

医療現場の看護職に対する合意形成理論と方法論を用いた倫理教育 —ファシリテータに必要な要素についての一考察—

吉武 久美子 (東京女子医科大学 大学院看護学研究科, yoshitake.kumiko@twmu.ac.jp)

Ethical education used for consensus building theory and method for practical nurses:
A consideration of essential elements in relation to facilitators in clinical settings
Kumiko Yoshitake (Graduate School of Nursing, Tokyo Women's Medical University)

要約

医療現場では、様々な倫理的問題が存在する。医師、看護師などの医療の専門家には、倫理的問題に気づくとともに、問題解決が求められる。医療現場で働く看護職に対する倫理教育は、日本において、OJT あるいは Off-JT にて必要不可欠とされている。しかしながら、医療現場で働く看護職のための倫理教育プログラムは、各々の医療施設の部署に委ねられている。合意形成の理論と方法論を用いた倫理教育は、受講者が倫理的リスクに気づくとともに関係者と多様な価値を共有し、問題解決のための方法論の理解と実施ができることを目標とする。本研究の目的は、医療現場で働く看護職に対する合意形成とファシリテータ教育を取り入れた倫理教育の事例を紹介した上で、医療現場の話し合いのファシリテータに必要な要素を考察することである。臨床現場の話し合いで必要なファシリテータの要素は、①話し合いの計画と事前準備、②会の方向性を示すコミュニケーション、③参加者の関心懸念を引き出すコミュニケーション、④確認、言い換える、まとめるコミュニケーション、⑤個人と全体の両方の視点でみる力、⑥計画遂行と臨機応変に対応することの両方をもつこと、⑦見られていることへの意識、⑧雰囲気と環境づくりである。合意形成の方法を用いた倫理教育プログラムとファシリテータ教育を一度に統合して行う意義は、臨床現場で直面する倫理的問題に対して、気づくことと具体的な行動をつなげて考えられることが示唆された。

キーワード

医療の合意形成, 倫理教育, 看護職, ファシリテータ, カンファレンス

1. はじめに

医療現場の専門職にとって、倫理的問題に気づき問題解決を適切に行うことは重要な課題である。看護職⁽¹⁾に向けた倫理教育は、資格取得までの看護基礎教育だけでなく、看護職として働くようになってからの卒後教育、現任教育の中にも取り入れられている。

医療現場で働く看護職に対する倫理教育は、倫理的感受性を高めるためだけでなく、倫理的問題解決への対応という点から求められている。そのような要請に応えるのは、倫理の基礎知識の理解だけでなく、看護職として、いかに行為すべきかという実践的教育も含んでいるため容易ではない。そのため、医療現場で働く看護職向けの卒後教育、現任教育において、共通したプログラムがあるわけではなく、各施設に任されているのが現状である。

筆者は、合意形成の理論と方法論を用いた倫理教育を2005年から現在まで医療現場で働く看護職に向けて教育している。本論文は、医療現場で働く看護職向けに行っている合意形成を用いた倫理研修の概要を紹介した上で、医療現場の話し合いのファシリテータに必要な要素を導出することを目的とする。

検討方法は、次のとおりである。第一に、医療現場で働く看護職に対する倫理教育に合意形成を用いる教育の

意義について述べる。第二に、合意形成を組み込んだ倫理研修の事例を紹介し、その特徴を示す。第三に医療現場の話し合いのファシリテータに必要な要素を導出する。最後に、倫理教育に合意形成とファシリテータをつなげて教育することの意義について考察する。

2. 医療現場で働く看護職に対する倫理教育と合意形成

2.1 医療現場で働く看護職に対する倫理教育の必要性

医療現場で発生する倫理的問題は、患者の身体拘束、人工呼吸器のとり控え・取り外し、尊厳死など多岐にわたっている。また、同時に倫理的問題は、特定の領域の課題に限定されることなく、日常現場に潜んでいる。

医療現場で働く看護職は、看護職の資格を取得するための看護基礎教育課程での教育だけでなく、医療施設で働くようになってからも、職場での OJT, Off-JT (集合研修など) による教育を受ける。とくに、働き始めの新人の看護職の研修は、平成 22 年から、保健師助産師看護師法、および看護師等の人材確保の促進に関する法律によって、医療施設において努力義務化されるようになった。それに伴って、厚生労働省 (2016) は、現在の社会状況と新人看護師の現状について検討した結果、平成 26 年に新人看護職員研修ガイドライン改定版を示した。本ガイドラインに示される研修内容の中で、看護職員として自覚と責任のある行動をとることができる項目として、「医療倫理・看護倫理に基づき、人間の生命・尊厳を尊重し患者の人権を擁護する」は、入職後 1 年以内に「できる」も

のとして挙げられている。

他方、医療現場で働く看護職に対する倫理教育は、新人看護職だけに必要とされるものではない。勝原（2007）は、現場で働く看護職のキャリアの観点から、倫理的感受性、すなわち倫理に関することに対して何かおかしいと感じる力は、臨床経験年数が長くなるほど高まるというわけではないことを指摘する。組織の文化や慣習によって、経験年数が長いベテランと呼ばれる看護職でも、すべての人が高い倫理的感受性を有しているわけではないのである。とくに、部署のリーダー、管理職になる人にとってみると、新人職員の研修から、看護職員スタッフの病棟全体の倫理的感受性の向上および、倫理的問題解決にむけて対策を講じなければならない。そのような背景から、日本看護協会は、主任、師長などの看護管理者を対象とした看護管理者認定資格の研修として、ファーストレベル、セカンドレベル、サードレベルとレベルを設定するとともに、その研修項目にも、組織管理論の「看護管理における倫理」として科目を設定している。

2.2 卒後教育における看護倫理教育の方法

卒後教育として、上記のように倫理教育は重要とされているものの、その方法は施設に任されている。Tsuruwaka（2018）は、看護職の臨床経験をもつ大学院生を対象にした看護倫理教育にナラティブを活用していること報告する。ナラティブとは、「語り」「物語」と訳されていて、できごとや経験の具体性や個別性を重要な契機として、それらを順序だてることで成り立つ言明の一形式とされる（野口，2005）。また、あるできごとについての記述をなんらかの意味ある関連によりつなぎ合わせたものとも定義されている（斎藤・岸本，2003）。すなわち、あるできごとについての言語記述を、なんらかの関連によってつなぎあわせるもの、または、つなぎあわせることによって意味づける行為とされている（斎藤・岸本，2003）。看護倫理教育の中で、受講生に倫理に関する過去のできごとについてナラティブを書いてもらうこと（Tsuruwaka，2018）、あるいは、他者が書いたナラティブをおして、自身が感じたこととその理由、あるいは、他者が感じたことを共有することで、互いの気づき、現象の捉え方を共有している（鶴若・麻原，2013）。この方法は、多様な人が様々な捉え方、価値観をもっていることを共有するとともに、自身の振り返りと気づきを促すことをねらいとしている。

他方、福祉との連携が求められる在宅終末期医療分野において、訪問看護師のための看護倫理教育プログラムの開発も試みられている（平山他，2015）。平山らは、訪問看護師の倫理観を高めるために、看護師が講義受講後に、倫理的観点から印象深いと思われる自己の実践事例を記述し、それらをもとに、参加者とともに語りあうことで、各自の振り返りを促すという方法を示す（平山他，2015）。平山らは、くわえて、受講者の評価として、ケアリング倫理の深まりは見られていたが、倫理理論の深まりは不十分であったとする（平山他，2015）。平山らの教

育プログラムも Tsuruwaka ら（2018）のナラティブの方法と同様に、看護者が自身の経験を記述し、他者とともに語り合うことで、多様な考え方、自己の振り返りを促す効果を期待している方法である。

2.3 多職種間で行う倫理的問題解決のための方法

臨床倫理（Clinical ethics）は、臨床現場における倫理的問題に焦点あてた応用倫理の一つである。臨床現場では、複雑な現象を医師、看護職等の多職種が倫理的ジレンマ、倫理的関心、悩み等の問題をどのように捉えて、どのように解決していくかが重要な課題となっている。

臨床現場に生じる倫理的問題や倫理的ジレンマを解決するための方法として、Jonsen（2015）が提示した臨床倫理四分割法が用いられている。この方法は、複雑な状況を整理するために、「医学的適応（Medical Indication）」、「患者の選好（Patient preferences）」、「Quality of life」、「周囲の状況（Contextual Features）」の四つの視点から情報を整理した上で、倫理的問題を抽出し、関係者間で討議するものである（Jonsen，2015）。本方法は、臨床現場で発生した複雑な事例に対して、多職種間で倫理的ジレンマを解決するためのカンファレンスの際に、複雑な状況を分析するためのツールとして活用されている（Low and Ho，2017；Roggi et al.，2019；Hirakawa et al.，2020）。

2.4 医療現場で行われる倫理に関するカンファレンス

医療現場では様々なカンファレンス（話し合い）が行われる。その中でも倫理に関するものは、①患者の意思を尊重した治療法の決定、②倫理的問題解決のためのカンファレンスとコンサルテーション、③教育のための倫理カンファレンスを挙げることができる。

2.4.1 患者（代諾人）の意思決定を支えるカンファレンス

臨床現場において、治療法やケア方法の決定プロセスで尊重されるのは、患者の意思である。インフォームド・コンセントによる決定方法は、1980年代終わりから1990年代前半にかけて、日本の医療現場にも導入された。それ以来、臨床倫理分野において、患者の自律、人格をもつ患者の意思の尊重が何よりも尊重されるようになった。ただし、患者には意識障害があるなど疾患や年齢によって、意思決定能力がないとみなされる場合もある。その際は、代諾者あるいは代理人によって決定が行われる。

治療法の決定プロセスにおいて、患者の意思が尊重されるようになったのであるが、しばしば家族や医療者が患者本人の意思を把握するのが容易でないこともある。とくに、人生の最期、終末期において、どこまで治療を望むのか、あるいは積極的な延命治療は行わないなどの患者の意思は、患者の意識がなくなってからは、周囲の関係者には適切に把握されにくい。

そこで、DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）指示、事前指示書（AD: Advance directive）、リビングウィルを残す方法で、患者の意思を医師などに伝えようとしてきた。ただし、患者本人と家族、医療者との十分なコミュニケー

ションをもたないまま紙面上での指示書を残すだけでは、医療者が患者の意思を適切に共有するには限界があった。そこで、ADを含むACP(Advance Care Planning)、すなわち、患者自身の治療方法などに対する意向の共有を話し合いによって、家族、主治医などの関係者間で行うことが重視されるようになってきている(箕岡, 2020)。厚生労働省(2018)は、人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書の中で、医学的妥当な判断が可能となるように、患者の意識がある場合、患者とその関係者との話し合いで共有し記録に残しておくことの重要性を指摘する。また、同省は、患者の意識がない場合も代諾者と患者の意向を推測しながら、話し合いにて判断していく重要性を示した(厚生労働省, 2018)。しかし、ACPの定義として、何をどこまで含めるのか、いつ、どのように話し合いを行うのかなど、共通見解が得られていないという課題があるのが現状である(Rietjens et al., 2017)。

さらに、本人の意思が明確でない場合は、家族等による代諾者の意思決定が行われる。代諾者は、ACP等で残された患者の意思が明確に記されたものがなければ、患者の意思を推測するという不確かな状況の中で決定をおこなわなければならない。そのため、代諾者と患者との人間関係にもよるところが大きい、その決定プロセスは容易ではない。代諾者による治療法意思決定プロセスでは、看護職などのヘルスケア提供者とのコミュニケーションが鍵となっていること、代諾者の過去の経験が影響を及ぼしていること、精神的フラストレーションやストレスを大きく受けていることが報告されている(Moss et al., 2020)。

上記のように、国内外において、患者の意思を尊重した治療法を決定するための話し合いが行われている。患者のすべてが、明確な意思をもっているとは限らない。また、患者の中には意思をもっていない人もいる。さらに、代諾者による患者の意思を推測して決定するプロセスは容易ではない。

したがって、患者(代諾者)の意思決定を支えるためには、医療者によるコミュニケーションによる支援が必要不可欠である。治療方針や退院調整あるいは、療養の場の決定のための話し合いの関係者は、医師、看護職などの多職種、患者とその家族である。この場合の話し合いでは、患者の意思を引き出して確認する、あるいは、推測して決定に反映させるために行われる。

2.4.2 倫理的問題解決のための倫理コンサルテーション

医療現場で倫理的問題が発生したとき、その解決のための話し合いが行われる。話し合いの参加メンバーは、病棟内での同職種あるいは、多職種である。この参加者メンバーたちは、問題にかかわる直接当事者と同病棟内での比較的状况のわかる関係者になる。当事者たちの話し合いであるため、発生状況は参加者メンバーに比較的理解されるが、他方で直接当事者としての感情が議論の中に入り込んでしまうこともある。その結果、問題の本

質が見えなくなること、あるいは、解決策がまとまらないということも起こりうる。

病棟内での直接当事者間での話し合いでは解決できない場合、倫理コンサルテーション、倫理委員会などを活用することがある。この倫理コンサルテーションは、直接当事者ではない人たちの話し合いによって、医学的・法的・倫理的に妥当な判断を行うために第三者からの意見を得るものである。第三者であることが関わることで、倫理的・法的・医学的に客観的な視点から分析ができるが、審議依頼がどのようにくるかにもよるが、詳細な状況の把握が不十分であることもある。また、倫理コンサルテーションは、当事者外の第三者の審議を経ることから、手続きとしての正義を担保するという意味もある。

2.4.3 教育のための倫理カンファレンス

倫理に関する教育目的で、病院内外において、研修あるいは倫理カンファレンスが行われることがある。これは、過去におきた倫理的に気になった事例を振り返ることで、当事者あるいは教育を受ける受講者たちが、倫理的な気づきを高めるとともに、実践の方法を検討することに役立てている。

医療現場におきた現象を整理するために、前述したJonsen(2015)の臨床倫理四分法を用いて、すでにおきた実際の事例を使って議論することもある。また、あらかじめモデル事例を用意して、倫理的問題に気づくことを促す方法もある。実際に起きた事例を用いる場合、あるいは、モデル事例を用いる場合、いずれにおいても、教育のための倫理カンファレンスでは、各人の気づきを促すとともに、関係者の多様な考え方・価値観を共有するための話し合いを大切にしている。

2.5 臨床における倫理教育と合意形成

合意形成とは、どのような考え方であるのだろうか。合意形成とは、関係者の間で多様な意見が存在する状況で、合意を形成することである。とくに、合意形成は合意を形成していく、そのプロセスを重視することから、関係者の間で最善策を探し続けるプロセスであると捉えられている(吉武, 2017)。医療現場であれば、医療者は、患者に関する支援を行う。その際に、医療者、患者、家族等の関係者による多様な意見が存在するなかで、支援の根幹に位置するのが合意形成である(吉武, 2017)。また、ヘルスケア領域では、患者を含む多様な関係者の価値観を共有することを大切にするため、関係者の意見の理由を共有した上で、患者にとっての最善策を見つけ出すプロセスであるとされている(吉武, 2007)。

合意形成では、多様な価値観を共有するための概念として、「意見の理由の共有」「理由の来歴の共有」がある。「意見の理由の共有」とは、関係者の意見がどのような理由があるのか、その理由を一方が尋ねて、他方がそれに答えることから、答えた人の価値観、考えを表出される考え方である(吉武, 2017)。また、「理由の来歴」とは、意見の理由が形成されてきた経緯を示すことで、より深

い事情を共有すること考え方である（吉武，2017）。

医療現場での状況は刻一刻と変化するため、患者にとっての最善策もつねに変化していく。変化する状況にあわせて、過去、現在、未来の時間軸を意識して、現在から過去に振り返って自分の大切にしている価値観に気づくとともに、近い未来にどのような結果をイメージし、抱えるリスクを意識しているのか、それらを関係者間で共有した上で、今考えられる最善を導き出すという考え方を「プロスペクティブ合意形成」と呼ぶ（Yoshitake, 2015）。

上記の合意形成に含まれる概念は、いずれも、ステークホルダー（関係者）の多様な価値観について、互いの誤解を生むことなく適切に共有し、今考えられる最善策を導くための考え方である。

さらに、合意形成には、話し合いをいかに行うかという方法論も含まれる。話し合いの計画、ステークホルダー分析、関心・懸念を引き出すコミュニケーション、場づくり、環境を整えること、話し合いの10か条を示すなど、具体的な話し合いの方法も含まれている（吉武，2011）。

2.5.1 臨床での倫理教育における合意形成を用いる意義

では、臨床現場で行う倫理教育に合意形成を用いることの意義はどこにあるのだろうか。

医療現場では、関係者（参加者）が同じ現象に遭遇しても、同じ倫理的問題あるいは、倫理的リスクに気づくとは限らない。そこで、実践家に向けた倫理教育で重視される第一は、倫理的問題に気づくこと、すなわち倫理的感受性を高めることにある。倫理的感受性を高めるために、倫理の基礎知識、原則論、インフォームド・コンセントなどの概念の正しい知識を理解することで、受講生が各人の日常を振り返り、結果として倫理的視点から気づきを促すことにつながる。

第二は、関係者の多様な価値観を共有することである。ここでいう関係者とは、患者、家族、多職種を想定している。どのような話し合いによるかによって、だれを関

係者として含めるかも異なる。各関係者の治療・ケアなどについての多様な価値観が存在する。それらを適切に共有することで、意図があるなしに関わらず、一部の人の押しつけにならないようにふるまうことは重要である。

第三は、倫理的問題が発生したときの適切な対処、あるいは、問題に至る前の発生予防のために、病棟、組織で行う管理も重要である。

倫理教育に合意形成を用いることは、一度の研修で、上記の3つの点をすべて、断片的ではなく、つなげて学習することを促進することになる。したがって、合意形成を用いる意義は、倫理教育に「認知レベルの倫理リスク・倫理的問題への気づき」から、具体的な行動レベルでの「問題解決・問題発生予防のための価値観の共有方法、話し合いの方法」を個人、あるいは組織の管理に役立てられるということである。

3. 合意形成を用いた倫理教育の実際

本節では、合意形成を用いた倫理教育の実際の内容を紹介していく。筆者は、合意形成を用いた倫理教育を2005年から2020年に至るまで実施している。研修の対象は、新人看護職、中堅レベルの看護職、看護管理者である。また、受講者の臨床経験年数や職位を特定せずに、希望者に開講しているコースもある。いずれのコースの場合も、関東・中部・北信地域の病院の教育・研修の担当者から、筆者が依頼を受けて実施している。

3.1 中堅レベル看護職への倫理教育の実際

中堅レベルコースは、看護職の臨床経験が5年以上を有していて、病棟内で看護倫理委員会を運営するもの、あるいは、これから病棟内で倫理的な活動を推進する役を担う人を対象としている。本コースは、「看護倫理リーダー研修」と題して、2015年から開講している。毎年、1クラス、40名程度の受講者で、全5日間（のべ33時間）で全日程の参加が必須となっている。コースの概要は、

表1：「看護倫理リーダー研修」コース概要

日程	項目	形式
1日目（5時間）	①看護倫理の基礎知識 ②倫理的問題解決の理論と方法論（合意形成理論と方法論を含む）	講義
2日目（7時間）	①事例検討 ケース1：がん告知の問題 ケース2：個人情報保護 ②発表・討議	グループワーク・発表討議
3日目（7時間）	①事例検討 ケース3：認知症高齢者の身体拘束 ケース4：重症障害児の人工呼吸器取り外し ②発表・討議	グループワーク・発表討議
4日目（7時間）	①ファシリテータの基礎 ②シナリオを用いた話し合いのロールプレイ ③話し合いの計画と実施 ④全体討議	講義・ロールプレイ グループワーク
5日目（7時間）	①話し合いの計画・ファシリテーションの実際（観察①G／実施②G） ②話し合いの計画・ファシリテーションの実際（観察②G／実施①G）	グループワーク 観察・実施 討議

表1を参照されたい。2015年に開講後、研修依頼担当者による「ファシリテータ教育」の時間数を増やして欲しいという要望のもと、若干の変更を繰り返してきた。最終的に、本内容となったのは、2018年からである。

3.2 医療の合意形成と倫理教育

研修1日目は、講義形式で、「看護倫理の基礎知識」「合意形成の理論と方法論」について解説している。看護倫理の基礎知識では、倫理とは、応用倫理とは、倫理理論、原則など、倫理の主要な概念と生命倫理の歴史を解説する。ここでは、受講者の倫理に関する既習知識が大きく異なるため、初学者にもわかる基本的知識を講義している。受講者にとっては、すでに学習済みの内容でも、正しい知識の再確認となっている。

続いて、倫理的問題解決のための方法として、合意形成の基本的な考え方、方法論について講義している。ここでは、上述した基本的な合意形成の考え方、意見の理由の共有、理由の来歴、プロスペクティブ合意形成の概念も含まれる。

初日の講義終了時には、受講者に一言ずつ、研修の感想や研修参加の動機などを発言してもらった上で、講師がその発言に一言でも返すようにしている。初日、全員に一言ずつでも発言してもらうことで、受講生には主体的に参加することの意識づけを行うとともに、講師と受講者との双方向のコミュニケーションを大切にしていることを態度によって示すようにしている。

3.3 事例検討と合意形成

受講者の理解を促すために、倫理的問題を含んでいるモデルケースを用いて、事例検討を組み込んでいる。医療現場に生じる倫理的問題にいかにか気づいて、問題解決していくかということは、看護職にとって重要な課題である。

倫理的問題解決の方法として、前述したように、Jonsen (2015) の臨床倫理四分割法、4ステップモデルなどが用いられている。臨床倫理の四分割法は、複雑な状況のなかで、4つの視点(医学的適応、患者の意向、QOL、周囲の状況)から情報を整理した上で、倫理的問題を抽出して、どうすべきかを議論するという方法である(Jonsen et al., 2015)。

医療現場で働く看護職にとって、本方法は、複雑な状況のなかで情報を整理する点からは、比較的使いやすいが、しばしば欠点として挙げられるのは、4つの視点からの情報整理をただで完成したと思われてしまうことである。大事な点は、状況を整理したあと、どうすべきかについて話し合いによって解決策を討議によって検討することである。それににもかかわらず、話し合いをいかにするかという点が不十分であるのが現状である。

そこで、研修では、第一段階では臨床倫理四分割法を用いて状況の整理をして倫理的問題を把握した上で、第二段階として、関係者(ステークホルダー)と関係者のもつ意見とその理由の分析、および解決策のための話し

合いを行っている。この第二段階に導入しているのが、前述した合意形成の理論と方法論である。まさに、臨床倫理四分割法をアレンジして、合意形成の理論と方法論を組み込んだ手法である。

各グループからの検討結果の発表では、発表することだけにとどまらず、筆者が発表グループメンバーに意見の理由を質問し、それに答えることでは発表者の思いや深い考えを全体で可視化させている。そのようなプロセスをとおして、受講生には、共通認識して欲しい倫理的課題とその背景等を意識づけすることにつながっている。

3.4 医療現場のファシリテータ教育

3日目、4日目のプログラムは、ファシリテータ教育である。医療のファシリテータについて教育する際に、他領域でも言及されているファシリテータの役割等をもとに、医療の話し合いの特徴を追加して、必要な要素を導き出した。先行研究や他領域の研究者との議論を通して要素を導出するだけでなく、あわせて、受講生にも、研修の中で実際に話し合いを行って、ファシリテータの役割を意識しながら体験してもらった。受講生の中には、最初は、聞きなれない言葉に戸惑う人、話し合いの準備をすることの必要性を感じない人などがいた。しかし、体験型の本研修で実際に話し合いを体験することで、理解が促されていった。また、筆者が研修のなかで、受講生との議論の中で、ファシリテータのモデルとして実際に行うことで、受講生の理解が深まるとともに、医療の話し合いの特徴を確認して、ファシリテータに必要な要素を明確にしていっていった。

倫理研修の中で、倫理的問題解決策として、関係者の話し合いを行うことを挙げる受講生は多いが、どのような話し合いをしたらよいかまで考えている人は非常に少ない。合意形成理論と方法論では、「話し合いを行うこと」というより、「どのような話し合いをいかに行うか」ということに焦点をおく。そのため、後半の2日間のプログラムは、「話し合いをいかに行うか」に視点を変えて、「ファシリテータの基礎知識」を講義している。そのあとに、状況設定とそれにあつた話し合いを企画して実施するシナリオを筆者が作成し、そのシナリオを用いて、受講者にロールプレイを行っている。

受講者は、知識としてファシリテータの重要性を理解できたとしても、実際に、どのように話し合いをしたらよいか、どのような言葉をかけて関心を引きだして、話し合いの運営につなげていったらよいかということは、何かモデルになるようなものがないと理解しづらい。受講者にシナリオをとおして、一度モデルを見せることで、よいファシリテータ、よい話し合いのイメージをもたせることにつながる。

さらに、ある状況下で、実際に話し合いを計画立案し実施することを体験してもらっている。体験では、各グループが立案した計画にしたがって、話し合いの参加者メンバーを演じるという形で、各参加者の立場、意見、感情等を考えるようにしている。すなわち、受講生は多

様な立場にたって考えることを体験しているのである。

最終日は、状況設定をして話し合いの計画と実施を各グループに実施してもらう。その際、全体の半分のグループは、観察グループとなって、別の実施グループを観察する方法をとっている。

上記のプログラムでは、知識として理解するレベルから、実際に計画立案をして実施することで、話し合いの計画あるいは、準備をすることの重要性とあわせて、計画立案をしていても、参加者の意見等によって、計画通りにいかない場合もあることに気づくことを大切にしている。「計画を立てることの重要性」と「臨機応変に変更してもよい」ということを示すことで、状況にあった話し合いの運営につながることを意識づけになる。また、シナリオを用いることだけでなく、実際に話し合いのグループに参加することで、話し合いの運営やファシリテータの行動を客観的に観察することができる。他者を観察することで、自身の行動を振り返るといった思考を促すことにつなげている。

4. 医療現場のファシリテータに求められる要素

ファシリテータの教育をとおして、本節では、医療現場の話し合いのファシリテータに必要とされる要素について考察する。

4.1 ファシリテータに求められる要素

多様な話し合いにおいて、どのような場合にファシリテータが必要であろうか。中野ら (2020) によれば、ファシリテーションとは、人々が集い、何かを話し合ったり、学んだり、創造しようとするとき、そこにいる人々が遠慮なく発言し参加できるような場をつくり、円滑なコミュニケーションで意見や感情のやりとりをスムーズにし、協働や共創の課程を実り多いものになるよう促す技法とすることとある (p. 3)。ファシリテーションとは、「促進する」「(事)を容易にする」という意味である。中野ら (2020) は、ファシリテーションの技法や働きを担う人のことを「ファシリテータ」と呼ぶとともに、会議や参加体験型のワークショップなど、人が集まる場を円滑に導く進行役とする。中野ら (2020) は、ファシリテータの役割について、「縁の下の力持ち」、「在りようそのものが見られている」、「事前の準備を入念に」、「会のメリハリ」、「丁寧に耳を傾ける」、「場を読む力」、「タイムキープ」、「遊び心、ユーモア、信頼」を8か条として示している。

中野ら (2020) が示すファシリテータの役割は、教育やまちづくりなど、多様な領域でのワークショップ、話し合いでの場面を想定して作成されている。

4.2 医療現場の話し合いの特徴とファシリテータ

では、医療現場で行われる話し合い (カンファレンス) を想定すると、中野ら (2020) が示す内容とどこが異なるだろうか。

医療現場で行われる倫理に関する話し合いでは、前述したように、①患者 (代諾者) の意思決定支援を支える

カンファレンス、②倫理的問題解決のためのカンファレンス、③教育のための倫理カンファレンスがある。これらのカンファレンスでは、「話し合いの円滑な運営」とそれに加えて、患者 (代諾者) の意思決定支援では、患者・家族に配慮した点が追加される。また、倫理的問題解決・発生予防のためのカンファレンスでは、問題解決のためのプロセスが適切に組み込まれていることが必要である。また、倫理的問題発生およびその解決策を検討する際、問題に関わる関係者の立場とそれによる意見を把握することは重要である。さらに、教育のためのカンファレンスでは、参加者の気づきと多様な価値観の共有が重視される必要がある。

上記の特徴を踏まえると、話し合いの円滑な運営という点では、中野ら (2020) が示すファシリテータの要素と同じである。しかし、追加して、患者・家族が話し合いの参加者に加わること、問題解決のプロセス、互いの倫理的な視点の気づきを促すこと、価値観の共有という点が、より強化されると推察される。

したがって、医療現場の話し合いの特徴からみると、相違点として、以下の3点を挙げるができる。

第一は、話し合いの参加者に患者とその家族が含まれることである。患者とその家族の中には、意見・意向を表現しにくい人がいる。意見すらもっていないこともある。また、状況を十分に理解していない人もいる。さらには、意識がないなどの患者の病状によって、家族等が代諾者となることがある。そのような場合、家族等が患者の意向を推定することが難しいこともある。あるいは、患者本人のかわりに決定する家族等の負担が大きいために、家族等の中には決定できない人もいる。

そこで、話し合いのファシリテータでとくに必要となるのが、そもそも意見をもっている人に耳を傾けるだけでなく、相手の関心・懸念を引き出すコミュニケーションを用いることである。

関心・懸念を引き出すコミュニケーションには、2つの要素が含まれている。その一つは、ファシリテータが「どうしてそう思うのか」と質問し、それに発言者が答えることで、自身の考えや価値観に通じる過去の出来事や感情を振り返って深く考えることを促すのである。質問された発言者が深く考えて表現することで、ファシリテータが出された答えから、気になることや発言者の価値観が現れそうな箇所を明確にするために、さらに質問を繰り返す。すなわち、問いとそれに答えるという対話をとおして、発言者の考えや価値観が明確になるように促進していく。

過去を振り返ってよく深く考えることには、リフレクション (Reflection) の要素が含まれている。哲学者の Schön は、専門家の行為には直観的な知の生成を省察 (リフレクション) する力があることを示した (Schön / 柳沢, 2007)。リフレクションの概念は、ヘルスケア領域の実践や教育分野でも応用されていて、その効果については、継続的な学び、自己の気づき、価値観の変容を促すことが報告されている (Bassort, 2016)。

関心・懸念を引き出すコミュニケーションに含まれるもう一つの要素は、振り返った後に、自分がどのように捉えているかということ言葉を語って表現することである。医療の診療・研究・実践でも用いられているナラティブ（語ること・語られたもの）を引き出すことは、発言者の主観的な捉え方、周囲との相互関係を他者が理解しようとするにつながら（斎藤・岸本, 2003）。

したがって、関心・懸念を引き出すコミュニケーションは、参加者の心の中に埋もれていた考えや価値観に気づかせて、それを語りとして表現することで、参加者全体が発言者の立場にたった考え方や価値観を共有することを促す。参加者全体が、問題の本質を理解するとともに、各々の置かれている現状に対する最善策の糸口を探る契機になる。

第二は、問題解決のプロセスにおいて、とくに多職種、医療の専門職、あるいは第三者という多様な参加者がいることである。参加者には、よって立つ立場がある。医師として、看護職として、病棟の師長としてなど、誰もが患者にとっての最善策を考えてはいるが、立場によって異なる考え方をしている。相手の意見を理解する上で、立場による考え方の違いを把握しなければ、相手の真意は十分に理解できない。

さらに、専門職が用いる用語についても盲点がある。専門職は、患者に対して、専門用語は理解しづらいからという理由で、わかりやすい言葉を選ぼうとするが、専門職同士になると専門用語が行きかうことは日常茶飯事である。仕事の効率から略語を使うこともある。しかし、専門職でも、異なる職種によって、理解しづらい用語も生じてくる。また、同じ職種の中でも、扱っている専門領域によって、理解可能な用語は限られている。問題の解決策が容易に導けない背景として、患者だけでなく、立場の異なる専門職同士の理解が不十分であることも推察できる。そのような状況を考慮したコミュニケーション、すなわち、いいかえる、確認する、まとめるというコミュニケーションが重要となる。

第三は、現場の医療者に倫理的な気づきを促すとともに、複雑な状況を把握するために必要な情報収集を行うことである。倫理的問題が発生しているとき、医学的な情報、患者の意向、患者のQOL、周囲の状況としての法、制度などの社会的制約、関係者の状況と背後にある人間関係、力関係など、置かれている状況の把握は重要である。話し合いの前に、そのような情報を把握した上で、話し合いの計画、設定を行う必要がある。同じ状況に置かれていたとしても、事実をどのように認識しているのか、そもそも基礎知識はどの程度あるのか、患者と家族であればどのような生活をしているのかなどの現状の認識、関心や懸念については、個人差が非常に大きい。倫理的問題がおきても、それに気づいていなければ、話し合いでは気づきを促すような論点を設定する必要がある。患者とその家族、医療者という関係者がどのような状況に置かれているのか、それをどのように認識しているのか、関係者間での人間関係はどうかなどの現状の分析を

話し合いの計画と運営に反させていくことが重要である。

上記の3点の特徴から、医療現場での話し合いでとくに強化すべき点は、事前準備での関係者の現状把握、関心・懸念の分析および人間関係の把握、関心・懸念を引き出すコミュニケーション、言葉を言い換える、まとめるというコミュニケーションである。

4.3 医療の話し合いに必要なファシリテータの要素

話し合いのファシリテータに必要な要素とは、何であろうか。医療現場の話し合いの特徴とファシリテータ教育を踏まえた上で、次の8点を示す。

4.3.1 話し合いの事前準備

話し合いを開催するにあたって、計画、準備は必要不可欠である。話し合いの目的・目標（ゴール）、いつ、どこで、どのように、何のテーマで、誰を招集して、どのくらいの時間をかけてという項目を計画しておくことは重要である。くわえて、話し合いの参加者は、どのような人でどんな関心・懸念を抱いているのか（いそうなのか）、開催までの状況整理と関係者（ステークホルダー）のインタレスト分析を可能な範囲で行っておく。その上で、話し合いの中で、何を引き出して共有するか、全体として、最終目標まで話し合いを何回ぐらい行えばよいかなどを検討しておく。

社会基盤整備事業などの社会的合意形成の研究者である桑子（2016）は、社会的合意形成の設計を行うことの重要性について言及する。桑子の指摘する社会的合意形成の設計の中では、ステークホルダーの意見とともに意見の理由を分析すること、意見の理由とは意見の背後にあるインタレストのことであり、コンフリクト・アセスメントは、ステークホルダー分析とインタレスト分析によって行われることが指摘されている。グロービス・吉田（2014）も、また、話し合いを始める前の準備として、関係者の「認識レベル」「意見・態度」「思考・行動の特性」を把握しておくことの重要性に言及する。

医療現場での話し合いでは、時間的制約がある状況で行われることがある。そのために、事前準備が省かれることもある。しかし、かけられる時間が限られているからこそ、話し合いの目的と目標、関係者（招集者）の選定とこれまでの認識状況、論点を整理してから、話し合いを行うことで、短い時間でも有意義な議論につながる。制約された時間の中での可能な範囲での準備を検討することが、医療の話し合いでは、とくに追加される特徴である。事前準備を行う必要と必要最低限度の準備事項に着目することがファシリテータに求められる。

4.3.2 会の進行を方向付けるコミュニケーション

話し合いの計画を立てたら、実際に話し合いを始める。

- ファシリテータは、まず会の目的や目標（ゴール）を参加者に示すとともに、どの点から参加者の意見を引き出すかなど、会の進行をする上で、参加者に意識づ

- けされるような言葉づかい、表現を用いて提示する。
- つづいて、ファシリテータは、計画に従って、参加者に対して、ある論点について、視点あるいは視野を提供できるように言葉を投げかける。参加者に発言を促していく。
 - 意見がでたら、必ず、言葉の意味を確認していく。ときには、参加者の中には、何を主張したいのかわかりづらい人もいる。主張が明確になるように、質問と言葉を言い換えて確認していく。そのようなファシリテータと発言者のやりとりが、他の参加者への共有につながる。
 - 一部の意見が出されたら、他の参加者に対して、論点を広げていくように質問を投げかける。また、一つ論点をより深めることで、議論の方向性を検討していく。
 - 会の終盤になると、深まった議論から、今回の会をまとめていく。議論をとおして決定したこと、まだ決まっていなくてもあれば提示する。次回につながる方向性についても言及する。また、発言者からの意見によっては、議論すべきでない内容を主張する人もいる。その際には、発言者に対して受け止めるという姿勢を提示した上で、話をとめるという対応をすることもある（グロービス・吉田，2014）。

グロービス・吉田（2014）は、問題解決の思考プロセスの導入や会の方向付けを示すコミュニケーションとして、「発言を引き出す」、「発言を理解して共有する」、「議論を方向づける」、「結論づける」について言及する。本項は、グロービス・吉田（2014）の指摘したコミュニケーションをもとに、話し合いの最初から最後までを方向づける一連のプロセスとして、参加者が会の進行を共有できるように導出した。

4.3.3 聞く力：関心・懸念を引き出すコミュニケーション

会の進行を方向づけるコミュニケーションの中でも、言葉の意味を確認するプロセスで、とくに医療現場の話し合いで重視されるのが、「関心・懸念を引き出すコミュニケーション」と、「まとめる・いいかえるコミュニケーション」である。

関心・懸念を引き出すのは、相手の出した意見を聞くことから始まる。片方が意見を聞いた上で、それに対して、「どうしてそう思うのか」という理由を尋ねて、再度、それに対して答えるプロセスをとおして、発言者の関心・懸念を引き出すのである。

この手法は、合意形成の中でも、対話を通して、関心・懸念を引き出すことで、発言者の価値観や考え方をより深く理解することをねらいとしている。前述したように、本コミュニケーションには、自己の考えや価値観に気づくというリフレクション（Bassort, 2016）の要素と自身の言葉で語るというナラティブ（斎藤・岸本, 2003）の効果が含まれている。

ファシリテータは、発言者の価値観、考え方が引き出せるように「どうしてそう思うのか」という質問を投げ

かける。そのような答えには、どれが正解でどれが間違いということはない。医療の話し合いで、患者とその家族が参加者として含まれるとき、正解を答えるのではなく、相手の気になっていることや心配なことを表現して欲しいというメッセージを伝えることで、発言しやすい雰囲気になる。また、同じ職場で働いている医療者間でも、一方に「どうしてそう思うのですか」と質問するだけで、相手の意見をより深く聞こうとする姿勢を示すことにつながる。相手の意見やその背景となる状況や理由を聞くというプロセスを経るだけで、相手のことを正しく理解する契機となる。

さらに、患者・家族の考えや意見を引き出したときに、医療者がそれを否定することなく、受け止めて承認するプロセスを踏むことで、関係者の認識や考え方の変容の契機にもつながる。

医療の話し合いでは、ファシリテータによる関心・懸念を引き出すコミュニケーションが、発言の促進、互いの誤解や齟齬の低減、ひいては表現された関心・懸念の共有にもとづく解決策の糸口につながるのである。

4.3.4 いいかえ・まとめのコミュニケーション

「いいかえ・まとめのコミュニケーション」は、発言者の言いたいことを正しく理解し、確認するものである。ファシリテータは、発言者が発した言葉から、何をいおうとしているのか、イメージしながら、理解した内容について言葉をいいかえて、質問する。その質問に対して返ってくる言葉を通して、ファシリテータと発言者との間で理解を深めるとともに、その言葉を他の参加者が聞くことで共有することになる。たとえば、「あなたのおっしゃっているのは〇〇ということですか」と言葉を言い換えて確認することもある。また、ファシリテータが「〇〇という理解でよろしいですか」と返すことで、発言者は自分が言いたかったことが何だったのかを整理することにつながる。

話し合いでは、しばしば、怒りやネガティブの感情を持って発言する人もいる。そのような場合も、まずは、相手がいつていることを「わかりました。あなたのおっしゃりたいことは〇〇ということでしょうか」とこちらが聞いている姿勢と確認の表現をするだけで、相手の負の感情が鎮まることがある。

確認を示す言葉を表現することは、本当に発言者の意図を正しく、確実に理解し他の参加者にも共有することになることを期待している。医療の話し合いで、患者とその家族が参加する中で、何を主張しようとしているのか、理解しづらいこともしばしばある。逆に、医師の発言が、患者とその家族にどの程度、理解できているのかわからないこともある。そのような場合、理解の程度を確認する意味でも、言葉を言い換えて、確認をする対話のプロセスを入れ込むことは、ファシリテータとして必要である。

上記のファシリテータの態度は、参加者の意見にしっかりと聞いているという姿勢を示すという効果を生むだけ

なく、参加者とファシリテータとの間で信頼関係を築くことにもつながる。

4.3.5 個人と全体を常にみる力

ファシリテータは、発言者が何を表現しようとしているのか、あるいは、伝えたいことを正しく理解できているのかという視点で観察することは重要である。それと同時に、発言者以外の人たちの理解度、参加者全体の様子、雰囲気、話に入れない人がいないか、会全体の残り時間、計画していた内容の進行具合等の全体についても考える視点をもたなくてはならない。

個人と全体の両方を常に考える力が必要である。これは、ファシリテータが発言者の意見を聞きながら、一方で何をいおうとしているのかを引き出し、あるいは確認する言葉を考えるのとあわせて、他方で、会全体ではどのような位置づけだろうか、他の人との意見の違いなど、同時に複数のことを考えることが求められる高度な能力である。

医療現場の話し合いでは、看護職は、患者の意見や意向を引き出そうとして、患者の病気や生活と絡めながら懸命に話しを聴くことには比較的長けている。しかし、内容を引き出すだけでなく、話し合いの全体とあわせて同時に考えることがファシリテータに求められる。この点は、看護職にとっては、日常の実践とは異なる新たな役割を担うことになる。

4.3.6 計画遂行と臨機応変に対応する両輪の側面

話し合いの計画と事前準備は、必要不可欠である。立案された計画に従って会を運営することもまた重要である。他方で、話し合いは計画通りに進行しないこともある。一論点を議論するのに時間がかかってしまったということもある。あるいは、議論をすることで、新たに深めなければならない論点がみえてきて、急遽、話し合いの途中で計画を変更することもあるであろう。

ファシリテータは、計画を立ててそれを遂行することを大切にしながら、他方で、もし途中で変更すべき状況に直面したら、すみやかに可能な範囲で変更するという柔軟な対応の両方をあわせもつことが必要である。その点を意識しておくだけで、計画に固執して強行に会を運営したりすることを避けることになる。

4.3.7 見られていることへの意識

医療現場の話し合いにおいて、ファシリテータは参加者につねにみられている。どのような運営をするのか、意見を出したときどのような反応をするのか、どのような言葉を返されるのかなど、見られていることに意識することは大切である。中野（2020）もファシリテータの役割に、ありようそのものがみられていることを指摘する。

見られているからこそ、発言者の意見を大切に扱っていること、丁寧に関心・懸念を引き出そうとしていることが言葉や態度で表現できれば、参加者はファシリテータ

への信頼感を高めることになる。逆に、話し合いの運営が途中までうまくできていたとしても、ファシリテータの言葉や態度を契機として参加者の対立や不信感を招くこともある。話し合いを運営し促進する人のモデルとして、ファシリテータはつねにみられていることを意識して、自身の発言や態度に配慮する必要がある。

4.3.8 雰囲気づくり・楽しさにつなげる

話し合いの雰囲気は、活発な議論になるか、それとも苦痛を伴う時間になるかを左右することがある。テーブルや椅子の配置、座席の位置等も雰囲気づくりにつながる環境である。異なる意見を聴くことにネガティブなイメージを持つ人もいるが、異なる意見があることを前提に、人とどこがどうして異なるのかを探ることが楽しくなるような雰囲気づくりにつなげるのもファシリテータとして重要である。いわゆる、場づくりである。

中野（2020）も、ファシリテータの役割では、「場を読む力」「遊び心、ユーモア、信頼」という場や環境にも配慮することを指摘している。

医療の話し合いで配慮しなくてはならないのは、患者とその家族が病院での話し合いに参加する場合、自宅とは異なる慣れない環境の中で参加するという点である。そのため、話し合いの設定（場所・時間等）に配慮するだけでなく、患者・家族のそばに誰を座らせたらいかが、誰から順番に意見を聞いていかなど場づくりの工夫が必要である。また、暗い雰囲気では議論が進まなくなるが、扱うテーマが生死に関するような検討の場合、笑いを招くような楽しさというのではなく、問題を真剣に受け止めて、誠実に向き合っている態度・言葉遣いに配慮することも大切である。

5. 倫理教育とファシリテータ教育をつなげる意義

本研修プログラムの特徴は、合意形成を用いた倫理研修にファシリテータ教育をつなげて一連として行ったことである。本節では、倫理教育とファシリテータ教育をつなげて行う意義について考察する。

5.1 応用倫理教育の範囲

看護倫理は応用倫理の一部である。応用倫理は実践を伴う分野であり、包括される範囲は、①倫理に関する基本的知識（理論・原則論・基本概念）の理解、②社会に組み込まれている規範（ルール）、③実践における倫理的問題発生の予防と問題解決である。上記の①②については、講義形式での知識の習得が可能であるが、③については、講義だけでは不十分である。また、かりに③について単独で取り組もうとすると、受講者（看護職）の倫理教育を受けてきた経歴が個人によって大きく異なるため、倫理的問題がどこに潜んでいるのかについて、一定水準の理解が得られない可能性がある。すなわち、③単独の教育であると、倫理的問題がどこに起きているのか、倫理的感受性を養うという点において、受講者の理解が難しいと考えられる。

そこで、倫理教育の中でとくに、理論とケースを用いた看護職の実際の行為・ふるまい方（実践）とつなげて理解できることが重要となる。前述したように、倫理教育に合意形成を用いる意義は、「認知レベルの倫理リスク・倫理的問題への気づき」から、具体的な行動レベルでの「問題解決・問題発生予防のための価値観の共有方法、話し合いの方法」を個人、あるいは組織の管理に役立てることである。まさに、応用倫理教育として、理論と実践をつなげて教育する必要性からも、倫理教育に合意形成を用いる意義が大きいと推察される。

5.2 問題解決・問題発生予防のリーダーとしてのファシリテータ

倫理研修の受講者たちは、講義と事例検討によって、倫理の基礎知識が身につけてくると、徐々に倫理的問題に気づくレベルには達するようになる。問題を発見してどうしたらよいかという議論するための事例は、すでに問題がおきているモデルケースを用いるのは有用である。

多くの場合、医療現場での倫理的問題への対処は、明らかに問題が起きたときにどうしたらよいか、あるいは、事後でどうすればよかったかを振り返るための検討がなされる。しかし、病棟の看護管理者レベルあるいは、部署のリーダーを担うレベルでは、問題が起きたときの対処だけでなく、大きな問題が起きる前に発生予防の観点から、タイムリーにカンファレンスを開催して、メンバーに適正な意識付けや対策を講じることが求められる。まさに、ファシリテータの基礎知識や必要な要素、話し合いの方法論について学ぶということは、各人の倫理的感受性を高めるだけでなく、病棟・組織全体のリスク管理や予防対策につながるということである。

看護領域では、ファシリテータ的ななかかわりができる人が組織のリーダーに求められていることも指摘されている（中野他，2020）。リスク管理・予防対策を適切にできるリーダーの要素に、ファシリテータとしてのコミュニケーション力、話し合いを適切に企画し運営するという場をデザインする力が含まれているといわれる。

したがって、倫理教育に話し合いのファシリテータ教育をくみこむ意義の1つとして、倫理的問題解決および、発生予防のためのリーダーとして適切な行動がとれるというリーダー教育の一助になると推察される。

6. 結論

本研究は、医療現場で働く看護職を対象にした合意形成の理論と方法論を用いた倫理教育の実際を通して、医療の話し合いのファシリテータに必要な要素を考察した。その結果、8つの要素を導出した。倫理教育に合意形成とファシリテータ教育を一度に行う意義は、「認知レベルの倫理リスク・倫理的問題への気づき」から、具体的な行動レベルでの「問題解決・問題発生予防のための価値観の共有方法、話し合いの方法」を個人、あるいは組織の管理に役立てることである。ファシリテータ教育を倫理教育の中で組み込むことは倫理的問題発生予防のための

リーダー教育の一助になると示唆された。

謝辞

本論文をまとめるにあたって、看護倫理研修の依頼をして下さった医療施設の関係者様、研修を受講して下さった看護職の皆様、研修の運営に関与して下さった関係者の皆様に深謝いたします。

注

⁽¹⁾ 看護職とは、保健師・助産師・看護師・准看護師のことをいう。

引用文献

- Bassot, B. (2016). *The reflective practice guide: An interdisciplinary approach to critical reflection*. Routledge.
- グロービス、吉田素史 (2014). ファシリテーションの教科書 組織を活性化させるコミュニケーションとリーダーシップ. 東洋経済新報社.
- Hirakawa, Y., Chiang, C., Muraya, T., Andoh, H., and Aoyama, A. (2020). Interprofessional case conference to bridge perception gaps regarding ethical dilemmas in home-based end of life care: A qualitative study. *Journal of Rural Medicine*, Vol. 15, No. 3, 104-115.
- 平山恵美子・岩月すみ江・上条育代 (2015). 福祉の現場から在宅終末期ケアに携わる訪問看護師の看護倫理教育の試み『在宅終末期ケアに携わる訪問看護師の看護倫理の質向上を図る教育プログラム』の開発. 地域ケアリング, Vol. 17, No. 6, 77-83.
- Jonsen, A. R., Sigler, M., and Winslade, W. J. (2015). *Clinical ethics: A practical approach to ethical decision in clinical medicine, 8th ed.* McGraw-Hill.
- 勝原裕美子 (2007). 看護師のキャリア論. ライフサポート社.
- 桑子敏雄 (2016). 社会的合意形成のプロジェクトマネジメント. コロナ社.
- 厚生労働省 (2016). 新人看護職員研修ガイドライン 改定版. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf.
- 厚生労働省 (2018). 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会「人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書」. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200748.pdf>.
- Low, J. A. and Ho, E. (2017). Managing ethical dilemmas in end-stage neurodegenerative diseases. *Geriatrics*, Vol. 2, No. 8, 1-7.
- Moss, K. O., Douglas, S., Baum, E., and Daly, B. (2019). Family surrogate decision making in chronic critical illness: A qualitative analysis. *Critical Care Nurse*, Vol. 39, No. 3, 18-26.
- 中野民夫・浦山絵里・森雅浩 (2020). 看護のためのファシリテーション. 医学書院.

- 野口裕二 (2005). ナラティブの臨床社会学. 勁草書房.
- 箕岡真子 (2020). エンド・オブ・ライフケアの臨床倫理. 日総研出版.
- Rietjens, J. A. C., Sudore, R. L., Connolly, M., van Delden, J. J., Drickamer, M. A., Droger, M., van der Heide, A., Heyland, D. K., Houttekier, D., Janssen, D. J. A., Orsi, L., Payne, S., Seymour, J., Jox, R. J., Korfage, I. J., and European Association for Palliative Care (2017). Definition and recommendations for advance care planning: An international consensus supported. *www.thelancet.com/oncology*, Vol. 18, 543-551.
- Roggi, S., Testa, J., Gasparetto, A., Nicoli, F., Ferioli, E., and Picozzi, M. (2019). The criterion of proportionality in the activation of Left Ventricular Assist Device implants: The method of “four boxes” to analyze the pre-implant phase. *Clinical Therapeutics*, Vol. 170, No. 1, 61-67.
- 斎藤清二・岸本寛史 (2003). ナラティブ・ベイスト・メディシンの実際. 金剛出版.
- Schön, D. A., 柳沢昌一・三輪建二 (訳) (2007). 省察的実践とは何か—プロフェッショナルの行為と思考—. 鳳書房.
- 鶴若麻里・麻原きよみ (編) (2013). ナラティブでみる看護倫理. 南江堂.
- Tsuruwaka, M. and Asahara, K. (2018). Narrative writing as a strategy for nursing ethics education in Japan. *International Journal of Medical Education*, Vol. 9, 198-205.
- 吉武久美子 (2007). 医療倫理と合意形成—治療・ケアの現場での意思決定—. 東信堂.
- 吉武久美子 (2011). 産科医療と生命倫理—よりよい意思決定と紛争予防のために—. 昭和堂.
- Yoshitake, K. (2015). Theory and practice of ethical training for consideration time: Spaced perspective. *Medicine and Law Journal*, Vol. 34, No. 2, 203-216.
- 吉武久美子 (2017). 看護者のための倫理的合意形成の考え方・進め方. 医学書院.
- tions to lead a meeting direction, (3) Communication to induce interests and concerns that stakeholders have, (4) Communication for confirmation, saying in another words and summarization, (5) Having sights both as an individual and as a whole, (6) Available for having sights both according to performing a plan and managing an unforeseen situation, (7) Having consciousness of what is being seen by stakeholders, and (8) Providing a better atmosphere and environment. Meaningful benefits of unified ethical education program used for a consensus building method and facilitator’s education at the time is possible to connect to noticing and creating action for resolving ethical issues in clinical settings.

(受稿 : 2020 年 10 月 8 日 受理 : 2020 年 12 月 22 日)

Abstract

There are various ethical issues in clinical settings. Medical professions like physicians, nurses and therapists are required to notice and resolve these ethical issues. Ethical education is essential for practical nurses by using both on the job training and off the job training in Japan. However, ethical education for practical nurses depends on each education branch at the medical institutions. Ethical education used for consensus building theory and method has a goal which participants are able to notice ethical risks, share various values among stakeholders, and understand resolving methods and practice. The purpose of this paper is to introduce a practice of ethical education used for consensus building theory and method with facilitator training, and to consider essential factors which are required of facilitators at ethical meetings in clinical settings. Facilitators at ethical meetings in clinical settings are required for the next eight factors; (1) Planning and preparing for a meeting, (2) Communica-