

# 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<sup>1)</sup>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<sup>2)</sup>。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<sup>2)</sup>。

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<sup>3)</sup>。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](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<sup>1)</sup>。

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<sup>2)</sup>。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)。

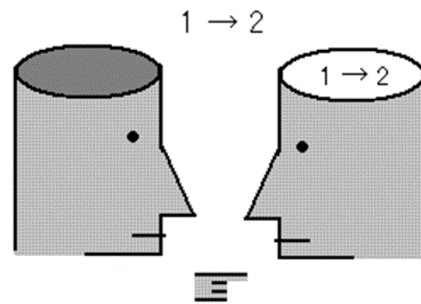


図1 インナーゲームと対人コミュニケーション

## ● 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<sup>3)</sup>。

## 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<sup>4)</sup>。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。

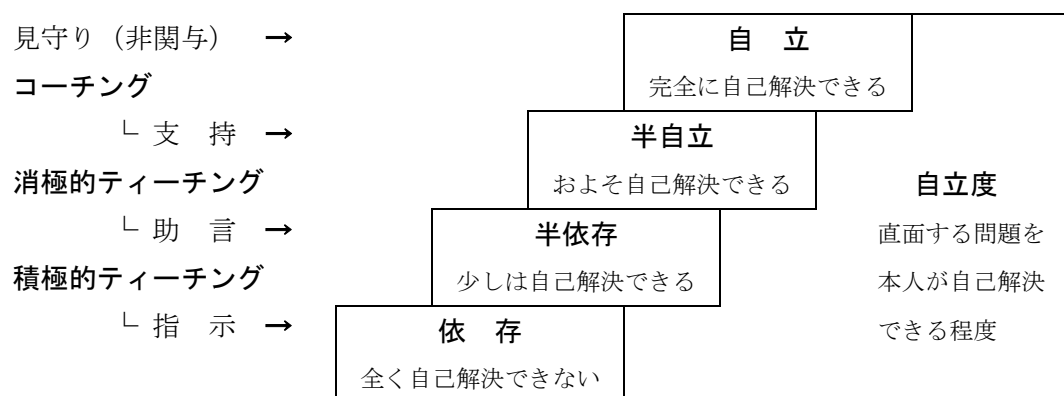


図2 自立度に応じたティーチングとコーチングの使い分け<sup>4)</sup>

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)<sup>1)</sup> 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<sup>2)</sup>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<sup>3)</sup>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<sup>4)</sup>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・メディシン (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.)<sup>5)</sup>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.)<sup>6)</sup> 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.)<sup>7)</sup> 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。

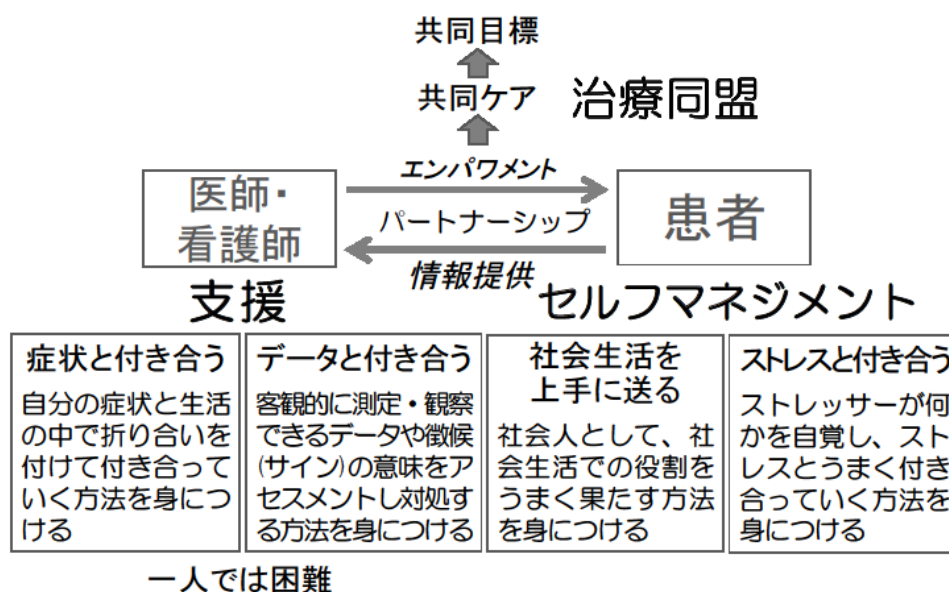


図1 セルフマネジメント支援とは

### 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 ー患者主体の症状マネジメントの概念と臨床応用ー (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 ー慢性疾患のセルフマネジメントー. 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 ーエンパワメントと自己効力ー (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年のバトラー（Butler, R. N.）による提案にはじまる（詳細は、野村ら<sup>1,2)</sup>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。

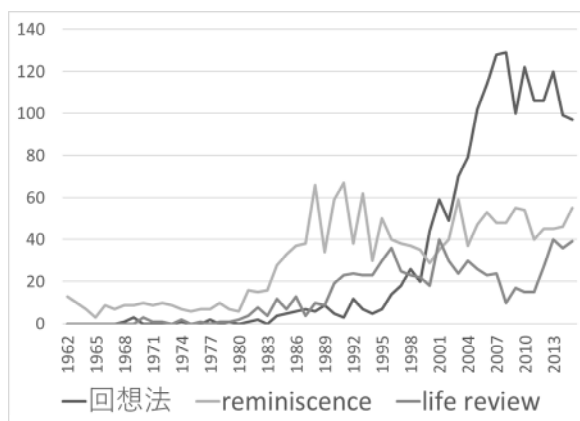


図1 回想法研究の論文数の推移

## 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<sup>3)</sup>。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<sup>4)</sup>。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<sup>4)</sup>

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<sup>1)</sup>。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る、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<sup>2)</sup>。

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<sup>3)</sup>。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。

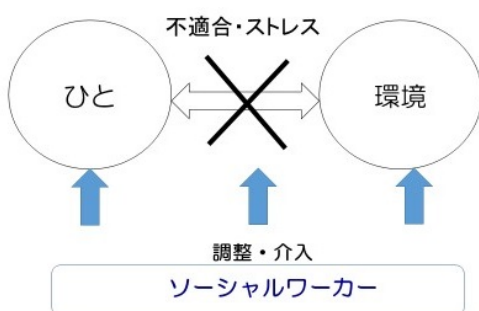


図1 ソーシャルワーカーのとらえ方

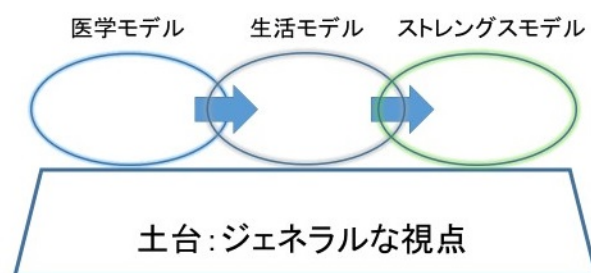


図2 実践モデルの相互関係 <マイクロレベルにおいて>

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）』<sup>1)</sup>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<sup>1)</sup>。

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<sup>2)</sup>。

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）<sup>3)</sup>、あるいは古英語の hal（完全な）<sup>4)</sup>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<sup>4)</sup>。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<sup>5,6)</sup>。

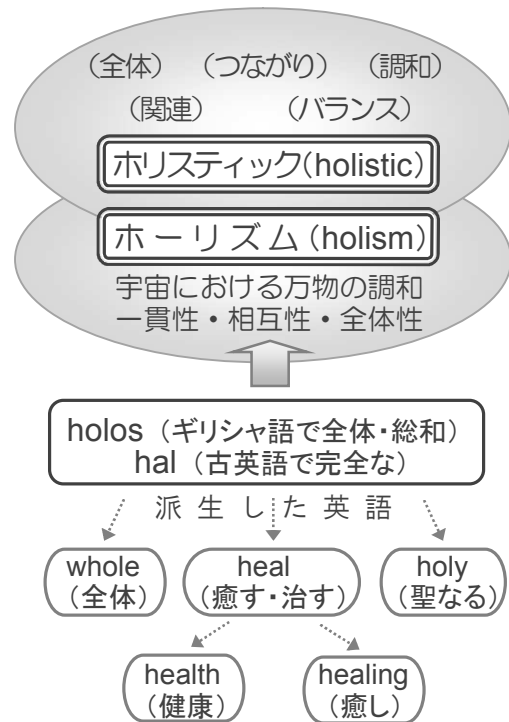


図1 ホーリズムの由来と派生語<sup>3,4,5,6)</sup>

## ● 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、病人が減るどころか逆に増大し、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<sup>7)</sup>。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.)<sup>8)</sup>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)』<sup>9)</sup>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<sup>5)</sup>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<sup>5)</sup>

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<sup>5)</sup>」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<sup>10)</sup>」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<sup>9)</sup>、統合医療を提唱した人物でもある<sup>8)</sup>。

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<sup>10)</sup>。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<sup>10)</sup>。

日本統合医療学会（2000年設立）<sup>11)</sup>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<sup>11)</sup>

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<sup>12)</sup>」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<sup>13)</sup>」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<sup>14,15)</sup>。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<sup>14,15)</sup>。

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<sup>14,15)</sup>。

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）<sup>16)</sup>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<sup>12)</sup>。

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<sup>12)</sup>（表3）。

表3 ホリスティック・ナーシングの  
基本理念（Core Value）<sup>12)</sup>

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）』<sup>17)</sup>

『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<sup>17)</sup>。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<sup>18)</sup>、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）