

臨床医療における問題解決型コミュニケーションの理論と実践
—倫理コンサルテーションと医療メデイエーションを中心に—

京都女子大学大学院現代社会研究科
公共圏創成専攻 博士後期課程

吉村 理津子
2018年3月15日

目次

序論	1
第1章 臨床医療におけるコミュニケーション	3
はじめに	3
1. 医療者・患者（家族）間関係におけるコミュニケーション	3
2. 医療者間関係におけるコミュニケーション	6
3. 医療現場で発生する問題の分類	8
4. 臨床医療現場で発生する問題の解決の取組み	11
おわりに	12
第2章 倫理コンサルテーション	14
はじめに	14
1. 倫理コンサルテーションの概要	14
2. 米国における倫理コンサルテーション	17
3. 日本における倫理コンサルテーション	30
おわりに	34
第3章 医療メデイエーション	36
はじめに	36
1. 医療メデイエーションの概要	36
2. 米国における医療メデイエーション	38
3. 日本における医療メデイエーション	49
4. バイオエシックス・メデイエーション・モデル	60
おわりに	63
第4章 患者支援システム	65
はじめに	65
1. 医療機関外患者支援システム	65
2. 医療機関内患者支援システム	69
おわりに	71
結論	72
参考文献・資料目録	74

序論

医療機関を受診する患者とその家族は、通院あるいは入院が終了するまでの間、事務職員、医療者、院内相談員等様々なスタッフと出会い、対話を重ね、彼らとの間に人間関係を形成する。医療者と患者・家族間の関係は、治療やケアのスキルのみならず、双方の言葉やふるまいにも大きく依存する。例えば、医師が治療法を説明する際、患者・家族の目を見ながら分かりやすい言葉を選んで話をしてくれた、あるいは、入院初日の病棟で担当看護師が患者・家族の苦痛や不安に十分に寄り添い共感を示してくれた等、医療者の対応を介して信頼が生まれた場合には、その後の両者間の関係は良好であると思われる。その一方、医師の説明が一方的で理解できない、あるいは看護師の接し方が事務的で打ちとけにくい等のような場合、患者・家族は不信感を抱き、彼らの話を素直に受け取ることができなくなる。あるいはまた、患者側の話の聞き違いや誤解、もしくは医療者に対する不当な要求や苦情が医療現場を混乱させ、その結果、両者間の対話が成立しなくなる場合もある。このようにして生じた医療者・患者（家族）間のトラブルは当事者同士で容易に解決できるものではなく、これが医療行為の適否や金銭的補償に関わる紛争に発展したとき、両者間の関係修復は第三者の関与に頼らなければ非常に難しいと思われる。

現在、国内外では、医療現場で発生するトラブルを第三者の関与で解決するための「問題解決型コミュニケーション」についていくつかの取組みが進んでいる。その1つが「倫理コンサルテーション」であり、重大な倫理的価値判断の必要性を伴うトラブルに直面した当事者が倫理専門家から助言を受ける、というものである。もう1つは、問題解決を直接の目的とはせず、当事者間にメディエーターが中立的に介在し、彼らの対話、情報共有、関係性修復を促進する「医療メディエーション」という手法である。倫理コンサルテーションおよび医療メディエーションは、ともに1900年代後半頃米国で誕生し、様々なモデルが考案された。これらの取組みは、ほどなく日本にも導入され、研究あるいはその成果に基づく活動が実施されている。医療現場のトラブルに対処するための問題解決型コミュニケーションは、その他にも、わが国では、地方自治体主導の医療相談窓口、患者支援団体の電話相談、患者の意思決定を支援する医療コーディネーター制度、市民ボランティアの院内相談等の患者支援システムが利用可能である。

本論文では、臨床医療における問題解決型コミュニケーションの主な手法として倫理コンサルテーションおよび医療メディエーションを取り上げ、日米両国における実態調査、ならびに各々のモデルの理論的基盤や実践の分析を行い、その結果から課題を抽出し、将来的展望を論ずる。さらに、わが国で実施されている患者支援システムの各方策についても、現状の調査、課題の抽出と考察を行う。

各章の構成は次のとおりである。

第1章では、臨床医療における人間関係およびコミュニケーションのあり方を概観し、起こりうる問題の類型化、それらの問題に対処するためのコミュニケーション・モデルを示す。

第2章では、倫理コンサルテーションの概要、および日米両国における実情の分析と考

察を行う。

第 3 章では、医療メデイエーションの概要、および日米両国における実情の分析と考察を行う。

第 4 章では、患者支援の一環としてわが国で実施されているいくつかの方策について、それぞれの概要のまとめと考察を行う。

以上の作業結果を踏まえ、倫理コンサルテーション、医療メデイエーション、および患者支援の取組みの協働可能性、およびこれに基づいた新しいタイプの問題解決型コミュニケーションの方向性を提言することが本論文の目的である。

第1章 臨床医療におけるコミュニケーション

はじめに

コミュニケーションとは、一般に「ある一定の規則に基づいて行われる二者間の情報共有のプロセス」と定義されている（朝倉 2007 : 33）。さらに、コミュニケーションを人間社会のひとつの行為として言いかえた場合、「社会生活を営む者同士が知覚・感情・思考等を伝達し合い、意思の疎通や相互理解が生じること」となる。このことはまた、臨床医療現場で日常的に実施される医師と患者の対話の場面、あるいは、複数の医療者が参加する事例検討会やチーム医療等の場面にも適用されうる。臨床医療現場の人間関係を代表するものには、医療者・患者（家族）間関係、および複数（または多職種）の医療者間関係があるが、これらを円滑にし、より良い関係を構築するための必要不可欠な要素は、当事者間の対話促進、情報共有および信頼獲得を実現するもの、すなわちコミュニケーションである。

本章では、臨床医療における人間関係およびコミュニケーションがどのような歴史的変遷を経きたか、医療者・患者（家族）間関係、および医療者間関係を中心に概観する。また、臨床医療現場におけるこれら2種類の間関係において起こりうる問題を類型化した上で、それらに対処するためのコミュニケーション・モデルが提唱されているので併せて紹介する。

1. 医療者・患者（家族）間関係におけるコミュニケーション

(1) 医療者・患者（家族）間関係におけるコミュニケーションの歴史的変遷

医療者・患者間関係の概念のはじまりは、紀元前4世紀頃の古代ギリシアの「ヒポクラテスの誓い（Hippocratic oath）」にさかのぼる。「ヒポクラテスの誓い」の一文に「私は能力と判断の許す限り患者に利益すると思ふ養生法をとり、悪くて有害と知る方法を決してとらない」とあるが、古代の臨床医療の現場では、患者にとって何が最善であり何が無益なのか、という判断は（患者自身ではなく）医師によって行われていた。その当時の医療者・患者関係は、パターナリズム（paternalism）、すなわち「医師は常に患者の利益を考え、子を思う父のように誠意を持って患者に尽くす」という家父長的温情主義に基づいていたのである。つまり、「患者は本当の病名や病状を伝えると精神的に激しく動揺する可能性があり、これを回避するため、医師は選別した医療情報のみを患者に伝え、患者は、医師からの教えを素直に受けとめ、了承する」という考え方、あるいは「治療の決定は、医学的知識のとぼしい患者の判断ではなく、患者の利益にかなった結果をもたらす医師の判断に任せるべきだ」という考え方である。（小川他 1985）「ヒポクラテスの誓い」におけるこの医療パターナリズムは、以後、医療倫理の原点として、また医療現場の道德律として、現代にいたるまで何十世紀もの間医学界で継承され続けてきた（箕岡 2010b : 44）。

18世半ば頃から19世紀末期にかけ、フィルヒョウ（Virchow, R.）による細胞病理学やパスツール（Pasteur, L.）らによる微生物学研究の躍進により、生物医学や医科学が登場し、欧米の大学を中心に国家資格を持つ医師らが医療界を主導する役割を担うようになった。これにより、豊富な医学知識を身に着けた医師と患者の間にはおのずと情報格差が生まれ、

医療パターナリズムがよりいっそう強化されていった。その結果、医療者の独善的判断や権威主義的な態度を招き、患者・家族が医療者に対する不信感をいだき始め、次第に医療パターナリズムが批判を受けるようになった。(宮坂 2016)

1970年代から1980年代の米国では、新しい医療技術の発展に伴い、かつての医療倫理や生命観では解決できない問題が提起された。例えば、脳死状態からの心臓移植、体外受精、人工妊娠中絶、延命措置の使用に関わる問題であり、社会がこれらをどのように対処すべきか、という生命倫理の議論が交わされた。また、同時期の米国では、黒人の公民権運動、女性解放運動、消費者運動等の影響から、患者の権利を求める運動が展開された(大林 2010: 4)。患者の権利とは、「患者の権利に関する世界医師会リスボン宣言(WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient)」(1981年採択、1995年改訂)によると、良質の医療を受ける権利、選択の自由の権利、自己決定の権利、情報を得る権利、機密保持を得る権利、健康教育を受ける権利、尊厳を得る権利等であり、患者の権利を扱う事件判決の蓄積により、患者の権利を擁護することが臨床医療上の要件である、と考えられるようになった。よく知られる事件判決として、1972年のカンタベリー事件判決(患者の自己決定権および「知る権利」を尊重するため、医療者は治療に関するあらゆる情報を事前に開示する義務がある)、および1976年のカレン・クインラン事件判決(患者・家族は「自らの死に方」を自己決定する権利を有する)がある。(資料集生命と法編集委員会 2008)

米国では、以上のような歴史的変遷を経たのち、医療における決定の主体が医療者から患者に移行し、インフォームド・コンセント(informed consent: IC)取得手続き、すなわち、患者・家族は医療者から治療に関する十分な説明を受け、納得した上でそれを承諾する、というプロセスが医療現場に定着していった。(ICの理念、およびIC取得に不可欠な要素については後述する。)

次に、日本における医療者・患者(家族)関係はどうであったか、概観してみよう。日本の医療の大きな特徴は、「海外で誕生・発展した医療技術、医療知識、医療制度が到来し、それらが国内の医療文化に合うように独自に改変され、採用された」という点にある。古代・中世の日本では、東洋医学が伝来し、医療者は、孔子が説いた儒教道徳の倫理原則「仁」に基づき、自己を抑制するとともに、他者である患者に対し、親への思いやりと同等の心を持って治療を施した。中世以降は、室町時代・江戸時代にはポルトガルやオランダから、明治時代初期から第二次世界大戦終了時までにはドイツから、戦後は米国から、というように、断続的に欧米の医学・医療技術・医療制度が導入され、それらが日本の医療現場にふさわしいものに改良されてきた。このような変遷をたどるなか、「医師は常に患者の利益を考え、子を思う父のように誠意を持って患者に尽くす」という本来の医療パターナリズムに近い倫理観が、第二次世界大戦下、国家を1つの家族と見なす家族主義の影響を受けた医師らによって支持された。(大阪市中心区南医師会 1997、宮坂 2016) 1990代になると、米国で展開された患者の権利擁護運動、あるいは米国で誕生・発達したIC取得プロセスや診療記録の開示等の医療制度が日本に導入された。これらの運動や制度の概念は、日本の医療現場に一応定着した。しかしながら、患者の権利擁護、IC取得プロセス、診療記録開示は法律として明文化されておらず、これらの運用はいまだ医療界の枠内に留まっているのではないか、との見方がある。(川上 2002)

(2) 医療者・患者（家族）関係におけるコミュニケーション・モデル

患者の意思決定の段階における医療者・患者（家族）間のコミュニケーションについては、いくつかのモデルが考案されている。ここではエマニュエル（Emanuel, Ezekiel J.）らの4モデル、サス & ホランダール（Szasz, T., Hollander, M.）の3モデルを紹介する。

(a) エマニュエルらの医療者・患者関係4モデル（額賀 2011：130）

エマニュエルらは、医療者・患者関係を形成するコミュニケーションの種類をパターンナリズム・モデル、情報提供モデル、解釈モデル、協議モデルの4モデルに類型化した。

①パターンナリズム・モデル…医療者は医療の専門家として患者に最善の治療法を提示し、患者・家族はそれを受け入れる。これが患者の最大の利益につながる、という考え方である。

②情報提供モデル…医療者は治療に関するあらゆる情報を患者に提供することに専念し、患者は医療者からの情報を十分に理解し、自らの価値観に基づいた意思決定を行う。

③解釈モデル…患者は、医療者より症状や治療選択肢等医療情報について十分な説明・助言を受け、それらを踏まえて自らの価値観を明確にし、その解釈に基づいて自己決定を行う。医療者は、それを尊重し、治療を実施する。

④協議モデル…患者は、医療者から症状や治療選択肢等医療情報について十分な説明・助言を受け、その解釈に基づいて自己決定を行う。ただし、医療者が患者の最善の利益を考え、患者の価値判断について修正の必要性を認め、患者にこれを説き勧めた場合、患者の価値判断が変化する可能性がある。医療者は、患者の自己決定を尊重し、治療を実施する。

(b) サス&ホランダールの医療者・患者関係3モデル（朝倉 2007：34）

サスとホランダールは、医療者・患者関係を能動・受動（親・幼児）モデル、指導・協力（親・年長児）モデル、相互参加（成人・成人）モデルの3モデルに類型化した。

①能動・受動（親・幼児）モデル…患者が大出血や昏睡等を起こし、かつ、理解能力あるいは協力能力のいずれも持たない幼児のような場合に適用されるものであり、医療者は患者の最善の利益を考慮した上で、パターンナリスティックに治療を施す。

②指導・協力（親・年長児）モデル…急性期のように症状がさほど重くなく、患者に一定の判断能力があり、医療者の指示に従うことが可能であると判断された場合に適用されるものであり、患者は、治療を施す医療者にとって協力者である、と見なされる。

③相互参加（成人・成人）モデル…慢性疾患を持つ患者が医療者の示す治療プログラムを十分に実行できると判断された場合に適用されるものであり、医療者は、患者にとって自助活動の支援者である、と見なされる。

次に、ICの理念、IC取得に不可欠な要素、IC取得の際説明すべき事項について記す。

(ア) ICの理念（箕岡 2010a：31）

ICとは、「医療者が、病状や治療方法について患者に十分な説明を行い、患者（代諾者）がそれを十分理解した上で与える同意」である。ICは患者本人に同意能力があることを前提条件としているが、もし同意能力がないと判断された場合には、代諾者の同意も認められている。代諾者には、患者本人の価値観を十分に反映できる者を選択することが望ましい。

(イ) IC取得に不可欠な要素（吉村 2015：21-28）

医療者は、患者（代諾者）からICを取得する際、下記事項を念頭におく必要がある。

- ①治療に関してあらゆる情報を開示する。
- ②理解しやすい言葉を用いて説明する。

③患者（代諾者）の希望、意思、自己決定を尊重する。

④熟考の時間を与える。

(ウ) IC 取得の際説明すべき事項（吉村 2015：21-28）

医療者はまた、IC 取得の際、下記についても患者（代諾者）に十分に説明を行う必要がある。

①病名と病態

②治療の目的と目標

③治療内容（治療前・後の処置、使用薬剤、注意点）

④治療に伴って起こりうる合併症・危険性、それらの発生頻度と対応策

⑤代替治療

⑥患者（代諾者）には提示した治療（もしくは代替治療）を拒否する権利があること、および拒否した場合に起こりうる症状、危険性等

⑦治療後の経過観察、処置方法等

⑧患者（代諾者）にはセカンド・オピニオンを得る権利があること

⑨治療費、利用可能な保険・福祉サービス等

2. 医療者間関係におけるコミュニケーション

(1) 医療者間関係におけるコミュニケーションの歴史的変遷

1999年に起こった横浜市立大学医学部附属病院・患者誤認事件¹および都立広尾病院・消毒薬誤注射事件²という重大な2つの医療事故をきっかけに、わが国では医療事故防止に向けた本格的な取り組みが始まった。また、これらの主な原因が医療者間のコミュニケーション・エラーであったことから、以来、臨床医療現場では医療者間のコミュニケーションの重要性が強調されるようになった。近年、医療の高度化・複雑化・細分化に伴い、より良質で安全かつ患者の視点に立った医療を実現するため、複数の医療者間の協働や連携の実施が求められている。前述のとおり、医療者間の関係は、医療者・患者（家族）関係と同様、臨床医療現場における重要な人間関係の種類の1つと見なされている。医療者間の関係が発生する具体的な場面としては、チーム医療、事例検討会等が考えられる。本項では、チーム医療における医療者間のコミュニケーションについて概要を記す。

チーム医療とは、厚生労働省が2010年に持ち上げた「チーム医療の推進に関する検討会」の定義によれば、「多種多様な医療スタッフが高い専門性を持つことを前提として、目的と情報を共有し、業務を分担しつつ、互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」とされている（厚生労働省ウェブサイト 2012）。米国では、1960年代頃から、主のがん治療領域において集学的ケア（multidisciplinary care）の概念が既に存在しており、内科的腫瘍学（薬物治療）、外科的腫瘍学（外科手術）、放射線腫瘍学（放射線治療）という異分野の医療専門家間の連携によりがん治療計画の立案が行われてきた。これを実施した代表的な医療機関がテキサス大学 MD アンダーソンがんセンター（The University of Texas MD Anderson Cancer Center）であり、現在のチーム医療の概念は、ここを起点として誕生・展開した。わが国では、テキサス大学 MD アンダーソンがんセンター教授・上野直人（腫瘍内科）が2001年に日本がん治療学会の学術総会で開催したチー

ム医療のシンポジウムを皮切りに、国内の臨床医療現場にもチーム医療の機運が高まっていった。(上野 2016)

チーム医療の主な構成員は、医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー等であるが、必要時には、助産婦、保健師、医療ケースワーカー、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、臨床工学士、言語療法士、臨床検査技師、ケアマネージャー、臨床心理士、医療クラーク、連携医療部／医療安全課職員、医療ボランティア、患者・家族がチームに参加する(渡辺 2005 : N493-497)。チーム医療の成立条件としては、①チームの目的、各メンバーの役割・職責が明確化されていること、②調整役としてのチーム・リーダーが指名されていること、③チーム内で使用する専門用語にメンバー全員が精通していること、④患者のあらゆる情報をメンバー全員で共有できる体制が整っていること、が挙げられている(額賀 2011 : 123-139)。最近では、インターネットの使用環境が発達し、医療情報へのアクセス容易性が向上したことから、遠距離コミュニケーションが可能となり、地域医療でも積極的にチーム医療を実践する動きがある(コリー 2013)。

ここで、チーム医療の事例を紹介する³。

変性膝関節炎の重症化のため大学病院の整形外科に入院することになった患者(女性、80代後半)は、日常的インスリン自己注射の必要な1型糖尿病患者でもある。整形外科の処方薬の影響により、入院中に血糖値が上昇・不安定化する可能性がある、と判断した整形外科の主治医は、入院中の治療とケアをチーム医療によって実施する、と提案し、患者はこれに同意した。チーム内の業務は、整形外科の医師・看護師が変性膝関節炎治療を、内分泌内科の医師・看護師が血糖値管理を、薬剤室薬剤師が薬剤処方管理を担当するよう明確に振り分けられた。入院期間中は、チームの各メンバーが業務経過・結果を日常的に報告し合い、メンバーから問題点が提示された場合は、チーム全体でこれを検討し、対等な立場で意見を述べ合うこととなった。入院中、的確な血糖値管理と薬剤処方管理により、変性膝関節炎の治療も順調に進み、患者は無事に退院した。

一般的に、チーム医療の現状、あり方は、実施医療機関をとりまく状況によって異なるが、チーム医療における効果・意義としては、以下が挙げられている(厚生労働省 2009)。

ア) 医師および看護師は、過度な業務負担から解放され、本来の業務に専念することが可能となった。

イ) チーム内で最適な手順とタイミングが決められるため、患者の平均在院日数が短縮された。

ウ) 複数メンバーによる治療スケジュールの管理により、医療過誤の抑制と予防が可能になり、医療の安全性が増大した。

エ) 患者からは、「複数のスタッフに見守られている、という安心感がある」、「退院後・治療終了後も引き続きアドバイスを受けられる」等の好意的意見が寄せられた。

一方、チーム医療の課題としては、メンバー間のスキルや知識量が均一でないこと、このためチーム内のコミュニケーションに支障をきたしやすいこと、医師を頂点とするチーム構成では権威勾配のおそれがあること等が指摘されている。前述の通り、チーム医療の成立条件の1つに「チーム内で使用する専門用語に全員が精通していること」があるが、この点

も含め、医学教育のカリキュラムにチーム医療に関するものを組み込む必要性、チーム構成員のコミュニケーション・スキル向上のための訓練強化の必要性が高まっている。また、円滑なチーム内のコミュニケーションを支援するための情報伝達体制を医療機関内・外に確立させる取組みも重要視されている。(厚生労働省ウェブサイト 2009、荒木 2011:38-43)

(2) 医療者間関係のコミュニケーション・モデル

医療者間のコミュニケーションについては、前述のテキサス大学 MD アンダーソンがんセンターによってチーム医療向けの ABC 概念モデルが提唱されているので紹介する。本モデルは、がん患者が、がんと共存しながら質の高い生活を送ることができるように開発されたものである。A はアクティブ・ケアギバー (active caregiver: 医師や看護師等医療提供者)、B はベイシック・サポーター・ケアギバー (basic supportive caregiver: 心理職・聖職者等心理的支援提供者)、C はコミュニティ・サポート (community support: 自治体支援) を示す。医療者・心理的支援提供者・自治体が同時に連携してがん患者を支えるのが最善である、という考えに基づいている。(Ueno 2010: 544-547)

3. 医療現場で発生する問題の分類

本節では、医療現場で発生しうる問題を 3 つに類型化し、それぞれの論点を整理する。

- (1) 出生や終末期の意思決定に伴う倫理的問題
- (2) 医療行為の適否・金銭的補償を争点とする問題
- (3) 医療者・患者(家族)間のコミュニケーション・ギャップが原因で起こる問題

(1) 出生や終末期の意思決定に伴う倫理的問題

「人」は、受精期、胚発生期、胎児期を経てこの世に生を受け、生存期を過ごし、終末期を経て死期を迎える。人の一生のあらゆるステージには、重大な倫理的判断を要する問題が多く存在する。誕生前のステージでは、着床前診断・人工妊娠中絶・出生前診断・生殖補助医療等、出生をめぐる議論がある。また、終末期・死期においては、例えば緩和ケアや延命措置についての議論がある。以下、それぞれの主な論点をまとめる。

(a) 出生に関わる諸問題

①生殖補助医療(箕岡 2010c: 84-89、遠矢 2014: 63-80)

人工授精、体外受精、顕微授精等、配偶者間の生殖補助医療のほか、第三者が関与する配偶子提供、代理出産がある。これらの技法の利用については、法的親子関係に混乱を招くのではないか、子への告知はどうするのか、子の出自を知る権利や子の福祉はどのようにして保護されるのか、生殖ビジネスや身体の商品化を招くおそれはないのか、等の問題が提起されている。

②人工妊娠中絶(奈良他 2011: 193)

胎児が子宮外で生育不可能な時期に人工的に妊娠を中断し、胎児およびその付属物を母体外に排出することである。このような行為が道徳的に許されるのか、胎児に生存権はあるのか、女性の生殖の権利として認められるのか、等の倫理的議論がある。

③出生前診断(奈良 2007: 18-31)

出生前の胚や胎児の状態を調べるための技法である。胎児に重篤な先天異常が発見され中絶が選択された場合、障害者の生きる権利を否定することになるのではないか、生命の質による選別の正当化や障害者差別を助長するのではないか、等の議論がある。

④着床前診断（北宅 2014：44-52）

体外受精により作製した胚の一部を採取して遺伝学的診断を行い、遺伝性疾患の有無を調べる技法であり、問題のある胚は廃棄ないし凍結される。胚の選別は道徳的に許されるのか、優生思想や障害者差別に結びつくのではないか、という議論がある。

(b) 終末期に関わる諸問題

①緩和ケア（白浜 2005a：103-109、会田 2014：82-95）

終末期を迎えた患者の痛みや苦しみを患者の意向に沿った治療の範囲で緩和・除去し、患者・家族の「生活の質（quality of life：QOL）」を改善するための医療である。苦痛緩和が可能でないがん患者への鎮静は実質的にある種の安楽死と見なされるのではないか、患者の意識レベルが低下した時点で本人の事前意思と家族が要求する治療法が異なる場合、どうすることが本人にとって最善なのか、等の議論がある。

②延命措置（日本医師会ウェブサイト、箕岡 2010c：84-89）

根治が見込めない患者の延命または生命維持のための措置であり、人工呼吸管理、人工水分栄養補給、人工心肺がある。患者・家族が延命措置を希望しないと意思表示した場合に医療者はそれに従うべきなのか、法律でそうした対応を認めるのが妥当なのか、様々な議論が行われている。

(2) 医療行為の適否や金銭的補償を争点とする問題

医療行為とは、患者の傷病の治療・診断、または予防のために医学に基づき、承認された方法で、かつ患者本人の承諾に基づいて行われる行為であり、これを実施できる者は、医師（歯科医師）、看護師、助産婦、薬剤師と定められている。ここで言う医療行為の適否・金銭的補償が争点となる問題とは、上述の医療行為の実施者の行為が原因で発生したトラブルであり、医療訴訟に発展する事例が多い。（押田 2008）

ここで、医療過誤や医療事故等に関わる紛争を裁判で解決する方法（訴訟、和解、調停）について概要を述べる。訴訟は、裁判官が双方の当事者の言い分を聴き、証拠を調べ、最終的には法律に照らして判決を下すものである。和解は、訴訟審理の途中の段階で、判決ではなく裁判所での話し合いによって紛争を解決することであり、判決と同等の効力を持つ。調停は、簡易裁判所において当事者同士が話し合い、法律に必ずしも拘束されることなく実情に合った解決を図るもので、この場合も判決と同等の効力を持つ。調停は、裁判外紛争解決手続き（alternative dispute resolution：ADR）の手法の1つでもある。（裁判所ウェブサイト a、日経メディカル 2010）なお、ADRについては第3章でも取り扱う。

医療行為の適否および金銭的補償をめぐる訴訟として、以下2つの事例を紹介する。1つは、じんましん治療のため病院内皮膚科を受診した女兒（8歳）に対し、主治医が塩化カルシウム注射を指示していたにもかかわらず、准看護師が塩化カリウムを誤投与し、女兒は一時心肺停止を経て重度障害が遺り、病院が事故に関する調査・報告を怠ったとして訴えられた事件である。争点は、1) 静脈注射について、（看護師がこれを行うならば）医師は薬剤についての的確な指示を与えるべきではなかったか、2) 看護師は医師の指示内容を再確認する

義務を怠ったのではないか、3) 心肺停止後、直ちに蘇生措置がとられたのか、4) 病院は事故に関する調査および報告義務を履行したのか、であり、最終的には、医師と准看護師の治療上の過失および病院の調査・報告義務違反が認められ、病院側に金銭補償が求められた。またもう1つは、「軽度の痴呆」とパーキンソン病を患う女性（70代）が病院のベッドから転落、側頭部を床に強打し、くも膜下出血で死亡したという事件事例である。争点は、1) 事故を予見することはできなかったのか、2) 「軽度の痴呆」とパーキンソン病のあった患者がベッドから転落する可能性を考慮し、家族に付き添いを依頼する、ロック部を紐で縛る等の事故防止策を講じる義務を履行していたかどうか、であり、判決では、患者の病歴を考慮すれば、ベッドから転落する危険性は十分に予見できた、として、病院側の過失を認め、病院に対し慰謝料の支払いが命じられた。（押田 2008）

なお、医療訴訟における金銭的補償の争点は、おおむね、①金銭に換算可能な被害が発生したか（死亡・後遺障害・医療費増加・精神的苦痛等）、②過失があったか（医療者の注意義務違反かどうか）③被害と過失に因果関係はあるのか（医療者の注意義務違反に起因するかどうか）に類別されている（山崎 2007：102-107）。

(3) 医療者・患者（家族）間のコミュニケーション・ギャップが原因で起こる問題

医療の専門家である医療者と患者・家族間には、治療に関する医学知識量の非対称性が存在し、両者間で治療についての対話が交わされるとき、医療者が患者・家族に発する情報が正しく伝わらず、認識のずれ、すなわちコミュニケーション・ギャップが生じることがあり、これが要因となって臨床医療現場ではトラブルが日常的に発生している。臨床医療現場におけるコミュニケーション・ギャップを原因別に類型化すると、おおむね次の3つに分けられる。

(a) 不適切な医療者の説明、患者・家族側の誤解や沈黙

医療者が説明の際に専門用語を多用したため、患者・家族に情報が正確に伝わらず、患者・家族も医療者に何の質問も返さず、誤解したままそれを理解したつもりになる、等のケースがある。医療者がパターンリスティックな態度で接するならば、患者・家族は委縮して医療者の顔色を伺うようになり、ときにその場を早く切り抜きたい思いから、理解したふりをする、あるいは沈黙することもありうるだろう。これらの結果、治療の段階で患者・家族が「方法が説明と異なる」と言い出し、それに対して医療者が「事前に説明したはずだ」と主張する、といったトラブルが発生する。

(b) リスクや有害事象等に関わる情報の非開示（吉村 2015：21-28）

治療法に関わる説明の際、起こりうるリスクや有害事象を医療者が開示しなかったため、重篤な事故の発生後、医療者・患者（家族）間の信頼関係が崩壊した、等のケースがある。これについては、次のような事例がある。虫歯根管治療のため歯科医を受診したある患者は、問診票の既往症欄に「不整脈がある」と記した。このため、患者は麻酔薬の使用について事前に歯科医から説明があると思っていたが、歯科医は麻酔薬によるリスクの可能性について何も話さず、そのまま麻酔注射を実施した。約30分後、患者は激しい呼吸困難・胸部痛・眩暈等に見舞われた。容態は鎮静したが、患者は「事前に麻酔薬のリスクについて聞いていれば注射は受けなかった」と歯科医に苦情を述べ、それ以後の受診を打ち切った。

(c) 患者・家族の精神的な負担（三浦他 2007：162-164）

終末期の患者、あるいは末期がんの患者およびその家族は、不安等から精神的負担が大きく、治療方針等に関する医療者の説明に耳を傾けたり、十分な理解に基づく治療方針を決定したりすることが容易に行えないことが多い。このような場合、患者の治療方針の決定において患者・家族の意思が反映されにくく、医療者の独断が優先されがちになる。

4. 臨床医療現場で発生する問題の解決の取組み

臨床医療現場で発生する問題の解決を目指すものとして、現在、国内外では、以下に示す取組みがなされている。

- (1) 倫理コンサルテーション (ethics consultation)
- (2) 医療メディエーション (healthcare mediation)
- (3) 患者支援システム

それぞれについては第2章以下で詳細に論じるが、ここでは概要を記す。

(1) 倫理コンサルテーション (吉村 2017b : 73-83)

倫理コンサルテーションは、1970年代後半に米国で導入が始まった制度であり、一般に「患者、家族、代理決定者、医療従事者およびその他の関係者が医療現場で生じた倫理的問題に関わる不確実性や対立に取り組む際、これを第三者として支援する個人またはグループが提供するサービス」と定義されている。倫理コンサルテーションは、米国では病院倫理委員会の機能の1つとされており、またわが国では、臨床倫理カンファレンス、臨床倫理委員会と並び、臨床倫理 (clinical ethics) というプロセスによる事例検討形態の1つとされている。臨床倫理とは、医療者が臨床医療現場において意思決定あるいは医療行為の倫理的妥当性に疑問や葛藤を抱いたとき、問題点を同定・分析しながらその妥当性を評価し、患者・家族にとって今後どう対応していくことが最善なのか、個々の事例ごとに検討するプロセスである。

倫理コンサルテーションの実施形態は小人数のチーム・コンサルテーションが一般的であるが、個人コンサルテーション、病院倫理委員会形式の場合もある。倫理コンサルテーションの主な担い手は、医師・看護師であるが、医療ソーシャルワーカー、聖職者、院内事務職の場合もある。2007年の時点で、米国の一般病院の約81%が倫理コンサルテーションの仕組みを持つという報告がある。米国で本制度の導入が始まった当時は、倫理的問題の分析・医療チームや患者・家族への助言が主体であったが、近年は感情的対立による紛争解決も行っている。倫理コンサルタントに求められる資質については、米国を中心にその標準化に関わる活動が進められている。わが国では、2000年代前半頃から各地の大学医学部附属病院を中心として、倫理コンサルテーション活動が展開されている。

(2) 医療メディエーション (吉村 2016 : 25-33、吉村 2017a : 10-19)

前述の通り、医療行為の適否や金銭的補償を争点とするトラブルは、かつては医療訴訟に発展するケースが多く見られた。しかしながら、1990年代以降の提訴件数の急増に伴い、当事者が被る時間的・金銭的ロス等の課題が指摘されるようになり、訴訟によらず第三者の関与によってトラブルを解決する裁判外紛争解決 (ADR) の医療への導入 (医療ADR) に

注目が集まった。米国では医療 ADR の 1 つの手法であるメディエーション、すなわち「不偏的立場で当事者間に介在する第三者が和解を目的として双方間の対話・情報共有・関係性修復を促進する行為」が医療紛争を解決する有効な手段と見なされ、1990 年代後半頃からこの概念に基づく医療メディエーション・モデルが開発され、個別医療機関で実施されるようになった。医療メディエーターの主な任務は、対立の原因となった問題を解決することではなく、当事者同士の直接対話を促し、当事者同士による関係修復を支援することにある。第三者である医療メディエーターは、判断・評価・意見の表明・提案を行わない。

2004 年には、この概念を踏まえた医療メディエーションと倫理コンサルテーションを協働させるものとしてバイオエシックス・メディエーション・モデルが考案され、医療現場における問題解決型コミュニケーション・モデルの最新形態として期待が高まっている。わが国では、2003 年頃から、医療 ADR のメディエーション手法に注目した研究者らによる医療メディエーション・プログラムの開発が始まり、厚生労働省の支援のもと普及の取組みが進められている。

(3) 患者支援システム

医療現場でトラブルに直面した患者・家族が第三者を介してそれを解決したいと望む場合、医療機関外患者支援システムと医療機関内患者支援システムの 2 種類を使用することができる。前者には、地方自治体等の医療相談窓口、患者活動支援団体の電話相談、医療コーディネーターの意思決定支援がある。後者には、倫理コンサルテーションの枠組み内での患者相談、医療メディエーションの枠組み内での患者相談、市民ボランティアによる活動がある。これらの活動を実施する団体のいくつかはテレビやラジオ等を介した広報を行っているが、いずれも決して知名度が高いとは言えない。また、外国人労働者、海外からの観光客の受入れが進んでいる昨今、外国人患者への支援体制も不可欠になると考えられている。

おわりに

本論文の目的の 1 つは、臨床医療における問題解決型コミュニケーションの主な手法として倫理コンサルテーションおよび医療メディエーションを取り上げ、日米両国における実態調査、ならびに各々のモデルの理論的基盤と実践の分析を行い、その結果から課題を抽出し、将来的展望を論ずることにある。本章では、その前段階として、臨床医療現場におけるコミュニケーションの全体像を把握するための作業を行った。具体的には、医療者・患者（家族）間関係および医療者間関係を中心に歴史的背景の文献調査、ならびに、医療現場で発生する問題の類型化とそれぞれの論点整理である。なお、第 3 節では、医療現場で発生しうる問題の類型として、(1) 出生や末期の意思決定に伴う倫理的問題、(2) 医療行為の適否・金銭的補償を争点とする問題、(3) 医療者・患者（家族）間のコミュニケーション・ギャップが原因で起こる問題の 3 つを示した。また第 4 節では、臨床医療現場で発生する問題に対応するため、(1) 倫理コンサルテーション、(2) 医療メディエーション、(3) 患者支援システムという 3 つの取組みの概要を示した。次章以降では、これら 3 つの取組みについて、それぞれ詳しい調査を進めるとともに、そこから抽出される課題について解決の可能

性を模索する。

〈注〉

- 1 1999年1月横浜市立大学医学部附属病院において、手術室への患者受け渡しの際患者の取り違えが見逃され、そのまま手術が実施された事件（日経メディカル 2010：32）。
- 2 1999年2月東京都立広尾病院にて手術終了後の患者に血液凝固阻止剤が投与されるはずであったが、誤って消毒液が点滴投与され患者が死亡した事件（日経メディカル 2010：37）。
- 3 2011年3月～2013年6月、筆者が東京都下A市の地域住民18世帯（通院中患者29名）に対して私的な意見聴取を実施し、その中からチーム医療の事例を選択した。患者からは書面による同意を得て記載した。

第2章 倫理コンサルテーション

はじめに

昨今の臨床医療の現場では、患者の権利や自己決定が重視される一方、医療者には標準的かつ安全性の高い治療・ケアの実施が求められており、両者の間には様々な倫理的ディレンマ（メリット・デメリットの両方を持つ選択肢が2つあり、決めることが困難な板挟み状態）を伴う問題が日常的に生じている。このような倫理問題の一部については、医療者・患者（家族）間、あるいは医療者間の話し合いで調整や解決が可能な場合もあるが、当事者間ではもはやそれが不可能となってしまった問題については、医療者が院内の倫理コンサルテーションを使用し、解決に向け、第三者としての支援を倫理コンサルタントに依頼することができる。

第1章で示したように、臨床医療現場で発生する問題については、倫理コンサルテーション、医療メデイエーション、患者支援システムといった第三者による解決策の使用が可能であり、これらの普及の取組みが国内外で進んでいる。本章では、倫理コンサルテーションの概要について、その定義と目的、理論的背景をまとめる。また、それらを踏まえて歴史的背景、実施形態、モデル、具体的活動について、米国・日本の実情の分析と考察を行い、課題および今後の展望を述べる。

1. 倫理コンサルテーションの概要

倫理コンサルテーションは、一般に「患者、家族、代理決定者、医療従事者およびその他の関係者が医療現場で生じた倫理的問題に関わる不確実性や対立に取り組む際、これを第三者として支援する個人またはグループが提供するサービス」と定義されている（前田 2009: 153-156、大西 2017:47-51）。各国の倫理コンサルテーションに関わる文献を調査したところ、表1に示すとおり、研究組織による定義はほぼ共通しているものの、実施形態は国によって異なることがわかった。（長尾 2012: 101-106、Celie *et al.* 2016: 475-478）

表1からわかるように、米国やカナダの場合、倫理コンサルテーションの依頼者として患者、あるいは老人ホーム入居者等の非医療者が含まれている点で英国や日本と異なっているが、「倫理問題が発生したとき、第三者である倫理コンサルタントがアドバイスや支援を提供する」という点で、各国の研究組織の定義はほぼ共通している。

また、米国の退役軍人省（United States Department of Veterans Affairs: VA）の全米臨床倫理センター（National Center for Ethics in Health Care: NCEHC）では、倫理コンサルテーションの主な目的を次のように記している（Berkowitz *et al.* 2015: 1-18）。

- ①倫理規範に基づいた医療活動を促進すること
- ②当事者間の信頼と尊敬に基づいた合意の醸成、対立の解決を目指すこと
- ③すべての当事者の権利と価値観に根ざした意思決定を支援すること
- ④倫理問題を解決に導くための支援活動として、臨床倫理教育、院内方針・医療の品質改善・医療資源の適切な使用等に関する研修を実施すること

表1 各国研究組織による倫理コンサルテーションの定義

	倫理コンサルテーション 研究組織	倫理コンサルテーションの定義
米国	国立医療倫理センター (National Center for Ethics in Health Care)	臨床医療現場において、倫理問題に直面した医療者、患者・家族らに対し、第三者である倫理コンサルタントが（個人、チーム、あるいは委員会形式で）支援を提供するサービス
英国	オックスフォード大学 Ethox センター (The Ethox Centre, University of Oxford)	臨床医療現場において倫理問題が発生したとき、主として倫理委員会や倫理専門家のグループ（ときには個人の倫理専門家）が依頼者である医療者にアドバイスや支援を提供するサービス
カナダ	カナダ生命倫理学会 (Canadian Bioethics Society)	患者・家族、老人ホーム入居者、医療者、医療管理者等が治療に関して倫理問題に直面したとき、支援を提供するサービス
日本	東京大学医学部附属病院 患者相談・臨床倫理センター	臨床場面における倫理問題を相談に応じて分析し、対応方針について適切な助言を行うことによって解決に導くサービス

また、米国生命倫理人文学会 (American Society for Bioethics and Humanities : ASBH) は、倫理コンサルテーションで検討される典型的な問題として下記を挙げている。(稲葉 2014a : 39-60、Berkowitz *et al.* 2015 : 1-18)

- ①ひとの誕生に関わる倫理問題（人工妊娠中絶、生殖補助医療技術の使用の是非）
- ②ひとの終末期に関わる倫理問題（延命措置の使用の是非）
- ③臓器提供および移植に関わる問題（臓器提供の代理意思決定、脳死移植の問題）
- ④遺伝子検査に関わる問題（知る権利・知らないでいる権利、社会的差別等）
- ⑤性感染症に関わる問題（拡大防止のための個人情報保護の是非）

これらは、共通して道徳的側面および法的側面を持ち、また、患者の自律、患者の能力、インフォームド・コンセントの取得、代理判断、医療者の良心、医療的無益性、医療資源の配分、個人情報保護等、様々な観点からの倫理的検討を必要とする。

以下、倫理コンサルテーションの実施に不可欠な要素を記す。NCEHC は、倫理コンサルテーションの円滑な実施のためのキーワードとして、協働、管理職の理解と支援、専門知識、活動時間、リソース、アクセス容易性、説明責任、組織内教育、自己評価、院内方針の 10 項目を挙げている。以下、それぞれについて概説する。(Berkowitz *et al.* 2015 : 1-18)

a) 協働

倫理コンサルテーションに必要な環境の構築、健全な倫理コンサルテーションの運営

は、倫理コンサルテーションの担当者が、院内の他部門あるいは他職種スタッフと隔たりなく交流・協働することで可能になる。具体的には、チャプレン・サービス部門（臨床宗教師が入院患者にスピリチュアルケアを提供する）、患者支援室、院内法律顧問等、常に倫理問題に向き合う部門あるいはスタッフらと活動を共にすること、専門的スキルや知識を互いに共有することが必要である。

b) 管理職の理解と支援

倫理コンサルテーションを順調に進めるには、部門長やプログラムの責任者等、院内のあらゆる管理職の理解と支援が必要である。管理職は、倫理コンサルテーションの活動に関わる最新情報を常に獲得し、それを部下と共有するよう心がけなければならない。

c) 専門知識

倫理コンサルテーションの担当者は、その関連知識に精通していなければならない。特に倫理コンサルタントは、各種研修（倫理コンサルテーション入門書解説研修、評価プログラム研修等）を修了していること、また、倫理コンサルテーションのリーダーは倫理コンサルタントの評価およびその結果に基づいた人材育成を実施する能力を持つことが望ましい。

d) 活動時間

部門長やプログラムの責任者等、あらゆる部門の管理職は、部下に倫理コンサルテーションの担当者が含まれている場合、倫理コンサルテーション活動のための十分な時間を彼らに提供することが必要である。倫理コンサルテーションの担当者は、倫理問題を解決に導くための助言や支援の提供はもちろんのこと、院内スタッフや患者・家族から医療倫理や院内方針について質問があれば、わかりやすく説明する。もしくは、関連書類のチェック、教育セッションの設定にいたるまで、倫理幅広い業務を担う。これらを効率よく倫理コンサルテーションの担当者間で分担し、十分にこなせるだけの活動時間が必要である。

e) リソース

各部門長あるいは責任者は、倫理コンサルテーション活動の遂行に必要なリソースを倫理コンサルテーションの担当者に提供しなければならない。倫理コンサルテーション活動に必要なリソースとは、作業スペース、事務的支援、図書資料、各種研修受講機会等である。

f) アクセス容易性

倫理コンサルテーションは、院内スタッフのみならず、患者・家族も容易に利用できるものでなければならない。倫理コンサルテーションは、入院施設、外来施設、在宅医療施設・長期医療施設等あらゆる種類の医療機関で提供されるべきサービスでもある。パンフレットやポスター、院内・外のニューズレターを使用し、患者・家族および院内スタッフ全員に倫理コンサルテーションの概念やアクセス方法を周知させ、緊急時の連絡方法、倫理コンサルタント不在の医療機関からの受付体制も整備することが肝要である。

g) 説明責任

倫理コンサルテーションの実施については、説明責任を明確にしておく必要がある。日常の倫理コンサルテーションにおける説明責任者は、倫理コンサルテーションのリーダー、監督者であることが望ましい。

h) 組織内教育

倫理コンサルテーションに関わる知識や技能を院内スタッフと共有するための組織内教育も、倫理コンサルテーションの担当者の役割である。たとえば、個人情報保護を保護した上で症例検討会を実施する、あるいはコンサルテーション記録を院内ニューズレターで報告する等も組織内教育の一環である。このような活動が倫理コンサルテーション活動の認知度を上げ、院内・外からの信頼の獲得にもつながる。

i) 自己評価

倫理コンサルテーションでは、これまでに挙げた 8 項目について客観的に自己評価することが重要である。自己評価は、今後の倫理コンサルテーションの継続的改善のために不可欠である。なお、倫理コンサルテーションの自己評価の実施には、院内の医療品質管理担当者の支援を受けるとよい。

j) 院内方針

倫理コンサルテーション活動のプロセスは院内方針で規定されるべきであり、少なくとも次の 6 項目が規定に含まれていることが望ましい。①倫理コンサルテーションの目的は何か。②倫理コンサルタントはどのような者が担い手となるのか。③倫理コンサルタントの養成にはどのような教育や研修が必要か。④倫理コンサルタントの技能や能力については、どのように評価し、どのような方法で持続的改善をはかるのか。⑤倫理コンサルテーションの活動に関して、倫理コンサルタント、倫理コンサルテーションのリーダーおよびその他の部門のリーダーはいかなる責任を負うのか。⑥倫理コンサルテーションの依頼は通常誰から受け、また、どの時間帯に受付可能か、時間外の依頼についてはどの緊急度まで受け付けるか。

2. 米国における倫理コンサルテーション

(1) 米国における倫理コンサルテーションの位置づけ

米国では、倫理コンサルテーションは、病院倫理委員会 (hospital ethics committee: HEC) の最も重要な機能の 1 つとして位置づけられている (Celie *et al.* 2016 : 475-478, Demir *et al.* 2013 : 38-44)。ここでは、まず米国の医療機関内倫理委員会の体制から解説する。

米国の医療機関内倫理委員会には、主として 2 つの類型があり、1 つは医学臨床研究の計画を対象とする研究倫理審査委員会 (institutional review board : IRB) であり、もう 1 つは医療機関内で発生した臨床医療上の倫理的諸問題を扱う HEC である (要田他 2002 : 123-132)。本論文は臨床医療における医療トラブルの解決法について論ずることを目的とするため、HEC についてのみ説明する。

HEC は、一般的に、治療法が確立している日常的診療行為において発生した倫理問題について、患者の意思決定や人権擁護を優先しながら審議する場であり、その判断結果は当事者である医療者に提供される (要田他 2002 : 123-132)。米国における主な HEC の構成員は、臨床医・看護師・薬剤師・臨床心理士・倫理学者・宗教者 (牧師や司祭)・医療ソーシャルワーカー・患者側弁護士・病院管理者・法律家等であり、その他一般人が委員として選出される場合もある。(永野 2008 : 662-667, 足立 2011 : 1-28) HEC は、各州政府の管轄下にあり、その役割・機能の一部は州ごと、あるいは医療機関ごとによって異なるが、共通するものとして、1) HEC 内・外のスタッフの教育・研修・啓発、2) 医療機関固有の倫理

方針の策定と見直し、3) 倫理コンサルテーションの 3 つが挙げられている (Celie *et al.* 2016 : 475-478)。これら HEC の 3 つの役割・機能のうち、倫理コンサルテーションについては後述するため、ここでは、残り 2 つの役割・機能、すなわち HEC 内・外のスタッフの教育と啓発、医療機関固有の倫理方針の策定と見直しについて概要を記す。

ア) HEC 内・外のスタッフの教育・研修・啓発 (足立 2011 : 1-28、永野 2008 : 662-667)

HEC が行う主な教育活動の 1 つに、HEC 構成員の自己教育、HEC 内研修の促進がある。HEC の構成員には、院内の方針 (IC 取得手続き、治療中止や差し控え等)、医療行政制度、もしくは倫理綱領や指針、倫理理論や道徳理論に関わるものまで広範囲の専門知識が要求される。したがって、構成員一人ひとりがこれらの知識分野の専門家であること、また、各専門家を中心に HEC 構成員の自己教育や HEC 内研修を実施することが望ましい。啓発活動としては、院内の新人スタッフや患者・家族向けの臨床倫理教育研修、講習会の考案、実施が含まれる。

イ) 医療機関固有の倫理方針の策定と見直し (Heitman 1995 : 409-431、要田他 2002 : 123-132、永野 2008 : 662-667)

米国の医療機関では、IC 取得手続き、終末期医療、医療評価等について固有の院内方針を策定することが多く、これらの見直しや改訂も HEC の重要な役割とされている。医療機関およびその機関が策定する医療プログラムや方針の評価・認定を行う医療機関認定合同委員会 (Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organization : JCAHO) は、1998 年すべての登録機関に対し、院内方針の定期的な見直しと改訂を認定条件として要請した。なお JCAHO は、現在合同委員会 (The Joint Commission) と改名されている。

(2) 米国における倫理コンサルテーションの歴史的背景

米国における倫理コンサルテーション活動の原型は、HEC の誕生以前から存在していた。例えば、1949 年にカトリック病院協会が始めた医療道徳委員会 (medico-moral committee) はその 1 つであり、同委員会では、キリスト教の教えに基づき、医療資源の配分について検討した。1960 年代後半頃から 1970 年代初頭にかけて、米国の医科系大学附属病院内で哲学者・法学者・神学者らが小グループ制で行っていた倫理的助言活動も現在の倫理コンサルテーションの前身である (Tapper 2013 : 417-422)。後年、生命倫理学者と呼ばれるようになったこれら哲学者・法学者・神学者らは、自律尊重原則 (他人の自己決定を尊重・支援する)、善行原則 (他人の利益・幸福のために善を促進する)、無危害原則 (他人の利益・幸福のために少なくとも害をなさない)、公正原則 (人びとを公平・平等に扱う) という包括的な倫理 4 原則に基づき、演繹的な倫理的助言を提供していた。その後、臨床医療現場では、倫理原則同士が対立するような症例が次第に増加し、哲学者・法学者・神学らによる理論だけではこれらを解決しきれない状況になり、医療者らは、倫理的ディレンマを実践的に解消する方法を望むようになった。(週刊医学界新聞編集部 1996)

このような流れの中、公正原則に基づいた医療資源の配分において、患者をどのような基準で選出すべきか、という議論を巻き起こす出来事があった。1960 年、シアトル市の医師スクリブナー (Scribner, B.H.) は、人工透析による慢性腎不全の長期治療を可能にするシャント (シリコン製 U 型チューブ) を開発した。彼は、可能な限り多くの患者にこの医療資源が行き渡ることを望んだが、治療費が高額であるという理由から、実施病院であるスウ

エディッシュ・ホスピタルの意向でその候補者の決定を当病院主催の委員会に委ねることとなった。委員会の構成員は、外科医師を除きすべて一般人であり、彼らは、この透析治療の候補者を委員会が打ち出した条件（人種、既婚か未婚か、扶養家族人数、収入・資産、学歴・業績等）に基づいて選出した。この委員会の決定は、スクリプナーの意に大きく反するものであり、個人の収入や学歴、業績を選出基準としたことから、「誰が生き、誰が死ぬべきかの決定権を持つなど、まるで神のような委員会である」とマスメディアに揶揄されるようになり、その後二度と開かれることはなかった。しかしながら、この委員会は、医療機関が主催し、かつ医療資源の平等な配分を取り扱った点、医療上の重大な決定において委員会形式で責任を共有したという点で現在の HEC の概念に通ずるものがある。また、この 1 件を機に一般人も倫理問題への関心を高めたという意味で、臨床倫理の歴史の重要な出来事の 1 つと捉えられている。（マーフィー 2009 : 246-260、Aulisio 2016 : 546-553）

第 1 章で記したように、1970 年代から 1980 年代の米国では、新しい医療技術の発展に伴い、かつての医療倫理や生命観では解決できない問題が提起され、社会がこれらをどのように対処すべきか、という生命倫理の議論が交わされるようになった。また、これに対応するための省令や法律の制定を含む公共政策が推進され、その中でインフォームド・コンセント（IC）取得の概念が臨床医療の現場に定着していった。この状況下、米国の臨床医療における新しい動向を別の形態で後押ししたのが医療機関内の HEC 設置の取り組みである。以下、米国の医療機関における HEC の普及の経緯、および倫理コンサルテーションが HEC の重要な機能の 1 つとして位置づけられるようになった背景を記す。

米国で HEC の意義が周知されるきっかけとなったのは、小児科医ティール（Teel K.）が 1975 年に著した論文であった。ティールは、その中で「米国の医師らは、これまで、判断の難しい症例について、医療訴訟を恐れ、最終的な決断を回避する傾向にあったが、今後組織内での責任分担という形をとれば、このような決断は容易となり、医師として適切に行動できるようになるだろう。すなわち、医師の支援体制として、医学的見地のみならず、治療法を法学・倫理学・社会学的見地からも分析することが可能な学際的委員会を設置すべきである」と述べた（Teel 1975 : 8-9）。ティールのこの論文は、米国で初めて HEC の概念を明確に示したものであり、医療界のみならず、法や政治の専門家からも注目を浴びた（Heitman 1995 : 409-431）。

米国における HEC は、1970 年代半ば頃から 2000 年代初頭にかけて増加の一途をたどったのだが、これには、さらに次の 3 つの出来事が大きく関与していた。1 つは 1976 年のカレン・クインランの事件判決（植物状態の患者の両親が娘の人工呼吸器の抜管を医療者に求め、拒否されたが、ニュージャージー州最高裁判所により「患者・家族は『自らの死』を決める権利を有する」と認められたもの）である。本最高裁裁判所判決は、前出のティールの論文の内容に言及し、患者の医学的予後を確定するためには HEC の利用が非常に有効である、と示唆した。（Heitman 1995 : 409-431）もう 1 つは、1982 年のベビー・ドウ事件に端を発し、連邦政府の「医療ならびに生物医学的および行動学的研究における倫理問題研究のための大統領委員会」が HEC の設置を勧奨する報告書を発表したことである。本事件は、食道閉鎖症のため哺乳が窒息を招くおそれのあったダウン症新生児に対する治療中止の是非、および気管食道瘻矯正手術の是非をめぐる議論を巻き起こしたものであるが、同大統領委員会が HEC の一類型である新生児医療検討委員会の設置を勧奨し、それが遂行された結

果、米国内の各医療機関において HEC 設置の試みが始まった。(足立 2011 : 1-28) 3 つめのできごととしては、臨床医療現場で発生した倫理的ディレンマの実践的な解決法が確立していない実態を憂慮した JCAHO が、倫理問題を解決する仕組みを医療機関内に設置することを (JCAHO の認定条件として) 各医療機関に要請したため、HEC を持つ医療機関数が激増したことが挙げられる (Fallat 2001 : 205-209)。

1970 年代半ば頃から 1990 年代初頃の HEC は、運営の目的や方針が不明瞭で、かつ構成員を誰にすべきか等の重要事項が十分に検討されないまま作られたため、完成形からは程遠いものが多く、内部に難解な課題を抱えていた。例えば、マサチューセッツ州のある病院では、経営者が HEC の意義を正しく理解しておらず、法的制裁ばかりを恐れ、HEC の権限を制限していた。また、同州の別の病院では、HEC の構成員として責任を共有すると、たとえ非当事者であっても訴えられるのではないかと、という誤解から、委員として名乗りをあげるものが少なかった、という報告がある。折しも、その当時の米国では、医療訴訟件数が激増して医療過誤賠償請求額および評決額が急騰し、医療者が賠償保険のカバーを受けられなくなるという医療過誤危機が続いた結果、賠償責任回避のため高リスクの患者の診療を忌避する防衛医療が行われるようになった。一方、1960 年代後半頃から医科系大学附属病院内で倫理的助言活動を行っていた哲学者・法学者・神学者らは、生命倫理学者として医学教育に従事するようになり、医療者らが抱える倫理的ディレンマの解消を倫理コンサルテーションという形態で支援するようになっていた。しかし、生命倫理学者の提言は、倫理原則に基づく理論的なものであり、医療者が求めるような実践的な解決法が示されたとはいえず、HEC と同様に倫理コンサルテーションについても先行きが不透明な状態であった。(Tapper 2013 : 417-422、吉村 2017b : 73-83)

このような中、内科医シーグラー (Sieglar, M.) は、その当時の HEC や倫理コンサルテーションの概念や手続きについて生命倫理学者と医療者の間にギャップがあることを懸念し、臨床倫理現場に即した実践的な倫理概念を編み出した。彼は、臨床倫理 (clinical ethics) という用語を初めて用いた人物でもある。また彼が、倫理学者ジョンセン (Jonsen, A.)、法学者ウィンズデール (Winsdale, W.) らと 1982 年に出版した著作『臨床倫理 (Clinical Ethics) (初版)』では、現在もなお HEC や倫理コンサルテーションの重要なツールの原型となっている 4 分割法が紹介された。これは、医療者が臨床医療現場で直面する倫理問題について、症例ごとに論点を抽出し、分析するためのチェックシートを用いて解決を導く方法である (次ページの表 2 を参照)。チェックシートには、①医学的適応、②患者の意向、③QOL、④周囲の状況という 4 項目が設定されており、項目ごとに事実を記載し、論点整理しながら問題点を明確化し、体系的に分析する。ジョンセンらのこの著作を機に、米国の HEC および倫理コンサルテーションは次第に整備され、臨床医療現場における重要な制度として確立していった。(Tapper 2013 : 417-422、堂園 2011 : 69-88)

本項の最後に、HEC の機能・役割において倫理コンサルテーションが高位に位置づけられるようになった背景を記す。倫理コンサルテーションは、ジョンセンらが『臨床倫理 (初版)』(1982) の中で臨床医療現場に即した実践的な手順を示したことが影響し、1990 年代の終わり頃には、HEC 構成員の自己教育、倫理方針の策定、後ろ向き事例検討、管理医療方針の策定とならび、HEC の標準的役割・機能と見なされるようになっていた (Aulisio 2016 : 546-553)。

表2 ジョンセンらの4分割法

医学的適応	患者の意向
<p>善行と無危害の原則</p> <p>1.患者の医学的問題は何であり、症状は急性か、慢性か、重体か、可逆的か、緊急性か、あるいは末期か。</p> <p>2.治療の目的は何か。</p> <p>3.治療が非適応となるのはどのような場合か。</p> <p>4.治療が成功する確率はどのぐらいか。</p> <p>5.総じて、患者は医学的・看護的ケアからどの程度の利益を受けられるのか、どのようにすればリスクを避けられるのか。</p>	<p>自律尊重の原則</p> <p>1.患者は利益とリスクについて知らされ、これらを理解し、同意しているのか。</p> <p>3.患者には精神的判断能力、法的対応能力があるのか。無能力であるならばその証拠はあるのか。</p> <p>4.精神的判断能力がある場合、患者は治療に関してどのような意向を示しているか。</p> <p>5.法的対応能力がない場合、適切な代理人は誰か。</p> <p>6.患者はなぜ治療に非協力的／協力できないのか。</p>
QOL	周囲の状況
<p>1.治療の有無にかかわらず、患者が通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か。治療が成功した場合に患者が身体的・精神的・社会的に失うものがあるとすればそれは何か。</p> <p>2.判断能力のない患者のQOLが望ましくないと判断される場合、その根拠は何か。</p> <p>3.医療者による患者のQOL評価に対する偏見から不公平な判断が行われていないか。</p> <p>4.患者のQOLの向上、増強に関して生じている倫理的な問題は何か。</p> <p>5.QOL評価によって、延命措置の差し控え等治療計画の変更に関わる問題が生じていないか。</p> <p>6.延命措置差し控えの予定はあるか、その根拠は何か。</p> <p>7.自殺は、法的、倫理的にどのように位置づけられているか。</p>	<p>1.治療の実施において、医療者自身／医療者間もしくは取引において利益相反を生むような利害関係があるか。</p> <p>2.医療者と患者以外に臨床的判断に関わる者はいるか。</p> <p>3.正当な権限を持つ第三者から課せられる患者の秘密保持に関する制約はどのようなものか。</p> <p>4.臨床的判断において利益相反を生む財政要因は何か。</p> <p>5.臨床的判断に影響する医療資源配分関連問題は何か。</p> <p>6.臨床的判断に影響するような宗教上の問題があるか。</p> <p>7.臨床的判断に影響するような法的問題があるか。</p> <p>8.臨床的判断に影響するような臨床研究あるいは臨床教育上の問題があるか。</p> <p>9.臨床的判断に影響するような公衆衛生あるいは公共安全上の問題があるか。</p> <p>10.施設／組織内で臨床的判断、患者の福利に影響するような利益相反があるか。</p>

本表は、University of Washington School of Medicine website, Ethics in Medicine の表を抜粋、和訳したものである。

また、米国における HEC の役割・機能を記した最近の文献では、HEC の重要な役割・機能が「倫理コンサルテーション」、「HEC 内・外の倫理教育」、「医療機関内の倫理方針の策定と見直し」の3つに絞られているが、倫理コンサルテーションを第一の役割・機能と見なす研究者もいる (Celie *et al.* 2016 : 475-478, Demir 2013 : 38-44)。1998 年、JCAHO の勧告 (JCAHO の認定を受ける条件として、倫理問題を解決する仕組みを医療機関内に設置することを各医療機関に求めたこと) によって HEC の設置数が増加したのは前述のとおりである。上述の HEC の3つの役割・機能のうち「倫理問題を解決する仕組み」は倫理コンサルテーションであり、この勧告後、倫理コンサルテーションを実施する医療機関数も急増した。(長尾 2012 : 24) なお、HEC の3つの役割・機能について

は、医療機関ごとにかなり差異があると報告されており（永野 2008 : 662-667）、HEC や倫理コンサルテーションの共通のプロトコルはいまだ示されていないと思われる。

(3) 米国における倫理コンサルテーションの現状・実施形態・モデル

以上、米国では、倫理コンサルテーションが HEC の重要な役割・機能の 1 つとして見なされていること、また、倫理コンサルテーションの普及は HEC の発展下で進められてきた、ということを示した。ここでは、米国における倫理コンサルテーションの実際について、(a) 現状、(b) 実施形態、(c) モデルという 3 つの側面から論ずる。

(a) 現状

米国では、HEC や倫理コンサルテーションに関する最近の主な調査として下記 2 つが実施されている。以下、これらが示したデータから、特に HEC の一機能としての倫理コンサルテーションに関わるものを取り上げる。

① ペンシルバニア大学倫理委員会調査グループの全米調査（The University of Pennsylvania Ethics Committee Research Group's national survey）

1999 年、米国病院協会（American Hospital Association）の登録認定病院からランダムに選出した約 6,000 の医療機関を対象とする自己記入式アンケート調査であり、主な質問内容は、病院の詳細、HEC の詳細、HEC の手続き、HEC の倫理コンサルテーション機能、HEC の（機関内）倫理方針の策定機能についてであった。本アンケート調査の報告書（McGee *et al.* 2001 : 60-64）の内容から HEC や倫理コンサルテーションに関して示されていることを要約すると次のようになる。1) 全米病院の HEC の設置率は 1%（1983 年）から 60%（1987 年）、さらには 93%（1991 年）へと増加した、2) このうち倫理コンサルテーションを実施している医療機関は 86%であった、3) 「HEC の作業として何に最も時間を割いたか」という問いに対し、（上位から順に）HEC 構成員の自己教育、倫理方針の策定と見直し、倫理コンサルテーション、後ろ向き事例検討、管理医療方針の策定と見直し、という回答が得られた。

② 全米の病院における倫理コンサルテーション調査（Ethics consultation in United States hospitals: A national survey）

倫理コンサルタンタであり、NCEHC ディレクターのフォックス（Fox, E.）らが、2007 年、倫理コンサルテーションに関する記述データ収集のため、全米の総合病院を対象として実施した調査である。フォックスらは病床数ごとにランダム抽出した約 600 の医療機関に対し、電話および質問票による調査を行った。本調査の報告書（Fox *et al.* 2007 : 13-25）の内容を要約すると次のようになる。1) 回答のあった 522 機関のうち倫理コンサルテーションを実施していたのは 81%で、うち病床数 400 以上の機関については 100%が倫理コンサルテーションを実施していた、2) 倫理コンサルテーションの担い手は（上位から）医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、チャプレン（山本 2014 : 55-70）であり、3) 倫理コンサルテーションを実施する機関の 65%では常に単一の助言を提供していたが、6%においては全く助言をしていなかった、3) 全米で年間に実施された約 15,000 件の倫理コンサルテーション依頼に対し、延べ 35,000 名の倫理コンサルタントが動員された。ただし、多くの医療機関が「単一の助言を提供する」と回答していることについて、ペンシルバニア大学ペレルマン校医学部医療倫理・医療政策学部ディレクター、フィースター（Fiester, A.）

は、「倫理コンサルテーションでは複数の選択肢が与えられるべきであり、単一の助言に絞られるケースが多いとすれば、何らかの圧力がかかった結果ではないか」との疑問を呈している (Fiester 2007 : 31-32)。

米国の倫理コンサルテーションの最近の主な動向の 1 つとしては、倫理コンサルタントの能力評価基準策定、および倫理綱領策定への取組みが挙げられる。倫理コンサルタントの能力評価基準については、1988 年に健康および人間的価値学会 (Society of Health and Human Values) と ASBH の前身である生命倫理コンサルテーション学会 (Society for Bioethics Consultation) の合同特別研究班がこの作業を開始し、その結果を『生命倫理コンサルテーションの中核能力 (Core Competencies for Bioethics Consultation)』(1998) にまとめている。また、倫理コンサルタントの倫理綱領策定については、ASBH 理事会が 2009 年に立ち上げた臨床倫理コンサルテーション局 (Clinical Ethics Consultation Affairs : CECA) に草稿が託され、『臨床倫理コンサルタントの倫理綱領と職業的責任 (Code of Ethics and Professional Responsibilities for Healthcare Ethics Consultants)』(2014) が著された。以下、これら 2 つの文書について概説する。

まず、『生命倫理コンサルテーションの中核能力』が著された主な背景としては、倫理コンサルテーションが米国で始まった 1980 年代当時、倫理コンサルタントの持つべき知識・技能・能力が類型化されておらず、文献によるこれらの具体的な提示がなかったこと、この状況を鑑みた ASBH が標準化の取組みを開始したこと等が挙げられる。(吉村 2017a : 10-19) 『生命倫理コンサルテーションの中核能力』は、倫理コンサルタントに必要なすべての知識と技能を記したものであり、かつ倫理コンサルタントの諸能力の評価基準を示す指針として公認された唯一のものである。(シェルトン 2009) 『生命倫理コンサルテーションの中核能力 (第 2 版)』(2011) の編集作業部会には、NCEHC から倫理コンサルテーション部門長バーコウイツ (Berkowitz K.) および前出のフォックスが参加した。彼らは、NCEHC の倫理コンサルテーション・システム「統合エシックス (Integrated Ethics)」の開発に関わった主要メンバーであり、このため、本書の第 2 版には「統合エシックス」システムの要素が大幅に取り入れられている。(NCEHC 2010) バーコウイツらは、倫理コンサルタントが持つべき知識領域として a. 倫理的分析の手順、b. 倫理的課題・概念、c. 医療全般、d. 医療制度、e. 医療基準の 5 つを挙げており、それぞれ具体的な内容を提示している。それらの一部を表 3 に示す。

表 3 倫理コンサルタントが持つべき知識の領域

領域	摘要
a. 倫理的分析の手順	倫理的議論および反論の提起 道徳推論および倫理理論の使用
b. 倫理的課題・概念	終末期／出生期医療における倫理的行動 患者のプライバシー保護、守秘義務、協働意思決定 医療資源配分における倫理、プロフェッショナルリズム
c. 医療全般	基本的な医療用語、一般的疾患および診断と治療 異なる職業的役割や医療専門知識

d. 医療制度	医療組織の仕組みとサービス、地域医療 性的マイノリティ、宗教団体への医療、およびこれらにつ いての院内認識等
e. 医療規準	倫理コンサルタントおよび医療者の倫理綱領、行為規範 州内／地域内の医療政策、関連法案 倫理コンサルテーション関連法案 第三者評価委員会が策定する関連基準

本表は、Berkowiz *et al.* (2015) の記述の一部を抜粋、和訳したものである。

バーコウイツらはまた、倫理コンサルタントが持つべき技能・能力として、a. 倫理的評価能力、b. 倫理的分析能力、c. 手続き管理能力、d. 評価および品質改善能力、e. 効率的な倫理コンサルテーションの運営能力、f. 対人能力の6つを挙げ、各々について具体例を示している。それらの一部を表4にまとめた。

表4 倫理コンサルタントが持つべき技能・能力

技能・能力の種類	具体例
a. 倫理的評価能力	価値観の不確実性や衝突等、倫理問題の本質を同定する能力 医学的適応や当事者の意向等を見極め、情報を適切に収集する能力
b. 倫理的分析能力	関連知識（臨床倫理、法律、院内方針、行動基準、研究、宗教的教義等に関するもの）を使いこなす能力 倫理理念（守秘義務、プライバシー保護、インフォームド・コンセントの取得、職業義務等）を正しく理解する能力
c. 手続き管理能力	現実的な倫理コンサルテーション手順を打ち出す能力 倫理コンサルテーションのみの案件か、あるいは協同／委託を必要とする案件かを見極める能力
d. 評価および品質改善能力	コンサルテーションの種類ごとに評価基準を見極める能力 関係者からのフィードバックや系統データ等、倫理コンサルテーションの品質やアクセスに関する実用データを収集する能力
e. 効率的な倫理コンサルテーションの運営能力	上級職と適切にコミュニケーションをとる能力 組織の使命を分析し、適切な指針、手続き上の規格を見極める能力
f. 対人能力	依頼者の話を傾聴し、気持ちに寄り添えること 依頼者が他の当事者にどのような心情を抱いているか見極める能力 依頼者の抱える苦悩・道徳的苦痛・激しい感情、あるいはコミュニケーションの障害となるものを見極め、対応する能力

本表は、Berkowiz *et al.* (2015) の記述の一部を抜粋、和訳したものである。

また、『生命倫理コンサルテーションの中核能力』の内容については、関係者によって様々な問題が体系的に抽出され、論点が整理され、その結果、次のことが今後の課題として示された。1) HEC の一機能としての倫理コンサルテーションは、多様な人材による多面的アプローチが可能な反面、招集に時間がかかり、機動力に欠け、ときとして権威主義に陥りやすいのではないかと(板井 2012)。2) 第 2 版における「倫理コンサルタントが持つべき人格 (personal character)」という表現について、「倫理コンサルタントが持つべきものは、前提された人間性ではなく、研修等で育むべきものであるから、この表現は当事者の語りを傾聴し、当事者を尊敬・支援し、当事者への思いに共感する寛容さ、忍耐、思いやり等を含む「倫理コンサルタントの属性・態度・行動」へと改められるべきである(板井 2015)。

一方、『臨床倫理コンサルタントの倫理綱領と職業的責任』は、2005 年に ASBH の倫理基準諮問委員会が開始した倫理綱領の策定の取組みの成果を継承し、CECA が 2009 年より 4 年がかりで作成したものである。CECA は、完成までに ASBH の登録認定病院を対象とし、倫理綱領の必要性についてのアンケート調査を 2 度行い、その結果を原稿に反映させた。(Tarzian *et al.* 2015 : 38-51) 『臨床倫理コンサルタントの倫理と職業的責任』で示されている倫理コンサルタントが果たすべき倫理的責任 (7 項目) を表 5 にまとめた。

表 5 倫理コンサルタントが果たすべき倫理的責任

項目	摘要
倫理コンサルタントとしての能力を備えているか	ASBH 等倫理コンサルタントの基幹研究組織が承認する評価基準に適合した倫理コンサルテーションを実施できるか 関連技能や知識の学習、体験的研修の受講等を行っているか
倫理コンサルタントとしての完結性を維持できるか	倫理コンサルタントが持つべき価値観や特質、倫理コンサルタントが取るべき態度に対し、高潔さを求める姿勢を持っているか 当事者への尊敬に基づいた対話を心がけているか 倫理規範に沿わないと思われる治療法を是認していないか
利害対立／責任範囲の弊害に対処できるか	当事者の利害、倫理コンサルタントの責任に関わる問題が倫理コンサルテーションに影響する場合でも冷静に対処する能力を有するか
プライバシーの尊重・守秘義務を遵守しているか	当事者の個人情報コントロール権を尊重しているか やむをえず当事者の個人情報を他者に伝える必要がある場合には、情報量を最小限にとどめ、慎重にこれを行っているか
倫理コンサルテーション分野の発展に貢献しているか	倫理コンサルテーション分野における他の専門家、あるいは活動領域に利益をもたらしているか 出版、助言、教育、地域奉仕、リサーチ等の活動を行っているか
適切な判断に基づいたコミュニケーションを心がけて	他者の意見は聞き漏らさしていないか 当事者が状況をよく把握していない場合でも(第三者から情報を得るなどして) 当人には柔軟な態度で接しているか

いるか	倫理規範と一致しない点等を明確に理解しているか
公正な医療促進に従事しているか	医療格差、医療差別等の可能性に注意を払っているか いかなる人でも医療を利用できるよう支援しているか 倫理コンサルテーションを常に正しい手順で実施しているか 当事者の意見を見極め、これを倫理コンサルテーションに取り入れているか

本表は ASBH 『臨床倫理コンサルタントの倫理綱領と職業的責任』(2014) の記述の一部を抜粋、和訳したものである。

米国における倫理コンサルテーションの最近の動向の 2 つめとして、倫理コンサルタントが行うべき業務の 1 つとして非症例コンサルテーション (non-case consultation) が重視されている点にも注目したい。非症例コンサルテーションとは、すなわち、本章の冒頭で示した倫理コンサルテーションの定義に含まれない作業であり、例えば、生殖補助医療を希望する一般市民からその是非について質問が入ったり、あるいは「他院で受けた治療に問題があると思われるため、一般論的観点から助言がほしい」という依頼が入ったとき、もしくは院内倫理指針に関して疑問を抱いた非医療スタッフに対応を求められたとき、NCEHC では、このような質問や助言依頼に対する回答作業を非症例コンサルテーションとして類型化し、2009 年これに対応できる倫理コンサルテーション・システム「統合エシックス」を開発している。(Berkowitz *et al.* 2015: 1-18) なお、『生命倫理コンサルテーションの中核能力 (第 2 版)』の編集にあたり「統合エシックス」システムの要素が大幅に取り入れられたのは前述のとおりである。

(b) 米国における倫理コンサルテーションの実施形態

米国における倫理コンサルテーションの実施形態は、主として、①個人コンサルテーション、②病院倫理委員会 (HEC)、③小チーム・コンサルテーションの 3 種類である。以下それぞれについて概略を述べる (Berkowitz *et al.* 2015: 1-18、シェルトン 2009 : 55-86)。

①個人コンサルテーション

個人コンサルテーションは、単独の専任倫理コンサルタントが依頼を受ける場合もあれば、倫理コンサルテーション・チームの 1 人、もしくは HEC メンバーの 1 人が依頼を受ける場合もある。個人コンサルテーションの利点としては、緊急で倫理コンサルテーションの依頼を受けた場合、他のコンサルタントとのスケジュール調整の必要もなく、迅速な助言や支援を提供でき、多くの場合、対話を介した合意によって解決する。このため、個人コンサルテーションは倫理コンサルテーションの利用頻度が高い大規模病院での依頼が多い。他方、個人コンサルテーションでは、倫理コンサルタントの一方的なバイアスが入り込むおそれがあり、重大な倫理判断を要するようなケースには不向きである。また、情報収集・会議のオーガナイズ (時間調整・連絡・構成)・勧告・フォローアップ・記録および報告等あらゆる業務が単独で行われるため、コンサルタントには多岐にわたる知識・技能が求められる。

②病院倫理委員会 (HEC)

HEC は、全構成員が参加し、判断や助言に伴う責任は全員で共有する。各構成員は、倫理コンサルテーションに関して、少なくとも基本レベルの知識・技能を理解している必要がある。HEC 型のコンサルテーションの利点としては、構成員間での相互チェックと均衡化

が可能になること、様々な倫理的視点からの検討が可能であること、多様な専門知識や包括的な結果を期待できること等がある。一方、課題としては、人数の多さから検討にかなりの時間を要すること、ときとして特定の構成員が HEC の意見を支配するおそれがあること等が挙げられている。また、倫理コンサルテーションの依頼者が HEC に同席する場合、構成員の多さから発言しにくい等の問題も指摘されている。

③小チーム・コンサルテーション

上記 2 タイプの中間的な位置づけにあり、通常 HEC から任命された 2 名から 4 名程度のメンバーから成る。HEC のメンバーであるため、様々な領域（通常、看護、哲学、スピリチュアル・ケア）の専門知識が提供されうるが、時間的な効率性という点では個人コンサルテーションに劣る。また、HEC 型と比較して、構成員間の相互チェックや均衡化が十分に行えないという欠点もある。大きな利点としては、別チームと協力して輪番制で臨めること、差し迫った状況に迅速に対応できること等が挙げられている。倫理コンサルテーションの依頼者が同席する場合、人数が比較的少ないため発言しやすい、という特長もある。

以上、米国の倫理コンサルテーションの実施形態として典型的な 3 つの類型を示したが、実際の臨床医療現場では、これらの形態を複合的に組み合わせて使用する医療機関が多い、との報告がある。以下、その具体例をいくつか示す。

i) オハイオ州メトロ・ヘルス医療センター (Metro Health Medical Center)、クリーブランド大学病院 (University Hospital of Cleveland)、退役軍人病院 (Veterans Affairs Hospital)

複雑で十分な検討が必要な倫理問題を含むケースにおいてのみ HEC を開催する。日常の臨床医療現場で発生する倫理問題については、複数の個人倫理コンサルタントが 24 時間の交代制で対応する。(大西 2017 : 47-52)

ii) ニュージャージー州モリスタウン記念病院 (Morristown Memorial Hospital)、ラリタンベイ・メディカル・センター (Raritan Bay Medical Center)

日常的な倫理問題については、モリスタウン記念病院では HEC の構成員の 2、3 名が対応し、ラリタンベイ・メディカル・センターでは HEC の下部組織（小委員会）が対応している。これらの医療機関では、倫理コンサルテーションの途中あるいは終了後、月に 1 回開催される HEC において倫理コンサルテーションの報告を行い、検討し合う、という形式をとっている。(足立 2011 : 1-28)

iii) ノースカロライナ大学医療センター (University of North Carolina Medical Center)

患者・家族・一般市民向けの倫理コンサルテーションの窓口があり、初期的に主任倫理コンサルタント (lead consultant : LC) が倫理コンサルテーションの依頼を受け、その後、LC が内容を判断しチーム・コンサルテーションのメンバーに申し送る。HEC は毎月開催されるが、チーム・コンサルテーションの検討結果により、臨時の HEC が開かれることもある。(UNC Medical Center website)

(c) 米国における倫理コンサルテーションのモデル

米国の医療機関で固有に実施されている倫理コンサルテーション・モデルには、オーとシェルトン (Orr, R., Shelton W.) のモデル、NCEHC が開発した CASES モデル等がある。各々の概要と手順を記す。

①オーとシェルトンのモデル (Orr *et al.* 2009 : 79-89、足立 2011 : 1-28)

オーとシェルトンらは、かつての倫理コンサルテーションの手順がチーム・コンサルテーションに特化していることに疑問を呈し、倫理コンサルテーションの実施形態にかかわらず共通して使用できる包括的なモデルを模索した。その結果、手順の一部に前出のジョンセンらの4分割表(表2を参照)を取り入れた倫理コンサルテーション・モデルを開発し、2009年にこれを発表した。オーとシェルトンのモデルには、倫理コンサルタントが、事実および優先すべき価値を十分に分析・考察した上で明確な助言を行うための手順が組み込まれており、新人養成研修用として、また熟練コンサルタントの実践用としても高い評価を得ている。表6は、本モデルの手順を示したものである。第4ステップの構造化アプローチにおいてジョンセンらの4分割法の手法が導入されている。

表6 オーとシェルトンのモデルの手順

ステップ	摘要
第1ステップ 症例の基本情報の収集と既述	患者、倫理コンサルテーション依頼者、主治医、診療科、倫理コンサルタントに関する基本情報を収集し、記述する
第2ステップ 依頼の理由の明確化	相談内容を把握し、倫理コンサルテーションの依頼理由を明らかにする
第3ステップ 情報提供者の情報の収集と記述	患者、家族、友人、後見人、担当医療者(医師・看護師・医療ソーシャルワーカー等)の話を傾聴し、対話を介して情報を収集し、記述する
第4ステップ 症例の体系的な記述	以下のいずれかの方法により関係者の価値観を検討する 1) ナラティブ・アプローチ(当事者の社会的環境、心理状態等非医学的情報を整理し、全情報を体系化する) もしくは、 2) 構造化アプローチ(ジョンセンらの4分割チェックで情報を記述、症例情報の全体像の把握)
第5ステップ 倫理問題の評価	第4ステップの結果を踏まえ、第1ステップの記述内容と中心的な倫理問題を関連付け、課題を評価
第6ステップ 考察と分析	議論と分析 1) 価値の衝突の原因を明確化 2) 明確化した原因の優先順位付け 3) 倫理指針に基づいて順位付けを正当化 4) 正当化できない項目の除外
第7ステップ 助言	第1ステップから第6ステップの結果を踏まえた助言の構築

本表は、足立(2011)の報告を参照して作成した。

②CASESモデル (Berkowitz *et al.* 2015 : 1-18、Geppert, *et al.* 2012 : 381-389)

退役軍人省（VA）の管轄下にある病院が倫理コンサルテーションを実施する際に使用する標準モデルであり、前述の NCEHC の「統合エシックス」システムにも導入されている。また、倫理コンサルテーションの依頼を受けたコンサルタントが症例情報を文書化する際に利用する支援アプリケーションとしても知られている。その他、一般的な倫理に関する質問、院内方針に関する質問がシステム経由で入った場合でも、システムの一部を変更することで対応できるようになっている。本モデルでは、a. 相談内容の明確化（clarify）、b. 適切な情報の収集と整理（assemble）、c. 収集情報の統合と分析（synthesize）、d. コンサルテーションの実施および記録（explain）、e. 当事者への支援および課題の抽出（support）の順に、段階的に作業が進められる。（このモデル名は、各作業を表す単語の頭文字を組み合わせたものである。）CASES モデルの手順は表 7 に示すとおりである。

表 7 CASES モデルの手順

ステップ	摘要
a. 明確化（clarify）	依頼者および患者の報基本情報を収集し、依頼内容を明確化する
b. 収集・整理（assemble）	倫理問題に関する必要な情報は何か同定し（例えば医学的情報、患者の意向、患者の利益等）、これらを収集し、論点を整理する
c. 統合（synthesize）	情報の整理と分析、倫理的妥当性の検討、助言の構築、スケジューリングを行う
d. 説明（explain）	検討結果を依頼者に助言として伝達し、これまでの全過程をカルテと倫理コンサルテーション記録ファイルに入力する
e. 支援（support）	説明後の支援業務（フォローアップ、コンサルテーション評価、院内方針見直し、院内体制の見直し等）を行う

本表は、Berkowitz *et al.* (2015) の記述を参照して作成した。

米国で考案された倫理コンサルテーションのモデル例としてオーとシェルトンのモデル、および CASES モデルの概要を記したが、次にこれら 2 モデルを比較してみよう。まず 2 モデルの共通点は、いずれもステップ・バイ・ステップ方式を取っており、各ステップの結果を踏まえて次に進むため、情報や成果を常に整理できるという利点がある。一方、1) オーとシェルトンのモデルでは、対話や傾聴を介して取得された情報が倫理コンサルタントによって記録されるが、CASES モデルでは情報や助言の授受が電子的に行われるのみである、2) オーとシェルトンのモデルでは助言のステップでコンサルテーションが終了するが、CASES モデルでは助言終了後もコンサルタントによる支援業務が続行される等の相違点が見出された。総括すると、オーとシェルトンのモデルは、多様な相手から対話と傾聴ケースを介して情報を取得するため時間的に余裕のある事例に適しているが、文書化支援を特徴とし、合理性に重点を置く CASES モデルは、緊急対応等時間的に制限のある症例に向いているといえよう。また、CASES モデルに固有の支援業務は、医療機関内の安全確保、当事者間の良好な関係維持を促進するものとして非常に重要であり、例えばオーとシェルトンのモデルにこのステップを付加することで、より質の高い倫理コンサルテーションが可能になるのではないかと考える。

3. 日本における倫理コンサルテーション

(1) 日本における倫理コンサルテーションの位置づけ

前項で述べたように、米国の倫理コンサルテーションは HEC の最も重要な機能の 1 つとして位置づけられているが、わが国では、米国の HEC に相当する臨床倫理委員会の普及率は低く、倫理コンサルテーションは、むしろ、倫理カンファレンスや臨床倫理委員会と並び、臨床倫理プロセスの症例検討の場として認識されている（浅井 2012 : 10）。

ここで、日本において一般に理解されている臨床倫理について概要を述べておこう。臨床医療の現場では、患者の治療やケアに対する考え方の違い、もしくは専門的知識量の違いから、医療者・患者（家族）間、あるいは医療者間には意見の不一致や対立が日常的に起こりうる。この状況下、医療者は判断や行為の倫理的妥当性に疑問を抱くようになり、ときにそれが倫理的ディレンマとなる場合がある。そのようなとき、医療者は、問題点を同定・分析しながらその妥当性を評価し、患者・家族にとってどう対応していくことが最善なのかを考える症例検討を行う。この一連のプロセスを臨床倫理と呼び、主な症例検討の場として倫理コンサルテーション、臨床倫理委員会、倫理カンファレンスがある。（浅井他 2013 : 164-167）このうち、倫理コンサルテーションおよび臨床倫理委員会については、本章の第 1 節、および第 2 節（米国の HEC に関する記述）で示したが、以下、臨床カンファレンスについても補足説明する。

倫理カンファレンスの構成員は、医療者・倫理専門家・法律専門家・安全管理要員等であり、目的は、一人の医療者が独断に陥るリスクを避けること、類似症例に直面した際、適切に判断できるようにするため検討結果を蓄積していくことである。自由に討論できる雰囲気維持されること、可能な限り多様な職種の方が参加できることが望ましい、とされている。（浅井 2012 : 10、白浜 2005b : 738-741）

(2) 日本における倫理コンサルテーションの発展の背景

倫理学者ジョンセンらの『臨床倫理（初版）』（1982 年）を契機に米国で普及が急進した倫理コンサルテーションは、ほどなくしてわが国にも導入された。わが国で初めて倫理コンサルテーションを実施したのは徳島大学病院の倫理委員会である。これは、1982 年体外受精・胚移植の適否を議論するために設けられた IRB であるが、医療技術の利用範囲の拡大、適応に関する意思決定について医療者に助言を与えたという点で、機関内倫理委員会が実施した国内初の倫理コンサルテーションと言われる（長尾 2012 : 24）。わが国における倫理コンサルテーションの普及の取組みは、その後、2000 年を過ぎる頃から各地の医科系大学附属病院を中心に実施された。（吉村 2017b : 73-83）

(3) 日本における倫理コンサルテーションの現状と実施形態

わが国で実施された倫理コンサルテーションの現状調査に、北里大学准教授・長尾式子（看護学）らが行った 2004 年の「日本における病院倫理コンサルテーションの現状に関する調査」がある。この調査は、全国の約 640 の臨床研修指定病院（医師免許取得後の医師が基礎研修のため 2 年間経験を積む病院）を対象に自記式質問票形式で行われた。主な質問

内容は、倫理コンサルテーション体制があるか、倫理コンサルテーションのニーズはあるか、どのような倫理コンサルテーション体制が望ましいか等であった。有効回答のあった 267 病院のうち、75.3%が「倫理コンサルテーション体制をもたない」とし、問題発生時の責任者には科長や現場の医師が多い、という回答が多かった。倫理コンサルテーションのニーズについては、約 89%の医療機関が「倫理コンサルテーションを必要とする」とし、その理由としては「第三者による客観的な分析・論点整理のため」、「医療不信や医療訴訟の軽減のため」、「当事者間のコミュニケーションの調整のため」等が示された。今後の倫理コンサルテーションの望ましい体制としては、約半数が「臨床倫理委員会の一部として」と答え、その他は「独立した部署や委員会として」、「安全対策室の業務の一部として」と回答した。(長尾 2005 : 101-106)

次に、日本における倫理コンサルテーションの実施形態について述べる。わが国の医療機関における臨床倫理委員会(米国の HEC に該当)の普及率が低いことは前述のとおりだが、臨床倫理委員会の下部組織としての倫理コンサルテーションの実施報告がいくつかある。また、定期的に倫理カンファレンスを開き、ジョンセンの 4 分割表等のチェックシートを用いて医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、医療事務員らが症例における倫理問題を検討し、倫理的助言を与える、という報告例も多い(横田他 2016 : 14-23、飛世他 2012 : 15-21)。表 8 では、4 つの実施施設/実施主体と実施形態の事例を示す。

表 8 倫理コンサルテーションの実施施設/実施主体と実施形態

実施施設/実施主体	実施形態
宮崎大学医学部附属病院・臨床倫理部	臨床倫理委員会の下部組織 チーム・コンサルテーション(多職種 6 名)
東京大学医学部附属病院・患者相談・臨床倫理センター	患者相談・臨床倫理センターの下部組織 個人コンサルテーション、チーム・コンサルテーション(多職種 3 名)の複合型
病院倫理委員会コンサルタン 連絡会議	母体は倫理コンサルタントから構成される会議 チーム・コンサルテーション(多職種 3 名×3 チーム)
横浜労災病院・倫理コンサルテーション・チーム	臨床倫理委員会の下部組織 個人コンサルテーション、チーム・コンサルテーション、臨床倫理委員会の複合型

本表は、宮崎大学医学部附属病院ウェブサイト、東京大学医学部附属病院患者相談・臨床倫理センターウェブサイト、病院倫理委員会コンサルタン連絡会議ウェブサイト、横浜労災病院ウェブサイトを参照して作成した。

ここでは、表 8 の倫理コンサルテーションの実施報告より、①東京大学医学部附属病院の患者相談窓口・臨床倫理センター(東京大学准教授・瀧本禎之、医療倫理学)、②セカンド・オピニオン型少人数チーム倫理コンサルテーション(東北大学教授・浅井篤、医療倫理学)、③横浜労災病院倫理コンサルテーションの事例を選び概要を記す。また、宮崎大学教授・板井孝孝郎(医療倫理学)が同附属病院で実施していた個人コンサルテーションは 2012

年の学内組織再編のため終了したが、国内初の哲学カフェ式倫理コンサルテーションとして定評があるため、国内の倫理コンサルテーション普及の取組み事例④として併記する。

①患者相談・臨床倫理センター（週刊医学界新聞 2010、瀧本 2011：534-536、高橋 2012：56）

東京大学医学部附属病院の患者相談・臨床倫理センターは、患者相談室と倫理コンサルテーションの機能を一体化させた形で2007年にスタートした。本センターが発足するまでは、医療訴訟に発展する可能性のあるトラブルから、日常医療現場における医療者への苦情にいたるまで、あらゆる医療トラブルを患者相談室だけで処理していた。しかしながら、医療者からの倫理的相談も次第に入るようになり、患者相談室に倫理コンサルテーションの機能を持たせる必要性が高まっていった。これに応えるために発足したのが患者相談・臨床倫理センターである。本センターでは、患者・家族からのあらゆる相談・苦情をゲートキーパーと呼ばれる担当看護師が初期的に受領する。一方、医療者からの相談は、ゲートキーパー、個人倫理コンサルタント、コンサルタント・チームが受け付ける。受領案件に倫理問題が含まれている場合には、ゲートキーパーがそれを倫理コンサルタントに転送し、含まれていない場合は患者相談室に転送する。このモデルの適用により、東京大学医学部附属病院では、患者相談室での人的資源の節約、臨床の円滑化等の効果が明らかとなった。また、倫理コンサルテーションについては、1) 倫理委員会が関与しないため心理的抵抗なく医療者がこれを利用できる、2) かつては見過ごされていた倫理的問題点を拾い上げることができるようになった、3) これまでの倫理コンサルテーションと異なり、ゲートキーパーが初期対応するため、医療者や院内職員のみならず、患者・家族による倫理コンサルテーション利用の機会も確保される等の評価が得られている。他方、ゲートキーパーは臨床倫理や医療コミュニケーションのみならず医学についても高度な知識と経験が必要とされるため人材の確保が難しく、このような人材をどのように育成するのか、どこから獲得するのかといった問題も提起されている。（図1を参照）

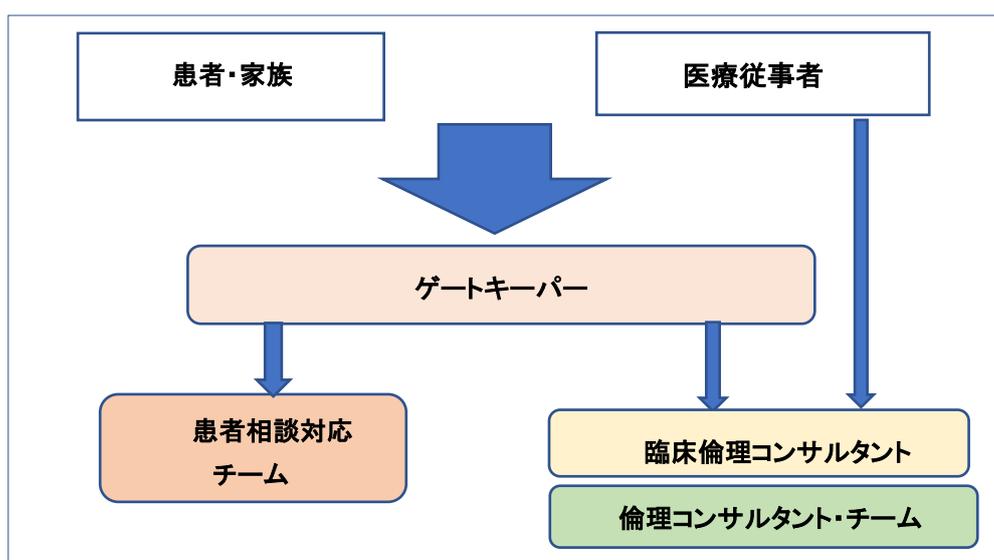


図1 東大モデル（瀧本（2011）より）

②セカンド・オピニオン型少人数チーム倫理コンサルテーション（浅井 2015、病院倫理委員会コンサルタンツ連絡会議ウェブサイト）

セカンド・オピニオン型少人数チーム倫理コンサルテーションは、2015年に発足した病院倫理委員会コンサルタンツ連絡会議を母体とするウェブ・フォーラム型倫理コンサルテーション・システムである。病院倫理委員会コンサルタンツ連絡会議の構成員は、国内の医療機関で倫理コンサルテーションを実施する専門家約50名であり、2016年より倫理コンサルテーション活動を開始した。本倫理コンサルテーション・システムは、①自発的で独立したフォーラムの形成、②倫理コンサルタントの中核能力の明確化、③倫理コンサルテーションの基本・現状・問題に関する意見交換、④医療現場・社会・関連学会への情報発信、⑤国内倫理コンサルテーションの質の保証と発展を目的としている。本システムの利用は、病院倫理委員会コンサルタンツ連絡会議のホームページから可能であり、コンサルテーションの手順はおおむね次のとおりである（図2を参照）。1) 依頼者が、病院倫理委員会コンサルタンツ連絡会議事務局宛所定のコンサルテーション依頼書をメールで送付する、2) 現在3人ずつのチームが3つ編成されており、事務局（熊本大学）が個人情報を連結不可能匿名化し、このうちの2チームに指示書を送付する、3) 各チームで倫理的提案書（案）を作成する、4) 倫理的提案書（案）の内容をチーム全員で確認し、最終版を事務局へ送付する、5) 事務局は2チームの提案を依頼者に送付し、提案に対する評価を依頼する、6) 依頼者の評価で同意が得られた提案のみを事務局で保存・管理する。本システムの利点としては、すべての手順が電子メールを介して実施されるため、依頼時から1週間程度で回答が届き、迅速な対応が期待できる、複数案が提供されるため偏りのない意思決定が可能になる等が挙げられている。

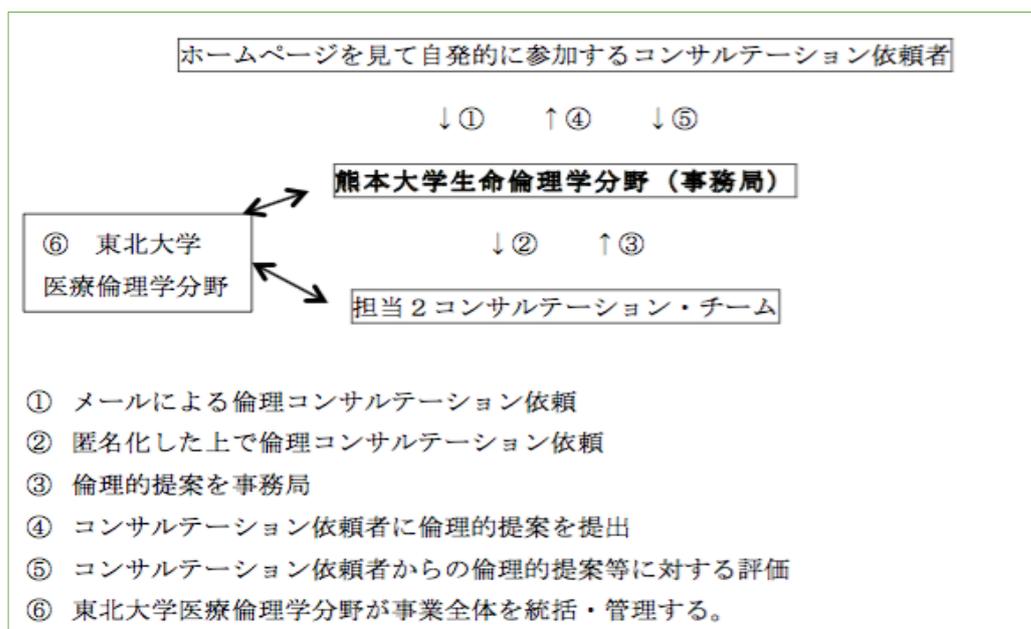


図2 セカンド・オピニオン型少人数チーム倫理コンサルテーションの概略図
（病院倫理委員会コンサルタンツ連絡会議ウェブサイトより）

③横浜労災病院の倫理コンサルテーション・チーム（馬場他 2014：89-94、横浜労災病院ウェブサイト）

横浜労災病院では、2010年医療者および患者・家族が直面する倫理問題の解決のため、臨床倫理委員会の下部組織として倫理コンサルテーション・チームが発足した。通常業務と倫理コンサルテーション活動の兼務のため、チームメンバーが負う労働量が問題視されるようになり、倫理コンサルテーション・チームでは、活動のシステム化、対応の充実化を図るための方策のひとつとして、前述の NCEHC による倫理コンサルテーション・モデル CASES を一部改変した CASE を 2012 年に導入した。本モデルは、オリジナルの CASES モデルの手順のうち、支援 (support) を除いた 4 手順、すなわち、明確化 (clarify)、収集・整理 (assemble)、統合 (synthesize)、説明 (explain) を取り入れ、各作業を表す単語の頭文字を組み合わせることで CASE と名づけられている。導入の成果としては、1) コンサルテーションの依頼受付と同時にチームのメンバー全員に一斉に通知が届き、コンサルテーション手続きが迅速に処理され、各メンバーの業務量が大幅に軽減されたこと、2) 記録内容の明確化、共有が可能となったため、作業の見落としが回避できるようになったこと等が報告されている。課題としては、操作教育の徹底、電子マニュアルの改善、システムの使用に関する指針の見直し、システム導入の重要性の周知努力の必要性が挙げられている。

④哲学カフェ式倫理コンサルテーション（吉村 2017b：73-83）

板井は、2002 年哲学カフェのコンセプトをもつ倫理コンサルテーション施設「喫茶☆りんり」を宮崎医科大学（当時）の医学部内に設置した。本倫理コンサルテーションには、常設であったこと、倫理という硬いイメージを払拭した親しみやすい雰囲気を提供していたこと、出張相談やメール・電話による相談に応じたこと等、利用者の視点からも工夫が凝らされていた。看護師に対する助言は倫理カンファレンスの形式で行い、1) 看護・治療の過程で直面した倫理的課題を看護師同士で検討し合った後、2) 模擬体験の場で論点整理し、3) 最後にチェックシートで検討内容を分類・分析する、というユニークな方法を用いた。また、医師に対する助言は個人コンサルテーションの形式で行い、例えば、患者が作成する「事前指示書」にどのような項目を含めるべきかについて相談を受けた場合には、医師と共にその項目を検討し合い、協同で書類を仕上げる等、後方支援しながら医師に倫理的助言を与えた。このカフェの利用者からは、「倫理的ディレンマを板井と共に原語化することで解消の糸口がつかめるようになった」、「臨床倫理を日常から考慮する習慣を持つようになった」、「病名告知の際、患者の気持ちに寄り添うことを優先するようになった」等が報告されている。

おわりに

本章では、倫理コンサルテーションの定義と目的、および理論的背景を記し、それらを踏まえ、米国および日本の倫理コンサルテーションの実情を分析し、課題と今後の展望を述べた。倫理コンサルテーションの発祥の地である米国では、ほとんどの医療機関において倫理コンサルテーションが実施されており、さらには倫理コンサルタンの能力評価基準や倫理綱領の策定、非症例コンサルテーションの充実化等の積極的な試みが進んでいる。これに

対し、わが国では倫理コンサルテーション制度の存在すら一般にはよく知られていないのが現状である。また、倫理コンサルタントの人材不足も課題の1つとなっている。このような中、東京大学医学部附属病院による倫理コンサルテーションと患者相談窓口の一体化の取組みは、患者・家族に倫理コンサルテーション制度の利用の機会を提供したり、あるいはゲートキーパーの導入で人的資源の節約を図る等、様々な可能性を示唆している。また、浅井らの病院倫理委員会コンサルタント連絡会議では、共有人材の中から選択されたコンサルタントがインターネット経由で話し合う、という方法がとられているが、これもまた人的資源の節約の新しい方向性ではないだろうか。倫理コンサルテーションの手続きにおいて重要な要素は、コンサルタントの「傾聴」、当事者間の「対話」であり、人材不足を理由にこれらの要素が省略されるようなことがあってはならない。わが国においても、少人数で迅速な対応を可能にするアプローチの有効利用が進み、傾聴や対話に基づいた倫理コンサルテーションが普及することを期待する。

第3章 医療メディエーション

はじめに

1970年代から1980年代初頭の米国では、医療訴訟件数の急増に伴う医療過誤賠償請求額の急騰により医療者が賠償保険のカバーを受けられなくなるという医療過誤危機が続き、裁判手続きを経ることなく、第三者の関与によってトラブルを解決する「裁判外紛争解決手続」(alternative dispute resolution : ADR) に注目が集まった。やがてその手法の1つであるメディエーション、すなわち中立的な立場で当事者間に介入する医療メディエーターが双方間の情報共有、対話、関係修復を促進する行為が医療紛争の解決に有効であると見なされるようになり、それが医療メディエーション (healthcare mediation) という形で米国内の個別医療機関で実施されるようになった。

わが国でも1990年代後半頃から医療訴訟件数が増加し、医療訴訟に関わる問題点が指摘されるようになり、米国で普及が進んでいたADRの一類型であるメディエーションに着目したグループが医療メディエーター/医療対話推進者養成研修プログラムの開発に乗り出した。

本章では、医療メディエーションの概要を示し、米国および日本の医療メディエーションの歴史的背景、モデル、具体的活動について分析、考察を行い、課題と展望を述べる。米国では近年、倫理コンサルテーションと医療メディエーションを協働させるものとしてバイオエシックス・メディエーション・モデルが提唱されており、本モデルについても同様に実態の分析および考察を行う。

1. 医療メディエーションの概要

医療メディエーションについて述べる前に、まずメディエーション (mediation) の概念を明らかにしておく必要がある。欧米では、メディエーションは一般に「対立する当事者間に不偏的に介在する第三者、すなわち医療メディエーターが、双方の対話を促進し、機密性保持と信頼に基づいた関係構築および問題解決を試みる行為」と解釈されている。しかしながら、メディエーションは「調停」とも和訳されるため、日本では民事調停や家事調停等と混同されることが多く、法的手続きの意味で理解されがちである。米国で誕生した医療ADRの1手法としてのメディエーションは、もともと法的手続きとして行われていた調停から派生し、後に上述のメディエーションの解釈に基づいて整備されたものであるが、昨今の米国の専門家は、この意味でのメディエーションを「旧来のメディエーション (classic mediation)」と呼び、医療ADRの1手法としてのメディエーションと明確に区別している。(稲葉 2010 : 1-7, Bergman EJ 2013 : 18-24, 和田他 2015)。

これを踏まえ、米国や日本の関連文書に記された医療メディエーションの定義を要約すると、「医療者と患者・家族間の対話を介し、第三者が双方間の情報共有の促進・認知齟齬の予防・関係調整を支援する手続きモデル」となる。医療メディエーションの効果として第一に期待されるのは、医療者・患者(家族)間のコミュニケーションと協調関係の醸成であり、第二に安全かつ有効性の高い医療環境の構築である。

医療メディエーションが適用可能なケースとしては、医療者・患者（家族）間の不適切なコミュニケーションから医療紛争に発展した場合、あるいは複雑な症例においてより建設的な解決策が必要とされる場合等が挙げられている。通常の医療メディエーションでは、法的拘束力のある合意締結手順は含まれないが、議論が進むと当事者間に協調関係が生まれるため、合意と同等の効果が得られ、結果としてそれが安全で良好な医療環境を構築したり、訴訟の回避によるコスト削減にもつながる、と言われる。訴訟と比較したときの医療メディエーションの最大の利点は、当事者の自主性を尊重し、法律や規則に拘束されないことにある。医療メディエーションを成功に導くには、これらの利点を活かして当事者間の公平性を保持することが重要である。(Sybblis 2006: 493-517、Liebman 2012: 31-40、和田他 2012、稲葉 2013)

同様に、医療メディエーターの定義を複数の関連文献を基に要約すると、「第三者として、医療者と患者・家族間において双方の語りを中立かつ不偏的に (neutrally and impartially) 傾聴し、これを共感的に受け止め、自身の見解や評価・判断を示すことなく当事者間の対話、情報共有、関係修復を支援する人材」となる。医療メディエーターは、円滑な医療メディエーションの実施のため、まず、当事者から一定の信頼を獲得するスキルを持つことが肝要である。特に医療過誤に関連する医療メディエーションでは、機密性の高い個人情報を取り扱われることが多いため、医療メディエーターには高度な柔軟性と適応能力が要求される。

(Liebman 2012 : 31-40、和田他 2012)

米国および日本で展開されている医療メディエーション活動は、それぞれ異なる研究者、研究機関が開発したモデルに基づいており、各モデルを実施するために必要な技能、手法や手順も多種多様である。しかしながら、米国におけるメディエーション研究の成果から、医療メディエーションを含むメディエーション・モデルの理論基盤は、おおむね下記 2 タイプのいずれか、もしくは複合型であることが示されている。(エーディーアールジャパンウェブサイト 2003、中西 2012 : 13-30)

(a) 促進型メディエーション (facilitative mediation)

米国のメディエーション現場では、フィッシャー (Fisher R.) らが『ハーバード流交渉術 (Getting to Yes)』(1982) で理論化した交渉術に基づく促進型メディエーション手法がよく使用される。これは、表面上の問題ではなく、目には見えない当事者のニーズや関心事を問題の本質と捉え直し (リフレーミング)、それをポジティブな表現に言い換え (パラフレーズ)、解決を促進する、という理論に基づき、双方の当事者が利益を獲得する、いわゆる「ウィン・ウィン (win-win)」交渉術である。メディエーションにこれをあてはめると、「問題発生直後の当事者らの関心事は、問題の本質そのものより、往々にして (相手の表情や言葉等) 表層的なものにあり、メディエーターはまずその裏に隠れる当事者らの真のニーズを見極め、その後は当事者らの (相手に対する) 認識が変わるように対話を促進し、最終的に両者のニーズを満たす解決案を導く」という考え方となる。本手法では、トラブルに直面した当事者の感情への共感が十分に考慮されていないのではないか、メディエーターが上述の姿勢を一貫して保持できるのか、当事者間の力関係が不均衡な場合は有効とは言えないのではないか、等の課題が指摘されている。また本手法では、最終的な結論を出すのは当事者であるが、メディエーション・プロセスを管理するのはメディエーターである。

(エーディーアールジャパンウェブサイト 2003、中西 2012 : 13-30、和田他 2012)

(b) 評価型メディエーション (evaluative mediation)

このメディエーションでは、先に示した医療メディエーターの定義（「…自身の見解や評価・判断を示すことなく…」）と異なり、メディエーターが専門家としての判断、意見を示す。例えば、患者・家族が医療者からの医療情報について誤った認識を持つと、医療者・患者（家族）間のコミュニケーションにギャップが生じることが多いが、患者・家族が前向きにこれを乗り越えようとするならば、メディエーターが自らの判断を示すことで解決が促される、という考え方である。ここでは、メディエーターが事例のメリットやデメリットに言及したり、当事者が抱える特定の問題に見解を示すことがあり、メディエーターの介入の程度が問題視されることがある。この手法においては、最終的な結論を出すのも、またメディエーション・プロセスを管理するのもメディエーターである。（エーディーアールジャパンウェブサイト 2003、中西 2012 : 13-30、和田他 2012、）

第2節および第3節では、本節で述べた医療メディエーションや医療メディエーターの定義、目的、理論的基盤を踏まえ、米国および日本の医療メディエーションの歴史的背景を概観し、また両国における医療メディエーション活動の実態を論ずる。

2. 米国における医療メディエーション

ここでは、米国において医療メディエーションがどのような歴史的背景を経て誕生、発展してきたかを概説し、また実際に使用されている医療メディエーション・モデルをいくつか取り上げ、その活動の実態を分析し、考察を加える。

(1) 米国における医療メディエーションの歴史的背景

米国における医療メディエーションは、①医療訴訟件数の急増に伴う医療過誤危機の発生および防衛医療の実施、②裁判手続きを介さず、第三者の関与によって医療紛争を解決するADRの確立、③医療メディエーションの成立、という3つの段階を経て発展した。

①医療過誤危機および医療者による防衛医療

1970年代前半、米国では医療訴訟件数が急増し、それに伴って医療過誤賠償額が高騰した。これにより保険会社が医療損害保険市場から撤退したり、あるいは掛金を大幅に値上げしたりしたため、医療者の医療過誤賠償保険への加入が困難となり、適正な医療の続行が不可能な状態となった。これがいわゆる医療過誤危機である。1970年代中期カリフォルニア州で発生した第1次医療過誤危機を皮切りに、この事態は次第に全米に伝播し、拡大した。医療過誤危機の影響を受けた各州では、医療者らがストライキを起こし、また提訴件数が多い産科や救急外来部門の閉療が相次いだ。医療へのアクセスを断たれた患者らは、医療過誤賠償負担額の急騰を引き起こした原因は弁護士らにあるとし、彼らの責任を追及した。また、医療訴訟件数の激増は、医療者による防衛医療という別の問題を招いた。防衛医療とは「賠償責任への懸念から、医療者が検査や処置、診察の実施件数を追加したり、ハイリスクの患者の治療や手術を避けること」である。（鴻上 2013 : 89-108、吉田 2017 : 59-73）

この頃、米国では医療過誤危機および防衛医療の進行に歯止めをかけることを目的とした不法行為法改革 (tort reform) が実施され、不法行為法 (tort law)、すなわち、過失や意図的な妨害等民事訴訟の対象となりうる不法行為を規制する法律が成立した。不法行為法改革では、この不法行為法で定められた損害賠償額の制限、賠償責任のルール緩和等が求め

られた。1975年カリフォルニア州で成立した医療被害補償改革法（Medical Injury Compensation Reform Act：MICRA）の制定はその一環である。その後1980年代初頭、医療機関が自ら医療過誤保険会社を設立したり（ミシガン大学ヘルスシステムがその一例である）、また撤退した保険会社が医療損害保険市場へ再参入したため、医療者が賠償保険のカバーを受けられなくなるという事態はいったん鎮静化したように見えたが、1980年代半ばに第1次医療過誤危機と同様の現象が再度米国を襲い、第2次医療過誤危機が起こった。これを受け、カリフォルニア州のMICRAを模した法律がルイジアナ州、テキサス州等20州以上で次々と制定されたが、2001年ネバダ州を起点とする第3次医療過誤危機が再度米国を襲った。（損保ジャパン日本興亜総合研究所ウェブサイト、宮坂2004：477-483、樋口2007：124-130）。

このように3度にわたる医療過誤危機を経験した米国では、1975年以降一貫して不法行為法改革が実施され続けたが、医療紛争発生件数の上昇は止まらず、医療サービスの供給低下や医療費増額等新たな問題が引き起こされた。その後不法行為法改革に代わり、医療の抱える不確実性や複雑性に対処するための別の方策としてコミュニケーション解決プログラム（Communication Resolution Program：CRP）が一部の医療機関で導入され、2005年頃ようやく医療過誤危機に終息の兆しが見え始めた。CRPとは、医療者・患者（家族）間におけるオープンなコミュニケーション、透明性のある関係を奨励し、医療過誤被害者の救済を促進する取組みである。例えば、ミシガン大学ヘルスシステムでは、後述のミシガン・モデルを使用した医療メディエーションのプロセスの一部であるCRPの導入により、医療過誤に関わるコストが大幅に削減している。（鴻上2013：89-108、吉田2017：59-73）

②ADRの確立

1970年代以降の米国では、様々な社会問題を法律によって規制管理する法化政策が過剰に進み、法律の適用や裁判制度の利用範囲が著しく拡大したため訴訟件数が激増し、それに伴う問題として次のようなことが指摘されるようになった。ア）当事者間の関係をさらに悪化させる、イ）当事者が甚大な精神的負担、経済的負担を被る可能性がある、ウ）訴訟費用が高額である、エ）手続きが遅滞しがちである、オ）解決法の質に限界がある。その結果、訴訟によらない紛争解決法（ADR）に注目が集まるようになった（Sybblis 2006：493-517、吉田2008：199-252）。

米国のADRは、その後以下の経過をたどり、制度として定着していった。

1976年ミネソタ州で司法制度改革を目的として招集されたパウンド会議（米国の著名な法律家Roscoe Poundの名前にちなむ）において、ハーバード大学ロースクール教授・サンダー（Sunder F.、交渉論）がマルチドア裁判所構想を提案した。マルチドア裁判所構想とは、訴訟のほか、メディエーション、仲裁、和解、オンブズマン等の受付窓口を裁判所内に設け、その中から事例に適した方法を選んで紛争を解決する、というものであり、これが米国のADR制度の原型と言われる。同時期の米国では、第1章で述べたように、黒人の公民権運動、女性解放運動、消費者運動等が展開されたが、これに伴ってADRも次第に全米に普及していった。1990年には民事司法改革法により、各連邦裁判所にADRの担当部署の設置が求められた。また1998年にはADR法が成立し、全ての連邦地方裁判所に対し、少なくとも1種類のADR受付窓口の設置が義務付けられた。これらの法律によって裁判所付属ADR制度がスタートし、実質的なADR促進の土台ができあがった。

(Kessler 1988 : 577-579、廣田 2000 : 95-110、Schuler 2006 : 751-789)

米国の ADR の実施体制は、ア) 裁判所付属 ADR (上述)、イ) 民間 ADR、ウ) 行政機関内 ADR の 3 タイプに類別される。民間 ADR を実施する主な機関として、司法仲裁・メディエーション・サービス (Judicial Arbitration and Mediation Services : JAMS) が挙げられる。JAMS のような民間 ADR 機関は、同時に裁判所付属 ADR としての機能も持ち、必要時には裁判所からの外部委託にも応じている。(裁判所 2012、平野 2011a : 32-39) 米国における ADR の普及を裏付けるデータを示すものとして 2007 年カリフォルニア州サンマテオ郡第一審裁判所が実施した調査結果があり、提訴された民事事件の約 71%において訴訟が取り下げられ、ADR で解決に至った、と報告している。(平野 2011b : 64-73)

米国で使用される主な ADR 手法は、仲裁 (arbitration)、メディエーション (mediation)、早期中立評価 (early neutral evaluation)、ミニトリアル (mini trial)、およびオンブズマン (ombudsman) である。これら 5 手法は、1970 年代以降訴訟件数の激増に伴って生じた裁判の遅滞に対処するための方策として試みられた ADR 手法の中から米国内で定着したものである。このうち、仲裁およびメディエーションは、その後様々な ADR の領域で頻用されてきた。

仲裁は、当事者が選任した 1 人または複数の仲裁人が裁定を行うもので、簡易な立証活動が含まれることから ADR 手法の中ではもっとも裁判に近いと言われる。仲裁人の裁定は法原則に依拠して行われるため、関連法が未確定の場合は不向きであるが、これによって控訴手続きが不要となり、迅速で経済的という利点がある。また、メディエーションは、当事者が選任したメディエーターが中立的な立場で当事者間の直接対話を促進し、相互理解に基づく和解を導くものである。当事者間に和解の意思がない場合は有効な手段とは言えないが、解決に意欲的な場合は著しい効果をもたらす。また、話し合いの内容が金銭的補償に限定されず、柔軟性があるという利点を持つ。(レビン小林 1999、平野 2011 a : 32-39、裁判所ウェブサイト a)。

③医療メディエーションの成立

1970 年代の米国において過剰な法化政策が促進され、それがもたらした訴訟社会への反動から ADR 制度が確立したのは前述のとおりであるが、医療にも ADR が導入され始め、医療 ADR に対応できる人員確保の取組みが始まった。例えば、先述の JAMS では、医療を専門とするメディエーターを増やしたり、金銭的補償から院内体制の見直しまで幅広いメディエーションのリクエストにフルタイムで対応する体制を整えた。このような中、1990 年代の終わり頃から医療現場ではいくつかの変化が生じた。1 つは、医療過誤等重大なトラブルを迅速に解決するには、医療者の「情報開示」や「謝罪」を含む初期対応が重要な要素であると考えられるようになったことである。(Liebman *et al.* 2004 : 22-32) またもう 1 つの変化としては、医療を含む多くの ADR 分野において、メディエーション手法が特に重視されるようになったことが挙げられる。メディエーション手法では、双方の当事者の立場や状況がメディエーターによって分け隔てなく明確にされ、また金銭的補償に限定せず、当事者間の合意に基づいた柔軟な解決策が導かれ、かつ当事者が負担する費用負担も抑えられる。メディエーション手法は、当事者に和解の意思がない場合は功を奏さないが、解決に意欲的な場合は著しい効果をもたらす。その一方、各州が制定したメディエーション法は統一性に欠けるため、2001 年メディエーションに関わる共通規則を各州で共有することを目

的とした「統一メディエーション法 (Uniform Mediation Act : UMA)」が成立し、2003 年の改正を経て現在までに 8 州がこれを制定した。(レビン小林 2006、エーディーアールジャパンウェブサイト 2006、平野 2011a : 32-39)

このように、メディエーションが米国の ADR の中心的手法となったことに伴い、医療現場ではいくつかの取組みがみられた。その主たるものが、医療メディエーション・モデルの構築であり、米国内の大規模医療機関では、固有のプログラムを使用した医療メディエーション活動が開始された。

次項では、まず、米国の医療機関で個別に開発・実施されている医療メディエーション・モデルの中から文献上引用数の多い 6 モデルを選択し、前述の 2 つのメディエーション手法と関連付け、その現状を検討、考察する。次に、米国で実施された医療メディエーションに関わる 2 つの大規模調査の結果から、米国における最近の活動の実態と動向を分析する。米国では、同一の医療メディエーション・モデルであっても、ある文献では“healthcare /medical mediation model”と称され、その一方、別の文献では“healthcare ADR model”と称され、類型化がまちまちである。ただし、前項でも記したように、米国で誕生した医療 ADR の 1 手法としてのメディエーションは、もともと法的手続きとして行われていた調停から派生し、後に広義の mediation の解釈に基づいて整備されたものであり、この見解はいずれの文献においてもおおむね共通している。これを踏まえた上で、本稿では、以後米国の主要モデルを「医療メディエーション」という呼ぶこととする。

(2) 米国の医療メディエーション・モデル

医療訴訟件数の激増がもたらした様々な問題に対処するため、1980 年頃から ADR のメディエーション手法に基づいた医療メディエーション・モデルがいくつかの医療機関で構築され、これらを使用した活動が始まった。医療メディエーション・モデルの手法、活動内容は州によって違いがあるが、これは、メディエーション関連法、メディエーション・モデルの構築条件や基準、メディエーターの資格や研修内容が州ごとに異なるためである。例えば、先に記した UMA を制定している州は 2017 年現在ワシントン州、アイダホ州、ユタ州等全 8 州のみであり、ニューヨーク州とマサチューセッツ州では、本案は州会議で可決され間もなく制定の予定であるが、その他の州では、提訴前のメディエーション同意の義務付けへの疑問から本法の導入に慎重な姿勢を見せている。また、医療メディエーターの候補者については、フロリダ州では弁護士、精神医療従事者、会計士に限定しているのに対し、他州では医療メディエーターの研修生を幅広い人材から募集している。また、医療メディエーター研修の受講時間の設定について、カリフォルニア州、ノースカロライナ州、ユタ州では 40 時間以上としているが、その他の州では研修主宰者に一任している。(Sybblis 2006 : 493-517, Uniform Law Commission website)

以下に示す 6 つの医療メディエーション・モデルは、文献上の引用数が多い、あるいは顕著な特徴を持つと考えられるものである (Liebman 2005、日本学術会議法学委員会医療事故紛争処理システム分科会 2008、Balcerzak *et al.* 2012 : 44-48、Bell *et al.* 2012 : 682-705、Sohn *et al.* 2012 : 1370-1378)。各モデルについて、前述の 2 つのメディエーション手法 (促進型/評価型) のいずれに該当するのか、いかなる手法が使用されているか、それぞれの利点と課題は何かを記す。

(a) ラッシュ・モデル (Rush Model) (Balcerzak 2008 : 44-48, Liebman *et al.* 2005, Yee, F 2007 : 393-444, 吉村 2016 : 25-33, Rush University Medical Center website)

医療訴訟件数の急増に伴う裁判費用の高騰、あるいは医事裁判で確定した医療過誤賠償金額の増加による被害への対処法として、1995年イリノイ州シカゴのラッシュ大学メディカルセンターが開発したモデルである。これは、コ・メディエーション (co-mediation) モデル、すなわち解決が困難な問題を扱う場合、あるいは当事者が数多く関与する場合に頻用される2名のメディエーター体制の先駆けと言われる。以下、ラッシュ・モデルの手順を示す。

医療メディエーションの開始時、双方による合意手続きがとられる。この合意手続きでは、まず、書類の交換、双方の代表者もしくは当事者らによる説明が行われ、その後「医療メディエーションにかかる費用は双方で折半すること」、「医療メディエーションの実施中は情報の機密性が徹底されること」を双方が認め合う。合意手続きの終了後、必要時には病院の代表者が医療紛争の被害者に謝罪する（この謝罪手順は2003年導入された）。

本モデルのメディエーションは、2種類のメディエーター・グループにより、2部体制で進められる。前半は、複数の退職後の裁判官から成るメディエーター・グループが担当し、後半はコ・メディエーター体制下の現役の弁護士2名が引き継ぐ。後者のグループは、かつて医療過誤訴訟における原告の弁護経験者1名、被告の弁護経験者1名のベテラン弁護士のペアが多い。本モデルでは、上述の合意手続きを除き、全当事者が対面するジョイント・セッションが設定されておらず、2つのメディエーター・グループが各当事者間を往復してメディエーションを進める。ただし、いずれの段階であっても、双方の当事者が示談による和解の意思を示した時点で、メディエーターらは直ちに示談の内容を双方の当事者に確認するため、ジョイント・セッションを設定する。

本モデルでは、前述の2タイプのメディエーションのうち、評価型メディエーションが採用されている。これは、その時点での双方の当事者の立場（いずれが優位か）をメディエーターが評価・判定し、それに基づいて和解に向けた示唆を行う、というものである。金銭的損害賠償が話し合いの対象であり、被害者はメディエーターの評価や判定を一方的に聞くケースが多い。

ラッシュ・メディカルセンターではラッシュ・モデルを導入した1995年から5年間の調査により、約80件の医療過誤事例が発生したが、そのうち約80%以上について（訴訟では少なくとも1年を要するところ）2、3時間程度の医療メディエーションで解決し、医療過誤解決に伴う経済的ロスが半減した。また、医療者側および患者・家族側の弁護士2名によるコ・メディエーション体制については、両者に有益な結果をもたらす、と評価されている。

一方、本モデルについては次のような課題が指摘されている。1) 示談金による和解に力点を置くものが多く、医療メディエーションの健全な目的の達成が抑制されているのではないかと、2) 当事者およびメディエーター全員によるジョイント・セッションのために設定された時間が少なく、2003年の調査では、ジョイント・セッションが実施された案件では皆無であった、3) 事前合意手続きの終了後、医療機関の代表者が被害者に謝罪する手続きが導入されたはずだが、いずれの事例においても謝罪が実施されていない、4) 本モデルを代表とする評価型メディエーションは、一般的に訴訟の最終段階、すなわちトラブルの原因

がかなり明らかになった時点で実施されることが多く、医療者側が患者の安全への取組みを検討する機会を逃すことにならないか、また、将来的に訴訟に移行した場合の結果をメディエーターが予測して当事者に告げる場合があり、信頼性に欠けるのではないか。

ラッシュ大学メディカルセンターでは、現在もなおラッシュ・モデルが使用されている。院内で発生した医療紛争解決の一環として、患者相談チームが電話もしくはメールで患者からの相談や苦情を受け付け、必要ならば詳細な調査を行い、いずれの案件についても 30 日以内に書面で返信する、というシステムを取っているが、患者がその対応に満足しない場合は本モデルを使用し、解決に向けた医療メディエーションを実施している。

(b) ジョンズ・ホプキンス・モデル (Johns Hopkins Model) (中西 2007 : 240-243、Liebman, *et al.* 2005、吉村 2016 : 25-33)

メリーランド州のジョンズ・ホプキンス病院 (Johns Hopkins Hospital) が、医療訴訟件数の急増に伴う裁判費用の高騰、医事裁判で確定した医療過誤賠償金額の増加、州法による「提訴前メディエーション同意前置手続きの義務化」に対応するため、2000 年頃から使用開始したモデルである。本モデルにおけるメディエーションの手順は次のとおりである。

メリーランド州では、2004 年に「医療訴訟の提起前には、必ず医療機関と患者・家族間において、メディエーションを実施する旨の同意書を取り交わすこと (提訴前メディエーション同意前置手続き)」が義務付けられている。従って、本モデルでは、医事紛争に対応する場合の事前準備はこの同意書の作成から始まる。本モデルでは、いかなる事例であっても、共通して、以下のような第 1 次対応、第 2 次対応、第 3 次対応の各ステップを踏む。

第 1 次対応では、患者安全部門および訟務部門が連携し、患者・家族からの苦情のレベル、あるいは医療現場で発生した紛争のレベルを評価し、それに基づいて医療メディエーターを決定する。この段階でのメディエーションは、苦情あるいは紛争が発生した現場の担当医療者が実施する。それでも解決しない場合は、第 2 次対応として法務部がインフォーマル・スモール・ミーティング (informal small meeting : ISM) を開き、医療メディエーションを実施し、当事者間の対話、情報開示、問題解決を促進する。一度で解決しない場合は、このステップを繰り返す。ISM では、苦情や紛争に関するあらゆる情報を医療者が開示する。第 2 次対応でも解決しない場合は、さらに第 3 次対応に進む。まず、州が認可する研修の受講者の中から 4 名が医療メディエーターとして選ばれ、医療メディエーションの依頼を受ける。第 3 次対応では、外部メディエーターと院内メディエーターが連携して当事者間の対話を促進する。患者・家族側は、提訴前メディエーション同意前置手続きを既に踏んでおり、医療メディエーションに臨むことが義務付けられているが、これに納得できないときは、医療メディエーションを拒否する権利も有している。

本モデルは、メディエーターが当事者間の対話、情報開示、問題解決を促進することから、促進型メディエーションに該当する。

本モデルの実施については、2005 年に調査が行われ、成果および課題として以下が報告された。1) 賠償金、解決金、および紛争諸費用が過去 5 年間で約 27% カットされ、約 1,000 万米ドルが節約できたこと、2) 本モデルが適用された案件は、いずれも第 2 次対応の ISM の段階で解決したため、過去 5 年間は院外の医療メディエーターとの連携がほとんど発生せず、当事者らの精神的ロスも緩和されたこと、3) 第 3 次対応への持越しを回避するため、第 2 次対応の ISM に長時間を費やした、というケースがいくつかあったこと。

(c) ミシガン・モデル (Liebman *et al.* 2005, Sybblis 2006 : 493-517, Balcerzak 2008 : 44-48)

ミシガン大学ヘルスシステム (University of Michigan Health System) が開発し、2001年から実用化されたモデルであり、また、米国でいち早く医療過誤・有害事象情報開示プログラムを導入したことで知られる。ミシガン州では、医療機関のリスク・マネージャーはすべてメディエーション研修の受講が義務づけられており、そのための教材として本モデルが使用されている。以下、本モデルの手順を示す。

上記ジョンズ・ホプキンス・モデルと同様、州法の規定に基づき提訴前メディエーション同意前置手続きが義務付けられており、まずこの手続きから始まる。

ミシガン・モデルは、当事者が選択した 5 名の医療従事者もしくは弁護士から成るメディエーター・グループによって実施される。本プログラムでは、医療紛争の原因が医療過誤の場合は、患者の利益のため公正で迅速な解決を目指すこと、医療者側に何ら過誤がない場合は医療者と医療機関を擁護すること、医療過誤や患者体験を介して医療者と病院経営者らが学んだことを今後の医療に活用すること、という 3 つの方針のもとに構築された。

5 名の医療メディエーター・グループは、医療過誤や有害事象に関し、オープンで率直な情報開示を医療者らに促す。この手順は、先述のコミュニケーション解決プログラム (CRP) に該当する。患者の利益を重視した迅速な対応を基本方針とすることから、5 名のメディエーター・グループは約 15 分間程度の簡単な立証活動を行い、場合によっては、早急に示談金額を評価することもある。医療メディエーターが提示した解決案に双方の当事者が同意した場合は、この段階で医療メディエーションは終了する。

本モデルは、医療メディエーターが示談金額の評価、解決策の提示を行うという点で評価型メディエーションに該当する。

ミシガン大学ヘルスシステムにおける本モデルの導入効果としては、1 事例にかかる諸費用が導入開始時の 2001 年頃は 48 米ドルだったが、医療者による情報開示が促進されたことにより、2007 年の調査時には 21 ドルまで削減し、また、年間の医療訴訟にかかる費用は全体で 200 万ドル削減された。また 1 事例の解決に要した平均日数が、同様に 1,000 日から 300 日まで減少した。

一方、メディエーション研修の受講がリスク・マネージャー等に義務付けられたり、あるいは医療機関と患者・家族に対して提訴前のメディエーションへの同意が義務付けられている等、「義務付け (mandatory)」を特長としている点については、当事者間のコミュニケーションを改善するという本来のメディエーションの目的が十分に考慮されていないのではないか、との指摘がある。また、示談金額の提示がメディエーションの一部に組み込まれていることについても、「メディエーターによる意見の提示に該当するのではないか」との指摘がある。

(d) PDMAP モデル (Pew Demonstration Mediation and ADR Project Model) (Liebman *et al.* 2004 : 22-32, Liebman *et al.* 2005, Balcerzak 2008 : 44-48)

コロンビア大学ロースクール教授・リーブマン (Liebman, C.B、法教育)、ニューヨーク州地方裁判所控訴部門スペシャルマスターのハイマン (Hyman, C.) らは、ピュー・チャリタブルトラスト財団からの資金提供により、メディエーションのスキルに関する研修の有効性を実証するため、2001 年ピュー・デモンストレーションおよび ADR プロジェクト・

モデル (PDMAP モデル) を開始した。本プロジェクトでは、ペンシルバニア州内の 4 つの医療機関を中心とする病院ネットワークを対象にメディエーション研修、あるいはメディエーション・サービスが 2 年間提供され、その成果が調査された。

PDMAP モデルでは、メディエーション研修やメディエーション・サービスの方針、手順として、次の 6 つが示されている。

- 1) 医療者には、正しい情報開示のためのコミュニケーション技術の重要性を認識させる。
- 2) 情報開示については専門家に支援させることも必要である。
- 3) 医療過誤や有害事象が発生したら、医療者、病院経営者らは直ちに謝罪すべきであり、研修生にはその適切なタイミングを学ばせる。
- 4) 医療者、安全管理者、リスク・マネージャーには、情報開示の事前計画のための時間を十分に与えるべきである。
- 5) 病院経営者は、医療過誤や有害事象が発生したら、医療者に報告の機会と事後の支援を適切に提供すべきである。
- 6) 医療過誤、苦情、有害事象が発生したらメディエーションを実施して速やかに事態を收拾する。

また、本プロジェクト終了後にリーブマンらが提出した報告書には、次のような提言が記されている。

- ア) 医療メディエーションに不可欠な要素は、促進型メディエーションであり、また、当事者にとって最も重要な関心事に照準を当てたインタレスト・ベースド・メディエーション (interest-based mediation) である。
 - イ) 医療メディエーターによる当事者の状況把握、当事者同士の情報共有、早期情報開示、謝罪の手順を院内で確立すべきこと。
 - ウ) 情報開示のプランニング、コミュニケーション、および報告についてアドバイスできる院内コンサルタントを配置すべきこと。
 - エ) 患者・家族のニーズに応えるため、医療機関側の方針の見直しを検討すべきこと。
- リーブマンらによるこれらの提言は、後のペンシルバニア州の医療政策に影響を与えた、と言われる。なお、PDMAP モデルは、(リーブマンらの提言が示すように) 促進型メディエーションに該当する。

本モデルを使用したメディエーション研修の成果としては、患者・家族が訴訟を起こす真意を医療者側が理解するようになったことが挙げられている。メディエーション・サービスの成果としては、医療者側の早期謝罪、情報開示、補償等の手順の導入により和解が促進され、また医療過誤への反省を踏まえ、病院側が治療方針や安全管理の見直しを図る等、ポジティブな結果が報告された。

他方、課題もいくつか指摘されている。例えば、院内コンサルタントの配置については、リーダーシップを発揮できる病院の経営者あるいは経験を積んだ医師らが適任であるが、米国の医療社会には自己防衛の伝統が根強く残っているため、これを実現するには長期的な視野での取り組みが必要ではないか。また、高度な技術を要する促進型メディエーションは、退任後の裁判官や現役の法廷弁護士には難しく、専門要員の育成や人員確保等が必要ではないか、等である。

(e) ドレクセル・モデル (Drexel Model) (Liebman *et al.* 2005, Sohn 2012 : 1370–1378,

Drexel University College of Medicine website)

本モデルは、2004年ペンシルバニア州が前述のラッシュ・モデルを参考にして構築し、ドレクセル大学医学部において試行的に開始したものである。ラッシュ・モデルとは、コ・メディエーション体制、および州法の規定により提訴前のメディエーション同意手順を導入している点で共通している。しかしながら、患者・家族と間の理解に基づく関係修復を重視する、という点でラッシュ・モデルと大きく異なっている。なお、本モデルでは、医療メディエーションにかかる費用は医療者側が全額負担する。

本モデルの特徴の1つは、医療メディエーターが状況に応じて評価型メディエーションと促進型メディエーションの使い分けが可能な点にある。従って、このモデルに関与する医療者らは、両タイプのメディエーションを十分に理解し、事例ごとに対応できるようにしておくことが望ましい。また、本モデルの別の特徴は、医療紛争に直面した患者・家族が、ドレクセル医科大学から委託されたヘルスケア・リゾリューションズ（Health Care Resolutions : HCR）という民間のメディエーター登録会社に直接連絡し、医療メディエーションを依頼できる、という点にある。患者・家族あるいは医療者側から医療メディエーションの依頼を受けたHCRでは、案件の内容に適した人数の医療メディエーターをドレクセル大学医学部附属病院に派遣する。本モデルの手順は、おおむね次のとおりである。

医療メディエーションの開始時は、状況や患者・家族側の要望により、医療メディエーターが同席する場合もあれば、医療者・患者（家族）院内のみで初期対話を行うこともある。このようにメディエーション手順に柔軟性をもたせていることから、状況次第で医療メディエーターによる評価型メディエーションと促進型メディエーションの使い分けが可能となっている。本モデルは、この理由から、評価型と促進型の複合型であり、医療メディエーターには高度なスキルが要求される。

2004年、本モデルの導入時は（現在のようにHCRからの派遣医療メディエーターではなく）コ・メディエーション体制下の現役の弁護士2名が使用されていた。2004年から1年間の調査報告によると、コ・メディエーション体制下で実施された医療メディエーション20件のうち、85%に相当する17件は和解に至ったが、残りの3件は訴訟に持ち込まれ、結果的に患者・家族側に不利な審判が下りたとの報告がある。

(f) 情報開示・謝罪および和解提案プログラム（The Disclosure, Apology and Offer Programs : DA&O）（Bell *et al.* 2012 : 682-705, Woodward *et al.* 2012）

マサチューセッツ州では、2012年医療費統制法の成立に伴い、ベス・イスラエル・ディーコネス・メディカルセンター（Beth Israel Deaconess Medical Center）等7つの医療機関で医療訴訟関連費削減を目的とする「情報開示・謝罪・和解提案プログラム」の実施が始まった。この医療メディエーション・プログラムは、オバマ政権の医療改革の一環である医療費削減政策にマサチューセッツ州がいち早く応えるため、上述のミシガン・モデルをベースに構築された。（ミシガン・モデルは、先にも述べたとおり、ミシガン大学ヘルスシステムにおける年間の医療訴訟費の削減に大きな効果をもたらしている。）

DA&Oモデルは、①医療過誤や有害事象発生時の患者・家族への情報開示におけるより透明度の高い情報提供および医療者への支援の促進、②患者の安全の向上の促進、③提訴や賠償請求件数の軽減、患者・家族のニーズを満たした問題解決の促進を目的としている。これらの達成のため、本モデルを実施する医療機関では、医療過誤や有害事象が発生したら、

ア) 発生の事実を直ちに認める、イ) 原因を正しく見極め、ウ) 患者・家族側への情報開示と説明を行う、エ) 法定代理人の医療メデイエーションへの参加を推奨する、オ) 必要と判断されたときは迅速に謝罪し公正な賠償を行う、という手続きがとられる。

表1 米国の医療メデイエーション・モデルの比較

	モデルの特徴・手法	利 点	課 題
ラッシュ・モデル	コ・メデイエーション 金銭的和解に重点 事前合意手続き（メデイエーション費、結論の終局性等について） 謝罪プログラム 評価型	時間的ロスの軽減 経済的ロスの軽減	金銭的和解重視 ジョイント・セッションが不十分 評価型の弊害
ジョンズ・ホプキンス・モデル	提訴前同意義務付け ISM 開催 院外との提携 情報開示プログラム 促進型	経済的ロス軽減 精神的ロス緩和 早期段階で解決	ISM の長時間化
ミシガン・モデル	研修受講の義務付け 提訴前同意義務付け 情報開示プログラム 評価型	時間的ロスの軽減 経済的ロスの軽減	義務付けの弊害 評価型の弊害
PDMAP モデル	プロジェクト形態 情報開示プログラム 謝罪プログラム 院内コンサルタント 促進型	医療者が患者・家族の真意を理解 円滑な和解促進 院内方針見直し促進	院内コンサルタントの配置の困難性
ドレクセル・モデル	コ・メデイエーション 提訴前同意義務付け 民間メデイエーター 評価型と促進型の複合型	和解件数の増加	高度なスキルが要求される
DA&O モデル	ミシガン・モデル改変型 謝罪プログラム 情報開示プログラム 促進型	倫理的、職業的意識の高まり 訴訟関連費削減 安全対策の質向上	医療者の謝罪への拒否感 金銭的和解を重視する弁護士らの抵抗 小規模医療機関には不向き

DA&O モデルの使用に関する調査結果では、「医療者の倫理的あるいは職業的意識が高ま

った」、「訴訟に関わる費用が大きく削減した」、「患者のための安全対策の質が高まった」等の成果が報告されている。一方、本モデルの普及促進の妨げになる要素として、「患者・家族への謝罪に対していまだ強い抵抗感を持つ医療者には受け入れられないのではないか」、「金銭的和解を重視する弁護士らは本モデルへの参加を好ましく思っていない」、「小規模な医療機関ではリスク管理やメディエーションのための人員確保が難しく、あらゆる医療機関向きとはいえない」等が挙げられている。

DA&O モデルのベースとなっているミシガン・モデルは、医療メディエーターが示談金額の評価を行うという手順が含まれていることから評価型メディエーション・モデルに属しているが、本モデルは、当事者間の対話を介して問題解決を促すことを目的としていることから促進型メディエーションに該当すると考えられる。

前ページの表1は、これら6つの米国の医療メディエーション・モデルの特徴、利点、課題を比較したものである。評価型メディエーションを使用することのメリットは、時間的ロス、経済的ロス等の改善に限定されるが、促進型メディエーションを使用した場合、早期段階で問題が解決した、医療者が患者・家族の真意を理解するようになった等、患者の精神的な苦痛を軽減するような成果が報告されている。

(3) 米国の医療メディエーション活動の実態と最近の動向

ここでは、前述のPDMAPモデルの考案者であるリーブマンとハイマンが実施した2つの大規模調査の結果から、米国における医療メディエーションの実態および最近の動向について概観する。

リーブマンおよびハイマンは、ニューヨーク市における医療メディエーション活動について、「ニューヨーク市保健・病院協会スタディ (New York City Health + Hospitals Corporation Study : HHC Study) (2004)、および「病院訴訟介入スタディ (Mediating Suits against Hospitals Study : MeSH Study) (2005-2006)」という2つの大規模実態調査を行った。これら2調査の目的は、メディエーションの実施により、患者の安全や医療者・患者(家族)関係を良好に保ち、かつ、当事者が被る金銭的ロス、時間的ロスを軽減して経済的恩恵がもたらされるかどうかを評価することにあつた。(Hyman 2011 : 1-4, Liebman 2011 : 135-149)

HHC スタディの調査対象はHHCに対する医療訴訟案件について実施された医療メディエーション事例である。またMeSHスタディの調査対象は、ニューヨーク市内および近郊の医療機関に対する医療訴訟案件について実施された医療メディエーション事例である。なお、これらの事例には、医療者側および患者・家族側の弁護士1名ずつが互いの業務を補足し合うコ・メディエーション体制が適用された(Hyman *et al.* 2006 : 1394-1399, Hyman *et al.* 2010 : 797-826, Liebman 2011 : 135-149, Hyman 2011 : 1-4)。

両スタディにおける医療メディエーションの共通の成果としては、和解までに費やされた時間がいずれも約10分の1まで大幅に削減されたこと、証拠開示手続きを必要とした事例は少なく、当事者が被る経済的、精神的負担が最小限に抑えられたこと等が挙げられており、また、患者の安全強化の観点からもポジティブな結果が示された。また、アンケートに答えた医療者側弁護士のうち、非金銭的補償を目的とする医療メディエーションに不慣れな者の多くが「謝罪を行うことに抵抗を感じた」、「謝罪を行わなかった」と回答した。医療

メディエーションへの参加率は、医療メディエーターを務めた医療者側あるいは患者側の弁護士、患者・家族らは高かったが、医療者は皆無であった。同様に、「医療メディエーションによって患者の安全や医療者・患者（家族）関係が良好に保たれるようになったか」というプロジェクトの評価についても医療者らからの回答は芳しいものではなかった。

(Hyman 2011 : 1-4.)

以上のような調査結果について、リーブマンは「謝罪によって過失責任を認めたと判断されることへの抵抗はいまだ米国の医療現場に根付いており、医療メディエーションへの参加を医療者が拒むのはこのためであるが、このことで医療者による情報開示、謝罪の機会のみならず、患者の安全管理を見据えた医療機関の方針、治療法の改善の機会まで失われる」と言っている。またハイマンは、「熟練医療メディエーターの介入により、医療者の医療メディエーションへの出席率は高まり、情報開示および謝罪の重要性への理解は深まる」と述べている。(Hyman *et al.* 2006 : 1394-1399, Liebman 2011 : 135-149) リーブマン、ハイマンらがここで強調しているように、米国の医療現場では、この頃から医療者による「情報開示」や「謝罪」を含む初期対応が不可欠な要素と見なされるようになり、表1が示すように医療メディエーション・モデルにもこれらの手順が含まれるようになった。

この影響を受け、医療過誤の被害者の訴えを教訓として事故後の情報開示および謝罪の重要性を訴える2つの運動が起こった。1つは、医療過誤の当事者であるフロリダ州のマーチン・メモリアル医療センターの医療チームが始めた情報開示促進運動である。彼らは、医療者による防衛医療に歯止めをかけるため、「正しく行動しよう (Do the right thing)」というキャッチフレーズのもと、1995年からこの運動を展開した。また、他の1つは、医療過誤の被害者家族であるヴォイチェサック (Wojcieszak, D.) を中心に2005年頃から始まった「ソーリー・ワークス! (Sorry Works!)」運動である。ヴォイチェサックは、「ソーリー・ワークス!」連合を組織し、「訴訟を免れるためには謝罪を行わない」という旧来の風潮を打破し、医療過誤に関わる情報開示、謝罪および補償を正しく実施するための教育プログラムを開発し、その中で医療メディエーションの積極的な導入を奨励した。この運動は次第に全米に普及し、2005年マサチューセッツ州における米国初の謝罪免責法 (apology-immunity law) の成立、およびその普及を促した。(謝罪免責法とは、加害者側の謝罪行為が訴訟において不利な証拠とならないよう規定した法律である。)(Wojcieszak 2006 : 344-350、医療安全全国共同行動目標:支援チーム 2012、江原 2013 : 115-120)

3. 日本における医療メディエーション

本節では、日本の医療メディエーションについて、(1) 歴史的背景、(2) 主な活動団体、(3) それら活動団体が運営する医療メディエーション・モデルの概要を記す。

(1) 歴史的背景

わが国では、第1章で述べたとおり1999年に横浜市立大学医学部附属病院・患者誤認事件および都立広尾病院・消毒薬誤注射事件という2つの医療過誤事件が連続して発生した。これらには過誤の原因が医療者間のコミュニケーション・エラーであったという共通点があり、以後、医療現場ではコミュニケーションの重要性が問われるようになった。また、1990年代前半は年間500件程度であった医療訴訟件数が1999年を境に急増し、2004年に

は1,110件に達し、これに伴って医療訴訟の様々な問題が表面化した。例えば、経済的・時間的ロスの大きさ、医療者側、患者側双方が負う精神的苦痛、および医学的問題を法廷で裁くことの難しさ等である。このような状況の中、米国と同様わが国でも、訴訟ではなく第三者が関与する医療ADRで紛争を解決しようとする動き見られるようになった。(押田2008、日経メディカル2010)

また、この動向にあわせ、(a)一部の法学者らによる米国のADR研究の蓄積、(b)司法制度改革審議会における「ADR制度の充実」の提言とADR基本法の成立という2つの取組みがあった(前田2016:92-105)。以下、これらについて説明する。

(a) 法学者らによる米国のADR研究

前述のとおり、米国では1980年頃から医療訴訟件数の激増がもたらした様々な問題に対処するため、ADRのメディエーション手法に基づく医療メディエーション・モデルの構築が始まったが、わが国でも同時期に医療ADRに注目が集まるようになった。このように、国内外で医療ADRあるいは医療メディエーションによる紛争解決を試みる動きが進む中、3人の法学研究者が米国のADRの1手法であるメディエーションの理論研究および実践的経験を踏まえ、日本の現状に即した医療紛争の解決策を確立しようとしていた。その3人とは早稲田大学法学学術院教授・和田仁孝(法社会学)、中京大学法科大学院教授・稲葉一人(民事訴訟学)、元九州大学教授・レビン小林久子(民事法学)であり、後年の日本の医療メディエーション活動に影響を与えたということから知られる。以下、彼らの研究・実践活動について概要を述べる。

ア)「医療メディエーター養成研修」(吉田2009:171-246、和田・中西2012)

和田は、米国のハーバード大学ロースクールに客員研究員として在籍した1982年から1984年の間、ハーバード流交渉プログラムが提供するメディエーション手法の理論および実践技術を学び、当事者同士の協働的対話が紛争解決を導くというコンフリクト・マネジメントの概念が医療紛争の解決の要である、という考えに至った。帰国後のADR研究では、表1で示したような米国の医療メディエーション・モデルの理念、あるいは米国の医療ADRの理念を高く評価する一方、それらをそのまま日本の医療現場に持ち込むには様々な弊害があることを指摘した。また、ADRが裁判の補完法として位置付けられる以上、ADRもまた訴訟と同様に法的権利に基づく必要があり、それによってADRの当事者が訴訟と同様の不利益を被ることになる可能性がある、と警告した。

ADRについてこのような考えを示した和田は、医療紛争を解決するには、一次対応として院内メディエーターがトラブル発生直後にすぐ対応し、過失の有無にかかわらず医療者があらゆる情報を開示し、医療者と患者・家族間の対話が促進されるように働きかけ、それでも解決できない場合は、二次対応として、院外における医療ADRの処理に委ねるという手順が適切であると唱えた。また、日本医療機能評価機構との協働のもと、2003年頃から山形大学准教授・中西淑美(紛争処理論)、医療過誤被害者家族とともに「医療メディエーター養成研修プログラム」の構築を始め、2005年にそれを用いた初めての研修を実施した。このプログラムは、医療機関、地域医師会、地方自治体等における医療メディエーターの養成に使用され、年間100回超の研修が実施されるようになった。このような中、和田らは、医療メディエーションの質の向上、およびメディエーターの資格認定制度の立ち上げに関する問題に直面し、これらに対応するための機関として2008年日本医療メディエーター協

会（Japan Association of Health Mediators : JAHM）を発足させ、以後、「医療メディエーター養成研修プログラム」の受講生に対する資格認定、認定者の向上と研鑽、国内外への医療メディエーションの普及等を目的として、本協会を拠点とした医療メディエーション活動を進めてきた。また、和田らによる研修の成果が厚生労働省に認められ、「患者サポート体制充実加算」（医療機関における患者・家族支援体制の評価により診療報酬が加算される制度）が2012年に新設された。

イ)「医療対話推進者研修」（井上 1999、稲葉 2014b、吉田 2008 : 199-252）

元地方裁判所判事の稲葉は、1994年から1年間米国連邦最高裁判所連邦司法センターに客員研究員として在籍し、レビン小林（後述）の仲介により、ニューヨーク州のADR実施機関の1つであるブルックリン・メディエーションセンターで視察研修に参加した。また帰国後の関連研修会では、ブルックリン式メディエーションの特徴について「双方の当事者が同席し、自発的に対話を交すことを原則としており、メディエーターは、あくまでも第三者として、双方の感情を制御しながら対話の流れを作ることにのみを徹することにある」と報告し、「この方法は裁判所に関係なく実施されるものであり、メディエーターには法的専門知識に依存する解決能力ではなく、対話促進能力が求められる」と述べた。これは、後に稲葉が主導的に構築した「医療対話推進者研修」プログラムに反映されている。稲葉は、医療メディエーション活動を行うNPO法人「架け橋」（後述）の設立に関与し、以後、医療過誤被害者家族である豊田郁子らと様々な活動に取り組んできた。

2006年頃から、稲葉は豊田を含む8人のメンバーとの協働により、医療者・患者（家族）間の対話をテーマとした医療ADR研修会、医療メディエーション研究会「架け橋～患者・家族との信頼関係をつなぐ対話研究会」を次々と立ち上げた。2012年にはこの研究会を母体とし、医療メディエーターの養成、医療安全活動等を目的とするNPO法人「架け橋」が設立された。稲葉は、「架け橋」においては「医療対話推進者研修」プログラムの構築を主導し、豊田らとともにこれを使用する医療メディエーション活動の普及に努めている。

医療メディエーターの現場への導入は、先述した2012年「患者サポート体制充実加算」新設後ますます重要となっており、この人材の養成が必要であると痛感した稲葉は、これを実現するため、厚生労働科学特別研究事業の「医療対話推進者の実態把握と役割・能力の明確化に関する研究班」の代表者として、2012年「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—」を厚生労働省に提案した。翌2013年、厚生労働省は、各都道府県の医政主管部宛本指針の使用推奨を記した書簡を送付するとともに本指針を公表した。これを契機として、新たな医療メディエーター（医療対話推進者）養成研修プログラムの構築、およびこれを使用する研修の実施は、本指針に基づいて行われるべきものとされている。

ウ)「隣人調停」（井上 1999、レビン小林 2006、吉田 2009 : 171-246）

レビン小林は、1994年から数年間米国ニューヨーク州立ブルックリン・メディエーションセンターでボランティアのメディエーターとして勤務した経験を持ち、米国の最近のメディエーション手法である「隣人調停」（neighborhood mediation）を日本に紹介した最初の法学者として知られる。隣人調停は、ブルックリン・メディエーションセンターで実施されている主要なメディエーション手法である。法律の知識がない一般のボランティアが調停者となり、当事者が対座して会話する、という形式であるため、解決までにかかなりの時間

を要することがある。その一方、メディエーターが穏やかな雰囲気の中で対話を進めるため、徹底した話し合いが可能となり、ときには当事者間に共感が生まれることもある。また、「ウィン・ウィン (win-win)」手法に基づくため、最終的には法律論だけで解決する旧来の調停に比べ、紛争の再発率も少ない。また、この手法について研修を正しく受講すれば、誰でもメディエーターとして務めることが可能である、というメリットもある。

レビン小林は、2001年研究活動の拠点を日本に移して以来、日本の実業家や法学生らを対象とし、上述のブルックリン式メディエーション技法の研修を実践してきた。九州大学法学研究院では紛争管理研究センターを立ち上げ、2012年に退官するまで、この手法を日本に定着させる取組みを行ってきた。レビン小林の活動を機に、経済産業省と公益社団法人日本仲裁人協会が提携してメディエーター養成講座を開設する等、日本の実業界や法学分野ではレビン小林に対する評価が高いが、その一方、レビン小林が提唱する隣人調停は、米国の社会や文化の枠組みの中で構築されており、かつ、機関や組織を対象としたものことから、国内の医療メディエーションへの適用には不向きではないか、との意見もある。

(b) 司法制度改革審議会における「ADR 制度の充実」の提案と ADR 基本法の成立

1999年、小渕内閣主導のもと、国民がより利用しやすい司法制度を実現することを目的とした司法制度改革が始まり、その諮問機関として司法制度改革審議会が立ち上げられた。本審議会が提出した意見書には、栽培員制度の設立、法科大学院の創立推進と共に、「ADR 制度の充実」が主な提言として盛り込まれた。「ADR 制度の充実」とは、すなわち、司法の中核である裁判機能と並び、ADR が国民にとって魅力的な選択肢となるように拡充、活性化が図られるべきであり、また、ADR の導入により、訴訟における遅延の解消を推進すべきである、ということの意味する。本意見書には、「ADR は、紛争当事者の自主的な解決への努力を尊重して適切に実施され、かつ専門的な知見を反映して紛争の実情に即した迅速な解決を図るべきものとする」という主旨の文言も添えられた。これが契機となり、司法制度改革審議会では ADR の実施環境の整備に関する検討が重ねられ、2004年「裁判外紛争解決の利用の促進に関する法律 (ADR 基本法)」が施行された。この法律により、ADR の設置機関の認証制度が確立し、条件を満たせば基本的にはどのような機関でも ADR を実施することができるようになり、全国各地の弁護士会等が次々と医療紛争に関わる ADR 機関を立ち上げていった。(首相官邸ウェブサイト 2000、厚生労働省ウェブサイト 2015、前田 2016 : 92-105)

このような経緯から誕生したわが国の ADR は、司法型 ADR (簡易裁判所/地方裁判所での民事調停や家事調停)、行政型 ADR (国民生活センター等行政機関の相談)、民間型 ADR (弁護士会センター等の仲裁、あっせん) に分類される。日本の ADR 手法は、米国のようにモデル化されておらず、労働紛争の解決等で古くから使用されてきたあっせん (対話を介して自主的に紛争を解決しようとする当事者間にあっせん人が介在し、それを支援する手法) に基づくものが多い。(稲葉 2010 : 1-7、裁判所 2015 : 89-113、前田 2016 : 92-105、第一東京弁護士会ウェブサイト)

一方、医療分野における ADR の適用は、最高裁判所と司法研修所が 1988年 5名の裁判官に実施を命じた司法調査研究(「専門的な知見を必要とする民事訴訟の運営」)を契機として促進された。この研究では、医療訴訟の運営方法、医療訴訟遅延の原因とされる鑑定人選制度、医療訴訟/医療紛争の解決への専門的知見導入という 3項目について、早急な検討

が必要であるとの提言がなされた。またADRのメリットとして、手続きが容易であること、費用が低廉であること、非公開で実施されること、法律にとらわれずに柔軟な解決が図られること、専門家の知見を利用できるため妥当な解決案が導かれること、等が示された。これらの内容は、その後東京地方裁判所や大阪地法裁判所等主要裁判所内にある医療集中部（医療紛争を集中して専門的に扱う合議部）、医療裁判に関わる弁護士、あるいは大学附属病院の医療者等によって協議・検討され、その結果、医療ADRの整備や実施機関の設置が促されることとなった。現在わが国で実施されているADRの一般的なタイプは、先に挙げた3類型（司法型ADR、行政型ADR、民間型ADR）であるが、医療ADRに適用されているものは主に民間型ADRである。なお、司法型ADR、行政型ADRについては、裁判所の書記官や消費者センターのスタッフが医療紛争に十分対応できないという理由から、現時点では医療ADRへの適用には至っていない。（植木 2014：3-8、裁判所 2015：89-113、前田 2016：92-105）

民間型の医療ADRには、弁護士会主導型、医師会主導型、NPO法人主導型があり、以下それらの実施機関と活動の概要を記す。

ア) 弁護士会主導型（札幌弁護士会、東京三弁護士会、京都弁護士会等）（東京弁護士会他 2016、日本弁護士連合会ウェブサイト）

2017年現在、全国32の弁護士会が医療ADRの担い手として認証を受けている。例えば東京三弁護士会（東京弁護士会、東京第一弁護士会、東京第二弁護士会の提携）の医療ADRは、次のような手順で行われる。ADRの申立を受けたら、まず弁護士の1人（手続き管理者）が必要な手続きを開始し、ADR申立当事者との初期面接であっせん人の構成（あっせん人1人の単独制か、または2人/3人の合議制か）を決定する。次に、手続き管理者が、医療訴訟における代理人の経験が豊富な弁護士、あるいは一般的なあっせんの経験が豊富な弁護士のリストから適切なあっせん人を必要人数選任し、双方の当事者の了解を得る。

（当事者があっせん人を選任しても構わない。）あっせん人は、当事者間の話し合いの場では守秘義務を果たし、中立公正な立場から問題の論点を整理し、調整を行いながら双方の対話を促進し、解決策を導いてそれを提示することに専念することとし、最終的な結論を出すことを目的とはしていない。ただし、本弁護士会による医療ADRでは、あっせん人は、医療過誤の有無判定や損害賠償金額の査定等は行わないが、当事者双方からそのような求めがあれば提案する場合もある。また、対話の進行状況により、あっせん人が医療者等に第三者として話し合いへの参加を要請することがある。

厚生労働省による「医療ADR機関に対するアンケート調査」（2015）に対し、東京三弁護士会が提供したデータによると、2007年から5年間で扱った医療ADR案件数は127件で、医療者側が患者・家族側からの申立てに応諾したのはそのうちの71%であり、また、和解成立までに要した時間は平均約6.5カ月であった。

弁護士会主導型ADRは、全国的に医療紛争の処理経験の豊富な弁護士が多い、との定評がある。しかしながら、その反面、患者・家族側の弁護士に医療者への不信感を強く持つ者が多く、話し合いの場に医療者が参加することは非常に少ない、と言われる。また、弁護士会主導型ADRは、単に弁護士の職務拡大を狙った制度ではないか、との見方もある。

イ) 医師会主導型（茨城県・医療問題中立処理委員会）（植木 2014：3-8、日経メディカル REPORT 編集部 2006）

全国の医師会には医療紛争審査会が設置されており、医療紛争の処理過程における医療事故保険の使用については本審査会の審査結果に従うことになっているが、その審査申請は（医療事故保険の規定上）医療者に限定されており、審査結果も公表されないことから、本制度の公平性や透明性が疑問視されてきた。茨城県医師会は、2006年この問題に対処し、医療者・患者（家族）が一同に会して話し合うためのあっせん・調停の場を提供し、医療紛争解決への支援を行うことを目的とする医療問題中立処理委員会を立ち上げ、医師会主導型医療ADRの運営を開始した。

委員会の構成員は、医師のほか、弁護士、学識経験者、マスメディア関係者、市民代表等であるが、医療者はあくまでもアドバイザーとして参加する。医療ADRの申立は誰でも可能であり、申請書の受領後、医療者、患者・家族、委員（3名）によるあっせん・調停会議が始まる。このあっせん・調停会議の成果としては、①納得できるまで説明を受けることができるようになった（患者・家族側）、②医療に対する不信感が払拭された（患者・家族側）、③第三者の介入により精神的負担が減少した（医療者・患者（家族）双方）、④日常診療への支障を回避できる（医療者側）等が挙げられている。一方、課題・改善点は、委員が常に介入するため当事者同士で直接話合う機会がない、委員会が完全中立的立場にあるとの認識が浸透していない、会議の前に医療者・患者（家族）間の面会を設置すべきである、慰謝料等の提示もおこなってほしい、等である。

ウ) NPO 法人主導型（医事紛争研究会医療紛争相談センター）（医事紛争研究会医療紛争相談センターウェブサイト、植木 2014：3-8）

医療紛争の大半は、医療者・患者（家族）間の誤解や相互理解の欠如によるものであり、これらを事前に防ぐため、徹底した医療相談を行い、かつ必要時には公正で迅速な調停を実施することが望ましい、との見方から、中立的なNPO法人が主導する医療ADRに注目が集まっている。具体的な実施機関例としては、千葉県に本部を置く医事紛争研究会医療紛争相談センターがある。本センターは、医師・弁護士・学識経験者らによる勉強会を母体としており、医療紛争の解決に役立つ豊富な知見を有している。医療ADRの手順の特徴は、1次的に徹底した医療相談を実施し、2次的に調停を行うことにある。医療相談は、調停前に医師や看護師らによって必ず実施される（医療相談前置主義）。この段階で解決できない案件は、調停に委ねられる。調停では、まず相手に対する調停通知と意思確認が行われ、弁護士および医師各1名の調停委員が選定される。これら2名の調停委員が第三者という公平な立場から、当事者双方の言い分を個別に聞き、妥協点をさぐりながら、必要時には解決に向けた提案を行う。（調停は複数回実施される場合もある。）

本センターが実施する医療ADRのメリットは、医療相談前置主義のため、実際に医療紛争案件の約70%~80%が医療相談の段階で解決可能である、という点にある。一方、課題としては、運営費用の問題が挙げられており、現在はNPO法人が自らこれを負担しているが、専門相談員、調停者の確保に必要な費用は大きく、将来的には公的もしくは準公的組織にして運営すべきである、との示唆がある。

(2) 主な活動団体

前項では、日本の医療メデイエーションの普及の取組みの1つとして米国のADRに関わる研究活動を挙げ、和田、稲葉、レビン小林という3人の法学研究者を紹介した。このうち、和田および稲葉は、日本の医療メデイエーション・モデルの構築に携わったことでも知

られる。ここでは、日本の医療メディエーション活動団体として、和田が主導する「日本医療メディエーター協会」、稲葉が主導する「架け橋」について、活動の概要を記す。

(a) 日本医療メディエーター協会 (JAMH) (日経メディカル NEWS 編集部 2008、JAHM ウェブサイト、Yoshimura 2016 : 53-63)

和田は、前述のとおり、2003年頃から日本医療機能評価機構との協働のもと、中西らと「医療メディエーター養成研修プログラム」の構築を開始した。また2005年には本プログラムを使用した初回研修が実施され、以後、これは医療機関、地域医師会、地方自治体等で本格的に医療メディエーターの養成のために使用されるようになり、年間の研修回数も次第に増加した。しかしその一方、和田らはこれに伴う様々な問題に直面した。医療メディエーターが維持すべき中立性、不偏性を研修でいかに習得させるか、そのためには研修の質をどのように高めればよいか、等の問題である。また、医療メディエーター資格認定制度は、医療メディエーターが当事者からの信頼を獲得するのみならず、医療メディエーターのスキルの公正な評価やモチベーションの向上にも有効であるとして、その確立が求められていた。和田らは、これらの課題をクリアにするため、2008年日本医療メディエーター協会 (JAHM) を設立し、以下の項目を協会の活動内容と定めた。①前出の「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の作成指針」に基づき新規に構築される外部の医療メディエーション・モデルの認証、②認証されたモデルを使用する研修の受講生への医療メディエーター資格認定、③認定された医療メディエーターのさらなる質の向上と研鑽、④一般市民や患者への医療メディエーションの普及活動、⑤海外の医療メディエーション活動団体との連携。

JAHM が認定した医療メディエーター数は2016年6月の時点で4,024名に及ぶ。また2017年現在、医療メディエーター養成研修をJAHMと共催で行っている組織には、日本医療機能評価機構、日本医師会、愛媛県や京都府医師会等の地域医師会、国立病院機構等の病院団体、岩手県や新潟県等の地方自治体のほか、徳洲会等の医療法人グループや個別の医療機関がある。また、JHAM が資格認定する医療メディエーターの類型には、①医療メディエーターB (医療メディエーションの理論・分析・技法・倫理の基本を理解している基礎編の受講者、および医療機関職員を対象とするベーシック)、②医療メディエーターA (医療メディエーションについて十分な理解と実践経験を持つ者を対象とするアドバンスト)の2つがある。

「医療メディエーター養成研修プログラム」の受講効果として、愛媛県医師会は「県下で発生する医療訴訟件数が激減した」と報告しており、また、全国社会保険協会連合会も所属医療機関における有害事象等の報告件数が減少傾向にある、としている。その他、本研修の受講者からは、日常診療における患者対応の質や患者に向き合う姿勢が向上した、医療安全に対する意識が高まった、等の報告もある。

(b) 「架け橋」(高橋他 2008 : 114-121、豊田 2010、「架け橋」ウェブサイト、)

2003年次男を医療過誤で亡くした豊田は、同年医療事故再発防止活動を開始し、また、2004年以来東京都新葛飾病院の患者支援室でセーフティ・マネージャーを務めている。豊田と稲葉は、他の7人のメンバーとともに、医療者と患者・家族間の対話促進のため、「医療ADR (裁判外紛争解決) 研修会」を2006年に、また、医療メディエーション研究会「架け橋～患者・家族との信頼関係をつなぐ対話研究会」を2008年に立ち上げた。

2012年、豊田と稲葉らは、医療メディエーション研究会「架け橋～患者・家族との信頼関係をつなぐ対話研究会」を母体とするNPO法人「架け橋」を設立し、「医療対話推進者研修」プログラムを用いた医療メディエーター養成研修を開始した。「架け橋」では、「医療対話推進者研修」の実施による医療コミュニケーションの促進、医療者支援と啓発、医療安全向上を活動目的として掲げている。豊田は、本研修の主催者でありながら、自らも本研修を受講し、新葛飾病院のセーフティ・マネージャーと医療対話推進者（医療メディエーター）の兼任経験から「非医療者としての医療対話推進者の登用がいかに有効であるか」を実証した。

「架け橋」が提供する「医療対話推進者研修」は、「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の作成指針」に基づいて構築されており、日本医療メディエーター協会（JAMH）がこれを正式に認定し、年に数回、東京都、大阪市、名古屋市、札幌市で開催されている。「架け橋」では「医療対話推進者研修」の普及のため、医療者向けの実践報告会、一般参加型フォーラムやシンポジウムの開催も行っている。また、2015年医療事故の再発防止を目的とする医療事故調査制度の発足に伴い、医療対話推進者がこの制度でどのように機能できるかを学ぶ「医療対話推進者研修・医療事故対応コース」をいち早く導入した。

本研修の受講者からは、「医療対話推進者が患者・家族と接する際の言葉の選び方、表現方法を効果的に習得できた」、「医療現場のクレーム対応時に患者・家族といかに接するべきか、あるいは医療事故発生時にどう行動すべきか等を院内で検討する機会が増えた」との報告がある。

(3) 医療メディエーション・モデル

ここでは、前項で示した2つの活動団体によって運営されているプログラムについて論ずる。JAMHでは「医療メディエーター養成研修プログラム」、「架け橋」では「医療対話推進者研修」が医療メディエーター／医療対話推進者の養成プログラムとして開発、使用されている。

(a) 「医療メディエーター養成研修プログラム」(JAMH)

和田と中西らは、日本医療機能評価機構との協働のもと、2003年頃から「医療メディエーター養成研修プログラム」の構築を開始した。このプログラムでは、医療メディエーションを「医療者と患者・家族間、あるいは医療現場の異なる職種間もしくは同一職種間の対話を促進することで当事者間の情報共有を促し、コンフリクトの発生を予防、もしくは発生後の関係調整を支援すること」と定義している。これは、トラブルをめぐり当事者間に生じた意見や利害の衝突、対立を自発的な対話を介して柔軟に解決する、というコンフリクト・マネジメントの概念に基づいている。また、医療メディエーターを「当事者間に不偏的に介在して両者の信頼を獲得し、両者の話を傾聴して思いを受け止め、両者間の対話を促進しながら情報共有・信頼関係の再構築を担う者」と定義している。本プログラムの受講対象者は、原則として医療機関の職員に限定されている。（和田他 2001、和田他 2012）

以下、本モデルの理論的基盤、手順、医療メディエーターの行動規範、プログラムの内容を記す。

ア) 理論的基盤（中西 2012：13-30、和田他 2012、荒神他 2014：2360-2366）

本モデルは、ナラティブ・アプローチという理論的基盤をもち、その視点から、米国で考案されているメディエーション・モデルを日本の医療現場に適合するよう調整し、組み合わせたものである。まず、医療メディエーションにおけるナラティブ・アプローチの位置付けについて考える。

人々は、一般的に、経験や知識の違いから異なる「ものの見方」をする。心理学では、この「ものの見方」を認知フレームと呼ぶ。例えば、医療者と患者間の対立が生じた場合、彼らは、認知フレームが同一ではないため、1つの医学的事実について全く異なる認識やイメージを抱き、その結果、双方間に衝突、葛藤、対立等が生じる。このとき、医療メディエーターが中立的に介在し、なぜこのように異なる認識やイメージを抱くようになったのか、自発的な対話のなかで当事者らが気づくようになれば、最初とは異なる認識やイメージが当事者らの「ものの見方」に反映され、それが変容する。この一連の考え方に基づいた手順がナラティブ・アプローチであり、本モデルの基本的な理論的基盤となっている。

和田は、米国のハーバード大学ロースクールに在籍中、このナラティブ・アプローチに加え、ハーバード流交渉プログラムが提供するいくつかのメディエーション・モデルの理論および実践技術を学んだ。和田が学んだモデルとは、本章第1節で示した促進型メディエーションと評価型メディエーションであり、その他、変容型メディエーションも含まれる。変容型メディエーションとは、メディエーターがまず双方の当事者への感情に共感を示すことから始まり、次に当事者同士の自発的な対話を促進し、当事者が相手の本当の思いに気づくよう導く、という手法である。和田と中西は、上述のナラティブ・アプローチに基づき、日本の医療体制に適した新たな医療メディエーション・モデルを生み出すため、これら4タイプのうち3種類の理論を導入した。メディエーションにおいて最優先すべき点は、当事者らの感情への共感である、という考え方から、手順の第一段階において変容型メディエーションを実施する。また、本モデルでは、当事者間の対話・情報共有を促す、という手順においては、促進型メディエーション（当事者間の対話の促進）とナラティブ・メディエーション（「気づき」をきっかけに、当事者らが自主的に対話を進めるうちに、最初とは異なる認識やイメージで相手を見るようになる、という手法）が用いられる。

イ) 手順（中西 2012 : 13-30、和田他 2012、荒神他 2014 : 2360-2366）

本モデルは、コンフリクトの発生初期段階において医療メディエーターが当事者間に介入し、三極構造を形成する、ということを前提としている。医療メディエーターは、当事者のいずれにも与することなく可能な限り不偏性を保ち、これにより、双方からの信頼を獲得し、対話推進を支援する。また、常に「真実開示－医学的適応と判断－事実検証」の手順に立ち戻る必要があり、医療メディエーターは、これを実現するため、各当事者が話す心理情報（今の気持ち、感情、不安や不信）、問題の経過（できごと、状況）について共感を示しながら傾聴し、彼らの本当の心理を捉え直し（リフレーミング）、それらを別の言葉で言い換え（パラフレージング）、双方に対し、これらの内容が正しいかどうか確認する、という手順を踏む。

本モデルは、また、下記2つの分析手法を使用している。その1つが「ネーミング・ブレイミング・クレイミング（Naming, Blaming, Claiming : NBC）モデル」である。ネーミングは被害や不利益の原因の同定、ブレイミングはネーミングされた被害や不利益の責任をどこに求めるかの検討、クレイミングはそれを苦情として申し立てる行為であり、医療メ

ディエーターはこれらを段階的に行う。この手法により、医療メディエーションの進め方によっては、訴訟の申し立てを防止できる可能性がある。

和田らが使用したもう1つの分析手法は「イシュー・ポジション・インタレスト (Issue, Position, Interest : IPI)」である。これは、ハーバード流交渉モデルの一類型であり、元来は、当事者の主張(ポジション)の中に当事者の争点(イシュー)があり、主張の背景には、その言動の根源となる当事者の関心あるいは利害(インタレスト)が隠れている、という考え方に基づく。和田らは、この枠組みを維持しながら IPI を医療紛争の複雑性に対応した手法に組み替え、本モデルに導入した。

ウ)医療メディエーターの行動規範(中西 2012 : 13-30、和田他 2012)

本モデルでは、医療メディエーターの基本的行動スタンスを「当事者間において絶対的な中立性、不偏性を維持すること」と定めており、これを実現するため、ケアの理念に従わなければならない、としている。ケアの理念とは、認知的コンフリクトという混乱状態にある双方の当事者らの悲嘆や怒りを分け隔てなく傾聴し、共感して受け止め、彼らの自律的な問題克服能力や自己治癒力を信頼し、回復を促すよう誠意を持って当事者らに接する、という考え方である。また、医療メディエーターは下記の行動規範に従う。

1. 一方の当事者に有利となる対話をしないこと。
2. 対話の中心が当事者であるという考えに基づいて行動すること。
3. 事実認定、判断・評価・意見提示、伝言的仲介を行わないこと。

エ) プログラムの内容

以下、本プログラムの構成および内容の一部を紹介する。

①導入・基礎編

- ・協調的交渉のための医療メディエーション
- ・医療メディエーターの役割
- ・メディエーションマインドとは
- ・コンフリクト・マネジメントモデル
- ・IPI 展開の基礎
- ・メディエーション TIPS
- ・スキルプレイ
- ・ロールプレイ医療現場におけるコンフリクト・マネジメントとは何か(医療 ADR、医療メディエーション)

②中級編

- ・コンフリクト・マネジメントの基本学習
- ・医療メディエーションに関わる語彙、定義付け、基本知識の確認、セルフメディエーション、紛争構造分析(NBC や IPI)
- ・事例による医療メディエーション理論と技法の実践学習

③上級編

- ・事例検討
- ・当事者の思いの受け止め(1対1の直接対応)、初期ケアリング対応、相互交流
- ・事実検証と情報公開、協働と創出の展開
- ・医療メディエーターとしての倫理、行為規範の重要性、組織医療安全文化の醸成、医事法、

解釈法社会学

(b) 「医療対話推進者研修」(「架け橋」)

「架け橋」が主催する「医療対話推進者研修」は、院内患者相談、およびその成果に基づく安全管理の改善という2つの主要業務を担える人材の育成を目的としている。このため、本研修の受講者は、医療機関内で患者相談業務に携わる者が望ましい、とされている。本研修の大きな特徴として、講師陣に医療事故を経験した患者家族や医療者が含まれていることが挙げられる。これは、当事者の声に傾聴し、その気持ちに寄り添い、かつ当事者を尊敬する等、当事者本人の視点に立つ心情教育に重点を置くためである。研修のカリキュラムには、患者相談業務のための知識や技術に関するグループワーク、事例検討会、研修後即戦力となる人材育成のための実践教育等が組み込まれている。以下、本モデルの理論的基盤、手順、医療対話推進者の行動規範、研修の内容を記す。

ア) 理論的基盤 (吉岡 2010 : 1-4、稲葉 2013 : 13-72、稲葉 2014a : 39-60)

本モデルの主な理論基盤は「ポライトネス・ストラテジー」である。すなわち、当事者の心情、要求を読み取り、可能な限りそれを満たすように働きかけるためのコミュニケーション方略である。当事者の要求には、ポジティブな面とネガティブな面がある。ポジティブな面は、例えば、他者から理解され、共感され、称賛されたいという心理的側面であり、これが強いと、その人物は他者との心理的距離を縮めたいと願う。一方ネガティブな面とは、他者に立ち入ってほしくない、あるいは邪魔されたくない等の心理的側面であり、これが強い人は、他者と一定以上の距離を保ちたいと願う。ポライトネス・ストラテジーに基づく医療メディエーションでは、医療対話推進者が医療者および患者・家族の心情を注意深く察し、彼らの心理的欲求を満たすように対話を進める。例えば、当事者の要求にネガティブな面が強いと感じた場合は敬語で話しかける。対して、当事者が親しみをもって接してくる場合は、その要求にポジティブ面が強いと考え、親近感がわくよう多少カジュアルなコミュニケーションをとると対話が効果的に進む、という考え方である。

本モデルではまた、「情報伝達のプロセスで、言い間違いや聞き違い、あるいは誤解が生じるのは、情報発信者がメッセージを信号に変え、それが、相手によって異なる形式で伝わるからである」という「情報理論」に基づいており、和田らのモデルと同様、「リフレーミング」および「パラフレージング」の手順が導入されている。

イ) 手順 (稲葉 2013 : 13-72、稲葉 2014a : 39-60、Yoshimura 2016 : 53-63)

本モデルを使用する医療メディエーションの例に「三者間対面モデル」がある。以下、その手順を記す。

第1段階 (傾聴) : 医療対話推進者は、まず、各当事者の話に注意深く耳を傾け、それぞれの心情に共感を示す。次に、彼らの本当の心情を捉え直し (リフレーミング)、それらを別の言葉で当事者らに伝え直す (パラフレージング)。

第2段階 (ニーズの同定) : 医療対話推進者は、当事者から、過不足ない実質的な情報をさらに収集し、かつ、その中に誇張や欠落がないか確認した上で彼らの真のニーズを同定する。リフレーミングとパラフレージングの手順を繰り返し、それを積み重ねて論点を整理していく。

第3段階 (医療メディエーションの終結) : 医療対話推進者は、それぞれ当事者の真のニーズは何か、論点整理し、最終的な情報を当事者らに伝え、情報共有に基づく自発的解決を促

す。必要に応じ、当事者らに示唆を与えたり、あるいは一方の思いに共感する場合もある。

ウ) 医療対話推進者の行動規範 (豊田 2014a : 870-873、豊田 2014b : 75-86)

医療対話推進者が念頭に置くべき行動規範として以下が挙げられている。

1. 当事者の気持ちに最大限配慮し、寄り添うこと。
2. 当事者の話を傾聴し、共に考えることに徹すること。
3. 当事者を尊重し、彼らの感情をコントロールすることなく、真の理解を示すこと。
4. 当事者の代行的行為はせず、当事者が自発的に向き合えるような環境を提供すること。
5. 必要なときは、公平性、中立性を越え、一方の当事者の気持ちに寄り添いそうこと。
6. 医療事故分析調査には携わらないが、適切な連携を心がけること。
7. 小さな信頼を地道に積み重ねて大きな信頼を獲得していくこと。

エ) 研修の内容 (豊田 2014a : 870-873、豊田 2014b : 75-86)

本研修のカリキュラムには、医療メディエーションに不可欠なコミュニケーションの実践教育、実務的なデスクワーク、院内職員向け研修企画や運営方法が含まれる。具体的な項目として以下が挙げられている。

- ・患者・家族支援体制構築の基本：上記講義後のグループワーク
- ・患者・家族への対応の基本：対話促進、コミュニケーション能力
- ・医療安全の基本：相談や苦情対応の際に必要な医療知識、医療安全施策、関連法令
- ・事例検討、実務演習：情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価
- ・医療施設内職員研修の企画と運営

(3) JAHM および「架け橋」のモデルの比較

「医療メディエーター養成研修プログラム」と「医療対話推進者研修」には、2つの共通点がある。1つめは、開発者の1人として、医療過誤被害者家族が含まれていることである。このことにより、研究者のみではカバーできない、被害者家族の視点に立った医療メディエーションが可能になる。2つめは、当事者間の対話推進の過程において、「当事者の思いを傾聴し、共感を示す」、「当事者の真のニーズを捉え直す (リフレーミング)」、「別の表現で当事者の真のニーズを言い換える (パラフレージング)」という共通手順が含まれていることである。すなわち、本章第1節で示した米国のADRの主なメディエーション手法の1つ、促進型メディエーションの特徴的な手順が導入されている。他方、これら2モデルには大きな相違点がある。すなわち、「医療メディエーター養成研修プログラム」では、「メディエーターは常に中立性、不偏性を維持し、決して事実認定、判断・評価・意見提示、伝言的仲介等を行ってはならない」と指導されるのに対し、「医療対話推進者研修」では、医療対話推進者は、場合によっては公平性、中立性を越え、一方の当事者の気持ちに寄り添い、また、必要時には当事者らに示唆を与えてもよい」と指導される点である。

4. バイオエシックス・メディエーション・モデル

本章の冒頭で述べたように、米国では近年倫理コンサルテーションと医療メディエーションを協働させたものとしてバイオエシックス・メディエーション・モデルが提唱されている。ここでは、本モデルについて、歴史的背景、実態の分析および考察を行う。

(1) バイオエシックス・メディエーションの歴史的背景

リーブマンは、本章の前半で扱った米国の主な医療メディエーション・モデルの 1 つ、PDMAP モデルの実施、およびニューヨーク市における医療メディエーション活動の大規模実態調査（HHC スタディと MSH スタディ）を主導した医療メディエーション分野の第一人者である。また、2002 年以降ペンシルバニア州で実施された医療事故責任制度改革の調査責任者として、同州の医療改革にも影響を与えた。また、医療メディエーション・プロセスの中でも、特に、初期対応段階における情報開示や謝罪プロセスの導入の必要性を説いた。リーブマンは、上記 2 つの大規模調査の報告書において「今後の医療メディエーションは、ラッシュ・モデルのような評価型ではなく、メディエーターが当事者間の対話と情報共有を促すことで悪化した関係修復を実現する促進型メディエーションの適用が重要であり、医療メディエーターの責務は、思いやりや共感の気持ちをもって原則に基づいた意思決定の実現を支援することである」と述べている。（看護管理編集室 2008：815、Liebman 2011：135-149）

アルバート・アインシュタイン医科大学（Albert Einstein College of Medicine）名誉教授ダブラー（Dubbler N.N.、生命倫理学）は、1980 年代から同大学の附属機関であるモンテフィオーレ医療センター（Montefiore Medical Center）において約 10 年間倫理コンサルタントとしての経験を積み、現在は同医療センターのバイオエシックス・コンサルテーションサービス部門の運営に携わっている。また、倫理コンサルタントの資格認定標準化の動向に併せ、同医療センターで「バイオエシックスおよび医療人文学分野認証プログラム」を立ち上げ、人材育成に取り組んできた。また、倫理コンサルテーションの質の向上のため、倫理コンサルタントの資格認定制度を制定することを目指しており、ダブラーが率いる「倫理コンサルテーション資格認定プロジェクト」の全米作業部会は、2009 年「倫理コンサルタントの標準的評価法および資格認定法に関する合意声明」を発表した。（Dubbler *et al.*, 2009：23-33, Dubbler, N.N., 2011：177-200）

ダブラーは、モンテフィオーレ医療センターで倫理コンサルタントとしての研鑽を積んでいた頃から「倫理コンサルテーションの対象案件となるトラブルの主な原因は、医療者・患者（家族）間の不適切なコミュニケーションから生じる見解の不一致ではないか」との見解を持ち、これに対処するための解決法の必要性を唱えていた。同時期医療メディエーション活動における取組みを進めていたリーブマンがダブラーのこの見解に賛同し、医療メディエーションと倫理コンサルテーションの協働モデル、バイオエシックス・メディエーション・モデルの開発がスタートしたのである。リーブマンは、上述の 2 つの大規模調査の結果から得た様々なデータ、知見を本モデルの枠組みの中に組み込んだ。また、ダブラーは、倫理コンサルタントとしての豊富な経験と実績から得た見解とノウハウを本モデルに導入した。2 人は、このような協働作業により進められた研究の成果を共著『バイオエシックス・メディエーション：協働解決法の形成』第 1 版（2004 年）および第 2 版（2011 年）で示した。

(2) バイオエシックス・メディエーション・モデルの概要

リーブマンとダブラーは、バイオエシックス・メディエーションを「生死を分かちよう

な深刻な症例における当事者に対し、バイオエシックス・メディエーターが心からの思いやりや共感を示し、彼らが原則に基づいた解決策を得られるように対話促進、情報交換、関係修復の実現を支援する手法」と定義している。また、この「原則に基づいた解決策」を「誰もが認める道德規則や倫理原則、法規定や判決に基づき、かつ、今後の医療介入の進め方を適切に示した治療プラン」と示している。彼らは、バイオエシックス・メディエーションの目的を「あらゆる当事者が提示された治療プランに同意すること」とし、またバイオエシックス・メディエーターの任務を「専門家としての意識を持ち、当事者間における対話、意思決定の主導、権限や知識量の均等化、情報交換を適切に促すこと」としている。また、バイオエシックス・メディエーションは「中立的な討論の場」(neutral turf)において実施される。これは、異なった価値体系に由来する判断が対立し合っても互いに正当性を認識できるようになる討論の場である。(Dubler, 2011 : 177-200, Dubler *et al.* 2014)

バイオエシックス・メディエーションでは、1人のメディエーターが医療メディエーションと倫理コンサルテーションの2種類のスキルを持ち、状況次第でそれを使い分ける、というユニークな手法が使われる。すなわち、プロセス開始時は、メディエーターとして機能するが、(メディエーションに行き詰まったときは)必要に応じて倫理コンサルテーションに切り替える、というものである。このような手順が含まれることから、バイオエシックス・メディエーターには、医療メディエーションと倫理コンサルテーションという2つの機能を果たす能力を持つことが期待される。バイオエシックス・メディエーターは、医療機関との連絡網を持つ者、もしくは医療機関のスタッフが望ましい。この理由として、バイオエシックス・メディエーションの使用者にはリピーターが多いこと、また、最近の手順には院内の者のみが記載を許されるチャートノート(後述)の取り扱いが含まれている、等が挙げられている。(Dubler, 2011 : 177-200, Dubler *et al.* 2014)

リープマンとダブラーの共著第2版で示されているバイオエシックス・メディエーションの手順は次の通りである(Dubler *et al.* 2014)。

- ① バイオエシックス・メディエーションの申請受領後、状況判断、医学的事実・争点・患者の病歴・予後・診断情報等を確認
- ② 全当事者によるジョイント・セッションの開催、冒頭陳述
- ③ 医療者による医学的事実の開示、質疑応答
- ④ 問題点・当事者の真の関心事とニーズ、合意点の検討と同定、ゴールの設定
- ⑤ 問題点の細分化、論点整理
- ⑥ 論点整理後の情報伝達
- ⑦ (終結したら) バイオエシックス・メディエーション・チャートノート(後述)に記載

本モデルを使ったバイオエシックス・メディエーター養成講座は、ペンシルバニア大学ペレルマン校医学部(医療倫理・医療政策学部医療コンフリクトマネジメント・プログラムコース)、およびアルバート・アインシュタイン医科大学(アインシュタイン-カルドーゾ生命倫理大学院教育プログラム)で実施されている。ペンシルバニア大学では、医療コンフリクト・マネジメント・プログラムの一部として扱われており、主な指導者は首席メディエーターのバーグマン(Bergman, E.)、ディレクターのフィースター(Fiester, A.)である。アインシュタイン医科大学では、バイオエシックス・メディエーションが1つの独立した教

科として扱われており、リーブマン、ダブラーらが教鞭をとっている。講座を修了した学生は、バイオエシックス・メディエーターとしての資格が与えられ、主として院内の専任メディエーターとして雇用されることが多い。(Albert Einstein College of Medicine website, Pennsylvania's Perelman School of Medicine website)

次に、『バイオエシックス・メディエーション：協働解決法の形成』の第1版(2004)および第2版(2011)の内容を比較し、またバイオエシックス・メディエーション・モデルに対する関係者の批評等を総合して、バイオエシックス・メディエーション・モデルを取り巻く問題について考察を加える。

『バイオエシックス・メディエーション：協働解決法の形成』の第2版が刊行された主な理由として、倫理コンサルテーションのスキルやプロセスの標準化への取組みが挙げられている。ASBHによる『生命倫理コンサルテーションの中核能力第2版』(2011)では、倫理コンサルタントの職務内容が再編され、「当事者の価値観を明確にし、当事者による医学的事実の理解と価値認識を促進し、必要に応じてメディエーション・プロセスを使う」という記述が追加された。この変化を重視したリーブマンとダブラーは、第2版において、倫理コンサルテーションの手順に組み込まれたメディエーション・スキルの記述を充実させ、症例数やロールプレイ事例数の記載を増やした。リーブマンとダブラーは、また、バイオエシックス・メディエーション事例の関連情報を医療チーム内で共有させるため、これを可能にし、バイオエシックス・メディエーションの質を向上させるものとして、バイオエシックス・チャートノートの記載が必要であると考え、その手順を第2版に追加した。(Dubler *et al.* 2014)

リーブマンとダブラーのバイオエシックス・メディエーション・モデルに対しては、いくつかの批判がある。1つは、メディエーションという問題解決策そのものが、当事者間の譲歩に基づいており、バイオエシックス・メディエーションにおいても(メディエーターの技量によっては)当事者が気付かないうちに譲歩に傾く恐れがあるのではないかと、いう懸念である。また、リーブマンとダブラーの第2版では、ASBHの『生命倫理コンサルテーションの中核能力第2版』においてメディエーションの手順が倫理コンサルテーション手順の一部に組み込まれたことに応え、メディエーション・スキルの記載を追加しているが、それらはASBH第2版の内容に十分に対応しているとはいいがたく、また、ダブラーが主導した(前述の)「倫理コンサルタントの標準的評価法および資格認定法に関する合意声明」との間に齟齬がある、との指摘がある。(Siomka, 2005 : 45-47, Bergman 2013 : 11-23)

おわりに

本章では、医療メディエーションの概要を記し、また米国と日本の医療メディエーションの歴史的背景、主なモデル、具体的活動等を記し、それぞれ分析と考察を行った。米国においては、今後の医療メディエーションの方向性として、促進型メディエーションによって当事者間の対話促進と情報共有を促し、かつ、情報開示プログラムや謝罪プログラムの導入で早期解決を図ることが望ましいとされている。しかしながら、当事者によっては、自主的に対話を促進し、結論を導くことができないケースもあり、その場合はやはり評価型メディエ

ーションに切り替えるか、もしくはドレクセル・モデルのような促進型と評価型の複合型を使用せざるをえない。バイオエシックス・メディエーションは、メディエーターがコンサルテーションのスキルも持っていることを前提とするため、この問題をクリアにする可能性を持つが、いまだ成果を示すデータが集まっていないのが現状であり、今後の普及の取組みが期待される。本章で示した日本の2つのメディエーション・モデルの構築には、前述のとおり医療事故の被害者当事者が関与しており、患者側の視点に立った研修プログラムが提供されていると言えよう。日本では、医療エディエーションの適用は、IC取得プロセス、2015年に始まったばかりの医療事故調査制度、終末期医療における意思決定等の場面において期待されている。しかしながら、医療メディエーションの普及は緒に就いたばかりであり、一般に周知されていない、医療関係者による理解度が低い等、多くの問題が指摘されている。わが国においては、医療メディエーションに関する対外的広報活動、あるいは医療関係者による理解向上のためのさらなる取組みが行われることが不可欠である。

第4章 患者支援システム

はじめに

医療の現場には医療者と患者・家族、患者とその家族、あるいは医療者同士等、多様な人間関係があり、例えば治療や看護に対する見解の相違から当事者間に意見の不一致が起こり、それがトラブルへと発展したとき、いずれかの当事者が解決に向けて働きかけようとする。そのトラブルを当事者同士で解決することが困難な場合には、第三者を介した方法が用いられる。具体的には、第2章で取り上げた倫理コンサルテーション、あるいは第3章で取り上げた医療ADR、医療メディエーション等である。これらについては、わが国では、医療者の間では知られているが、一般市民のほとんどは名称すら知らないのが現状である。それでは、日常的に発生している医療現場でのトラブルについて、患者・家族が第三者を介して解決したいと望むとき、わが国ではどのような方法を用いることができるのだろうか。本章では、患者支援の取組みを医療機関外患者支援システム、医療機関内患者支援システムという2つの類型に分け、それぞれの活動の実態を調査し、現状・課題を考察する。

1. 医療機関外患者支援システム

患者・家族が、医療現場で直面したトラブルの解決について医療機関外の第三者に相談したいと希望する場合、日本では、下記のような患者支援システムを利用することができる。

(1) 地方自治体の医療相談窓口（医療安全支援センターウェブサイト 2016、厚生労働省ウェブサイト）

各地方自治体が運営する医療相談窓口の代表的なものが医療安全支援センターである。本センターは、2006年の医療法の改正を契機に2007年頃から全国に設置されるようになり、その数は2016年現在382にのぼる。本センターは、医療に関する苦情や相談に対応し、必要に応じて相手方への助言や伝言を行い、当事者間の対話の場を設定する。また、医療安全に関する研修、医療安全確保のための支援提供も行う。医療安全支援センターの設置および責務に関連し、医療法で定められている内容を要約すると次のようになる。①政府機関および各都道府県、保健所を設置する市および特別区は、医療の安全に関する情報の提供、研修の実施、意識の啓発その他の医療の安全の確保のため、必要な措置を講ずるよう努めること、②（①を実現するため）全国に設置された医療安全支援センターは、管轄区域における医療機関や地域医師会等に対し、患者・家族や住民からの苦情や相談に関連する情報を提供したり、医療安全を目的とした研修を実施すること、③政府機関もまた、各センターに対し、適切な運営の促進のため、医療安全に関する情報提供、助言、支援を行うこと。

また、本センターで働く相談員は、行動規範として、患者・家族や住民からの相談の対応に際し中立的な立場をとること、相談者の個人情報保護のため守秘義務を果たすこと、相談者が不利益を被ることがないように努めること、等が決められている。相談者は、各センターに直接相談することもできるが、各センターの管轄区域の提携医療機関、地域医師会に設置された相談窓口を利用することも可能である。これらの医療機関や地域医師会の相談窓

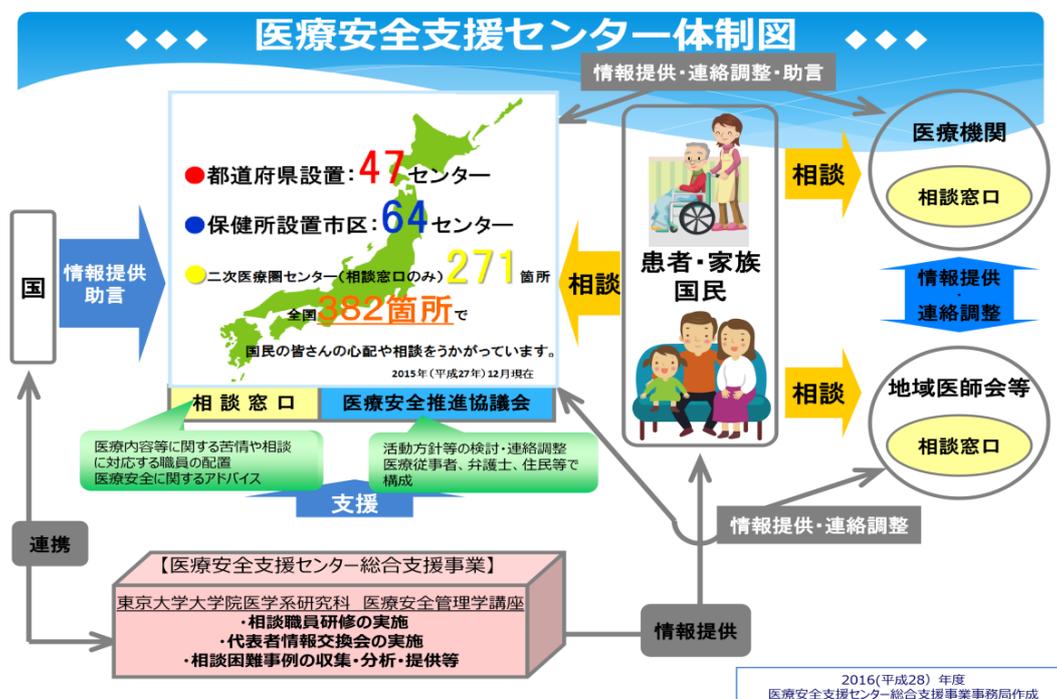
口が患者・家族や住民からの苦情や相談案件を受領した後は、政府機関や東京大学大学院医学研究科（医療安全管理学講座）が、必要に応じて直接あるいは（センター経由で）間接的に情報や助言を各窓口を提供する。図1で示すように、医療安全支援センターにおける業務は、全国規模のネットワーク体制で運営されている。

以下、いくつかの医療安全支援センターが行った苦情・相談業務の報告の概要を記す。

a) 千葉県船橋市医療安全支援センターの報告（2014年）：当年度の苦情・相談の受付総数は731件、うち40%が患者・家族からの苦情であり、主な内容は、医療・治療・看護行為関連、医療従事者の対応、医療過誤等であった。本センターでは、地域医療機関や保健所の相談員が連携し、定期的に連絡会議や事例検討会を開き、地域全体で相談支援の質の改善に努める、というユニークな取り組みを実施している。船橋市の課題としては、「患者・家族、住民と相談員間の対話が一方的になりやすい」、「相談者は、苦情のみを訴え、当事者間の話し合いの場に出てこないことが多い」、「外国人や認知症への対応も必要となってきた」等が挙げられている。（船橋市ウェブサイト、医療安全支援センターウェブサイト）

b) 愛媛県松山市医療安全支援センターの報告（2015年）：当年度の苦情・相談の受付総数は949件で、苦情のうち最も多かったのが医療従事者の対応に関するものであった。苦情案件のいくつかは、その内容が相手に伝えられている。終結後は、ほとんどの相談者が「支援に満足した」と回答している。また、医療機関や医療者に対する誤った先入観による苦情が多く含まれていたため、それらに関する正しい情報を市民に提供するための取り組みも望まれている。（松山市医療安全支援センターウェブサイト 2015）

図1 医療安全支援センター体制図（医療安全支援センターウェブサイトより）



(2) 患者支援団体の電話相談（コムルウェブサイト、中山 2012、コムル 2017：1-3）

医療現場におけるトラブルに直面した患者・家族が、その解決に向けて自ら行動を起こそうとする場合、患者会や患者支援グループの集会に出席し、同じ体験を持つ者との話し合いや情報交換からその糸口を見つけることも可能である。しかしながら、深刻な医療紛争の被害者の多くは、精神的な疲労のため外出する気力や体力もなく、自宅において電話相談等を介して初期的な解決法を見出すことを希望する。患者・家族への支援活動の一環として電話相談を行う NPO 法人や民間団体がいくつか見受けられるが、中でも、「NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML（コムル）」は 1990 年に活動を開始し、患者主体の医療支援活動を展開することで知られる。筆者は、2016 年 10 月コムルを訪れ、その活動の中心である電話相談の最近の実情、効果、問題点についてインタビューを実施した。以下、インタビューから得られた情報の概要を記す。

コムルの電話相談は、最終的な解決策を出すのではなく、相談者の気持ちに寄り添いながら解決策を見つけ出せるように相談スタッフが支援するものである。相談業務は、コムルの研修を終えた者が担当する。相談者に対し、自発的に行動する意思を示すように促すことが電話相談の最大の目的であり、相手方への伝言、当事者間の対話の設定は行っていない。案件によって相談のプロセスは異なるが、コムルがスタッフに推奨する方法や手順は、次のとおりである。①最初は、相談者の話を傾聴することに徹すること（その間は、何もコメントしないが、相手の気持ちになって相槌を打ち、共感を示すことを忘れないこと）。②傾聴しながら論点を整理し、紙の上で文章化していくこと。③相談者の真のニーズ、トラブルに関わる事実については、正しいと判断する情報のみを蓄積していくこと。④相談者が激しい感情を示しても常に冷静さを失わず、対話を諦めないこと。⑤治療方法について質問を受けたら、専門用語を可能な限り避け、分かりやすい表現で説明すること。⑥一貫して丁寧に、かつ滑らかに話すこと。

コムルでは、2016 年に年間 1288 件の電話相談を受けた。相談の主な内容は、①症状や治療に関する不安（約 47%）、②医療者への不満（約 50%）、③医療者の不十分な説明に対する不満（約 18%）、④医療者間とのコミュニケーションに関する不安や不満（約 18%）等であった。以前は、医療者への不満が常にトップを占めていたが、最近では症状や治療方法に関する不安を訴える相談案件が増加している。この動向の原因について、コムルは、精神疾患等自分の病気に関する不安を抱える者、あるいは情報化が進み、多種多様な医療情報の多さに追いついていけないと懸念を感じる者が増えているため、と分析している。また、患者のこのような不安や不満は、電話相談で解決する問題ではなく、本来は医療現場で初期的に対応すべきものであると考えている。さらには、医療者への不満に関する電話相談がいまだ半数を占めていることから、今後の医学教育の改善について厚生労働省・文部科学省の共同検討会で提言を行ったり、医療者向けの研修「模擬患者（Simulated Patient：SP）」を実施したりしている。これは、患者になり切ったコムルのスタッフが受講者（医学生・看護学生・研修医）から模擬診察を受け、終了後模擬患者として感じたことを率直に受講者にフィードバックする、という医療者向けコミュニケーション研修である。コムルでは、また、医療者・患者（家族）間の信頼関係構築の促進のため、「患者塾」という患者向けセミナーも行っている。コムルの電話相談については、テレビやラジオの番組で何度か紹介されており、最近では地方からの利用も増えている。

(3) 医療コーディネーターの意思決定支援（中山他 2011、水木他 2014、楽患ナースウェブサイト）

医療コーディネーターについては、公的な資格認定は行われていないが、臨床現場での患者の意思決定支援を役割とする人材として注目が集まっている。医療コーディネーターは、医療者・患者（家族）間に中立的に介在し、治療法や医療サービス等に関する話し合いの促進、患者の意思決定の支援を行う。医療や福祉系資格を有する者で5年以上の臨床経歴を持つ者が望ましく、規定の研修を受講した者に資格が与えられる。医療コーディネーターの人材育成研修、資格認定は、NPO 法人日本医療コーディネーター協会、NPO 法人「楽患ねっと」等が実施している。

「楽患ねっと」の調査によると、医療コーディネーターに意思決定支援を求める患者・家族が最も知りたい、あるいは解決したいと願うことがらは、「自分にもっと適した良い治療法があるのではないか」、「自分が受けたい治療を家族が反対しているがどうすべきか」、「医療者から複数の治療法を提示されたが、どれを選んでよいかわからない」等である。「楽患ねっと」では、医療コーディネーターの行動指針として、守秘義務を果たすこと、中立的な立場をとりながら視点を常に患者に置くこと、患者の言葉を傾聴すること、自分の行動や言葉に責任を持つこと、主張しないこと、柔軟な姿勢で情報収集すること等を掲げている。

表 1 医療コーディネーターの支援サービス形態
(NPO 法人「楽患ねっと」の場合)

サービス形態	業務目標（時間の目安、内容）
自宅訪問	約 1 時間半。 患者の抱える不安や悩み等の論点を整理、今後の方針、次回の予定を決定。
病院同行	約 1 時間 40 分。 診察前に医師に確認すべき点を整理(1 時間)、診察の間医師とのコミュニケーションを支援 (20 分程度)、診察後に今後の方針を決定 (20 分)。
自宅訪問＋ 病院同行	約 2 時間半 (延べ)。 1 日目：自宅にて患者の抱える不安や悩み等の論点を整理、今後の方針、次回の予定を決定 (1 時間半) 2 日目：医療機関で今後の方針を医師と共に検討 (30 分)、診察の間医師とのコミュニケーションを支援 (20 分程度)、診察後に医師との話し合いの結果を踏まえて今後の方針を決定 (30 分程度)。

次に、医療コーディネーターによる支援サービスのメリットとデメリットを記す。患者・

家族への助言、医療者・患者（家族）間の対話支援を目的とする本サービスは、公的健康保険や公的介護保険が適用されず自費負担である。従って、サービスを利用する患者・家族は、積極的に、また自発的に意思決定を行おうと努め、結果として納得のいく意思決定が行われる場合が多い。本サービスが患者にとって最も良いとされる点は、前ページの表1のとおり、業務目標があらかじめ定められており、迅速な対応が期待できること、患者・家族の生活に適した形態を選択でき、きめ細かい対応が期待できること等である。他方、デメリットとしては、コストがかかりすぎること、期待されているスキルを修得した人材が非常に少ないこと、担当の医療コーディネーターが必ずしも患者の疾患について臨床経験があるとは限らないこと等が指摘されている。

2. 医療機関内患者支援システム

患者・家族が、医療現場で直面したトラブルの解決について医療機関内の第三者に相談したいと希望する場合、院内患者相談窓口を使用することができる。この形態は様々であり、(1) 倫理コンサルテーションの枠組みでの実施、(2) 医療メディエーションの枠組みでの実施、(3) 市民ボランティアによる活動等がある。以下、それぞれについて実例を示す。

(1) 倫理コンサルテーションの枠組み内での患者相談：東京大学医学部附属病院の患者相談・臨床倫理センター（東大病院ウェブサイト、瀧本 2011：534-536）

第2章で示したように、東京大学医学部附属病院（東大病院）の患者相談・臨床倫理センターは、患者相談室と倫理コンサルテーションの機能を一体化させたものである。2007年に本センターが発足する以前の患者相談室では、医療訴訟に発展しそうな重大な医療事故から日常的な医療者への苦情まで、患者からのあらゆる相談案件を処理していたが、現在は、常駐のゲートキーパーが初期的に案件を受け、トラブルの性質ごとにそれらを振り分け、患者相談室、個人倫理コンサルタント、もしくはコンサルタント・チームへと申し送る。このシステムの導入により、患者相談室での人的資源の節約、臨床の円滑化等の効果のほか、患者・家族でも倫理コンサルテーションを利用できるようになった、との評価が得られているが、ゲートキーパーは臨床倫理、医療コミュニケーションのみならず、高度な医療知識と経験が必要とされるため、人材確保が難しいという課題も提起されている。

(2) 医療メディエーションの枠組み内での患者相談：新葛飾病院医療安全対策室・相談窓口（高橋他 2008：114-121、豊田 2014b：75-86）

第3章で示したように、日本の主な医療メディエーション活動団体である日本医療メディエーター協会（JAHM）では「医療メディエーター養成研修プログラム」が、『架け橋』では「医療対話推進者研修」が運用されている。これらのプログラムは、また、東京都新葛飾病院や富山市民病院等一部の医療機関の患者相談室でも導入されている。ここでは新葛飾病院の事例を取り上げる。

前述のとおり、新葛飾病院の患者支援室においてセーフティ・マネージャーと患者相談員

を兼務する豊田は、2012年に設立された「架け橋」の代表として「医療対話推進者研修」を主催するかたわら、自らもこれを受講し、そのノウハウを相談業務に活用した。すなわち、苦情や相談を受ける際、患者・家族の気持ちに寄り添って話を傾聴し、重大なトラブルと判断した案件について医療メディエーションを実施し、医療者・患者（家族）間の対話、関係修復に取り組んだのである。これらのプロセスにおいて、豊田は、非医療者としての立場から当事者に対し、終始理解しやすい言葉で会話することに努めた。新葛飾病院では、この取り組みへの成果として、医療現場の重大なトラブルの解決が（ADRのような機関外の制度を介さず）院内で可能となったこと、および非医療者の立場の者を患者相談員や医療メディエーターに起用することの有効性が挙げられた。

他方、この事例に見られるような取り組みが他の医療機関にそのまま適用できるのか、という指摘もある。具体的には、国内には看護師等が患者相談業務を兼任する医療機関がいくつかあり、その場合の相談員の中立性はいかにして維持されうるのか、あるいは、新葛飾病院のように1つの医療機関内で患者支援機能と医療メディエーション機能を実現するには、院内の理解あるいは予算の問題をクリアにする必要があるのではないか、等が挙げられている。

(3) 市民ボランティアによる活動（医療市民マイスター協会ウェブサイト、日本医療メディエーター協会ウェブサイト、相野 2013、読売新聞 2013）

国内には、市民ボランティアが院内相談スタッフを務め、医療者・患者（家族）間のトラブルを解決に導く等、両者間の橋渡し役として医療機関内相談活動をする団体がいくつかある。マスメディアでよく取り上げられる活動団体に医療市民マイスター協会がある。本協会は、医療現場で発生する様々なトラブルは患者の視点から解決されるべきである、という考えに基づいて設立された。また、独自の人材養成研修を実施しており、研修の全課程を修了した者のみが医療現場での患者相談業務の実施が許可される。以下、医療市民マイスター協会の活動についてまとめる。

本協会の発起人・阿真京子は、長男の救急外来受診時に小児科医療現場の労働環境、あるいは医療者・患者（家族）間の医学的知識量ギャップの改善の必要性を痛感し、2005年頃から厚生労働省や東京都の医療検討会委員として市民の視点からの提言を行うようになった。その後2010年、内閣府が「地域社会雇用創造事業（iSB 公共未来塾）計画」を立ち上げたのを機に、医療市民マイスター協会を設立、2011年には埼玉県久喜市の栗橋病院で市民ボランティアによる患者相談業務（週2日、各4時間ずつ）を開始した。

本業務に従事することができるのは、医療市民マイスター協会が実施する「医療市民マイスター講座」の修了者である。この講座では、8日間の日程で、日本の医療の実態、地域医療と市民活動の関係、相談業務のスキル（傾聴や医療メディエーション）を学ぶ。第3章で記した日本医療メディエーター協会（JAHM）との提携により、本講座の受講者にはJAHM主催の研修受講資格が付与される。

2016年の相談案件総数は170件で、患者の「生活・経済」についての相談が半数を占めており、市民ボランティアでも十分に対応できることが実証された。また、県外の病院からの関心も高まっている。その一方、患者・家族には外国人も含まれることがあり、医

療者からの相談件数も増えているため、現在稼働しているスタッフだけでは対応しきれない、との懸念も示されている。

おわりに

本章で扱った医療機関外患者支援システム（3事例）、医療機関内患者支援システム（3事例）について、各々の特徴、活動の成果、課題を表2にまとめた。これら6つは、医療現場でのトラブルの解決を望む患者・家族が利用するための方策ではあるが、一部の取組みを除き、決して知名度が高いとは言えず、今後はマスメディア等を介した積極的な広報活動が必要となるであろう。国内では、外国人労働者、海外からの観光客の受入れが進んでいるが、医療安全支援センターや医療市民マイスター協会が示唆するように、外国人への対応はますます不可欠になるとと思われる。患者支援活動を実施する各団体には、これらの点に重点を置いた取組みの強化が望まれる。

表2 医療機関外患者支援システムと医療機関内患者支援システム

項目	特徴	活動の成果	課題
実施団体			
(機関外) 医療安全支援センターの 相談窓口	地方自治体運営患者 相談窓口。大規模な NW体制。	地域内のセンター 同士の連携。相談 者の満足度。	外国人への対 応。誤情報に基 づく苦情。
(機関外) コムルの電話相談	患者の自発的解決。 養成研修を実施。	マスメディア報道 後、相談案件数が 増加。	医療現場で対応 すべき内容の相 談が多い。
(機関外) 楽患ねっとの医療コーデ ィネーター	有料の意思決定支援 サービス。自宅訪 問、病院同行等。	自発的意思決定が 可能。患者側の生 活に適した対応。	コストが高い。 人材の少なさ。
(機関内) 東大病院の患者相談・臨 床倫理センター	患者相談室と倫理コ ンサルテーションの 機能の一体化。	人的資源の節約。 臨床の円滑化。	人材の少なさ。
(機関内) 新葛飾病院の患者支援室	非医療者兼任による 患者支援。医療メデ ィエーション導入。	非医療者起用の有 効性を実証。	中立性の担保の 問題。兼務の困 難性。
(機関内) 医療市民マイスター協会 のボランティア患者相談	養成研修実施。医療 メディエーション。 JAHMと提携。	市民ボランティア でも対応可能。新 聞報道で好反響。	人材の少なさ。

結論

本論文では、臨床医療における問題解決型コミュニケーションの主な手法として倫理コンサルテーションおよび医療メディエーションを取り上げ、日米両国における実態調査、ならびに各々のモデルの理論的基盤と実践の分析を行い、その結果から課題を抽出し、将来的展望を論じた。さらに、わが国で実施されている患者支援システムの各方策についても、現状の調査、課題の抽出と考察を行った。

その結果明らかとなったのは、これら 3 類型の問題解決型コミュニケーション手法を包括的、かつ有効的に使用する仕組みがいまだ存在しないということである。その仕組みとはすなわち、医療現場でトラブルが発生し、それが相談窓口を持ち込まれたとき、問題の特性や重大性のレベル、相談者のニーズが適切に評価され、これら 3 類型の中から妥当な手法が適用されるような体制である。

医療現場では日常的に様々な種類の問題が発生しているが、基本的には、それぞれの特性に応じた解決法が適用され、最終的には相談者が納得するような方策が提示されなければならない。例えば、医療者と患者・家族間のささいな誤解から生じたトラブルの初期段階では患者相談員が対応して必要な解決法を提示し、あるいは当事者間の倫理的価値観の不一致が原因で生じたトラブルについては、倫理コンサルタントが助言するといった手法が妥当であると考えられる。また、医療現場のトラブルが紛争に発展した場合、あるいは複雑な症例においてより建設的な解決策が必要とされる場合には医療メディエーターが対応し、和解を促進する。しかしながら、倫理コンサルテーション、医療メディエーション、患者支援システムという 3 つの問題解決型コミュニケーション手法にはそれぞれ固有のメリット、デメリットがあり、またこれらを使用する側の医療機関や活動団体も多種多様であるため、上述した仕組みをただちに実現することができない。これらのことを踏まえ、どのようにすればこうした仕組みを確立し運用することができるのか、そのことを本論文の提言として以下に示す。

この仕組みに必要なものは、第一に組織と人材である。医療現場でトラブルに直面した患者・家族が第三者に支援や助言を求めたいと望む場合、通常、彼らは医療機関内の患者相談窓口、あるいは自治体が運営する医療相談窓口を訪れることが多い。相談員は、その問題の特性や重大性のレベル、あるいは患者・家族の真のニーズを適切に評価し、その後の対処法を的確に判断する必要がある、その役割は非常に重要である。この業務は、医療機関では看護師や医療ソーシャルワーカーや院内セーフティ・マネージャー、自治体では弁護士や市の職員の兼務に依存しているところが多く、初期的な判断が必ずしも適正に行われているとは言いがたい。そこで、この業務を包括的に遂行できるような専任スタッフを医療機関ごとに配置することが必須となる。この専任スタッフは、相談窓口で初期的に受け付けたあらゆるトラブルの本質を評価した上で、倫理コンサルテーション、医療メディエーション、患者支援システムの 3 類型の中から適切な人材あるいは部門を選択する。それは、相談を受け付けた相談員本人であることもあれば、市民ボランティア相談員がふさわしいこともあるだろう。また、倫理的議論を伴う可能性がある場合は院内の倫理コンサルテーション部門に、訴訟に発展する可能性がある場合は医療メディエーション部門に対応を依頼することが妥

当な判断と言えるだろう。この専任スタッフが初期的に行う「振り分け作業」は、医学専門的な知識のみならず、少なくとも 3 類型の問題解決型コミュニケーション手法を包括的に把握している必要があり、高度なスキルが要求される。可能であれば、倫理コンサルテーション研修、医療メディエーター養成研修、電話相談員研修、市民ボランティア相談員研修などを少なくとも 1 つは修了し、豊富なスキルや知識を身に着けた者が望ましい。以上、今回提案する仕組みの第一の要素として組織と人材について述べたが、具体的には、既に多くの医療機関に設置されているリスクマネジメント部門の活用が有効であると考えられる。わが国では、重大な 2 つの医療事故が発生した 1999 年を医療安全元年とし、以来医療安全対策が進み、入院施設を有する一般病院、もしくは病床のある診療所のすべてにおいて、何らかの医療安全部門の設置が義務付けられており、中には、問題解決型コミュニケーションとしての医療メディエーション機能、患者相談窓口が付加的に組み込まれているところがある。こういった人材こそがこの「振り分け作業」の専任スタッフに適任ではないだろうか。

上述の仕組みの実現に必要な要素として第二に挙げられるのが医療機関同士、もしくは活動組織同士の協働である。単一の機関あるいは組織内に 3 類型の機能を設けるのは容易なことではないが、例えば、医療訴訟に発展しそうなトラブルが発生した医療機関に医療メディエーション部門がない場合、そのような人材を持つ他の医療機関あるいは外部活動団体と提携・協働することにより、人材の派遣を依頼できる。あるいはまた、第 2 章で示したウェブサイトをベースとした「セカンド・オピニオン型少人数チーム倫理コンサルテーション」と協働関係があれば、複数の倫理コンサルタントから迅速に偏りのない助言を得ることができる。このような協働関係は、人的資源の共有のみならず、専門知識やスキルの共有も可能にする。さらには、協働の事例が増加し、ネットワークが構築されるようになれば、問題解決型コミュニケーション手法の手順、スキル、人材評価の標準化も促進されるであろう。

以上、医療現場のトラブルに関する問題解決型コミュニケーションの新しい方向性として、倫理コンサルテーション、医療メディエーション、患者支援システムという 3 類型を包括的かつ有効的に使用する仕組みの必要性について述べた。わが国で 2015 年に始まった医療事故調査制度では、「医療者による被害者への情報開示・説明」の段階で倫理コンサルタント、医療メディエーターの起用が検討されているが、このような仕組みが確立されれば、患者支援システムの人材の起用も可能になると思われる。医療トラブルに関する問題解決型コミュニケーションの手法は、いまだ一般に知られていないのが現状であるが、本論文がそのさらなる普及の取組みの一助となれば幸いである。

参考文献・資料目録

ウェブサイトの閲覧はすべて 2017 年 11 月 30 日

- 会田薫子 (2014) 「第 9 章 終末期医療」伏木他編 (2014) 所収、pp.82-95
- 相野智佐 (2013) 「Living 埼玉編集部レポート：誰に聞いていいかわからない…患者により添う市民による相談事業」『産経リビング』(2013 年 11 月 12 日付)
- 赤林朗編 (2011) 『入門・医療倫理 I』勁草書房
- 浅井篤・高橋隆雄編 (2012) 『シリーズ生命倫理学 13 臨床倫理』丸善
- 浅井篤 (2012) 「第 1 章 臨床倫理—基礎と実践」、浅井他編 (2012) 所収、pp.1-21
- 浅井篤他 (2013) 「臨床倫理とは何か (その 1)」『看護学雑誌』第 62 巻第 2 号、pp.164-167
- 浅井篤 (2015) 『科研費 2015 年度実施状況報告書 日本型倫理コンサルテーション体制と倫理プロフェッショナル育成に関する研究』
<https://kaken.nii.ac.jp/ja/grant/KAKENHI-PROJECT-15K08538/>
- 朝倉輝一 (2007) 「第 3 章 医療におけるコミュニケーション—IC、パターナリズム、看護とケア」、霜田他 (2007) 所収、pp.32-45
- 足立智孝 (2011) 「臨床倫理委員会に関する一考察—医療現場におけるバイオエシックス展開の観点から—」『麗澤大学紀要』第 92 巻、pp. 1-28
- 荒神裕之・和田孝仁 (2014) 「シリーズ：指導医のために：プロフェッショナルリズム 医療メデイエーション」『日本内科学会雑誌』、第 101 巻第 8 号、pp.2360-2366
- 荒木登茂子他 (2011) 「医療現場におけるチーム医療」『日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌』第 2 巻第 1 号、pp.38-43
- 板井孝彦 (2012) 『科学研究費助成事業研究成果報告書 医療現場のニーズに即した臨倫理サポート体制の確立に関する研究』
<https://kaken.nii.ac.jp/ja/report/KAKENHI-PROJECT-21590568/21590568seika/>
- 板井孝彦 (2015) 「日本生命倫理学会臨床倫理部会第 1 回公開シンポジウム補足資料—臨床倫理コンサルテーションを担う人材と制度の在り方」(2015 年 10 月 10 日)
- 稲葉一人 (2010) 「新しい ADR 論—実務と理論を調停する」『月刊日本行政』第 449 号、pp.1-7
- 稲葉一人 (2013) 「患者サポート体制としての医療対話推進者」『平成 25 年度第 2 回 横浜市医療安全研修会配布資料』、pp.13-72
- 稲葉一人 (2014a) 「法務研修セミナー第 37 回報告 医療対話推進者という試み—患者サポート体制充実加算」『CHUKYO LAWYER』第 20 巻、pp.39-60
- 稲葉一人 (2014b) 「電話対応教育コラムメデイエーション：最終回 支援を受けた自己決定 (self decision with support) ～メデイエーションの連載を終了するにあたって～」(日本電信電話ユーザ協会ウェブサイト)
<http://www.jtua.or.jp/education/column/mediation/201502communication.html>
- 井上治典・佐藤彰一編 (1999) 『現代調停の技法／司法の未来 1』判例タイムズ社
医療安全支援センターウェブサイト
<http://www.anzen-shien.jkkkap/aboutus/index.html>

医療市民マイスター協会ウェブサイト、「Orinas（栗橋病院での取り組み）」
<https://is-meister.jimdo.com/orinas-栗橋病院での取り組み/>

医事紛争研究会医療紛争相談センターウェブサイト、「調停の流れ図」
<http://chibaadr.server-shared.com/flowchart.html>

植木哲（2014）「医療 ADR の現在とこれから」『法律のひろば』、2014 年 11 月号、pp.3-8

上野直人（2016）『一流患者と三流患者 医者から最高の医療を引き出す心得』朝日新聞出版

エーディーアールジャパンウェブサイト（2003）「海外（主として北米）における ADR トレーニングの状況」
<http://www.adr.gr.jp/training2003/pdf/1/2.pdf>

江原一雅（2013）「はじめての安全管理学入門」、病院安全教育、第 1 巻第 1 号、pp.115-120

大阪府中央区南医師会ウェブサイト（1997）『日本医事史抄』
<http://www.osaka-minami-med.or.jp/ijisi/01.html>

大西香代子（2017）「アメリカの倫理コンサルテーションを見学して」『園田学園女子大学論文集』、51、pp. 47-51

大林雅之（2010）「第 1 章第 1 節 生命倫理（バイオエシックス）の発展と医療倫理係」、箕岡編（2010）所収、pp. 2-6

小川鼎三他編（1985）『ヒポクラテス全集 第 1 巻』エンタプライズ

押田茂實（2008）『医療事故 知っておきたい実情と問題点』祥伝社
架け橋ウェブサイト
<http://www.kakehashi-npo.com/>

要田洋江・前田均（2002）「医学・医療の進歩と倫理委員会の役割」『大阪市立大学人権問題研究』第 2 号、pp.123-132

川上武編（2002）『戦後日本病人史』農山漁村文化会

看護管理編集室（2008）「国際連携講演会 日本医療メディエーター協会「アメリカにおける医療メディエーションの展開」開催」『看護管理』第 9 巻第 18 号、pp.815

北宅弘太郎（2014）「第 5 章 着所前診断と胚選別」、伏木他編（2014）所収、pp.44-52

鴻上喜芳（2013）「米国の医療事故賠償責任の状況と保険マーケットの変化」『保険学雑誌』第 615 号、pp.89-108

厚生労働省ウェブサイト、『みんなのメンタルヘルス相談サイトー治療や生活に役立つ相談ー病気・医療』
http://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/3_08_01consul.html

厚生労働省ウェブサイト（2009）「チーム医療推進協議会 第 8 回チーム医療推進に関する検討会配布資料」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/s1222-7.html>

厚生労働省ウェブサイト（2012）『医政局医事課 チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会 報告書）』
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/s0319-9.html>

厚生労働省（2015）『平成 25 年医療 ADR 機関に対するアンケート調査結果（一覧表）』
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002knj9-att/2r9852000002knnu.pdf>

コムルウェブサイト、『COMLとは?』

<http://www.coml.gr.jp/coml-towa/coml-towa.html>

コムル (2017)「集中電話相談「COML110 番」100 件の相談」、『コムル会報誌』324、pp.1-3

コリー紀代他 (2013)「地域医療連携における双方向性のある情報技術活用における課題 (ガバメント 2.0)」『第 14 回日本医療情報学会看護学術大会論文集』

<https://eprints.lib.hokudai.ac.jp/dspace/handle/2115/53439>

裁判所 (2012)『資料編 (社会的要因編)【資料 4-3】国外基礎調査 (アメリカ) の結果概要』 pp.207

裁判所 (2015)『裁判の迅速化に係る検証に関する報告書 資料編・社会要因編の検証 6-資料 4 【紛争類型別の検討】』 pp.89-113

裁判所ウェブサイト a、『海外司法スケッチ アメリカの市場事情—より良い紛争解決のために』

http://www.courts.go.jp/vcms_lf/20901003.pdf

裁判所ウェブサイト b、『民事調停をごぞんじですか』

<http://www.courts.go.jp/saiban/wadai/1806minzi/index.html>

シェルトン,W、ジャナドッティア,D. (2009)「第 4 章 倫理コンサルテーションと委員会」(児玉聡訳)、ヘスター (2009) 所収、pp.55-86

霜田求他 (2007)『シリーズ〈人間論の 21 世紀的課題〉医療と生命』ナカニシヤ出版

週刊医学界新聞編集部 (1996)「臨床現場の医療従事者の観点から」『医学書院 週刊医学界新聞』第 2212 号

週刊医学界新聞編集部 (2010)「理想の患者相談に向けて、何をすべきか」『医学書院 週刊医学界新聞』第 2900 号

首相官邸ウェブサイト (2000)「司法制度改革審議会 第 28 回司法制度改革審議会議事録」

<http://www.kantei.go.jp/jp/sihouseido/dai28/28gijiroku.html>

白浜雅司 (2005a)「特集：緩和ケアにおける臨床倫理—身近なルールを考える 緩和ケアにおける意思決定—自分で決めるか、おまかせか—」『緩和ケア』第 15 巻第 2 号、pp.103-109

白浜雅司 (2005b)「症例に含まれる臨床倫理の課題を認識するには」『治療』第 87 巻増刊号、pp.738-741

資料集生命と法編集委員会編 (2008)『新版 資料集 生命倫理と法 [ダイジェスト版]』太陽出版

損保ジャパン日本興亜総合研究所株式会社ウェブサイト、「米国保険用語の解説 (アルファベット順) Tort Law (不法行為法) Tort Reform (不法行為法改革) の項」

<http://www.sjnk-ri.co.jp/glossary/t.html>

第一東京弁護士会ウェブサイト、「医療 ADR、東京三弁護士会医療 ADR Q&A (よくある質問) —ご利用いただく方へ」

<http://www.ichiben.or.jp/soudan/adr/iryuu.html>

高橋隆雄 (2012)「第 3 章 臨床倫理委員会の現状と課題」、浅井他編 (2012) 所収、pp.46-59

- 高橋朋也他（2008）「新葛飾病院における院内医療 ADR の取り組み」『社会技術研究論文集』第 5 号、pp.114-121
- 瀧本禎之（2011）「東京大学医学部附属病院の取り組み」『病院』第 70 巻第 7 号、pp.534-536
- 東京弁護士会他（2016）「東京三弁護士会医療 ADR 第二次検証報告書」、東京弁護士会・田東京第一弁護士会・東京第二弁護士会
- 堂園俊彦（2011）「第 4 章 その他の倫理理論」赤林編（2011）所収、pp.69-88
- 東大病院ウェブサイト、[「患者さんの声をお聴かせくださいー患者相談・臨床倫理センターのご案内」](#)
- <http://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/voice/index.html>
- 遠矢和希（2014）「第 7 章 生殖補助医療技術」、伏木他編（2014）所収、pp.63-71
- 飛世照枝・坂井桂子（2016）「倫理カンファレンスに対する看護師の意識」『日本看護倫理学会誌』第 4 巻第 1 号、pp.15-21
- 豊田郁子（2010）『うそをつかない医療 患者と医療者をつなぐ仕事』亜紀書房
- 豊田郁子（2014a）「医療安全と連動した患者サポート体制」『病院』第 73 巻第 11 号、pp.870-873
- 豊田郁子（2014b）「患者・家族が期待する医療事故調査と医療対話推進者の「役割」『平成 26 年度九州・沖縄地区 医療安全に関するワークショップ 配布資料』 pp.75-86
- 長尾式子他（2005）「日本における病院倫理コンサルテーションの現状に関する調査」『生命倫理』第 15 巻第 1 号、pp.101-106
- 長尾式子（2012）「第 2 章 倫理コンサルテーション」、浅井他編（2012）所収、pp.22-45
- 中西淑美、2007、「医療 ADR（裁判外紛争処理）の方向性 ジョーンズ・ホプキンス病院の試みから」『病院』第 66 巻第 3 号、pp.241-243
- 中西淑美（2012）「医療メディエーションと実践者教育」『医療コンフリクト・マネジメント』、第 1 巻、pp.13-30
- 永野功（2008）「臨床倫理委員会と倫理コンサルテーション」『IRYO』第 62 巻第 12 号 pp. 662-667
- 中山和弘他（2012）『患者中心の意思決定支援 納得して決めるためのケア』中央法規
- 奈良雅俊（2007）「第 2 章 生命の質と価値をめぐる倫理」、霜田他（2007）所収、pp.18-31
- 奈良雅俊他（2011）「第 11 章 生殖医療」、赤林編（2011）所収、pp.193-216
- 日本医療メディエーター協会（JIHM）ウェブサイト
- <http://jahm.org/pg47.html>
- 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団ウェブサイト、[「一般情報 ホスピス・緩和情報とはなんですか。」](#)
- https://www.hospat.org/public_what.html
- 日経メディカル（2010）『医療訴訟のそこが知りたい 注目判例に学ぶ医療トラブル回避術』日経 BP 社
- 日経メディカル NEWS 編集部（2008）「医療メディエーターを認定資格に普及と質の向上を図る協会が設立」『日経メディカル NEWS』（2008 年 3 月 21 日）

- 日経メディカル REPORT 編集部 (2006) 「茨城県医師会が「医療問題中立処理委員会」
—患者の医療不信を解消し、裁判前に紛争を解決」『日経メディカル REPORT』(2006
年5月22日)
- 日本医師会ウェブサイト、「日本医師会のみなさまへ 各論的事項 No.28. 生命維持治療の
差し控え、中止」
<http://www.med.or.jp/doctor/member/kiso/d28.html>
- 日本学術会議法医学委員会医療事故紛争処理システム分科会 (2008) 『対外報告 医療事故を
めぐる統合的紛争解決システムの整備へ向けて』日本学術会議
- 日本弁護士連合会ウェブサイト、「ADR の拡充 (ADR (裁判外紛争解決機関) センター)」
<https://www.nichibenren.or.jp/activity/resolution/adr.html>
- 額賀淑郎 (2011) 「第7章 医療従事者・患者関係」、赤林編 (2011) 所収、pp.123-142
- 馬場葉子他 (2014) 「臨床倫理コンサルテーション活動に関する取り組みと今後の展望」『臨
床倫理』第2号、pp.89-94
- 樋口範雄 (2007) 「展開講座 医療と法を考える 第20回 医療過誤訴訟 (1) —アメリカ
の場合」『法学教室』第327号、pp.124-130
- 平野佑子 (2011a) 「米国における医療訴訟の現状と ADR の利用 (上)」『判例タイムズ』第
1336号、pp.32-39
- 平野佑子 (2011b) 「米国における医療訴訟の現状と ADR の利用 (下)」『判例タイムズ』第
1337号、pp.64-73
- 病院倫理委員会コンサルタント連絡会議ウェブサイト、「セカンド・オピニオン型少人数チ
ーム倫理コンサルテーション」
<http://www.medicalethics.med.tohoku.ac.jp/hecnetwork/consultation.html>
- 廣田尚久 (2000) 「司法改革における裁判外紛争解決 (ADR) の位置と試案」『法社会学』第
2000 巻第53号、pp.95-110
- 伏木信次他編 (2014) 『生命倫理と医療倫理 改訂3版』、金宝堂
- 医療安全支援センターウェブサイト (2016) 「2016 年病院患者相談窓口担当者連絡会議報
告～その1・2・3～」
<http://www.anzen-shien.jp/news/index.html>
- 船橋市 (2016) 「医療安全支援センター実績報告」船橋市保健所総務課
[http://www.city.funabashi.lg.jp/shisei/jouhoukoukai/004/02/0011/chiikihoken-
kaigiroku27_d/fil/siryoy1-2.pdf](http://www.city.funabashi.lg.jp/shisei/jouhoukoukai/004/02/0011/chiikihoken-kaigiroku27_d/fil/siryoy1-2.pdf)
- ヘスター, M.H. 編 (2009) 『病院倫理委員会と倫理コンサルテーション』前田正一・児玉聡
監訳、勁草書房
- マーフィー, T.F. (2009) 「第11章 病院倫理委員会とヒトを対象とする研究」(林芳紀訳)、
ヘスター (2009) 所収、pp.246-260
- 前田正一 (2009) 「書評 D・ミカ・ヘスター編/前田正一・児玉聡監訳 病院倫理委員会と
倫理コンサルテーション 勁草書房、2009年刊」、『KEIO SFC JOURNAL』第9巻第2
号、pp.153-156
- 前田順司 (2016) 「医療紛争における ADR (裁判外紛争解決手続) の果たす役割」、『日臨麻
回誌』第36号第1巻、pp.92-105

- 松山市医療安全支援センターウェブサイト (2015)「平成 25 年度 患者の声相談窓口実績報告—平成 25 年 4 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日」
www.city.matsuyama.ehime.jp/kurashi/.../jisseeki25.pdf
- 三浦久幸他 (2007)「高齢者の終末期医療—倫理ジレンマを乗り越えるために—」『日老医誌』第 44 号、pp.162-164
- 水木麻衣子他 (2014)『医療コーディネーターになろう』克誠堂出版
- 箕岡真子編 (2010)『生命倫理／医療倫理 医療人としての基礎知識』日本医療企画
- 箕岡真子 (2010a)「第 1 章第 10 節 インフォームド・コンセント」、箕岡編 (2010) 所収、pp. 31-32
- 箕岡真子 (2010b)「第 1 章第 13 節 医療者—患者関係」、箕岡編 (2010) 所収、pp. 43-50
- 箕岡真子 (2010c)「第 3 章第 8 節 終末期医療」、箕岡編 (2010) 所収、pp. 84-89
- 宮坂道夫 (2016)『医療倫理学の方法—原則・ナラティブ・手順』医学書院
- 宮坂雄平 (2004)「米国の医事紛争に学ぶ」『日医雑誌』第 131 巻第 4 号、pp.477-483
- 山崎祥光 (2007)「医療紛争と謝罪第 3 回 謝罪が訴訟に及ぼす影響」『医療安全』第 13 号、pp.102-107
- 山本佳代子 (2014)「チャプレンに求められる守秘義務に関する考察」『宗教と倫理』第 14 号、pp. 55-70
- 横田宣子他 (2016)「Jonsen 4 分割表を用いた臨床倫理カンファレンスが医師と看護師に与える影響」日本がん看護学会誌、第 25 巻第 2 号、pp.14-23
- 横浜労災病院ウェブサイト、「倫理コンサルテーションチーム」
<https://www.yokohamah.johas.go.jp/about/term/consulteam.html>
- 吉岡泰夫 (2010)「医療ポライトネス・ストラテジー入門」『治療』第 92 巻第 1 号、pp.1-4
- 吉田勇 (2008)「日本社会における ADR の可能性：納得のいく解決を求めて」『熊本法学』第 113 号、pp.199-252
- 吉田勇 (2009)「日本社会に対話促進型調停を定着させる二つの試み (1)」『熊本法学』、第 116 号、pp.171-246
- 吉田順一 (2017)「米国医賠危機への対策にみる保険会社の医療事故への関わり方の変化」『損保ジャパン日本興亜総研レポート』第 70 巻、pp.59-73
- 吉村理津子 (2015)「「日常臨床医療」のインフォームド・コンセントにおける第三者関与の必要性—4 つの事例の考察から—」『医療コンフリクト・マネジメント』第 3 巻、pp.21-28
- 吉村理津子 (2016)「米国における医療メディエーション活動の現状：主要モデルと最近の動向について」『医療コンフリクト・マネジメント』第 5 巻、pp.25-33
- 吉村理津子 (2017a)「米国におけるバイオエシックス・メディエーションの成立と展開」『大阪大学医の倫理と公共政策学教室誌 医療・生命と倫理・社会』第 14 号、pp.10-19
- 吉村理津子 (2017b)「わが国における医療トラブル解決策—医療メディエーションと倫理コンサルテーションを中心に—」『京都女子大学大学院現代社会研究科論集』第 11 号、pp.73-83
- 読売新聞 (2013)「医療市民マイスター：患者と医療者橋渡し」、2013 年 6 月 13 日付夕刊
楽患ナースウェブサイト、「医療コーディネーターによる医療相談の内容・料金」
<http://www.rnurse.jp/service/index.html>

- レビン小林久子 (1999) 『調停ガイドブックーアメリカの ADR 事情』 信山社
- レビン小林久子 (2006) 『ブルックリンの調停者』 信山社
- 和田仁孝・前田正一 (2001) 『医療紛争 メディカルコンフリクト・マネジメントの提案』 医学書院
- 和田仁孝・中西淑美 (2012) 『医療メディエーションーコンフリクト・マネジメントへのナラティブ・アプローチ』 シーニエ
- 和田仁孝他 (2015) 『調停にかかわる人にも役立つメディエーション入門』 弘文堂
- 渡辺博他 (2005) 「診療の基本 医療者間、患者とのコミュニケーション、チーム医療」『日産婦誌』 第 57 巻第 11 号、N493-497
- Albert Einstein College of Medicine website, “Einstein-Cardozo Bioethics Graduate Education”
<https://www.einstein.yu.edu/education/bioethics/>
- Aulisio, M.P. (2016) “Why did Hospital Ethics Committees emerge in the US?”, *AMA Journal of Ethics*, 18(5), pp. 546-553
- Balcerzak, G.A., Leonhardt K.K. (2008) “Alternative dispute resolution in healthcare: a prescription for increasing disclosure and improving patient safety, *Patient Safety & Quality Healthcare*, Jul-Aug, pp.44-48
- Bell, S.K., et al. (2012) “Disclosure, apology, and offer programs: stakeholders' views of barriers to and strategies for broad implementation, *Milbank Q*, 90(4), pp.682-705
- Bergman, J.E.(2013) “Surmounting Elusive Barriers: The Case for Bioethics Mediation, *The journal of Clinical Ethics*, 24(1), pp.11-23
- Berkowitz, K.A., Chanko, B.L., et al.(2015) “Ethics Consultation, *National Center for Ethics in Health Care 2nd ed.* , pp. 1-18
- Celie, K. B, Prager, K. (2016) “Health Care Ethics Consultation in the United States”, *AMA Journal of Ethics*, 18(5), pp.475-478
- Demir, M., Cakmak H.B.(2013) “What are Hospital/Clinical Ethics Committees?”, *Acta Medica*, 2, pp. 38-44
- Dubler, N.N., et al.(2009) “Charting the Future: Credentialing, Privileging, Quality, and Evaluation in Clinical Ethics Consultation”, *Hasting Center Report*, Nov-Dec, pp. 23-33
- Dubler, N.N.(2011) “A principled resolution: The fulcrum for bioethics mediation”, *Law and contemporary problems*, 74, pp. 177-200
- Dubler, N.N., Liebman, C.B. (2014) “*Bioethics Mediation-A Guide to Shaping Shared Solutions, Revised and Expanded Edition*,” New York, A United Hospital Fund Book
- Drexel University College of Medicine website, “Mediation Program”
<https://www.coursehero.com/file/16355726/Mediation-Booklet/>
- Fallat, M.E. (2001) “Institutional Ethics Committees”, *Pediatrics* (107)1, pp.205-209
- Fiester, A. (2007) “The failure of the consult model: Why “mediation” should replace consultation”, *The American Journal of Bioethics*, 7(2), pp. 31-32
- Fox, E., et al. (2007) “Ethics consultation in United States hospitals: a national

- survey.2007" *AMA Journal of Ethic*, 7(2), pp13-25
- Geppert, C.M.A., Shelton, W.N. (2012) "A Comparison of General Medical and Clinical Ethics Consultations: What Can We Learn From Each Other?" *Mayo Clin. Proc.*, 87(4), pp.381-389
- Kessler, G. (1988) "The Evolution of a Multi-Door Courthouse", *Catholic University Reviews*, 37(3), 577-579
- Heitman, E. (1995) "Institutional Ethics Committees: Local Perspectives on Ethical Issues in Medicine", *Society's Choices: Social and Ethical Decision Making in Biomedicine*, pp.409-431
- Hyman, C.S., Schechter, C.B. (2006) "Mediating Medical Malpractice Lawsuits Against Hospitals: New York City's Pilot Project", *Health Tracking*, 25(5), pp. 1394-1399
- Hyman, C.S. *et al.* (2010) "Interest-Based Mediation of Medical Malpractice Lawsuits: A Route to Improved Patient Safety?", *Journal Health Policies, Policy and Law*, 35(5), pp. 797-826
- Hyman, C.S. (2011) "Mediation and Medical Malpractice: Why plaintiffs, Hospitals and Physicians Should Be At the Table", *Healthcare Aug./Oct.*, pp.1-4
- Liebman, C.B., Hyman C.S. (2004) "A Mediation Skills Model To Manage Disclosure Of Errors And Adverse Events To Patients: a quicker, less alienating route to closure than malpractice litigation", *Malpractice Crisis Jul/Aug*, pp.22-32
- Liebman, C.B., Hyman, C.S. (2005) *Medical Error Disclosure, Mediation Skills, and Malpractice Litigation: A demonstration project in Pennsylvania*, New York, Pew Charitable Trusts
- Liebman, C.B. (2011) "Medical Malpractice Mediation: Benefits Gained, Opportunities lost", *Medical Malpractice Mediation*, 74, pp.135-149
- Liebman, C.B. (2012) "Using Mediation to Resolve Health Care Conflicts" 『医療コンフリクト・マネジメント』 第1巻、 pp.31-40
- McGee, G. *et al.* (2001) "A National Study of Ethics Committees" *American Journal of the Bioethics*, 1(4), pp.60-64
- NCEHC (2010) "National Ethics Teleconference of March 24, Core Competencies for Health Care Ethics Consultation"
https://www.ethics.va.gov/pubs/net_sum.asp
- Orr, R.D., Shelton W. (2009) "A process and format for clinical ethics consultation", *J Clin Ethics*. Spring 20(1) : 79-89
- Pennsylvania's Perelman School of Medicine website, "Program in Clinical Conflict Management (The Department of Medical Ethics and Health Policy)"
<http://medicalethics.med.upenn.edu/education/master-of-bioethics-mbe/clinical-ethics-mediation>
- Rush University Medical Center website, "Patients Complaints"
<https://www.rush.edu/patients-visitors/patients/patient-complaints-rush>
- Schlairet, M.C. (2008) "Bioethics mediation: The role and importance of nursing

- advocacy”, *Nursing Outlook*, 57, pp.185-193
- Schuler, K.W. (2006) “ADR’s biggest compromise” *Drake Law Review*, 54, pp. 751-789
- Siomka, J. (2005) “Clinical Ethics and the Culture of Conflict”, *Hasting Center Report*, Mar-Apr, pp.45-47
- Sohn, D.H., Bal, B.S. (2012) Medical Malpractice Reform: The Role of Alternative Dispute Resolution, *Clin Orthop Relat Res.*, 470(5), pp.1370–1378
- Sybbllis, S. (2006) “Mediation in the Health Care System: Creative Problem Solving”, *Pepperdine Dispute Resolution Law Journal*, 6(3), 493-517
- Tapper, E.B. (2013) “Consults for conflict: the history of ethics consultation”, *Proc (Bay Univ Med Cent)*, 26(5), pp. 417-422
- Tarzian, A.J., Wocial, L.D. *et al.* (2015) “A Code of Ethics for Healthcare Ethics Consultants: Journey to the present & implication for the field”, *The American Journal of Bioethics*, 15(5), pp. 38-51
- Teel, K. (1975) “The Physician’s Dilemma: A Doctor’s View: What the Law Should Be”, *Baylor Law Review*, 27(6), pp. 8-9
- Ueno, N.T. (2010) “ABC conceptual model of effective multidisciplinary cancer care, *Nat Rev Clin Oncol.*, 7(9), pp.544-547
- UNC Medical Center website “Hospital Ethics Committee”
<https://www.uncmedicalcenter.org/uncmc/patients-visitors/hospital-ethics-committee/>
- Uniform Law Commission website “Uniform Mediation Act”
<http://www.uniformlaws.org/Act.aspx?title=mediation%20Act>
- United States Department of Veterans Affairs website, “National Center for Ethics in Health Care ” IntegratedEthics”
<https://www.ethics.va.gov/integratedethics/>
- University of Washington School of Medicine website, “A case-based approach to ethical decision-making, Adapted from AR Jonsen, M Siegler, W Winslade, *Clinical Ethics*, 7th edition. McGraw-Hill, 2010
<https://depts.washington.edu/bioethx/tools/4boxes.html>
- Wojcieszak, D. (2006) “The Sorry Works! Coalition : Making the Case for Full Disclosure”, *Journal on Quality and Patient Safety*, 32(6), pp.344-350
- Woodward, C.A. *et al.* (2012) “Mass. Embraces Disclosure, Apology, Offer’ Approach for Med Mal Cases”, *Insurance Journal*, Aug.
<http://www.insurancejournal.com/news/east/2012/08/07/258509.htm>
- Yee, F. (2007) “Mandatory Mediation: The extra dose needed to cure the medical malpractice crisis”, *Cardozo J. of Conflict Resolution*, 7, pp.393-444
- Yoshimura, R. (2016) “Healthcare Mediation in Japan: Current State, Issues and Future Prospects”, *Journal of Philosophy and Ethics in Health Care and Medicine*, 10, pp.53-63

謝辞

本学に入學して以来、多くの方々に支えられ、研究を続けることができ、また、おかげさまで此度本論文を無事にまとめることができました。

霜田求先生には、本論文のご指導を始め本学での私の研究活動全般において、きめ細やかなご指導を賜り、実に数多くのことをご教示頂きました。先生には心より感謝致しております。本当にありがとうございました。

早稲田大学大学院教授・和田仁孝先生には、医療メデイエーションに関わる最新の情報を頂戴いたしました。宮崎大学教授・板井孝壱郎先生は、国内外の倫理コンサルテーション活動についてご教示下さいました。また、患者支援団体「ささえあい医療人権センターコムル」代表の山口育子様は患者の視点から見た日本の医療の現状についてお話し下さいました。ご多忙の中私のためにお時間を割いて下さいましたことに深謝致します。

最後に、私の学生生活を常に温かく見守ってくれた家族にも感謝の意を表します。

2017年12月2日

吉村 理津子