

## 医療メディエーション 対話と関係調整のモデル

日本医療メディエーター協会代表理事  
早稲田大学大学院法務研究科教授 和田仁孝

### 講義内容

- 医療事故当事者の心情を知る
- 医療メディエーション・モデル
- 謝罪と共感表明
- 2つのメディエーションモデルと視点
  - ①問題解決メディエーション（IPI分析）
  - ②ナラティブメディエーション（認知フレーム）

©和田仁孝

## 医療メディエーションの軌跡

- ・ 1999年から医療事故が社会問題化＝医療不信・医療崩壊
- ・ 2003年、和田の著書を読んだ医療機能評価機構橋本理事から、和田に「事故後の対応人材育成プログラム開発」の依頼
- ・ 医療機能評価機構の協力を得てプログラムの開発・完成  
(プログラム開発者 **和田仁孝＋中西淑美**)
- ・ 2005年より機構にて人材育成開始 (年3回)
- ・ ニーズの飛躍的増加⇒2008年医療メディエーター協会設立
- ・ その後もニーズは増加、年間100回ほどの研修開催  
＝事故後の対応モデルから、日常的患者対応への応用
- ・ 2012年診療報酬加算がつく (患者サポート体制充実加算)
- ・ 海外での日本モデル導入、救急への導入など多様な展開

©和田仁孝

## 医療事故当事者の心情を知る

## 被害者家族の願い

1. 真実を知りたい：亡くなった方との想いの共有
2. 二度と事故を起こさないで：第2第3の事故を防ぐ意味
3. 向き合ってほしい：説明でなく、想いの受容が前提
4. 金銭賠償：二次的な意味しか持たない

⇒感情モード優位：感情モードと説明（認知）モード

©和田仁孝

## 医療者の対応の在り方

1. なぜ、真摯な説明が通じないか？  
⇒感情モードに説明モードで対応しても困難
2. 患者側：ショック⇒怒り⇒感情からの解釈  
グリーフ・ケアとしての事故対応
3. 「真相を知る」ことの意義  
医療者にとっての「真相」と患者にとっての「真相」
4. 共感とはなにか？  
⇒問いかけ傾聴すること（Active Listening）

©和田仁孝

## 被害者としての医療者

誰も事故を起こそうとして起こす人はいない

= シンプルエラーほど、背景にシステムの問題

人は誰でも間違える

= 傷つく医療者…孤立、抑うつ、離職、自殺

医療者もシステムの犠牲者 = 救済が必要

⇒日本医療ピアサポート協会

<https://heals.jpn.org/index.html>

©和田仁孝

## 医療メディエーションとは

## 医療メディエーションの軌跡

- ・ 1999年から医療事故が社会問題化＝医療不信・医療崩壊
- ・ 2004年医療機能評価機構から、事故後の対応人材育成の依頼
- ・ 2005年より機構にて人材育成開始（年3回）
- ・ ニーズの飛躍的増加⇒2008年医療メディエーター協会設立
- ・ その後もニーズは増加、年間100回ほどの研修開催  
＝事故後の対応モデルから、日常的患者対応への応用
- ・ 2012年診療報酬加算がつく（患者サポート体制充実加算）
- ・ 海外での日本モデル導入
- ・ 入院時重症患者対応メディエーターの導入など多様な展開

©和田仁孝

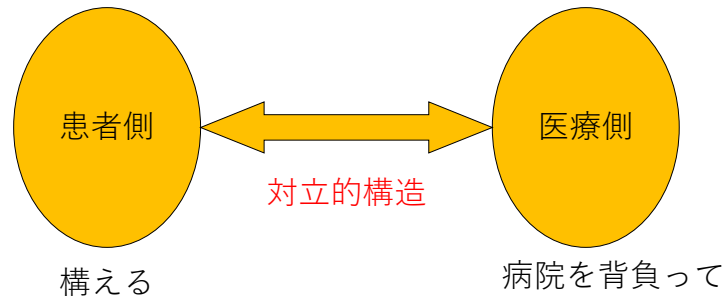
## メディエーションとは

- ・ 1982年 Harvard Law School 留学 メディエーションを学ぶ
- ・ 医療崩壊⇒様々な新しい試みのひとつとして
- ・ アメリカでは、学校、職場での関係調整にも広く活用



©和田仁孝

## 従来の事故・クレーム対応のかたち



応答がしばしば怒りの燃料補給に・・・

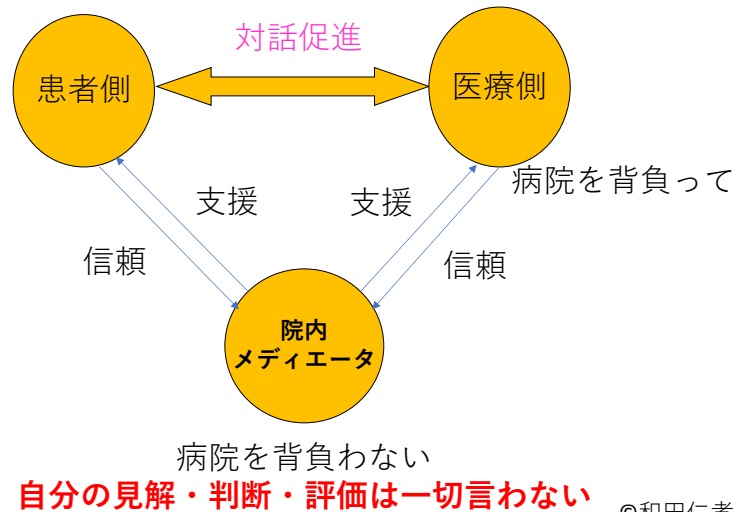
©和田仁孝

## コンフリクト状況の特徴

1. 怒りは二次的感情である。
2. 表面的主張は即答せず、受け止めたうえで問いを返す。  
※内容の受けとめでなく、感情の受けとめ
3. トラブル時には情報が貧困  
⇒振舞いや言葉を表層だけで判断  
⇒疑念、人格攻撃  
※情報共有の促進

©和田仁孝

## メディエーション：三極構造



©和田仁孝

## チーム対応としてのメディエーション

- 患者と医療側が向き合う場と対話を支援  
 = 患者対応におけるチーム対応モデル  
 ※バレーボールのセッター＝メディエーター  
 アタッカー＝医療者側(医師・事務etc.患者側)  
 =メディエーターは、医療者に代わって患者対応する役割ではない

### 必須前提

- 病院上層部の理解
- 医学的判断検証・事故調査・真実開示と連携

©和田仁孝

## 医療メディエーションの汎用性

- 患者と医療側が向き合う場と対話を支援
- 多様な現場での活用が可能
  - 1) 医療対話推進者として事故後の対応に活用
  - 2) 管理者として、現場での小さなクレームに活用
  - 3) スタッフとして、患者のニーズ把握と対話に活用
  - 4) 職種間・スタッフ間の対話に活用

ex. ロンドンの病院では管理者全員が受講  
= 自分の部署のスタッフの人間関係調整のため

©和田仁孝

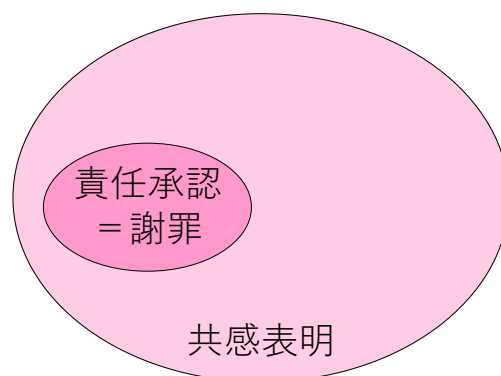
## 院内医療メディエーターの実際

- ⇒事案の報告・要請
- ⇒患者との「1対1」対応
- ⇒医療者への対応、症例検討、確認
- ⇒メディエーションの設定・実施  
(出迎えからICレコーダーによる記録、文書の扱い etc.)
- ⇒事後フォローアップ
  - ※翌日フォロー、週一フォロー
  - = 向き合う姿勢を示す意義

©和田仁孝

## 謝罪と共感表明

## 責任承認と共感表明



**責任承認：自分に非があったと認める謝罪**  
**共感表明：不利益を受けた人への共感ケア**

©和田仁孝

## 情報開示と謝罪促進の動き：米国

事故発生後すぐに弁護士が対応・謝罪拒否⇒訴訟に発展

### 1. 情報開示・謝罪促進の初期対応モデル（ミシガン大学）

事故発生⇒共感表明＋情報開示⇒R C A分析

（その過程でメディエーターが対話促進、RMIは全員受講）

⇒ ミシガン大学関連病院で訴訟が激減

### 2. 謝罪促進立法＝Sorry Law

事故時の共感表明を裁判で過失の証拠としない

陪審裁判の国々に広がり

⇒事故時に謝罪しよう！！という動き

⇒その説明・対話にメディエーションを活用

©和田仁孝

## 日本の裁判所と謝罪の実質的意義

### ・裁判所：謝罪をもって過失の証拠などにしない

判例分析⇒謝罪は慰謝料額の減額要素

（雑誌『医療安全』11～14号）

### ・患者側：共感表明は必要

しかし不用意な謝罪をすると紛争誘発

### ・医療側：謝罪の機会の重要性

「当事者を患者側に前に出さない」方針は適切か？

謝罪することは、当事者医療者にとっての救い

謝罪＝配慮の相互交換

©和田仁孝

## 2つのメディエーションモデルと視点

### 問題解決メディエーションモデルの視点

## ①問題解決メディエーションの視点

### ・英米で行われるメディエーションの主流モデル

- 1) 人と問題を切り離す。
- 2) 問題を対立でなく、協働して克服すべき課題と考える。
- 3) 表面の主張でなく、その背後にある根本的ニーズに注目する。
- 4) 表層の主張＝ポジション、根源のニーズ＝インタレスト
- 5) ポジションの解決は貧困、インタレストを満たす創造的解決へ
- 6) メディエーターはインタレストに気づかせるようイシューを選択
- 7) インタレストを満たす創造的解決のための対話

⇒メディエーターはこの過程を促し、支援する

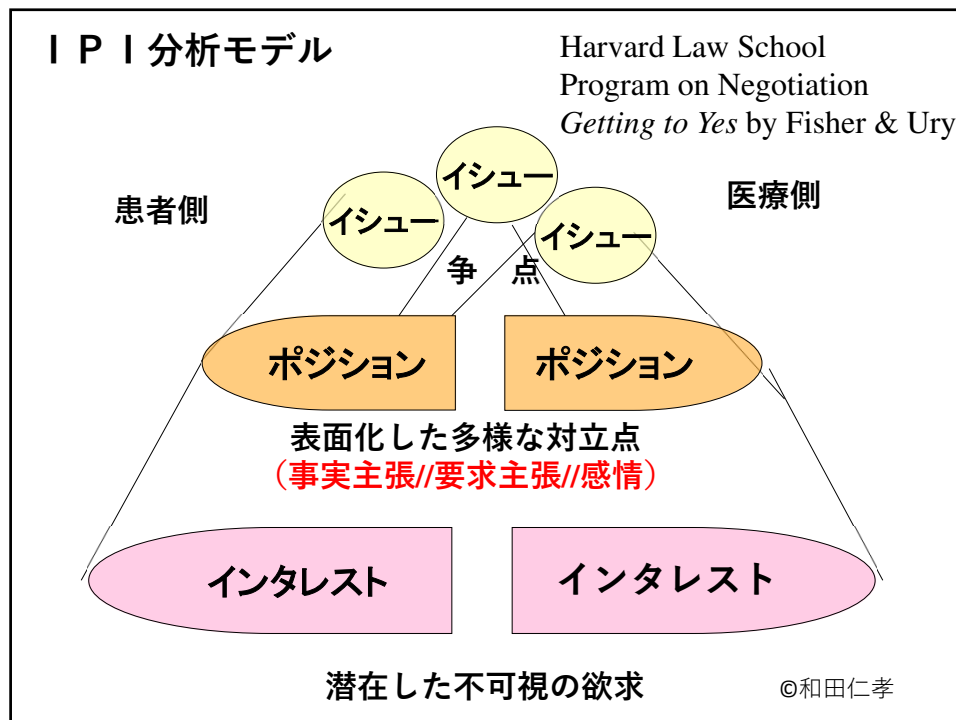
©和田仁孝

## ①問題解決メディエーションのステップ

### 問題解決メディエーションの標準的ステップ

1. **主張の受容(聴く)**: 主張の表出機会の提供と承認、感情の緩和
2. **対話と再帰的思考**: 異なる視点との対話、自身の視点の再帰的自省
3. **問題の再構築**: インタレストへの気づきとそれに即した課題の構築
4. **創造的解決へ**: 解決アイデアの自由な提起と調整、解決創造へ

©和田仁孝



## IPIによる整理

### • FACE（語りの4分類）

事実(Fact) = 何をどう見ているのかを把握

怒り(Angry) = 何が怒りの根源か

要求(Claim) = 表層の要求に囚われない = データと認識

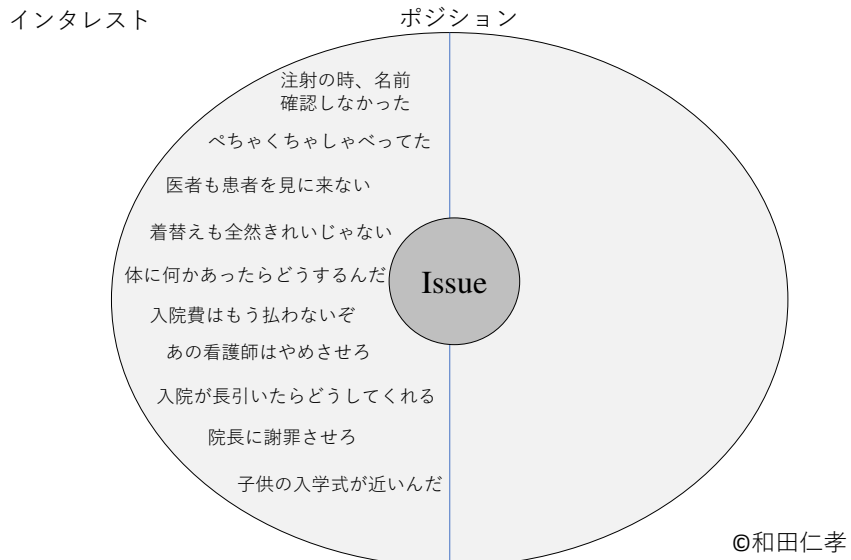
感情(Emotion) = 深層のインタレストに近い

### • イシュー（論点）ごとの整理

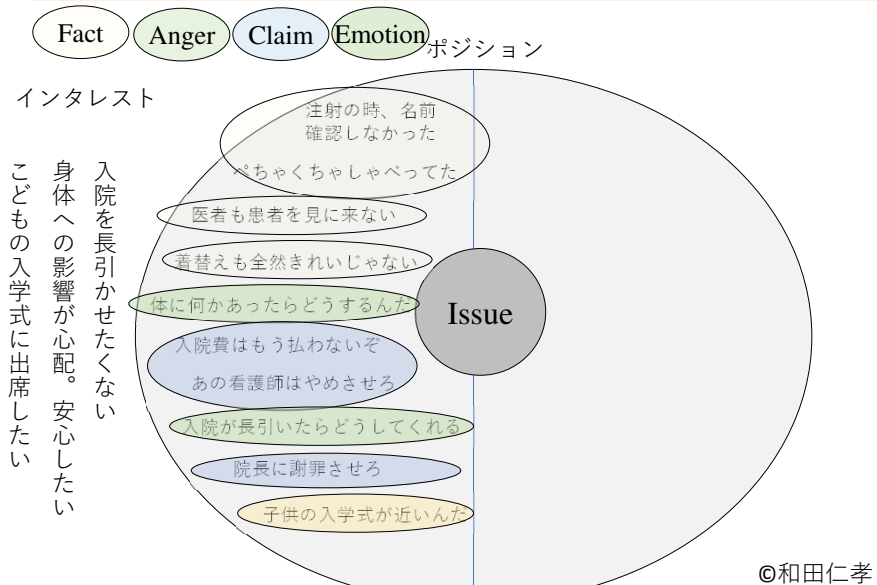
⇒ここからインタレストを推測

©和田仁孝

## IPI分析の手順：1) ポジションの把握



## IPI分析の手順：2) ポジションのクラスタリング



## 問題解決メディエーションモデルの限界

**医療は身体的被害と関連**⇒通常のコフリクトとは性格が異なる。

- ①死亡事例や大きな被害事例では、全面的な創造的解決ができると言えるのか？
- ②死亡事故でも、一定の解決は創造的にできても、根本的な解決は達成しえない＝生命・身体を元に戻せない
- ③小さなクレームでも、身体にかかわる深い解決困難なインタレストが潜んでいることが多い

**⇒問題解決メディエーションのステップは適合しない場合も多い**

©和田仁孝

## ナラティブメディエーションの視点

## 理論基盤としての社会構成主義

- 社会構成主義

Narrative based Medicine

Narrative Therapy

Narrative Mediation

= 現実(Reality)は、認知的に構成される。

= 媒介としてのナラティブ（物語、現実を見る眼鏡）

©和田仁孝

## 物語の書換えを促すモデル

- 対話を通して、それぞれの物語に変容を起こす
- 対話とは、自身の物語と他の物語の調整・融合

- 聴くこと = 物語の受容と承認
- 語ること = 語りつつ物語るを組み替えていく
- **インタレストも語りで構成される = 変容する**

⇒自身の物語の相互変容を促すメディエーションモデル

固定したインタレスト概念は否定、IPIは用いない

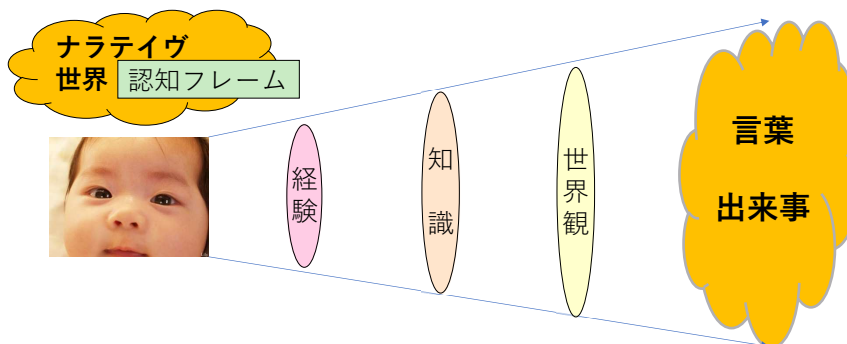
©和田仁孝

## 死亡事例とナラティブメディエーション

### 死亡事例：

- ・ 解決すべき人と切り離された課題があるのでなく、人の物語それ自体が課題となる。
- ・ 死を挟んで、医療側の対応が、「〇〇の死の物語」を紡いでいくための重要な構成要素となる。
- ・ ここでのメディエーションの役割  
その後の生を生きていく遺族にとっての「死の物語」が、少しでも和らいだ物語になるような対話を促す。  
物語の構築過程そのもの

## ナラティブ：「現実を見る眼鏡」

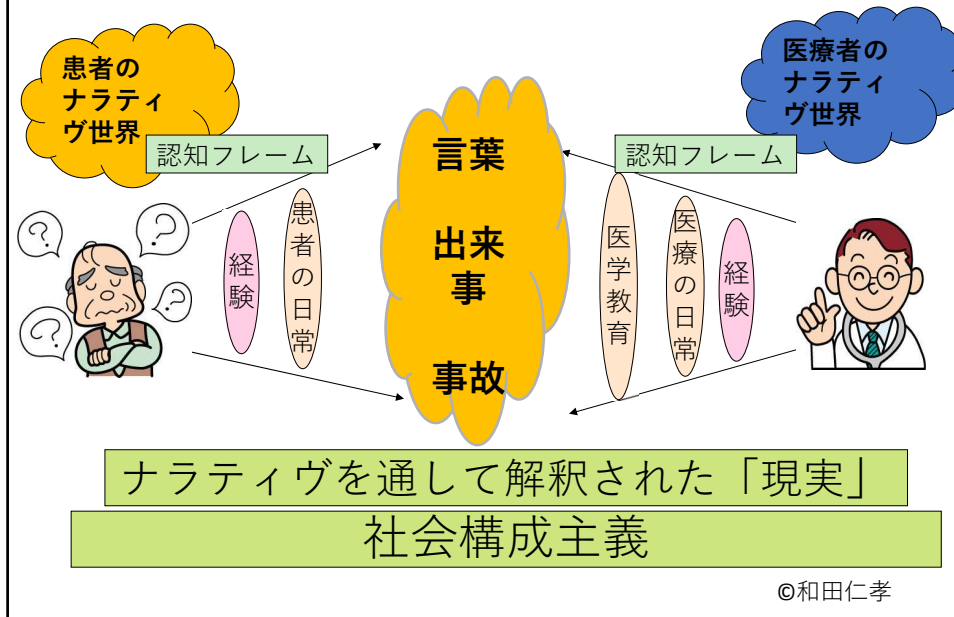


### ナラティブを通して解釈された「現実」

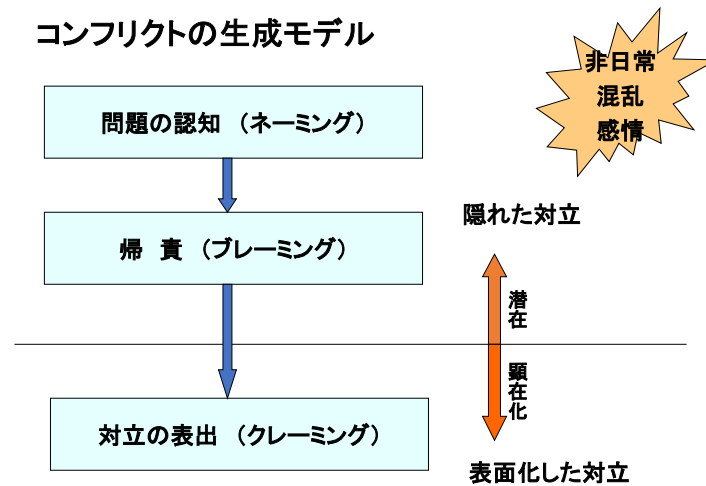
Cf. ヘパリンと間違えインスリンを投与してしまいました。グルコースを投与して、ICUでモニターしています。

©和田仁孝

## コンフリクトはなぜ起こるか



## コンフリクトの生成モデル



## コミュニケーションと誤解

- Attacking: 攻撃の語り
  - Evading : 回避の語り
  - Informing : 説明・情報伝達
  - Opening : 心を開く語り
  - Uniting : 情報共有促進の語り
- **Informing が attacking に受け取られるリスク**
  - **不安・不満(?) = 受止めてから応答**

©和田仁孝

## まとめ：医療メディエーションの導入と効果

- 事故対応の専従者（医療対話推進者）
  - 病棟・診療科等の管理者
    - = 現場のトラブルを芽のうちに摘む
    - = 对患者、対スタッフに活用
  - 各スタッフレベルへの浸透
    - = コンフリクトの予防
    - = 日常のコミュニケーションの向上
- 病院の対話文化の向上へ**

©和田仁孝