

日本医療コンフリクト・マネジメント学会

第12回学術大会 抄録

「瀬戸際で/を考える」



大会長
上尾中央総合病院
情報管理特任副院長
長谷川剛

プログラム

時間	項目
9:30	開会あいさつ
9:35-10:00	会長講演 座長：橋本 廸生（(公財)日本医療機能評価機構 執行理事） 講演：長谷川 剛（上尾中央総合病院 情報管理担当特任副院長）
10:00-11:20	特別講演（80分） 演者：古田 徹也（東京大学大学院人文社会系研究科 准教授）
11:20-12:05	教育講演（45分） 座長：藤井 清孝（医療法人徳洲会福岡徳洲会病院顧問 北里大学名誉教授） 講演：山崎 祥光（御堂筋法律事務所）
12:05-13:20	昼休み&総会（75分）
13:20-14:00	一般演題（40分） 座長：長谷川 剛（上尾中央総合病院 情報管理特任副院長） 「院内の専従医療メディエーション室4年間の実績」 佐藤 由枝 （地方独立行政法人山形県酒田市病院機構日本海総合病院 医療メディエーション室 医療メディエーション主幹） 「医療メディエーションの活用による当事者の心理的安全性と行動変容の一例」 中村 知佳子 （国立がん研究センター中央病院 医療安全管理部患者医療対話推進室 医療対話推進者／看護師）

14:00-15:00	シンポジウム1 「コロナ禍と医療メディエーション」 (60分) 座長：杉浦 良啓 (敦賀市立看護大学 名誉教授) 1. 「コロナ感染拡大下の病院診療」 (20分) 塚田 芳久 (新潟県医師会 副会長) 2. 「コロナ禍で生じた対立事例の実際」 (15分) 宮野 はるみ (社会医療法人 明和会 中通総合病院 看護部長) 3. 「withコロナでの協働」 (15分) 中西 淑美 (山形大学 医学部 准教授) 4. 全体討議 (10分)
15:05-16:25	シンポジウム2 「医療者教育を振り返るー高久史麿先生追悼セッション」 (80分) 座長：佐藤 慎哉 (山形大学 医学部総合医学教育センター 教授) 座長：廣井 直樹 (東邦大学 医学部教育開発室 教授) 1. 「医療者教育モデルコアカリキュラム総論」 (10分) 廣井 直樹 (東邦大学 医学部 教授) 2. 「多職種連携教育」 (15分) 荒神 裕之 (山梨大学 医学部付属病院 特任教授) 3. 「終末期医療の学び」 (15分) 高久 智生 (順天堂大学 医学部 准教授) 4. 「看護教育から見た多職種連携」 (15分) 小板橋 恵美子 (東邦大学 健康科学部 教授) 5. 「対話推進教育の重要性」 (15分) 中西 淑美 (山形大学 医学部 准教授) 6. 討論 (全員) (10分)
16:25-16:45	クロージングセッション ・ 学会総括 ・ 閉会の挨拶



第12回医療コンフリクトマネジメント学会へ向けて

第12回医療コンフリクトマネジメント学会の会長を務めさせていただきます上尾中央 総合病院情報管理特任副院長の長谷川剛です。医療コンフリクトマネジメントはもともと医療紛争への対応として患者の立場と医療者の立場の双方が、話し合いを通じてお互いに新しい認識に至って双方ともに次のステップに踏み出していくプロセスを支援することを目指しています(と私は思っています)。でも現実に医療現場でさまざまな医療裁判、医療紛争、クレーム、トラブル、苦情などに対応していると、ことはそんなに簡単なものではないということを痛感します。ここ20年の医療の動きを振り返って見たときに、医療メデイエーションの普及はとても大きな意味があったと確信しています。その一方でこれだけでは解決できない、あるいは取り残された問題があることも事実だと思います。今回の学会の中でもそういった話題が随所に現れてくると思います。これからのコンフリクトマネジメントを考えるヒントを掴んでいただければ幸いです。みんなでさまざまなことを考えていけるといいなと思っています。テーマを『瀬戸際で/を考える』としました。な

にやら変なテーマですね。私たちが現実の医療現場で意思決定をする場合もちろん既知の理論を利用するし、さまざまな倫理原則を適用すると思います。私自身もそうしてきたと思います。しかし何かしっくりいかないのです。あるいは何か違和感を感じるのです。「こんなはずじゃないのにな・・・」と思ってしまうのです。現場で現実の問題に立ち向かう際には、もっと切実でもっとギリギリな感じがあるのです。それはまさに瀬戸際だなと思うのです。瀬戸際で、瀬戸際を考えていると思うのです。学会の前半では東京大学の哲学の古田先生にお願いしてこの問題に接近しようと思います。これから古田先生と打ち合わせをするのですが、きっと皆様の知的好奇心を満たしてくれると思います。乞うご期待です。

長谷川剛



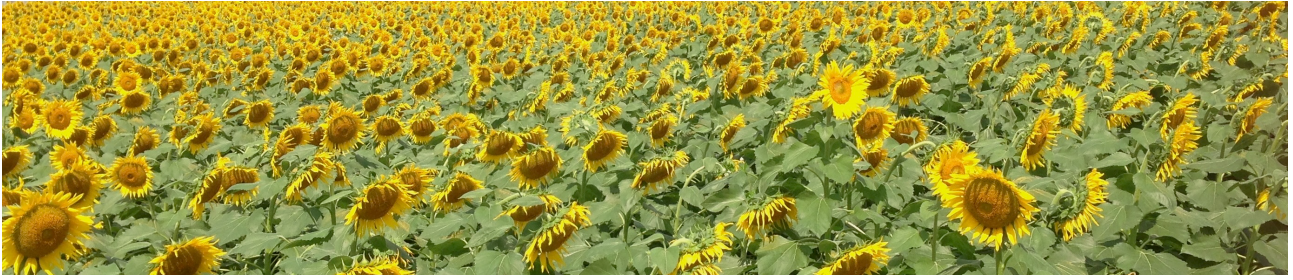
瀬戸際で、瀬戸際を考える。医療現場で人の生死に関わる意思決定をしなくてはならない場面はまさに瀬戸際だと思う。とても苦しい。様々な状況を考慮すればするほど苦しくなる。学生時代に学んだ生命倫理学の歴史に照らし合わせて、生命の尊厳を尊重することを考慮すればするほどわからなくなる。かけがえのない一人の人間として、取り替え不可能なたった一人の人間として、目の前の人を大切に思えば思うほど、自らの意思決定の重圧に押しつぶされそうになる。瀬戸際である。助けを求めて倫理学の書物を読んでも、何か違うなと感じてしまう。倫理学の学問的理論を振りかざして一刀両断で結論を出す人を見ると何か違うなと思う。

古田徹也氏の『それは私がしたことなのか―行為の哲学入門』（新曜社）では次のような一説がある（p.257-8）。

倫理学とは、理論や原則に個別の問題をあてがって答えを出力するという、単純な作業ではあり得ない。個別の問題の複雑さや当事者たちの「傷」をそれとしても受けとめ、そこに出てくる様々な概念の意味や観念間の関係性を明らかにし、偏った視点と公平な視点を共に視野に入れながら、論点を明晰に取り出していく必要がある。それはまさに、具体的な問題ごとに実地に行なわれる、手探りの探求である。様々な倫理的問題に対して、単一の理論の下に整合した解答を与えるというわけにはいかないのである。しかし、だからこそ、その探究はまさに「倫理学」という名を冠する営みでありうるし、真理に迫り、問題を本当の意味で解決しようとする営みでありうる。

ここで述べられている倫理学はまさに瀬戸際での思考のように思う。一方の極から逆側の極に振れてしまうのではなく、両極端を意識しつつ双方に振れながらも目の前の現実から目を逸らさず関わり続けながら考え続ける。苦しいがそういったことを目指し、そこに光明を見出すこと、瀬戸際の向こうに光を見出すことが私たちの目指すことではないだろうか。

長谷川剛



謝罪の問題

医療メディエーターの研修に参加したことのある人は、謝罪に2つの側面があるということを知る。共感表明と責任承認の2つの側面である。医療における望ましくない結果に対して、共感表明的な謝罪はすべきであるというように学んできたことであろう。

けれども実際に現場でさまざまな紛争事例に向き合っていると、多くの人が謝罪の問題はそんなに簡単には割り切れないということを感じているのではないだろうか？

そうこう悩んでいたところで、今回特別講演をお願いした古田徹也氏の『いつもの言葉を哲学する』（朝日新書）に出会った。同書では「謝罪にならない言葉」として「私の発言が誤解を招いたのであれば申し訳ない」とか「ご不快な思いをさせて申し訳ありません」という言葉を挙げている。それはそうかもしれない。だってこれらの言葉は、謝るべきは「誤解をさせたこと」や「不快な思いをさせたこと」だからで、相手に迷惑をかけた自らの行為については誤っていないからだ。「私の未熟さによって・・・」とか「私の不徳の致すところで・・・」といった言葉たちも、自分がなぜそれをしたのかについて具体的な説明を拒否するものであり、言い訳にしか聞こえないという状況となりうる。

以下、古田氏の記述に沿って要点だけを書き記そう。

「謝罪とは、当該の出来事に対する自分の認識を明らかにすること」であり、それは相手や世間の常識とおおむね合致していることが期待される。

「謝罪とは、認識の表明を踏まえて、自分がこれから何をするか約束すること」であり、謝罪は静的（static）な時間の流れの中のある一点で行われる儀式のようなものでなく、むしろそこがスタート地点であるということだ。同書ではこの項目で被害・損害・損失を「埋め合わせる」という表現で補償や補填の問題に触れている。当然そこでは責任とか償う、贖うといった表現も見られる。そうなれば次に出てくる問題は、「謝罪はいつ完了するのか」という難しい点だ。氏は謝罪と許しの関係をどう考えればよいのかという問題提起をされているが、紙幅の関係でこの議論は同書ではなされていない。

そして「謝罪もまた、対話の実践の一部である」と結論づけ、子供へ謝罪を教えるときの例示をもってこの項目を終えている。

かつてNancy Berlingerの『After Harm: Medical Harm and the Ethics of Forgiveness』において、医療事故後の問題としてDisclosure（説明）、Apology（謝罪）、Repentance（悔恨、良心の呵責）、Forgiveness（許し）などを重要なポイントとして挙げていて、それに感銘を受けて私なりに解釈して事故後対応について話をさせてもらっていたことがあった。

私自身は実は、医療安全の専門家であり、ヒューマンエラーであつたり回避不能なエラーや失敗が医療現場で起こることを知っているし、一方でそのことで悲嘆に暮れる患者や家族がいることも知っている。そんな中で医療者には非はほとんどなくて、どちらかというと患者や家族が過剰に反応しているような状況の場合、あえて「ご不快な思いをさせて申し訳ない」とか、「ご心労をおかけして申し訳ない」という言葉は使っていたなと過去を振り返る。それは医療の当事者が一方的に悪いとか謝罪すべきことのように思えないからそういう言い方をしてきたのだと思うし、一方で何もかもこちらが悪いと謝罪できたらどれほど楽なことかとも思ってきた。双方の気持ちや立場を考えると間に立つもの（医療安全の担当者の場合もあるだろうし、メディエーターの場合もあるだろうし、弁護士や司直の人の場合もあるだろう・・・）はとても複雑な思いでこの対応を行っているということになるし、この点はメディエーターの方々にはご理解いただけるのではないかなと思うのだからだろうか。

古田氏には『それは私がしたことなのか』（新曜社）という著書があり、特別講演ではそこまで踏み込むことは時間の関係で困難だと思われるが、そこでは行為についてのさまざまな哲学者の議論を紹介し、「意図的行為」と「過失」についての大変難しい区別に挑んでおられる。刑法上の議論も当然含まれるしそれは不回避だが、一方でこの行為と責任の話題、意図的行為と過失の話題になると多くの論者は刑法上のターミノロジーと法学的な議論に引っ張られてしまい、本当に知りたいことにたどり着けない印象を持っているのは私だけなのだろうか？

結局のところ浅学者の私は、謝罪の問題は、あくまで「スタート」地点であるということ、医療現場においては、救い難い被害損害を負った患者やその家族との「対話のスタート地点」であるということ、そしてそこにはもう一つの重要な問題である「対話へ向かう意思」が存在しないと意味をなさないということ、その意思についてはさらに膨大な議論が必要とされること、というあたりをこの問題の結論にできないのかと思案する次第なのである・・・。

長谷川剛



シンポジウムに添えて

この三年間、世界はCOVID-19という新型コロナウイルス感染症に翻弄されてきた。感染症の恐ろしいところはそのほとんどはわれわれの肉眼では見ることのできない微小な病原体によって拡散されるところだ。目に見えない病原体によって目の前の家族や知人の状態がみるみる悪くなっていく。次から次へと周りの人が倒れていく。それを目の当たりにすれば言葉にできない恐怖に襲われてしまう。

恐怖に囚われた人間は、自分自身を守るために（家族を守るために）危険があると自分が考えた対象に対して差別や隔離を開始する。この三年間私たちが見てきたものは、感染症のパンデミックは残酷な「分断」をあちこちに生み出すということだ。

国家の中でのロックダウンもその一つの現れだ。あるいは病院の中のゾーニングもその一つの現れだ。感染者に対する汚辱の意識を交えた差別意識もその表現の一つだろう。医師や看護師にとっては、この感染症診療を引き受けるべきか否かという問題も病院組織に数多くの大きな分断を生み出しただろう。

患者やその家族においても、その最も重要な臨終の時を共有できなくさせてしまい、あるいは病床での面会も著しく制限され、施設においてももはや直接顔を合わせ手を握り背中をさするという触れ合いが極端に制限されてしまった。これらも感染症パンデミックが生み出した分断の一つの現れである。

この分断の中で私たちはいかに人間としてのコミュニケーションの再興が可能であったのだろうか。この現状でメディエーターや病院管理者はいかに考えいかに行動したのだろうか。

感染症の蔓延の中でこの分断を乗り越えて人間らしいやりとりをいかに復活させるかは、今後も世界にとっての大きな課題として残るだろう。われわれは感染症という目に見えない脅威と闘いながら、目の前のゾーニングラインの手前で立ちすくみながら、まさに瀬戸際で考え続けなければならない。シンポジウムが皆様の考えを深める一助となれば幸いである。

教育はあらゆる専門職領域にとって超重要課題である。

さらに医療や法などの専門職領域のプロフェッショナリズムを考える際に、教育という視点でその内容について言及することは個々の指導者や現場の実践者に優れた示唆を与えることができると私は信じている。後進にどのような実践を教育したいかという視点はその人にとって言語化できない知恵も含めて「よりよい」パフォーマンスを目指すにあたってさまざまなことを考えさせてくれるのだ。

その一方で何を教育するのかという議論は退屈である。ときに不毛であるとさえ思える。優れた医療者を育成するのに何を与えるべきか、優れた法律家を育成するのに何を教えるべきか、この議論は非常に重要であると同時にしばしば不毛な議論に陥ってしまう。現場の実践者と教育者としての在り方から、後進への教育を考える際に、若手にどのようにあって欲しいかという気持ち、それは「欲望」と言い換えてもいいだろう、はわれわれが離れてはならない瀬戸際なのだと思う。

現在、教育の問題を考えるにあたってAIをはじめとするテクノロジーの問題から離れることはできない。一方で教育に関わるものたちのテクノロジーに関する考察には大きな不満が残る。それは当然のことなのだ。彼らもテクノロジーに飲み込まれその波の中で必死に泳ぎ喘いでいる遭難者と同様だからだ。

優れた人工知能を前にしても、やはり私は人間として最後の一線をどう考えるかを悩み続ける能力を与えることが医学教育の重要な役割だと指摘しておきたい。手塚治の優れた作品をあえて提示するのなら、『アドルフに告ぐ』ではなく、『火の鳥未来編』のなめくじの言葉をこそ引用すべきなのだと思う。それが瀬戸際を考えるということだろう。

最後に高久史麿先生の言葉で印象に残っていることの一つを紹介しておこう。

「教育の評価は難しいんです。大学でいえば、その評価は大学がどのような人間を輩出したかということに尽きるのではないのでしょうか」

教育の評価は、その教育課程によって、その修了者がよりよい実践者、よりよい教育者となっていくことでしか考えることはできないのだろうと思っているが、それは高久先生のこの言葉の影響が極めて大きい。当たり前のことだが至極明言だと思う。

長谷川剛

特別講演

「すみません」という言葉を哲学する

古田徹也

(東京大学大学院人文社会系研究科 准教授)

医療コンフリクトの防止に関しても、また、その解決に関しても、謝罪という行為がしばしば重要な位置を占めることは言うまでもありません。「最初にひとこと謝ってさえくれれば……」と批判されることもあれば、「あなたは『すみません』と言ったのに、その後何もしてくれなかった。あの謝罪は嘘だったのか」と批判されることもあります。本講演では、哲学、言語学、人類学、心理学、社会学等の幅広い知見を参照しながら、主として「すみません」という言葉を具体的に分析します。とりわけ、この言葉がなぜ謝罪以外に呼びかけや感謝にも用いられるのか、また、「I am sorry」等の関連性の高い言葉とどのように重なり合うかについて、検討を行います。その一連の作業は、謝罪という実践の多様で複雑な内実を跡づけると同時に、謝罪を図式的に「共感表明謝罪」と「責任承認謝罪」とに区分けする見方に再考を促すものともなるでしょう。

演者略歴：

1979年、熊本県生まれ。東京大学文学部卒業、同大学院人文社会系研究科博士課程修了。博士（文学）。新潟大学教育学部准教授、専修大学文学部准教授を経て、現在、東京大学大学院人文社会系研究科准教授。専攻は、主に近現代の哲学・倫理学。著書『言葉の魂の哲学』（講談社）で第41回サントリー学芸賞受賞。

教育講演

トラブルを未然に防ぐカルテの書き方

山崎祥光

(弁護士法人御堂筋法律事務所 パートナー弁護士)

残念ながら紛争が解決できなかった場合、訴訟等に移行する場合がありますが、訴訟では、裁判官が証拠に基づく事実認定を行い、認定事実を前提に判断を下します。そして、医療訴訟においては、診療記録（カルテ）の記載が事実認定の前提として非常に重要な役割を果たします。

本講演では、訴訟で診療記録がどのように扱われるかを概観したうえで、訴訟での取扱いを前提に、多忙な日常臨床の中で、どのように診療記録を記載すべきか解説します。具体的には、どのような場面で診療記録の記載に注力すべきか、どのような点に注意して記載をすべきかの一般論を解説し、続いて、より具体的な場面として、医療行為前の説明（いわゆる説明義務の場面）でどのような項目をどのように説明すべきか、そして、患者が急変した場合にその記録がどのように問題となり、どのような点に注意して記載すべきかを解説します。

一般演題 1

医療メディエーションの活用による当事者の心理的安全性と行動変容の一例

国立がん研究センター中央病院

医療安全管理部患者医療対話推進室

中村知佳子、土師菜緒子、杉本麻紀、楠本昌彦

【背景】医師側からみた適切な医療提供と誠実な対応とは裏腹に、病気の進行は患者・家族のコンフリクトを増幅させ、時に怒りから攻撃性へと変わることがある。今回、説明を繰り返しても家族が現実を受け入れず、高圧的な言葉として返されることに苦悩する医師に対し医療メディエーションを活用した結果、行動変容がみられた一例について、ここに紹介する。

【事例紹介】尿管癌術後6年目で再発した70代の患者。骨盤内再発が発覚した時には既に仙骨や小腸等への浸潤があり、ストマ造設以外には治療選択の余地はなかった。患者は症状の軽快を優先し納得したが、配偶者のストマ造設の受入れは困難であり、ストマ造設以外での様々な先進医療や癌と共存する治療を望んだ。患者の同意を得てストマを造設したが、配偶者の反発は強くストマ造設への不満、再発の早期発見が出来なかったことへの不信を募らせ、担当医に医学的判断に基づかない治療を執拗に要求し、暴言を吐く等の行為が続いた。担当医からの依頼を受け医師側に介入、リフレクションや問いを立てる等により思考整理の支援を行った。

【結果】医療メディエーションの活用により、誰よりも誠実に診療を行っていると自負していた担当医が次第に深層の思いを吐露するようになった。更に、診療科医師や病棟看護師との協働支援が担当医の心理的安全性を高め、根気強く家族対応を継続できた。その経過でKey Personが娘に代わったことも功を奏し、担当医が娘との対話の中で自らを俯瞰し、娘の思いを拓く問いを立てるようになり、患者・家族の望む自宅療養、訪問診療へ繋ぐことができた。

【考察】今回、医療メディエーションの活用により、当事者の心理的安全性が得られ行動変容が生じ、セルフメディエーション実践に繋がることが示唆された。

一般演題 2

院内の専従医療メディエーション室4年間の実績

地方独立行政法人山形県酒田市病院機構日本海総合病院

TQMセンター

佐藤由枝、島貫隆夫、栗谷義樹

【緒言】

日本の医療の質・安全は医療安全行為の標準化、職種間連携、対話文化の3側面から取り組まれてきた。これらの根底には認知の齟齬に起因するコンフリクトがあり、コンフリクト・マネジメントが重要である。2018年4月に専従認定医療対話推進者による「医療メディエーション室」を開設し、患者・家族・医療者間の対話促進と協働を4年間推進してきたので報告する。

【目的】医療対話推進室の4年間の活動実績から今後の課題を明確にする。

【方法】4年間の実施記録を遡及的に①苦情・紛争、②職員教育、③活動領域について調査した。

【結果】①年平均では、投書は263件（1051/4年）、相談・苦情は76件（304/4年）、医療メディエーション実施は10件（40/4年：和解率95%（38/40）、継続中2件）であった。苦情内容の75%が「職員の接遇・対応」で②との関連が示された。②2年間に管理者64名が「医療メディエーター養成講座基礎編」研修を終了した。その後は院内医療メディエーター育成を目指し、副師長に上述の研修を実施している。③業務は、「電話・投書対応」「一時対応困難な相談・苦情対応」「職員教育」とした。職種間連携は医療メディエーション会議の設立、臨床倫理コンサルテーションチーム事務局、各部門・関連委員会で活動し、強化・拡充していった。

【考察】医療メディエーション実施により患者・家族との対話過程を通して患者、医療者間の相互理解を深めることでコンフリクトが解決できる事を4年間の調査から確認できた。また、日常診療・看護に活かす組織活動としても確立できた。

【今後の課題】医療安全・質を基本としたコンフリクト・マネジメントや職員の対話文化の醸成・育成等、継続的に取り組んでいきたい。

シンポジウム 1

コロナ禍と医療メディエーション

座長： 敦賀市立看護大学名誉教授 杉浦良啓

1. 感染拡大下の病院診療

塚田芳久（新潟県立新発田病院名誉院長、新潟県医師会副会長）

2. コロナ禍で生じた対立事例の実際

宮野はるみ（中通総合病院看護部長）

3. withコロナでの協働

中西淑美（山形大学医学部）

1 感染拡大下の病院診療

塚田芳久（新潟県立新発田病院名誉院長、新潟県医師会副会長）

従来から、医療における認知齟齬に起因する紛争は、枚挙に暇がないほど日常的に存在している。多くは医療情報の難しさ、加えて将来予測の難しさ、人生や社会生活への影響など、潜在的な課題が内在していることに起因している。

今回テーマの新型コロナウイルス感染症（以下COVID-19）は、世界的な感染爆発（以下パンデミック）を起こし、2020年1月から日本国内に感染拡大しました。スペイン風邪からほぼ100年を経てのパンデミックに、人類は遺伝子解析による検査キットの開発、メッセンジャーRNAワクチン、抗ウイルス薬開発など対抗措置は、人類の英知を結集し、異例の速さで展開した。しかしながら、免疫応答の複雑さ、遺伝子変異の速さなどCOVID-19の特性は厄介で、長期のパンデミックを招来している。

病院を取り巻く環境においても、私の長い病院管理において、これまで経験のないコンフリクトが数多く発生した。新潟県立新発田病院は地域の基幹病院であるので、急性期病院として、救命救急センターを持つ病院の救急医療継続において、職員の福利厚生・安全管理を果たしながら、社会との関係性を保つため、あらゆる関係に齟齬が生じたCOVID-19パンデミック対応を行ってきた。

多くの課題は、変幻自在な未知のウイルスに起因するが、人の持つ特性や地域性や社会性が起因するとも考えられた。病院は国や都道府県や市町村など行政、医療機関や福祉施設や医師会など医療界と連携して、コンフリクト縮小に対応してきた。3年間を振り返り、幾つかの具体例を含めCOVID-19パンデミックを、コンフリクトという視点から考察する。

2 コロナ禍で浮上する病院内の対立

宮野 はるみ（社会医療法人明和会中通総合病院看護部）

自施設は、救急医療に積極的に取り組み24時間365日開かれた病院として、夜間・休日も多く患者を受け入れ、新型コロナウイルス感染症重点医療機関として地域で役割を果たしてきた。こういった状況下では、病院内外でコンフリクト（認識の齟齬）が生まれやすく、コミュニケーション・ギャップが発現してくる。その理由は、現状認識（である事）、規範（すべき事）、欲求（したい事）の判断が、それぞれの人、職種や立場等違いが出るため、コンフリクトとなる。その対応には、“対話”を通じることであるが、相互理解の視野が広がり気付きを得ることを認識していても、否定的な感情（怒り、嫌悪感、恐怖など）が先行してしまいがちである。

折しも、県内の陽性患者の増加と職員休務者の増加が重なった時期に、当院初の救急患者受け入れ制限（かかりつけ患者以外）を実施せざるを得ないほど、病床が逼迫した。その際、病院管理部と現場の関連部署との間で対応策の解釈の違いが生じ、それを是正するための“対話”の場を持った。しかし、双方の否定的な感情が繰り広げられ、先の見通しの立たない状態が長期間にわたり、様々なリスクへの対応で病院管理部、現場の管理者共にストレスとコンフリクトは増大した。対話に非参加の担当者は情報の共有や相互理解に至らず、“対話”は、否定感情が増幅し、権限を有する側の主張の強化になっていった。

コンフリクトへの“対話”には、各々の正しさを追及するのではなく、相手を尊重した受容や共感的姿勢に根ざした協働的対応が、大切であることを改めて経験した。“対話”で未来を拓くには、正しさを思考した相手の考え方、どのような感情を持ちどう考えたかを知らない限り、課題を解決する具体的な対策を探ることはできない。医療メディエーションの“対話”では、院内連携を強めることを目的とし、公正性は目標にすることである。そして、基本は自己と相手を承認し尊重することである。

3 withコロナでの協働

中西淑美（山形大学医学部 総合医学教育センター）

感染防止は、個々人の感染予防や協力によって初めて、社会全体としての感染症予防が実現する。そのためには、社会的利益と個人の権利・利益の双方の均衡を保ちつつ、影響を被る諸価値が、第三者の判断ではなく、個人の判断での、どの程度の善である価値として承認できるかである。

Withコロナ禍では、リスクとコンフリクトを基軸にする社会としての応答システムを構築することが必要である。そのためには、国際的な視野に立った社会的責任の視点を取り入れ、さまざまな害や傷に対する、人々の修復的な協働支援と相互連携の管理が機能することが要請される。

当事者への支援とは、そこにいる人（human）とその存在(being)への支援から始まる。当事者たちが「害」や「傷」から立ち上がるためには、個々のインタレストに沿った、関係者同士の相互理解に基づく対話過程がなければ、その傷ついた「害」からの真の意味での立ち上がりは難しい。「忘却」は、忘却することの処理により、個々のお互いの「時」と「関係性」を止めた軌跡であり、当事者たちによる「時と関係性」が再構築されることで、「傷」は、「害」を超え、「乗り越え（transcend）」に繋がっていく。

人々は、個人の価値と社会的責任の狭間で、コロナ禍で辛く厳しい日々を過ごしてきた。特に、医療関係者は、“社会的感染症”である「偏見や差別」といった経験があった。また、院外の対外的対応のみならず、院内の内部環境中でもさまざまなコンフリクトに遭遇した。コロナ禍とコンフリクトの中で、今、できる、相手への関心や尊重といった、「withコロナ禍での協働」について、考えてみたい。

感染や健康被害を超えて、経済社会への変革を恐れず、今、ここで生きていることを大切に尊重しあえる社会になることが、「協働」である。

限りある地球環境で、世界を揺るがしたパンデミック、新型コロナウイルス（SARS-CoV-II）感染への対応の経験が無駄に終わらせないようにしたい。

シンポジウム2

医療者教育を振り返る

—高久史麿先生追悼セッション—

座 長：山形大学医学部総合医学教育センター教授

佐藤 慎哉

東邦大学医学部教育開発室教授 廣井直樹

1 「医療者教育モデルコアカリキュラム総論」

廣井直樹（東邦大学医学部）

2 「多職種連携教育」

荒神裕之（山梨大学医学部）

3 「終末期医療の学び」

高久智生（順天堂大学医学部）

4 「看護教育から見た多職種連携」

小板橋恵美子（東邦大学健康科学部）

5 「対話推進教育の重要性」

中西淑美（山形大学医学部）

1 医療者教育モデルコアカリキュラム総論

廣井直樹（東邦大学医学部 教育開発室）

モデル・コア・カリキュラム（以下コアカリ）とは、所属する学部で学ぶ学生（医学部であれば医学生、看護学部であれば看護学生）全員が到達すべき最低限の能力水準・修得内容を「コア」として明示し、「モデル」として体系的に整理したものである。

医・歯学教育では平成13年3月に、薬学教育は14年8月、看護学部も平成29年10月に策定され、医療系4学部ではすでにコアカリに基づいた教育プログラムが始まっている。今回、医・歯・薬学教育コアカリ令和4年度改訂版が公表されるにあたり、多職種の卒前段階の教育の水平的な協調を進め、医療人として価値観を共有することは重要であるとの考えのもと、また、医療人として求められる基本的な資質・能力は、専門分野に関わらず共通しているという視点から、「求められる基本的な資質・能力」に関して原則として医学・歯学・薬学の3領域で共通化したことが特徴である。

本発表では、医療系4学部のコアカリの基本的な理念と共通部分について解説することで、多職種連携教育の重要性を考える基本的な理解を深めていきたいと考えている。

2 多職種連携教育

荒神裕之（山梨大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部）

私は、現在、一般社団法人「医療の質・安全学会」の理事を拝命しているが、高久史磨先生は、発起人の中心的メンバーとして初代理事長をお務めになり、長年に渡り、日本の医療の質と安全性の向上に向けた取り組みに尽力されてこられた。

なかでも臨床現場における多職種連携は、安全性向上のための重要なテーマの1つである。高久先生が、学会誌創刊にあたり「この学会は医療の安全に関与する全ての研究者の参加によって成り立っている学際的な学会である。」と述べておられる通り、医療の基盤である安全は、学際的、すなわち専門家による協働の下に成り立つものである。医療施設内のチーム医療の推進はもとより、地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題とされる中、新型コロナウイルス感染まん延の医療ひっ迫でも露呈したように、地域単位での医療機能分化と多職種連携が一層求められている。本発表では、多職種連携教育の現在地点を明らかにし、今後望まれる方向性について報告する。

3 終末期医療の学び

高久智生（順天堂大学医学部内科学血液学講座）

がん治療に従事する医師として、多くのがん患者の終末期医療に携わってきましたが、このたび患者の親族として終末期医療を経験する機会を得ました。

その際に直面した最も困難だと感じた事は、多様に変化をする終末期の状況下で医師として常に冷静な判断をしなければならず、感情的な要素をできる限り抑制する事が求められるものの、親族としてはそれらが難しい点が挙げられます。さらに、日常診療において、基本的に一貫した治療方針が求められるが、その点に関しても常に大きな葛藤や悩みを抱える事となりました。

本講演においては、患者家族の立場となった医師が直面した様々な矛盾や葛藤、そして本邦における終末期医療の現状についてお話しさせていただきます。

4 看護教育から見た多職種連携

小板橋恵美子（東邦大学健康科学部）

多職種連携教育を取り入れる看護師等養成機関は年々増加しているが、1科目以上の連携教育科目を開講している養成校は13%であり¹⁾、体系的な連携教育を受ける機会がなく看護師として就職している者も多い。さらに、卒後の多職種連携は病院における栄養サポートチーム、地域での在宅ケアなどで単発的に経験するのみで、しかも施設独自に行われている²⁾ など、看護職の多くは模索しながらその調整機能を働かせつつ、実践しているのが実状だと思われる。円滑な連携に必要なものの一つに調整機能があげられ、その機能を発揮するには他の職種のみならず自分の専門性や立ち位置を理解していることが不可欠である。学生がその専門性を自ら表現できるようになる環境を提供していくこと、また看護以外の学生の教育背景に触れる機会を設けていくことがその一助になるととらえている。今回、医療職者教育の議論に資する一資料として、看護教育に携わる立場から多職種連携教育の実践を紹介する。

1) 伊藤裕佳ほか：看護師等学校養成所における専門職連携教育の実装状況と課題，保健医療福祉連携15巻1号，2022年，pp.2-10

2) 須藤誠ほか：コロナ禍以前の文献レビューから学び得た多職種連携教育の課題，保健医療福祉連携14巻2号，2021年，pp.153-163

5 対話推進教育の重要性

中西淑美（山形大学医学部総合医学教育センター）

医療メディエーションは両当事者の対話の過程で新たな関係性構築を行う協働意思決定の対話推進概念である。また、自他のコンフリクトの解決を模索する新しいコンフリクト・マネジメントでもある。このモデルの構成は、学術的な理論を基に、多重な構成となっている。そして、一つ一つのスキルは、独立的でなく相互関連を持ったものである。このため、スキルを段階的に積み上げるという学習法では修得が容易ではない。また、この学習は、多職種を対象とし、各自なりの考え方・理論（self-concept）や価値観（values）、目的（needs）、経験（experience）を既に持っている現場で働く意思（ウィル）のある“人間”である。このことは、1つの学習課題に直面した場合に学習者により様々な応答が起き、各人各様の学習過程が生まれることを意味する。このため、対話推進教育とは、成人学習の考えを土台に専門教育を行うことが適切である。このことからproficiency-based professional learningともいえる。学習は、哲学（知）、心理学、言語学、人類学、教育学、教授学、認知や情報の科学的知見などが反映されている学際的な概念である。このような背景を念頭に起きながら、対話推進教育として医療メディエーションモデル学習の重要性を示すことにしたい。

