

オープンダイアログに関する3冊の本を読んで

～ 当事者参加型のチーム医療を開く ～

国立病院 長崎医療センター 国病久原会 会長
医療法人ウイング 高城病院 顧問

廣田 典 祥

- ① オープンダイアログとは何か;齋藤 環著 医学書院 2015年 東京
- ② オープンダイアログ;ヤコ・セイラック/トム・エーリク・アーンキル著 高木俊介/岡田 愛
訳 日本評論社 2017年 東京
- ③ ダイアログ 対立から共生へ、議論から対話へ;デヴィット・ボーム著 金井真弓 訳 英治
出版 2017年 東京

<オープンダイアログについて>

最近、私はこの3冊(とくに①と②)の本を読んで、こんな精神医療のかたちがあることを知り、わくわくするような感動を覚えました。

それによって、私が抱いていた、チーム医療に関する古い概念を修正すべきだと思い「当事者(患者・介護者等)参加型」のチーム医療について、考えてみたいと思います。

これらの本を読んでゆくうちに、私の中に温めていたチーム医療への古い概念が少しずつ変化してきました。このオープンダイアログの手法は現在の医療保健の分野でも、いろいろと示唆を与えてくれるに違いないと思います、また完璧とまでは言えないまでもオープンダイアログを模したチーム医療を行うことができるのではないかと思います。

皆さんの中で、特にチーム医療の在り方に関心の高い人には、お奨めの本です。更に、未来の医療の形を考える立場の人にとっても、何かのヒントを与えてくれる本だと思います。

これまで多職種参加のチーム医療(MDT)については、随分進歩したきています。しかし、寡聞ではありますが、国内では当事者を加えた対話型のチーム医療はまだまだではないでしょうか。

では一体、オープンダイアログとは何のことでしょうか。ダイアログとは対話のことですね。オープンとは開かれた形式といった意味です。それは、北欧のフィンランドの人口約6万人の町で発展的に開発されたと紹介されています。いわば、地域おこしの精神科医療だと思います。

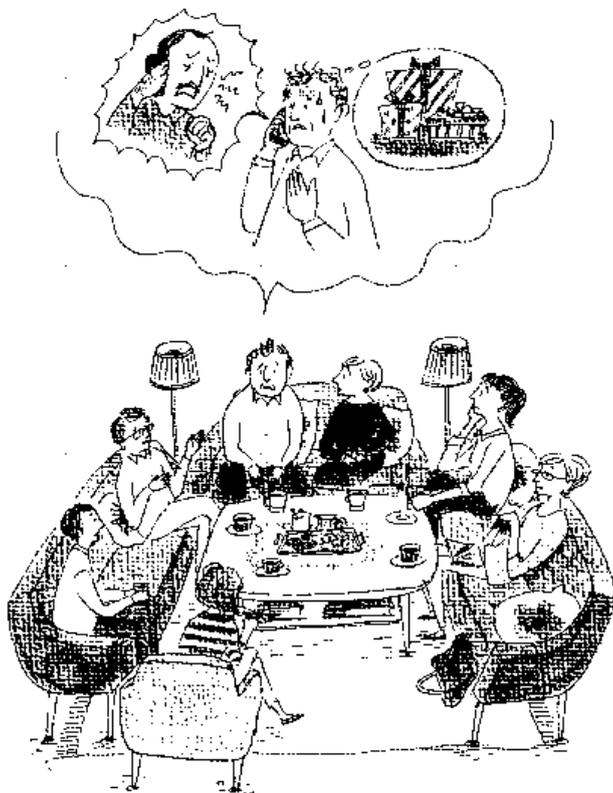
大まかに言いますと、社会のなかに専門家ネットワークとクライアント(当事者)ネットワークが一か所に集まり、自由な雰囲気の中、対話(下図:オープンダイアログ光景)によって精神障害を治そうとする仕組みのことです。これによって、心理的危機状態の患者さんを見事に回復させることができることを明しています。その驚くべき成果については、詳細を省きますが、①②を読む

でみてください。急性期精神障害の約7割の人が、この対話のみで、社会復帰できたそうです。

私達は当然、薬物は使わないの？という疑問を抱きますね。また入院させないの？という疑問も生じますね。原則この二つは、当事者が納得しなければ、薬物投与も入院治療も行うことはない、飽く迄も患者さんの意志を尊重することを貫くこととされています。但し、患者の同意があれば少量の安定剤を使うこともあるし、場合によっては入院も否定はしていません。

徹底したインフォームド・コンセントが行われるということですね。当事者の殆どは医療の専門家ではありません。これらの非専門家(素人)の使う言葉と専門家との対話によって、医療を進めてゆくと、専門家にとって、わくわくするような「新しい知」を獲得することができるそうです。

その様子がこれらの二つの本①②のなかで、詳しく紹介されています。このチーム医療の展開には、いくつかの北欧で生まれた理論体系が含まれております。実際の場面は至ってシンプルだと言われております。しかしその理論をマスターすることがチーム医療の原則を作る上で極めて大切です。やみくもに、チームを集めればよい、といった単純なことではないようです。要は、医師主導の討論会ではなく、対話の場であることなどの基本的な姿勢を保つことなどが示されております。



オープンダイアローグの光景

(上図は医学書院の好意により掲載許可 オープンダイアローグとは何か; 齋藤 環著 医学書院 2015年 東京

103 ページ)

ミーティング(対話)を作っていくためには、いくつかの実際的な結論を、以下のようにまとめています②。

- 安全感をはぐくみ、不安をやわらげること
- 話し合いをはじめたら、それぞれの人たちが語ることばに純粹に興味を示すこと
- 会話を(対話)にすること
- 話されたことに対して、きちんと応答をすること
- あなた自身のために話し、「私」を主語にすること

大切なのは「今、ここにいる」「一度きりのかけがえのない場」として存在の一回性を新しく生き生きとした意味をもったものにする、とセイラックは述べているのです。

日本精神神経学会のホームページの e-Learning でも齊藤 環(筑波大学 精神保健学教授)の講演「オープンダイアログの作用機序」が掲載されていますが、こちらは当学会会員でなければ閲覧できませんので、紹介できないの残念です。齊藤は、こう言っています「結論から言います。いまや私は、すっかりオープンダイアログに魅了されてしまっています。ここには確実に、精神医療の新しい可能性があります①」。

<「当事者(患者・家族等)参加型」のチーム医療について>

以上の本から刺激を受けたので、少し大胆なテーマで恐縮ですが、今後推進すべき「当事者(患者・家族等)参加型」のチーム医療について述べてみたいと思います。チーム医療の現場に患者、家族等を参加させる医療のかたちを推進すべきだと思い、考えをまとめてみました。

実は平成 23 年 3 月、当院附属看護学校の閉校式がハウステンボスで行われましたが、その時の記念講演「[連携と絆に寄せて]」を当時の当院院長(現名誉院長)、米倉正大先生の要請をうけて、私にやらせていただきました。そのテーマは「チーム医療の中の看護師の役割でした。その中で、WHO を中心として、発展して来た多職種間の効果的な教育について紹介しました。

- ケアの質向上のための作業であること
- 当事者やその介護者のニーズに焦点をあてること
- 当事者やその介護者を参加させること
- 専門職種間の協働を促進させること
- 各専門職種は、自ら、同僚から、他の職種から、学ぶように努めること
- 専門職種間で実践できるものを向上させること
- 各専門職種はお互いの倫理観や貢献を尊重し合うこと
- 専門職種としての満足感を高めてゆくこと

上記箇条書のアンダーラインで示した箇所には、当事者を含めることが、多職種間の教育のために欠かせないことになっていますね。当時、この文献を読んだころは、なにかピンと来ませんでした。こういうのが現実に可能だろうかと思いながら、講演したのを思い出します。オープンダイアローグの本を読んで、当事者との対話が如何に協働して作業するために不可欠であるかを教えられたようです。文字どおり協働なら、何かをともに創造出来なければなりません。お互いに話し、行動する中で具体化されたものを作り出さなければなりません。受動的な道具となって無言で従う人々に、一人の権威者が物事を伝達するという形は望ましくありません③。

多職種の絆にはまさに

Working Together—Learning Together

の理念が浸透していますよね。

対話という、概念は、今一つピンと来ないかもしれません。デイビット・ボームの③によると、対話(Dialogue)と議論(Discussion)を対比させています。詳細は③の著書にゆずりますが、用意された選択肢から取捨選択する、決断を下す、他人を説得する、といった議論とは違い、いっぽう対話の形は選択肢を創造する、想定を保留する、意味を共有する、といった作業ということです。全て、権威的な立場の人が決定権を握っているということではありません。

医療、保健の分野で仕事をする人は、対話という概念あるいはコミュニケーションという、しっかりした概念を、今一度学習し直し、その際のマナーを身に着ける必要があると思います。

要は、人々が偏見を持たず、互いに影響を与えようとする事もなく、相手の話に自由に耳を傾けられる場合に限る。まずは、話し手の双方が、真実と、一貫性のあることに関心を持つことが大事である③と。

医療チームを構成するメンバーとは、医師、看護師、薬剤師、理学療法士等の多職種が、当事者を取り囲んだ形のチーム医療です。より専門各科の医師による包括的な組織をとることもあり得るでしょうし、看護師も専門化された認定看護師も含むことがあり得るでしょう。

当事者が最も知りたいことや、心配していることを取り上げ、それを多職種間で共有し、水平方向に対話を進めてゆくことが考えられます。医学医療の専門家ではない当事者の声をよく聞き、そこを起点として、患者教育を行いながら、患者にとって最善の医療を提供するという方策をとることです。

そうすれば、そこに参加している各専門職種は、当然のことながら、医師からは診断や治療の方針を学び、看護師からは、看護の理論や方針を理解し共有できる。薬剤師は処方される薬剤の薬理作用、副作用、多剤との相互作用等が述べられる。持参薬の点検がルーチンに行われる。理学療法士や作業療法士はリハビリテーションの理論や方針が述べられる。

その対話によって、職種間に創造的な新しい知が生まれ、経験は暗黙の知として、チームの成長を促す。

その場に居合わせ、それを聞いている患者や家族は専門的な知識にはついてゆけなくても、チームで交わされる言葉から、おおよそ、医療方針の雰囲気を感じ(リフレクション)ことになるでしょう。上記の

● 当事者やその介護者を参加させること

の場面では、このリフレクティング(会話における会話と会話:トムアンデルセン、矢原隆行等の著書あり)が重要であることを示唆していると思います。思い切って、このような専門家達の秘密の舞台裏を、直接患者さん、家族に聞かせてしまうということになります。

患者から意味が分からないので困るとの発言があれば、それを平易に分かりやすい言葉におきかえたり、理解できるように画像や図版を示して解説したり、とどのつまりはインフォームド・コンセントを取り付けるようにすべきだと思います。専門的な知識を医師は駆使できるでしょうが、一般の市民は見当もつきません。平易に伝えるという技術を医師は次第に体得してゆくことが必要です。当事者を巻き込んだ医療のあり方をもっと研究する必要があるそうですね。

このような方法は、医療従事者と患者間の信頼関係を作ることになり、患者満足度をアップさせることに繋がります。

一回のセッションで解決しない場合は、検討課題が残される。その検討課題は次のセッションで取り上げられることになり、このように連続した複数回のセッションに及ぶこともあり得るでしょう。この時の司会(ファシリテーター)は看護師長か、経験の深い看護師あたりが良いと考えています。精神科の場面では精神医学的ソーシャルワーカー(PSW)でも良いでしょう。

ここでは、各職種からの専門用語が飛び交うことになります。専門用語が交わされるたびに、それは次第に共有言語となり、チームが一貫したリテラシーが交わされ、各職種の業務についての理解協力へと繋がってゆくことが考えられます。

当事者が悪性腫瘍に罹患しているときの告知をどうすべきか、また臓器移植という選択肢を伝えるにはどうすべきかなど、チーム全体で共有すべき、新たな知を必要とします。その場に参加している研修医も看護実習中の学生にとっても、それは挑戦的な学習の場を提供することになるでしょう。患者の置かれている心理社会的、さらにはスピリチュアルな背景にも配慮が必要になります。

以上で、私の夢を終わります。正直言って、私自身このようなチーム医療を実践した経験がありません。これらの文献を漁るうちに、現在の病院でも、このような形でオープンダイアログ的志向(対話性、dialogicity)の患者教育、スタッフ教育(多職種間教育、learning together)を兼ねたチーム医療が展開できる可能性があり得ると思ったからです。

オープンダイアログはこれからのチーム医療を実践する際のキーワードの一つになるのではないかと思います。