

講義と演習で学ぶ

保健医療 行動科学

日本保健医療行動科学会 編



発行にあたって

医療はこれから大変革の時を迎えると言われている。もちろんこれまでも変革はあったが、これまでは主として量的変革であり、これからは質的変革になると考えられる。

どういうことかということ、これまでは医科学の発展とともに知識が増大してきた。壊血病やアジソン病、バセドウ病など、昔は訳の分からない病気だったのだが、原因が特定できて治療が可能となった。そして近年になるほど医科学的知識の量的増加速度は凄まじくなり、医学の教科書の分厚さは常軌を逸しているとも言える。全てを暗記するのはもはや不可能となり、専門分化で細切れにすることで膨大化する知識を何とかカバーしている。しかし、それも限りがある。

ところが最近になって状況は変わろうとしている。人工知能の進化が医療に応用されつつある。われわれ医療専門職もコンピューターに頼らない日は一日としてない。人工知能はこれまでの全てのデータ蓄積から瞬時に最も良い解答を出してくる。こうなると専門職業人が苦労して医学知識を覚えることの意味が薄れる。この方向は医学に限らず看護学、薬学など全ての医療の基盤に及ぶ。そして近未来、人工知能に頼らずして医療は不可能となるだろう。このような人工知能による変革は、これまでの量的変革とは異なる質的変革と呼ばざるを得ない。人工知能がすべての判断を下す医療とは一種の悪夢だが、現在これが単なる SF 物語ではすまない状況まできている。

ただし医科学的知識のほとんどが人工知能に頼らざるを得なくなっても、行動科学分野は最後に砦になるかもしれない。これは行動科学自身が未成熟なため人工知能の解析にかかりにくいという状況のせいかもしれない。しかし、病気はいつの時代も待ってはくれない。我々は、今ある智慧を総動員していくしかない。そのためには全ての医療人が今一度、自らの医療行動科学を見直し、整理してみる必要がある。

本書は日本保健医療行動科学会が総力で、全ての医療人や学生が基本に戻って学び直せる保健医療行動科学の教科書を目指して発刊された。この教科書が広く読まれ、我が国の保健医療行動科学の発展に資することを期したい。

2017年 3月

日本保健医療行動科学会会長

中川 晶

目次

発刊にあたって

I 講義編

1 行動科学とは	2
2 保健医療行動	
1 保健医療行動とは	6
2 動機づけ理論	10
3 行動変容ステージ	16
4 社会的背景	20
5 文化的背景	22
6 哲学的背景	24
3 患者-医療者関係とコミュニケーション	
1 患者-医療者関係	28
2 患者の権利と医療者の義務	30
3 コミュニケーション技術	32
4 保健医療専門職のプロフェッショナリズム	
1 医師	36
2 歯科医師	38
3 看護師	40
4 助産師	42
5 保健師	46
6 リハビリテーション職種	48
7 ソーシャルワーカー	50
8 カウンセラー	52
5 多職種・市民連携	
1 チーム医療	54
2 患者会と家族会	56
3 地域包括ケア	58
4 病院ボランティア	62
6 様々なアプローチ	
1 動機づけ面接法	64
2 コーチングとティーチング	68
3 ナラティブ・アプローチ	70
4 セルフマネジメント支援	74
5 カウンセリング	76
6 回想法	78
7 認知行動療法	80
8 ソーシャルワーク	82
9 ホリスティック・アプローチ	84

Ⅱ 演習編

1 価値交流学习	92
2 コミュニケーション技法1: 反応を示しながら聞く	94
3 コミュニケーション技法2: 要約する	96
4 コミュニケーション技法3: 共感する	98
5 会話のときの姿勢	100
6 ナラティブ・クエショニング	102
7 要求の明確化	108
8 自己イメージ法	110
9 色彩イメージ法	112
10 協力ゲーム	114
11 多職種連携のためのケーススタディ	116

索引

執筆者

I 講義編



行動科学とは

はじめに

今日の行動科学という分野は、心理学、情報科学、医学、脳科学、認知科学、行動生物学、行動遺伝学など、学問的にはかなり広い範囲を含む。ちなみに Behavioral sciences という学術誌での最近の特集テーマをみると、「嗜癖」「行動経済学」「認知心理学」「うつ病」「情動行動」「神経精神医学」「学習と記憶」「動機と報酬」などであった。

行動科学¹⁾という言葉は、シカゴ大学の心理学者ミラー (Miller, J.G.) らが、人間の行動を解明するために生物科学と社会科学を総合しなければならないとして、フォード財団に研究費の助成を申請するために、初めて使われた言葉とされている。人間の行動を説明するための学問分野の中心は、古くから心理学であった。ハーバード大学の心理学者であったワトソン (Watson, J.B.) は、心ではなく観察可能な行動のみに注目して心理学の科学化を進めようとした。このワトソンによる行動主義心理学に、行動科学の発端²⁾ がみられる。

その後、行動主義心理学は行動療法などを通じて臨床的にも応用可能な技法へと発展し、精神分析と並ぶ心理治療の主要な方法論となっていく。しかし時代の変遷とともに行動療法や精神分析も、現在、すでに心理治療の主流とは言い難い。しかし、行動主義心理学を土台として、ゲーム理論、情報理論、サイバネティクス、システム論などの分野が参入して、行動科学という学問分野は成長してきている。行動科学の特徴は、知の探求というよりも、現実的な問題を解決するための研究という点に特徴がある。消費行動、医療保健行動、犯罪行動など、様々な分野の問題解決のために、課題設定して研究し、結果を実践につなげるという応用科学の一分野といえよう。

行動科学の必要性

なぜ、行動科学 (Behavioral Science) が医療に必要なのか。日本保健医療行動科学会の初代会長を務めた中川米造は、その著書『医の倫理』³⁾ の冒頭で、つぎのように述べている。「医師はプロフェッションであるといわれる。プロフェッションとはプロフェスした職業をいう。プロフェスというのは宣言という意味である。宣言する主体は当の職業結社、相手は不特定の社会あるいは市民である」。つまり、医師は宣言して、自分たちの質を自分たちで保証するということになる。このような複雑な手続きをふむ必要があるのは、次のような理由からである。

医師たちの行う医療という行為は、質の善し悪しの判定が容易でない。コンピュータにしる、他の電気製品にしる、修理に出して治ってこなければ、料金を払う人はいない。しかし、医療は違う。病状が悪いとき、どんな医師が治療に当たっても治らないかもしれない。しかし治らない可能性があるなら治療はいらないと、拒否する人は希である。治療に

もかかわらず不幸な結果になったとしても、医療費を払うことを拒否する患者は少ない。なぜなら、行われた治療の質の判定は、自分たちではできないからである。専門家である医師に任せるしかない。もちろん、医療訴訟は年々増加の一途をたどってはいるが、裁判の時に当の医療の質を判定するのは、やはり医師しかいない。

そこで他の医師が駆り出されることになるが、科学的に医療の質の判定ができるかという点、実はこれが怪しい。たとえば、ラットの実験ではかなり一律な結果が出て、人間では相当にバラついた結果になる。人間の場合は生理学的、心理学的、文化的多様性があるためである。医学という分野には統計的な真実しかないという事実を、心しておくべきである。たとえば、ロケットが発射して描く軌道は物理学的真実であり、エタノールを酸化すれば酢酸になるというのは化学的真実である。しかし、医学の場合は事情が異なる。抗がん剤シスプラチンの効果や副作用の出方にしても、過去のデータを母集団とした統計学的真実でしかない。統計学的真実は、物理学的真実や化学的真実と重みが違う。つまり、医学の場合は確率でしか、ものが言えないということになる。さらに患者が薬を自発的に飲むか否か、病気のメカニズムを知って養生を心がけるか否かで、治療効果は当然のことながら異なる。とすれば、医学の方法論を自然科学のみに依拠するのは、充分でないとはいわざるを得ない。

そこで、今度は、動物の行動を条件付けなどの方法で変容させることを実験的に証明したワトソンらの行動主義理論を、人間に応用した行動療法が始まった。しかし、現在、当時の形で人間の行動を外部からコントロールする療法は、ほぼ消え失せてしまった。つまり、外部からのコントロールは病者にとって、行動変容につながらないことが、証明されたということになる。

英国グラスゴウの卓越した内科医マッケンジー (Mackenzie, I. 1877-1959) の言葉を借りて、中川米造は個人的なノートの中かで次のように述べている。「自然科学者たちがって医者が問題にするのは一個の生命体、すなわち逆境の中かで自己のアイデンティティーを守り抜こうとする個人としての人間である」。医学が人間の有効な治療学であるためには、自然科学以外の分野の強力な援用が必要であることは明らかである。にもかかわらず、医学は自然科学しか見ようとしていない。病者が自ら治ろうとして行動変容を目指すことがあり、このような観点に注目することは非常に重要であるが、これまでの医学では注目されてこなかった。手術、薬物療法、さらには心理療法までもが、外側からの介入として捉えられる。外部からの介入が有効なのは急性疾患が主であって、慢性疾患ではそれほど効果がない。病者の行動が変化しなければ糖尿病も高血圧も治らないのである。

それならば、どうすればいいのか。答えはそれほど難しいものではない。病者自ら変容しようとする過程を理解し、促進するしかないのではないだろうか。そのためには、これまで自然科学に依拠していた医学そのものの体質を、変えていかねばならない。心理学、社会学、文化人類学、歴史学など、人文科学と呼ばれる分野が蓄積してきた知識も、医学に役立てていく必要がある。このような分野は医療行動科学と呼ばれ、欧米では1970年代から医療に関わる全ての専門職スタッフに、その修学過程でこれを修めることが義務づけ

られている。

このような動きを受けて我が国でも、人間の健康にかかわる行動（個人・集団・社会）の変容過程を実証的、体系論的に解明しようとする保健医療行動科学（健康行動科学）に関する研究・教育の発展・普及のために、社会・人文科学、自然科学の各分野の国内外の研究や学習の場づくりを目的とし、日本保健医療行動科学会が1986年に設立された。その背景には、欧米の医学教育をはじめとする保健医療専門職の教育の必須科目として、Behavioral Science（行動科学）が既に歴史を持っていたのにも関わらず、我が国ではこの方面に関する教育がほとんど行われていなかったことへの危惧があった。

ここでいう行動科学とは、心理学における行動主義理論を医療に応用した分野も包含するが、その方面に関しては日本行動医学会で大きく発展した。これに対して日本保健医療行動科学会は設立当初から医療分野の専門家ばかりでなく、社会学者・文化人類学者・心理学者など、様々の分野の専門家が結集して活発な議論がなされてきた。その後、保健医療行動科学は看護学の分野を中心に発展し、最近ではほとんどの看護大学で保健医療行動科学系の科目が設けられるようになっている。他方で、我が国の医学部における医師教育では未だバラツキが多く、行動科学教育が標準的に行われているとは言えない状況である。

ところが、アメリカの ECFMG（Educational Commission for Foreign Medical Graduates）から、2010年にある通達が出された。ECFMGとは、アメリカ・カナダ以外の国の医学部出身者がアメリカで医療行為を行う場合の資格審査機関である。通達の内容は、「2023年以降は国際認証評価⁴⁾を受けていない医学部の出身者には申請資格を与えない」というものであった。この国際認証評価問題で浮上してきたのが行動科学教育であり、我が国の医学部でも対策が急がれることとなった。

まとめ

行動科学は時代の変遷とともに変化してきた。当初は社会科学と自然科学の融合を目指して、様々な問題を解決する鍵になるものと期待されていたが、まだまだ十分とは言えない。二つの分野は思考法そのものからして、実際の融合は難しい。そして、まだまだ解決できない問題は多い。他方で、行動科学は次第に自然科学的傾向を増している。あるいは行動科学はすでに自然科学だと考えている人もいる。しかし、こと医療に限定して言えば、自然科学的方法としての単純な外部からのコントロールで、こと足りる時代ではすでにない。病者自身の行動変容を促進するような様々の方法が、有機的につながって行かなければならない。そのためには、もう一度原点に立ち返ってみる必要がある。中川米造は最後の講演⁵⁾の中で次のように述べている。

「やはりもう一度、医療の原点に戻って考えてみなければなりません。つまり苦しめる人間、助けてくれといってる人間は皆ちがっていて誰一人として同じ人はいません。一人ひとりが持っている社会的背景、心理的背景などが違うわけで、それを一律に一つの方法論で治すことは出来ません。しかしただ一つ共通するのは、病者の苦しみをきちんと医療者自身が理解して共感していくことではないでしょうか。ところが医療者自身のなかにあ

る病気とか死に対する恐怖感のために壁を作って、心を閉ざしたまま病者に向かいます。医療の原点は閉ざすのではなくて開いてみることにあります。医療者自身のなかにある恐怖感も含めてオープンにしてみる。その対応の中で援助者としてのスタンスが出来てきます。医療のコミュニケーションというのは、悩める者苦しめる者が自分を開く手助けをするということです。(中略) そのような援助的なコミュニケーションを一つの技術として確立されなければならないのではないのでしょうか。

医療における行動科学の今後の方向性を考えるとき、忘れてはならないのは医療も一つのコミュニケーションであり、そのなかでより良い方法を模索していくことが大事なのではないだろうか。

文献

- 1) 諏訪茂樹：行動科学. 保健医療行動科学事典, メヂカルフレンド社, 1999
- 2) 中川米造: 日本保健医療行動科学会の発足にあたって. 日本保健医療行動科学会雑誌(年報) Vol.1, p.1~14, メヂカルフレンド社, 1986
- 3) 中川米造: 医の倫理. 玉川大学出版部, 1977.
- 4) 井上 茂: 医学教育の国際化と行動医学 —日本行動医学会による行動医学コアカリキュラム作成の背景—. 行動医学研究 Vol.20.No.2, p47~5, 2014
- 5) 中川米造: 医療とは何か(第12講). 森本兼曩監修: 現代医学と社会(医学概論講義). 朝倉書店, 2005

(中川 晶)

保健医療行動とは

保健医療行動の定義

保健医療行動とは、「人々がウェルビーイングで自分の人生を全うするために行う行動全般」である。従来の保健医療行動は、キャスルとコブ（Kasl, S. V. and Cobb, S. 1966）が示した 3 分類、すなわち、症状のない状態における病気予防を目的とする保健行動、症状を経験した後の病気対処行動、回復を目指して行われる病者役割行動と考えられてきた。最近では、特に先進国では、直接人々の命にかかわる行動のみならず QOL（生活の質）を向上させるための行動にも力が注がれており、より広い概念でとらえられている。

健康行動と不健康行動

保健医療行動は、実際に健康に結びつくか否かを問題にしておらず、本人が健康の保持・回復・増進を目的として行うものを指す。

例えば、ジョギングは老化防止や動脈硬化予防の効果がある健康行動であるが、やり方によっては動脈硬化を促進してしまったり、食事直後に行えば不健康行動である。たとえ間違った行動でも本人が健康のために行っている行動は、保健医療行動とみなされる。したがって、本人がとった保健医療行動が、専門家からみると健康行動とはいえず、不健康行動であることもある。

保健医療行動の分類

保健医療行動には、目的別分類と健康段階別分類とがある。

1. 目的別保健医療行動の分類

保健医療行動を目的別にみると、セルフケア行動、コンプライアンス行動やアドヒアランス行動、ウェルネス行動などに分類される。

1) セルフケア行動

セルフケアとは、「自分自身の人生について責任を持って意思決定できる」ことを指しており、1970 年代以降、慢性疾患増加などの疾病構造の変化や医療費問題の影響を受けながら検討されてきた。健康問題への自己認識力や自己解決力を育て、自らの健康の保持増進のための自己管理に力を入れることをセルフケア行動と呼ぶ。

看護理論家のオレム（Orem, D.E. 1995）は、生命と健康と安寧に関わる発達と機能に影響を及ぼす要因を調整するために、生活の中で個人が自発的に自分または環境に向けて行う行動をセルフケア行動と定義している。宗像（1996）は、セルフケア行動の持つ積極的な意味を強調し、治療的効果よりむしろ、対象者が自らの健康問題に対し、身近な社会資源を活用して解決に努め、その結果、健康についての認識力と実行力を育て、自己決定に基づいて積極的に行動できるようになることに意義があり、客観的にみて効果の高い行動

へと移行することが望ましいと述べている。

セルフケア行動の過程では、自己理解、課題解決、自己判断による行動が不可欠であり、これらの行動は自分の楽しみや意欲、満足、成長などの内的な動機により引き起こされる自己報酬型のものである。したがって援助者は、自分らしい生き方のために、本人が自己の本当の欲求を知り自己決定できるよう、寄り添い支援する技術が必要とされる。セルフケアを重要視する考えが行き過ぎて、身体的健康を至上のものとする健康主義に陥り、病者や不健康な人に対して寛容ではない態度に結びつくことがないように注意する必要がある。

2) コンプライアンス行動やアドヒアランス行動

これらは保健医療従事者の指示したことを正しく守ることを目的とした行動である。コンプライアンス行動（遵守行動）とは、専門家が健康のために必要であると考えて勧めた指示に、患者が応じてそれを遵守（compliance）しようとする行動である。この行動は、やらねばならない、やらないとまずいとといった外的な動機から引き起こされるため、患者は他者報酬型の行動になりやすい。このようなコンプライアンスの考え方への批判から、アドヒアランスという考え方が重視されるようになった。アドヒアランス行動とは、患者が積極的に治療に参加し、本人の主体性を重視しながら、前述の目的を達成しようというものである。

3) ウェルネス行動

ウェルネス行動とは、いかなる健康段階にあっても人間の可能性の個性的実現を目的とする行動である。後述する健康段階別の保健医療行動が、病気や死、あるいはそれにとともなう不安や恐れへの対処行動であるのに対し、ウェルネス行動とは、健康を志向する行動である。ここでいう「ウェルネス(wellness: 健やかで幸福な状態)」は、人の生活の質(quality of life: QOL)の向上を重視している。したがって、たとえ病気や障害があっても、それをひとつの個性ととらえ、与えられた環境の中で、運動や栄養摂取、呼吸や排泄、感情活動、コミュニケーション、仕事、余暇、生きる意味の追求などさまざまな活動を通して、自己の可能性を個性的に実現しようとするものである。

ウェルネス行動には、自己判断力、自己責任力、自己受容力が必要である。しかし、人には、意識して成長を欲する感情と、自己を実質的に支配している無意識の防衛欲求感情とが共存する。ウェルネス行動は、他者と関わりながら、矛盾する感情の葛藤を限りなく少なくするような心の成長により、はじめて実現できる。したがって、援助者には相手に寄り添い、自己成長や前向きな生き方を支援する技術が求められよう。

2. 健康段階別保健医療行動の分類

健康段階別に分類をすると、以下の5つに分類できる。

1) 健康増進行動や健康保持行動

健康状態にある人が、健康を維持・増進する行動であり、不健康を生み出すような身体的・心理的・社会的な行動習慣があれば、それを修正するために行う行動である。

2) 予防的保健行動

病気を意識していない段階で、自覚症状はないが、病気につながる行動を避け、病気に

対する予防措置をとったり、病気の早期発見のために行う行動である。

3) 病気回避行動

食欲がない、イライラしやすいなど心身にストレスが溜まった半健康状態に気づき、それを持続させないために休養や気分転換をするなどの行動である。

4) 病気対処行動

自覚症状から病気に気づき回復を目指す行動である。「病気」とは、疾患の有無にかかわらず、本人が①体調不良を自覚し、②これまでの日常生活や社会生活が普通に送れなくなるのではないかという恐れや不安を抱いた状態である。人は、このような状態になると、それに対処するための行動、すなわち病気対処行動をとる。

病気対処行動には、薬を飲む、祈願するなどの自助行動と、自力で対処できずに他者に相談したり、援助を求める求助行動（求援行動）がある。日本人の求助行動としての病気対処行動は、一般に、①病気の恐れを感じ、②専門家の助けが必要なことを自分あるいは周りが認め、③どのような専門家が役に立つかを自分あるいは周りが考え、④具体的にどの専門家に相談するかを自分あるいは周りが決定するといったプロセスをたどる。自分だけではなく周りがかかわってくる場合が多いところが、欧米などとは異なる日本人の特徴である。したがって、これまでの日本人の病気対処行動は、本人をめぐる家族関係や職場等の人間関係、医療者と患者の関係など、周りの人に大きく左右されながら、甘えや察しの文化、依存関係の中で行われてきたところがある。

5) ターミナル対処行動

自らの終末を意識し始めてからの行動である。

WHO/ICF モデルからみたウェルビーイングの捉え方

WHO で 2001 年に制定された健康の ICF モデルは、International Classification of Functioning, Disability and Health の略である。これまでは、例えば疾病によって下肢が使えず、車椅子を使用している人がエレベーターや車椅子用エスカレーターのない駅を利用できない（社会的不利）ときに、「社会的不利は疾病が原因」と考えられてきたためウェルビーイングには、疾病の予防や治療が不可欠という考えだった。確かにその社会的な不利は、「疾病」が原因かもしれないが、エレベーターや車椅子用エスカレーターが設置され、駅員さんや周りの人の助けがあれば、駅を利用することができる。したがって、社会環境が改善できればウェルビーイングが実現できるというわけである。「〇〇があれば、△△ができる」という考え方を柔軟にさまざまな角度から取り入れたのが、「ICF」の考え方である。健康は、疾病予防や治療を不可欠な条件とは考えないという立場である。健康条件であるウェルビーイングは、社会環境を改善し、本人が満足した社会生活ができていれば、それはウェルビーイングであることを意味する。

この考え方にさらに解釈を加えると、人々のウェルビーイングは、本人の考え方や感じ方が左右することを示していると言えよう。それは、社会環境は、本人の環境の認知の仕方が関与するからである。同じ環境下であったとしても、それを快適と感じるか、不快と

感じるかは、人によって異なる。環境認知の仕方は、本人の性格傾向や過去の記憶情報などが関与し、決定される。社会環境の改善は必要ではあるが、嫌悪系の記憶情報を抱えている場合に、社会環境をいくら良好な方向に変えても、環境を前向きに捉えられず、満足できない人がでてくるのである。宗像は、ウェルビーイングの支援には、相手の性格傾向を踏まえつつ、本人が自己変容や自己成長により、あるがままの自己を生き、自己イメージが改善でき、環境を前向きに受け取れるようになる支援が必要であると述べている。

文献

- 1) 稲岡文昭：医療従事者の精神健康度について．健康と病気の行動科学；1：48-58．1986
- 2) 稲岡文昭：過去10年間にわたる看護婦の「燃えつき現象」の推移．日本保健医療行動科学会年報；7：246-256．1992
- 3) ドロセア E. オレム著（小野寺杜紀訳）：「オレム看護論：看護実践における基本概念」，第3版．医学書院，1995
- 4) 宗像恒次：ストレス解消学：過労死・がん・慢性疾患を超えるために．小学館，1991
- 5) 宗像恒次，川野雅資編著：高齢社会のメンタルヘルス．金剛出版，1994
- 6) 宗像恒次：最新 行動科学からみた健康と病気．メヂカルフレンド社，1996
- 7) 宗像恒次：家族の健康問題と看護をめぐるダイナミックス．家族と看護の人間科学（宗像恒次，久常節子編）．垣内出版，1982
- 8) Harris DM, Guten S : Health-Protective Behavior. Journal of Health and Social Behavior; 20 : 17-29. 1979
- 9) Kasl SV, Cobb S : Health Behavior, Illness behavior and Sick-Role behavior. Archives of Environmental Health ; I 12 246-266, II 12 534-541. 1966
- 10) Levin LS : The Layperson as the Primary Care Practitioner. Public Health Reports ; 91 : 206-210, 1976
- 11) Parsons T : The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. Milbank Memorial Fund Quarterly ; 53 : 257-278. 1975

(橋本佐由理)

動機づけ理論

● 保健医療行動の引き金となる保健医療行動動機とは

例えば、糖尿病になりやすいという信念（思いこみ）や最近痩せてきたなどの自覚症状といった心理的生理的な動機は、健康診査の受診や運動や食生活の改善といったさまざまな保健医療行動を引き起こす。この保健医療行動動機は、保健医療行動の原動力となる保健欲求と、個人の傾向としての保健態度から形成されている。

1. 保健欲求

行動の原動力としての保健欲求は、①より安全で健康に生きたい、②症状の辛さや苦しきから逃れたい、③病気やその恐れによるさまざまな犠牲から逃れたい、④死の恐れから逃れたい、⑤自己成長し、社会的に役立つ個性的な自己表現をしたい、というものである。

2. 保健態度

保健態度は、①状況を認知して反応する認知的要素、②好き嫌いや快・不快、道徳的規範などに反応する感情的要素、さらに③自己決定能力の認知様式面と感覚様式面に働きかける行動的要素の3つからなり、その中で複雑なパターンを呈する。保健態度は、本人のかかわる状況に対する認知、感情などの心理的作用による方向付けと言える。

例えば、認知的要素としては、人は望ましいと信じていると行動をとろうとし、誤っていると信じている行動はやめようとする（保健信念モデル）。

また、感情的要素とは、減塩行動が必要だとしても薄味の味噌汁では食べた気がしないといった好みが行動を左右しており、好きなことはできるが不快なことはやりたくないとかやらないというものである（保健感覚モデル）。また、良い母親であれば子どもを予防接種につれていくという規範は多くの母親の行動を促すというように、は良いとわかっていることをしないことに罪悪感を持つため行動につながる（保健規範モデル）などが、感情的要素である。

行動的要素としては、自分にはできるという自信が高い時には行動が実行されやすい（自己効力感モデル）、生きがいと結びつく行動が起りやすい（生きがい連結モデル）、周りからの情緒的手段的支援があると行動が起こされやすい（社会的支援モデル）、行動を起こしたいという表の意思に対して実質の行動は裏の意思によって支配される（二重意思モデル）、問題の原因は自分の中にあると考える人の方が行動が実行される（ヘルスローカソブコントロールモデル）などがあり、保健態度を方向づけている。

援助者は、対象者の自己効力感やサポートの認知力を高め、二重意思の中の裏の意思のコントロール法を支援するなどの実践的、効果的な支援力が求められる。

● 保健信念モデル

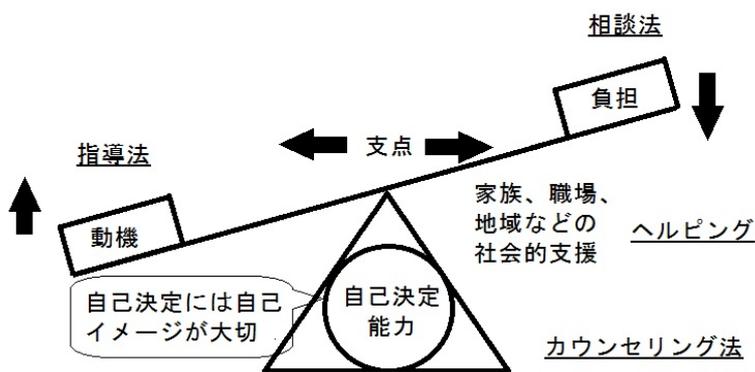
1940年代頃の保健活動は、知識普及を目的とした健康教育によって人々の態度変容を促

し、結果として習慣や行動が変化することを目指す KAP モデル (KAB モデル) であり、ガイダンス法 (指導法) が重要な支援アプローチであった。しかし、このモデルによる保健活動の限界が明らかになってきた 1960 年代から心理社会的知見が含まれるようになり、ローゼンストック (Rosenstock, I. M.) やベッカー (Becker, M.H.) らは、保健信念モデルを提唱した。

例えば、保健信念モデルによれば、ある人が糖尿病になることを予防する保健行動をとる可能性は、次のようにして決まる。親が糖尿病だったことから自分もなるかもしれないというかかりやすさ (罹患性、脆弱性、感受性) や、失明したり透析になる可能性がある糖尿病という恐ろしい病気が何を引き起こすかという結果の重大性から、脅威が生まれる。そこにはもちろん、マスコミ等外部からの情報といった要因が加味されている。他方、本人のなしうる保健行動をとることによって糖尿病を回避できるというメリットと、実際に食生活を変えたり、運動をすることのデメリットとの間に損得勘定がある。それらすべてに対し、本人がどのような認知や信念を持つかによって、勧められた行動をとるかどうかが決まるのである。

保健行動のシーソーモデルと援助法

宗像の「保健行動のシーソーモデルと援助法」(図 1) では、人の保健行動が、行動への動機 (左) と行動の実行を妨げる負担 (右) とのバランスによって決まることが示されている。したがって、負担を軽減し、動機を強化すれば、行動が実行されるのである。さらに、このモデルでは、シーソーになぞらえ、その動機と負担のバランスは、支点を動かすことによって変えられると考えるところに特徴がある。人は、自分のまわりのさまざまな支援を活用しながら、自己決定能力によって自らが支点を右に移動して動機を強化し、負担を軽減することで、行動が実行できるのである。



効果的な援助のためには、相手のどこが不足しているのかを見極めて援助をする必要がある。動機が弱い場合には指導法、負担が強い場合には相談法、社会的支援の不足にはヘルピング、自己決定能力の欠如にはカウンセリング法が挙げられる。

図1 保健行動 (セルフケア行動) のシーソーモデルと主な援助法

宗像 1978, 1987

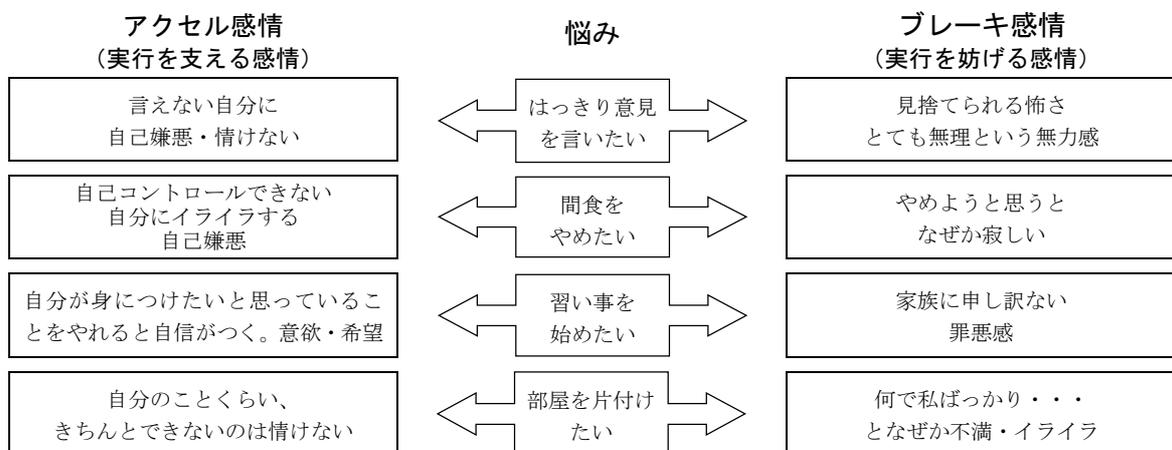
例えば、肥満解消のための保健行動があるとする。保健行動動機は、自分は体質的に肥満になりやすいといった信念や最近ズボンのウエストがきつくなったという自覚症状などの心理・生理的動機などであり、保健行動負担は、誘いを断ると出世に響くといった社会的負担、やせるにはお金がかかるなどの経済的負担、食事を減らすとお腹がすいて力が出ないといった身体的負担、好きなものや食べたいものを我慢するという心理的負担、やせるために運動をしたり、食事を作るのは時間がとられるといった実存的負担などをいう。

動機を強化するおもな援助法としてはガイダンス法が、負担の軽減にはコンサルティンク法（相談法）が有効となる。これらの動機と負担は、親密感、信頼感、安心感といった情緒的支援や、手助け、金銭、情報などの手段的支援を活用しながら、自己決定能力によってバランスをとる必要がある。動機と負担とのバランスをとりつつ本人の自己決定を支えるためには、心理療法だけに限定されないさまざまなヘルピング法という援助技法も、行動変容支援に有効である。

自己決定能力の支援が必要な例として、本当は皆と協力して仕事を進めたいのに、まわりの人とのコミュニケーションや相互支援のための関係づくりが苦手で自分が担当しているプロジェクトがうまくいかないという悩みや、毎朝「今日こそは」と思うのだが、結局1日の終わりに「また明日頑張ろう」と反省して終わることを繰り返している場合がある。そこには二重意思といって、「こうしたい」という自分の前向きな意思とは裏腹に、無意識に行動を支配している隠れた意思が働いていて自己決定ができない状況と言える（表1）。

したがって、頭でわかってはいてもどうしても行動を変えられない場合や、失ってしまった自己決定能力の回復支援にあたっては、援助者の側に問題解決や自己決定、自己成長を支援できるカウンセリング法やイメージ法などの技術が不可欠といえよう。

表1 二重意志モデルの「表の意思」をつくっているアクセル感情と「裏の意思」をつくっているブレーキ感情の例



一昔前までの患者行動論では、自覚的な意思が形成されると自己決定できるとされ、指導法や相談法が主流であった。しかし、成果の出ない人と向かい合って、性格の問題だと片づけることなく、行動変容を支援していかない限り、慢性疾患のコントロールや、生活習慣病の改善はない。援助者には、真の問題を解決し、自己成長までを支援できるカウンセリングなどの技術を早急に身につけることが求められている。

● 保健行動や生活行動変容への支援法

宗像の保健行動のシーソーモデルから言えば、①動機を強化する、②負担を軽減する、③自信を高める、という支援が必要である。それぞれの例を紹介する。

1. 動機強化法

- 1) 行動の理由の確認法・・・ダイエット行動であれば、その理由は肥満は生活習慣病の危険因子であるとか、水着が着られない、まわりが嫌がるなどといった理由が考えられるであろう。このように肥満が自分あるいはまわりの人に与える悪影響に本人が気づいたり、自分の中でダイエットをする理由が確信できると動機づけが強まる。
- 2) 行動の効果の確認法・・・運動行動であれば、階段の昇り降りが楽になった、疲れにくくなった、身体が軽く感じるなどといった効果が確かめられると運動をしようという動機が強まる。
- 3) 自己賞罰法・・・節酒行動であれば、節酒継続への動機が十分に強くない場合には、自ら賞罰を用意して動機を強化する。それは、ビールを1本以上飲んでしまったら、罰金として家族の皆にこずかいをあげるといった具合である。成功すれば報酬を与え、実行できなければ自らに罰を与える方法である。
- 4) サポートネットワーク法・・・禁煙行動を取り上げると、例えば家族や会社の人に禁煙をすることを話し、たばこを勧めてもらわないようにしたり、禁煙友の会をつくったりとまわりの人に協力してもらうという方法である。社会的支援には、精神的、身体的健康への悪影響を緩和する力があり、特に仲間ネットワークは重要である。
- 5) 生きがい連結法・・・人の人生の目標が健康というわけではないだろう。趣味や仕事、勉強、宗教活動などさまざまな人生目標の達成過程に生きがいを感じ、時には自分の健康をも犠牲にすることがある。そこで、本人が最も生きがいを感じている動機とその行動の実行や変容の動機とが連結した時に最も動機づけが強められる。

2. 負担軽減法

- 1) 環境改善法・・・ダイエット行動であれば、見えるところに食べ物を置かないなど、食べたくなくなってしまうきっかけをつくるような環境をなくす方法である。
- 2) 自己改善法・・・例えば運動をしない人の中には、時間がないことを口にする人も多い。ほんの少しの時間を利用して運動ができることに気づいていない。そのようなときには、自分の生活時間を見直すことが大切である。生活時間の見直しやタイムマネジメント法により、なんとなく気分的に忙しがっていた自分を発見したり、何をして

いたかも思い出せないような時間があることが認知できたりする。その結果、自分自身のための時間の確保が可能であることに気づいたり、時間がないと逃げていたことに気づいたりできると改善できる可能性がある。

- 3) 見通し管理法・・・禁煙をするときに、たばこの禁断症状が出たりすると非常に苦痛を感じるようになる。これがいつまで続くのかと見通しがたたないと、ストレスが強く、くじけてしまうことになる。しかし、禁断症状の苦しさは、3日目がピークでその後楽になっていき、2週間もすれば症状から解放されると知っていれば、目標達成まで頑張れるものである。したがって、目標としている行動の見通しの確保を絶えずしておくことが必要である。
- 4) 代替法・・・減塩行動を例にあげれば、健康的な他のものや方法で代替的な満足感をもたらす工夫をし、負担を軽減すればよい。例えば、塩や醤油のかわりにレモンやすだちなどをつかって味わうなどの方法である。
- 5) 気分転換法・・・これまでの慣れ親しんだ習慣を変えることは、憂うつだったり不安な気分を伴うものである。そこで、趣味や音楽、自然に親しむ、自立訓練法、リラクゼーション法などの健康的な方法での積極的な気分転換をするとよい。

3. 自信強化法

- 1) 積極的学習法・・・失敗からは多くを学ぶことができる。3～4度の失敗は通常見られるもので、あらゆる失敗を学習のチャンスとしていけばよい。効果が得られない原因はどこにあるのかを、自己嫌悪に陥らず、自分自身をモニターし記録することで、問題を検討しより効果的な方法を考えていく。
- 2) スモールステップ法・・・失敗から学び、長く継続できることが重要であるが、その際に自らの目標をどのように設定するかがポイントである。自分にあった目標をもって1歩1歩自信を高めることが大切である。大きな目標を設定して、達成できずに無力感を味わうよりも小さな1歩を積み重ねて自信を高めていく方法は有効である。
- 3) 自信度チェックリスト法・・・人が行動をしようというときに、たとえ行動の結果がわかっていたとしても、その行動を成し遂げる自信がなければ実際の行動には結び付かない。この方法は、効果的な対処の方法を失敗から学び、目標としている行動が続けられるように、例えば、目標に応じたいいくつかの項目をたてて、その自信度を得点化して記録していくことで、25点から50点、50点から80点と限りなく100点に近づくことになる。このようにして1つの目標で満点をとればそれは卒業で、次の目標に向かって進んでいけることになる。
- 4) 自己観察日誌法・・・目標としている行動の実施に関する自己観察日誌をつけて、保健行動の効果感、負担感などを自らモニターし、どこに問題があつてうまくいかないのかを自己学習する方法をとり、セルフガイドしてもらうことは大切である。その日

の主な気分や状態、思ったことや感じたこと、気づいたこと、行動をしたこと、学んだことを記録してもらう日誌は効果的である。

- 5) ポジティブセルフトーク法・・・なぜ自分がこんなに苦しい思いをしなくてはならないんだという思いが芽生えると実行をあきらめてしまったり、三日坊主といわれると自己嫌悪にかられて苦しくなってしまうこともある。そんな時、「自分を全て変えなくてもいい、一つの悪い習慣だけを変えればいいんだ」とか、「3日も続けられた」といった自分を肯定したり、自分の積極的な面を見い出したりすることで、自らそれをほめるポジティブセルフトーク法を続けるとよい。

文献

- 1) 小森まり子，鈴木浄美，橋本佐由理著：カウンセリングマインドを使った栄養指導のための面接技法．チーム医療，2002
- 2) 橋本佐由理，鈴木浄美，小森まり子：二重意思モデルに基づいた表の意思と裏の意思に関する質的研究，日本保健医療行動学会年報；18：122-139．2003
- 3) 橋本佐由理，鈴木浄美，小森まり子：二重意思モデルに基づいた SAT カウンセリング事例研究，ヘルスカウンセリング学会年報；9：55-65．2003
- 4) 橋本佐由理：V 手法と教材 3. 運動指導におけるセルフガイダンス法とSATカウンセリング法．栄養指導と患者ケアの実践ヘルスカウンセリング（宗像恒次編）．医歯薬出版，2001
- 5) 宗像恒次，小森まり子，橋本佐由理：「ヘルスカウンセリングテキスト Vol I，Vol II」．ヘルスカウンセリングセンターインターナショナル，2000
- 6) 宗像恒次：最新 行動科学からみた健康と病気．メヂカルフレンド社，1996
- 7) アルバート・バンデューラ編（本明寛，野口京子監訳）：激動社会の中の自己効力．金子書房，1997
- 8) Bandura, A： Self-efficacy：Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, Psychological review；84（2）：191-215，1997

（橋本佐由理）

行動変容ステージ

● 行動変容ステージとは

厚生労働省によると、行動変容ステージとは行動変容の準備段階のことをいう。行動変容ステージは時間の経過に応じて、次のように分けられる¹⁾。

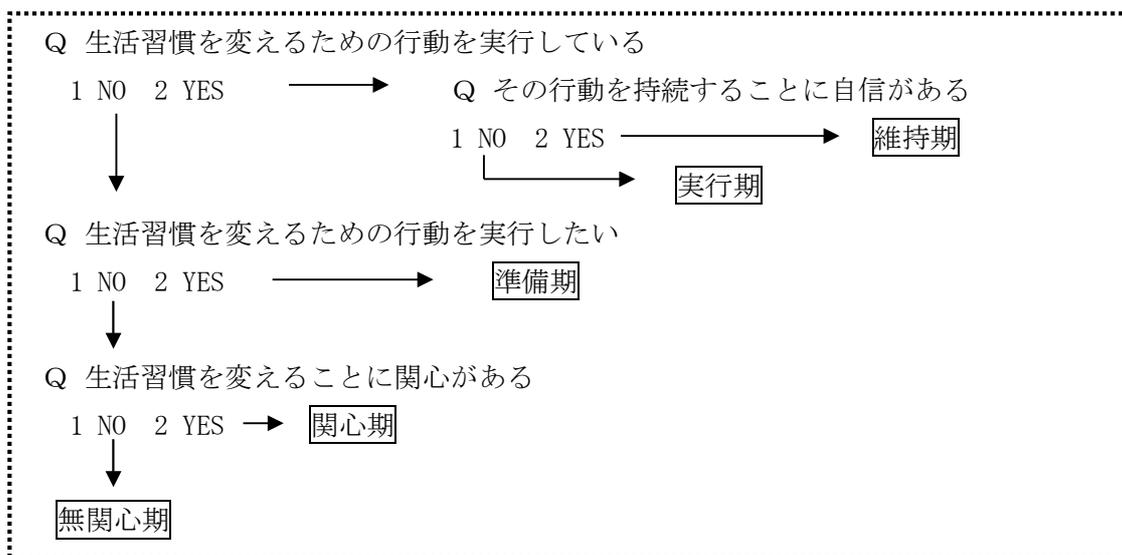
- 無関心期：6ヶ月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がない時期
- 関心期：6ヶ月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がある時期
- 準備期：1ヶ月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がある時期
- 実行期：明確な行動変容が観察されるが、その持続がまだ6ヶ月未満である時期
- 維持期：明確な行動変容が観察され、その期間が6ヶ月以上続いている時期

生活習慣病の予防や治療には、禁煙、禁酒、食習慣の改善、運動など、生活行動の変容が不可欠となる。ただし、行動変容に向けた行動を6ヵ月後に起こす意思がある人と、7ヵ月後に起こす意思がある人とで、実際には大きな差はない。また、関心はあるものの、6ヶ月以内に行動を起こす意思のない人も実際にはいる。したがって、本人の心の状態に応じて、次のようにステージ分けする方が、必要な支援を考えやすくなり、支援の効果も高まるであろう²⁾。

- 無関心期：行動変容に関心がない時期
- 関心期：行動変容に関心はあるが、まだ実行する意思がない時期
- 準備期：行動変容に向けた行動を実行したいと思っている時期
- 実行期：明確な行動変容が観察されるが、その持続に自信がない時期
- 維持期：明確な行動変容が観察されて、その持続に自信がある時期

● ステージのアセスメント

このように、心の状態に応じてステージ分けすると、何ヵ月という時間の経過ではなく、本人の意識と行動が、ステージをアセスメントする上でのポイントになる。まずは、生活習慣を変えるための行動を実行しているか否かを問う。そして、実行しており、継続に自信があれば「維持期」となり、自信がなければ「実行期」となる。もしも、実行していなければ、生活習慣を変えるための行動を実行したいか否かを問い、実行したいと思っていれば「準備期」となる。もしも、思っていなければ、生活習慣を変えるための行動に関心があるか否かを問い、関心があれば「関心期」となり、関心がなければ「無関心期」となる(図1)。

図1 行動変容ステージのアセスメント⁴⁾

各ステージでの支援技術

厚生労働省は「標準的な健診・保健指導プログラム」において、ステージごとに支援方法を変え、ステージが改善していけるように支援することを求めている¹⁾。そして、保健指導に必要な支援技術として、1) カウンセリング技術、2) アセスメント技術、3) コーチング技術、4) ティーチング技術、5) 自己効力感を高める技術、6) グループワークを支援する技術の6つを挙げた(表1)¹⁾。ただし、どの技術をどのステージで使えばよいのか、ははっきりと言及されていない。そこで、無関心期の人にコーチングを試したり、維持期の人にカウンセリングをしたりなど、保健指導の現場で混乱もみられる。

本人の心の状態によって、行動変容ステージを分類すると、必要となる支援技術も見えてくる。ステージごとに、特に重要となる支援技術を、次のように整理することができる(図2)。

1) 無関心期

この時期の人にはコーチングも、指示や助言によるティーチングも、空振りに終わるであろう。行動変容の必要性を正しく理解してもらい、関心を持ってもらう援助が必要であり、そのためには煩がられても、情報提供としてのティーチングを根気強く繰り返すしかない。ただし、脳梗塞、心疾患、癌などになる確率(ネガティブ情報)を伝えて脅すだけでは、防衛的態度や反感を強める結果になりかねない。生活習慣を変えることで健やかな生活を実現している人の成功例(ポジティブ情報)も、同時に伝えていきたい。

2) 関心期

ようやく、面接などによる直接的な働きかけに、効果が期待できる時期となる。この時期からは、傾聴しながら受容的・共感的に接して、信頼関係を築いていくことが特に大切

となり、そのためにカウンセリングの技術が必要となる。関心はあるが行動を起こす意思のない段階であり、その背景には行動変容そのものや、それに伴う負担への不安も少なくない。したがって、行動変容の具体的な方法や過程についても正しく理解してもらい、「それなら私にもできる」という自己効力感を高めてもらうことが大切であり、そのために情報提供としてのティーチングを行う。また、時間に余裕がある人で、しかも誰かと一緒だとやる気の出る人には、皆で支えあいながらゴールを目指すグループワークに誘い、見学してもらったり参加してもらったりするのも効果的である。

3) 準備期

適切な目標と行動計画を立ててもらうことで、自己効力感を高めてもらいながら、実行に移してもらい援助が必要となる。そのためにコーチングを行うことになるが、基礎知識のない初心者で、本人が必要とする場合には、指示や助言によるティーチングも行う。もちろん、情報提供としてのティーチングやグループワークなど、他の技術も適宜、併用するとよい。

4) 実行期

自己効力感を高めて持続してもらうために、継続してコーチングを行うことになる。ただし、基礎知識のない初心者で、本人が必要とする場合には、指示や助言によるティーチングも行う。また、この時期にも必要に応じて、情報提供としてのティーチングやグループワークなど、他の技術を併用するとよい。

5) 維持期

これまでの努力を賞賛するとともに、今後の持続を奨励するだけでよく、それ以上に継続的なかわりを特に必要としない。

表1 保健指導で必要となる支援技術

1) カウンセリング技術	「上から目線」の審判的な態度で臨むのではなく、信頼関係を築くために傾聴し、受容的・共感的に接する。
2) アセスメント技術	内臓脂肪症候群の程度とその背景、行動変容ステージなどを見極める。
3) コーチング技術	質問をして答えを引き出しながら、自己決定や自己解決を支援する。
4) ティーチング技術	内臓脂肪症候群や減量法について、情報提供する。指示や助言をする。
5) 自己効力感を高める技術	他者の行動の観察、成功体験の想起、自己暗示、リラックスなどにより、自信を持ってもらう。
6) グループワークを支援する技術	利用者グループを組織・運営し、グループならではの効果を引き出す。

※右側の解説は筆者による

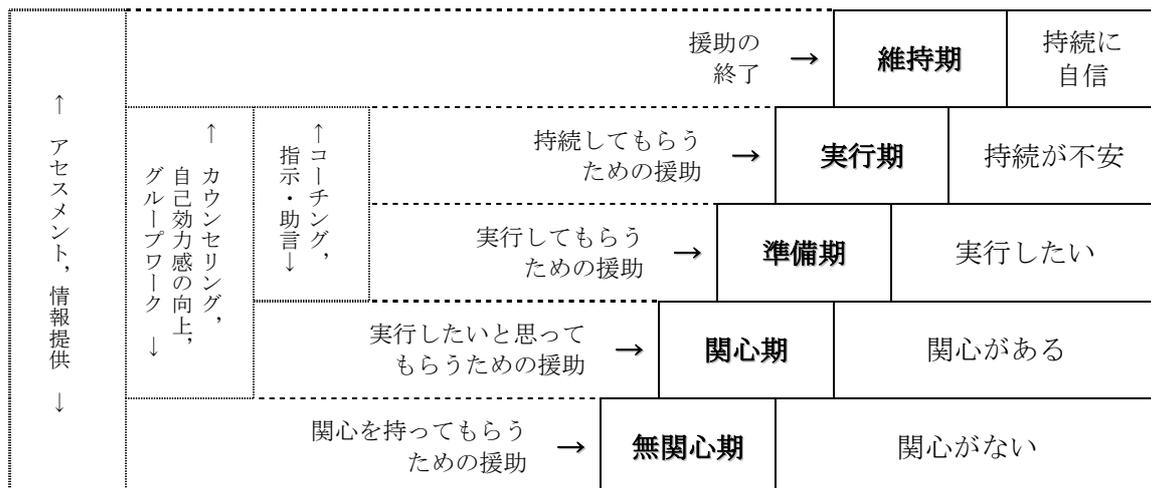


図 3. 各ステージに必要な援助とそのための技術³⁾

文献

- 1) 厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム 改訂版. 2013
- 2) James O. Prochaska, John C. Norcross, Carlo C. Diclemente : Changing for Good: The Revolutionary Program That Explains the Six Stages of Change and Teaches You How to Free Yourself from Bad Habits. William Morrow & Co, 1994 中村 正和訳: チェンジング・フォー・グッド ステージ変容理論で上手に行動を変える. 法研, 2005.
- 3) 諏訪茂樹：ティーチングとコーチングによる健康支援. 日本保健医療行動科学会雑誌 vol.28 No.2, pp.86-89, 2014

(諏訪茂樹)

社会的背景

● 全人的存在としての人間の行動

いうまでもなく人間は全体的な存在である。そのため、人間はその全体性の一部を構成する社会的な存在でもある。このことについて、人間に対する全人的医療（holistic medicine）アプローチの普及や、その前提として人間を理解する上で語られてきたソシオ・サイコ・ゾマ（socio-psycho-soma: 社会・心理・身体）という視点、あるいは WHO 憲章における健康の定義の例などをあげることができる。

WHO は「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」（日本 WHO 協会訳）と定義している。ちなみに、この定義について 1998 年に新しい提案がなされ、現在では上記の健康を構成する 3 つの要素に“spiritual”（霊的・精神的）の側面が加わり、またこれら健康を構成する諸要素も“dynamic”（力動的・相互補完的）な関係で捉えるよう変わってきている。

以上のように、人間が全人的な存在であり社会的な存在であるということは、人間がとる行動もこれらの背景をもつことになり、その意味で人間行動は社会的な影響を受けざるをえないことになる。当然、人間行動の一部を構成する保健医療行動も、同様に社会的な背景をもち社会的な影響を受ける。

ここにいう社会的背景とは、広くは政治体制、経済状態、地域環境の状態を意味し、狭くは個人の属性を構成する性別、学歴、所得、配偶関係に始まり、社会的支援ネットワークや情報普及の状況など、個人や集団を取り巻く生活環境の状態を意味する。

この考えに立てば、保健医療行動に関わる前項の「2 動機付け理論」「3 行動変容ステージ」におけるキーワードとして一般に用いられることが多い、信念・欲求・価値・規範など個人や集団の行動に影響を与える要素も社会的背景をもち、歴史的にもその影響を受けていることになる。

● 大衆社会状況としての健康ブームと健康（中心）主義

現代社会の特徴のひとつとして健康ブームとそれへの人びとの取り組みをあげることができる。多くの人びとが「〇〇は体に良い」「〇〇で〇〇が治る（予防できる・増進できる）」という情報に一喜一憂し、何らかの行動を取っている姿を容易に見ることが出来る。この〇〇の前段部分に当てはまるのは、例えば①食品やサプリメント、酒類やタバコなど体外にある物質の積極的摂取や逆にそれらの節制や制限であり、②エクササイズや運動の習慣化、睡眠への取り組みの見直し、ヨガや瞑想、アロマセラピーなどの生活習慣の変容に関するもの、③衛生環境の整備および受療行動に関するものなど幅広い。これら大衆化された健康観は、保健医療に関する社会学の文脈で用いられてきた枠組みとしての保健医療

従事者による「専門家」(profession) 支配に基づく健康観からの「素人」(lay men) に解放された健康観への変化とあってよい²⁾。この種の健康観に基づき、人びとが取るこれら大衆化された行動も「保健医療行動」と呼ぶことができるだろうか。

ここで問題にしなければならないのはゾラ (Zora, I.K) がヘルシズム healthism (健康主義) の脈絡で捉えた、手段の自己目的化された保健医療行動の側面である³⁾。これはこれまで広く社会科学の分野で用いられてきた言説に基づくものであり、本来は幸福や何らかの目的を達成したり実現したりするための手段としての健康追求であったものが、(日常生活の中でそのことが忘却されることによって) この<手段>であるはずの健康追求がいつの間にか<目的>となってしまった倒錯した状況のことである。時に依存の対象として立ち現れる、このような健康追求の姿は「逸脱した」保健医療行動の側面を意味し、社会的脈絡で捉え直すことによって見いだすことができる保健医療行動の課題といえる⁴⁾。

● 健康の社会的決定要因と健康格差

上の「全人的存在としての人間の行動」において、人間の保健医療行動は政治体制、経済状態、地域環境や性別、学歴、所得、配偶関係など歴史的社会的な背景の影響を受けることを述べた。このことは WHO が委員会を設け研究を進めている、健康や平均余命などの状態が個人の遺伝子や生活習慣 (および、保健医療行動) だけでなく、社会経済的な地位などの社会的要因によって規定されているという側面、そしてこのことからもたらされる健康格差の側面と関連する⁴⁾。

確かに、この点は保健医療行動を研究する行動科学の限界であることは否定できない。このことは、健康追求の分野にも個人や集団の力では及ばない強大な歴史的社会的規定力が存在することを物語っている。だが、健康格差の解消を一挙に実現することは、そのための新たなシステム構築を早急に実行に移すことと同様、甚だ困難である。したがって、これら保健医療行動科学の限界を自覚しながらも、現在の個別具体的な問題解決のために可能な限り人びとの行動変容を指向していくことが現実的な対応であると考えられる。

文献

- 1) 仲尾唯治：現代人の病気と医療 (安藤喜久雄編：人生の社会学)。学文社、1993
- 2) Sarah Nettleton : The Sociology of Health and Illness. Polity Press, 2006
- 3) I.K. Zola : 'Healthism and Disabling Medicalization', in: I. Illich et al.(eds), Disabling Professions. Marion boyars, 1977
- 4) 近藤克則：健康格差—保健医療行動科学の位置づけと課題—。日本保健医療行動科学会年報，第 24 巻，16-28 頁，2009

(仲尾唯治)

文化的背景

● 人間の行動と文化

人間はひとりで生きるのではなく、複数の人びととともに集団で生活し、その集団に特有の文化を発達させている。食事、排泄、入浴、運動、仕事、遊びなど、毎日の活動のほとんどは、個人が自由に選択して行っているように見えるけれども、実際にはその多くが、文化によってかたちづけられている。食事のマナー、排泄の場所、入浴の仕方をとっても、世界にはさまざまな様式が発達している。

同じように、健康、保健、医療も人間の文化のなかでかたちづけられている。「かぜ」をひいてしまった時の経験を考えてみよう。熱が出て、咳もあり、悪寒がするので、病院に行くと、医師から今はやりのかぜだと言われ、薬を処方されたという人や、薬局で市販の薬を買って対処したという人もいるだろう。症状が重くなると、学校や会社を休んで家にいることも期待される。これを「病人役割」と言い、病気の人に期待される行動である。このように、病気のときの行動も、文化的に適切な方法で行われることが期待される。

● 応用医療人類学

応用医療人類学(人類学の研究で明らかになっていることを保健医療行動の領域に応用して行われる学問と実践)では、人間にとっての病気の意味を理解し、病気の予防や治療に役立てるには、人間の行動の背後にある文化に着目することが必要だと考える。つまり、健康も病気も医療も、ある特定の社会のなかで生まれる文化の現象であると考え、その社会の文化的背景に照らして、病気になった時の人間の行動の意味を理解しようとする。その際に、観察やインタビューの資料を使い、(1)健康や病いに対する認識、(2)病いを経験し、それに対処する行動、(3)医療のシステム、(4)治療の効果という4つの側面から、健康、病気、医療の文化的背景を明らかにする¹⁾。

● 応用医療人類学における生活習慣病のとらえ方

生活習慣病を例にして考えてみよう。日本では、がん、心疾患、脳血管疾患、糖尿病、高血圧などの生活習慣病は国民医療費のおよそ3割、死亡数のおよそ6割を占める疾病である(厚生労働省ホームページ 2016年9月閲覧)。慢性疾患には、子宮頸がんや肝臓がんのようにウイルス感染が原因となるものもあるが、「生活習慣病」という名称が示すように、これらの病気には毎日の食生活や運動など生活行動が深くかかわっている。

応用医療人類学では、次の(1)から(4)に述べるような問いを立てて、生活習慣病を考えていく。(1)現代の日本人の生活スタイルにどのような生活習慣病のリスクが潜んでいるのだろうか。(2)一般に、日本社会では、心臓や脳血管障害、高血圧、がん、糖尿病などをどのような病気だと認識し、それがどの程度になると深刻であると考えられるの

うか。(3) 患者個人は自分の身体や症状をいかに認識し、それに対処しているのか。(4) 日本では糖尿病や高血圧を判断し、治療し、その効果を評価するためのどのような医療の仕組みがあるのか。そして、これらの問いを検討する際に、社会一般の認識と生活習慣病を患っている人の認識は異なっているかもしれないと考える。

医学の知識や治療も日々進歩している。医療人類学では、医療者と患者の認識の異なりは、「疾患」と「病い」という概念で説明され、それぞれの語りはそれぞれがよって立つ信念にもとづくひとつの「解釈モデル」として提示される²⁾。臨床現場から社会全体に視野を広げると、日本では現代医学だけではなく、はりやマッサージなど伝統医療も存在する。実際に、多くの社会で医療は多元的である³⁾。

慢性疾患ではセルフケアが重要になり、病院での治療やリハビリテーションに加えて、さまざまなセルフケアが用いられ、同じ病気を経験している自助グループの活動になることもある。自助グループは医療者によって構成される専門セクターとは異なり、一般の人びとによって構成される民間セクターに属している。民間セクターは、ヘルスケアのシステムを構成するもっとも大きな要素である。自助グループでは病いを経験している当事者やその家族が共有する価値観や信念にもとづいた活動を行うが、そこでは、情報を共有し、ともに励ましあい、苦悩を共有することから、「苦悩の共同体」とも呼ばれる⁴⁾。

● 環境とグローバル化

慢性疾患は環境条件による影響を強く受けるので、発症の原因を個人の行動や個人の選択のみに起因させることはできない。経済と文化のグローバル化にともない、世界の生活様式は均質化し、世界各地で慢性疾患が増加している。炭水化物を主体とする食生活や、単糖類や脂肪の摂取量の増加は腸内細菌の多様性に変化をもたらしている。栄養過多も深刻な健康問題であり、慢性疾患につながっている。世界各地で食料が安全、安心に供給されない状態も深刻化している。戦争や紛争や災害などによって住み慣れた土地を追われて生きている人びともいる。現代社会では、文化的背景を考察する際に、個人の健康に及ぼす世界の政治と経済、グローバル化の影響を考慮する必要がある⁵⁾。

文 献

- 1) Kielmann, K.: Introduction to Applied Medical Anthropology, in Principles of Social Research, J. Green and J. Browne eds, pp.135-144, Open University Press, 2005
- 2) Kleinman, A.: The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition. Basic Books, 1988 江口重幸・五木田紳・上野豪志訳: 病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学. 誠信書房, 1996
- 3) 道信良子: 「健康・病気・医療」『文化人類学』第3版, 波平恵美子編著. 医学書院, 2015
- 4) Helman, C.: Culture, Health and Illness (5th ed). Oxford University Press, 2007.
- 5) Singer, M. ed.: A Companion to the Anthropology of Environmental Health. West Sussex: Wiley Blackwell, 2016.

(道信 良子)

哲学的背景

はじめに

保健医療行動の実存的背景、すなわち哲学的背景を考察するにはいくつかの方法がある。哲学といっても、哲学書を読んだり、哲学的用語を吐いたりすることにとどまらない。それは、せいぜい「哲学について」考えているにすぎないからだ。本当の哲学は、わたしたち一人ひとりの生のなかに存在し、わたしたちの生とともにある。だから、本来それは言葉で表現しつくすことはできないし、もちろんこうして文章を読んで理解するというものでもないのである。しかし、哲学的思考＝志向＝試行は必要なものであり、わたしたちを生の方へと導く駆動力をもっている。その片鱗を垣間見ることはできるかもしれない。

臨床哲学

20世紀の終わり頃から、わが国で「臨床哲学」ということが言われた。 「臨床」は、もともとは医療分野において用いられる表現であり、直接患者と対峙して治療にあたるような姿勢をさしている。それに対して「基礎（医学）」は、患者個人ではなく、患者から得られたさまざまな情報を分析し研究することによって臨床へと橋渡しをする役割をもっている。つまり、「臨床」は直接主義であり現場主義であり、かつ臨機応変な答えが要求される場面に付された名称である。哲学は、教壇哲学とか机上哲学と皮肉られ、哲学的な専門用語を駆使し、それを理解（というか使用）することができるわずかな集団が、閉鎖的に、ないし没社会的におこなっている伝統的な思考体系と、ずっと思われてきたのである。しかし、前述したように、哲学は個人の生と深くつながっており、さらにはその個人を成立させているさまざまな環境（家族、社会、国家、人類など）とも密接に結びつく性質をもっている（はずである）。そこで「臨床哲学」という考え方が、哲学に対しても、哲学以外のあらゆる知的営為に対しても提唱されたのである。これは、一人ひとりの生、つまり生活や生産や生命におけるさまざまな問題、疑問、不安、ひらめき、発見などを語りあい、それらを共有することで、「正解」を得ようとするのではなく、そもそも、なぜそのような問題を抱くようになったのか、あるいはそうした問題を解決するためにどのような方法をとってきたのか、など幅広く「問題そのもの」を考えてゆく作業に与えられたものである。日本で最初に大阪大学に臨床哲学の講座を設置した鷺田清一は、臨床哲学を実践するためには「外部をもちこまないこと」と表現している。つまり、聞き手の側が自分の知っている常識なり概念なり、あるいは書物やネットから得た情報なりを、問題を抱えた話し手に対して説得や納得の手段として提供しないということであろう。端的に言えば、自分自身で考える、ということに尽きるが、だが、「話す」ことによって自身の内部が言語化＝客観化され、自身の来し方行く末を俯瞰して見ることができるようになるかもしれない、それはすでに「哲学的態度」と呼ぶにふさわしい場に立っているのである。

● ホモ・パティエンスとしての人間

保健医療行動科学の対象は全人類である。とりわけ「病む人」「苦しむ人」が特権化されることになるかもしれない。もちろん、病んだことのない人間、苦しんだ経験のない人間など存在しないだろう。その意味では、保健医療行動科学は、やはりより多くの人びとを射程におさめた知的かつ実践的の学問であると言えることができるだろう。そうした保健医療行動科学の哲学的背景を考えると、最初に浮かぶのは、人間を「ホモ・パティエンス（苦悩する人）」と喝破した精神科医フランクル（Frankl, V.E.）である。よく知られているように、フランクルはユダヤ人であるという理由で第二次世界大戦中に三ヶ所の強制収容所に送還された経験をもっている。「経験」と簡単に言ってしまったが、その経験のなかには、両親と妻を亡くすという悲惨な出来事が含まれており、その一方で自身は戦後に解放され、1992年に92歳で亡くなるまで旺盛な執筆、講演、そして治療活動を続けてきたという事実もまた含まれているのだ。フランクルは、収容所での体験を一冊の本にまとめている。それは『夜と霧』（原題は『強制収容所における一心理学者の体験』）という書名で1946年に刊行されている²⁾。フランクルのこの著作がいま現在でも多くの読者を牽引しているのは、単に収容所での残酷で悲惨な体験をレポートした記録物としてではなく、そのような地獄にあってもなお人間性を失わずに気高い精神性によって生き続けた人びとの存在を明らかにしたからに他ならない。フランクルはしばしば「あなたがどれほど人生に絶望しても、人生のほうがあなたに絶望することはない」と言う。また、フランクル自身も『苦悩する人間』の冒頭に引用しているニーチェの箴言に「苦悩そのものが問題なのではない。『なんのために苦しむのか』という問い叫びにたいして解答がないのが問題なのだ」というものがある³⁾。『夜と霧』は死にもっとも近い極限の状況においても、人間がいかに人間であり続けることができるかということについて克明に書かれた書物なのである。

だが、フランクルのように、圧倒的な絶望体験をした後に生還することができた人間だけが価値ある勝者というわけではもちろんない。わたしたちは、日々の生活のなかでさまざまな「苦悩」に苛まれている。その内容も程度も千差万別だ。そして、そんな苦悩からなんとかして逃れようと毎日をもがいて生きているかもしれない。それゆえに、わたしたちは皆「苦悩する人」なのである。フランクルは収容所のなかで、リーダー格の囚人から、いかに「自己崩壊による死」から身を防ぐことができるかについて話をしてほしいと頼まれたことがある。その時にフランクルは次のように述べる。「私は私の仲間達に（…）人間の生命は常に如何なる事情の下でも意味をもつこと、そしてこの存在の無限の意味はまた苦悩と死をも含むものであることについて語った。そして私は真暗なバラックの中で（引用者註；収容所内は停電になっていた）注意深く聞いている哀れな人々に、われわれの状態の重大さを直視し、かつそれにも拘わらず諦めないことを望み、われわれの戦いの見込みのないことは戦いの意味や尊厳を少しも傷つけるものではないことを意識するように懇願した」⁴⁾。そのあとにフランクルは続けて言う。「意味なくしては（…）苦しもうと欲しなかった。同様に意味なくしてわれわれは苦しもうとは欲しないのである。この究極の意

味をこの収容所バラックの生活に与え、また今の見込みない状況に与えることが、私の語ろうと努めたことであった」。

● 苦悩の意味論

フランクは、現代の多くの医者たちが不躰に「お大事に」とか「すぐによくなります」などと言ったり、自分より元気で健康な友人が「大丈夫だから」とか「がんばって」と励ましたりするような、そのような殺伐とした人間関係を土台にした言いぶりは決してしない。話し手であるフランクと、聞き手である囚人たちが完全に同等の立場で「話す-聞く」という関係を構築しているのである。そして、彼らは収容所の中で明日をも知れぬ命の身という共通した苦悩を抱えている一方で、個々にいろいろな苦悩を抱えこんでいる。ニーチェが言うように、理由のある苦悩、誰かのための苦悩、何かのための苦悩であれば、人は耐えることができるのである。凡庸な人生訓であれば、そうした苦悩を乗り越えたところに真の生き方が見つかるなどと言うかもしれない。あるいは、多くのカウンセリングであれば、そうした苦悩を心理的に取り除くことに拘泥するかもしれない。だが、フランクはそのどちらにもノーをつきつける。「生命そのものが一つの意味をもっているなら、苦悩もまた一つの意味をもっているに違いない」⁹⁾。

苦悩は無意味であって人間の無力さを表象している、という通俗的な苦悩論ではなく、人間の本質（人間だけが持っている能力）を苦悩と捉え、その苦悩に意味をもたせること、何かのための苦悩であるという認識に立つことの重要性を強調している。たとえば『苦悩する人間』では「わたしがなにかのために、だれかのために苦しむときのみ、わたしは苦悩を志向することができるのであり、意味豊かに苦悩することができるのである。（…）意味豊かな苦悩とは、『……のための』苦悩である」と述べられている¹⁰⁾。また、別の場所でフランクは「苦悩の超越」という表現を用いている。彼の言う「苦悩の超越」とは、苦悩を解消して、それを突破して…という意味あいではなく、むしろ苦悩そのものと徹底的に対面する、苦悩の意味を探求するという態度を継続することこそが重要であり、そこに「ホモ・パティエンス（苦悩する人）」としての意義と使命があると述べているのだ。ちなみに「パティエンス」の語源である「パトス (pathos)」には「痛み、苦しみ、病い」などの意味がある一方で、「熱情、感動、情熱」といった意味がある。つまり、そこには「外部から与えられた何らかの力」に対して一時的にであれ永続的にであれ反応することといったニュアンスが含まれているのである。「パトス」の反対語として「ロゴス (logos)」が知られているが、要するに「ホモ・パティエンス（苦悩する人）」には、理性的・理知的であり続けようとする人間のもうひとつの側面を活写しているとも言えるし、同時に「パトス」をただ感情の揺れ動きと捉えずに、もっと理性的に「パトス（苦悩）の根源」へと潜行してゆこうとする意志の強さが期待されてもいるのではないだろうか。苦悩をネガティブに捉えるのではなく、自分を成長させる意味ある存在と逆転の発想をすることが、フランクの提唱する「苦悩論」なのである。

フランクはすでに戦前から精神医学の現場で「ロゴセラピー」という手法を展開して

いる。これは「実存分析」と訳される心理療法のひとつであるが、生の意味を見つけることが生きるうえで強い駆動力を与えてくれるという فرانクルの主張がここにはこめられている。なお、「実存」という言葉が使われているが、これはたとえばサルトル (Sartre, J.=P.) が主張した「実存主義」のそれとは内容が異なっている。サルトルにとって「実存」とは「各人をしてみずからあるところのものを把握せしめ、みずからの実存について全責任を彼に負わしめる」ような人間存在のありかたをさしており、「人間はみずからを選択するというとき、(…) 各人がそれぞれ自分自身を選択するということであるが、しかしまた、各人はみずからを選ぶことによって、全人類を選択するということをも意味している」⁷⁾。フランクルにとっての「実存」のありかたは、あくまでも個人が蒙る無数の苦悩の意味をどう捉え直すかというところに力点が置かれているのであって、それは「全人類を選択する」といった、大仰な発想を持ってはいないのである。サルトルの実存主義は、戦後の一時期だが若者の心を確実に捉えていた。明日はどんな日がやってくるのか不安でしかたのない、そんな日々を送っている若者にとって、ある意味「自分の好きなように自分の生を選択すればいい」とも聞えるサルトルの思想はずいぶん心強かっただろう。だが、自分の生を想像する自由はあるかもしれないが、実際には選択の自由などほとんどない。むしろ苦悩を忘れて自由に羽ばたこうとすればするほど、人は抑圧されもがき苦しむことになる。フランクルはともかく肯定的に生きろ、と言うであろう。もちろん、悲劇や絶望や失意といった苦悩を抱えたまま生きることは楽な道のりではない。しかし、フランクルは言う、「時の痛みとともに、永遠の至福が訪れる」と⁸⁾。単に、時間がすべてを解決してくれる、といった手合の「慰め」ではないことは明らかだろう。わたしたちは辛く苦しい時間を持つのではなく、わたしたちを生かす時間そのものが痛みを持つのである。

このようにしてフランクルの思想は、「苦悩」をめぐる従来の思考方法をダイナミックに、かつ積極的に転換している。その思想がいかに保健医療行動科学へと架橋することができるかについては、各自が討究すべきことなのである。

引用文献

- 1) たとえば、鷺田清一：聴くこと力。阪急コミュニケーションズ，1999
- 2) Frankl, V.E. : trotzdem Ja zum Leben sagen : Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager, Kösel-Verlag, München, 1977(1946) 霜山徳爾訳：夜と霧. みすず書房, 1977
- 3) Frankl, V.E. : Homo Patiens - Versuch einer Pathodizee, Deuticke, 1950 真行寺功訳：苦悩の存在論. 新泉社, 1998
- 4) フランクル (霜山徳爾訳)：夜と霧, 191-192 頁, みすず書房, 1977
- 5) 同書, 168 頁
- 6) フランクル (真行寺功訳)：苦悩の存在論, 126 頁, 新泉社, 1998
- 7) Sartre, J.=P. : L'Existentialisme est un humanism. Editions Nagel, 1946 伊吹武彦ほか訳：実存主義とは何か. 人文書院, 1996
- 8) 姜尚中：永遠の至福を求めて (諸富祥彦：100 分 de 名著ブックス フランクル 夜と霧. NHK 出版, 2013)

(小林昌廣)

患者-医療者関係

● パターナリズムと「物扱い」

従来からの患者-医療者関係は、病に苦しむ無力な患者と、それを積極的に救おうとする医療者にみられるような、いわば受動-能動関係が支配的であったと言える。患者側の受け身の姿勢は、パーソンズ (Parsons, T.) が 20 世紀半ばに発表した病者役割 (sick Roll) でも、読み取ることができる。人々が病気になった際、社会から期待される役割を、次のような 4 つの権利及び義務として、パーソンズはまとめた。

- ・病者は仕事を免除される。
- ・病者は治そうとしなければならない。
- ・病者は一人で治すことを期待されない。
- ・病者は専門家の指示に従わなければならない。

つまり、人々は病気になると、通常の社会的役割を担うことを期待されず、その代わりに医療者の指示に従うことを期待されるのである。このような受け身の患者に対して、医療者は能動的・主体的に働きかけることになる。そして、この能動的・主体的な働きかけの延長線上に、パターナリズムも患者の「物扱い」も位置づけることができる。

パターナリズムとは家父長主義のことであるが、医療の分野では医療者が患者を子ども扱いし、まるで親のように振る舞うことを言う。そのような医療者の振る舞いを批判する文脈の中で、この言葉は使われることが多い。確かに、不養生な患者や指導に従わない患者を叱りつける医療者が、かつてはめずらしくなかったし、いまでも見られなくなったわけではない。ところが、自らを大人として自覚している患者は、子ども扱いされて一方的に叱りつけられると、不快感を抱くことになる。

患者の「物扱い」は、近代西洋医学の基本的なスタンスと結びついている。近代西洋医学では、患者を対象 (object) として客観的・理性的にとらえ、科学的根拠に基づいて働きかけることを医療者に求める。しかし、患者にも意識があり、さまざまに考えたり感じたり、働きかけたりする主体 (subject) である。そのために、自らの意思や感情を軽く扱われると、患者は「まるで物のように扱われた」と、不満を抱くことになる。

● 相互主体的な関係

パーソンズのまとめた病者役割は、当時の疾病構造の中心であった急性疾患の患者がモデルとなっていた。ところが、急性疾患中心から慢性疾患中心へと疾病構造が変化し、さらに予防医療も重視されるようになると、患者にも主体的な努力が求められるようになった。また、患者の諸権利を主張し、それらを守ろうとする市民運動も盛んとなった。これらの動きと同時に、患者-医療者関係の議論も、自ずと変化することになる。

患者-医療者関係に関する近年の議論の主流は、エマニュエル (Emanuel, E. J.) の協議

モデルにみられるように、大人と大人の関係、相互主体的な関係、相互参加の関係である。最善の医療を受ける権利、平等に扱われる権利、秘密を守られる権利など、紀元前 400 年の「ヒポクラテスの誓い」でも挙げられたような古くからの権利だけではなく、患者の知る権利、自己決定権、それに検証権（セカンド・オピニオンを求める権利）など、患者を主体として認める新しい権利も保障しつつ、患者と協議しながら、患者とともに病気治療に取り組むことが、医療者に求められるようになったのである。

近年、患者の意識は明らかに変化している。医療者がその変化に気づき、対応しなければ、患者との信頼関係を築くことができず、場合によってはトラブル続き、訴訟続きとなる。説明責任よりも結果責任を重視する医療者の問答無用という態度は、もはや通用しなくなってきた。

● 関係性の使い分け

ただし、一方で、医療の主体として患者を扱うことが求められながらも、他方で、自己責任による主体的な判断に消極的な患者もいる。また、慢性疾患が中心となった今でも、急性疾患がなくなったわけではない。さらに、医療費高騰、財源不足、医療者不足などの問題に社会が直面すると、救急救命を優先することが医療者に求められるようになる。そうすると、「一方か他方か」とか、「一方から他方へ」という、二者択一型のモデルでは十分に対応できないのであり、柔軟性のある状況対応型のモデルの方が現実的で役に立つ。

1956 年に提唱されたサズとホレンダー（Szasz, T. & Hollender, M.）のモデルが、今でも古さを感じさせないのは、その柔軟性にある。サズとホレンダーは多様な患者－医師関係を、次の三つに整理している。

- ・受動－能動関係（乳幼児と親）…昏睡・麻酔
- ・協力－指導関係（青少年と親）…急性疾患
- ・相互参加関係（大人と大人）…慢性疾患

子どもと親の関係から大人と大人の関係へという大きな流れは、確かに間違いないと言える。しかし、他方で、頼りがいのある保護的な態度も医療者に求められることがあり、一筋縄ではいかない。大人と大人の間を基本としながらも、患者の状態や場面に応じて、他の関係性も使い分けることができる柔軟性こそが、医療者には求められると言えよう。

文献

- 1) Parsons, T. : The social System, Chapter X, Free Press, 1951. 佐藤弁訳：社会体系論、現代社会学体型 14、青木書店、1974.
- 2) Emanuel, E. J. Emanuel, L. L. : Four Models of the Physician-Patient Relationship . JAMA267 (16) :2221-2226, 1992.
- 3) Szasz, T. S. and Hollender, M. H. : A Contribution to the Philosophy of Medicine, The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. A. M. A. Arch. Int. Med., 1956.

（諏訪茂樹）

患者の権利と医療者の義務

● 患者の権利が認められるまで

患者の権利が認められるようになったのは、第二次世界大戦後のことである。それ以前は、患者が権利を主張することを通してより良い医療を目指すというよりも、医師が自らの行いを患者のために行うという「誓い」を立てることで、より良い医療を目指していた。

その誓いが、医師の場合は、「ヒポクラテスの誓い」であり、看護師の場合は「ナイチンゲール誓詞」である。

しかしながら、第二次世界大戦で、ナチスによって人体実験が行われたことが発覚すると、医師の「誓い」にのみに良い医療を行うことを委ねることが難しくなり、その後、綱領・宣言が相次いで出されることになる。(ニュルンベルク綱領・1948 世界人権宣言・1948 ジュネーブ宣言・1949 医の倫理国際綱領・1964 ヘルシンキ宣言など) しかしながら、これらのものは、明確な形で患者の権利を規定したものではなかった。

その後、1960年代のアメリカに始まる消費者主義の流れから、患者を医療サービスの消費者として位置づけることが行われた。消費者主義とは、消費者が商品に関する情報を十分に知らされたうえで、購入の是非を決定する権利を持っているという考え方である。これが、医療に置き換えられた際には、患者は自らが受ける医療に関して十分な情報を知らされたうえで、医療を受けるかどうかの決定を行う権利を持っているということになる。

この流れを受ける形で、1981年に開催された第34回世界医師会総会で「リスボン宣言」が採択された。

● リスボン宣言

リスボン宣言は、1. 良質の医療を受ける権利、2. 選択の自由の権利、3. 自己決定の権利、4. 意識のない患者、5. 法的無能力の患者、6. 患者の意思に反する処置、7. 情報に対する権利、8. 守秘義務に対する権利、9. 健康教育を受ける権利、10. 尊厳に対する権利、11. 宗教的支援に対する権利の11項目からなる。

これらの項目は、「医療を受ける権利」(1.)と「診療を進める際に求められる十分な配慮」(2.～11.)に分けることができる。さらに、診療を進める際に求められる十分な配慮は、①患者の意思への配慮(2. 3. 4. 5. 6. 9.)、と②患者自身に関する情報への配慮(7. 8.)、③患者の価値観への配慮(10. 11.)に分けることができる。

● 医療者（医師）の義務

このような患者の権利を守るために、医療者には相応の義務が生じる。ここでは、医療者のなかでも、義務が明確に法制化されている医師について検討する。

医師の義務は、医師法、刑法等で現在規定されている。法的義務としては、診療義務、

処方箋作成義務、診療録作成義務、守秘義務などがあげられる。

さらに、努力義務として、良質な医療の提供、患者への説明と患者の理解、他院への紹介等があげられている。

これらは、医師が診療を行う上で必要な能力の向上、患者への説明、診療の管理について取り決めたものと言える。患者の権利との関連で言えば、「患者への説明と患者の理解」という義務がある。患者への説明や患者の理解というだけでは、医師による一方的なものでもよいことになり、十分とは言えない。患者の権利に配慮した形で医師の「説明」を規定するならば、「患者の話聞く」ということについても努力義務にする必要がある。

医療者と患者のパートナーシップ

これまで医療者の義務や患者の権利といった議論は、医療者はサービスの提供者、患者は医療サービスの利用者という観点が強調されていた。医療者は提供者としての義務を、患者は利用者としての権利が主張されていた。

しかし、それだけでより良い医療が行われるのだろうか。本来、医療は協働的な営みである。医師も患者も互いに協力し合って、病気やけがの治癒を目指すのである。例えば、かぜをひいて受診した時のことを考えてみよう。まず、問診がある。この時に症状について説明しなかったら、診断が成り立たない。また、薬が処方される。処方された薬を飲まなかったら治療は完結しない。医療には患者の協力も不可欠なのである。

患者の権利を主張するだけでなく、医療を医師と患者との協働作業としてとらえることによって、克服しようという流れもある。

情報を公開して、コミュニケーションを活発にし、治療の目標を共有するという方法もその一つである。例えば、カルテをインターネット経由で閲覧できるようにする、ベッドサイドで看護記録を患者と共に作成するといった試みもなされている。

目標を共有し、その目標に向かって、医療者も患者もコミュニケーションをとりながら、それぞれの立場で努力をしていくことが、これからの医療者と患者に求められている。

権利と義務は裏表の関係である。権利のみがあるということはない。では、医療者の権利は何か、患者の義務は何かということについても、医療者の義務、患者の権利を考える際には重要なポイントとなる。

文献

- 1) 林かおり：ヨーロッパにおける患者の権利法（翻訳・解説 ヨーロッパにおける患者の権利法）外国の立法（227），1-26，2006.
- 2) 大野 博：アメリカ病院協会の「患者の権利章典」の変化とその特徴--権利の宣言からパートナーシップへ 医療と社会 21(3)，309-323，2011.
- 3) ケース編 患者を満足させる 6 つのテクニック（特集 ここまで進んだ 患者本位の情報提供術）日経ヘルスケア 21（182），46-50，日経 BP 社，2004.

（馬込武志）

コミュニケーション技術

● コミュニケーションとは

communication という言葉を英和辞典で調べてみると、通信や伝達の他にも、交通、伝導、感染など、たくさんの意味が出てくる。そこで、この言葉の根本的な意味を求めて、語源をたどってみると、ラテン語のコムニカレ *communicare*（共有する）やコムニス *communis*（共有の）という言葉を見つけることができる。

通信することにより、情報を共有することができる。交通機関を使って移動することにより、同じ場所を共有することができる。熱が伝導すれば同じ熱を共有することになり、ウイルスに感染すれば同じ病気を共有することになる。つまり、communication の根本的な意味は、共有することだと考えることができる。私たちもメッセージをやり取りして共有するという意味で、コミュニケーションという言葉を使っていると言える。

患者・利用者との間でも、医療職の間でも、メッセージが上手く共有されなければ、効果的な医療を望むことはできない。文書だけでも口頭だけでもなく、両方で同時に伝えたり、相手にとって分かりやすい表現を選んだり、質疑応答を交えたりなど、メッセージを正確に共有するために、医療職は努力を惜しんではならない。

● マインドとテクニックとスキル

患者・利用者の言葉に熱心に耳を傾け、その話を受容すること、また、患者・利用者を中心に考え、共感的なメッセージを伝えることなどが、信頼関係を築くうえでは欠かせない。これらは、医療職をはじめとする対人援助職に共通する基本的なマインドだといえる。

しかし、どれだけ共感しているつもりでも、それが相手に伝わらなければ無意味である。共感していることが相手に伝わってはじめて、共感の効果が期待できるのであり、そのためには共感していることを上手く伝えるテクニック（技術）が必要になる。

相手に年齢を尋ねたうえで、共感のテクニックを使って「それはお辛いですよね」と伝えてしまえば、相手を怒らせてしまうかもしれない。「どうされましたか」と尋ねて、「一晩中眠れなくて」という返事が返ってきたところで、共感のテクニックを使うべきなのである。このように、テクニックを必要な時に適切に使いこなせば、スキル（技能）となる。

ここでは幾つかのテクニックを学習するが、マインドを忘れることなく、スキルとして使いこなすように、心がけなければならない。

● 言語的なコミュニケーション技術

1) 相づち

自分が受け手となり、相手の話を聞く際には、無反応で聞くのではなく、うなずきを示したり、相づちを打ったりなど、反応を示しながら聞く方がよい。そうすると、聞こうと

する自分の熱意を、効果的に伝えることができる。そして、自分の熱意が伝わると、相手の発話も促されるのである。

相手：最近、なかなか寝つけないのです。

自分：なるほど、そうでしたかー。

2) 繰り返し

相手が語った言葉の一部を繰り返しながら聞くのも、受け手の熱意を伝えるうえで役立つ。また、自分が繰り返すことで、相手は自らの言葉を確認することができるし、メッセージが確かに共有されていることも分かり、安心して話しを進められる。

なお、相づちや繰り返しなどの言語的反応は頻繁過ぎると、相手の話しの腰を折る危険性がある。したがって、非言語的反応であるうなずきを基本にして、その合間に短い言語的反応の相づちを打ち、さらに相づちの合間に長い言語的反応の繰り返しを行うのがよい。

相手：昨夜も何度か寝返りを打ち、何時間もしてから、ようやく眠れました。

自分：何時間もかかったんですね。

3) 共感

相手が悲しみや怒りなど、不快な感情を抱いていることもある。その時には、共感の技法を使って相手の気持ちに理解を示し、付き添うことにより、相手の気持ちを癒すことができる。また、相手が喜びや爽快感など、快の感情を抱いているときにも、共感の技法を使うことによって、前向きになってもらうこともできる。

相手：このままでは昼間の時間が無駄になってしまいます。

自分：眠れない日が続くと、焦りますよね。

4) 明確化

相手が言葉に詰まって、「えっと…、その…」と考えているときには、急かせずに言葉を待つことが大切である。ただし、しばらく待っても言葉が出て来ない時には、相手が言いたいことを「～ということですか」などと、自分が代わって明確化してあげることも必要となる。

相手：えっとー、そのー。家族のことが、そのー。

自分：ご家族のことを心配されているんですね。

5) 要約

相手の話を一通り聞いたならば、聞き放しにせず、話の要点だけをもう一度、要約して返すとよい。本人も何が言いたいのか分からなくなり、長話になりがちな人もいる。そのような相手には、要約の技法を使うことによって、問題を整理してあげることができる。

相手：家族から何の連絡もなく、心配なのです。

自分：ご家族から連絡がなくて、夜も眠れないほどご心配なのですね。

※ここでは、1)～5)に示した相手のすべてのセリフを要約している。

6) 開かれた質問

「はい」や「いいえ」などと、答え方が決まっている質問を「閉ざされた質問」といい、本人が考えながら自由に答えられる質問を「開かれた質問」という。閉ざされた質問を連発する

と、まるで詰問をしているような雰囲気となり、相手の考えも深まって行かない。開かれた質問をうまくつなげていくことで、相手の主体的な思考や自己決定を助けることができる。

自分：ご自分からご家族へ、連絡を取られましたか（閉ざされた質問）。

相手：いいえ。

自分：どうするのがよいと、思われますか（開かれた質問）。

相手：そうですね。私の方から連絡を取ってみるのも、一つの方法だと思います。

言語と準言語と非言語

メッセージを伝えるのは、言葉による言語だけではない。語調などによる準言語や、表情、目線・視線、姿勢・動作などによる非言語も、言葉と同時にメッセージを伝えるのである。

したがって、言葉だけに捕らわれていると、思わぬ誤解を招くことになる。言語と準言語と非言語の三つのレベルで、メッセージを伝えたり、理解したりするトータル コミュニケーションが、メッセージの正確な共有には重要となるのである。

たとえば、「おだいじに」と言うとき、例1のように語尾を少し延ばしながら弱めると、やさしい気持ちが伝わることになる。逆に、例2のように語尾を強めると、言葉とは裏腹に語調で怒りを伝えてしまうのである。

また、「おめでとうございます」と言うとき、例3のように笑顔を伴えば、喜びの気持ちを効果的に伝えることができる。それに対して、例4のように悲しい顔をして「おめでとうございます」と言うと、真意を疑われるであろう（図1）。医療職にとっても、表情の基調は笑顔だといえる。ただし、患者・利用者が苦しんでいるとき、悲しんでいるとき、怒っているときなどには、笑顔を慎む必要がある。

〈例 1〉	〈例 2〉	〈例 3〉	〈例 4〉
言葉：おだいじに	言葉：おだいじに	言葉：おめでとう	言葉：おめでとう
語調：・・・・ー	語調：・・・・●	表情：（^。^）	表情：（´へ`）

図1 言葉と語調と表情

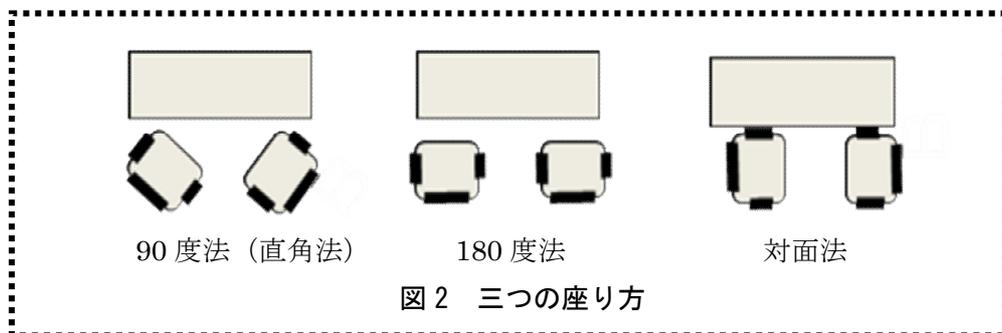
目線と視線

目線とは目の高さのことであり、それに対して目の方向のことを視線と言う。

「目上」とか「目下」という言葉があるように、日本では伝統的に目の高さで相手との上下関係を表してきた。したがって、ベッド上や車いす上の患者・利用者に対話する際に、突っ立ったままでは上から目線となり、威圧感を与えかねない。しゃがんだり、腰をかがめたり、椅子に坐ったりなど、同じ高さの目線になるように、心がける必要がある。

また、対話する際に、相手と一度も視線を合せないのは失礼であるが、しかし、相手の目をジッと見つめたままでも、互いに緊張してしまう。視線を合わしたりそらしたりと、適切なアイコンタクトを取りながら話した方が、互いにリラックスできるであろう。

適切なアイコンタクトを取るためには、相手と 90 度法で着席するのが好都合である。もしも、同じ方向を向く 180 度法で座ると、視線を合わせるのに苦労することになり、向かい合う対面法で座ると、視線をそらす時に不自然となる（図 2）。



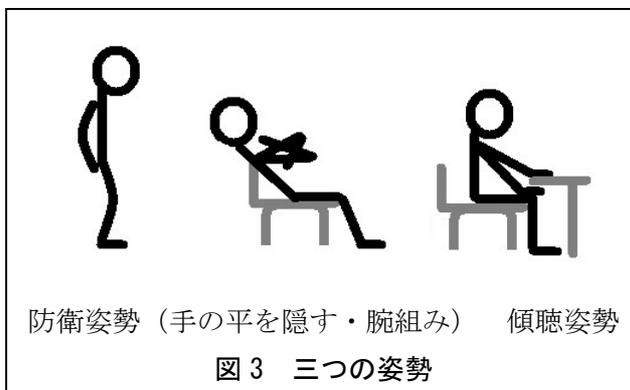
傾聴姿勢

姿勢とは動きのない静的な身体反応であり、それに対して動的な身体反応を動作と言う。

私たちは心の中を見られたくない時に、ポケットに手を入れたり、手を後ろに回したりと、たびたび手の平を隠そうとする姿勢を取る。また、人前で緊張すると腕組みなどをして、自分のみぞおちを隠そうとする姿勢を取る（図 3）。これらは自分を守ろうとする防衛姿勢であり、医療職が防衛的に臨めば患者・利用者も防衛的になってしまう。

また、私たちにはストレスが溜まると、無意味な反応を繰り返す動作がたびたびみられる。貧乏揺すりはその典型であり、固着反応と呼ばれる。医療職が固着反応で臨めば、患者・利用者はリラックスできないであろう。

手を自分の膝やテーブルの端に添えて、背筋を伸ばして座る傾聴姿勢で臨むとよい。そうすると、誠実に話を聴こうとするメッセージを、患者・利用者に伝えることができる。



文献

- 1) 諏訪茂樹：対人援助とコミュニケーション 第2版 主体的に学び、感性を磨く。中央法規出版，2010
- 2) 諏訪茂樹：コミュニケーション・トレーニング 改訂版 人と組織を育てる。経団連出版，2012
- 3) Ivey,A.E. & Gluckstern, N.B. : Basic attending skills. Microtraining Associates, 1974
 福原真知子訳：マイクロカウンセリング。川島書店，1985

（諏訪茂樹）

医師

医師のプロフェッショナリズムとは

医師のプロフェッショナリズムについて普遍的なモデルはない¹⁾が、2つの代表的なモデルであるアーノルドとスターンの広義のプロフェッショナリズム²⁾と、欧米内科3学会・組織合同による具体的な原則と責務を提示したプロフェッショナリズム³⁾を示す。

アーノルドとスターンはプロフェッショナリズムについて図1に示す「定義」をしている。臨床能力、コミュニケーション・スキル、倫理的・法的理解を土台として、卓越性・人間性・説明責任・利他主義を4つの柱としてプロフェッショナリズムを支える図式である。また、欧米内科3学会・組織合同は医のプロフェッショナリズムである医師憲章を作成し、具体的な原則と責務を提案した。この憲章で患者の福利優先の原則、患者の自律性に関する原則、社会正義（公正性）の3つの原則と、プロフェッショナルとしての能力に関する責務、患者に対して正直である責務、患者情報を守秘する責務、患者との適切な関係を維持する責務、医療の質を向上させる責務、医療へのアクセスを向上させる責務、有限の医療資源の適正配置に関する責務、科学的な知識に関する責務（科学的根拠に基づいた医療）、利害衝突（利益相反）に適切に対処して信頼を維持する責務、プロフェッショナル（専門職）の責任を果たす責務（仲間や後進の育成など）の10の責務が提示された。

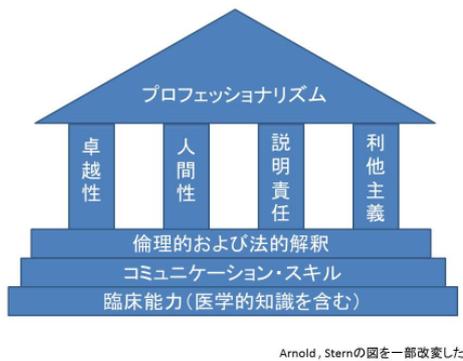


図1 アーノルドとスターンの唱えるプロフェッショナリズムの「定義」

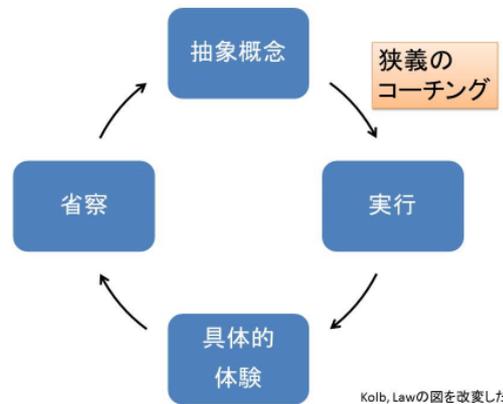


図2 ナラティブ・コーチングの中心概念である学習の車輪

医師に対するプロフェッショナリズム教育

医療の現場では、医学専門的知識やスキルのみで診療が行われることは少なく、常に心理社会的問題を含んでいる。ときに不確実性や医師-患者間における価値観の相違などが複雑に絡み合い混沌とした状況になることも少なくない。たとえば、透析をやめたいという認知症の高齢者の場合、患者本人、家族、複数の医師と医療スタッフの考えが一致しない場面に遭遇する。この場合ひとりの医師の判断だけではなく、臨床倫理の4分割表を用

いて医療スタッフ、患者、家族とともに多角的に協議して結論に導くのも1つの方法であろう。高度の複雑さと曖昧さを扱う医療の実践の中、プロフェッショナルな医師としての行為と決断を省察しながら問題に取り組む姿勢が必要とされている。

このような背景の中、医師のプロフェッショナリズムの教育の概要は、1) 目標を設定すること、2) 学習経験を積むこと。そして3) 成果を評価することであるが、大生は「プロフェッショナリズムの教育は、初期の知識のレベル、態度・姿勢・行動のレベルに加え、学習者にとって重要なイベントを振り返ることができるような、そして体験を得られるような方略、さらにプロフェッショナリズムのあり方を示してくれるロールモデルの存在、良いあり方を模索する文化や環境に身をおくことの重要性を指摘している¹⁾。

この点について宮田⁴⁾はポートフォリオにおけるSignificant Event Analysis (SEA: 訳さないで用いることが多いが有意事象分析と訳すことがある)の重要性を指摘し、研修医教育などで用いてきた。SEAを記載するポートフォリオは、通常の診療録とは別に、患者ケアを行う医療者自身の物語を記載しておくもので、患者とのかかわりの中で感じたこと、患者に対する思い、自分の感情など自分の経験を再考し、批判的な振り返りを含めて記載する。その振り返りの深さは人間的成長と関連するとされ、その経験を他のメンバーや教員らとともに共有する。医療者自身の物語の記載は、いわゆるナラティブ能力を高め、共感的全人的医療の実践をもたらすプロフェッショナリズムの涵養をもたらす。一方、指導する立場に視点を変えると、これは学習理論を元にしたナラティブ・コーチング^{5), 6)}の考え方と共通し、指導者がナラティブ・コーチングを実践することで、より効果的な教育を行うことができると思われる(図2)。

文献

- 1) 大生定義: プロフェッショナリズム総論. 京府医大誌, 第120巻6号, pp. 396-402, 2001
- 2) Arnold L, Stern DT: What is Medical Professionalism? In Sten DT (ed): Measuring Medical Professionalism. Oxford university press New York, pp. 15-37, 2006
- 3) ABIM Foundation : American Board of Internal Medicine : ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine: Medical Professionalism in the new millennium: a physician charter, Ann Intern Med, 136:243-246, 2002
- 4) 宮田靖志: プロフェッショナリズムと省察的実践. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 35(1), pp. 70-75, 2012
- 5) Palmer S, Whybrow A: Handbook of Coaching Psychology A Guide for Practitioners East Sussex Routledge pp. 174-192, 2011 (ステイブン・パーマー, アリソン・ワイブラウ(編者), 堀 正(監修・監訳), 自己心理学研究会(訳): pp. 207-327, 金子書房, 2011)
- 6) 西垣悦代, 堀 正, 原口佳典編著: コーチング心理学概論. pp. 189-205, ナカシニヤ出版, 2015

(森谷 満)

歯科医師

● 歯科医師の職務とプロフェッショナリズム

1906年にわが国で初めて歯科医師法が制定された後、1948年に新たな歯科医師法が制定された。また、この年同時に歯科衛生法が制定されている。この歯科医師法の第一条に「歯科医師は、歯科医療及び保健指導を掌ることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする」と明記された。すなわち、この法律に示されている歯科医師の職務は、歯科医療、保健指導および公衆衛生の3項目である。

う蝕と歯周病に代表される口腔疾患は、わが国はもとより地球レベルで高い有病者率を示す疾患であり、その進行は、疼痛と歯の喪失を招く¹⁾。これらは、いずれも食生活をはじめとする生涯にわたる個人のQOL (Quality of Life) の低下に大きく影響する。そのため、歯科医師に求められる臨床能力は、口腔疾患の発症予防・重症化予防と、「食べる」、「話す」、「笑う」という摂食機能およびコミュニケーション機能をはじめとする口腔機能の維持・回復にある。また、口腔疾患は、口腔清掃行動および摂食行動に大きく左右される疾患であり、しかも定期歯科受診など歯科受診・受療行動に影響を受ける。そのため、これらの予防は、日常生活における行動変容と維持を図るための保健指導のウエイトが大きい。そして、口腔疾患は、食べている限り、生涯にわたり発症リスクを伴う疾患であるので、歯科医師と患者との関係は長期間にわたることが多い。

一方、個人の行動変容を目指すだけでは、健康格差の課題が残るために、社会環境の整備が必要である。実際、小学校等におけるフッ化物洗口をはじめとするフッ化物応用という公衆衛生的な方法によって、これまで小児のう蝕罹患状況は大きく改善されてきた。わが国では、歯科領域の公衆衛生は、地域の臨床医で構成される歯科医師会が担うという特徴があり、地域住民に対するコミュニケーション能力をはじめとする説明力と健康教育スキルが歯科臨床医に求められる。さらに、1989年から開始された8020運動という国民運動の牽引役を歯科医師が務め、その成果を上げてきた。例えば、この30年間で、12歳児の一人平均う蝕数は、4.9本から1本以下に減少し、80歳で20本以上の歯を有する者の割合は約7%から40%となった。また、「健康日本21(2000年～2012年)」における最終評価をみても、「歯の健康」に関する目標全13項目中12項目で「達成」あるいは「改善」がみられた。

● 健康寿命の延伸と歯科医療・口腔保健

今世紀以降、歯・口腔の健康と全身の健康との関連を示すエビデンスが内外で蓄積されるようになってきている²⁾。特に、長期間のコホート研究から明らかになってきた生活習慣病(非感染性疾患; Non-communicable diseases, NCDs)との関連が大きい。しかも、がん、心臓血管疾患、脳血管疾患、糖尿病をはじめとする主なNCDsと口腔疾患の間には、

共通リスクファクター (common risk factor) が多い。そのため、NCDs 予防と健康寿命の延伸という政策課題に貢献する分野として、歯科医療・口腔保健が注目されるようになってきた。

このような背景から、2011年に「歯科口腔保健の推進に関する法律」が制定された。この法律の第一条に、「口腔の健康が国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしている」と明記された。歯科医師法に記された「国民の健康な生活を確保するものとする」という部分が、エビデンスに基づきより強化された。実際、2013年からスタートした「健康日本21(第2次)」では、(1)健康寿命の延伸と健康格差の縮小、(2)生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底：NCD(非感染性疾患)の予防(がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPD)、(3)社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、(4)健康を支え守るための社会環境の整備、という4項目を達成するための基本要素の一つとして、歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善が位置づけられている。

● 歯科医療・口腔保健と行動科学

保健医療の分野に行動科学を応用するための研究の端緒のひとつが、歯科領域からの報告であったことはあまり知られていない。1950年代の始めにイェール大学のジャニス(Janis, I. L.)らは、歯科分野から病気の恐ろしさを伝えるコミュニケーションとその限界が示し、その後、歯科受診行動に対する要因を確認しようとしたのがアメリカ教育保健福祉省のケーゲルス(Kegeles, S. S.)である。これらの報告は、ミシガン大学のローゼンストック(Rosenstock, I. M.)らのヘルス・ビリーフ・モデル(Health Belief Model)へと発展した³⁾。

この背景は、歯・口腔の健康を保持するための効果的な予防法があることと、国民自らが、疾患を抱える当事者として取り組みやすい分野であることによる。そして、これまでの行動科学の発展を踏まえ、「標準的成人歯科健診プログラム・保健指導マニュアル」が2009年に公表されている³⁾。これは、質問紙を用いて多職種が、対象者の環境、行動、健康を評価し、自己目標の設定という行動の自己決定に対する支援を通して、効果的な行動変容と行動の維持を図るためのプログラムであり、その普及と利用が進んでいる。

歯科医療従事者によって牽引されてきた歯科医療・口腔保健は、多職種連携を通して評価され推進される時代となった。

文献

- 1) Marcenes W, et al.: Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. J Dent Res. Vol.92No.7, pp.592-597, 2013
- 2) 日本歯科医師会：健康長寿社会に寄与する歯科医療・口腔保健のエビデンス 2015. 日本歯科医師会, 2015
- 3) 深井稔博：歯科医院力を高める保健指導実践ガイド. 医歯薬出版, 2013

(深井稔博)

看護師

● 法律からみる看護師の責務

看護専門職者には、保健師、助産師、看護師、准看護師が含まれる。看護職者の資格と業務については、保健師助産師看護師法により、規定されている。2014年度の看護職就業者数は、看護師が1,142,319人、准看護師が364,061人、保健師が59,156人、助産師が37,572人である¹⁾。保健医療専門職に占める看護職者の割合は大きい。ここでは、看護職者の中でも、もっとも人数が多い看護師に焦点をあてて論じることとする。

保健師助産師看護師法第5条によると、「看護師とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくははじょく婦に対する療養上の世話または診療上の補助をおこなうことを業とする者という」とある。第5条は、同法の第31条第1項「看護師でない者は、第5条に規定する業をしてはならない。医師法又は歯科医師法の規定に基づいて行う場合は、この限りではない」という業務独占の規定とセットで理解する必要があると指摘されている²⁾。療養上の世話は、日常生活行動の援助などが含まれ、看護師の知識と技術で展開できる業務である。診療上の補助は、薬剤の投与などが含まれ、医師の指示を必要とする業務である。

● 看護とは何か

日本看護協会（2007）は、看護について、次のように述べている。「看護は、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、対象が本来もつ自然治癒力を発揮しやすい環境を整え、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通して、その人らしく生を全うすることができるよう身体的・精神的・社会的に支援することを目的としている」³⁾。この日本看護協会の看護の目的を手がかりに、看護理論家たちの看護の定義を参照にして、看護とは何かについて述べる。

(1)生涯にわたり、その人の健康状態に応じた支援を展開すること

日本看護協会の定義から、看護の対象は、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会まで含めた広いものといえる。また、この定義では、疾病の予防から、健康の保持増進、健康の回復や緩和ケアもふくめて必要なケアを行うということ、すなわち、生涯にわたりその人の健康状態に応じたケアを展開することが示唆されている。看護職者の働く場は、病院やクリニックなど疾患や障害をもつ人のいる施設のみならず、学校や企業や保健所や介護施設など、様々である。看護師は、人の誕生前から死に至るまでの様々な時期に、健康状態に応じた支援を展開している。看護職者同士が連携しあい、生涯にわたりその人の健康状態に合わせたケアを展開することが、看護の目的の到達には必要である。

(2)その人のもつ力が発揮できるように環境を整えること

看護理論家のナイチンゲールは、「看護が意味すべきことは、新鮮な空気、光、暖かさ、清潔さ、静かさの適切な活用、食物の適切な選択と供給——そのすべてを患者の生命力を

少しも犠牲にすることなく行うことである」⁴⁾と述べ、環境を整え、患者の生命力の消耗を少なくすることの必要性を論じている。川島は、看護の力は「その人に本来備わっている治る力を上手に引き出すことにある」⁵⁾と指摘している。看護理論家のオレム⁶⁾は、セルフケアに焦点をあてた看護理論を展開し、セルフケアをおこなう力を高める支援の重要性を説いている。このように、看護においては、その人のもつ潜在的な力に目をむけて、それを発揮できるような支援が重視されている。

(3)生活に即してその人らしく生きることを支えること

上述した日本看護協会の看護の目的に関する記述に、「生涯を通して、その人らしく生を全うすることができるよう」にとある。また、その人のもつ力を高めるセルフケア支援に焦点をあて看護を論じている本庄は、「セルフケア看護の本質は、一人ひとりに寄り添い、その人の生活にまで目を向け、その人にとってのより良い生活に向けて意思決定できるように支えることにある」⁸⁾と指摘している。看護師はケアを受ける人と接する機会や時間も多いいわれており、その人の生活に即して、その人らしく生きることを意思決定できるような支援は、看護師の重要な役割のひとつである。

● 保健医療専門職の中で看護師が果たす役割

「看護とは何か」で述べてきた「生涯にわたり、その人の健康状態に応じた支援を展開すること」「その人のもつ力が発揮できるように環境を整えること」「生活に即してその人らしく生きることを支えること」は、すべての保健医療専門職がめざすものともいえるだろう。看護師は、ケアの受け手となる人々の健康上の課題や治療法や療養法などをふまえた支援を展開し、看護の視点から、その人の「健康状態に応じて必要とされる支援」「その人のもてる力」「その人の生活」「その人の生き方」に関する情報を多職種と共有し、協働していうことが必要であると考えられる。

文献

- 1) 日本看護協会編：平成 28 年版 看護白書. 日本看護協会出版会, 2016.
- 2) 田村やよひ: 私たちの拠りどころ 保健師助産師看護師法 第 2 版. 日本看護協会出版会, 2015
- 3) 日本看護協会編：日本看護協会看護業務基準集 2007 年改訂版. 日本看護協会出版会, 2007.
- 4) Nightingale, F. : Notes on Nursing—What It is, and What it is not. Bookseller to the Queen, 1859 小玉香津子・尾田葉子訳: 看護覚え書き——本当の看護とそうでない看護. 日本看護協会出版会, 2004
- 5) 川嶋みどり：看護の力. 岩波新書, 2012
- 6) Orem, D.E. : Nursing—Concept of Practice(6ed). Mosby, 2001, 小野寺杜紀訳: オレム看護論——看護実践における基本概念第 4 版. 医学書院, 2005
- 7) 本庄恵子：セルフケア看護. ライフサポート社. 2015

(本庄恵子)

助産師

助産師とは

助産師とは、その定義をみれば明らかなように、助産業務に従事するための免許^{注1)}を法的に取得しただけではなく、助産実践の能力（コンピテンシー）を兼ね備えている者のことをいう（表1）。では、助産実践の能力とはなにか。出産という営みは文化的な要素が大きくかかわり、かつ、助産師の法的根拠や教育システムは国や地域によって大きく異なる^{注2)}。したがって、本稿では主に日本の助産師に求められる実践能力を公益社団法人日本助産師会の声明¹⁾に沿って紹介し、助産師のプロフェッショナリズムについて述べたい^{注3)}。

表1. 国際助産師連盟（International Confederation of Midwives：ICM）による助産師の定義

助産師とは、その国において正規に認可され、「ICM 基本的助産業務に必須な能力」および「ICM助産教育の世界基準」の枠組に基づいた助産師教育課程を履修し、合法的に助産業務を行い「助産師」の職名を使用する免許を取得するために登録され、かつ、あるいは法律に基づく免許を得るために必要な資格を取得した者で、かつ助産実践の能力（コンピテンシー）を示す者である。

（2011年6月15日ICM 評議会により改訂および採択。次回改訂は2017年を予定）

助産師に求められる実践能力とは

日本助産師会では、助産師に求められる必須の実践能力を【助産師のコア・コンピテンシー】として、〈倫理的感応力〉、〈マタニティケア能力〉、〈ウィメンズヘルスケア能力〉、〈専門的自律能力〉という4つの要素から説明している（図1）。

倫理的感応力は、マタニティケア能力、専門的自律能力、ウィメンズヘルスケア能力を発揮するための基盤となる能力である。右図（図1）の矢印の大きさや方向に着目して欲しい。倫理的感応力に下支えされた3つの能力

（要素）は、助産師の理念である「生命の尊重」、「自然性の尊重」、「智の尊重」¹⁾によって方向づけられ、適時性、個別性、継続性をもって発揮される。そして、発揮された能力はまた、助産師自身の倫理的感応力を養うという循環を繰り返す。こうして、助産師の実践能力は再帰的に育成されていく。

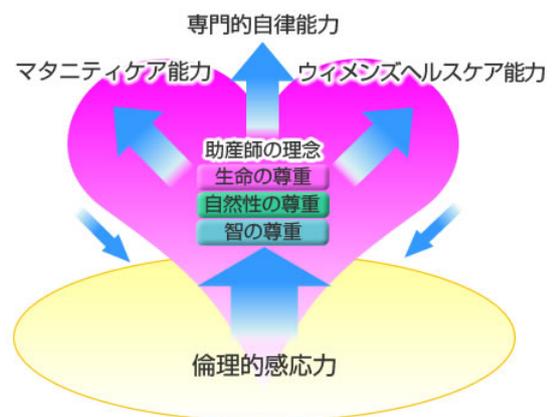


図1. 助産師のコア・コンピテンシーイメージ図（日本助産師会）

表2. 【解説：助産師のコア・コンピテンシーを構成する4つの要素】（日本助産師会）

コンピテンシー1：〈倫理的感応力〉

助産師は、対象一人ひとりを尊重し、そのニーズに対して倫理的に応答する

助産師は、対象となる一人ひとりの女性と子どもおよび家族を尊重し、敬愛と信頼に基づく相互関係を基盤として活動することによって、生命の尊重・自然性の尊重・智の尊重という助産師の基本理念を、行動として具体化する専門職である。そのために助産師には、対象となる女性と子どもおよび家族の生命や人間としての尊厳と権利を最大限に尊重するために相手のニーズを的確にくみ取り反応する能力、女性と子どもおよび家族との間に信頼関係を築きつつ平等で最善のケアを提供する能力、女性と子どもおよび家族に関する情報の保護を徹底しケア対象者のプライバシーを守る能力が求められる。

コンピテンシー2：〈マタニティケア能力〉

助産師は、分娩を核とするマタニティサイクルにおいて、安全で有効な助産ケアを提供する

助産師は、妊娠期、分娩期、産褥期、乳幼児期における、母子および家族のケアの専門家である。よって、もてる知識や技能を統合し、全期を通じて母子および家族に必要なケアを提供する。自己の責任のもとに正常な分娩を介助し、新生児および乳幼児のケアを行う。支援にあたっては、女性の意思や要望を反映できるように、支援計画・実施・評価を行い、ケアの向上に努める。母子にとって安全で、満足な分娩が行えるように支援する。

高度医療の発達に伴い発生するハイリスク児の誕生から乳幼児期に至るまで、継続的に児の発達水準に対応した育児ができるように、他の専門職種との協働において母親および家族を支援する。また、出生前診断などの先端医療に関して、医師や他の専門職種との連携を通して支援する。

コンピテンシー3：〈ウィメンズヘルスケア能力〉

助産師は、女性の生涯を通じた支援者であるとともに、相互にパートナーシップを築く

助産師は、女性の健康の保持・増進を促し、女性が自己の健康管理を行えるよう日常生活上のケアを通して支援する。具体的には、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの視点から、女性のライフステージや遺伝などの家族全体に関わる課題において、健康教育、知識の普及・啓発、健康相談、保健指導を行い、健康をめぐるさまざまな問題に女性が対処できるよう支援する。

コンピテンシー4：〈専門的自律能力〉

助産師は、専門職としてのパワーを組織化し、社会に発信する

助産師は、自律した専門職者として施設を自ら経営または経営管理に参画して、緊急時の適切な対応や医療事項防止に努め、保健・医療・福祉に貢献する。助産師には、自律性のある専門活動を維持し向上させるために、専門職能団体を組織して社会的な活動を行い、情報を発信するとともに、助産領域の研究に参画し、助産師間やケア対象者、医師、他の専門職との相互交流を通じて、助産ケアの改革や質の向上を目指す能力が必要である。後輩助産師を育成する能力や、継続的に自己研鑽する能力も、自律性のある専門活動を維持・発展させるために重要である。

● 助産師のプロフェッショナリズム：課題と展望

本稿では助産師のプロフェッショナリズムを助産実践の能力というキーワードから概説したが、今日、助産師を取り巻く状況はけっして単純ではない。2017年現在、助産師のほとんどが病院や診療所に勤務する勤務助産師である。しかし、勤務助産師は少子化の影響を受け、産科病棟の閉鎖などの危機に晒され、専門性を発揮できない状況にある。少子超高齢社会に対応する助産師には、①「正常分娩の専門家である」という職業アイデンティティのなかにウィメンズヘルスケア能力をいかに見出すのか、②晩産化によって助産師のケアの主な対象者である妊産褥婦・新生児の身体的心理社会的リスクが高まり、出産への期待やケアニーズが多様化するなか、いかにして「正常な出産に導く」のか、など、女性の健康を支援する者としてのプロフェッショナリズムが問われている。

注1) 看護師と助産師はともに国家資格であるが、免許の内容に違いがある。看護師は看護師国家試験に合格し看護師免許を得るが、助産師は、看護師の免許取得者がさらに指定の養成機関で1年以上の教育を受けたのち、助産師国家試験に合格して助産師免許を得なければならない。免許の違いは業務の違いを示しており、助産師が助産行為（胎児を取り上げ、へその緒を切断するなどの医療行為を含む）を正常分娩に限って医師の指示なしに行えるのに対して、看護師はたとえ医師の指示があっても助産行為は許されない。また、助産師には助産所の開業が認められている。【保健師助産師看護師法】
【医療法】

注2) 日本で助産師免許を取得するには、日本の助産師国家試験と看護師国家試験に合格しなければならないため、通常3年間の看護師教育と1年間の助産師教育を受けることになる。しかし、国際助産師連盟は助産師に看護師免許を求めず、むしろ助産師に特化した専門教育を1年半以上受けることによって得られる免許制度（実態としては、医療先進諸国では3～4年間の教育を科すことが多い²⁾）を国際基準として提示している。

注3) 実は国家資格ではないものの、周産期母子援助や女性の健康を支援する者として、公益社団法人日本看護協会が独自に認定する「専門看護師（母性看護分野）」という資格も

存在する。だが国家資格ではないことから本稿では言及しない。「助産師のプロフェッショナリズムとは何か」という問いは、女性の健康や助産をめぐる日本の教育や制度がきわめて錯綜している状況にあることを浮き彫りにする。

引用文献

- 1) 公益社団法人日本助産師会：助産師の声明。日本助産師会出版，2007
- 2) Sofia CL, et al.: A descriptive analysis of midwifery education, regulation and association in 73 countries: the baseline for a post-2015 pathway. *Human Resources for Health*, 14: p.37, 2016

参考文献

- 1) 公益社団法人全国助産師教育協議会：助産師教育におけるミニマム・リクワイアメンツ。全国助産師教育協議会，2009
- 2) 公益社団法人日本助産師会（編）：助産業務ガイドライン2014。日本助産師会出版，2014
- 3) International Confederation of Midwives (ICM)：International Code of Ethics for Midwives (ICM 助産師の倫理綱領)。2011

(田辺けい子)

保健師

保健師・公衆衛生看護の定義と役割

保健師とは、厚生労働大臣の免許を受けて保健師の名称を用いて保健指導に従事することを業とする者（保健師助産師看護師法）であり、専門職である。専門職とは、①専門的な教育をうけていること、②特定の技術・能力、規範にかかわる学問的基盤を持っていること、③特定のサービスを提供すること、④自律性をもって意思決定し実践すること、⑤専門職組織を持っていること、⑥倫理要領に示していることのすべてを満たす職業であるが、保健師もこれらを満たす¹⁾。日本公衆衛生看護学会では、保健師について「国家資格である保健師の名称を用いて公衆衛生看護の目的を達成しようとする者をいう」と定義している²⁾。ここでいう公衆衛生看護とは、公衆衛生の理念をもとに、地域で生活するあらゆる人々の健康を看護の立場から保持・増進し、疾病を予防していくことを目指すものであり、看護の立場から公衆衛生の目的を達成するために実践される、個人・家族、集団、組織を対象に意図的・組織的な活動である³⁾。

日本国憲法では、基本的人権の尊重（第 11 条）、個人の尊重、幸福追求権及び公共の福祉（第 13 条）、生存権と国民生活向上（第 25 条）などについて国の義務を規定しているが、公衆衛生看護活動が担う役割は、このような法的根拠を礎とし、対象となる人々の健康と幸福の向上を目指した活動である。とくに子供や高齢者、疾病や障害により生活に困難を抱えているなどの人々の権利擁護という点も念頭に置く必要がある。また、個人の直接的な健康支援はもちろんのこと、社会的立場の弱さや抑圧によって回復の力を取り戻すことが難しい人々が、その集団や組織の中で内なる自分の力の気づきや自信の回復を通し、自分の生活や健康を取り戻す過程を支えるエンパワメントを推進する役割も大きい。

保健師の活動と倫理

麻原によれば、保健師の活動はどのような地域や領域で活動していても、1. 健康課題を見出す、2. 個別の健康課題に確実に対応する、3. 社会資源をつくり公平に分配する、という機能を有する⁴⁾としている。

例えば、長期間、高齢者家族の介護を行っている男性が、地域の健康診断で糖尿病を指摘された。保健師が話を聞くと、介護を優先するため自分自身は生活時間が不規則で簡単に空腹を満たす食事で済ませたり、運動不足になりがちであった。近所で悩みを話せる場所もなく、疲労もピークとなり大きなストレスを抱えていた。このような場合、男性の健康課題に対する医療情報の提供や保健指導を行うことはもちろんのこと、ケアマネジャーと連携を図り介護負担軽減の検討等、更には男性の家族介護者同士の情報交換の場づくりや継続的な支援の在り方を地域活動の中で行っていく。

また、職場のある部署で、長時間労働者の面接指導対象者が他の部署と比べて多かった。

面接指導者には産業医による就業上の措置に基づきながら保健指導を行うと同時に、部署ごとの労働時間や労働環境についてのアセスメントを行ったり、管理監督者や人事総務部門と連携をとりながら健康教育の実施も検討する。また労働環境の改善について、衛生委員会などで問題提起し、事業所全体としての風土やルール作りに繋げるような活動を行う。

その際、倫理の面で悩ましい点に遭遇する。例えば、ある児童や高齢者への虐待の疑いで周囲や学校から連絡を受けた場合、その家庭に対するアプローチは必要ではあるが、どの程度介入できるのかを判断するには何に依ればいいのか。あるいは、長時間労働が常態化している職場で、管理職が部下の超過勤務を認めず人事部門も黙認しているような場合、最初の一步として一体何からできるだろうか。保健師活動の実践の中では、単なる健康問題へのアプローチだけではなく、解決に苦慮する困難な問題に直面することも多い。様々な価値判断を含む複雑な問いに対して、対象となる人々の尊厳や権利、自己決定の権利、専門職としての能力研鑽等の面から、常に振り返らなければならない。

また、保健師活動における倫理的な配慮として、情報の取り扱いに関する問題がある。保健師が日常的に扱う情報の一例をあげると、対象者の住所や生年月日、家族、教育歴や職業などパーソナルな情報、診療記録や健康診断（診査）の結果・感染症を含む病歴・個別相談記録などの健康情報、更には行政や民間のサービス登録上発生する情報などである。特に保健師はデータベースの整備などで大量のデータを一度に扱う役割を担う者も多い。このように、保健師は業務上様々な情報に触れる機会のあることを十分に自覚し、情報漏洩のないよう対策を十分に行っておく必要があることは言うまでもない。一方で、本人もしくは他者への生命の危険を防ぐために、守秘義務の免除とともに情報の開示が必要な場合もある。個人情報の保護に関する法律、各省からの指針をはじめ、自身の領域や職場等における情報保護に関するガイドラインが参考となる。

なお、我が国の看護者（保健師・助産師・看護師）に共通する行動規範としては「看護者の倫理綱領」（日本看護協会）⁵⁾により示されている。

文献

- 1) 星旦二他：これからの保健医療福祉行政論 第2版. 日本看護協会出版会, 2014
- 2) 日本公衆衛生看護学会：公衆衛生看護関連の用語の定義. 2014
http://plaza.umin.ac.jp/~JAPHN/wp-content/uploads/2015/05/def_phn_ja_en.pdf
- 3) 標美奈子他：標準保健師講座1 公衆衛生看護学概論. 医学書院, 2015
- 4) 麻原きよみ（主任研究者）他：厚生労働科学研究費補助金特別研究事業「保健師基礎教育における技術項目と卒業時の到達目標に関する研究」総括研究報告書, pp.5-9, 2008
- 5) 日本看護協会：看護者の倫理綱領. 2003
<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf>

（瀬在 泉）

リハビリテーション職種

リハビリテーションの定義

主に障害のある人の「機能回復訓練」や「社会復帰」を指すことが一般的だが、広義に広く「人間存在の包括的な復活（全人間的復権）」を意味するものであると理解する必要がある。1982年に発表された国連「障害者に関する世界行動計画」の定義では、「リハビリテーションとは、身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、個人が自らの人生を変革していくための手段の提供を目指し、かつ、時間を限定したプロセスである。これには社会的適応または再適応を容易にするための方策をはじめ、機能喪失や制約を補うことを目的とする方策を含む。」とされている。

リハビリテーションの対象

障害には様々な種類があり、原因となる疾患や外傷も多様である。脳血管障害、脊髄損傷、骨折、パーキンソン病などの骨関節疾患や神経筋疾患、慢性呼吸不全、肺炎、心不全などの呼吸器や循環器疾患、がんや糖尿病に起因するものもある。その他、精神疾患や災害時の心身的なダメージについても対象である。また、高齢者が最期まで住み慣れた地域でいきいきと暮らし続けることができるように、介護が必要になる状態を延伸したり、重篤化を防ぐなど介護予防の観点も必要である。疾病や人口構造の変化に応じて、対象は多様化している。

国際生活機能分類（ICF）

ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health:国際生活機能分類）は、2001年5月にWHO総会で採択された¹⁾。障害者だけでなく、全ての人に対応し、人々の健康全ての側面(健康領域)と健康に関する安寧(健康関連領域)に関する「健康の構成要素に関する分類」である。

生活機能の3レベル（「心身機能・構造」：心身の働き、「活動」：生活行為、「参加」：家庭・社会への関与・役割）はそれぞれが単独に存在するのではなく、相互に影響を与え合い、また「健康状態」・「環境因子」

「個人因子」からも影響を受ける。これを示すために、ほとんどすべての要素が双方向の矢印で結ばれている。これが「お互いに影響しあう」相互作用モデルである²⁾。リハビリテーションの実施においても、この分類に基づきアプローチを実践していくことが主流となっている（図1）。

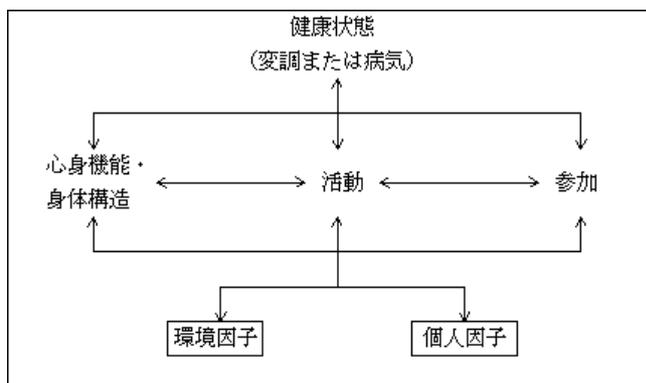


図1 ICFの構成要素間の相互作用

● リハビリテーションの分野

生活機能分類における相互作用の考え方からも、対象となる人や環境に働きかけ、生活を中心により良くすることである。ゴールや目標はその人らしい多様な価値観を支える。

1. 医学的リハビリテーション

身体機能の回復を目指し、疾病の発生と同時に、訓練や予防などを行う。

2. 教育的リハビリテーション

障害児（者）の特性に応じた教育を行うことで能力を最大に伸ばす。近年は住み慣れた地域の中にある学校に通学する「イングリッション教育」（統合教育）が進められている。

3. 職業的リハビリテーション

適切な就職を確保し、継続させていくために職業指導や職業訓練を総合的に行う。

4. 社会的リハビリテーション

社会にある多様なサービス（社会資源）を活用することにより社会参加し、自らの人生を主体的に生きていくための「社会生活力」を向上させることを目的とする。

● リハビリテーション職種

リハビリテーション対象者は多様な障害と生活機能の課題を有している。そのため、専門的知識と技術が必要で、多職種連携による治療や訓練、ケアを包括的に提供するチームアプローチが特徴である³⁾。職種は、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、技師装具士、視能訓練士、臨床心理士、精神保健福祉士、介護福祉士、社会福祉士など多様である。本章では特に訓練に関係する職種を紹介する。

理学療法士 Physical Therapist (PT)

理学療法士及び作業療法士法(1965)により、医師の指示のもとに、筋力、持久力、痛みなどの心身機能や起居、歩行などの基本動作の能力の判定や支援、訓練方法の指導・助言。

作業療法士 Occupational Therapist (OT)

理学療法士及び作業療法士法(1965)により、医師の指示のもとに、認知機能などの心身機能や入浴・排泄・食事動作等の日常生活機能（ADL）、調理などの（IADL）、余暇活動等、それらを支える道具の選定、環境調整の判定や支援、訓練方法の指導・助言。

言語聴覚士 Speech-Language-Hearing Therapist (ST)

言語聴覚士法(1997)により、医師の指示のもとに、言語、聴覚、摂食嚥下機能などの心身機能やコミュニケーション能力、飲み込みの能力の判定や支援、訓練方法の指導・助言。

文献

- 1) 厚生労働省:「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について。厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課，2002
- 2) 大川弥生: 厚生労働省第1回社会保障審議会統計分科会生活機能分類委員会資料.ICF（国際生活機能分類）「生きることの全体像」についての「共通言語」。2006
- 3) 厚生労働省医政局長: 医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について。医政発 0430 第1号，2010

(花家 薫)

ソーシャルワーカー

● ソーシャルワーカーとは

ソーシャルワーカーは、人々が地域において自分らしい生活ができるように支援する。一般には、社会福祉士国家資格を取得し、例えば、地域社会、福祉現場、専門機関等において社会福祉実践を行うソーシャルワーカーとなる（*社会福祉士国家資格を持たないソーシャルワーカーもいる）。「社会福祉士及び介護福祉士法」（1989年）によれば、「①社会福祉士を名乗る（名称独占）、②専門的知識と技術をもつ、③日常生活を営むのに支障がある者と向きあう、④相談、助言、指導、連絡・調整をする」社会福祉の専門職者である。

ソーシャルワーカーが実践・活動する現場は、児童・高齢・障がい等の領域だけでなく、司法や教育等の新しい領域へ拡大しつつある。つまり、個人の生活に向きあうソーシャルワーカーが実践する領域や場面とは、人々の生活があるところに存在するのである。今日、社会基礎構造の変化や社会システムの複雑化とともに、個人や家族の生活や生き方も個別化・多様化の傾向にあり、社会の関係性や環境から様々な解決困難な問題が生まれている。

ソーシャルワーカーの業務は、社会福祉のフォーマルな領域（社会福祉の施設・機関、社会福祉協議会等）に収まらない。社会福祉の対象や範囲が拡大化するにつれて、ソーシャルワーカーは限定された枠組みを超えて、社会福祉関連・隣接領域（看護・心理・精神、教育、家族、産業等）やインフォーマルな領域（SHG、ボランティア、NPO等）において、多職種と連携を図りながら、固有の専門性を発揮することが求められている¹⁾。

● ソーシャルワーカーの価値と価値観

ソーシャルワーカーの主たる業務は相談援助を行うことである。そのためには専門的な知識と技術は必要条件であるが、その根底には人間観と倫理観、ソーシャルワーカーの価値がなくてはならない（図1）。

ソーシャルワーカーが専門職として身につけるべき価値とは何か。すべて人間は平等であり、人間の尊厳を有し、かけがえのない存在（実存）として尊重されるという価値である。ソーシャルワーカーは、専門職として共有するこの価値を基盤に実践をしている。

一方で、ソーシャルワーカーも一人の人間として個人の価値観ももつ。価値観とは、その人の育ちや家庭環境、人生における経験等により形成されるのであり、すべての人々は独自に固有の価値観を所有している。そこでソーシャルワーカーはジレンマに向きあうことも多い。ソーシャルワーカーの価値観とクライアントの価値観がぶつかりあうこともある。ソーシャルワーカーはその内面において「一人の専門職としての価値」と「一人の人間としての価値観」の狭間で葛藤し、苦悩する。対人援助専門職は、自己覚知やスーパーバイズを通して、まず自己を理解し、自らの価値観を基準にクライアントを審判することなく、互いの価値観を尊重しながら、目の前の一人の個人に向きあい、理解していく。

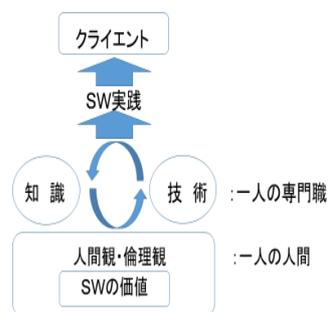


図1 ソーシャルワークの価値と専門性

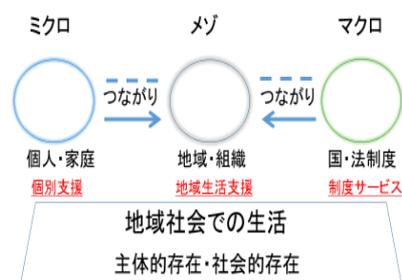


図2 ミクロ・メゾ・マクロのつながり

● ソーシャルワーカーの視点と援助

第一に、目の前の問題を問題として捉えない。つまり、現時点で捉えられる問題のみに焦点化するのではなく、クライアントの現在の生活の背景やこれまでの人生の歩み（＝生活の全体）を見通していく。ソーシャルワーカーには、ストレングス視点をもってクライアントとともに歩み、「なぜこの問題が今起きているのか」を捉えていく姿勢が求められる。

第二に、生活上のニーズをアセスメントする。ソーシャルワーカーは、生活基盤、健康状態、家族内関係、日常生活活動、対人関係、社会参加等、個人の生活に向きあう。客観的情報ばかりでなく、主観的情報（心的・社会的な要素）にも着目し、ニーズをくみ取る。

第三に、ソーシャルワーカーの支援は現実的かつ具体的でなければならない²⁾。ソーシャルワーカーは「①クライアントとともに支援方法をプランニングする。②クライアントと多様な社会資源をつないでいく。③マクロ的視点とミクロ的視点から捉える。④クライアントを地域で生活する社会的存在と捉える。⑤クライアントの主体性を尊重し、社会参加できるように支える」。その際、個別援助の技法をもってクライアントの感情表出を促し、信頼関係を築きながら、生活支援を現実的かつ具体的に実践していく（図2）。

第四に、専門職によるチーム連携を調整していく。例えば、子どもに関するケースであれば、児童領域の専門職の援助だけでは対応できない。実際に問題を抱えるのは子ども本人ではあるが、その子どもを取り巻く環境（家庭環境・育ち）や多様な社会関係が存在し、それらは多様な領域とのつながりもある。ソーシャルワーカーは、多職種チーム連携によって各専門職の専門性が発揮されるように、ジェネラルな視点をもって調整をしていく。

参考・引用文献

- 1) 梓川 一：『ソーシャルワークと活動分野—ソーシャルワーカーとケアマネジャーのための相談支援方法』。久美出版，2008
- 2) 岡村重夫：『社会福祉原論』。全国社会福祉協議会，1983

(梓川 一)

カウンセラー

● プロフェッションとしてのカウンセラー

カウンセリングとは、専門的訓練を受けたカウンセラーが、こころの問題に直面している人、自己成長を目指している人に対して、その人の問題解決のために、相談や助言をしたり、その人との言語的コミュニケーションや人間関係を通して心理的援助をしたりするものである¹⁾。カウンセラーは、本質的な解決策を見出すカウンセリング支援を通し、クライアントの人生を大きく決定づける場面にかかわることになる。そのため、カウンセラーには、高いプロフェッショナルリズムが求められる。

プロフェッションとは、「複雑な知識に精通し、熟練した技能を持つ職業で、科学的な知識、その習得、それに基づく実務が、自分以外の他者に用いられる天職」である²⁾。すなわち、プロフェッションは、それぞれの専門職、あるいは専門職集団を指す。さらに、プロフェッションには、自らの力量、誠実さ、道徳、利他的奉仕、公益増進に対して全力で貢献する意志が、社会から求められている。これらの意志を持ち、これを実践する社会契約を結び、その見返りにプロフェッションには、実務上の自律性や自己規制という³⁾特権が与えられている²⁾。

プロフェッショナルリズムは、プロフェッションとしての行動やプロセス、気概、職業倫理を意味するものとして用いられる³⁾。カウンセラーのプロフェッショナルリズムとは、自律性を持ち、社会契約に基づいたカウンセラーという専門職としてのあるべき姿勢・構え・行動様式ということになる。

● カウンセラーの国家資格化とプロフェッショナルリズム

カウンセラーが、専門職として認識されるには、1) 国によって認定された心理臨床家養成の大学院で一定のカリキュラムに従って教育を受けること。2) 国家によって実施される試験に合格すること。3) 有資格者として国への登録すること。4) 専門の学会への所属することと、⁴⁾は述べている。

このように、プロフェッションとしてのカウンセラーには、公的機関における訓練・教育システムと法的規制が求められる。資格や法的規制が必要なのは、専門性を高めることを通して、クライアントへの確実な専門的援助行為や心理的援助を保証することが可能になるためである。カウンセラーの代表的な資格には、現在、臨床心理士、産業カウンセラーなどがあり、他にも数十種類の資格がある。

わが国ではこれを国家資格化するために、公認心理師法が平成27年9月9日に議員立法により成立し、9月16日に公布された。平成29年9月15日までに施行される予定である。公認心理師は、保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、1) 心理に関する支援を要する者の心理状態の観察、その結果の分析、2)

心理に関する支援を要する者に対する、その心理に関する相談及び助言、指導その他の援助、3) 心理に関する支援を要する者の関係者に対する相談及び助言、指導その他の援助、4) 心の健康に関する知識の普及を図るための教育及び情報の提供の責務を担う。

アメリカでは、各州が「心理学者免許法」によって、カウンセラーの職務には法的な規制を設けている。また、アメリカ心理学会は、「心理学者のための倫理基準・事例集」や「サイコロジストのための倫理要綱および行動規範」を明確にしており、カウンセラーの職務は、これらの倫理基準によって規制されている。日本では、国家資格化に向けて準備が進んでいるが、現在法的な規制は設けられていない。カウンセラーの守るべき基準として、「一般社団法人日本心理臨床学会」が倫理綱領を、それぞれのカウンセラー資格認定機構が、職務倫理指針を打ち出している。カウンセラーには、厳しい自制心と自己研鑽が求められる。

● カウンセラーの人間性とプロフェッショナリズム

カウンセラーは、カウンセリングの技術の中に、自らの人間性を織り込みながら、クライアントと対話をする。そのプロセスの中で、クライアントの持つ潜在力に気づかせ、問題解決への希望の力を強めることになる。そのため、カウンセラーは、カウンセリングの理論と技術の修得や資格の取得に努めるだけでなく、人間味豊かに成長し、健康なパーソナリティを持つ存在を目指して、一段と研鑽を積むことが求められる⁵⁾。

私たちは死を迎えるとき、「様々な失敗や困窮状態があったとしても、振り返ってみるといい人生だったと、満足できること」を目的として生きている。カウンセラーは、クライアントに起こっている、メンタル不調、病気、争い、失敗という問題が、たとえ無自覚であったとしても、クライアントが「あるがままの自己」で、満足な人生を生きる上で必要な出来事と理解し、関わらなければならない。

カウンセラーの「あるがままの自分」を自己開示する姿勢と、たえず自らの未解決課題と向き合い続けている姿勢によって、問題や躓きを抱えるクライアントの前向きな姿勢を育むことができる。カウンセラーのプロフェッショナリズムとして、カウンセラー自身が自らの生き方や成長を真剣にとらえ、未解決な問題の解決に常に挑戦する姿勢を持つことが肝要となる。

文献

- 1) 松岡達哉（編集代表）：カウンセリングハンドブック．丸善株式会社，2011
- 2) Cruess SR, Johnston S, Cruess RL: Professionalism for Medicine: Opportunities and Obligations, Iowa Orthop J,24, pp.9-14,2004
- 3) 大生定義：プロフェッショナリズム総論．京府医大，120, pp.395-402, 2011
- 4) 鑪 幹一郎，名島潤慈：心理臨床家の手引き 第3版．誠心書房，2015
- 5) 岡堂哲雄：カウンセリングの条件（岡堂哲雄監修：心理カウンセリング PCA ハンドブック）．至文堂，2002

（樋口倫子）

チーム医療

チーム医療の担い手

チーム医療とは、「患者にとって望ましい医療を実現するために、医療従事者がお互いに対等の立場から連携して活動すること」であると考えられている。通例、医療従事者は、医師、歯科医師を合わせたメディカルスタッフと、それ以外の医療関連職種を意味するコメディカルスタッフに分けられる。主なコメディカルスタッフとしては、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学士、栄養士、歯科衛生士、歯科技工士、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、臨床心理士、及び事務職が上げられるが、看護師をメディカルスタッフに加える見方もある。

チーム医療の重要性について指摘され始めた 1960 年代から 1980 年代までは、医師、歯科医師以外の医療従事者をパラメディカルスタッフと呼ぶことが多かったが、医療現場における対等の立場からの協働という意味合いのあるコメディカルスタッフの呼称がほぼ定着してきている。また、近年では、医療従事者をメディカルスタッフと総称する考え方や、患者を医療チームの一員と見なす考え方も浸透しつつある。

チーム医療に至る経緯

戦前まで日本の医療は、医師による診療を中心としてきており、患者の世話は看護師や付添者と家族に委ねられ、医療とは切り離されていた。戦後は占領軍主導により医療の急速な近代化が図られ、適切な医療にとって不可欠の看護、検査、栄養等、様々な機能を担う専門職種を加えて組織された入院医療体制が求められた。法律で身分を保証されている職種も、戦前は医師、歯科医師以外には看護師と薬剤師のみであったが、徐々に様々な専門職種が導入されるに至った。

その結果、すでに 1950 年代には、医療従事者による協力の重要性が認識されていたが、1960 年代に入ると、整形外科、脳外科、精神科などを中心としたリハビリテーション医療の領域で、様々な疾患や障害に対応する国家資格制度が整備されるのと並行して、専門職種による協働を可能にするチームワークの重要性が実感されていった。

こうした変化の背景には、生物学的な視点に傾いた西洋近代医学の限界が明らかになるとともに、疾患や障害を抱える対象者の生活や人生を含む全体像を視野に入れた医療の必要性が認識されるに至ったという経緯があった。すなわち、医師以外の専門職の持つ知識・技術とその文化的背景となる生物学、心理学、社会学を包括した全人的医療への社会的な要請に応じることが医療関係者の急務となった。

チーム医療という言葉が使われ始めたのは 1970 年代に入ってからであり、1980 年代、1990 年代を通じて関連文献が漸増していく中で、圧倒的に多くの文献は看護師が著者であった。医療法では医師に大幅な権限を認め、看護師は「診療の補助」と「療養上の世話」を担うと規定されている。しかし、看護師の多くは、治療方針への提言に医師が抵抗を示

すことや、療養上の世話を医師が介入することに不満を抱えてきた。患者の立場からも、医療過誤や薬害への異議申し立てと並んで、患者の人権尊重と患者中心の医療への要求運動が高まった。こうした動きの中で、看護師は医師の権限や権威に従うことによって、患者の訴えを封じてきたと批判を浴びることになった。それだけに、様々な専門職の対等性を前提としたチーム医療という理念を最も受け入れやすかったのが看護師であった。

1990年代後半以降、患者中心の医療と並んで医療事故防止への要請が高まり、医療内容への外部評価が普及し、さらには医療情報のIT化が進行する中で、チーム医療への動きが加速し、関連文献の数も飛躍的に増加した。チーム医療の推進に向けた法律・制度・システムの改善も本格化しつつあり、看護師やその他のコメディカルスタッフの役割拡大と多職種連携（IPW: Inter-professional work）を条件に診療加算が認められるようになった。

多職種連携によるチーム医療の特徴と利点

多職種連携によるチーム医療の特徴としては、以下の諸点を上げることができる。

- ① 3つ以上の専門職で構成
- ② メンバーは互いを認知
- ③ 定期的なミーティングでの合意
- ④ 特定職種への権限・責任の集中を排除
- ⑤ 職種を限定せずにチームリーダーを特定
- ⑥ 課題別担当者への決定権の付与

このような条件を満たした医療チームでは、以下の効果が期待できる。

- ① 患者のニーズと提供可能な医療の適切な結合
- ② 異なる専門職同士の協調と相互支援
- ③ 明確で公平な分業に基づく効率的活動
- ④ 全人的な視野に基づく適切な治療計画の策定
- ⑤ 患者・スタッフへの社会的学習の機会提供

チーム医療の課題

チーム医療の重要性については、すでに社会的な合意形成が成立したと考えられる半面、課題も少なくない。多数の専門職によって構成されたチームが個々の患者の治療に携わることによって、患者の抱える様々なニーズに対応できる可能性が広がったのは事実である。しかし、専門職がそれぞれの専門性の発揮を競って自己主張を重ねれば、患者にとって何が大切なのかが見失われかねない。また診療加算の取得を急ぐあまり、多職種を揃えることを優先すると、チーム作りが疎かになる恐れが生じる。患者中心の医療を志向する場合も、諸職種がそれぞれに患者の要望に応えようとする、医療チームとしてのまとまりを欠くことになる。こうした状況は、互いに教育背景の異なる専門職がチームを組む以上、避けて通れないが、共に経験と工夫を積み重ねることによって、徐々に改善されることが期待できる¹⁾。特に重要な点は、医療の専門職だけの連携に止まらず、患者自身や患者を地域で支える福祉職を交えたチームによる協働に努めることである。近年、基礎教育の段階から専門領域を越えた交流の機会を取り入れた IPE(Inter-professional education)の試みも普及しつつある。

文献

- 1) 細田美和子：「チーム医療」とは何か。日本看護協会出版社、2012

(宮本真巳)

患者会と家族会

患者会・家族会の機能

患者会と家族会は、いずれも疾患や障害を持つ患者やその家族という医療の専門職ではない当事者が、対等の立場からの相互支援を目的として作った集団である。どちらも、主な機能としては、①疾病や障害からくる苦悩の共有、②療養生活に関わる情報交換、③制度改革や状況改善に向けた社会運動、という3点を上げることができるが、抱えている課題や結成に至る経緯に応じて機能の重点は異なる。

苦悩の共有に重点を置くのは、アルコール依存症の患者会として1935年にアメリカで結成されたAA(Alcoholic Anonymous)に代表されるセルフヘルプグループ(以下、SHG)であり、精神的な問題を抱えた当事者による患者会にとって重要なモデルとなっている。また、身体疾患別の患者会や家族会の多くは、疾患に関する情報収集や療養上の問題をめぐる情報交換に重点を置いている。一方、社会的な偏見と差別に苦しむことの多かった結核、ハンセン病、全身性障害者などによる団体の活動は、制度の不備や社会的な偏見の解消を求める社会運動としての特徴を帯びている。ただし、いずれの集団も、3つの機能を兼ね備えている場合が多く、重点の置かれ方は時期や社会状況によっても変化する。

社会運動

日本における患者会の先駆けは、戦後間もなく結成された結核やハンセン病の患者による団体である。いずれも発症が確認されると隔離収容を強制され、劣悪な境遇に置かれた疾患であり、患者会の役割は生活保障や偏見の排除を求める社会運動という性格を帯びた。

1950年代には、知的障害者の家族会が結成され、障害者対策の充実を訴える活動を始め、その後も、自閉症児、精神障害者、認知症患者の家族や介護者による団体が次々と結成されていった。疾患や障害を持つ患者の家族は、経済的負担に加え、社会的偏見による精神的負担によって患者と共に追い詰められており、家族同士による思いの共有と情報交換は大きな支えとなった。それに加え、発信力の乏しい患者に代わって、制度改革に向けた社会運動を展開し、いくつもの具体的要望を実現させていった。

高度成長期に入ると公害病の被害や医療過誤による被害が顕在化して、損害賠償請求のための医療訴訟が取り組まれ、その活動を支えるための患者団体が結成された。

身体障害の当事者団体は1950年代に結成されたが、1970年代に入ると、障害者に対する社会的な差別を告発し、偏見の解消を訴える障害者解放運動に取り組む人たちも現れた。こうした活動は、1980年に始まった国際障害者年を契機とした国際交流を経て、全身性障害者の地域自立に向けた権利要求の運動である自立生活運動につながっていった。

自立を「自己決定による自己管理」と規定し、自己対処に加え、援助希求行動(以下、求助行動)を自己管理の重要な柱とみなす自立生活運動の発想は、健康行動の中核である

セルフケアの概念規定に大幅な修正を迫るものであった¹⁾。すなわち、患者にとって自己管理とは医師による指示の遵守ではなく自己決定に基づく行動であり、医師の役割は患者の自己決定に基づく対処行動と求助行動に沿った提案として位置づけられる。

● 苦悩の分かち合い

AA メンバーには、飲酒をやめたいと願い、飲まない生き方を持続し、他の患者も飲まないで生きられるように手助けすることが求められる。飲酒をやめたいという願いの背景には、自ら招いた飲酒による失敗と、飲まない生活にまつわる困難の数々がある。AA メンバーは、「私たちはアルコールに対し無力であり、思い通りに生きていけなくなっていたことを認めた」に始まる 12 ステップを活動指針に、失敗と困難のエピソードを日々語り合うことによって苦悩を和らげると共に、飲まない生活を持続するための知恵と活力を得ている。

また、薬物、ギャンブル、過食・拒食、買い物・浪費、恋愛、性行為、ゲームなどの嗜癖、さらには精神障害や情緒的な苦悩を抱えた人々とその家族も、AA をモデルとした SHG 活動を展開している。これらのいわゆる 12 ステップグループは、1960 年代以降、全世界に浸透し、参加者の総計は 2,000 万人を越えると考えられている。

一方、1970 年代に入ると、腎臓病、心臓病、がん、糖尿病など様々な疾患ごとに、情報交換・情報提供を通じた交流と、緩やかな相互支援を目的とする患者会が次々と結成されていった。これらの患者会の中には、患者自らが呼び掛けて地域で結成され、専門職とは一線を画し SHG としての性格が色濃い患者会が多い半面、専門職の呼び掛けに患者や家族が応じて結成され、その後も援助が継続され医療依存度の高い患者会もある。専門職による呼び掛けなしには患者会の結成が難しい場合も多いが、活動の継続と活性化という観点からすると、専門職は徐々に運営の主導権を当事者に委ねていくことが重要である。

● ネット社会における情報共有

1990 年代後半にはインターネットの普及により、従来は疾患や障害による移動の制約から交流が不可能だった人たちが、居住地域や接触時間に限定されずに同病者と出会える機会が飛躍的に増大した。ただし、現状では、ネット情報の受信に止まって判断が偏ったり、交流が持続しなかったりする当事者も多いと考えられる。SHG の原点ともいえるべき、対面による交流の機会を織り込んだネット患者会、家族会活動の展開が今後の課題と言える。

一方で、ネット社会の到来は、様々な当事者団体同士の交流と、政策提言の機会をも飛躍的に増大させた。その結果、政策批判や医療訴訟といった反体制、反医療的な社会運動の形態をとらなくても、当事者の声を政策担当者に届けることが容易になった。患者中心の医療を心掛ける医療職が代弁しなくても、患者会が主体となって実効性のある具体的な提言を行うことによって状況を変えて行く可能性が開けてきている。

文献

1) 宮本真巳：感性を磨く技法 3 セルフケアを援助する。日本看護協会出版会，1996

(宮本真巳)

地域包括ケア

地域包括ケアとは

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年頃には、介護・医療費など社会保障費の急増が懸念されることから、2008 年「地域包括ケア研究会」（座長：田中 滋 慶応義塾大学大学院教授）が設立され、今後の医療・介護・福祉に関する政策の方向性について議論されてきた。

2008 年度の研究会報告書では、地域包括ケアシステムは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されている¹⁾。ここでいう日常生活圏域は「おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本としている。

2012 年度の研究会報告書では、システムの構成要素を「植木鉢の絵」（図 1 は 2015 年度に修正が加えられたもの²⁾）でわかりやすく提示するなど、システムの骨格となる概念整理を行っている。

2015 年度の研究会報告書では、2040 年を見据えつつ、2025 年までの地域包括ケアシステムの構築を進めるために、自治体に求められる役割である「地域マネジメント」の方向性を議論し、地域の実態把握と課題分析を通じて設定された地域の目標を達成するために、「自助・互助・共助・公助」に基づく「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」「介護予防・生活支援」「住まい」の各資源を発掘・整備し、組み合わせ、ニーズに対応していくことが重要であるとしている。



図 1 地域包括ケアシステムの「植木鉢」

地域包括ケアシステムがめざすもの²⁾

1. 利用者から見た一体的なケア

地域包括ケアシステムは地域の住民が心身の状態が悪化した場合でも、住み慣れた地域において生活を継続できる仕組みであることから、ニーズに応じた多様なサービスや支援が、仮に複数の事業者や専門職から提供されていても、一つのチームから提供されていると感じられることが重要である。そのためには、事業者間、専門職種間の連携が不可欠である。

2. 地域の特性にあった地域包括ケアシステム

高齢化の進展は地域によって大きく異なり、2040年に向けて地域が抱える課題も異なっている。過疎化が進む地域では地域生活のための基盤の維持が困難となり、地域の中心部への住み替えなどを検討しなければならない地域もある。こうした地域の実情に合わせて、画一的なシステムの構築をめざすのではなく、それぞれの地域の実情にあった地域包括ケアシステムが必要である。

3. 自助・互助の潜在力を活かす

地域生活を継続する際の基礎は、自らの生活を自ら支える「自助」である。介護保険法にも、要介護状態にならないように国民ひとり一人が介護予防に努める義務が明記されている。高知市の「いきいき百歳体操」など³⁾、各地域で住民による体操教室等が介護予防に成果を上げている。こうした取り組みは地域住民の交流の場にもなり、お互いに助け合う「互助」の地域づくりにつながっている。こうした「自助」や「互助」のベースの上に、介護保険制度という「共助」があることを地域住民に理解してもらうことが大切である。

4. 人生の最終段階におけるケアのあり方を模索する

自分の人生の最期をどこでどのように迎えるか、高齢者本人の意思に沿ったケアの提供を可能にする体制の構築が重要である。疾患による意識障害や認知症等のために自己決定が困難になった場合に、自分の意思を家族などに伝える「終活ノート」も普及しつつあるが、死生観に関わる価値観を押し付けるのではなく、時間をかけて考える機会を提供するとともに、人生の最終段階におけるケアの選択肢を豊かにしていくことも重要である。

5. 社会や政策の変更によって柔軟に進化する

2012年度の地域包括ケア研究会で初めて示された「植木鉢」の図は、2015年度の検討により、「保健・予防」の葉が「保健・福祉」という表現に、植木鉢の土は「生活支援・福祉サービス」から「介護予防・生活支援」に変わった。こうした修正の背景には、2015年度より、介護予防給付として提供されていた介護予防サービスが「介護予防・総合生活支援事業」へと再編されたことが挙げられる。自助や互助の取り組みを通して社会参加の機会が増え、日常生活の中で生活支援や介護予防の機能が発揮されることが期待されている。

● 多職種協働のポイント

1. 地域ケア会議による自立支援型マネジメント

介護保険サービスは要介護高齢者毎に作成されたケアプランに沿って提供される。このケアプランの作成においては、介護保険法第1条に明記された介護保険制度の理念である「高齢者の尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」ことが基本である。

実際のケアプランの作成においては、要介護高齢者の「困りごと」を介護保険サービスの提供により解決することをめざしがちである。歩行に不安があり、外出が困難な高齢者に代わってヘルパーが買い物をする支援を行うことで、高齢者の生活課題を解決したかに見えるが、こうした支援により高齢者はますます動かなくなり、生活機能が低下し、介護

度も徐々に重くなってしまふのである。

介護保険法の理念の実践には、高齢者の有する能力に応じ、自立した日常生活を具体的に描くとともに、その「めざす暮らし」を実現するために、どのような訓練（リハビリテーション）や支援が必要かを検討することが重要である。こうしたケアプランの作成はケアマネジャーひとりでは困難である。理学療法士や作業療法士、訪問看護師、保健師、栄養士、歯科衛生士、薬剤師等の専門職種との連携が不可欠である。全国の市区町村では「地域ケア会議」において、多職種連携によるケアプランの作成に取り組んでいる。

多職種連携によるケアプランの作成において、それぞれの専門職の専門性が効果的に発揮されるためには、ICF（国際生活機能分類）の考え方(図2参照)に基づいて、対象者の「めざす暮らし」を描くことが重要である。

対象者の生活観や価値観を尊重し、現在の生活能力や生活環境を踏まえ、どんな「活動」や「参加」が可能なかを考えることがポイントである。

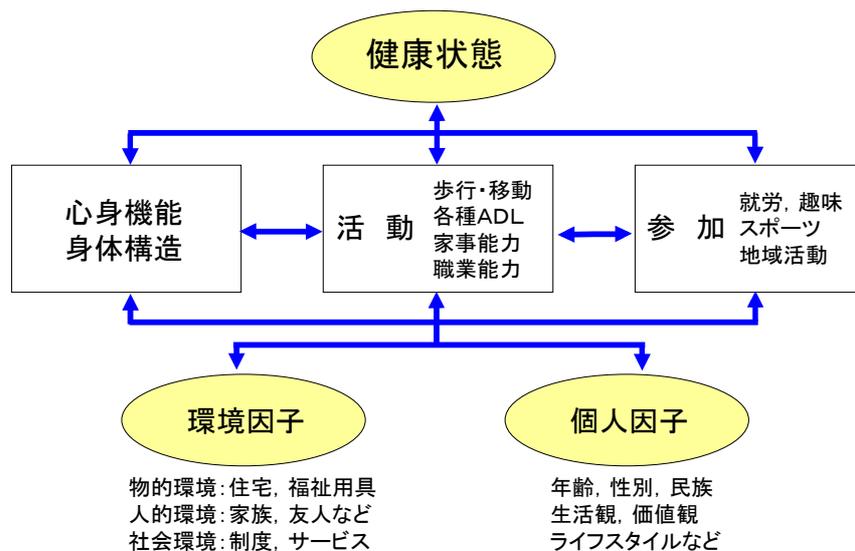


図2 ICF（国際生活機能分類）の概念図

2. 医療介護連携の推進

高齢者が脳血管疾患や骨折等、生活機能の低下につながる傷病のために入院した場合、退院後の生活に向けて、退院前カンファレンス等が開催され、入院中の主治医や看護師、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー等と退院後の療養に関わる診療所の医師、訪問看護師、ケアマネジャー等が参加して、患者に関する情報を共有し、退院後の支援のポイントやそれぞれの役割を確認している。

一方、急性肺炎（誤嚥性肺炎を含む）等の急性疾患で入院し、2～3週間で当該疾患が完治して退院する場合には、退院に際して介護関係者との情報共有もなく、いきなり退院ということも多い。その結果、入院中に低下した生活機能を回復させるためのリハビリテーションや肺炎の原因となっていた嚥下機能の低下に対する対応がとられることなく、介護状態の悪化や再入院に至る場合も少なくない。

こうした事態を避けるためには、高齢者（特に、要介護認定を受けている）が退院する際、退院前に地域のケアマネジャーや地域包括支援センターと必ず連絡を取り、入院中の生活機能の変化に応じたケアプランの見直しができる仕組みを構築することである。特に、医療機関の誰がいつ誰に連絡をするのかルールを作っておくことが必要である。

3. 在宅医療連携の推進

安定した在宅療養の継続には、往診してくれる医師、訪問看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、ホームヘルパー、ケアプランの作成と管理を担当するケアマネジャー、さらには、急変時の入院を引き受ける後方病院のスタッフなど多職種の連携が必須である。

こうした多職種連携を可能にするには、在宅医療関係者が地域の課題を共有するとともにその解決のためのそれぞれの役割を確認する場が必要である。また、ケアマネジャーやホームヘルパーなど福祉系の職員にとっては、病名やその病状、検査方法や治療内容など医学的な知識の不足が連携を阻害することも少なくないことから、医学的な知識を補うための学習会の開催も重要である。

市民参画の重要性

1. 患者本人の参画

地域包括ケアシステムを表す「植木鉢」では、「本人の選択と本人・家族の心構え」がベースに位置付けられている。住み慣れた地域で最期までどのような暮らしをしたいのかを決めるのは患者本人であり、家族である。

上述したような在宅医療連携にかかる協議の場にも住民の代表が参画し、地域の課題を共有するとともに、住民自身が「めざす暮らし」を実現するために何ができるのかを議論することは、「自助」「互助」の潜在力を活かすことにもつながる。

2. 在宅療養のゴールは？

どのような在宅療養をしたいのか、患者自身が考えることが重要であるが、実際、それは容易なことではない。入院中の患者はその多くが「退院すること」をめざして一生懸命にリハビリテーションに取り組むが、退院をすると、つらい訓練にはもはや取り組まないという。「退院すること」が治療のゴールになってしまい、退院後の生活の「めざす姿」を具体的に描くことができていないからである。

患者にとって、退院して家庭や地域に帰って、何をしたいのか、「在宅療養のゴール」を明確にしておくことが必要である。入院を機に患者に自分の「めざす暮らし」を確認してもらうことも医療者の重要な役割の一つであろう。

文献

- 1) 地域包括ケア研究会：地域包括ケア研究会報告書 ―今後の検討のための論点整理―。平成20年度厚生労働省老人保健健康増進等事業，2009
- 2) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）。平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業，2016
- 3) 堀川俊一：介護予防を成功させよう！いきいき百歳体操の地域展開 いきいき百歳体操の発展 ―高知市から全国へ―。地域リハビリテーション第5巻第1号，pp.67-70，2010

(藤内修二)

病院ボランティア

● 病院ボランティアの活動

日本における病院ボランティアの活動の始まりは定かではないが、淀川キリスト教病院では1962年に3人の若い美容師によって始められており、1974年には日本病院ボランティア協会が設立されている²⁾。日本では、1995年の阪神・淡路大震災がボランティアへの関心が高まった一つの契機と言われているが³⁾、病院ボランティアの活動も広がりを見せ、今日では数多くの病院で行われている。

病院ボランティアは各病院で募集され、登録されている。病院では、病院ボランティアについて統括し責任をもつ部署を組織的に位置づけ、委員会を組織して、よりよく機能するようにしている。

病院ボランティアの活動内容は、病院によって異なる。患者や家族に直接関わる活動はもちろんのこと、職員の補助、清掃や花壇の整備、図書室での資料整理や貸し出し、コンサート開催や絵画・作品の展示など多岐にわたる。たとえば、外来であれば、道案内や車椅子移動の介助、パンフレットの整理、受診に必要な書類の代筆などがある。入院では、配膳の介助やベッドメイキング、物品の運搬などがある。子どものいる病院では絵本の読み聞かせなど子どもの遊びを支援する活動も活発である。

● 病院ボランティア活動の意義

病院ボランティアは無対価ではあるが、病院ボランティアが得るものは大きい。病院ボランティアは、病院と同じ地域に住む人や、自分や家族が受診したことをきっかけに活動を始める人が多く、自分がお世話になったことに対して何らかの形で社会や病院に恩返しをしたい、あるいは自分の経験を活かしたいという気持ちがあることが推察される。病院ボランティアとして関わることで、自分の経験や能力が活かされ、患者や家族、あるいは病院スタッフから感謝をされることは、病院ボランティア自身の大きな喜びとなり、生きがいともなる。病院ボランティアとしての経験が自分の生活に役立つこともある。

このような病院ボランティアの活動は、手助けを享受する患者や家族にとっても大きな力になる。車いすを押ししてもらったり、清掃をしてくれたりといった具体的な活動はもちろんのこと、患者や家族は病院ボランティアの自らの意思に基づく活動に勇気づけられたり、病院ボランティアの人生経験に触れることで支えられることがある。病院では、医師や看護師をはじめとして数多くの職員が患者や家族に関わるが、病院ボランティアは職員とは違った機能を持つと言える。

病院職員にとっては、忙しい業務の手助けになると感じることもあるかもしれないが、病院ボランティアは人手不足を補うためにあるのではない。病院ボランティアを受け入れることで、通常の病院サービスを越えるような取り組みやきめ細やかな関わりなど、病院

の機能がよりよくなることや、新たな患者や家族のニーズに気づくことに意義がある。

活動におけるリスク管理

病院ボランティアは病院で活動する。そのため、病院という場をふまえたリスク管理が重要である。

まず、病院ボランティアの活動中の事故や他人に与える損害についてのリスク管理である。これについては、病院という場も含めて対象となるボランティア保険がある。病院ボランティアに対しては、病院負担でボランティア保険に加入することを条件にしている病院が多い。たとえば、ボランティア活動中の転倒による事故や、病院ボランティアの往復の事故なども補償の範囲となる。病院ボランティア本人ばかりではなく、患者のコップを割ってしまったなど、他人への損害についても補償される。

次に、病院ボランティアの健康管理がある。結核やインフルエンザなどの感染性疾患については、患者への影響が大きく、病院として病院職員に準じた対応が必要となる。また、病院ボランティアの活動内容は、その人の能力に応じて決められるので、高齢者の参加も多い。そのような場合には、定期的に病院ボランティアとしてしての活動ができるかどうかの判断も必要となる。病院によっては、病院ボランティアに対して健康診断を無償で行っている場合があるが、それはこのようなリスク管理の側面もある。

これらの他、個人情報の管理も求められる。たとえば、病院ボランティアとして活動する際に、知り合いが入院していることや患者に感染症があることなどを知ってしまう可能性はある。たとえ知ったとしても、これらのことは院外で口外するような事項ではない。不用意に口外することで個人情報漏洩にならないよう、管理することが病院に求められる。

このように病院ボランティアとして活動するためには、車いすの押し方などの技術的なことばかりではなく、感染管理を含めた医療安全や情報の取り扱いに対する知識と技術が必要となる。また、患者や家族の心理状態やそれに対応した接し方や一般的な接遇に対する知識と技術も必要である。したがって、病院ボランティアを対象とした研修が不可欠である。

文献

- 1) 淀川キリスト教病院 病院ボランティア。
<http://www.ych.or.jp/saiyou/volanteer/d4eesi0000000cqs.html>, 2016.12.26.閲覧
- 2) 日本病院ボランティア協会 日本病院ボランティア協会とは。
<https://www.nhva.com/>, 2016.12.26.閲覧
- 3) 平成 12 年度国民生活白書 第 I 部 国民生活を豊かにするボランティア活動 第 1 章 活躍するボランティア。
<http://www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/wp-pl/wp-pl00/hakusho-00-1-11.html>, 2016.12.26.閲覧

(任 和子)

動機づけ面接法

● 動機づけ面接法の概要と精神

心臓発作を何度も起こしているのにタバコがやめられない、借金をしてしまうのにパチンコがやめられない…。こんな時、相談者は「やめたい、でも、やめたくない」気持ちが綱引きをしている。始末が悪いことに、この綱引き状態が拮抗していなければならないほど見た目にわかりにくく、周りからは「動機がない人」と片づけられてしまう。そんな相談者に、タバコがいかに体に害があるか、パチンコは儲けが出ないようになっているかを頭ごなしに説明したり説得したらどうなるだろうか。解決どころか、自らはもう二度とその話をしてくれないだろう。

「動機づけ面接法」(Motivational Interviewing, 以下 MI) は、米国のミラー (Miller, W. R.) と英国のロールニック (Rollnick, S.) によって開発された対人援助理論¹⁾で、変化に対するその人自身への動機づけとコミットメント (約束) を強めるための協働的な会話スタイルである。相談者が語ってくれる会話を通して、面接者の「正したい反射」を抑え、行動変容に伴う両価性「変わりたい、一方で、変わりにたくない」という相談者の気持ちや状況を丁寧に引き出し、禁煙や飲酒など、標的とする行動や変化に関する発言を強化することで、相談者自らが気づき行動に繋がる、というプロセスを支える。来談者中心的要素に方向指向的要素が加わった面接スタイルである。

欧米では、これまでアルコール依存症をはじめとする多くのランダム化比較試験によって MI の効果が検証されている²⁾。結果のばらつきはあるものの、アルコールや薬物乱用をはじめ、健康増進行動、治療アドヒアランスなどの領域での有効性が示されている。また、セルフヘルプワークや認知療法、ストレスマネジメントなどの他の治療法と組み合わせることにより、その効果はより大きくなる²⁾。

MI の一つの特徴として精神—Spirit の重要性がある。Spirit とは、MI の根底に流れている姿勢や心構えのようなもので、Partnership (協働)、Acceptance (受容)、Compassion (思いやり)、Evocation (喚起) の 4 要素である。面接者は相談者と協働関係を築くことを何よりも大事にし、相談者の福利と自己決定を一番に優先する。決して専門家が一方的に何かを教えたり、動機を授けるということではない。相談者に純粋な関心を寄せ、相談者の世界を理解しようと探求する。その過程は、相談者と医療従事者がレスリングのように組み敷いているのではなく、あたかもダンスを踊っているようだと例えられる。

● 動機づけ面接の進め方—4つのスキルとプロセス、チェンジトークの応答

面接者が具体的に用いるスキルとして、asking Open question (開かれた質問)、Affirming (是認)、Reflecting (聞き返し)、Summarizing (要約) がある。それぞれの頭文字をとって OARS (オールス) と呼んでいる。この 4 つのスキルはこれまでも様々な医療面接で用

いられているが、MI においてはある目的を持って使われることが特徴である。すなわち、4つの精神を体現しながら、相談者の両価性を明確化したり、間違い指摘反射を引き出したたり、宣言による自己動機づけのために変化に向かう発言を強化し、相談者の行動変容に向かう準備性を少しでも加速させるために使うのである。また、こちらからの情報提供も OARS で行うことで、相談者の準備性に沿ったタイミングで提供できる。以下、それぞれについて説明する。

1. O：開かれた質問

相談者が「はい」「いいえ」だけでは答えられない質問のことである。開かれた質問の効用は幾つかあるが、両価性を伴っている相談者の状況を引出したり、相談者が持っている行動変容へのアイデアや自信を引き出すきっかけになることに特に効果を感じる。

2. A：是認

面接者が相談者の持っている強みや努力、資源に注目できること、そして、そのことについて敬意を表した発言のことが是認である。面接者が心から感じる気持ちで是認する。発言だけではなく、相談者の発話を強化する態度（表情やうなづき、あいづちなど）も是認に含まれる。

3. R：聞き返し

相談者が発言した言葉を相談者に返すことであり、単純な聞き返しと複雑な聞き返しがある。単純な聞き返しは、相談者の発話を繰り返す、もしくは、言い換えて応答することであり、複雑な聞き返しは、相談者の発話に対し、その発話の中で語られていない内容や続いて語られそうな内容を面接者が推測し付け加えて返す。複雑な聞き返しをすることによって、方向を持つ面接への後押しとなる。複雑な聞き返しの例としては、語られていない気持ちや感情を含めたり、相談者の発した言葉について、少し強め、もしくは少し控えめな表現で返す、などがある。

4. S：要約

相談者の発言をまとめて返すということである。面接の中で要約は「集める」「繋げる」「移る」の3つの役割を果たしている。要約する際、「一方で」や「そして」など並列の接続詞を用いたり、行動変容に向かう言葉（チェンジトーク）を要約の後半に持ってくるなどして、相談者の気づきを促したり面接のフェーズを進めたりする。

5. 情報提供

こちらから情報提供が必要な場合には、まず情報提供の許可をとることから行う。そして情報を提供した後、OARS で確認していく。例えば「今の話を聞いてどのように思いましたか？」と開かれた質問を行い、その返答に対しさらに是認や聞き返しなどを行いながら、準備性を高める。

実際にはこれらを用いながら、Engaging（関わる）、Focusing（焦点化する）、Evoking（引き出す）、Planning（計画する）という4つプロセスをたどる。それぞれのプロセスを

礎として次のステップに進んだり、場合によっては戻ったりする。全てのプロセスにおいて Engaging が礎となり、計画まで二者の協働関係は保ち続ける必要がある。すなわち、相談者がいかに自ら話をしてくれるか、そこに注意を払うことが前提である。その中で、OARS を用いながら面接者の発する行動の変化に向かって言動（チェンジトーク）を増やしたり、チェンジトークの内容をより具体化し、面接の場が「宣言による自己動機づけ」に結びつくことを MI における面接の目標としている。

● 動機づけ面接の事例

以下に面接事例の実際の逐語を挙げる。事例は健診時の保健師による面接で、受診者は B さん（47 歳・男性）、標的行動は禁煙である。保健師（以下、保）のセリフの後は OARS を、チェンジトーク（以下、CT）に該当する受診者 B さん（以下、B）のセリフにはアンダーラインを引いている。

保①「お忙しい中健診の面接においでくださりありがとうございます。内科診察では医師からどのようなお話がありましたか？」（A・O）

B ①「大した話はなかった、まあしいて言えばタバコのことくらい。」

保②「タバコ…。」（R）

B ②「ああ、タバコの欄にチェックしていたからじゃないかな。医者はずぐ騒ぐ。」

保③「なるほど、そうでしたか。B さんご自身は実際のところどのように思っていますか？」（O）

B ③「別に、それほど気にしていないよ。本数も減らしているから今は大丈夫だよ。」（CT）

保④「本数を減らして、忙しい中 B さんなりに気をつけているんですね。」（A）

B ④「無理はしないと決めているので、やれることだけね。」（C・T）

保⑤「やれることから。少し本数を減らそうと思ったのはどんな理由からですか？」（R・O）

B ⑤「まあ若い時は 2 箱平気で吸っていたけど、この年齢になるとそうもいかないからね。」（CT）

保⑥「年齢的にそろそろ身体のことを気になる。」（R）

B ⑥「50 が見えてくると少しは考えますよ、あと 10 年したら定年だし身体も若い時みたいにはいかないね、疲れが出るようになったし。」（CT）

保⑦「できれば仕事に支障がない程度の健康は保っていたい。」（R）

B ⑦「まあ、本当はスッパリ止めた方がいいんだけど、今はなかなかできないよ。」（CT）

保⑧「定年して遠い将来は止めてみてもいいかなと。」（R）

B ⑧「いやいや、家族からは今すぐ止めて、って言われていますよ（笑）。」（CT）

保⑨「ご家族も B さんの身体のこと心配されているんですね。」（R）

B ⑨「まあね、妻はやっと子育てが落ち着いたのに、面倒かけてほしくないんでしょう。」

保⑩「B さんも奥さんにはあまり心配はかけたくない。」（R）

B ⑩「そりゃまあ、お互い元気でいたいですからね。でも、タバコって止めるのは難しそうですね。」(CT)

保⑩「ちょっとハードルが高い感じがあるのですね。Bさん、今は禁煙もお薬とか使った楽になったようなんですが、今後の参考までに私の方から3分ほどお話ししてもいいですか？」(R・情報提供の許可)

B ⑪「それだったらいいですよ、お願いします。」(CT)

保健師とBさんの会話は11往復、わずか2分のやり取りであるが、保健師はOARSで対応しながら、Bさんの反応を確認しつつ禁煙に対する準備性を少しずつ高め、情報提供まで至っている。

ここまでMIの概観について述べたが、関心のある方には、ワークショップ(WS)で演習など体験することを勧めたい。MIは常に実証研究を行いながら発展・普及しており、具体的な学習方法が明確に示されている³⁾。特定の人しかできない名人芸ではなく、一定の練習を積めば誰でも身につけられるし、それなりの効果を日頃の業務で実感することができる。

保健医療従事者の強みは、改まった相談場面でも、日頃から実に多くの日常会話を患者や相談者と交わせることである。些細に思える会話も、行動に向かう準備性を秘めている可能性は十分にある。そのような場面にMIが少しでも役立つことを願う。

*WSや研修会の案内は、MINF (<http://infominf.wix.com/minf>) を参照されたい。

文献

- 1) Miller, W. R., Rollnick, S.: Motivational Interviewing (Third Edition): Helping People Change. Guilford Press, 2012
- 2) Hettema, J., Steele, J., Miller, W. R.: Motivational Interviewing. Annual Review of Clinical Psychology, Vol.1 No.1, pp.91-111, 2005
- 3) Motivational Interviewing Network of Trainers: Motivational Interviewing Training for New Trainers (TNT). http://www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/tnt_manual_2014_d10_20150205.pdf, 2016.11. 11.検索

(参考文献)

原井宏明：方法としての動機づけ面接．岩崎学術出版社，2012

北田雅子，磯村 毅：医療スタッフのための動機づけ面接法．医歯薬出版，2016

瀬在 泉：動機づけ面接 初級・中級編．日本保健医療行動科学会雑誌，第29巻第2号，2015

(瀬在 泉)

コーチングとティーチング

● インナーゲームからコーチングへ

コミュニケーションの流れを今あるような形にまとめて、それをコーチングという名称で呼んだのはウィットモア (Whitmore, J.) である。彼の著書によるとコーチングとは、質問をすることで相手から答えを引き出し、自己決定、自己解決、自己成長などをサポートすることである¹⁾。

ウィットモアによると、コーチングの発端は、ガルウェイ (Gallwey, W. T.) がテニスプレーヤーを養成するために注目したインナーゲームである²⁾。インナーゲームとは選手自身の内面で行われるゲームのことであり、それは本能的に学習し、プレイしようとする自分 (セルフ 2) と、その自分に指示・命令をして妨害する自分 (セルフ 1) との間で繰り返される。

指示・命令をする自分は口うるさい上司に似ているとガルウェイも述べているが、このインナーゲームをウィットモアは、アウターの対人コミュニケーションに置き換えた。そして、指示・命令をする代わりに質問をして、相手から答えを引き出そうとしたのである (図1)。

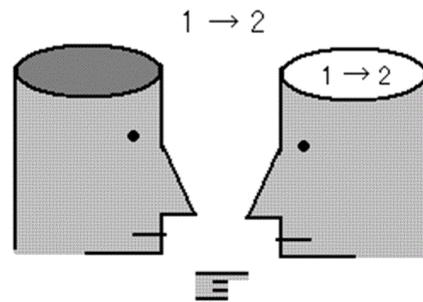


図1 インナーゲームと対人コミュニケーション

● 質問をして答えを引き出す

「何を質問するかは相手から返ってきた答えによる」とウィットモアも述べているが、質問の流れを幾つかに整理することもできる。

たとえば、何かで困っている相手には、「どうしてそうなったと思われますか」と質問をして背景を考えてもらい、続いて「どうすればよいと思いますか」と質問して解決策を考えてもらう。そして、答えが出てきたところで「じゃあ、そうしましょう」と言って、その答えを支持するのである。

また、たとえば、何かに迷っている相手には、「一方にした場合に、どうなりますか」と質問したうえで、「他方にした場合に、どうなりますか」と質問する。このように両方を十分にシミュレーションしてもらった後、「結局、どうしますか」と尋ねて、自己決定を引き出すのである。

さらに、たとえば目標達成を目指している相手であれば、「今まで、どのように努力してきましたか」「どれぐらい目標に近づきましたか」などと質問して、これまでを振り返ってもらう。さらに「何が障害になっていますか」「今後、どうすればいいと思いますか？」と質問をして、返ってきた答えを支持するのである³⁾。

● ティーチングとコーチングの使い分け

コーチングは万能薬ではない。コーチング発祥の地であるスポーツ界では、ティーチングとコーチングを使い分けるのが一般的なのである。ティーチングとは答えを教えることであり、その方法として指示や助言がある。

自立度の低い初心者には「どうすればいいと思いますか」などを質問しても、妥当な答えはなかなか返ってこない。それよりも、適切な指示や助言によって基本的なことを教える方が優先される⁴⁾。また、危機対処時にもコーチングは役に立たず、テキパキと指示を出すことが求められるのである（図2）。

さらに、病気のために思考能力が低下もしくは崩壊している人には、精神科の治療が優先される。また、心理的な原因で日常生活に支障をきたしている人には、臨床心理学に基づく心理カウンセリングが必要となる。結局、相手の状態や場面によって、コーチングを含む様々なアプローチを、うまく使い分けていくことが、何よりも大切なのである。

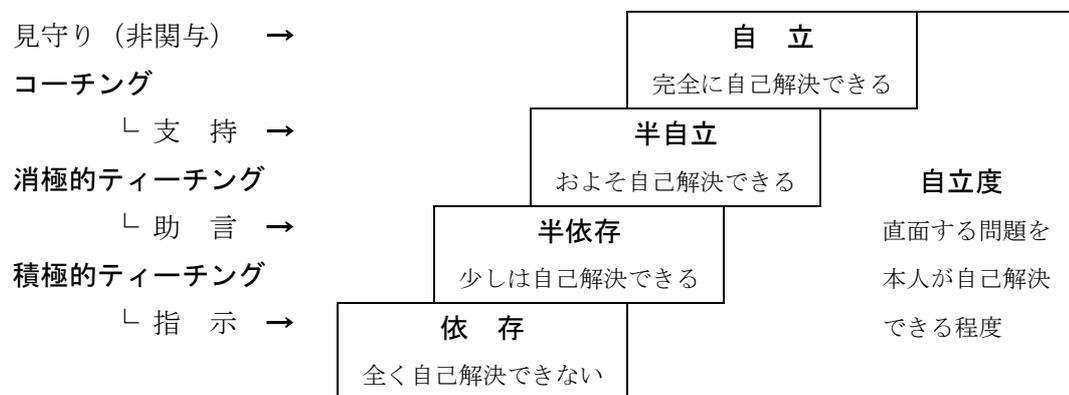


図2 自立度に応じたティーチングとコーチングの使い分け⁴⁾

文献

- 1) Whitmore, J.: Coaching for Performance (Third Edition). Nicholas Brealey, 2002
清川幸美訳：はじめのコーチング。ソフトバンククリエイティブ，2003
- 2) Gallwey, W. T.: The Inner Game of Tennis (Revised Edition). Random House Trade Paperbacks, 1977 後藤新弥訳：新インナーゲーム。日刊スポーツ出版社，2000
- 3) 諏訪茂樹：対人援助のためのコーチングー利用者の自己決定とやる気をサポートー。中央法規出版，2007
- 4) 諏訪茂樹：看護にいかすリーダーシップーティーチングとコーチング，場面对応の体験学習ー。医学書院，2011

（諏訪茂樹）

ナラティブ・アプローチ

はじめに

近年、ナラティブという言葉が様々な分野で用いられるようになってきている。どうもアメリカの医療人類学者クラインマン (Kleinman, A.) の著書『病いの語り』(1996年、原著は *Illness Narratives*. 1988年)¹⁾ が出版されたあたりから臨床心理学や教育学あたりでもナラティブという言葉が引用されるようになってきたように思われる。最近では看護学やプライマリー・ケアの理論的支柱²⁾の一つとしてナラティブが用いられるようになってきている。しかし、それぞれの分野でのナラティブが意味するところは微妙に異なっている。

ただし、どの分野でも座り心地の良い言葉ではあるようだ。その座り心地の良さはどこから来ているのだろうか。ひとつはそれぞれの分野の閉塞状況に由来するのかもしれない。つまり、臨床心理学や教育学といった分野は当然ながら現場を持っている。その現場は生身の人間を扱うので、物理学や化学のような形で理論化することが難しい。発達心理学や精神分析学などから、あらゆる既存の理論が援用されてはきたが、そろそろ出尽くし一種の閉塞状況となっていたところに現れたのがナラティブだったのかもしれない。

ナラティブとは

そもそもナラティブとは何か。ナラティブは英語で *narrative* と書く。動詞はナレイト (*narrate*) 「物語る」とか「話す」という意味である。ナラティブはその名詞形だから「語られた物語」「身の上話」ということになる。もう一つ名詞形がある。ナレーション (*narration*) である。こちらはほぼ日本語化している。意味を敢えて書くとすれば「物語ること」くらいだろうか。両者の違いは、ナラティブは、語られたストーリーそのものを表すが、ナレーションはストーリーよりもむしろ「語ること」そのものを表す。まどろこしいようだが、更に書くならば、ナラティブは過去を振り返っての「自分物語」とでもいえよう。自分で振り返るのだから脚色もあるだろうし事実とは微妙にずれているかもしれない。しかし、ナラティブの理論的支柱である社会構成主義³⁾の立場からすれば、社会的真実などというものは世の中には存在しないのであって、それぞれの物語で社会は構成されているということになる。つまりは、こころの臨床において、当人が物事をどのように経験したかということのほうが、どのような物事があったかより重要という立場がナラティブの基本的な立場といえる。しかし、こころの臨床ではそんなことは百も承知というのが通り相場である。それなら何故あえてナラティブと名乗る必要があるのかというと、ナラティブでは、聴き手は当人の語るストーリーそのものに目を向けているのであって、当人そのものにはないという点が異なっている。微細な差と考える人もいるし、大きな差と考える人もいる。

● ナラティブとこころの臨床

ナラティブの立場からのこころの臨床としてはナラティブ・セラピー⁴⁾が有名であるが、技法的にはこれまでのカウンセリング技法とあまり違いはないと考える人もいる。筆者もナラティブ・セラピーが技法的には、それほど新奇なものではないと考える者の一人である。しかしながら、ナラティブをセラピーの中心に置いたとき、治療者側の感覚は明らかに以前とは異なったものになる。ひょっとするとそれはコペルニクスの転回と呼んでさえないものかもしれない。なぜコペルニクスの転回か。それはカウンセリングを始めとするこれまでの心理療法では治療者が患者の心理メカニズムを解明し症状をコントロールするために患者のストーリーに耳を傾けてきたといえる。ところがナラティブ・セラピーにおける治療者は病者のストーリーを理解するために聴くのである。つまりは対象そのものが異なる。患者そのものか、患者の物語かという違いである。話がやや抽象的になってしまった。要するにポスト・モダンに生きる我々には、神も科学も含めて何も信じるものがなくなってはしまったけれど、人々の経験をストーリーとして聴きとどけることは出来る。聴き手は語り手の語る物語を聴きとどける証人にはなれる。構造的にはカウンセリングもナラティブ・アプローチも、患者の言葉に誰かが耳を傾けることでその患者が回復するという点では変わりはない。しかし、立ち位置がこれまでとは全く異なる。これがコペルニクスの転回と述べた所以である。

● ナラティブと医療

近年、ナラティブ（語り）という言葉が医療分野に、急速に浸透してきている。なぜこれほど浸透が早いのかというと、これまでの医療パラダイムがどうも閉塞状況にあり、医療研究者が状況打開のために何か別の考え方を探していたからなのかもしれない。

しかし、ナラティブという言葉が独り歩きしていて、様々な派閥が作られているように見える。これでは現在 400 とも 800 ともいわれる雨後の竹の子のような多数の心理療法各派の一つとして埋没してしまいそうである。つまりは医療におけるナラティブも新手の心理療法一派に数えられかねない。

臨床心理学の分野でほぼ確立したナラティブの考え方から、さらに医療に特化した形でナラティブ・ベイスド・メディスン (Narrative Based Medicine, 以下 NBM) という考え方が登場してきた。この言葉がプライマリー・ケアの分野を始めとして、あちこちで聞かれるようになったが、それが何を意味するのか分かりにくいという声もよく聞かれる。そこで今回はまず NBM について分かりやすく説明したい。

まずナラティブ・セラピーという心理療法を医療にそのまま応用することが医療における NBM ではない。NBM とはイギリスのグリーンハル (Greenhalgh, T.)⁵⁾を始めとする臨床医たちが提唱してきた、臨床における患者の病気観を中心に据えて治療方法にまで影響を及ぼす医療の形である。彼らは患者の病いの語りを大事にすることが治療的だという考え方を基盤にして NBM を展開してきている。

NBM は現代医療の主流である根拠に基づく医療 (Evidence Based Medicine, 以下 EBM)

を補完する医療として語られることが多いが、何故 EBM だけでは足りないのかを説明する。

それには医療の本質そのものを吟味することから始めなければならない。現代医療の手法とは、まずは目の前の患者の訴える症状を客観化することから始まる。EBM の提唱者であるサケット (Sackett, D.)⁶⁾ も EBM の第一段階を、「目の前の患者についての問題の定式化」として書いている。つまり、患者の抱える症状を、医療の扱える「問題」に翻訳することである。この段階では患者の主観であった症状が医療の介入できる形に客観化される。いったん客観化されたならば、あとは楽である。論理的な展開で治療そして治癒という終着点に辿り着く。ところが、治療は論理的で間違いないはずなのに治癒に至らない患者が多く存在する。その原因は当然ではあるが、最初の段階の翻訳過程にある。そもそも患者の主観のすべてが客観化出来るはずはない。そこで第一段階では「切り取り」が行われるが、その過程は注意深く行われる必要がある。安易に行われると、次の段階がどれほど正確であっても終着点に辿り着かない。もちろん EBM が現代医療の主流であることは間違いない。しかし、いつも患者の主観に立ち戻り、患者のうちにある病気物語を考慮した治療戦略をたてるのが、より治療を効果的にすると考えられる。

誤解を恐れず、単純化していえば、NBM とは患者の病気物語 (ナラティブ) に介入する医療といえよう。

先に述べた社会構成主義や構築主義の主な主張は「我々が現実とみなしているものは、実在しているのではなく、我々の頭のなかで構成された概念に過ぎない」というものであるが、そこまで徹底しなくとも、病気には病者の内にある物語 (ナラティブ) という側面がある。この部分を変容しなければ病気は治らない。つまり NBM では病気物語の変容が促進されるような種類のコミュニケーションが行われる。カウンセリングとの相違はカウンセリングが個人の変容を促すのに対して、NBM では病気物語 (ナラティブ) の変容を促すという点だろうか。つまり、みかけは似ていても立場が異なるといえよう。

● 病者の苦悩と物語

アメリカの心理学者ランバート (Lambert, M. J.)⁷⁾ は 1994 年にある論文を発表した。この論文によれば心理療法の効果についての厳密なメタアナリシス調査の結果、治療の技法やその背景にある理論の寄与率は極めて低くわずか 15% と結論づけた。そして治療外要因つまり治療結果へのクライアント (病者) の寄与率が最も高く 40% に達すると報告した。この結果に対して治療技法や理論の寄与があまりに低いと心理療法家からは反論が続出した。

しかしこれらの結果は病者が苦悩を物語という形で紡ぐことが、治療的だということの証拠ではないだろうか。物語を紡ぐには聴き手すなわち医療者の存在が欠かせない。心理療法というのは、いわば物語を病者が紡ぐのを援助する構造になっている故に、効果的に働くのかもしれない。

ランバートの研究結果で最も効果が高いとされたクライアント (病者) の寄与率の高さとは、病者が自分の苦悩を相手に伝えようとする、そしてそれを聴くことが治療的で

あることの証左なのではないだろうか。つまりは筋を追い自分の中に語り手の語る世界を再構築することである。再構築には想像力が必要である。いきいきとした再構築が聴き手の内部で起これば、退屈な物語などあり得ない。時として臨床家や学生から「限られた時間のなかで、そのような物語を聴いている時間もないし、いきいきとした再構築など相手の話がよほど面白くなければ無理ではないのか？」という質問を受けるが、短い限られた時間でも前回、前々回の物語の続きものと考えれば、続きはまた次回という形で収納しておけるのではないだろうか。また、相手の話が面白いかわからないかは聴き手の物語再構築力に左右されると答えたい。技法的な点は演習編ナラティブ・クエショニングを参考にしたい。

文献

- 1) Kleinman, A.: *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books, 1988 江口重幸, 五木田 紳, 上野豪志訳: 病いの語り. 誠信書房, 1996
- 2) Launer, J.: *Narrative-Based Primary Care: A Practical Guide*. Radcliffe Medical Press, 2002
- 3) Gergen, K. J., McNamee, S. (Editors): *Therapy as Social Construction*. Sage Publications Ltd., 1992 野口裕二, 野村直樹訳: ナラティブ・セラピー -社会構成主義の実践-. 金剛出版, 1997
- 4) White, M., Epston, D.: *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Dulwich Centre Publications, 1990 小森康永訳: 物語としての家族. 金剛出版, 1992
- 5) Greenhalgh, T., Hurwitz, B. (Editors): *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. BMJ Books, 1998 斎藤清二, 山本和利, 岸本寛史訳: ナラティブ・ベイスト・メディスン -臨床における物語りと対話-. 金剛出版, 2001.
- 6) Sackett, D. L., Richardson, W. S., Rosenberg, W., Haynes, R. B.: *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. Churchill Livingstone, 1997 久繁哲徳監訳: 根拠に基づく医療 -EBM の実践と教育の方法-. オーシーシー株式会社, 1998
- 7) Lambert, M. J., Bergin, A. E.: *The Effectiveness of Psychotherapy*. In Bergin, A. E., Garfield, S. L. (Editors): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th edition). John Wiley & Sons, 1994

(中川 晶)

セルフマネジメント支援

● 変わってきた患者教育

患者教育の考え方は、疾病構造や時代の流れとともに、権威的な「指導型」の教育から、当事者の自己決定、自己管理重視の「学習援助型」の教育へとパラダイムシフトしてきた。米国スタンフォード大学のケイト・ローリッグ (Lorig, K.) は、患者教育のモデルを川で泳ぐ人と医療者の関係にたとえて、説明している。ここでいう川は生活の場を指す。「医学モデル」は川で溺れている患者を医療者が助けるというイメージであり、「公衆衛生モデル」は、川の中は危ないから入ってはいけないと医療者が指導するイメージである。一方、「セルフマネジメント・モデル」は、患者は川の中、つまり生活の場にいるので、医療者は川の中の状況を患者からよく聴いて、患者のいる川の中で楽に泳ぐ方法をコーチして一緒に考えるというイメージである。多くの慢性疾患患者は自宅で自分の責任において療養している。そのため、医療者にはセルフマネジメント・モデルでのアプローチ法、つまりセルフマネジメント支援の方法を身につけることが求められる。セルフマネジメント支援は、自己管理をすることの多い慢性疾患患者を対象に提唱されてきたが、回復期や終末期の患者にも適応できる考え方である。

● セルフマネジメント支援とは

病気と診断されると、医師から処方される薬をきちんと飲むことや、医師から指示される食事や運動療法を実施すること、定期通院することなどを求められる。療養しながら会社や家庭での生活を維持していく必要もある。病気が思うようにコントロールされないと、将来を悲観して、鬱的な気分になることもある。セルフマネジメントとは、「患者が、自分の健康・病気に関することをよく知って、よく学んで、医療者や家族と相談して、自分で決めて、決めたことを実行し、その責任を取っていくこと」である。患者は日常生活の中で、いつも自己判断、自己決定をしなければならない。医療者が療養についての正確な知識を身につけていても、患者に届く「患者言葉」に翻訳して伝えないと、患者には届かない。専門用語で正確な知識を伝える能力があっても、患者の心に届かないとしたら、それはセルフマネジメントには活用されない情報である。セルフマネジメント支援とは、患者が必要な療養行動を日常生活の中に上手に取り入れて、自分の治療を管理し、社会生活を管理し、自分の感情を管理できるように支援することである。病気を持って生きるのは患者自身である。よく馬を水飲み場まで連れていくことはできても、水を飲ませることはできないと言われるが、医療者の役割は、患者が上手にセルフマネジメントできるように支援することである。セルフマネジメント支援においては、医療者は患者とパートナーシップの関係で「治療同盟」を結び、共同目標を目指す (図1)。患者は自分の症状との付き合い方、データとの付き合い方、病気を持ちながら社会生活をうまく送る方法、病気を持つことによって生じるストレスとの付き合い方を身につけていく。

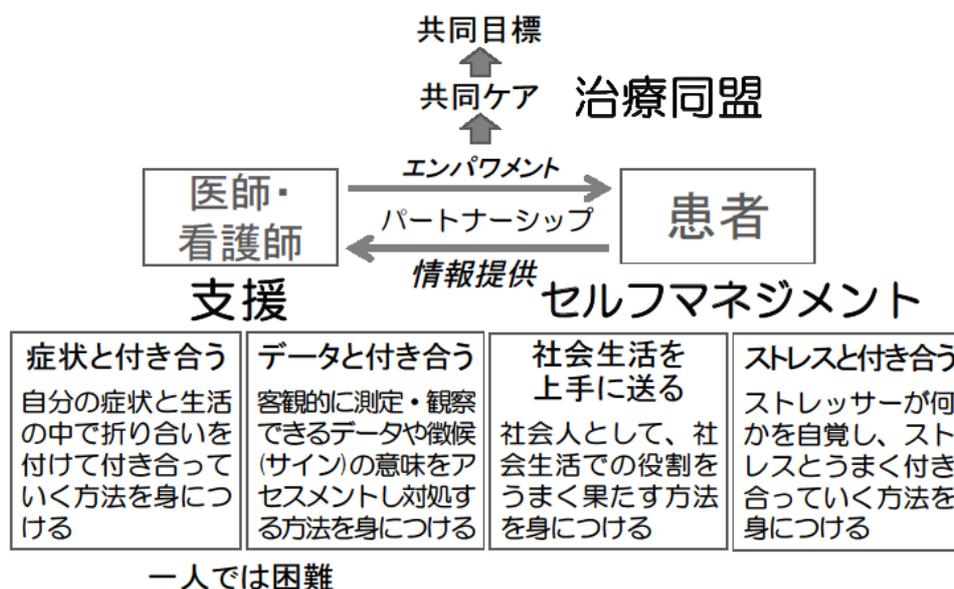


図1 セルフマネジメント支援とは

● セルフマネジメント支援の3つの鍵

セルフマネジメント支援のための第一の鍵は、患者がその行動をすることに意味があると思えることである。第二の鍵は、患者が自分のこととして問題を捉え、解決したいと思うことである。第三の鍵は、患者がその行動をするための能力を自分を持っているという自信があること、つまり自己効力感を持っていることである。医療者がセルフマネジメント支援をするためには、上記の3つの鍵を意識したアプローチをする必要がある。

文献

- 1) ラーソン (Larson, P. J.) 他: Symptom Management —患者主体の症状マネジメントの概念と臨床応用— (別冊ナーシング・トゥデイ, 12). 日本看護協会出版会, 1998
- 2) ローリッグ (Lorig, K.) 他, 日本慢性疾患セルフマネジメント協会編, 近藤房恵訳: 病気とともに生きる —慢性疾患のセルフマネジメント—. 日本看護協会出版会, 2008
- 3) 安酸史子: ナーシング・グラフィカ 成人看護学③セルフマネジメント (改訂3版). メディカ出版, 2015
- 4) 安酸史子: 糖尿病患者のセルフマネジメント教育 —エンパワメントと自己効力— (改訂2版). メディカ出版, 2010

(安酸史子)

カウンセリング

● カウンセリングとは

カウンセリング (counseling) は専門的援助活動であり、通常の相談やアドバイスとは異なる営みである。通常の相談は友人関係、上司部下関係など社会生活での人間関係があり、それに基づいて行われる。そこではお互いの経験や価値観が交換されたりする。アドバイスはたとえば患者が医師に「どうしたらいいでしょうか」と質問し、医師は患者に対してたとえば「数日間は安静にするのがいいでしょう」など明確な解決策を直ちに提示する行為であると言える。

それらに対して、通常のカウンセリングにおけるカウンセラーとクライアント (相談者、来談者、依頼者) は社会生活上の関係や交流をもたない。患者にとって主治医でありカウンセラーであることは二重関係といって回避されなければならない。なぜなら 2 つ以上の職業的役割を担うことで、現在進行中の治療関係が複雑になってしまうからである。

医師や看護師・保健師などの保健医療従事者の中にもカウンセリングに関心を持ち、カウンセリング心理学に基づいたカウンセリングのトレーニングを受け、自分の診療や看護・保健活動に活かそうとする人がいる。こうした場合は、自分が主治医であれば、カウンセリングを同僚の看護師に依頼するとか、心理カウンセラーにその仕事を任せるのがよい。しかし、身に着けたカウンセリング・マインド (相手の話を傾聴しつつ、相手の気持ちや感情を受け止め共感していく姿勢・心構え・態度) を発揮することはかけがいのないことである。

カウンセリングではカウンセラーは相手を批判や評価することなしに、クライアントのものの見方や考え方を尊重し、語られる内容を自分の経験に重ね合わせたり、同情せず無の境地で気持ちを集中させて傾聴する。自分のことをわかろうとしてくれる経験は、通常の社会生活ではほとんど得ることはできない。また、ただ一生懸命聴いてくれるだけでなく、カウンセラーからかけられる言葉やうなずきなどによって、混乱していた自分の気持ちの整理が進み、今まで気がつかなかった自分や自分の感情に気づくことができる。また、安心したカウンセリング関係の中で自己決定することができるのである。

● 保健医療とカウンセリング

医師をはじめとする保健医療従事者は、患者に医学的知識や保健学的知識などを一方的に与えるのではなく、その健康問題について、患者の話や思いを聴き、共通理解を確認し、共に話し合うところから始まる信頼関係の成立が、問題解決の糸口になることが少なくない。さらに、患者は一生活者であるので、生活の中での相手の立場を理解することが重要である。カウンセリングで扱う内容は、身体的な問題だけではなく、病む者の悩み、困惑・不安・迷いといった気持ちや感情、病気に由来する欲求不満や孤立、人間関係など多岐に

わたる。カウンセリングは病苦に直面して混乱や悲嘆の中にいる患者を癒し、患者自身が医師の提示する治療方針を主体的に選択・決定していくプロセスを支え、援助する。

しかし、多くの保健医療従事者は日々多忙な業務に追われ、患者の話を傾聴し、患者の気持ちを汲んでいくことはなかなか難しい。患者の話をいかに切り上げるかというコツを身に付けやすい保健医療従事者は関わりのひとつとしてのカウンセリング技法を習得することが得策である。

● 保健医療従事者に求められるカウンセリング技法

カウンセリングに関しては複数の理論やアプローチが提唱され、さらにそれぞれの理論やアプローチを反映する独自の技法が数多く開発されてきた。ここでは保健医療従事者がすぐに使えるいくつかの技法を紹介する。

基本的技法として、まず「開かれた質問（お具合はいかがでしょう）」と「閉ざされた質問（頭痛がまだ続いていますか）」がある。前者は、どのように応えるかを相手にゆだねる質問で、一般に応えにくい自由な話せるという特徴がある。後者は、「はい」「いいえ」で答えることができる質問であるが、情報量が少ないとされる。この2つの質問の仕方を組み合わせていくとよい。

また「最小限の励まし（うなずいたり、もう少し症状についてお話していただけますかといった促し）」は相手が話の流れを先に進めることができる。さらに「いいかえ（歯が痛んで、このままずっと痛みが続いたらどうしようと思って心配になったのですね）」は相手の言おうとしていることを聴き手の言葉でいいかえ、聴き手が理解していることを伝える。加えて、「要約（動悸がしたので、心不全で亡くなったお父さまと同じようになってしまうと遺伝の影響を考えて受診されたのですね）」という技法は、話の内容を理解するとともに、重要な点を印象づけることを指している。「感情の反映（前の病院では受けた検査の説明がなく、時間とお金をかけたのにそんな対応はあるかと怒りがでたのですね）」とは、患者や来談者の発言に含まれている感情を言葉にして返し、明確化することである。このようなカウンセリング・プロセスを踏むことによって、相手に共感を伝えることができる。

参考・引用文献

- 1) 日本カウンセリング学会編：認定カウンセラーの資格と仕事。金子書房，2006
- 2) 山崎久美子，津田 彰，島井哲志編著：保健医療・福祉領域で働く心理職のための法律と倫理。ナカニシヤ出版，2016
- 3) 竹崎登喜江：看護領域におけるカウンセリング（松原達哉，楡木満生，田上不二夫編：カウンセリング心理学ハンドブック[実践編]）。金子書房，2011
- 4) 飯田澄美子，見藤隆子編著：ケアの質を高める看護カウンセリング。医歯薬出版，1997
- 5) 楡木満生，田上不二夫編：カウンセリング心理学ハンドブック[上巻]。金子書房，2011
(山崎久美子)

回想法

回想法と記憶の能動性

回想法は、1963年のバター（Butler, R. N.）による提案にはじまる（詳細は、野村ら^{1,2}参照）。図1に示すように、研究動向をみると、レミニッセンス（reminiscence）の研究数は90年代はじめに年間60件を超える研究の流行があったが、その後の低下とともにライフレビュー（life review）の研究数が増加し、2001年には年間40件になったが、その後は落ち着いている。

これに対して、日本では、2000年ごろから急激な上昇をしており、日本では研究の流行期にある。日本語検索のデータベースはGoogle Scholarで、英語の文献検索は、PsycINFOであるため実数の比較には意味がないが、日本の報告数の増加現象は、海外研究の反映ではなく、国内問題としての超高齢化社会への対応が大きいと考えられる。

回想を聴いて問題の解決をはかろうとすることは、伝統的な心理療法でもおこなわれてきた。それが、1990年ごろから、回想法という名前で注目されるようになったのは、この時期に、認知研究の成果が浸透し、回想が、写真が貼り付けられたアルバムを見ることではなく、適応のために能動的に働く認知機能と考えられるようになったことによる。このような研究発展の成果として、回想法は、現在の適応を促進するために、記憶の能動的機能を積極的に活用するものとされてきた。

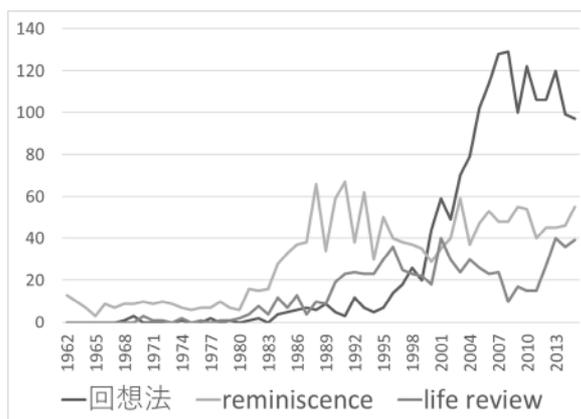


図1 回想法研究の論文数の推移

回想法の種類と対象

日本語では区別されないが、一般的な回想のレミニッセンスと、人生の再評価を含むライフレビューを区別することがある。先に述べたように、どんな回想でも、何らかの意味で人生の能動的な機能をもつと考えることもできるが、回想法を、人生の再評価の促進を主たる目標とするものと、そうでないものに区別することはできるだろう。

回想時に、懐かしいなどのポジティブな感情を伴えば、少なくとも、その時点の気分の向上に役立つ。認知症の高齢者を対象とした回想法の効果の一部は、気分の向上にある。認知機能の低下した高齢者を対象とする場合、子供の時の遊び道具や、家族写真、昔の本や食べ物、音楽など、回想に役立つような刺激が用いられる³。効果として、発話の増加や、意欲の向上、グループで実施することで交流の促進も期待されているが、これらは、人生

の再評価よりも、ポジティブな気分によって誘発されるものといえる。

一方、ライフレビューは、認知機能が一定程度保たれており、人生の再評価や再構成をすることで、心身の健康やQOLにメリットが期待できる場合に用いられる。典型的には、悲惨な経験をした場合や終末期にある場合があげられるが、青年期も含みうる。この場合、過去を回想するだけではなく、未来を含む展望的記憶への働きかけということもできる。

ライフレビューでは、刺激は言語によることが多く、例を表1にあげた⁴⁾。ライフレビューでも比較的同質な集団であれば、グループでのセッションも有効だと考えられる。

なお、最近では、ポジティブ心理学的介入でも、人生の意義が重視されており、よりポジティブな方向性が強調されるものであるが、そのめざすところは共通している。

表1 ライフレビューの刺激語の例⁴⁾

①	人生で最も大切なこととその理由
②	人生で最も鮮明なあるいは印象に残っている記憶
③	あなたに最も影響を与えた出来事あるいは人物
④	あなたが果たした最も重要な役割
⑤	人生で最も誇らしい記憶
⑥	あなたについてご家族が知っておくべきこと
⑦	ご家族に話しておきたいことや、思い出してほしいこと
⑧	大切な人たちや若い人へのアドバイスや伝えたいこと

回想法の結果評価

必ずしも厳密に区別をする必要はないが、気分の向上を中核とする回想法の場合には、その一次的評価は気分の向上であるはずであり、グループセッションの場合積極的な参加なども指標となる。しかし、高齢者を対象とした研究の多くでは、認知能力への効果が検討されている。一方、ライフレビューでは、認知的な変化が評価されるべきであり、幸福感や自尊感情などの心理尺度を用いた心理アセスメントが結果評価となるだろう。

なお、いずれの場合にも、その人の現在の課題解決や適応の向上をめざすのであれば、回想され再構成された記憶が正確である必要はない。想起時にポジティブな気分になっていれば、ポジティブな出来事が想起されやすいことが知られており、真実の人生が悲惨であっても、ポジティブな気分で充実した人生だと再評価することに何も問題はない。

文献

- 1) 野村信威ら：地域在住高齢者に対するグループ回想法の試み. 心理学研究, 第77巻第1号, pp.32-39, 2006
- 2) 野村信威：地域在住高齢者に対する個人回想法の自尊感情への効果の検討. 心理学研究, 第80巻第1号, pp.42-47, 2009
- 3) 鳥塚亜希ら：認知機能が低下傾向にある地域在住高齢者への懐メロを用いた回想法の効果の評価. 日本看護科学会誌, 第34巻第1号, pp.371-377, 2014
- 4) Ando, M., et al.: Efficacy of Short-Term Life-Review Interviews on the Spiritual Well-Being of Terminally Ill Cancer Patients. Journal of Pain and Symptom Management, Vol.39 No.6, pp.993-1002, 2010

(島井哲志)

認知行動療法

従来、フロイトが唱えた精神分析に満足できない人々は、新しい精神療法として、認知療法や行動療法を発展させる。

行動療法

1950年以降、ウオルペなどにより行われ、不適応行動も学習理論によって改善できるとする。行動療法では、主に学習理論を基礎とし、1970年代に発展が見られる。また、行動療法は、人間の問題を無意識や葛藤の表れと解釈せず、学習の産物と捉え、学習の原理原則に従って、行動の変容をもたらす心理学であり、よく知られた学習理論には以下のようなものがある。

1. **古典的条件づけ理論**：条件反射的に行動が形成される。ベルが鳴ると食物を見せて、唾液が出るように反射を学習する。すなわち、ベルの音を聞いただけで、よだれがでる。
2. **オペラント条件づけ**：人間の能動的な行動が、報酬（強化子）によって習慣化する学習パターン。シール、お菓子などの報酬は物理的強化子であり、褒めたりすることは社会的強化子である。
3. **モデリング（社会的強化子）**：社会性や表象機能が発達している人間では、他人の行動を学習するだけで、多くのことを学習できる。ある行動を遂行できる確信の程度をセルフエフィカシー（自己効力感）といい、個人の行動を動機づけたり、統制させたりし、医療全般に患者のセルフケアの機能を検討する際に有用な因子である。

認知療法

エリスは、1950年代に論理療法を開発し、不合理な信念の変容を導く。さらに1960年代にベックはうつ症状を招く自動思考とスキーマの変容を提唱する。認知療法は表面化している問題の解決を目指すだけでなく、その行動の背景にある誤った受け止め方や考え方といった個人の認知に着目し、個人の適応性を換えようとする。認知療法で物事の捉え認知には自動思考とスキーマがある。行動を変えると新たな認知のパターンに気づく。自分の気分に基づき数字で評価し、気分を左右するスキーマに気づく。自動思考を変える方法を学び、行動により、新たな認知の効果を試す。そして、歪んだスキーマに基づき適応的なスキーマを獲得する。

1. **認知の歪みとは以下のようなものである**
 - 1) 恣意的推論：証拠なしに思いこむ
 - 2) 2者択一思考：あいまいな状況を嫌い、2者択一の決定の判断しかできない
 - 3) 誇張と矮小化：些細な出来事を誇張、重要な事実を過小評価する
 - 4) 自己関連づけ：自分に関係がないことまで関係があると思ひこむ

5) 選択的抽出：自分に関心のあることのみ、抽象的に結論する

6) 過度の一般化：ごくわずかの事実を取り上げて一般化する

2. 認知行動の代表的な技法

1) エクスポジチャー法：苦手な事象に向き合うことで、不安の軽減と恐怖を減らす

2) リラクゼーション：四肢の筋肉をゆったりゆるめることで、リラクゼーションを達成する

3) 呼吸法：ゆっくりと呼気に集中しながらの呼吸

4) モデリング：他者の行動を見聞きして真似するモデリング法は人前での不安や緊張に役に立つ

5) 子供たちにご褒美により望ましい行動を増やしてゆく正の強化法

6) 認知の再構成

①問題が起こった状況でのいやな気分を同定する

②気分をもたらした不合理的な考えを再検討する

③合理的な考え方を新たな感情の変化を生ずる

3. 臨床への応用：不安障害、感情障害など多くの精神障害のみならず、学校現場や職場、家庭にも有効性が認められている。

4. 認知へのアプローチはどうするか？

1) 認知を変える、認知の再体系化

2) エリスのABC：不合理的な信念を変える

3) うつ病の認知療法の認知の歪み論：ネガティブなライフイベント、抑うつスキーマ、推論の誤り、自動思考

4) ケースフォーミュレーション：問題を図式化し全体像を理解する

5) 問題点リストを挙げ、共有する

6) 自動思考の検証のポイント

アクト

感情や思考は自分の頭の中の産物に過ぎないと理解できると、つらい感情や思考の悪循環から抜け出せる。思考は思考としてそのままにしておく。気分や思考は無理におさえこもうとしないで、あるがままに受け入れる。

マインドフルネス

瞑想との共通点も多いが、認知行動療法の一つと考えられる。現在に注意を向け、呼吸に集中する。

参考文献

1) 飯田紀彦編著：プラクティカル医療心理学，金芳堂，2006

2) 長田久雄編：看護学生のための心理学（第2版），医学書院，2016

（元村直靖）

ソーシャルワーク

● ソーシャルワークとは

ソーシャルワーク専門職のグローバル定義（2014年）によると、ソーシャルワークとは専門職であるだけでなく、実践基盤の学問である。さらにソーシャルワーク専門職は、社会正義、人権、集団的責任、多様性尊重の諸原理を基盤に、社会や個人をよりよい方向へ変えていくために多様に働きかけていく。今後は多様性がさらに注目されていくであろう。

ソーシャルワークの構成要素には、①クライアント、②ニーズ、③ソーシャルワーカー、④社会資源がある。ソーシャルワーカーは、地域で生活するクライアントの多様な生活ニーズを充足させるために、クライアントと社会資源の関係に働きかけていく。社会資源は社会に多種多様に存在している。専門機関等のフォーマルな要素だけでなく、家族や友人等のインフォーマルな要素も重要になる。クライアントの生活支援に向けて社会資源を活用するところに、カウンセリングと異なるソーシャルワーク実践の特徴がある。

ソーシャルワークの体系化へ導いたリッチモンド（Richmond, M. E.）の定義（1922年）の骨格に「①人と環境、②個別的に、③意識的調整、④パーソナリティの発達」がある¹⁾。特に、人と環境に目を向ける視点は、今日のソーシャルワーク実践にも生き続けている。個人の生活状況については身体的側面だけでなく、心理的・社会的側面からも捉える必要がある。環境とは、クライアントの日常生活を取り巻く環境だけでなく、広く社会環境や自然環境も含めた生活環境を意味している。ソーシャルワーカーは、クライアント個人へ直接的に働きかけるとともに、社会資源や環境を活用しながら間接的にも働きかけ、これらを調整・統合化させていく。つまり、ソーシャルワーカーは人と環境、さらにその関係にも介入し、クライアントが抱える生活問題に向きあい、解決を図っていく（図1）。

● ソーシャルワークの援助の原理

ソーシャルワークの援助の基本原理は、人間としての尊厳を重視する価値を保持し、個人の生活状況の特殊性をくみ取り、潜在的にもつ問題解決能力（コンピテンス）を信じて引き出し、そこから専門的な援助の関係性とプロセスを築いていくところにある。

バイスティック（Biestek, F. P.）は、援助関係の概念はいかなる人間も価値と尊厳をもつことを大前提に、クライアントに対して、①個人として捉える、②感情の表出を大切にす、③援助者は自分の感情を自覚する、④受け止める、⑤一方的に非難しない、⑥自己決定を尊重する、⑦秘密を保持する、の7つの社会福祉における個別援助の原則を挙げている²⁾。

岡村重夫は、社会福祉的援助の原理として、①社会性の原理、②全体性の原理、③主体性の原理、④現実性の原理を挙げ、社会関係の主体的側面という生活当事者の視点に立つことの重要性を唱える³⁾。一人のクライアントがもつ生活史を把握し、「生活の背景」と「人生の歩み」という生活の全体からクライアントを理解していくことである。

● ジェネラリスト・ソーシャルワーク

ソーシャルワークは転換期を迎えている。これまでは戦後の福祉六法体制をそのまま受け継ぎ、タテ割り・法的枠組みに基づく「課題別」「対象者別」の対応を続けてきた。しかし今日の社会では、①社会・家族・個人、生活や価値観、生活課題も多様化している。②ソーシャルワーカーが向きあう課題には多面的要因があり、深刻化している。③戦後に構築された社会の基礎構造にはほころびが目立つようになっている。こうした状況において個人の生活支援には、多職種チームによる総合的・包括的な相談援助が必要になってきた。

クライアントの生活場面である地域を基盤として生活支援を展開していくためには「①クライアントの生活の側から援助を組み立てていくこと、②住民当事者の主体を尊重したソーシャルワーク実践をすること」が求められる。こうしたソーシャルワークの基本視点は、すでにリッチモンドが「共通基盤」として明言していたが、その後のソーシャルワークは各時代や社会を象徴する科学や理論に揺すぶられつつ、多様なモデルやアプローチが提唱されてきた。

ソーシャルワーク実践モデルでは、精神医学の影響を受けた医学モデルから、人と環境の関係から個人の生活に焦点化する生活モデルへ、さらにクライアントの強さや長所に焦点をあてるストレングスモデルへ変遷を遂げてきた(図2)。ジェネラリスト・ソーシャルワークは、人と環境の相互作用に焦点化する生活モデルを中核に据え、各領域に貫通するソーシャルワークの共通基盤を明らかにし、クライアントに適する各モデルの強みを生かしながら、地域における当事者主体の生活支援につなげていく。このように現代社会においては、個人や社会の多様性に向きあい、個人の生活支援を実践していくために、多様なモデルやアプローチは統合化され、ソーシャルワークの本質を見直す機会にもなっている。

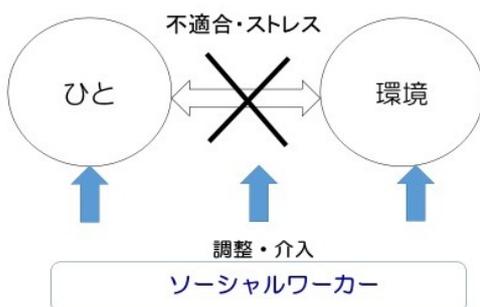


図1 ソーシャルワーカーのとらえ方

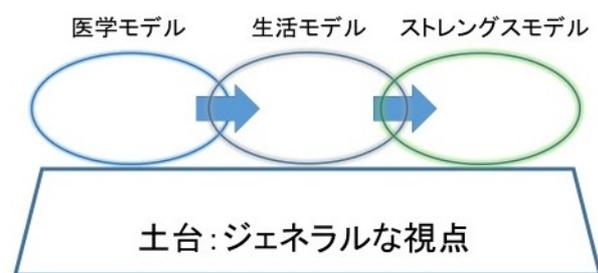


図2 実践モデルの相互関係 <マイクロレベルにおいて>

文献

- 1) Richmond, M. E.: What Is Social Case Work? Russell Sage Foundation, 1922 小松源助訳: ソーシャル・ケース・ワークとは何か. 中央法規出版, 1991
- 2) Biestek, F. P.: The Casework Relationship, Loyola University Press, 1957 尾崎新, 福田俊子, 原田和幸訳: ケースワークの原則. 誠信書房, 1996
- 3) 岡村重夫: 社会福祉原論. 全国社会福祉協議会, 1983

(梓川 一)

ホリスティック・アプローチ

ホーリズムとホリスティック

ホリスティック（英語の holistic）という言葉は、1926年にスマッツ（Smuts, J. C.）が『ホーリズムと進化（Holism and Evolution）』¹⁾という著書の中で「This whole-making or holistic tendency is fundamental in nature」というように、ホーリズム（holism）の形容詞として初めて使った造語とされている。

スマッツは、同書の中で「ホーリズムとは、宇宙における生成の傾向の基礎となり、宇宙における種々の全体の発達と起源に寄与する原理であり、物質と生命と心についての主要な概念もこの原理に照らして考えることができる」と述べている¹⁾。

このホーリズムに関して、近年、ラズロ（Laszlo, E.）は、最先端の科学（特に量子論、宇宙論、生命科学、意識研究など）に基づいて「宇宙は、すべてのものがほかのすべてのものと相互に作用し、一貫性のある全一体を共に作り上げる、調和した構造を持っている。これは銀河や恒星など宇宙の最大の構造から、極微の素粒子に至るまで、人間も含め宇宙に存在するほとんどすべてのものに共通している」と主張している²⁾。

つまり、ホーリズムとは「人間を含めて、宇宙における万物は、すべてが相互に一貫性のあるつながりをもっており、全体として動的（dynamic）に調和している」という考え方である。ここでは、すべて全体、一体として捉え、全体を部分や要素に還元することはできないと考え、また、物質と精神、科学とスピリチュアリティ（spirituality）というように分けるのではなく、統合的に考える。このような考え方自体は、決して新しいものではなく、近代科学が台頭する以前や東洋の伝統においてみられるが、最新の科学がこの考え方を支持しつつある。

holism（ホーリズム）という英語はギリシャ語の holos（全体・総和）³⁾、あるいは古英語の hal（完全な）⁴⁾に由来する。holos あるいは hal から派生した英語として、whole（全体）、heal（癒す・治す）、holy（聖なる）などがあり、heal から health（健康）、healing（癒し）が派生した⁴⁾。英語の holistic（ホリスティック）は、日本語で全人的と訳されることもあるが、その広範な意味を包含する確かな日本語訳がないため、ホリスティックという外来語表記で使われることが多い（図1）。

現在、保健医療や教育の分野で、ホリスティックは、全体、関連、つながり、バランス、調和などの意味を包含した言葉として解釈されている^{5,6)}。

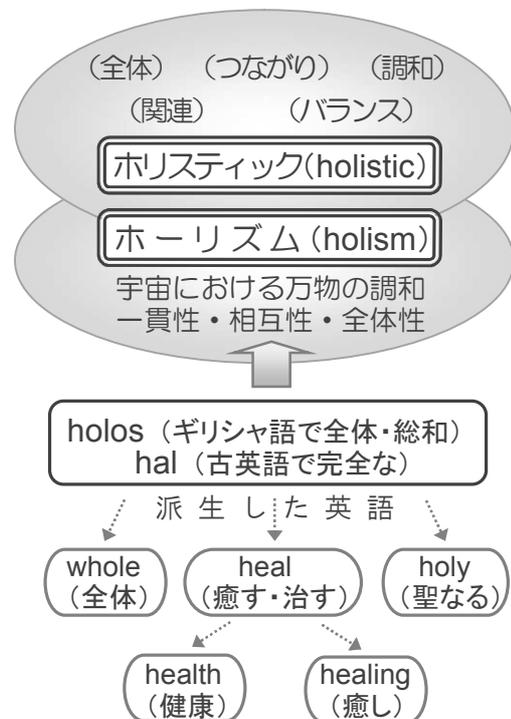


図1 ホーリズムの由来と派生語^{3,4,5,6)}

● ホリスティック・アプローチ

前述のようなホーリズムの考え方に基づいて行われるのがホリスティック・アプローチ (Holistic Approaches) であり、保健、医療、看護、福祉、教育などの分野で実践されるようになってきた。そこでは、相互性や全体性が考慮され、科学的、客観的な根拠だけでなく、人間の主観性や固有の感性、人間関係や対話も尊重される。

保健医療において、例えば鍼灸やアロマセラピーなどの補完代替療法（または補完代替医療）自体がホリスティック・アプローチということではなく、近代医学（西洋医学）を主とする医療において、施術者が先述のようなホーリズムの考え方に基づいて行う場合もホリスティック・アプローチといえ、逆に、補完代替療法においてホーリズムの考え方に基づいて行わなければホリスティック・アプローチとはいえない。

以下には、ホーリズムやホリスティック・アプローチが基盤となっている主な保健医療やケアの概要等について述べる。

● ホリスティック医学

近代医学では、20世紀後半になって、膨大、複雑化する医療を効率的に行うために、管理的、支配的になり、分業組織もとり入れられ、医療者は全体を展望することなく、自身の専門の担当部署での処置に専念するようになった。その結果、病人が減るところか逆に増大し、さらに医療行為が原因となって起こる医原病をつくり問題化するようにもなった。効率的と考えられていた近代医学の方法も、必ずしも効率的でないことが明らかになってきた⁷⁾。このような反省から、部分的に病気だけを診るのではなく、人間をもっと全体的な存在とみるホーリズムやホリスティック・アプローチに着目した医療やケアを希求する動きが出てきた。

この動きのパイオニアの一人がワイル (Weil, A.)⁸⁾である。ワイルは、米国ハーバード大学で植物学の学位を取得した後、ハーバード大学医学校 (Harvard Medical School) を1968年に修了したが、今ある症状を抑えるだけの医療の現状に失望し、世界中を旅して、各地の伝統医療、ハーブ、シャーマニズムを含む様々な療法などを自ら体験して廻った。その後、大学や医学校で学んだ知識や技術と自らの体験や研究を統合し、保健医療やケアに関する独自の考え方や方法を構築し、実践していった。ワイルは、自身の著書『Health and Healing (人はなぜ治るのか)』⁹⁾において「健康とは、完全としての全体であり、平衡としての全体である。すなわち、人間を構成し人間をとり巻くあらゆる要素、あらゆる力が動的に、かつ調和的に統合され、全体として平衡状態にあること」と述べている。さらに「真の医術とは、個々の患者に内部からの治癒力を最もうまく生じさせる治療法を選択し、提示する、治療家の能力のこと」と述べている。

つまり、保健医療やケアにおいて、人間を全体的に、動的な存在とみて、個別性や相互性（例えば医師と患者の信頼関係など）にも着目し、自らに本来備わっている自然治癒力 (spontaneous healing) を高め、全体として調和的な状態にあることが重要であり、これにより真の健康と癒しに至るという考え方である。

保健医療におけるホーリズムやホリスティック・アプローチを促進するために、1978年に米国ホリスティック医学協会（The American Holistic Medical Association）、1983年に英国ホリスティック医学協会（The British Holistic Medical Association）、1987年に日本ホリスティック医学協会（The Japan Holistic Medical Society）が発足している。

日本ホリスティック医学協会⁵⁾では、精神・身体・環境がほどよく調和し、与えられている条件において最良のクオリティ・オブ・ライフ（生の質）を得ている状態を健康と考え、ホリスティック医学を5つの視点で定義している（表1）。

表1 ホリスティック医学の定義⁵⁾

1. ホリスティック(全的)な健康観に立脚する
2. 自然治癒力を癒しの原点におく
3. 患者が自ら癒し、治療者は援助する
4. 様々な治療法を選択・統合し、最も適切な治療を行う
5. 病の深い意味に気づき自己実現をめざす

統合医療

統合医療（Integrative Medicine）の定義は多く存在するが、基本的にはホリスティック医学と同様に、ホーリズムやホリスティック・アプローチを基盤としている。ただしホリスティック医学では「人間まるごとをそのまま捉えるので、代替もなければ統合もない⁹⁾」という理想的な捉え方が多いのに対して、後発の統合医療では「主流の近代医学（西洋医学）を尊重しつつ、補完代替療法を併用する¹⁰⁾」という現実的な捉え方が多いといえる。

先述のワイルは、1980年代の米国におけるホリスティック医学の負の側面、すなわち主流の近代医学にただ批判的で理論的統一性や一貫性がなく、根拠に乏しい非正統的治療法も無批判に採用する傾向などを懸念し⁹⁾、統合医療を提唱した人物でもある⁸⁾。

そもそも補完や代替は主流の近代医学に対する言葉で、例えば、同じ鍼灸でも、近代医学に併用して行われる場合は補完療法（Complementary Medicine）といい、単独で行われる場合は代替療法（Alternative Medicine）という¹⁰⁾。米国では、代替療法として単独で行われることは一般的ではなく、統合医療の一環で補完療法として行われる場合が多い¹⁰⁾。

日本統合医療学会（2000年設立）¹¹⁾では、統合医療の目指す方向性として6つの視点を掲げている（表2）。

表2 統合医療の目指す方向性¹¹⁾

1. QOLの向上を目指し、患者一人ひとりに焦点をあてた患者中心の医療
2. 近代西洋医学及び伝統医学や相補・代替医療従事者による共同医療（真のチーム医療）
3. 身体、精神のみならず、人間を包括的に診る全人的な医療
4. 治療だけでなく、疾病の予防や健康増進に寄与する医療
5. 生まれてから死ぬまで一生をケアする包括的な医療
6. 「尊厳ある死（Death with Dignity）」と、患者だけでなく残された遺族も満足できる「良質な最期のとき（QOD: Quality of Dying and Death）」を迎えるための医療

● ホリスティック・ナーシング

1981年に設立された米国ホリスティックナース協会（The American Holistic Nurses Association）は「ホリスティック・ナーシング（Holistic Nursing）とは、全体としての人間を癒すことを目的とする全ての看護実践である¹²⁾」と定義している。日本では2011年になって日本ホリスティックナーシング研究会（The Japanese Holistic Nursing Association）が設立され「ホリスティック・ナーシングとは、身体（body）だけでなく心（mind）と魂（spirit）をも包括し、社会や自然環境との調和の中で生きている全体的＝ホリスティックな存在としてケアする看護である¹³⁾」と定義している。

ホリスティック・ナーシングの目的は、ホーリズムに基づく癒し（healing）であり、癒しはホーリズムについての理解を深めていく過程（気づきと成長の人生の旅）でもある^{14,15)}。癒しは、内的環境である身体、心、感性、魂を統合し、さらに外的環境としての自然、社会・文化を統合して調和した状態にする過程であるといえる。癒しは治癒と同時に起こることもあるが治癒と同じ意味ではない^{14,15)}。

ホリスティック・ナース（Holistic Nurse）は、ホーリズムに基づく癒しを実践するナース・ヒーラー（Nurse Healer）であり、癒しの手だて（instrument）であり、癒しを促す支援者（facilitator）である。癒しにとって最も強力な手だては、患者の環境にいる看護師の存在（presence）であり、存在の質が患者の環境のあらゆる側面に大きな影響を及ぼす。それゆえ、ホリスティック・ナースは、自分自身が癒されていることがとても重要であり、健康でホリスティックな生活のロールモデル（role model）でもある^{14,15)}。

癒しの背景として、ホリスティック・ナースとホリスティックな患者の相互の関わりの中で、患者の脆弱性を保護し、人間性と尊厳を守り、擁護するという看護の道徳的理念としてのヒューマンケアリング（Human Caring）¹⁶⁾が重要である。

『看護の覚え書（Notes on Nursing）, 1859』の著者であり、一体性（unity）、ウエルネス（wellness）、人間と環境の相互関係に着目し、生命力の消耗を最小限に抑えるケアが大切であることを確信していたナイチンゲール（Nightingale, F.）が最初のホリスティック・ナースの一人と考えられている¹²⁾。

米国ホリスティックナース協会は「ホリスティック・ナーシング実践スタンダード」として、ホリスティック・ナーシングの5つの基本理念（Core Value）を掲げている¹²⁾（表3）。

表3 ホリスティック・ナーシングの基本理念（Core Value）¹²⁾

1. ホリスティックな哲学、理論と倫理
2. ホリスティックなケアリングのプロセス
3. ホリスティックなコミュニケーション、療養環境と文化的多様性
4. ホリスティックな教育と研究
5. ホリスティック・ナースのセルフケア

● 全人的アプローチ

ホリスティック・アプローチに類似するものとして、全人的アプローチ（Comprehensive Approaches）があるが、これは、人間の身体的な面にとどまらず、心理的、社会的、スピリチュアルな側面への包括的なアプローチであると一般的に理解されている。場合によっ

では、ホリスティック・アプローチと同義に理解され使われていることもある。

保健医療においては、英国の一般医療（General Practice）、米国の家族医療（Family Medicine）、日本の総合診療などを含むプライマリ・ケア（Primary Care）、心身医学、保健医療行動科学、行動医学、緩和ケア、認知症ケアなどの分野で全人的アプローチに関する研究や実践がよく行われている。

● ホーリズムやホリスティックの理解を深めるために

1. ドキュメンタリー映画『地球交響曲（Gaia Symphony）』¹⁷⁾

『地球交響曲』とは、生物物理学者のジェームズ・ラブロックが唱えたガイア理論、「地球はそれ自体がひとつの生命体である」という考え方に勇気づけられ、龍村仁によって制作されたオムニバスのドキュメンタリー映画シリーズである。美しい映像と音楽、珠玉のことばの数々によって織り成され、環境問題や人間の精神性に深い関心を寄せる人たちのバイブル的存在となっている。1992年公開の「地球交響曲第一番」から2015年公開の最新作「第八番」まで、草の根の自主上映を中心とした上映活動だけで、これまでに延べ、240万人の観客を動員している¹⁷⁾。特に「地球交響曲第5番（2004年公開）」では「全ての存在は時空を超えて繋がっている」がテーマとなっており、先述したラズロも出演している。「地球交響曲第6番（2007年公開）」では「全ての存在は時空を超えて響き合っている」がテーマとなっており、クジラが作曲し唄っていることを発見した海洋生物学者のロジャー・ペインや、インド音楽の至宝で世界的シタール奏者のラヴィ・シャンカルなどが出演している。さらに「地球交響曲第7番（2010年公開）」では「地球を含めたすべての生命体が内部に秘めている自然治癒力」がテーマとなっており、先述のワイルも出演している。

2. 保健医療におけるホリスティックに関するコラム

先述した日本ホリスティック医学協会のウェブサイト「ホリスティックコラム」のページがあり、「私のホリスティック観」「ホリスティック医療塾」などのテーマごとにコラム等が掲載されており¹⁸⁾、保健、医療、看護、福祉におけるホーリズムやホリスティックに関する理解を深めるために有用と思われる。

文献

- 1) Smuts, J. C.: Holism and evolution (First Edition). The Macmillan company, 1926
ジャン・クリスチャン・スマッツ著，石川光男，片岡洋二，高橋史朗訳：ホーリズムと進化。玉川大学出版部，2005
- 2) Laszlo, E.: Science and the Reenchantment of the Cosmos: The Rise of the Integral Vision of Reality. Inner Traditions, 2006
アーヴィン・ラズロ著，吉田三知世訳：生ける宇宙－科学による万物の一貫性の発見－，日本教文社，2008
- 3) 野家啓一：ホーリズム，岩波哲学・思想事典。岩波書店，1998
- 4) 江藤裕之：healthの語源とその同族語との意味的連鎖－意味的連鎖という視点からの語源研究の有効性－。長野県看護大学紀要，4，95-99，2002

- 5) 日本ホリスティック医学協会（ウェブサイト）：ホリスティックについて。
<http://www.holistic-medicine.or.jp/holistic/>, 2016.11.検索
- 6) 日本ホリスティック教育協会（ウェブサイト）：ホリスティックとは。
<http://www.holistic-edu.org/holistic.htm>, 2016.11.検索
- 7) 中川米造：医とからだの文化誌。法政大学出版社，1983
- 8) Center for Integrative Medicine, The University of Arizona (website): Andrew Weil, MD, Founder & Program Director.
<https://integrativemedicine.arizona.edu/about/directors/weil>, 2016.11.検索
- 9) Weil, A.: Health and Healing: Understanding Conventional and Alternative Medicine. Houghton Mifflin, 1983 アンドルー・ワイル著，上野 圭一訳：人はなぜ治るのか－現代医学と代替医学にみる治癒と健康のメカニズム－，日本教文社，1984
- 10) National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), National Institutes of Health (NIH) (website): Complementary and Alternative or Integrative Health. <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>, 2016.11.検索
- 11) 日本統合医療学会：統合医療とは。 <http://imj.or.jp/intro>, 2016.11.検索
- 12) The American Holistic Nurses Association (website): What is Holistic Nursing?
<http://ahna.org/About-Us/What-is-Holistic-Nursing>, 2016.11.検索
- 13) 日本ホリスティックナーシング研究会（ウェブサイト）：ホリスティック・ナーシングとは。 <http://www.jhna.jp/>, 2016.11.検索
- 14) Dossey, B. M., Keegan, L., Guzzetta, C. E. (Editors): Pocket Guide for Holistic Nursing. Jones & Bartlett Publishers Inc., 2005 バーバラ・M・ドッシー，リン・キーガン，キャシー・E・ガゼッタ編，守田美奈子，川原由佳里監修：ホリスティック・ナーシング－全人的な癒しへの看護アプローチ－。エルゼビア・ジャパン，2006
- 15) Dossey, B. M., Keegan, L., Guzzetta, C. E. (Editors): Holistic Nursing: A Handbook for Practice, Seventh Edition. Jones & Bartlett Publishers Inc., 2015
- 16) Watson, J.: Human Caring Science: A Theory of Nursing, Second Edition. Jones & Bartlett Pub, 2011 ジーン・ワトソン著，稲岡文昭，稲岡光子，戸村道子訳：ワトソン看護論－ヒューマンケアリングの科学－（第2版），医学書院，2014
- 17) 地球交響曲（ウェブサイト）：地球交響曲とは <http://gaiasympphony.com/>, 2016.11.検索
- 18) 日本ホリスティック医学協会（ウェブサイト）：ホリスティックコラム。
<http://www.holistic-medicine.or.jp/column/>, 2016.11.検索

（吉岡隆之）

II 演習編



価値交流学习

目的

すべての人々が「健康一番」と、考えているわけではない。患者・利用者の価値観は多様であり、健康以外のものを大切にしている人も暮らしている人もいる。

健康以外のものを大切にしている人に対して、その価値観を頭ごなしに否定して、「健康が一番が当たり前ですよ」と押し付け的にかかわれば、信頼関係を築くことは難しくなる。頭ごなしに否定するのではなく、まずは相手の話に耳を傾け、相手が健康以外のものを大切にしている背景を十分に理解することが、効果的な援助には欠かせない。

ここで紹介する価値交流学习に取り組み、参加者間で価値観を比較することにより、価値観の多様性を理解することができる。さらに、価値観の違いを話し合い、相互理解を深めることを通して、多様な価値観を受容する態度の形成・強化をねらう。

方法

①ワークシート「価値交流学习」（表1）を使い、七つの項目（権力、健康、学歴…）について、まずは1人で自分の優先順位を決めて、一番大切なものから順に1～7の数字を、「自分の順位」に記入する。

②3～4人1組でグループを作り、他の人の名前と優先順位を、「他者の順位」に書き写す。次に、各項目における自分と他者との優先順位の差（ズレ）を、他者ごとに「自分との差」に記入する。負号(-)はつけず、数字のみを記入する。さらに、自分との差の合計（ズレの合計）を他者ごとに求めて、「差合計」に記入する。

③優先順位に関して他者と10分間ほど話し合い、合意できたものだけを「合意順位」に記入する。結論が出なくても構わないので、多数決を取ったりせずに、話し合いの過程を大切にする。話し合いの過程では、「善い／悪い」「好き／嫌い」「正しい／間違い」などの批評を一切せずに、それぞれの考えに対して十分に耳を傾ける。

補足

この価値交流学习では、グループ内で話し合った際に、合意順位が決まらなくても構わない。話し合うことで互いの理解が深まり、「私の愛情一番は変わらないけど、相手がお金を一番にしているのもよくわかる」というように、自分と異なる価値観の相手を受容することに至れば、目的が達成されたことになる。

文献

- 1) 諏訪茂樹：対人援助とコミュニケーション 第2版 ―主体的に学び、感性を磨く―。中央法規出版，2010

表1 ワークシート「価値交流学习」

		権力	健康	学歴	愛情	名誉	金銭	誠実	差合計
自分の順位									
他者の順位									
	自分との差								
	自分との差								
合意順位									

表2 ワークシート「価値交流学习」の記入例

		権力	健康	学歴	愛情	名誉	金銭	誠実	差合計
自分の順位		7	1	6	2	5	4	3	
他者の順位	太郎	6	2	5	1	7	3	4	
	自分との差	1	1	1	1	2	1	1	8
	花子	3	7	5	2	4	1	6	
	自分との差	4	6	1	0	1	3	3	18
合意順位				5	2				

(諏訪茂樹)

コミュニケーション技法1： 反応を示しながら聞く

目的

患者・利用者の話に対して、熱心に耳を傾けることは、患者・利用者中心の効果的な医療を実現するための第一歩である。しかし、医療職がいくら熱心に聞いているつもりでも、それが患者・利用者に伝わらなければ無意味である。

無反応で相手の話を聞けば、自分の熱意は相手に伝わらない。うなずきつつ、相づちを打ったり、相手の言葉の一部を繰り返したりなど、反応を示しながら聞くことで、自分の熱意を効果的に伝えることができる。自分の熱意が伝わると、相手は「もっと話そう」という気持ちになり、発話が促される。

ここで紹介する演習に取り組めば、無反応で聞いた場合の話し手の話しづらさを、理解することができる。さらに、どのように反応を示しながら聞けば、話し手が最も話しやすくなるのかも理解し、その聞き方を身につけることができる。

方法

①二人一組になって着席し、AさんとBさんを決める。Aさんは昨日の朝、起きてから寝るまでの自分を、できるだけ詳しく思い出しながら、三段階に分けてBさんに話す。各段階は1分間であり、合計3分間となる。

②第1段階の1分間、BさんはAさんの話を、横を向いて無反応で聞く。

③第2段階の1分間、BさんはAさんの話を、視線を合わせたりそらしたりとアイコンタクトを図り、首を縦に振って、うなずきながら聞く。

④第3段階の1分間、BさんはAさんの話を、うなずきの合間に、「へー」「そうでしたか」などと、相づちを打ちながら聞く。相づちが多くなりすぎて、不自然にならないよう、Bさんは注意しなければならない。

⑤話してみた感想を、AさんはBさんに伝える。BさんはAさんが語った感想を、振り返りシートに記入する（表1）。

⑥AさんとBさんは役割を交代して、②～⑤を繰り返す。

補足

聞き手が無反応で聞くと、話し手はさすがに話し辛くなる。かといって、聞き手が頻繁に相づちを打ちながら聞くと、話し手は話の腰を折られるようで、かえって話し難くなる。第3段階で聞き手が不自然に相づちを打てば、話し手は第2段階が最も話しやすくなり、第3段階で自然に相づちを打てば、第3段階が最も話しやすくなるだろう。

なお、参加者数が3名以上の奇数の場合には、Aさん、Bさん、Cさんの三人1組となる。そして、Aさんが話し手、Bさんが聞き手となり、②～⑤を体験した後、Bさんが話

II 演習編／2 コミュニケーション技法1：反応を示しながら聞く

し手、Cさんが聞き手となり、もう一度②～⑤を体験する。

表1 コミュニケーション技法1 振り返りノート

学籍番号：_____ 氏名：_____ 自分の役割：A・B・C
1.自分が横を向いたまま、無反応で聞いた時の相手の感想
2.アイコンタクトを取り、うなずきながら聞いた時の相手の感想
3.うなずきの合間に、相づちを打ちながら聞いた時の相手の感想

文献

- 1) 諏訪茂樹：対人援助とコミュニケーション 第2版 ―主体的に学び、感性を磨く―。中央法規出版，2010

(諏訪茂樹)

コミュニケーション技法 2 : 要約する

目的

うなずいたり、相づちを打ったりしながら、患者・利用者の話を一通り聞いたならば、聞きっぱなしで終わらない方がいい。話が終わったところで、その話の大切な部分を要約して、「ようするに・・・なのですね」と返すことにより、メッセージの正確な共有につながる。

ここに紹介する要約の技法は、メッセージの正確な共有の他にも、多くの効果を期待することができる。たとえば、話が長くなりがちな患者・利用者の中には、自分でも何が言いたいかわからなくなり、混乱している人もいる。そのような人に要約して返せば、問題の整理を助けることができる。また、ひたすら話を聞き続けるわけにもいかない時には、「・・・なのですね」と要約した後で、「それでは、どうすればよいと思いますか」と伝えて、次の段階に話を進めることもできる。また、「それでは、また次回、続きをお聞かせいただけますか」と伝えて、話を一旦、中断することもできる。

相手の話が終わった後で、話の要点を考えていると、応答のタイミングを外すことになる。相手の話が終わったところで、直ぐに要約して返さなければならない。そのためには、相手の話の要点を押さえながら聞き、話が終わったところで、それらの要点をつなげて返すといい。また、長話を長話で要約してはならない。相手が一番言いたかったことを、ピンポイントで返すだけでも、効果的な要約となる。

方法

①二人一組になって着席し、最近、印象に残ったことを、2分ほどで話せるように、それぞれが準備をする。まずは、「あのことを話そう」と話題を決めて、いつ、どこで、誰が、何をして、どうだったかなどを、メモ書きすると話しやすくなる（表1）。たとえば、家族で旅行した時の話とか、旧友と久々に会って食事をした時の話とか、何でも構わない。

②話題が決まったところで、二人でAさんとBさんを決める。AさんはBさんに対して、「最近、印象に残っていることはなんですか」と質問をする。Bさんは「先週末の話ですが、…」などと、記憶をたどりながら話を始める。

③2分が経過したところで、Bさんは話を終わらせるように努力する。Bさんの話が終わり次第、Aさんは「ようするに…ですね」と、Bさんの話を要約して返す。

④Aさんによる要約が終わったところで、要約されてどうだったかを、「iii. とても納得できた」「ii. まあまあ納得した」「i. 納得できなかった」の三段階で、BさんはAさんに伝える。その際に、「問題が整理できたように思う」とか「上手く伝えることは難しいと思った」などと、要約された感想も同時に伝えるとよい。AさんはBさんによる評価と感想を、振り返りシートに記入する（表2）。

⑤ AさんとBさんは役割を交代して、②～④を繰り返す。

● 補 足

参加者数が3名以上の奇数の場合には、Aさん、Bさん、Cさんの三人1組となる。そして、Bさんが話して、Aさんが要約した後、Cさんが話して、Bさんが要約するとよい。

表1 最近、印象に残っていること

いつ どこで	
だれが だれと	
何をして	
どうだったか	

表2 コミュニケーション技法2 振り返りノート

学籍番号 : _____ 氏名 : _____ 自分の役割 : <u>A・B・C</u> 自分が要約した時の相手の反応と感想... iii とても納得できた ii まあまあ納得した i あまり納得できなかった
--

文献

- 1) 諏訪茂樹 : 対人援助とコミュニケーション 第2版 -主体的に学び、感性を磨く- 中央法規出版, 2010

(諏訪茂樹)

コミュニケーション技法 3： 共感する

目的

来談者中心カウンセリングを提唱したロジャーズ（Rogers, C.R.）によると、共感とは相手の内的世界（心の中）をまるで自分の内的世界であるかのように体験することであり、しかも、この「まるで～のように」を決して忘れないことだと説明している。つまり、患者・利用者の心の状態を体験するだけではなく、同時に専門家としての冷静さも保たなければ、効果的な援助を実現することはできないということであろう。

どれだけ自分が共感しているつもりでも、それが相手に伝わらなければ、共感の効果は望めない。共感していることを上手く伝えるためには、まずは話に耳を傾けて、相手の抱いている感情の種類（喜び、楽しみ、安心、悲しみ、怒り、恐れ、...）を正確に把握しなければならない。そのうえで、相手の感情を自然な言葉に置き換えて、相手が話し終えたところで返すことになる。例えば、相手の感情が不安だとすれば、「それは何かとご心配ですね」と、気持ちを込めて返す。

方法

①二人一組になって着席し、最近、嬉しかったこと、もしくは辛かったことを、2分ほどで話せるように、それぞれが準備をする。まずは、「あのことを話そう」と話題を決めて、いつ、どこで、誰が、何をして、どうだったかなどを、メモ書きすると話しやすくなる（表1）。たとえば、洗濯物のポケットの中から千円札を見つけたとか、傘を持たずに出かけたら通り雨でびしょ濡れになったとか、日常生活の中でよくある些細なことで構わない。トレーニングの場なので、深刻な話題はふさわしくない。

②話題が決まったところで、二人でAさんとBさんを決める。AさんはBさんに対して、「最近、嬉しかったこと、あるいは辛かったことはなんですか」と質問をする。Bさんは「半年ほど前の話ですが、...」などと、記憶をたどりながら話を始める。

③2分が経過したところで、Bさんは話を終わらせるように努力する。Bさんの話が終わり次第、AさんはBさんが抱いたと思われる感情を自然な言葉で表現し、「それは…でしたね」と返す。

④Aさんによる共感が終わったところで、共感されてどうだったかを、「iii とてもよく分かってもらえた」「ii まあまあ分かってもらえた」「i あまり分かってもらえなかった」の三段階で、BさんはAさんに伝える。その際に、「気持ちがすっきりした」とか「もやもやとした気持ちが残った」などと、共感された感想も同時に伝えるとよい。AさんはBさんによる評価と感想を、振り返りシートに記入する（表2）。

⑤AさんとBさんは役割を交代して、②～④を繰り返す。

● 補 足

参加者数が3名以上の奇数の場合には、Aさん、Bさん、Cさんの三人1組となる。そして、Bさんが話して、Aさんが共感した後、Cさんが話して、Bさんが共感するとよい。

表1 最近、嬉しかったこと・辛かったこと

いつ どこで	
だれが だれと	
何をして	
どうだったか	

表2 コミュニケーション技法3 振り返りノート

学籍番号：_____ 氏名：_____ 自分の役割：A・B・C 自分が共感した時の相手の反応と感想... iii とてもよく分かってもらえた ii まあまあ分かってもらえた i あまり分かってもらえなかった

文献

- 1) Rogers, C.R.: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103, 1957.
- 2) 諏訪茂樹：対人援助とコミュニケーション 第2版 ―主体的に学び、感性を磨く―。中央法規出版，2010

(諏訪茂樹)

コミュニケーション技法4： 会話のときの姿勢

目的

動きのある身体反応を動作といい、それに対して、動きのない身体反応を姿勢という。

患者・利用者の話を聞くときの医療職の姿勢にも、立ったままでポケットに手を入れたり、腕組みをしたり、手を自分の膝や机の端に添えたりなど、様々なものがみられる。これらの何気なく行っている姿勢は、それぞれに意味を持ち、患者・利用者に様々な影響を及ぼしている。

患者・利用者の話を聞く際には、どのような姿勢で望むのがよいのか。ここで紹介する演習に取り組めば、話を聞くときの最も効果的な姿勢を理解して、身につけることができる。

方法

①二人一組になって着席し、AさんとBさんを決める。Aさんは昨日の朝、起きてから寝るまでの自分を、できるだけ詳しく思い出しながら、三段階に分けてBさんに話す。各段階は1分間であり、合計3分間となる。

②第1段階の1分間、Bさんは椅子から立ち上がり、ポケットに手を入れて（もしくは両手を腰に当てて）、Aさんの話を聞く（図1）。

③第2段階の1分間、Bさんは椅子に座り、後ろに反り返りながら、腕組みをしてAさんの話を聞く。

④第3段階の1分間、Bさんは椅子に座って背筋を伸ばし、両手を自分の膝のうえに置きながら、もしくは一方の手を膝のうえ、他方の手をテーブルの端に添えながら（肘をつかないように注意）、Aさんの話を聞く。

⑤話してみた感想を、AさんはBさんに伝える。BさんはAさんが語った感想を、振り返りシートに記入する（表1）。

⑥ AさんとBさんは役割を交代して、②～⑤を繰り返す。



補足

聞き手が立ったままでは、上から視線となり、話し手はさすがに話し辛くなる。また、ポケットに手を入れたり腕組みをしたりするのは、自分を守ろうとする防衛姿勢として知られており、聞き手が防衛姿勢で臨めば、話し手も心を閉ざしてしまうことになる。

聞き手の側から率先して、防衛を解かなければ、話し手も心を開いてくれない。手を自分の膝のうえや机の端に添えて、背筋を伸ばした正しい姿勢で臨めば、誠実に話を聞こうとする聞き手のメッセージが伝わり、話し手も話しやすくなる。

なお、参加者数が3名以上の奇数の場合には、Aさん、Bさん、Cさんの三人1組となる。そして、Aさんが話し手、Bさんが聞き手となり、②～⑤を体験した後、Bさんが話し手、Cさんが聞き手となり、もう一度②～⑤を体験するとよい。

表1 コミュニケーション技法4 振り返りノート

学籍番号：_____ 氏名：_____ 自分の役割：A・B・C
1.自分が立ったまま、ポケットに手を入れて聞いた時の相手の感想
2.自分が座って後ろに反り返り、腕組みをして聞いた時の相手の感想
3.自分が座って背筋を伸ばし、手を膝のうえや机の端に添えながら聞いた時の相手の感想

文献

- 1) 諏訪茂樹：コミュニケーション・トレーニング 改訂版 一人と組織を育てる。経団連出版，2012

(諏訪茂樹)

ナラティブ・クエッシング

はじめに

我々医療者は病者に対して何気なく質問を発するが、よく考えてみると質問が相手のナラティブに大きな影響を与えることは明らかである。質問がうまく機能すれば病者は自分のナラティブ（病気物語）を改善して、病気にうまく対処できるようになるだろう。逆にひどい質問を続けると、病気対処行動に変化がないばかりか、時には悪化させてしまうこともある。北欧の家族療法の理論家カール・トム（Tomm, K.）は質問を4つの種類に分類して、質問者が自分の質問がどれに当たるかをきちんと認識して質問することが大事だという。この4つの質問をナラティブ・クエッシングと呼ぶ。

4つの質問

トムの4つの質問を理解するために、我々はなぜ病者に質問をするのかというという基本的な所から考えてみよう。勿論、質問の第一の目的は情報の収集である。知らないから質問するのである。刑事が被疑者に質問するのは、犯人かどうか知るための質問で、アリバイ有無の確認などは、その典型的なものだろう。例えば被疑者が昨日の午後8時に大阪に居て、8時半にはロンドンに居たと言え、それは明らかに嘘であり、被疑者の弁は論理的に破綻しているのでアリバイは崩れる。このように論理的に相手を問い詰めていく質問をトムはリニア・クエッションと名付けた。しかし質問は必ずしも、分からないから発するばかりでなく、相手を誘導するときにも質問という形を取ることが多い。例えば、教師は生徒を教えるときによく質問をするが、この時の質問の多くは生徒を正解に誘導するための質問である。生徒は論理的に考えることが要求され、教師は戦略的に質問する。この種の質問はストラテジック・クエッションに分類される。

以上二つの質問は、質問の中身も答えも論理的であるという前提でなされる。例えば、被疑者が30分で大阪からロンドンに行けたのは、トトロの猫バスに乗って疾風のごとく走ったからだと答えることは許されない。例えば、生徒が1たす1は時には3になったり5になることもあると答えることは許されない場である。しかし、カウンセリングの現場では、答えはもっと多様であり、質問者ももっと心を開いておくことは常識である。しかし、医療の現場で通常のカウンセリングは馴染みにくい。何故なら、医療者は常に医学的な正しさ（論理的であること）に縛られるし、それを逸脱すればもはや医療者とは言えない。だからといって、常に医学的正しさにがんじがらめになっているのは病者の主観的世界は見えなくなり、治療にならない。それでは医学的正しさという構え以外に、医療者はどのような構えを取ることが可能だろうか。医学的正しさとは論理的に一環していること、つまりは原因・結果の直線的因果律が透徹していることといえよう、とすればその逆は、すべての事柄は繋がっており、原因・結果を分けることは出来ないという円環的因果律の世界であ

る。

つまりは医療者たる者は時として、医学的正しさから一步距離を置き、論理的でない病者の世界をナラティブ（物語）として理解しようという構えに立つことも必要だろう。探検家が密林の奥深くに住む原住民と初めて出会った時には、こちらの論理を押し付けるのではなく、彼らの世界観を理解しようとするに違いない。優れた探検家ならば、原住民が魔術が存在すると言えば「そんなバカな」と反応するのではなく「どんな魔術なのか？」と問うに違いない。同じように円環的因果律に立って病者の世界観を知ろうとする質問は、時には極めて治療的である。この種の質問をトムはサーキュラー・クエスションと名付けている。

さて、以上の三つの質問に加えてトムは最後の、そして最も大事な質問をリフレクシブ・クエスションとして紹介している。リフレクシブ・クエスションとは円環的因果律で病者の世界観、つまりは病者の世界のルールを把握した上で、そのルールに従って（例え論理的でなくとも）病者を誘導して、医学的にも正しい方向に着地出来るよう促すような質問のことである。例を挙げたほうが分かりやすいかもしれない。

ある神経性咳嗽の一症例

【症例】Aさんは80才の婦人。数ヶ月継続する乾性咳嗽（痰の絡まない咳）で内科より筆者の心療内科に紹介されて受診。内科では様々な内科的検査が行われたがすべてネガティブだった。

うららかな春のある日、物腰おだやかな和服姿の上品な老婦人が筆者の外来にやってきた。内科からの紹介状には、診断名：神経性咳嗽とある。神経性咳嗽とは呼吸器には何の異常もないが、精神的なことが原因で起こる長く継続する咳のことである。内科では、かなり詳しく検査したようだった。マイコプラズマ肺炎、結核、肺気腫、肺癌などなど非常に広範囲の、見方によっては内科医がムキになって検査しているような印象さえあった。筆者ならばもっと早めに神経性咳嗽と診断出来たらうに、などと軽口を叩きながら、Aさんに初めて会ったのだが、ここからが大変だった。Aさんは常にニコヤカでこちらの聞いたことには何でも答えてくれるやりやすい患者さんだった。最初は何度か診察すれば咳嗽の原因になっているストレスの原因は簡単に分かるだろうとタカをくくっていたのだが、5回の診察を終えても全く原因は不明。さすがに筆者も少し焦り出して、家庭環境に問題があると決めつけて、夫や息子・娘との関係を根掘り葉掘り聞くのだが、ほとんど問題らしい問題は見つからない。夫はおおらかで優しい人柄だし、子供は三人居てみな親孝行。関係も良好である。孫たちもお婆ちゃんが好きで、問題らしい問題が見つからない。この頃、筆者の発する質問はほとんどがリア・クエスションでありきたりの質問ばかりだった。時にストラテジック・クエスションで強引に咳嗽の原因を家族関係に求めようとしたが全く歯が立たずだった。初診から3ヶ月が経過し、全く進展はなし。相変わらず原因を特定できない筆者にAさんは相変わらず笑顔で来院してくれていたが、こちらが苦しくなりそうだった。

そして、夏の昼下がり突然の展開があった。この日は筆者は診察日ではなかったが大学病院に用事があって白衣ではなく G パンにポロシャツという軽装で書類も小脇に抱えて病院を走っていた（筆者はいつも走っていた記憶がある）ふと見ると、A さんが広い待合室に座っておられた。筆者が気づいて声をかけたが、A さんはケゲンな顔。どうも筆者が白衣を着てないので判別出来ないようだった。しばらくして「なーんだ、先生じゃないの」と分かったようだが、どうもいつもと調子が違う。そういえば A さんも軽装で和服でないし言葉もザックバランだった。つまりは、いつも筆者が会う A さんはヨソイキで、普段の A さんではなかったということだった。（そんなことも見抜けない筆者であった）一般に大学病院にくるときの患者さんはヨソイキであることが多い。

さて、筆者は夏の昼下がりの誰も居ない待合室で A さんに会ったのだが、A さんはどうも友人がこの病院に入院しているらしく、お見舞いにくたこと。「こんなに暑いから、友達にジュースを持って行ってあげたのよ。でもね、友達は糖尿病なので飲めないって言うのよ、せっかく一緒に飲もうと思って買ってきたのに残念・・・そう、ジュース余ってるのよ。先生飲まない？」そう言うと、A さんは嬉しそうに筆者にジュースの缶を差し出した。筆者も喉が乾いていたので「喜んでいただく」と A さんの隣に座った。その時はひとしきりヨモヤマ話をしたのだが、そのあと突然「先生、実はね、咳の原因は知ってるの」と A さんが言い出したので筆者はびっくり仰天「え！知ってるんなら何故言ってくれなかったんですか！」と返した。すると「いえね、原因なんだけど大学病院で話せるような原因じゃないのよ」と恥ずかしそうに続けた。

「私には子供がいると言ったでしょ、三人。でもね実はその前に二人いるのよ。あの頃は貧乏でね、私もお父さんも一生懸命働いたんだけど子供が養える状態じゃなかったのよ。それでね、ずいぶん悩んだんだけど、流しちゃった。水子よね。その後は暮らし向きもマシになって今の三人が生まれて、皆申し分なくいい子に育ったわ。でもね、私はそんなに幸せになっちゃいけないのよ。だって二人も闇から闇に葬っちゃったんだもの・・・咳はね、天罰なのよ」

筆者には初めて聞く内容だったし、内容が内容だったので答えようがなかった。でも、その時筆者のなかで医学的正しさが影をひそめて、ある転回があったのかもしれない。次に筆者が言った言葉は今だに本当に自分の口から出たのか怪しんでいる。まさにリフレクシブ・クエッションだったのである。

「なあんだ、水子だったんだ。咳の原因。言ってくれば良かったのに。ところで A さん、水子地蔵建ててますか？え？建ててない。それはいけませんね。やっぱり二人の水子さんのためにお地蔵さんを建てて、毎日てを合わせてあげるといのはどうでしょうね？」

A さんは、医者である筆者が水子地蔵を持ち出したので驚いたようでしたが、すぐに笑顔に戻り

「そうね、いい考えだと思う。水子地蔵か。なんで思いつかなかったのかしら？」

その後、A さんは水子地蔵を建てて毎日、二人があの世界で元気に暮らすことをお祈りしてるとのことだった。そして、もちろんあれほどしつこかった咳はその後ピタリと止まり、

まもなく筆者の外来を卒業していった。

● 質問のふりかえり

長い症例だったが、もう一度振り返ってみる。最初の段階では医学的正しさのなかで筆者はリニアやストラテジッククエッションばかり繰り返して全く進まなかったが、二人でジュースを飲むという体験のなかで、筆者の構えがクルリと反転してナラティブを聞くスタンスをとった途端、患者さんは自分の世界を語りはじめ、水子の存在する彼女の世界を教えてくれた。このような開示を促すにはこちらが探検家の質問として先に紹介したサーキュラー・クエッションが有効であることが多い。筆者の例ではこの段階は飛び越して、いきなりリフレクシブ・クエッションに入ってしまった。

カール・トムによれば質問というのは二本の座標軸によって分けられた4つの種類に分類できるという。表-1、図-1に示す通りである。

表-1 質問の種類	
1. リニア・クエッション (刑事の質問)	直線的因果律の構え・探索的意図 (いつ、何処で、誰が、何を)
2. サーキュラー・クエッション (探検隊の質問)	円環的因果律の構え・探索的意図 (一体全体どうなってるんだろう)
3. ストラテジック・クエッション (教師の質問)	直線的因果律の構え・戦略的意図 (正しく導くための質問)
4. リフレクシブ・クエッション (ファシリテーターの質問)	円環的因果律の構え・戦略的意図 (新しい物語へのきっかけを作る質問)



図-1 4つの質問の構造

座標軸の X 軸は質問の意図（誘導か探索か）、Y 軸は質問者側のところ構え（直線的因果律か円環的因果律か）である。4 つの質問とは先ほどから述べているリニア、ストラテジック、サーキュラー、リフレクシブクエッションのことである。医療者は病者に向かうとき、自分がどのスタンスから質問を発しているのかを意識することが大事である。4 つの質問にはそれぞれ長所と短所がある。

4 つの質問を自由に使いこなすことが出来るようになることが、ナラティブ・クエッションのトレーニングの主眼となる。表-2 に各質問の長所・短所をまとめる。

表-2

質問の種類	長 所	短 所
リニア	入るのに抵抗がない	原因探しに終始してしまう
サーキュラー	新しい見方を見つけることができる。	質問が拡散してしまう
ストラテジック	対決の際に効果的	押しつけになりやすい
リフレクシブ	新しい解決が見つかる	上手く行かないと混乱

さいごに

4 つの質問のトレーニングは質問者役・相談者役・観察者役という三人一組のロール・プレイ学習が適している。このトレーニングの目的は質問の質を高めることなので、質問者役が主役であり、相談者役と観察者役は脇役である。つまりは質問者役が様々な質問が出来るように協力することが重要である。もちろん質問者のワークが終了したら随時役回りを代わることで、三人が全ての役が出来るよう配慮される必要がある。ロールプレイの設定は、まずは相談者が口火を切る事で始まる。相談者役は自分の身の回りの何か小さな問題を質問者役に相談に来るという設定で始まる。次にこの問題に対して、質問者役はその問題に対して質問をする。すると、今度は相談者は質問に答える。さらにこの答えに対して質問者は発展させた質問をする。そして相談者が答える。また質問、そして答えと、続いていく。質問者は問題の解決策を言いたくなるかも知れないが、決して解決策を口にしてはならない。

質問者の役目はひたすら質問を発展させて相手の物語を促進すること。このトレーニングの時に大事なものは、質問も答も簡潔にすることである。長々しい応答は物語の方向性が失われてしまう。筆者のワークショップでは注意事項として質問者役は

- a. 質問以外はしてはいけない。
- b. 決して問題を解決しようとしてはいけない。
- c. アドバイスしようとしてはいけない。
- d. 質問を繋いでいくことで、ストーリーを促す。

というルールで進めていく。観察者役というのは簡単に見えるかもしれないが、重要な役

柄である。観察者役は質問者役と相談者役のやりとりを観察し、タイムキーパーを行う。更に、二人のやりとりが膠着状態になったときには、やりとりを一旦中止し、適切なアドバイスを質問者に与えて、やりとりを再開する。このような三人一組のトレーニングに対して最初は戸惑う人が多いが、慣れてくるとこの技法が、質の良い質問をするための最良の方法であると気づくようになる。クエッシングのトレーニングはすでに英国のみでなく世界に広く発信している NBM の実践的な技法として、期待されている。

文献

- 1) Tomm.Karl : *Interventive interviewing : PartIII, Intending to ask Leneal,Circular, Starategic,pr Reflexive Questions?*,Family Process,Vol.27, p1-15,1988.
- 2) 中川 晶 : ナラティブ・ベイスト・メディシン、現代のエスプリ 515、p121-131、2010.
- 3) 中川 晶 : ナラティブ・ワーク、日本保健医療行動科学会雑誌 第 28 巻 2 号、P26-30, 2014.

(中川 晶)

要求の明確化

目的

怒りや不安などの感情のマネジメントをするための1つの方法として、その感情を生み出している要求を明確にし、その要求に対する見通しの確保をするという方法がある。

私たちの感情は、本人の要求に対する羅針盤のようなものである。感情は、要求のないところには生じない。何らかの要求がある時に、その要求が叶いそうだったり、叶っていれば、喜び系の感情（うれしい、安心、快感、感動、自信、決意、希望など）が生じる。要求に見通しが見つからないときには不安系の感情（心配、焦り、気がかり、恐れなど）、当然の要求を自分あるいは相手が叶えないときには、怒り系の感情（自己嫌悪、後悔、自責、罪悪感、嫉妬、嫌悪感、不満、敵意、悔しいなど）、要求を諦める時には悲しみ系の感情（無力感、むなしい、寂しい、孤独感、失望、不条理、切ないなど）が生じる。また、期待通りにいかないことが続いている時には、苦しみ系の感情（辛い、苦痛、しんどいなど）が生じる。

感情は、大きく分類すると5つに分けられる。報酬系の感情は、喜び系の1つである。残りの4つは、嫌悪系の感情であり、不安系、怒り系、悲しみ系、苦しみ系である。

喜び：期待が叶えられたり、叶えられそうな時の感情

不安：期待通りいく見通しが見つからない時の感情

怒り：当然得られるべき期待が得られなかったり、得られそうにない時の感情

悲しさ：期待したものを失った時や失いそうな時の諦めの感情

苦しさ：期待通りにいかないことが続く時の感情

と、定義できる。

それぞれの感情の定義に合わせて、その感情の意味がわかれば（感情を生みだしている期待や要求の内容を明確にすること）、自分がどうしたいのか、あるいは、周りにどうしてほしいのかが見えてくる。

ここで紹介する感情の持つ要求の明確化は、事柄の明確化とは異なり、感情が持つ、知的思考にはない心のエネルギーを明確にするものである。人の行動のエネルギー源は、感情であり、その行動が向かう方向は、感情の持つ要求が鍵となっている。

方法

日々の出来事の中で印象に残った出来事に着目して、その背後には、どのような感情があるのかを明確にしたり、強い不安や怒りや悲しみなどを感じた時に、その感情が持つ要求を明確にしてみよう。要求がわかると、その要求は自分や他者に対して、適切な要求なのかを点検したり、要求を叶えるためにどうしたらいいかの行動目標を立てることができる。表1に例を示した。

感情の背後の要求を明確にする際には、基本的には「本当はどうであればいいのか？」と自分にたずねてみると良い。

なかなか明確にならない場合には、感情の定義を活用した問いかけをすると良い。喜び系の場合には、「その〇〇という感情は、思いや願いが叶ったり叶いそうだったりする時に起こる感情ですが、どんな期待がありますか？」、不安系の場合には、「その〇〇という感情は、思いや願いに見通しが立たない時に起こる感情ですが、どのようなことですか？」、怒り系の場合には、「相手は当然どうあるべきですか？あるいは、自分は当然どうあるべきですか？」、悲しみ系の場合には、「その〇〇という感情は、相手もしくは自分に期待していることを諦めている時に起こる感情ですが、諦めているのはどのような期待ですか？」と問いかけてみよう。そして、その要求が適切かどうかを点検したり、その要求に対しての行動目標を明確にして、行動につなげると良い。このようにすることで、感情のマネジメントになる。

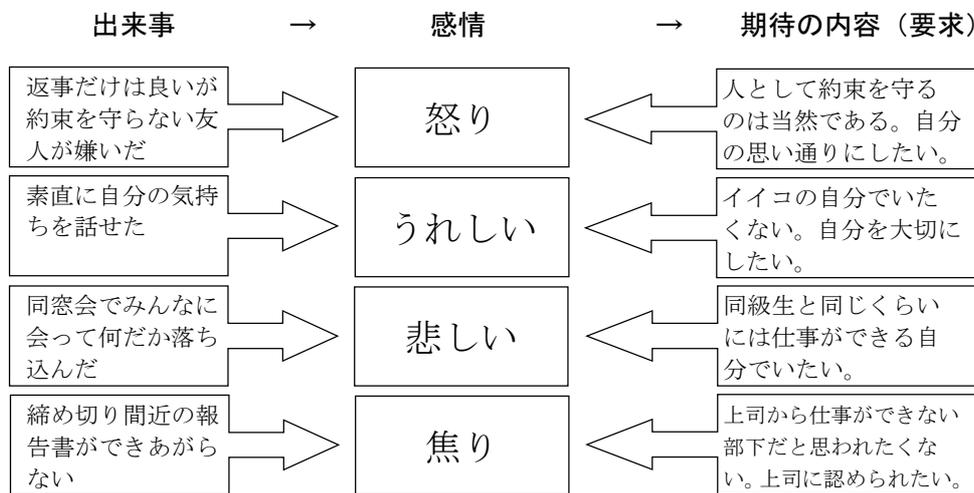


図1 感情の背後の要求の明確化の例

● 補足

行動を変えるには、行動の背後にある感情が変わらなくてはならない。感情の背後の要求に見通しが立てば、感情は変わる。人々の行動変容の支援にも、その行動を実行したい背後、あるいは行動をやめたい背後、行動を変えたい背後、行動を実行できない背後にある感情の持つ要求を明確にすることが役立つ。

文献

1) 宗像恒次監修，橋本佐由理編集：ヘルスカウンセリング事典，日総研出版，1999

(橋本佐由理)

自己イメージ法

目的

人の行動変容の支援や問題解決の支援の際に、最終的に本人の自己決定による行動変容や問題解決であることが重要である。自己決定とは、自分の意思を活用する過程であり、自らの欲求をどのように充足するかを自由に決定することである。いやいやながら物事を決めても、喜んで物事を決めても自分で決めたことであるが、自己決定とは、自分が好んで決定したことを意味するものと言われている。

人が行動を実行したり、行動を変えようという際に、他者から言われたから行動する、あるいは、他者のために行動するというような他者報酬志向の行動では、長続きしないばかりではなく、たとえそれが健康行動であったとしてもストレスがたまる。本人が自己の本当の要求を充たせるように、また、自己決定できるように援助者としてかかわるには、本人が行動変容や問題解決を望む背後にある自身の本当の要求を知ること、そして、その要求を満たすことで問題を解決することが必要となる。

人は日頃から、世間体を気にして社会的自己での行動や思考をしやすいところがあり、本来の自己を見失いやすい。ここで紹介する自己イメージ法は、本人自身の内面に目を向け自己焦点化し、自己の要求を知り、自己報酬による自己決定や問題解決を支援することができる。シートに従って自分で行えば、自己カウンセリングによる自己イメージ法も可能である。

方法

シート1の自己イメージ法による行動目標化支援カウンセリングにしたがって進める。他者に対して行う場合には、質問に対して相手が答えた内容を、共感的に繰り返して、確認をしながら進める。ストレス度は最終的に30%以下になるようにする。本法は、自己決定支援と対人依存を低下させ、ストレスを軽減する支援ができる。

行動目標化の例

行動目標を立てる際には、現実的、具体的、行動の実行自信度が80%以上、期間を限定したり、測定可能な小目標にすると良い。

- 1) 現実的 (上司に意見を認めてもらう→自分の意見を伝える→まず根拠となる資料を準備する→本屋と図書館に行く)
- 2) 具体的 (ダイエットを始める→食事を減らさずに毎日4000歩余分に歩く→朝のバスをやめて駅まで30分歩き、あとは昼休みに20分歩く→早速明日の朝から実施する)
- 3) 実行自信度が80%以上 (海外留学をしたい→英会話を上達する→まずは英会話のラジオ番組のテープを行き帰りの電車の中できく→今日の帰りに早速テープを買って帰る)

4) 期間限定 (たばこをやめる→だんだん本数を減らす→家族に夕食後のたばこをやめることを宣言し、応援してもらいながら1週間夕食後の一服をやめる→今日から灰皿を食卓に置かないようにして、家族にもみてもらい、1週間頑張ってみる)

5) 測定可能 (間食を減らす→食後に食べてしまう甘いものをやめる→毎日食べているのでまずは2日に1日はやめてみる→会社帰りに甘いものを買うのをやめて、食後の甘いものを食べるのを1回我慢できたら300円貯金箱に入れる)

シート1 自己イメージ法による行動目標化支援カウンセリング

1. 気になることやストレスに感じていることは、どのようなことですか？

[]

2. そのストレス度は0(全くストレスではない)～100(非常にストレスである)と数字で言うとなん%くらいですか？ _____% (50%以上のものを扱う)

3. その気になることやストレスに感じていることについて、言いたいポイントとなる気持ちや感情は何ですか？その気持ちは、不安、怒り、悲しさ、苦しきのどれですか？(複数可)

[]

4. 1のことについて、3の気持ちや感情をもつ自分を、少し距離をおいて自己観察すると、どのような自分に見えますか？ひらめいた自己イメージを言って下さい。(例：小さい自分、情けない自分、強がっている自分、無理している自分、弱い自分、風船のような自分など)

[]

5. 4の自分を見ているとどのような気持ちになりますか？

[]

6. では、これから具体的にどのようにしようと思えますか？無理なく具体的に実行できることについて、考えないでひらめいたことを3つお答えください。実行自信度が80%以上になるように行動目標化の例を参考にして小目標化します。

[①] 実行自信度 %]

[②] 実行自信度 %]

[③] 実行自信度 %]

7. はじめのストレスは何%になりますか？ _____%

*自己イメージ法は私たちが日頃もっている他者イメージや他者への感情や期待を、自己への勘定や要求に向けることができるので、自己決定ができるようになる。自己イメージ法で問題解決の主体を自分に戻すことで、対人依存を低下させることができる。その結果、他者に対する強い期待が弱まることで他者への不満や寂しきなどが軽減しストレスが低下する。

文献

1) 宗像恒次, 小森まり子, 鈴木浄美, 橋本佐由理, 鈴木克則著: SAT法を学ぶ, 金子書房, 2007

(橋本佐由理)

色彩イメージ法

目的

私たちのストレスは、身体サイン（口内炎、肩こり、胃痛、腹痛、腰痛、頭痛など）、精神サイン（イライラ、無気力、あきらめ、緊張感、不安感など）、行動サイン（衝動買い、絶え間ない間食、たばこやアルコール、ギャンブルなどへの依存行動など）となってあらわれる。

特に、身体サインに関しては、薬やマッサージなどで改善しようと試みるケースが多いが、実は特別な原因が見当たらないにもかかわらず、肩こりや頭痛などが続くという場合には、ストレスにより身体に出たサインと考えられる。ストレスが出したサインだとすれば、薬でなかなか改善しなかったり、マッサージをして一時的に良くなったように感じて、すぐに身体のサインが戻ってくる。

また、身体の痛みは、実際の傷があることによる痛みと情動の痛みが加わる。たとえば、知らない間に手に傷を負ったとしても、それに気づくまでは痛みを感じないという経験があることであろう。傷を見た瞬間から痛みが強くなるのである。この情動の痛みは（この怪我による憂鬱感やいつまで続くのだろうという不安感などによるものを指す）、軽減可能なものである。

身体の症状を作り出しているストレスを自覚し、そのストレスの背後にある隠れた要求への見通しが立てば症状は軽減できるのである。

ここで紹介する色彩イメージ法は、身体の症状の背後にある感情や要求に目を向け、自己の要求を知り、その要求に見通しを立てることで、身体の症状の軽減と自己決定や問題解決を支援するものである。手順に従って自分で行えば、自己カウンセリングによる色彩イメージ法も可能である。

方法

以下の1) から5) の手順にしたがって進める。他者に対して行う場合には、質問に対して相手が答えた内容を、共感的に繰り返して、確認をしながら進める。手順とともに、事例を示す。

1) 明確な原因がないにもかかわらず続いている身体症状は何ですか？その症状は、いつどんな時に感じるのですか？

[肩こり。家に帰って、一人で、あ～疲れたと思うとドッとズシッとくる感じ。]

2) 目をつぶって、その症状に意識を向けてください。その症状のイメージは何色ですか？黄色、灰色、赤、茶色、青、紫、黒などどのような色のイメージですか？

[薄い紫]

3) はじめの身体症状から離れて、色のイメージだけに集中してください。その色のイメ

ージは、不安、怒り、悲しみ、苦しみなどの感情で表現するとどのような感情ですか？

[悲しみかな～ ちょっと孤独な感じというか・・・]

- 4) 3で選んだ感情には、「本当は～でありたい」「本当は周りに～してほしい」などの要求が隠れています。

不安であれば、何か見通しの立たないことがあるはずです。

怒りであれば、当然だと思っているのにうまくいっていないことがあるはずです。

悲しみであれば、何か大切なことを諦めているはずです。

苦しみであれば、何かうまくいかないが続いているはずです。

それは、どのような要求ですか？

[自分の時間だったり、自分のやりたいことをするのを諦めていると思います。自分のことを大切にしたいのにそれができていない。]

- 5) 4の要求について、見通しを立てるために、どうすればいいでしょうか？ひらめいたことはどのようなことですか？

[人のことばかり優先するのではなくて、自分の予定を先に手帳に入れておいた方がいいと思った。あとは、友たちに、素直に手伝ってとかお願いしたり甘えられるようになれたらいいかな。]

補足

色彩イメージと感情については、決め付けることはできないが、目安としては、不安の場合には黄色や灰白色系、怒りの場合には赤系、悲しさの場合には青や紫や水色や白色などの寒色系、苦しさの場合には黒や黒っぽい灰色系を答える場合が多いです。

悩みやストレスを身体化している場合には、訴え内容から感情や要求を明確にすることは難しいことが多いので、一度、イメージに変換する（色のイメージというのは、例えば赤だと熱いイメージや怒りの感情のイメージがあったり、紫などは寂しいイメージを持つ人も多い）ことで、身体症状や事柄にこだわらず、感情や要求を明確にしやすくなる。

色彩に例える以外にも、雨のイメージに例える降雨イメージ法も活用できる。長雨、激しく降る雨、しとしと降る雨、降ったり止んだりする雨など、雨の降り方でイメージできれば、その雨の降り方をイメージした時に感じる感情を明確すれば良いのである。

文献

- 1) 宗像恒次監修，橋本佐由理編集：ヘルスカウンセリング事典，日総研出版，1999

(橋本佐由理)

協力ゲーム

目的

医療職が1人で業務に当たることは少なく、むしろ、安全で質の高い医療を提供するために、他の医療職とチームを組んで、役割を分担しながら業務に当たることが多い。また、医療職だけではなく、地域の福祉職や患者・家族会、市民・ボランティアなどとも連携しながら、地域全体で健康問題に取り組む地域包括ケアも、盛んに行われている。そうすると、他職種や市民・ボランティアなどとも上手く連携しながら、協力して業務に当たる能力が、医療職には求められることになる。

ここで紹介する協力ゲームは、他者と上手く連携し、協力関係を築くための基本的な条件を学ぶ演習である。

方法

①3～4人一組でテーブルに着席する。各自がA5サイズのカード（片面のみ罫線）を適当に破りながら、3人一組の場合には一人6枚の紙切れを、4人一組の場合には一人5枚の紙切れを作る（図1）。

③世話役を1人決めて、各自が作った紙切れをすべて、世話役の手元を集める。

④世話役は手元の紙切れを十分にかき混ぜたうえで、ちょうどトランプのカードを配るように、自分も含めた全員に同じ枚数の紙切れを配る。

⑤合図とともに、世話役はストップウォッチをスタートさせる。そして、各自がそれぞれに紙切れを交換しながら、元のカードを再現する。作業中には、他の人の紙切れを勝手に持っていったり、要求したりすることができず、他の人に紙切れを提供することしかできない。

⑥グループメンバー全員の作業が完了したら、世話役はストップウォッチを止める。作業を開始して5分間が経過したところで、完成していなくても全員が作業を中断する。

⑦「もっと早く完成させるためには、どのように取り組めばよいのか」を考え、各自がアイデアのリストを簡条書きで作成する。3分が経過したところで各自が順番に発表して、アイデアを全員で分かち合う。

補足

作業中、自分の目の前にたくさんの紙切れが集まってしまった人は、自分の四角形しか見ていなかった可能性がある。上手く協力するには、自分だけを見てはダメで、自分と周りの両方を見ることが大切である。別の言い方をすれば、自分も含めた全体が見えていることが大切なのである。

また、自分に要らないものをいつまでも持ち続けず、できるだけ速やかに誰かに回さな

なければならない。その際、誰に渡せばよいのかを判断しなければならず、適当にバラ撒いてはいけない。

さらに、チーム内で我先に競い合う必要はなく、常にチームで早くゴールすることを目指す。そのために自分を後回しにして、早くできそうな人から優先して完成させること必要である。

アイデアを分かち合ったところで、次の取り組み方を各自が自己決定し、もう一度、④～⑥に取り組むと、学習効果がさらに増す。

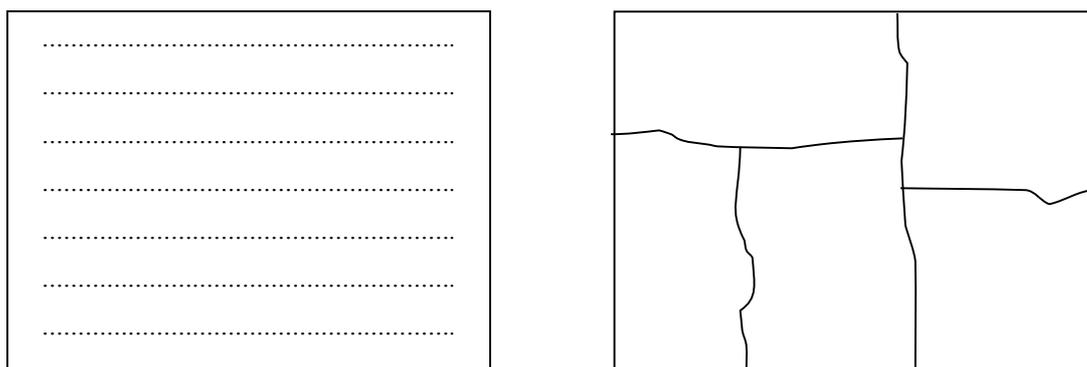


図 1 : 作業カードの例

文献

- 1) 諏訪茂樹：対人援助とコミュニケーション 第2版 ―主体的に学び、感性を磨く―、中央法規出版，2010

(諏訪茂樹)

多職種連携のためのケーススタディ

目的

多職種連携に関して、我が国では IPW (Interprofessional Work) と呼ぶことが多いようであるが、諸外国では CP (Collaborative Practice) と呼ばれることが多い。WHO (World Health Organization) の文献でも CP が使われており ¹⁾、CP と専門職連携教育 (IPE : Interprofessional Education) について文献検討がなされた際には、検索語として “interprofessional collaboration”、“collaboration”、“inter professional education”、ならびに “transdisciplinary” を使っている ²⁾。

医療の中での多職種連携には、図に示すような 6 つのタイプがある ³⁾。マクロレベルの連携とは、D'amour ら ⁴⁾ が提唱したもので、多職種連携のシステム全体に影響を及ぼす、医療や社会サービスなどの政府との連携を指す。機関間連携とは、病院、診療所、訪問看護ステーションなど、異なる機関同士の連携である。同一組織内連携とは、同じ組織の中での部署間 (看護部と事務部など) の連携を指す。多領域チーム間連携とは、医療チーム間の連携を指す。例として、腎臓病チームと糖尿病チームの連携などがある。専門職種間連携とは、医師、看護師、栄養士、薬剤師、理学療法士など、多職種同士の連携である。最後の個人間連携は、一対一の連携であり、同一職種内や同一組織内でも存在する。

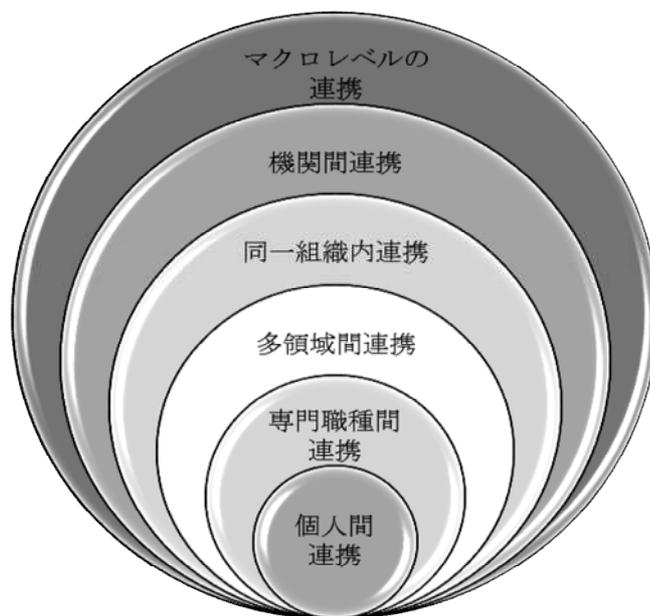


図 1 専門職連携実践における 6 つの連携

本ケーススタディは、専門職種間連携を学ぶためのものである。医師、看護師、栄養士、薬剤師、理学療法士など、多職種同士の連携である。

本ケーススタディは、2種類の方法がある。

1. 自職種説明法（自分の職種からの見解を他の職種への説明する方法）

この方法は、提示された事例に対して、自分の職種としての見解について他の職種に説明する方法である。医師であれば医師としての事例に関する見解を述べ、看護師であれば看護師としての自分の見解を述べるのである。

この方法における目的は、1) 自分の職種の専門性を他の専門職に伝え、自分が自分自身の職種の専門性を認識もしくは再認識すること、2) 他の専門職の専門的見解を聞くことで、他の職種の専門性を理解することである。

2. 他職種なりきり説明法（自分以外の職種からの見解を他の職種への説明する方法）

この方法は、提示された事例の見解について、自分以外の職種になりきって、他の職種に説明する方法である。医師であれば、医師以外の看護師や理学療法士などからの見解について事前準備されている事例に関する見解を、他の職種に対して説明するのである。

この方法における目的は、自分の職種以外の他職種の専門性を、その職種になりきって他の専門職に伝えることにより、そのなりきった職種の専門性を理解することである。

自分以外の他の職種が、普段から活用しているアセスメント方法や、問題を判断したり診断したりする方法を他者に伝えることで、その職種の専門性を体験することができる。あたかも俳優のように、他の職種になりきるようにすることで、その職種をより深く理解することができるようになるのである。事前に事例に対する各職種の意見を準備しておく必要はあるが、他職種がつかう専門用語や人の見方などを体験することで、従来の他職種の専門性について話を聞くよりも、他の職種になりきって体験する方が、より実践的にその職種を理解することができるのである。

● 方法

1. 自職種説明法（自分の職種からの見解を他の職種への説明する方法）

この方法は、事例に関する自分の職種としての専門的見解を述べて、他の職種にその専門性を理解してもらう方法である。普段、病棟などでも行っている多職種合同での事例カンファレンスとほぼ同様である。

1) 当日の役割（複数の役割を兼任しても良い）

- ・リーダー
- ・司会者
- ・記録
- ・タイムキーパー
- ・各グループのファシリテーター

2) 進め方

A. 事前準備

- ①事前に参加者に事例を提示する。
- ②各自が自分の職種から見た事例への見解を明確にしておく。見解とは、自分の職種としての人間の見方、情報収集のポイント、人間に対するアプローチ方法、問題を焦点化する方法、問題の定義の仕方、問題に対する解決方法、評価の仕方などである。

B. ケーススタディ当日

- ①提示された事例の紹介。
- ②多職種混合のグループに分かれて、各職種が自分の職種として見解について述べる。
- ③他の人の発言は最後まで否定せずに聞く。
- ④全員の発表後に、他の職種の発表について各職種の専門性や人の見方、今後どのように多職種連携を行いたいかなどについての意見を述べる。

2. 他職種なりきり説明法（自分以外の職種からの見解を他の職種への説明する方法）

この方法は、自分以外の職種になりきって、提示された事例の見解を、他の職種に説明する方法である。

1) 当日役割（複数の役割を兼任しても良い）

「1. 自職種説明法」と同様である。

2) 進め方

A. 事前準備

- ①事前に事例を提示する。
- ②ケーススタディの運営委員が、多職種の中から見た事例への見解を明確にして、記載しておく。各職種特有の専門用語の説明なども記載しておく。見解については、「1. 自職種説明法見解」の項を参照。

B. ケーススタディ当日

- ①提示された事例の紹介。
- ②多職種混合のグループに分かれる。
- ③参加者がどの職種になるか決める。その際、自分の職種にはならないようにする。(例：医師が薬剤師役になり、薬剤師は看護師役になり、看護師は栄養士役になり、栄養士は医師役になる。)
- ④Aの②で準備をした、各職種の見解を専門用語の説明も加えながら、ファシリテーターが紹介する。
- ⑤参加者は担当になった職種になりきって、事例検討を行う。
- ⑥全員の発表後に、自分がなりきった職種に関する専門性、今後どのように多職種連携を行いたいかなどの感想や意見を述べる。

● 補 足

お互いに、各職種の役割や業務を理解するだけでなく、人間のとらえ方、価値観も理解するよう心がける。

文献

- 1) World Health Organization : Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (WHO/HRH/HPN/10.3)、2010,
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?ua=1 (閲覧日 2016年11月1日)
- 2) World health Organization : Interprofessional Collaborative Practice in Primary Health Care : Nursing and Midwifery Perspectives, Human Resources for Health Observer - Issue No.13, 2013
http://www.who.int/hrh/resources/IPE_SixCaseStudies.pdf?ua=1 (閲覧日 2016年11月1日)
- 3) 岡美智代: 専門職連携実践 (IPW/CP)と糖尿病透析予防指導管理料. DM Ensemble, 4(1), 46-49, 2015
- 4) D'amour D, and Oandasan I : Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education. An emerging concept, 19,s1, 8-20, 2005

(岡 美智代)

索引

あ

ICF(国際生活機能分類)	60	
相づち	32	94
IPE	55	
IPW	55	116
アセスメント	51	
アドヒアランス行動	6	
ある神経性咳嗽の一症例	103	
生きがい	10	
医師	36	
医の倫理	2	
医療安全	63	
医療訴訟	56	
ウィットモア	68	
ウェルネス	7	
ウェルネス行動	6	
ウェルビーイング	8	
うなづき	94	
AA	56	
SEA	37	
エンパワメント	46	
応用医療人類学	22	
OARS	64	
岡村重夫	82	
オレム	6	

か

カール・トム	102	
回想法	78	
カウンセラー	52	
カウンセリング	52	76
カウンセリング・プロセス	77	
カウンセリング・マインド	76	
カウンセリング技法	77	
価値交流学習	92	
ガルウェイ	68	
環境	23	
看護師	40	
患者－医療者関係	28	

感情	108	
気分の向上	78	
求助行動	8	
共感	33	98
協力ゲーム	114	
協力関係	114	
クエスショニングのトレーニング	107	
苦悩	26	
クライアント	76	
グリーンハル	71	
繰り返し	33	94
KAPモデル(KABモデル)	11	
ケーススタディ	117	
結果評価	79	
健康格差	21	
健康行動	6	
健康増進行動	7	
健康の定義	20	
健康ブーム	20	
健康保持行動	7	
言語聴覚士	49	
権利擁護	46	
降雨イメージ法	113	
口腔疾患	38	
行動科学	2	
行動科学の発端	2	
行動変容ステージ	16	
行動目標化	110	
行動療法	80	
公認心理士	52	
コーチング	37	68
国際生活機能分類(ICF)	48	
国際認証評価	4	
個人情報	63	
語調	34	
コミュニケーション技法	94	
コミュニケーション	32	38
コメディカルスタッフ	54	
コンプライアンス行動	6	

さ

最後の講演	4
在宅療養のゴール	61
作業療法士	49
サケット	72
サッズとホレンダー	29
サルトル	27
CP	116
ジェネラリスト・ソーシャルワーク	83
支援技術	17
歯科医師	38
色彩イメージ法	112
自己イメージ	110
自己覚知	50
自己決定	30 110
自己効力感	10
自己焦点化	110
自助・互助	59
姿勢	35 100
視線	34
実存	27
社会構成主義	70
社会資源	82
社会的支援	10
社会的背景	20
社会福祉士及び介護福祉士法	50
守秘義務	47
受容	92
準言語	34
情動の痛み	112
消費者主義	30
助産師	42
助産実践の能力	42
自立支援型マネジメント	59
自立生活運動	56
素人	21
臨床哲学	24
人生の再評価	79
身体サイン	112
診療上の補助	40

スキル	32
ストレングス視点	51
生活	22
生活習慣病	38
生活の質	7
精神分析	80
摂食機能	38
セルフケア行動	6
セルフヘルプグループ	56
セルフマネジメント	74
宣言による自己動機づけ	66
全人的アプローチ	87
全人的医療	20 54
専門家	21
相互参加の関係	29
相互主体的な関係	29
ソシオ・サイコ・ゾマ	20
ゾラ	21

た

ターミナル対処行動	8
大衆社会	20
多職種連携	116
正したい反射	64
WHO憲章	20
地域ケア会議	59
チーム連携	51
チェンジトーク	66
治療同盟	74
ティーチング	69
テクニック	32
展望的記憶	79
動機強化法	13
動機づけ面接法	64
統合医療	86
動作	35

な

ナイチンゲール誓詞	30
中川米造	2
ナラティブ・セラピー	71
ナラティブ	37

二重意思	10	
日本病院ボランティア協会	62	
日本助産師会	42	
人間性	53	
認知療法	80	
は		
パーソンズ	28	
バイスティック	82	
パターナリズム	28	
バドラー	78	
非言語	34	
ヒポクラテスの誓い	30	
病院ボランティア	62	
病気回避行動	8	
病気対処行動	8	
病者役割	28	
表情	34	
開かれた質問	33	
不健康行動	6	
負担軽減法	13	
プライマリー・ケアの理論的支柱	70	
フランク	25	
プロフェッショナルリズム	36	
文化	22	
ベッカー	11	
ヘルシズム	21	
ヘルスローカスオブコントロール	10	
防衛姿勢	100	
ホーリズム	84	
保健医療行動	6	
保健医療行動動機	10	
保健感覚	10	
保健規範	10	
保健行動動機	12	
保健行動のシーソーモデル	11	
保健行動負担	12	
保健師	46	
保健師助産師看護師法	40	45
保健指導	46	
保健信念	10	

保健態度	10	
保健欲求	10	
ポジティブ情報	17	
ホモ・パティエンス	25	
ボランティア保険	63	
ホリスティック・アプローチ	85	
ま		
マインド	32	
ミラー	2	
明確化	33	
目線	34	
メディカルスタッフ	54	
物扱い	28	
や		
病い	22	
要求の明確化	108	
要約	33	96
予防的保健行動	8	
ら		
ランバート	72	
理学療法士	49	
リスク管理	63	
リスボン宣言	30	
リッチモンド	82	
リハビリステーション	48	
両価性	64	
療養上の世話	40	
ローゼンストック	11	
ロゴセラピー	26	
ロジャーズ	98	
わ		
ワイル	85	
鷺田清一	24	
ワトソン	2	

執筆者 五十音順

- 梓川 一 社会福祉法人大阪府衛生会児童養護施設および情緒障害児短期治療施設理事
岡 美智代 群馬大学大学院保健学研究科教授
小林昌廣 情報科学芸術大学院大学教授
島井哲志 関西福祉科学大学心理科学部教授
諏訪茂樹 東京女子医科大学看護学部人文社会科学系准教授
瀬在 泉 防衛医科大学校医学教育部看護学科講師
田辺けい子 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部講師
藤内修二 大分県福祉保健部参事監 健康づくり支援課長
仲尾唯治 山梨学院大学経営情報学部教授
中川 晶 奈良学園大学保健医療学部教授
任 和子 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻教授
橋本佐由理 筑波大学体育系准教授
花家 薫 大阪府堺市高齢施策推進課言語聴覚士
樋口倫子 明海大学外国語学部准教授
深井稜博 深井歯科医院院長 深井保健科学研究所所長
本庄恵子 日本赤十字看護大学教授
馬込武志 湊川短期大学人間生活学科教授
道信良子 札幌医科大学医療人育成センター准教授
宮本真巳 亀田医療大学看護学部教授
元村直靖 大阪医科大学看護学部教授
森谷 満 北海道医療大学個体差医療科学センター教授 同大学病院内科心療内科医師
安酸史子 防衛医科大学校医学教育部看護学科教授
山崎久美子 防衛医科大学校医学教育部看護学科付准教授
吉岡隆之 奈良学園大学非常勤講師

編集世話人 五十音順

諏訪茂樹 中川 晶 橋本佐由理 馬込武志 山崎久美子 吉岡隆之

編集幹事

諏訪茂樹

講義と演習で学ぶ保健医療行動科学

日本保健医療行動科学会雑誌第 31 巻別冊

会員配付

2017 年 3 月 10 日発行

編 集：日本保健医療行動科学会

発行者：日本保健医療行動科学会

〒631-8524 奈良市中登美ヶ丘 3-15-1 奈良学園大学保健医療学部内

MAIL info@jahbs.info URL http://jahbs.info/

TEL 0742-95-9830 (ダイヤルイン)

制 作：日本保健医療行動科学会

印 刷：株式会社アド・プリント

表紙・中扉イラスト：中川 晶

Health Behavioral Science : Lectures and Exercises.

Journal of the Japan Academy for Health Behavioral Science Vol.31, Special
Edition, March 2017

Edited by the Japan Academy for Health Behavioral Science

c/o Faculty of Health Science, Naragakuen University

3-15-1 Nakatomigaoka, Nara, 631-8524 Japan

Email: info@jahbs.info URL: http://jahbs.info/

*引用・転載及び複写にあたっては、事前に文書により日本保健医療行動科学会の許諾を得てください。

*本雑誌は会員に無料配付しますが、会員外で入手を希望される方は発行者にお申込みください。ただし、2,000 円（送料別）をお支払いいただきます。