

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

中西 淑美

19 「医療メデイエーション」モデルによる意思決定(4)

3. 患者と医療者の架け橋に向けて

(1) 医療現場のコミュニケーション

医療の現場には、多職種・多機能があり、専門性・技術性の高い、高度の能力を要請される。このことは医療行為において、对患者さん・家族だけではなく、職種内、職種外、その他、関係者等々、さまざまな対話の「場」が発生することを意味する。

医療事故も医療紛争も、原因の多くは、コミュニケーションエラーであるといわれ、盛んにコミュニケーション対話の重要性が叫ばれている。権威にすぎないパターナリスティックな時代は終わり、自己決定の時代になった現代では、コミュニケーションが不可欠である。対話による

信頼関係を構築するためには、不信につながる多様なリスクがつきまとう。すなわち、個別具体化したコンテクストのなかで、個々人は、交流し、相互作用を行う。その経過のなかで、期待し、その期待に沿わぬとき、傷つき、失望するリスクを感受するのである。

信頼とは、裏切られたり、期待しない結果との遭遇体験で、はじめて、信頼していたということを知るからである。それゆえに、不確実な対話や具体的判断基準のない信頼を確固とするために、対話が必要となるのである。

自己決定を土台にして信頼を構築するには、患者の自己決定を支援し、治療への動機付けを図り、生への意欲を失わず、関係を保持し、さらに確固とするための協働基盤の創生が

ポイントである。説明することを、単なるイベントモデルとしてのインフォームド・コンセント、即ち法的義務を果たすためのものとして捉えることなく、臨床に不可欠な技術として認識することである。専門家と非専門家という対峙状況になり、コミュニケーションが困難な時にメデイエーションによって齟齬を解決するための協働の場が必要になる。

(2) 専門家と非専門家の

異文化コミュニケーションとして

患者側と医療者の間側には、知識の情報格差と権威勾配がある。何のために、誰のために、何が必要な知識なのかを医療者は明確にすることがポイントになる。視点を変え、情報の格差と理解不足が齟齬の要因であると認識し双方の認識の違い(認知齟齬)を明らかにすることが、協働基盤創生の第一歩である。

双方向が不可欠な対話では、それに先行する背景や問題状況の「どんなことが問われているのか」という問いを立てることが出発点といえる。この出発点は異文化コミュニケーションでの対話といえる。この異文化コミュニケーションとは、理解し合おうという目標を立てるのでは

なく、理解し合えないところが出発点となる。患者―医療者関係を、異文化コミュニケーションとし、そこにどんな違いがあり、何を、双方が望み、どこまでが可能なかという問いから始めてはどうか。

このような対話は双方に再帰的な思考を生み、問いを自覚させる。よく使われる「患者のため」という言葉は不要となり、齟齬の関係が協働の関係へと変化するための「互いのインタレストのため」という言葉に変わる。

つまり、橋は架けられるのか、橋を架けたいと欲しているのか、橋を架けたいのなら、どんな橋を望んでいるのか、そして、どのくらいの時間を共有する橋を架けたいのか、主体を常に意識していくことが、対話の「場」へつながるのである。

(3) 日常的な場面から臨床倫理問題への医療メデイエーションの援用

(図1・表1・2)

臨床倫理と医療メデイエーションに関して

この回までのメデイエーションの説明では認知の齟齬の焦点は、診断・治療とその看護をめぐる医療者と患者間での認知にあると述べてきた。

倫理では、法的な部分に関しての齟齬の本体

は法知識と解釈の難しさになる。連載中に述べたJorenの医療現場の倫理は5つの項目を具体的に埋めるということであった。つまり、個別患者の命の在り方をどのように理解し、診療・看護の質的量的制約の中で医療者と患者がともに受け入れ可能な状態、目標を実現するのかということに視点が移動している。

患者の個別的QOLの実現と治療の質ではなく、むしろ継続や中止、看護ケアの質との間の齟齬が問題となる。そして、この時に倫理の原理という「規範」が介入する。そして、それらは、自他の関係がQOLとして表現される。そのため、対話の「過程」が紛争以上に重要となる。第三者モデルとしてのさまざまな支援は、患者―医療者間の対話を円滑にする。

当事者に寄り添うことを第一とすれば、第三者モデルとしては、アドボカシーモデルが最適であり、そこに、医療決断サポーターや医療コーディネーターとしての支援もある。

その際には、主体は常に個別具体的な状況のなかで、孤立しているという暗黙の了解を転換しうる試みとしての、アドボカシーモデルであることが大切である。

その意味では、主体に問いかけられる「場」

を機能させるために、第三者としてのメデイエーションの視点は、当事者の自己決定を促す発想であることから、それを援用してみる価値は十分にある。メデイエーションのウィルトスキルを駆使して、閉塞した患者―医療者関係を

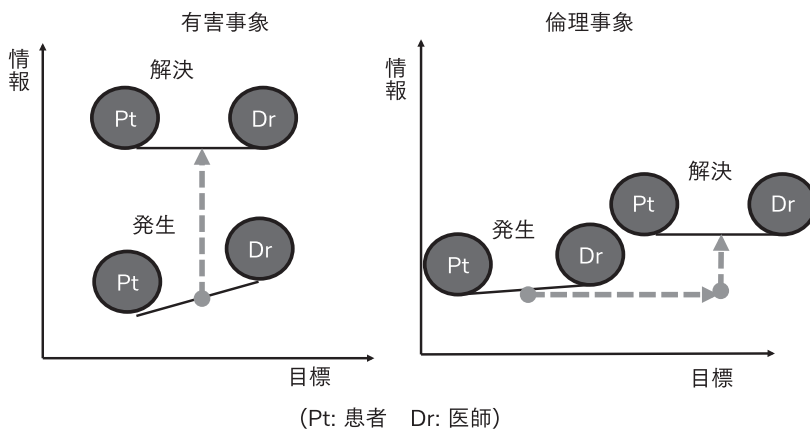


図1 医療メデイエーションによる2事象の主変化

表1 IPI分析から見たコンフリクトの特徴

	有害事象	倫理事象
ポジションレベルから	医師:正確な診断と、適切な治療。因果関係説明が難しい。 患者:早く確実な治癒。 【両者間の境界の区別は明確】	医師:治療の是非と優先順位(分配-特に新薬や治療器械) 患者:信念や希望の継続。 【両者間の境界の区別は不明確】
イシューレベルから	医師:最新の診断・治療の是非。 患者:有害事象の承認・共感・謝罪の表明。予定の診断・治療が阻害された要因説明。	患者・家族の意思 >> 医師の考え。(意思:事前指示、代理決定、人工呼吸中止、安楽死、患者選好等)
インタレストレベルから	医師:診断・治療の継続と、退院、医学・医療の不確実性への理解。 患者:日常生活への復帰。医師と患者間は同等レベル。	医師と患者:生命の誕生・畏敬・尊厳・終わり方(延長・終了)の個人的・家族的・社会的・文化的な評価。

再構築できることもあると考えられ、活用していただきたいと願う。
信頼は、安心・安全を保障されたときに、それを認知する。そのため、患者は、自らの不安や病に対する苦悩から、適切で十分な説明を、

表2 医療メディエーションの主眼点

	有害事象でのコンフリクト	倫理事象でのコンフリクト
スキル	患者・医師間の関係性において発生した、ゆらぎに対して;エンパワメントと発生の理由(ナラティブ、NBCとIPI分析)。片方の当事者しか知らない情報#の共有(開かれた質問)。サマライズ・リフレイン。	患者・家族の価値観とQOLの確保において発生する、ゆらぎに対して;エンパワメントとケア。開かれた質問、IPI分析、4又は5分割。チームメディエーション。
対話過程での変化	特異点;ネガティブからニュートラル・ポジティブな感情への変化。認知フレームの変容と新認知フレームの構築。ナラティブの書き換え。	分岐点;あるゆらぎから別のゆらぎへの移動。ゆらぎの停止。
Will(意志) Win-Win	協働解決;対話プロセスの促進と争点の当事者主義による解決。	協同解決;患者の自己決定とその具体化のためのチームによる支援。

知らない情報:
情報の受け取りにより、「あいまいさ」が減少する場合に、情報は価値を持つ。減少は①感情に影響を及ぼす、②判断材料になる、による。

安心・安全のリリースとし、さまざまな関係性のなかの自己を覚醒し、承認する。
患者の自己決定とその権利は、患者の自由な

意思と理解しうる言語と希望する説明方法と内容によって展開され、安心・安全は担保されていくといっても過言ではない。

病や死に対して、第三者である我々は、医療者であろうとなかろうと、その医療には限界があることを知り、少しでも自らの不安や苦悩が、自己の疾病認識や疾病に向き合う意欲を減退させないように、援助することが重要である。

9月号から3回にわたって、医療メディエーションの臨床倫理への援用を紹介した。具体的には、図1、表1・2を参照していただきたい。

最後に、繰り返しになるが、医療現場のコミュニケーションにおいては、主体である患者-医療者間の二者関係が基盤である。常に、両当事者間の主体性を尊重しなければならない。

我々が第三者として関わる時、どのようなモデルにおいても、当事者を抑圧する代理主体の出現という陥穽が、第三者モデルには存在することを、忘れてはならないのである。

【お詫びと訂正】先月号37頁「図2 医療メディエーションの4つの環境」は間違いで、正しくは「図2 医療メディエーションの4つの循環」でした。訂正しお詫びいたします。