

## 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

## 73 協働対話が紡ぐ、4つの段階と、4つの循環(3)

## はじめに

医療メデイエーションは協働対話であり、人と人との語りを紡ぐ。

2004年に医療メデイエーションモデルを開発して以来、医療メデイエーション教育研究者として、2010年当時で、既に4000人以上の医療関係者、市民、患者、家族を育成し、トレーナーの育成をしてきた<sup>①</sup>。

医療メデイエーションは、ソフトウェアとして、医療・看護、インフォームド・コンセント、院内のメンタルヘルスなど、さまざまな医療・介護・福祉の場面における、自分自身のコンフリクト・マネジメントとして用いられ、20

年以上が経過している。その理論と実践によって、本連載にあるように、医療メデイエーションは倫理場面でも応用されている。

このような医療メデイエーション概念を実践する、医療メデイエーター（医療対話推進者）について考えてみることにする。

## 1. 協働対話とするために

## — 立ち位置を明らかにする

## (1) メデイエーションという言葉の整理

メデイエーションの教育や啓発活動で、必ず指摘されるのが、何故外来語を使用するのかといった疑問である。メデイエーションは、

日本語に訳すと「調停」になるが、日本でいう調停とは明らかに異なっており、誤解を避けるため、メデイエーションという外来語をそのまま用いている。

日本型調停とは、コーカスという手法が主体となり、当事者が向き合うというより、別席で調停者と一方の当事者だけで話し合い、調停委員が判断・評価を示したりする。

また、当事者の意見を取り入れ、合意を日指そうとする場合も、調停委員が当事者達を説得し、合意へと導くことが多い。この日本型調停に対し、英米型では、対話促進型と呼ばれるメデイエーションが主流である。日本型の権威ある調停者や第三者調停委員による判断や評価ではなく、両当事者が向き合って対話し、メデイエーターは一切、評価や判断を示さない。当事者による当事者のための解決を目指して、当事者達が解決案を対話過程のなかから創りあげていくことを主体とする。そのため、メデイエーターは、受容・共感といった形を通して、当事者をエンパワーし、当事者が紛争の真の問題に気づくように援助することを心がけるのである。もちろん、単

なる対話ではないし、メデイエーションスキルは必要になる。つまり、メデイエーターの役割は、中立的不偏性を保ちながら、両当事者が自分達の手で解決案を見出せるまで、両当事者に寄り添っていくことなのである。

メデイエーションでは、両当事者の「重い語り」を聴くためにカウンセリング的技法を用いることがある。しかし、臨床心理の専門家による「カウンセリング」そのものではないし、単なるハウツーもののコミュニケーション手法でもない。メデイエーションとは、実践者であるメデイエーターの存在によって、三者間で織り込まれていく対話の展開の場であり、そこで両当事者に相互交流をもたらしことなのである。

では、医療メデイエーションはどんな場を用いるのか。

医療メデイエーションには、二つの対話のステージがある。まず、三者構造での対話の場に至る前に、当事者達との1対1のインタビュ어가、通常、行われる。このステージでは、形は「二項対立構造」ではあるが、実はそこでもメデイエーション的分析や技法が応用される。

これは、セルフメデイエーションと呼ばれる形態となる。三者セッションと呼ばれる三者メデイエーションは、このセルフメデイエーションの次の形態であり、メデイエーションの基本型になる。「三者構造での対話の場」が設けられることになる。

これらのメデイエーションの「場」では、解決を目標・目的にせず、ただ寄り添い、当事者による語りを受け止め、対話を紡ぎながら、認知フレームや紛争構造分析をしていくことになる。

カウンセリングマインドや技法は、どのような場でも、メデイエーションの基礎部分として内包されているため、外見上は、アドボカシー的にも見え、中立的不偏性を保っているかは不明確に見えることもある(図1)。そこでは、メデイエーター自身が「場」に流されてしまわないように、メデイエーター自身、メタ認知として、不偏性の維持を常に念頭に置いておく必要がある。なぜなら、不偏性の維持こそが、当事者の真の自律的な変容と解決を促進するからである。

この不偏性に裏打ちされた受容・共感こそ

が、相互交流する対話のプロセスの中で、認知共有が、癒しや救しにつながる形で自然に変容していく鍵となる。

単に、どちらか一方だけにエンパワーするのではないので、メデイエーション・ウィルに根ざしたスキルと不偏性への意識がなければ、解決へ向けた対話の成立が困難になりやすい。メデイエーションにおいては、自分自身の価値観を消去するのではなく、調整し、かつ、双方の当事者の事実・感情・要求の各主張の思いに配慮し、当事者の語りを促進すること

図1 医療メデイエーション(協働対話)に必要な4つのマインド(心・知・概念)

- |   |
|---|
| <p><b>1. ケア マインド</b><br/>相手を受容しケアする気持ち・心理</p> <p><b>2. ナラティブ マインド</b><br/>相手のナラティブを自分のナラティブと同じように尊重して協調的対話をする気持ち・心理</p> <p><b>3. カウンセリング マインド</b><br/>第三者的立ち位置に立って対話を促進する</p> <p><b>4. コーチング マインド</b><br/>自分の意見は言わず、共感・質問により相手を拓く</p> |
|---|

が重要である。その意味で、メディエーターは、いかなる場面でも、メディエーターの役割に自覚的であることが重要となる。

院内でのメディエーターには、第三者機関のメディエーター以上に、限界性・困難性・疲弊性があることは否めない。その制限から来る問題を克服するためにも、従来とは異なる、内容の評価を控え対話促進に専念する新しい概念、新しいモデルとして理解される必要がある。それが、筆者の唱える協働対話の医療メディエーションモデルなのである。

あえて、外来語のまま、欧米圏のメディエーションの基盤を基に展開した、日本型メディエーションなのである。

医療メディエーションが、今後、協働対話概念として認知されるためには、メディエーターについてのこうした新しい役割が誤解されることなく、理解され受け入れられることが必要になる。

## (2) 医療メディエーションと相談の違い

通常の相談との違いは、本連載でも詳しく既に述べているので、簡潔にまとめると、以

下の5つである<sup>(2)</sup>。

① 結果からではなくプロセス指向での対話過程をもつ

② 関心（今、そこでのインタレスト）やコンフリクト（認知の違い）があるので、そこを焦点化する

③ 互いに尊重し関係構築に努めて、双方の意思決定を支援する

④ 双方の視点から見ると医療の質や安全の視点で検討する

⑤ 情報共有・相互理解による協働意思決定の対話過程を目指す

医療メディエーションは医療安全から出発した。今日では対話による協働意思決定という地点に到達し、安全と倫理は表裏一体であり、それに寄与できるコンフリクト・マネジメントの対話モデルと考えるようになった。

つまり、通常の相談と大きく違うのは、医療メディエーションという協働対話の中で意思決定を当事者が行う点である。

## (3) 社会構成主義に基づく医療対話推進教育

「社会構成主義」と「構成主義」は共に

「構成主義」の語を含んでいるが、前者は social constructionism の訳語であり、後者は constructivism の訳語である。

それぞれの語が持つ意味としては、前者はどのように人々が語り直すのかという「意味の共同的な達成過程」を指している。一方、後者は主に認知心理学で採用される概念であり、人々がどのように言葉を通じて他者や外的環境を認知するのかという枠組みの過程を明らかにするものとされる<sup>(3)</sup>。

現在、医療対話推進教育はさまざまな場所で提供され、実施されている。導入編の医療対話推進教育では、①医療メディエーションの総論だけではなく、②被害者のお話、③医療安全、④医療と法、⑤医療相談、⑥患者支援・医療者支援体制などを、提供している。

さて、医療対話推進者教育の既存のプログラムである導入編と基礎編講習を受けただけで実践することは、社会構成主義的な背景理論を持つ対話概念に興味や関心を抱いている人でも難しく、どこが既存と異なるのかと問われることがある。また、実践場面で、「そのような、いくつものスキルを駆使すること

などできるわけがない、他にも業務がある中で、対話や患者対応に時間を割けない」といった事情もあるだろう。

基礎編を受けただけでは、その学際的な背景を理解した上でのメタスキルについて熟知していないので、多数の業務をこなす中での実践において、同時多発的に第三者で俯瞰して対話を展開することなど難しい。苦情やコンフリクトはただ我慢して聴くだけの苦痛でしかないと推察する。そのため、忍耐や共感的素質が無ければメディエーションの対話実践は不可能といった評価になりやすい。実際、管理者の中には、第三者性を否定し、「医師職は役割矛盾がある」とか、「患者中心のケアを考える医療専門職はできない」といった声もある。ソーシャルワーカーや看護職に限らず、患者中心のケアを考える医療者は多く、職種を問わず、「中立性」と「不偏性」の役割矛盾に陥りやすい。故に、症例的にも社会的にもまた、コンフリクト的にも難しい症例を担当したメディエーターは、いわゆる「疲弊感」に陥りやすい。

特に、医療安全管理者の多くは、医療苦情

や医療相談と棲み分けるべきであるとした考え方が王道で、医療安全と医療メディエーターは別の役割として存在している。しかし、真の問題は、他業務と両立できる物理的な時間の確保である。また、「疲弊する」というのは、協働対話である医療メディエーションについて、単純に、本音とインタレストを同一視して、「結果」を重視し、当事者に寄り添えない、メディエーター自身の目的・結果志向があるのではないかと考える。

その原因は、インタレストへの焦点の当て方や当事者のなかで動態的に揺れ動くインタレストに着目していない対話をしているメディエーターの存在である。基礎編のみを受講した方々の多くは、当事者のインタレストと本音を同一視しやすい傾向がある。

つまり、不偏性を保てないまま、メディエーターに依拠したインタレストをとればよいということまで対話展開してしまっていると、協働対話はデッドロックに陥りやすい。

その「場」での、「今、そこでのインタレスト」の把握により、医療メディエーションの対話手法の「IPI分析やIPI展開」も

容易になり、「既存の概念や技法」との混乱や同一視を避けることができる。

「メディエーターの役割（ナラティブの交錯と覚醒）」については、「4つの傾聴」と「4つの段階」「4つの循環」との関係が理解できないと、協働意思決定を紡いでいく対話のプロセスであるという意味は伝わらないと考えられる。その意味が伝わらないと、単純なスキル論となっていく、「何でこんなにインタレストに沿って話をきいているのに、うまくいかないし、時間だけかかるのか、メディエーターなんて、聴くだけでは『場』は展開しない」ということになり、メディエーターは疲弊してしまうのである。むしろ、聴くだけで解決する事案もあり、それは、メディエーター自身の素質力ということに帰結することになる。

「メディエーターの役割（ナラティブの交錯と覚醒）」は、ナラティブという意味を表面的に理解している場合は気にも留めないが、「交錯はわかるけど、どこで覚醒するのか？」と、論理的に考えれば不思議に思うはずである。そのように考えることができれば、メディエーターは、「IPI分析をどのよう

にやっつけていけばよいのか」、時の流れと両当事者の気持ちや主張を意識しながら、「メディエーターは何を抛り所にすればよいのか」という疑問が浮かぶだろう。

## 2. 「疲弊」という誤解

### —安全対話との分離

医療メデイエーション実践による疲弊については、看護管理者からよく聞く批判である。

「1つの」という部分は韻語で、実はすべてつながっている。「4つのマインド」「1つの循環」「4つの段階」、これらは、メディエーターの指針であり、行動倫理でもある。

これらを理解しなければ、対立構造の対話の場は紡ぐのがそもそも難しいので、「疲弊」するし、解決が見いだせず、ストレスだけが溜まり続けるということになる。

院内の医療メデイエーターは、構造的中立ではないし、制度的中立性もない。基本的に、中立の立場ではない。そうであるからこそ、申立人、相手方、双方の立場に立って、協働意思決定を育む医療メデイエーションを

駆使するためには、また、院内の中間の過程的中立性を担保するためにも、メディエーターに、メディエーターとしての指針や行動倫理、抛り所、ピアメデイエーションしてくれ、仲間が必要で、上層部の理解と共に、組織文化として育むことが不可欠になる。それが、たとえ少数でも、理解者が一人でもいれば、救われていくのである。

業務量だけが増え、自分を見失わないように、協働対話推進者は、メタスキルを駆使するのである。

メタスキルについては、いずれ詳しく説明したいが、簡単に述べる。

メタスキルとは、セラピー（心理療法）の概念で、それは癒し手のもつ、微妙な物事を感じ取る能力について、セラピストが知っていることの全てを一つにまとめていく心理療法の基本と言われている<sup>4)</sup>。その人が学んだ理論やモデル、スキルがどんなものであろうと、人々の発達に影響を及ぼすと言われている。ユング派もフ

ロイト派もゲシュタルト派も身体の動きにかかわる学派も、世代や教育、国民性や個人の性格を超えていく自己を知るためのメタスキルへの知識があつて、人を援助できる、あるいは援助できるか否かを予測できるとされる、

図2 4つの傾聴レベル—意識の焦点とその影響を知ること—

・レベル1 →	自分自身に意識の焦点を当てる聴き方 (相手の言葉を聴いているが、それは、自分にとって何を意味するのかに意識が向いている状態) 例:「自分の言い分を説明したい(説得)・理解してほしい」… 「急患が優先される」「クレーマーだ!」
・レベル2 →	専門家としての自身に意識の焦点を当てる聴き方 例:「故意的な受容・共感」… 「自分を押し殺して聴く」 聴き手は辛くなることも
・レベル3 →	相手にしっかりと意識の焦点を当てる聴き方 (すべての意識と影響は相手にある) 例:「いわゆる「受容・共感」、「相手を理解する」… 「どんなご迷惑をおかけしたのか」
・レベル4 →	自分の周囲・環境すべてに意識の焦点を当てる聴き方 (その場の環境だけでなく、その場に起こっている状況、つまり、相手の言動やエネルギー、自分の言動の影響にもアンテナを張り、認識可能になっている意識状態)、メタ認知 例:「いわゆる「ことしひま(AEIOU)分析」「FACE分析」「IPI分析」… 「この人のインタレストは何だろうか」

プロセス指向での「感じるスキル」のことである。その人の素質にも起因するが、そのメデイエーターがこれまでに学んで習得したスキルを統合したものである。

協働対話を紡ぐ、対話推進者のメデイエーターには、メデイエーター自身が自分の存在を承認するという役割も含まれている。傾聴には、4つのレベルがある(図2)。

レベル4では、メデイエーターが自分を含めた第三者と、さらに、その場を俯瞰するも一人のメデイエーターを自分の中に置く。

この「場」の全体の位置、当事者の揺らぎは、大海原の波のように状況や情報に揺れ動く。

ここでは、メデイエーター自身が自分の存在を承認し、第三者として覚醒することにも含まれている。

この傾聴のレベル4は、もう一人のメデイエーターを自分の中に置いて、対話の三極構造を創り、この「場」の全体の位置、両当事者の揺らぎから、「1つの循環のどこを今語っているのか、4つの段階のどこにあるのか、この場が変わる兆候はあるのか、などをみている、感じ取っている」、そのレベルを

指している。

困難な対話を紡ぐ「場」では、第三者(不偏性)を目指すメデイエーター自身を、支援してくれる人は、誰もその「場」に存在していない。

メデイエーター自身への支援として、対話の「場」で、情報共有や相互理解が進む中で、揺れ動くインタレストを見定める、羅針盤IPIの指標や参照データ、地図のようなものが、4つの循環、4つの段階なのである。それがマッピングといわれ、真の意味での対話のプロセスの羅針盤となっている。

そもそも、両当事者のインタレストなどは、当事者の本人自身もポジション(主張意見)とインタレスト(主張意見をする真の欲求、要望)の重層構造で揺らいでおり、ポジションもインタレストも変換可能で、いつでも否定的なインタレストに変容する可能性がある。協働対話に肯定的な「場」に良い語りが出現したとしても、すぐにひっくり返ることはいくらでもある。

また、病的な人や、善意を装って他人を攻撃する「カバートアグレッション(Covert

Aggression)」を持つ人は存在する。カバートアグレッションというのは、「人格(パーソナリティ)障害」ともいわれ、「潜在的攻撃性パーソナリティ」に分類される。サイコパスも人格障害の一つで、サイコパスは「反社会性パーソナリティ障害」で「略奪的攻撃性パーソナリティ」に分類されている。ちなみに、サイコパスの定義は、精神病質者・良心のない人・愛情や罪悪感・共感能力のない人という<sup>5)</sup>。

ポジションで「他人を攻撃して、意のままに操ろうとする。あるいはお金を稼ぐ」といった諸氏を見破るためにも、言質となるナラティブを見つめていく、対話の構造を俯瞰できる手続きや指標がなければ、メデイエーターは疲弊するばかりなのである。

当初、医療メデイエーションは、法律家日線の当事者の揺らぎだけに着目していた。筆者自身が理論に基づいた実践を20年以上展開していくなかで、患者安全こそ倫理であること、そして、現場の声のなかに、改善策や明日の医療があることを経験し、研究し、実績としてまとめてきた経緯がある。医療安

全については、専任などない時代に、兼務をしながら、いろいろな雑務をこなしながら、医療メデイエーターとして、大きな医療過誤や医療事故、医療者間のピアサポートを行う上で、実践と技術がなければ疲弊するばかりだということを経験し、見聞してきた。

基本的に、医療メデイエーションは医療紛争の法的解決とは異なるアプローチで問題を解決する作業を行ってきている。

医療メデイエーションは人特有の自我構造すなわち、私と他人の私、自我と他者の自我が精神活動の中で共存するという根源的精神構造を利用している。

傾聴の4つ目は、メデイエーターと当事者の精神活動を観察していることになる。観察は客観視である。その観察できる現象はナラティブである。

ナラティブは、言語を介した発話者の精神活動のリアルタイムの現象である。精神活動は志向性を背景に持っている。その志向性を志向としている動的な精神活動を、「今、そこでのインタレスト」とする。

インタレストは発話者が置かれている現在

の状況と環境、そして、広い意味での社会と文化の中で、「今は何に重きを置くのか」という問いであり、故に変化が起きる。

それは、「生きること」から「正義や名誉を守ること」など幅広い。医療では身体障害が中心になる。それ故に、共通の共同体的集約点、インタレストの合意は「医療安全のあり方」の個別の課題になると考える。

4つの循環は、「ケアと倫理・真実開示・事実検証・医学的適応と判断」という特定分野の共通了解を、安全・安心の承認に置き換えることができる。また、4つのマインドは志向性の変化に対応するためのアプローチ、4つの段階は観察者が発話者の精神活動を推測する指標と考える。

こうして考えてみると医療メデイエーションは「新対話法」と言ってもよいかもしれない。医療メデイエーションの4つの循環の中の倫理はポイントの一つである。倫理メデイエーションとなるのは、4つの段階が論理的コミュニケーションに対する異なる立ち位置を展開していく、協働善になるためである。

## おわりに

安全と倫理は表裏一体である。対話の協働実践は、それを覚醒させ、目標にしている。

今回は、4つの傾聴、4つの段階、4つの循環について事例を紹介しながら、疲弊しない場合、和解する場合はなぜなのかを示したい。☒

## 参考文献

- (1) 中西淑美：「対話で医療現場の対人関係を円滑にする(4)」「紛争解決家ではなく、心と心をつなぐメデイエーターに―」、『ナースマネージャー』、2010年、Vol.12 No.7 65―70頁
- (2) 中西淑美：「医療相談と医療メデイエーション」、『文化連情報』、2014年2月号、Vol.131、18―23頁
- (3) 千田有紀著「構築主義の系譜学、上野千鶴子編：『構築主義とは何か』第1版、東京、勁草書房、2001年、1―41頁
- (4) エイミー・ミネル・佐藤和子訳・諸富祥彦監訳：「メタスキル―心理療法の鍵を握るセラピストの姿勢」、東京、コスモス・ライブラリー、2006年、総頁247
- (5) <https://lanic.jp/lifestyle-40567> (アクセス日：2024年4月1日)