

臨床倫理メデイエーション

国立大学法人山形大学医学部
総合医学教育センター

准教授 中西 淑美

71 協働対話が紡ぐ4つの段階と4つの循環①

はじめに

「医療メデイエーション」という対話概念を構築し実践する中で、「医療メデイエーション」とは、コンフリクトに対する「協働対話モデル」と筆者は考えるようになってきている。

理由は、超高齢社会や人口減、環境医療の社会的背景が変化し、それに伴い医療メデイエーションの対象領域が広がってきているからである。患者・家族に加えて、医療者、介護士、社会福祉士、心理士、ケアマネジャーなどのさまざまな職種が対話対象となり、さらに、各職種は、生命・医療倫理を基礎に

医療メデイエーションの「場」の理論と実践について述べてみたい。

1. 医療メデイエーション・対話は

「場」が必要

長らく、筆者は、医療メデイエーションを医療コミュニケーションと一括りにされることに對して、違和感をもっていた。コミュニケーションスタイルだけではない動態的な相互作用が発生しているものが医療メデイエーションで、「場」の理論であると考えてきた¹⁾。対話は「場」が設けられ、その中で行われる。医療メデイエーションは、「場」の理論と技法といえる。コミュニケーション言語は意思・感情・思考を伝達することであることから、情報伝達に主眼がある。従って、コミュニケーションが成立する必要条件には「場」は含まれない。

医療メデイエーションは協働対話であり、「言語を介した相互交流が「場」の上で行われることから、人々を活性化させていくことができる対話理論であると思料する。

おいた行動が必要になっている。このことから、協働対話は、①協働意思決定の対話、②

連携の対話、③関係構築の対話を含んでいるといえる。協働対話は、ナラティブを尊重した「共創の対話」と言い換えることができよう。この背景理論は社会構成主義にある²⁾。

さて、医療メデイエーションの理論と技法には、「4つの」といった鍵になる語句がいくつか散見される³⁾。しかし、このような4つの段階や4つの循環、4つのマインドについては、感覚的であり、理論的・論理的ではないという批判を受けることがある。

本稿から数回に分けて、こういった批判に、応えるべく、領域横断的に文献を引用しつつ、

現代は、複雑化・多様化する社会である。

異なる立場や異なる意見の人々を尊重しつつ、どのようにやっていけばいいのか。また、状況や問題を読み解き、「権力」や「感情」や「変化」の中で自分や他者、あるいは組織を活性化していけばいいのか、日々コンフリクトにぶつかることになる。ますます、展開されるそれぞれの「場」が重要さを帯びてくる。

また、心身の安全や安心を考える上で、「対話」という考えは多方面から重要視されている。

たとえば、ヨハン・ガルトウングの「平和構築学」、ピーター・T・コールマンの「コンフリクト・マネジメント」論、小森康永らの「ナラティブと情動」（身体に根差した対話をもとめて）、ドナルド・ショーンの「省察的実践」（リフレクティブ思考）、アーノルド・ミンデルの「プロセス指向心理学」（無意識に関するユング心理学の概念とゲシュタルト療法の実践における技法を発展させたプロセス理論）、C・オットー・シャーマーの「U理論」（過去や偏見に囚われず、本当に必要な変化と学習の理論）などが、想起される⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾。

ある疾患や問題に対するコミュニケーション

ン・スタイルが他のかわりよりも優れているかを検証するための無作為比較試験の研究があり、特定のコミュニケーション・スタイルの有効性や限界が指摘されている⁽¹⁰⁾。医療者が援助や支援という名を借りて、ある患者さんにおける選択に介入することは否めな⁽¹¹⁾い。医療メディエーションでは、前提として、中立性（不偏性）という点について、倫理的に検討する。当初、医療メディエーションでは、専門家、非専門家を問わず、スキルで介入することを否定してきた。スキルよりウィル（意思）が大切であるとした。

コミュニケーションのあり方で言えば、当事者の目的や状況に応じて、自らを投じて介入する、「共同意思決定」と「動機付け面接」とは異なる立ち位置である。妊産婦に寄り添うドゥーラのように、寄り添いながらその「場」に在ること、その場にいる人々の対話を紡いでいくため、明示的な介入ではなく、非援助としての支援であり、自律的な参加を尊重する対話の方法論としている。

当初は、「いつでも、どこでも、誰でも」という言葉を用いたこともあったが、筆者の

考える医療メディエーションの実践は「誰でも」はできないと考えている。「誰でも」とはいえないので、教育と実践が必要になる。理論を理解した上で教育と実践があれば、いつでもどこでも医療メディエーションは活性化され、その場に集う人々をエンパワーし、エンカレッジできる。

何故なら、その「場」で、中立的な尊重される「場」を供与されることで、当事者たちが覚醒し（気づき awareness）、それぞれのコンフリクトのある問いや関心が共有され、自身の「選択」を可能にするからである⁽¹²⁾。

すなわち、通常の認識状態から、変性する認識状態とのエッジに向き合うことになる。自身の考える事実や感情やアイデンティティが、古いものから新しいものが生み出される過程（プロセス）になっていくからである。

それは、当事者のみだけでなく、メディエーター自身も同様の変化が起きている、実践的な多方向の対話の場が展開しているのである。

さて、医療メディエーションの、4つの段階⁽¹³⁾と、1つの循環⁽¹⁴⁾とは、紛争に関わるメディエーション（調停論での段階説）ではなく、

図1 医療メディーエーションによる検討(I・II・III)

- I. 対自他の受容と尊重 (ナラティブ)
- II. 4つの段階と4つの循環 (IPI展開と分析)
- III. 当事者間の語り
 - ・コンフリクトをめぐる対話
 - ・何があったか(事実)をめぐる対話
 - ・感情をめぐる対話
 - ・アイデンティティーをめぐる対話

図2 医療メディーエーションの対話過程
4つの段階から始まる拓かれた対話

コンフリクトを恐れない・待つ・諦めない・生み出される

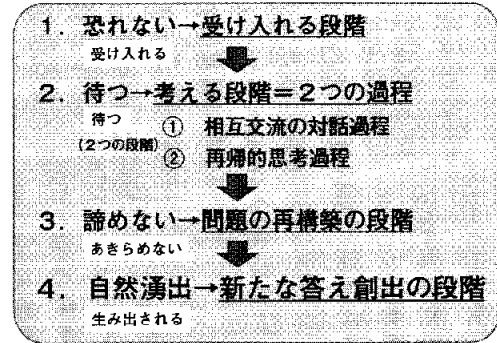
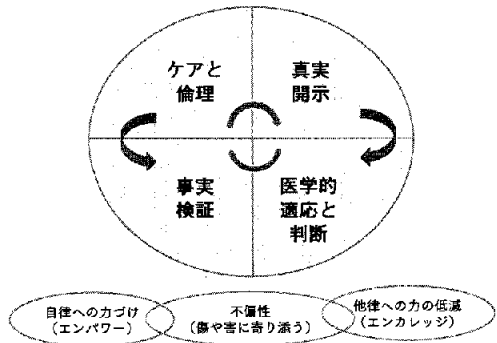


図3 対話の推進に必要な項目
医療メディーエーションの4つの循環



「ケアと倫理」
「真実開示」
「医学的適応と判断」
「この「〇〇的」の部分
は介護や教育といった領
域によって変化する」
・「事実検証」
4つの循環と称してい
るが、4つの項目であり、
これらは対話の中で、ケ
アと倫理から循環してい

医療メディーエーションの4つの段階とは、
下記の各段階を指す(図1、図2)。

2. 4つの段階と4つの循環とは何か

さまざまな分野でコンフリクトが起きている
中での、コミュニケーションを媒介とする対
話を推し進めるための基本的な対話のプロセ
スのあり方である。4つの段階と4つの
循環について以下で詳しく論じることにする。

1. 受け入れる段階(恐れない)
ケアとエンパワメント(傾聴受容)
2. 紛争マッピング段階(待つ)
(IPI分析)
- ① 相互交流・情報開示過程
- ② 再帰的思考の対話過程
3. 問題の焦点化・再構築段階(諦めない)
(IPI展開)
4. 問題解決段階(生み出される)
自然湧出↓新たな答えの創出
(協働意思決定)

対話過程を認知変容の視点から分析的に表
現すると4つの過程を経て認知変容がなされ
る。各過程をイメージについて理解を容易に
するために4つのレベル状態として説明する。
対話が次第に深化する過程をイメージし易
くする目的で「段階」を使用した。この段階
は上りの階段ではなく、下りの階段であり、
より深く降りてゆくことをイメージしている。
医療メディーエーションの4つの循環とは、
下記の内容である(図3)。

くため、円形で提示している。そして、どれか一つを欠いても医療者と患者・家族の納得と合意は得られないし、満足感が満たされない。

論点・問題 (Issue) が、ある1つに焦点化されて存在したとしても、その「場」に噴出する当事者たちの関心 (Interests) は相互に連関し、つながっている。そのため、医療メデイエーションでのメデイエーターはこれら4つの循環と称した4つの事項を必ず確認することを忘れてはならない。

トポロジーのイメージで4つの段階と4つの循環を同時に眺めていただくとよいだろう。トポロジー (Topology) とは、数学の一分野であり、空間の形状や物体の連続的な変形に焦点を当てており、その特質は「変形可能性」である。つまり、4つの段階と4つの循環は、固定的ではなく、動的である。

4つの段階をスキルの面から見てみよう。コンフリクトをマネジメントする際には、最初に問題となるのが不安を代表とする感情、すなわち否定的感情である。否定感情の前には、不快情動がある。不快情動により、否定

感情は惹起される¹³⁾。このことを解決しない限り、次の対話過程には入れない。

これが、ケアとエンパワーのスキルが不可欠となる理由である。人格攻撃も止まない。そのため、対話の場が展開することが制限される。4つの循環の最初の項目を、「ケアと倫理」からはじめるというのは、そのためである。

感情が否定的から中立的な状態に転じることの兆しを認めれば、情報共有が重要な分岐点となる。

まずは、お互いの事実の語り、感情をめぐる語り、アイデンティティをめぐる語りの情報のナラティブを聴く。そのプロセスで、解決に向けたIPI分析という過程に入る¹⁴⁾。

事実からの合理的な思考は、普通の人が行う認知過程に入る。個人的・規範的な認知フレームの検証と再評価について、ナラティブを介して行う。ここでは当事者の気づき、再帰的思考過程が不可欠であり、そのためには向当事者からできるだけ多くの情報を発信できるとすることが重要である。プロセス指向の過程としては一番長い過程である。

この過程のなかでは、論点や争点であるIssueが整理され、不顕在化されていたところの各当事者の今、そこでの真の関心 (Interests) が明らかになるが、「観る」から「感じ取る」へ移行しないと、全体の「場」からもものを見ることができない。また、容易には転換しない。そのため、「諦めない」という構えが重要となる。

解決は予定されるよりむしろ、突然に、自然に湧出することが多い。両当事者が再帰的思考 (リフレクティブ思考) を反復修了し、意思決定を行った時に訪れる。これらは、情報共有過程と再帰的思考の相互作用が招いた結果であり、対話開始時とは異なる認知フレームが形成されたことによる。つまり、「生み出される」ことになる¹⁵⁾。

「恐れない、待つ、諦めない、生み出される」の4つの段階は、医療メデイエーション対話の理論による実践の対話過程をイメージしやすくすると同時に、分析的表現なのである。

関心 (Interests) であるインタレストが変容することは、決して異質のものになるのではなく、当事者において不顕在化のインタ

レストが顕在化される過程を具現化していることになる。内在化されたものが、自らの意思で、自然に外在化される覚醒（気づき）をもたらずのである。これは、その場にいるメデイエーターのふるまいや指向する心構えとして指針になる。

これは、単純な段階説ではなく、どのようにするのが、メデイエーションを成功に導くのかを実践として説明したものである。また、階段は深化を意味する。

つまり、対話過程を認知・実践的な内容を説明する論理の方法として「段階」を用いている。

3. 医療メデイエーションの4つの段階・4つの循環のまとめ

医療メデイエーションでは当事者間の語りとして、①コンフリクトをめぐる対話、②事実をめぐる対話、③感情をめぐる対話、④アイデンティティをめぐる対話のナラティブ・アプローチを展開していく。

そのため、4つの循環と呼ばれるテーマで

ある、「ケアと倫理」、「事実開示」、「医学的適応と判断」、「事実検証」を取り扱い、4つの対話段階（1. 恐れない、2. 待つ、3. 諦めない、4. 生み出される）が各自のなかで内省しながら展開していくことで、一人ひとりの語りに、価値のある物語が観えて、問題や関心事が明らかになり、その対話過程で協働意思決定が生み出されてくる。

協働意思決定を生むことは、1つの対話段階（恐れない、待つ、諦めない、生み出される）の対話過程に相当し、この4つの対話過程を生むには、4つの循環（ケアと倫理・事実開示・医学的適応と判断・事実検証）の内容で、筆者の考えるIPI分析が展開していくことが重要になる³³。

恐らく、大多数の人が、1段階と2段階の「恐れない、待つ」の段階だけの、従前のコミュニケーションスキルだけで、対話を拓いているのかと考えられる。しかし、大きな障害のある複雑なケースでは、4つの対話段階を踏まないと、協働意思決定の対話（和解や合意形成）まで、対話の場が展開するのは難しい。

1段階と2段階の「恐れない、待つ」の段階は、メデイエーションマインド（①カウンセリングマインドと、②コーチングマインド、③ナラティブマインド、④ケアマインド）と呼ばれる姿勢・振る舞いや情報IPI分析（インタレストの探索）だけでよいので、通常のコミュニケーションスキルでの傾聴や共感での対話介入によって進行している可能性もある。その関心（interest）は、表層のインタレストで、まだまだ対立的で、自己への覚醒による意思決定ではないかもしれない。

2段階から3段階（諦めない、生み出される）に行くまでのステップが、本来のIPI分析と展開である。

表層のインタレストで納得合意する場合は、その程度の苦情レベルの事案か、そのメデイエーターの素質であったかもしれないし、医療メデイエーションを駆使する対話促進をしなくてもよい事案だったかもしれない。

もちろん、両当事者の属性やパーソナリティによっても、怪微な事案が、複雑な対話になることはよくある。そういう状況こそ、中立的に倫理的な対話促進のために、なおさ

ら、IPI展開が必要になる。IPI分析とIPI展開については、日本医療メデイエーター協会の教育担当として、理論構築してきた。いずれ、このことについても誤解のないように説明したいと考えている。

初学者は、語彙も概念の基本が重要であるし、インタレストの探求の把握レベルであるため、既存のコミュニケーションでよいかもしれない。しかし、難しい対話になればなるほど、全体的な、4つの循環と4つの段階といった枠組みを知っておくほうが、「医療メデイエーションの限界」を感じる事が少ないと考える。

医療メデイエーションという対話の理論は、まずは、①医療メデイエーションに関係する語彙の説明と理解、②三極構造の協働対話、③対話のIPI構造、④存在承認の場を拓く対話概念(最近は「啓く」という言葉を使っている)を基礎的に学ぶが、その向こうにある、4つの段階や4つの循環は、感覚ではなく、場の理論が展開したものであるという認識は必要である。

おわりに

「場」の理論と対話の考えを土台に、医療メデイエーションの4つの段階、4つの循環について述べた。

今回は、本稿で挙げた、いくつかの文献を引用しながら、現在の筆者の考える医療メデイエーション(協働対話)について説明したい。

参考文献

- (1) ケネス・J・ガートン、東村知子(訳)、「あなたへの社会構成主義」、2004、ナカニシヤ出版、378頁
- (2) ジョン・ウィンズレイド、ジェラルド・モンク「ナラティヴ・メデイエーション 調停・仲裁・対立解決への新しいアプローチ」、北大路書房、2010、270頁
- (3) 中西淑美、「臨床倫理メデイエーション」(8)医療メデイエーションモデルによる意思決定(3)、「文化連情報」、2017年12月号、Vol.47、34-37頁
- (4) ヨハン・ガルトウング、「ガルトウング平和学の基礎」、2019、法律文化社、188頁
- (5) ビーター・T・コールマン他、「コンフリクト・マネジメントの教科書」2020、東洋経済新報社、359頁
- (6) 小森康永、D・デンボロウ他、「ナラティヴと情動―身体に根差した会話をとめて」2023、北大路書房、264頁
- (7) ドナルド・ショーン、「省察的実践とは何か―プロフェッショナルの行為と思考」2007、風書房、434頁
- (8) アーノルド・ミンデル、「プロセス指向心理学」、1996、春秋社、286頁
- (9) C・オットー・シャーマー、「U理論―過去や偏見にとらわれず、本当に必要な「変化」を生み出す技術」、英治出版、2010、605頁
- (10) 中島俊、「医療コミュニケーションと医療者の倫理観、こころが動く医療コミュニケーション」[第1回]、医学界新聞、2020、11、16(アクセス2023年1月30日) https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2020/P103396_04
- (11) 中西淑美、「臨床倫理メデイエーション」(3)感情と意思決定(1)―選択―の背景にあるもの、「文化連情報」、2017年6月号、Vol.47、40-43頁
- (12) 中西淑美、「臨床倫理メデイエーション」(4)情動・感情と意思決定(2)―選択を決定する脳の情報処理過程―、「文化連情報」、2017年7月号、Vol.47、54-58頁
- (13) 中西淑美、「臨床倫理メデイエーション」(5)情動・感情と意思決定(3)―選択を決定する脳の情報処理の特徴―、「文化連情報」、2017年9月号、Vol.47、70-74頁
- (14) 中西淑美、「臨床倫理メデイエーション」(9)医療メデイエーションモデルによる意思決定(4)、「文化連情報」、2018年1月号、Vol.48、42-44頁
- (15) 中西淑美、「臨床倫理メデイエーション」(20)医療メデイエーションモデルによる意思決定(5)、「文化連情報」、2018年2月号、Vol.49、36-40頁