【要旨】

筆者は大学卒業後、病院の医療ソーシャルワーカーをしていた。ソーシャルワークは、関係の非対称性から「クライエント＜支援者」という権力構造が生まれやすい。その上、個々の支援内容や方法について予め正しい答えが用意されているわけではない。そのため、どのような姿勢や考え方でクライエントと向き合えば良いか悩みながら仕事をしていた。

筆者は、自らの経験を通して「ナラティヴ・アプローチ」の援助論に共感し、これらの考え方をどのようにしたら実践に取り入れ、日々の支援に活かしていけるか考えた。そこで着目したのが「省察性（reflexivity)」という概念である。多様な価値観や生き方を肯定して対人援助を行っていくためには、自らの前提をも疑問視するような「省察性」が重要である。本研究では「省察性」を実践の中で生み出すプロセスに焦点を当て、その「省察性」を、常に新しい可能性を探る開かれたプロセスという意味を含めた「自己との対話と他者との対話の往復を通して自分自身の実践を再構成し、再考する姿勢」と定義した。

そこで、広義のナラティヴ・セラピーの三つの実践のひとつとして紹介されているリフレクティング・プロセス（以下 RP）に着目し、「省察性」が生まれるプロセスであると仮定した上で、多職種デスカンファレンスに応用する実践を行った。その現場にとって合うものとして RP を導入するならば、観察条件を均一に揃え実験的に効果を測定し方法論として普遍化するのではなく、現場の文脈に即した形で導入し、一つの実践の事例を形成する解釈の枠組みを提示することで、ローカルな知として他の現場への転用が可能になるのではないかと考えた。そのため本研究の目的を「今回の実践を形成する一つの解釈の枠組みを、参加者の『省察性』が生まれるプロセスという視点で提示し、その上で、本実践の他の現場への転用可能性について考察する。」と設定した。そして、具体的には３つの視点から参加者の「省察性」が生まれるプロセスを明らかにした。

１つ目は、RP の構造を用いたことによって、本実践ではどのような相互作用が起こり、個々の省察にどのように影響したかを分析した。２つ目は、１事例のデスカンファレンスの中で一人の参加者の語りの変化に着目し、個人の省察性はどのように生まれたかそのプロセスを分析した。上記２つの視点に加え、本研究はアクションリサーチであるため、さらにマクロな視点から本実践を研究者と参加者が協働で作り上げていったプロセスを記述し、考察した。

その結果、MSW（A）氏をはじめとする参加者の語りの変化から、自己の解釈を言葉にすることと自己の解釈に対する他者の解釈を聴くことによって参加者の中に新しい発見が

生まれ、実践に対する新しい可能性が開かれたことが確認された。また、チーム内に支え合いの雰囲気も生まれていた。この結果には、RP の精神とも言える「聴く」ことと「話す」ことを丁寧に行うという特徴と、話し合いの外在化によって話題に対してメタな視点が生まれるという特徴が何らかの影響を与えていると考えられた。そして個々の「省察性」は、他者との対話を通した相互作用によって生まれていた。今回の実践を通して「省察性」について改めて捉え直すと、「自己との対話と他者との対話の往復を通して自分自身の実践を再構成し、再考する姿勢」という枠組みに加えて、「自己の解釈を他者の解釈とつなぎ合わせる相互作用そのもの」と定義することができる。そして、実践の中で得られたような「省察性」を生み出すためには他者との開かれた対話が必要であり、その一つの方法として RP の精神を引き継ぐ実践が必要であると考えられる。

本研究では従来の方法と比較分析するなど、厳密な RP の効果評価はできていないため、本実践を援助的要素のコンテンツとして一般化できるものではない。しかし、あえて語りのコード化はせずに、現場の文脈や参加者の語りを詳細に記述することによって読み手に再び解釈を与える余地が残された。このことで、読み手によって異なる解釈が生まれ、受け取り方は様々となるが、その解釈を元に読み手の現場が持つ文脈に従い、何らかの形で本研究を活かすことができる可能性が生まれたという点で評価できる。

ある物事を常に同じ方向から観察するのではなく、対象から離れてメタな視点を取り入れることが「省察性」において重要であり、「省察性」は「聴く」ことと「話す」ことを丁寧に行う「対話」によって生まれる。本研究は、その「省察性」の精神を受け継ぐ様々な実践が広がっていくきっかけとなりうるという意味で、転用可能性を持ち合わせた研究と意味付けることができるだろう。

目次

序章　問題の所在 1

第１章　先行研究の整理・検討 4

第１節　リフレクティング・プロセスへの接近 4

１−１　導入 4

１−２　ミラノ派家族療法 4

１−３　「リフレクティング・チーム」の誕生 6

１−４　リフレクティング・プロセスの特徴 7

１−５　リフレクティング・プロセスの実践例の整理 9

１−６　筆者によるリフレクティング・プロセスの再整理 10

１−７　リフレクティング・プロセス　と　「省察性」 11

第２節　実践場面：多職種デスカンファレンス 11

２−１　デスカンファレンスとは 12

２−２　デスカンファレンスの先行研究整理 12

２−３　従来のデスカンファレンスの方法と限界 15

第２章　研究の目的と方法 19

第１節　研究の目的と視点 19

第２節　研究の方法 21

２−１　研究デザイン 21

２−２　調査対象 22

２−３　データ収集方法 22

２−４　分析方法 23

２−５　倫理的考慮 23

第３節　本稿の構成 24

第３章　実践の結果と分析 25

第１節　実践の概要 25

１−１　調査対象の概要 25

１−２　筆者と調査対象との関係性 25

１−３　実践の進め方 26

第２節　結果の分析①　リフレクティング・プロセスの理論と本実践 27
２－１　各特徴の分析と考察 27
（１）「話し合いについての話し合い」 27
（２）「コミュニケーションの人為的切断」 32
（３）固定されがちな役割や関係性の変化 33
２－２　第２節小括 35
第３節　結果の分析②　MSW（A）氏の省察プロセス 36
３－１　分析の対象と方法 36
３－２　事例の概要 36
３－３　デスカンファレンスの手順 36
３－４　分析結果 38
（１）《ファースト・オーダーⅠ》 38
（２）《セカンド・オーダーⅠ》 40
（３）《ファースト・オーダーⅡ》 42
（４）《全員で話し合い》 45
３－５　事例３における MSW(A)氏の語りの生成プロセスと「省察性」 46
３－６　第３節小括 49
第４節　結果の分析③　実践のプロセスと考察 50
４－１　各回の観察の記録と考察 50
（１）第１回（説明会及び意見交換会） 50
（２）第２回（ロールプレイ、ルール・やり方決め） 51
（３）第３回（第１回目デスカンファレンス：事例１） 54
（４）第４回（第２回目デスカンファレンス：事例２） 56
（５）第５回（第３回目デスカンファレンス：事例３） 58
（６）第６回（全体の振り返り） 59
４－２　第４節の全体考察 60
第５節　本実践の省察 62
５－１　本実践の特徴と今後の課題 62
５－２　本実践に対する参加者の意味づけと今後の課題 64

終章　全体考察 68
第１節　改めて「省察性」とは 68
第２節　本研究の意味 68
《参考文献》 71
謝辞 75

序章　問題の所在

筆者は大学卒業後、病院の医療ソーシャルワーカーをしていた。そこで出会ったのは、今の社会に対して何らかの生きづらさや孤独を感じている方であった。中には、既に専門機関に相談したにも関わらず、支援者である専門職側の意向を押し付けられたと感じ、筆者と出会う頃には心の居場所をなくし、心を閉ざしてしまって「もう誰も自分のことをわかってくれない」と感じているクライエントも存在した。日々、そのようなクライエントと向き合う中で、どうしたらこのようなクライエントの人生や価値観を肯定的に捉え、少しでも心の居場所を作ることができるか考えていた。ソーシャルワークは、関係の非対称性から「クライエント＜支援者」という権力構造が生まれやすい。その上、個々の支援内容や方法について予め正しい答えが用意されているわけではない。そのため、どのような姿勢や考え方でクライエントと向き合えば良いか悩みながら仕事をしていた。

上記の点について、ソーシャルワーク実践理論[1]では、1990 年代頃から一つの新潮流として発展し、構成主義を理論的背景とした「ナラティヴ・アプローチ」（副田,2005:vi）の援助論で説明することができる。その援助論では、援助者とは、「何らかの理論を習得し、高度な技術を身につけることによって、クライエントについての『本当の』問題を見抜き、クライエントに『正しい』対処方法を教えるという者である」と捉えることに対して批判的な立場をとり、人はそれぞれの物語を生きており、それは多様であってよいと考えるものである（稲沢,2005:235）。荒井（2014）は、このような「ナラティヴ・アプローチ」は、社会の「常識」にとらわれて苦しむ人々を支援する方法であると述べている（荒井,2014:10）。

筆者は、自らの経験を通して「ナラティヴ・アプローチ」の援助論に共感し、これらの考え方をどのようにしたら実践に取り入れ、日々の支援に活かしていけるか考えた。その結果、着目したのが「省察性（reflexivity）」という概念である。

ガーゲン（Gergen,K.1999＝2004）は、「社会構成主義（social constructionism）」の立場から「reflexivity＝自省」の重要性について、次のように述べている。「『何が good（善いこと）か』について、私たちは今の『good（もっともな）理由、good（確かな）証拠、good（高い）価値』に頼ろうとするが、それは社会構成主義の立場から考えれば、そのことは過去の伝統の中に存在していて、私たちの伝統の外部にあるものを完全に見落として

[1] ソーシャルワーク実践理論とは、ソーシャルワークという実践活動の基盤となる考え方や方法を示すものという意味で使用している（副田,2005:i）。

しまっている」（Gergen＝2004:75）したがって、「自分がもっている前提を疑問視し、『明らかだ』とされているものを疑い、現実を見る別の枠組みを受け入れ、さまざまな立場を考慮してものごとに取り組む姿勢」という意味の「reflexivity＝自省」が非常に重要だと述べている（Gergen＝2004:76）。つまり、「当たり前」とされていることがらが人々に異なる可能性をみえなくさせてしまうことに対して厳しい批判の目を向けている。

一方、やまだ（2007）は、ナラティヴ論の基本的な考え方を積極的に生かした「質的研究の対話的モデル構成」の理論的フレーム・モデムをつくることを目的とした議論の中で、「省察性（reflexivity）」[2]の概念を取り上げている。数量研究は一致率、同一性、普遍性、一貫性が信頼性の基準であり、「再現可能性（replication）」が基本であるならば、それに対して質的研究は「省察性（reflexivity）」の概念を洗練することが有効ではないかと述べている。そして、「省察」を次のように定義している。「省察」とは「自己の内面に向かう『反省』や、自己の内面を他者に『内省』報告するだけのものではなく、他者にひらかれ、公共化していく循環運動を含む、対話的プロセス」であり、この対話的プロセスを「対話的省察性」と名付けている。

ソーシャルワークの文脈では、日和（2015）がソーシャルワーカーの実践を言語化するための教育・研究の前段階として「reflection（省察）[3]」の概念を明らかにする議論を行っている。その中で、ショーン（Schön,1983）の文献を基礎文献としながら、関連概念（reflective practice＝省察的実践 / critical reflection＝批判的省察 / reflexivity＝省察性 / critical thinking＝批判的思考）を取り上げ整理している。「reflective practice＝省察的実践」は実証主義を基盤とした実践の捉え方に対抗するもの。「critical reflection＝批判的省察」は、自身の実践において根拠としている価値や知識すらも常に疑い、その根拠の正当性を問うことをも求められる「critical thinking＝批判的思考」の要素を取り入れたもの。「reflexivity＝省察性」はそのような実践を行うための実践者の姿勢としている。その上でソーシャルワーカーは、一つとして同じものではないクライエントの状況と常に向き合い、理論や様々な経験等と照らし合わせながらその時々で「考える」ことが求められるため、「reflection（省察）」は専門職としてのソーシャルワークにおいて重要な概念であると述べている（日和,2015:94）。

---

[2] やまだは、「反省」「内省」「自省」という日本語訳は再帰的に自己の内面に向かう運動を意味するため、ここではそれらと区別するために reflexivity を「省察」と訳している（やまだ,2007:191）。
[3] 日和は、論文の中で、reflection を単なる「ふり返り」と区別するため、Reflection の日本語訳を「省察」としている。

このように「省察」あるいは「省察性」は、人を対象とした実践や研究においてその重要性が言われている。多様な人々の価値観を受け入れ、それぞれの人生に寄り添い支援するにあたっては、まずは支援者自身が多様な視点を持ち、考えながら支援を行う必要がある。そして、そこにはガーゲンの言う省察性[4]である「自分がもっている前提を疑問視し、『明らかだ』とされているものを疑い、現実を見る別の枠組みを受け入れ、さまざまな立場を考慮してものごとに取り組む姿勢」が大切である。

そこで、本研究では、対人援助における「省察性」に着目し、その「省察性」の定義を自分の中で反省する自己完結的なものではなく、常に新しい可能性を探る開かれたプロセスという意味を含めたやまだの言う「対話的省察性」を取り入れ、「省察性（reflexivity）＝自己との対話と他者との対話の往復を通して、自分自身の実践を再構成し、再考する姿勢」と定義し、実践現場の中でその「省察性」を生み出していくプロセスに焦点を当てる。

[4] 「reflexivity」は Gergen の翻訳では「自省」と訳されているが、本研究ではやまだ（2007）の理論を採用し「省察」に統一する。

第１章　先行研究の整理・検討

第１節　リフレクティング・プロセスへの接近

１−１　導入

本研究では、「省察性」を生み出すプロセスとして「リフレクティング・プロセス」に着目した。「リフレクティング・プロセス（以下 RP)」とは、元々はノルウェーの精神科医であるトム・アンデルセン(Andersen,T.)によって提唱された家族療法の実践的手法である。（矢原,2008）アンデルセンは、1985 年に初めてこの手法を実践し、1987 年に米国の『Family Process』誌に掲載したことで、RP は家族療法の新しい流れとしてよく知られるようになった。日本では、広義のナラティヴ・セラピーの三つの実践のひとつとして紹介されている。(野口,2002）また、家族療法に限らず様々な場面への応用可能性[5]についても示唆されている（Andersen,1991=2001、矢原,2008b)。

このような背景もあり RP に関する文献は米国に数多く存在するが、著者の語学能力の限界から、本稿ではまず日本語でアクセスできる文献に限定して、先行研究を行った。

また、近年精神医療領域では、「オープン・ダイアローグ」というフィンランド西ラップランドのケロプダス病院において実践されている精神医療システムが、2014 年に入り日本の各方面で注目され始めているが（矢原,2015、斎藤,2015)、その先駆けとして RP が再注目を受け、絶版だった『リフレクティング・プロセス−会話における会話と会話−』[6]の邦訳は 2015 年 10 月に新装版として再発行された。このように RP は再び注目を浴び始めている。

本節では RP に関する日本の先行研究をまとめ、その特徴と実践例を整理し、「省察性」を生み出すプロセスとの関連を考察する。

１−２　ミラノ派家族療法

当時、アンデルセンが関心を持ち、実践していたのはミラノ派家族療法である。ミラノ派家族療法は、元々精神科医セルビーニ・パラツォーリ（Selvini Palazzoli,M.）が、1967 年イタリアの家族療法研究センターを設立したところから始まった。そこにチキン（Cecchin,G.)、ボスコロ（Boscolo,L.)、プラタ（Prata,G.）が加わり、この４人のグル

[5]アンデルセン（＝2001）は「後に、我々が用いた方法とは異なる使われ方のできる有効な方法を見つけられることであろう」(アンデルセン,=2001:9)と述べているように、RP を一つの確立された方法論としてよりも、一つの精神として引き継ぐ実践の広がりを示唆している。

[6] Tom Andersen,1991.『The Reflecting Team –Dialogues and Dialogues About the Dialogues』.New York:W.W.Norton&Company （＝2015.鈴木浩二監訳再編『新装版　リフレクティング・プロセス−会話における会話と会話−』.金剛出版）

ープで、MRI アプローチ[7]やベイトソン（Gregory Bateson）などの文献を読み込みシステミックな家族療法の研究が進められていた。ミラノ派の代表的な概念は「家族ゲーム」である。「家族ゲーム」とは、分裂病患者がいる家族は永続的でパターン化された相互作用を繰り返していると考え、そのパターン化された相互作用のことを指す。セラピストは家族を観察することによって、この「家族ゲーム」のパターンを見つけ、「肯定的な意味付け（positive connotation）」[8]や「家族儀式（family rituals）」[9]を処方することで、家族ゲームのルールを行動的・象徴的に顕在化させたり、新しいルールを導入したりすることで、家族が変化するきっかけを生み出そうとした（若島ほか,2002）。

ミラノ派の面接スタイルは面接者と観察チームで行うため、複数人のセラピストが関わることになる。観察チームは、面接者とクライエントの面接をワンウェイ・ミラー越しに観察し、面接の途中で面接者に助言を行う。典型的な面接方法は表１・図１に示した。この方法の利点は、面接者一人だけで家族と面接を進めるよりも、チームを置いたほうが面接者の技量に左右されることなく安定した治療効果が期待できること、面接者が家族の相互作用に巻き込まれて行き詰まった際に、比較的冷静に面接の様子を観察している面接チームが必要に応じて面接者に対して助言をすることが可能となること、が挙げられている（三澤,2008b:29）。

1970 年代後半になると、ミラノ派は分裂しそれぞれの発展を遂げていった。パラツォーリとプラタは研究に専念し、ボスコロとチキンはトレーニングに専心するようになる。ボスコロとチキンは、トレーニングを続けていく中で、面接最後に行う家族への介入よりも、面接のプロセスそのものに関心を持つようになった。つまり、面接中に行われる様々な質問そのものが治療的効果を持つのではないかと考えた（三澤,2008b:30）。その一つの方法として、「円環的質問法」[10]が挙げられる。また、家族に加え、面接者やチームも含めた全体を一つのシステムと考える「治療システム」の概念を意識し、面接者やチームの動きに

---

[7] MRI アプローチとは、1959 年にジャクソン（Jackson,D.D.）がカリフォルニア州パロ・アルトにおいて、統合失調症とその家族の研究を目的として設立した施設の名称である MRI(Mental Research Institute)で行われていたアプローチのことである。通称コミュニケーション・アプローチとも呼ばれている（村上,2013:89）。

[8]「肯定的意味づけ（positive connotation）」とは、ミラノ派が提唱した介入方法で、その家族の歴史的経緯の中で否定的に意味づけられていた家族成員それぞれの行動をすべて肯定的に意味づけ替えし、かつ現状に含まれている症状行動にまで肯定的意味づけを付与する子解釈を作り、「これまでの家族がいかに相互のために機能してきたかを解釈し、現在の症状も家族にとって肯定的で必要不可欠なものであるため、変化しない方がよい」との逆説的介入を行うことである（吉川,2013:98-99）。

[9]「家族儀式（Family Rituals）」とは、ミラノ派が提唱した介入方法で、家族構成員に対して、具体的に～のことをするようにと指示を与え、現在行っている家族ゲームを直接的に変化させることで、認識やパターンを変えようと意図されるものである（村上,2000:47）。

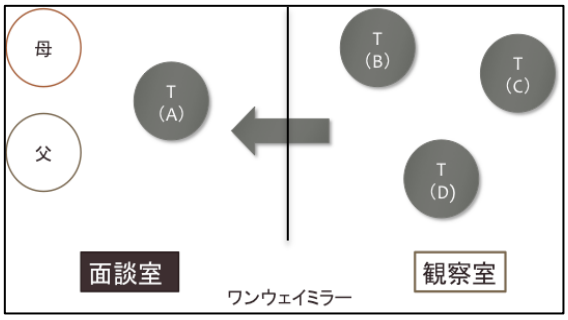
[10]「円環的質問法」とは、すべての家族成員のあいだに円環的な相互関係が存在すると仮定したうえで、セラピストは、これらのパターンや機能を明確にする目的で面接し、家族成員の認識における差異や類似点についての情報を求める質問法のことである（Gelcer,=1995:66）。

も注意を払うようになった。

表１　ミラノ派の面接手順（三澤,2008:28 加筆）

① 面接前の協議
　面接前に、面接者と数名から成るチーム全員が集まり、家族から面接予約の申し込みの時に得た情報などを共有し、あらかじめ家族について知っておく。
② 面接
　面接者＝T(A)は家族との面接をする。
チーム=T(B),T(C),T(D)はワンウェイ・ミラーの背後で観察をしながら、家族の状態について話し合う。必要に応じて、チームが面接者を呼び出して意見を伝えたり、面接者がチームに意見を求めてワンウェイ・ミラーの背後に行ったりすることもある。
③ 面接途中の協議
　適切なタイミングで面接を中断し、面接者とチーム全員がワンウェイ・ミラーの背後に集まる。そして、面接中に得た情報をもとに協議し、面接の方針や介入を決定する。
④ 面接の再開と介入
　③の協議後、面接者は家族との面接を再開し、面接の最後で必要な介入を行う。チームはワンウェイ・ミラーの背後で再び観察しながら、話し合う。
⑤ 面接後のまとめ
　面接中の様子や介入後の家族の様子について、チームの全員が協議しながらまとめる。

図１（筆者作成）　T＝セラピスト



１−３　「リフレクティング・チーム」の誕生

アンデルセンは、面接プロセスそのものに焦点を当てるというボスコロらのミラノ派家族療法を支持していたが、同時にミラノ派のやり方に対していくつかのやりにくさも感じていた。一つ目は、面接者があまり観察チームの意見を取り入れていないこと。二つ目は、チームメンバーがそれぞれの意見を持つ中で、一つの介入についてチーム内の意見を一致させることが難しいこと。最後は、面接最後の家族への介入に関して「家族よりも治療チームの方が問題に対して理解が進んでいる」という印象を与える気がしたことである（Andersen=2014:70）。

そのような中、アンデルセンによると 1985 年３月のある日、リフレクティング[11]・チームは生まれた。一人の若い医師が長い間悲惨な境遇にあった家族との話し合いに行き詰まっていた。そこで、面接室のドアをノックし、その家族らにチームの意見を聞いてみたいかどうか尋ねた。「皆さんに関心がおありでしたら」といい、面接室と観察室の明かりと音

[11] ここで言うリフレクティングは、フランス語の reflexion と同義で、「相手の言葉を聞きいれ、それについて考えをめぐらし、それをまた相手に返す」作業のことで、英語にある「反復」や「反映」を意味していない（Andersen=2014:85）。

声を切り替えることにより、面接室と観察室の会話をすべてオープンにした。これが、「リフレクティング・チーム[12]」の誕生である。アンデルセンは、この変化について次のように述べている。

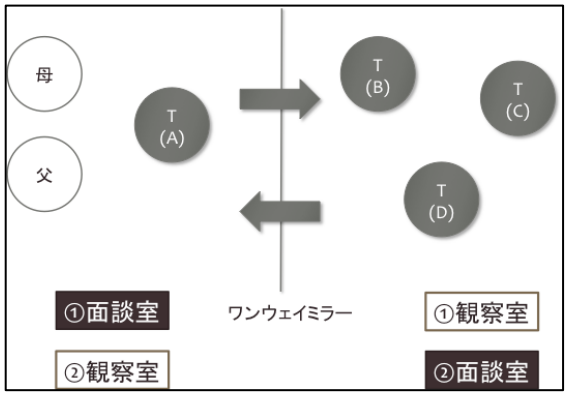
「明かりと音声の切り替えは我々と家族の関係を驚くほど自由にした。われわれはもはや責任をもつ側にあるだけではなく、２つの側面の片側に（すぎなく）なったのである」（Andersen＝2001:27）

具体的な RP の手順は表２・図２に示した通りである。

表２　リフレクティング・プロセスの面接手順（三澤,2008b:28 加筆）

① 面接
　面接者１名＝T(A)とクライエント（母・父）が相談をする。その間チーム＝T(B),T(C),T(D)はワンウェイ・ミラーがあれば、面接者らから見えないミラーの背後で静かに観察する。ミラーがなければ、チームは面接の支障にならないように面接室内に座り、静かに観察する。
② リフレクション
　観察したことについて、チームは５～１０分間程度、チーム内でコメントしあう。これをリフレクションと呼ぶ。その間、ワンウェイ・ミラーがあれば、面接者とクライエントがミラーの背後で観察する。ミラーがなければ、面接室内で面接者とクライエントは静かにチームのコメントしあう様子を観察する。
③ 面接再開（最終面接）
　その後、①と同様に、面接者とクライエントは面接を再開し、チームは静かに観察する。もし面接者とクライエントがリフレクションをさらに必要と感じた場合、②～③を繰り返す。もし必要と感じなければ、この面接をもって終了する。

図２（筆者作成）



１−４　リフレクティング・プロセスの特徴

RP とミラノ派家族療法には構造的に大きな違いが３つある。一つ目は、会話の公開性である。従来のミラノ派では、観察チームの話し合いを家族は見聴きすることができない。しかし、RP では、全ての話し合いを参加者全員に対してオープンにした。二つ目は、面接前の面接者とチームによる協議がなくなった点である。これは、面接を始めるにあたって、先入観をなくすためである。三つ目は、面接最後の家族への介入がなくなった点である。これらの違いにより、面接者と家族、あるいはチーム内で様々な会話の中から新しいものの見方や考え方が生じ、そこから家族が自分たちに適した新しい何かを選んで受け入

[12] リフレクティング・チームとは、面接システム（＝家族＋面接者）の会話を聞いた後、面接システムに聞かれながら、面接システムについての会話を行うチームである。アンデルセン自身、当初は「リフレクティング・チーム」という表現のみを使用していたが、その後、この実践全体を「リフレクティング・プロセス」（reflecting processes）と称するようになる（矢原,2008a:69）。

れ、その結果として変化が生じるようになった。まさに、面接プロセスによる変化の可能性をさらに全面に打ち出す方法へと変化したと言える（三澤,2008b:34）。

以上の特徴をふまえて、三澤（2008b）は RP を以下のように整理している。

まず、社会構成主義[13]（social constructionism）と親和的な要素として、三点挙げている。一つ目は、会話の中で自分に適したものの見方やコメントを聞いたクライエントが、それを手がかりに変化する点。二つ目は、意見の多様性を重視し、一つの意見に絞ることをしない点。三つ目は、権力の差を少なくする平等な方法である点である。

次に、他のナラティヴ・セラピー[14]と比較し、共通点を三点、相違点を四点、それぞれ挙げている。共通点として挙げられているのは、ⅰ治療者とクライエントの会話によって変化を生み出すことを強調している点。ⅱ限られた意見のみを「真実」として尊重するのではなく、多様な意見を尊重する点。ⅲ専門家とクライエントの平等を重視する点。である。相違点として挙げられているのは、ⅰシステム論[15]やサイバネティクス論[16]の考え方を比較的色濃く引き継いでいる点。ⅱクライエントとその家族を「膠着（こうちゃく）システム」と捉え、さらにはクライエントを取り巻く人びとを含めたより広いシステムを考慮している点。ⅲ他のナラティヴ・セラピーが、言語と言語による意味の構成による変化を比較的強調しているのに対し、RP では言語のみならず、非言語を含めた相互作用全体を強調している点。ⅳ実践的な方法としての色彩がより強い点、である。

さらに、矢原（2008a）は　RP における「会話についての会話」の有効性をルーマン（Luhmann）の議論を使って整理している。「ルーマンは、コミュニケーションに基づく社会システムと意識に基づく心的システムとが高度に相互依存しつつも、互いに完全に自律的なシステムであると論じている」と整理した上で、アンデルセンの言う内的会話と外的会話[17]を、ルーマンにおける社会システムと心的システムを重ねて理解することは十分可能であると述べている。つまり、リフレクティング・チームによる会話を聞いている時間は、クライアント側にとって、意識の次元において自由になんらかの機会を見いだすこ

---

[13] 社会構成主義（social constructionism）は、考えや観念や記憶が、人びとの社会的交流から生まれ、言語に媒介されると考える（Lynn Hoffman=2014:18）。

[14] ここでの他のナラティヴ・セラピーとは、コラボレイティヴ・アプローチと呼ばれているアンダーソン（Anderson,H.）の方法とホワイト（White,M.）とエプストン（Epston,D.）のナラティヴ・プラクティスを指す（三澤,2008b:35）。

[15] ここでいう「システム」とは、生物学者フォン・ベルタランフィ（vonBertalanfy,L.）の一般システム論から広まった概念であり、「相互作用をしている複数の要素から成り立っているものの集まり」を指す（三澤,2008b:24）。

[16] ここでいう「サイバネティクス」とは、ベイトソン（Bateson,G）の影響を受け、システムの中での相互作用を扱う学問を指す（三澤,2008b:24）。

[17] アンデルセン（＝2001）は、自己との対話を内的会話（inner talk）、他者との対話を外的会話（outer talk）と名付けている。

とができるような時間となる。それは、参加者における自由な内的会話と外的会話の往復を通して、なんらかの変化の機会を涵養する可能性が大きく開かれたということである(矢原,2008a:61-64)。

1−5　リフレクティング・プロセスの実践例の整理

RP は、家族療法の場面に限らず近年様々なフィールドで実践され始めている。矢原（2008）は、RP はセラピストによる状況定義を超えた展開可能性を構造的に孕んでいると指摘し、「セラピストの存在を必要としない、いわば汎用的なコミュニケーション・システムのデバイスである」と述べている（矢原,2008a:66)。アンデルセン自身も、スーパービジョン、スタッフ・ミーティング、組織開発のための仕事などに実践できると述べているように、セラピーに限らず様々なフィールドでの実践を示唆している（Andersen＝2001:129)。

日本において現在までに行われている RP の実践例は、表３に示した通りである。まだ、実践例として数が多いとは言えないが、セラピーの場面に限らず、様々な場面で実践されていることがわかる。実践例の半数以上を占めるのが、ボランティアを含めた臨床家の教育的場面での実践である。ケアする人を支え教育する仕組みとしては、対人援助専門職の諸領域においてもボランティアにおいても、スーパービジョンモデルが主流であるが、この方式ではスーパーバイザーの個人的力量に依拠するところが大きく、そうしたマンパワーが不十分な場合も多い（矢原,2011、光岡ほか,2011)。加えて、スーパーバイザーとスーパーバイジーの権力の非対称性により本来の相談機能を十分に発揮されない場合もある。そこで、教育的場面で RP を実践することによって、ヘテラルキカルな関係による参加者の相互の支え合いや盲点への気づき・視野の広がりを可能にしている（矢原,2004、三澤,2008c、矢原,2011、光岡ほか,2011)。

表３　リフレクティング・プロセス（RP）の実践報告（先行研究）の整理

著者	発行	場面	フィールド	対象	目的	結果・考察
矢原	2004	こども電話相談	ボランティア教育	電話相談ボランティア員（子ども相談の「受け手」）	電話を通して人びとの気持ちを受け止め、悩みの相談に対応する電話相談ボランティアのケアと気づきを促す仕組みとして、RPの可能性を提示する	観察における盲点を踏まえて、外的会話がより豊かとなる。電話相談員同士の支え合いが強化した。
三澤	2008c	若手心理臨床家のケース検討会議	臨床家教育	スクールカウンセラー、公共機関の心理職職員、スクールカウンセラー経験者、大学院生	若手臨床家のケース検討会におけるツイン・リフレクティング・プロセスの特徴を明らかにする	視野の広がり、面接技術向上のためのトレーニング、「クライエント」を疑似体験
花田	2008	臨床家や学生同士の学習会	臨床家教育	心理療法士、教育学の学生、臨床経験者、その他	臨床実践と臨床研究をRPによって結び合わせた、心理臨床家教育のための「相互学習モデル」の意義と展望を明らかにする	ふるまいの意識化と変化への気づき、臨床実践と臨床研究の相互作用
田代	2008a	中学校における「いじめ」への心理教育と予防的介入	学校	中学校全校生徒、教師	中学校の生徒間で流布していた、いじめについての間違った知識と思い込みを、心理教育を伴った予防的介入によって、幾分か変えることを目的としたコミュニティアプローチの事例を報告する	生徒・教師という役割を緩和させ、「思い込み」や認識を変容させた、内的会話→言説の世界へ移行
田代	2008b	精神障害者の家族を対象とした心理教育的・自助的な志向をもつグループワーク	精神障害者の家族会	地域の保健福祉センターに集まる精神障害者の家族グループ	「話し合いを話し合うこと」をコアとしたグループ実践が、参加者同士のコミュニケーションの内実にどのような変化をもたらしたかについて検討、グループワークの結果である効果を検討する	聴き手への敬意、参加者同士の自助・支え合い強化、肯定的な方向にリフレーミング
光岡他	2011	PSWのスーパービジョン	臨床家教育	精神保健福祉士、養成教員、研究者	SVに限定されない多様なデバイスの一つとしてRPの有効性を明らかにする	参加者の盲点への気づき、視野の広がり、主体的な学び、相互の支え合い

１−６　筆者によるリフレクティング・プロセスの再整理

ここで、家族療法の一手法としてのRPの特徴と、上記で示したような実践の先行研究の結果から導き出されたRPの主要な特徴を三点に絞り再整理を行った。

一つ目は、「面接」と「観察」の構造から生まれる「観察の観察」という特徴である。これにより、自分の語りが相手の語りを通して再構築され、今まで無自覚な盲点への気づきにつながることや、自分に都合が良い情報を取捨選択でき、肯定的な方向にリフレーミングできる。

二つ目は、「面接」と「観察」の構造から生まれる「コミュニケーションの人為的切断」という特徴である。これにより、内的会話と外的会話の往復が可能となり、自分自身の中

にあるインナーボイス（内なる声）に気づきやすくなり、多様な語りが表出しやすくなる。また、コミュニケーションの流れを人為的に切断することによる単一観察枠組みへの収斂回避が期待できる（矢原,2004:393）。つまり、ファースト・オーダーとセカンド・オーダーそれぞれのストーリーラインが生まれるため、ストーリーが様々な方向へ変化する機会が増える。

三つ目は、オープンな会話を続けることによる変化を重視している点である。野口（2002）は、RP によるセラピーの変化について、専門家の立場から非専門家への観察・助言という「ワンナップ・ポジション」の放棄が起こり、クライエントの語るナラティヴとセラピストの語るナラティヴとが対等な立場で出会うようになったと述べている（野口,2002:117）。つまり、専門家とクライエントの関係性が孕む非対称性を緩和する方法であると言える。また、固定されがちな役割や関係性の変化が期待できる。

1−7　リフレクティング・プロセス　と　「省察性」

以上、整理してきたように、RP は、話し合いを「面接チーム」と「観察チーム」に分け、２者をオープンにし、「話す」ことと「聴く」ことを丁寧に行うことによって、多様な語りが生まれやすいプロセスであることが明らかとなった。加えて「話し合いについての話し合い」という特徴によって、自分の語ったことが別の視点から語られることとなり、今まで捉われていた枠組みとはまた別の新しい視点を得る可能性が広がるだろう。

そこで、上記の特徴を備えた RP を、本研究の「省察性」（自己との対話と他者との対話の往復を通して、自分自身の実践を再構成し、再考する姿勢）という枠組みで捉えることで、「省察性」が生まれるプロセスであると仮定し、RP の実践を試みることとした。

第２節　実践場面：多職種デスカンファレンス

RP の実践場面として採用したのは医療機関でしばしば行われている「デスカンファレンス」である。筆者は病院で勤務していたため、まずは自分の実践の場である医療機関に「省察性」を取り入れる実践を行いたいと考えた。以下の節よりデスカンファレンスについて整理し、従来のデスカンファレンスの限界を示した上で、RP を実践する意義について考察する。

2－1　デスカンファレンスとは

近年、慢性疾患の増加により医療機関ではターミナルケアへの関心が高まっている。そこで、ターミナルケアの質を高める一環として、病院ではしばしばデスカンファレンスが行われている。デスカンファレンスとは、患者が亡くなった後に、対象患者のケアについて、同職種または多職種内で振り返る事例検討の場である。広瀬（2010）は、デスカンファレンスの目的を「亡くなった患者のケアを振り返り、今後のケアの質を高めること」としている（広瀬,2010:64)。加えて、デスカンファレンスの意義を６つにまとめている。それは、「ⅰケアを評価してこれからのケアに生かすことができる。ⅱ患者・家族への理解が深まる。ⅲ遺された家族へのケアの計画を立てられる。ⅳ多職種間の考え方のズレが明らかになり互いの理解が深まる。ⅴスタッフ間で気持ちを共有できる。ⅵ専門家としての自信を回復できる。」である（広瀬,2010:64)。中でもデスカンファレンスは、医療従事者のグリーフケアとしての要素が重要であると広瀬は指摘している。

2－2　デスカンファレンスの先行研究整理

デスカンファレンスに関する先行研究は全て看護学領域の研究であった。先行研究の多くは、各医療機関で行われているデスカンファレンスの効果や意義、課題を明らかにすることを目的としている。それぞれの先行研究の内容は表４にまとめた通りである。デスカンファレンスの参加者は、病棟看護師のみで行われているもの、多職種が参加しているもの､地域の多機関が参加しているもの､在宅支援診療所の多職種で行われているものと様々であった。

表４　デスカンファレンス（表内 DC）に関する先行研究の整理

著者	発行年	目的	方法	結果	抽出された現状の課題
吉木他（松江赤十字病院）	2006	過去の DC の重点明確化 今後の注目すべき点の明確化	42 例の DC 記録分析	看護の実際について、特に「苦痛緩和」「家族ケア」に重点を置いていた。	・スピリチュアルな面での情報が不足 ・看護師の心のケアへ繋がっていない ・医師との連携が取れていない
青木他（長野赤十字病院）	2007	臨床倫理の４つの視点を取り入れた DC 用紙の分析と評価	36 例の DC 記録分析	「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」の臨床倫理の視点は DC に有効である。	治療、ケア全体を振り返ることができる用紙になっていない
内藤他（小田原市立病院）	2008	精神負担の大きい看護師が必要とする DC の明確化 ストレス軽減の効果測定	質問表調査	DC にとりあげたい症例は、症状コントロールがうまくいかなかった症例、患者・家族・医師との関わりが難しかった症例である。 参加後の看護師のストレス軽減が数値的に証明された。	特になし
関口他（所沢ロイヤル病院）	2008	過去に行われた DC と先行研究の比較、緩和ケアに活かされる DC の視点の明確化	35 例の DC 記録分析	「症状マネジメントや患者の QOL」「家族のケア」に関して評価や考察は十分に行われていて、「日常生活支援」についての必要性が高い。	・看護師の心理面の表出ができていない ・反省すべき問題を自己課題として知識の蓄積、チーム内で共有ができていない ・患者と家族の希望をかなえるための働きかけができていない ・効果的な DC を行うために先行研究の 11 項目の意識化ができていない
土江他（島根県済生会江津総合病院）	2009	DC に対する看護師の捉え方・意義の明確化 意義に併せた DC の方法の考案・検討	DC 参加者２０名程度に自由記述式質問紙調査	DC に期待する意義は、価値観と具体的手だての共有・看護師の自己効力感の向上とカタルシスである。	・定期的な企画ができていない ・DC の安心できる話し合いの場作り（責められる、意見が出てこない、話し合った内容を活用できていない） ・目的に応じた参加者構成になっていない ・尊重、信頼、理解し合える仲間作りに繋がっていない ・短時間、効率的、タイムリーに実施できていない
杉山他（北海道消化器科病院）	2009	DC 実施によるプライマリーナースの心的負担軽減の有無・他の効果の検証	DC 参加者３名に対し半構造化面接	看護師自身が気持ちを整理し、認め表現することが、負担感の軽減につながる。 DC は共感だけでなく、各年代の看護観や経験を踏まえて傾聴し、認め合ったり、アドバイスをすることが満足感に繋がる。	・思いを伝えるための技術が身についていない ・事前の準備、参加者全員の目的意識と責任意識の強化 ・発言者の偏り
星野他（富士重工業健康保険組合総合太田病院）	2009	DC 実施前後の看護師の意識変化の明確化	DC 参加者３名に対して半構造化面接	DC 後は、患者、家族を理解することの重要性が認識され、看護師が患者、家族と関わろうとする意識変化をもたらした。	・医師との連携不足 ・医師や他のコメディカルが不参加
篠倉他（大阪府済生会吹田病院）	2010	DC 導入による看護師のケアの変化の明確化	自由記述式質問紙調査	DC 開催により患者やその家族への配慮を考え、ケアの向上に繋がっていることが明らかとなった。 患者の意向、家族のケア、	・チーム内での情報共有、連携ができていない

				医療チーム内の連携は効果的な変化が乏しかった。	
井村他（聖隷三方原病院）	2011	地域の緩和ケアにおける「連携ノウハウ共有会」と「DC」の参加者の体験の明確化	DC参加者にてーグプタフォカスルイインタビュー	参加者同士の役割や価値観、気持ちを理解し合える。 実践が変化する。 自分が直接関わっていない時期の患者・家族をより理解し、行ったケアや連携を評価して、次につながる示唆を得る。	・時間の確保 ・精神的負担 ・コーディネーション ・敷居の高さ ・責められるような気持ちの解消
和泉他（鶴岡市立荘内病院）	2012	多施設・多職種DC参加者の体験を医療職と介護職の相違を含めて探索、及び意義やあり方の検討	DCの参加者56名に対し、自由記載式質問紙調査	多職種との対話による相互理解　連携に繋がる。 今後の実践につながる気づき や緩和ケアの学びができた。 多職種との対話を促進する要素（オープンに話せる場、全員が発言する機会有り）がある。 多職種との話し合いに医師が加わることの重要性に気づいた。	・多職種との対話における障壁（介護職にとって医療専門用語が難しい、医師の前では話しにくい） ・緩和ケアや看取りに取り組むための学習や話し合いの場の不足 ・施設間・職種間連携、病院との連携の困難さ
大友他（湘南国際村クリニック）	2014	在宅療養支援診療所スタッフの在宅DCケアにおける意味付けの明確化	DC参加者11名に対し半構造面接	《学びの場としての在宅DC》と《癒しの場としての在宅DC》という二通りの振り返りの仕方をしていた。 《弔問の役割の再確認》としての意味づけがなされていた。 《顔の見える関係の構築》は連携しやすさに繋がる。	・時間の節約 ・手間のかかる準備

ここで、先行研究から抽出されたデスカンファレンスの意義・効果と課題について再整理を行い、表5の通り示した。デスカンファレンス実施によって、今後の実践につながる気づきや学びが生まれ、また参加者のストレスケアにつながっていることがわかる。しかし一方で、参加者同士の関係性の影響からか、安心して話せる場作りができておらず、発言者の偏りや参加者の感情表出が不十分であったことが課題として挙げられている。つまり、これは参加者一人一人の多様な語りが制限された状態だと言える。また、時間の制約も課題として挙げられている。

表５　先行研究から抽出されたデスカンファレンスの意義・効果と課題

意義・効果	課題
・自分たちの実践の評価ができる	・参加者の感情の表出が不十分
・ターミナルケアに対する参加者のストレス軽減	・発言者の偏り
・患者、家族の理解が深まる	・責められるような気持ちの解消
・参加者の役割や価値観が共有できる	・医師の前では話にくい
・今後の実践につながる気づきが生まれる	・手間のかかる準備
・緩和ケアの学びにつながる	・多機関間、多職種間の知識量や言葉の差異
・多職種との対話による相互理解、連携につながる	・時間の確保（効率的かつ定期的開催）

２−３　従来のデスカンファレンスの方法と限界

続いて、従来のデスカンファレンスの方法について整理し、その上で限界を明らかにする。多くの先行研究で、事前に話し合う内容を明確にし、目的意識をもってデスカンファレンスを行う重要性が述べられている（青木ほか,2007、内藤ほか,2008、土江ほか,2009、杉山ほか,2009、篠倉ほか,2010）。中にはアドバイザーまたはスーパーバイザーという立場の人が参加しており、適宜アドバイスを受ける形式をとっていた（内藤ほか,2008）。また、実践に対する悩みの具体的な手立てが知りたいというデスカンファレンスの現状の課題に対する工夫作としてアドバイザーが必要であるとしている先行研究もあった（土江ほか,2009、杉山ほか,2009、）。表６は先行研究で示されていた従来のデスカンファレンスの方法を整理したものである。なお、具体的な方法について記載がなかった先行研究は省略している。

表６　先行研究で実施されていたデスカンファレンスの実施方法と方法の課題

著者	発行年	実施場所 参加者	実施方法
吉木他（松江赤十字病院）	2006	病棟・ 看護師	話し合いの内容：話し合う内容に枠を設けず、看護の振り返りを主な目的としている 司会：ファシリテーターは話し合いの流れを決める
青木他（長野赤十字病院）	2007	急性期病棟・ 看護師	進め方：臨床倫理の４つの視点を取り入れたDC用紙を用いてそれを埋める形で話し合いを進める その他記載なし
内藤他（小田原市立病院）	2008	病棟・ 看護師	時間の確保：６０分設定 司会：アドバイザー（緩和ケア認定看護師） 資料の作成：書式を設定、事前にデータシートを作成・掲示し、話し合ってもらいたい内容を提示する 雰囲気：茶話会形式で意見を出しやすい雰囲気になるようにする
土江他（島根県済生会江津総合病院）	2009	慢性期内科病棟・ 看護師	時間の確保：４０分設定　１回に２事例 司会：事例提供者が記録と併せて実施 資料の作成：受け持ち看護師が事前準備として情報をまとめ、それを元に話し合いを進める 現状の課題：目的を絞った進め方ができていない・目的を共通理解し、一定の方向性を持って話し合えていない参加者の中にスーパーバイザーが必要 話し合い中に記入する用紙が抽象的で書きづらい
杉山他（北海道消化器科病院）	2009	病棟・ 看護師	時間の確保：不明 司会：研究メンバー 資料の作成：事前にプライマリーナースが記載したデスカンファレンスシートに沿って進行 雰囲気：茶話会形式 現状の課題：悩みに対するアドバイスが必要 参加者が目的意識をもって臨めていない 事前にプライマリーナースと話し合いたい内容を明確にできていない
篠倉他（大阪府済生会吹田病院）	2010	急性期病棟・ 看護師	時間の確保：３０分 司会：研究者 資料の作成：事前に事例対象者の担当看護師がデスカンファレンス記録用紙に記入し、チームメンバーも患者情報を集めておく 話題提供者（発表者）：担当看護師 話し合いの内容：検討内容に沿い、チームメンバーがどのような関わりを計画し実施していったか意見を出し合う ケアの妥当性や適切性について振り返り検討する
井村他（聖隷三方原病院）	2011	地域・ 多職種	時間の確保：９０分 司会：不明 資料の作成：不明 話し合いの内容：事例で生じた課題と解決策についての議論、および関わったメンバーそれぞれの気持ちの共有を行う
大友他（湘南国際村クリニック）	2014	地域（在宅療養支援診療所）・ 医師、看護師、訪問看護師	時間の確保：１症例あたり２０分～３０分 司会：不明 進め方：医師が５分程度で診療のまとめ、訪問看護師が５分程度で看護のまとめを発表し、その後参加者全員でフリーディスカッションする形式

吉木他（2006）と大友他（2014）の実践は、話し合いの内容や方向性を事前に決めることはせず比較的自由な話し合いを行っているが、その他のデスカンファレンスは、事前にデスカンファレンスシートを用意し、あらかじめ話し合いの枠組みが決まっている。それらは、目的志向及び課題解決の志向が強く、結果的に参加者の合意形成を図る場としての機能が強まると言える。そのメリットとしては、話し合いの論点を明確化することが可能

となる。そして、参加者にとっては、この話し合いで何を得ることができたのかを言語化しやすくなる。そうすると「勉強になった。」「ためになった。」という満足感を得やすいと考えられる。しかし一方、デメリットとしてあげられるのは、あらかじめデスカンファレンスシートのような事前資料の枠組みで考えを整理し、それに沿って話し合いを進めることで、参加者は論理的思考に偏りがちとなり、感情面や心理面の表出が不十分になる可能性がある。このことは、先行研究の現状の課題であげられていた参加者の感情表出が不十分であるという点につながるだろう。また、あらかじめ話し合いの枠組みを決めてしまうことで多様な声が阻害されてしまう可能性がある。または、多様な声が表出されたとしても、最終的にその論点を絞っていくことで、一つの価値に集約してしまう危険性がある。これは結果的に、誰がその一つの価値を決めるかという問題となり、それを解決するためにはアドバイザーのような立場の人を必要とすることとなる。そして、ここにはパワーバランスの問題が生じてくるだろう。

先行研究を整理した中で、デスカンファレンスの意義は患者や家族の理解が深まったり、自分たちの実践を振り返ることができるということが明らかとなった。これは、自分たちの実践に対して反省的になるという意味で「省察性」がデスカンファレンスには備わっていると言えるかもしれない。しかし、上記のように目的志向や課題解決の志向が強まってしまい、一つの論点に集約されてしまう会議となってしまう場合、筆者の考える、常に新しい可能性を探る開かれたプロセスという意味の「省察性」とは異なるものである。

さらに、デスカンファレンスの元々の性質として、デスカンファレンスの対象事例は、既に亡くなっている患者を対象としているため、これらの会議で話し合った内容について対象患者本人に公開したり、意見をもらったりすることはできない。つまり、専門職側に閉じた会議である。そのため、多様な語りが制限されたり、一つの価値に集約されたりしてしまうと、専門職内に染み付いたドミナントストーリーが変化する余地が生まれなくなってしまうだろう。

そこで、一つのオルタナティヴな方法として RP の応用を考えた。RP を応用することで、グループ内で話された内容についてまた別のグループが話すプロセスが生まれ、話し合い自体が外在化されることによって、また別の視点が生まれ、従来の方法よりも開かれた会議となる可能性を秘めていると考えられる。そして、デスカンファレンスの中で筆者の考える「省察性」が生まれることが推測される。そのため本研究では、RP をデスカンファレンスにおいて実践することとした。

加えて、現在支援している患者を対象としたケースカンファレンスでの実践も理論的には可能と考えられるが、デスカンファレンスは対象患者が亡くなっているため予め対象患者を選定しやすいという先方の都合もあり、デスカンファレンスを実施することになった。

第２章　研究の目的と方法

第１節　研究の目的と視点

本研究で取り上げるA病院のデスカンファレンスの方法は、多くの先行研究と同じ方法であるため、従来のデスカンファレンスと位置づける。そこで本研究では、RP を「省察性」が生まれるプロセスであると仮定し、A病院のデスカンファレンスの方法（従来のデスカンファレンスの方法）を変え、RPの実践を試みる。その上で以下の目的を設定する。

今回の実践を形成する一つの解釈の枠組みを、参加者の「省察性」が生まれるプロセスという視点で提示する。その上で、本実践の他の現場への転用可能性[18]について考察する。

木原（2002）は、以下のように主張している。「生身の人間自身、そしてその社会生活上の複雑なコンテキストにある人間の生活上の諸困難という、実に曖昧で、多義的な状況を扱う福祉実践において、構造と機能の分析を没価値的に行うだけでは、論理的な操作定義や実証作業は可能であっても、不断に構成され流動的であり続けるクライアントの現実やコンテキストを把握しているとは言い難い」（木原,2002:33）

つまり、介入の効果測定のような実証主義的な研究では、周辺にある例外や個別にある真実が見落とされがちであり、福祉があつかう領域はむしろその周辺であるという主張である。筆者は実践現場にいた経験を踏まえ、実践と研究が乖離した研究ではなく実践現場の現実や日常世界に限りなく接近した研究が必要であると考えた。そこで、本研究では実証主義的な研究では見落とされがちなコンテクストを重要視し、実践を形成する解釈の枠組みを提示することを目的とした。

また矢原（2015）によると、アンデルセンは、リフレクティング・チーム形式がカテゴリー化され、指示的・抑圧的なものになることで誤用される可能性を看取していたため、それを避けるため東奔西走することを辞さなかったという（矢原,2015:81）。強調されるのは、その現場のコンテクストを無視して、形式化した技法として使用されることへの危惧である。その現場にとって合うものとしてRPを導入するならば、観察条件を均一に揃え実験的に効果を測定し、方法論として普遍化するのではなく、現場の文脈に即した形で導入し、一つの実践を形成する解釈の枠組みを提示することで、ローカルな知として他の現場への転用が可能になるのではないかと考えた。このような考えは、前述した「現実は、人々のコミュニケーションのなかで、不断に構成され、つくられていくという社会構成主

[18] リースマン（＝2014）は「量的研究では一般化をめざす。質的研究ではこれに代わって、転用可能性を目指す」（Riessman,＝2014:25）と述べている。

義」（木原,2002）の視座に基づいている。

そして、３つの視点から参加者の「省察性」が生まれるプロセスを明らかにする。一つ目は、本実践を RP の理論と結びつけて記述する。具体的には、RP の構造を用いたことによって、本実践ではどのような相互作用が起こり、個々の省察にどのように影響したかを分析する。二つ目は、個人の語りの変化に着目する。一事例のデスカンファレンスにおける一人の参加者の語りを詳細に取り上げ、個人の「省察性」はどのように生まれたかそのプロセスを分析する。上記２つの視点に加え、本研究はアクションリサーチであるため、さらにマクロな視点から本実践を研究者と参加者が協働で作り上げていったプロセスを記述し、考察する。

用語の規定

本研究で使用する「省察性」の定義を「自己との対話と他者との対話の往復を通して、自分自身の実践を再構成し、再考する姿勢」とする。

アンダーソンとグーリシャン（1988=2013）は、哲学者ガダマーのいう「語るべく残された無限（the infinity of the unsaid)」を引用[19]し、以下のように述べている。

「どのような説明も言葉も、コミュニケーションされる限りにおいて、完璧であること、百パーセント明確であること、意味は一つだけ、なんてことはないということだ。すべての表現が、まだ表現されていない部分をもち、新たな解釈の可能性をもち、明確にされ言葉にされることを待っている。【中略】だから対話においては、テーマもその内容も、意味をたえず変えながら進化していく。知の領域は『未だ語られないもの』を探す行為をとおして広がっていくのだ」（Harlene Anderson & Harold A. Goolishian=2013:60）

これらを理論的背景として用いるならば、対話を通して多くの新しい語りを生み出していくことが知の探求につながり、自分たちの実践を多角的に再認識することにつながると考えられる。そして、それはガーゲン（1999＝2004）の言う「自分がもっている前提を疑問視し、『明らかだ』とされているものを疑い、現実を見る別の枠組みを受け入れ、さまざまな立場を考慮してものごとに取り組む」ことにもつながるだろう。

19 引用文献　Gadamaer,H. Truth and method. New York:Seabury Press,1975

第２節　研究の方法

２−１　研究デザイン

本研究はアクションリサーチと位置付ける。

筒井（2010）はアクションリサーチの定義について Pope&Mays（2006,2008:63）を引用し、以下の３つを挙げている。ⅰ研究者が現場に入り、その現場の人たちも研究に参加する「参加型」の研究である。ⅱ現場の人たちとともに研究作業を進めていく「民主的な活動」である。ⅲ学問（社会科学）的な成果だけでなく「社会そのものに影響を与えて変化をもたらす」ことを目指す研究活動である（筒井,2010:5)。

上記３つをアクションリサーチの定義とすると、本研究は、研究者が現場に入り現場の人と共に、現場の文脈に即した形で RP を実践するものであり、アクションリサーチの定義と一致するため、本研究はアクションリサーチと位置付ける。

さらに、江本（2010）は Hart　&　Bound によるアクションリサーチの分類を紹介している。(江本,2010:44-46）Hart　&　Bound（Hart&Bound,1995）は社会状況を一つの枠組みとして、社会状況と一致しているのか、あるいは対立・葛藤しているのか、左右対極に据え、社会状況と一致している側から対立・葛藤している側に向かって、４つのアクションリサーチのアプローチを示すことで、以下の４種に分類した。それは、ⅰ実験的（experimental）アクションリサーチ、ⅱ組織的（organizational）アクションリサーチ、ⅲ専門職的（professionalizing）アクションリサーチ、ⅳエンパワリング（empowering）アクションリサーチの４つである。そして、更に上記に以下の３種類の領域に組み込んだ。それは a：教育的な視点に立っているもの（educative)、b：問題に焦点を当てているもの（problem focus)、c：改善とかかわり方によるもの（improvement and involvement）の３つである。

上記の分類を利用すると、本研究はⅲの専門職的アクションリサーチであり、中でも a の教育的視点に立っているものと言える。教育的視点に立っているものの特徴としては、内省的な実践（専門職の力を高め、個人の仕事を制御する能力も高める)、専門職集団が力を出していけるようにする（患者・クライエントの代理人として擁護する)、実践家中心、という３つが挙げられ、本研究の特徴と一致するため、この枠組みに本研究を位置付ける。

２−２　調査対象

調査対象は、某市Ａ病院の在宅支援チームで行われているデスカンファレンスである。調査対象の詳細は第３第１節で紹介している。

２−３　データ収集方法

本調査では、３つのデータを収集し、それらを分析する。

一つ目は、３回分のデスカンファレンス実施状況の IC レコーダーによる音声記録である。これらを逐語録として文字に打ち出し、データとして利用する。また、３回目のデスカンファレンスのみビデオ撮影を行った。それは、３回目に実施したデスカンファレンスは、デスカンファレンスで取り上げた事例の詳細な内容を使用して良いという事例家族の同意をとったため、分析では一人の参加者に焦点を当て、デスカンファレンスの内容を詳しく取り上げる。そのため、より詳しく個人の変化を捉えるため、ビデオ撮影し、参加者の動きや表情を確認できる映像記録を取得した。

二つ目は、参加者へのグループインタビューの音声記録である。全てのデスカンファレンス後に実施し、やってみてどうだったかについて参加者同士で話し合い、それを IC レコーダーで音声記録として取得し、逐語録化してデータとして利用する。

三つ目は、参加者への質問紙調査（自由記述式）である。今回のデスカンファレンス実施前後に、参加者に対し自由記載の質問紙調査を実施し、日常のケアや看取り実践、従来のデスカンファレンスについてどう考えているかについて答えてもらい、実施前後でそれぞれの意味付けがどう変わったかについて、語られ方に着目しデータとして利用する。

調査日程は以下の通りである。

2015 年 4 月～9 月までの月１回実施（60 分/回）

4 月：参加者向けのリフレクティング・プロセス説明会

5 月：ロールプレイ・ルール作り・対象事例の選出　（質問紙調査１回目）

6 月：デスカンファレンス実施１回目（１事例目）

7 月：デスカンファレンス実施２回目（２事例目）

8 月：デスカンファレンス実施３回目（３事例目）

9 月：参加者で全体を通しての振り返り（質問紙調査２回目）

2－4　分析方法

本研究では、ナラティヴ分析を用いる。ナラティヴ分析とは、「意図と言語を突き詰める。つまり、単に言葉が表している内容ではなく、ある出来事がなぜ、どのように語られるのかを問うのである」（Riessman＝2014:21）得られたデータである参加者の語り（非言語的要素も含む）の意図と言語を分析する。

2－5　倫理的考慮

調査対象となる病院は研究者が以前勤めていた病院であり、知人を通じて紹介して頂き、研究の趣旨に賛同を得たため、研究協力の同意を得た。調査を行うにあたっては、調査対象者である病院職員に対して、研究の趣旨と内容について文書と口頭にて説明し、協力は任意かついつでも辞退可能であること、協力の有無に関わらず不利益は生じないこと、希望に応じて記録したデータの開示を行うこと、得られたデータの個人が特定できる情報は一切使用しないこと、研究以外の目的にデータを利用しないこと、謝金は支払われないことを説明し、同意を得た。また、調査対象者が所属する病院の院長、及び管理会議でも本調査の承認を得た。

なお、本調査の観察対象はあくまでもデスカンファレンスの話し合いにおける参加者のやりとりであるが、事例の内容までも観察対象としたものは、事例提供者の家族に対しても同意を取得した。事例提供者の家族に対しては、研究の趣旨と内容について文書と口頭にて説明し、協力は任意かついつでも辞退可能であること、協力の有無に関わらず不利益は生じないこと、個人が特定できる情報は一切使用しないこと、研究以外の目的にデータを利用しないこと、謝金は支払われないことを説明し、同意を得た。

◎ データの保管

録画、録音等の電子データは暗証番号付きの USB にて保管し、研究者以外閲覧・試聴せず、研究期間終了後、電子データは研究者が責任を持って完全消去する。調査実施後、参加者の中で協力辞退者が出た場合、その辞退者の発言は逐語録の対象及び研究の対象から外す。しかし、電子データ自体は全ての研究が終了後、完全消去することを予め伝え、同意を得た。

首都大学東京倫理審査委員会承認番号：H２７－２８

第３節　本稿の構成

序章では現場経験を踏まえた問題意識とそれに関する理論的背景について述べ、第１章では RP とデスカンファレンスについて先行研究の整理を行った。それらを踏まえ、第２章では本研究の目的と方法について記述した。続いて第３章では、本実践の結果の分析を行う。第３章の第１節では本実践の概要についてまとめ、第２節では本実践の結果を RP の理論と結びつけて分析・考察し、第３節では一つの事例を通した MSW（A）氏の省察のプロセスを分析・考察する。第４節では、さらにマクロな視点から本実践を作り上げていった過程について記述し、考察する。第５節では、第２−４節で示した本実践の結果を参加者の声を通して省察する。具体的には、実践後の全体の振り返りの会で出された参加者の声と参加者に対して実践前後で行った質問紙調査の結果を元に、本実践に対する参加者の意味づけを確認することで、本実践における RP の限界や次の実践へつなげる示唆を得る。

最後に終章では、上記の結果を踏まえて改めて「省察性」について考え、本研究の限界と意味を問い直す。

第３章　実践の結果と分析

第１節　実践の概要

１−１　調査対象の概要

本研究で扱うデスカンファレンスはＺ市Ａ病院の在宅支援チームで行われているものである。A 病院は、全 105 床（一般病棟２６床/地域包括ケア病棟２４床/療養型病棟５５床 ）で、併設サービスとして、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問介護事業所を運営しており、地域密着型の複合型医療施設として位置づけられている。ここ数年は、在宅療養支援病院としての施設基準を満たし、訪問診療（往診）に力を入れている。訪問診療管理患者数は約９０名で毎月２名程度在宅看取りを行っている。訪問診療範囲はＺ市全域と一部隣接のＩ市を含んでいて、緊急時は２４時間３６５日対応可能である。また、訪問診療を行っている患者の８〜９割はＡ病院併設の訪問看護ステーション（介護保険サービスに位置づけられている訪問看護）を利用している。A 病院の訪問診療は、住み慣れた自宅での療養継続を支援しつつも、病状悪化や介護負担の増加等が見られた際は、所有する入院ベッドを上手く活用できることを強みとしている。そのようなＡ病院の訪問診療を支えるのが在宅支援チームであり、主要メンバーは訪問診療医（以下往診医)、訪問診療サポート看護師（以下往診看護師)、医療ソーシャルワーカー（以下 MSW)、訪問看護ステーション看護師兼管理者（以下訪問看護師)、で構成されている。元々Ａ病院は多職種協働チーム医療の教育に力をいれており、多機関や多職種を超えた職員同士のコミュニケーションが意識的に行われている。

在宅支援チームで行っているケース会議の頻度は月１〜２回程度で、会議が必要なケースの有無に応じて変動あり、その中で亡くなった方を扱うケース会議の場合、デスカンファレンスを行うこととなる。そのため、定期的にデスカンファレンスを行っているわけではない。

１−２　筆者と調査対象との関係性

A 病院は筆者が以前 MSW として勤務していた病院であり、在宅支援チームのメンバーの内１名を除き、他のメンバーは以前同僚だった方々である。そのため、１名を除き予め信頼関係が構築されている参加者に対し研究協力を依頼しており、率直な意見を得やすい関係性が築かれている。また、筆者はＡ病院の概要や地域的背景、在宅支援チームへ求め

られている役割などをある程度熟知している。

１−３　実践の進め方

本研究の実践にあたり、研究プロジェクトチームの主要参加者として５名に協力して頂いた。中でも MSW の一人に協力者代表として連絡調整や相談役としての役割を担って頂いた。

初めに、協力代表者である MSW に「多職種で行っているケースカンファレンスに RP を取り入れる研究に協力してもらえないか？」と話し、RP の説明をしたところ、「新しいことをやってみるのは現場にとっても刺激的で有意義なもの」という返答があり、賛同を得ることができた。加えて、MSW 自身も「ケースカンファレンスで発言者の偏りがあり、有意義な会議となっているのだろうか」という問題意識を持っていた。ケースカンファレンスの中でもデスカンファレンスを行うことになった理由は、デスカンファレンスは対象患者が亡くなっているため予め対象患者を選定しやすいという先方の都合もあり、デスカンファレンスを実施することになった。

MSW から研究協力してもらえそうなメンバーとして、在宅支援チーム４名の名前が挙げられ、協力依頼は MSW が行った。MSW との話し合いの結果、参加者の意向を取り入れながら実践を行えるようにするため、時間をかけて半年間全６回（月１回/各６０分）行い、各回を以下のように位置づけることになった。

第１回：参加者向けのリフレクション・プロセス説明会及び意見交換会

第２回：実践方法についての話し合い

第３回：デスカンファレンス実施１回目（１事例目）

第４回：デスカンファレンス実施２回目（２事例目）

第５回：デスカンファレンス実施３回目（３事例目）

第６回：参加者全員で全体を通しての振り返り

尚、主要参加者である往診医、往診看護師、MSW２名、訪問看護師（管理者）の５名は全ての回に参加し、他の参加者として訪問看護師が希望に応じて単発で参加した。

第２節　結果の分析①　リフレクティング・プロセスの理論と本実践

ここでは、本実践の結果を RP の理論と結びつけて記述する。具体的には、先行研究を整理した結果得られた RP の３つの特徴が、本実践ではどのように活かされたかそのプロセスについて、３回分の実践の記録（逐語録）と最後に行った実践全体の振り返りの記録（逐語録）をもとに明らかにする。そして、それは、個々の省察にどのような影響を与えたかについて考察する。

RP の３つの特徴とは以下のことである。

１：「面接」と「観察」の構造から生まれる「話し合いについての話し合い」

この特徴からは、「肯定的な方向へのリフレーミング」と「メタポジション」の２つの効果が期待できる。

２：「面接」と「観察」の構造から生まれる「コミュニケーションの人為的切断」

この特徴からは、「内的会話と外的会話の往復」と「ストーリーラインの変化」の２つの効果が期待できる。

３：「オープンな会話を続けることを重視」

この特徴からは、「固定されがちな役割や関係性の変化」が期待できる。

以下から特徴ごとに分析していく。

２−１　各特徴の分析と考察

（１）「話し合いについての話し合い」

①肯定的な方向へリフレーミング

セカンド・オーダーでは、ファースト・オーダーで観察役をやっていた人がファースト・オーダーで話されたことについて話し合う。この話し合いの外在化は肯定的リフレーミングの促進に繋がる。田代（2008b）は、RP を精神障害者家族グループのグループワークに取り入れた中で、RP の次のような特徴を説明した。それは、話し手は聴き手を目の前にしているので、その聴き手の存在と聴き手への敬意でもって、話し手が肯定的にリフレーミングして発話する（田代,2008b:123）という特徴である。そして、「自分も聴衆も幾分楽になるもの」として変換されて語られることが多い理由として２つ挙げている。一つ目は、参加者それぞれが同じ境遇に置かれていることから、聴き手＝他者への配慮が促進されやすいこと。これについては、今回のデスカンファレンスでも同じことが言える。なぜ

なら、デスカンファレンス参加者は皆が対象者に関わり支援してきた経過があるため、同じ境遇に置かれていると言えるからである。二つ目は、肯定的に他者の話したことを捉え返したほうが、他者の話について話している対話者にとって、「楽」に話せるからだとしている（田代,2008b:123）。

実践２回目（事例２：Ｙさん）

ファースト・オーダーⅠ

訪問看護師：「全体を把握できているキーパーソンの人がいなかった」
MSW（A）：「適切な医療行為ができていたか疑問が残っている」
往診医：「あんまり何かをした気がしない・・・」
訪問看護師：「看取りの場面では、家族みんなが納得する形で、そこまで苦しいとか痛いとかなく亡くなった。」

セカンド・オーダーⅠ

F：「【中略】ファースト・オーダー①の話を聴いてなんか思ったこととかありますか？」
MSW（B）：「聴いてて思ったのは、【中略】家族ともそれこそ、これだけ兄弟がいながらみなさんが集まってちゃんと話ができて、それをきいて、なかなかそういうふうに全員が集まって、意思統一ができて、みおくりができるってないなあ、ないんじゃないかなって思ったんですけど。」

注：F＝ファシリテーター

【分析】

MSW（B）氏は、セカンド・オーダーⅠでファシリテーターからのファースト・オーダーⅠを聴いてどうだったかという質問に対し、上記のようにファースト・オーダーⅠでは様々な論点の発話が見られる中、訪問看護師が語った比較的ポジティヴな発話を取り上げ、家族が多いながらも意思統一を図り、看取りができた事例は多くないと肯定的な解釈を加え語っている。

今までの一貫して全員が一斉に話し合うやり方では、話し合いの途中で今まで話し合っていた内容について客観的な視点で話し合う機会はない。しかし、RP のもつ「話し合いについての話し合い」という特徴では、そのような機会が設けられるため、話し合いの中で出た語りについての意味づけが起こりやすくなる。加えて、観察チームの話し合いは、面接チームに観察されているため、否定的な意味づけよりも肯定的な意味づけの方が起こりやすくなる。

実践３回目（事例３：K さん）

ファースト・オーダーⅠ

MSW（A）:「（私としては）とにかく１日１日を家で大事にしてほしいっていうのが、前提にあっての在宅だったので、まあそういったことが自分としては（他職種や他機関に）上手く伝えられてなかったかなあとか。家に帰って、帰ってもらうことがみんなに統一できていたのかなあとかって思うことがあって。」

「娘さんが。『でも、こうなったらどうするんですか？』みたいなことをご主人に言うから、ご主人も余計にこう不安じゃなかったことに対しても不安になっちゃうみたいな。同調してっちゃうみたいな傾向はあって。ただ、まあ訪問診療がきちんとつながったり、訪問看護が行くことであったり、その、あのー窓口を退院したから切れないんだよっていうことをちゃんと伝えていけてた、伝えたっていうだけじゃなくって、継続できてた【中略】」

セカンド・オーダーⅠ

往診看護師：「いま MSW（A）さんとか、訪問看護師（A）さんの話を聞いていて、思い出してきたんですけど、けっこうかなり、連携が取れていたんじゃないかっていうのは感じて。あのーさっき MSW（A）さんからも話があったんですけど、けっこういろいろ不安な材料もあったんですけど、ケアマネさんとかもけっこういっぱいいっぱい、あのー、サービスを利用させて、考えてくれて、【中略】みんなで、あのー、Kさん帰るために、考えをふりしぼって、不安がないように、そのオムツ交換のこととかも、けっこうご家族が心配されてたことだったんですけども、そこもちゃんと、あのちゃんと対応ができて。【中略】」「みんなが頑張っていろいろ調整したから、できたことなのかな」

【分析】

往診看護師は、ファーストオーダーⅠで語られていた内容を「連携が取れていたのではないか」と肯定的に語り直し、「みんなが頑張って調整したから、できたことなのかな」と新しいストーリーを加えることで、さらに肯定的な方向へ強化している。

(1)-①考察：個々の省察に与える影響

デスカンファレンスでは、既に亡くなった事例を扱う振り返りの場であるため、もっとこうしたほうが良かったといったような支援者側が自分たちの実践を否定的に捉えがちになる。先に示した先行研究でも「責められるような気持ちになる」といった課題が挙げられていた。しかし、RP の場合、たとえ否定的な発話が見られたとしても、他のチームによる肯定的なリフレーミングが起こることによって、自分たちの実践を肯定的に捉える余地が生まれる。すると、チーム内で支え合いの雰囲気が起こり、安心して話せる場として新しい語りが起こりやすくなると言えるだろう。

②「メタ・ポジション」

野口（2002）は、観察する側に回ることによって、一時的にせよ「当事者」から降りることによって、自分がかかえていた「問題」が唯一の「問題」なのではなく、関係者それぞれが「問題」をかかえていることを知ることができると述べている。そして、自分の「問題」を自分以外の視点から眺めることができるという意味で「メタ・ポジション」に立てるということである（野口 2002:122）。

実践２回目（事例２：**Y さん**）

ファースト・オーダーⅠ

往診医：「痛み止めの調整をする・・・しようとしても上手くできない感じで、飲んでるのか、飲んでないのか、それすらもわからない感じで・・で、うーん。（略）（その時）いた先生（別の先生）で行ってくれて、（モルヒネを）勧めてくれたみたいなんですけど、家族に反対されたというか、まあモルヒネ怖かったんですかね。結局、使わないで終わったんですけどね。」

「あまり何かをした気がしない・・・」

セカンド・オーダーⅠ

往診看護師：「在宅では麻薬の管理など薬の管理は難しい。」

「でもやっぱり病状から言って、麻薬を始めてても良かったのかな。」

「なんかその時（麻薬の説明のとき）も、D 先生（往診医）が行ったわけじゃなくて、違う先生が行った感じだったんで、信頼だったりとか、あと家族もいつも違う家族がいたりとか、なんかちょっと・・・・難しい。うん。」

「なんかいつもわかってる家族がいなくて、説明したりとか。ちょっと状況を整えて、いつもいる家族にいてもらってくださいっとか、いままで診た医者が行ったりとか、そういうのも大切だったのかなって思いますね。」

ファースト・オーダーⅡ

往診医：「ちょっと、人がいっぱい関わっていたので、情報が、こう、共有しきれていない部分がすごく多かったなっていうのは改めて感じましたね。」

【分析】

ファースト・オーダーⅠで語られた、往診医が抱えていた「痛み止めの薬の調整ができなかった」という問題が、セカンド・オーダーⅠでは、往診看護師によって「状況を整える必要性があった」などまた別の視点で語られている。往診医が抱えていた問題は、往診看護師もまた抱えていた問題でもあった。それを観察中に聴くことにより、一時的にせよ往診医は一度問題から離れて、自分以外の視点から眺めることができた。そのため、「たくさんの人が関わっていて、情報が共有しきれていなかった」という新しい語りや気づきに繋がっている。

実践１回目（事例１：A さん）

ファースト・オーダーⅠ

往診看護師：「（A さんは）そのしゃべっていることもヨソイキのことなんですよね、ほんとに心の中どう思っているのかが。なんか頭が言い分　なんかわたしたちも、やっぱり A さんの気持ちが最後まで理解できなかった。」

「私なんかは、入院してからは結構時間があるときは、あのーベットサイドまで話したりとか、世間話とかしてたんですけど、でもやっぱり結局最後まで私にもたぶん本心を言ってくれてなかったような気がします・・・。難しかったなあ、関わりが難しかったなあって。」

セカンド・オーダーⅠ

MSW（A）：「誰も心開いていないっていう印象はそこまで受けてなかったんで、みんな、誰に心ひらいてたんだろうって言ってたんですけど、うーん、一番心開いていたのは、私は往診の看護師さんなのかなって。気づけばこう、A さんの家いってくれてたので、そういう意味では入院しても安心してたって。その、早く帰らしてくれってそんな大きくならなかったりとか、というのはそういうことなのかなって思っていて・・・【略】ほんとだったら、だましてって暴れてもいい感じかなあと思ったんですけどね・・・。だから、私は信頼できる、できる人が A さんなりにいっぱいあって、表現だとかがうまくできていなかったのかなっていう印象を受けましたね。」

「A さんサービスが変わるっていえば、何か、何か、環境の変化が不安だったのかなあ・・。朝くる人が変わるとか、デイに行く場所が変わる変わるとか、デイに迎える人が違うとか・・・・マスク（酸素マスク）が嫌だっていうのもそうかもしれないけど。」

全員で話し合い

往診看護師：「【略】あのーうん、さっきも言っちゃたんですけど、あのー、心を開いていなかったじゃないけど、A さんがホントに何を思っていたかが、なかなかわからなかったんですよ。だけど、MSW（A)さんが、こう B チームで話しているのを聴いて、信頼じゃないけど、いつもいる人がいて安心っていうかそういう思いがあったんじゃないかっていうのが聴けたので・・・・なんだろ・・・すいません、なんかうってきちゃったんですけど・・・・。(涙ぐむ)そうですね、うん。自分がやったことが、全然無意味じゃないけど、そういう風に思っていたところがあったのかなっていう、思って、MSW（A）さんが言ってくれて、でもそうでもなかったのかなっていうふうに少し思えたので、良かったかなって思います。あとやっぱり、環境が変わることに対する変化がすごい嫌だったっていうのも、うん・・・やっぱ、あんまりその時は気づけなかったっていうか、A さんの思いだけにこうどう思っているんだろうっていうふうに、あのー考えてしまって、そこら辺はなんかあんまり、気づけてなかったのかなって思ったんですけど、うん・・・。【略】ごめんなさい、すみません・・・(涙をこらえる)」

【分析】

今まで往診看護師の中で支配されていた「最期まで A さんの本心がわからなかった。A さんとの関わりが難しかった」というストーリーが、「話し合いについての話し合い」で SW（A）氏からまた別の視点で語られた。そして、その会話を黙って聴いていたことによ

って、「自分のやったことが無意味でもなかったのかな」「A さんの思いばかり考えてしまい、環境の変化が嫌だったことについて気づけていなかった」などの新たな語りや気づきに繋がっている。

(1)-②考察：個々の省察に与えた影響

実践の中で自分が抱えていた問題が自分以外の他者の視点から語り直されることによって、一度問題から離れて自分以外の視点から眺めることができる。すると、様々な立場や別の枠組みで現実を捉える視点が生まれ、未だ無自覚だった盲点への気づきが生まれやすくなり、新たな語りにつながっている。RP の「メタポジション」に立てるという特徴はまさに「省察」を生み出すと考えられる。

（２）「コミュニケーションの人為的切断」

①内的会話と外的会話の往復

リフレクティング・チームによる会話を聞いている時間は、クライアント側にとって、意識の次元において自由になんらかの機会を見いだすことができるような時間となる。それは、参加者における自由な内的会話と外的会話[20]の往復を通して、なんらかの変化の機会を涵養する可能性が大きく開かれたということである（矢原,2008a:61-64）。

総括：実践全体の振り返り

MSW（A）：「やっぱり、面接チームの話集中して聞いてたから、自分として、聞いててもやっぱり何かしら思うことはあって、自分はあーだったよなあとか、思うことがあったりすると、その、キーワードだけでもやっぱり言葉として飛び交いだすと、喋りたいこととか出てくるよね。」

(2)-①考察：個々の省察に与える影響

面接と観察というポジションに分け、強制的にだまって他者の話を聴く時間をつくることによって、観察中は面接チームの話を集中して聴くことができ、かつその間自己の中での内的会話がすすみ、また新たな気づきに繋がる機会が増えたことがわかる。そして、次に自分が話す時間（外的会話）となった時に新たな語りが生み出される。上記の詳細なプロセスについては、MSW（A）氏の「省察」の詳細を取り上げている分析②で述べる。

[20] アンデルセン（1991=2001）は、自分自身との対話を内的会話（inner talk）、他者との対話を外的会話（outer talk）と名付け、RP は内的会話と外的会話の往復であり、それはいろいろな面で実践可能であると述べている。

②ストーリーラインの変化

コミュニケーションの流れを人為的に切断することによる単一観察枠組みへの収斂回避が期待できる（矢原,2004:393)。つまり、ファースト・オーダーとセカンド・オーダーそれぞれのストーリーラインが生まれるため、話し合いの内容が様々な方向へ変化する機会が増える。

総括：実践全体の振り返り

MSW（B)：「【中略】課題になってるところとかの話をまた別のグループで話すと、やっぱりまたそこから派生することってあると思うので、違うグループで同じテーマを話すような感じがしたんですけど、グループごとに色が変わって、またＡグループがそれを聞いてって形で、深まり方は普通にみんなで同じテーマで話すよりも、より深まるのかなって気がしました。」

MSW（A)：「あと、課題が一つにならなくていいかなと思うかな。全体のカンファレンスでやると、一個の話になると、その声を上げた人の話でずっと２０分、３０分同じ課題で議論話されたりとかあるから、区切ることで、また別の課題に対して話を持っていけたりとか。」

(2)-②考察：個々の省察に与える影響

同じグループで話し合いを続けていると､一つの話題で行き詰まってしまうことがある。そこで、人為的にコミュニケーションを切断することは、前に話されていた話題や場の雰囲気を新しい方向へ進める可能性を大きく開かせる。すると、支配されていたストーリーからまた新しいストーリーが生み出される可能性が生まれ、自分たちの実践を多角的に再認識することにつながるだろう。

（３）固定されがちな役割や関係性の変化

RP は､「面接」と「観察」の話し合いをオープンにすることで、知識を多く持った人あるいは立場が上の人が指導・教育するトップダウンな構造ではなく、対話による変化を重視し参加者の対等性を重視する構造である。もともと参加者同士に固定化しがちな役割や関係性がある場合、話し合いの場において発言を控えることや、または発言しなければならないという圧力を感じてしまう可能性がある。RP は、その固定しがちな役割や関係性を幾分か変える可能性をもっている（田代,2008a:102)。

実践１回目（事例１：Ａさん）

全員で話し合い

往診医：「なんか、（Ａさんは）Ｚ病院から来たんですけど（転院してきた）、当然そういうね、病名の話とかされてると私は思っていたんですけどね、ところが、説明されてなかったらしいんですよ・・・。でも、私はそんなん全然気にしないで、いきなり本人に深い話、どうしてほしいですか？（延命処置するかどうか）っていう話をしてしまったんですよね・・・。本人はわかってくれて、うん、でも、苦しくはしないでくださいって話になったんですけど、娘さんがちょうど出てきて、あんまり普段は出てこないんですけど、なんか、すごい不服そうな感じで出てきて、でなんか、「なんでそんな話するんですか！」みたいな感じになっちゃって・・・（中略）私がそういうこと（本人に）そういうこと言っちゃったもんだから、さらに娘と本人の間に亀裂をいれてしまったのかもしれないなって、感じるんですよね。本人的には、もしかしたら、そういう話はしてほしくなかったのかもしれないけどね・・。」

注：個人情報保護の関係で内容が変わらない程度に一部変更

【分析】

上記は、医師の感情表出がみられた場面である。今回の実践場面である医療の現場では、医師が様々な権限を持つため、医師を頂点としたヒエラルキカルな構造となりがちである。医師もまた、上に立って指示的な発言をしなければならないという固定的な役割を感じ、自分自身の悩みなどの感情の表出が難しく抱えてしまうことがある。本実践に参加した医師は、実践後のアンケートで「モヤモヤして終わった人を多方面から見ることができて、心の整理がつきました」と記していた。話し合いを「面接」と「観察」に分け、「話し合いについての話し合い」を繰り返すことで、医師を頂点としたヒエラルキカルな構造が変化し、医師は一参加者として素直な感情表出ができたと考えられる。そして、感情表出が行われたことによって、自己の語りと自己の語りに対する他者の語りを聴くことができ、「心の整理がついた」という感想に繋がったと考えられる。

(３)考察：個々の省察に与える影響

固定しがちな役割や関係性が幾分か変わることによって、制限されていた語りや感情表出がされやすくなる。これは、医師に限らず他の職種同士の関係性や、または、同職種内の役職の差異でも言えることである。先行研究で示されていた実践では、参加者の権力構造が明確な場合が多かった。それは、クライエントとセラピストや専門職の初任者と経験者といった関係性である。しかし、今回の実践では医療機関における多職種が参加してい

るため、参加者同士の関係性が複雑である。そのような中、上記で示した医師の例のように普段の業務で与えられている役割（専門性）を幾分離れて、一参加者として会話に参加できる可能性があるということは、医療機関における多職種の話し合いの場にも RP の特徴が活きると考えられるだろう。

2－2　第 2 節小括

ここでは、RP の 3 つの特徴が本実践では、どのように活かされたかについて分析してきた。その上で、他者との相互作用がどのように生まれ、それは個々の省察にどのような形で影響してきたかについて考察してきた。RP の構造は、今まで語られていなかった新しい語りを生み出す場、または仕組みとして多職種デスカンファレンスに作用していると言えるだろう。これは、「省察性」（「自己との対話と他者との対話の往復を通して、自分自身の実践を再構成し、再考する姿勢」）が生まれるプロセスに作用し、自分の実践またチームの実践を多角的に再考することにつながると考えられる。

では、実際に 1 事例のデスカンファレンスを通して個人の「省察性」はどのようにして生まれたか、参加者 1 人の語りに着目して考察する。

第３節　結果の分析②　MSW（A）氏の省察プロセス

３−１　分析の対象と方法

ここでは、実践３回目に実施した事例３のデスカンファレンスを詳細に取り上げ、MSW（A）氏の語りに着目する。第２節で見てきたように、RP の構造は、今まで語られていなかった新しい語りを生み出す場または仕組みとして本実践の多職種デスカンファレンスに作用し､自分の実践またチームの実践を多角的に再認識することにつながると考えられた。

そこで、本節では MSW（A）氏の語りを「What」何を語ったかという内容の変化と、それは「How」どのように語られたかという語りの生まれたプロセスを２つの視点から分析し、１事例のデスカンファレンスを通して MSW（A）氏の「省察性」が生まれたプロセスを記述する。なお、MSW（A）氏を取り上げる理由は、他の参加者に着目することももちろん可能だが、本事例は MSW（A）氏が選出したこともあり、話題の中心となった人物だったため、他の参加者よりも発話の頻度が高く、より明確に個人の省察プロセスを明らかにできると考えたためである。

３−２　事例の概要

事例３の基本情報は以下の通りである。

> 《事例３の基本情報》
> K さん女性（７０代）生活保護世帯
> 末期の呼吸器疾患があり、入院（病院療養）と退院（在宅療養）を繰り返しながら、最期は病院で他界。
> 家族構成：夫（同居)、長女（別居）精神疾患あり、長男（別居）

MSW（A）氏と K さんとの関係は約１年半に及び、MSW（A）氏は、入院（療養病棟）からの退院支援、及び往診からの入院支援、その他生活支援・連絡調整全般を担当していた。

３−３　デスカンファレンスの手順

デスカンファレンス参加者は、ファシリテーター、A チーム＝MSW（A)、往診医、訪問看護師　/　B チーム＝MSW（B)、往診看護師で、６人全員全ての実践過程に参加している。

手順１：参加者が A チームと B チームに分かれる。ファースト・オーダーの方が話題の中心となるため、MSW（A）氏は A チームに属した。

手順２：《ファースト・オーダーⅠ》Aチームが話し合う。その間、Bチームは後ろで静かに観察する。（８分間）このシステムをファースト・オーダーと呼ぶ。

手順３：《セカンド・オーダーⅠ》Bチームが先ほどのAチームの話し合いを踏まえて話し合う。（８分間）その間 A チームは後ろで静かに観察する（８分間）このシステムをセカンド・オーダーと呼ぶ。

手順４：《ファースト・オーダーⅡ》Aチームが先ほどのBチームの話し合いを踏まえて話し合う。その間、Bチームは後ろで静かに観察する。（８分間）

手順５：最後に全員で話し合う。（８分間）

なお、ファシリテーターは全ての過程に参加している。

3-4　分析結果

（1）《ファースト・オーダーⅠ》

ファーストオーダーⅠ（8分）　面接：Aチーム　観察：Bチーム

1.（【略】初めにMSWよりこの事例を挙げた理由として、夫の満足度が高かった事例ではあるが、
2.実際に何が良かったのかという振り返りと、医療者の自己満足にならないように振り返りが必
3.要だと語られた。）
4.F：何か、話し合いたい内容ってあります？気になることとか？
5.MSW：私はーー。ちょうど私は中間地点なので、家と病棟と。同じ担当をしていたので。あのー。
6.なんで、【略】在宅サービス系と上手く方向性というか意図が共有できていたかなあとはちょこ
7.ちょこ思うことがあって。「また、戻るんだねえ」っていうようなことを時々、外来だったり訪
8.問看護であったりに声かけてもらうことがあったんですけど、その趣旨は本当にもう戻ること
9.前提で。（私としては）とにかく1日1日を家で大事にしてほしいっていうのが、前提にあって
10.の在宅だったので。まあそういったことが自分としては上手く伝えられてなかったかなあと
11.か。家に帰って、帰ってもらうことがみんなに統一できていたのかなあとかって思うことがあ
12.って。そういったところは、自分の中で消化しきれない部分かなと思いますね。（だんだん声
13.小さく）
14.（【略】訪問看護師の発言：家と病院で過ごすことで気持ちの切り替えができて、本人や夫に
15.とって良かった。）
16.（【略】往診医の発言：本人は最初不安が強かったが、本人にとって家で過ごすことができて
17.良かった。）
18.F：どういったところが、満足度につながったんですかね？
19.MSW：うーん、まあ、（退院しても）「いつか、（入院）受けますよー。」とかっていう感じの言
20.い方で、とにかく帰ってもらうっていっても、突き放された感とかを持つご家族も結構いて。
21.特に、精神疾患がある娘さんがいたりするんで、けっこう、お父さん（夫）は精神疾患はない
22.けど、こう、あおっちゃう感じがあるご家族、なんつーか。
23.F：あおる？娘さんがあおる？
24.MSW：娘さんが。「でも、こうなったらどうするんですか？」みたいなことをご主人に言うから、
25.ご主人も、余計にこう不安じゃなかったことに対しても不安になっちゃうみたいな。同調して
26.っちゃうみたいな傾向はあって。ただ、まあ訪問診療がきちんとつながったり、訪問看護が行
27.くことであったり、その、あのー窓口を退院したから切れないんだよっていうことをちゃんと
28.伝えていけてた、伝えたっていうだけじゃなくって、継続できてたってことと。再入院日をこ
29.の日ってもう提示しちゃっていて、計画を立てられていたっていうのはすごい、あと何日って
30.指折り数える感じ、まあ良い表現じゃなくってマイナスな考えかもしれないですけど、あのー
31.辛くなったら、あと何日だって思えるし、まあ終わりが見えてたっていうことはすごい、家族
32.にとっても家で頑張れる大きな要因だったし、かなって。訪問看護とか当院も一緒に考えてく
33.れているっていうのが伝えられる条件だったのかなって思って。
34.（【略】訪問看護師の発言：夫の不安や娘の不安は、院内・多機関で連携することで安心感へ
繋がった。）

――

＊注1：トランスクリプトの左側にある数字は、筆者が分析結果について示すために、便宜的につけたものである。

＊注2：Fはファシリテーター（筆者）　MSWはMSW(A)さんをさす。

＊注3：（【略】）の中は、発話の内容を筆者が要約した部分である。

＊注4：（）の中の言葉は、読者に内容が伝わりやすくするため、筆者が意味から推測して省略されている言葉を付け加えたものである。

①　「What」語りの内容

ファースト・オーダーⅠでは、まず、多機関・多職種連携について、「1日1日を家で大事にしてほしい」という自分の思いを、他機関や他職種に上手く伝えられていたかどうかという未消化な思いを語っている（6-12 行）。家族の特徴については、精神疾患のある

娘が夫の不安をあおってしまい、家族内で不安が同調していく傾向があったと語っている（21-26 行）。しかし、一方で、そのような特徴がある家族に対して、次の入院日をあらかじめ決めておくことや、訪問看護や訪問診療と連携を図ることによって、退院しても相談できる関係性を継続でき、家族の不安を軽減できたと語っている（26-33 行）。

② 「How」語りの生まれたプロセス

ここでの MSW（A）氏の発話は、ファシリテーターとのやりとりのみで、他の参加者とのやりとりは見られず独立した発話となっている。ファシリテーターの「何か、話し合いたい内容はありますか？」や「どういったところが満足度につながったと思いますか？」「娘さんがあおるとはどういうことですか？」など開かれた質問により、インナーボイス（内なる声）の表出が起こっている。

（２）《セカンド・オーダーⅠ》

セカンドオーダーⅠ（８分）　面接：Bチーム　観察：Aチーム

35.F：今の話聞いてどうでしたか？
36.MSW(B)：家に帰りましょうってなる前に、長い入院が続いていた時があったんですけど、【略】
37.でも療養病棟に移ってから、なんか帰る方向になって、実際にどんどんどんどん（家にいる）
38.その期間が長くなっていったっていうのは、やっぱり、ご本人にとっても、お父さん（夫）
39.にとっても、すごい時間は逆にかけたけど、自信にも繋がったし。【略】
40.F：どうですか？（往診看護師に向かって）
41.往診看護師：【略】いまMSW（A）さんとか、訪問看護師（A）さんの話を聞いていて、思い出
42.してきたんですけど、けっこうかなり、連携が取れていたんじゃないかっていうのは感じて。
43.あのーさっきMSW（A）さんからも話があったんですけど、けっこういろいろ不安な材料もあ
44.ったんですけど、ケアマネさんとかもけっこういっぱいいっぱい、あのーサービスを利用さ
45.せて、考えてくれて。【略】けっこう退院までにいろんな人が関わって、在宅に帰るために、
46.あのちゃんと情報もみんなで共有できたので、けっこうご家族も不安がありながらも、あの
47.ー、スムーズにいろいろことが進み、何も問題なく、不安なく、お家で過ごせたのかなって、
48.思い出して感じました。はい。
49.【略】
50.往診看護師：やっぱり全然表情も全然違くて、すごく穏やかな表情をされていたので、お家
51.にいらっしゃる時は。なのでやっぱり、あのー亡くなる前に、お家に帰られ、帰ることがで
52.きて、ほんとに良かったなっていうふうに私は、みなさんの話を聞いていて、そう思いまし
53.たね。やっぱりみんなが頑張っていろいろ調整したから、できたことなのかなっていうのが
54.すごく感じました。
55.F：【略】何か、ここちょっと気づけなかったとか、できたら良かったこととかありますか？
56.MSW(B)：もう少し早い段階からそういうの（短い期間の退院）を試したりとか、お父さん（夫）
57.にきっかけ作りを与える時間があった、あればー、もっと長く家に入れたんじゃないかって
58.いうのは、私の中にありますねー。【略】娘さんも「ここにいた方がずっといい」っていう考
59.えが多少なりともあったと思うんですね。そっからまた切り替えて、やっぱり本人が帰りた
60.がっているから、っていうのを戻すまでの期間があったかなって。やっぱり病院にいる安心
61.感は、絶対娘さんの中には強かったと思う。お父さん（夫）よりも娘さんの方がすごく気持
62.ちが強かった印象がある。ありますね。
63.（【略】往診看護師：本人最初不安が強かったが、最期の方は穏やかになった。）
64.F：家族関係は良かったんですか？元々？
65.MSW（B）：悪くはなかったと思うんですけどね。自分が関わった時には少なくとも頻回に、お
66.父さん（夫）と本人っていう関係はすごい良かったですし。娘さんは、たぶんその病気のせ
67.いなのかわからないですけど、お父さん（夫）よりは、やっぱりそんなに来なかった。でも、
68.心配しているっていうことを、あのー、電話をかけてきてくれて、「家に帰ってもお父さんが
69.大変な思いもしちゃうし、お父さんにお母さんがみれるとは思えない。」とか。《F：あーそう
70.いうのを。》そういう。うん。それはやっぱり、娘さん自身は、やっぱり全く二人のこと、大
71.事に思ってなかったわけじゃなくって、二人とも大事だから、電話かけてくれたと思うんで
72.すけど。実際会ってないんですよね。
73.往診看護師：よくわかんないんですよね。会ったことあるんですけど、そこまで深く、お母
74.さん（本人）との関係はちょっと見えなかった感じですかね。関わりがちょっと最期のだけ
75.だったので。
76.F：きっと、病気が、そういう病気（精神疾患）があると、不安とかも起きやすいのかなあと。
77.思うんですけど。
78.MSW（B）：実際見てないから。
79.F：あ、会ってはいないんですね。
80.MSW（B）：会ってはいないんで。
81.往診看護師：娘さん？
82.MSW（B）：娘さん。お父さん（夫）とはよく会うけど。
83.往診看護師：会ったことある。なんかすごい一生懸命な感じはしましたけど、ちょっとわか
84.んないですね。
85.（【略】その後、夫の愛されるキャラクターの話になり和やかなムードで終わる。）

――

＊注５：《》の発話は相槌

① 「What」語りの内容

セカンド・オーダーⅠでは、MSW（A）氏は観察役のため、会話には不参加である。

② 「How」語りの生まれたプロセス

ここでは、Bチームの話し合いの内容とそれを観察していたMSW（A）氏の様子を取り上げる。

往診看護師は、ファースト・オーダーⅠでのMSW（A）氏の発言を受け、いろいろな不安要素はあったが、多機関・多職種で情報共有が図れたことが家族の不安軽減にも繋がり良かったと繰り返し評価している（41-48行）。後半は家族の特徴の話となり、MSW（B）氏は、娘の安心感はK氏が入院していた方が強かったと語っている（60-62行）。その間、MSW（A）氏はうつむきながらも、大きくうなずきながらMSW（B）氏の話を聞いていた。また、MSW（B）氏は、娘がお父さん（K氏夫）のことを心配し、家での介護は難しいという趣旨の電話を受けていた事実を語り（68-69行）、それは、娘は両親どちらも大事に思っていたからだという娘に関する新たなストーリーを語っている（70-72行）。その間、MSW（A）氏はうつむいていた顔を上げ、興味深く熱心に聞いていた。一方で、往診看護師もMSW（B）氏も実際に娘にあったことはなく、これ以上の詳しいことはわからないと語っていた（73-74行）。最後は夫のキャラクターについての話題となり、笑いも飛び交いつつ和やかなムードで終了した。

（３）《ファースト・オーダーⅡ》

ファーストオーダーⅡ（８分）　面接：A チーム　観察：B チーム

86.（【略】セカンドオーダーの最後を引き継ぎ、和やかな様子で夫の話から始まる。娘につい
87.ては、MSW（A）氏以外はあまり関わりを持つことが少なかったためよくわからないと話が
88.続く。息子が本人宅へ泊まっていたこともあった。）
89.MSW：（首を傾げながら）うーん？退院前はすごい私は娘さんとの面談が多かったんですけ
90.どね。《F：あっそうなんですね。》《訪問看護師：へー》
91.MSW：むしろご主人の発信よりは、娘さんから。「次の退院の件はーどうしましょうかね。」
92.みたいな話があちらからあるぐらいの、「正月までにもう一回帰させたいです。」みたいな
93.ことを。
94.F：あっ娘さんが！
95.MSW：うんー。《F：へえーー》「それは、みんなで話し合った結果です。」って。きっと娘さ
96.んなりに、自分のお父さんからだと伝えられないかなとか、あの、なんでも勝手に「いい
97.です、いいです、」って言っちゃうんだろうなっていうようなことを、ちゃんと娘さんなり
98.にはわかっていて。《F：あーーーー》だから、こう、印象としては、この家族をひっぱっ
99.ていくのは私しかないって思ってはいたと思う。ただ、病気もあるし、あの一私に負荷か
100.けられても困るっていう風に線引いている部分も、一方であって。あと、オムツ交換がも
101.うあの家族は誰も、自分たちではできないとはっきり言っていて。臭いで気持ち悪くなっ
102.ちゃうって。練習をしてもできないし。オムツ交換をしないことを前提で帰るっていうの
103.が退院調整の一番の大変だったところだったので。
104.《訪問看護師：ふっふ笑》だからその、家族内でね、お互いがたぶん自分がキーパーソン
105.って思っているのが、みんながそれぞれにあったかもしれないけど、娘さん的には自分が
106.引っ張っていかなきゃっていうふうに思ってやっていた一家だったと思うので、たぶん入
107.院中のところでは。
108.往診医：オムツ交換はヘルパーさん頼んだんでしたっけ？
109.MSW：そうですね。バルーン（人工の尿道管）を入れたりとかして。別に尿閉があったわ
110.けではないけど。《F：あ、そうなんですか。》
111.MSW：【略】（オムツ交換を）家族がやるっていう設定で帰ったけど、一回目の退院支援で
112.は（尿で）ビショビショになっちゃっているから、それならまあ家は無理だねって一回で
113.判断するんじゃなくって。倫理的にどうかっていう話も出たんですけど、今の終末期の
114.K さん本人にとっては、それでもバルーンを入れてでも家で過ごせる時間を作ることの方
115.が、やっぱり大事なんじゃないかっていう結論に至って、話をして、バルーンを入れて。
116.摘便とかはもう定期、定時でもう訪問看護さんに出してもらっちゃう設定であれば、ほん
117.とに尿破棄だけで済むから。《F：うんうん。》で、２回３回帰れたっていう事例なので。
118.F：それは、けっこう大きな決断ですね。
119.MSW：うんうんー。
120.F：バルーンを入れたのは病院ですか？
121.MSW：病院で。
122.F：病院でー、誰が？
123.MSW：一回帰ってきてみたけど、やっぱり次はもうオムツ交換あるから無理だなって家族
124.も思っていたし、もうやりたくないって、だからもう帰せないわねってなっちゃったんで。
125.F：院長（入院の担当医）が？
126.MSW：うん。いや（首ふり）（家族から）私たちに言われて、じゃあ、もう一回カンファレ
127.ンスで相談しますねってなって、バルーンっていう方法はどうかっていう提案をして、い
128.んじゃないかってみたいな結論になって。だから、絶対だめ、だめですって
129.決めきっちゃうようなご家庭ではないので。《F：あー、やってみようと。》いろんなご提
130.案が一緒にはできる。ご家庭だったから。うちらも持ってきやすかった。
131.【略】
132.訪問看護師：介護（保険）は全部ヘルパーさんとか福祉用具とか。で、訪問看護は医療（保
133.険）で。しかも生活保護だったから。《F：あー。経済的に・・・》
134.MSW：うんそうだね。生保にボーダーだったりすると、たぶんこんなにはできなかった。
135.訪問看護師：うん、できなかったですよね。《F：あーーー》
136. MSW：生活保護だったっていうのは、逆に。
137.訪問看護師：うん。
138.MSW：（介護サービスの）プランを大きく入れられたっていう。入院費用だってね、もちろ
139.んかかりますもんね。
140.【略】

① 「What」語りの内容

セカンド・オーダーⅠの流れを受け、ファースト・オーダーⅡでは、夫の話から始まった。娘のことについてはMSW（A）氏以外の参加者はよくわからないという話が続いた。そのような中、MSW（A）氏は、娘との面談が多かったこと、娘から退院の希望が出ていた事実を語っている（89-93行）。そして、娘はできないことはできないとはっきりと言いながらも、自分が家族を引っ張っていくという意識を持っていたのではないかという新たなストーリーを語っている（98-100 行）。その後、自宅でのオムツ交換の話題となり、バルーンを入れて退院することについて、家族は始めから拒否するのではなく、いろんな提案ができる家族だったから実現し、退院して家で過ごせるようになったと語っている（127-130行）。最後は利用していた社会資源の話題となり、生活保護を受給していたことで「逆に」必要十分な介護サービスを活用できたと語っている（134-136 行）。「逆に」と語った理由として、MSW（A）氏は生活保護というと経済的に困窮している状態をイメージし、費用負担の面で制限されるため生活保護＝退院調整が難しいと捉えていたところがあったのだろう。そのため、「逆に」という逆説的な言い回しになったと考えられる。

② 「How」語りの生まれたプロセス

娘のことについてはよくわからないという他の参加者の会話の間、MSW（A）氏は目線を下に向けて聞いていた。そして、会話に少し間ができたところで、首を傾げながら娘との関わりが多かったことを語り始めた。他の参加者は、娘との関わりは少なくそこまで自分に大きな影響を与える存在ではなかったが、MSW（A）氏にとっては関わりも多く大きな影響を与える存在であった。このことについて、他の参加者の会話を聞くことで差が浮き彫りとなり、MSW（A）氏の「私は娘さんとの面談が多かったんですけどね」という発話に繋がったと考えられる。

また、娘についてファースト・オーダーⅠでは「不安をあおる」存在として語っていたのに対して、ファースト・オーダーⅡでは「自分が家族を引っ張っていくという意識を持っていた」というポジティヴな語りに変化している。それは、セカンド・オーダー①で語っていたMSW（B）氏の「娘は両親どちらも大事に思っていた」というストーリーからの影響を受けていると考えられる。実際に、上記の発話の際、MSW（A）氏はうつむいた顔をあげて熱心に聞いていた。

自宅でのオムツ交換の話題の際は、ファシリテーターによる「バルーンを入れたのは誰？」

という話題を掘り下げる質問により、どのような過程でバルーンを入れることになったかについて語った中で、「いろんな提案ができる家族だったから」という新しいストーリーに繋がったと考えられる。

そして、自宅で介護サービスを十分に使えたことについて、訪問看護師が「生活保護だったから」と語っている。それに対し MSW（A）氏は同意し、生活保護だったことで「逆に」必要十分なサービスを活用することができたという語りが生れた。

（４）《全員で話し合い》

全員で話し合い(8 分)

141.往診医：なんかねー、普通だったら、介護力とか、お金とか考えちゃうと、とても帰れる
142.ような家じゃなかったと思うんですけど、けっこういろいろ、ね、駆使して、少しお家に
143.いられたっていうのは良かったなって思いますけど。【略】
144.往診看護師：さっき MSW（A）さんがおっしゃってたけど、やっぱり、家族が「絶対ダメで
145.す」っていう家族だったら無理だったと思う。けっこうなんか、受け入れてくれるじゃな
146.いけど、こっちの提案に、「そうですね。」みたいな感じでね。たぶん、だからできたこと
147.ですよね。
148.MSW：うんうん。「そういう方法もあるんですねー。」とか、ね、介護保険だって「そういう
149.使い方できるんですねー。」って。【略】
150.F：受け入れがすごい良い。
151.MSW：それを全部・・・
152.往診看護師：おまかせにしてくれる
153.MSW：信頼してくれて、たぶん聞いてくれてるんだろうなって感じの人。
154.【略】
155.MSW：逆に介護力がなかったり、経済力がない条件のほうが帰しやすいってこともあるんだ
156.なあって。《F：あーーー》なんか、ね。かえって。逆に、全サービスを任せられちゃうと
157.か、微妙に介護力がある方が、サービス拒否があったりとか。
158.往診看護師：そう思います。
159.MSW：訪問ね、「私たちで（介護）やりますから」って言って疲れちゃって、ギブアップっ
160.てなっちゃうとかもあるかなって思ったんですけど。
161.F：あんまり、家に人が家に来るのも嫌がる・・・
162.MSW：ではない。
163.F：感じではなかったんですね。なんか、そういう方もいるじゃないですか。
164.往診看護師：あーね、そういうお家もありますよね。
165.F：ね、あんまり、出たり入ったり嫌みたいな。
166.MSW：そういうのは全然なくってね。
167.訪問看護師：そうですね。
168.MSW：来てくれることへの感謝がすごいあった人たちだったから。
169.【略】
170.F：うんうん。（少し沈黙）生活保護けっこう長いんですか？
171.MSW：うん。ずっと、もう働かなくなってだからだから 10 年以上かな。途中で、入院で生
172.活保護とかじゃなくて。
173.F：高齢になってから？
174.MSW：無年金で。うんうん。
175.F：もともと仕事？
176.MSW：ご本人は仕事してなくて、ご主人だけが仕事をしていて。ご主人が退職してから、お
177.金がなくって、で娘たちもみんな出ちゃってるし。だったんだよね・・・だから・・・う
178.ーん、人柄的にもなんだか・・・
179.F：けっこう愛される？
180.MSW：どうなんかな、そんなにベラベラしゃべる感じじゃなかったですよね？
181.往診看護師：お父さん（夫）？
182.MSW：ううん、本人は。お父さん（夫）は愛される人で。
183.【略】
184.往診看護師：でも、K さんもきっと話しかけられるの嫌じゃなかったっていうか。《MSW：
185.うんうん。》ていうか、なんかきっと・・
186.MSW：誰かいないとの不安は強かった。
187.往診看護師：うんうん。ていうか、寂しがり屋さんだったんじゃないかなあとは思う。
188.《F：あーーーー》お家帰るとお父さんはすぐいたし、だから寂しくなかったんじゃないか
189.なあっていう風にはおもう。
190.【略】

① 「What」語りの内容

往診看護師の発話を受け、MSW（A）氏は、家族の受け入れの良さに対してさらに肯定的に語っている（148-149 行）。そして、「信頼してくれていた」という新たなストーリーを語っている（153 行）。また、「逆に介護力がなかったり、経済力がない条件のほうが帰しやすいってこともあるんだなあって」と語り、もう一度「逆に」という言葉を使って、ファースト・オーダーⅡで語っていた「逆に生活保護だったから、介護サービスが利用できた」という内容を普遍化して語っている(155-156 行)。

② 「How」語りの生まれたプロセス

全員での話し合いでは、まずファースト・オーダーⅡの話し合いを受けて、往診看護師が MSW（A）氏の発言を取り上げている。往診看護師は、ファースト・オーダーⅡの観察中に MSW（A）氏の「家族が『絶対ダメです』と決めきってしまうタイプではなかったことで、うちらも持っていきやすかった」という語りに共感したようで、「さっき MSW（A）氏さんがおっしゃってたけど、やっぱり、家族が『絶対ダメです』っていう家族だったら無理だったと思う」と言い、MSW（A）氏の言葉を繰り返し語っている（144-146 行）。MSW（A）氏は、その往診看護師の発話を受け、家族の受け入れの良さに対してさらに肯定的に捉えることができたことで、「信頼してくれていた」という新たなストーリーに繋がったと考えられる（152-153 行）。「逆に介護力がなかったり、経済力がない条件のほうが帰しやすいってこともあるんだなあって」という語りは、前の会話からの文脈はなく、独立した発話である。そのため、MSW（A）氏にとってこのストーリーは、MSW（A）氏の中で強く印象に残った気づきであることが考えられる。

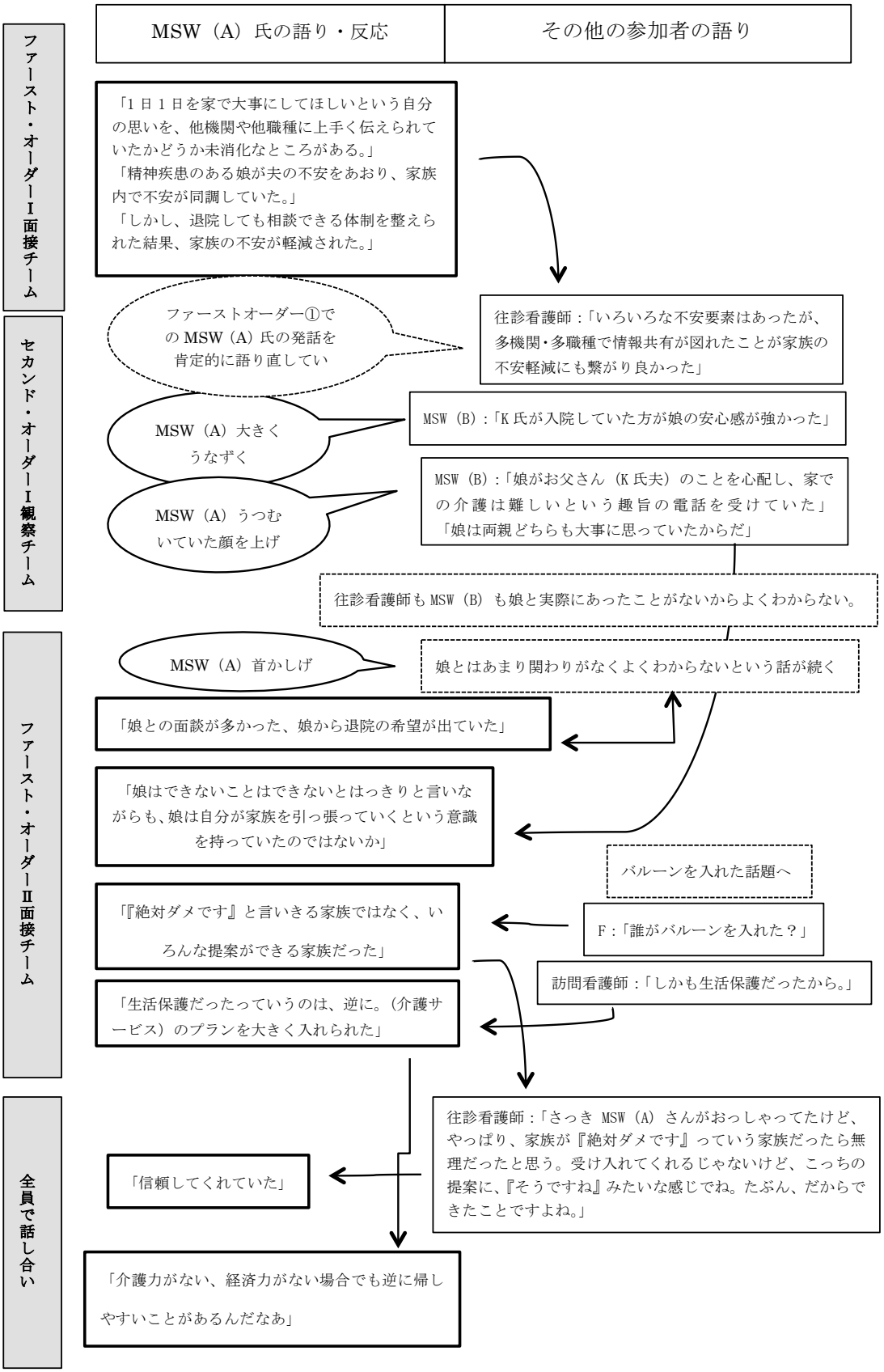
3-5 事例3における MSW(A)氏の語りの生成プロセスと「省察性」

図1は、全体を通して MSW（A）氏の語りはどのようなコンテクストで生まれたかについて図式化したものである。ファースト・オーダーⅠでは、事例に対して自分が主体となってできたことについて語っている。家族の特徴として、娘が夫の不安をあおってしまい家族の不安が同調していくというストーリーを語り、それに対して MSW（A）氏は明確なプランを提示することや多機関・多職種連携ができたことで、家族の不安軽減につながったと語っている。その後、ファースト・オーダーⅡでは、セカンド・オーダーⅠの観察や、ファースト・オーダーⅡでの他の参加者との対話を通して、新たな語りが生まれた。それ

は、娘からのアプローチが多くあったこと、娘は家族を引っ張っていくのは自分だと思っていたのではないかということ、支援者側の提案に対して受け入れが良く様々な提案ができる家族であったこと、社会資源を上手く活用できていたこと、である。自分が主体となってやっていたと思っていたことが、実は様々な要素に支えられ、退院支援や生活支援ができていた。この気づきに対し、MSW（A）氏の直接的な語りには繋がっていないが、内在的に気づきが生まれていると考えられる。

さらに、全体の話し合いでは、K氏や家族が「信頼してくれて、聞いてくれていた」と語り、先ほどの家族の受け入れの良さだけでなく「信頼してくれていたから」という要素が加わり、患者や家族との信頼関係の重要性への気づきがうかがえる。また、「介護力がない、経済力がない場合でも逆に帰しやすいことがあるんだなあ」という語りから、MSW（A）氏は、介護力や経済がない＝退院支援の困難というストーリーに支配されていたところがあったが、そうとは限らず様々な要素が関係して退院支援は成り立っているという新しいストーリーが入る余地が広がったと考えられる。「逆に」という言葉は、今まで自分がもっていた前提を覆し、物事を新しい枠組みで捉えることができたことを象徴する語りと捉えることができる。

図１　事例３における MSW(A)氏の語りの生成プロセス



3－6　第３節小括

ここでは実践３回目に実施した事例３のデスカンファレンスを詳細に取り上げ、MSW（A）氏の語りに着目し、何を「What」どのように「How」語ったか２つの視点で分析してきた。RP の持つ「面接」と「観察」の構造により、MSW（A）氏が語ったことが、観察チームでまた別の語り口で語られた。それを黙って観察していた MSW（A）氏に、また新たな気づきや語りが生まれた。

実際に、MSW（A）氏は最後の全体の振り返りで以下のように語っている。

実践全体の振り返りの会
MSW（A）：話は集中して聞けるかもしれない。
F：きいてるときに？
MSW（A）：口出ししたい。ちょっとまって違うよ。って思うことがあったりしても、そうすると話中断しちゃうけど。普通のカンファだと。それが、今聞き役に徹する役ってなったらなったで、まあ後で言えばいっかってなって、他（の話）はまた入ってくると。

MSW（A）：「やっぱり、面接チームの話集中して聞いてたから、自分として、聞いててもやっぱり何かしら思うことはあって、自分はあーだったよなあとか、思うことがあったりすると、その、キーワードだけでもやっぱり言葉として飛び交いだすと、喋りたいこととか出てくるよね。」

つまり「聴く」ことを丁寧に行うことで、内的会話が進み、また新たな語りに繋がったと考えられる。

MSW（A）氏の語り「What」の変化からわかるように、RP の「面接」と「観察」の構造は、MSW（A）氏の省察へ大きな影響を与えたと考えられる。しかし RP の構造の影響だけでなく、ファシリテーターによる開かれた質問、内容を深める質問、意味付けの確認といったファシリテーターとの対話や、他の参加者との対話の中で生まれた気づきや語り口もまた大きな影響を与えたと言えるだろう。

第４節　結果の分析③　実践のプロセスと考察

第４節では、さらにマクロな視点から、本実践を研究者と参加者が協働で作り上げていったプロセスを記述し、考察する。

各回の実施状況は以下の通りである。

2015.04.28　第１回：参加者向けのリフレクション・プロセス説明会及び意見交換会

2015.05.19　第２回：実践方法についての話し合い

2015.06.02　第３回：デスカンファレンス実施１回目（１事例目）

2015.07.07　第４回：デスカンファレンス実施２回目（２事例目）

2015.08.04　第５回：デスカンファレンス実施３回目（３事例目）

2015.09.01　第６回：参加者全員で全体を通しての振り返り

なお、筆者は、参加者（ファシリテーター）兼、本研究を進める研究者という立場で観察を行った。本節では、各回の観察の記録とその考察を記述した。

４－１　各回の観察の記録と考察

（１）第１回（説明会及び意見交換会）

①　観察の記録

筆者が参加者にむけて、４５分間、RP の概要やナラティヴ・アプローチの考え方、本研究の概要について説明を行った。その後、質問や意見交換の時間を１５分間設けた。参加者からは「やってみないことにはよくわからない」「イメージが湧かない」という意見が複数出た。また、参加者の一人からは、「デスカンファレンスで好き勝手発言してしまう人がいると安全に話し合える環境が整わないため、人の意見は否定しない等の基本的な話し合いのルールを予め決める必要がある」という意見が出た。

②　考察

聞き慣れないカタカナ用語に戸惑っている様子がみられた。また、質問も多くなかったことや、静まり返った雰囲気から、「やってみよう！」という雰囲気よりもむしろ「どうやるんだろう」「どうなるんだろう」といったような、不安や戸惑いの方が強く感じられた。もともとの院内の雰囲気として保守的な傾向があるため、新しい取り組みに対してそのよ

うな反応になったと考えられる。そのため、新しい取り組みである本実践を行う際は、参加者の反応や意見をきちんと確かめながら慎重に進めていく必要があると考えた。

（２）第２回（ロールプレイ、ルール・やり方決め）

①　観察の記録

①−１ロールプレイ

第１回の「やってみないことにはよくわからない」「イメージが湧かない」という意見もあり、協力代表者であるMSW（A）氏から「まずはロールプレイを実施して、参加者にイメージを持ってもらった方が良い」という案が出され、他の参加者も同意したためロールプレイを実施した。

ロールプレイ実施者は３名で､ファースト･オーダーⅠでは筆者がファシリテーター役、MSW（A）氏が話題提供者役、往診看護師が観察役を担い、セカンド・オーダーⅠでは面談役と観察役を交代し、筆者と往診看護師がファースト・オーダーⅠでの話し合いについて話し合い、MSW（A）氏は黙ってそれを観察した。ファースト・オーダーⅡでは再び筆者とMSW（A）氏で話し合いを行った。残りの参加者はロールプレイの観察者となった。ファースト・オーダー、セカンド・オーダーそれぞれ５分ずつ時間を区切って行い、話題は、MSW（A）氏が自ら選択してMSW（A）氏の抱える日常業務の悩みとなった。

まず、ファースト・オーダーⅠでは、MSW（A）氏より「日常の業務の中で地域連携業務や病院管理業務が上司や同僚から求められることが多く、それに対する評価も得やすいが、本来力を入れたいケース相談業務は見えにくいため評価されにくく、あまり時間をかけられていないことに対するジレンマがある」という発言があった。次に、セカンド・オーダーⅠではファースト・オーダーⅠの話を聴いてどうだったかと尋ねたところ、「MSW（A）氏はケース相談業務もきちんとやっていると評価していた。また、自分自身も看護師として、頑張っている分の評価を得られているかというとそうではないように感じる時もある。患者さんから感謝されないこともある」という発言が往診看護師からあった。それらの話を受けて、再びファースト・オーダーⅡでは、MSW（A）氏から「自分のやっていることを、見ている人は見ていると改めて認識することができた。また、MSW 業務に限らず、他の職種でもあり得ることだと気づいた」という発言があった。

終了後、実際にロールプレイを行った看護師に話を聞くと「実際やってみると、観察者

の人を気にして話しづらいということはなかった」とのことだった。また、話題提供者を担った MSW（A）氏にやってみてどうだったか感想を求めたところ、「面と向かって直接意見を言われるよりも、観察という立場で（セカンド・オーダーの）話を聞いていた方が、話されている内容を冷静に受け取ることができた」という意見が出た。

これらのやりとりを見ていた他の参加者に感想を求めたところ、「やり方のイメージは湧いた」という発言がみられた。また、「やる前は、他の人に観察されていたら、話しづらそうだと思っていたが、意外とあまり気にせず話していたように見えた」という発言があった。ロールプレイを通して、参加者から RP の方法の理解を得ることができた。

①−２　第１回デスカンファレンスのやり方決め

次に、デスカンファレスに取り入れる方法について話し合った。参加者の一人から「ロールプレイのように、ファシリテーターは筆者にやってもらった方が話を進めやすい」という意見が出た。また、別の参加者からは「面接チーム、観察チーム共にファシリテーターと一対一ではなく、複数人数いた方が話しやすい。一人だとずっと話さなければならないというプレッシャーを感じ、緊張してしまう」という意見が出た。これらの２つの意見に参加者全員が同意したため、ファシリテーターは筆者が行い、面接チーム観察チームの人数は、参加者人数の半分にすることに決まった。時間については、各回６０分以内に振り返りを行うことも考慮しつつ、先ほどのロールプレイ５分では短いという意見もあり、ファースト・オーダー、セカンド・オーダーそれぞれ１０分ずつ時間を区切ることになった。そして、第１回目は初めての実践ということもあり、ファースト・オーダー（面接チームの話し合い）[１０分] / セカンド・オーダー（観察チームの話し合い）[１０分] / 参加者全員で話し合い[１０分]という３部構成でまずは試みることになった。机椅子の配置については、話し合いをしている際は机があった方が落ち着くという意見が多数あった。そのため、面接チームは机を囲って向かい合って話し合い、観察チームは少し距離を取った正面から、椅子に座り、観察するという配置に決まった。実施する場所は広さに余裕がある職員食堂を使うことになった。

①−３　話し合いのルール決め

第１回の集まりの際に、参加者の一人から話し合いのルールを予め決めた方が良いという意見が出され、他の参加者からも同意を得たため、話し合いのルールを決めることにな

った。決め方としては、予め筆者がルールの案を提示し、それに対し参加者から追加や修正についての意見をもらう形式とした。

筆者はアンデルセン（=2014）を参照し、以下のルール案を提示した。

1. *ここだけの話にする（外へ持ち出さない）*
2. *人の意見や人の実践に対し、否定的なことは言わない*
3. *観察している人は、面接チームの人と目を合わさない*
4. *観察者の反応や解釈は、その場の会話内容に基づく発言を心がける、他の文脈から持ち込んだ話をしない、断定的な言い回しは避ける*
5. *多様な意見を尊重する（「あれか、これか」ではなく「あれも、これも」）*

これに対し、一人の参加者から「観察している人は、面談チームの人と目を合わさない」というルールでは観察しにくいという意見が出た。他の参加者もそれに同意し、「観察中に話し合いをしている人たちの表情や仕草を見たい」という意見も出た。そのため、話し合いをしているチームに差し障りのない範囲で観察すること、観察チームの椅子の位置を面接チームから一定距離離すことで参加者の合意を得た。また、別の参加者から「話し合いの最中は、事例概要シートを持ち込んだり、紙に書き込んだりする行為は禁止した方が話し合いに集中でき、かつ事例概要シートの枠組みにはまらずに自由な意見交換ができるのではないか」という意見が出た。この意見に対し、他の参加者も同意したため、「話し合いには事例概要シートを持ち込まない。紙に記録しながら話し合いを行わない」というルールが付け加えられた。

その他のルールについては、参加者全員の賛同を得たため、そのまま適用することに決まった。

《最終的に採用した話し合いのルール》

1. *ここだけの話にする（外へ持ち出さない）*
2. *人の意見や人の実践に対し、否定的なことは言わない*
3. *観察者の反応や解釈は、その場の会話内容に基づく発言を心がける、他の文脈から持ち込んだ話をしない、断定的な言い回しは避ける*
4. *多様な意見を尊重する（「あれか、これか」ではなく「あれも、これも」）*
5. *話し合いには事例概要シートを持ち込まない。*
   また、紙に記録しながら話し合いを行わない

② 考察

ほとんどの参加者が、話し合いが「観察されること」について話しづらくなるのではないかと不安を感じていたようだった。しかし、ロールプレイを行うことによって、往診看護師から「あまり気にならず話すことができた」という趣旨の発言もあったように、実際に体験することで「そこまで気にならない」実感を持ってもらうことができた。ロールプレイの観察者からも「気にしているようには見えなかった」という趣旨の発言があり、その実感を参加者全員で共有できた。

ルール決めの際、「事例概要シートを持ち込まない・書き込まない」というルールが付け加えられた。これは、より自由な意見交換を行いたいという理由からだった。従来のデスカンファレンスでは事例概要シートやレジュメを予め用意し、それに沿って話し合う方法をとっていたが、今回そのやり方を大きく変えることとなった。RP では、その場の会話による変化を重視しており、敢えて予め話し合いの方向性を決めない。その特徴が、第１回の説明会やロールプレイを通して参加者へ伝わり、より自由な意見交換の場となるためにどうしたらいいかという発想が生まれたのではないかと考えられる。

（３）第３回（第１回目デスカンファレンス：事例１）

① 観察の記録

第３回では、第２回で決まった方法で事例１のデスカンファレンスを行った。事例の選定は事前に参加者同士で決めておいてもらった。選定の理由は、本人や家族への関わりが難しかったと参加者全員が感じていた事例であったからとのことだった。生前、事例１との関わりは全員あった。参加者は第１回、２回共に参加している５名と加えて別の訪問看護師１名が途中まで参加した。まず、MSW（A）氏より事前に用意していた事例の概要シート（A4 サイズ１枚）が配られ、簡単に事例の概要を共有した。次に、筆者より本日のデスカンファレンスの方法をおさらいし、面接チーム・観察チームの２チームのチーム分けを行った。どちらのチームをやりたいか希望を参加者へ募ったが、特に希望は出なかった。ある参加者から MSW２名と訪問看護師２名はそれぞれ別々のチームにし、往診医と往診看護師はいつも一緒に行動しているため、別々のチームが良いのではないかという意見が出て、他の参加者もそれに同意した。そのため、面接チーム：往診看護師、訪問看護師（A）、MSW(A) / 観察チーム：往診医、訪問看護師(T)（初参加）、MSW(B)というチーム分けに決まった。筆者はファシリテーターとしてどちらのチームの話し合いにも参加した。

ファースト・オーダー（１０分）では面接チームが事例について話し合い、観察チームはそれを黙って観察した。次にセカンド・オーダー（１０分）では、観察チームが先ほどの面接チームの話し合いを踏まえて、話し合い、面接チームはそれを黙って観察した。最後に全員で話し合い（１０分）を行った。

最後の話し合いの際に、今回やってみてどうだったかという意見を求めたところ、観察チームの参加者の１人から「面接チームの話を踏まえて話し合うのは中々難しい。あまり面接チームの話し合いに触れず好き勝手なことを話してしまった」という発言があった。たしかに、観察チームの話し合いの際、面接チームで話し合われていた内容や発言について少し言及した参加者もいれば、特に言及せずに自分の意見を述べていた参加者もいた。

全て終了後、改めて参加者に対し、今回試みた方法でやりにくさを感じた点を挙げてほしいと意見を求めたところ、今のやり方でやりにくさはなかったとのことだった。次回の日程を決めて終了した。

② 考察

ファシリテーターを除く参加者全員が悩んでいた事例だったためか、発言が途切れることなく話し合いはスムーズに進んだ。しかし、セカンド・オーダーで行う「話し合いについての話し合い」が難しかったという感想を持った参加者もいたように、観察チームによる話し合いは、面接チームの話し合いについて話し合うというよりも、面接チームの話し合いの内容を引き継いで、続きを話し合っている印象が強かった。それは、参加者全員が対象患者に関わっており、それぞれが事例に対するインナーボイスを抱えていたため、セカンド・オーダーで「話し合いについての話し合い」をするというよりも、ファースト・オーダーの話し合いを聴いて、自分のインナーボイスを表出したいという思いが強くなったためだと考えられる。

③ 第１回目の実践の考察から第２回目の実践へ向けて

第 1 回目の実践の考察をもとに、筆者は、次回（第２回目の実践）を行うにあたって、RP の「話し合いについての話し合い」という特徴をもう少し取り入れることはできないかと考えた。そこで、面接チームと観察チームのグループ分けを行う際に、観察チームには対象事例について知らない人を配置してみてはどうかと考えた。そのことについて協力代表者である MSW（A）氏に相談したところ、「参加者の中で事例を知っている人・知ら

ない人が偶然いればそれでも良いが、予めチームを分けるために参加者を選んだり、事例を選定したりするのは不自然であり、実際現場で実践する際には実現不可能なことが多いため、賛成できない」とのことだった。そこで、代替案として２点提案された。一つ目は、事前にもう一度参加者に対してデスカンファレンスのやり方を意識化し、共有化を図ったらどうかという案だった。つまり、観察チームでの話し合いはあくまでも面接チームの話し合いの内容について話し合うということについて、もう一度意識化を図る必要があるのではないかとのことである。二つ目は、前回（第１回目の実践）では、①面接チームの話し合い　②観察チームの話し合い　③全員で話し合いという半往復でしか話し合いを行っていないが、次回（第２回目の実践）では、面接チームの話し合い・観察チームの話し合いをもう１往復増やしてみたらどうかという案だった。しかし、その分時間がかかるためそれぞれのチームの話し合い時間を７分に短縮することも併せて提案された。これら２点の提案に対し、次回の実践の前に参加者へ確認し、同意が得られれば実践してみることになった。

（４）第４回（第２回目デスカンファレンス：事例２）

①　観察の記録

この日は、参加者の訪問看護師に臨時の患者対応があったため１０分程度遅れて開始した。訪問看護師を待っていた間は、他の参加者同士で雑談をしていた。参加者は引き続き第１回、第２回、第３回全てに参加している５名と、初参加の訪問看護師が１名参加した。まず、第３回後の MSW（A）氏との話し合いを踏まえて、参加者に対しデスカンファレンスのやり方を再度２点確認した。一つ目は、観察チームの話し合いの際は面接チームで話されていたことについて話し合う点を確認した。この点が RP を実践したやり方の大きな特徴であるためもう少し厳密に取り入れたいと説明し、「話し合いについての話し合い」を再度参加者へ意識化した。二つ目は、実践方法について確認した。面接チームの話し合い・観察チームの話し合いをもう１往復増やしてはどうかと提案したが、開始時間が遅れたこともあり時間がおしていたため、参加者の一人から半往復増やすやり方で良いのではないかという意見があり、そうすることとなった。具体的には、ファースト・オーダーⅠ面接チームの話し合い（１０分間）、セカンド・オーダーⅠ観察チームの話し合い（１０分間）、ファースト・オーダーⅡ面接チームの話し合い（１０分間）、全員で話し合い（１０分間）で、実施した。対象事例は MSW（A）氏が選んだ人になった。選んだ理由として、終末期

の病状が急激に進行したこともあり、医療処置が本人にとって適切だったかを振り返りたいとのことだった。参加者のうち、MSW（B）氏は、事例２と関わりがなかったが、他の参加者は関わりがあった。前回と同じように、MSW（A）氏より事前に用意していた事例の概要シート（A4 サイズ１枚）が配られ、簡単に事例の概要を共有した。その後、事例概要シートを裏返しにして伏せ、上記のやり方で話し合いを始めた。

デスカンファレンス終了後、参加者に意見を求めると、このやり方で良いという意見が多数あった。そのため、次回も今回のやり方で行うことになった。次回の日時を決め、終了した。

② 考察

遅れてきた訪問看護師を待っていた間雑談をしていたこともあり、参加者同士和やかな雰囲気でデスカンファレンスを始めることができた。また、第１回目の実践では面接チームと観察チームの交代の際、どこに座ったら良いか確認しながら動いていたが、第２回目ではスムーズに交代することができ、少しやり方に慣れた様子がみられた。今回事前に意識化したセカンド・オーダーで行う「話し合いについての話し合い」については、事例２について知らない MSW（B）氏は自然と行えたが、他の参加者は少し意識しつつも前回と変わらず、事例２に対するインナーボイスの表出が行われた。しかし、MSW（B）氏が「話し合いについての話し合い」の話題を提供したり質問したりすることによって、他の参加者も「話し合いについての話し合い」を行う場面がみられた。また、今回半往復増やしたファースト・オーダーⅡでは、比較的セカンド・オーダーで話されたことについて話し合いが行われた。これは、ファースト・オーダーの A チームがファースト・オーダーⅠである程度自分が抱えていたインナーボイスを表出することができたため、セカンド・オーダーで話されていたことについて話し合えたと考えられる。

③ 第２回目の実戦の考察から第３回目の実践に向けて

これらの考察から、セカンド・オーダーでは無理に「話し合いについての話し合い」を強要せず、少し意識しつつも自分の話したいことを話してもらい、まずは自分の抱えているインナーボイスを表出することを大切にすることとした。そして、回数を重ねれば「話し合いについての話し合い」が行われやすくなると考え、第３回目では半往復ではなくセカンド・オーダーⅡも行うことを提案してみることとした。

（５）第５回（第３回目デスカンファレンス：事例３）

①　観察の記録

この日は、参加者の１名以外全員に臨時の業務があり、定時になってもなかなか人が集まらなかった。また、いつも使用していた食堂で臨時の会議が入ってしまったため、いつもとは別の狭い面談室で行うこととなった。開始前、ほとんどの参加者が臨時の業務に追われていたため、殺伐とした雰囲気で始まった。また、前回、前々回と部屋が異なり、狭い部屋だったことで落ち着かない様子もあった。開始予定時刻から２０分遅れてやっと全員集まり、着席した。そのため、第２回目の実践を踏まえて第３回目ではセカンド・オーダー②を行うことを提案したが、参加者の一人はその後の予定も詰まっていて延長は絶対に不可能とのことで、時間上の都合で断念した。

まず、いつものようにMSW（A）氏より事前に用意していた事例の概要シート（A4サイズ１枚）が配られ、簡単に事例の概要を共有した。その後、ファースト・オーダーⅠ面接チームの話し合い（８分間)、セカンド・オーダーⅠ観察チームの話し合い（８分間)、ファースト・オーダーⅡ面接チームの話し合い（８分間)、全員で話し合い（８分間）を実施した。前２回はそれぞれ１０分間の話し合いを行っていたが、時間の都合上短縮して行った。

この日の対象事例は、事前に個人情報が特定されない範囲で事例の概要や話し合いの詳細の内容を研究に使用しても良いという家族の同意を取った事例を扱った。事前に、家族の同意が得られそうな対象者をMSW(A)氏にピックアップしてもらい､中でもMSW(A)氏が話し合いたい事例を選出し、決定した。

最初のファースト・オーダーⅠでは発言が途切れ途切れで、ファシリテーターが促さないと発言が出ない様子が見られた。しかし、セカンド・オーダーⅠになるとファースト・オーダーⅠを観察していたためか、デスカンファレンスに集中し始め、発言のテンポが上がった。その後は、前２回程の発言テンポではなかったものの、スムーズに発言が見られた。途中の座る位置の移動は、時間をかけることなく行われ、やり方には十分慣れた様子が見られた。また、今回はデスカンファレンスの様子をビデオ撮影しながら行ったが、ビデオカメラを気にしている様子の参加者は一人もいなかった。終了時は、殺伐としていた開始時と比べて参加者の表情も穏やかとなり、和やかな雰囲気で終わった。終了後、次回の日時を決めて即座に解散した。

② 考察

参加者は、直前までの業務のことを引きずって、デスカンファレンスに集中できないようだった。今回は前回のように雑談の時間はなく、いきなり本題に入ったことも影響しているのではないかと考えられる。また、いつもとは別の狭い部屋で行ったことで、落ち着いて話し合える環境設定が不十分だったのではないかと考えられる。しかし、だんだんと発言のテンポが上がっていったことは、RP の特徴である観察の時間に黙って聴くことを行うことによって、話されている内容を丁寧に聴くことができ、事例対象者のことが思い出され、デスカンファレンスに集中していくことができたのではないかと考えられる。また、開始時と比べて参加者の表情が穏やかになったことについては、前述している RP の構造の特徴である、自分たちの実践を肯定的に捉える語りを参加者みんなで共有できたことによって穏やかな気持ちで終えることができたのではないかと考えられる。

（6）第 6 回（全体の振り返り）

① 観察の記録

この日は開始前から参加者が集まり始め、雑談をしながら全員集まるのを待った。全員集まったところ始まった。全体の振り返りでは、今回の実践全体を通してどうだったかについて自由に話し合いを行った。実施した 3 回分のデスカンファレンスの逐語録を筆者が事前に用意し、参加者それぞれに配ってその記録も見ながら話し合いを行った。それは、参加者が実際どのような発言をしていたか参加者自身にも知ってもらい、それを読むことでまた新しい気づきが得られればと思い、参加者への還元の意味を含めて配布した。また、話し合いは RP ではなく全員一斉に話し合う形式で行った。その理由は、この会自体をリフレクティング・チームと見立て、本実践のリフレクションと位置付けているためである。

話し合いの話題は今回実施した RP の方法についての感想や意見が多数出された。まず多かった感想は、最初は面接チームの人と目を合わさないようにするといった観察の仕方を意識してしまったが、2 回目以降はやり方に慣れて特に意識せずできたというものだった。次に、ファシリテーターについては、事例について知らない筆者がファシリテーターを担ったことで話し合いがやり易かったという意見が出た。それは、事例を知らないことで、ファシリテーターが意見を求める参加者に偏りが生じず、一方参加者自身は、事例について知らないファシリテーターが一人でもいることで、「これはみんな知っているかもしれない」と言葉や内容を制限することなく、より自由な発言ができたのではないかという

理由からだった。

今後の実践場面については、訪問看護ステーションの管理者でもある参加者から、ステーション内で行っている事例検討会で実践してみたいという発言があった。現在の事例検討会の方法（全員が一斉に話し合う方法）では、参加者の上下関係や対象事例に直接関わったか否かによる発言者の偏りに困っていたが、RP の方法で行えば、多少解消するのではないかとのことだった。また、別の参加者からは病棟内の何らかのカンファレンスに利用してみても面白いのではないかという意見が出た。いずれも、RP の方法は、参加者の関係性に左右されがちな話し合いの場を、幾分フラットな対話を実現できる場へと変化させる方法として期待されている。

② 考察

全体の振り返りでは、参加者に RP の方法についてディスカッションを行った。参加者は、RP のやり方に大きなやりにくさは感じなかったようで、他の場面での実践に関する意見も出たように、話し合いの一つの方法として有効性を感じていた。しかし一方で、ファシリテーターの役割の重要性にも触れ、RP の方法だけでなくファシリテーターの存在によっても話し合いは左右されることが指摘された。

4－2　第 4 節の全体考察

ここでは、各回のプロセスを詳細に取り上げ、現場の参加者と協働で今回の実践を作り上げていった過程を記述し、考察してきた。全体を通して、元々の RP の方法に厳密になって実践するというよりは、参加者の意向や参加者の置かれた状況を考慮しながら実践を進めていった。そのため、時間の制限で予定通りの時間を確保できず、時間を短縮して実施したり、話し合いの開始時に話し合いに集中できないということが起こった。しかし、人の命を扱う病院では､いつ何が起こるかはわからず､予期せぬ対応は日常茶飯事である。そのような中、日常業務の時間内で行えるカンファレンスにするためには､「時間」を上手く使うことは重要な課題である。これは、デスカンファレンスの先行研究でも課題としてあげられていた点である。そこで今回の実践では、臨時対応が入った場合はその日の事情に合わせてあらかじめ設定しておいた時間を短縮して実施した。そのため、面接チームと観察チームの話し合いの往復を増やしてみるなど、厳密に RP の方法を様々な形で試すことができなかった。しかし一方で、限られた時間の中でもデスカンファレンスをきちんと

行えたことを考えると、RP の方法は全体の実施時間を短縮したとしてもその中であらかじめ決めた時間の区切りで話し合いが行えるとも言えるだろう。

また、全体を通して参加者が回を重ねるごとに RP のやり方に慣れていっている様子が受け取れる。初めは、新しいことに対して戸惑いが感じられたが、話し合いを重ね実際に体験することで、その戸惑いが消失していったことがわかる。これらの様子から、新しいことを現場に導入する際は、丁寧な説明と参加者を含めた話し合い、そして実際に体験することが重要であることが示された。そして、初回での参加者は、質問や意見も少なく消極的な様子だったにもかかわらず、最後の振り返りの会では、RP をさらに他の場面で実践することについての意見までも参加者から出されたことを考えると、参加者一人一人に対してきちんと意見を求め、話し合いを重ねながら実践を行うことで、参加者の RP に対する関心が高まり、今後の展望までも考える姿勢が生まれていったと考えられる。

以上、作り上げていった過程とその背景にある筆者の考察を詳細に記述することによって、読み手が RP を他の現場で実践する際に、起こり得る事態を想定しながら実践することが可能となると考えられる。また、読者の解釈や読者の現場の状況によっては、方法の変更も必要になるだろう。

第５節　本実践の省察

第５節では、第２−４節で示した本実践の結果を参加者の声を通して省察する。RP の実践が開かれたものであるためには、実践自体を省察する必要がある。そこで、実践後の全体の振り返りの会で出された参加者の声と参加者に対して実践前後で行った質問紙調査の結果を元に、本実践に対する参加者の意味づけを確認することで、本実践における RP の限界や次の実践へつなげる示唆を得ることとする。

５−１　本実践の特徴と今後の課題

今回の実践では、第１章で示した多くの先行研究の方法とは対照的に、デスカンファレンスシートは用いず、あらかじめ話し合う内容の方向性や目的は決めなかった。その特徴を象徴するように、全体の振り返りの会では参加者から次のようなやりとりがなされている。

> 往診医：これ自体が、目的をもたないものですよね。
>
> F：あーーーうんうん。
>
> 往診医：そうなっちゃうと、単なる座談会に終わる可能性もあるかもね。

往診医はこの話し合い自体は「目的をもたないもの」と認識し取り組んでいたことがわかる。そして、加えて「単なる座談会」になる懸念を抱いている。

一方、MSW（A）氏は、以下のように述べている。

> MSW（A）：開かれすぎて、開かれた質問じゃないけど、フリートークすぎても、なんというか最終的に何が言いたいのかがまとまらないかなあって時間設定のなかでとか。でも A チーム（面接チーム）は、特に中心に関わった人がいると、課題とかこういうことについて討議したいとかがでてくるじゃないですか。で、B チーム（観察チーム）の中でも、その A に対してのことをきちんと意見をみんなで深めましょうねってことね、（実践）２回目から意識して話したんだよね。
> だからそれがないと、なんか本当にこう自己満足っていうか、お互いこれで良かったよねってまとめるためのデスカンファレンスになっちゃったりとか、するような気もするので。やっぱり B に対してはテーマ設定がある方がいいと思う。その、テーマ設定っていうのは A がどんな風な意見がでて、A に対しての意見を客観的に話すっていうそのテーマ？【中略】だから、A も B もフリートークすぎるとせっかくのカンファレンスが勿体無いと思うので、やるのであれば、そこの約束決めをみんなで共有しておくのがいいのかなって。

MSW（A）氏も、往診医と同じように目的を持たないフリートークが過ぎてしまっても、自己満足で終わる話し合いになってしまう懸念を示している。しかし、RP の特徴である面接チームと観察チームを分けることによって、観察チームが面接チームで話し合っていた話題について話し合うテーマが決まってくることを取り上げ、これらが「単なる座談会」にならないためにも、観察チームは面接チームで話し合われていたことについて話し合うということをきちんと機能させる必要があると述べている。

予め話し合いにおける一定の枠組みを設けずに自由な話し合いを進めることで、その場で生じた対話を重視することとなる。その場合、往診医や MSW（A）氏が指摘していたように座談会で終わるリスクがある。しかし、RP の持つ、観察チームが面接チームで話されていたことについて話し合うという構造により、おのずと話し合いのテーマが決まってくる。これは会話の中での流動的なテーマ設定となるが、同時に会話の中から参加者の感情を拾っていくことができる。そして、アドバイザーのような人を必要としなくとも、ある程度おのずから話し合いの内容が集約されていくだろう。

しかし、この実践には限界があった。それは、観察チームが面接チームの「話し合いについての話し合い」を行う際に、まず事例に対する自分の思いについて話してしまい、「話し合いについての話し合い」が上手く機能しないことが生じた点である。そのため、実践２回目以降では、実施前に観察チームの話し合いの際は、なるべく「話し合いについての話し合い」をするように参加者へ意識付けを行ったが、それでもインナーボイスの表出は見られた。

これらの点について、矢原（2004）も、「観察の難しさ」を指摘している。というのも、「こども電話相談」のボランティア教育に実践した際、参加者は観察チームの話し合いにおいて「本当のところ事例の子どもはどう思っていていたのだろう」という点に回帰しがちになってしまったことを課題として挙げている。そして、「観察について観察すること」を参加者が意識的に遂行できるためには、実践経験と研修が必要だとしている（矢原,2004:394-395）。

矢原の実践の場合、事例提供者以外その事例に関する情報を有していない状況だったため、参加者の事例に対するインナーボイスの表出をどう扱うかについては触れられていない。今回の実践では、「話し合いについての話し合い」を上手く機能させるために、観察チームの話し合いの際は、事例に対するインナーボイスの表出を強制的に制限してしまうことも可能であった。しかし、本実践では行わず、ある程度のインナーボイスの表出を許容

した。それは、インナーボイスの表出を制限することは、多様な語りを制限することとなり、多様な語りが生まれる＝「省察性」が生まれる場として機能するための趣旨と反すると考えたためである。しかし一方で、「単なる座談会」にならないためには「話し合いについての話し合い」を機能させる必要がある。この二つの駆け引きがあり、この二つは微妙なバランスを保つ必要があるだろう。

そこで、そのバランスを調整する役割がファシリテーターになるのではないかと考える。今回の実践で、ファシリテーターは唯一話題の事例について知らないことで、「話し合いについての話し合い」を引き出す機能を果たすと考えられる。実際に、ファシリテーターを担った筆者は、観察チームで表出された参加者のインナーボイスを受け入れつつも、面接チームの話し合いの内容を取り入れた質問をすることを行った。

《観察チームの話し合い中のファシリテータの質問例》
・さっき、MSW さんが言ってた「だましだましやってた」みたいなところが少し影響・・・？
・さっきケアマネさんとはけっこう信頼関係ができてたのかなって言ってましたけど、それについてはどうですか？

矢原（2004）の実践ではファシリテーターの役割について触れられていないが、「話し合いについての話し合い」の特徴を活かすためには、ファシリテーターの役割が非常に重要であると考えられる。また一方で、矢原(2004)の指摘のように参加者全員が RP の実践経験や研修を受けていなくても、ファシリテーターの役割を担う参加者さえ RP についてある程度熟知し、実践可能であれば、「話し合いについての話し合い」を機能させることは可能であるとも考えられる。

しかし本研究の限界として、ファシリテーターの影響についての分析が足りない。ファシリテーターの役割についてさらに言及するためには、実際に RP の方法と従来の方法におけるファシリテーターの役割を比較し、どのような変化があるかについての分析がさらに必要だろう。

5－2　本実践に対する参加者の意味づけと今後の課題

ここでは、実施前後で参加者（全過程に参加している５名）に対して行った質問紙調査の結果を元に、本実践に対する参加者の意味づけを確認し、次の実践への示唆を得ること

とする。

質問紙調査は本実践の前後で同じ内容の質問を行ったが、実施前後で回答の変化がみられた項目があった。実施前の調査では、「看取りに対して、日頃どのような意識で取り組んでいますか？」という質問に対して、「患者・家族の意向を大事にしている」といった内容が多く、他者を含めたケアのあり方を回答した参加者はいなかったが、実施後に行った調査では次のような回答があった。

質問：「看取りに対して、日頃どのような意識で取り組もうと思うようになりましたか？」
回答：「一人一人、患者さんもご家族も、支援者も、悩みながらより良い方法を考えているので、お互いの気持ちや考えをより共有していきたいと思いました。」
「その人と家族の人の想いを第一にしたい。まず想いを聞き出し、看取りのイメージをどう思っているかにより、説明の仕方を変えたり、訪問看護師だけではなく、往診の看護師さんやドクターに協力得たり。協力を得ることにより、想いも他の人に伝わることもあると思います。」
「訪問診療看護師としての考えだけではなく、デスカンファレンスを行うことで、他の職種の方の意見を聞くことがとても参考になったり、新たに発見できたりするので、カンファレンスを行うことが改めて重要であることに気づいたので、毎月のカンファレンスを大切にしていきたいです。」
※質問紙記載原文のまま引用

これらの内容は、共通して、自分だけでなく他者と協働で日々のケアを行う重要性への気づきの表れである。本実践は参加者にとって他者との協働や支え合いとして意味づけられていたことがわかる。これは、従来の方法で実践しても得られた回答かもしれず、RPの効果と断定することはできないが、従来の方法にはない他者の話を黙って「聴く」時間を作るRPの特徴が影響していると推測することも可能だろう。

また、実践後に行った質問紙調査の「今回のやり方（RP を実践したやり方）でデスカンファレンスをやってみて、やりやすかった点または良かった点を教えてください」という質問に対しては、次のような回答があった。

質問：今回のやり方（RP を実践したやり方）でデスカンファレンスをやってみて、やりやすかった点または良かった点を教えてください。

回答：「モヤモヤして終わった人を多方面から見ることができて、心の整理がつきました」

「話がしやすい。客観的に冷静に、他のグループの話を聞くことができる」

「実際話してみたことで、自分の思いに気づくことができた。他の人の意見も参考になりました」

「意見を言いにくいことはなく、率直に言い合えたと思います」

※質問紙記載原文のまま引用

いずれも、RP の方法に対して発言のしやすさを実感しており、自分の語りや他者の語りによって新しい気づきを得ていることがわかる。RP の方法は多様な語りを引き出す要素として働き、「省察性」を生み出すことを再確認することができた。

しかし一方、「今回のやり方でデスカンファレンスをやってみて、やりにくかった点について教えてください」という質問に対しては、次のような回答があった。

質問：今回のやり方（RP を実践したやり方）でデスカンファレンスをやってみて、やりにくかった点について教えてください。

回答：「特になかったが、開始時には会話が弾まない」

「会話を始めるところのみ・・・。話始めがみんな譲り合いになる」

「観察中に反応を目立たせないようにすること」

「最初、A チームで話しているときは、見られている感じが強くて緊張してしまいました」

※質問紙記載原文のまま引用

上の二つの「開始時に会話が弾まない」という回答は、RP の方法に限ったことではなく従来の方法でも起こりうる点かもしれないが、逆に RP は万能ではないと指摘することができるだろう。こうした課題に対しては、本題の話し合いに入る前に、アイスブレイクを導入するなど様々な方法を組み合わせて話し合いをおこなうことが一つの工夫策として考えられる。

一方、下の二つの回答は、RP の「面接チーム」と「観察チーム」に分けて話し合う構造に対するやりにくさに関する回答であった。４番目の回答は、面接チームの話し合いの際に観察チームに見られていることに対する緊張であり、逆に３番目の回答は、観察中に見

ていることを極力抑えるという面接チームの話し合いへの気遣いに関するやりにくさであった。これらは、マジックミラーの部屋があれば多少解消されるのかもしれないが、一般病院にはないことがほとんどである。「見る」ことと「見られる」ことは、椅子の配置などの工夫策が課題として挙げることができるだろう。

終章　全体考察

終章では、「省察性」と本研究の意味を問いなおし、本研究のもう一つの目的である本実践の他の現場への転用可能性について考察する。

第１節　改めて「省察性」とは

筆者は冒頭で、多様な価値観や生き方を肯定して対人援助を行っていくためには、自らの前提をも疑問視するような「省察性」が重要であり、本研究では「省察性」を実践現場の中で生み出すプロセスに焦点を当てると述べた。そしてその「省察性」を、常に新しい可能性を探る開かれたプロセスという意味を含めた「自己との対話と他者との対話の往復を通して自分自身の実践を再構成し、再考する姿勢」と定義した。本研究では、RP を「省察性」が生まれるプロセスであると仮定した上で、デスカンファレンスに実践する実践を行い、参加者から生まれた「省察性」という視点で本実践の一つの解釈の枠組みを提示した。MSW（A）氏をはじめとする参加者の語りの変化から、自己の解釈を言葉にすることと自己の解釈に対する他者の解釈を聴くことによって参加者の中に新しい発見が生まれ、実践に対する新しい可能性が開かれたことがわかった。また、チーム内に支え合いの関係性も生まれていた。この結果には、RP の精神とも言える「聴く」ことと「話す」ことを丁寧に行うという特徴と、話し合いの外在化によって話題に対してメタな視点が生まれるという特徴が何らかの影響を与えていると考えられた。そして個々の「省察性」は、他者との対話を通した相互作用によって生まれていたこともわかった。今回の実践を通して「省察性」について改めて捉え直すと、「自己との対話と他者との対話の往復を通して自分自身の実践を再構成し、再考する姿勢」という枠組みに加えて、「自己の解釈を他者の解釈とつなぎ合わせる相互作用そのもの」と定義することができるだろう。そして、実践の中で得られたような「省察性」を生み出すためには他者との開かれた対話が必要であり、その一つの方法として RP の精神を引き継ぐ実践が必要であると考えられる。

第２節　本研究の意味

最後に本研究の意味を問い直す。本研究では従来の方法と比較分析するなど、厳密な RP の効果評価はできていないため、本実践を援助的要素のコンテンツとして一般化できるものではない。しかし、あえて語りのコード化はせずに、現場の文脈や参加者の語りを詳細

に記述することによって読み手に再び解釈を与える余地が残された。このことで、読み手によって異なる解釈が生まれ、受け取り方は様々となるが、その解釈を元に読み手の現場が持つ文脈に従い、本研究を活かすことができる可能性が生まれたという点は評価できるだろう。

例えば病院内での実践を想定して、病院で退院支援を実施する際のクライエント、ケアマネージャー、ソーシャルワーカーの三者面談の場で行われる３人の会話を一旦止めて、クライエントにソーシャルワーカーとケアマネージャーの専門職同士の会話を聴いてもらう場面を作る、ということが一つの案として考えられる。それによって、クライエントは自身の問題を別の視点から観察することができ、クライエントの中に「省察性」を生むことができるかもしれない。または、ソーシャルワーカーやケアマネージャーが観察役となることで支援者側にも「省察性」が生まれ、自身の実践（支援）を再考する機会を得て、新しい可能性を見出せるかもしれない。

ある物事を常に同じ方向から観察するのではなく、対象から離れてメタな視点を取り入れることが「省察性」において重要であり、「省察性」は「聴く」ことと「話す」ことを丁寧に行う「対話」によって生まれる。本研究は、その「省察性」の精神を受け継ぐ様々な実践が広がっていくきっかけとなりうるという意味で、転用可能性を持ち合わせた研究と意味付けることができるだろう。

また、本稿で示しているデータに関して言えば、膨大にあるエピソードや語りの中から筆者によって特定の部分が取り出されていることについての疑義や、筆者が不可視になっている側面があることについての限界は否めない。本研究が開かれたものであるためには、本稿を参加者に公開し、さらに参加者との対話を繰り返すことによって研究自体を省察していく必要があるだろう。

しかし一方で、本研究のデータである参加者の語りがリアリティに溢れている点ついては評価できる。筆者が「研究」という文脈を現場に持ち込んだことで制限された語りや変化した語りが存在する可能性ももちろん否めないが、とはいえ参加者の多様な語りが本研究のデータとして利用されているため、実践現場の現実や日常世界に限りなく接近した研究であると評価できるだろう。というのも、全くの赤の他人である研究者が研究対象現場に入った場合同様な語りを参加者から引き出すことは難しく、本研究のようなデータを残すためには参加者との信頼関係が必要不可欠な要素であった。参加者との信頼関係を構築できた要因として、研究対象現場が筆者の元職場であり、過去に参加者と共に働いていた

という経緯が大きいと考えられる。

今後も、一つの現場から他の現場へ広がりを持つような実践研究を積み重ねていき、それぞれの現場の利用者や実践者にとってより良い実践が増えていくことが望まれる。

《参考文献》

・青木由美子,堀内さおり,滝沢由紀子,2007.「倫理的な視点を取り入れたデスカンファレンスの検討–デスカンファレンス用紙の分析を通して一」.『日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ）』38,224-226

・荒井 浩道,2014.『ナラティヴ・ソーシャルワーク― “〈支援〉しない支援"の方法』.新泉社

・江本リナ,2010.「アクションリサーチとは」.筒井真優美編,『研究と実践をつなぐアクションリサーチ入門–看護研究の新たなステージへ』.ライフサポート社,10-62.

・Esther Gelcer , Ann McCabe & Catherine Smith-Resnick,1990.” Milan Family Therapy: Variant and Invariant Methods”.Jason Aronson Inc.（＝1995.亀口憲治監訳『初歩からの家族療法：ミラノ派家族療法の実践ガイド』.誠信書房）

・花田里欧子,2008.「リフレクティング・プロセスを援用した心理臨床家教育のための『相互学習モデル』–臨床実践と臨床研究を結び合わせるパターン–」.矢原隆行・田代順編,『ナラティヴからコミュニケーションへーリフレクティング・プロセスの実践』.弘文堂,65-84

・Harlene Anderson & Harold A. Goolishian, 1988 ’Human Systems as Linguistic Systems:Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Climical Theory’. ”Family Process”,27(4):371-393（＝2013. 野村直樹訳「言語システムとしてのヒューマンシステム–臨床理論発展に向けてのいくつかの理念–」.『協働するナラティヴ』.遠見書房）

・日和恭世,2015.「ソーシャルワークにおける reflection(省察)の概念に関する一考察」.『別府大学紀要』 (56), 87-97

・星野江梨,村田美佐子,新井清乃,遠藤雅子,田中とく子,2009.「半構成的面接から明らかにするデスカンファレンス実施前後の看護師の意識変化」.『日本看護学会論文集(看護総合)』40,428-430

・井村千鶴,野末よし子,伊藤富士江,赤澤輝和,森田達也,2011.「病院と地域とで行う連携ノウハウ共有会とデスカンファレンスの参加者の体験」.『緩和ケア』21(3),335-342

・井村千鶴,佐原千恵子,梨田えり子,濱田史子,工藤ゆかり,鈴木留美,前堀直美,齋藤広江,鳥山講子,森田達也,2012.「地域で行うデスカンファレンスの有用性と体験」.『緩和ケア』22(2),189-194

・Kenneth Gergen,1999. “AN INVITAION TO SOCIAL CONSTRUCTION” .Sage

Publications of London, Thousand Osaks and New Delhi.（＝2004.東村知子訳『あなたへの社会構成主義』.ナカニシヤ出版）
・木原活信,2002.「社会構成主義によるソーシャルワークの研究方法」.『ソーシャルワーク研究』27（4）
・Lynn Hoffman,1992 'A Reflexive Stance for Family Therapy' .Sheila McNamee and Kenneth J. Gergen,K.J.eds.1992, "THERAPY AS SOCIAL CONSTRUCTION" .（＝2014.野口裕二・野村直樹訳「家族療法のための再帰的視点」.『ナラティヴ・セラピー：社会構成主義の実践』.金剛出版）
・松嶋秀明,2003.「非行少年の「問題」はいかに語られるか：ある更生保護施設職員の語りの事例検討」.『発達心理学研究』 14(3), 233-244
・三澤文紀,2008a.「リフレクティング・プロセスのコミュニケーションに関する研究」.『茨城キリスト教大学紀要. II, 社会・自然科学』(42),257-268
・--------,2008b.「リフレクティング・プロセスへ向かう道」.矢原隆行・田代順編,『ナラティヴからコミュニケーションへーリフレクティング・プロセスの実践』.弘文堂.23-40
・-------,2008c.「心理臨床家のための新しいケース検討の方法–リフレクティング・プロセスを応用した『ツイン・リフレクティング・プロセス–』」.矢原隆行・田代順編,『ナラティヴからコミュニケーションへーリフレクティング・プロセスの実践』.弘文堂.43-63
・光岡美里他,2011.「精神保健福祉領域におけるリフレクティング・プロセスの応用–スーパービジョンに代わる支え合いのコミュニケーションの可能性–」. 『精神保健福祉』42（2）.
・村上雅彦,2000.「システムズ理論とサイバネティクス」.加茂陽編,『ソーシャルワーク理論を学ぶ人のために』.世界思想社,25-52
・--------,2013.「ミラノ・システミック・モデル（ミラノ派）」.日本家族研究・家族療法学会編.『家族療法テキストブック』.金剛出版.97-100
・内藤千春,中井靖,面幸子,薮田由美子,星野友美,宮畑とよみ,2008.「ターミナルケアにおけるデスカンファレンスの効果–POMS を利用したストレス軽減の評価–」.『日本看護学会論文集（看護管理）』39,330-332
・野口裕二,2002.『物語としてのケア—ナラティヴ・アプローチの世界へ 』.医学書院
・大友宣,佐野かず江,島田千穂,2014.「在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションにおけるデスカンファレンスの意味づけ」.『日本プライマリ・ケア連合学会誌』37(4),369-373

・Riessman, Catherine K,2008. “Narrative Methods for the Human Sciences” （＝2014. 大久保功子・宮坂道夫監訳『人間科学のためのナラティヴ研究法』.クオリティケア）
・斎藤環,2015.『オープンダイアローグとは何か』.医学書院
・関口正則,吉村紀代,古屋瑞穂,2008.「療養病床で行われるデスカンファレンスの記録を検討して見えてきたもの」.『日本看護学会論文集（老年看護）』39,261-263
・篠倉まゆみ,米倉由美子,北野三貴,2010.「デスカンファレンス導入による看護師のケアの変化−よりよいターミナルケアを目指し一」.『日本看護学会論文集（看護総合）』41,395-398
・ Schön,Donald A,1983. “The Reflective Practitioner:How professional Think in Action,Basic Books” (=2001.佐藤学・秋田喜代美訳『専門家の知恵—反省的実践家は行為しながら考える』.ゆみる出版.=2007,柳沢昌一・三輪健二監訳『省察的実践とは何か—プロフェッショナルの 行為と思考』.鳳書房.)
・杉山裕子,倉田あすみ,安部かおり,田村洋子,蛭子智美,山田久美子,2009.「デスカンファレンスが看護師の心の負担にもたらす効果−３事例を振り返っての検証−」.『日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ）』40,9-11
・田代順,2008a.「学校コミュニティへのアプローチ−『いじめ』を語り合う生徒と教師が話し合う・聴き合う・目撃し合う−」.矢原隆行・田代順編,『ナラティヴからコミュニケーションへーリフレクティング・プロセスの実践』.弘文堂.85-106
・------,2008b.「精神障害者家族グループへの応用実践−心理教育の浸透と経験の分かち合い：学びつつ学ばれること、支えつつ支えられること−」.矢原隆行・田代順編,『ナラティヴからコミュニケーションへーリフレクティング・プロセスの実践』.弘文堂.107-126
・Tom Andersen,1991. “The Reflecting Team –Dialogues and Dialogues About the Dialogues” .New York:W.W.Norton&Company （＝2001.鈴木浩二監訳再編『リフレクティング・プロセスー会話における会話と会話−』.金剛出版）
・----------,1992. ‘Reflections on Reflecting with Families’ .Sheila McNamee and Kenneth J. Gergen,K.J.eds.1992. ”THERAPY AS SOCIAL CONSTRUCTION”.（＝2014. 野口裕二・野村直樹訳「リフレクティング手法をふりかえって」.『ナラティヴ・セラピー：社会構成主義の実践』.金剛出版
・土江耕平,佐々木美穂,熊谷法子,三田美樹,石橋照子,2009.「慢性期内科病棟における看護師のデスカンファレンスの捉え方の分析と効果的な進め方の検討」.『日本看護学会論文集（看護総合）』40,425-427

・若島孔文,佐藤宏平,三澤文紀,2002.「家族療法から短期療法,そして物語療法へ一家族療法の歴史と展開」.『事例で学ぶ　家族療法・短期療法・物語療法』.金子書房.1-27
・矢原隆行,2004.「チャイルドラインにおけるリフレクティング・プロセスの応用」.『アディクションと家族』20(4),388-396
・-------,2008a.「会話についての会話と観察の観察」.『共生社会学』(6), 59-71
・-------,2008b.「リフレクティング・プロセスの理論的含意と可能性」.矢原隆行・田代順編,『ナラティヴからコミュニケーションへーリフレクティング・プロセスの実践』.弘文堂.3-21
・-------,2008c.「電話相談ボランティアにおけるヘテラルキー的なケアと気づき」.矢原隆行・田代順編,『ナラティヴからコミュニケーションへ-リフレクティング・プロセスの実践』.弘文堂.127-146
・-------,2009.「オルタナティヴとしてのリフレクティング・プロセス-ナラティヴ・アプローチへのシステム論的処方箋-」.野口裕二編,『ナラティヴ・アプローチ』.勁草書房.53-76
・-------,2011.「新しいケアの仕組みを巡る参加型アクション・リサーチの試み--電話相談ボランティアの成長に係るリフレクティング・プロセスの観点から」『電話相談学研究』20(2), 11-17
・-------,2015.「コンテクストに風を通す-リフレクティング・プロセスとオープン・ダイアローグ」.『ナラティヴとケア』6,77-83
・やまだようこ,2007.「質的研究における対話的モデル構成法-多重の現実、ナラティヴ・テクスト、対話的省察性」.『質的心理学研究』(6),174-194
・吉川悟,2013.「コミュニケーションモデル」.日本家族研究・家族療法学会編.『家族療法テキストブック』.金剛出版.89-90
・吉木恵美,松本奈津子,2006.「終末期患者のデスカンファレンスにおいて看護師が着目すること」.『日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ）』37,416-418

謝辞

本論文の執筆にあたっては、たくさんの方々の支援をいただいた。ここで、お世話になった方々への感謝の意を述べさせて頂きたいと思います。

はじめに、修士論文執筆にあたってテーマを絞っていく段階から何度も時間を作ってくださり、丁寧な指導をしてくださった主査の室田信一先生に心から感謝申し上げます。室田先生は、私の関心や能力を最大限に引き出してくださいました。また、副査の長沼葉月先生には様々なアイディアや興味深い議論を教えて頂きました。研究に関連する様々な方とのつながりも作ってくださいました。このお二人の力なくしては、本論文を完成させることはできなかったと思います。そして、社会福祉学教室の教員の皆様に、意義あるご指摘、暖かい心遣いを頂きました。また、大学院の院生（先輩、同期、後輩）の皆様からは、大学院生活の送り方や修士論文の執筆に至るまで多岐にわたるご支援を頂きました。この場を借りてお礼を申し上げたいと思います。

加えて、本論文で欠かすことのできない研究協力者であるA病院関係者の皆様に心から感謝しています。日常業務が大変忙しい中、快く協力してくださいました。特に研究協力の代表をしてくださった医療ソーシャルワーカーのAさんには、様々な相談に乗って頂きました。そして、事例を快く提示してくださったK様ご本人様とご家族様に心から感謝申し上げます。

最後に、大学院生活をいつも暖かく応援してくださった法政大学の堅田香緒里先生、元職場の皆様、友人、そして家族に心から感謝申し上げます。