

医療事故発生時の 「第二の被害者」への支援

松村 由美

京都大学医学部附属病院 医療安全管理部長／教授

Summary

医療に起因する深刻な有害事象を減らす組織的な取り組みの重要性は理解されるようになったが、他方、医療事故に直接関与した当事者への対応に関する取り組みは遅れている。当事者は事故によって深く傷つき、適切なケアや配慮がなければ、事故前と同じように働くことができない状況に陥る。「第二の被害者」とは、彼らもまた支援の対象である、ということを示す言葉である。第二の被害者支援には、大災害後の被災者への心理的応急処置 (PFA) の原則、つまり、支援の必要があるかを確認し、必要なものや気がかりがあるかを尋ね、必要な情報につなぐ、ということが適用できる。医療事故後の調査を行う際にも、第二の被害者の支援という側面を意識するとよいだろう。

1999年に米国医学研究所 (Institute of Medicine) は、報告書“To Err is Human: Building a Safer Health System”¹⁾を公表し、医療事故による年間の死者数が米国において、4万4000人から9万8000人にも及ぶという試算を公表した。この報告書以前にも、医療事故に関する研究結果は報告されていたが、この報告書によって、広く市民や政府のリーダーが問題を認識するようになり、医療事故対策は、国全体が取り組むべき課題であるという認識に至った。また医療事故は、医療を提供するシステムの機能不全の結果である、と分析されるようになった。

この報告から20年が経過し、インシデント報告制度や医療安全管理を専門とする部署の設置は、先進国では一般的になり、医療安全活動への投資もなされるようになった。しかし、医療システムの改善と比べ、事故に関与した当事者への対応は遅れている。日本では、医療事故に遭った患者・家族への対応、および医療事故の当事者である医療者への対応は、多くの医療機関において、医療安全や患者対応担当者の個人的スキルに任されている現状がある。

本稿では、医療事故の当事者支援に関する考え方の世界的・歴史的な流れをまず整理し、次に、医療以外の領域におけるストレス後のケアの概念や方法を紹介

し、最後に医療安全管理者として経験したことを述べる。

非難の文化とは

医療事故とは、医療行為に起因した有害事象であり、その医療を提供した時点では予期しなかったもの、あるいは予期していた範囲を超えるもの、である。事故という言葉は、過失を想起させるが、本来この言葉は、過失の有無を問わない。しかし人は、予想外の事象に遭遇した際、なぜ自分や家族にそのようなことが発生するのか、何かの誤りがあったのではないかと、起こるはずのないことが起こったことには理由があるはずだと考え、事故を過失と関連づけようとする。

社会心理学の領域では、特定の事象の原因を人間がどう判断するかが研究され、それは帰属理論 (attribution theory) として説明されている。この理論の前提は、人間は生来、世界というものを理解したが、ということである。そのため、予想外の事象が起きると、人間は自動的に原因を理解しようとし始める²⁾。

このように考えるのは、医療事故に遭遇した患者・家族ばかりではない。医療事故の当事者や同僚などの関係者も、何らかの原因があったと考え、最もよく説

明できる「原因」を探し出そうとする。原因を特定し、原因に対して最も影響を及ぼした人間を特定し、非難する。

このように、関与した人物を特定し、非難するという問題解決方法は、長い間、人間の社会活動に根づいてきたものであり、「非難の文化」と呼ばれる²⁾。とりわけ医療のように、専門家集団による業務が遂行されている世界では、「専門家が間違はずはない」という考え方が根強い。

第二の被害者

米国のジョンス・ホプキンス大学の教授であり、総合内科医師である Albert Wu は、医療ミスによる明らかな被害者が患者であることは明白だが、同じエラーによって傷ついた医師もまた、第二の被害者 (the second victims) であると考えた³⁾。彼の考えは、以下のようなものである。

第二の被害者である医師も、深刻な有害事象によって、心の傷を負っている。誰かに伝えるべきかどうかを悩んだり、事故を何度も思い出したり、自分のしたことが見つかってしまうのではないかと、恐れられている。

このとき、罪悪感に立ち向かう唯一の方法は、誤りがあったことを患者・家族に正直に話し、補償し、許しを得ることであるが、病院側や周囲の医療者が、当事者による謝罪を妨げている。合併症および死亡カンファレンスにて、医学的な事実は検証されても、患者や医師の感情に対する振り返りは行われていない。

被害からの回復の仕組みがないために、当事者の医師は、自分の間違いに対し、怒りや非難といった反応を示すことしかできない。そして、患者や他の医療者に怒りを向けたり、あるいは燃え尽きたり、アルコールや薬物の中毒になったりする。

第二の被害者が回復できる道は、患者に正直に話すことであり、これを経てこそ、医療者らは解決を目指して話し合うことができ、再発防止にもつながっていく。

以上のように Wu は述べ、真実説明と謝罪によって、医療事故の当事者も救われ、やがて当事者には使命感が芽生え、事故から学んだ教訓を患者安全活動のために生かせるのだ、と考えて、「第二の被害者」という用語を提唱したのである。

著者紹介

松村 由美 (まつむら・ゆみ)
京都大学医学部附属病院 医療安全管理部長/教授
1994年京都大学医学部卒業。2003年京都大学大学院医学研究科皮膚科助手、2011年京都大学医学部附属病院検査部准教授 (医療安全管理室長)、2017年より現職。



京都大学医学部附属病院 (京都市左京区) : 1121 床

第二の被害者症候群と PTSD

第二の被害者の事故後の一連の反応は、第二の被害者症候群 (SVS : second victim syndrome) と呼称されることがあり、これを、人生においてかつて経験したことのないほどの「感情の津波」と表現する経験者もいて⁴⁾、心的外傷後ストレス障害 (PTSD : post-traumatic stress disorder) の一種であると考えられている。

医療事故の当事者は、自分の行為が患者に重大な害や死亡をもたらした事実を、何度も反すうする。時に、自らの誤りを否定したい気持ちに駆られ、他の医療者、あるいは患者自身に、責任を転嫁しようとすることもある。このような反応は、急性ストレス後の精神状態として多かれ少なかれ、誰にでも現れる「通常の反応」であるが、この反応を示した当事者を、周囲の医療者が非難したり、突き放したりすれば、「通常の反応」が慢性化し、PTSDに進むことがある。

当事者は、医療者でもある。そして、他の患者の治療やケアを続けている。もし、PTSDを抱えたまま医療行為を行い続けたら、別の医療事故を起こす可能性があり、「第四の被害者」、すなわち「害を受ける別の患者」を生じることになる。(ちなみに「第三の被害者」は、医療事故によって評価が低下する医療機関を指す)。第二の被害者に対して正しく支援することは、それ以後の被害拡大を防ぐことにつながると考えられている。

一般的に、誰であっても、予想外のつらいできごとによって遭遇した後は、突然つらい記憶がよみがえったり、常に神経が張りつめている状態になったり、記憶を呼び起こす状況や場面を避けようとしたり、感覚が麻痺したりする。こうした反応は、つらくて怖い経験の直後であれば、ほとんどの人に現れ、医療事故の当事者も例外ではない (表1)。

事故後の1カ月程度は、そのような反応が誰にでも起こりうると思えるべきであり、「症状」あるいは「病的」と捉えてはならない。しかし、これらの反応

表1 医療事故の当事者にみられる急性期の反応

反応	具体例
突然、つらい記憶がよみがえる。 Re-experiencing symptoms	急に頭の中に事故の場面に再現される。怒り、哀しみ、無力感を感じる。突然感情が不安定になり、取り乱したり、涙ぐんだりする。
常に神経が張りつめている。 Arousal and reactivity symptoms	緊張が続き、イライラする。ぐっすりと眠れない。
記憶を呼び起こす状況や場面を避ける。 Avoidance symptoms	事故を起こした場面に通じる医療行為を避けるようになる。今までのように勤務できないと感じる。業務遂行に対して過度の不安を感じる。
感覚が麻痺する。 Cognition and mood symptoms	喜びなどの感情がなくなったり、人に心を許すことができなくなったりする。孤立する。

[厚生労働省：みんなのメンタルヘルス (<https://www.mhlw.go.jp/kokoro/index.html>)、およびThe National Institute of Mental Health：Post-Traumatic Stress Disorder (<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>) を参考に作成]

が1カ月以上続いたり、悪化したりすることがあれば、PTSDを疑い、治療やケアの対象となる。

第二の被害者症候群の実態調査

オランダで、32医療機関の医師1619名、看護師2750名を対象とした横断研究が実施された。この研究から、医師の42%、看護師の約22%が、医療事故による患者の死亡を経験していたことが判明した。また、死亡または永続的な後遺障害を「深刻な有害事象」とすれば、医師の64%、看護師の32%が、患者の深刻な有害事象を経験していたことがわかった。

患者の有害事象に遭遇した医療者の半数以上に認められた最多の症状は、1カ月以上続く過敏反応(過剰な警戒心)であった。これに続いて、知識や技術に対する自信の喪失、ストレス、羞恥心、フラッシュバック、恐怖、チーム内での落ち着かない感情、リスクの回避、不満や落胆、睡眠困難が認められた。また、6カ月以内に深刻な有害事象(死亡または永続的な後遺障害)に遭遇した医療者は、医師の16%、看護師の8%に及び、健康状態が悪化したり、専門家として業務ができないという状況に陥っていたことがわかった。

第二の被害者症候群に適切に対処するためには、医療事故を経験した医療者を組織的に支援する仕組みを構築し、事故や再発防止策をオープンに話し合えるよう、組織文化を変えていくことが必要であり、品質管理システムの一部と位置づける必要がある、とその研究は結んでいる⁴⁾。

第二の被害者への支援体制

ところが現実には、適切な支援はなされておらず、第二の被害者の多くは沈黙の中にいる。エラー関連ストレスについて、組織から支援を受けた第二の被害者

は、わずか10%である。組織内に対応する部署が設置されていても、当事者らは、相談の秘密が守られるかに不安を感じ、利用を躊躇している。

だからこそ、組織やリーダーは、システムの不備やヒューマンエラーによる深刻な有害事象が発生した際には、医療者を支援する道徳的義務を負っていることを認識して、医療事故の当事者は大切な仲間であって、傷つけたりしてはいけない、というメッセージを出さなければならない。

病院組織は、有害事象発生時の対応に関して明確なガイドラインを示し、オープンな開示に関する組織のポリシーを、職員と共有しなければならない。有害事象の調査を開始する際には、根本原因の調査に加え、第二の被害者が事故によって受ける影響の調査を開始する必要がある。特に事故発生から4~24時間以内に、第二の被害者が業務に及ぼす影響について、評価しておく必要がある。大きなストレスを抱えて動揺しており、別の事故を引き起こしてしまう可能性が高まっているからである。

事故発生から間もない時は、訓練を受けた同僚や上司が、急性のストレスに悩む医療者を大切な仲間として支援し、より段階が進み長期化すれば、精神科の専門家がケアや治療にかかわるという体制の構築が望ましい⁵⁾。

心理的応急処置(PFA)

世界保健機関(WHO)は、災害や深刻な危機的出来事に見舞われた人に対して行う人道的、支持的、かつ実際の支援の手引きとして、心理的応急処置(PFA: Psychological First Aid)というマニュアルを発行している。この手引きは、戦争や大災害といったきわめてストレスの高い出来事を体験した人に対し

て、被災者の尊厳、文化、能力を尊重しつつ、支援するための枠組みを示したものである。またPFAには、心理的支援だけでなく、社会的支援も含まれている。

PFAには、当事者の話は聞いても話すことを無理強いしないこと、その人が回復していくために必要な情報やサービスへのアクセスを手助けすること、が含まれる(表2)。これは、「専門家にしかできない」という支援ではないし、心理的デブリーフィングとは異なり、必ずしもつらい出来事についての詳しい話し合いを含むものではない。何が起こったのかを分析したり、出来事やその時間を順番に並べてもらうことはしないし、話したい人がいればその人の話を聞くが、出来事に対するその人の感情や反応を、無理やり話してもらうことはしない、とされている。心理的デブリーフィングに効果がないことは、すでに実証されており、他方、PFAには、被災者の長期的回復を促す要素が含まれている。

PFAは、相手の尊厳を保ち、プライバシーに配慮できるような落ち着いた環境で行う必要がある。そしてPFAには、3つの原則がある。すなわち、「見る」(例：ニーズがある人を確認する)、「聞く」(例：必要なものや気がかりについて尋ねる)、「つなぐ」(例：自分で問題に対処できるよう手助けする、情報や社会的支援と結びつける)、である⁶⁾。

医療事故調査にPFAを応用することのメリットとリスク

大災害に見舞われた人々は、災害に対して何ら責任はなく、まったくの被害者である。一方で、医療事故の第二の被害者は、有害事象への直接的関与という別の面をあわせもっている。

PFAの原則では、本人が話したいと言わない限り、何が起こったのかを分析させたり、出来事やその時間を順番に並べさせたりすることはしてはいけない。第二の被害者は、事故を何度も反すうし、自分を責める気持ちや、あの時もしも別の選択肢をとっていたら、という反省する気持ちをもっている。それは、法的な過失の有無の判断とは別に、心の中に湧き上がる自然な感情であろう。

その状況でヒアリングを受け、事故について話すことは、強いストレスを与える。まして、ヒアリングと平行して、診療やケアに従事させれば、それまでにできていたことも手につかなくなったり、間違えたりすることもあるだろう。そのため、まずは、つらい立場におかれている当事者の状況に理解と配慮を示し、「話したくないことがあれば話さなくてもよい」と伝える

表2 PFAに含まれるもの⁶⁾

- ・実際に役立つケアや支援を提供する。ただし押しつけない。
- ・ニーズや心配事を確認する。
- ・生きていくうえでの基本的ニーズ(例:食料、水、情報)を満たす手助けをする。
- ・話を聞く。ただし話すことを無理強いしない。
- ・安心させ、心を落ち着けるように手助けする。
- ・その人が情報やサービス、社会的支援を得るための手助けをする。
- ・それ以上の危害を受けないように守る。

ことは、PFAの原則である。

しかしこれは、医療事故当事者支援の場合には、時としてリスクにもなる。医療事故の場合、患者や家族に対して、説明責任を果たす必要があり、事実・経緯を正確に確認しないまま、患者や家族に説明することは、正しい情報開示ではない。また、医学的に誤った「事実」を確定してしまうことがあれば、医療訴訟、特に刑事訴訟における第二の被害者に対する冤罪を生みかねない。日本においては、当事者を調査に関与させずに、医療機関が事故調査を行い、当事者の責任を院内事故調査報告書に記載した結果、刑事訴訟を引き起こし、長い裁判を経て、無罪が確定した事案が知られている(福島県立大野病院事件⁷⁾、東京女子医大事件⁸⁾)。

ここで、PFAの原則のなかに、必要な情報や支援へのアクセスを手助けすること、が含まれていたことを想起したい。第二の被害者は、一般的に訴訟への不安を有している。第二の被害者が、法律上のアドバイスを必要としている状況かを「見て」、実際に必要かどうかを「聞き」、必要があれば「つなぐ」ことは、PFAの3つの原則に合致する。法律上の実際的なアドバイスが得られる環境につないでから、第二の被害者と一緒に医療事故の検証・分析を行うことは、PFAの精神にも適う。

各医療機関の医療安全管理者がその役割を担う際には、大切な同僚として当事者に接し、真摯に耳を傾け、事実を丹念に整理していく。ただし、PFAの視点と技術を学んだり、訓練を受けたりした医療安全管理者が、1人で2役を担うのがよいのか、あるいは、完全に分離した別組織が、PFA的な役割を分担するのがよいのかは、難しい判断である。

しかしここでも、当事者のニーズに合わせてよいのではないだろうか。つまり、事故調査とは別の枠組みで支援を希望するのであれば、それに従えばよい。筆者の個人的経験によれば、精神的な面だけの支援を希望した当事者は、これまでに存在しなかった。不安な当事者にとって、医療安全管理部門が当事者と一緒

に、第一の被害者である患者や家族に対応したことが役立った、と評価されたこともあるし、調査から当事者が排除されずに、一緒に再発防止を考えることができてよかった、という評価もあった。事故が起こったのはつらいことであったが、その後、以前よりも強靱で安全な組織に変わったことを誇りに思う、と言った職員もいた。また、法的アドバイスを弁護士から受けた医療者は、実際的なアドバイスによって救われた、と話しており、法律家への信頼が厚いことも実感できた。

おわりに； 医療安全管理者の立場から

筆者は、医療安全管理室長に着任して半年経過した頃、患者の死亡に至った医療過誤を調査・分析する立場になった。当時、警察に直ちに届け、所轄警察署の刑事が事情聴取のために来院し、医療安全管理室長として、事故の経緯を伝えることになった(刑事は当事者に配慮を示し、事情聴取は後日、落ち着いた話ができる場所で行われた)。

警察に事故を報告することには賛否両論あるが、警察の役割は、地域住民の命を守ることであり、医療者が患者を守ることと同じような立場で、プロとして任務を果たしている。対立する必要はなく、医療側は隠さず報告し、ただしそのうえで、医療者が自ら事実経緯を調査し、透明性を確保し、調査を行うのがよいと考える。

実際、刑事から、医療機器には操作履歴が内部メモリとして残っているので、それをメーカーに依頼して入手したらよいだろう、というアドバイスを受けた。その履歴は警察にも提出したが、こちらでも確保して利用した。そして現場の医師らが、患者の急変に際し、懸命に対応していたことが、医療機器の操作履歴から説明できたのである。また、刑事が現場の写真を撮っているのを見て、こちらでも残しておこうと考え、写真を残したことが、事故を検証するうえで大いに役立った。

その後の事故調査によって、医療機器の設計(デザイン)に潜在的な事故の芽があることが判明し、複数

の医療機器メーカーが再発防止に協力するに至り、事故から8年後には、医療機器のデザインが変更された⁹⁾。もし事故後に、ただ心理的不安に寄り添っているばかりで、事実を調査していなかったら、根本的な再発防止には至らなかったのではないかとともに考えている。PFAの視点や技術を取り入れたうえでの事故調査は、患者側にとっても医療者側にとっても、利益があるのではないだろうか。

文献

- 1) Institute of Medicine (U.S.) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To Err is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press, 2000.(医学ジャーナリスト協会訳：人は誰でも間違える；より安全な医療システムを目指して。日本評論社，2000.)
- 2) 東京医科大学医療教育学 医療安全管理学訳：WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版2011。東京医科大学，2012，p92.
- 3) Wu AW: Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ 2000; 320: 726.
- 4) Vanhaecht K, et al: Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. BMJ Open 2019; 9: e029923. doi:10.1136/bmjopen-2019-029923
- 5) Ozeke O, et al: Second victims in health care: current perspectives. Advances in Medical Education and Practice 2019; 10: 593.
- 6) World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International: Psychological first aide; Guide for field workers. WHO, 2011.[国立精神・神経医療研究センター，ケア・宮城，公益財団法人プラン・ジャパン訳：心理的応急処置(サイコロジカル・ファーストエイド：PFA)フィールド・ガイド。2012.]
- 7) 福島地方裁判所平成20年8月20日判決(福島地方裁判所平成18年(わ)第41号)。
- 8) 東京地方裁判所平成17年11月30日判決、東京高等裁判所平成21年3月27日判決(東京地方裁判所平成14年(刑わ)第2520号)。
- 9) 塚本達雄、他：血漿分離器血漿ポートの形状変更による血液浄化器取り違え事故対策(最終報告)。急性血液浄化学会雑誌2020；11(in press)。