

令和元年度厚生労働科学研究費補助金
(地域医療基盤開発推進研究事業)
分担研究報告書

謝罪のセミナーの開発と評価

研究分担者 佐藤恵子 (京都大学医学部附属病院 医療安全管理部 特任准教授)

研究要旨

医療行為を行う中で、よくないことが起きた場合は、きちんと謝る必要があることを理解してもらい、具体的に誰がどのような態度で、どのような言葉を述べたらよいかなどを考えてもらうことを目的としたセミナーを作成し、実施して評価を得た。

よくないことを経験した患者は、もとの疾患に上乘せする形で身体と心に傷を受けるため、医療者には、起きた事実を認めて謝るなど、誠実な対応が求められる。しかし、医療者の中には、すぐに謝罪すると非を認めることになり病院に迷惑がかかったり、責任をとらされたりするかもしれないといった危惧をもつ人もおり、また、どのようにふるまえばよいかかわからず逡巡する場合もある。その結果、すみやかに謝ることができなかつたために患者や家族に不誠実と思われれば、大きな紛争に発展する可能性もある。

そこで、医療者を対象に、よくないことが起きた場合は謝る必要があることなどを解説し、どのように対応したらよいかを考えてもらうことを目的としたセミナーを開発した。セミナーでは、患者が手術で死亡した直後に説明や謝罪がなく長期間苦しんだ家族の実例をもとに、講義と双方向の議論ならびに、よくないことが起きた場面で対応を考える演習で構成した。対応の基本的な考え方は、共感の謝罪と責任を認めての謝罪により赦しを得ること、協働作業などを通じて信頼回復の努力が必要であることとした。医療スタッフを対象にセミナーを実施し、評価してもらったところ、受講者の多くは、セミナーは謝罪の必要性を理解したり、患者・家族への対応を考えるのに役に立ったと回答した。

よくないことが起きた際は、医療者も動揺するため、適切な対応ができない場合も多い。少なくとも、直後は起きたことについて謝罪することや、責任はなくても期待に添えなかったことを謝罪する必要があることなどを頭で理解しておけば、実際によくないことが起きた場面でどのように行動したらよいかを判断する拠り所になると思われる。医療者が誠実な対応をすることで、患者・家族の気持ちが癒やされ、医療者を赦してもらうことができれば、失われたもの、たとえば患者の尊厳や家族の医療への信頼、医療者の自信などを回復することにつながり、双方の利益になりうると考える。

A. 研究目的

医療行為を行う中で、患者によくないことが起きた場合、患者は身体と心に傷を受ける。医療上のよくないことの中には、

軽微なものから、死亡などの重大なものまで含まれ、また、背景も、同姓の患者に薬を渡したなどのようにミスが明らかな場合もあれば、医療行為に問題がなかったにも

かかわらず大きな合併症が起こり、原因解明に時間を要する場合など、さまざまである。

とくにミスが誰の目にも明かな場合は、すみやかにその場で謝罪しないと、患者・家族はその不誠実さに腹が立つだろうし、重大な結果が生じた時は、原因はわからなくても、とりあえずは起きたことを説明して謝罪することが大事である。そして、原因を調べた結果、医療行為に問題がなかったとしても、患者や家族の期待に応えられなかったことは確かであるので、そのことに対して謝罪する必要がある。

しかし、医療現場では、その場で適切に謝罪しなかったことで不信や怒りを買ひ、紛争に発展する事例を経験する。医療者が謝罪しない理由としては、すぐに謝罪すると、非を認めることになり病院に迷惑がかかったり、責任をとらされたりするかもしれないといった危惧をもつこと、どのような言葉を述べたらよいかかわからず逡巡することなどが考えられる。米国では、これらの態度が患者の怒りを呼んで医療訴訟に発展し、患者・家族と医療側の双方が疲弊したり、賠償額が膨大になったりする状況を踏まえ、誠実な対応をすることを求めた **Open Disclosure** の運動や^{2,3)}、対話を通じて双方が納得できる解決策をさぐるプログラム **CANDOR** が提案されている⁴⁾。

そこで、これらの考え方を取り入れ、よくないことが起きた場合はきちんと謝る必要があることを理解してもらい、具体的に、誰がどのような態度で、どのような言葉を述べたらよいかなどを考えてもらうことを目的としたセミナーを開発し、医療スタッフを対象に実施して、評価を得ることとした。

B. 研究方法

本セミナーを受けることで、受講者に習得してほしいこととして、1) よくないことが起きた場合は、すぐに謝罪することを、2) 患者からは、敵ではなく、援助者としてみなされる必要があること理解する、3) 事例に遭遇したときに具体的にどうすればよいかを理解する、を設定した。

そして、よくないことが起きた際の対応の基本的な方針は、まずは謝罪して赦してもらうこと、すなわち、1) 直後は、「よくないことが起きた」事実に対して謝る（共感の謝罪）、2) 原因究明が必要な場合は、原因が明らかになった時点で説明し、責任がある場合はそのことを謝罪する、責任がない場合でも、期待に添えなかったことを謝罪する（責任を認めての謝罪）こととし、これらを通じて赦してもらうこととした。

さらに、死亡事故などが起きた場合は、家族が望むこと（再発防止策の立案など常識的な範囲のこと）を協働で行ったりすることで、家族の気持ちを癒したり、信頼を回復する試みが必要であるとした。

1) 教育内容の作成

セミナーは、「謝るときは謝ろうー臨床倫理の立場から」と題し、約2時間を想定した。対象は、医療スタッフや、患者からの相談を受ける医療事務の担当者とした。

セミナーでは、まず講師（筆者）がセミナーの目的を解説し、次に、事故直後に適切な説明と謝罪がなされなかったために家族が苦しみ、その後和解したある病院での事例を報道した番組を視聴してもらい、この事例をもとに、医療者は患者から見てどのようなものであるべきかを説明した上で、実際にどのように対応すべきかを解説し、5人程度の小グループに分かれてのディスカ

ッションも挟んで双方向の対話をしながら、受講者に考えてもらう構成とした。そして最後に、患者に薬の誤配した場面を想定した事例で対応を考える演習を行うこととした。講義のパワーポイントを作成し、医療問題を専門とする弁護士に監修を依頼し、法的な配慮事項に関する教示を得た。概要を表1に示す。

2) 事例の内容

患者への対応を考えるための題材として用いたのは、2007年に放映されたテレビ番組である⁵⁾。番組自体は、1995年にA大学病院で、B夫妻の2歳の女兒(Cちゃん)が心疾患の手術を受け、翌日に心不全を起こして亡くなったという事例が、裁判外紛争解決手続きにて解決した様子を紹介する内容である。この番組の、患者の治療や対応について家族や医療者が直接考えを述べている一部(約15分)を題材として使用した。内容の概略を以下に示す。

Cちゃんの手術はとくに問題なく終了したが、その後原因不明の心不全が起き、救命措置をしたが、翌日に死亡した。その際、医療側からは「そういうこともあります」という言葉のみで詳細な説明はなく、B夫妻は、悲しみや納得できない気持ちを抱えて苦しむことになった。その数年後、A大学病院の同じ診療科で死亡事故が起り、データ隠蔽の問題もあって大きく報道された際に、B夫妻は娘の手術の際にも何か問題があったのではないかと疑い、A大学病院に事実の解明と説明を求めた。

B夫妻は、裁判外紛争解決を利用することに同意し、A大学病院は事例を精査した上で、手術自体には問題がなかったこと、原因不明の心不全が起きたことを説明し、謝罪した。執刀医は、教育病院ではよくあ

ることであるがB夫妻と面識がなかった人で、「見ず知らずの私が執刀し、このような思いをさせてしまい申し訳ありません」と謝った。B夫妻は、起きたことの説明を受け、また、「自分達の気持ちを伝えることができた」と語り、娘の死を無駄にしないことなどを病院側に求めた上で、和解に応じた。

3) 講義の内容

セミナーの導入では、講師自身が飲食店で注文を飛ばされた際に謝罪してもらえず不快な思いをした経験を紹介しながら、謝罪の必要性を語り、A大学病院の事例を視聴した後、受講者とともに、問題点を挙げて検討し、「医療者はどうあるべきか」について議論し、その後解説を加えた。

①事例の問題点の検討

A大学病院事例の問題点は、患者が死亡した直後に、何が起きたのかの説明がなく、患者が死亡したにもかかわらず謝罪の言葉もなかったことである。医療側としては、ミスがあったわけではなく、原因不明の不可抗力での死亡であったため、責任がないと感じたであろうし、医療には不確実なことも多いので、「そういうこともあります」という説明のみで、謝罪する必要もないと感じていたことが想像できる。

受講者には、自分がA大学病院でCちゃんの手術にかかわる医療者であったらどのような対応をするかをグループディスカッションで議論することとした。

②医療者のありようについての解説

次に、医療者は患者・家族から見て「どのようなものでなくてはいけないか」を考えてもらうこととした。すなわち、本事例の医療者は、責任がないため謝罪もしなかったが、この対応の根本的な問題は、B夫

妻の苦しみに意識を当てることなく、B 夫妻から見れば「自らの保身をする者」であり憎むべき敵になってしまっている部分であることを解説した。そして、B 夫妻から援助者として見なされるためには夫妻の苦しみに焦点をあてて対応する「援助的コミュニケーション」が必須であることを説明した⁶⁾。

③本事例で、医療者はどうふるまうべきかの検討と解説

そして、よくないことが起きた場合に、実際の対応をどうするかについて、受講者と双方向のやりとりを通じて解説した。

具体的には、1)よくないことが起きたときは、患者・家族は疾患に加えて、身体と心の両方に傷を負うことを認識する、2)よくないことが起きた直後は、よくないことが起きた事実について共感し、できれば本人が謝罪をする、3)原因が明らかな場合はそれを説明して謝罪するが、原因がわからない時は、調査を行って報告することを伝える、4)調査の結果、責任があればそのこと謝罪し、責任がなかった時は、期待に添えなかったことについて謝罪をする、5)患者・家族の心を癒やして信頼を回復するために、家族が望むことを協働作業として行う、とした。

なお、配慮すべき点として、原因がわからない時は、予測で「自分の不注意や力不足で起きた」というようなことは言わないこと、「残念だ」という表現は、責任がある場合は人ごとのように聞こえるので使用しないことなども解説した。

また、謝罪や信頼回復の方法として、大虐殺が起きたルワンダで和平活動をしている佐々木和之氏の活動を紹介しながら、以下を解説した⁷⁾。すなわち、謝罪は、被害者の中に加害者が謝ったら赦すという気持

ちがある場合は、加害者本人が（動揺している場合は別として）直接すること、被害者に「赦します」と言ってもらうこと、そして、信頼回復には協働作業が必要であり、それらを通じて被害者や家族の心が癒やされ、加害者の罪の意識も癒えることを説明した。

③実際の対応を考えるための演習

講義内容を踏まえて、実際によくないことが起きたときにどのように対応したらよいか、具体的にセリフを考えて対応する演習を設定した。

事例は、同姓の患者に誤って緩下剤飲ませてしまった場合と、インスリンを誤って過剰投与した場合の2つを準備した。2人一組となり、それぞれ医療者と患者を演じてもらうこととした。

4) 自記式質問紙による理解の程度の確認とセミナーの評価

大学病院のスタッフを対象にセミナーを実施し、セミナーを受ける前後で自記式調査票に記載してもらうことで、理解の程度とセミナーに対する評価を行った。

セミナーを受ける前の調査票では、よくないことが起きたときにどのようにふるまうかと、何に対してどう謝るかについてたずねた。セミナー後の調査票では、セミナー前と同じ質問をする他、医療者の役割などに関する質問をした。

一方、セミナーは自分がよくないことに遭遇したときにどう対応したらよいかを考えるのに立ったかなどをたずねた。また、自由記載欄を設けた。

C. 研究結果

セミナーは、医療関係者8名を対象にしたパイロットを実施し、セミナーの内容の

や質問紙の妥当性を検討した後、主任看護師 28 名および看護師長 38 名のそれぞれを対象に 2 回、計 66 名を対象に実施した。

1) 対象者の属性

対象者の属性を表 2 に示す。勤続年数は全員が 10 年以上であり、20～29 年が 5 割と最も多かった。

これまでによくないことが起きたときの対応について教育を受けた経験があると答えた人は、約 4 割であった。

2) 講義と演習の内容

セミナーは、講義部分と、小グループでの検討と報告、演習で構成し、講義の全体を通して、講師は受講者に問いかけ、双方向のやりとりを通じて進行した。

A 大学病院の事例での問題点と改善点を挙げてもらったところ、起きたことの説明や謝罪の言葉がなかったのは問題であり、経過を詳しく説明することや、救命できなくて申し訳ない旨の謝罪があったらよかったという指摘がなされた。小グループの話し合いも、活発な意見交換が行われ、2 人 1 組の演習も、時間が不十分ではあったが、医療者と患者役を熱心に演じていた。

3) 自記式質問紙による理解の程度とセミナーの評価

自記式調査票を記載した人は 66 名であり、質問肢の 7 割以上を回答した人 61 名を有効回答とした。

①よくないことが起きた場合の対応について、セミナーの前後での比較

A 大学病院の事例に関わった医療者であったという仮定で、患者が心不全で亡くなった後に患者にどのように対応するかについて、セミナーの前後で回答してもらった

結果を表 3 に示す。

セミナーの前は、「直後は謝らなくてよい」とした人が 5 人 (8%) いたが、セミナー後は全員が「起きたことについて謝り、要因を調べて伝える」を選択した。

③何に対して謝るかをどう考えているか

謝ることについて、どのように考えているかをセミナーの前後でたずねたところ、セミナーの前では「直後は謝る必要がなく、要因が判明した際に謝ればよい」とした人が 4 人いたが、セミナーの後では、全員が「よくないことが起きたらそのこと自体を謝り、原因や責任が判明したらそのことを誤るのがよい」と回答した。

④医療者の役割について

医療者の役割で誤っているものをたずねた結果を表 4 に示す。大多数が「患者を管理する者である」を選択した。

また、よくないことが起きたときの医療者の役割について正しくないものをたずねたところ、多くが「責任があるときのみ謝る」を選択した。

④よくないことが起きたときに、何を伝えるべきか、どのような対応が必要か、調査の結果ミスがなかったときにどのような対応をすべきか、について

よくないことが起きたときに伝えること、対応のしかた、責任がなかったときの対応をたずねた結果を表 5 に示す。

大多数の人が、「起きたことについて誤ること」、「調査後に責任があった場合はそのことを誤る」「責任がない場合は、期待に応えられなかったことを誤る」ことが必要であると回答した。

⑤セミナーに対する評価

表 6 に、セミナーがよくないことが起きた時の対応を考えるきっかけになったか、ならびに本セミナーを他のスタッフにも受講してもらった方がよいかを 5 段階（とてもそう思う～全くそう思わない）で尋ねた結果を示す。いずれも、多くの人が、肯定的な回答をした。

⑥自由記載欄の記載

21 人が自由記載欄に意見や感想を記載した。「全職種に受講してもらいたい」という意見の他、「考えていても言えないことが多いので、言葉にしてみる事が大事である」「考え方、対応の方法として心得ておきたい」「患者の苦しみを支援することの大切さを学んだ」「考え方を理解していると落ち着いて対応できる」といった意見が得られた。

5) セミナー運営上の問題

講義部分の時間が延長し、演習の振り返りに十分な時間を配分できなかった。

D. 考察

謝罪セミナーは、受講者の多くから肯定的な評価が得られ、有益であることが示された。目的として以下の 3 点、すなわち、1) よくないことが起きた場合は、すぐに謝罪することを知ってもらう、2) 患者からは、敵ではなく、援助者としてみなされる必要があることを理解してもらう、3) 事例に遭遇したときに具体的にどうすればよいかを理解してもらう、を設定したので、これらについて考察する。

また、最後に、セミナー全体の評価と改善点について述べる。

1) よくないことが起きた場合は、すぐに謝

罪することについて

筆者が謝罪のセミナーが必要と考えた理由に、以下の 2 つがある。

一つは、医療現場で家族から受ける意見や苦情の中に、医療者が小さなミスをした場合や、患者・家族の要求に即応しなかった場合に、そのことについて怒りや恨みを持ち、これらの感情を患者が死亡した後も増幅させて抱えている事例を見聞きすることである。これらの中には、よくないことが起きた直後に、医療者が事実を認めて謝罪をしていればその場で患者・家族の気持ちがおさまっていたと思われる事例が含まれており、医療者が逡巡することなく対応できるようになってほしいと思ったことである。

もう一つは、A 大学病院の事例のように、医療者にミスがなかった場合や、機器の不具合や薬剤の汚染などが原因で病院には直接の責任がない場合は、医療者自身に非があるわけではないので謝ることはしがたいが、患者側から見れば、病気の改善どころか死亡という結果になることは耐えがたいので、医療者は、「(自分たちのミスではないが)患者・家族の期待に応えられなかったことは申し訳ない」と言わない限り家族の気持ちは収まらないと思ったことである。

したがって、謝罪の基本的な考え方は、Open Disclosure を引用して、まずは共感の謝罪をして、責任があった場合はそのことを謝罪し、なかった場合は期待に添えなかったことを謝罪するという 2 段階として、講義内容を組み立てた。

受講者の多くはセミナーを受ける前からこれらの謝罪のありようを正しく認識しており、受講者の多くが臨床経験が 10 年以上の人であり、医療事故を経験したり見聞きする経験を持つ人が多かったことが考えら

れる。

また、責任がなかった場合も謝る必要があることもよく理解されていたが、これは、題材として視聴してもらった A 大学病院での事例が、医療側に落ち度がなく、死亡直後に謝罪をしなかった例であったため、その問題点が実感をもって理解できたものと思われる。

セミナー前には、「すぐ謝らない方がよい」と答えた人が数名いたが、セミナー後は全員が直後の謝罪の必要性を認識しており、セミナーが理解の向上に効果があったことが示された。

2) 患者から、敵ではなく、援助者としてみなされる必要があることについて

筆者が医療事故の事例を聞いていて、最もよくないと思うことは、もともと患者・家族と医療者は、患者の内なる敵と戦うという目的のために信頼を基盤とした良好な関係にあったはずが、害を受けた人と害を与えた人になり、怒りや憎しみで対立する関係になることである。医療者の責務は、患者の利益を守ることであり、患者を援助することが役割であることを考えれば、たとえよくないことが起きた場合でも、援助者でなくてはならないことは変わりなく、患者・家族の苦しみを和らげたり、信頼を維持したりする努力をしなくてはならないのは自明である。

そこでセミナーでは、A 大学病院の医療者の問題点を把握し、医療者は何をどうすれば患者・家族から援助者としてみなされるかについて解説した。すなわち、A 大学病院の事例では、医療者にはミスがなく、医療は不確実であるので「そういうこともあります」という事実の説明がなされたわけであるが、B さん夫妻から見れば、それが

真実であろうと、娘が死亡したのは理不尽であり、客観的な事実を淡々と言われただけでは他人行儀で、保身をしているようにしか見えない。

この要因は、医療者の意識が家族の苦しみにあたっておらず、そのために、家族は、医療者は自分たちの苦しみを理解してくれる人や、自分たちを守ろうとしてくれる人には見えず、憎むべき対象として現われているところにある。これは、現象学をもとにした対人援助論の考え方を援用したもので、この状況でたとえ医療者が謝罪の言葉を述べたとしても、医療者が家族の苦しみを理解しておらず共感していないことが家族に見透かされていけば受け入れられることはない⁶⁾。したがって、セミナーでは、患者・家族の苦しみに焦点をあてて対応し、家族から援助者としてみなされることは、謝罪の場面で最も重要な要素であることを強調した。

受講者には、B 夫妻の苦しみは何かを問いかけて考えてもらい、C ちゃん健康回復のために手術を受けたにもかかわらず、原因不明の心不全で死亡するという事態になったことと十分な説明や対応をしてもらえなかったことを認識し、それを共有した上で、謝罪をすることが必要であったことを指摘してもらった。自記式評価表で医療者の役割をたずねた項目では、ほとんどの人が医療者の役割を正しく認識しており、具体的な事例で考えることが有効であったことが示された。

3) 事例に遭遇したときに具体的にどうすればよいかを考える

講義で理論や方法を学んだとしても、医療者が臨床現場で問題に遭遇すれば、焦りや戸惑いもあり、適切に行動することは難

しいと思われるため、「実際の場면을仮想してセリフを言ってみる」という演習を設けた。

演習に対する評価は調査していないが、たとえ仮想の事例であっても、よくないことを経験した患者の気持ちになってみたり、よくないことを起こした医療者の気持ちになってみることはある程度可能と思われ、多かれ少なかれ学ぶものがあつたのではないかと推察される。ただし、講義の時間が延長したために、演習の振り返りの時間などに余裕がなかったため、十分な時間をとる必要がある。

4) セミナー全体の評価と改善点

受講者にセミナーを受けた感想をたずねたところ、大多数から「対応を考えるのに役に立った」「他のスタッフにも受講してほしい」という肯定的な評価が得られた。この要因としては、一つは、用いた事例が実際に起きたもので、医療者や家族が登場して当事者の感情や考えを直接把握することができたこと、幼い命が事故で失われることが身につまされるように実感できたこと、問題の所在が明かで改善点などを考やすかったことがあると思われる。

セミナーという座学の場合において、医療者のありようの問題点を把握したり、家族に対応する際のセリフを考えたりするには、これらに問題があつて、見る者の意識や感情が揺り動かされるリアルな場面を見ることが肝要であり、適切な題材を準備することはセミナーの成否の鍵と思われる。適当な映像教材がない場合は、自施設での事例を題材にすることもよいと思われるが、その場合は、再現ドラマのようにシナリオ仕立てにして提示するとよいだろう。ただし、自施設の実例を用いる場合は創作を加

えたペーパーケースにするなど、当事者のプライバシーや感情を傷つけない配慮が必要である。

セミナーに対して肯定的な反応が得られたもう一つの要因としては、講義を聞くだけでなく、小グループディスカッションや演習を通じて、受講者が自分で問題を考えたり謝罪のセリフを言ってみることで、自分の身に引きつけて考える機会となったことが考えられる。受講者からも、「言葉にしてみる事が大事である」という意見が得られ、短い時間であっても、セリフを考えたり言ってみたりすることは、実臨床での行動を促すのに有益と思われる。

演習を設定する場合は、事例は受講者の背景に合わせたものにする、関心をもって取り組んでもらえると思われる。たとえば、受講者が医師であれば手術中に患者が脳梗塞を起こして昏睡状態になった場面や、薬剤師であれば、薬剤を過剰量処方して患者に重篤な症状が起きた場面の事例を準備するとよいだろう。

本研究での対象者は、看護師のみであったが、よくないことが起きたときの対応は、現場で遭遇する人すべてが身につけている必要があり、謝罪に関する基本的な考え方は、病院全体の方針として明文化し、すべてのスタッフが知っておくことが大事であると思われる。

米国での *Open disclosure* や *CANDOR* の試みも、予防できる事故を減らし、医療訴訟を避けるという目的はあるにせよ、医療側が誠実な態度を見せ、対話を重ねることを通じて双方が心を通わせ、納得できる結果に至ることを目的としており、患者や家族の傷ついた気持ちを慰めたり、医療者に対する信頼を回復したりすることを目指すという部分は、医療者と患者・家族関係

のもっとも原点であり、文化的な違いはあっても、人間のありようとして共通するところであると思われる。そして、患者・家族に赦してもらうことで、医療者が抱える心の傷も癒える部分があると思われ、よくないことを起こした人が、大きな精神的な負担を抱えることなく医療者として職務を全うしていく上でも重要と考える。

なお、筆者が医療現場でのさまざまな紛争を観察していると、重大な事故が起きた後、同じように誠実に対応していても、家族の赦しが得られる場合と得られない場合があり、そもそも治療方針の決定のあたりで医療側と患者・家族の間に良好な関係が築けていなかった場合は、事後にいくら誠実に謝罪したところで和解に至らないことが多いと感じている。これについては稿を改めて論じたい。

E. 結論

本セミナーは、2 時間の短いものであるが、患者・家族への対応を考えてもらうきっかけになると思われ、実臨床でよくないことが起きた場面に遭遇した際の言動を考える拠り所につながることを期待できる。医療者がきちんと謝ることで、損なわれた身体機能や死亡した患者が戻って来るわけではないが、失われた大事なもの、たとえば患者の尊厳や、家族の医療に対する信頼、医療者の自信などを回復することができれば、患者と医療者の双方の利益になると思われる。今後は、受講の対象を広げて実施し、評価をもとにさらに改善を重ねる予定である。

<引用文献>

1) 豊田郁子. うそをつかない医療. 亜紀書房. 2016

2) ダグ・ヴォイチェサック、ジェームズ・W・サクストン、マギー・M・フィンケルスティーン. 前田正一（監訳）、児玉聡、高島響子（訳）. ソーリー・ワークス!: 医療紛争をなくすための共感の表明・情報開示・謝罪プログラム. 医学書院. 2011

3) 岩田太. 医療事故、Open Disclosure、謝罪. 法はいかに被害者と「加害」医療者を支援すべきか. 患者の権利と医療の安全. 岩田太（編者）. ミネルヴァ書房. 2011

4) Agency for Healthcare Research and Quality. Communication and Optimal Resolution (CANDOR)

<<https://www.ahrq.gov/patient-safety/capacity/candor/index.html>>

5) 和解—家族と医師が向き合った 150 日. 生活ほっとモーニング. NHK. 2007年 11月 21 日

6) 村田久行. 対人援助における他者の理解. 東海大学健康科学部紀要. 6 : 109-114, 2001

7) 佐々木和之. ジェノサイド後の共存と和解—ルワンダ農村部の事例から. 日本平和学会. 2014

<<https://www.psj.org/>>

F. 研究発表

・佐藤恵子. インフォームドコンセントはソムリエ方式で. Cancer Board Square. 5(3):136-145, 2019

G. 知的所有権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得 特になし
2. 実用新案登録 特になし
3. その他 特になし

表1 講義の概要

5分	講義	セミナーの目的
10分	セミナー前の質問票記載	
30分	ビデオ視聴 講義、問題点の検討	・謝罪はなぜ必要か ・小グループディスカッション、報告
40分	講義	・謝罪のありよう ・意識を苦しみにあてるとは ・患者・家族にどう対応するか
20分	演習 2事例	・「自分はどうか行動するか」を考える ・ロールプレイと振り返り
5分	まとめ	
10分	セミナー後の質問票記載	

表2 受講者の勤続年数と教育経験 (n=61)

勤続年数	10～19年	17 (27.9%)
	20～29年	30 (49.2%)
	30～39年	13 (21.3%)
よくないことが起きた時の対応の教育経験	なし	38 (62.3%)
	あり	23 (37.7%)

表3 問題発生直後にどう話すかと謝罪についての意識のセミナー前後での比較 (n=61)

	セミナー前	セミナー後
◆あなたがスタッフだったとして、術後に心不全で死亡した患者の家族にどう話をするか		
医療は不確実なのでこのようなことがあります	5 (8.2%)	0
救命できなくて申し訳ございません。要因は調べてお伝えします	56 (92.8%)	61 (100%)
私の不注意の結果で申し訳ございません	0	0
術後管理をしていた者の責任なので担当者に謝らせます	0	0
◆謝ることについて、あなたの考えに近いものはどれか		
すぐに謝ると責任を認めたことになるので、すぐに謝らない方がよい	1 (1.6%)	0
状況説明は必要だが、謝る必要なし、原因が明かになったらそのことについて謝ればよい	4 (6.6%)	0
よくないことが起きたときはそのことを謝り、責任が判明したらそのことを謝る	56 (92.8)	61 (100%)
ミスがないことが明かな場合は謝らなくてよい	0	0

表4 病院・医療者の役割について (n=61)

◆医療者の役割で正しくないものはどれか	
患者の傷病を治す	0
患者の主観的な苦しみを減らす	1 (1.6%)
患者・家族にとって管理者である	50 (82.0%)
患者・家族の苦しみを援助する人である	10 (16.4%)
◆よくないことが起きた際の病院・医療者の役割で正しくないものはどれか	
原因を調査し、責任がある時のみ謝罪する	55 (90.2%)
よくないことが起きたことを謝り、責任があるときはそのことを伝えて謝る	4 (6.6%)
よくないことは、患者の苦しみなので、それを減らすのも医療者の役割である	2 (3.3%)
よくないことが起きた時は、期待に添えなかったことを謝る	0

表5 よくないことが起きた時の対応 (n=61)

◆患者・家族に伝える内容で正しいものはどれか	
よくないことが起きたことと、原因調査をして伝えること	60 (98.3)
原因がわからない時は何も言わない	0
思いがけないことが起きた時は、説明は避ける	0
よくないことが起きるのは医療の常識であると説明する	1 (1.6%)
◆よくないことが起きたときの適切な対応はどれか	
原因はわからなくても、不注意等があったことを認めて謝る	4 (6.6%)
起きたことについて、残念であったことを謝る	56 (91.8%)
よくないことを起こした本人は出さずに担当科の部長や病院長が謝る	1 (1.6%)
よくないことを起こした本人が謝ることは避けた方がよい	0
◆医療側にミスがないことが明らかになった場合の対応で適切なものはどれか	
ミスがなかったので謝る必要はない	0
ミスがなかったことを説明するのみで謝る必要はない	0
全責任は病院にあることを説明して謝る	0
ミスはなかったが、期待に応えられなかったことを謝る	61 (100%)

表6 セミナーに対する評価 (n=61)

◆よくないことが起きたときの対応を考えるきっかけになったか	
とてもそう思う	49 (80.3%)
そう思う	12 (19.7%)
◆他のスタッフにも受講してもらった方がよいと思うか	
とてもそう思う	51 (83.6%)
そう思う	10 (16.4%)