価値交流学習

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習に取り組めば、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「価値交流学習」（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

この価値交流学習では、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「価値交流学習」

		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								
	自分との差								
合意順位									

表２　ワークシート「価値交流学習」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
	自分との差								
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

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分からなくなり、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）。

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：A・B・C

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よね」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。

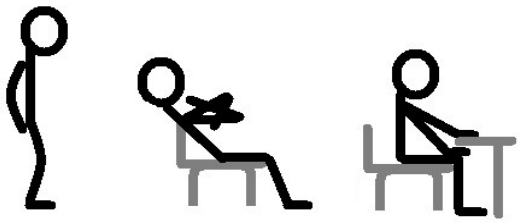
②第１段階の１分間、Ｂさんは椅子から立ち上がり、ポケットに手を入れて（もしくは両手を腰に当てて)、Ａさんの話を聞く（図1)。

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。



防衛姿勢（手の平を隠す・腕組み）　傾聴姿勢

図１　三つの姿勢

補　足

聞き手が立ったままでは、上から目線となり、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　－人と組織を育てる－．経団連出版，2012

（諏訪茂樹）

ナラティヴ・クエッショニング

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ヴ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ヴ（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ヴ・クエッショニングと呼ぶ。

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ば、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て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歩距離を置き、論理的でない病者の世界をナラティヴ（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・クエッ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・クエッションとして紹介している。リフレクシブ・クエッ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ろうに、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大好きで、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ニア・クエッ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・クエッ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、お見舞いにきたとのこと。「こんなに暑いから、友達にジュースを持っていってあげたのよ。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。筆者ものどが乾いていたので「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う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い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ヴ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）

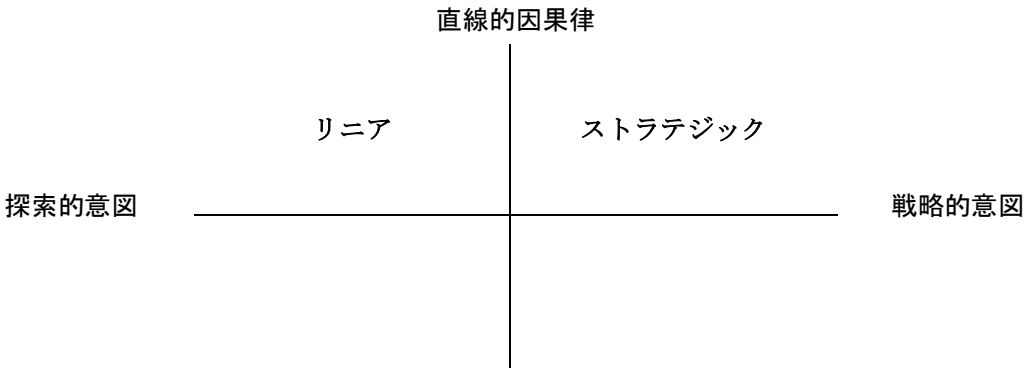


図-1　　4つの質問の構造

座標軸のX軸は質問の意図（誘導か探索か）、Y軸は質問者側のこころ構え（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、ナラティヴ・クエッションニング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。クエッショニ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 : ナラティヴ・ベイスト・メディシン、現代のエスプリ 515、p121-131、2010.
3）中川　晶 : ナラティヴ・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。要求に見通しがつか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つかない時の感情

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○○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○○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○○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。

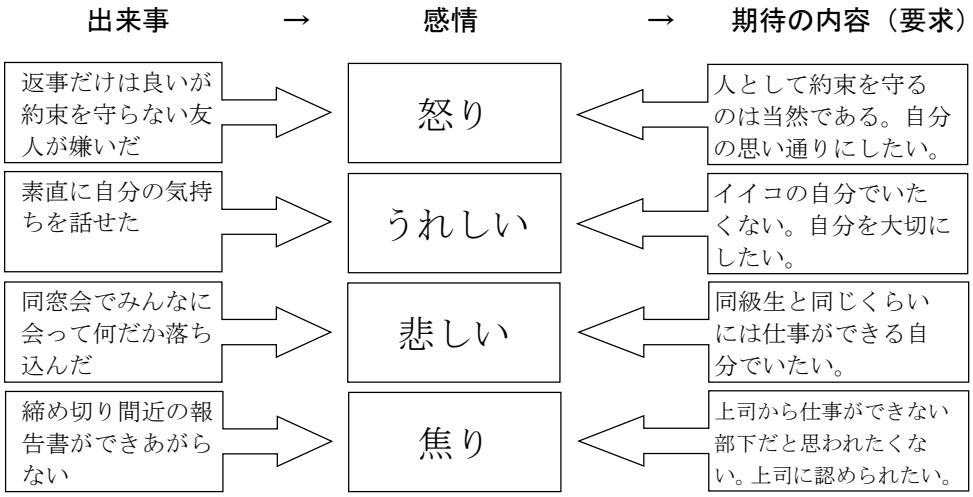


図1　感情の背後の要求の明確化の例

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、家族にもみていてもらい、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）と数字で言うと何%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、苦しさのどれですか？（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いますか？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さ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も、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こと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、世話役の手元に集める。

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、各自がアイディアのリストを箇条書きで作成する。3 分が経過したところで各自が順番に発表して、アイディ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、自分だけを見ていてはダメで、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

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。

アイディ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。

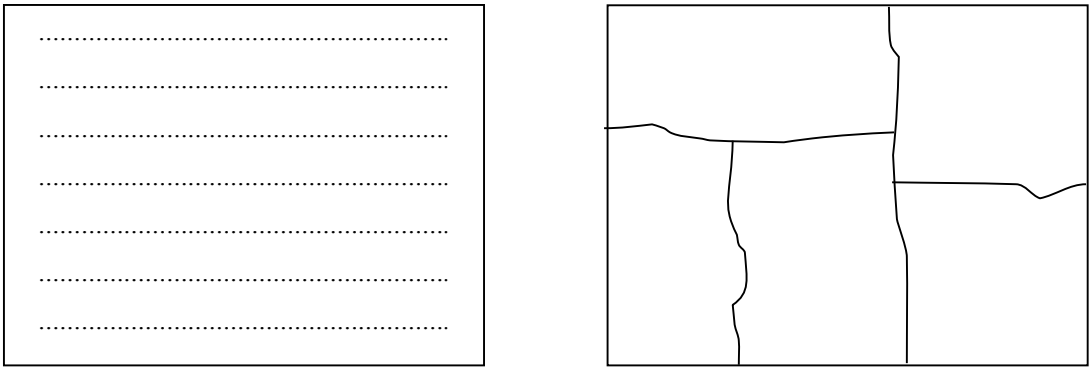


図１：作業カードの例

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。

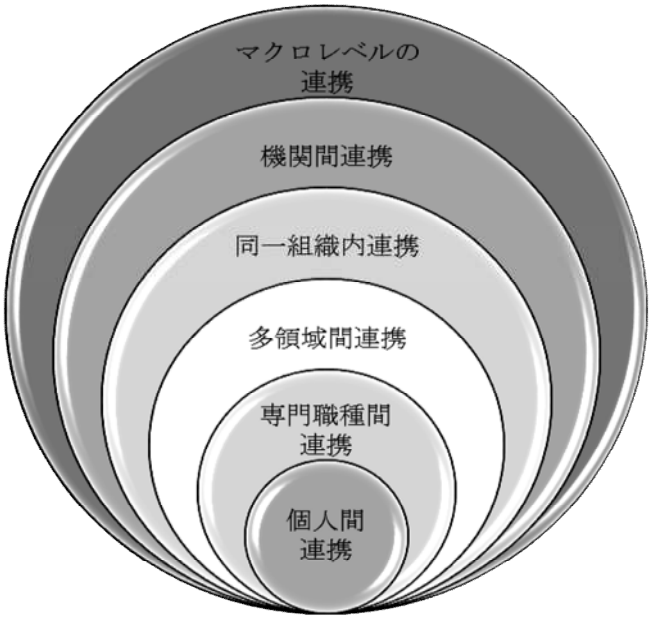


図１　専門職連携実践における６つの連携

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の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_HPN_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）