

# 判事・検事・研究者を経験して考える医療事故の倫理

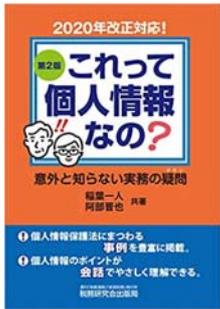
## 医療安全・対話推進と臨床倫理

できたこと、できなかったこと

中京大学  
久留米大学医学部  
熊本大学大学院  
三重大学医学部  
藤田医科大学医学部  
元大阪地方裁判所判事  
k-inaba@mecl.chukyo-u.ac.jp  
稲葉一人



# 法律と医療



# 医療安全

法  
事故当事者支援  
医療事故調査



# 京都大学エタノール誤注入事故



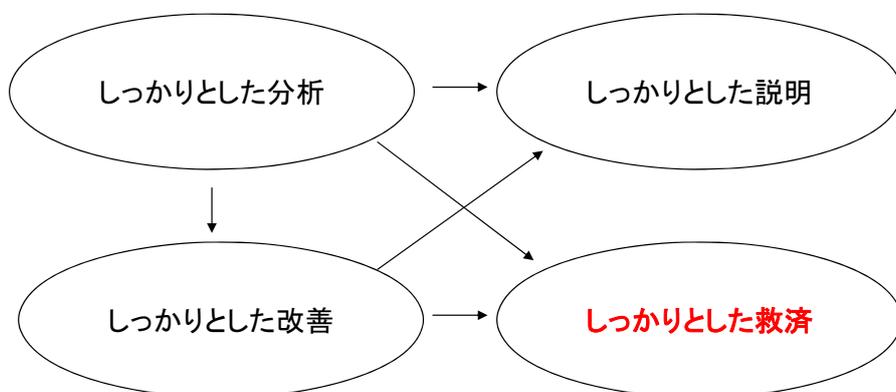
## 京都大学エタノール事件 京都地裁平成15(2003)年11月10日判決

- 業務上過失致死被告事件
- 【事案の概要】看護師として患者に対する医師の医療行為の補助等の業務に従事していた**被告人**が、入院患者Aに装着された人工呼吸器の加温加湿器チャンバー内に滅菌精製水を補充するに際し、薬剤の種類・内容を十分確認して持参するとともに、持参して準備した薬剤の内容等を更に確認してチャンバー内に補充すべき業務上の注意義務を怠り、消毒用エタノール入りポリタンクを滅菌精製水入りポリタンクであると誤信して持参して準備した上、チャンバー内に滅菌精製水を補充しようとした都度、ポリタンク内から消毒用エタノールを取り出してチャンバー内に注入して補充した過失により、次いで、Aの看護を担当した**小児科看護師4名**をして、ポリタンク内から消毒用エタノールを取り出してチャンバー内に注入して補充させ、気化した消毒用エタノールをAに吸引させ、よって、Aを**急性エタノール中毒**及び**原疾患の増悪**により死亡させたとして、業務上過失致死罪の成立を認め、**禁錮10月(執行猶予3年)**に処するとされた事例。

## 「事故当事者支援」研究

平成21(2009)年度 厚生労働省 科学(指定)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』

## 分析/改善と説明/救済



## 医療事故に関わった医療従事者への支援に関する研究

### • 医療事故

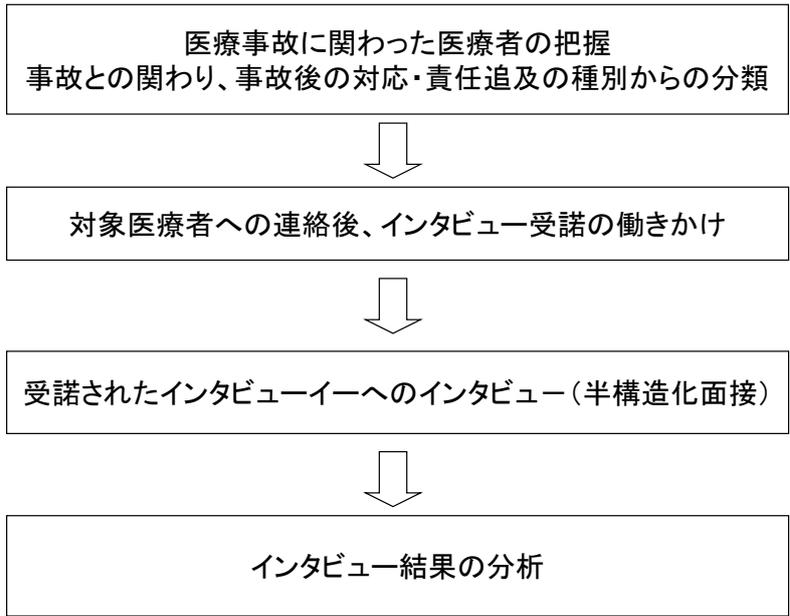
脆弱な疾患を有する患者に侵襲を与える医療は、不可避に医療事故が起こる。患者や遺族(家族)がどのような思いに至り、紛争・訴訟化するのにはなぜかということの先行研究はある。しかし、医療事故は医療者にとっても大きな傷跡を残すことが知られているが、その実態を、事案や事故当事者に沿って調査されているものはない。本研究では、**事故の当事者が、事故後どのような負担を有しているのかの実態調査をする**とともに、負担軽減等への支援の方法を検討し、支援された医療者が医療現場に復帰した後その経験等を生かせる仕組み作りを調査検討するものである。本分担研究としては、まず、**事故を経験した医療者が、医療現場で、社会でどのような状況に置かれているのか、そして、どのような支援を必要としているのかを把握**することとする。その上で、**国等の政策上、あるいは、病院内等身近でできる支援とはなにかを同定する。また、現場復帰した後のその経験を生かすための方策についても同時に検討する。**

9

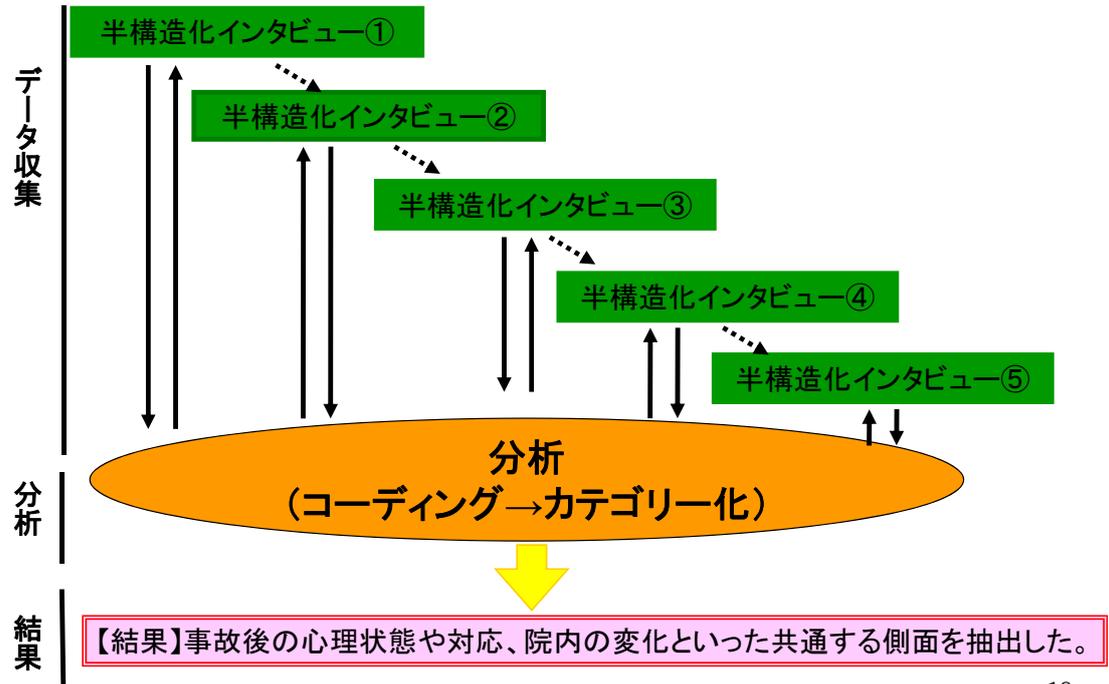
## 医療事故に関わった医療従事者への支援に関する研究

- 極めて多くの医療事故が、普通の医療行為の過程で起きていることは明らかである。つまり、平均的な医療者が、偶然に医療事故、死亡事故に出会うこと数多く想定される。他方、事故に関わった医療者は、院内医療事故調査、院外の調査(たとえばモデル事業)への協力を求められ、患者家族への説明のほか、法的紛争として、**民事・刑事事件の被告、被告人、更に行政処分の対象者となり、重なる事故後の対応や責任追及に追われるが、これに対する人的・組織的・制度的な支援はない。**また、事故の当事者が現職に復帰してもその経験が病院の事故対策に生かされる仕組みもない。他方、医療事故後の対応ないし責任追及を懸念して、医療者としてリスクある行為への回避が行われ、医療者としてのモチベーションが低下していることは否めず、このことが、医療(者)の適正配置や、医療の質低下に与える影響は大きい

10



## 研究デザイン: 質的帰納的探索型



## 結果:対象者

---

---

A	男	医師	15年以上
B	男	看護師	5年以上
C	男	医師	10年以上
D	男	医師	5年以上
E	女	看護師	5年以下

---

13

## 結果

- 内容分析の結果、以下、4つのカテゴリーに分類できた。
  - 【事故による負担感】
  - 【事故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】

14

# 診療行為に関連した患者死亡の届出について (第三者機関) 中立的専門機関の創設に向けて

平成16(2004)年3月29日 4(内科・外科・病理・法医)学会共同声明

4学会合同ワーキンググループ

2004.9.30 19学会共同声明

厚生労働省補助事業 **モデル事業**

2006.4 38学会の協力

## 診療行為に関連した調査分析モデル事業

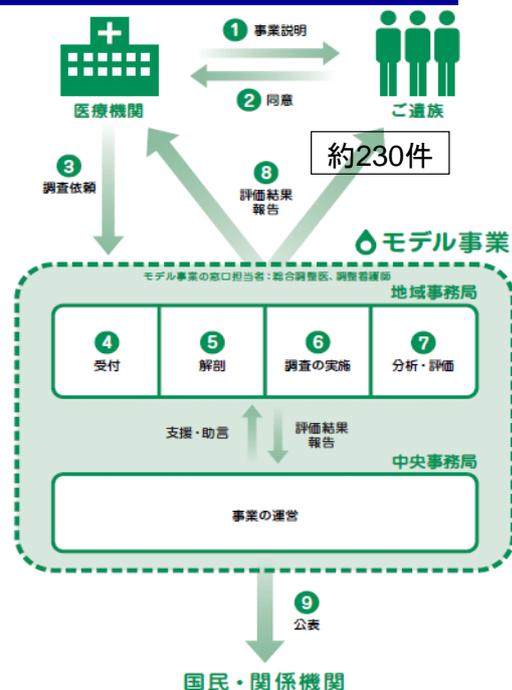
### 【目的】

診療行為に関連した死亡について原因を究明し、適切な対応策を立て、それを医療関係者に周知することによって医療の質と安全・安心を高め、**評価結果をご遺族の皆様及び医療機関に提供することによって医療の透明性の確保を図る**ことを目的とする。

**死因究明** 医療評価  
再発防止

### 【対象】

診療行為に関連した死亡について、死因究明と再発防止を**中立的な第三者機関**において専門的、学際的に検討するのが適当と考えられる場合。警察に届けられた事例についても、司法解剖とならなかった場合にはモデル事業の対象となることがある。



## (院内)医療事故調査制度が求めていること

### 説明と記録

17

## 改正医療法

- 第6条の10 **病院、診療所又は助産所(病院等)の管理者は、医療事故**(当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるもの)**が発生した場合には、**同令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他**同令で定める事項**を第6条の15第1項の**医療事故調査・支援センターに報告**しなければならない。
  -
- 2 病院等の管理者は、前項の規定による報告をするに当たっては、**あらかじめ**、医療事故に係る死亡した者の**遺族**又は医療事故に係る死産した胎児の父母その他**同令で定める者**(「遺族」)に対し、同令で定める事項を**説明**しなければならない。

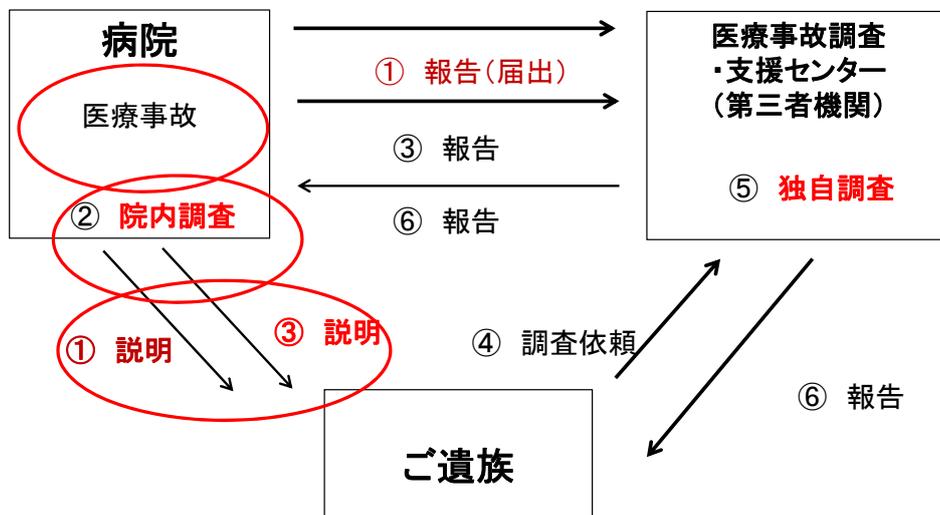
18

# 改正医療法

- 第6条の11 病院等の管理者は、**医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査（「医療事故調査」）を行わなければならない。**
- 4 病院等の管理者は、**医療事故調査を終了したときは、同令で定めるところにより、遅滞なく、その結果を第6条の15第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。**
- 5 病院等の管理者は、前項の規定によって報告をするにあたっては、**あらかじめ、遺族に対し、同令で定める事項を説明しなければならない。**

19

## 医療法改正による 院内事故調査と 院外(第三者)事故調査



20

# 医療事故調査制度上の 医療事故の判断

	医療に起因し、 又は起因すると 疑われる死亡又は 死産	左記に該当しな い死亡又は死産
管理者が予期 しなかったもの		
管理者が予期 したもの		

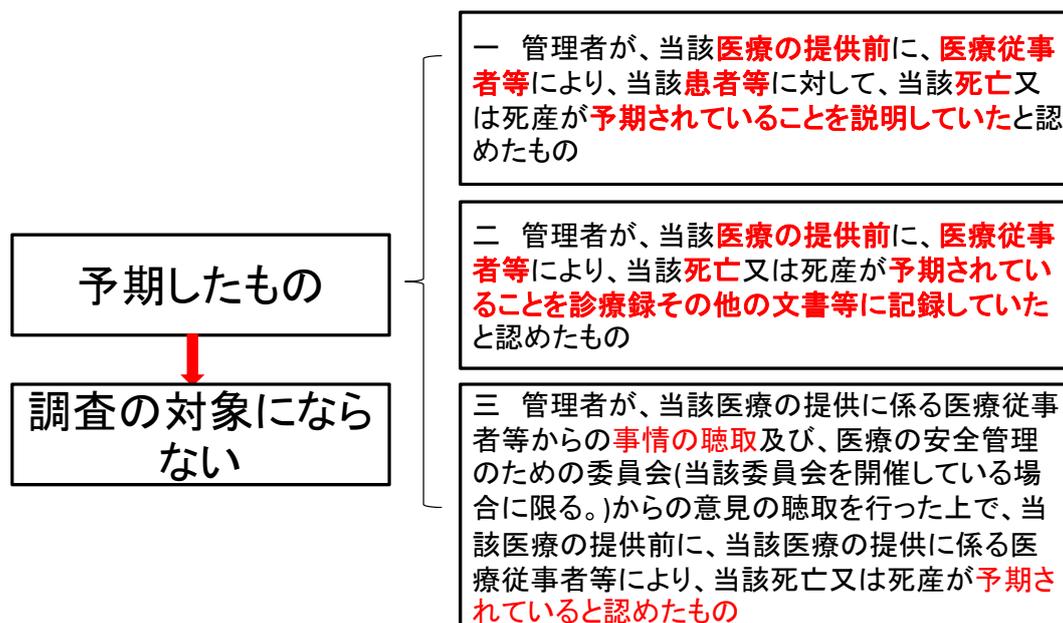
43

## 1. 医療事故の定義について

### ○ 当該死亡または死産を予期しなかったもの

法律	省令	通知
<p>第6条の10 病院、診療所又は助産所(以下この章において「病院等」という。)の管理者は、医療事故(当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該<b>管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの</b>として厚生労働省令で定めるものをいう。以下この章において同じ。)が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第6条の15第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。</p>	<p>○ 当該死亡又は死産が予期されていなかったものとして、以下の事項の<b>いずれにも該当しない</b>と管理者が認めたもの 一 管理者が、当該<b>医療の提供前に、医療従事者等</b>により、当該<b>患者等</b>に対して、当該<b>死亡又は死産が予期されていることを説明していた</b>と認めたもの 二 管理者が、当該<b>医療の提供前に、医療従事者等</b>により、当該<b>死亡又は死産が予期されていることを診療録その他の文書等に記録していた</b>と認めたもの 三 管理者が、当該医療の提供に係る医療従事者等からの事情の聴取及び、医療の安全管理のための委員会(当該委員会を開催している場合に限る。)からの意見の聴取を行った上で、当該医療の提供前に、当該医療の提供に係る医療従事者等により、当該死亡又は死産が予期されていると認めたもの</p>	<p>○ 左記の解釈を示す。 省令第一号及び第二号に該当するものは、<b>一般的な死亡の可能性についての説明や記録ではなく、当該患者個人の臨床経過等を踏まえて、当該死亡又は死産が起こりうることについての説明及び記録であること</b>に留意すること。 患者等に対し当該死亡又は死産が予期されていることを説明する際は、医療法第一条の四第二項の規定に基づき、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めること。 参考)医療法第一条の四第二項 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。</p>

## 予期しなかったもの⇒調査の対象に



23

### Q4. 「死亡する可能性がある」ということのみ説明されていた場合でも、予期していたことになるのでしょうか？

- A4. 医療法施行規則第1条の10の2第1項第1号の患者又はその家族への説明や同項第2号の記録については、当該患者個人の臨床経過を踏まえ、当該患者に関して死亡又は死産が予期されることを説明していただくこととなります。したがって、個人の病状等を踏まえない、「高齢のため何が起こるかわかりません」、「一定の確率で死産は発生しています」といった一般的な死亡可能性についてのみの説明又は記録は該当しません。

24

## 事故の場面

### 前提とする 医療者の論理と患者の論理が異なる

コインの表裏を当てる。勝てば100万円もらえる。  
負ければ80万円失う。  
**1回しかできない場合**は、この賭けをするか。  
**10回(100回)できる場合**は、この賭けをするか。

医師

患者・家族

## 医療事故の説明

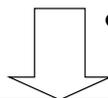
### 医療者と患者家族の論理が異なる

- ERCP(内視鏡的逆行性膵胆管造影)の合併症でお亡くなりになった患者のお母さんへの副院長の説明
- 母からの、3000分の一は、なぜうちの息子に起こったのかと問われる。

## 前提とする

### 医療者の論理と患者の論理が異なる

- |                   |                  |
|-------------------|------------------|
| • 集団(one of them) | • 個人(one of one) |
| • 確率              | • わが身            |
| • 合理性             | • 半合理性・非合理性      |



事故が起こればこの対立が強く顕在化する。

医学的説明

なぜ息子・娘に

かみ合わない中、信頼関係を損ねる

## 患者家族と事故当事者に配慮された 医療事故調査の進め方

- 死亡事故が起こったあと
- ここで、遺族が来院されてから必要な対応や配慮について考えてみましょう！
- ここで、遺族への説明に必要な準備と実施方法について考えてみましょう！
- このような(事故当事者や関係者からの聞き取りの)場面では、どのような配慮が必要でしょうか？
- 事故報告結果の説明のあと
- 遺族が、「ここまで対応してもらったので、理解できることが増えました。」という気持ちを考えてみよう。

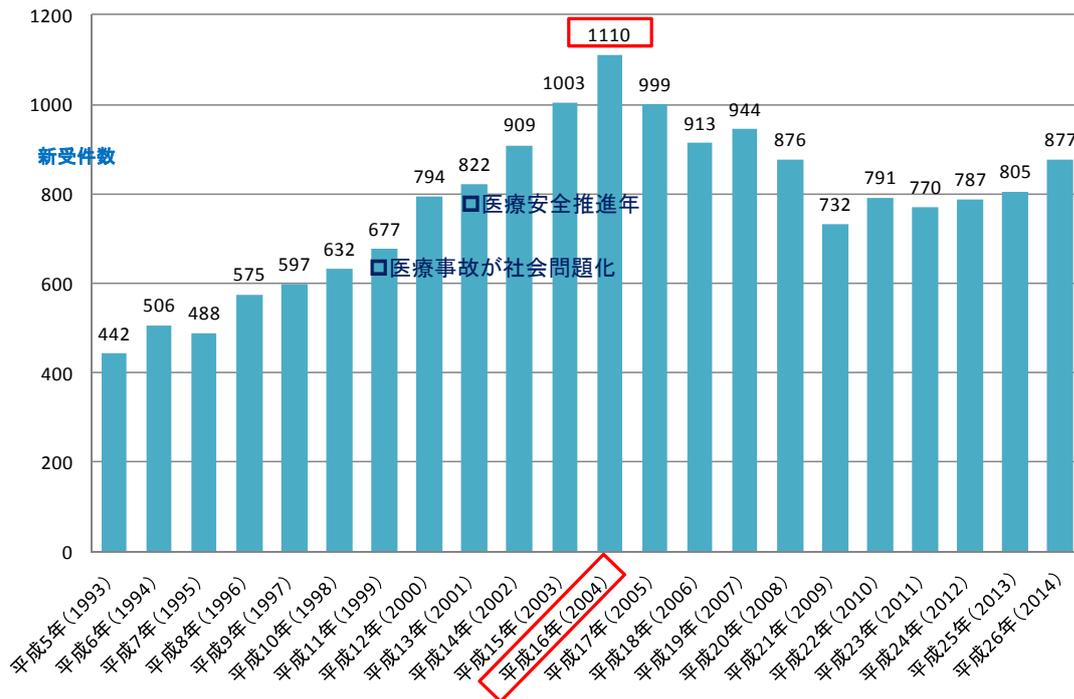
架け橋



29

医療対話推進

## 医療訴訟(民事)新受件数



医療対話推進

制度設計する立場

## 医療安全検討ワーキンググループ 報告書(平成17(2005)年5月)

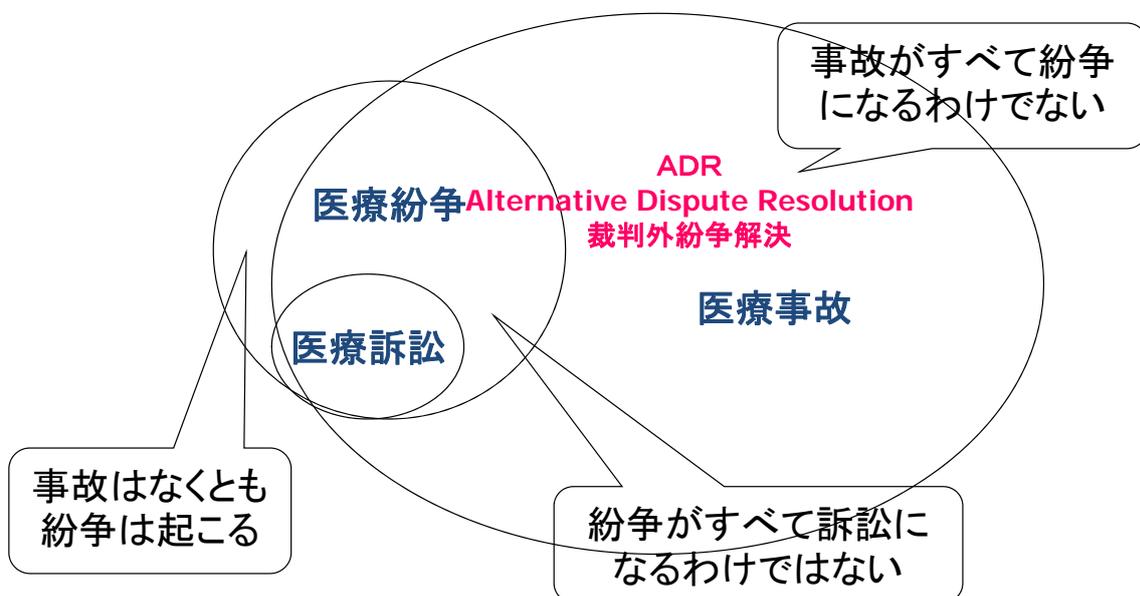
医療事故の届出、原因分析、**裁判外紛争処理**及び  
患者救済等の制度の確立  
「将来像のイメージ」

2 **医療における苦情や紛争**については、裁判による解決のみではなく、医療機関等、患者の身近なところで解決するための仕組みと、それが解決しない場合でも、裁判外の中立的な機関で解決を求めることができるという、連続した裁判外紛争処理制度が確立し、**短期間で紛争が解決され、患者及び医療従事者双方の負担が軽減**されている

## 医療安全から見た診療報酬改定

	内容	
H14	・医療安全管理体制未実施減算 (10点減点/ 1日)	H11横浜市立大学事件 広尾病院事件 H13医療安全対策検討会議発足
H16	・医療安全管理体制未実施減算(5点減点/ 日)	H14病院及び有床診療所の医療安全管理体制の整備義務付け
H18	・医療安全管理体制未実施減算廃止 ・院内感染防止対策未実施減算廃止 →入院基本料算定要件となる ・医療安全対策加算(1回の入院につき) 50点	H15特定機能病院及び臨床研修病院の医療安全管理者の配置 青戸病院事件 H16ヒヤリ・ハット事例収集全国展開 医療安全対策検討会議発足
H20	・医療機器安全管理料1・2(50点・1000点) ・薬剤管理指導料 (350点→ハイリスク薬に応じて引き上げ)	H18医療法改正 すべての医療機関へ安全管理体制義務化
H22	・医療安全対策加算 1・2 (85点・35点) ・感染防止対策加算 (100点) ・医薬品安全性情報等管理体制加算 (50点) ・医療機器安全管理料1・2(100・1100点)	H19医療法施行規則改正。院内感染対策、医薬品・医療機器についての安全管理責任者の配置
H24	・感染防止対策加算 1・2 (400・100点) ・患者サポート体制充実加算 (70点)	H22 帝京大学医学部附属病院多剤耐性アシネトバクター集団発生 H23院内感染対策中央会議提言

## 医療事故・医療紛争・医療訴訟





医療対話推進

制度設計をする立場

対話を通じて、医療者  
患者家族を橋渡しすることが仕事となった

# 医療対話推進者の 業務指針及び養成のための研修プログラム 作成指針 — 説明と対話の文化の醸成のために —

- 平成24(2012)年度厚生労働科学特別研究事業
- 「医療対話仲介者(仮称)の実態把握と役割・能力の明確化に関する研究班」
- 研究代表者 中京大学法科大学院教授 稲葉一人
- 分担研究者 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会附属愛育病院 新生児科部長 加部一彦
- 分担研究者 公益社団法人地域医療振興協会 地域医療安全推進センター長 石川雅彦
- 分担研究者 国立保健医療科学院 上席主任研究官 種田憲一郎

医療対話推進

教育をする立場

## 医療対話推進者の Competenceを支える

規範的観点

正確な法知識を持って対応

- 予見と回避という過失
- ニーズに応じた説明
- 個人情報保護・守秘義務
- 倫理的対応(4原則と4分割表)
- 4つの懸念を低減

コミュニケーションの観点

- 二つの近づくサインに対応
- (大事な経験を)確認する
- 辛い経験をした人への支援
- 紛争心理に応じた支援
- 自分のコミュニケーションを知り工夫の共有
- Mediationの技法(枠組みを揺さぶる、言い換え、開かれた質問)

教育をする立場

### 組織的観点

- 医療対話推進者の位置づけ
- 医療対話推進者の悩み(中立性・謝罪)
- 院内ガイドラインや研修のあり方
- 紛争解決の多様性を知る

### 医療対話推進者

### 事故等不規則時の対応

- 医療事故対応(医療者の論理と患者の論理)
- 事故時の被害者・当事者・関係者の気持ち
- 新医療法による院内事故調査の仕組み
- 迷惑行為・言語的・有形的暴力

### Advance

意思決定支援(整理、価値に気付く)



病院にとって当然だが、患者家族にとって当然でないこと



- (法的)質問相談会
- 事例検討会
- 事故の被害者・当事者を守る
- 自分を守る

## 寺田寅彦（1878年～1935年）

- 「ものをこわがらな過ぎたり、こわがり過ぎたりするのはやさしいが、**正当にこわがる**ことはなかなかむづかしい。〇〇の〇〇〇〇に対するのでも△△の△△△△△に対するのでも、やはりそんな気がする。」（〇も△も伏字）
- 『小爆発二件』寺田寅彦（青空文庫）

## 医療事故に関する刑事と民事

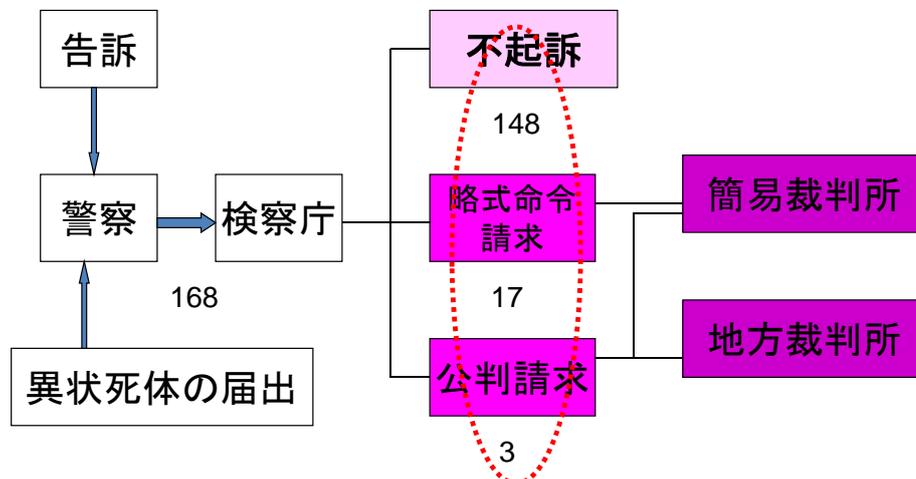
刑事と民事は異なる

項目	刑事	民事
起訴を決する人 (原告)	検察官	被害者
根拠となる法律 ( <b>実体法</b> )	刑法等	民法等
手続のルール( <b>手続法</b> )	刑事訴訟法	民事訴訟法
結論の内容	刑罰	金銭賠償

## 刑事手続に関する4つの誤解

- 医療事故(死亡事故)を起こすと「逮捕」される。
- 医療事故は、業務上過失致死罪として、公判請求される。
- 業務上過失致死罪として起訴され、有罪となれば、実刑となる。
- 記録化しないと、「実施した」と認められない。

(刑事責任)届出・捜査と起訴から  
公判請求・裁判の流れ(数字は平成18年度)  
公判請求事件は少ない



## 患者家族対応における4つの誤解

- 謝ると、法的責任を認めることになる。
- 見舞金の支払いは、法的責任を認めることになる。
- 患者家族から要求がなければ、対応をする必要はない。
- 同意書にサインしてもらえば、術後合併症(併発症)が発生しても、免責される。

## 東京地方裁判所平成24年9月6日判決

- 確かに、Cを含めて被告病院関係者が「申し訳ありませんでした」等の発言をしたことについては、争いが無い。しかしながら、この程度の発言は、自分の看護行為により結果として骨折させてしまったことに対する謝罪として一般的なものであって、看護・医学上の過誤責任を法的に認める趣旨ではないとする被告(病院側)らの主張は相当である。



東京大学(生命・医療倫理人材養成ユニット)  
CBEL 赤林教授 (2013年コース表)(2004年～)

7月25日(木)	7月26日(金)	時間	7月27日(土)	7月28日(日)
	生命・医療倫理の原則と重要概念(林)	9		
		10	法の基礎(稲葉)	守秘義務と個人情報保護(奈良)(稲葉)
	臨床症例の倫理的検討法(総本)	11	ケアの倫理(室園)	
受付		12	昼食	医療従事者・患者関係(額賀)
生命・医療倫理学とは(赤林)	昼食	13	インフォームド・コンセント(前田)	昼食
演習：倫理コンサルテーション1(稲葉)	演習：模擬倫理委員会(稲葉)	14	演習：倫理コンサルテーション2(稲葉)	演習：倫理コンサルテーション3(稲葉)
倫理学の基礎1(児玉)		15		
倫理学の基礎2(奈良)		16		修了証授与
		17		
		18	(移動)	
		19	情報交換会	
		20		

(厚労省) 平成30年6月「認知症の人の日常生活・社会生活に関する意思決定支援のガイドライン」

ガイドラインを作る立場

I はじめに

- 1 ガイドライン策定の背景
- 2 ガイドラインの趣旨

II 基本的考え方

III 認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則

- 1 本人の意思の尊重
- 2 本人の意思決定能力への配慮
- 3 チームによる早期からの継続的支援

IV 意思決定支援のプロセス

- 1 意思決定支援の人的・物的環境の整備
- 2 適切な意思決定プロセスの確保
- 3 意思決定支援プロセスにおける家族
- 4 日常生活や社会生活における意思決定支援
- 5 意思決定支援チームと会議(話し合い)

V 認知症への理解とガイドラインの普及と改訂

VI 事例に基づく意思決定支援のポイント

① 認知症の人の意思決定支援をする上での基本的な約束事(ルール)を書いたところ

② 意思決定支援を実践する際の手引き(ヒント)となるところ

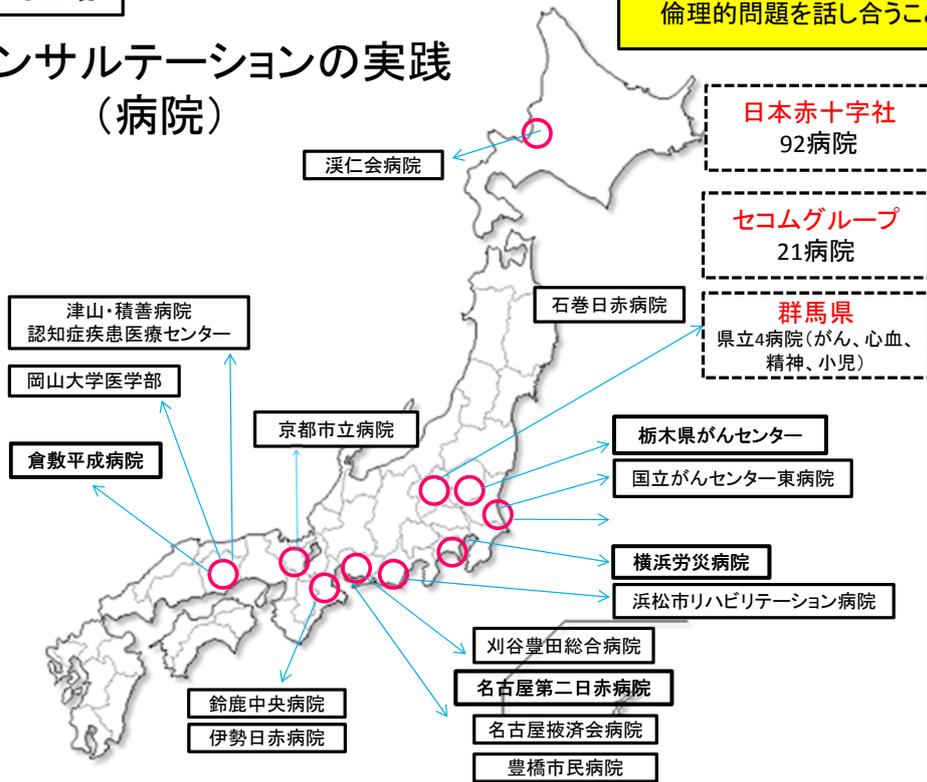
③ ケースに沿った重要事項の解説

臨床倫理

実践をする立場

医療・看護者・介護者と倫理的問題を話し合うことが仕事となった

# 倫理コンサルテーションの実践 (病院)



# 臨床倫理カンファレンス



# 倫理的問題対処のステップ

倫理的問題に**気づく**：違和感を大切にす

医療・臨床倫理の**4原則**：価値のジレンマを意識する

**4分割法**：対話のツールを用いて多職種で対話する

大事なところには**ガイドライン**

推定的意思と最善の利益

臨床倫理コンサルテーションチームが支援

学会が支援

## 日本臨床倫理学会

The image shows a screenshot of the Japanese Association for Clinical Ethics (JACE) website. On the left, there are five blue callout boxes with white text, each pointing to a specific feature on the website:

- 上級登録病院・地域** (Advanced Registered Hospitals/Regions) points to the 'ご挨拶' (Greetings) section.
- 座談会の配信** (Webinars) points to the '座談会の記録' (Webinar Recordings) section.
- オンライン臨床倫理レクチャー配信** (Online Clinical Ethics Lectures) points to the 'オンライン臨床倫理レクチャー教材配信' (Online Clinical Ethics Lecture Materials) section.
- 臨床倫理コンサルテーション** (Clinical Ethics Consultation) points to the '臨床倫理コンサルテーション(相談)事業(試行)' (Clinical Ethics Consultation (Advice) Service (Trial)) section.
- ガイドライン** (Guidelines) points to the '【参考】臨床倫理に関する参考ガイドライン(手引き、要旨)' (Reference: Reference Guidelines for Clinical Ethics (Handbook, Summary)) section.

The website itself features a navigation menu at the top with links for HOME and English. The main content area includes a header with the JACE logo and name, followed by a grid of menu items such as 'ご挨拶', '学会案内', '機関誌', '活動報告', '人合方法・変更', and 'トピックス'. A central banner reads '<< 第8回年次大会 開催中止のお知らせ >>' (8th Annual Meeting Cancellation Notice). Below this, there are several highlighted sections: '座談会の記録', 'オンライン臨床倫理レクチャー教材配信', '臨床倫理コンサルテーション(相談)事業(試行)', and '【参考】臨床倫理に関する参考ガイドライン(手引き、要旨)'. At the bottom, there are promotional banners for '臨床倫理認定士' (Clinical Ethics Certified Professionals) and 'POLST (DNAR指示を含む)作成指針' (POLST (Including DNAR Instructions) Creation Guidelines).

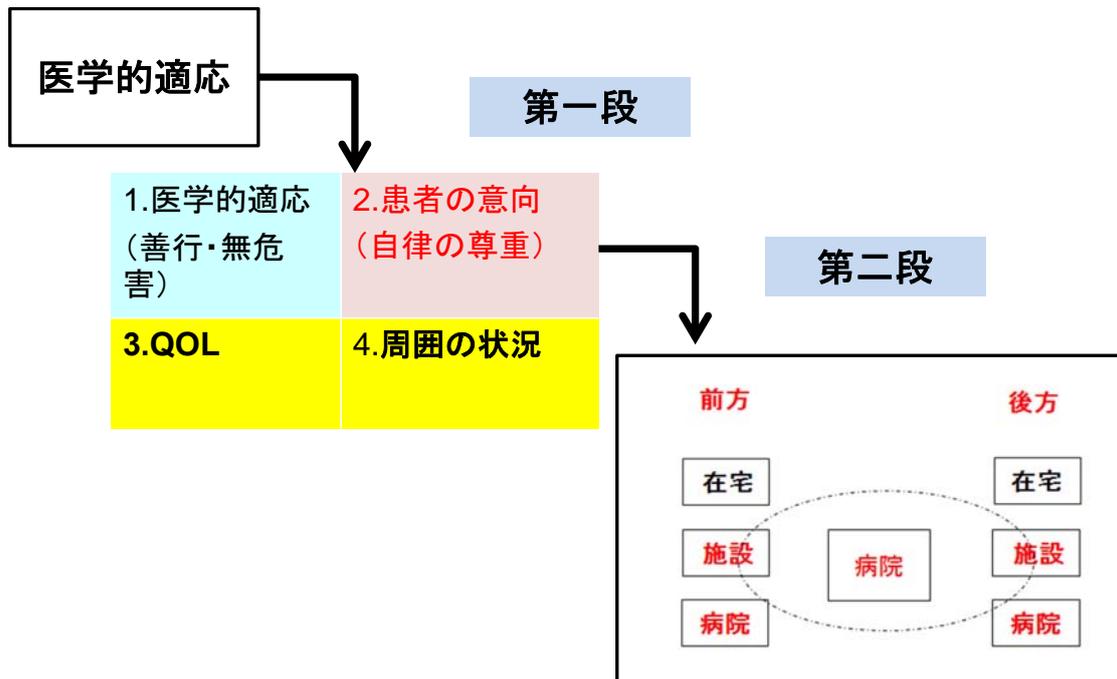
# 配信の全体像

● モジュール構成について

番号	大項目	小項目	目的の概要	学習形式
0		これから行おうとする臨床倫理	オンライン臨床倫理レクチャー教材の開発と利用	講義型
1	臨床倫理のアプローチ			
1-1		倫理的気づき	臨床倫理問題の気づきとは何かを感じる	講義型
1-2		倫理的分析法としての4原則	違和感を感じるための倫理的分析法としての4原則	講義型
1-3		倫理的対話を促す4分割法	対話を促すための臨床倫理の4分割法	講義型&参加型
1-4		良き倫理的判断をするためのプロセス	良き倫理的判断をするための臨床倫理のアプローチの技法を学ぶ	講義型&参加型
2	法と倫理とガイドライン			
2-1		法の基礎知識と、法と倫理	倫理的になるための法的な階段を一步登る	講義型
2-2		エンド・オブ・ライフのガイドライン	EOLにおける医療ケアのプロセスガイドラインを理解する	講義型&参加型
2-3		臨床倫理のガイドライン(学会)	ガイドラインを使って倫理的な対応と現実的な対応を検討する	講義型&参加型
2-4		認知症の意思決定支援ガイドライン	認知症の人のアドバンス・ケア・プランニングを理解する	講義型&参加型
3	臨床倫理の各論			
3-1		身寄りのない人の意思決定支援	身寄りがない患者の意思決定支援を理解する	講義型&参加型
3-2		応召義務	応召義務において頻発する倫理的問題を検討する	講義型&参加型
3-3		身体拘束・抑制と安全	人を拘束する行為の法的配慮から倫理的配慮を考える	講義型&参加型
3-4		DNAR	倫理コンサルテーションの基本的技法を学ぶ-DNAR編	講義型&参加型
3-5		高齢者のがん診療における意思決定支援	倫理コンサルテーションの基本的技法を学ぶ-高齢者のがん診療編	講義型&参加型
未完		医療資源の適正配分		
未完		医療者の診療義務 Duty to treat		
未完		個人情報保護		
未完		小児医療の倫理		
未完		難病医療の倫理		
未完		ACP		
未完		周産期の倫理		
未完		リハビリの倫理		
未完		在宅の倫理		

臨床倫理コンサルテーション・教育ユニット  
Unit of Clinical Ethics Consultation and Education  
CECE©・2020

医学的な対象から、社会的存在としての患者  
そして、生活を基盤とした患者に

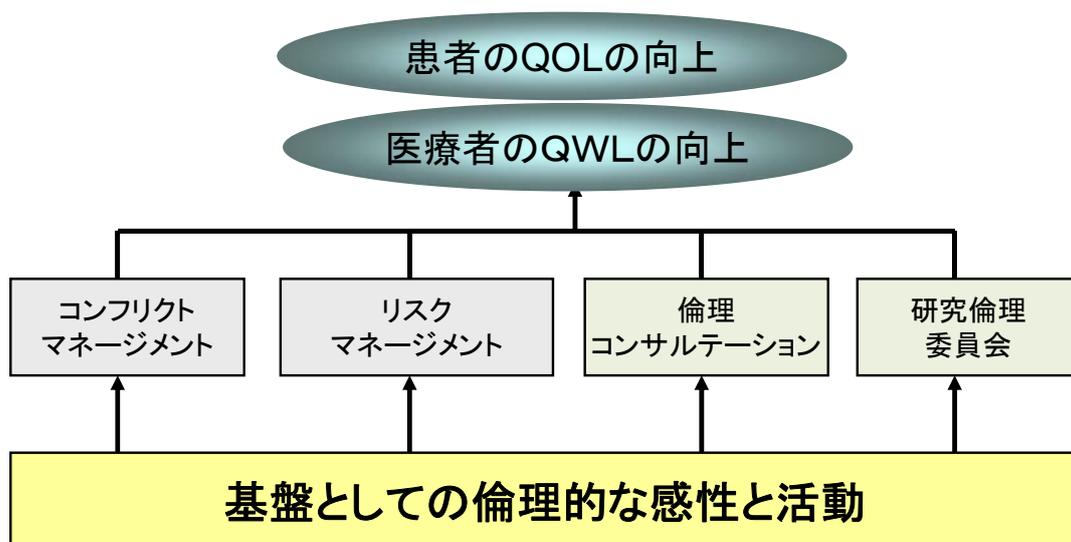


## 倫理的活動（意思決定支援）のレベル 病院



55

## 新しい全体像



# 私の役割

(事故を起こした)医療者を支援することが役割となった

事故から逃げずに調査することが役割となった

対話を通じて、医療者患者家族を橋渡しすることが役割となった

医療・看護師・介護者と倫理的問題を話し合うことが役割となった