

【研究ノート】

医療行為と経営行為における「寄り添い」に関する一考察  
－ ナラティブ・ベイスド・メディスンとプロセス・コンサル  
テーションの視点から －

A Study on “Assistance” in Medical and Management Actions  
－ From the Standpoint of Narrative-Based-Medicine and Process  
Consultation －

宇 田 理  
Uda Osamu

目次

はじめに

1. EBMからNBMへ
  - 1-1 病いの理解の複層性
  - 1-2 ナラティブ・アプローチと医療実践
2. 解決することが問題であるとき
  - 2-1 心理療法の世界
  - 2-2 解決が問題とは？
3. プロセス・コンサルテーションという実践
  - 3-1 プロセス・コンサルテーションにおける3つのロールモデル
  - 3-2 プロセス・コンサルテーションを支える10原則と「寄り添い」の視点

おわりに

(要旨)

本稿では「寄り添い」を1つのキーワードにして、医療行為と経営行為に見られる医師やコンサルタントと患者やクライアントの関係性構築のプロセスにおいて生じる問題を考察した。まず、寄り添い方にも色々な形があることを、医療実践の近年のトピックであるEBM（科学的根拠に基づく医療）とNBM（物語りと対話に基づく医療）の視点から記述した。次に、医師が患者の問題解決や関係性構築を急ぐあまり、問題がより悪化していくことを、ピーター・センゲのシステム思考と照らし合わせながら検討した。さらに、「寄り添い」が無視されてきた経営学の領域でも、エドガー・シャインによって「プロセス・コンサルテーション」という概念が提起されており、寄り添いに関する実践的な示唆を見出すことができた。かかる考察の

結果を踏まえると、生きたナラティブの交換がもたらす実践行為の生成的な文脈として「寄り添い」を描くことが可能になるだろう。

## はじめに

昨今、経営学の研究のなかで、「寄り添う力」といった、医療の臨床診断で治療者である医師が求められるスキルと似た概念を利用した研究が始まっている。こうした研究は、マーケティング研究者、石井淳蔵の近年の研究に顕著に見られる。例えば、最近著では、ある製薬会社が、より患者サイドに立った創薬開発を進めるため、自社の定款に「患者様と喜怒哀楽を共にする」という文言を入れていたことに触発され、製薬会社と患者のやり取りの多声的な在り様に深く関心を寄せることになった経緯が語られている（石井，2014，2～20頁）<sup>1)</sup>。

石井が目にしたのは、企業が患者と喜怒哀楽を共にしながら、患者に「寄り添う」ことで、製薬会社が（最終）顧客でもある患者に提供できる価値を拡張しようとするプロセスである。従来、多くの製薬会社は、患者のある症状を緩和するといった科学的解決だけに焦点を当てていたが、石井が取り上げた会社は、薬を服用する患者の生活世界に対し、何らかの援助ができる余地を模索しようとした。すなわち、科学的実験を踏まえて、より良き医薬品を作るに留まらず、顧客の創造的観察を踏まえて、顧客が抱えている根源的問題を解決しようとしたのである。石井は、これらを「臨床のなかで生まれる知る力」あるいは「臨床の知」と称し、企業が顧客に寄り添い、企業が注視する対象をモノ（目に見える物質的な価値）からコト（目に見えない事象的な価値）へ転換するなかで、「新しい知を創造する」チャレンジングな視点を提起しようとしている。

こうした視点は、すでに哲学者の中村雄二

郎が「臨床の知」として提起したものの延長線上にある。中村は、近代科学の反省を基底とし、現実の持つ多様な側面や多義的な相貌を捉えるために「臨床の知」をモデル化した。すなわち、「近代科学の知」である3つの原理たる「普遍性」「論理性」「客観性」が無視してきた現実を捉えるために、「固有世界」「事物の多様性」「身体性をそなえた行為」といった新しい3つの原理を提起した。そして、中村は「臨床の知」を狭く医学の領域に留めるのではなく、広く知の一般的な在り様のなかに定位しようとした（中村，1992）。

中村の取り組みを経営学の研究領域で引き取ったのが石井であるということもできよう。石井は5年前に出版した著書のなかで「寄り添い」につながるトピックを議論している（石井，2009）。同書では「対象に棲み込む」という言葉を用い<sup>2)</sup>、「事物に対する固定した見方を避けて、その事物に即して新たな意味を見つけていく」（石井，2009，117頁）知識創造プロセスの持つ意味を記している。

こうした試みは、昨今のポストモダン経営学や社会構成主義的なアプローチの経営学での展開を踏まえると<sup>3)</sup>、極めて重要であることは論を待たない。なぜなら、観察者の誰にとっても同じように見える客観的な現実など存在しないという「非本質主義（本質主義に挑戦的な立場）」を取る意味で、石井の研究は同じ地平を共有しているからである。

しかしながら、こうした新しい知の創造に向けた取り組みが手本とした「臨床的診断」に求められるスキルに関して、近年、医療分野で議論されている種々のトピックを踏まえると、いくつかの検討しておくべき実践的課題が見えてくる。それは、以下の3点に集約される。

- ① 寄り添い方にも色々あるということ。
- ② 顧客の根源的問題を解決しようと急ぎすぎて罣にはまること。
- ③ 経営学の分野では「寄り添い」の視点が無視されてきたこと。

第一の「寄り添い方にもいろいろあるということ」は、近年、医療の分野で話題になっているEvidence-Based Medicine (EBM: 科学的根拠に基づく医療) とNarrative-Based Medicine (NBM: 物語と対話に基づく医療) の対比を通じて理解することができる。医療の一般的定義は、斎藤清二(2012)によると「病いに苦しむ存在である患者に対する援助のための行為や理論の総称」(15頁)である。元々、医療とは患者に対する臨床的・実践的行為であったが、近代医学の発達とともに、そうした実践を下支えする理論の探求が重んじられ、臨床的行為、つまり、苦しむ患者の床に臨み、病み苦しむ者と苦しむ者を援助したいと願う者の相互交流(あるいは対話)のスキルが排除されてきた面がある。それは結果として、臨床そのものを排除することにもつながっていった(斎藤, 2000, 2008)。

しかし、近年では、患者と医療者だけに留まらない「多声的な物語り<sup>4)</sup>」を基調としたナラティブ・ベイスト・メディスン(ナラティブ・アプローチ)からの臨床的実践の見直しが図られている(Greenhalgh&Hurwitz eds., 1998, 斎藤・山本・岸本監訳, 2001年)。かかる見直しを行っている日本のリーダーである斎藤・岸本が的確に説明しているように、そうした実践は「全ての物事を、先行する予測可能な『一つの原因』に基づくものとは考えず、むしろ、複数の行動や文脈の複雑な相互交流から浮かび上がってくるもの、と見なす(斎藤・岸本, 2003, 29頁)」ことをベースとし、未来を切り開くべき実践の在り様を探ろうとしている。

翻ってみるに、経営の世界でも、対象への

「寄り添い」方に同じ流れを見て取ることができる。現場を知らないビジネススクール出身の本社スタッフによる分析至上主義の行き過ぎが、1980年代に「分析麻痺症候群」として指摘されてきた。その端緒は、マッキンゼーのコンサルタントらが書いた『エクセレント・カンパニー』で、彼らは世界の超優良企業に見られる特徴を8つの項目にまとめ上げた(Peters&Waterman, 1982, 大前訳, 1986)。かかる特徴のモデルとなった事例は、著者の一人、ロバート・ウォータマンの日本企業に対して行ったコンサルタントの体験からもたらされたものであった(Kiechel, 2010, 藤井訳, 2010, 日本語版の序文)。トップダウンが前提とされる欧米企業へのコンサルテーションと違い、現場のリーダーであるミドルを中心に上にも下にもコミュニケーションが展開していく日本企業の経営に影響を受け、「やってみよ! だめなら直せ! 試してみよ!」という欧米とは「真逆のマネジメント作法」に「エクセレントさ」を見出した(Peters & Waterman, 1982, 大前訳, 1986, 上巻50頁)。さらに、こうした日本企業の特徴を野中郁次郎は「ミドル・アップダウン・マネジメント」として定式化した(野中, 1990)。

しかし、こうした研究の流れは「非合理的要素も含めての、もう一つの合理モデルの追求」に留まってしまっている。そのため、経営学の世界ではナラティブ、つまり、「物語ること」の大切さが指摘されるもの<sup>5)</sup>、学問的には未だ辺境の地に追いやられている<sup>6)</sup>。そこで、医療の世界での「寄り添う力」を育む実践の流れを見ることで、経営学の知見が増し加えられる可能性があると思われる。

第二の「顧客の根源的問題を解決しようと急ぎすぎて罣にはまること」は、医療行為において患者の問題の根源を探る際、治療者(医者)が自らのバイアス(基本仮説と信念)に頼りすぎることによって生じる重篤な問題のことである。つまり、医療の世界では、本来解決

する必要がなかったり、そもそも解決することができない「患者にまつわる事柄」を、医師の（一方的な）意志で「問題化（解決すべき問題に）」し、却って患者の症状を悪化させてしまう場合があることが知られている（Fisch et al eds., 2009, 小森訳, 2011）。経営学の世界でも、ピーター・センゲが、目の前の状況を問題視し過ぎて「対症療法的な解決策」に走りがちな様子を、システムズ・アプローチをベースにした組織学習の観点から明らかにしている（Senge, 1990, 2006, 枝廣・小田・中小路訳, 2011）。

しかしながら、後段で述べるように、仮に行動パターンを引き起こす「システム構造」を見極められたとしても、その「システム構造」自体も進化していく。そのため、一旦、見極められたシステム構造から見出される「根本的な解決法」に逆に囚われてしまう点と、その解決方法（囚われからの脱出方法）に関しては十分に議論されていない点は指摘されねばならない。これは第一の点と関係するが、医療分野のナラティブ・アプローチで主張されている「医療者は患者に対し、専門的知識に基づいて、大所高所から物事を判断する」のではなく、患者（顧客）と同じ目線で「無知の姿勢（not-knowing）<sup>7)</sup>」を取る（寄り添う）ことが、経営学の知見をより良いものにしてくれるはずである（斎藤, 2012）。

第三の「経営学の分野では『寄り添い』の視点が無視されてきたこと」は、日本における経営学の研究領域では、Organizational Behavior (OB: 組織行動論) や Organization Development (OD: 組織開発) の研究・教育が、欧米と対比すると、その重要性にもかかわらず、思いのほか定着していないことに見て取れる。欧米のビジネススクールでOBは、1年次の最初に配当されるコア科目であり、経営学最大の学会、アカデミー・オブ・マネジメント (AOM) の Organizational Behavior Division (OB部会) は学会最大の

6000名を超えるメンバーを擁している<sup>8)</sup>。

しかし、日本ではそうではないようである。例えば、金井壽宏は、MBA教育をスタートして20年になる神戸大学でも、組織行動論は、実質必修科目として推移してきたが、現在でも、ひとの問題などマイナーでどうでも良いのではないかという議論がなされる。組織行動論の学者として、ときに悲観的になる。とりわけ、尊敬する同僚・先輩の経営学者からも、そう指摘されると、経営行動論は経営学の本流ではないのかもしれないと気づかされる、といった日本におけるOBの特異な位置づけの様子を語っている（金井, 2011）<sup>9)</sup>。

こうした背景要因を、ひとの問題が、組織行動ではなくて、労使関係の文脈において盛んに議論されてきたことにあると指摘する者もいる。金井・高橋（2004）は、ジェームズ・アベグレンらにより終身雇用、年功賃金、企業別組合を三本柱とする日本的経営論が紹介され、かかる経営慣行や制度の問題に議論が終始し、日本の経営学者が、ひとの問題を考える枠組みに目を向ける機会が減じたのではないかと述べている。

しかしながら、この分野のもっとも輝かしい業績に、エドガー・E・シャインの研究、『プロセス・コンサルテーション』がある。後段で要点を紹介するように、同書のアプローチは、昨今の医療分野でナラティブ・アプローチと言われる患者の生活世界までを射程に入れた全人的理解を目指す方法論と軌を一にしている。欧米の経営学の分野では、こうした興味深いアプローチが実践されており、さらなる知見を与えてくれるはずである。

本稿は、こうした3つの実践的課題を踏まえ、医療分野での「寄り添いの力」の元となっているナラティブ・アプローチを基調とした医療行為に学びながら、経営行為のより深い理解につながる知見を得ようとするものである。以下、かかる3つの実践課題に分けて、一つ一つ検討していくことにしたい。

## 1. EBMからNBMへ

まず、「寄り添い方の多様性の問題」を、EBMとNBMの対比を通じて見ていくことにしよう。医療人類学者のアーサー・クライマンは「病いは経験である。痛みや、その他の特定の症状や、思うことの経験である。病いの経験は、われわれの時代や生活を構成しているあらゆる特徴と分かちがたく結びついている。(中略)医療人類学者たちが、世界中の社会で長年研究してわかったことは、思うという経験の型はどこにでも見られるが、その思うことが何を意味し、その経験をどのように生き、その経験にどのように対処し扱うかは、じつにさまざまであるということである」(Kleinman, 1988, 江田・五木田・上野訳, 1996, 日本語版の序文)と語っている。我々が、この語りを「患者の立場」に立って聞いたとき、至極当たり前のことを言っているようにも聞こえる。しかしながら、医学の世界から見た風景は、もう少し異なっている。以下、その複層的な世界を見ていくことにする。

### 1-1 病いの理解の複層性

クライマンは、病気を「病い (illness)」と「疾患 (disease)」とに区別して語っている。こうした基準は、どの立場から見た問題なのかによって区分されている。治療者 (医者) から見たものが「疾患」であり、それは生物医学的モデルから病気を再構成したものである。つまり、病気の物質的原因を探し求めようとするものである。逆に、患者から見たものが「病い」であり、それは人間の本質的な経験である症状や思うこと (suffering) から再構成されるものである (Kleinman, 1988, 江田・五木田・上野訳, 1996)。

実は医 (medicine) という言葉は、一般的定義としては「病いに苦しむ存在である患者に対する援助のための行為や理論の総称」で

あるが、この言葉には大きく異なる2つの意味が含まれている。「医療という実践」と「実践を下支えする理論としての医学」である。興味深いことに、日本では、医療は「患者を援助するための幅広い実践」であると考えられてきたが、医学界一般では「自然科学的方法論によって患者を診断・治療するための科学的な知の体系」という狭い意味で理解されてきた (斎藤, 2012, 15頁)。

とくに後者の「科学的知の体系に依拠する医療」は、1990年代初頭にゴードン・グヤットが「エビデンス (根拠) に基づく医療 (EBM)」を提唱したことで、さらに研ぎ澄まされていく。こうした立場は、いかなる医療行為も目の前の患者に最良の結果をもたらすために、最新かつ最良のエビデンスに基づき、適切な医学的判断を下し、最良の治療法が選択される必要があるという考えに立っている (斎藤, 2012, 16～17頁)。

もともと、EBMが提唱されるまでは、基本的に生理学的原則に則って医学的判断が下され、ときには権威者の見解や治療者の経験に依拠する場合もあった。しかし、1970年代末に米国ではメドライン (MEDLINE) という医学情報のオンライン・コンピューティング・システムが構築され、医学誌に掲載された臨床データの閲覧が容易になってくるにつれ、治療者の置かれた状況が変化してくることになる (Ceruzzi, 1998, 2003, 宇田・高橋監訳, 2008, 292頁)。

臨床データが整備されると、治療者は、こうしたデータを知らずに医療過誤を起こした場合、患者から訴えられるリスクが出てきた。こうした背景のなかで、米国では90年代に入ると、大量観察と統計分析による「臨床疫学的方法」によって得られた一般的数据を、個々の医療に応用するための方法論としてEBMが登場した<sup>10)</sup>。ところが、その後、日本へEBMが入って来た時に1つの問題が生じた。かかる問題とは「臨床判断は根拠に

基づいて客観的に行われるべきである」という言説が強調されすぎたり、「実証的裏付けのない権威者の見解による医療行為に対するアンチテーゼ」として語られたりすることで、EBMの真意が誤解されてきたことである（斎藤，2012，19頁）。

こうした経緯を踏まえ、医師であり臨床心理学者でもある齋藤は「エビデンス（根拠）それ自体」と「EBMという方法論」を明確に区別すべきだと主張する。なぜなら、エビデンスとは、臨床判断において、その選択に根拠を与える、疫学的方法によって案出された一般的なデータのことであり、一方のEBMとは、臨床判断という医療の個別プロセスに、そうしたエビデンス（一般的なデータ）を用いるという方法論であり、両者は全く別物だからである（齋藤，2012，17～18頁）。

これらのことから、EBMとは「データだけで患者を判断しているわけではない」ことが分かる。むしろ、データを活用するに先立って、患者の病歴や所見から何が問題なのかを判断する「臨床疑問を設定するプロセス」が存在し、場合によっては、その臨床疑問の内容次第で、活用されるデータの種類や、データが活用される方向性が大きく変わってくる。臨床疑問は、臨床実践に関わっている者が「これが問題であるに違いない」と感じ、その解答を求める作業に着手したときに「問題」になるという意味では、あらかじめそこに存在していたもの（病気）を見出すわけではない。むしろ、その時々々の臨床プロセスにおいて、その都度構成されるものと言えるのである（齋藤，2012，43頁）。

しかし、臨床疑問がその都度構成されるものであるということは、治療者にまた別のスキル要請するものである。つまり、従来、過度なほどに重視されてきた、病気の生物学的メカニズムを追求し、症状を技術的にコントロールするような「ハードサイエンス的な知識」のみならず、これまでそうした知識に覆

い隠されてきた、個人の経験に対する深い理解につながる「ケアの実践知」も求められるようになる。昨今、医療の世界で話題に上っている患者との対話をベースにしたNBM（物語と対話に基づく医療）がそれに当たり、NBMは、クラインマンの言う「病いの経験と意味」を扱うのにもっとも適した方法だと言われている（Kleinman, 1988, 江田・五木田・上野訳, 1996, 4, 10～11, 335頁）。上述したように、臨床疑問がその都度構成されてくるものだとすれば、従来の「診断—治療という医療」に見られるように、疾患を「すでに確認されたパターン」に照らして認識し、治療方針を決めるだけでは十分ではなく、患者と治療者を中心とした複数の物語を多声的に語り合い、掘り合せていく「NBM（物語と対話に基づく医療）」が求められている（齋藤，2014，21頁）。

## 1-2 ナラティブ・アプローチと医療実践

こうしたナラティブ・アプローチによる医療は1990年代後半から発表され出したが、1998年に英国のグリーンハルらによってNBM、つまり、「EBMの過剰な科学性を補完する役割を担いつつ、患者を全人的にケアすることを目指す医療・医学の方法論」（齋藤，2014，14頁）として提唱されてから大きく取り上げられるようになった。その医療行為の骨子を齋藤は「病いを、患者の人生という大きな物語の中で展開する一つの『物語』であるとみなし、患者を『物語を語る主体』として尊重する一方で、医学的な疾患概念や治療法もあくまで一つの『医療者側の物語』と捉え、さらに治療とは両者の物語をすり合わせる中から『新たな物語』を創り出していくプロセスである」（齋藤，2012，74頁）と語っている。

加えて、齋藤は、こうした物語りを紡いでいくために必要な「対話のスキル」において、

2つの側面を意識する必要があると述べている。ひとつは、患者への質問のスキルであり、「ツール（道具）としてのナラティブ」と呼んでいる。もうひとつは、患者にどうやって向き合うかという「スタンス（姿勢）としてのナラティブ」である（斎藤，2012，98頁）。

とりわけ、後者は、患者を理解する上でのスタンスと関連しており、重要な問題を孕んでいる。なぜなら、対話に基づく医療にはいくつもの問題点が指摘されているからである。それらの多くがこの「医療者のスタンス」に関わるものである。例えば、臨床疑問を設定するに当たり病歴聴取を行うが、そこにNBMを用いた場合、患者のナラティブ（物語り）が治療者によって上塗りされたり、改変されたりして、変容する恐れがあるという指摘がある。また、患者の物語りをまるごと聴こうするのは、裏を返せば、患者のすべてを聴くことができる（ひいては理解することができる）という傲慢さにつながらないかという指摘もある。斎藤は、こうした問題の指摘は傾聴に値するが、聴く上での治療者のスタンスをきちんと確認しておけば「良質な対話」につながるとする。とりわけ、「医療者と患者の関係やコミュニケーションについて論じる時、共感や配慮といった「つながり」を示唆する側面が強調されやすいが、患者と医療者双方にとって、お互いが「理解したり共感したりすることが絶対に不可能な他者」であることは十分に自覚される必要がある」と述べている（斎藤，2014，21～22頁）。

もっとも、慢性疾患の患者の場合は、疾患をコントロールできる限度があり、自らの障害から生じる人生の様々な問題に対するケアが強く求められており（Kleinman，1988，江田・五木田・上野訳，1996，335頁），ナラティブ・アプローチに代わる方法はない。その意味では、治療者が、上記の指摘を注意しつつ、「他者性の理解」を踏まえることで、NBMという方法を適切に用いることはできると思わ

れる。

こうした「他者性の理解」に関する実践知を、斎藤は、自らが行った臨床心理学者の河合隼雄との対談を引いて、間接的に語っている。「面接の基本は『主導権を患者に譲ること』ではないでしょうか。それがどれだけできるかです。しかし、近代医学的な面接は、検査をして自分の判断で診断をしていくわけで、完全に医師が主導権をもっていないといけません。つまり、医師として近代医学的なアプローチをして、今度は医療面接を行うとなると、まるっきり逆転するようなことをしなくてはならないのです。これは訓練としても難しいと思います」（斎藤，2014，24頁）。重ねて「医療において『物語を語る』ことの重要性を強調しすぎると、『患者さんに無理に語らせようとする』という危険が生じる恐れがあります。医師と患者の関係性の中で患者さんが自然に語るということが大切なのであって、そのためには時期が熟すまで待つ必要があることも多いのです。『未だ言葉として語られない物語』、あるいは『語られるための時期がまだ熟していない物語』を大切なものとして尊重するという姿勢は、NBMにおける基本的態度の一つである」（斎藤，2014，24頁）と語っている。

同じく河合隼雄は、小説家の小川洋子との対談でこう語っている（小川・河合，2008，16頁）。

（小川）修繕するものとされるものの力関係に差があるといけないとおっしゃっているんです。

（河合）そうです。それは非常に大事なことで、だいたい人を助けに行く人はね、強い人が多いんです。

（小川）使命感に燃えてね。

（河合）そうすると、助けられる方がたまたまもんじゃないんです。そういう時にスッと相手と同じ力になるというのは、やっ

ばり専門的に訓練されないと無理ですね。我々のような仕事は、どんな人が来られても、その人と同じ強さでこっちも座ってなきゃいかんわけですよ。

まさに、これこそ心のレベルで患者の物語りに「寄り添う」ことなのだろう。後段で触れることになる「無知の姿勢」の作法が形成されていく背景がここにある。

次に、こうした対話を通じて、ナラティブ（物語り）を育ててきた「心理療法の世界」を垣間見ること、そこに生じる実践的課題について考えていくことにする。そこからは、「寄り添い」にも、治療者の認識論が色濃く反映される場合から、そうした治療者の認識論を消し去り、患者の自然な物語り（あるいは、語り直し）に伴走する場合まで、様々な形があることが理解できよう。

## 2. 解決することが問題であるとき

物理的・化学的手段に依らず、対話などによる治療を進めてきたのは「心理療法の世界」であることが、よく知られている。心理療法の治療者はセラピストと呼ばれるが、まさにセラピストの主たる治療法は対話法であり、ナラティブ・アプローチと親和性を持っている。しかし、目の前の患者に対する援助の思いは同じであっても、治療にはいろいろな考え方があり、解決を急ぐことが常に患者にとって良いものとは言えない状況も生み出している。2.では、こうした心理療法の系譜を簡単に辿りながら、患者を早く治して上げたいと思いつつも、自らの治療が、それとは逆行したものになってしまうパラドックスに関して考えてみたいと思う。

### 2-1 心理療法の世界

元々、心理療法は、患者個人の内的世界に治療者の関心が向けられるべきであり、治療

者は患者と関係のある人との接触をしてはならないという大原則の下、進められてきた。そのため、治療者と患者の間の会話のやり取りは、当事者だけの秘密で、それ以外の人間が知ることはなかった。それが大きく変るきっかけになったのは、1940年代にジョン・E・ベルが治療を目的とした面接を家族と行うという、後に「家族療法 (Family Therapy)」と呼ばれる治療法をスタートさせたことにある。もちろん、こうした治療法が提起されてすぐに「家族療法」が普及したわけではなく、むしろ、最初は「心理療法の異端」という位置づけがなされた。しかしながら、遺伝因子を見出すために「精神分裂病<sup>11)</sup>」の家族（母子関係）を対象として始められた家族療法の研究も、時間の経過とともに「家族の日常」が研究対象と見なされるようになり、「家族の関わり」が病気の原因として注目されるようになり、普及の基盤が整い始めていくことになる（吉川・東、2001、2～5頁）。

家族療法の大きな転機は、1950年代に生じた治療技法の革新にあった。それは一方向からしか見ることのできない「マジックミラー (looking glass)」の登場にあった。それによって、これまで難しかった治療者と患者及び患者の家族との対話や、家族同士の会話を観察することが可能になった。重要なのは、そうした観察がもたらした全く新しい知見であった。例えば、研究者らは、これまで「個人に属する精神疾患」と思われてきたものが、実は「医学的意味における疾患」ではないことを見出した。そうした疾患は障害ではなく、患者と思しき人の「問題とされる行動」も「家族内では意味のある、極めて秩序だったもの」として浮かび上がってきた。1960年代に生じてくる、こうした研究の代表例として、カルフォルニアのパロアルトにあるMental Research Institute (MRI: 精神研究所) の精神科医、ドン・D・ジャクソンによる「家族ホメオスターシス」がある (Jackson, 1968)。家



族システムは、症状や問題を抱えつつも、一定の平衡状態を維持しているため、治療者の介入は平衡状態に悪い影響を及ぼすものとして排除される、というものである。こうした平衡維持的なモデルは、家族が平衡状態を維持しようとする一種のサイバネティクスなシステムに似ていることを最初に指摘したグレゴリー・ベイトソンの流れを汲んでいる（吉川・東, 2001, 12頁; Bateson, 1979; Hoffman, 1981, pp. 3-5, 亀口訳, 2006, 19～21頁; Watzlawick et al., 1967, 山本監訳, 1998, 2007）。

ジャクソンの提起した家族療法の考え方は、疾患には必ず原因（病因）があるとする「医学モデル」や、病気の症状は患者の過去に起源を有し、色々な理由から無意識に放擲されてきたトラウマや葛藤から生じるとする「精神力動モデル」が前提としている「直線的ないし歴史的見方」と大きく異なり、複数のフィードバックを前提とした「円環的な見方」を取っている（Hoffman, 1981, pp.5-7, 亀口訳, 2006, 21～22頁）。

こうした考え方は、後に「システムズ・アプローチ」と呼ばれるようになっていくが、その過程で生じた変化は、以下の通りである。最初にMRIのジャクソンが提唱した心理療法は、患者を含む「家族システム」を研究対象にするものだった。しかし、ジャクソンが急逝した後のMRIの研究は、家族を治療する治療者も含む「治療システム」をその対象とするように変化していった。興味深いのは、米国をベースに展開された家族療法のシステムズ・アプローチが海の向こうのイタリアでユニークな発展を遂げたことである。セルビーノ・パラツォーリ等の「ミラノ・グループ」と呼ばれるものがそれである（Palazzoli et al., 1978, 2004）。基本は家族に限定しない「治療システム」を観察対象にしているが、四人一組で治療を行い、男女一組の治療者が家族と治療室に入り、残る男女一組がマジックミ

ラー越しで観察している。また、観察者は定期的に治療者を外に呼び出し、指示を与えたり、情報を引き出したりする。さらに、面接する家族ごとにパートナーを換えて、特定の人格やカリスマに依拠しないアプローチを身上としていた（吉川・東, 2001, 13～15頁; Hoffman, 1981, pp.284-287, 亀口訳, 2006, 399～401頁）。

さて、1980年代、この家族システムから治療システムへ研究の力点が移行していくなかで、治療のための認識論に1つのジレンマが生じてきた。それは「治療において、家族を対象とし、その問題因子を追求していくのか」、それとも「治療において生じる患者と治療者の相互作用を対象とし、相互作用を導く変化を追求していくのか」で大きく研究の方法や治療対象が変わってきたことにあった（吉川・東, 2001, 16頁）。とりわけ、後者のアプローチは、社会的現実はずでにそこにあるのではなく、人の関わりの中で形成されていくものだとする「社会構成主義<sup>12)</sup>」の影響を受けたもので、治療を通じて個々人の社会的現実を積極的に再構成していく方法が提起されるようになった（Berger, 1966, 山口訳, 1977, 2003; Gergen, 1994, 杉万・矢守・渥美監訳, 1998; Gergen, 1999, 東村訳, 2004; McNamee & Gergen, 1992, 野口・野村訳, 1997）。

その代表的なものは、「短期療法」と呼ばれる「ブリーフ・セラピー（Brief Therapy）」や「解決志向アプローチ（Solution Focused Approach）」である。こうした新しいアプローチは、従来の「問題をどう解決するか」という治療法ではなく、「患者がどうなりたいか」という将来のイメージを元に、患者と治療者の相互作用の中で、患者の行動を変化させていく（解決に導く）治療法である（吉川・東, 2001; Shazer, 1994, 長谷川監訳, 2000）。

なるほど、こうした新しいアプローチは、

現実を再構成しながら、解決へ向かわせる治療法であるという意味で、社会構成主義の影響を多分に受けている。しかし、その主たる眼差し（治療対象）は、依然として「家族システム」や「治療システム」に向けられている。そのため、観察できる「何らかのシステム構造」が指定されているという点からは「家族療法の新しいバリエーション」とも言えるもので、家族療法のアプローチの根幹にある「共通の観察対象を指定する」認識論的な視座に囚われているともいえる（吉川・東，2001，18頁）。

こうした認識論的なアプローチに対して、「社会構成主義」を主導したガーゲンらによってナラティブ・ターン（物語的転換）がもたらされ（Gergen, 1973, 1985），治療現場で生成する様々なナラティブ（物語り）の再著述（あるいは語り直し）を経て（White&Epston, 1990, 小森訳, 1992; Bruner, 1986, 田中訳, 1998），「ナラティブ・セラピー」という流れに集約されてくる（小森, 1999; 高橋・吉川, 2001; 野口, 2002; Anderson&Gehart eds., 2007; Burr, 1995, 田中訳, 1997; Freedman & Combs, 1996; McNamee & Gergen, 1992, 野口・野村訳, 1997）。

ナラティブ・セラピーとは「クライアントが自分の人生を語り直し、人生の中の辛いできごとを新しく概念化し直すのを可能にする」（Gergen, 1999, 東村訳, 2004, 255頁）もので、そこには治療者の「寄り添い」が求められる。それは「治療システム」を指定するプロフェッショナルたる治療者を半ば「消し去る」ことで可能になるものでもあるし（McNamee&Gergen, 1992, 野口・野村訳, 1997, 44～47頁; Mishler, 1986, pp. 96-105），治療者と患者の間でなされる「対話」が、かかるプロフェッショナルリズムから生じる権威主義から解き放つ手助けをしてくれるものでもある（Anderson, 1997, 野村・青木・吉川訳, 2001）。

ここまで心理療法の世界を、家族療法からナラティブ・セラピーに至る過程を通じて概観してきた。真の意味で患者に「寄り添う」、つまり、治療者の意図に囚われず、患者自らが自然な形で「意図の変転」（Bruner, 1986, 田中訳, 1998, 24～29頁）を行う、つまり、自分の物語りを語り直すには「ナラティブ・セラピー」のアプローチが必要になってくる。とはいえ、医療現場では、こうした「ナラティブ・セラピー」に一直線に向かうというよりも、従来の対話的手法では、治療自体が何年もかかったり、数多くの面接を繰り返して行う必要があるなど、大変な手間がかかることへの疑問から、家族療法の亜種ともいえる「ブリーフ・セラピー」や「解決志向アプローチ」が求められてきた。しかしながら、こうした手間がかかるという疑問だけが短期療法とも呼ばれるブリーフ・セラピーを招来した訳ではない。実は、治療が長期に渡る背景には「治療者が問題の解決にこだわり過ぎる」という、一見、治療期間を早めそうな治療者の行為が悪影響を及ぼすという、アイロニカルな問題が背景にあったのである。次に、その問題を見ていくことにしよう。

## 2-2 解決が問題とは？

臨床心理学者のウィークランドとフィッシュは「問題は『まちがった』というラベルを貼られた行動とそれを取り除こうとする不適切な（すなわち無効な）努力とのあいだのポジティブ・フィードバック・ループからなる悪循環により、成立している」（Fisch et al. eds., 2009, p. 227, 小森監訳, 2011, 283頁）と述べているように「すべきでない努力をひたすらし続けていることに問題がある」ことを指摘している。そして、「私たちの一般的な治療目的は、この行動を維持している悪循環を断ち切ることである」（Fisch et al. eds., 2009, p. 227, 小森監訳, 2011, 283頁）と語っている。こうした「まちがった」とい

うラベリングに気付かないと、悪意はなくても事態をより悪化させるような行為を取りつづけてしまう。

それを回避するために、ワツラウィック、ウィークランド、フィッシュの3人は、まず、「困難 (difficulties)」と「問題 (problems)」の間の線引きが必要だと語っている。彼らという「困難」とは「特別な訓練を必要としないで常識的な水準で解決できるような事態か、もしくは、更によく見られる例で、ごく日常的な場面で見られる望ましくないが我慢をしてなんとか切り抜けているような日常茶飯事の出来事」(Watzlawick et al., 1974, p. 38, 長谷川訳, 1992, 59頁)であり、「問題」は「袋小路や行き詰まり、絡み合いといった、初めの困難への対処方法を誤った為に生じた事態」(Watzlawick et al., 1974, p. 39, 長谷川訳, 1992, 59頁)を意味している。

加えて、こうした問題を招来するパターンには3つのルートがあると指摘している(Watzlawick et al., 1974, p. 39, 長谷川訳, 1992, 60頁)。

- (1) 「それは問題でない」と否定することによって解決しようとする誤り。別言すれば、行動が必要なときに行動しない誤り。
- (2) 実際には変えることが不可能か、もしくは存在しないような生活上の困難について繰り返し努力してしまうこと。別言すれば、とられるべきでないときに、ある行動がとられる誤り。
- (3) 論理階型上の誤りが犯され「終わりのないゲーム」が確立されてしまうこと。別言すれば、間違った論理階型での行動をとることによる誤り、である。

彼らは、こうした非論理的な行動を取ってしまう原因をこう述べている。「私たちは直接的関係において、現実を考えたり現実に働きかけたりしないのである。なんらかの理

論、視点、ないしモデルを介在して、現実に関わるのである。その結果、採用される理論が、明示的であれ暗示的であれ、単純であれ複雑であれ、きれいにまとめられていようと部分部分の寄せ集めであろうと、それは看過できない実践的影響を及ぼす」(Fisch et al. eds., 2009, p. 66, 小森監訳, 2011, 106頁)と。つまり、自分が世界を読み解くのに依拠している「メンタルモデル」を以て、現実に関わっており、それが現実に対して、看過できないほどの影響を与えている。にもかかわらず、それを自覚していないことが問題だということを指摘している。

問題は、なぜ、人は自分のメンタルモデルに自覚的になれないのかという点である。それはある人を行動に導くパターンが、原因＝結果といった流れで直線的に作用しないからである。メンタルモデルが生成されるパターンは円環的、つまり、あるときにはAがBを作用させるが、別なときにはBがAを作用させるというように、始まりがどこかは明示的には自覚しないが「確実に行動の引き金を引く」のである。

経営学者のピーター・センゲは、こうした作用因を3階層に分けて整理している(Senge, 1990, p.52, 守部訳, 1995, 71頁)。

システム構造(生成的)→特定の行動パターン(対応的)→出来事(受動的)

この3つの階層を見ていくと、出来事と特定の行動パターンは自覚できるが、システム構造は自分の行動パターンが直接関係していないシステムをも含むため、明示的に自覚しにくいという特徴がある。これらを前提として、センゲは、心理療法の専門家が指摘した「問題を招来するパターン」を「システム思考の法則」と読み替え、11のポイントに整理している(Senge, 1990, pp.57-67, 守部, 1995, 77-90頁)。

- (1) 現在生じている問題は、昨日解決した事柄が引き金になっている。
- (2) システムは、押した分だけ跳ね返ってくる。
- (3) 状況が悪くなる前に一度好転する。
- (4) 安易な解決策では、振出しに戻るだけである。
- (5) 病気よりも治療方法自体が問題であるケースがある。
- (6) 急がば回れ。
- (7) 原因と結果が、地理的にも時間的にも離れている場合が多々ある。
- (8) 小さな変化が大きな変化を引き起こす。
- (9) 同時にイメージできるが、同時に手に取ることにはできない。
- (10) 1頭の象を分割しても2頭にはならない。
- (11) 自分の問題は相手の問題でもあり、相手の問題は自分の問題でもある。

センゲの指摘する「システム思考の法則」は、一見すると、心理療法の専門家が指摘した「問題を招来するパターン」と近似しているように見える。しかし、重大な欠陥がある。それは「法則 (Laws)」と銘打っていることである。システム構造というのは、一度、把握すれば、特定の行動パターンが飛び出してくるタイミングや場所をすべて予測できるものではない。なぜなら、システム構造とは、そこに係わる人々（ときに人工物）それぞれが持つ「固有の言語システム」が相互作用することで生成するものである (Anderson & Goolishian, 1988)。だからこそ、NBMに依拠する医者やセラピストは、その時々で患者との間に生成する物語りを大切にするのである。セラピストにとってのシステム構造は、面接ごとに異なるものが生成されるのである。こうした視点を踏まえると、センゲの定式化は魅力的ではあるものの、システム構造として定位してしまうことで、人と人の関わ

りの中で、その都度生成される（システム構造から導かれる）豊かで多声的な行動パターンが、経験に基づく因果法則に絡めとられ、無意識のうちに「定まったルーティン」に還元されてしまう恐れがある。

もちろん、近年、センゲもそうした問題点を認識しているようである。彼は1990年に出版（原著）した『最強組織の法則』を16年ぶりに改訂（『学習する組織』）し、「実践からの振り返り」というセクションを追加した (Senge, 2006, 枝廣・小田・中小路訳, 2011)。センゲが、その都度生成される、生きたシステム構造を、より意識するようになった点は大いに評価できる。ただし、こうしたセンゲの内省をベースにしつつも、多声的な物語りが有効に機能する場所を増やしていくためのきっかけ作りは、何も組織に囚われる必要はないと考えられる。組織という人工物ですらも、時に都度生成された言語システムから導きだされたパターンに過ぎないのである。

センゲの組織論は、生成的な言語システムに触れたという意味で、昨今の医療の世界のナラティブ・アプローチに近いものである。しかしながら、経営行動論の分野では、すでに別の形での体系的な「援助の物語り」が提起されている。次章では、それを紹介することにする。

### 3. プロセス・コンサルテーションという実践

エドガー・E・シャインが提起している「プロセス・コンサルテーション (PC: Process Consultation)」というコンセプトは、医療分野でナラティブ・アプローチと言われる患者の生活世界までを射程に入れた全人的理解を目指す方法論と軌を一にしている (Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002; Schein et al., 2009, 尾川・稲葉・木村訳, 2014)。経営

学、とりわけ、経営行動論の分野でもこうした興味深いアプローチが提起されているが<sup>13)</sup>、シャインが「プロセス・コンサルテーション」のコンセプトを提起したのは、今から45年も前の1969年である。彼は、このコンセプトを「援助 (helping) することの哲学」(Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, vii頁)と称しているが、本稿で扱っている「寄り添い」の概念に極めて近いものである。彼の「プロセス・コンサルテーション」にかかわる実践手法は少しずつ進化を遂げているが、本質的なスタンスはほとんど変わっていない。そのため、3.ではSchein (1999)に基づき、プロセス・コンサルテーションの要点を紹介しながら、3-1では基本概念としての「3つのロールモデル」を確認しつつ、3-2ではそうしたモデルを支える10原則と、そのなかに見られる「寄り添い」の視点を見ていくことにする。

### 3-1 プロセス・コンサルテーションにおける3つのロールモデル

コンサルテーションとは、一般に、専門家への相談や専門家の診断を受けることを指す。そのため、コンサルタントの役割は、専門の立場から、顧客たるクライアントの相談に応じたり、診断したりすることだと考えられている。この観点では、コンサルテーションする専門家側が「ワン・アップ (一段上の立場)」において、コンサルテーションを受けるクライアント側は「ワン・ダウン (一段下の立場)」にることになり、両者には立場上の不均衡が存在している (Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 42頁)。こうした立場上のギャップは、副次的なギャップ、つまり、知識格差による理解のギャップ (無知の領域) を生み、コンサルタントが持っている知識をクライアントに押し付けることにつながったり、クライアントが知識の豊富なコンサルタントに依存するようになったりする。

その結果、コンサルタントによる、一見正当なコンサルテーション・プロセスが、クライアントの本来の希望や期待とは異なる方向へ向かってしまうことがある。かかる背景には、コンサルタント側の多くが、コンサルテーション・プロセスの成功を「クライアントが自分の求めているものを正確に把握しており、コンサルタントがその問題に適した特定の勧告を伝えることができた場合」(Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 7頁)に限られると考えていることがある。その一方でシャインは「援助を求めている人は自分の求めているものが分かっていないことが多く、分かっていることを期待しては本当はいけないのである」(Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 7頁)と述べている。

こうした問題に対し、シャインはコンサルタントとクライアントの関係を踏まえた、コンサルタントが選択しうる複数のロールモデルを提起している。「情報-購入モデル」、「医師-患者モデル」、「プロセス・コンサルテーション・モデル」の3つがそれぞれであるが、とりわけ、シャインは「コンサルテーションが実際にどの程度助けになるかは、コンサルタントがその瞬間瞬間に作用するよう選択するモードによって、大きく異なること」(Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 6頁)を強調している。すなわち、コンサルテーション・プロセスのなかで、実際には、ある1つのロールモデルで最初から最後まで一貫して行われるわけではなく、状況に応じて、複数のロールモデルが使い分けられていることが示されている。また、シャインは、その使い分け方に、コンサルテーションを成功に導く鍵があることも示している。以下、まず、3つのロールモデルの内容とそのモデルが持つ前提をそれぞれ説明してから、使い分けの要点を考えてみることにする。

第一は「情報-購入型モデル」で、専門家モデルとも言われるものである。クライアン

トは自分で入手できない情報や、専門的なサービスをコンサルタントから得ようとするが、その際、コンサルタント側が専門家としての知識やスキルの切り売りをするを指す。まさに、クライアントが、必要な情報を提供してもらうために専門家のもとを訪れる、よく見られる一般的なケースに対応したモデルがこれである。しかし、こうした専門家の役割が意味をなす前提として、クライアント側が自分たちに必要なものを知っており、コンサルタントによって何が提供されるのが良いか正確に見積もることができる状況にないといけなるとされている。そのため、よく見られるモデルにもかかわらず、コンサルテーション・プロセスの最初の方では妥当性を欠く場合が多いことが、シャインによって指摘されている (Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 10～12頁, Schein, 2009, 金井監訳, 2009, 99～103頁)。

第二は「医師－患者モデル」で、医師が患者に診断を下すように、クライアントが自分たちの組織を点検（診断）してもらうために、コンサルタントを呼び入れる場合がそれに当たる。このモデルでは「情報－購入型モデル」にあるような専門家による情報提供に留まらず、専門家による判断までが含まれる。つまり、クライアント側が、呼び入れたコンサルタントに自分たちの組織を診断する権限を与えているところに役割上の特徴がある。そのため、両者の関係構築にかかわる多くの権限がコンサルタント側に集中している (Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 16～17頁)。

その結果、クライアントは、コンサルタントの診断結果を鵜呑みにし、クライアント側が自ら最終判断を下す責任（つまり、コンサルテーションの結果を踏まえて、どうするか（決定）を放棄する傾向にある。同時に、クライアントは、部外者であるコンサルタントが内部に入ってきて問題を見極め、改善を施すことが当たり前であると思っている。こ

うした背景には、コンサルタント側が診断に必要なクライアント側の正確な情報を入手できるという前提がある。しかし、正確な情報が提供されるのは、クライアント側がコンサルタント側を信頼し、両者の関係が構築された時に限られる。また、コンサルタントが下した診断結果をクライアントが信用したがない、受け入れないといった問題も存在する。さらには、診断結果が正当なものでも、クライアントが置かれている社会的状況が変わり、クライアントがコンサルタントが勧める変化を受け入れない状況が創り出される場合もある (Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 18～21頁, Schein, 2009, 金井監訳, 2009, 103～108頁)。まさに、医師－患者モデルは、1－1で検討したように、患者を「すでに確認したパターン」として認識する「診断－治療モデル」そのものである。コンサルタントとクライアントの両者が、何が問題で、どうしていきたいのかが分かっている場合には、こうしたモデルがうまく機能する。しかし、そうでない場合は、両者の知識格差による理解のギャップ（無知の領域）を埋めることができない。

そこで、シャインが提案するのは、第三の「プロセス・コンサルテーション・モデル」である。このモデルは、コンサルテーション・プロセスの最初の段階のコンサルタントとクライアントのコミュニケーション・プロセスに焦点が当てられたもので、その中心にあるのは両者の関係構築である。その「目的は互いの立場を対等にし、クライアントも支援者も無知をなくせるような環境を作ること」 (Schein, 2009, 金井監訳, 2009, 109頁) にある。コンサルテーションの初期に「あまり多くを想定せず、クライアントがよりさまざまな事柄を打ち明けられるような状況を作ることである。そうすれば、そのプロセスの中でクライアントは立場を獲得し、信頼を構築していける」 (Schein, 2009, 金井

監訳, 2009, 109頁)。そのための作法として「謙虚に問いかける (Schein, 2013, 金井監訳, 2013)」ことが大事だとシャインは語っている。こうしたプロセスは「すべては、クライアントに自分の周囲、内部、および他の人との間で何が起きているかの識見を与えるサービス」(Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 27頁)ということになる。

そして、シャインは、3つのロールモデルの選択順序として、こうした「援助プロセスは常にプロセス・コンサルテーション・モードで始めねばならない。なぜなら、無知について訊ね、無知を取除いてからでなければ…専門家や医師のモデルに移行しても大丈夫であったり、望ましかったりするのかが分からないから」(Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 26頁)だと述べている。

次に、こうしたコンサルテーションを支える10原則について見ていくことにしたい。これはプロセス・コンサルテーションの行為そのものともいえる。

### 3-2 プロセス・コンサルテーションを支える10原則と「寄り添い」の視点

ここまで見てきたように、シャインの提起するプロセス・コンサルテーションは、他人を援助 (helping) しようとしたときに関わってくる心理・社会的なプロセスを、実践的なコンサルテーションに活かせるように整理したものである。特筆すべきなのは、プロセス・コンサルテーションは、経験的に取得された知識を切り売りするようなプロフェッショナル (専門家) によるコンサルテーションとは異なり、その場その場、その時々でクライアントが必要とする援助を、クライアントに「寄り添い」ながら、共に考えていこうとするものである。とくに、シャインが掲げる10原則のなかに「寄り添い」のスタンスが確認できる (Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 5～87頁)。

- (原則1) 常に力になろうとせよ。
- (原則2) 常に目の前の現実と接触を保て。
- (原則3) あなたの無知にアクセスせよ。
- (原則4) あなたのすることはどれも介入である。
- (原則5) 問題を抱え、解決法を握っているのはクライアントである。
- (原則6) 流れに身を任せよ。
- (原則7) タイミングが極めて重要である。
- (原則8) 真っ向から対決する介入については建設的にオポチュニスティックであること。
- (原則9) 全てはデータである。誤りは常に起こるものであるが、それがまた主要なきっかけを提供してくれる。
- (原則10) 疑わしい時は、問題を共有せよ。

これら10原則は、医療行為に見られる患者への「寄り添い」と極めて近いスタンスである。もちろん、シャインが臨床心理学を学んだ組織心理学者であるからことから当然のことと言える。とはいえ、経営学畑のコンサルテーションのほとんどがクライアントに助言するといいいながら、教諭す「専門家モード」、すなわち、シャインのいう「情報-購買モデル」ないしは「医師-患者モデル」で分析・提案を行っている現実からすると奇異に見えるほどである<sup>14)</sup>。原則3に見られるように「無知の姿勢」を強く打ち出していることは「寄り添う」行為へ展開させるためになくはならない部分である。シャインは「あなたの無知にアクセスせよ」という原則に関して、以下のように説明している。「私自身の内面の現実を発見する唯一の方法は、知っていることと知っていると思っっていることやほんとうは知らないことを区別できるようにすることである。その状況について分かっていないことに到達し、それについて質問する知恵を持たなければ、現前の現実が何であるか正確

に判断することはできない」(Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 16頁)。

これは同時に、原則4に見られるように、コンサルタントがコンサルテーションするすべてがクライアントにとっての介入になるという点を強く意識したものである。シャインは、純然たる診断などないと考えているので、診断の段階(医療の場合は臨床疑問)ですでに介入が始まっていると考えている(Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 23～24頁)。これは、診断の段階で患者との物語が生成されることを意識したもので、クライアントに寄り添うことが徹底されていると見るべきである。

このことは、逆に言えば、コンサルタントの役割が明確に定義できないことを意味する。もちろん、シャインは通常のコンサルタントの役割を排除はしない。つまり、教え諭す「専門家モード」を一時的には取ることを認めている。ただし、その後には必ず、プロセス・コンサルテーションのモードにスムーズに戻って来ることが必要であることを指摘している(Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 39頁)。ここから基本はクライアントの物語りに「寄り添い」、必要に応じて一定の距離を取りながらも、いかなる援助ができるかを常に模索する行為を求めていることが窺える。

こうしたクライアントの物語りに寄り添うためには、当然、「クライアントが誰であるのか」をある程度、はっきりさせておく必要がある。とくに、組織内で利害が複雑に絡み合う場合は、なおさらである。シャインは、特定できる基本的なクライアントのタイプを6つに整理している(Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 90～110頁)。

1. コンタクト・クライアント
2. 中間クライアント
3. プライマリー・クライアント
4. 自覚のないクライアント

## 5. 究極のクライアント

## 6. 巻き込まれた「クライアントでない人たち」

この6つの類型は、企業(の中の特定の個人)がコンサルタントに援助を求め、援助のプロセスが始まり、援助のプロセスが展開していく過程でのコンサルタントとの関わり方をベースにしている。

例えば、解決して欲しい問題を抱えている従業員の一人が、ある有名なコンサルタントを(本を読んだり、講演で話を聴いたりして)知り、最初に接触してくる人々を「コンタクト・クライアント」と呼んでいる。また、コンサルテーションが進むにつれて、そのプロジェクトの面接調査やミーティングに関与するようになる人々を「中間クライアント」と呼んでいる。さらに、解決して欲しい問題を抱えている張本人を「プライマリー・クライアント」と呼ぶが、こうした人々がたいへいは、コンサルテーションのプロジェクト費用を出している。しかし、時に費用の出所と援助を求めている人が異なる場合がある。そうした場合「本当のところプライマリー・クライアントは誰なのか?」という問いかけが重要になる。組織内の利害が複雑に絡む企業の場合、プライマリー・クライアントをきちんと特定せずに、コンサルテーション・プロセスを展開させると、援助を必要としている人に対して分の悪い提案をしてしまう可能性が出てくる(Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 102頁)。

このプライマリー・クライアントと職位の上下関係や横並びにある人々を「自覚のないクライアント」と呼ぶ。プライマリー・クライアントの援助を優先するあまり、こうした自覚のないクライアントの不利益を招来してしまうこともある。それはシャインが「究極のクライアント」と呼ぶ、コミュニティーやグループなども同様で、ある特定のグループ



の援助を優先するあまり、別のグループの不利益を生む場合もある。

こうしたクライアントの特定は、組織内の利害関係のネットワークといった関係性理解のために欠かせないものである。そして、その根底にはコンサルタント側の「無知の姿勢」があることは論を待たない。

クライアントに寄り添った「プロセス・コンサルテーション」には、「無知の姿勢」を保つといった、コンサルタント側の「練達した構え」が必要になってくる。そうした構えを保つための実践理論として、シャインは「自分の頭の中で起こっている内面のプロセス」を意識するためのモデルを提供している (Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 第5章)。

彼は「観察しobserve(O), 観察したものに情緒的に反応しreact(R), 観察と勘定に基づいて分析し処理し判断を下しjudgement(J), そして何かを起こすためにおもてにあらわれる行動、すなわち介入するintervene(I)」 (Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 121頁) といったサイクルをベースに「内面プロセス」をモデル化している。コンサルタントとクライアントの関係の成り行きに影響を与える力の多くは、事前に分からず、隠されていることがほとんどである。そのため、コンサルタントは、その時々何が起きているのかを見極め、隠れた力を読み取り、そうした影響力に対応できる人間的柔軟さを持つことが求められている (Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 117頁)。そのためのヒントとして、このORJIサイクルが提供されている。

シャイン曰く、我々は、自分が見ているものを考えたり、話したりするのではなく、自分が考えたり、話せるものだけを見ている、つまり、われわれの観察は先入観に囚われているという意味で、第一に、最初の「自らの観察」に最大の注意を向けるべきだと指摘する。第二に、コンサルタント「自らの情緒的反応」に全く気がつかないことが多いことに

意識を向けさせてくれる。これは、自覚がない自らの反応を、自分では制御できないという大きな問題が横たわっているからである。第三に、コンサルテーションでは「判断」という行為が避けられない故、最初に入手するデータの偏りには十分注意すること、そして、データの対極にある自らの論理的思考力へ信頼を寄せすぎると危険性も指摘している。最後に、判断を下したときには、必ず行動(クライアントへの「介入」)が伴う。これが感情的な衝動に基づく場合でも同じく「介入」になる点は、きちんと意識しておく必要があることを教えてくれる (Schein, 1999, 稲葉・尾川訳, 2002, 122～126頁)。

こうしたORJIサイクルを冷静に見るときに、サイクルの最初の段階、つまり、観察の段階にもっとも注意が必要であることは強調されねばならない。なぜなら、一見、論理的に見える判断も、その前提が、不正確かもしれない「事実」に基づいているとすれば、その結論は論理的だとは言えないからである。そのためには、医療行為で見られるようなEBMとNBMの2つの手法をバランスよく活用していくための実践を、どう経営行為に活用していくかが重要になってくると思われる。

ここまで見てきたように、シャインの「プロセス・コンサルテーション」という経営行為は、NBMの医療行為と「寄り添い」という点で、重なり合う部分が多い。もちろん、コンサルテーション・プロセスにおけるクライアントの特定、そして、コンサルテーションを行う対象範囲の相違は考慮されねばならないだろう。医療行為の場合は、患者個人(あるいは家族から)の要請から始まり、患者個人(あるいは家族から)の治療から着手されるのに対して、経営行為の場合は、クライアントたる、ある管理者の要請といっても、管理者個人の要請の場合だけではなく、トップマネジメントにより機関決定された組織的要

請の場合もある。さらに、コンサルテーションを行う範囲も個人、グループ、そして組織全体と多岐に及ぶ。つまり、組織内の関係性の複雑さは、主にクライアント個人を対象にする医療行為の比ではない。そのため、こうした差異を踏まえたコンサルテーションの在り方も検討される必要があるだろう。本稿では、かかる課題の重要性を指摘するに留め、最後に、クライアントに「寄り添う」方法が、「プロセス・コンサルテーション」という形で経営の世界でも十分に語られており、適用の機会を待っていることを示唆しておきたいと思う。

### おわりに

ここまで他者に「寄り添う」という臨床的観点から、医療行為と経営行為の実践のなかに見られる3つの課題、(1)寄り添いの多様性、(2)企業（医師、コンサルタント）と顧客（患者、クライアント）の関係性の変化に伴う課題解決の困難さ、(3)経営学分野での「寄り添い」の軽視について見てきた。以下、かかる考察から得られた知見をまとめることにする。

第一に「寄り添いの多様性」である。昨今は、医療・経営の世界ともに、対象への「寄り添い」方に関して多様な理解がなされるようになってきた。それは、従来は医療の世界で言えば、EBMからNBMへ医療行為の幅が広がってきたことに見て取れ、経営の世界で言えば、コンサルテーションのスタンスが専門家モデル一辺倒からプロセス・コンサルテーション・モデルを含む、幅の広いものになってきたことである。その基底にある変化は、これまで患者と医者、あるいは、クライアントとコンサルタントの間に存在してきた、知識量に基づく、立場上の不均衡が解消に向かっていることである。

もっとも、EBMや専門家モデルに依拠している場合、こうした不均衡の解消は、大変

難しいものであった。なぜなら、その立場上の不均衡が、EBMに立脚する医師や専門家モデルに基づくコンサルタントにとって大変都合の良いものだったからである。そうした不均衡が、患者やクライアント、そして医師やコンサルタントにとって甚だしい不利益となったときに、新たな知見が求められ始めた。それがNBMであり、プロセス・コンサルテーションであった。従来は、医師やコンサルタントの（膨大なデータや経験に基づく）知見というフレーム（視角）で患者やクライアントを診断していた。こうした診断が必ずしも患者やクライアントに寄り添っていなかったわけではない。しかし、医師やコンサルタントのフレームだけでは見えない患者やクライアントの生活世界に「寄り添う」ことで、医師やコンサルタントのリフレーミング（視角の転換）が生じ、患者やクライアントにとって、より適切な問題（臨床疑問）の発見が促されていくことが理解されるようになってきたのである。

第二に「企業（医師、コンサルタント）と顧客（患者、クライアント）の関係性の変化に伴う課題解決の困難さ」である。第一の課題と密接にリンクしているが、医師やコンサルタントが患者やクライアントとの十分な対話を経ずに、（専門家の視角からのみ）寄り添い、治療やコンサルテーションを施すが、逆に、問題を肥大化させ、問題の解決を遅らせてしまう点が共通して見られた。こうした背景には、まさに、当事者である患者やクライアントに、医師やコンサルタントの考える「自分の問題」を押し付けることが発端となっていることがある。

こうした「押し付ける（一方的な問題化）」という問題を経営学者のセンゲは、システム思考を利用して明示している。顕在化している問題への対症療法的な解決策ではなく、問題を引き起こす根源を、生成的な文脈、つまり、自らの行為が発端となり、間接的に問題

の引き金を引くような「システム構造」として意識していくことに根本的な解決策が見いだせるとしている。しかし、そうした「システム構造」も日々進化していくため、その生成的な文脈の在り様に変化する恐れがあることが、とくに初期のセンゲにおいては十分議論されていなかったことを指摘した。

こうした問題を真の意味で解消するには「寄り添い」の実践が必要になる。シャインに倣えば、医師やコンサルタントは、(1)無知の姿勢で臨み、問題設定、問題解決を急がないこと、(2)謙虚に問いかけることで、患者やクライアントとの信頼構築を目指すこと、(3)患者やクライアントの主体的な問題解決力を信じ、対等の関係のなかで、併走（励まして）いくことが大切になってくる。そのために、シャインが指摘するコンサルテーションの3つのモデルと、その選択順序を踏まえておくことが極めて重要になってくる。とくに、無知の姿勢に立脚する「プロセス・コンサルテーション・モデル」から関係構築を進めていくという選択順序に関するサジェスションは大変重要なものであろう。

第三に「経営学分野での寄り添いの軽視」である。石井(2014)が提起するはるか以前に、すでにシャインが「プロセス・コンサルテーション」のコンセプトを提起している。その意味では、日本の経営学の世界では、長らくこうした問題が無視されてきたと言える。本稿では、基本事項の紹介の域を出るものではないが、こうしたシャインのコンセプトを「寄り添い」の文脈で紹介し、学説史上に位置付ける作業の重要性を多少は喚起できたのではないかと考えている。

近年、高橋・河合・永田・渡部(2008)は「不機嫌な職場」というコンセプトを使用して、近年見られるようになった職場でのコミュニケーション構造の崩壊と、それに伴う社員同士の非協力構造が生じる状況を説明している。直接対話しない、新しいことに参加

しない、部門間での連携が上手くいっていない、上司や会社は、どこまで自分を育てようとしているのか疑問を持っている、契約社員や派遣社員と一緒に働く仲間ではないかもしれない、など職場のコミュニケーションの不和により生じる問題を指摘している。同時に、役割構造、評判情報、インセンティブなどを通じた問題解決の仕組み化も提案している。こうした仕組み化は、問題解決のために重要なものではある。しかし、そうして仕組み化された問題解決（構造）とて、常に日々の実践行為の影響による生成的な文脈にさらされている。その意味では、日々の対話から生成される物語りのなかにこそ、問題解決の糸口が隠されているともいえる。そのためには、時に、他者の全人的理解というスタンスを前向きに放棄することも必要になるであろうし（河合・鷲田, 2010）、特定の意味に拘束されない「生きたナラティブを他者と交換」（江口・斎藤・野村, 2006, 263頁）していくことも大事になってくるだろう。

以上の理解を踏まえると、本稿では十分に議論できなかつた2つの課題が指摘できる。第一に、ナラティブ（物語り）がもたらす実践行為の生成的な文脈に関する検討である。そのためには「寄り添い」の意味をより深く問うていく必要があるが、一方では「寄り添い」のスタンスとして「無知の姿勢」のより深い考察が必要になってくる。他方では「寄り添い」に近い他者の成長を助ける「ケア」という概念の考察も合わせて求められるだろう（Mayeroff, 1971, 田村・向野訳, 1987）。

第二に、ナラティブ（物語）自体を、ある観点に基づいて収集することであろう。それはクライマンが手がけた『病いの語り』の経営学版、すなわち、組織のなかに浮かび上がる様々なトピックを、組織の構成員の物語りを通して描くことになろう<sup>15)</sup>。

最後に、こうした課題は、主客二分的な本質主義に立脚する近代知への方法的挑戦とい

うよりもむしろ、経営行為が、より実践的な文脈でどう意味づけられていくのかを考えていくためのものであり、その点では、つとめて歴史的な考察が求められるものであることを指摘して、本稿を閉じることにする。

#### [謝辞]

本誌の2名のレフリーの先生方から、極めて丁寧かつ有益なコメントを頂きました。とりわけ、筆者の不理解な部分に光を当ててくださったことと、ナラティブを論じながら、ナラティブに絡め取られる罫を指摘してくださったことに心より感謝申し上げます。

#### [注]

- 1) 石井は、企業と顧客間のコミュニケーション・プロセスは、常識的なマーケティングの見方が採っている「企業が顧客に向けて発信したメッセージや、顧客が企業に向けて発信したメッセージが、双方に正確に伝わるものではない」と考えている。むしろ、企業が顧客に向けてメッセージを伝達するなかで、当初の企業の意図とは違った意味が生成する場合があることに注目している。この思考のベースとなったのは医薬品会社エーザイの事例である。ちなみに、こうしたメッセージがそのまま伝わると考えるコミュニケーション観を「導管メタファー」とも言う。中原・長岡 (2009) 32～35頁を参照のこと。
- 2) 「対象に棲み込む」という概念は、マイケル・ポラニーの「対象に内在化する」というアイデアを読み替えたものである。Polanyi (1966) を参照のこと。
- 3) 経営学におけるこうした研究の一つの有力の見取り図として「実践としての戦略 (Strategy as Practice [SAP])」という研究潮流がある。さしあたり、Johnson et al. (2007) を参照のこと。
- 4) この「多声的な物語り」は、コミュニケーション・ネットワークに含まれる行為者の多様性のみならず、コミュニケーション行為の中で、新しい意味が生成される

- という「意味の多様性」も含まれている。Wertsch (1991), ch.4を参照のこと。
- 5) 近年では「実践としての戦略」として、多様なナラティブ (物語) が活用されている。Johnson et al. (2007) を参照のこと。
  - 6) もちろん、数は多くないが、ナラティブ・アプローチを積極的に経営学に持ち込むための理論的ならしを試みている意欲的な研究もある。差し当たり、「組織のなかで倫理をいかに行うか」といった未来志向の実践を問うなかで、ナラティブ・アプローチを提唱している、間嶋・宇田川 (2013)、宇田川・間嶋 (2014) を参照のこと。
  - 7) 「無知の姿勢」という言葉はMcNamee & Gergen eds. (1992) 所収のアンダーソンとゲーリシャンの論文「クライアントこそ専門家である—セラピーにおける無知のアプローチ」に初めて登場する。アンダーソン女史によると「無知の姿勢は知識がどのようにして新たな知識をさらに生んでいくかという視点に立ったもの」であり、「クライアントのおかれた状況への敬意と理解、クライアント独特の言葉づかいや意味に対する関心、参加者が互いにオープンであることで対話に寄与すること、1人ひとりの立場への理解が大切なこと、セラピストとして自分の意見への批判にしっかり向き合うこと、どんな意味と理解も解釈の問題であるこ

と、質問をクライアントの語りの範囲にとどめること、だれかの見方、論理が正しいか間違っているかは問わないこと、複数の真実の存在を認めること」などが要素だとされている（野村著／訳，2013，110～111頁）。

- 8) OB部会が精力的に活動していることは、彼らのホームページからも窺える。<http://www.obweb.org/>（2015.1.30）を参照のこと。
- 9) 分析がなされているわけではないが、日本で1980年代にODブームが終焉したことを指摘している中村（2007）、そして、日本におけるこうした分野の歴史的経緯が描かれている外島・田中編（2000）も参照のこと。
- 10) 近年では、UpToDateといったエビデンス・ベースの診療サポート・サービスなども提供されている。
- 11) 1937年より「精神分裂病」とされていたSchizophreniaの訳語は、日本精神神経学会により、2002年8月に「統合失調症」と改めることが決定された。それを受けて、厚生省は公的文書や診療レセプト病名に「統合失調症」の使用を認めた。こうした背景には、かかる病気に対する理解の不十分さから、差別や偏見がもたらされたことがある。本稿では、参考にした文献の表記を尊重しているため、複数の訳語が並立していることを了承されたい。呼称変更の詳しい経緯に関しては、日本精神神経学会の下記のページを参照のこと。<https://www.jspn.or.jp/activity/opinion/schizophrenia/rename.html>（2015.1.30）
- 12) 色々な学問分野で生成している社会構築主義に基づくアプローチの簡単な見取り図を提供してくれる本はないが、差し当たり、Burr（1995）およびGergen（1999）の2冊が本質主義への挑戦を明快に語っている。
- 13) 本稿では「寄り添い」の観点に絞ったため検討しなかったが、精神世界までを踏まえた重要な研究として、Scharmer（2007）を挙げておく。なお、日本人の手によるものでは、シャインのスタンスに近い高橋（2012）が、他に山本（1986）などがある。
- 14) Phelan（2013）は、既存のコンサルタントの仕事ぶりをアイロニカルに描いている。その内容は、衝撃的なタイトルのままに、既存のコンサルテーションが現場を混乱に陥れてきたことを如実に語っている。
- 15) 間嶋崇と宇田川元一により、組織内の物語りの収集研究が始められている。

## 参考文献

- 石井淳蔵（2009）『ビジネス・インサイト』岩波新書。  
———（2014）『寄り添う力』碩学舎。  
宇田川元一・間嶋崇（2014）「組織の倫理の対話的構成」『経営哲学学会第31回全国大会予稿集』97～101頁。  
小川洋子・河合隼雄（2008）『生きるとは、自分の物語をつくること』新潮文庫。  
江口重幸・斎藤清二・野村直樹編（2006）『ナラティブと医療』金剛出版。  
金井壽宏・高橋潔（2004）『組織行動の考え方』東洋経済新報社。  
金井壽宏（2011）「組織行動論におけるクリニカル・アプローチ」神戸大学ディスカッションペーパーシリーズ2011・16。  
河合隼雄・鷺田清一（2010）『臨床とことば』朝日文庫（2003年刊の再編集版）。

- 小森康永 (1999) 『ナラティブ・セラピーを読む』ヘルスワーク協会。
- 斎藤清二・岸本寛史 (2003) 『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』金剛出版。
- 斎藤清二 (2000) 『はじめての医療面接』医学書院。
- (2008) 「ナラティブ・ベイスト・メディスンと臨床知」(やまだようこ編『人生と病いの語り』東京大学出版会 所収)。
- (2012) 『医療におけるナラティブとエビデンス』遠見書房。
- (2014) 『関係性の医療学』遠見書房。
- 高橋克徳・河合太介・永田稔・渡部幹 (2008) 『不機嫌な職場—なぜ社員同士で協力できないのか』講談社現代新書。
- 高橋潔 (2012) 「第2章 経験と対話による人材育成」(古川久敬・山口裕幸編『<先取り志向>の組織心理学』有斐閣 所収)。
- 高橋規子・吉川悟 (2001) 『ナラティブ・セラピー入門』金剛出版。
- 外島裕・田中堅一郎編 (2000) 『産業・組織心理学エッセンシャルズ』ナカニシヤ出版。
- 中原淳・長岡健 (2009) 『ダイヤモンド 対話する組織』ダイヤモンド社。
- 中村和彦 (2007) 「組織開発 (OD) とは何か?」『人間関係研究 第6号』南山大学人間関係研究センター, 1~29頁。
- 中村雄二郎 (1992) 『臨床の知とは何か』岩波新書。
- 野口裕二 (2002) 『物語としてのケア』医学書院。
- 野中郁次郎 (1990) 『知識創造の経営』日本経済新聞社。
- 野村直樹著/訳 (2013) 『協働するナラティブ』遠見書房。
- 間嶋崇・宇田川元一 (2013) 「(6)組織の倫理へのナラティブ・アプローチの可能性」(『経営学論集第83集 新しい資本主義と企業経営』千倉書房 所収)。
- 山本和郎 (1986) 『コミュニティ心理学』東京大学出版会。
- 吉川悟・東豊 (2001) 『家族療法のすすめ方』ミネルヴァ書房。
- Abegglen, James C. (1958) *The Japanese Factory: Aspects of Its Social Organization*, The MIT Press, 山岡洋一訳 (2004) 『日本の経営<新訳版>』日本経済新聞社。
- Anderson, Harlene & Goolishian Harold A. (1988) "Human Systems as Linguistic systems," *Family Process*, 27(4):371-393, 野村直樹著/訳 (2013) 『協働するナラティブ』遠見書房 所収。
- Anderson, Harlene (1997) *Conversation, Language, and Possibilities: A postmodern approach to therapy*, Basic Books, 野村直樹・青木義子・吉川悟訳 (2001) 『会話・言語・そして可能性』金剛出版。
- Anderson, Harlene & Gehart, Diane (eds.) (2007) *Collaborative Therapy*, Routledge.
- Bateson, Gregory (1979) *Mind and Nature*, Dutton, 佐藤良明訳 (2001) 『改訂版 精神と自然』新思索社。
- Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas (1966) *The Social Construction of Reality*, Doubleday & Company, 山口節郎訳 (1977, 2003) 『現実の社会的構成』新曜社。
- Bruner, Jerome (1986) *Actual Minds, Possible Worlds*, Harvard University Press, 田中一彦訳 (1998) 『可能世界の心理』みすず書房。
- Burr, Vivien (1995) *An Introduction to Social Constructionism*, Routledge, 田中一彦訳 (1997)

- 『社会構築主義への招待』川島書店。
- Ceruzzi, Paul E. (1998, 2003) *A History of Modern Computing 2nd ed.*, The MIT Press, 宇田理・高橋清美監訳 (2008) 『モダン・コンピューティングの歴史』 未来社。
- Fisch, Richard, Ray, Wendel A. and Schlanger, Karin (eds.) (2009) *Focused Problem Resolution*, Zeig, Tucker & Theisen, 小森康永監訳 (2011) 『解決が問題である』 金剛出版。
- Freedman, Jill & Combs, Gene (1996) *Narrative Therapy: The Social Construction of Preferred Realities*, W.W.Norton & Company.
- Gergen, Kenneth J. (1973) "Social Psychology as History," *Journal of Personality and Social Psychology* 26(3), pp. 309-320.
- (1985) "The Social Constructionist Movement in Modern Psychology," *American Psychologist* 40(3), pp. 266-275.
- (1994) *Toward Transformation in Social Knowledge 2nd ed.*, Sage Publications, 杉万俊夫・矢守克也・渥美公秀監訳 (1998) 『もう一つの社会心理学』 ナカニシヤ出版。
- (1999) *An Invitation to Social Construction*, Sage Publications, 東村知子訳 (2004) 『あなたへの社会構成主義』 ナカニシヤ出版。
- Greenhalgh, Trisha & Hurwitz, Brian (1998) *Narrative Based Medicine*, BMJ Books, 斎藤清二・山本和利・岸本寛史監訳 (2001) 『ナラティブ・ベイスト・メディスン』 金剛出版。
- Hoffman, Lynn (1981) *Foundations of Family Therapy*, Basic Books, 亀口憲治訳 (2006) 『家族療法の基礎理論』 朝日出版。
- Jackson, Don D. (1968) *Family Interaction, Family Homeostasis and some implications for Conjoint Family Psychotherapy*, Palo Alto Science and Behavior Books.
- Johnson, Gerry, Langley, Ann, Melin, Leif and Wittington, Richard (2007) *Strategy as Practice: Research Directions and Resources*, Cambridge University Press, 高橋正泰監訳 (2012) 『実践としての戦略』 文真堂。
- Kiechel, Walter III (2010) *Lords of Strategy*, Harvard Business Review Press, 藤井清美訳 (2010) 『経営戦略の巨人たち』 日本経済新聞社。
- Kleinman, Arthur (1988) *The Illness Narratives*, Basic Books, 江口重幸・五木田紳・上野豪志訳 (1996) 『病いの語り』 誠信書房。
- Mayeroff, Milton (1971) *On Caring*, Harper & Row Publishers, 田村真・向野宣之訳 (1987) 『ケアの本質－生きることの意味』 ゆみる出版。
- McNamee, Shelia & Gergen, Kenneth J. (Eds.) (1992) *Therapy as Social Construction*, Sage Publication, 野口裕二・野村直樹訳 (1997) 『ナラティブ・セラピー 社会構成主義の実践』 金剛出版。
- Mishler, Elliot G. (1986) *Research Interviewing: Context and Narrative*, Harvard University Press.
- Palazzoli, Mara S., Boscolo, Luigi, Cecchin, Gianfranco and Prata, Giuliana (1978, 2004) *Paradox and Counterparadox*, Rowman & Littlefield Publishers.
- Peters, Thomas J. & Waterman, Robert H. (1982) *In Search of Excellence*, Harper & Row Publishers, 大前研一訳 (1986) 『エクセレント・カンパニー (上・下)』 講談社文庫。

- Phelan, Karen (2013) *I'm Sorry I Broke Your Company*, Berrett-Koehler Publishers, 神崎朗子 訳 (2014) 『申し訳ない、御社をつぶしたのは私です』大和書房。
- Polanyi, Michael (1966) *The Tacit Knowledge*, Routledge & Kegan, 佐藤敬三 訳 (1980) 『暗黙知の次元』紀伊國屋書店。
- Scharmer, C. Otto (2007) *Theory U*, The Society for Organizational Learning, 中土井僚・由佐美加子 訳 (2010) 『U理論』英治出版。
- Schein, Edgar H. (1988) *Process Consultation Vol.1 2nd ed.*, Addison-Wesley Publishing Company, 稲葉元吉・岩崎靖・稲葉祐之 訳 (1993) 『新しい人間管理と問題解決』産能大学出版部。
- (1999) *Process Consultation Revisited*, Addison-Wesley Publishing Company, 稲葉元吉・尾川丈一 訳 (2002) 『プロセス・コンサルテーション』白桃書房。
- (2009) *Helping: How to Offer, Give, and Receive Help*, Berrett-Koehler Publishers, 金井壽宏 監訳 (2009) 『人を助けるとはどういうことか』英治出版。
- (2013) *Humble Inquiry: The Gentle Art of Asking Instead of Telling*, Berrett-Koehler Publishers, 金井壽宏 監訳 (2014) 『問いかける技術』英治出版。
- Schein, Edgar H., Ogawa, Joichi and Bond, D. Stephenson (2009) *Organizational Therapy: Multiple Perspectives*, Alternative Views Publishing, 尾川丈一・稲葉祐之・木村琢磨 訳 (2014) 『組織セラピー』白桃書房。
- Senge, Peter M. (1990) *The Fifth Discipline*, Doubleday Business, 守部信之 訳 (1995) 『最強組織の法則』徳間書店。
- (2006) *The Fifth Discipline*, Crown Business, 枝廣淳子・小田理一郎・中小路佳代子 訳 (2011) 『学習する組織』英治出版。
- Shazer, Steve de (1994) *Words were originally magic*, W. W. Norton & Company, 長谷川啓三 監訳 (2000) 『解決志向の言語学』法政大学出版局。
- Watzlawick, Paul, Bavelas, Janet Beavin and Jackson, Don D. (1967) *Pragmatics of Human Communication*, W. W. Norton & Company, 山本和郎 監訳・尾川丈一 訳 (2007) 『人間コミュニケーションの語用論 第2版』二瓶社。
- Watzlawick, Paul, Weakland, John H. and Fisch, Richard (1974) *Change: Principles of Problem formation*, W. W. Norton & Company, 長谷川啓三 訳 (1992) 『変化の原理』法政大学出版局。
- Wertsch, James V. (1991) *Voice of the Mind*, Harvard University Press, 田島信元・佐藤公治・茂呂雄二・上村佳世子 訳 (2004) 『心の声 媒介された行為への社会文化的アプローチ』福村出版。
- White, Michael & Epston, David (1990) *Narrative Means to Therapeutic Ends*, Dulwich Centre Publications, 小森康永 訳 (1992) 『物語としての家族』金剛出版。



**(Abstract)**

This paper considers the process by which medical practitioners (or consultants) build good relation with their patients (or clients) by “Assistance”. First, we consider that there are different variations in mentally assistance from the viewpoint of Evidence-Based Medicine (EBM) and Narrative-Based Medicine (NBM). Second, with the “system thinking” method of Peter M. Senge, we check that the patient’s symptoms are getting worse as the medical practitioner accelerates the problem solution and builds a relationship with the patient. Finally, we confirm that Edger H. Schein provided the process consultation model, which can offer practical suggestions on “Assistance”. In the light of these considerations, we explain “Assistance” in the generative context of practices as a dialogue between lively narratives.

