
論 説

医療コンフリクト解決への修復的正義の 応用に関する理論的検討

熊本大学大学院人文社会科学研究所

石 原 明 子

1. はじめに

日本では、2004年にADR法が成立した。ADRすなわち裁判外紛争解決の手段としては、国際的潮流では、mediationやarbitrationが主なものとしてあげられる。Mediationは、日本語に直訳すると調停であるが、国際社会におけるmediationの標準的なイメージと、日本における調停の標準的なイメージは異なっている。Mediationは一般に、紛争当事者が同席をして、mediator（調停人）は両者の自発的な対話を司会者的な役割で支援をする。mediatorの役割は対話がスムーズに建設的に進行することを支援することであり、紛争の解決策や合意案を提言したり決めたりすることではない。一方で、日本の調停は、紛争当事者が同席をせず、別席で行われることが多い。また調停人によっては、紛争当事者を諭したり、解決策や合意案を提言したりすることも少なくない。このような背景を受け、日本でも、国際的潮流におけるmediationの精神を大切にしたい場合には、調停と単に呼ぶのではなく、対話促進型同席調停と呼んだり、カタカナでメディエーションと呼んだりすることが多い。

日本において、この意味におけるメディエーションの考え方と名称⁽¹⁾が、最も普及した分野は医療分野といえる。医療分野では、1990年代の半ばから、医療安全や医療事故への社会的関心の高まりを受け、2000年代前半に向けて医療紛争が急増していった。医療の結果をめぐる紛争や苦情の

論 説

増加を受け、医療現場は疲弊し、退職する医療者や閉院する医療機関も出てきた。また、疑義や苦情を申し出る患者や家族に対して「モンスター・ペイシエント」などと名付ける風潮も始まり、患者や家族にとっても、この状況は好ましくはない状況であった。このような状況を受け、民間の諸団体や厚生労働省は、医療現場で結果等をめぐる紛争を予防し解決するための対話の推進に力を入れ、現在は、「患者サポート体制充実加算」という形で「医療対話推進者」を配置することが、保険点数として病院の収入にもつながるような制度設計になっている⁽²⁾。この対話推進の中で、いわゆるメディエーションの考え方も多用されている。

本稿では、医療現場における主に医療の結果を巡っての「患者・家族」と「病院・医療者」とのコンフリクト（以下、医療コンフリクトと呼ぶ）への主に対話を通じた対応に、修復的正義（restorative justice）を応用することの可能性と意義を、理論的に検討する。医療現場でのコンフリクトは、医療スタッフ同士のコンフリクト、労使のコンフリクト、医療者と患者・家族らのコンフリクトなど様々なものがあり得るが、本稿では、医療事故や医療の結果をめぐる医療者と患者・家族のコンフリクトにのみ焦点を絞る。それらのコンフリクトは、院内での話し合いで解決できない場合には、訴訟に至る場合もあるが、本稿では法的な紛争に至る前の医療者と患者・家族のコンフリクトの、対話等による解決について論じる。また、医療コンフリクトの対象になる事例の中には、医学の専門的知見からは過誤があった（医療事故）とはいえないが医療行為の結果として悪い状態になる場合や、過誤はあったが有害な結果はもたらされなかったという場合もある⁽³⁾。医療コンフリクトをめぐる対話は、これらの多様な事例が混在した中でなされるので、本稿でも、医学の専門的知見から見ての過誤の有無には関係なく、医療の結果や医療行為をめぐる医療者と患者・家族がコンフリクトを抱える場合をすべて対象として論じる。

修復的正義（restorative justice）は、世界的には、刑事司法の分野で被害者加害者対話（被害者加害者メディエーション）として取り組まれたが、

医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

1990年代以降は、刑事犯罪の事例のみならず、教育現場でのいじめや非行への対応、内戦後の和解の促進、福祉現場での虐待の予防など、人間関係において傷つけ傷つけられる関係がある場合の紛争解決の理論として、幅広く応用がなされるようになった⁽⁴⁾。日本では、2000年ごろ刑法研究者らによって修復的司法と訳され紹介されたが、現在では、世界における幅広い応用の流れを受け、修復的正義という訳も定着してきている。

日本の医療現場における対話によるコンフリクト対応は、2004年ごろから実践と理論的研究が急激に進み、問題解決型アプローチ（ウィンウィン解決）、トランスフォーマティブ・アプローチ、ナラティブ・アプローチなど⁽⁵⁾、多様な理論の応用が議論されてきたが、修復的正義の応用は近年まで表立っては議論されてこなかった。本稿では、日本の医療現場において修復的正義の応用が前面に出されてこなかった背景も考察しながら、その応用可能性と、応用の先に見えてくる医療と修復的正義の姿について考察したい。

2. 日本での医療コンフリクト対応と医療対話推進の歴史

2.1 患者安全への関心と医療コンフリクト

日本における医療訴訟の数は、1990年代より増加し、2004年にピークを迎え、その後減少横ばいに転じた⁽⁶⁾。医療訴訟の増加の背景の一つでもあるが、医療事故への世間への関心が高まる大きなきっかけとなったのが、1999年の横浜市立大学病院における患者取り違え事件⁽⁷⁾である。このころから医療事故に関する新聞報道記事も急増し、医療訴訟もさらに増えていった。

訴訟対策という側面のみならず、医療政策の重要な柱として厚生労働省が患者安全（医療事故予防）に力を入れ始めたのは、このころ1990年代終盤ころからである。この時期に患者安全⁽⁸⁾や医療事故（とそれに伴う医

論 説

療訴訟)への関心が高まり始めたのは、日本に限ったことではなく、米国や欧州においても、同時多発的にこの現象が起こった。

その背景には何があるかについては、患者や家族の消費者意識や権利意識の向上など複数の要因が指摘されてきた⁽⁹⁾が、医療側にも大きな要因がある。それは、医療の進歩による「医療の標準化」が可能になったこと、そのことによって「医療の質」が議論されるようになったことである⁽¹⁰⁾。「医療の標準化」というのは、どのような病態に対してどのような医療行為を行うのが標準なのか、という共通認識であり、エビデンスベースドメディシン (EBM) や治療ガイドライン、クリニカルパスなどに代表されるものである。

裏を返せば、それまでの医療は、その治療手順や効果に関して、その標準的な姿が規定できないほどあいまいなものであった⁽¹¹⁾。それに対し、医学知識や医療技術が発展し、ある病態に対してどのような医療行為をすべきで、どのような効果が期待できるのか、が共通して問えるようになったため、医療事故や患者安全が問えるようになった。「医療の標準化」が可能になったからこそ、初めて、標準的診療計画から外れる医療行為によって有害な状況が起こったことを「医療事故」として問えるようになったのである。

このような世界的潮流の中で日本でも例外ではなく、前述のように、患者安全・医療事故に関する世間の関心も高まり、1990年代半ばから医療訴訟が増加した。医療現場で、治療の結果に関する患者や家族からの苦情や疑義 (コンフリクト) が発生しても、すべてが訴訟にいくわけではないことから推測すれば、医療現場が抱えるコンフリクトの数も増えかつ膨大になったということである。コンフリクトに疲弊して医療者が退職したり、特定の診療科を閉めたりせざる得ない状況が顕れ、「医療崩壊」⁽¹²⁾という言葉でその危機感が示されるほどになっていた。医療事故予防すなわち患者安全の推進と同時に、医療訴訟を予防する医療コンフリクト対応の取り組みのニーズが現場で高まっていった。

2.2 医療対話推進への取り組み

上記の医療現場の疲弊と危機感に呼応して、現在の医療対話推進者の育成と設置につながる医療コンフリクト対応の取り組みが、2000年代中盤から開始された。病院管理を管轄する諸団体、医療紛争を研究してきた研究者、医療事故の被害者、医療コミュニケーション教育や患者人権団体などが、取り組み始めた⁽¹³⁾。ここでは、現在の診療報酬の「患者サポート体制充実加算」に位置づけられる医療対話推進者の制度設計に中心的役割を果たした二団体の流れを中心に論じたい。

(1) 日本医療メディエーター協会⁽¹⁴⁾

医療現場の危機感に対応するため、2003年から2004年にかけて、日本医療機能評価機構の事業として、法社会学・ADR研究者である和田仁孝と助産師であり和田が指導する大学院生であった中西淑美が中心的役割を担い、医療コンフリクト対応のトレーニングプログラムが開発された。これはのちに、「医療メディエーター育成」としてプログラム化され、2007年3月に日本医療メディエーター協会が設立された。現在まで日本医学会会長である高久文麿が本会の代表理事であることに象徴されるように、この医療メディエーター育成の取り組みは、当時医療コンフリクト対応に疲弊し危機感を抱えていた医療機関のニーズに合致し、急速に医療機関の間で知られ広がっていった。日本医療メディエーター協会として、トレーニングプログラムを終えた人に、認証を行う民間制度を確立した。

医療メディエーター協会が育成する医療メディエーターにはいくつかの特徴がある。最大の特徴は、医療機関のスタッフがメディエーターを務める点である。通常、紛争解決におけるメディエーターには中立性が求められ、紛争当事者ではない第三者がその役割を務める。その意味では、本来のメディエーションの在り方からすると、医療機関・医療者と患者・家族のコンフリクトの解決のためには、院外の第三者がメディエーターの役割をするのが標準形である。しかし、本協会が育成する医療メディエーター

論 説

は「院内メディエーター」と呼ばれ、患者・家族と医療機関・医療者の間でコンフリクトが起こったときに、紛争当事者である医療機関のスタッフが、メディエーション・スキルを用い、院内で解決に取り組む、という特徴的な構造をもつものであった⁽¹⁵⁾。

(2) NPO法人 懸け橋⁽¹⁶⁾

もう一つの団体は、医療事故で息子を亡くした医療事故被害者であり、その経験をふまえて医療現場で患者相談や患者・家族と医療者とのコミュニケーションを助ける活動などを新葛飾病院でしていた豊田郁子を中心に、他の医療事故被害者や、元裁判官で生命倫理やADRの研究者でもある稲葉一人、医療事故被害者支援を続けていた医師の加部一彦らによって設立された。2006年に、豊田が活動をしていた新葛飾病院で「医療ADR(裁判外紛争解決)研修会」を実施、2008年3月には、医療メディエーション研究会「架け橋」を設立した。しかし半年後の同年9月「架け橋～患者・家族との信頼関係をつなぐ対話研究会」と改名し、院内患者相談員の研修を開始、さらに2012年には「患者・家族と医療をつなぐNPO法人 架け橋」を設立した。診療報酬における「患者サポート体制充実加算」が新設された2012年には、当NPO法人の立ち上げメンバーの一人である稲葉一人が、厚生労働科学特別研究事業「医療対話仲介者(仮称)の実態把握と役割・能力の明確化に関する研究班」の研究代表者を務めた。稲葉らは、日本医療メディエーター協会も含め、医療対話の仲介や推進に関する活動をする国内リーダーの意見を調査、整理し、その結果、現在のような保険点数の対象となる医療対話推進者の在り方にまとまっていった⁽¹⁷⁾。

上記の医療対話推進者育成の中心となった二団体には、立ち上げの時期から厚労省による制度設計が一定の落ち着きを見せる2013年ころまで、立場の違い、ある種の緊張関係があった⁽¹⁸⁾。そこには日本の医療コンフリクト対応の特殊性を背景にした本質的な問いがあったと筆者は考える。

医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

まず特殊性についてであるが、コンフリクト解決には一般には中立な第三者がその解決支援にあたるのが通常であるが、日本の医療コンフリクト解決、特に対話による医療コンフリクトの解決の議論は、あくまでも、紛争当事者である医療機関内部にどのような人を設置すべきか、という議論が中心であったという点である。この文脈で、医療機関内部にあって、医療機関と患者・家族のコンフリクトに取り組むための人材は、どのような存在であるべきか、という問いが、両者の緊張関係の中に存在した。

この問いを巡っての、惑いと探求のプロセスは、「懸け橋」の度重なる名称の変更に端的に示されていると筆者は考える。「懸け橋」が、2008年に、医療メディエーション研究会「架け橋」という名前でスタートし、同年9月「架け橋～患者・家族との信頼関係をつなぐ対話研究会」と改名し、2012年には「患者・家族と医療をつなぐNPO法人 架け橋」となったことは、すでに述べた。「懸け橋」が団体として設立されて最初の改称をする2008年は、ちょうど、前述（1）の日本医療メディエーター協会が医療界の大きな共感を得て設立されてから1年がたち、本協会の研修による院内メディエーターが医療業界で普及してきている時期であった。そこでは当初、メディエーターとは原則的に「中立」な立場で対話を支援するものであるという考え方が紹介され⁽¹⁹⁾、また、メディエーターの精神として「ケア」の精神が強調されていた。例えば「医療の結果について苦情や疑義を申し出る患者や家族の発言の背景には、うまく行かなかった医療の結果への悲しみの感情がある。だから、彼らへの対応はコンフリクトの敵として対応するのでなく、悲しみを携えた患者・家族への心のケアやグリーフケアのマインドをもって傾聴的に接しましょう」という語りがされていた。この視点（語り）は、患者や家族の「ケア」のマインドには慣れている医療者たちにとって、理解がしやすいものであったと推測できる。

一方、上記の院内メディエーターが「中立」で「ケア」をしているという視点（語り）は、医療事故の被害者の立場からみると違和感のあるものであった。第一に、紛争当事者である医療機関スタッフが「中立」とい

論 説

うのは、本質的に矛盾している。医療事故を疑って医療コンフリクトのただなかにある患者・家族からすると、コンフリクトの「敵」が「中立」であると名乗っているようにも見える。そのため、院内で対話推進を行う以上は、本来「中立」であるべき「メディエーター（調停人）」とは呼ぶべきではないのではないか、という点である。第二に、「ケア」をしている、という発想への違和感である。病院の対応に疑義や苦情を申し立てている患者や家族に対して、「ケア」モデルによって「彼らは悲しみをぶつける先として、医療者に対して怒っているだけなのだ」という視点でばかり患者や家族の話を聞いてしまうとその言い分は内容に焦点が当てられるよりも、ケアの対象として解消されてしまうこともある。また、医療コンフリクト対応における医療者の患者・家族への「ケア」の過剰な強調は「ガス抜き」の発想になってはいないだろうか、という危惧も医療事故被害経験者たちからは示された⁽²⁰⁾。

医療事故で自らの息子を亡くした経験を経て院内の患者相談やコミュニケーション支援を行っていた「懸け橋」の豊田は「医療現場において、患者や家族と医療者は、医学知識の差やいのちを預け・預かる人という関係の中で対等ではない。だから、院内に必要なのは、単に中立であろうとするメディエーターではなく、より患者の立場にたって権利擁護するアドボケーターに近い存在である必要があるのではないか。そして医療コンフリクトが起こったときに対応するだけでなく、普段の日常の医療において、患者の傍らでアドボケーター的にコミュニケーションを助けることが大切である」という趣旨のことを語った⁽²¹⁾。

これらを背景に、医療コンフリクトに対応した代表的な二つの団体は、トレーニングの内容や最終的に目指す点は重なりつつも、その出発点や表現方法において差異と緊張関係をもっていた。そのような中で、2012年の診療報酬改定で、日常からコンフリクト時までの患者相談支援などをサポートすることが医療機関の収入につながる「患者サポート体制充実加算」が新設される。当初は、医療業界で普及していた「医療メディエーター」

医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

という用語がそのまま国の制度に採用されるかもしれないという議論があったが、このような本質的な問いを巡る緊張関係の中で、稲葉一人を研究代表者とする2012年に厚生労働科学特別研究事業「医療対話仲介者（仮称）の実態把握と役割・能力の明確化に関する研究班」における調査・整理を経て、現在のような保険点数の対象となる医療対話推進者の育成の在り方が定着していった⁽²²⁾。

2.3 医療対話推進と修復的正義

上記のように、医療対話推進者育成における中心的な団体については、院内で医療対話を推進する人の役割や位置づけについての意見の相違があったが、いずれの団体においても、医療対話推進において修復的正義を積極的に応用しようという動きはなかった。

特に、日本医療メディエーター協会の和田と中西は、多くの医療コンフリクト対応やメディエーションの教科書を執筆してきた。2006年に出版された『医療コンフリクト・マネジメント』では、主にトランスフォーマティブ・アプローチや問題解決型アプローチの理論がベースになっていた⁽²³⁾。そして次に2011年に出版された『医療メディエーション—医療コンフリクト・マネジメントへのナラティブアプローチ』では、ナラティブ・アプローチの考えが応用されていた⁽²⁴⁾が、その教科書で修復的正義に触られることはなかった。もともと修復的正義は、交通事故を含め各種事故後の被害者加害者メディエーションに応用されており、医療事故後の対話支援にも国際的には使われている⁽²⁵⁾が、なぜ日本では、院内の医療コンフリクト対応において、修復的正義の応用が表立って議論されてくることはなかったのだろうか。

それには、下記の背景があったと筆者は考える。一つには、大野病院事件とそれを巡る医療界の反応に象徴されるような、医療コンフリクトをめぐる医療界と刑事司法の強い緊張関係である。大野病院事件は、福島県立大野病院で、2004年12月に帝王切開の末に妊婦が死亡した事例につき、

論 説

2006年2月に執刀の産科医が警察によって逮捕され、翌月に起訴された事件である⁽²⁶⁾。病院設置者である福島県が2005年に医療事故調査委員会を設置し、医療側の過失ありと判断、その後マスメディアなどで医療ミス事例として大きく報道された中で警察の捜査が動き、医師が業務上過失致死罪と医師法違反で起訴された。最終的には、2008年に裁判で医師の無罪が確定した。大野病院での事故が起こった2004年は、医療訴訟件数がピークを迎える年であり、ただでさえ医療業界の医療事故や医療紛争に対する緊張の高い時期であったが、その中であって現役の医師が警察によって実際に逮捕される事態は、医療界全体に強い衝撃を与えた。医療業界では、「善意で医療をやっているのに警察に逮捕されるようでは、医療などやられない」との声を代表にして、刑事司法に介入されることへの強い反対があがった⁽²⁷⁾。「医師逮捕は不当」との1万人を越す署名が集まった。特に当時は、医療訴訟の増加も背景にして、産科を閉院する医療機関が増え、全国的な産科医不足の時期であり、このような刑事司法の介入が「医療崩壊」を進めるのだという世論の形成にもつながった。このような医療界と刑事司法の強い緊張の只中で、日本医療メディエーター協会や懸け橋などの医療対話推進者育成の活動も始まったのであった。

一方、日本における修復的正義は、2000年ごろ、刑法学者らによって刑事犯罪における被害者加害者対話として修復的司法という名称で紹介された⁽²⁸⁾。現在では日本でも、修復的正義は、犯罪のみならず、傷つけたり傷つけられたりの関係性からの責任と癒しのある人間関係回復のための理論として、教育現場や福祉現場など多様な現場での応用がされるものであるという理解がある。しかし、医療コンフリクト対応が理論された初期においては、修復的正義は主に修復的司法と呼ばれており、刑事犯罪の場合の被害者加害者対話であると理解されていたため、司法の介入特に医療者が犯罪者扱いされることに強い拒否感を医療界が示していた中で、修復的正義の医療コンフリクトへの応用が正面から議論されることはなく来てしまった。

医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

もう一つの要素は、院内の医療コンフリクトの対応の段階では、問題となっている医療行為とその結果について、実際に過誤があったのか、その過誤が悪い治療結果と因果関係があったのかについて結論が出ていない状態でのコンフリクトであることも多い。あるいは、その結論を巡って医療機関側と患者・家族がコンフリクトを持っている場合が多い。修復的正義を「被害者加害者対話」と狭義に理解していた当時の風潮の中では、医療過誤とは断定できていないのに、行為をした医療者を「加害者」と位置付けて対応することに抵抗がうまれる。そのような背景もあり、院内での医療コンフリクト対応に修復的正義を応用しようという発想にはならなかったのだろうと筆者は考える。

しかし2018年ごろから、医療コンフリクト対応と修復的正義の関係に多少の変化が2018年ごろから現れてきた。前述の日本医療メディーター協会の中西が大会長を務めた医療コンフリクト・マネジメント第7回学術大会において、日本の修復的正義（修復的司法）の権威である高橋則夫が招かれ、「修復的正義の理論と実践」という教育講演が行われた。さらに2020年には、月刊『文化連情報』での「臨床倫理メディーション」の連載の中で、中西は三回にわたり修復的正義について取り上げた⁽²⁹⁾。これには、2004年をピークに医療訴訟件数も減少横ばいになり、医療コンフリクト対応も含めた医療現場でのコミュニケーションの改善の努力が定着し、緊張関係が緩和してきたことが背景にあると思われる。

また修復的正義自体も、近年20年間で、成熟し変化してきた。当初、刑事犯罪における被害者加害者対話プログラムとして出発したが、現在では、刑事犯罪に限らず、あらゆる場面の人間関係において傷つけたり傷つけられたりということが発生した場合に、そこから紛争解決をしていく考え方の一つとして活用されるようになった。後述するように、このように変化を遂げた広義の修復的正義の考え方は、本質的には医療の結果を巡るコンフリクトの対応に合致し、資するところは大きいと筆者は考える。

3. 修復的正義とは何か

3.1 修復的正義の基本的な考え方

修復的正義 (restorative justice) は、1970年代後半に北米で、犯罪後の加害者被害者和解調停として実践が開始され、1990年には、この実践を初期からリードした一人であるハワード・ゼアがその理論をまとめ、*Changing Lenses* (Zehr1990『修復的司法とは何か』) が出版された⁽³⁰⁾。同書は全世界に影響をあたえ、犯罪の加害者被害者対話の取り組みとして公的制度の内外で実践されるようになった。特に1990年代以降はいわゆる刑事犯罪のみならず、内戦後で分断した地域の間関係の和解と再生、非行やいじめなどした子供への教育、福祉の現場での虐待などの問題解決と予防など、幅広い分野に応用が広がっていく⁽³¹⁾。ゼアは、その後の犯罪における修復的正義の実践の蓄積や他分野への応用もふまえ、修復的正義の重要なポイントをまとめた*The Littlebook of Restorative Justice*を2002年に著した⁽³²⁾。

同書では、ゼアは、修復的正義の現時点での定義として、

修復的正義とは、その有害行為 (harm) に影響を与えたり受けたりした人たちを可能な限り含めて、癒しをもたらし事をできるかぎり正しくするために、行われた害と、ニーズと、義務が何であるかを協働的に同定して、それに取り組むプロセスのことである

(Zehr 2002, 2015)

と述べ、その特徴を、通常の刑事司法における考え方との対比では、下記のように整理する。刑事司法 (criminal justice) では通常、(1c) 誰が、(2c) どの法律を破り、(3c) どの罰に値するか、という考え方をするが、修復的正義 (restorative justice) では、(1r) 誰が害を受け (傷つき)、(2r) 害を受けた人 (傷ついた人) のニーズは何で、(3r) 誰がどのようにそのニーズを満たす責任をもとっていくのか、という考え方をする (表1)。この

異なった問いの立て方の背景に、表2の視点の違いがある。

【表1 三つの異なった問い—従来の刑事司法と修復的正義 (Zehr 2002,2015)】

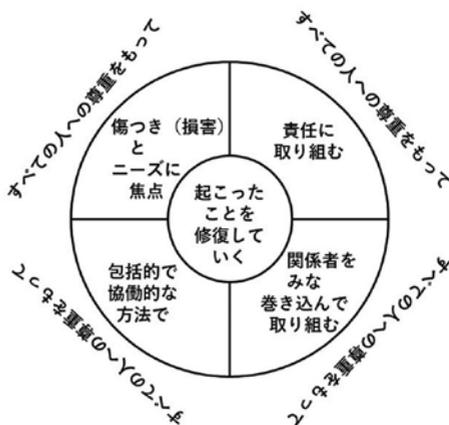
従来の刑事司法の問い	修復的な問い
どの法律を破ったのか	誰が害を受けた(傷ついた)のか
誰が破ったのか	害を受けた(傷ついた)人のニーズは何か
破った人はどのような刑罰に値するか	そのニーズへの責任は誰が負うか

【表2 視点の違い—従来の刑事司法と修復的正義 (Zehr 2002,2015)】

従来の刑事司法	修復的正義
犯罪は法や国家に対する侵害	犯罪は人々や関係性に対する侵害
侵害行為は罪をもたらす	侵害行為は責任をもたらす
正義は、国家が罪を決定し、苦痛を与えることを要する	正義はことを正しくし修復するための取り組みに、被害者・加害者・その関係者が参加することを要する
中心的焦点：加害者がしてしまったことに対して受けるべき刑罰を受けること	焦点：損なわれたもの・傷つけられたものを修復していくための被害者のニーズと加害者の責任

特に、表2は、従来の刑事司法と修復的正義では、二つの軸で違いがあることを含意している。第一の軸は「問題」の定義の仕方だ。取り組むべき正義の「問題」があるかどうかを、刑事司法は「法を犯したかどうか」を基準に考え、修復的正義は、関係性において「害する行為(傷つける行

【図1 修復的正義の原則 (Zehr 2002,2015)】



論 説

為、harm) が起こったかどうか」を基準とする。修復的正義では「問題」とする行為を、国家との関係ではなく、人と人との関係で見ているのである。

第二の軸は、「問題」が起こったときに、どのようにするのが「正義」なのかについての考え方である。刑事司法における刑事罰には、「問題」を起こした人は「報い(刑罰)を受けるべき」という考え方が基礎にある。一方で修復的正義には「問題」を起こした人はその「問題」や「関係性」を「解決し修復することに責任をもつべき」だ、という考え方が基礎にある⁽³³⁾。

修復的正義は、この修復的な視点と問いにそって、被害者、加害者、その関係者を含めて、協働的に探究し、傷ついた人・関係性・ものの修復や回復に取り組んでいこうとするプロセスである、とゼアは述べる(図1)。

修復的正義の実践のプログラムは、多様な形態がありえる。世界的に最も多用されている形態(プログラム)は、①被害者加害者コンファレンス、②サークルプロセスである⁽³⁴⁾。①は、もともとは被害者加害者調停と呼ばれていたものであり、被害者と加害者の間にメディエーターあるいはファシリテーターが入り、対話を促進するもので、そこに、被害者の関係者(家族など)や加害者の関係者が同席することもある。②は主にカナダや米国ミネソタ州で多用されているが、被害者や加害者のみならず関係者が円になって座し、順番に話をしていくというものである。メディエーターのかわりにサークルキーパーと呼ばれる対話司会者の役割がおかれるが、対話での発言順番は円の座席の順番であり、サークルキーパーの意志で発言順番をコントロールすることがない点で、①と大きくことなっている。このような多様な形態をとりながら、修復的正義の三つの問いを参加者が協働して探求していく。

ゼアは、修復的正義が必要とされる背景として、既存の刑事司法制度では、被害者のニーズ、加害者(が自分がしてしまったことへの責任の取り組むための)ニーズ、関係者のニーズが満たされない状況があると述べる。

医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

正義の観点から⁽³⁵⁾、被害者には、1) (何が起こったのか、なぜ起こったのかなど) 情報を得たい、2) 自分にとっての真実を語りたい、3) エンパワメントされたい、4) 償いを得たい、というニーズがあり、一方で加害者の側には、1) 自分の行為がもたらした傷やハームを認識する、2) 被害者への共感と責任をもつ、3) 恥を越える、4) 有害行為を起こすことに寄与した内的な傷の癒し、5) 技法を高める、6) コミュニティに復帰するための社会復帰のサポートがある、といった(正義の視点からの)ニーズがある⁽³⁶⁾。これらのニーズを、表1、表2、図1の視点や理念に沿ったプログラムを実施することで満たしていこうとするのが、修復的正義の実践であるとされる。

3.2 修復的正義の対話プログラムの標準的な進め方

修復的正義の実践形態は多様であることを述べた。ここでは、その中でも、最もオーソドクスな形態である被害者加害者コンファレンス(調停)の標準的な進め方を紹介する。被害者加害者コンファレンス(調停)では、多くの場合、修復的正義のコーディネーターが被害者と加害者を個別に訪問し、修復的正義の対話プログラムがどのようなものであるかを説明し、参加の意志があるか、参加できる状態にあるか(心理状態の評価など)を行い、その後、被害者と加害者(と場合によってはその関係者)による直接対話の場を迎える。

直接対話の場においては、被害者と加害者と司会者(メディエーター・ファシリテーター)が同席し、紛争当事者が安心して本音を交換できる場づくりに注力しながら、表3のような手順で対話を進めていく。

【表3 被害者加害者対話コンファレンスの進行の標準形⁽³⁷⁾】

- | |
|---|
| <p>(1) 歓迎の言葉</p> <p>(2) 参加者の自己紹介：最初にファシリテーター、そして参加者が順番に行く</p> |
|---|

(3) 対話の目的、手順、ガイドラインを確認する

(4) ストーリーテリングと害の特定

①加害者の語り：何が起こったのですか。そのときどのようなことを考えていましたか。起こったことについてどのように感じますか。どのように責任を取ろうと思えますか。このことによって誰が、どのように影響・被害を受けたと思えますか。他に、今言っておきたいことはありますか？

②被害者の語り：どのようなことが起こったのですか。あなたは起こったことによって、気持ちの面、身体的な面、社会的な面でどのような影響を受けましたか。あなた以外に影響を受けた人はいますか。起こったことに対してあなたはどのように感じていますか。あなたにとって一番問題になっていることは何ですか。××さん（加害者）に聞きたいことはありますか。他に今言いたいことはありますか。

③互いの話を聞いて感じたことなどを語り合う

(5) 被害や関係性をどのように回復させるかの話し合い：どのようにしたら、被害が回復されるでしょうか。どのようにしたら、この事件を引き起こした××さんを、再び同じ仲間として信頼することができるでしょうか。

①被害者が考え（ニーズ）を表明する

②被害の回復や信頼の回復 に向けて、何がなされるべきか、誰がそれをしていくか（加害者はどのように責任をとるか）のブレインストーミングの話し合い

(6) 合意形成

(7) 閉会の言葉合意の文書化と評価

3.3 修復的正義の進化

筆者は、2011年から12年にかけてゼアの下で修復的正義を学んだ。その

医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

ころは、修復的正義の実践が開始されてすでに30年以上経った時期であり、刑事犯罪以外にも含めた多様な分野そして多様な文化圏での応用を経て、修復的正義の実践形態は多様化し、従来型の被害者加害者調停とはかなり異なる形態のものも、修復的正義の実践として認められていた。ゼアは、修復的正義とは具体的なプログラムではなく、コンパスのようなものである、という⁽³⁸⁾。コンパスとは、方向性を示すものであり、どのようなプログラムの形態であっても、上記に示したような方向性を志向する取り組みは、修復的正義の取り組みと呼んでよいだろうとする。反対に、加害者と被害者が対話をしたとしても、上記の方向性や精神性を共有しない取り組みは修復的正義とはいえないのではないかとゼアはいう⁽³⁹⁾。

以下では、修復的正義が多様な分野や文化で活用される中で遂げた、従来の犯罪の被害者加害者対話を越えた側面についてまとめていく。

(1) 犯罪に限らず、傷ついた関係性の修復を対象とする

刑事犯罪以外の場面で修復的正義の活用が積極的にされた分野が、教育や福祉の現場であることには触れた。例えば学校などで、生徒同士あるいは生徒と教師の間で傷つけたり傷つけられたりするような関係性が起こった場合や、非行事例や、校則違反など、多様な事例に修復的正義が応用されている。これらの一つ一つの出来事は、犯罪とまでは行かないことの方が多い。しかし、関係性の中で起こった傷つきに修復的正義の問いを通じて当事者を向き合わせることで、今後の反省と成長につなげていくということを教育活動の一環で行っている。修復的正義 (restorative justice) とは呼ばずに、修復的しつけ (restorative discipline)⁽⁴⁰⁾ と呼ばれることもある。

また、福祉の現場で、虐待対応や虐待予防のために、修復的正義が応用されることもある。虐待が起こり、その有害行為に向き合って、関係性の修復と責任に取り組んでいくような営みであったり、あるいは、関係性における日常の傷つきを修復的正義によってケアしていき、深刻な虐待が起こるのを防ぐという虐待予防の取り組みとして行われたりしている。これ

論 説

も、総じて、修復的实践（restorative practice）と呼ばれることもある。

（2）加害者や被害者が一義的に同定できなくても、修復的正義は実践可能である

警察が介入するような刑事犯罪では、誰が加害者で誰が被害者であるかということが明示された中で対応が進むが、社会全体の中で傷つけたり傷つけられたりする現象の中では、誰が加害者で誰が被害者なのかを、一義的に同定しにくい事例は多くある。例えば、内戦などでは、巻き込まれたコミュニティの人々の多くが「被害者」であり同時に「加害者」になるということも出てくる。その場合には、誰が「被害者」で誰が「加害者」かということを一義的に同定せず、関係したものが一堂に会して、誰が傷ついたか、その人が回復するためのニーズは何か、と修復的正義の問いにそって対話を進めることもある⁽⁴¹⁾。その場合、対話の目的は、誰が被害者かを客観的に判定することではなく、自らが傷ついたと主観的に感じる人は誰でも、その傷つきとニーズを語ることができ、傷ついたすべての人の回復へのニーズを、関係者全員で考えていくという対話手順になる。

修復的正義では、関係者が共に対話していくプロセスを通じて、起こったことに関する自らの責任に気づいていくことも多い⁽⁴²⁾。その意味で、傷ついたと感じる人の語りから対話をはじめ、対話の中で自らの加害性や被害性に気づいていくことがあってもよいと考えられている。

（3）被害者と加害者の直接対話がなくても、修復的正義は実践可能である

加害者と被害者が直接対話をしたくとも、様々な事情で直接対話がかなわないこともある。例えば、被害者や加害者がすでに他界していたり、対話の場に出てこられない、あるいは出てくることを拒否したりすることもある。そうであったとしても、傷ついた人が回復をするためのニーズを満たすべく、関係者が協働し、責任を果しながら、回復を志向していくこと

で、修復的正義は実践可能である⁽⁴³⁾。

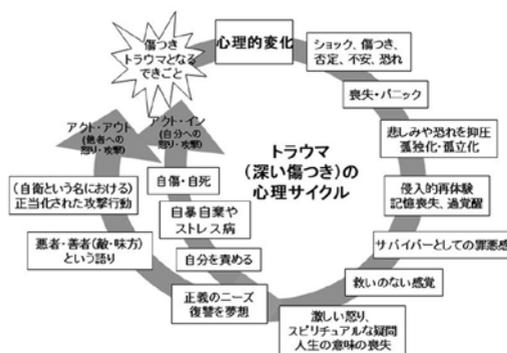
ゼアは、修復的正義という名称はプログラム自体を指すのではなく、傷ついたり傷つけられたりということが起こったときに、その解決に取り組んでいくための方向性や精神性を指すコンパスのようなものである、と述べていることは先にも述べた。このような広義の修復的正義の定義を用いれば、医療の結果をめぐる医療者側と患者・家族との対話にも応用が可能であると筆者は考える。

3.4 ト라우マ論から見た修復的正義

上記の修復的正義の進化・発展の中で、紛争解決学の中のトラウマ論（被害者の心理研究）の観点から記述された修復的正義の議論に触れたい。修復的正義が、傷つけ傷つけられた関係からの修復であり、特に傷つけられた被害者の回復へのニーズを関係者みなで満たしていこうとするという意味において、傷つきの心理とその回復プロセスに関する研究と、修復的正義は密接に関係する。医療コンフリクトにおいては、患者・家族のみならず医療者も心理的に傷ついていることが指摘されており、それが後に詳述するように、コンフリクトの悪化にも関係するからである。

トラウマという言葉が元々「外傷」を意味するように、心理的なトラウマは、外から来た要因による心理的な傷つきを指す。傷つきの程度にはバリエーションがあり、いわゆる医学的なPTSDの診断基準を満たすような重篤な状態もあれば、基

【図2 ト라우マの心理サイクル
(Yoder2005を石原が改変)】



医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

で初めて、相手（加害者など）の体験にも耳を傾けることができる心の余裕が生まれる。自らの体験と相手の体験の両方を知り、そのうえで起こった出来事の根本原因に目を向ける余裕がでる。そして、「正義のニーズ」は、相手を攻撃する気持ちから「もう誰も二度と同じような痛みを体験してほしくない」という思いに、形が変化してくる。

このモデルは、内戦などで暴力の連鎖から脱却し和解に向かうための実践や研究から生まれたモデルであるが、医療の結果をめぐるコンフリクト解決を考えるにあたって、参考になるとと思われる。患者・家族も医療者も、患者の健康状態を良くしたいという思いで医療行為に挑む。それが思わぬ悪い治療結果やあるいは治療上の過誤で、患者・家族も医療者も、立場こそ違えども、ショックと傷つきを経験する。患者・家族は、そのショック・傷つきから図2のトラウマの心理サイクルに入り、そこからの回復の大切な過程として怒りの感情や正義のニーズを医療者に対して表出する。その中で「なぜ？」という問いを医療者につけてくる。医療者も、自らの医療行為の結果に動揺し、ある意味で傷つき、実は同じようなトラウマの心理サイクルに入り余裕を失ってしまっていると考えられる。その中で、患者に「なぜ？」という怒りにも似た感情をぶつけられて、さらに追いつめられた気持ちになり、防衛的な心理状態に入っていく。

4. 医療コンフリクトと修復的正義

修復的正義を、刑事犯罪における被害者加害者対話を理解するだけでなく、人間関係において傷つきが起こった場合の関係修復のコンパス（指針）と考えるならば、修復的正義は医療コンフリクトの対応においても大いに応用可能であり、資するところが大きいと考える。

4.1 修復的正義の基本的な三つの問い

表1で刑事司法との対比での修復的正義の三つの問いを紹介した。ゼア

論 説

によって作成されたこの表自体は、犯罪への修復的正義の応用を念頭に作成しているが、修復的正義の応用分野が広がるにつれて、この対比表は、分野ごとの文脈に合わせて作り替えられている。例えば、教育現場での従来の問いは（１）誰がルール（校則）を破ったのか、（２）どのルール（校則）を破ったのか、（３）破った生徒はどのような罰に値するか、というように書き換えられる⁽⁴⁶⁾。

これを医療コンフリクトにも応用し、従来の問いと比較するとどのような表になるか。ここで、従来の医療コンフリクト対応のタイプとは、医療

【表５ 三つの異なった問い—従来の医療コンフリクト対応と修復的正義⁽⁴⁸⁾】

従来の医療コンフリクト対応の問い (※)	修復的な問い
どの診療ガイドラインを破ったのか (または、臨床医学の実践における医療水準を下回ったのか、過誤があったのか)	誰が(医療行為の中で)傷ついたのか ⁽⁴⁹⁾
誰・どの医療機関が破ったのか (下回ったのか、過誤を起こしたのか)	傷ついた人のニーズは何か
破った(下回った・過誤を起こした)人 や医療機関はどのような処分に値するか	そのニーズへの責任は誰が負うか

【表６ 視点の違い—従来の医療コンフリクト対応と修復的正義】

従来の医療コンフリクト対応	修復的正義
診療ガイドラインを破ったかどうか (医療水準を下回ったかどうか・過誤があったか) が問題	医療行為(医療の過程)で人々や関係性 に対する侵害があったかどうかの問題
ガイドラインの違反(医療水準の下回り・過誤)は、処罰をもたらす	侵害行為は責任をもたらす
正義は、事故調査委員会が違反(下回り・過誤)の有無を決定し、それがあれば処罰(賠償含め)をすべき	正義は、侵害や傷つき修復するための 取り組みに、被害者・加害者・その関係者が参加することを要する
中心的焦点：違反(下回り・過誤)を 起こした人・機関が、受けるべき罰を受ける、あるいは賠償をするかどうか	焦点：損なわれたもの・傷つけられたものを修復していくためのニーズと、 誰が責任どう責任をとっていくか

医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

の結果をめぐって患者・家族とのコンフリクトが発生した場合に、事故調査委員会や訴訟に備えて（あるいはそれらを通じて）行われる対応を想定している⁽⁴⁷⁾。

このような整理は、医療コンフリクトにおいて、患者が本質的に何に対して苦情を言ったり疑義を呈したりしているのか、それに対して、医療者や医療機関の対応がどのようにずれていて、両者のコミュニケーションが噛み合わず、コンフリクトが悪化していくのかを理解するのに役立つ。単純に言えば、患者・家族の側はガイドラインに沿っていたかどうかよりも、まずは医療行為で傷つけられたあるいは侵害されたと感じているから苦情や疑義を発しているのである。この傷つけられたあるいは侵害された対象が何であるのかは、二つのレベルがある。一つには、具体的な患者の身体であり、二つ目は医療者とのあるいは医療に対する信頼（関係）である。

一つ目の身体面での侵害については、ある意味で、医療行為の本質からして医療コンフリクトを生み出しやすい「不幸の種」である。ほとんどの医療行為は、手術であれ投薬であれ、侵襲的な行為である。それを、治療のためという条件の中で、さらには患者あるいは家族との合意の中で委任されて医療者は行っている。しかし、医療行為という名の下での侵襲的行為の中や後で何か不測の事態や悪い結果が起これば、患者や家族の側からは自然な認知の流れとして、医療者の行為でその悪い結果が起こった、すなわち「侵害された」ように見えてしまう。

しかし、医療者は、過誤があって有害事象（患者の健康への害）が発生している場合には「侵害された」と患者・家族に責められるのは仕方がないとしても、過誤がないような場合に「侵害された」責められることは、「頼まれて、リスクを背負い、患者のためのやったのに、なぜ責められるのか」と理不尽に感じるだろう。だからこそ、医療者は、従来型の医療コンフリクト対応にあるような「ガイドラインに沿った治療でミスではありません」とか「こういうことが一定の確率で起こることは事前に説明しました。インフォームドコンセントでサインをしていますよね」といった防衛的な応

論 説

答を患者・家族にしてしまうこともある⁽⁵⁰⁾。このことは、医療をめぐる医療者と患者・家族のコンフリクトの本質的に不幸な点であると考えられる。

そこで問題になってくるのが第二の、信頼関係のレベルでの傷つきや侵害である。患者・家族が苦情や疑義を申し出るときには、単に医療行為の結果の身体面での変化のみをもって「侵害された」という場合は少ない。多くの場合、そこには「信頼していたのに、こんな結果に」とか「過誤や対応の悪さで、医療者への信頼が壊れた」として苦情や疑義に至っている。あるいは、最初は単なる質問であっても、医療者に防衛的応答をされる中で、それが不信につながっていくことも多い。おそらく、身体的なレベルで結果が悪かったとしても、信頼が揺らがない場合にはコンフリクトにならない⁽⁵¹⁾。すなわち、医療者は、医療コンフリクトを予防するためには、身体的に無用な侵襲・侵害をしないよう努力するのみならず、この信頼関係への侵害に配慮することが大切である。医療者が従来対応で考えがちである「インフォームドコンセントでリスクを説明し、治療への同意のサインをもらっているから問題ない」と発想は、これは実は従来型医療コンフリクト対応、すなわちガイドラインへの侵害（治療の意思決定ガイドライン）に重点を置いた発想であり、信頼関係の問題ではない。「サインをしたから信頼をしている」「サインをしたから治療の結果が悪かったときに信頼が崩れない」ということとは必ずしも一致しておらず、だからこそ、患者・家族は医療の結果が悪かった時に疑義を扶むことになる。この齟齬については次節でより詳しく論じる。

4.2 患者・家族のニーズからみる医療コンフリクト対応

医療コンフリクト対応において、修復的正義を活用とするとすれば、先の三つの問いにもあるように、被害者あるいは傷ついた人が回復するためのニーズを満たすことに関係者が協働的に取り組むということになる。ゼアによれば、一般に、被害者すなわち傷つきや損害を受けた人は、「1r

医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

情報を得たい（何があったのか、なぜそれが起こったのか、など）、2r) 自分にとっての真実を語りたい、3r) エンパワメントされたい、4r) 償いを得たい」というニーズをもつことはすでに述べた。一方、医療コンフリクトにおいては、先行研究で、医療事故被害者には「5つの願い：1m) 原状復帰（元に戻してほしい）、2m) 真実究明（真実が知りたい）、3m) 謝罪、4m) 再発防止、5m) 賠償）」が一般にあることが、指摘されてきている⁽⁵²⁾。この5つの願いは、ゼアの指摘する被害者のニーズや修復的正義が大切にする価値とも重なり合う。「1m) 原状復帰」の願いは、まさに被害を「修復」してほしいという願いであり、修復的正義の中核的価値とつながる。「2m) 真実究明（真実が知りたい）」は、ゼアの指摘する「1r) 情報を得たい」と同じである。「3m) 謝罪」は、ゼアの指摘する被害者の「3r) エンパワメント」の大事な要素であり、かつ「4r) 償い」の一形態ともいえる。「4m) 再発防止」については、死亡医療事故などのように「1m) 原状復帰」が不可能な事故の被害者からその願いが聞かれる⁽⁵³⁾。「同じ悲しみを経験する人は、自分や自分の家族で最後であってほしい。そうしなければ浮かばれない」という。「浮かばれない」という言葉は「エンパワメントされない（3r）」の意とも解釈できる。せめてもの「4r) 償い」として再発防止に力を入れてほしいという遺族もいる。そして最後の「5m) 賠償」は、「4r) 償い」の一つの形態である。本節では、医療コンフリクト対応で、どのようにして、この患者・家族のニーズを満たしていけるのかを以下で検討したい。

第一に「1m) 原状復帰」は、(医療行為によって)悪くなった状態に戻してほしい、という願いであり、患者・家族からすれば当然のものでありこれについては、通常は、医療者側も技術的に可能な範囲では全力を尽くす。ただし、状態をよくするための追加的な治療にかかる医療費を誰が負担をするのかについては、まさに修復的正義の対話の中で、互いに話し合いながら害と責任を同定し、誰が負担するのかを決定して行く必要がある。

第二に「2m) 真実究明（真実が知りたい）」というニーズについてであ

論 説

る。医療コンフリクト対応において、患者・家族の思いと医療者側の対応に齟齬が表れやすいのが、この部分となる。先にも述べたが、「何が起こったのですか？」と聞く患者・家族に対して、「○○というご病気でしたので、ガイドライン通りに治療しました。ガイドラインに沿って治療した場合、2%の確率でこの合併症が起こることがこれまでの研究で知られていることは、インフォームドコンセントで事前にご説明したとおりです。医療ミスではありません。治療同意サインもしておられますよね」と医療者が返し、患者・家族が「だから、何でそうなったのか、何が起こったのかを聞いているのです」、医療者「ですから2%の確率で起こる合併症です」、患者・家族「ですから、なぜその2%が起こってしまったのかを聞いているんです。本当のことを話してください」と平行線が続き、コンフリクトが悪化していくということは、頻繁にみられる現象である⁽⁵⁴⁾。この齟齬にはいくつかのメカニズムがある。

医療者は、統計的真實、科学的真實、客觀的真實、普遍的真實を語る訓練を普段受けているが、患者・家族が知りたいのは、個別的真實、感情的真實、主觀的真實、具体的真實であるといわれている⁽⁵⁵⁾。患者・家族が知りたいのは、「統計の確率の中でなぜそれが私（の家族）に起こったのか（個別的真實、具体的真實）」「治療してくれた先生が、具体的にその時何を考え、感じていたのか（感情的真實、主觀的真實）」といったことである。これは犯罪における修復的正義の実践においても、被害者が「殺された家族の最後の瞬間を知りたい。その時の表情や言葉を知りたい」「犯人はどのような思いでそれをしたのかを知りたい」といったことを希望し、知ったことで納得をしていくことも多いことが知られている⁽⁵⁶⁾。これらのことは、心理的回復（喪の作業）の過程の中で、突然起こった事態を気持ちの中で受け入れるために、事態の点と点をつなぐ情報がほしい、という欲求によるものであると考えられている。「治療をしていた医療者が、治療の時に何を考えていたのか」「具体的にどのように状態が悪くなっていったのか」といったようなことを聞かれると、医療者の側は、医療者

医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

の過誤や過失を探し出して訴えるために質問されているのではないかと身構えてしまいがちだが、患者や家族の側は実際には、自分自身の喪の作業と納得のために聞いていて、医療者の本音を聞くと、意外にもあっさり納得されることもある。

そして、患者や家族は知りたいと「希望する」真実は、しいていうならば、「私や家族が、最後まで医師や看護師に大事にされていたのか」を知りたいということであろう。医療の結果はともあれ、最後まで大事にされていたのか、一生懸命治療をしてもらっていたのかを知りたい。それでもなお医療の結果が悪かったのならば、医療者にも共に動揺し泣いてほしいと望むこともある。

医療コンフリクト対応において、医療機関側は、コンフリクトの対象となっている医療行為を直接した医療者を対応の場に出さず、現場にはいなかったその上の責任者などが対応にあたるということを行いがちである。これには、病院として当事者のスタッフを守りたいという思いと同時に、訴訟対策等を念頭に「責任のある回答をしなくてはいけない（余計なことは話してはならない）」という理由でそうなることも多い⁽⁵⁷⁾。しかし実際には、上記で述べた個別的な真実や感情的な真実を知りたいという患者・家族のニーズからすると、その医療行為当事者しか知り得ないことを望まれていることも多く、当事者を出さずに上司が対応することが、かえってコンフリクトを悪化されることにもしばしばつながる。修復的正義の取り組みでは、原則は、当事者の同席による本音の対話の場を作っていくことになり、このような個別的かつ感情的な真実をめぐる対話をこそ大事にしていく。

次に「3m) 謝罪」である。医療の（法的な）紛争における謝罪の位置づけについては、長年「謝ったら非を認めることになり裁判に負けるから謝ってはいけない」といった考え方がなされてきた。しかしこれに対して、真に謝罪を望む患者・家族がいるのにもかかわらず、謝ることを拒否することが無用にコンフリクトを悪化させ、かえって訴訟リスクもあげるといったことから、コンフリクト対応における謝罪が裁判の結果に影響し

論 説

ないことが保証されるようになってきた⁽⁵⁸⁾。このような中で、修復的正義の考え方をを用いてコンフリクトをめぐる医療者と患者・家族の対話を行うことで、患者や家族が謝罪を望み、また医療者も自然に謝罪したいと思う気持ちが出てきたときに、直接謝罪の場が確保されることは、修復的正義によるコンフリクト対応の長所の一つの点と考える。

次に「4m) 再発防止」である。これは、医療のみならず、災害、事故一般、時には犯罪も含め、多くの被害者が、深い悲しみの時期を経た後で、到達する願いであることが知らせている⁽⁵⁹⁾。この心理的变化は、修復的正義との関係では、前節図3にあるトラウマ（傷つき）からの回復モデルの左側の白い矢印に端的に示される。左側の白い矢印の先にある、「トラウマの歴史を含めたアイデンティティの確立」とは、「このような悲しみを体験したからこそ、同じ悲しみを繰り返さないための再発防止を願う」という心理状態そして立ち位置になることであり、これは、多くの医療事故や医療の悪い結果を体験した患者・家族が悲しみを乗り越えた先に共通して持つ願いである。そのため、医療事故被害者の中には、悲しみを乗り越えたのち、医療機関の患者安全や患者相談部署で再発防止のために働き始める人もいる⁽⁶⁰⁾。また「再発防止」は、当該医療行為に関わった医療者や医療機関の願いにも共通する。

最後に「5m) 賠償」である。通常の裁判や従来型の紛争解決（法律家主導による紛争解決）では、紛争の結論は、原則的に金銭賠償に換算される。この「医療事故の被害者の五つの願い」の指摘の趣旨は、被害者は実はお金よりも1m) から4m) のようなことを望み、お金に関する望みは最後である、という趣旨でこの五つの願いが指摘されている。修復的正義の特徴は、この「賠償」の形を金銭賠償のみならず、広く考える点にある。傷つけた人や損害を起こした人が「償う」（責任をとる）ことが修復的正義では重視されるが、その「償い」の形は、お金のみに換算する必要はなく、被害者のニーズを聞き、被害者との話し合いで自由に決めていこうとする。患者・家族の中にも、お金などいらないので、なぜこのような医療

医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

の結果になったのかの研究に力を入れて、二度と再発ないように医療の質の向上に具体的に尽くすことを「償い」としてしてほしいという人もいるだろう。金銭による「賠償」で埋められない患者・家族の思いを、対話を通じ、自由な形で共に埋めていこうとするのが修復的正義である。

4.3 医療者のニーズから見た医療コンフリクト対応

修復的正義では、被害者の回復のニーズを満たしていくことに注力すると同時に、それに対して加害者が責任を果たしていくために必要なこと（加害者のニーズ）を満たすことも視点に入れることを先に述べた。医療コンフリクトにおいて、医療者は必ずしも加害者とはいえないが、それでもなお、自らの行為の結果傷ついたとする患者・家族と向き合う必要がある。医療者にはどのようなニーズがあるのか。

ゼアは、正義の視点から見て、加害者には一般に次のニーズ（責任）⁽⁶¹⁾があるとする。

- (1) 次のことに向き合うこと
 - ①自分が結果としてもたらした傷や損害を認めること
 - ②共感をもとうとし、責任を果たそうとすること
 - ③恥を乗り越えること
- (2) 自分を変革させようと取り組むこと
 - ①自らの内的な傷を癒していくこと
 - ②自らの能力を高めていくこと
- (3) コミュニティへの復帰するうえでのサポート

医療コンフリクトにおいて、医療者は、必ずしも加害者ではないが、ゼアが述べる上記のニーズは、医療コンフリクトに向き合う医療者がコンフリクトの解決に向けて必要とすることを考えるうえで、参考になる。

まず、(1)(2)で挙げられていることは、患者・家族が医療者に望むことには極めて一致して見える。専門的知見から見ての過誤のあ

論 説

るなしに関わらず、「あなたの医療行為でこの結果となったということを感じてほしい」と患者・家族は望み、共感をもって、最後まで責任を果たしてほしいと望む（(1)）。そしてさらには、医療者個人の能力向上そして医学全体の前進と変革をもって再発防止をしてほしいと望む（(2)②）。

しかし（1）は、医療者にとって必ずしも容易なことではない。医療コンフリクト対応の研究において、医療者側の心理やニーズの研究は、患者・家族の心理の研究ほどには進んでいない。しかし、いくつかの先行研究や筆者の医療コンフリクト対応実践によれば、医療事故や過誤はなくともうまく行かなかった医療の結果については、患者・家族のみならず医療者も動揺し傷つくことが知られている⁽⁶²⁾。そして筆者は、これまでの医療コンフリクト対応支援の経験から、医療者の中でも、自らの動揺や傷つきへの対処方法は人によって異なることを経験的に感じている。動揺や傷ついたことによって、落ち込んだり抑うつになったりする医療者もある。一方で、他のタイプの医療者では、内心では動揺し傷ついているからこそ、その悪い結果に向き合うことを拒否する医療者が少なからずいる。心理的防衛機制の中の、抑圧・否認の機制である⁽⁶³⁾。「リスクを負って医療しているのに、いちいち向き合っていたら、身が持たない」「そのことに向き合ってしまったら、明日から怖くてメスがもてなくなるかもしれない」という発言もしばしば聞かれた⁽⁶⁴⁾。このように、医療者が、心理的防衛機制を働かせ、向き合わないことで自分の心の平安を保っているときに、患者や家族から医療の結果や行為に関して、疑義や不満が述べられ、「医療事故ではないか。本当のことを教えてほしい」などと追及されると、医療者の心の安定を侵害するリスクにつながり、医療者はより防衛的・攻撃的な態度になりがちである。「ガイドラインに沿っているのでミスではない」「インフォームドコンセントでリスクがある治療にサインをしたではないか」「それ以上言うてくるのは、モンスター患者・家族である」という防衛的応答につながる。

医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

医療者側の傷つきに焦点をあてるならば、医療者は、医療事故や医療の結果が悪かったこと自体にも動揺し傷つくが、それ以外に、上記の患者や家族からの疑義や苦情によって動揺し傷つく要素もある。患者や家族にとっては、正当な疑義や苦情であっても、自分の医療行為の悪い結果に過度に向き合わないことで心の平安を保っている医療者にとっては、患者や家族の疑義や苦情が攻撃と感じられる。

この問題と関連するのが、ゼアの(1)③の恥を乗り越えること、である。日本では、恥というと世間体に対する恥ずかしさを指すが、ここでのshameは、したことに対する後悔や痛みに近い感覚である。被害者との対話で、自分の行為が相手にどのような影響や痛みを与えたのかを直接聞き、自分の行為の意味を理解し、加害者が「してしまった」痛み(恥)を感じることが大事なステップとされる。しかし、その恥に押しつぶされるだけではなく、恥を乗り越えることが大事であると、ここでゼアは指摘する⁽⁶⁵⁾。修復的正義では、恥や起こったことに直面する力を得るために、加害者にもサポートが必要であると考え、対話プログラムに加害者を愛し心配する人たちの参加を促すことも多い。このことは、医療者にも当てはまる。医療者が「明日から再びメスをもてなくなるかもしれないほどの恐怖」と向き合いながら、恥(自分の中の後悔)を乗り越えて、自分の行為の結果やそれによる患者・被害者の思いと向き合っていくためには、当該医療者を支える周りの力が大切になる。そして、向き合った先に、自分自身も傷ついているのだということへの自覚、そして医療者自身の傷つきが癒されていくニーズが満たされる必要がある((2)①自らの内的な傷を癒していくこと、(3)コミュニティへの復帰するうえでのサポート)。それがあって初めて、医療事故や自らが関与した悪い医療の結果に向き合い、そして向き合ったことを糧に、明日からも医療を続けることができるのである。実際、医療事故に関与した看護師のメンタルヘルスに関する研究によれば、多くの看護師が、そのサポートが必要であり、上司や同僚や職場のカウンセラーの支えが大変重要であった、と回答している⁽⁶⁶⁾。

4. 4 修復的正義を用いた医療対話プログラム

では、修復的正義を用いた医療コンフリクトに対する対話プログラムは、具体的にどのようなべきだろうか。医療コンフリクトにおける対話では、初期対応（主に医療者と患者・家族の一体一対応）から、より複雑で深刻な話を行うためにメディエーターのような対話司会者を設置する高次問題解決メディエーション⁽⁶⁷⁾までありうる。修復的正義の考えを応用したアプローチは、どの場面でも可能であると筆者は考える。「一対一対応」のスキルは、具体的には、紛争当事者である医療者が、当事者役割と司会者役割の両方を担いながら対話を進めることになる⁽⁶⁸⁾。そのため、ここでは基本形として、メディエーターのような司会者役割が入る場合をイメージして考察する。

修復的正義の標準的な対話プログラムには、被害者加害者コンファレンスや、関係者が円形に座して語るサークルプロセスがあると述べた。対話の進め方はおよそ、前述の表3で述べたとおりである。医療コンフリクトの場合で、表3の「被害者」を「患者・家族」に、「加害者」を「医療者」に置き換えて考えてみると、大方当てはまるように見える。ただし、医療コンフリクトの場合には、医療過誤があった場合を除けば、被害者・加害者という用語の使用は控えて対話を実施する必要がある。また表3の(5)の部分も、過誤があった場合を除けば「どうしたら被害が回復できますか」という問いは適さないだろう。代わりに(5)後半部のみを活用し、「どうしたら、医療者や医療機関を再び信頼して、安心して医療にかかることができますか」という問いに置き換えた方が適切と考えられる。

もう一つ、筆者が提案したいのは、医療コンフリクト対応においては、誰が加害者で誰が被害者という位置づけを同定せずに、起こったことによる傷つきと、そこからの回復のニーズと対策を語り合っていくプログラムを実施してはどうかという点である。このような対話の方法は、例えば内戦などのように、コミュニティのすべての人が傷つき、誰が加害者で誰が被害者であるか一義的に同定できない場合に力を発揮すると先に述べ

医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

た⁽⁶⁹⁾。医療は内戦と全く異なるが、医療行為特に侵襲性のある医療行為は、最初からある種のリスクのある行為を患者や家族が医療者に合意の上で委任して実施してもらうという構造にあり、この侵襲行為の責任は、特に医療者から見れば、患者・家族にもある、ということになる。その中で、自らの医療行為によって悪い結果が起これば、医療者も傷ついているのであり、内戦とは異なった意味ではあるが、すべての当事者に加害性と被害性が同居する事例と考え、加害者と被害者を一義的に同定しない対話プログラムが有効であると考ええる。

加害者と被害者を同定せずに、そこにあるすべての傷つきとそこから回復していくニーズに耳を傾け、その傷を乗り越えて再び共に歩いていくことができる状態にするためには誰が何をしていたらよいのか、を話し合うプログラムが適切と考える。互いの悲しみや傷つきに丁寧に触れる対話を行うことができれば、患者・家族も医療者も、最終的に行き着く願いは「同じ悲しみを二度と他の人に味合わせたくない」という再発予防の願いである可能性が高い。前述の図3：トラウマからの修復的再生モデルの左側の白い矢印の先にある「トラウマの歴史を含めたアイデンティティの確立」とは、「このような悲しみを体験したからこそ、同じ悲しみを繰り返さない明日のよりよい医療を、悲しい結果を体験した医療者と患者・家族が力を合わせて共に作っていきたい」という立ち位置に、医療者と患者・家族の両方がなっていくことが、医療コンフリクトへの修復的正義による対応の理想的な行き着く先であると考ええる⁽⁷⁰⁾。

5. おわりに

本稿では、医療事故や医療の結果をめぐる患者・家族と医療者のコンフリクトへの対話等による対応に、修復的正義を応用することの可能性について、理論的に検討した。2節では、日本での医療コンフリクト対応と医療対話推進の歴史を振り返った。医療対話推進者の育成の活動をめ

論 説

ぐって、主に医療者としての経験をもとに医療対話推進者(医療メディエーター)育成プログラムを開発してきた立場と、主に医療事故被害者としての経験をもとに育成プログラムを開発してきた立場で、目指すところは同じだとしても、その表現方法などをめぐって緊張関係がある時代もあったと述べた。また、医療界と司法界特に刑事司法との間の強い緊張関係の中で、犯罪への対話型解決だと理解されていた修復的正義が応用されることは、長く行われてこず、近年になって少しの議論が開始されたことを述べた。

このように振り返ると、医療コンフリクト対応や医療対話推進育成のプログラム設計自体が、医療コンフリクトをめぐって当事者たちが抱える傷つきに翻弄されてきたようにも思える。そもそも、病やケガ、障がいや死という命に関わる厳しい現場は、傷つきや葛藤と隣り合わせである。その傷つきや葛藤に上手に蓋をして普段の診療行為はなされるが、その蓋が外れてしまうのが、医療コンフリクトのときなのではないだろうか。

私自身は、医療事故の被害者であり、その体験から日本における初期の医療コンフリクト対応や対話推進者育成プログラムに納得できず、その中で修復的正義に出会い、それを専攻するためにハワード・ゼアの下に留学をしたという経験があった。学びの中で、修復的正義の本質は、加害者や被害者を同定することではなく、すべての人の傷つきが癒されることに協働的に向き合うことであると感じた。修復的正義の実践はたまたま刑事犯罪の現場で始まったが、本質的には、「異なる三つの問い(表1)」にあるように、犯罪を対象としているのではなく、そこに傷つきがあるかどうかを問うており、傷つきがあれば、そこに修復されてゆくべきニーズがあると考えるのが修復的正義の基本である。

この意味において、修復的正義が、心理的にも身体的にも傷つきと隣り合わせで営まれる医療という場で起こるコンフリクトを解決するうえで貢献できることは少なくないと筆者は考える。筆者はしばしば、コンフリクトとは、人間関係における病やケガであり、コンフリクト解決は、その医

医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

療であるという比喩を使うことがある。その意味で、修復的正義は、人間関係における外傷という怪我を治療していくための考え方である。医療行為が医療コンフリクトで、傷ついたすべての人がそこから回復するために、誰がどのような責任を果たしていくべきか、という向き合い方が医療現場に必要である。本稿が、医療事故やコンフリクトを経験した医療者と患者・家族が、医療の現場で起こる傷つきや悲しみを越えて、共に明日のよりよい医療を作っていきたいと歩み出すための一歩となれればと願う。

【注】

- (1) 本稿でも口述するように、日本に医療コンフリクト対応で普及している医療メデイエーションは、中立的な第三者によるメデイエーションではなく、紛争当事者がメデイエーションスキル等を応用して院内でコンフリクト対応にあたるものであるため、ここでは「メデイエーションの考え方や精神」と記した。
- (2) 「患者サポート体制充実加算」を受けるためには、専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他の医療有資格者等を配置し、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっていることなどの施設基準を満たす必要がある。特に医療有資格者以外が相談等業務の中心になる場合は、医療対話推進者育成の研究を受けている必要がある(稲葉(2013))。
- (3) 本稿では、病院管理学分野での標準的な用語の使用にならない、下記のように用語を用いる。医療行為によって健康障害を生じることを有害事象と呼ぶ。その医療行為が、計画されたとおりに執行されなかった(執行過誤)や計画そのものが誤りであるもの(計画過誤)の場合、そこには医療過誤(error、ミス)があったと考える。医療過誤があっても、有害事象を生じない場合もある(ヒヤリ・ハット)が、医療過誤があり有害事象が生じたものを医療事故と呼ぶ。その意味で、医療コンフリクトは、医療事故、有害事象、ヒヤリ・ハット、単に治療の後で様態が悪化したものなど、多様なものをめぐるコンフリクトが起こることになる。
- (4) 石原明子(2014)
- (5) 紛争解決に用いられる理論は、立場によって呼び方が異なるが、本稿での問題解決型アプローチとはいわゆる「ハーバード流交渉術」の考え方で、トラ

論 説

ンスフォーマティブ・アプローチはBush & Folgerらのtransformative mediationの考え方、ナラティブ・アプローチはWinsladeやMonkによるnarrative mediationなど社会構成主義の考え方に基づくものを指す。

- (6) 最高裁判所「医事関係訴訟統計」による。
- (7) 1999年1月11日に横浜市立大学で発生した2人の患者を取り違えて手術を行うという医療事故が発生し、報道を含め、世間が患者安全や医療事故に関心を寄せるきっかけになった。
- (8) 患者安全とは、医療事故や有害事象を防ぐ取り組みのことであり、医療安全と呼ばれることもあるが、ここでは現在の厚生労働省の用語にならない、患者安全と記す。
- (9) 長谷川敏彦（2003）
- (10) 同報告書
- (11) 日本に、1970年代や1980年代に、医療人類学や生命倫理等の「メディカルヒューマニティーズ」を導入した中川米造は、その医療の効果のあいまいさを「医療行為によって治っている人は1割、医療行為をしてもしなくても治っただろう人は8割、医療行為をしてかえって悪くなっている人が1割」と筆者らに語ったことがある。
- (12) 小松英樹（2006）など
- (13) 本稿で取り上げた二団体以外には、前田正一らによる医療事故・紛争対応研究会、水木麻衣子らによる日本医療コーディネーター協会、山口育子らによるNPO法人ささえあい医療人権センター COMLなどが、代表的な取り組みとして稲葉一人（2013）に取り上げられている。
- (14) 社団法人日本医療メディエーター協会ホームページ <http://jahm.org>（2021年7月29日閲覧）
- (15) 日本医療メディエーター協会は、現在も活動の対象を、原則的には院内のコンフリクト対応に限っている。本来中立であるべきメディエーターを紛争当事者である医療機関内に置くというアイデアは、弁護士法72条との関連で弁護士以外が第三者として紛争解決に関わることを避けたいため（紛争当事者であれば解決に取り組む権利があり、問題は発生しない）といわれる。また結果的に、医療機関のコンフリクト対応ニーズにも合致したと推測される。
- (16) NPO法人懸け橋ホームページ <http://www.kakehashi-npo.com/>（2021年7月29日閲覧）
- (17) 稲葉一人（2013）
- (18) 石原明子（2010）にも記したが、2010年前後に医療コンフリクト対応関連の

医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

- 研究会などを行うたびに、筆者はその緊張感を体験していた。
- (19) 和田と中西は、当初から院内メディエーターは第三者メディエーターと違うと述べ、「中立性」を強調することには慎重であったものの、メディエーターの特徴を表す言葉として「中立性」という言葉が用いられており(和田と中西(2006))、特に実践していく医療者たちの間では「中立」という言葉が多用されていた。現在では、日本医療メディエーター協会でも、「中立性」は標ぼうしないということが行動倫理として示されている。
- (20) 石原明子、前掲論文
- (21) 日本保健医療社会学会 2009年総会シンポジウム「当事者からみる医療事故と保健医療社会学」とその準備における話し合いで語られた。
- (22) 稲葉一人、前掲報告書
- (23) 和田仁孝、中西淑美(2006)
- (24) 同(2011)
- (25) 甲斐克則(2008)
- (26) 安福譲二(2016)
- (27) 橋本圭子. 近代医療史最悪の事件-「大野病院事件」の無罪判決から10年◆
Vol.2警察・検察、マスコミ、行政の対応に疑問多々【自由意見◆分析編】
(<https://www.m3.com/news/iryoishin/626336> 2021年7月29日閲覧)
- (28) 石原明子(2014)。修復的正義は、英語のrestorative justiceを訳した言葉であるが、日本でこの概念が紹介された当初には、刑事司法研究者によって紹介されたこともあり、修復的司法と訳された。現在では、両方の訳語が日本で定着している。
- (29) 中西淑美(2020a,b,c)
- (30) Zehr(1990)
- (31) 石原明子、前掲書
- (32) Zehr(2002, 2015)
- (33) 修復的正義の特徴は、懲罰的正義との対比で示されることが一般に多い。
- (34) Zehr(2002, 2015)
- (35) 日本語では、被害者のニーズ、加害者にニーズ、関係者のニーズと語られることが多いが、元々の原語では、What does justice require to victim/offender/community?あるいはNeeds from justiceであり、これらは、単に被害者、加害者、関係者自身のニーズというよりも、正義が彼らに何を要請するかといった責任や義務に関する視点のものである。
- (36) Zehr(2002, 2015).

論 説

- (37) 米国Eastern Mennonite Universityでの2011年のLorraine Stutsman AmstutzによるVictim Offender Conferencingの授業での教材より。
- (38) Zehr (2002, 2015)
- (39) 筆者が2011年から2012年にかけて、米国Eastern Mennonite UniversityでZehrのもとでrestorative justiceを学んでいたときのZehrとの議論による。
- (40) Amstutz (2015)
- (41) 筆者が2011年から2012年にかけて、米国Eastern Mennonite Universityでrestorative justiceを学んでいたときのZehrや他の教員らとの議論による。
- (42) Zehr (1990) の紹介されるエルマイラ事件でもそうであるように、修復的正義の取り組みの中では、対話の中で、元々の被害者や加害者という立場を越えて、自らの責任に気づかされていくことが起こる。これが修復的正義の醍醐味の一つである。
- (43) 筆者が2011年から2012年にかけて、米国Eastern Mennonite Universityでrestorative justiceを学んでいたときのZehrや他の教員らとの議論による。
- (44) Yoder (2005)
- (45) Ibid.
- (46) Amstutz (2015) なども参照に。
- (47) 医療の結果をめぐるコンフリクトで、従来型の対応では、医療機関が気にするのは「過誤があったどうか、その過誤のある行為によって有害事象が発生したのか」である。過誤があり、そのせいで有害事象が発生しているならば、賠償等の責任が発生すると考える。それを事故調査委員会等で検証し、患者・家族から訴訟が提起されれば訴訟等で判断されるのを待つ。過誤があったかどうかの判断をするうえで、診療ガイドラインが参考にされることも最近では多い。ゼアによる「刑事司法の問い」では「どの法律を破ったのか」という表記であるため、ここではそれにない「どの診療ガイドラインを破ったのか」という表記で示した。
- (48) 表の「従来の医療コンフリクト対応の問い」の「どの診療ガイドラインを破ったのか（過誤があったのか）」は、いわゆる医療水準論の表記でいけば、「診療当時の臨床医学の実践における医療水準を下回ったのか」という表記も可能である。また、表の三つの問いの二つ目と三つ目の「誰が」は、現在の医療界では、医療事故予防は、個人の努力のみならず組織的（チーム的）対応で行うことになっており（to error is human）、個人ではなく組織の単位で対応する方向になっている。
- (49) 表5の「修復的な問い」の第一行目については、「誰が（診療行為で）傷つ

医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

いたのか」という表記以外に、過誤や過失の有無に関係なく「誰が（診療行為で）有害事象の被害にあったのか」という表記も可能であるが、「被害」という言葉を用いると医療者側の過誤や過失を想起させるため混乱が生じると考え、ここでは、「誰が傷ついたのか」という表記のみを用いた。後述するように、ここでは身体面での傷つきと、信頼関係の傷つきの両面を含蓄する。

- (50) 和田仁孝、中西淑美（2006, 2011）なども参照に。また、筆者は、2006年から現在まで、医療コンフリクト対応の助言や指導などの実践活動を行っている。具体的には、①医療機関や医療者への医療コンフリクト対応研修、②熊本大学大学院での医療コンフリクトに携わる医療職社会人大学院生への指導、③医療の結果や医療機関の対応に不信をもつ患者や家族への相談助言活動、④医療機関でコンフリクトが発生したときのコンサルティングなどである。ここに書かれているような対応を医療者がして、患者・家族に理解されないというコミュニケーションのずれは、①②の研修や教育でも頻繁に寄せられる悩みで、③④でも筆者が相談にのった外科系の二つの重大な有害事象事例でも、このパターンが見られた。
- (51) 同書。また、注（50）の③④の筆者の実践事例でも、患者や家族は結果の良し悪しだけでは苦情や疑義は挟まず、医療の結果以外に、何らかの不信につながる言動があってコンフリクトに発展していた。
- (52) 加藤良夫、後藤克幸（2005）など。「医療事故被害者の5つの願い」として、医療訴訟や医療コンフリクトに関わる研究者や実践者（法律家含む）の中で知られている。
- (53) 本稿で取り上げたNPO法人懸け橋の豊田郁子や、米国のAHRQのプログラムで患者安全についてのメッセージを発信し続けているSue Sheridanは、いずれも子どもを医療事故で亡くした遺族であり、その経験をもとに再発防止と医療の質の向上のために働き続けている。医療事故ではないが、筆者が研究する水俣病公害事件でも再発防止を強く訴える被害者は多い。
- (54) 注（50）を参照。
- (55) 長谷川敏彦（国立保健医療科学院政策科学部長、2006年当時）との議論による。
- (56) 修復的正義の被害者加害者対話のドキュメンタリーとして有名になった“Meeting with a Killer”（2001, USA, directed by Jackson, L. F.）でも、殺人事件で母を殺された被害者の女性が、その瞬間のことを詳しく加害者に質問し、それに答えられる中で悲しみながらも、「疑問から解放」されて、心が統合されているプロセスが描かれている。

論 説

- (57) 注 (50) に記した筆者の医療コンフリクト対応の助言実践の中でも、このパターンの対応が頻繁にみられた。
- (58) 米国では、医療コンフリクトにおいて、医療者が謝罪しても、訴訟において自らの過失の証拠としないという通称“Sorry law”がマサチューセッツ州をはじめ、多くの州で採用されている。日本でも、単に謝罪したことだけをもっては、訴訟において過失の証拠としては用いられない。
- (59) 筆者が取り組んでいる東日本大震災の津波や原子力災害被災、水俣病公害事件でも、また一般の交通事故でも、被害者がこのように語ることは多い。
- (60) 本稿で取り上げたNPO法人懸け橋の豊田郁子や、米国のAHRQのプログラムで患者安全についてのメッセージを発信し続けているSue Sheridanは、いずれも子どもを医療事故で亡くした遺族であり、その経験をもとに再発防止と医療の質の向上のために働き続けている。
- (61) 注 (35) でも指摘したように、ここでの加害者のニーズとは、加害者個人のニーズというよりも、正義の観点からして加害者にはどのようなものが求められるか、という問いに近く、加害者の義務・責任を述べているとも理解できる。
- (62) 福田紀子 (2009)
- (63) 人は受け入れがたい出来事にさらされたときに、自らの認知メカニズムを用いて、自分の心の安全を計ろうとする。そのような人間が持つ心理機能を、心理的防衛機制と呼ぶ。否認、抑圧、抑制、代償、合理化、その他の複数のメカニズムが知られている。
- (64) 注 (49) で記した筆者の医療コンフリクト対応の助言実践の中で聞かれた。
- (65) 恥付けられた加害者が、コミュニティから除外されるのではなく、反省を経て赦されてコミュニティに統合されて行くこと (統合的恥付け) が大事とされる (J.Braithwaiteの「恥付け理論」を参照)。
- (66) 福田紀子、前掲論文
- (67) 和田、中西 (2006)
- (68) 和田、中西らは、これをセルフメディエーションと呼んでいる。
- (69) 内戦だけでなく、筆者が取り組む水俣病公害事件や東京電力福島第一原発事故のような災害や公害の事例でも、このような方法は力を発揮する。
- (70) 修復的正義の営みがかもし成功すれば、「ステップ1: Encounter 出会う・向き合う」→「ステップ2: Amends 悔い改める」→「ステップ3: Reintegration 再統合する」→「ステップ4: Inclusion 共に歩み出す」という形で、被害者と加害者、あるいは傷つけあった者同士の関係性は変化していくと言われている。

医療コンフリクト解決への修復的正義の応用に関する理論的検討

〈参考文献〉

- 石原明子, 2010, 「コメント：当事者からみる医療事故と保健医療社会学：紛争解決学の視点から, 保健医療社会学論集, 20巻2号, pp.26-39, 日本保健医療社会学会———, 2014, 「修復的正義の哲学とその応用の広がり」, 安川文朗・石原明子(編)『現代社会と紛争解決学 学際的理論とその応用』ナカニシヤ出版, pp. 36-57
- 稲葉一人, 他, 2013, 平成24年度厚生労働科学特別研究事業報告書『医療対話仲介者(仮称)の実態把握と役割・能力の明確化に関する研究班(研究代表者: 稲葉一人)』
- 稲葉一人, 2013, 「NURSE TREND(2) 医療対話推進者の業務指針および医療対話推進者の養成のための研修プログラム作成指針まとまる」, ナーシングビジネス, 7巻6号, pp.542-543, メディカ出版
- 甲斐克則, 2008, 「ニュージーランドにおける医療事故と被害者の救済」, 比較法学, 42巻1号, pp.79-96, 早稲田大学比較法研究所
- 加藤良夫・後藤克幸, 2005, 『医療事故から学ぶ一事故調査の意義と実践』中央法規出版
- 小松秀樹, 2006, 『医療崩壊－「立ち去り型サボタージュ」とは何か』朝日新聞社
- 高久文磨・上原鳴夫, 2007, 「シンポジウム2 医療の質・安全学会が果たすべき役割－質・安全にかかる諸学の役割と緊急研究課題」, Japanese journal of quality and safety in healthcare (医療の質・安全学会誌), 2巻1号, pp.79-80
- 中西淑美, 2020a, 「臨床倫理メディエーション (37) Beyond Blame: 医療メディエーションによる修復的正義」, 文化連情報, 502号, pp.50-54, 日本文化厚生農業協同組合連合会
- , 2020b, 「臨床倫理メディエーション (38) 刑事医療裁判における修復的司法の実践は可能か」, 文化連情報, 503号, pp.42-45, 日本文化厚生農業協同組合連合会
- , 2020c, 「臨床倫理メディエーション (39) 修復的正義の実践に向けて: 「害」と「傷」のピアサポート」, 文化連情報, 504号, pp.60-63, 日本文化厚生農業協同組合連合会
- 長谷川敏彦, 2003b, 『平成14年度厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業報告書 病院内総合的患者安全マネジメントシステムの構築に関する研究 第三部クライシスマネジメント』国立保健医療科学院政策科学部
- 福田紀子, 2009, 「医療事故に関連した看護師のメンタルヘルスに関する文献レビュー」, 日本精神保健看護学会誌, 18巻1号, pp.87-93
- 和田仁孝・中西淑美, 2006, 『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

論 説

- , 2011, 『医療メディエーション=Healthcare Mediation : コンフリクト・マネジメントへのナラティブ・アプローチ』シーニユ
- Amstutz, L. S., 2015, *The Little Book of Restorative Discipline for Schools : Teaching Responsibility; Creating Caring Climates (Justice and Peacebuilding)*. New York: Good Books.
- Yoder, C., 2005, *The Little Book of Trauma Healing : When Violence Striked And Community Security Is Threatened (The Little Books of Justice And Peacebuilding)*, New York: Good Books (第4章の邦訳は、C・ヨダー著 (石原明子訳), 2016, 「翻訳 キャロライン ヨダー著『トラウマの癒し: 暴力が襲い、コミュニティの安全が脅かされたとき』第4章 癒されないトラウマの連鎖サイクル」, 熊本大学文学部論叢, 107号, pp.105-117。第5章の邦訳は、C・ヨダー著 (石原明子訳) 2017, 「翻訳 キャロライン ヨダー著『トラウマの癒し: 暴力が襲い、コミュニティの安全が脅かされたとき』第5章 連鎖サイクルを断ち切る: トラウマからの回復と癒し、そして安全」, 熊本大学文学部論叢, 108号, pp.139-156)
- Zehr, H., 1990, *Changing Lenses: A New Focus for Crime and Justice*, Herald Pr
- Zehr, H., 2002, *The Little Book of Restorative Justice*, New York: Good Books
- Zehr, H., 2015, *The Little Book of Restorative Justice: Revised and Updated*, New York: Good Books