

日本医療コンフリクト・マネジメント学会

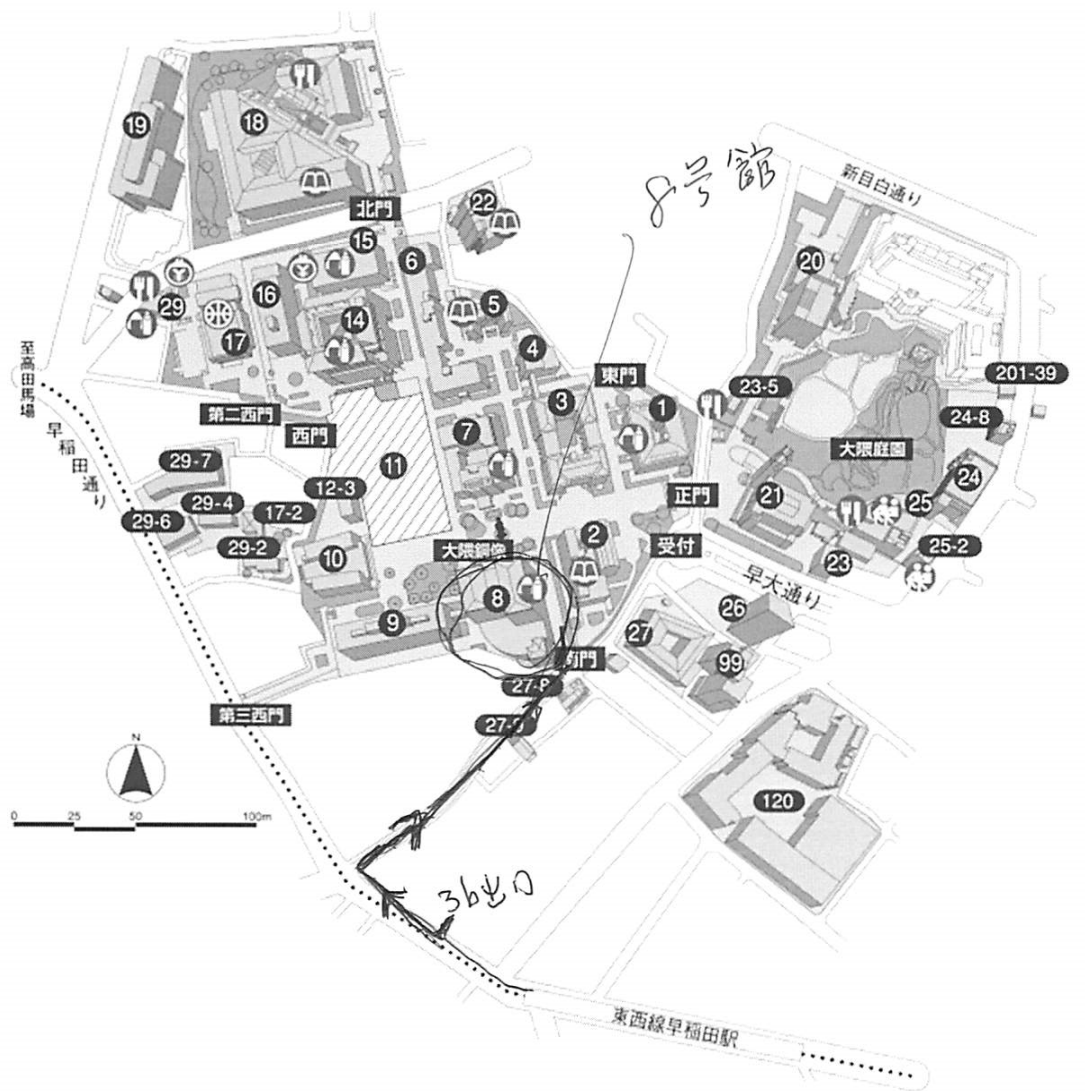
## 第8回学術大会

コンフリクトの政治哲学  
～医療現場のミクロポリティクス～

# 抄録集

2019. 1. 13.

於早稲田大学



地下鉄早稲田駅3b出口を地上に上がり、右へ、50mで小さな信号、それを右へ。100mで左手に小さめの門。それを入れて、すぐ左が8号館です。

# 大会プログラム

8 : 45 開場 (受付・クローク B107)

9 : 10 開会挨拶 (B101)

9 : 15 基調講演 (B101)

9 : 50 シンポジウム1 医療者の労働環境 (B101)

座 長 荒神裕之

登壇者 水島郁子 (大阪大学)

松本吉郎 (日本医師会)

大道 久 (日本大学名誉教授)

江畑美生 (東邦大学医療センター佐倉病院)

11 : 50 昼食休憩

13 : 00 教育講演 (B101)

座 長

講 演 亀森康子 (自治医科大学附属さいたま医療センター)

14 : 30 休憩

15 : 00 シンポジウム 2 IC をめぐるポリティクス (B101)

座 長 和田仁孝 (早稲田大学)

登壇者 菅俣弘道 (すがまた接骨院)

長谷川剛 (上尾中央総合病院)

若松芳樹 (学習院大学)

15 : 00 自由演題 A 自由演題 B (B102)

### 自由演題 A

#### 1. 医療界と法曹会の意見交換と連携について

長崎大学病院 栗原 慎太郎

#### 2. 医学生に対するコンフリクト関連授業の取り組み

廣井 直樹 1)、中田 亜希子 1)、大坪 利恵 2)、勝海 加陽子 2)、  
成田 康弘 2)、松本 幸則 2)

1) 東邦大学医学部 2) 東邦大学医療センター大森病院

#### 3. ダイアログ・ベースド・ピアサポート・システムの構築

筑波大学附属病院 平井 理心

#### 4. 患者相談分野における地域医療連携の試み ～地域版苦情相談

ネットワークの取り組み～

成田 康弘、松本 幸則、竹下 昌代、勝海 加陽子、廣井 直樹、  
東邦大学医療センター大森病院

15 : 00 自由演題 A 自由演題 B (B102)

## 自由演題 B

### 1. 医療メディエーションによる修復的正義の試み

国立大学法人 山形大学医学部 総合医学教育センター 中西淑美

### 2. 医療コンフリクト・マネジメントの情報公開・共有の課題

栗秋 良子 1)、 森 照明 1)、 末松 文博 2)

1) 社会医療法人敬和会 法人本部 2) JCHO 九州病院

### 3. 医療メディエーションへの「ご意見」をふまえて

慶應義塾大学 吉尾 めぐみ

### 4. 回復期リハビリテーション病院における胃瘻造設適応決定時の

#### 問題点と医療者の抱えるコンフリクト

宮瀬 秀一、 猪本 伸子、 平田 好文

熊本託麻台リハビリテーション病院

16 : 45 次期大会長 挨拶 (B101)

16 : 55 閉会挨拶 (B101)

## 基調講演 医療現場のポリティクス (B101)

早稲田大学教授・和田仁孝

「ポリティクス」という言葉は、「政治」と訳されることが多いが、原語の意義は、価値理念、利害の異なるアクターの間での葛藤調整過程ないしその状況を意味するやや広い含意を有している。それゆえ、ポリティクスは、マクロな政治に限らず、ミクロなさまざまな現場に見いだされる現象ということになる。そして多くの場合、そこにはコンフリクトが内在することになる。

医療の現場も、マクロからミクロまで、多重的なポリティクスが生成し錯綜する場にはかならない。今回は、こうした観点から、医療をめぐるマクロなポリティクスとしての医療者の労働環境の問題、ミクロなポリティクスの場としてのインフォームドコンセントの過程を取り上げ、現況とそこに内在するポリティクスの様相を、深く掘り下げて考えてみたいと思っている。

医療者の労働環境をめぐる問題は、一見すると医療者のみの利害にかかわる問題であり、患者の利益への視点を欠いているように見えるかもしれない。しかし、これは大きな間違いである。この医療者の労働環境の問題は、究極的には患者に質の高い、かつ安全な医療を提供するためのもっとも重要な課題に他ならない。

たとえば医療事故の問題を取り上げよう。事故の原因は、どこにあるのかと問われたとき、ひとつの回答は医療者の誤った行為が原因で医療者の責任であるというものである。しかし、近年、多くのシンプルエラーの根本原因はシステムの欠陥、問題にあるとの見方も示されてきている。さらに言えば、システムの歪みを前提とせざるを得ないような日本の医療現場の環境ないしそれを強めている医療政策にこそ究極の原因があるという見方もあり得よう。社会事象をめぐる因果関係（原因論）は、医学や科学におけるような客観的に定式化できる因果関係ではなく、最終的には因果の果てしない連関の中で、どこで区切りをつけ、原因であると判定するかという、解釈の問題に他ならない。医療事故の原因は、個人のミスか、システムの欠陥か、医療政策の問題かは、結局、解釈問題に帰することになる。

この意味で医療者の労働環境の問題は、ある位相では、医療事故や医療の質に直結した課題であり、患者にとってもきわめて重要な課題に他ならないのである。

本大会では、まさに患者にとっての課題としてのマクロな労働環境をめぐるポリティクス、およびミクロなインフォームドコンセントの過程に埋め込まれたポリティクスの構造を検証していこうとするものである。

シンポジウム 1

# 医療者の労働環境 (B101)

座長 荒神裕之 (厚生中央病院 院長補佐)

登壇者 水島郁子 (大阪大学大学院高等司法研究科)

松本吉郎 (日本医師会常任理事)

大道 久 (日本大学名誉教授)

江畑美生 (東邦大学医療センター佐倉病院)

## 医師の労働時間規制

大阪大学大学院高等司法研究科 水島 郁子

2017年3月に決定された「働き方改革実行計画」に基づき、2018年6月に労働基準法が改正された。これにより、罰則付きの時間外労働時間の上限規制がはじめて労働基準法に採り入れられた。2019年4月の施行に向けて準備が進められているが、医師（勤務医）には施行後5年間は適用しないものとされている。

なぜ医師には罰則付きの時間外労働時間の上限規制が即時に適用されないのか。医師は特別なのか。次の言葉は、医師が特別であることを感じさせる。

「なぜ主治医が最期に立ち会ってくれなかったのか。」これは終末期の患者の最期を当直医が看取ったケースで、患者の家族が病院に宛てた手紙の一節である。この病院では主治医の時間外労働を削減するため、夜間に主治医を呼び出すのを改め、当直医が対応していた。患者や患者の家族は、主治医がいつでも患者のところに来てくれることを願い、信じている。

「働き方を法令に合わせる」のではなく、「法令を働き方に合わせる」という発想。これは、2018年7月に取りまとめられた「医師の働き方改革に関する意見書」のまとめにある表現である。法学者からすると、この発想は斬新というほかないが、このような発想も医師が特別と考えられているからであろう。

医師は特別であるべきなのか。仮に特別であるべきとしても、労働法の観点からは、①医師には①労働基準法の適用を除外すべき、②労働時間規制の適用を除外すべき、③時間外労働時間の上限規制の適用を除外すべき、といった段階に区別される。

しかし、①～③では医師の健康が守られない。罰則付きの時間外労働時間の上限規制は医師にも適用すべきであると考え。その場合も、医師が特別であることに鑑み、④一般の労働者と異なる上限規制を設けるか、⑤一般の労働者と同じ労働時間規制にする（特例を認めない）か、の段階がある。現時点では⑤は多数意見でないように思われる。

医師は特別であるべきなのか。もし、そうでないなら、医師の働き方は法令に合わせるべきであり、⑤をとるべきである。医師が特別か否かと、医師の労働時間規制のあり方は関係している。



## 医療者の労働環境－医師を中心に－

日本医師会 常任理事 松本吉郎

平成 30 年 7 月に日本医師会は医療界の総意として「医師の働き方改革に関する意見書」をとりまとめ、厚労省「医師の働き方改革に関する検討会」に提出した。

意見書では、①今できる健康確保措置へのしっかりとした取組、②業務効率性、やりがいといった事象を考慮した多面的な健康確保措置の検討、③医師の研鑽意欲を阻害しないような労働時間制度、④医師の働き方の実態に合った宿日直基準、⑤休日確保、勤務間インターバル、連続勤務時間規制を中心とした労働時間管理、⑥遵守すべき時間外労働時間である「医師の特別条項」設定と地域事情に鑑みた例外的措置としての「特例」設定、⑦第三者機関の設置による医療機関の労務・健康管理支援、⑧地域住民における医療への理解、⑨女性医師支援の強化、などについて提言されている。

「意見書」をたたき台にして具体的議論が進んできており、厚労省は平成 31 年 3 月末を目指して、医師の働き方の方向性を取りまとめる見通しである。

シンポジウムでは医師の働き方の新たな制度の方向性を共有しつつ、各医療機関、医療関連団体、各都道府県などが取り組むべき課題についてディスカッションしたい。

## 医師のタスク・シフティング推進に向けて

日本大学名誉教授 大道 久  
(JCHO 横浜中央病院 名誉院長)

平成30年版「過労死等防止対策白書」が公表され、全国4,000病院と、所属する医師、看護職員それぞれ約2万人にアンケート調査を実施し、1,078病院と、医師、看護職員計9,389人から回答を得て、それぞれの労働環境の現況が明らかになった。同白書によると、時間外労働が月80時間を超える医師のいる病院が、全体の20.4%、月100時間超も12.3%に上った。改めて、医師の厳しい勤務実態が明確になったが、医師に時間外労働が生じる理由を複数回答で聞いたところ、「診断書やカルテなどの書類作成」(57.1%)で「救急や入院患者の緊急対応」(57.0%)がほぼ同数。「患者(家族)への説明対応」(51.8%)も多かった。

現在、「医師の働き方改革に関する検討会」が、具体的な労働時間の短縮策等について結論を急いでいるところであるが、すでに「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」について示している。具体的には、医師の労働時間管理、36協定の自己点検、衛生委員会や産業医の仕組みの活用、業務移管(タスク・シフティング)の推進、女性医師への支援、医療機関の状況に応じた取組事例等を挙げている。

医師の業務移管については、医師法による業務独占の考え方が長く続いたが、近年ようやく一定範囲の医師業務が看護師等に移管されて定着しつつある。また、医師事務作業補助者の導入が図られ、診療報酬で誘導されたこともあって効果を上げているように見受けられる。一方、医療現場におけるチーム医療の意義と役割が唱導され、安全管理、栄養支援、緩和ケア等におけるチーム医療が推進されたことは、新たな医療ニーズへの的確な対応と、医師業務を含む多職種協働の流れを実現した点で評価されるべきことであろう。

総合診療専門医は、医師の業務軽減にも資する役割として期待されているが、新しい流れになり得ていない。また、有力な医師の業務移管先と見込まれている特定行為研修を修了した看護師も、目標の養成数を大幅に下回っている。医師の業務軽減に向けた環境条件は現段階では厳しいものがあるが、働き方改革の今後の進捗でこれらの新制度も進展し、所期の目的と役割を果たすことを期待したい。

## 研修医からみた医療者の労働環境

東邦大学医療センター佐倉病院 研修医 2 年目 江畑美生

医療者の善意(もとい自己犠牲)の上で成り立っていた医療現場に、働き方改革が組み込まれます。研修 2 年間で過ごし、改革にあたっては医療現場の無駄を省いていく対症療法のようなものでしか対応できないことを日々実感しています。

医療者の労働環境を悪化させるものとして、どの話し合いでも指摘されるのは医師の書類業務についてです。これに関しては医療事務を雇うなどの対応が一般的な意見でしょう。しかし医療事務がいれば医師は残業しなくなるのか?と考えたとき、そうでないことは明白です。

それは医師の仕事相手が書類ではなく、患者さんだからです。医学の進歩に伴い患者さんに提供すべき医療水準の高度化や高齢化に伴う患者数増加など医療需要は増加する一方、医師養成数とのバランスは保たれていません。供給を増やすのは可能ですが、より効率的な医療を推進しなければ臍ごっこにしかありません。

特に、日頃救急現場に立っていると、救急外来のコンビニ受診は現場を疲弊させる大きな問題であり、適切な救急車の利用を考えてほしいというコンセプトの元、救急車を有料化することは良い方法だと思います。病院志向やドクターショッピングといった患者さん側の非効率的な病院の受診は改善が必要であり、地域医療機関との関わりについて患者さんへの情報発信を通し、大学病院とクリニック・診療所のそれぞれの役割を理解してもらう必要があります。

もちろん、医療界を顧みなければならぬのは患者さんだけではなく、医師も同様です。患者さんを救いたいという気持ちは医療者として当然持つべきものですが、あくまでそれは業務時間内だけであって 24 時間 365 日ではないと思います。これについては「応召義務」にまで話が広がりますが、医師である前にひとりの人間であり、ボランティアではなく仕事として医療を提供しているということを忘れないでほしいです。

医師においてはその業務の特殊性から改革の導入時期を遅らせる方針となり、国と医師間では歩み寄りがなされている印象を受けます。ただこの改革においては患者さんの理解を得ることも重要で、各病院やメディアを利用し周知に努める必要があります。

当日は研修 2 年間で効率化が図れるのではないかと感じたことを、研修医の立場から提案させていただきます。

教育講演

## 医療安全と渉外活動 (B101)

座長 伊藤達朗 (岩手県立大船渡病院院長)

演者 亀森 康子

(自治医科大学附属さいたま医療センター)

# 教育講演

## 医療安全と渉外活動

自治医科大学附属さいたま医療センター  
医療安全・渉外対策部 亀森 康子

私の勤める組織は、センター長直下での医療安全管理室設立から始まり 2015 年 4 月から医療事故調査制度が開始されることを契機に組織編制を行い医療安全・渉外対策部となった。医療安全管理室、渉外対策・保安支援室、高難度新規医療技術評価室の 3 つの組織を統合して医療安全渉外対策部となった。

私は、医療安全管理者を 6 年間の任を担ったのち、医療メディエーターを拝命した。2012 年に医療メディエーターの研修を受講したものの、実際、医療メディエーターとして活動することはなかった。というか、現実問題、医療安全管理者と医療メディエーターと両方の役割を果たすことが困難であった。年間 24,000 件のインシデントレポートを読んで、現場へ赴き PDCA サイクルを回すことで精一杯であった。

2015 年の組織編制で、増員がされて医療安全管理者と医療メディエーターの役割分担を行った。センターにおける 2 つの会議で、関係職員と情報共有を行っている。

患者支援会議は、毎月開催し患者、家族からの相談、苦情を共有する。地域連携部長（医師）、副部長（医師）、総合相談室ソーシャルワーカー 2 名、医事課（外来、入院担当）各々 1 名、退院支援室長（看護師長）、医療安全、渉外対策部長（医師）と医療メディエーターの私が構成メンバーである。

また、事例検討確認会議は、毎月、顧問弁護士同席のもとセンターの患者、家族からのクレーム等の対応事例の進捗情報を共有している。医療安全・渉外対策部長、医療メディエーター、医療安全管理室長補佐、渉外対策・保安支援室長、主任主事、総合相談室長、総務課・医事課課長補佐、医療情報部室長補佐 10 名で構成している。

さらに、毎週水曜日、当センターはセンター長へ医師のインシデント報告を行っているがこれにも同席して現在対応中の事例と今後、対応予定事例を報告する。ともすれば、医療メディエーターに全てお任せとなりがちだが、病院組織としてバックアップ体制があるのは精神的に救われている。今後も、患者の安全はもちろん職員の安全に対しても組織として真摯に対応していきたい。

# シンポジウム 2

## IC のポリシークス (B101)

座 長 和田仁孝 (早稲田大学法務研究科教授)

登壇者 菅俣弘道 (医療事故市民オンブズマン・メディア副議長)

長谷川剛 (上尾中央総合病院特任副院長)

若松良樹 (学習院大学法学部教授)

## 問題の所在

早稲田大学教授・和田仁孝

インフォームドコンセントは、一般には「説明と同意」と定義され、治療の内容について、患者が十分な情報を得て、それを理解し、意思決定することを意味している。医療が一定の侵襲を伴うものである以上、それは当然のことと考えられる。医療者は、それゆえ、患者が自己決定できるような情報を十分に提供し、その決定を尊重する責務を負っていると考えられる。

さて、ここまでは、それ自体として、誰もが否定できない内容であるかもしれない。しかし、ひとたび医療現場の状況に適用されたら、実際には多くの問題が生じてくる。

「十分な情報」とは何をどこまで話せば「十分」といえるのか、情報を提供するだけでなく患者がそれを理解することは必要としても、どの程度の理解がなされたとき、**Informed**されたといえるのか、意思決定といっても人間はそう簡単に明確な決定ができるのだろうか、等々。判例を通じて提供すべき情報の種別などは示されているが、それでも、どこまでそれを説明すればいいのか、症例ごとに患者ごとに、明確に判断基準が用意されているわけではない。医療機関は、いきおい十分と思われる情報を文書化し、患者に提供するなどの対応をとっているが、それは本当に「説明と同意」を満たすことになるのか。また、ひとたび問題が発生すれば、説明義務違反を後付的に問われるリスクも存在している。

疾患を抱えて不安な患者の立場、現場の医療者の立場、それを別の次元で評価する法の立場によって、インフォームドコンセントは、まったく異なる様相を見せ、そこに多様なポリティクスが生じてくる。

ひとつの重要な要因は、それぞれが前提とする「人間像」の問題である。「情報を得て理解し、自己決定できる人間」を法や一般的なインフォームドコンセントの理念は想定しているように見える。しかし、現場の生身の人間は、そのような合理的人間ではない。悩み迷いながら、また周囲に依存しながら、最終的な決定へと流れていく弱い存在である。患者も医療者も、その点では変わりはない。

合理的人間を前提としたハードで抽象度の高いインフォームドコンセント、後見的な手当を必要とし、説明を超えたパターンリスティックな介入・支援を求める弱い存在としての人間とそのインフォームドコンセント、さらには、治療に向けて単一時点での決定でなく、関係の中で継続するプロセスとしてとられえられるインフォームドコンセントなど、実際のインフォームドコンセント過程を見る視点は多様でありうる。

本セッションでは、背景の人間像や哲学的理念も踏まえながら、インフォームドコンセントの意義について検討していくことにしたい。

## 真実説明・謝罪の必要性

医療事故市民オンブズマン・メディオ 副議長  
東海大学医学部付属病院 医療事故被害者家族  
菅 俣 弘 道

2000年4月、娘の笑美は点滴ルートに内服薬を誤注入されるというミスにより1歳6か月の命を奪われた。しかし、事故を起こしてしまった東海大学医学部付属病院は直後より真摯な対応に努め、真実説明・謝罪を尽くしてくれた。このことにより私たちは裁判をすることなく示談という形で気持ちを治めることができた。今回は、2003年12月に医療事故市民オンブズマン・メディオで行った『医療事故と診療上の諸問題に関する調査』から真実説明・謝罪の必要性を考察していきたい。

表 16 事故後の病院の対応

	とても思う	やや思う	あまりそう思わない	まったくそう思わない	合計
こちらの気持ちに配慮してもらえた	0.9%(2)	5.9%(13)	14.2%(31)	79.0%(173)	100%(219)
事故自体よりもその後の対応が許せなかった	55.6%(124)	15.7%(35)	10.8%(24)	17.9%(40)	100%(223)
十分な補償の申し出があったら納得できた	12.5%(26)	16.8%(35)	17.3%(36)	53.4%(111)	100%(208)
病院側の対応全体に満足している	0.5%(1)	0.9%(2)	5.5%(12)	93.1%(203)	100%(218)

( )内はそれぞれの度数

表 19 法的行動をとった理由

	とてもあてはまる	ややあてはまる	あまりあてはまらない	まったくあてはまらない	度数計
経済的補償がほしかったから	19.4%(43)	18.5%(41)	25.2%(56)	36.9%(82)	100%(222)
納得のできる説明がほしかったから	90.3%(205)	6.2%(14)	2.2%(5)	1.3%(3)	100%(227)
医師に当人のしたことを悟らせたかったから	79.5%(178)	12.5%(28)	5.8%(13)	2.2%(5)	100%(224)
怒りを感じたから	88.2%(202)	9.2%(21)	1.3%(3)	1.3%(3)	100%(229)
他の人には同じことが起こってほしくなかったから	80.2%(182)	13.7%(31)	4.8%(11)	1.3%(3)	100%(227)
自分の気持ちが無視されたから	44.2%(96)	24.9%(54)	23.0%(50)	7.8%(17)	100%(217)
加害者が罰せられねばならないと思ったから	56.1%(125)	23.3%(52)	16.6%(37)	4.0%(9)	100%(223)
事故にかかわった医師に仕返しをしたかったから	24.5%(54)	20.0%(44)	34.5%(76)	20.9%(46)	100%(220)
事故後の病院側の態度が許せなかったから	75.9%(173)	13.2%(30)	8.8%(20)	2.2%(5)	100%(228)
過誤を認めさせたかったから	88.3%(196)	9.0%(20)	1.8%(4)	0.9%(2)	100%(222)
自分の思いを医師に知らせたかったから	70.3%(156)	19.8%(44)	7.7%(17)	2.3%(5)	100%(222)
医師の罪を隠べいさせたくなかったから	74.1%(166)	14.3%(32)	8.0%(18)	3.6%(8)	100%(224)
それ以外に気持ちのもっていきようがなかったから	49.5%(105)	21.2%(45)	21.2%(45)	8.0%(17)	100%(212)
医療のシステムをよくしたかったから	62.3%(137)	25.0%(55)	9.5%(21)	3.2%(7)	100%(220)
責任を追及する方法が他になかったから	82.3%(186)	11.5%(26)	5.3%(12)	0.9%(2)	100%(226)

( )内はそれぞれの度数

表 33 法的行動をとった感想

	とても思う	やや思う	あまりそう思わない	まったくそう思わない	合計
気持ちが落ち着いた	18.4%(40)	23.5%(51)	30.9%(67)	27.2%(59)	100%(217)
以前の明るさを取り戻せた	5.6%(12)	17.4%(37)	42.7%(91)	34.3%(73)	100%(213)
被害について前向きに考えられるようになった	15.0%(32)	29.6%(63)	29.1%(62)	26.3%(56)	100%(213)
事故について言いたいことが言えた	22.2%(47)	28.8%(61)	28.3%(60)	20.8%(44)	100%(212)
病院側を許せるようになった	1.4%(3)	1.4%(3)	14.0%(30)	83.2%(178)	100%(214)
精神的に癒された	47.7%(103)	25.9%(56)	15.3%(33)	11.1%(24)	100%(216)
法的行動によって家族の結束が強まった	21.7%(45)	30.4%(63)	34.3%(71)	13.5%(28)	100%(207)
法的行動によって仕事に悪い影響があった	13.6%(28)	17.5%(36)	34.0%(70)	35.0%(72)	100%(206)
法的行動によって生活が経済的に苦しくなった	21.7%(46)	27.4%(58)	34.9%(74)	16.0%(34)	100%(212)
法的行動によって家族関係が悪化した	5.3%(11)	9.2%(19)	34.0%(70)	51.5%(106)	100%(206)
法的行動によって親戚関係が悪化した	6.7%(14)	7.6%(16)	30.5%(64)	55.2%(116)	100%(210)
これまでの法的行動の結果に満足している	15.5%(32)	27.1%(56)	24.6%(51)	32.9%(68)	100%(207)

( )内はそれぞれの度数



## インフォームドコンセントをめぐるポリティクス

上尾中央総合病院特任副院長 長谷川剛

インフォームドコンセントとは、英語で書けば、informed consent である。「情報を与えられた」うえで「同意」という言葉である。説明と同意とか納得医療とかさまざまな訳語の提案があったがどれもじっくりこないまま、カタカナ言葉のインフォームドコンセントとかそれをそのまま略したICなどという言葉で日常でも使われている。

もともとは第二次世界大戦中にナチスドイツが残酷な人体実験を多数行っていたことが戦後明かになり、ニュルンベルグ綱領の中でわれわれは自らの身体にどのようなことが行われるのかを知る権利があり、人体実験に際しては知らされた上での同意が必須であることが宣言された。その後実験のみならず通常の臨床にも持ち込まれてきた。背景には医療紛争に対する防衛的な意味合いも多分にあっただろう。結果として膨大な情報提供が行われ多数の書類とそれに対する署名のプロセスがあらゆる病院で繰り返される事態となった。

ここで重要なことは「情報を与えられた」うえで「同意」とあるが、情報を与えられた後、患者は治療法を「選択」しなければならない。あるいは提案された治療を受けると「意思決定」しなければならない。そのあとにしか「同意」という行動には意味がないからである。この選択や意思決定のプロセスこそ患者にとってストレスであるし、また治療方針決定に関連して決定的に重要なのである。その部分に焦点を当てて、informed choice とか、shared decision making などという言葉も用いられる。

膨大な時間が形式的で空疎なICに費やされているという事実は、患者や家族にとっても医師やメディカルスタッフにとっても決して幸せな状況では無い。患者の多くは、病状を説明してもらいたいが、治療選択は医者にしてほしい、と希望することもある。説明してほしいとか、自分の気持ちを聴いてほしい、という気持ちと、自分自身で意思決定するという過酷な使命とを、安易にくっつけてしまったことに無理があったのではないか。患者にすれば説明は機会が多ければ多いほど嬉しいし、何度でも話を聴きたいだろうし、質問にも答えてほしい。同意は勇気があるし不安だしその決定に責任など取れはしない。インフォームドコンセントという言葉の説明と同意と訳してしまったことによって、説明と同意がなにか一体となったひとつのプロセスと誤解させてしまったのではないか？

私自身は形式的にインフォームドコンセントの定型化を図ることによって問題解決したと考えたのは大きな間違いだったのではないかと考えている。医療現場で限りなく拡散して存在していることが望ましい説明と、できるだけその負担を軽減すべき意思決定が関与する同意は別々のものと考えたほうがよいのではないか。さらに逃れることのできないパターンリズムについてその善悪の峻別を議論することの重要性を最近の知見も含めて指摘してみたい。

## ICの光と陰

学習院大学法学部教授・若松良樹

医療には多かれ少なかれギャンブルの要素がつきまとう。ギャンブルの倫理の基本は、ギャンブルの結果に対して責任を負う人がギャンブルを行う選択をするべきであるというものであろう。

患者は往々にして、あらゆるリスクから逃れたいという欲求に衝き動かされ、「先生にお任せ」というリスクをとりがちである。ICという概念は、患者に自らが直面しているギャンブルを自覚させるという点では意義のあることであらう。

しかし、多くの資源は有限かつ希少であり、資源の有限性を考慮に入れない正論は容易に暴論に転化する。このことはICという概念にも当てはまるのかもしれない。医療資源、患者や医療関係者の情報処理能力、時間など多様なものが有限であるにもかかわらず、ICはできもしないことを求めているのではなかろうか。

患者の側から見ると、大量かつ難解な医療情報を理解することは困難である。また、行動経済学の知見が示すように、正しい情報であってもその提示の仕方が患者の選択に影響を与える。したがって、医療関係者は患者の選択を操作することが可能である。患者の自律的選択はそれほど容易ではない。

他方、医療関係者からすると、患者が理解しない情報を提示することは時間の効率的な利用方法であるとは言えないだろう。さらに悪いことに限られた時間で限られた情報処理能力しかない医療関係者が限られた情報処理能力しかない患者に理解させることができなかった情報はいくらかでも発見可能であり、そのことに基づいて責任を追及されるのではたまらない。

今求められていることは、われわれの能力の限界を十分に配慮した地に足の着いたものでありながら、合理的かつ公平であるような責任配分ルールの構築であらう。

そのルールは、トリアージのような情報儉約的なルール（ヒューリスティックス）でなくてはならないだろう。人々がそれなりに合理的で自律的な選択ができる程度の情報に制限し、限られた選択肢の中から選択を行うような手順を構築し、患者の自己決定を容易にするとともに、医療関係者の従うべき手順を明確化することが求められる。われわれが単純な手順に従う方が、一見理想的な複雑なルールに従うよりも結果がよいことは、よく知られている。われわれの能力には限界があるが、理想を求めなければ、十分により結果をもたらすことは可能なのだ。

# 自由演題 A (B102)

座長 中村利仁 (夕張市立診療所)

## 自由演題A

### 1. 医療界と法曹会の意見交換と連携について

長崎大学病院 栗原 慎太郎

【目的】 医療の関連するコンフリクトへの第三者的評価のひとつが司法の場である。この司法の場での議論をそれぞれの立場でどのように考えているか意見交換することで、コンフリクトを発生前に一部であっても解消できないかを検討している。

【方法】 主として医療側あるいは患者側の弁護に立つ弁護士それぞれと医療者等が参加して2ヶ月に一度ほど検討を重ね、年に一度ひとつのテーマに関する公開講座を実施している。

【結果】 これまでに、2回公開講座を開催し、一度目は医療訴訟の成り立ちについて、二度目はインフォームド・コンセントについて公開討論を行った。聴衆は主として勤務医、開業医等医師会、弁護士会、地域の看護師、事務職、医療安全担当者であり、参加者も討論に参加できるようパネルディスカッションの形式で実施している。

【考察】 医療者にとっては、医療訴訟の成り立ちや実際の訴訟にいたる事例の検証などにより、医療行為以外の問題点を再認識するとともに重点的に講じるべき対策を検討する機会となった。また法曹会としては医療者個人だけでなく病院や医師会などの組織が医療のコミュニケーションに関与しているかを認識できたと感想が述べられた。

【結論】 今後も同様の取り組みを継続し、さらに参加者の拡大と議論への参加を促すことで、医療に関わるコミュニケーションの改善を目指す必要がある。

## 自由演題A

### 2. 医学生に対するコンフリクト関連授業の取り組み

廣井 直樹 1)、 中田 亜希子 1)、 大坪 利恵 2)、 勝海 加陽子 2)、  
成田 康弘 2)、 松本 幸則 2)

1) 東邦大学医学部      2) 東邦大学医療センター大森病院

【背景】多くの医療機関で医療対話推進のための取り組みは幅広く行われており、東邦大学医療センター大森病院でも継続的に院内講習会を実施している。一方、コンフリクトの発生の機序を知り、その認識に基づいた行動の重要性に関する学生教育は十分に行われていない。東邦大学医学部では2017年度から2年次医学生向けにコンフリクトに関する授業を開始した。その取り組みを紹介するとともに学生からの評価について検討したので報告する。

【方法】2017年度2年次生124名を対象に講義と演習を180分間で行った。授業後に無記名自記式アンケートを行い、115名から回答を得た。

【結果】94.8%の学生はコンフリクトの理解が深まったと回答した。日常生活や医学を学ぶ上での有効性に関してはそれぞれ75.7%、80.8%の学生から役立つとの回答であった。授業の継続に関しては80.8%が必要であると答えた。自由記載では「患者の訴えの意味を理解する」「相手の思いを知る」といった深い理解に関するものが見られた一方、「医学とは関係ない」「自己防衛のため」といった否定的な意見も見られた。

【考察】コンフリクトに関する授業の意義と、コンフリクトの背景にあるものを考えて行動することの重要性に関して一定数の学生には理解されていると思われた。今後は幅広い学生により深く理解してもらえうように授業の展開を考えていく必要があると思われた。

## 自由演題A

### 3. ダイアログ・ベースド・ピアサポート・システムの構築

筑波大学附属病院 平井 理心

【背景】医療現場で事故等が発生したとき、それに関わった医療者は「第2の被害者」となる。そこで、本院において、医療安全に係る事象で傷ついた職員（ピア）をサポートする体制を構築したのでこれを報告する。

【取組】①体制づくり：部署の長がピアサポーターの中心的活動をする「ピアサポーターリーダー（以下、リーダー）」を推薦した。ピアサポート委員会、内規等を定めた。②周知：外部講師を招き、ピアサポートについての講演を全職員向けに実施した。③研修：当院の産業医が講師となり、リーダー養成研修を実施した。

【結果】ピアサポートの方法として、ダイアログをとおしてピアの感情を受容することとした。「ダイアログ・ベースド・ピアサポート・システム」と名付け、2018年4月から医療安全にかかるピアサポートを開始した。

【考察】現在、医療安全にかかるピアサポート体制を整え、職員に周知し、開始したばかりである。今後、リーダーがどの程度積極的に介入したら良いか手探りで進めている。

【結論】本来、ピアサポーターは全職員が担うべきであると考えている。このピアサポート・システムをきっかけにして、対話をとおして仲間同士で支え合う文化が醸成されることを目指している。

【謝辞】浜松医科大学の大磯先生、井上先生、Healsの和田先生、永尾様、川谷様に貴重なアドバイスをいただきました。心より感謝申し上げます。

## 自由演題A

### 4. 患者相談分野における地域医療連携の試み ～地域版苦情相談

#### ネットワークの取り組み～

成田 康弘、松本 幸則、竹下 昌代、勝海 加陽子、廣井 直樹、  
東邦大学医療センター大森病院

【背景】患者相談分野での様々な経験を地域の医療施設と共有していくことが、基幹病院の責務であると考えている。これまで行ってきた「苦情相談ネットワーク」で培った経験を活かして「地域版苦情相談ネットワーク（以下、本会）」を展開し、その責務を果たしていきたいと考え、平成30年度から取り組みを開始したので報告する。

【方法】「知の共有」をメインテーマとし、学びの場の提供を中心とした展開とした。1つめのコンテンツとして、トラブル時の初期対応に活かすべく、当院で開催している「院内コンフリクト・マネジメント研修」の提供。次に、患者対応に係るシンポジウムや「医療コンフリクト・マネジメントセミナー基礎編」の開催。最後にグループ討議を中心とした事例検討会の開催。本会はこの3つの柱を軸とした展開を行っている。

【結果】平成30年9月に行った院内研修には地域の医療機関から5名の参加があり、このような取り組みに対し、「患者対応や院内での関係調整に活かせる」「今後も継続して開催して欲しい」といった好意的な意見がみられた。10月には日本医療メディエーター協会の講演会を学内で開催し、82名の院外からの参加があり、満足度は高いものであった。12月には事例検討会の実施を予定している。

【考察】現在のところ、参加者数は僅かではあるが、地道な啓蒙活動が患者相談に関する理解を深めていくと考えられる、今後も継続する予定である。

# 自由演題 B (B102)

座長 鈴木義彦 (自治医科大学附属病院)



## 自由演題B

### 1. 医療メデイエーションによる修復的正義の試み

国立大学法人 山形大学医学部 総合医学教育センター 中西淑美

【背景】刑事司法の事後問題の対応の一つとして修復的正義 (Restorative Justice) があり、1990年代から国際的レベルで理論的・実践的評価が行われている。しかし、加害関係者に比べ、被害関係者からは懐疑的な意見もある。修復的正義とは、「すべての人を尊重し、人々の関係を侵害した害について、被害者、加害者、地域社会関係者等が対話を通して犯罪の事後問題の解決を図る」ものとされている。ここで重要な点は、赦しと和解を求めることではない。今回、医療メデイエーションを用いた修復的正義の事例を報告する。

【方法】2017年の暴言暴力をめぐる2件(2集団)に修復的正義による医療メデイエーション面談を実施した。面談視点は、①被害者への支援と癒しを優先すること、②加害者が自らの過ちに対する責任をとること、③理解に達するまでの対話があること、④犯した過ちを正そうとする試みがあること、⑤加害者が将来の再犯を避ける方法を見据えていること、⑥被害者と加害者との双方をコミュニティで再統合するのを助ける、であった。この面談の前後で、不偏性と面談の意義・内容を口述・自記式質問紙票を用いて参加者から聴取した。

【結果】被害者側と加害者側の両方の参加者から①～⑥の意義があるという確認を得た。

【考察】医療メデイエーションによる修復的正義の意義が認められたが、本例は重大な犯罪ではなかったことが一因とも考えられる。さらに、事前の関係性の有無、被害者の加害者に対する応報的感情の有無と程度の影響の検討が必要である。【結論】医療メデイエーションの修復的正義の可能性が示唆された。

## 自由演題B

### 2. 医療コンフリクト・マネジメントの情報公開・共有の課題

栗秋 良子 1)、 森 照明 1)、 末松 文博 2)

1) 社会医療法人敬和会 法人本部 2) JCHO 九州病院

【目的】医療コンフリクト・マネジメントは重大な課題であるが、各施設内の検討にとどまり、地域での情報公開と共有が十分でないのが現状である。我々は5年前に「大分県医療コンフリクト・マネジメント研究会(コンフリ研)」を設立し成果を挙げてきた。この研究会の活動内容について報告する。

【方法】2013年1月「医療者と患者・家族がともに満足できる医療について調査研究し、情報を共有し、課題と対策を研究してゆくこと」を目的とするコンフリ研を設立し、病院・施設及び患者・家族に参加を呼び掛けた。年3回のセミナーと1回の講演会を実施した。定期セミナーは①事例検討、②特別講演、③模擬患者、医療メディエーターによる体験実習で構成され、毎回弁護士も参加した。

【結果】現在36病院から施設会員登録を得ており、各セミナーには100名を超す参加者があり、高く評価されている。主なテーマは「訴訟事実に見る医療トラブルと原因」、「医療紛争における患者側の認識・心情」、「転倒事故を考える」、「多職種間コミュニケーション」、「薬剤関連事故」、「患者身体拘束」、「終末期医療」などなどである。

【考察】本研究会は県下各施設の情報公開、情報共有を実施し、医療者側と患者側双方の立場から自由に論じようとする姿勢が支持され参加者が増えている。従来なかったスタイルの研究会で県内の医療安全と患者医療に貢献していると考えている。

## 自由演題B

### 3. 医療メディエーションへの「ご意見」をふまえて

吉尾 めぐみ

【目的】医療メディエーションは、今や多くの医療機関で実施され、患者さん・ご家族や医療者の安全・安心に貢献しているが、医療メディエーションへの否定的な見解があることも事実である。そこで、医療メディエーションに関する問題点あるいは誤解されている点をも把握し、より良い医療メディエーションの実践に繋がりたいと考えた。

【方法】医療メディエーション研修の基礎編修了以上の医療者および医療メディエーション・医療メディエーターに関わったことのある非医療職の方を対象としたアンケート、インタビューを行い、様々な立場からの見解を収集した。

【結果】医療メディエーションについて、「安心できる」「理解が促進される」「安全対策に繋がる」等のポジティブな見解が多い中で、「医療メディエーターはどのような立場なのか」「感情面への対応に偏っていて、情報開示が不十分」「もっと守ってほしい」等の指摘も見られた。

【考察】指摘内容から、医療メディエーターの立場や役割の共有が不十分なケースや、医療メディエーションの要件を満たしていないものが医療メディエーションと認識されているケースがあると考えられた。

【結論】医療メディエーションに関する情報発信や定期的な教育・理解度チェックが引き続きの課題と考える。

## 自由演題 B

### 4. 回復期リハビリテーション病院における胃瘻造設適応決定時の 問題点と医療者の抱えるコンフリクト

宮瀬 秀一、猪本 伸子、平田 好文  
熊本託麻台リハビリテーション病院

【背景】嚥下障害が増加しているが、摂食嚥下リハビリテーション（リハビリ）にもかかわらず、経口摂取ができないと経鼻経管栄養（NF）、胃瘻造設（PEG）あるいは輸液のみ（看取り）の選択となる。若年者や初回脳卒中では PEG を造設した後の経口摂取移行を期待するが、要介護者では退院先が PEG 以外は受け入れ不能なことも多く、医療者の提案と家族の同意にて PEG 造設も少なくない。【方法】当院で PEG の方針となり、他病院にて PEG 造設後に平成 29 年 4 月から 30 年 9 月までに再入院した患者 29 例（34-92 歳）について、PEG 造設の理由、本人の意思確認の有無、経過について検討した。

【結果】PEG 造設理由は①PEG 後のリハビリにて経口摂取や病状改善を期待、②退院先が管理上 PEG 以外は受け入れ不可能、③家族が希望、などであった。PEG 造設にあたり本人の意思が確認された例はなかった。内視鏡下造設 26 例、外科的造設 3 例で重篤な偶発症はなかった。経過では楽しみ程度を含めて経口摂取可能が 12 名、胃瘻のみが 17 名で、自宅退院 5 名、施設 8 名、転院が 14 名だった。

【考察および結論】退院後の介護や施設での栄養管理上 PEG が選択されている現状がある。ただ高度要介護者では PEG 後も臥床のまま、誤嚥性肺炎など苦痛も続く。PEG 造設には家族の意向はあるものの、医療者としてもその是非については葛藤を覚えざるを得ない。

