

## 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

74 ナラティブに寄り添う対話のために  
1つの段階と4つの循環

はじめに

医療安全管理者は、さまざまな事故対応において、事実や説明内容などの認識の齟齬(コンフリクト)を経験する。この状況下で、コンフリクト・マネジメントに、「医療安全管理者が医療メデイエーション概念(対話による協働意思決定)を用いるのは困難だ」と言う人がいる。その理由としては、「中立性が保てない」ことや「疲弊感がある」ことを挙げている。このことについては前号でその理由を述べた。本稿では、医療メデイエーション概念活用の効果の検証をした共著の論文を

用いて、ナラティブに寄り添う対話とは何かについて考えてみたい。

## 1. 研究の紹介

## (1) 対象

A病院医療安全管理者が、2010年10月1日から2014年10月末までの4年間に医療メデイエーション概念を活用し、250例の三者面談を実施したなかで、困難な事例27例を抽出した。この27例の面談事例は、同一のメデイエーターが担当していた。インタビュー方法におけるバイアスが入らないように、事象レベルやメデイエーターの習熟レベ

ルが一致すると評価できた面談事例についてを対象とした。さらに、利害関係のない三人がその指標で評価を再認識後、和解例、失敗例それぞれ6例ずつを選出した。この選出の指標としては、「事象のレベル、同一のメデイエーターである医療安全管理者の研修習熟レベルの時期(基礎編研修受講後1年以内の初級レベルと研修受講後4年目の上級レベル)、対象事例の病状や病気の重症度・緊急度が同程度の有害事象、その後の三者面談の経過記録の正確さ」が同程度になるようにした。

## (2) 方法

和解例と失敗例の逐語録の比較を①面談時間の比較、②対話の内容・分析で行った。後者の比較分析は、全逐語録による会話分析とコミュニケーション分析R I A S (Roter Method of Interaction Process Analysis System) で確認した。また、対話内容は、①医療メデイエーションによる対話内容の比較、②4つの段階に基づく4つの循環の進展状態を比較・分析した。

医療メデイエーションによる対話内容の比較は、①自己の感情をめぐる語り、②コンフ

リクトの事実をめぐる語り、③安全をめぐる語り、④アイデンティティーをめぐる語り、⑤病をめぐる語りの5つの語りの割合から、ナラティブ(意味づけられたもの、意味と意味をつなぐ当事者の語り)への尊重による対話が4つの循環として拓かれているかを比較・検証した。

また、医療メデイエーションの4つの段階即ち、①受け止める段階、②情報共有・交換の段階、③再帰的思考の段階、④創出と意思決定の段階になっているかについて質的に相互行為分析をし、RIAS分析で確認した。このRIASとは、1980年代以降、患者・医療者間の会話や行動の客観的な評価を試みたコミュニケーションの分析ツールで、Johns Hopkins大学のRoter教授によって開発された<sup>12)</sup>。欧米では200以上の研究で用いられ、妥当性・信頼性も確認されている医療コミュニケーションの量的分析方法である<sup>13)</sup>。RIASでは、患者と医療者間のやり取りを、1つの事柄を伝えている最小単位の言葉「発話」へ分割し、分割した「発話」をその機能と内容によってRIASで定められ

た42のカテゴリーに分類(コーディング)して、評価するものである<sup>14)</sup>。

前提として、和解例と失敗事例との比較とは別に、250例について、医療メデイエーションに影響を与える要因25項目を設けて抽出した。各項目については良好か否かを1、10段階で評価した。

25項目を以下に示す。①複雑な家族背景がある ②経済的な問題背景がある ③医療事故の回避可能性がある ④コンフリクトの難易度が高い ⑤医師の説明と患者が主語のインフォームド・コンセントがある ⑥事前の当事者だけの面談がある ⑦両当事者からの医療メデイエーション依頼がある ⑧相手側に医療メデイエーション参加の自発的意思がある ⑨医療メデイエーションに参加する当事者への1対1対応がある ⑩複数の医師のかかわりがある ⑪複数医療職の関係者のかかわりがある ⑫医師の面談における共感的態度がある ⑬医療安全管理の検証がある ⑭謝罪要求がある ⑮金銭要求など賠償の要求がある ⑯MM(医療メデイエーション)でのIPI分析・展開がある ⑰医療メデイエーションでのインタレスト(Interest)を把握している ⑱インタレストに沿った医学的説明がある ⑲医療メデイエーションの対話過程に双方向性がある ⑳医療メデイエーション後のフォローアップがある ㉑コンフリクト前の当事者間の信頼関係がある ㉒面談時のメデイエーターのレベルの程度 ㉓メデイエーターとしての疲弊感がある ㉔組織中枢部の理解がある ㉕両当事者の同意を得ている」であった。

(3) 結果  
面談時間では、和解例の中央値が47・5分、失敗例では92・5分で両者間に有意差(P<0.05)を認めた。また、対話内容の比較では、和解例では、「病をめぐる語り」が20%以上認められ、「安全をめぐる語り」が失敗例に比べ多く認められた。一方、失敗例では、「コンフリクトの事実をめぐる語り」が全体の80%認められたが、お互いの言い争いに終始し、対話は一方通行であった。

医療メデイエーションの4つの段階と4つの循環による対話過程については、和解例では、第一段階の「受け止める(受け入れる)

段階」から、第四段階の「創出と意思決定の段階」までの4つの段階について、全ての6例に展開が認められた。失敗例では、「情報交換の段階」は大きく見られるが、個々の主張のみで対話が拓かれなかった。その後の「再帰的思考」「創出と意思決定」の2つの段階

図1-1 医療メディエーション概念による対話内容の比較 (4つの段階・4つの循環) (数字は%表記)

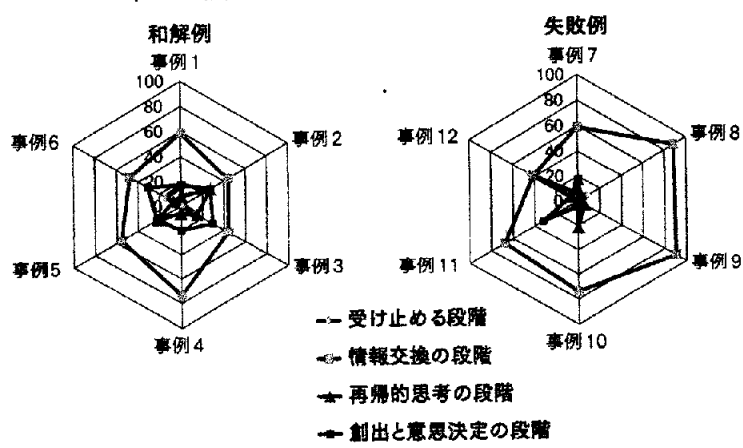
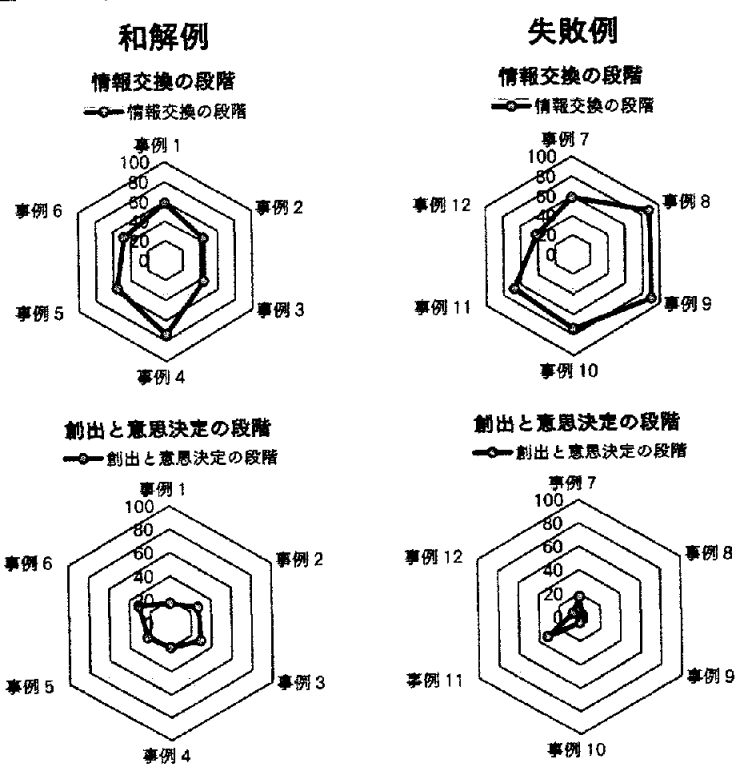


図1-2 医療メディエーション概念による対話内容の比較 (数字は%表記)

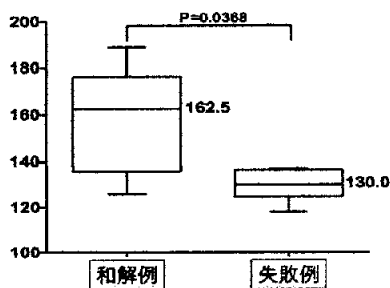


については、いびつに縮小していた(図1-1) 1、1-2)。なお、図中の100などの数字の単位は%である。和解・失敗例12例についての要因項目の合計点の比較では、和解例の中央値が162・5点で、失敗例は130・0点であり、両者

も上級レベル(研修受講後4年目)の方が点数は高くなっていたが、「メディエーターとしての疲弊感がある」の項目では、和解例において点数は低く、上級レベルでの点数が半数以下になっていた(図3)。なお、250例の25項目の検討結果は割愛した。

間に有意差を認めた(図2)。10点以上の差があった項目の中で、最も差があった項目は、「面談における医師の共感的態度がある」で、メディエーターの疲弊感については習熟度による紛争構造分析の影響がみられ、失敗例の方が学習の習熟度は低かった。次に、医療メディエーター習熟レベル別の比較をすると、基礎レベル(基礎編研修受講後1年以内)より

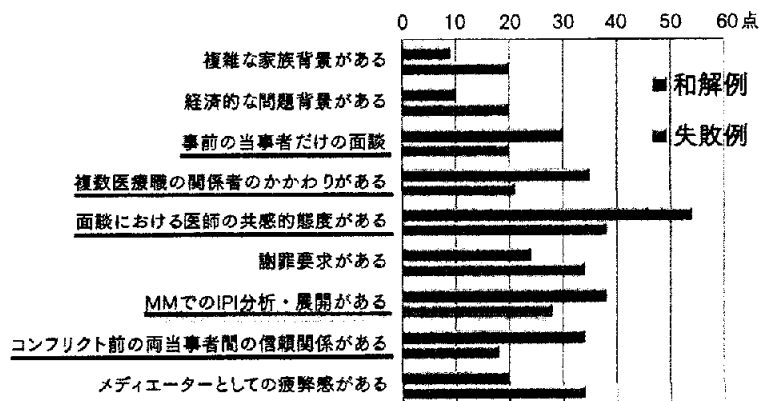
図2 要因25項目の合計点数の比較



以上、元データを基に研究論文を紹介した。この研究が示していることは、和解例では、当事者間の対話が拓かれたために、良好な対話促進を伴った対話過程が構築されたことである。即ち、4つの段階が明確に認められた。その結果として、当事者間の理解と合意が得られたと考える。和解例で面談時間が短かったのは4つの段階が順調であったことの現れである。

さて、医療安全管理者は、業務上、医療者側として患者、家族に対峙することが多く、中立的な対話推進は役割上困難になりやすいと言われる。この研究結果からは、医療メディエーションでは「中立性が保てない」や「疲

図3 10点以上差がみられた和解例と失敗例の要因項目の比較



注) MM: 医療メディエーション

弊感がある」との言説において、別の意味を投げかけている。

「中立性」は、傷ついた方に寄り添いながら対話を推進し、両当事者に対する不偏性を保つことと捉えるのが正確である。また、「疲弊感」は、失敗例で高い点数であることから、

習熟度が関係するといえる。和解例は、経験や習熟度と比例してくることから、医療安全管理者が継続的教育により習熟度を高めることで、より良好な医療メディエーションの展開が可能となり「疲弊感」は減少していくと考えるのが経験に則している。

要因項目の比較では、和解例で医師のコンフリクト前の信頼関係や、面談に際しての共感的態度の点数が高かった。対話の4つの段階の促進要因といえよう。

医療安全管理者の医療メディエーション概念を用いた事故対応は、発生した事故を詳細に調査すると共に、患者や家族の背景についても十分に理解し、その上で組織としての見解も全て把握するように努めている。そのような立場にあるからこそ、①ケアと倫理の下、②真実開示、③医学的適応と判断、④事実検証の4つの対話過程の循環は必要である。

ここで決して忘れてはならないことを述べる。これらのナラティブは、その人の語りのほんの一部に過ぎないことである。安易に語られたことが体験したことや起きた出来事を表しているのではない。

過去に体験された出来事は、意図的な嘘や作話でなくても、異なる語りとして伝えられていく。また、語りには、現在の語り手の動機が影響する。裁判の場での語りなどを想起すれば理解していただけるのではないか。

語ることは、過去の出来事や経験が何であるかを述べることに以上、「今、ここで」の語り手と、そこに集う人たちの、相互循環的な双方の「主体」が生きていることなのである。

## 2. 社会構成主義の4つのテーゼ

前回も社会構成主義という用語について述べたが、詳しい内容については説明していない。そこで、その考え方のエッセンスともいえる「社会構成主義の4つのテーゼ」を紹介する。

デカルトから始まる啓蒙主義の見方と異なる立場のケネス・J・ガーゲンが提唱した学説である<sup>6)</sup>。今日も心理学、社会科学、教育学、組織論、医学教育など多くの分野に影響を与えた学説である。4つのテーゼとは、以下である。

(1) 私たちが世界や自己を理解するために用いる言葉は、「事実」によって規定されない

(2) 記述や説明、そして表現の形式は、人々の関係から意味を与えられる

(3) 私たちは、何かを記述したり説明したり、あるいは別の方法で表現したりする時、同時に、自分たちの未来をも想像している

(4) 自分たちのあり方について反省することが、明るい未来にとって不可欠である

そこに集う人たちのこれまでの考え方、生き様を尊重して、寄り添い、語りあいを紡ぐ支援が、医療メデイエーション（協働対話）による、尊重と寄り添いのある対話過程である。

対話を一方的に遮断し、自己の正当性に固執している二項対立状態である限り、「場」は形成されない。

交流する「場」の機会がなければ、「声」は聞こえないし、傷ついた人に寄り添うことは難しい。また、寄り添うことがなければ、過去は悪しき記憶と結びつき、現実と乖離し偏見になる。そして、偏見は差別になり、ステイグマ (stigma) を形成する。ステイグマとは、社会的な偏見や差別の対象となる特徴や属性を指す言葉である。

このように、医療メデイエーションは、こう

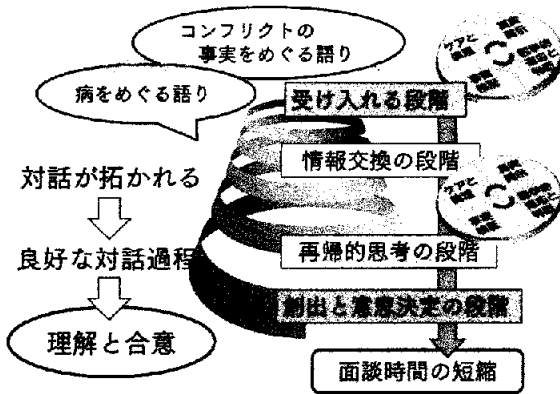
したステイグマを形成しないためのコンフリクト・マネジメントの教育である。そのスキルは、見る人によって抽象的で、既存の概念との違いや理解については、誰もがシンプルに一目で理解し会得できるといったものではない。

対話の「場」が拓かれていなければ、当然、未来の芽は根づくことはないし、根づいたとしても、芽が出ていくまでには時間がかかる。そして、「ナラティブ」は聴き手において状況や環境、関係性の中でいかようにも解釈が可能である。

重要なことは対話の「場」に集う人々への「ナラティブとケア」を尊重し、その解釈を理解し合う、考え合う態度とタキノミーという精神運動であり、それこそが医療メデイエーション（協働対話）のスキルなのである。さて、「はじめに」の中で、「ナラティブに寄り添う対話とは何かについて考えてみたい」と記した。この研究結果を踏まえて考えてみたい。

紹介した研究を通して医療コンフリクト・マネジメントにおいて言えることは、「寄り添う対話」とは、相手の人格の承認と尊重、

図4 「場」の語り(4つの段階と4つの循環)



そしてナラティブを介して互いの感情を受容・共感し、相互交流する「場」が維持されるなかで支え合うことである。すなわち、その過程の中で新たな価値を持つ関係性の創出という協働意思決定がなされることを意味する。そのためには、メデイエーターは傾聴の姿勢・態度の中で、レベル3「相手にしっかりと意識の焦点を当てる」こと以上が維持される必要がある。レベル3以上の傾聴は参加者の語られていないナラティブを拓き、ナラ

ティブの多様性・多元性を生み出す。

これらのナラティブが新たな関係性の創出に至るには、「幹」となる4つの段階と4つの循環の認知過程を経ていることを認識することが重要である。

4つの段階は、①受け入れる段階、②考える段階(相互交流の対話過程と再帰的思考過程)、③問題の再構築の段階、④新たな答えが生み出される創出の段階という、質の異なる区切りを持つ動態的対話過程のことである。各対話の質の区切り(段階)において、ナラティブの相互検証と内省の内容は、①ケアと倫理、②真実開示、③医学的適応と判断、④事実検証、の4つの循環として、概念としてまとめることができる。これらの「段階」と「循環」は、独立した認知過程ではなく相互関連していることにも注意が必要である。

おわりに

医療メデイエーションの対話の「場」の4つの傾聴、4つの段階、4つの循環について、数回にわたって連載した。図4に4つの段階と循環の関係を示し、まとめたい。

筆者は、実践経験を絶えず、理論的にかつ

確認・総括しながら、当事者と共に医療メデイエーション(協働対話)を進展させようと、「ケアと倫理」を起点に、「対話と承認」を紡いできた。

次回は、ナラティブに寄り添う対話構築主義について述べることにする。

参考文献

(1) 成田雪美、中西淑美:「医療安全管理者による医療メデイエーションの習熟は情報共有・意思決定の対話過程を促進する」『医療コンフリクト・マネジメント』2015、Vol.4、25-33頁

(2) Boon H, Stewart M. Patient Educ Couns. Nov.; 35, 1998, 161-176.

(3) Noro I, Abe K, Ishikawa H.: "The Roter Method of Interaction Process Analysis System (RIAS)." Sankisha Co. Nagoya. 2007. 2-3頁

(4) 有田悦子:「薬学コミュニケーション教育におけるRIASを用いたコミュニケーション研究」[https://www.jstage.jst.go.jp/article/yakushi/137/6/137\\_16-00224-3/](https://www.jstage.jst.go.jp/article/yakushi/137/6/137_16-00224-3/).pdf (アクセス:2024年6月1日)

(5) ケネス・J・ガークン著 東村知子訳:「あなたへの社会構成主義」, 2009, ナカニシヤ出版, 71-76頁