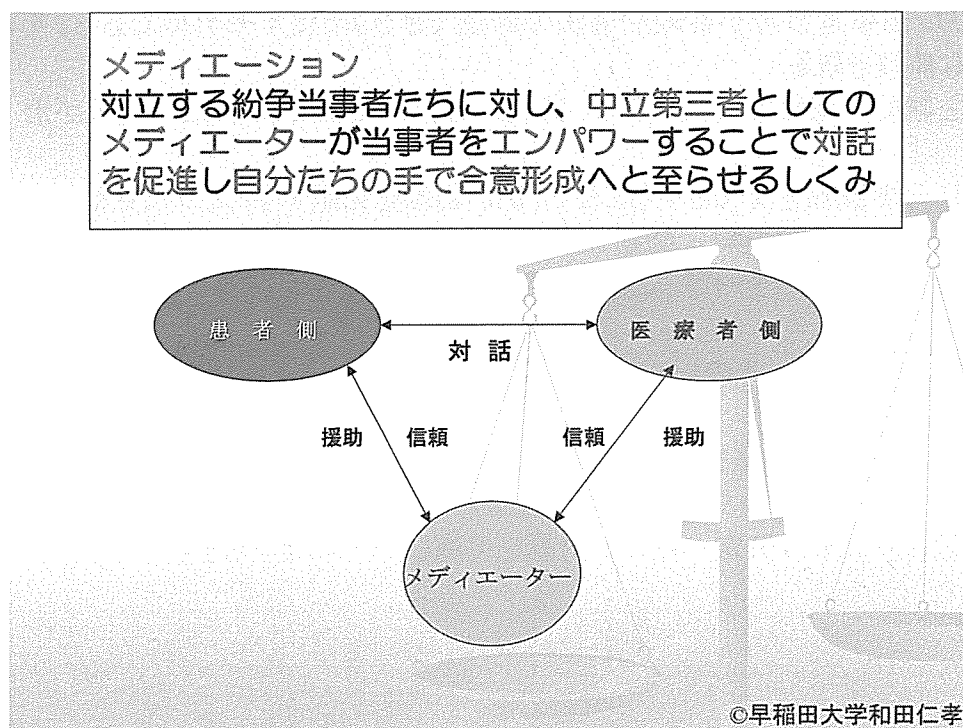


2. 中立的第三者としての医療メディエーター ～対話的解決の促進～

医療コンフリクト・マネジメントは、医療事故という不幸な出来事をめぐって患者側、医療者側双方に生じた感情的混乱や関係的不信、生活環境の変化などさまざまな問題を、訴訟のように敵対的・限定的にではなく、対話を通してできる限り協働的かつ柔軟に解決していこうとする理念である。訴訟が過去の医療行為をめぐって回顧的に責任認定するのと対照的に、将来志向的によりよい方向を創造的に模索し、事故にかかわった患者側、医療者側双方に事故体験の自律的克服への手がかりを提供しようとするものでもある。いわば、医療の現場において、近代西洋医学が疾病の科学的治療(キュア)に専念してきたことへの反動として、QOLを含む全人的な患者のニーズを把握し応えていこうとする動き(ケア)が出現してきたのとパラレルな現象であるといってもよい。

このコンフリクト・マネジメントの理念に根ざした事故後の対応モデルがメディエーションと呼ばれる紛争解決モデルである。メディエーションは、中立的第三者であるメディエーターが、両当事者に対し、傾聴・共感によるケアを提供しながら、対話の流れを制御し、同時に紛争の深い構造を解析しつつ解決へ向けてナビゲートしていくモデルである。アドボケーターが患者側に立ってその権利擁護を推進するのと異なり、メディエーターは中立の位置を保ちつつ、患者側にケアし、同時に事故に関わった医療者にもケア提供を行って、その上で患者側と医療機関側の対話を促進する点に特徴がある。もちろん、医療の現場では、医療者が一対一で患者側と対峙する場面も出てくるが、擬似的に第三者的な紛争分析と対話制御のメディエーター・スキルを用いることによって、その対話の質は向上する。また院内でもメディエーター・スキルを持った人材がメディエーター役を担うことは可能で、現在、日本医療機能評価機構のコンフリクトマネジメントセミナー：医療メディエーター養成研修で人材養成も行われており、既に約250名の医師・看護師等がトレーニングを受け全国の医療現場で活躍している。メディエーターを導入した福井総合病院の例を参考資料10に示す。



では、まず、その基本となる紛争観から解説していこう。

まず、患者が、医療機関に怒鳴り込んでくるような場面を想定してみよう。病院側にとっては頭の痛い場面ではあるが、ここで少し発想を変えてみる必要がある。第一に怒り混乱している人は、その背景に自分の日常が崩壊するような苦しみや悲しみを抱えているとみることもできる。たとえ理由のない怒りがぶつけられても、それはその人が何らかのケアを求めている「弱い」状態にあるということでもある。第二に、医療機関に怒鳴り込むということは、裏返せば、まだ病院への期待を失っていないということである。完全に敵対する意思を固めているなら弁護士を訪問すれば足りる。そうでなく、医療機関に怒りをぶつけてくるのは、ほかの誰でもない、自分が診てもらっていた医療機関、さらには主治医や看護師にこそ、訴えを聴いてもらいた、苦悩を分かち合ってもらいたいからなのである。第三に、もし、そうであるなら、表面の怒りは受け流し、その背景にある苦悩や悲嘆を受容することで、逆に怒りは収束に向かい、冷静に現実を見る姿勢も生まれてくる。感情的な患者に対し、合理的説明をいくら重ねても無駄である。その前に、深い感情を受容することで、自力で冷静な姿勢を回復してもらうことが必要なのである。

患者側は、悲嘆や苦悩を抱え、感情的混乱や凝り固まった視点に基づいて「これは事故に違いない」という主観的認知を構成している。また、医療機関側は、専門的知識に基づいて一定の合理的な認知を構成している。この相容れない主観的認知が対立した状況こそ、紛争の発生状況にほかならない。そして、メディエーションは、紛争解決過程を、自分の認知の「書き換え」を通じて事故という悲嘆体験を乗り越える過程にほかならないとみる。

メディエーションは、紛争をこのように捉えた上で、中立第三者であるメディエーター

一の援助により、当事者自身が合理的解決の到達できるよう促すモデルである。それは次のような前提を取る。

①紛争とは主観的な認知の衝突であり、背景に感情的葛藤や隠れたニーズが潜んでいる

②当事者は自分の認知を変化させることで、深い葛藤を克服することができる

③当事者は自分で、認知変容し、問題克服する自己治癒能力をもっている

④第三者であるメディエーターは、この当事者の自己治癒を促進する黒子の役割である

⑤メディエーション技法は、そのための紛争分析、エンパワメント技法、合意形成技法からなる。

メディエーターはこうした技法を駆使し、まず、患者側に冷静な対話のための姿勢を構成してもらえるようにエンパワーしつつ、合意形成の方向を分析し見定め、その上で論点を整理し解決案の策定へ向けて対話を促進していくことになる。

3. メディエーション・スキルの目標と全体像 ～日本医療機能評価機構における研修の概略～

解決へ向けて対話を促進していくのがメディエーターの役割であるとはいっても、ただ、何でも対話をさせておけばよいというものではない。紛争をめぐる対話では、攻撃的な発言が飛び出したり、感情的にエスカレートしたり、またどうしようもない袋小路に入り込んでしまったりしがちである。メディエーターは、そうしたエスカレーションを避けながら、合意と解決へ向けて対話がスムーズに進んでいくように、当事者を援助し、ナビゲートしていかなければならない。

また、対話のナビゲートといっても、強引にひとつの方向に話を進めようとするれば、とたんに当事者から反発され、中立性への信頼感も失われてしまう。感情的になり、非常に過敏になっている当事者だからこそ、メディエーターは、「上から」対話をナビゲートするのではなく、「当事者の視点から」自発的に対話の流れがよい方向に向かうよう、手をさしのべていくようなソフトで微妙な対応をとらなければならないのである。メディエーション・スキルは、まさにそのために必須の「技法の束」ということができる。

具体的には、メディエーターは、①苦情やトラブルの構造を分析し、解決へと至る適切な「パス(道筋)」を見つけ出していくこと、②患者側の話や苦情(もちろん、医療者側の話も)を共感的に傾聴することで感情的葛藤を和らげ、信頼を持ってもらうこと、③ さらに解決へ向けた「パス」に当事者が自然に自分から乗ってきてくれるような「きっかけ」を提供していくこと、を対話の中で果たしていかなければならない。

メディエーション・スキルの本体も、このメディエーターの三つの役割に即して分類することができる。すなわち、①紛争を分析し解決へのパスを見いだしていく「紛争マッピング(IPI分析)スキル」、②当事者をエンパワーし、感情的対立を和らげ、メディエーターに信頼をもってもらう「ケアと聴き方のスキル」、③怒りや自分の主張に執着した当事者が「問題の異なる見え方」に気づき、納得のできるよりよい解決の創造へ向けて対話を進める「リフレーミングと問題解決のスキル」である。以下、簡単にその内容を見ておくことにしよう。

(1)「紛争マッピング(IPI分析)スキル」

メディエーターは、漫然と対話をさせておくのではなく、常に頭の中で、当事者の語りを手がかりに紛争をめぐる主観的認知の構造を把握し、解決へ向かうパス(問題解決パス: Problem-solving Path)を探っていかなければならない。その際、コンフリクト・マネジメント論の領域で定着した次の分析概念を用いる。メディエーションは、対話を重視するが単なるコミュニケーション技法でもなければ、カウンセリング的対応でもない。その本体は、心理学・社会学など学際的知見に基づいて構成された紛争構造のロジカルな把握と、その分析による紛争解決パスの解釈的構築という専門的な分析作業である。コミュニケーション技法はそのための副次的技法に過ぎない。以下では、このうんせき方法の概略のみ簡単に示す。

Issue(イシュー＝争点): 持ち出された争点

position(ポジション＝要求・主張): その争点についての要求や主張

Interest(インタレスト＝背景利害): その要求や主張を取らせている隠れた本質的利害

特に重要なのは、最後のインタレストである。これには感情的になっている患者自身が気づいていないことも多い。実際、多くの患者側は、自分が何を求めているのかさえわかっていないことが多い。メディエーターは、対話の中で、これを分析し、そのインタレストを探っていく。

対話の過程では、様々な争点(イシュー)が当事者から提出される。感情をぶつける言葉、医療者を責め責任を追及する言葉、あのおときこうしてくれなかったという過去の事実、自分の現在の苦しさや苦境、医療者側からも、専門的な説明や、病院の背景事情の説明等々。しかし、こうしたイシューを、すべて問題にすることは不可能だし生産的でもない。イシューによっては水掛け論に陥るし、感情対立を激化させることもある。メディエーターは、こうしたイシューの中から、本当に問題解決と合意形成につながっていくイシューをより分け、そちらへ対話をナビゲートしていかねばならない。

あるイシューについて、当事者は自分の意見、主張を構成している。これをその人が頭の中で取っている、固まった「位置」という意味でポジションと呼ぶ。人は多くの場合、あるポジションを取ってしまうと、逆にそれに支配され、別の見方ができなくなってしまふ。しかし、その人に、そのポジションを取らせている本当の理由は別の、より深い次元に存在することが多い。より基本的な利害や価値感、不全感などが、その背景にあることが多い。これをインタレスト、もしくはニーズと呼ぶ。このより根本のニーズやインタレストの側に着目すると、それを満たす方法は、その人が取っているポジション以外にも、考え出せることが多い。

従って、メディエーターは、この紛争の構造(イシュー⇒ポジション⇒インタレスト)を、当事者の語りの中からの確に分析し、生産的な解決に結びつきやすいイシューをより分け、問題解決パスの見通しをつけていくのである。

具体的な例を示しておこう。たとえば、手術の結果、ある女性が予期せぬ合併症で亡くなったとしよう。ずっと看病してきた長男は、医療機関の説明に一応納得してくれているとする。ところが一度も病院に見舞いにも来ていなかった次男が、「これは事故だ」「対処できないのなら、なぜ転院させなかったのか」「すべての病院側にある書面を開示せよ」「きちんとした謝罪をせよ」など、怒りをあらわに求めてきたとする。

「これは事故だ」「なぜ転院させなかったのか」「書面を開示せよ」「謝罪せよ」が、表面に表われた主張・要求、すなわちポジションであり、イシューは、それぞれ「事故か否か」「転院の評価」「書面開示の可否」「謝罪の可否」となる。問題は、インタレストが何かである。これだけの情報では難しいが、トレーニングではロールプレイを通して、様々な対話の状況から分析的にインタレストを解釈していく。たとえば、対話の中で、心を開いたメディエーターに対し、「自分は母親に何もしてやれなかった」といった言葉が出てきたとしよう。その「語り」からメディエーターは、「事故だ」「開示せよ」「謝罪せよ」と言った次男の主張の背景に、「自分が故人に十分なことをしてやれな

かったことへの自責の念」があるのではと分析する。つまり、その自責の念から、今の時点で出来る限りのことを故人のためにしてやりたい、その思いが、病院への攻撃的な主張になっている可能性である。これがこの次男にとっての、自分でも気づいていないかもしれないインタレストとなる。メディエーターが対話の中で、その点への「気づき」を促すことで、次男は、自身の深い気持ちを理解し、それによって、病院側の話聴く姿勢を回復してくれる可能性が出てくる。「故人への思い」を別の形で満たし納得することができれば、病院への攻撃は無理筋で不適切な手段であるとの冷静な認識も生まれてくるのである。メディエーターは、そのために対話の焦点を、医療機関への攻撃的争点から、将来へ向けて何がなされるべきかという建設的な方向に再構成していくことになる。

これは医療側にミスのない事例であるが、過失があった場合も同様である。その場合も、患者側の深いインタレストを把握し、共感的に受容した上で応答すれば、紛争は過激化せず、訴訟に行かずとも話し合いで賠償も含め解決が達成されることになる。メディエーターは初期対応場面で、十分な受容・共感を行い、それによって患者側に対話を行うことへの構えを構築し、そのインタレストを分析した上で、もっとも生産的な解決へと対話を導いていくのである。

(2)「ケアと聴き方のスキル」

「紛争マッピング (IPI分析)」を適切に行うためには、当事者に様々な想いを十分に語ってもらわなければならない。分析の素材となり情報の収集のためにも、当事者の話を聴く技法は必須なのである。しかし、当事者の話を「聴く」ことには、情報の収集を超えた、より重要な意味がある。

第一に、かけがえのない人の生命が失われたり、かけがえのない身体や健康が損なわれた場合、紛争の当事者は、耐えきれない悲嘆と苦悩に苛まれ、それを怒りに転化したりしながらも、強い感情的混乱の状態にある。当たり前だった安定した日常や将来の世界のイメージが壊れ、新たな日常や世界の像をうまく結ばずに苦しんでいる状態にある当事者に、いきなり解決へ向けて話を進めるなど不可能なのは当然である。医療事故紛争の当事者が、まず、求めているのは、紛争の解決ではなく、こうした混乱状態へのケアリングとエンパワメントにほかならない。メディエーターは、中立的な立場から、共感的にその苦悩の語りを「聴く」ことを通して、まさにケア提供し、当事者をエンパワメントしていく役割を担う。こうしてエンパワーされて初めて、当事者は、解決へ向けた対話に向き合うことも可能になっていく。それゆえ、「聴くスキル」「ケアのスキル」は、まず、混乱した当事者を受容するために、そしてまた、それを通して解決へ向けた対話の構えを作っていくという意味で、メディエーターにとって必須のスキルということになるのである。

第二に、これにともなって、紛争当事者とメディエーターの間には、一定の信頼関係ができあがっていくことになる。当初は、「中立といっても、しょせん病院側の人」として見られていても、本当に中立的な立場から、共感的に傾聴することを通して、患者側も、メディエーターの中立性や、その誠実さへの信頼を持ってくれることになる。この信頼関係の確立という意味でも、「聴くスキル」「ケアのスキル」は必須である。

このように、「聴くスキル」「ケアのスキル」は、①当事者のエンパワメント、②メディエーターへの信頼の確立、③メディエーターの分析のための情報収集、という三つの役割を担っていることになる。それゆえ、メディエーションの全体構造から見れば副次的機能を持つに留まるが、とりわけ初期段階では、このスキルが重要で、中心的役割を果たすことになる。

(3)「リフレーミングと問題解決のスキル」

さて、「紛争マッピング(IPI分析)スキル」により、問題解決パスも見えてきた、「ケアと聴き方のスキル」により、当事者に解決への構えもでき、またメディエーターへの信頼も生まれてきたとする。しかし、メディエーターが、これが適切と考える 이슈 や問題解決パスの方向に、いかにすれば当事者の対話は進んでいってくれるだろうか。先にも述べたように、「上から」メディエーターが強引に引っ張っていかうとすれば、いかにその方向が適切であったとしても、とたんに信頼は失われ、対話は逆方向に後戻りさえしかねない。メディエーターが適切と思われる 이슈 に、当事者の対話が進んでいくように適切なきっかけを繰り出していくのが「リフレーミングのスキル」である。また、そこから実際の合意形成へ向けて解決案を創造し調整していく過程も含めて「問題解決のスキル」ということになる。

リフレイムは、感情的な要素や、人格非難的な要素を含んだ発言から、そうしたネガティブな要素を取り除き、自然に話の方向が前向きな検討が可能な方向に切り替わるようにナビゲートしていく技法である。言い換えれば、ネガティブな問題の「見え方(フレイム)」を、ポジティブな問題の「見え方」に変換(リフレイム)するスキルということもできる。たとえば、対話という汽車の方向を、強引に力で引っ張って変えさせるのではなく、転軸機を切り替えることで、汽車が勝手に方向を変えてくれるように導くようなものといえるだろう。具体的には、「私メッセージへの転化」「リフレーミング技法」など、スキル・プレイを通して習得することになる。

しかし、こうして対話の方向がポジティブな方向に切り替わったとしても、それだけで自然により解決に至るわけではない。インタレストやニーズに応えうる解決案を創造していくためには、常識的な視点にとらわれず、新しい観点から問題について考えていく柔軟でクリエイティブな発想が必要である。ここでも、そうした方向を活性化していくための建設的なオプション開発はじめいくつかのスキルが必要になる。こうして、合意の内容を、両当事者にとって、納得のできる解決にしていくことが可能になるのである。

そのためには、院内に、このメディエーションの技法を有する人材(医療メディエーター)を、できるだけ第三者的な形で置き、また同時に、各スタッフが、コンフリクト・マネジメントに基づく初期対応の理念を理解し一定の対応ができるようにしていくことが必要である。その分析方法やスキルは一対一での苦情対応、説明場面、さらには日常診療に至るまで、幅広い応用可能性をもっている。

そしてなにより、防御的・保身的意識から、いくら法的訴訟対策を講じても、その効果は限定的であることを理解し、むしろポジティブな発想で、患者側のニーズにも、医療者側のニーズにも応答的なケア理念に根ざした質の高い解決を目指していくと

いう姿勢こそが、実はもっとも有効な訴訟対策というべきであろう。

4. 医療メディエーター養成のニーズの高まり

～日本医療機能評価機構 医療メディエーター養成講座の展開と拡充～

さて、こうした医療メディエーターを養成するためには、紛争構造分析とそこから問題解決パスを見いだす解釈的構築作業、それを支えるケアリング技法や、コミュニケーション技法など、複雑な技法の統合を可能にするインテンシブなトレーニングが必要である。そのため、紛争解決論と医療現場に精通した知識の双方を有するトレーナーが必要になる。

現在のところ、こうした研修を提供できるのは、医療現場でリスクマネジャーの経験もあり、紛争解決論・メディエーションを大学院で専門的に研究し、米国での研修にも参加した中西淑美氏のみであり、平成16年度より、日本医療機能評価機構のコンフリクトマネジメントセミナー：医療メディエーター養成研修において、早稲田大学紛争交渉研究所の和田仁孝氏と共同でトレーニングを提供してきている。

日本医療機能評価機構の研修では、平成16年に25名の医師・看護師等を対象に医療メディエーター研修を提供したのを皮切りに、平成17年度は80名、平成18年度は、導入広義のみは250名、それに加え2日間をフルに使った基礎研修では140名、これまでの総計では、導入編のみの受講者を除いても、245名の医師・看護師等を対象に医療メディエータートレーニングを提供してきた。年々、ニーズは高まっており、今後も、受講希望者は増加するものと思われる。

このほか、日本医療機能評価機構外部でも、個別病院や病院団体からの医療メディエーター研修へのニーズも高まっており、虎の門病院シミュレーション・ラボ、北里大学病院、武蔵野赤十字病院、せとうちリスクマネジメントセミナー、福井総合病院、医療マネジメント学会沖縄支部など、多くの医療機関で養成が進んでいる。

実際、こうして養成された医療メディエーターが、医療現場で事故発生時の初期対応に当たることにより、患者側からの信頼を得て、紛争がエスカレートすることなく、双方に納得のいく解決がもたらされ、それが医療安全にフィードバックされるなどの効果が報告されている。中立性への信頼などを勝ち取れるのかとの質問が多いが、むしろ多くの医療メディエーターの実践報告から、メディエーション分析技法と姿勢・理念を前提に対応すれば、そこにはほとんど障害がなく、むしろ悩みは院内での理解のほうであるという。医療メディエーターの意義が、さらに広く認知されるようになれば、そうした問題も解消して行くであろう。

目下の課題は、トレーナーの確保である。医療メディエーター養成へのニーズは年々増加しており、これに対応すべく、平成19年度より、日本医療機能評価機構では、①トレーナーの養成、②メディエーター養成カリキュラムの充実と体系化に着手している。トレーナー養成は、平成16年度の初年度に研修を受け、その後、各医療機関で実践を積んできた医療者（多くは医療安全管理者、医師および看護師）を対象に約12名養成する予定である。またカリキュラムについては、フィードバックや再履修へのニーズも強いことから、より高度な事例ロールプレイに基づく応用編、生命倫理や特殊なテーマに応じたテーマ別の編成なども含め体系化していくことになっている。

さらに、日本医療機能評価機構では、安全推進協議会参加病院の職員のみが対象となるため、これを拡充し、日本医療機能評価機構とも連携しながら、より広い医療機関を対象とする研修提供システムを構築するほか、医療メディエーター協会などの設立も検討されている。こうした動きが、患者と医療者の好ましい関係の再構築を促進するものとなることが望まれる。

必読文献:

- 1) 和田 仁孝、中西 淑美:「医療コンフリクト・マネジメント-メディエーションの理論と技法」(シーニュ)2006
- 2) 福井総合病院 「ADR(裁判外紛争処理)で患者と医療者が信頼関係を醸成」(月刊保険診療)2006(参考資料10)

コラム

～「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」～

医療機関から診療行為に関連した死亡の調査依頼を受け付け、臨床医、法医学者及び病理学者を動員した解剖を実施し、更に専門医による事案調査も実施し、専門的、学際的なメンバーで因果関係及び再発防止策を総合的に検討するモデル事業を、社団法人日本内科学会が主体となって、平成17年9月1日から開始している。報告は随時、下記のホームページに公開されている。

1) <http://www.med-model.jp/>

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業

2) <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2005/08/h0810-1.html>

「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」について
厚生労働省医政局総務課医療安全推進室

第5章 安全管理のための方策

1. 安全文化の醸成

(1) 人は誰でも過ちを犯すことを前提としたシステムの構築 — 過ちから学び再発防止へ

人は誰でも過ちを犯す。このことは残念ながら医師をはじめとした医療人も「ヒト」であるかぎり該当し、一定の頻度で医療過誤が起きてしまうことは避けられない。また医療そのものが不確実な科学であり、高度化・複雑化していることも医療過誤が避けられないことの一つであると思われる。実際に医療事故の多くが医療人である個人の問題ではなく、組織におけるシステムとしての問題であること、しかも問題は一つではなく複数であることが指摘されている(図1)。したがって病院などの医療機関では、組織として医療過

誤を防ぐ仕組みや医療過誤が起きてても患者への被害が無いもしくは最小限に食い止められるような仕組みを構築することが必要である。

表1は医療過誤の原因が「個人のミス」によるものか「不完全なシステム」によるものかを

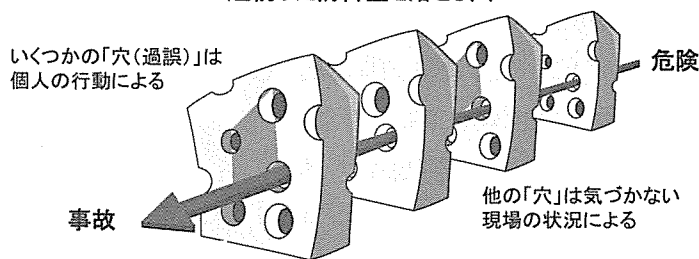
2005年にイタビューにて調査した結果である。対象は3つの病院から調査に賛同してくれた医師9人、看護師12人、患者6人であった。大変興味深いのは医師や看護師の約半数は医療過誤の原因の多くが不完全なシステムであることを理解しているが、患者は全員が個人のミスとして捉えていることである。医療安全の取り組みを促進す

るためには、患者を含む国民の多くの方々に医療過誤の多くが、個人の問題よりも医

図1

組織事故における“スイス・チーズ”モデル

連続した防御壁と落とし穴



一つの医療事故が起きる際には、そのシステムにおいて平均4.5個の過誤が存在する。

Modified from James Reason, 1991.

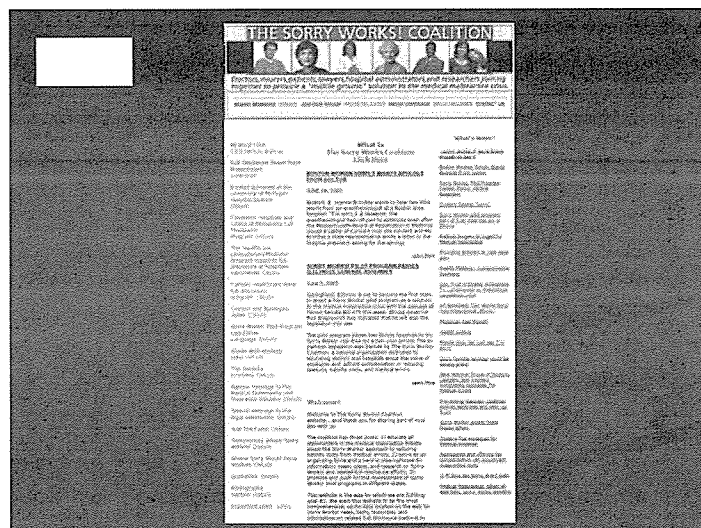
医療過誤の原因 (山本、種田)			
	医師9人	看護師 12人	患者6人
個人のミス	22% (2人)	58% (6人)	100% (6人)
不完全なシステム	11% (1人)	0%	0%
両方	56% (5人)	42% (5人)	0%
わからない	11% (1人)	0%	0%

療機関におけるシステムの問題によることを広く理解して頂き、医療人が自ら医療過誤や医療事故を防ぐために組織をあげての取り組みを促すことも必要であろう。

それでは組織をあげての取り組みとは何か。それは組織における安全文化の醸成であり、例えば、医療人が残念ながら犯してしまった医療における過ちを患者やその家族に誠実に告白・開示し、同僚とも共有して、再発防止に努めることである。犯した過ち・失敗を告白し、謝罪することは日常の生活においても辛く難しいことであるが、これが医療安全を担保するための第一歩である。この第一歩を踏み間違えると、医療安全が担保できないばかりでなく、医療訴訟へと発展したり、患者側も医療者側も経済的・精神的な大きな負担を抱えたり、お互いに満足のない結果となる。過ちを患者・家族に告白せずして職場の同僚達やその組織の中で、起きた事実の共有化を図ることは不可能である。情報の共有ができなければ、医療事故等の原因分析は困難であり、事故の再発防止も不可能となる。医療過誤の告白は、患者側の負担を軽減し、医療人が過ちから学び、患者側と共によりよい医療への改善へと繋げていくために必須の第一歩である。

(2) 米国での動き

米国は非常に訴訟の多い国である。以前は医療の現場においては、医療事故が起きると謝罪はもちろん患者・家族と事故についての話はほとんど行われていなかったようである。その米国でさえも、今は謝罪を含めた誠実な過誤の告白が訴訟の数を減らし賠償金も少なくて済むというエビデンスが出つつある(図2「The Sorry Works! Coalition」(謝罪を含めた誠実な対応が医療人にも患者にもうまくいくことを支援する団体のサイト))。



(3) 非難することのない文化

それでは医療人が自らの過ちを告白し、過ちから学び、再発防止へ活かしていくためには何が必要であろうか。そのためには医療過誤に関してお互いに非難することのない(blame-free)文化の発展、即ち安全文化の醸成が不可欠である。米国シアトルにある University of Washington の医学校では、月に一度、医療安全に関わる事例を様々な職種が共有して、皆で再発予防について議論する M&M (Morbidity &

Mortality)カンファレンスが行われている。このとき冒頭に司会者から、必ず「No blame, No shame, No name(非難したり、辱めたり、個人を名指しするようなことはしないこと)」が告げられ、皆で過ちから学ぶことの重要性が確認・強調される。

(4)日本における取り組み

日本においては、安全文化の醸成が安全な医療を提供するために、第一に重要であることが平成13年9月に厚生労働省医療安全対策検討会のヒューマンエラー部会によって報告されている(図3、図4)。

そして次のような標語なども作成され、安全文化醸成の必要性が報告されている:

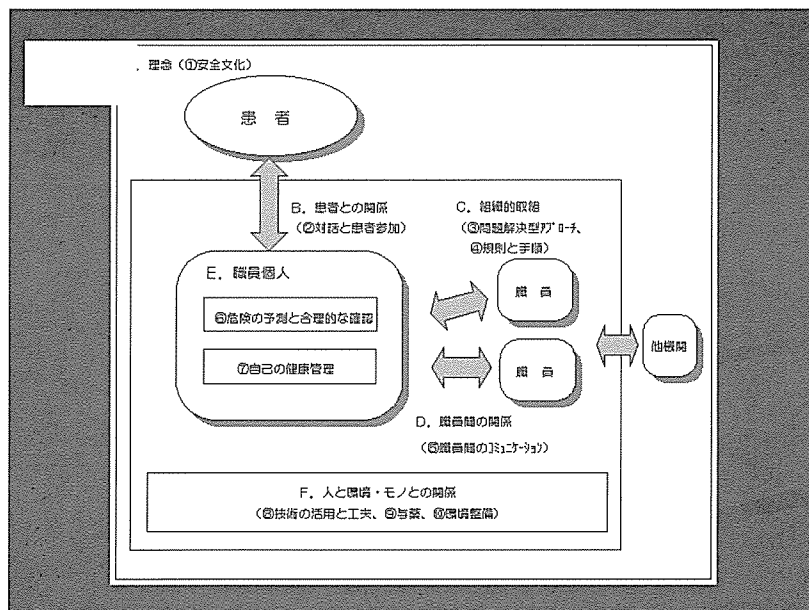
「根づかせよう安全文化 みんなの努力と活かすシステム」

- 医療において患者を最優先させることは、古くから医療人の基本的な行動規範とされてきました。
- 今日、患者の安全は何よりもまず優先されるべきであることを再認識し、医療に安全文化を根づかせていくことが必要です。
- 医療における安全文化とは、医療に従事する全ての職員が、患者の安全を最優先に考え、その実現を目指す態度や考え方およびそれを可能にする組織のあり方と言えるでしょう。
- なお、安全文化という言葉は、他の分野では「安全性に関する問題を最優先にし、その重要性に応じた配慮を行う組織や個人の特性や姿勢の総体」(国際原子力機関 1991年)という意味で用いられています。
- 人は間違えうることを前提として、システムを構築し機能させていくことが必要で

安全な医療を提供するための 10の要点(平成13年9月11日)

- 厚生労働省医療安全対策検討会のヒューマンエラー部会
- 医療機関等における既存標語の調査および先進国や他業界の取組に関する調査を行い、重要な分野・項目を検討
- 医療における安全管理体制の重要なポイント(6分野):
 - A. 理念、B. 患者との関係、C. 組織的取組、D. 職員間の関係、E. 職員個人、F. 人と環境・モノの関係
- 特に重要な10項目:
 - (1)安全文化、(2)対話と患者参加、(3)問題解決型アプローチ、(4)規則と手順、(5)職員間のコミュニケーション、(6)危険の予測と合理的な確認、(7)自己の健康管理、(8)技術の活用と工夫、(9)与薬、(10)環境整備。

図 3



す。

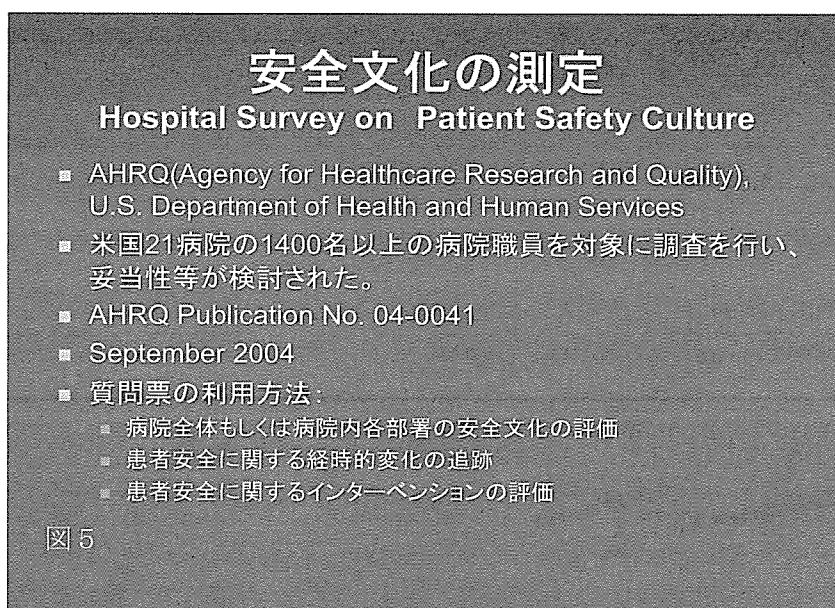
(以下、具体的な取り組みの要点)

- 全ての職員は、安全を最優先に考えて業務に取り組みましょう。
- 安全に関する知識や技術を常に学び向上することを心がけましょう。
- 管理者のリーダーシップの発揮、委員会やリスクマネジャーの設置、教育訓練の充実といった事故予防のための体制づくりに取り組みましょう。
- 業務の流れを点検し、個人の間違いが重大な事故に結びつかないようにする「フェイルセーフ」のしくみの構築に努めましょう。

(5) 安全文化の測定

海外では米国の AHRQ が中心になってこの安全文化の測定が試みられている(図5)。これによって、

自身の医療機関の安全文化の程度を他と比較したり、院内で部署毎に比較したりすることによって、ある程度客観的な安全文化の評価が可能となる。この中で安全文化とは次のように定義されている: 「組織の安全文化とは、組織における健



康と安全の管理(health and safety management)に対する責任(commitment)、形態(style)、能力(proficiency)を決定する個人およびグループの価値観(values)、態度(attitudes)、認識(perceptions)、能力(competencies)、行動パターン(patterns of behavior)の産物である。良好な安全文化を持つ組織の特徴は、相互理解に基づいた意思の疎通、安全の重要性の共通認識、予防対策の効果に対する確信、の存在である。

出典: Organising for Safety: Third Report of the ACSNI (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations) Study Group on Human Factors. Health and Safety Commission (of Great Britain). Sudbury, England: HSE Books, 1993.]

安全文化の調査を構成する要素・項目としては次のようなものがあげられている(括弧内の数字は実際の質問項目の数):

- 部署レベルの7要素
 - 上司や管理者の安全を促進するような期待や活動(4項目)
 - 組織学習—継続的改善(3項目)
 - 各部署内のチームワーク(4項目)
 - コミュニケーションの自由度(3項目)
 - 過誤に関するフィードバックとコミュニケーション(3項目)
 - 過誤に対する非懲罰的対応(3項目)
 - 人員配置(4項目)
- 病院全体としての3要素
 - 患者安全に対する病院管理支援(3項目)
 - 病院の部署全体にわたるチームワーク(4項目)
 - 患者の受け渡しや移動(4項目)
- 4つのアウトカム変数
 - 安全に対する総合的理解(4項目)
 - 出来事(インシデントなど)報告の頻度(3項目)
 - 部署レベルにおける患者安全総合評価(1項目)
 - 報告した出来事の数(1項目)

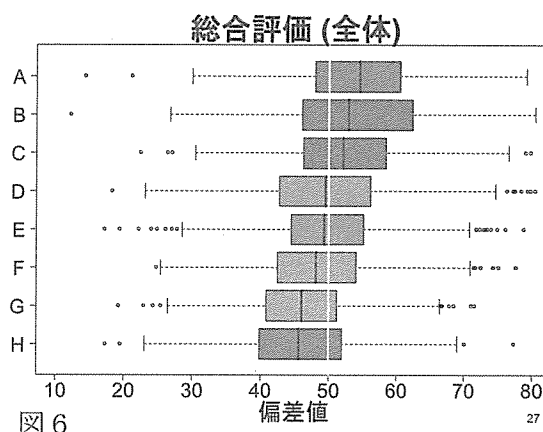


図6

国立保健医療科学院ではこの安全文化測定ツール(日本語版)を開発中であり、パイロット研究として協力を賛同して頂いた病院の全職員を対象に(2005年に8施設(4240人)、2006年に16施設(6847人))安全文化の測定を行った。参考までに2005年の調査の結果を示す。(図6~図10)

A からHの8つの病院において安全文化の醸成の程度が、病院全体として組織間で

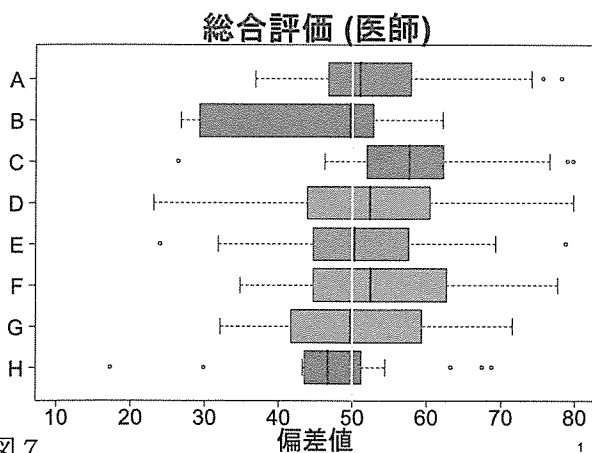


図7

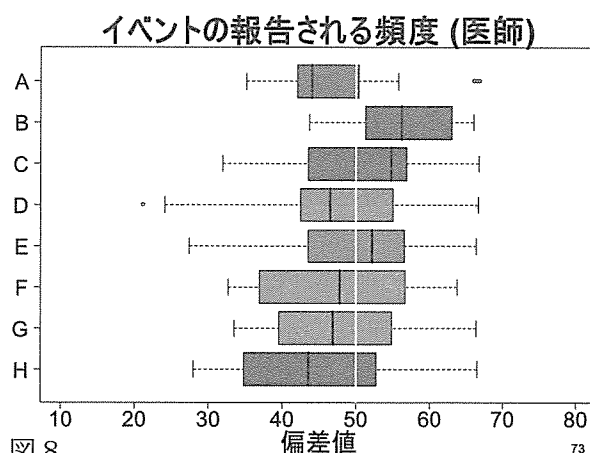
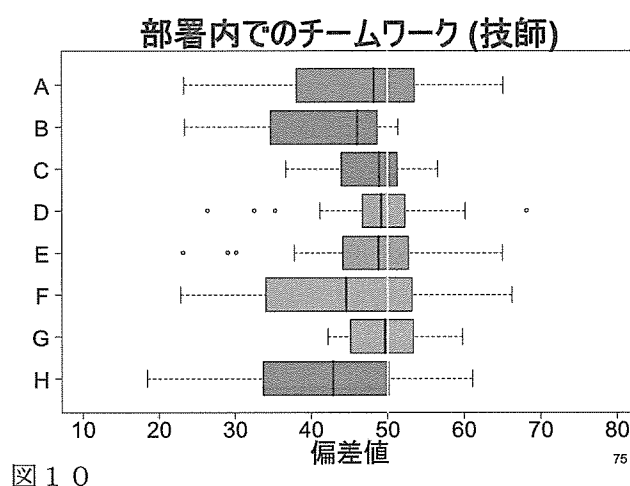
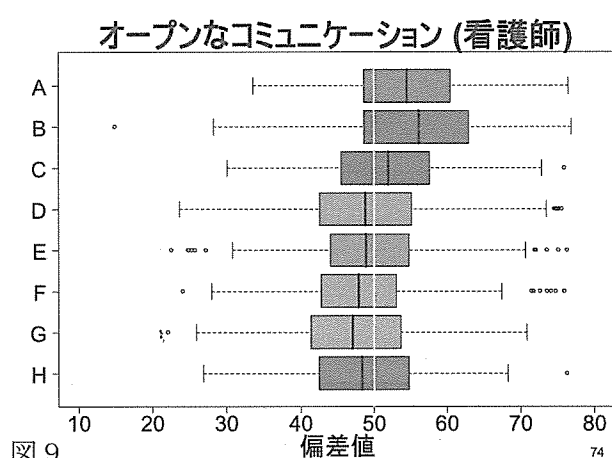


図8

も大きくバラツキがあるが、医師のみを分析すると組織間のバラツキがとくに大きいことが示されている。また、病院 A のみに着目すると、病院全体としての総合的な安全文化は最も高いが、医師のみを比較するとほぼ平均的であり、さらに「イベントの報告される頻度」という観点からはむしろ最低レベルの安全文化度であることが推測される。

図9は看護師のみを分析し、「オープンなコミュニケーション」という観点から安全文化の度合を病院間で比較した。図10は技師のみを分析し、「部署内でのチームワーク」という観点から安全文化の度合を病院間で比較した。これらの分析により、より具体的に部署毎、職種毎に安全文化の醸成について議論し対応していくことが可能と思われる。



(6) 安全文化を醸成するためには

それでは具体的に安全文化の醸成を図るためにはどうしたらよいのだろうか。様々な手法があると思われるが、一つの方法としてインシデント・アクシデントの分析を(例:RCA(Root Cause Analysis、根本原因分析))、職種横断的に行うことを提案したい。とくに直接には治療等に関わらない事務部門のスタッフも参加して分析を行うことを奨めたい。様々な職種が加わることによって、様々な視点からの分析が可能となり、当たり前とっていたことが当たり前でないことがわかったり、お互いの業務の理解が進んだりなどコミュニケーションの促進にも効果があり、事故の再発防止だけではなく安全文化の醸成にも大変役立つと思われる。

(7)まとめ

医療安全の担保のためには、残念ながら起こしてしまった医療過誤を告白して、事例の共有-再発防止へとつながる安全文化の醸成が不可欠である。そして安全文化の醸成のためには、一つの方法として自院における事例を様々な職種と一緒に分析することが有効である。

2. 医療における分析手法の運用の実際—RCA(根本原因分析法)を中心に

(医療の質・安全学会誌 第2巻1号 2007年 より抜粋)

(1)要旨

品質管理手法は、各種産業において、科学的な信頼性管理手法として発展してきた。発生事例から学ぶ事後学習型の分析手法は、事前予測型の分析手法よりも比較的簡単であり、医療分野において使いやすい。前者には、RCA(Root Cause Analysis)をはじめとして数種類あるが、本質的に大きな変わりはない。いずれも(1)発生事実の把握、(2)原因の追求、(3)予防の対策立案という3段階からなる。分析内容の客観性を担保するために多職種からなるメンバーを招集するが、労力のかかる作業であるので、時間管理が非常に重要となる。具体的には(1)発生事象を整理し、時系列にいくつかの段階に分割する、(2)各段階で、ブレインストーミング法により原因を追求し、抽出された原因の因果関係を考察する(RCAではカテゴリーの分類を後回しにできる)、(3)プロセスやシステムを改善させる対策を立案し実行して検証する、という手順となる。注意すべきは、①原因列挙をできるだけ網羅的にするため、医師をはじめ多職種の視点を導入すること、②有効な対策立案のため、病院資源の配分に決定権のある幹部が必ず参加することの2点である。

(2)はじめに

分析手法は、各種産業において、科学的な信頼性管理手法として発展してきた。不具合の原因を事後的に追求するものから、作業を行う人間の認知作用の解析に踏み込むものまで、あまたの種類がある。中でもRCA(Root Cause Analysis, 根本原因分析法)は、日本の石川馨が開発し、簡便な品質管理手法として世界中に広まっていたが、1990年代から米国では医学領域に応用されるに至った。

本邦では2002年の医療安全推進総合対策報告書により、すべての病院と有床診療所に、安全管理に関わる体制整備が義務づけられたため、各施設において発生した医療事故や未然例に対して、原因分析が組織的に行われるようになった。各種の分析手法が導入され、その体験者は飛躍的に増加しているものの、分析手法への本質的理解は未だ十分とはいえない現状である。

筆者は、国内外の研修後、数多くの医療安全講習会にて、各種の分析手法の指導を行ってきた。本稿ではこれらの経験をふまえ、初心者にも使いやすいRCAを中心に、分析手法の中心となる考え方を概観し、RCAを実践的につかひこなす「こつ」についても解説する。また、医療界に適した科学的分析法として、米国JCAHO(The Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations, 医療施設合同認定機構)も、事後学習型としてRCAを、事前予測型としてFMEA(FMEA: Failure Mode Effect Analysis, 失敗モード影響分析法)を推奨していることを付記する。〈1〉

(3)総論：分析手法、特に事後学習型分析手法の本質を知る

分析手法は、科学(science)というよりも、工学技術(engineering)である。いわゆる科学においては、同じ条件下で同じ方法を行えば、いつ誰がやっても同じ結果を得るこ

と(再現性)が不可欠だが、分析手法では、分析に参加する人間の経験と力量によって、結果が異なってくる可能性が高い。それでも、「原因探索への過程をできるだけ客観的に明らかにすれば、神のみぞ知る真実により近づけるであろう。そのためには理解できるところまで、要素に細かく分解すれば、元となった全体もわかるはずであろう」というパラダイム(paradigm 各時代における支配的な考え方の枠組み)のもと、分析手法は利用されている。換言すれば、「三人寄れば文殊の知恵」を普遍化するための、お作法を標準化したものなのである。

分析手法は、各種産業に合わせて発展してきたため、その出自や特性から多くの種類がある。投入する資源量(人材・労力・資金・時間)という点から見れば、事後学習型の分析手法(RCA・SHEL・4M-4E・VTA など)は、事前予測型の分析手法(FMEA など)よりも、取りかかりやすい特徴がある。〈2〉すなわち、前者は既に発生した事例から出発するので具体的であり、後者はリスクの全ての可能性を洗い出すため、抽象度がより高い。前者に共通するのは、(1)「何が起こったのか」という正確な事実の追求、(2)「何故起こったのか」という原因の追求、(3)「どうすれば発生を予防できるか」という対策立案の3段階である。〈3〉また前者の相違点をまとめると、RCA は、原因のカテゴリー分けを最後に回し、SHEL と 4M-4E は、要因列挙する際からカテゴリー分けを行い、VTA は、登場人物ごとに時系列に追跡し、問題となるポイントで原因を列挙する。

米国 JCAHO による RCA 運用方法〈4〉を例にとると、1.分析チームの編成、2.問題の定義、3.問題の調査、4.発生事例の確定、5.プロセスに影響を与えた要因の同定、6.他に影響を与えた要因の同定、7.顕在要因と潜在要因の評価、8.暫定的改善案の実施、9.システムの根本原因の同定、10.根本原因の取捨選択、11.根本原因同士の関係性の考察、12.リスク削減案の列挙、13.改善案の明確化、14.改善案の評価、15.行動計画への移行、16.行動計画の容認性確認、17.行動計画の実施、18.有効性を測定する尺度の開発、19.達成度の測定と評価、20.追加の行動、21.結果の伝達、と多くの確認段階を経ることによって、着実な進行が可能である。これらのうち、1.~4.が(1)発生事実の確定、5.~11.が(2)発生原因の追求、12.~21.が(3)対策立案とその後の行動と検証に相当する。

本稿では、RCA を例にして、これら3段階を概説する。

(4)各論 (1)「何が起こったのか」=時系列に事象関連図として展開

はじめに分析チームを招集する。客観的な分析のためには、当事者は(聞き取り調査のみで)メンバーに加えないことを原則とする。分析チームは、その現場をよく知る経験者を必ず含めて、ブレインストーミング法に適した5-7人程度で編成する。メンバーの職種が偏ると発想も偏ることが危惧されるので、多様な視点を確保するため