくださいませんかっていうと、家族の人は、必ず、必ずっていうか大体の人が、何についての謝罪ですかって聞いてくるのですよね。で、それでいろんな事実関係を話していくことによって、何ていうか、気が動転していて、本当に大変な思いと、あと口惜しい思いをしている人との最初のコミュニケーションのとりにかかるといえるのですかね、それで、謝罪って行為そのものが、本当にボロクソにいわれて、本当にボロボロになることもあるんですけども、1回それをやっておくと、あとのコミュニケーションが、よくはならないのか、でも今の豊田さんの話を聞くと、もう会いたくないと、確かにいわれることもあるんですね。そういうことも、ま、自分たちの痛みもあるのですけど、ちょっと謝罪ということに関して、これから私たちがどのように結論付けていくかわからないのですが、途方に暮れている、たとえば家族を失って途方に暮れている人と、私たちが最初の場面でもどのようにお話をするか。で、支援まではいなくても、コミュニケーションのきっかけになるようなことはできるように、病院として準備できたらなど。

これがなかなかできなくて、皆さんの病院は正直なお医者さんが多いのかもしれないかもしれませんが、結構、事実じゃないことをいう医者もいるのですよ。で、それ本当に事実なのかどうかを確認するには、結構、現場の看護師さんの話を聞いたり、あと時系列で書いた看護記録っていうのは、やっぱり、どちらかという、そちらの方が正しいことが多いので、そちらの確認をしたりとかですね、その作業を、じゃあどのぐらいの時間でやって、あと家族の人をお呼びしてお話するまでに、じゃあ何分なのか、1時間なのか、その日なのか次の日なのかっていうのが、ちょっと今の課題なんじゃないかなと思って、自分たちは始めたところっていった方がいいと思います。なかなか謝罪を、何ていうか、謝罪までいってというのがなかなか難しく、自分たちには、でもやっていい時と悪い時があるのですが、どうもコミュニケーションの最初っていうのは、

家族の人にはきちんと私たちに質問する権利があるという意味で、なんかのサインを出さなくちゃいけない。で、そこから始まるコミュニケーション、ま、辛い、お互いに多分、辛いコミュニケーションなのですけども、その始まりというのを、何かこう、きっかけを作るっていうのが、医療関係者の務めなのかなと思います。

(北村先生) 私が事故というか別にして、医療の中でご本人、家族が望んでいなかった、とんでもない結果が表れた結果、ご本人もしくはご家族、ま、ご遺族の方が心理的に不安定になり、それがかなり重症になると私のところにお越しいただいてということも、十数年やっております。で、その経験の中で今、お二方、お話になったことに戻って考えると、医師にしる、看護師にしる、学部教育で病気の説明はどうするっていうことは最近、ある程度、教わるようになりました。で、コミュニケーション技術とかいって、オスキーとかいって、医療面接どうするっていうのもやるようになってきました。ほとんど何もしていないのは、思いもかけなかった不幸な出来事があった時に、担当医もしくは担当看護師が、患者様もしくはご家族とどのようにコミュニケーション取るかについての授業が5分とやっていないのが普通なのではないだろうか。で、感じまして、私自身は自分の精神医学の中での授業の中で、一部教えるとか、初期研修医に教えるとかいうことはしています。で、彼らの、下手くそです、彼らは。ですが、それは彼らの問題ではなくて教える側の問題だろうと思います。先生はボロクソにいわれたということがあるわけですよ。

(三浦先生) そうそう、

(北村先生) で、私が実際にボロクソになる家族の立場をやってですね、「どうしてうちの家内が死んだんですか、先生は治るからといって手術したんでしょ、現に死んだじゃないですか」っていうようなことをいってみせるわけですね、ロールプレイで。そうすると、かなり多くの学生が、真摯にやっていますから、でも僕たち一生懸命やったんです。「医療上は何の問題もありませんでした」というのが、かなりのパーセント出てきます。「ちゃんとやっているんだったら、うちの家内は死んでいるはずないだろう」っていう、私また怒るわけです。そうすると、そんなに怒られては、「もう話ができません」といって会話が止まってしまう。これが現実の医学の学生、あるいは初期研修医の姿です。彼らが悪いとは私、思いません。悪いのは、それをどういうふうに通コミュニケーション取るかを教えていない医療側だと思います。あるいは医療教育者側だと思います。

これを、忙しい病院の、そのオンジョブトレーニングに任せられるのかなと思うと、私、そうは思いませんので、もしやるとすれば、たとえば医師であれば、医学部の医学生であれば、オスキーの時にそれを組み込むとかですね、思いもよらぬ不幸な出来事が起きた。簡単なんだらば、「薬飲んでくださいね」っていう、副作用が起きて手が震えた。「どうしてくれるんですか」っていう、そういう簡単な事例を出して、しかし患者様は手が震えるんじゃないで症状がよくなることを期待して薬飲んでいても関わらず、手が震えた。それをどのように説明し、患者様にも分かってもらえるようなコミュニケーション技術を付けさせるかということ、何百時間という医学部の教育の中で、まあ10時間20時間取ったっていいだろうと私は思います。そういうことをしないと、さっきからいっているような、隠してしまうような医者を拡大再生産しているのではないだろうか。嘘付きばかりだから隠しているのではなくて、どう伝えていいかが分からないので、やむなく隠しているという人もいるのではないかと。もちろん最初から、もう、もう大嘘つきという人もそれはいるかもしれませんが、そういう人たちは手の打ちようがないと思いますが、どうしようもなく嘘を付いてしまうような人々に、どのように正直に伝えるかという、やっぱり技術を若いうちから教えなきゃいけないのではないのでしょうか。それがおそらく稲葉先生がご提案なさっておられる、いくつかの教育プログラム、研修プログラムの中に組み込まれたらいいなと思います。

(稲葉) どうもありがとうございます。

(永井さん) 今の点ね、全く僕も同じことを大学の先生なりに話しているのですが、臨床に入る、4年から5年、僕ら、結構1年生ぐらいの倫理のところについて話、なんです、やっぱり重要なことは、医者になる、本当に自分がもうそろそろ医者になるという、そういう時に、リスクマネジメントとか、僕らみたいな話を聞いてほしいとか、そういう講義を作ってほしいとか、いろんな先生に訴えると、そんな時間がないとかね、そんなことは文科省にいてほしいとか、いうことを、ほとんどの先生はいうんですよ。しかし僕、今、去年、一昨年と弘前大学行きました。弘前大学の神経、血液、要するに血液、心臓外科かなんかの先生が、自分の講義の中を一部割いて、やっぱり、やり始めたんですよ。やはり僕が思っていたのと同じように、その僕らの話、聞いたら、いかに、彼ら彼女たちも、彼らも、やっぱり、そんな世の中、医者の世界が嘘を付いたり、そんなふうになっているはずがないと思っていた。だけど現実はいろいろ僕らの話聞いて、そんな

の現実まだあったり、あるのですかということ、迷いながら、やっぱり正直にやる、正直にやっぱりしとくことが一番重要だということまで感想文に書いてくるわけですね。

僕が今、本当に、おっしゃったように、さっきは幼稚園教育といましたが、倫理教育なりリスクマネジメント教育、それからその対処法などは、やっぱり学生の時にしっかり訓練し、それから、彼らが責任者になる時ぐらいにやっと変わってくると思っているんですね、30年ぐらい、多分、かかるのではないかという話をするんですが、それを早くやらないと、同じ文化でやっているのね、やはり教育っていう、大学の教育の中にどうやってリスクマネジメントなり、そういう訓練を含めてやるかって、事故は必ずあるんだから、そういうこと、ものすごい重要なのに、そういうこと、真剣にやっぱりやらない、それからこういう話の時でも、ほとんど今日でもそうなのですが、まあお医者さんもおられるんで、あれなんです、本当にこれ、お医者さんは来ないのですよ、忙しいとか、いろんなことってね、やっぱりお医者さんの方が安全というか、こういうところにいっぱい来るように、どうしたらやったらいいかっていう問題もあるんです。

(北村先生) ですから、オスキーに入れるべきだと、主張しているのです。臨床実習スタートする前の、試験ありますよね。あそこに今のようなことを組み込んで、つまり正直にいうっていうのは、いいやすいことを正直には誰だっていると思うのです。いいにくいことでも正直にいうような練習をさせ、それができた学生だけ臨床実習に回す。できなかったら落とせばいい。あるいは国家試験の時にその面接を入れるとか。で、一番の問題は、落とすことが問題ではなくて、いいにくいことを正直にいうには、それなりのコミュニケーションの技術が必要なわけですね。で、当然、相手からは、何やっているのだ、バカ野郎といわれますから、その時にどう対応するかは、知らないで、話せるはずはないわけです。だからその技術を教えなきゃいけないだろうということなんです。

(水田さん) いいですか、ちょっと本論から離れる、1点だけですが、弁護士が入ると急に謝るなという話が、謝っちゃいけないという話が、ちょっと1点だけあるんですが、申し訳ないのですが、ちょっと一昔前の弁護士の対応かなと。やはり今、結果的に責任があるうがなかるうが、今トラブルがあってそれを何か解決しないといけない場合に、やはりお互いの信頼関係を、まず最初に打ち立てて話をしないといけないわけですから、そういう場合、予期せぬ結果が出たら、「すいません」で始まるのは、これ私、人間としては常識だと。じゃあそれで、まずそこから、じゃあ、これで話をしましょうと、場を設定して、それから入ると。で、今、今どきですね、最初に謝ったら、お前、過失を認めたといって裁判所は認める、そんな低レベルの判決は出しませんので、そこは安心されたらいいのかなと思います。

それから、あともう1点だけ、元の問題なのですが、当事者の支援と被害者の支援ということなんですが、これがどういう関係になるかって、非常に私にとってはイメージがわきにくかった。というのは、それぞれは場所も違うし、時系列も違う、これがどういうふうに関連するのかが、非常にイメージがわきにくかったんですが、ちょっと1点だけ、私の自分の体験で恐縮なのですが、私が患者側の、死亡事案の患者側の代理人となった事案で、向こうの主治医も出てきて、そちらの院長さんも出てこられて、医療ADRで解決した事案がありました。で、それは、こちらも別に相手の医者をも嫌んでいるわけでも何でもない、ただその時のドクターの正直な気持ちを聞きたかったというので、そういう場を設定したのですが、その時、ドクターは今まではやっぱり自分が嫌な部分をしゃべるのが嫌だったのでいえなかったのですが、ここでいえます、あの時、本当に救えなくて残念だと思いましたといってくださいました。それでこちら、あ、それさえ聞ければ、もういいですと。若干の解決金はできたのですが、でもそれで、こちらの被害者側も支援されたというか救われましたし、そしてそのあと、うちの依頼者はどういったかという、やっぱり先生、小児科の先生として尊敬できるのは先生しかいませんと、今後も是非、これはこれとして治療を続けてくださいというふう、うちの依頼者、えらいことといったのです、ちゃんと。それは当事者の支援になっていったのではないかなと思うのですが、で、逆に質問なのですが、その当事者の方からして、もし被害者の方、被害者の側が何らかの対応をして、それが自分の支援になると思われるとしたら、どういった行動が支援になったと思われるのか、ちょっとそこをお聞きしたいのですが。

(稲葉) どうでしょうか。どなたかご発言。

(北村先生) 心理的な面でいえば、ですね、家族が仮に亡くなった、本当に精神的な言い方で恐縮なんです、自分の家族が亡くなった。だけでも家族との過ごせた時間帯があった、それはよかったんだと思っていただくというのが、精神医学的には目指すところであるわけですよ。実際、亡くなられていることは事実なわけですから。ですから、それを、今まではおそらく、多くは精神科医であるとか臨床心理士がその部分をサポートしてきたのですが、体を診ている医者もそれぐらいのサポートのできる技術をどこかで身に付けておいていただきたい。つまりご家族は、死んだ俺の家内を生き返して返せというのが希望なわけですよ。

で、それは医師としてはかなえることができないわけです。そうではなくて、ほかでご本人の何らかの癒しをつくらなければいけない。でも外科や内科の先生方はその技術を知らないのです。いや、習ってなかったのです。医学部でも看護学科でも教えていないのです。だったら、できるはずないだろう。いや、生まれながらにそういうのが分かって上手な方がおられます。見ていると、本当にその医師、患者関係が上手な小児科の方とか私、何人か知っています。でもそれはもともとその人、上手なのです。だから、それだけほっておくわけにはいかないだろう。そういう上手な人の技術をきちんと下手な医者にも、医学部の学生にも看護の学生にも教えるということをしなきゃいけないだろうというのが、すいません、同じことをいつているんですが、私の主張です。

(稲葉) はい、どうもありがとうございます。多分、分かりました。実は北村先生がおっしゃっているのは、ドクター・ドット・コムなんか見ていただきましたら、今、パッド・ニュースを伝えるだけじゃなくて、事故を患者さんにどう伝えるのかというようなことも、もうページのフロントでやっているぐらいですので、まず多分、アメリカの教育と日本の教育が大きな差があるということだと思います。で、北村先生がおっしゃっているようなことを、今度は大学でやるとしても、誰が教えるのだというような議論、つまり今の臨床の現場であるとか大学では、できない人たちが教えることは多分できないだろうということになるとですね、なかなかそのところが、次のステップがなかなかいきにくいのかなと思うんですが、さっき水田さんの時に種田さんがちょっとご質問があったので、多分、アメリカのこととか少しそのあたり、お教えいただけますでしょうかね。

(種田先生) 教育トレーニングの話ですよ。要するに、以前からいわれているのは、エラー・ディスクロージャーっていう表現が一つあります。過誤、エラー、私は、意図的に過誤の告白っていつていますし、覚えてらっしゃるかもしれませんが、勝村さんや永井さんが会を発足した時に、私、最初にそれに紹介されて、清水先生もいらっしゃいましたけど、皆さんにロールプレイやっていただきました。その時はですね、何でもこんなことをやらされるのだろうと思った方、たくさん結構、いたんだろうなと思います。それはですね、よくシミュレーション、ロールプレイでやるのですが、医師からの指示の手書きの処方箋が汚くて、10単位を10Uって書いて、このUが汚くて0に見えたりすることがあるわけですよ。そうすると、設定としては看護師さんが比較的、新人だったりして、本当は10単位打たなきゃいけないのに100単位に見えて100単位打ちましたという設定で、それで患者さん側と医者役に分かれて、何百名来ていましたかね、あの時、300名ぐらい来ておられたのですか、最初。ロールプレイやっていただきました。そうすると、やっぱりうまくいえないのです。一応、設定としてはですよ、比較的、副作用もなくて、患者さんは一応、ICUに入ったけれども、障害がなくて戻ってきたという設定でやるのですが、それでも話にくいのです。それは隠そうというのではなくて、やっぱり思いがけないことが起きた時って、私たちってついつい、それこそ隠そうというか言えないのですよね。それこそ言い方を知らないのです。で、いろんなところで、それやりました。その時も、ですね、多分いえなかった人たち、結構いました。多くの場合、どういう話をするかっていうと、実はちょっとインシュリンが多すぎたのですよねって話をするんです。それは確かに事実かも知れませんが、あとでじゃあ100単位って患者さんが分かった時に、本来の量の10倍量って聞いた時にどう思われますか？ 先生、隠したでしょうって、あとでいわれませんかって聞くのです。なぜ100単位っていえなかったのでしょうかって聞きました、いろんなところで聞きました。

そうするとですね、やっぱりあり得ないのだと、10倍量なんてとんでもない、べらぼうな量を打ったなんて、とてもいえませんが、おっしゃるのですが、やっぱり医療事故って、あとで振り返ると、思いがけない大変なことが起きるんですよ、なんでこんなことが起きたのって。そういう時って、やっぱりいえないわけですよ。で、指導員の講習会でもやりました。指導員の先生方の中にはやっぱりいえなかった、ロールプレイでさえもいえなかったっていうお話ありました。なぜいえなかったのですかっておっしゃったら、いや100単位、いくら何でも10倍量、患者さんのご家族、患者さんにお話しすることは、患者さんにショックを与えるから、とてもいえませんが、患者さんに配慮するように一見聞こえるのですが、でも、じゃあ同じように、じゃああとで患者さんが知ったら、先生、あの時、私のことを、気持ちを思ってくださいって、100っていわなかったのですかっておっしゃる方いますかね？って、聞くのです。いないと思うのですよね。別の指導員の方も、やっぱりお話できなかったっていうので聞いたのですが、その先生はもうすごい、ずっと黙ってしまったのです。それ、一つの答えかなと思っています。

エラー・ディスクロージャーに関しては、やっぱり我々、さっき北村先生、ご指摘があったように、記録されて汚いし、パッド・ニュースの、要するにがんなどの悪いニュースの伝える、一つのやり方だっていう話もありますが、私は大きく違うところは、やっぱり医療者側に問題があることをお話しなきゃいけないので、いわゆる、以前から真実告って日本でも教育されていつつ、それでもまだされてないところありますけど、

バッド・ニュース・テリングとは、明らかにやっぱり違うと私自身は思っていますし、アメリカなどを中心にして、やっぱりエラー・ディスクロージャーも一つの大事さを教えなきゃいけないコンポーネント、要素として、学生も研究医も何度も教えられているのですね。日本ではやっぱり、なかなか教えられてないですね。

で、私、この何年か、医学教育学会と医療と質安全学会のワーキンググループで学生の教育のため、医学部の学生も今、医療安全、学ばなきゃいけませんし、看護師の方もカリキュラムで安全、相当、教えなきゃいけないようになりましたけど、学生のための教科書作りをいろんな先生方とやっていて、その中の一つの章立てとしてはエラー・ディスクロージャーということ、きちっと入れてもらっています。そういうことは必要だろうと思います。

あと稲葉先生のご指摘で、誰が教えるのだというお話ありますけど、病院でも一緒ですが、私自身、こういう問題をみんなできちっと共有して議論することがとても大事だと思っています。現場任せになっているのが一番問題だと思っています。いろんな病院でいろんなお話ししますが、それをやっぱりみんなで一緒に考える機会、今までなかったのがすごく問題だと思っています。そういう議論を通して、じゃあうちの病院ではこういうふうにやろうということを議論することで、だんだん病院としての体制ができていくのだろうと思っていますので、必ずしも誰かが教えられなければいけないということでは、いや、教えられればいいのですが、現実的には難しいので、まずはそういうことをきちっと議論することが大事じゃないかなと思っています。

(稲葉) どうもありがとうございます。だいぶ中身が出てきたと思うのですが、少しちょっと視点を変えて、事故の被害者の支援の関係で、先ほどから議論があるように、患者さんに向かって、あるいはご遺族になるかもしれないけど、その人に向かって、しっかり本当のことをお話する、それは難しい、だけどそのことが事故の被害者の方々の支援になると同時に、事故の当事者にとっても癒しのきっかけになるんじゃないかという議論があると思うのですが、豊田さん、一昨年ですかね、アメリカにいかれて、さまざまな先生方とお会いされたことの中に、この本当のことをちゃんとご家族にお伝えする、ま、ご本人を含めてお話しするというこの意味みたいなことを再確認されるようなことがあったと聞きますので、ちょっとそのあたりのことを何かコメントしていただけますか。

それと、もう一つ教えていただきたいのは、このサポートの問題で、院外で、たとえばアメリカではあると聞いています、MITT ミツツのような仕組みですよ。そういうものについて少し、情報提供も含めてお話ししていただけますでしょうか。この、「嘘をつかない医療」の中にも少し書かれているところだと思いますので、ちょっと教えていただけますでしょうか。

(豊田さん) 一つはジョンズ・ホプキンス子供病院にいったんですけど、そこで私が一番、目的だったのは、アメリカの被害者の方々、どういう活動をされているのか。医療者とどうやってわかり合っているのかということが知りたくて、被害者の方を紹介していただきたくて行きました。そしたら運良くいうか、そのほかの病院も紹介していただけるということで、二つの、そういう意味で二つの、実際には病院は三つだったんですけど、その事故の当該の病院と、ご家族の方とご本人とっていうことでは、二つのところに行ってきたんですけど、一つのところは、その、ジョンズ・ホプキンス病院でお子さんを亡くされた方が、すぐに病院が対応して、賠償金が支払われて、その賠償金を逆に病院の方に寄附して、それでそのご家族と医療安全の担当のドクターなどが一緒になって、患者安全の、向こうでは医療安全じゃなくて患者安全というそんなんですけど、患者安全プログラムを一緒に作り上げたというか、それからその、ご家族の方が基金を立ち上げて、その立ち上げていく中で、いろいろこう、患者もいろいろ自分自身で身を守っていくことをやっていかなきゃいけないって言って、自分の、病院にかかるのに記録を取った方がいいということで、手帳みたいなものをお母さんが作って、看護師さんたちと相談しながら、どういう形でこれを広めようかってことを、医療者と相談しながら、そういう普及活動みたいなことを、医療者と共にやっていくということをやっているということを直接お伺いしました。

もう一つのそのMITTの話の方は、麻酔の事故で手術を受ける前に、麻酔で心停止してしまった方がいたんですけど、その方は偶然にも心臓の手術の準備が、ほかの方の準備が行われていたので、そこに入らせてもらって助かったという方なんですけど、その方は病院をすごく、大きなトラウマを抱えて病院をすごく恨むようなことが続いていったんですけど、それが日を追うごとに、自分は助かったのではないかって、辛いのは自分だけじゃなくて医療者の人も辛いのではないかということをお手紙をいただいたりする中で途中で気付きを得て、それで自分の方から先生の方に連絡を取って、もう一度、再手術するという気持ちを伝えて、手術の計画を立て直すという決心をされて、で、それはそれで自分の治療もするんだけど、その後、これはやっぱり両方の当事者の心にトラウマを抱えるのではないかということで、MITTというNPOを立ち上げて、当事者、相互の当事者支援、心のケアの活動をするんですけど、そのNPOの理事になっている人たちが、

両方の当事者、被害者の人が代表ですけど、その病院の当該の病院長だったり、当事者の麻酔科の先生だったり、という人たちが理事になって、一緒にそのNPOの活動を支えているという、そういうことをされているということでした。

だから決して全てがうまくいっているわけではないのだけれども、意識の持ち方がすごく、私、ハーバード大学の謝罪マニュアルの話だったり、いろいろこう、何か向こうではそういう、誠実な謝る文化があるという話を聞いたりして、本当にそんなことになっているのかなと思った時、あとは私は逆に遺憾の意を表明されるみたいなのが、逆に傷付いたということがあったので、ただ何か起きた出来事についてすぐに対応して、すぐに謝るということが、本当に、心の関係につながっていくのか、すごく疑問があったんですけど、実際にイリノイ大学のマクドナルド先生のお話を伺ったりすると、本当にこう、問題意識がしっかりしている方々がそういう言葉をいわれると、本当に心から伝わってくるということをしごく分かって、ですので、先ほどから、聞き取りの意味とかの話もそうですけど、そういうことをちゃんと問題意識持っている人たちが関われば、ちゃんと相手に伝わると感じたので、すごいスキルトレーニングも大事だし、やらざるを得ないと思うんですけど、今まで私が自分のところの病院なんかでも対応してきたケースで経験していることは、言葉遣いとか全然上手じゃなくても、気持ちがよく伝わると、患者さんが、心が回復されたり、っていうことがあるっていう、そういうことをすごく感じているので、そのバランスはすごく必要かなって、スキルばかりに走ると、逆にそのことで私は傷付いたので、すごくその、お悔やみの言葉にすごく傷付いたので、人ごとみたいに聞こえちゃったら、どんなに丁寧な敬語を使われても何の意味もないので、本当にそういう意識を思った人たちが取り組まれているっていうところにいけたことはすごくよかったです。

(稲葉) どうもありがとうございました。あと20分ほどになりましたので、ちょっと最後に、何人かの方で、まだご発言いただいていない方に少し私の方で指名させていただいて、最後は私たちの、研究班の方から、今日の午前午後の皆さんのご意見を踏まえて、一言言って終わりにするという順序にさせていただきたいと思います。

まずはですね、当山さん、安城厚生病院はドクターのメディエーターがいたりするというふうに聞いておりますけども、いかがですか、事故の当事者支援と事故の被害者の支援という、今日のようなディスカッションの中で、院内で、院内相談員というような意見もあると思いますけども、院内でこういう橋渡しをする、特にドクターの方がいらっしゃるといのは、何か、やっぱり病院の雰囲気や、変えていく力になりそうですか。

(当山先生) はい、ただ今の話題の中で多分、早稲田の和田先生と中西先生と一緒にやっている、うちの安藤というのが今、一生懸命取りかかってやっています。で、稲葉さんの考え方と少し違うようなことも彼はしていましたけれど、その中で、院内で上がってきたレポートを、彼らが直接チェックするのですね。で、それはリスクレポートという名称が変わりまして、今、セーフティーレポートとっております。で、これ安全性を確保しようということでありまして。で、卑近な例では脳外科で起こった、血管撮影の時に、カテーテルの中をフラッシュしてヘパリンで流しておきまして、凝固しないようにするんですけど、それが何かのはずみで空気が入ってしまった。それで血管撮影中に空気塞栓を起こしてというようなことがありまして、それをすぐ、その構造をきちっと、どういうふうになっていたという写真撮影をする、それから担当していた看護師から事情を聞く、そういったことをして、事実を確定したところに、患者さんは近隣の病院で脳外科の専門の関係でもって、そこへ直接さっと送って対応するというのをやりまして、ですから、すぐ報告をして、次のことをやって、どんどんどんどん、いい方へ向けていかなければいけないということをやりました。で、そういったことは管理者会議の中で流れまして、医局会でこんなことがこの科でありましたと。で、改善すべきようなこと、同じような考え方でやっていること、そういったことは流すと、というようなことまではやった。ただ、被害にあった患者さんと、どういうふうな関連をもってやったかというのは、ちょっと僕は今のところ資料を持っていませんので、お話することができないのですが、そういったふうでやっています。

で、そのメディエーターの件に関しては、事務職を院内で一緒に集めて、そういったメディエーターのトレーニング講習をやると、そういったことはやっています

(稲葉) 分かりました。どうもありがとうございました。また、もっと詳細なことをお聞きしないと、病院の中でどういう役割が果たせるのだということは議論にならないかもしれませんので、このあたりにしておきたいと思います。

もうお一方はですね、山梨から来ていただいた小林さん、今日は勉強のためにとおっしゃった、この事故当事者支援、そして事故被害者の支援というテーマでやりましたもの、今日いろいろ聞いていただいて、ご感

想のレベルでも結構ですし、あるいはご自身のお考えでも結構ですので、少しお話しただけですしょうか。

(小林先生) 私はこれに関わりましたのは、厚生労働省にいた時なんですけれど、その時に、一番始めに、先ほどもちょっと勝村さんともお話ししましたが、ワーキング、医療安全の、医療法の前の時のワーキングですけれど、その時に勝村さんが一番最初におっしゃったのが、まず事実を知らせてくれ、まず真実を知りたいというのが患者の一番のことだということをお話されたことを、とても強烈に覚えています。で、その時に私は、いや、事実を知らして、それは、事実を知るってことは当然なのだけれど、それだけだろうかということもずっと思っていたのですけれど、ただそれからずっと医療安全に関わってきて、その事実を知る、このことがまず原点だということ、それは事故の被害者だけではなくて、当事者という、病院側の人たちにも、これをまず知ることの真摯な態度ですね、そういうものがまずないと、医療に関わることってというのは、まずそこが根本なんだろうということもずっと考えて、今、医療の現場にいますけれど、それで今日、ちょっと午前中、ご説明を受けたりなんかして、感じたのが、何かこう、こういうふうな当事者の人たちの、そういうふうなこう、インタビューをして、ですね、通ってきているんですけど、一つはそれをする、今だから話をしていて、初めに方法論みたいなものから入って行って、最後に原理原則みたいなところで皆さんもお話ししているのですけど、本当は原理原則があって、具体があるのだろうと思って聞いていたんですけど、その当事者の方たちがそういうふうなインタビューをしてくださった、その人たちのその医療機関のですね、そういうふうな風土がどうだったのだろうということが、すごく感じていました。そしたら、やはりカツムラさんの方から、そのことが出てきて、あ、やっぱりそのところが最終的には大切なのだろうなと思いながら聞いていたのですけど、ちょっとここに書いたのは、やっぱり、当事者が医療安全の知識と、あと自らの事故をちゃんと公表して、それがこれからの安全、医療安全に役立てていこうというような、そういうふうな認識を持つためには、やっぱりその病院がどうか、さっきから安全、風土っていうことが出ていますけど、そこのところについて、これから、この研究のあとですね、やっぱりしていただきたいなというのが一つあって、で、そういうふうにするためには、こういうふうになっている、私などがたとえば事故を起こした人が隣にいた時に、同じ同僚が、それをサポートできるような、そういうふうなこう、師長さんたち、その人たちが、これ、次の研究になると思いますが、その人たちもやっぱりトラウマになっていたり傷付いたりしていると思うんですね。そういうふうなところも含めてこれからやっていかないと、やっぱりこの、あの、本当にこう職場風土とか、そういうものの安全文化の醸成という言葉がありますけれど、そういうところまでいかないだろうなと、次のステップはそこにいくのではないかなと、ちょっと期待しながら今、聞いていました。

(稲葉) はい、どうもありがとうございます。後者の点については、実は私たちの研究班の福田さんが少し関心を持ってやっていただいておりますので、将来的な研究の中ではもう少し立体的に、今日の議論と結び付けなければいけないなというふうに思っています。

もうお一方、せっかく中京大学でやりましたので、中京大学の先生にもお話を聞くと。杉島先生、ロースクールと法学部は隣、近くにあるのですが、民法学の立場でも結構ですので、今日のような事故当事者支援あるいは事故被害者支援というところについて、少しコメントいただけますでしょうか。

(杉島先生) 私自身は民法の中でも損害賠償のあたりに関心を持っていて、被害者救済っていうのはどういうふうにするのがいいのだろうかということは、いろんな分野、ちょっと関わりながら、考えて行って、医療の分野でもどうなのかっていうのは、憶測ではずっと思ってきたのですけども、一般論的に申し上げますと、確かに損害賠償、経済的な損失に対してどうだという問題もあるのですけども、今回この場に出てきているような当事者支援、心の問題ですよね。そこ、どうやって向き合って克服していくのか、そういうところへのフォローがないままにいくと、本当の意味での解決というのはできないのではないかなということ、今日みなさんのお話を聞いていて、特にまた感じさせられた。そうすると、迂回路として、どういうものを構築していくのかという部分が、医療の分野もそうなのですけども、ほかの、今回の皆さんの話聞いても、たとえば交通事故の例を出していただいたりとか、いろいろ事故とかそういう、思いがけない不慮の事柄が起きた時に、人が受けるダメージっていうのは、いろんな部分があると思うのですけども、そういうことを、この場合は医療の問題なんですけども、もうちょっと広く考えていくっていうことも大事なかなって、いうことを感じさせていただいた次第です。本当はこういう場に出てくるのは、本当、なかなか機会としてございませんので、とてもいい勉強になったというふうに思っています。以上です。

(稲葉) どうもありがとうございました。有森さん、昨日から来ていただいて、一緒に私自身は研究をさせていただいている場面も有森さんとあるのですが、今日のような事故当事者支援、事故被害者支援、ご自

身の考えている母性における意思決定なんかとの関係も多分、基底ではつながっているのじゃないかなと思いますが、何かコメントいただけますでしょうか。

(有森先生) よろしいですか、自由なことで、はい、そうですね。一つはこの研究の午前中からの流れの中で、やはり非常にチャレンジな試みをされたなといったことで、この研究の目的に対しての結果の論議も中心だったのですけれども、私はやはり、こういうメンバーの方々がこのインタビューを、介入にもなっている部分があって、それによって見えてきたといったところで、当事者であるピア(?)の方がそこに参加するといったことで、何が生まれてきたのかといったことも、是非、アウトカムとして出していただくことが、今後のこういう、今の支援って、サポートとっていたソフトの部分での、どういうコンソーシアムを作っていくか、どういうメンバーが入っていくことが何を生み出すのかといった成果にもつながるので、是非、それも加えた報告書にさせていただけたらと思っています。興味深く聞いておりました。

あとは私、やはり教育の場にもおりますので、この場で多くの看護教育のご指摘もあったのですけれども、看護学生も初めは、別に医療者の思いで来たわけでもなく、自分も患者の立場に、あ、被害者の立場になってしまう普通の感性を持っていて、だんだん、それがこう何か変わってってしまうものは何なのかなとかいったあたりで、やっぱり相手の立場に、自分がいかに、どういう、そういう不慮の、想定しないような状況になっても、相手の立場の思いがどんなふうに関心されるようなものを、プロになっても失わない教育をしていくのかといったところで、リフレクションであるとか、想起をするという教育はしているのですけれども、それをリスクマネジメントにもっと特化した内容で教育に組み込めなければいけないなと思って、今日の結果を大学の教育の方にも是非、反映していきたいなと思って聞いておりました。

(稲葉) あと、マスコミの方からも来ておられますので、岡本さん、今日のお話を、ずっと長く医療のことについてご関心を持っていただいて、いろんな報道もしていただいたところなのですが、今日のような試みみたいなところについて、少しコメントしていただけますでしょうか。

(岡本さん) 私ども、どうしてもこういう事故になると、被害者側からアプローチすることが多くなりまして、こういう当事者というか加害者というか、当事者の研究に対しては、本当にご苦労で、まだ十分とはいえないですけども、非常に意味ある取り組みだと思います。で、先ほど、私、この午後のディスカッションを聞きながら考えていたのは、先ほどバッド・ニュースと、大きく、伝える時と大きく違うのは、当事、こちらの当事者側のミスがあることを、ミスというか、違いがあることだというふうにおっしゃって、それはまさにその通りなのですけれども、じゃあ振り返って考えてみると、最近もちょっとがん患者さんとか、告知を受けたあとにどう踏み出すかっていう時に、心理を聞くことがあったのですけれども、そういった時にその、そのバッド・ニュースをうまく消化できずに次のステップに踏み出せない患者さんのお気持ちというのと、すごく似ているなというふうに、これも事故の被害者も当事者の方も一緒でしょうし、で、プラス、その、この治療、そこの部分が多く医療機関でまだまだできていない現状で、こういうさらに難しい、このエラー・ディスクロージャーということの困難さってということに、すごく打ちのめされている感じです。その、予期しないことが起きた時に、どういうふうに説明するかということなのですけれども、これ、よく医療者と患者さんとの情報の非対称性なんですけれども、医療者にとっては予期していることだけれども、患者さんにとっては予期していないことが、すごくたくさん、普通の治療の過程でも、こういった事故でも、合併症によく象徴される話ですけれども、あって、そこを常に患者さんにとって予期しないことは何かということ普段から考えていただくことで、先ほど有森さんがリフレクションでというふうにおっしゃっていましたが、そういったところを認識していただくことで、治療上のトラブル、事故以前に治療においてもあると思うのですけれども、そういうところの回避なんじゃないかなというふうに考えています。

(稲葉) どうもありがとうございました。NHKの荒井さん、コメントをいただけますでしょうかね。

(荒井さん) 私、医療以外のいろんな取材もするので、逆に皆様ほど直接、関わってない部分も大きいので、素人臭い感想になって、ちょっと申し訳ないのですけど、単純に当事者支援というふうな言葉を聞いた時には、わりとメンタル面をケアしてあげるというイメージが非常に強かったので、わりとそういう印象があったのですが、逆にその、事実関係が何であるかというのを把握することが、もちろんトラウマ治療にもなるし、本人の方たちのケアになる部分、それは当事者も被害者、加害者、両方あるっていうところは、非常に新鮮に思えたんですが、逆にそういったメンタル的なサポートみたいな部分っていうのも、実際問題としては、わりと事故を起こした方っていうのは、孤立している状況っていうのは、非常にあると思われまして、世の中の的にも厳罰傾向が高いというか、そういった流れもあると思うので、そういった部分にも多分、広がっていく必要もあるかなというふうに思いました。

(稲葉) 小西さんいかがでしょうか。

(小西さん) じゃ一言、すいません。起きたら対応するというよりも、起きても対応できるという、誰かに任せてしまうという、うちの病院はこの人たちが、チームがいるかというのではなくて、そういった情報はみんな職員の方が全員知っていてほしい。で、何かあっても、うちの病院は、あ、そうか、この人たちが対応してくれるから、この人たちに任せておけばいいのであって、この人たちが対応してくれるからというふうに、職員の方たちに思ってくれるといいなというふうに、感じがします。だからきっと今日の議論、稲葉先生、報告書を作って、いろいろ配布してくれることになると思うのですが、こういう議論を多分、みなさんのそれぞれのところで持って帰って、こういう議論があったというのを、少しでも紹介してほしいなというふうに思いました。

(稲葉) わかりました。今日の最後のところは記録として残したいと思います。さあそれでは、私たち研究班、この数週間、本当に夜を徹して仕事をやっていただいた方々ばかりなのですが、長尾さんから少しコメントをしていただいて終わりにいたしましょうか、はい。

(長尾さん) 午前中に分析のプレゼンをさせていただきました神戸大学の長尾と申します。まず午前中の件については、いろんな方々から結果の出し方、それから結果の解釈の仕方について、いろいろとご示唆いただきましたので、そのへんを修正させていただいて、いい報告書というものを作っていきたいと思ってます。というのも、今、医師不足、看護師不足といわれていますけれども、一つには未熟とかの問題もあります。で、やはりこの問題をきちんと分析することが、最終的に私自身、何に向かっていくのかなと思った時に、今日はちょっとうまく結果を出せなかったということもありますので、あまり明示しなかったのですけれども、最終的にはやはり医療の質とか、医療者自身をやはり、その質を高めていくことにつなげていかなければいけないだろうと思っております。で、そういった意味で、有意義な結果の出し方というふうなのを、ちょっとこれから、もう少し時間ありますので、考えさせていただきたいなと思っております。それから私自身が医療倫理をずっと勉強、そして研究してきました、今改めてその、看護学生の、教育の場に入りました。で、そこで私、行く前に当然、基礎の、1年生2年生の部分で教えるべきことが医療もしくは看護の倫理なのだろうと思っていましたけれども、幸い、幸いというか、私の今いるところが、昔でいう成人領域、いわゆる臨床実習の場におり、教育に携わっておりますので、3年生4年生の教育の場に立っています。そこで感じるのは、臨床実習に連れて行って、いかに医療倫理、それから看護の倫理とか、そういう専門職の倫理観を現場で医療スタッフの中で、そして受け持つ患者さんとの間の中で意味付けていくかということが、実は基礎看護の教育の中で最も重要なところなのかなと考えていて、その部分に携われる立場にいますので、是非、今日、今、いろいろ議論いただいたご意見等を参考にして、学部教育につなげていきたいなと思います。

(河野さん) 慶應義塾大学の河野です。私は、医療事故のことを少し勉強するようになったのは、私が修士課程、大学院の修士課程にいた時に、私は精神看護が専門なんですけども、その中で、その現場のスタッフたちが医療事故を経験したことによって、そのあとの看護行為というものを変わったりしないだろうかと、自分の疑問というか関心があるところであり、そこを研究したことから、今回の、お声かけていただいて、研究に参加させていただくということになりました。

で、やはり今、引き続き現場で働いているのですが、まだまだ医療事故が、医療事故というか小さなインシデントなど起きた時にも、やっぱりまだまだ現場では、犯人探しではないですけども、ずっとそのインシデント報告書が、たとえばこう、ナースステーションに貼り出されていて、それを全員が目にするまで、その報告書は撤回されないとか、それがその事故が、繰り返さないっていう意味では重要なことかもしれないんですけども、それについてスタッフがいろんな思いを抱くってということがあっていいかなと思っていて、先ほども、隠さないということがいかに大切かという話が出てきましたけれども、そういった、やはり職場の風土とか教育が変わったとしても、職場の風土によっては、またその看護師や医師の行動っていうのは変わってきてしまうんじゃないかというのを改めて感じまして、現場にいる一スタッフとしても、この職場風土をどのように作っていくかっていうことにも、関心を向けて取り組んでいかなければいけないなというふうに改めて思いました。以上です。

(水澤さん) 改めて、新潟県立看護大学で教員をしております水澤と申します。学部教育とか、基礎看護に関することはもちろんなんですけど、私のずっと院の時代から関心のある倫理教育っていうことをテーマにして、教育に携わらせていただく機会がたくさんあるんですけども、今日はとても重要な、正直文化の

育成っていった、その精神論的に非常に重要なところが出てきたりとかですね、あと具体的な方法論的なところの解決策というの、この話し合いの中から生まれてきておりましたので、私の中では非常にこの会は大きな成果だったなというふうに改めて認識しております。で、あと、今後、今の時点で、与えられたデータからですね、明らかにできることっていうのは、まだまだたくさんあると思いますので、責任を持って、もっと丁寧に深めていきたいなというふうに思っています。

(福田さん) はい、慶應大学の博士課程におります福田と申します。私は先ほど、東大病院でリエゾンナースが支援を行っているというふうなお話がありましたけれども、私も東大ではありませんが、ずっと大学病院の中で、事故に関与した当事者の支援という形でリエゾンナースとして関わってきたというような経験ございます。そうした中で今回、この調査に携わらせていただきました。で、ちょっと近々のことは皆さんお話しいただいたので、今日の午後のディスカッションで私を感じたことをお話しさせていただきます。今日は当事者支援という研究をご紹介させていただいて、その中で当事者支援の切り口から、でもそれはやっぱり被害者も支援につながるのだというふうなお話だったと思いますし、その点、私自分でも感じています。で、そのつながっていく方法の中に、今日は事実をきちんと明らかにすることと、その事実を被害者さん、家族と共有していくという、事実を明らかにすることと事実を共有するという、そのプロセスを通してそこがつながっていくのだなというふうなことが少し見えてきたかなと思います。で、その時に、その伝える、事実を明らかにしていくに当たってのコミュニケーションのスキルですとか、伝え方のスキルですとか、そこをやっぱり磨いていかなきゃいけないのだ、医療者として「はっ」、というふうなことが、午後のディスカッション、午前中の中でも出てきたと思います。

で、私はそのディスカッション聞きながら、すごく感じたのは、もちろんそのスキルを磨いていくことは、二次的な被害というか、二次的な外傷体験をさせないという意味ではとても大事なことで、これはやっていけないといけないこと。だけれども、じゃあスキルを持つことによって、本当に傷付きはなくなるのだろうかという事です。でもそれは、私はなくならないとは思えない、スキルを持って二次的な傷付きを起こさせない、生じさせないような状況を作っても、なおかつ残る傷付きがあるというふうに感じます。それはご家族にしてみれば、大切な人を亡くしてしまったという傷付きだし、医療者に見れば、もともと医療者になろうと思った段階で、やっぱり人を何か手助けをしたいとか役に立ちたいとか、やはり回復して元気になって帰ってもらいたいという気持ちの中から医療者になっているわけですから、それを自分が加害者として傷付けてしまったという、その傷付きというものは、いくら私たちがスキルを持って、やはりなおかつ残るもの、そこをどうやってケアしていくかっていうことはやっぱり一番大事なことになると思うのですが、そこに行き着く前に二次的な傷付きの中ですごく右往左往している状況があって、そこに行き着かないのが、現状なんじゃないかなというふうにすごく感じました。なので、ですから、その事故後のケアの時には、トラウマケア、トラウマ治療という言葉で表現されますけども、私はむしろその傷付きはグリーンケアとして傷付いた心をどうケアしていくか、それはご家族、ご遺族もそうだし、当事者もそうだしというその面、そこになかなか行き着けない現状にあるのがすごく感じながら、このディスカッションを聞かせていただきました。ありがとうございました。

(高山さん) 今回は本当に貴重な経験ができたと思っています。今日のディスカッションを聞いていて思うところはたくさんあるのですが、やはり私自身も事実関係をはっきり、病院としてというか、していくってことに関しては、私もすごく同感で、私が初めて事実を話したのは、もう10年も前なので、今は違うかもしれないのですが、私の場合は警察で初めて聞かれたというのがあって、なのでやっぱり病院として事実関係をきちんと把握するってことは、当事者にとっても本当に支援になるとと思っています。ただ事実っていった時に、私は自分のことを思い出すと、本当、難しいというか、すごく感じていて、事故の直後はやっぱり本当に記憶が混乱していて、覚えていないことも本当にたくさんあって、話したくても話せないことがすごく多かったなと思います。で、話せない、覚えてないから話せないことが、自分をまた責めてしまうのです、こう、言わなきゃいけない、明らかにしなきゃいけないのに、そのことが、自分ができないというもどかしさっていうのも、すごく感じていたのを覚えています。で、はっきり、その、覚えていないことが多い中でも、点で覚えている、はっきり覚えていると思っていたことがあったのに、それもまた、なんか記憶のショックで、いや、それはこっちの部屋であったことなのだよっていった、なんかこう、記憶の混乱っていうのもあって、その事実を明らかにしていくっていうか、事実を当事者が語っていくっていうのも、難しいのだなというのを聞きながら感じていました。ありがとうございました。

(稲葉) はい、どうもありがとうございました。私がもうまとめる必要はもうありませんので、これで終わりにしたいと思います。研究会の報告会として、こういう形式を取らせていただいたことは、非常に異例というふうに、それは十分、理解しておりますが、最後にこういう、本当に事故当事者支援、事故被害者支援

というような大きな枠組みの中で、もう一度、医療者と患者家族が手を結び合うというような方策について、心を常に痛めておられる方々を中心に、私がお声をかけさせていただきました。これだけのたくさんの方にお越しいただいたということは、非常に嬉しい限りです。どうぞ今日のようなことを、私たちも記録に残しますので、一歩でも二歩でも前に向かっていきたいと思えます。勝村さんがやっておられるような、もう10年も20年も前からやっておられるような、その事実を明らかにしていく活動が、事故の当事者の支援にもつながるんだ、そしてそれが事故の被害者の方々の支援にも当然つながっていくのだという、こう、つながり方が少し見えてきたという福田さんのコメントは、私は非常に的確なんじゃないかなと思えます。そういう意味で事故調査の問題であるとかってということとも連動していくのだと思えます。そのあたりのことは、最後に私の方で報告書に書かしていただいて、また皆さんと共有したいと思えます。

今日はこの名古屋という会場には一応恵まれているということがありましたので、ここでさせていただきます。ここに当たっては、厚生労働省からもいろんなサポートをいただきましたし、ここにいない大学の事務局でもかなりサポートをしていただきました。私、秘書がないものですから、昨日の夜の8時頃までこのメンバーでコピーをしたりしておりましたけども、それも楽しかった研究過程かなというふうに思っております。それではですね、お忘れ物のないように、そしてアンケート、もしもお書きになっているものでありましたら、入口のところでお渡ししていただいて、そして私の方からもう一度、皆さんにソフトで送らせていただきますので、私の方にまたお返しいただければと思っております。今日、全員の方々からお声を拝聴することができなかったところについてはお許しいただいて、これでお開きにしたいと思います。そして人見さんを始めとして、この議事録を作っていたいたり、この撮影をしていただくことについても、だいぶ私の方で急にセッティングを変えたりしましたので、ご迷惑かけたことは、ここでお詫びをして終わりにしたいと思います。

どうもありがとうございました。

(*拍手)

(*終了)

(下線は分担研究者が入れた)

