

ナラティブ・アプローチによる

## 医療メディエーション

### ～医療対話仲介者の役割と技法～

#### はじめに

本書第1版を出版してから4年余りがたちました。この間、医療メディエーションについての認知度も高まり、医療の現場に急速に普及してきています。

2005年に、財団法人日本医療機能評価機構で初めて医療メディエーター養成研修を提供し始めたときには、プログラムも基礎編だけで、実施回数は年に3回、受講者も79名にすぎませんでした。しかし、それからの数年、年を追うごとに受講者が急増し、2010年度には年間2500名を超える方が受講し、プログラムも継続編、応用編、その他問題領域ごとのフォローアップ研修など、体系化され、多様化してきました。研修を企画し募集すると、募集開始からわずか数分で定員に達してしまう状況が続いています。こうした急速な普及のなかで、メディエーションのとらえ方も少しずつ深まり、新たな動きも出てきています。

第1に、研修プログラムの提供方法がニーズに応じて多様化してきました。日本医療機能評価機構と早稲田総研インターナショナルでは、当初どおり、一般に参加者を募集して研修を実施しています。しかし、それとは別に、病院団体、地域医師会、個別医療機関などから組織的な育成・導入の要望があがるようになり、これに応じた研修も提供されるようになりました。現在では、後者の方が、延べ受講者数が多くなっています。はしがき執筆時点では、別表のような病院団体、行政、医師会で、医療メディエーター養成およびメディエーション・モデルの普及に取り組んでいただいています（別表）。このほか、30近い個別病院で、多くは継続的に、医療メディエーション研修を実施していただいています。

#### <病院団体>

全国社会保険協会連合会、国家公務員共済連合会、国立病院機構（九州ブロック、東北・北海道ブロック、関東信越ブロック）、全日本民医連、全国自治体病院協議会、日本私立医科大学協会（東京）、静岡県病院協会、日本文化厚生農業協同組合連合会、熊本県保険医協会、労働者健康福祉機構（労災病院関係）

#### <地域医師会>

愛媛県医師会、新潟県医師会、京都府医師会

#### <行政>

岩手県、新潟県、高知県

第2に、当初は、関心をもつ医療者が個人で受講するパターンが多かったのですが、現在では、病院団体や地域医師会主催の研修に象徴されるように、医療機関が組織としてメディエーションを導入していこうとする動きが広がってきています。医療機能評価機構の研修などでも、病院トップの受講が増え、また同じ施設から継続して受講者が参加する例が多くなっています。医師の参加者のほとんどは、患者対応の改善に前向きに取り組む姿勢を持った院長、副院長などが占めています。

第3に、このような動きは、単に一人の医療メディエーターを導入するためというより、メディエーションを日常の医療場面でも有益な対話のモデルとしてとらえる発想に支えられています。事故やクレーム対応を超えて、日常の診療場面を含め、医療者が備えるべき基本的な姿勢と態度を涵養するプログラムとして認知されているということです。個別施設内で行う出張研修の継続により、すでに100名を超えるスタッフがメディエーションの素養を身につけている施設も複数あります。また、医学部教育や研修医教育に取り入れる動きも出始めています。

第4に、医療者だけでなく患者・市民からも関心が寄せられ、医療事故に遭われた方々や、地域医療・小児科医療を再構築すべく医療者と一緒に努力している市民、患者会のみなさんたちと、一緒に医療メディエーションのあり方を考えていく動きが活発化してきています。患者・市民・医療者が一緒になって、メディエーションを体感的に学ぶ機会も増えてきています。医療というものが、そもそも、医療者と患者と一緒に紡ぎ、構築していくものである以上、患者・市民の側でもメディエーションを学び、医療の場で生かしていく可能性は広く存在しています。メディエーションが、患者・医療者、双方をつなぐ一つのシンボルとして機能していければと思っています。

第5に、こうした動きを支える仕組みとして、2008年3月には医療メディエーターの認定と資質の向上を図ることを目的とした日本医療メディエーター協会（JAHM）が発足し、2009年3月には一般社団法人となりました。医療メディエーションが普及するにつれ、その質を保証する仕組みが必要になってきたためです。メディエーターは、単に専門的能力をもつだけでなく、それを生かすうえでの倫理性も要求されます。それゆえに、相互に研鑽を積みながら支え合い、より向上するためのネットワークが必要です。すでに、全国のほとんどの地域に地方支部が設立されました。また、協会が中心となって、上述した市民・患者の方々と協働してメディエーションの可能性を探る活動も始まっています。すでに、患者・市民が中心となって、患者サポートおよび病院サポートを行う仕組みとして、海外のペイシャント・アドボカシーなどを参考にした医療マイスターと呼ばれる人材の養成に取り組む試みが内閣府の支援を得て動き始めています。その人材養成プログラムにメディエーションが取り入れられることとなり、医療メディエーター協会との協働が進んでいます。

ほんの数年前、一つの試みとして、研修プログラムを提供し始めた頃には想像もつかなかったほど、現場の医療者はもちろん、市民・患者にも、医療メディエーションが受け入れられ、広まってきたことは望外の幸せです。その過程で、本当に多くの方々との出会いがあり、ご支援をいただき、また有益なご指摘もいただけてきました。医療メディエーションとその研修プログラムは、まさにこれらの出会いの中で、つくられてきたものといえます。

そうした変化やご指摘を受けて、第1版を大幅に書き換えた改訂版を、この度、上梓することにしました。本書の前半部分は、まったく新たな章立てになっており、その意味では、改訂版と言うより、むしろ新たな本ともいえること、また医療メディエーションという言葉が普及してきたこともあり、タイトルも思い切って変更しました。すでに述べたように、医療メディエーションは、医療現場のさまざまな場面への広がり、患者・市民の視点からの活用と、いまだ進化と変容の過程にあります。本書は、こうした声を反映させながら、さらに医療メディエーションを充実させていくための一つのステップであり、それを通じて、医療の現場の対話文化の醸成にいささやかながらでも貢献していければと考えています。

2011年1月2日 和田仁孝・中西淑美

## 第1部 医療メデイエーションとは

### 1. 医療メデイエーションの定義

まず、最初に、医療メデイエーションの定義を示しておきます。

**医療メデイエーションの定義：医療メデイエーションとは、患者と医療者の対話の促進を通じて、情報共有を進め、認知齟齬（認知的コンフリクト）の予防、調整を支援する関係調整モデルである。**

医療の現場では、患者と医師、患者と看護師など、一対一で対応する場面がほとんどを占めています。通常は、それで問題ないのですが、患者と医療者の間に認識上の齟齬や誤解が生まれやすい場面もあります。それが時には、事故につながったり、苦情やトラブルの種子になったり、齟齬や対立をエスカレートさせてしまったりする可能性もあります。インフォームド・コンセントの場面、終末期の意思決定の場面、苦情への応答の場面、有害事象の発生した場面などはその典型です。こうした場面で、二項対立の構造で対応すると、なかなか対話がうまく進まず、齟齬が深まってしまうことも多いのではないのでしょうか。

有害事象発生時や苦情の場面では、医療者も平静ではられません。誠実に向き合おうとしていても、患者の悲嘆や怒りに向き合うと緊張し、余裕をもって接することも難しくなりがちです。他方、患者の方も、悲嘆、怒り、その他の感情の影響で冷静ではありません。医療者側は、ついつい防御的になり、医療側の論理で説明し、説得しようとしてしまいがちです。患者側は、医療者の説明の内容以前に、防御的な姿勢や、「説得しよう」という姿勢に反発して、情報が共有されるどころか認識の齟齬がいつそう深まっていきます。

また、インフォームド・コンセントのような情報共有がとりわけ重要な場面でも、しばしば理解が十分でないままに、結論が出てしまうこともあります。医師は説明に一生懸命で、患者もなんとなくわかったつもりになって、しかし、その認識が大きくずれていることもありえます。医療者は説明して理解してもらったつもり、患者は説明を受けて理解したつもり、しかし、実際の理解の内容は大きく異なっているというわけです。その結果、後に、説明をめぐるトラブルが生じたり、場合によっては、事故を誘発したりする危険すらあります。

このように、二項対立の従来型患者対応では、様々な限界や問題が生じる可能性があります。整理しておきましょう。

第1に、相互に相手方を説得すべき、ないし説明し理解させるべき「相手方」と見てしまいがちであることから、対話が論争的・説得的となり、対立や不満が大きくなりがちです。

第2に、互いの認識の齟齬を埋めるより、それぞれの主張すべきこと、説明すべきことに固執するあまり、逆にそれが固定化してしまい、ギャップがより深くなる可能性があることなどです。しばしば、患者側の不信は、二項対立型の対応を経て、いっそう強くなり、医療側は医療側で、患者をクレーマーないし扱いにくい患者とみなしてしまう状況に陥ってしまいます。

第3に、そうした事態を避けるために、苦情や事故の場合には、しばしば患者の深い思いや欲求に触れることなく、表層的に金銭提供で解決しようとするような安易な処理がなされがちであることです。いわば「臭いものにフタ」という形で問題を抑制してしまう対応です。逆に、患者側をクレーマーとみなして、対話自体を拒絶するといった対応も、方向は逆ですが、これと本質的に同様の問題抑制といえます。

そこで、医療者と患者の間にこうした認識のギャップがうまれがちであることを踏まえて、とりわけ事故の後や苦情の場面、あるいは事故予防につながる重要な場面で、両者の対話が真の情報共有へと進むように支援してくれる第三の位置の人材がいれば、齟齬の生成やコミュニケーションに起因するリスクも抑えられ、相互の関係調整が進むことになります。この対話の促進を通じて患者と医療者間の情報共有を進め、事故防止に役立てたり、事故や苦情時に関係を再構築するのを支援したりするのが医療メディエーター（日本語では「医療対話仲介者」と訳されています）であり、その対話モデルが医療メディエーションということになります。

メディエーションは、3極構造の対話モデルです。二項対立モデルの医療側代表者が、病院を背負って、対話に臨んでいるのに対し、第3の極にメディエーターが位置し、何も背負うことなく、真っ白な背景のまま患者の話を聴き、医療者の話を聴き、対話を促進していきます。患者側は、病院を背負っていないが故に、メディエーターの真摯な対応に触れると、病院職員ではあっても病院とは別の視点に立つ存在として、メディエーターへの信頼を紡いでくれることになります。

この、病院を背負わないが故に、患者側の信頼を維持できるメディエーターがその場にいることで、先の二項対立の限界や問題は克服されることになるのです。

では、ここで医療メディエーターの定義を示しておきましょう。

**医療メディエーター（医療対話仲介者）の定義：医療メディエーター（医療対話仲介者）とは、患者と医療者双方の語りを、いずれにも偏らない位置で、共感的に受け止め、自身の見解や評価・判断を示すことなく、当事者同士の対話の促進を通じて、情報共有を進め、認知齟齬（認知的コンフリクト）の予防、調整を支援する役割を担う人材である。**

つまり、医療メディエーターは、医療者に代わって、判断を示したり、説明をしたりするものではありません。それだと、医療側が二人になっただけで、二項対立の構造自体は変わりません。そうではなく、医療メディエーターは、**病院を背負わない姿勢**で、患者と医療者の双方の語りを受け止め、その間をつないでいく役割に徹します。医療メディエーターは、**評価、判断、説明、意見の表示などは一切せず、「質問」を通じて、当事者に語ってもらい、患者・医療者の当事者同士が、互いの深い想いや背景に気づいていくプロセスを支援**していきます。このことは医療メディエーターの役割の根幹をなす前提といえます。「病院を背負わない」位置で、患者と医療者の当事者間の対話を紡いでいく、これが医療メディエーターです。このプロセスを効果的かつ適正に支援していくために、医療メディエーターは、倫理的姿勢やスキルを学び身につけていかねばなりません。

また、医療メディエーションは、決して、表層的なコミュニケーション技法や接遇のスキルを指すものではありません。より深く、患者の想いや背景に目を配り共感的に受け止めていく、医療者の姿勢そのもののあり方を示すモデルにほかなりません。

#### <医療メディエーションの具体例>

ここで、医療メディエーションと医療メディエーターの役割を直感的に理解いただくために、わかりやすい例を挙げてみることにしましょう。苦情の例をあげます。

ある日、外来でいつものように症状を聴き取り、現在、もっとも効果があると考え、2ヶ月前から処方している薬を出すことにして診療を終えようとしたところ、患者から「そんなちょっと話を聴いて、薬を出すだけの機械的なことなら誰でもできる。先生は、ちゃんと診てくれているのか」と苦情をぶつけられた。医師は、家族ぐるみで診ている患者で信頼関係もあると思っていたので、驚き、「いや、もちろんきちんと診ていますよ」と対応。しかし、患者は納得せず、「だいたい、待ち時間は長いし、この病院はどうなっているんだ」とさらに怒りを見せる。医師が「いや、患者さんも多くて、待ち時間は仕方がないんです」と応答したところ、患者はさらに怒り、「だいたい看護師が診察室に呼ぶときにも目もあわせない。患者を大切にしていない。あんな看護師は辞めさせるべきだ」と述べ、医師は、「あの看護師は患者さんにも信頼されているしおかしいな」と思いつつも、「辞めさせることはできないが、きちんとおっしゃいますから」と対応。患者はさらに怒り「もう、これでは診察をきちんとしてもらったとはいえないから、治療費も払わない」と主張した。

ここまでは、先に述べた二項対立の限界が現れています。患者の苦情に対して、医師は、医療者の立場、病院側の立場から、説明し説得しようとしています。混乱し起こっている患者にとって、それが「攻撃されている」「言い訳して逃げている」と感じられて、溝はいっそう深まっていってしまいます。

さて、ここで、医療メディエーターが呼ばれ、対応することになったとしましょう。医療メディエーターは、可能な限り、まず、患者さんと一対一で向き合って話を聴いていきます。時には、いきなり事情もわからないまま両者の間に入っていくという難しいケース

もありえますが、通常は、できる限り、まず、患者と一対一で話を聴く機会を持ちます。まずは、自分の役割、病院職員ではあるが病院と患者の橋渡しの役割を担っている者であることを説明し、患者に話を聴かせてくれるようお願いします。

このとき、患者側からは、「橋渡しといっても病院の人間じゃないか。大体この病院はなんだ！！」と怒りを同じようにぶつけられるところから始まるかもしれません。しかし、その後が違います。医療メディエーターは、先の医師と違って、病院や医療者の立場に立って説得や説明を試みるようなことは一切しません。ただ、患者の主張、その怒りの背景にある想いに耳を傾けていきます。怒りは二次的な感情です。どんなに怒っている患者でも、その向こうには、傷ついた想いや悲嘆、苦悩、あるいは不安など、別の根源的な感情が潜んでいます。怒りはその一つの表現型に過ぎません。医療メディエーターは、表層の怒りに反応したり、説明・説得しようとしたりするのではなく、その深い想いを共感的に受け止め、聴こうとする姿勢で対応し、隠れた事情や背景を聴きだしていきます。そうした姿勢で聴いていけば、医師の対応には怒っていた患者側も、次第に落ち着き、そのことで、自分が何を望んでいるか、何を問題にしているか、気づきも生まれてきます。

この事例でも、医療メディエーターがじっくり受け止めていくと、患者側にも、「この人は病院の人ではあるけれど、自分の話をきちんと聴いてくれる人だ」という信頼が芽生え、怒りが背景に退くことで、患者の中にも、本当に自分が望んでいることについての気づき生まれて、医療メディエーターとの対話は深まっていきます。「実は、最近、医師の態度が変わってしまった。家族ぐるみで診てもらって、いい先生と思っていたのに・・・」といった患者の発言のなかに、メディエーターは前向きな要素を的確に感じ取り、受け止めつつ、問いを立てていきます。「この患者さんは、もともとこの医師をいい先生だと思っていたのだ」という気づきをもとに、「以前の先生はどんなだったのですか？」とたずねていきます。「以前は、家族の様子を質問してくれたり、少しは雑談もしていたのに、最近は事務的に対応するだけなんです」といった言葉から、さらに患者側は「ということは、私は先生に見捨てられたということではないでしょうか。もう病気も治らないということなんですか」といった背景の深い想いや不安を示す発言が出てきたりします。

つまり、この患者は、「先生に見捨てられたような不安」「病気の今後に対する不安」を根っこの問題として抱えており、それが、この日、何かのきっかけで「怒り」「苦情」という形で医師にぶつける形で表現されたということだったわけです。「看護師を辞めさせろ」とか「治療費は払わない」とかは、怒りの中で医師の病院の立場に立った「説得」への反応として出てきた表層的な主張にすぎません。

こうして患者の深い想いを受け止めたら、メディエーターは次に医師にも話を聴いていきます。苦情を向けられた医療者も、傷ついています。ここでもメディエーターは、患者に接するのと同様のケアの姿勢で、医師の語りを聴いていきます。すると、医師の側の背景の事情や、想いも出てきます。「実は2ヶ月前に外来の医師が一人辞めて、現在、その医師が見ていた分の患者まで、自分が診ている。それだけでなく忙しい外来が、今までにも

まして超多忙になっている。ひとりひとりの患者さんに費やす時間は短くならざるを得ないが、そういえば、あの患者さんは、ずっと診ていて症状も安定しているし、信頼関係があると思っていたから、無意識のうちに短い時間で済ませていたかもしれない」と、医師にも気づきが生まれてきます。同時に、「でも、けっして適当に済ませているわけではないこと、忙しいなか頑張っていることもわかって欲しいな」という想いも見えてきます。

このように、両者の背景に隠れた事情や想いを受け止めつつ聴いていけば、メディエーターの目には、表層の対立した主張ではない、つながりうる可能性が見えてきます。しかし、メディエーターが答えを出すわけではありません。主役は、この患者であり医師です。そこで、メディエーターは、患者と医師が対話する場を設け、そこで、間に入って、対話を見守り、つないでいきます。このメディエーションの対話の場でメディエーターは自分の見解や意見は一切表明しません。見守り、質問を通じて、患者側、医師側、双方が深い想いや背景事情を共有できるよう手助けするだけです。

患者が医師に対して苦情や攻撃のような言葉をぶつければ、医師も当然、防御的になり説得モードになってしまいます。メディエーターが適切な質問をすることで、患者の深い想い「先生に見捨てられたような気がしている」、つまり「本当は先生を頼りにしているのだ」というメッセージを表出してもらうことができれば、責めるような言葉には防御的になっていた医師も、「この患者さんはそういう想いをしていたんだ」と気づき、「そんなことはないですよ。でも、そんな想いをさせていたのなら申し訳なかったですね」といった共感的な言葉も出てくるかもしれません。また、医師側には、この患者への診療時間が短くなった背景を質問し、説明してもらいます。二項対立で、説得モードの際に、「医師が一人辞めて超多忙なのだ」といった説明をしても、「そんなことは理由にならない」と返されてしまいます。しかし、メディエーションで、先のように患者の想いを受け止めたあとであれば、患者側も、「先生にはそういう事情があったのだ」と気づきにつながります。こうして、今後も、きちんと診ていくこと、症状については心配ないこと、しかし、医師が超多忙であるという点の理解など、情報共有が進んで関係が再構築されていくこととなります。

このように医療メディエーターは、**患者・医療者双方が、互いに見えていない相手の事情や深い想いについて情報共有し、相互理解を進めていけるよう、二人の対話を支援していく役割を担う**わけです。特に、なぜこんなことで、こんなに怒るのだろうと思う患者でも、クレーマーなどと決めつけずに、その背景や想いを共感的に、まず、聴いていくことが必要です。たとえば、「新しい薬の投薬が何かの手違いで半日遅れたが、特に問題はない」といたケースで、患者が非常に過激に怒るような場合でも、その背景には、過去に病院で誤薬のためにひどい目にあったことがあるとか、肉親が投薬が間に合わなくて手遅れになった経験があるとかいった隠れた事情があるかもしれません。怒りや苦情の背景には、患者固有の経験に根ざした不安があるかもしれないのです。医療メディエーターは、まずこの「見えていない事情や想い」に耳を傾け、共感的に受け止め聴いていく姿勢を持たねば



なりません。医療メディエーターの能力の差異は、「いかにいい問いを立てることができるか」、そのために「いかに深い想いを聴き取ることができるか」によって、決まってきます。

さて、以上の例で、医療メディエーターの動きがなんとなくわかっていただけたと思います。その背景にある理論や、具体的技法は、本書の後続の章のなかで解説していきますが、まずは、医療メディエーターの位置づけについて理解していただくために、その諸前提について、整理していききたいと思います。

## 2. 医療メディエーションの諸前提

### 1) 医療メディエーションは医療の基礎をなす対話モデルである

医療の基盤に「対話」があることは、いうまでもありません。医療行為という言葉は、狭義には医学的な診断や処方、手技などを指す言葉かもしれませんが、それとて、患者との対話なしには、通常は、進みません。医療の根幹に患者との対話というプロセスが含まれていることは当然の事実でもあります。また、近年では、インフォームド・コンセントをはじめとして、診療に関わる説明や、事故発生時の顛末説明義務など、対話それ自体が、医療者の義務として認識されるようになってきています。

このように考えれば、**深い情報共有を促す対話モデルとしての医療メディエーションは、医療の基礎をなす医療行為そのものとして位置づけることができる**でしょう。定義を見ればわかるように、医療メディエーションの適応場面は、医療現場のあらゆる場面といっても過言ではありません。患者と医療者の情報共有は、医療のどの場面でも、非常に大切な不可欠の重要性を持っているからです。医療メディエーションを学ぶことで、1対1の場面であっても擬似的にこれを応用すること（セルフ・メディエーション、後述）もできるため、まさに医療メディエーションは、患者・医療者関係構築の基盤をなすモデルといえるのです。

### 2) 医療メディエーションの主役は、当事者である患者と医療者

医療メディエーションを理解するうえで、大切なことは、メディエーションの主役は、あくまでも患者と医療者だということです。医療メディエーターは、この患者と医療者が向き合う場を設定し、その対話を支えていく裏方の役割に徹します。先に挙げた例でも、医療メディエーターが、問題を説明したり、提案したりはしていませんでした。問いを立てて、語りを促進し、当事者自身による情報共有を助ける役割に徹していました。

ところが、医療メディエーターが次第に普及していくなかで、ごく稀にですが、「医療メディエーターを配置すれば、苦情や事故発生時の対応はすべてメディエーターがやってくれて、医療者は解放される」との誤解を受けることがあります。これは大きな間違いです。原則として、医療メディエーターは医療者に代わって患者対応をするようなことはしませ

ん。医療メディエーターが患者の話を受け止めて聴いたとしても、当事者である医師への不満や怒りが消えるわけではありません。それでは、要するに「臭いものにフタ」方式で、今までのやり方となんら変わらなくなります。無理やりに、あるいは優しい言葉だけで、ただ苦情を抑えこんでしまうようなやり方は、医療メディエーションがもっとも否定するやり方です。いわゆる苦情処理や紛争解決ではないというのは、この点を指しています。

患者とその医療者が、直接、向き合って対話し、その中で情報共有により問題を乗り越え、関係を再構築していくことこそが大切であり、医療メディエーターはその手助けをする役割にほかならないからです。このことは、医療メディエーションそのものの目標とも関わってきます。

### 3) 医療メディエーションの目標は、「解決」ではなく、関係構築である

苦情や事故発生時を念頭において説明しましょう。ある外来患者が医師への不満をもちこんで、まず、医療メディエーターが対応したとします。メディエーターは、誠実に共感的に患者の想いを受容し聴いていきます。その結果、患者は、「聴いてもらってすっきりしました。ありがとうございました」と言ってくれたとします。メディエーターが「医師との対話の場を作りましょうか?」と言っても、「いえ、もうあなたに聴いていただいて満足したので結構です」と帰っていったとします。これは、うまく対応できた例と言えるでしょうか?

おそらく従来の苦情対応であれば、うまくいったと評価されるかもしれませんが、しかし、医療メディエーションの観点で見ると、この例は、決してうまくいった例とは言えません。なぜなら、患者の医師本人への不満が消えているかどうかはわからず、この患者は、二度とこの先生のところに来ないかもしれないからです。その不満のきっかけが、単純な誤解によるものであれば、向き合えば乗り越えられて、いい関係を修復できたかもしれません。また向き合った対話の中から医療安全につながる論点が見えてきたかもしれません。そうした機会は失われ、患者と医師の関係は壊れたままということになります。

医療メディエーションでは、苦情や事故の際の問題が「解決」すればいい、「結着」すればいいとは考えません。「解決」の質こそが問題であり、ただ単に「解決」することでなく、苦情や有害事象によって傷ついた「患者と医療者・病院との関係」が修復ないし再構築されることを目標と考えます。先ほどの例では、患者側も医師側も不安なく向き合えるようなケアを提供しながら、直接の対話の場を設定し、両者が直接、情報共有し関係再構築がなされていくよう支援していくこととなります。患者と医師こそが、ここでは主役なのです。

医療事故のような場合はなおさらです。医療事故の当事者は、患者側も医療者側も傷つき、事故をめぐる問題が結着した後も、その苦悩や悲嘆から容易に脱却することはできません。そこには、自身の心の中で反芻される「終わりなき対話」の過程が持続していきます。患者側にとって、事故の経験を、苦痛と怒りのなかで反芻せざるを得ないのか、ある

いは苦痛であるとしても医療者の対応にいささかの納得を感じつつ反芻するのとは大きな違いがあります。それは悲嘆体験としての事故の受容、乗り越えそのものを大きく左右します。医療者にとっても同様です。ミスがあったにせよ、なかったにせよ、事故に関わった苦悩は、医療者をも、やはり深く傷つけていきます。その際、その後の医療者としてのキャリアのなかで、事故経験は「終わりなき対話」を強いることになるでしょう。その際、結着はしたとしても、患者の強い怒りを感じ続けながら苦悩のなかで反芻するのか、あるいは患者側との関係的緊張を乗り越え、よりよい医療者であるためのきっかけとして思い起こせるかでは、大きな違いがあるでしょう。

医療メディエーションは、単に「解決」「結着」を目指すものではありません。単なる「苦情処理」や「紛争解決」ではありません。死亡事故のような不可逆的な有害事象が発生していれば、そもそも、患者にとっても、医療者にとっても、ここで終わりというような終着点としての「解決」などありません。あるのは、区切りとしての「結着」にすぎません。そのことを見つめて、**医療メディエーションは、患者・医療者のその後も続く「終わりなき対話」を少しでも前向きな意味のあるものにできるように、両者の関係再構築を目標としていくのです。**

#### 4) 医療メディエーターは構造的な中立性でなく、信頼に基づく不偏性を保つ

医療メディエーターは、病院職員であり、構造上、中立性がないとの批判を受けたり、疑問や懸念を聞いたりすることがあります。確かに、患者側と病院ないし病院の職員である医療者と間の問題に関わるので、とりわけ、事故発生時や苦情発生時には、その位置からくる中立性の欠如が問題と思えるかもしれません。

そこで、仮に、医療メディエーターを派遣する中立の第三者機関ができたとしましょう。おそらく、実際には、うまく機能しないと思われます。

第一にタイミングの問題です。事故が発生した、苦情が申し立てられた、そのとき、直ちに間に入ることは不可能です。派遣を申請して、調整して、ようやく病院にメディエーターが来るという流れになるでしょう。事故でも苦情でも、発生したそのとき、直ちに対応することが非常に重要だし、誠意ある対応といえます。しかし、こうした第三者機関では、この即時性を満たすことができません。院内の医療メディエーターは、こうした場合、直ちに現場に駆けつけ対応することが可能です。このタイミングの問題は、対話を紡ぎ信頼関係を再構築していくためには非常に重要な要素です。

第二に、外部機関から派遣されるメディエーターでは、病院のシステムもわからず、これまでの診療経過に関する情報にも疎いため、第三者として入っても、必ずしも有効な関わりができず、場合によっては不適切な関わりをしてしまうかもしれません。この点でも院内の医療メディエーターであれば、病院のシステムや診療経過、これまでの経過なども頭に入って対応するので、適切なケアができるのです。「紛争解決」が目的であれば、こう

した個別具体的な情報を持っていないほうが中立的になれるということがいえませんが、「紛争解決」でなく、対話促進と情報共有による関係再構築を目指す医療メディエーションの場合には、こうした情報は有益な支援を可能にしてくれるはずです。

第三に、構造的な中立性は出発点では有利ですが、もろく簡単に壊れてしまいます。派遣されたメディエーターの発言が、少しでも医療側に立っている、あるいは患者側に立っていると解釈されれば、あっという間に、中立性への信頼は崩れ去ってしまいます。これに対し、院内の医療メディエーターの場合には、最初は、患者側から「橋渡しの役割と言っても、所詮、病院の人でしょう」という不信や、時には罵声を浴びるところから出発しなければなりません。しかし、そこから共感的に話を聴くなかで、次第にメディエーターへの信頼感が生まれ、こうして築かれた信頼感は、簡単には壊れない強靱なものとなります。こうした患者との信頼関係こそ、構造的な中立性がなくとも、メディエーターの支援を有効なものにしてくれる源泉ともなります。こうした一見、困難に思える患者側との信頼関係の構築のために、医療メディエーターは、その姿勢や倫理、かかわり方を学んで律していかなければならないのです。

さて、きちんと医療メディエーションを学んだ現場のメディエーターにとって、この患者との信頼関係の構築は、さほど困難な課題ではないようです。よく院内の職員がメディエーターであれば、病院側に立ってしまうのではないかといわれますが、実際には、逆に、患者側の語りを共感的に聴くなかで、どちらかといえば患者の立場に寄ってしまう例のほうが圧倒的に多いようです。しかし、これも医療メディエーションにとっては、あまりよくない形といわざるを得ません。

医療メディエーターが患者側に立ってしまうと、今度は医療側の方が防御的になる傾向が見られます。セッションに出ている医療側、たとえば医師からすれば、患者とメディエーターが一緒になって自分を責めていると感じると、当然に防御的になっていきます。その結果、対話はうまく進みません。つまり、医療メディエーターは、患者側だけでなく、医療側とも同様の信頼関係を構築し、常に偏らない立ち位置を確保しておかねばならないのです。といっても、裁判官のように距離を置いて、ポーカーフェイスでいるわけではありません。時に、患者側をケア的に支援し、時に、医療側をケア的に支援し、しかし、いずれにも偏らない、そういう信頼に基礎を置いた「不偏性 (impartiality)」を維持しなければなりません。いわば「やじろべえのような不偏性」を保つことが大切なのです。当事者の対話を紡ぐためには、それが必須の条件となります。

そして、そのために医療メディエーターが守らなければならないルールがあります。それが次の医療メディエーターの行動規範です。

## 5) 医療メディエーターが守るべき約束 (行動規範)

これまでも触れていましたが、医療メディエーターは院内の人間であるからこそ、「病

院を背負わない位置」を常に、保たなければなりません。病院や医療者を背負った発言をしたとたんに、一気に患者側の信頼を失い、二項対立構造に戻ってしまいます。

この「病院を背負わない位置」を保つために、医療メディエーターが守るべき行動規範ないし約束があります。以下に、ここまでのまとめを兼ねて、述べていきましょう。

#### ①医療メディエーターの約束 1—伝言的仲介でなく直接対話を促進させる

まず、メディエーターの役割の理念となるのは、ミルトン・メイヤロフが定義したケアの理念です。すなわち、「その人がその人自身であることを支えること」であり、第三者が当事者に何かを「してあげること」ではありません。メディエーターが行うのは、あくまでも、当事者が自分自身で問題を乗り越える、その基盤となる支援にはかたまりません。

「何かを提供する」支援ではなく、「何かをその人自身が自分の中から引き出すこと」への支援です。答えは第三者の中にあるのではなく、常に当事者自身の中にあります。

それゆえ、医療メディエーターは、患者と医療者が直接向き合う対話の場を設定し、対話を促進することがその役割でなければなりません。患者の訴えを聴いて医療者に伝えたり、医療者の言い分を患者に伝えたり、そのような伝言による間接的な仲介は、原則として、してはなりません。メディエーターは、患者と医療者という当事者が、直接向き合っ

て自分たちで関係を調整し、問題を克服していくのを偏りなく支えるだけです。当事者しか問題を克服することはできないのです。

患者は医療者との直接の対話を求め、その対応によってこそ納得ができるのであって、医療メディエーターが医師や病院の代弁をしたのでは受け入れられるはずもありません。そもそも、医師や病院の代弁をする者を医療メディエーターとよぶことはできません。医療メディエーターがいれば、トラブルはすべて任せられ、医師は患者との話し合いに出なくてもよくなると考えている人がいるとすれば大きな間違いです。

むしろ逆なのです。医療メディエーターは、患者と医療者とが向き合っ

て直接対話する場を設定し、対話を促進します。問題を克服できるのは当事者だけであり、その当事者を尊重し支えるというケアの理念をもつメディエーターであれば当然のことです。

また、間接的な伝言仲介は、誤解や齟齬を生むリスクを何倍にも増やしますし、最悪の場合には情報操作のリスクさえあります。患者と医療者が直接向き合う場を創るため、間接的な伝言や代弁は控えるというのが医療メディエーターの第1の約束です。

#### ②医療メディエーターの約束 2—判断・評価・意見の表明や提案はしない

また、メディエーターは、あくまでも当事者の対話による問題克服を支援する役割ですから、自分の意見や見解の表明、評価や判断の提示などは決してしてはなりません。たとえば、「事故は不可抗力によるもので過失はないと考えている」といった事故原因の説明、「事故を生かして今後〇〇の医療安全対策をしていきます」といった改善案の提示、「賠償としては100万円お支払いしようと考えています」といった賠償や法的評価の提示などは、いっさい行ってはなりません。これらは、病院側の当事者である医師、事務担当者、

顧問弁護士などが、それぞれ患者と向き合って説明するものであり、医療メディエーターは、対話のいかなる場面でもこうした発言はしてはなりません。

その根拠は、第 1 に、そのような発言は簡単なものでもあっても、いずれかの当事者に何かをしてあげることになり、患者と医療者の当事者自身による問題克服を尊重するメディエーターのケアの理念に反することになります。

第 2 に、医療メディエーターは、病院の職員であるからこそ、そのような中身に踏み込んだ発言をしてはならないのです。そうした発言は、病院側に立つことになったり、患者側に立つことになったりして、いずれにしてもメディエーターの役割理念および不偏性を損なうことになります。

第 3 に、患者側ないし医療者側に、そうした発言は友好的発言や敵対的発言であると認識されることになり、メディエーターへの信頼が失われ、メディエーションの場が崩れてしまうことになります。

### ③医療メディエーターの約束 3—解決ではなく、情報共有と関係構築を目的とする

これも、「問題を克服できるのは当事者だけである」というケアの理念に基づくメディエーターの役割理念から必然的に出てくることです。問題を克服していくこと（医療事故では本来、100%の解決はありえないと思いますが）、それは当事者が達成し決めることであって、メディエーターの目的ではありません。メディエーターが問題を解決しようなどと考えると、つつい意見を表明したり、提案を行ったりして、メディエーターの理念に反してしまい、結果として対話が進まなくなってしまう。医療メディエーションの目標は先にも述べたように、関係の再構築です。メディエーターの目的は、「つなぐこと」であって、「解決すること」ではないのです。

先にも述べたように、メディエーターは、あくまでもケアの理念を基盤に、患者と医療者の情報共有による関係構築を支援することを目標と考えねばなりません。メディエーターの支援によって、深い情報共有がなされ、関係が構築されていけば、自然に、患者と医療者との間で、問題が克服されていく可能性が開けてくるはず。直接、医療者に向き合い、そして真摯な対応を受けることで初めて、患者も問題を乗り越えていけるのだということを忘れてはなりません。メディエーターはあくまでも黒子の役割に徹しなければなりません。

### ④医療メディエーターの約束 4—分け隔てのないケアの姿勢で心を聴く

メディエーターは、分け隔てのないケアの姿勢を基礎としています。事故や出来事に関わって傷ついているすべての人（患者だけでなく事故に関わった医療者も含む）に、分け隔てなくケアする姿勢が、何よりも大切なのです。これがメディエーターの関わりに偏りのない姿勢という意味での不偏性をもたらします。この姿勢があれば、形式上は中立でなくとも、患者側との間でも、メディエーターへの信頼が構築され、第三者的な位置での支援のかかわりが受容されるようになります。また、医療者側にも、同様のケア・マインドを持って接しなければなりません。メディエーターが患者側だけに共感的な対応をしてい

ると、医療者側は閉じて防御的になってしまいます。事故に関わったり、苦情を向けられた医療者側に対してもケアの姿勢で共感的に受け止めていかねばならないのです。

メディエーションの過程で、メディエーターは患者や医療者の「言葉でなく心を聴く」姿勢の中で、その深い想いを見つめ、互いに表層の対立の背景にある何かに気づくことを支援していくのです。そのために、メディエーター自身、患者や医療者の深い想いに気づき、寄り添うセンスとマインドを身につけていなければなりません。そうした姿勢が身についたとき、はじめて「スキル（技法）」が「ウィル（姿勢）」の真の反映として表れてきます。マニュアル的な技術でなく、「姿勢」の発現としての「スキル」とは何かについて、適切な教育研修を受ける中で、メディエーターは体感的に理解し、その姿勢の涵養に努めなくてはなりません。そうした姿勢こそ医療メディエーターへの信頼の糧となるのです。

＊

さて、以上で、医療メディエーションとはどのようなものか、医療メディエーターとはどのような役割を果たすのかについて、概略をご理解いただけたと思います。次に、医療メディエーションの出発点となった医療事故発生後の対応を例にとり、さらに詳しく、説明していくことにしましょう。

### 3. 医療事故と医療メディエーション

#### 1) 適正な医学的検証と正直な説明の支援：双方向的対話の意義

医療メディエーションについて考え始めた当初は、やはり事故後の説明や問題の調整という場面が課題でした。患者側と医療側が、裁判官に向けて正当性を主張しあい、その結果、互いの溝がいつそう深まっていく。病院の誠実な対応や真摯な説明を求めるニーズは置き去りにされ、得られる結果は金銭賠償に過ぎない……。そのような患者にとっても、医療者にとっても、ニーズが満たされず、疲弊感の残る訴訟のような方式とは異なる形で、双方の想いやニーズをつなげていきたいというのが出発点でした。

事故が起きたときに、情報開示や真実の説明を当然の前提と考える医療機関が増えてきています。しかし、情報開示を実際にはどう進めればいいのか、そのモデルがこれまではありませんでした。真摯に情報開示しても齟齬が生じることはあります。医療者側が患者の思いや訴えを理解できず、ピントはずれな対応に終始していることもあります。そのような場面で、より深い情報共有を進め、情報開示を実現していく実践的モデルが、医療メディエーションなのです。

つまり、医療メディエーションとは、事故後の正直な説明の過程が、患者と医療者の間で共有されていくように支援するモデルということが出来ます。事故直後の双方が混乱し

たなかでの対応の場面、真摯な医学的検証に基づくその後の説明の場面、それを踏まえて関係再構築へ向けて方向性を見出していく場面、様々な事故後の場面で、医療メディエーターの役割が重要な意味を持つと思われます。

具体例をあげましょう。術中に患者が予期しない形で死亡する事故があったとします。過失はあってもなくても、医師も人間である以上、「たいへんなことになった」「なんとか救いたい」「これからどうなるのだろう」など、心が乱れ、呆然自失しながらも、なお医師として精一杯の処置を行うでしょう。その上で、残念ながら救命できなかったとき、待っている遺族の前で何が起こったかの説明を行わねばなりません。そのとき、医師は、「自身が取り乱して遺族の前に立つわけにはいかない、きちんと何が起こったかを説明するのが医師の責務であり、そのため遺族の前では、自身の心の乱れを可能な限り抑制して、誠実に冷静に説明しよう」と考えるでしょう。そしてそのように「誠実に」「真摯に」説明を始めます。

しかし、このとき、その誠実さが遺族側に伝わらず、かえって医師に不信を持たせてしまう可能性があります。「この医者は、人が一人死んでいるのに、どうしてこんなに冷静に、淡々と話せるのか、亡くなった私の家族をひとりの人間として大切に診ていなかったからではないか、多くの対象としての患者としてモノのようにしか診ていなかったのではないか」という風に患者側の目には映るかもしれません。誠実であるために努めて保とうとした冷静さが、患者の視点からみれば、他人事のように話していると受け取られるかもしれないのです。

医師の「プロフェッションとしての責務」を誠実に、真摯に果たそうとする行動が、その視点を共有しない遺族側から見れば「不誠実な行動の表象」として見えてしまうかもしれないのです。

しかし、遺族側も医師側も、実は、双方とも、感情的にも混乱した必死の状況であり、相手の感情や、自分の発言がどう受け止められるかまで配慮するゆとりなどありません。ここに医療メディエーターがいたとすれば、少し距離を置いた視点を持てるため、「医師の真摯な意図」が患者側に誤解されていると気づくことになります。ただ、この場合も、メディエーターは、自身の評価を語るのではなく、常に「質問」により当事者に語ってもらわねばなりません。「先生は医師の責務として冷静に話されているのですよ」などと、メディエーター自身の見解を語れば、患者側から見れば、「この人も医師を庇っているだけ」となり、信頼を失ってしまいます。これは、医療メディエーターの行動規範である、意見や見解の表明はしないというルールに反しているからです。

ここでもメディエーターは、意見を述べるのではなく、質問を發して当事者に語ってもらうなかで、両者が認知齟齬の存在に気づき、深い次元で情報共有がなされるよう支援していかねばなりません。医療メディエーターにとって、「問いを立てること」「質問を繰り返すこと」が、そのほとんど唯一の手段なのです。この状況では、おそらく医師の医学的な説明は、いかに真摯で正直なものであっても、遺族の耳には入らないでしょう。むしろ、



手術室で起こった出来事とその際の医師の対応、医師がどれだけ必死に生命を救おうと懸命に努力していたかなど、患者側にも直ちに受け止められる情報を引き出す質問をしていくことになります。それへの回答を通して、医師がどれだけ真摯に患者と向き合っていたかが、遺族にも伝わっていくように支援していくのです。そうすれば、「少なくとも医師は必死に究明しようと取り組んでいたのだ」ということは共有され、「他人事のように話している。亡くなった患者をモノのように診ていたのだ」といった決定的な不信感と亀裂の拡大は防ぐことができるでしょう。遺族に対しても表面の攻撃的な言い分の背後にあるつらい想いを受け止め、それを医師にも共有してもらうべく質問の通じ支援していくことになります。

こうした関わりは、まさに事故発生時の対応ですが、その後、事故の医学的検証や、さらなる話し合いが持たれるときにも医療メディエーターは支援していくことになります。その際、医学的な検証や事故調査、医療安全の観点からの分析は、医療機関として、当然の責務として取り組むことになります。この**事故調査が誠実に正直にきちんと行われることは、医療メディエーションの必須の条件**であり、「公正で正直な医学的検証なくして、**医療メディエーションなし**」ということを肝に銘じておく必要があります。

医療側が検討した医学的検証結果を患者側に説明する場合にも、医療メディエーターは、その対話が深い情報共有へとつながるように支援していきます。その際、この情報共有プロセスが双方向的なものであることを忘れてはいけません。医学的検証結果の説明は、しばしば、病院側からの一方通行的な説明の場のように理解されます。メディエーション的な観点からは、双方向でなければいけません。もちろん、病院側が誠実に検証した結果は、患者側へ向けて説明していきます。このとき、医療メディエーターは、説明が一方的にならないように、患者の視点に配慮して、質問を通して説明に区切りをつけ、患者側が疑問を述べる機会などを作っていきます。医療メディエーターが看護師など医療職である場合には、わかりきったことであっても、患者側には理解が難しいかもしれないと感じれば、患者側に「私から質問してもよろしいですか？」と了解を求めた上で、医療メディエーター自身が、病院側に質問していきます。その上で、病院側の回答の後には、患者側にも、「今の説明でよろしいですか？」と確認していきます。

こうした医療メディエーターの振る舞いは、患者側の理解を少しでも助け、長く続く専門的な説明が患者側を苛立たせるのを防ぎ、かつ患者側に適宜、発言や意見表明の機会を提供し、対話を紡いでいくことになります。

こうして医療メディエーターの支援により、医学的検証結果の説明を双方向的に紡いでいくことには、病院側の医学的検証結果を患者側に理解してもらうという以上の意味があります。それは、患者側が対話のなかで示す疑問や、見解のなかに、医療側が見落としがちな**患者目線から見た医療安全や安心の医療への示唆**がしばしば含まれているからです。また、患者の語りに向き合う**メディエーションのなかで、医療者が患者の視線から見た医療の質に関わる多くの学びを受け取ることができる**からです。

医学的検証が、誠実に正直に行われることは当然の前提として、その後も対話を通して、医療側の視点と患者側の視点が双方向的にすりあわされていくなかで、事故をめぐる認識も共有され、将来の医療安全、医療の質の改善へ向けた示唆も生まれてくるのです。この事故後の説明の双方向的な遂行のためには、医療メディエーションがもっとも適したモデルということができます。

さらにこうした医学的説明の共有を踏まえて、事故被害者に対して病院として何ができるかについても、医療メディエーターが関わるなか、関係が再構築され、双方向的対話を通して方向性を見定めていくこととなります。

## 2) 医療事故当事者のニーズの観点から

以上の点を、患者、医療者それぞれの事故の際のニーズに即して見直してみましょう。

### ① 患者側のニーズ

第1に、「悲嘆体験からの回復」が最も根本的なニーズといえます。事故や事故が疑われる状況に直面した患者側は、非常に強い不安や精神的緊張、怒りの感情などにとらわれることとなります。それが身近な者の死や重篤な身体被害であればなおさらです。死別体験や障害受容の困難さと、そこでのケアの必要性はよく指摘されていますが、そこに不慮の事故という要素が加わった場合には、その悲嘆や混乱はさらに強まると思われれます。医療者側への攻撃的態度や行動は、実はこうした受苦体験の受容と悲嘆からの回復のための一つの手段・表現としての意味を有しているともいえます。事故被害者は、切実にその「痛み」へのケアを必要としている存在にほかならないのです。**医療メディエーターの姿勢の基盤は「ケアの理念」**であり、そこでの共感的ケア提供こそ、一貫したその姿勢でなければなりません。

第2に、患者側が例外なく求めるニーズとして、「真相究明」があげられます。われわれは、身近な者の死に際して、それがごく自然な死であっても、最後の様子を知りたいと願うものです。それは、その経過を知ることによって、その思いに共感し、またそのことで、「喪失」という事実を受容していく手がかりともなるのです。事故の場合にはなおさらです。誤解してはならないのは、ここで求められている「真相究明」が、単なる「客観的な事実経過の究明」だけを意味するのではないという点です。もちろん、客観的説明は必須ですが、患者側のいう「真相究明」は、その事態への深い共感的理解への要求が含まれていると思われるからです。この点を理解せず、いくら正直に合理的な説明を重ねても、それだけでは受け容れられることはないでしょう。だからこそ、正直な医学的検証を前提としながら、その一方的な説明ではなく、双方向的な対話過程、メディエーションが必要なのです。

第3に、被害者側は、常に医療者側の「誠意ある対応と謝罪」を求めています。たとえ事故が過失によるものでなかったとしても、かけがえのない生命や健康の喪失がそこで生

じている以上、それにかかわった医療者側が誠実に対応し、必要な謝罪をするのは、日常的な道徳感覚からみて当然です。

われわれはふだん、自らに過失や責任のない不可抗力による出来事であっても、相手に損害が及べば、誠実に対応し共感表明するものです。アメリカでは訴訟社会のいき過ぎから、事故が発生したとき、「訴訟で不利にならないようけっして謝罪しない」という行動パターンが定着していましたが、こうした事態を憂い、通称“Sorry Law”とよばれる法が、ほとんどの州で制定されています。この法は、事故の際に普通に謝罪しても、訴訟上それを過失を認めたこととはしない、だから謝罪してもよいという法律です。わが国はそのような法律が必要なほどではなく、医療者側が謝罪や共感表明したとしても、裁判所はより客観的な視点から事実を認定しています。それゆえ、むしろ患者側に誤解を与えないように留意しつつ、適切なかたちで謝罪や共感表明することが必要であり、それが可能であると思われま

す。また、患者側が謝罪を求めているといっても、**ただ単に頭を下げ謝罪しているばかりでは、結局は医療者側の自己満足に陥り、患者が置き去りにされてしまうかもしれません。**謝罪や共感表明も、一方通行ではなく、双方向的な対話の中で意味ある形で共有されねばなりません。**謝罪や共感表明は、それを求める患者側の心情を受け止め聴くことを伴って**いなければならないのです。

第4に、事故が二度と起こらないように「再発防止」対策をとってほしいというのも被害者の共通の願いです。これには単に公共的な意味だけではなく、もし、自分たちの事故が次の事故を防止するのに役立つとすれば、その死や受傷を無駄なものではなく、社会的に意義ある犠牲的受苦として意味づけ、受け容れることができるという思いが込められているのです。それは受苦体験の受容と悲嘆からの回復を助ける大きな要素なのです。

最後に、多くの被害者は、「単なる金銭の問題ではない」ということを強調します。これは生命や身体被害を金銭に換算することの不可能性と痛みの深さを示す言葉ですが、また、「命を金に換えるのか」といった外部からのネガティブな意味づけへの拒絶でもあります。現実には金銭賠償が生活維持のために重要な意味をもつ場合もありますが、それでも被害者の心情としては、それよりも心の痛みこそが、まさに重要な問題なのです。

このように、被害者側のニーズは、いずれもその受苦体験と痛みを淵源として発せられている要求であって、この点を理解せずに適切な医療事故問題への対応はできません。

## ②医療者側のニーズ

翻って医療者側のニーズをみましょう。事故は不幸な出来事であり、かかわった医療者も事故を起こそうと思って起こした者はいないでしょう。期せずして事故にかかわった医療者も、被害者側と同様に、強い精神的緊張にさらされることとなります。訴訟では、「被害者（患者側）」に対置されるのは、必然的に「加害者（医療側）」となりますが、筆者らが考えるメディエーションでは「被害者（患者側）」に対置されるのは、悪質な例外を除き、多くの場合、やはり「被害者（医療側）」にほかなりません。医療者も誠実であれ

ばあるほど苦しむのであり、ある意味で「医療事故の被害者」といえるのです。では、事故に直面した医療者側のニーズには、どのようなものがあるのでしょうか。

第 1 に、医療者側もやはり、「事故体験からの心理的回復」というニーズを有しています。多くの医療者は事故に直面し、うろたえ、強度の精神的緊張にさらされます。患者側と立場は違っても、医療者側も、そうした体験を受容し、前向きに克服していくために、適切なケアを必要とする存在でもあるわけです。

第 2 に、医療者側も、その事故が何によって生じたのか、なぜ防ぎえなかったのかについて、客観的な事実の経過を知り、また当事者として自分の行動を省みる契機にしたいと願うでしょう。すなわち、患者側と同様、「真相究明」へのニーズを強くもっているわけです。

第 3 に、「誠意ある対応」をしたいというのも、素朴な感情的ニーズでしょう。ごく自然な対応が許されるなら、それが法的に過失であるかどうか、因果関係があるかどうかといった問題以前に、不慮の被害にあった被害者に向き合って、それに共感し、誠意や謝罪を示したいというのは自然な人間としての感覚です。とりわけ、ケアを職業の根幹におく看護職をはじめ、医療者にあっては、誠意と謝罪は、自然な感覚の発露として自らをも樂にし、救済する対応であるということができます。

第 4 に、「再発防止対策へのフィードバック」も、医療者として願う当然の課題でしょう。再発防止の客観的効果だけでなく、自分がかかわった不幸な事故に、その後のシステム改善への貢献という社会的意義を与えることは、医療者側にとっても一つの救いとなるはずです。

最後に、医療者側も、ただちに問題を金銭問題としてみることはしないでしょう。問題が生じた場合、それが賠償問題を含むのは事実です。しかし医療者側にとっても、金銭賠償問題は患者側から「金でカタをつけようとする」とネガティブな反発を受ける可能性があります。ただちにはもち出せない問題です。その前にまず、精神的なケアと対立の解消が前提となるはずです。

### ③ ニーズの共通性

さて、患者側のニーズと医療者側のニーズそれぞれを見てわかるのは、**医療事故をめぐる、両者のニーズが実はかなりの程度共通している**という点です。もちろん、事故をはさんでその立場は正反対であり、ニーズが共通しているからといってただちに協調的な関係が成り立つわけではないでしょう。しかし、それでも、共通するニーズを手がかりに、幾分なりとも対話と関係修復が可能になるとすれば、それは双方にとって応答的な選択肢となるのではないのでしょうか。

こうした当事者のニーズに丸ごと対応していけるような、ケアの理念に基づく事故対応のモデルが必要とされているのです。この発想こそが、ケアに根ざした医療メディエーションの理念にほかなりません。双方の当事者たちが、深い痛みにとらわれている医療じこ

の場面でこそ、双方向的対話を促進し、解決でなく関係の再構築を目標とする医療メディエーションが適しているのです。

## 4. 医療メディエーションの適応場面

もちろん、医療メディエーションが有効に機能すると思われる適応場面は、事故後の対応に限られるわけではありません。対話を促進し、情報共有を進め、認知の齟齬を解消していく医療メディエーションの可能性は、医療の様々な場面で、既に確認されています。以下、簡単に見ていくことにしましょう。インフォームド・コンセント、生命倫理メディエーションなどについては、後に、医療メディエーションの新展開として、詳しく取り上げることにします。

### 1) 患者相談窓口とメディエーション

現在、置かれている患者相談窓口や院内の患者相談担当者にとって、メディエーションの発想は不可欠です。実際、メディエーター研修にも、患者相談にかかわる事務職やコメディカルが多数参加し、現場に生かしています。苦情や事故の場合に限らず、さまざまな相談において、患者に寄り添って真摯に対応していくことがそこでは求められています。しかし、「寄り添う」「真摯に」というのが単なる精神論や掛け声にとどまっているは、実は、「寄り添っているつもり」「真摯であるつもり」に陥ってしまうことが少なくありません。単に、患者の相談や苦情を「なんとか解決すること」を目的とする解決志向的な従来型の対応がなされていることも多いでしょう。いかに善意でも、それでは患者に向き合っていることになりません。

メディエーションは、まさに、患者に向き合うとはどういうことかについて、技術では決してなく、その姿勢を教えてください。相談員の場合には、後に見るセルフ・メディエーションによる対応も必要ですし、場面に応じて、患者と医療者をつなぐ柔軟なメディエーションの適用が必要になるときもあるでしょう。海外でも、ロンドンのNHSトラストの患者相談 (Patient Assistance & Liaison Service) でも、米国のいくつかの病院の患者相談 (Patient Advocacy) でも、メディエーション的対応が意識されています。

患者相談窓口、院内の相談担当者の業務については、メディエーションが有益であることは、これまで多くの担当者がメディエーションを学び、現場で活用していることから明らかです。

### 2) インフォームド・コンセント

インフォームド・コンセントの場面はメディエーションがもっとも有益な場面のひとつです。医療者によるリスクの説明は、そのまま、ストレートに患者に理解されるわけではあ

りません。現実の対話は、解釈を通して展開するものです。「Aという副作用が生じるリスクが1%ある」という説明に、医療者は「非常に危険でリスクが高い」との意味を込めているかもしれません。他方、患者は「99%安全ということだから、ほぼ大丈夫だ、安心しなさいとってくれている」と解釈するかもしれません。この場合、不幸にも1%の副作用が現実にかつたとき、患者から見れば「そんなに危険な薬とは聞いていない」ということとなります。もちろん、「1%のリスク」という「言葉」自体は聴いていても、その意味は「安全である」と理解していたのですから、「危ないと聞いていない」というのは患者の視点からすれば「偽り」ではない、「真実」なのです。

こうした例でもメディエーターないしメディエーションを学んだ看護師などが、より深い情報共有を促進する形でかかわれば事情は違ってきます。医師の患者への説明場面に同席し、医師の説明が患者にわかりやすくなるよう、また患者が話す機会を作れるよう、適宜、質問をして入ることで、理解の向上を図ることが可能となります。たとえば、先ほどのように医師が「この薬には重い副作用の出る可能性が1%あります」と言ったとき、第三の位置にいるメディエーターには、誤解されるリスクが傍目八目によくわかります。そこですかさず、患者側に、「私から、医師に質問してよろしいですか？」と了解を取った上で、医師に向かって「先生、1%というと100人にひとり、副作用が発生するのですか？」と問いかけます。すると、医師は、さらにリスクが高いことについての説明を補足し、患者もそのことを誤解せず、理解できるのです。さらに、そこでメディエーターは患者側に「今野でわかったでしょうか？さらに聴きたいことはありませんか？」と発言の可能性を作っていきます。こうして、患者と医療者の対話を拓き、情報共有と的確なインフォームド・コンセントを進めていくわけです。

医療者にはわかりきったことでも、患者にはわからないことが多くあります。それゆえ、**メディエーターが、認識の齟齬を取り除き、患者にも発言の機会を与えて、双方向の対話を紡ぎ、患者の背景や環境に根ざしたインフォームド・コンセントが実現できる**わけです。インフォームド・コンセントの場面は、まさにメディエーション的対話が必須の場面だといえるかと思えます。

このように、医療メディエーションは、トラブルの予防や、コミュニケーションのずれに基づく医療事故の予防にも役立つ対話モデルなのです。

### 3) 終末期の生命倫理メディエーション

終末期の処置、意思決定については、さまざまな手続的規律の方法などが議論されているところです。そのひとつとして、アメリカではメディエーションを応用する考え方が提案され、また実施され始めています。倫理コンサルティングや、倫理委員会の助言がうまく機能していないことを背景に、アメリカでは、ペンシルバニア大学の生命倫理研究センターに、生命倫理メディエーションのコースが設置されたり、ニューヨークのモンティフ

イエ・メディカル・センターを中心に実際に適用されたり、教育プログラムが提供されるなど、動きが出てきています。

具体的には、患者本人、家族のそれぞれ、医療者が集まり、メディエーターの対話促進により、情報の共有とその上でそれぞれの当事者の表層の意見の背後にある深い想いを引き出し共有を図って、よりよい合意を構築していこうという動きです。アメリカでの経験では、チーム医療で対応がなされている場合、各医療者から、家族のそれぞれが異なるポイントを強調した話を聞き、それによって意見の相違が生じていることが多く、まず、情報共有を促進するためにも、メディエーションが有効であると言われていました。いうまでもなく、対話の促進により情報共有を進め、当事者みんなの深い想いを分かり合うなかで関係の再構築を模索していくメディエーションが、適合的であることは明らかでしょう。

ここでひとつの架空の事例を素材に考えましょう。

Aさんは、1年あまり抗がん剤治療を続けているが、副作用と病気の進行により、全身状態は徐々に悪化している。別の抗がん剤に変えても効果はあまり期待できず、副作用の可能性もある。化学療法を停止し緩和治療の見に限定すれば、今よりよい状態でしばらくは過ごせると思われる。医療チームは、医学的知見および患者の生活全体への配慮から、緩和治療に限定したほうがよいとの判断をしている。しかし、患者は説明を聞いたうえで、「別の抗がん剤を試してみたい」と希望している。他方、患者の妻は、「これ以上、辛い思いをするより、家族としばらくでも静かに暮らしたい」と考えている。

これは、臨床倫理の専門家である清水哲郎教授が、臨床倫理のあり方を検討する際の素材として取り上げた事例です。これをお借りして説明していきたいと思います。

生命倫理メディエーションは、患者や家族の言葉の背後にある想い、人生観や価値観を共感的に受容しようとするところから始まります。「苦しくても新しい抗がん剤を試したい」という患者の言葉の向こうには、どのような想いがあるのだろうかという「問いを立てること」から、その一歩は始まります。

患者のAさんは、新しい抗がん剤の効果を期待してというより、最後まで病気と闘う姿勢を見せることで、残される妻や家族への許し（ここまで頑張ったのだから先立つことを許してほしい）を期待して、新たな薬を試したいと言っているのかもしれませんが。問いを立てることで、そうした具体的な生の中にある患者の想いが見えてくるのです。また妻は、そうした夫の姿勢よりも、最後の安らかな時間を共に過ごすことを、真摯に求めているのかもしれませんが。

「妻にすまない、最後に何かを妻や家族に残したい」という夫の深い想いと、「最後に夫との間に永遠に残る何かを残したい」と感じている妻の深い想いは、つながっています。ただ、その実現の仕方について「抗がん剤で闘う」と「緩和治療に変えて安らかな時間を過ごす」という相違が存在しているにすぎません。それが共有できれば、相互に共感的な形で問題を乗り越えて、決定していくことも可能になります。

終末期の意思決定では手続きをめくり様々な議論がなされています。しかし、必ずしも確定的と言えない倫理的基準のジレンマのもとで、具体的な過程で、どのように家族間の納得を獲得し、対話を進めていけばよいかという問題は残ってしまいます。そこでメディエーションという対話モデルないしメディエーターの支援が、有効なのです。終末期の意思決定へ至る手順の整備と、メディエーションのモデルを接合することで、臨床倫理・生命倫理の場面に適合的な対話と合意のモデルを構築できるのではないのでしょうか。実は、同様の試みは、すでにアメリカでも行われ始めています。

#### 4) 日常診療とセルフ・メディエーション

このように見てくれば、そもそも日常診療や、医療現場のその他ほとんどの場面で、メディエーションが、有益であることは指摘するまでもありません。メディエーション研修を受講したある医師は、受講後、外来診療の場面でメディエーター的視点と姿勢をもって、診療にあたったところ、患者さんに非常に満足してもらえたそうです。そこでは、患者の側から見ての情報共有、つまり患者は医療者の説明を聞く対象でなく、病いの主体として自分の話が受容され、自分の病気と医療についての協働作業がなされたとの満足感が生じたというのです。この場合、第三の位置のメディエーターはいません。しかし、医師自身がメディエーター・マインドを持って、自分で自分をメディエーションするプロセスがそこでは動いています。

筆者のひとりである中西淑美が提案したメディエーションの応用的モデルが、このセルフ・メディエーションというものです。当初より、その発想は中西により提示されていましたが、患者＝医療者の1対1の場面で当事者である医療者自身が、当事者であると同時に、メディエーターとしてのまなざしをもって、患者と向き合うことの重要性が、医療現場の日常診療での対話モデルとして有効に機能することが次第に理解されてきました。

たとえば、対応の悪い医療者はもちろん、対応がよく、できるだけ親切にわかりやすく患者に説明をしようとする医療者であっても、実は、まだ、患者から見て望ましい対応の半分しか満たされていないことがあります。「わかりやすい説明」が医療者から患者へという一方通行の流れで捉えられている場合には、実はその説明は生きた説明として患者の中に入っていったいないかもしれません。それが本当に有効で満足いく説明になるためには、患者の声や語りを、医療者の視点から聞くのではなく、ありのままに受け止めていくような聴き方が必要です。

対話は双方向的でなければならず、専門家としてではなく、まずはメディエーター的な姿勢で聴くことから始めると、対話は双方向的なものになっていきます。医療者の説明が患者側によりよく理解されるだけでなく、患者の声や求めていることも医療者の心にとどくこととなります。メディエーター的視点で聴き、対話を促進することにより、その応答は、まさに一緒に医療を作り上げていく過程となっていきます。



メディエーションの理念と姿勢を適用することによって、一方通行的「寄り添い」から、真に患者の声を受け止めた寄り添い方や説明が可能となるのです。このように、自身の中にメディエーターの視点を持ち、あたかも、自身で自分と患者との対話を促進していく過程を、セルフ・メディエーションと呼びます。これによって、メディエーションの可能性は一気に広がることとなります。いわば、システムというより、医療現場の「対話のソフトウェア」としてのメディエーションと言えるでしょう。

## 5. 医療機関の対話文化の醸成とメディエーション

### 1) 上層部からの変容

医療メディエーターの導入は、医療機関の患者と向き合う姿勢の変化、文化の改善に貢献することになります。メディエーター研修に参加する医師のほとんどは、院長、副院長、診療科長などの管理職ですが、**医療機関の上層部が、メディエーションの意義を理解することにより、その施設での患者対応文化、対話文化の向上が促進されること**になります。

日本医療メディエーター協会が行った、医療メディエーターへの調査でも、メディエーション導入の効果として、「患者に向き合う姿勢の向上」や「医療安全の向上」「対話文化の普及」などが上位を占め、「紛争解決の質の向上」はやっと 5 番目に出てくるにすぎません。医療メディエーションの導入は、何より、医療機関全体の患者に向き合う姿勢の向上に貢献しているようです。いうまでもなく、それは上層部がそうした医療メディエーションの意義を理解し、サポートしていることの表れと言えるでしょう。

### 2) 院内医療メディエーターの活動から学ぶ

主に事故や苦情の対応にあたる役職としての医療メディエーターが導入されている病院では、その活躍によって、医療者がいやでも患者と向き合う機会が増えていきます。そこで医療メディエーターの対話促進により、1対1の対応ではうまくいかなかった問題が、医療者自身、患者の想いや視点への理解が深まり、患者側も不要な誤解が解消するなど、深いレベルでの情報共有、相互理解が進んでいくケースが、次第に蓄積されていきます。

こうしたケースが重なっていくと、最初は懐疑的であった当該医療機関の医師らがメディエーターに協力的になり、苦情時に患者と向き合う機会を持つことへの抵抗が減じるばかりか、**メディエーターの動きから患者と向き合う姿勢そのものを学んでいくこと**になります。

このように**有能な院内医療メディエーターの存在は、医療機関全体に、患者と向き合う姿勢と文化を醸成していく上で、有意義な効果をもっています**。実際に、有力なメディエーターが活躍する個別病院では、そうした成果が具体的に報告されているほか、各施設にメディエーターを導入している病院グループでも、データとして表れてきています。

### 3) 職員全体への教育と浸透

メディエーションが事故後の対応にとどまらない幅広い適応範囲を持っていることを反映して、個別のメディエーター養成にとどまらず、院内の職員に徐々に浸透させていく動きも各地の病院でみられるようになってきました。個々の医療機関内部で研修を実施し、上層部から順次、メディエーションを学んでいく動きです。毎年、継続的に研修を実施し、院内に徐々にメディエーション文化を浸透させていくわけです。

この場合、事故後の対応のためのメディエーター導入というより、日常診療も含め、さまざまな患者＝医療者関係の場面での対話の促進、情報共有、患者中心の医療の推進を目的として、まさに「いつでも、誰でも、どこでもメディエーター（法政大学中村芳彦教授の言葉）」という理念の実現が目指されていることとなります。

そのような病院での成果は、共通して次のような経過をたどるようです。まず、病棟や診療科の看護師長、医師の診療部長などがメディエーションを学ぶことにより、専従の役職としての医療メディエーターのところには重篤な事故ケースを除いて苦情ケースなどは持ち込まれなくなり、現場での対応で多くは関係再構築がなされていくようになる。次いで、さらにスタッフ・レベルまでメディエーションが共有されることで、日常の患者対応が改善され、苦情そのものが減少していく、という経過が見られるようです。またないメディエーター・マインドの共有の成果といえるでしょう。

### 4) 医学教育への導入

言うまでもなく、メディエーター的姿勢が、医療者が患者と向き合う文化、医療機関の現場文化の処方箋となるのであれば、これをすべての医療者が備えるべき素養と捉え、医学教育の過程に組み入れることも可能性として考えられます。実際に、そうした方向で、若干の講義の時間を設定する大学もあります。ただ、いまだ患者と接した経験のない学部生には、ピンと来ないところがあるかもしれません。研修医など現場に出た早い段階で、これを学ぶ機会を作っていくことは今後の課題といえるでしょう。

## 6. 医療安全への示唆

メディエーションの医療安全との関係については、連載の中で重要な課題として取り上げる予定であるが、ここでは簡単に示唆しておくことにしましょう。

医療は、言うまでもなく、さまざまな対話によって編み上げられています。手術や薬の処方など専門技術が適用される場面は、すべて、対話によって構築されたプロセスを前提としています。**患者とのコミュニケーションは、安全で適切な医療行為を実践する前提**として必須であり、医療者間のコミュニケーションも同様です。そこでの確かな情報の共有、伝達がなされないと、患者満足やトラブルの防止という以前に、安全な医療行為の前提そのものが欠けることになってしまいます。

コミュニケーションは医療安全の根幹であると言ってもいいでしょう。メディエーションは、ナラティブ・ベースド・メディスンと同様の理論的前提に立つ情報共有促進のためのモデルです。通常のコミュニケーション論を超えて、実際に患者側の病気の解釈、問題の解釈を受け止め、より深い情報共有を進めていくひとつの対話促進モデルなのです。

セルフ・メディエーションなど幅広い応用可能性を念頭に置けば、メディエーションは決して事故後の対応にとどまらず、医療のあらゆる領域・次元で対話促進と情報共有による患者のための安心・安全な医療の提供に貢献できる可能性を秘めているといえるのです。